

TUBERCULOSI ANEXIAL I LA SEVA FREQUÈNCIA

Per la Dra. QUADRAS BORDES

Des de fa molt temps, per les seves dificultats diagnòstiques i de tractament, la tuberculosi anexial preocupa profundament al ginecòleg, no sols per trobar-se moltes voltes davant d'un procés que pot quedar ignorat o solament sospitat i altres vegades després de confirmat el diagnòstic tenir la desagradable realitat de què els mitjans de què disposem terapèuticament no sempre ens condueixen a la curació.

Per aixó en aquest Congrés de Metges de la Llengua Catalana he volgut portar aquest tema per veure si és possible tenir una orientació més clara i definitiva.

No penso ocupar-me en absolut de la tuberculosi uterina; seria involucrar massa el tema i no dispoço de temps per això.

La tuberculosi anexial és freqüentíssima. L'afirmació de Krazimiers ens ho revela, puix dit autor manifesta "que les anexitis tuberculoses queden ignorades en el 75% dels casos, quan no es practica l'examen histo-patològic. És indiscutible la tendència especial que la trompa mostra a la infecció pel B. K., ço que ha estat causa de què molts autors es manifestessin dient que la tuberculosi genital era quasi idèntica a la tubàrica.

L'anatomia de la trompa afavoreix el desenrotllament d'aquesta localització.

S'ha volgut també explicar la freqüència d'aquesta localització per la proximitat de la trompa amb l'intestí i peritoneu freqüentment atacats units als replecs i anfractuositats de la llum tubàrica, on sembla que el bacil pot tenir fàcil implantació.

Algun autor s'inclina a indicar que l'estat de nutrició de les trompes podria explicar la freqüència de la tuberculosi tubàrica.

La infecció gonocòccica ha volgut ésser invocada com a causa predisposant a la qual alguns autors han assignat un brillant paper, mentre que altres no han adm s ni per un sol moment aquesta causa.

Aquests últims defensen les seves tesis manifestant que en les verges, en les quals l'amnesi ni l'exploració pot orientar-nos a una infecció pel Neisser, trobem en la seva trompa la localització preferent i, amb més l gica, dirigeixen llur criteri pensant en una predisposició anat mica de la mucosa.

La hipoplàsia dels òrgans que ens ocupen ha estat també invocada.

A la menstruació, al puerperi, a la involució senil, també se'ls concedeix importància per l'estat especial en què deixen aquests òrgans.

Seria molt interessant el coneixement exacte de les vies que han servit a l'agent per arribar a l'òrgan; uns admeten la via ascendent i altres l'hemàtica, limfàtica i de continuïtat.

La tuberculosi primitiva dels òrgans genitals femenins ha estat molt debatuda; no obstant, Forgue s'inclina a admetre la tuberculosi ascendent en la dona, perquè, segons ell, l'endometritis tuberculosa  s més freqüent del què es creu, i la integritat habitual de l'ovari i les lesions bilaterals de les trompes el porten a la convicció d'admetre aquesta via.

La tuberculosi d'ovari és molt rara; em refereixo ara a la tuberculosi d'ovari isolat. El peritoneu pot ésser el punt d'eixida de la infecció, però, en general, presenta una gran resistència que algun autor ha explicat per l'acció química antagònica de la substància ov rica.

La infecció pot produir-se per diferents vies, per contagi immediat del procés tuberculós d'òrgans veïns malalts, ço que anomenarem per continuïtat. La via hemàtica és considerada com l'origen predominant en la tuberculosi genital, i no són pocs els autors que creuen que és l'única via que deu admetre's i, per sostenir la seva tesi, ens diuen que consideren focus primaris les afeccions tuberculosos pulmonars, els ganglis limfàtics bronquials, doncs fins els calcificats contenen B. K., els ganglis mesentèrics, la tuberculosi òssia i si, per a fer més clar el mecanisme de propagació per aquesta via, recordem que en la tuberculosi articular s'ha trobat el B. K. en el 45 % dels casos en la sang, els bacils de la qual, essent eliminats pels capilars, poden per exemple, a la llum dels òrgans trompa i  terus, ens explicarem el per qu  de tants partidaris d'aquesta teoria. A

aquesta forma de tuberculosi se l'ha volgut anomenar "tuberculosi per eliminació, d'Orth".

Via limfàtica.—Es freqüentíssima i especialment acceptada per les infeccions cròniques, i així s'explica la infecció a través de les vies limfàtiques que van a la pelvis menor per infeccions intestinals, des del cec la flexura simoidea, etc. etc.

La propagació del procés en l'interior dels genitals segueix la via descendent, completament al revés de ço que succeeix en la gonorrea, que segueix la via ascendent. No obstant, hi ha qui ha pretingut admetre una tuberculosi primitiva i ascendent i els bacils procedents de distints orígens — lesions tuberculosos d'òrgans genito-urinari mascles, matèries fecals d'enteritis tuberculosos, tovalloles, cànules, bacils infectats per fímics —, en ésser dipositats en la vulva, vagina o coll uterí, fixen llur localització, començant el seu desenrotllament en els segments inferiors per a invadir després els òrgans profunds.

Aquestes manifestacions deuen ésser preses amb certa reserva, doncs les dades experimentals no semblen apoiar-les, car les inoculacions fetes sobre la mucosa sana són negatives i, per a obtenir resultats positius és necessari traumatitzar la mucosa. Es clar que podrà objectar-se'ns que aquests traumatismes els trobem en clínica: lesions del coll uterí, inclús lesions intrauterines, lesions tubàriques, manifestacions d'infeccions postpartum, post-abortum, poden brindar de la mateixa manera que a altres agents infecciosos un mitjà adequat al B. K.

No vaig a fer un estudi detingut sobre anatomia patològica deixant-ho per un treball que estic preparant, doncs faria massa extensa la dissertació d'avui, i passarem uns moments sobre dos punts sumament importants en la lesió que ens ocupa, i que són: el diagnòstic i el tractament.

Diagnòstic.—La dificultat enorme del diagnòstic de la tuberculosi aneal es troba en què la simptomatologia que presenta difereix poc de la que ens brinden les aneitis ordinàries. Els dolors es localitzen en els mateixos llocs; existeix la sensació de pes en la pelvis, es produeix amenorrea d'un mes o dos, després tornen a aparèixer les regles per a desaparèixer de nou en un temps més o menys llunyà. Els trastorns menstruals com a símptoma tenen també un valor molt relatiu. L'aparició de la menstruació no ofereix diferència amb els casos normals. La quantitat de sang pot ésser escassa, d'un color pàl·lid i el dolor, durant la regla, pot existir o no. No obstant, hi han hagut autors que a la gran intensitat de la dismenorrea han volgut atri-

buir-hi un valor diagnòstic, tant a la dismenorrea intramensual com post-menstrual. Les meno i metrorr gies són poc freqüents, però, entre altres, Opitz ens parla d'elles i en el què a la meua experiència personal, ho he comprovat.

Un altre símptoma al qual s'ha volgut donar un valor extraordinari és l'esterilitat, que tampoc és acceptat d'una manera definitiva per tots, considerant que en la iniciació del procés és possible la fecundació. Existeixen nombroses observacions de malalties tractades medicalment en les quals la curació clínica fou seguida d'embarassos normals, evolucionant la gestació sense complicacions. M s ostensibles, però menys nombroses, són aquelles en les quals la tuberculsi genital fou comprovada de visu per una operació conservadora, havent estat possible embarassos normals posteriors. A Paul Feuillade, en el què a la segona part respecta, no és possible objectar-li res, però en les primeres: No podria tractar-se d'un error diagnòstic?

Altres símptomes.—Els antecedents personals poden orientar-nos i revelar lesions tuberculoses anteriors, antecedents familiars i una exploració cuidadosa pot posar de manifest lesions en diferents òrgans que ens expliquin l'etiologia de la lesió anaxial, i aix  podem trobar lesions en l'aparell respiratori, adenopaties anteriors, fistules, queratitis, etc. etc. No obstant, crec que el ginecòleg deu prestar gran atenció i realitzar exploracions cuidadoses en aquest sentit.

A la febre, si existeix, no podem concedir-li un valor definitiu.

I ara, anem a realitzar l'exploració ginecològica amb tota l'atenció que el cas mereix i en moltes ocasions no podem, en acabar el nostre examen, desllindar si és una anexitis senzilla, de naturalesa gonocòccica o si es tracta d'una f mia anexial.

Els c lebres nòduls petits i característics, que tan bé es descriuen en els llibres i que se solen trobar en el Douglas i en les trompes, foren m s fàcils de trobar a Hegar i llurs deixebles que a nosaltres. A més, com diu molt bé algun autor, poden ésser simulats per apèndixs epiploics i observar-se en la part inicial de la tr mpa de la salpingitis it mica nusosa.

A la hipoplàsia uterina se li ha volgut donar un gran valor.

Amb quins mitjans contem avui dia per a arribar al diagnòstic?

L'examen dels productes que espontàniament han sortit de l' terus, la leucorrea, a voltes pot ésser objecte d'an lisis, prenent trobar el baccil de K. — La inoculació al cobayo, la desvia-

ció del complement, el Mantowe, l'oftalmo-reacció, el cultiu pel mitjà de Petroff, la floculació Wernes-resorcina, etc. — Per a facilitar el diagnòstic pot també emprar-se el procediment subcutani per la tuberculina i Birnbaum, Banderlier, etc., concedeixen gran valor a aquest mitjà d'exploració quan la reacció a la tuberculina és extraordinàriament intensa i, després d'explorada la malalta, sols és sospitós el focus anexial.

El raspat de prova també pot facilitar dades, però són maniobres no inòqües i, en alguns casos, es produeixen aguditzacions del procés, manifestacions febriles i perforació de sacs piosalpingítics amb peritonitis mortal. Nosaltres no som partidaris d'aquesta manipulació, i creiem comptar amb l'apoi d'altres ginecòlegs.

La punció exploradora vaginal també pot ésser practicada si els tumors sospitosos es troben situats prop de la volta vaginal.

L'obertura del Douglas pot dir, a voltes, l'extensió del procés. La laparatomia exploradora confirmarà moltes vegades la nostra sospita i, en altres casos, ens farà revelacions diagnòstiques de lesions que per la simptomatologia no pòdiem apreciar.

S'arriba moltes vegades al diagnòstic per exclusió.

Tractament.—En parlar de tractament el clínic deu, abans de tot, atendre's a la forma de la malaltia. En expressar-nos així sembla que contem amb una terapèutica ad-hoc i que, establert el diagnòstic en tal punt concret, sabem a què atendre'ns, però no és així: en el tractament de la fímia anexial regna l'anarquia terapèutica més absoluta, des dels entusiastes intervencionistes fins als que creuen que una lesió d'aquesta naturalesa de cap manera deu rendir tribut a la Cirurgia. Des de la cèlebre frase de Chalot "que el que obria una lesió tuberculosa obria la porta a la mort", el tractament d'aquesta enfermetat, tanmateix, sempre ha fruit d'una preponderància quirúrgica, encara que els resultats no puguin qualificar-se de brillants.

No tots els cirurgians estan d'acord sobre la conducta que deu seguir-se en les anexitis tuberculosas, ja que en moltes ocasions es veuen precisats a prendre una determinació sense estar previnguts per a això, ja que les tumoracions dels anexes, rebels al tractament conservador, són operades a la fi, trobant, a voltes i d'improvís, una tuberculosi peritoneo-anexial, quan s'esperava una tumoració d'origen gonocòccic. En altres casos, quan es tracta d'una ascitis, ja se suposa l'anexitis tuberculosa concomitant. Stöckel és partidari d'extirpar els anexes sempre que l'operació pugui verificar-se sense perill, com ocorre quan no exis-

teixen adherències intestinals. Al contrari, en presència d'aquestes adherències entre els anexes i les nanses intestinals, és preferible abstenint-se de desenganxar-les, tancant l'abdomen després d'evacuar el líquid asc tic. De no obrar aix , sol pagar-se l'atreuiment amb lesions de l'intestí i amb fistules estercor cies secundàries que són molt difícils d'operar i que subsisteixen durant tota la vida.

Els raigs X, que des de fa uns trenta anys vénen invadint la ciència m dica, no sols com element de gran valor diagnòstic, sinó com factor terapèutic, aquí també han estat emprats.

Nosaltres no som partidaris de la intervenció quirúrgica, i per tant apoiem tots els mitjans que ens donguin m s garanties que aquest, i vost s saben que la radioteràpia fou emprada al començament en la peritonitis tuberculosa, havent trobat els seus defensors en Reiferschaid, Kroenig, Penkow. Es pretén explicar la seva acció dient que les formacions cellulars epitelo ides, retrauen, fent la vida difícil i matant els bacils tuberculosos que no sucumbiren baix l'acció dels raigs. Hi ha qui també vol atribuir un paper important als raigs X perquè, a més d'actuar en el focus, són influïts favorablement altres focus tuberculosos m s o menys distants, doncs aquests raigs junt amb l'acció local n'exerceixen una altra general, augmentant les defenses i posant en condicions per a evitar noves sembres i recidives.

Hi ha un punt molt important i que en aquest moment creiem el més essencial, i  s que la radioteràpia pot emprar-se en els casos en qu  hi hagi febre, en els quals està contraindicada la intervenció i també en aquells en què, per la gran extensió de les lesions o el mal estat de la malalta no ens és possible extirpar el focus.

Per aquest motiu vaig acceptar (encara que amb tota mena de reserves) aquest tractament en la malaltia que ens ocupa, i si no sempre s'han obtingut curacions completes, és un mitjà molt digne de tenir-se en compte, amb el qual he obtingut millores gens despreciables.

El tractament per la helibter pia ha estat preconitzat, i tots sabem a qu  devem atendre'ns amb aquest mitjà. Els banys de sol s'han substituït per les radiacions ultra-violetes que honradament he de manifestar que és el tractament de l'esdevenidor de la tuberculosi anaxial, ja que és amb el que he obtingut els resultats més falaguers. No obstant, mai no deu oblidar-se que el tractament general de la malalta  s de gran importància, ja

que estem enfront d'una tuberculosa, i amb aquesta afirmació queda clarament explicat.

Havem mirat amb respecte les afirmacions de Faure, Offmaier i Schroeder, referent a l'ablació dels anexes afectes d'infecció tuberculosa. En primer lloc, aquests últims autors defensen la intervenció quirúrgica quan pot fer-se l'extirpació completa del focus, però els comanys als quals tinc l'honor de dirigir-me, molt competents en la matèria, saben les dificultats d'adquirir moltes voltes, abans d'operar, aquesta convicció, i no desconeixen tampoc les restes i complicacions post-operatòries que a voltes apareixen.

Per tant, després del què he exposat anteriorment, proposo les següents conclusions:

Primera. La tuberculosi anexial és freqüentíssima, quedant moltes voltes ignorada i sotmesa a tractaments de les anexitis corrents per les grans dificultats diagnòstiques d'aquest procés.

Segona. Davant d'una malalta sospitosa de tuberculosi anexial devem emprar tots els mitjans de diagnòstic de què avui disposem (exploració acurada de l'aparell respiratori, del tub digestiu, etc. etc.), per orientar-nos vers un diagnòstic segur.

Tercera. Moltes de les malaltes que sotmetem al tractament d'una anexitis vulgar, per exemple la termo-penetració, i veiem que els efectes obtinguts no són satisfactoris, podem inclinar-nos a sospitar una fímia anexial.

Quarta. En el moment actual de la terapèutica ginecològica, la fisioterapèutica en els raigs ultra-violeta, creiem que és el tractament que es deu acceptar demés de tractar l'estat general de la malalta, ja que estem enfront d'una tuberculosa.