

Algo sobre Reumatismo Tuberculoso

Por el Dr. HUMBERTO DÍAZ

Escribimos ahora sobre reumatismo tuberculoso, porque tenemos la impresión desde hace mucho tiempo, de que en nuestro medio se piensa, frente, a las artritis agudas, subagudas y crónicas, mucho menos de lo que debería pensarse, en la tuberculosis como causa de las mismas.

Creemos que siendo tan numerosas entre nosotros, las víctimas del bacilo de Koch, sea muy lógico suponer que la afección que ahora nos ocupa revista una frecuencia insospechada; llamándonos además la atención la notable rebeldía de gran número de síndromes reumatoideos, al tratamiento por el ácido salicílico y sus derivados, lo mismo que a la extirpación de infecciones focales (Avulsiones dentarias, amigdalectomías, etc.), que habían sido consideradas como único factor etiológico.

Hay autores que nos hablan en datos numéricos acerca de la frecuencia del reumatismo de Poncet, habiendo al respecto un completo desacuerdo, pues mientras Teissier y Roque creían que el 50% de los reumatismos crónicos eran de naturaleza tuberculosa, otros han considerado dicha cifra -como muy exagerada; admitiendo Van Breecken del 5 al 10%. Entre nosotros sería también esto último, desde luego, objeto de un estudio especial.

Acompañamos al presente trabajo, la historia de un caso observado por nosotros hace pocos meses, en el cual no se demostró de una manera incontestable la naturaleza fímica, como diría el Profesor Maraño, del cuadro reumatoideo, ya que la única prueba indiscutible es el hallazgo del bacilo de Koch en líquido articular; hecho raro y factible, naturalmente, sólo en la forma hidartrosica, la cual no presentó nuestro paciente.

Quede pues, en honor al rigor científico, el caso aludido como un hecho de presunción y como un detalle ilustrativo a la intención de estas líneas, la cual ha sido expuesta en el primer párrafo.

El caso es el siguiente: J. W., de 30 años de edad, casado, marino, originario de Utila y avecindado desde hace 6 años en el Jaral

encontraron, una máquina de escribir, una escopeta, una olla de la cocina, etc. Este es un proceder que rebaja a quien lo ejecuta.

Creo que por ahora basta con todo lo citado para que nos demos cuenta cabal del estado moral de ciertos profesionales de nuestro medio rural y para que si es posible éstos se regeneren, se preocupen, estudien, ejerzan con desinterés, con abnegación, con gentileza, con honradez una profesión tan alta y tan digna como es la de Médico y Cirujano, .

(Dpto. de Cortés), ingresa al servicio de Medicina de Hombres del Hospital San Felipe, el 21 de Abril de 1941, a curarse de REUMATISMO.

A N A M N E S I A

Anamnesia Próxima.-Hace un año (Abril de 1940) que, después de caminar al rededor de 30 leguas en dos días y de un descanso de ocho horas, sintió un violento escalofrío e inmediatamente) muy acentuada de temperatura acompañada de delirio. Se ordenó su traslado, a caballo, a la más cercana ciudad en donde hubiese-j médico, en el trayecto pernoctó a la intemperie y recibió una fuerte lluvia. Al día siguiente llegó a la ciudad de Santa Bárbara, en donde a la sintomatología anterior se agregó violenta punta de castado y le principió tos. Hubo al cuarto día expectoración mico-purulenta y al sexto una verdadera vómica, expulsando varios cienes de centímetros cúbicos de pus. Desde el principio hubo anorexia y adelgazamiento. Al mes poco más o menos, se trasladó al Hospital del Norte (San Pedro Sula), en donde permaneció otro mes bajo tratamiento médico, que consistió principalmente en reposo y administración de aceite de hígado de bacalao. Ahí desapareció la fiebre y le volvió el apetito. Por ese tiempo el estado general era malo, había perdido muchas libras de peso y sufría de astenia muy marcada. Trasládase luego al Hospital de La Sima, en donde le aparecieron, casi inmediatamente después de una ducha fría, mialgias generalizadas y artralgias en el pie derecho, afectándose principalmente la articulación tibio-tarsiana del mismo lado, la cual aumentó de volumen y sufrió impotencia funcional debido al dolor. Nuevamente se le presentó fiebre de carácter remitente, se exacerbó la tos y algunas semanas después, notó que los dedos de sus manos se abultaban a nivel de las falangetas. Se le practicaron repetidos exámenes de esputo, siendo siempre negativo el resultado, según él lo afirma.

Por el mes de Agosto del mismo año, se trasladó al Jaral, pequeño puerto a orillas del Lago de Yojoa, en donde sufrió un probable ataque de paludismo agudo, de forma terciana; habiéndole reaparecido la tos con expectoración purulenta y disminuido los dolores articulares. Dispone trasladarse a esta capital e ingresa al Hospital San Felipe, en donde reclama su alta a los dos días, sin haber dado tiempo a observarle detenidamente; regresa al Jaral y parte de ahí al hospital de Tela, en donde reaparecieron los dolores articulares, afectándose principalmente las articulaciones de la rodilla, las cuales aumentaron de volumen, sobre todo la derecha. Aquí se le hizo examen radiológico de pulmones, sin poder precisar cuál fue el resultado, lo mismo que nuevos exámenes de esputo y una toracentesis de la base derecha con resultado negativo. En Tela permaneció hasta el mes de diciembre ganando 27 libras de peso.

En Enero del presente año estuvo en titila, en donde permaneció un mes en cama, presentando más o menos su antigua sintomatología (Tos, expectoración purulenta, artralgias con fluxión articular y fiebre). Nuevo tratamiento en el Hospital D'Antoni de La Ceiba, y por último lo tenemos de nuevo en esta capital, ingresa a nuestro servicio en la fecha indicada al principio; acusando a la hora de la exploración dolores articulares de ambas rodillas y pies, además de la tos.

Anamnesia Lejana.—Nada de importancia.

Funciones Orgánicas Generales.—Normales.

Trastornos por parte de diversos Aparatos.—Respiratorio: Tos con expectoración purulenta. Nervioso: Artralgias. En los demás aparatos no se comprueba ninguna alteración funcional.

Género de Vida.—Muy activa, se ha dedicado la mayor parte de su vida a la marina. Ha ingerido alcohol por varios años y fuma tabaco en regular cantidad.

Anamnesia Familiar.—Sin importancia.

ESTADO PRESENTE

Estado General.—Expresión de la cara, mirada y sensorio: Normales.

Psiquisr Su enfermedad le preocupa en demasía.

La arquitectura ósea y la musculatura, presenta buen aspecto, a pesar de su larga historia de padecimientos. Al examen de las articulaciones, comprobamos el abultamiento al nivel de las falangetas, lo cual da unos dedos típicos en forma de palillo de tambor. Las articulaciones de la rodilla y tibio-tarsiana de ambos lados presentan un aumento de volumen más acentuado en el lado derecho.

ESTADO ESPECIAL

Aparato respiratorio: Vías aéreas superiores, normales. Conformación torácica, normal. Movimientos respiratorios, 18 por minuto. Tipo respiratorio, abdominal. La palpación no revela ninguna anomalía. La percusión pone de manifiesto una submacíñez de la base derecha. Por la auscultación, se comprueba disminución del murmullo vesicular, estertores sibilantes y crepitantes de gruesas burbujas diseminados en todo el campo pulmonar derecho. Roces pleurales en la base del mismo lado.

Aparato circulatorio: Normal.

Aparato Digestivo y anexos: Bazo percutible.

Aparato uro-genital: Normal.

Aparato ganglionar: Normal.

Aparato ganglionar: Normal.

Sistema nervioso: Cierta disminución de la motilidad, tanto activa como pasiva, debido al dolor.



Aquí pueden observarse el relativo buen estado del paciente y sus dedos en palillo de tambor

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Sangre: Glóbulos rojos, 4.936.000; Glóbulos blancos, 10.200 P. Neutrófilos, 80%; P. Eosinófilos, 2%; G. Mono nucleares, 1%; Linfocitos, 17%; Hemoglobina, 96%.

Reacción de Kahn: Negativa.

Reacción de Wasserman: Negativa.

Orina y heces fecales: Dieron resultado negativo.

Espuito: se practicaron ocho pruebas sucesivas, comprobándose en las dos últimas la presencia de bacilo de Koch. Según afirma el enfermo, durante su permanencia en los hospitales de la costa norte, se le hicieron repetidos exámenes de esputo siendo todos ellos negativos; en las dos últimas pruebas realizadas en nuestro servicio, se recurrió al auxilio de la homogeneización.

Examen radiológico de pulmones: Infiltración de la base derecha; pleuritis diafragmática derecha, oscurecimiento del ángulo costo diafragmático del mismo lado.

Examen radiológico de la rodilla derecha: Pequeñas áreas de destrucción de las superficies articulares. Periostitis del fémur. No hay hidartrosis.

C O M E N T A R I O S

De la azarosa historia de nuestro enfermo, de todas sus de y venidas por distintos centros] hospitalarios, podemos establecer los hechos siguientes:

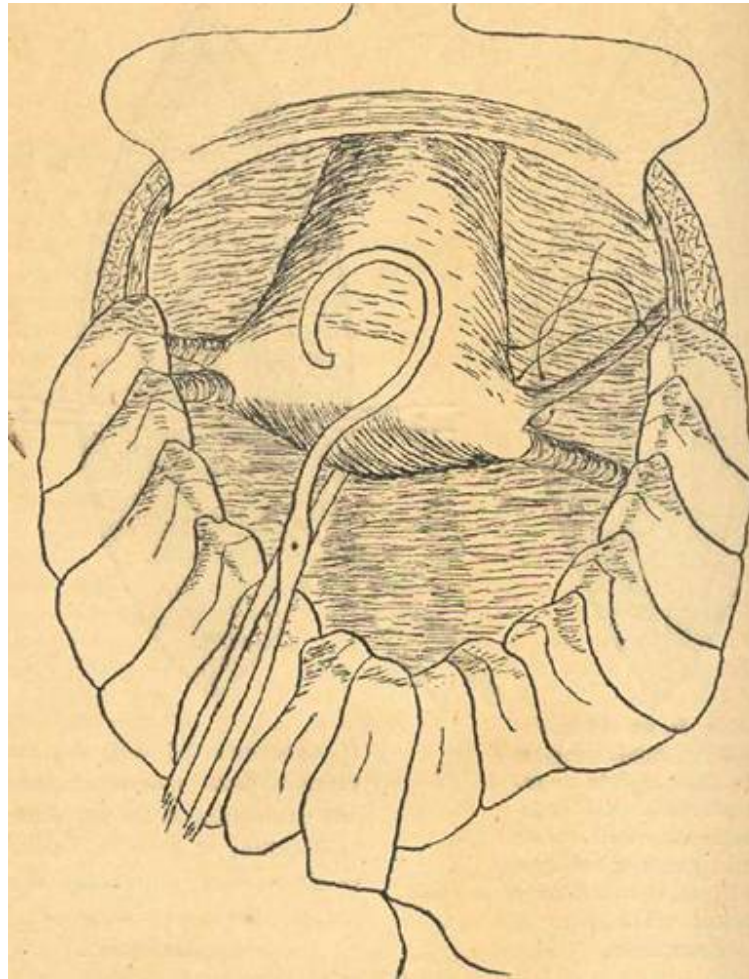
- 1º—Una afección aguda del aparato respiratorio, que culmina a los seis días con una vómica.
- 2º—Establecimiento, después del accidente apuntado, de un síndrome pulmonar de carácter crónico y que consistió principalmente en tos con expectoración purulenta, fiebre, pérdida considerable de peso, anorexia y debilidad general, que revistió períodos de calma y agudización en varias ocasiones.
- 3º—Aparecimiento, a los dos meses poco *més* o menos, de un cuadro reumatoideo que se acompañó de la formación de DEDOS HIPOCRÁTICOS, de artralgias generalizadas y artritis de ambas rodillas principalmente.
- 4º—Comprobación de signos físicos pulmonares, que son confirmados por el examen radiológico.
- 5º—Comprobación del bacilo de Koch en el esputo.
- 6º—Ausencia de lúes y de otras afecciones capaces de originar las lesiones articulares.

En lo que se refiere al primer punto, bien podría pensarse en un absceso pulmonar primitivo, ya que por la rápida evolución no es posible referirlo a ninguna enfermedad infecciosa (Neumonía, Fiebre Tifoidea, etc.), en el sentido etiológico; pero sí podría considerársele como factor eficiente para despertar una tuberculosis pulmonar con la que evolucionaría en forma simultánea, fenómeno muy posible, *según* lo demuestran Sargent y Kourilsky.

Con respecto al contenido del 2o. punto nos parece obvio el comentario, ya que los síntomas que se mencionan serían fácilmente explicables por un estado de heftiquez.

El carácter del cuadro reumatoideo, no habla, en manera alguna, en contra de su probable naturaleza tuberculosa; todo lo contrario, el modo como se estableció y el hecho de que el reumatismo de Poncet, puede revestir formas anatomo-clínicas muy variadas, hablaría más bien en su favor.

Con lo dicho en los tres últimos puntos, se demuestra que nuestro paciente es un tuberculoso pulmonar confirmado, y que por el

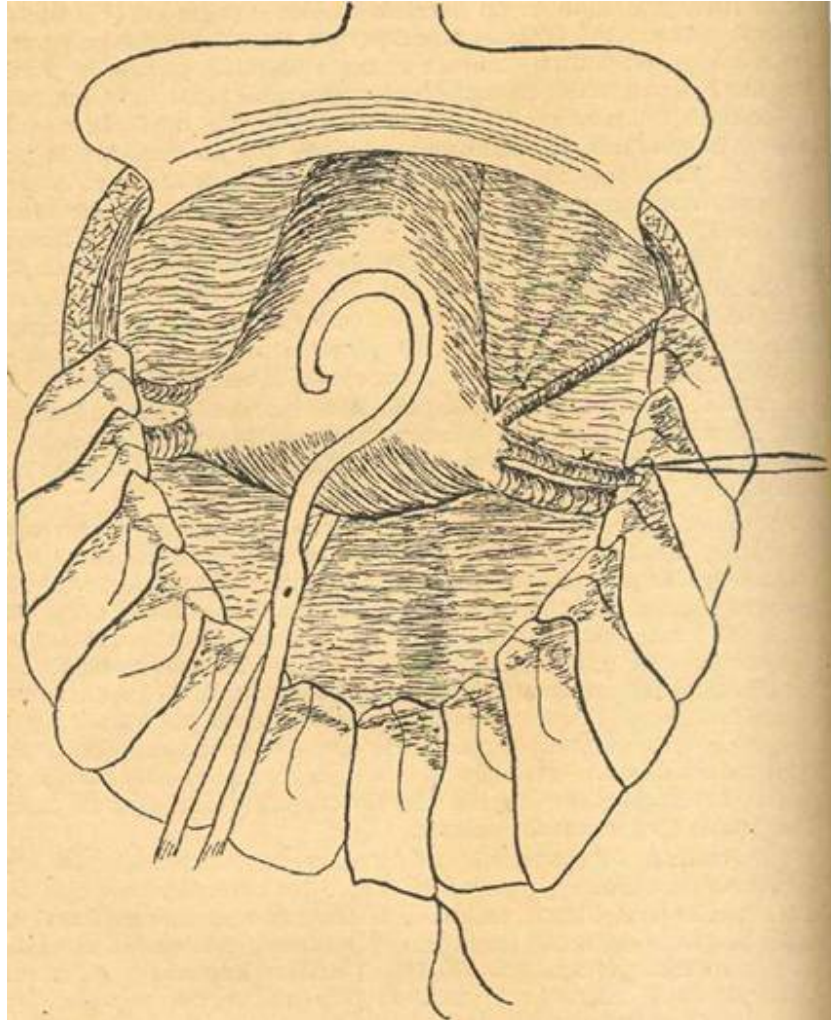


m.—El útero es tirado fuertemente por una pinza de matriz: los ligamentos redondos quedan a la vista; comenzando por el ligamento derecho se hace una ligadura de dicho ligamento lo más lejos posible del borde de la matriz; uno de los hilos de esta ligadura se pasa a través del ligamento ancho, dejando en medio el ligamento redondo; se hace una segunda ligadura del ligamento redondo cerca de la primera pero hacia dentro. Tirando de los primeros hilos y anudándolos, el cabo externo del ligamento se acerca al borde de la matriz quedando acortado; se corta el ligamento redondo entre las dos ligaduras, después el ligamento ancho que ya está cerrado; el cabo próxima! queda separado y pasará después los tejidos para ser suturado sobre la fibrosa

europas y las americanas del Norte. Este año que acaba de pasar de 1940, practiqué en mi Servicio de Ginecología en el Hospital General quince (15) ligamentopexias, por retroflexiones,"que aunque movibles, no podían cambiar su mala posición, porque la ptosis intestinal permanente, no adherente, imposibilitaban que esa matriz pudiera componerse con otro tratamiento que no fuese el quirúrgico; impresiona ver .al abrir el vientre, que no obstante la posición de Trendelenburg de la enferma, sus asas intestinales sin que tengan adherencias, cuesta sacarlas del fondo del saco de Douglas, siendo la última en salir la cúpula de la matriz retroflexionada; (Ver radiografía donde aparece la gran ptosis intestinal) de allí surgió en mí, la idea de plantear a vosotros, este problema y que consideremos, si no es mejor volver a la antigua prescripción, de retener por lo menos (20) veinte días en cama a las paturientas, como lo indicaron nuestros viejos maestros tocólogos; filtre ellos el Profesor Ribemont, porque es indudable que influencia muy favorablemente la involución de la matriz y la tonicidad y elasticidad de los músculos abdominales de todas esas mujeres debilitadas.

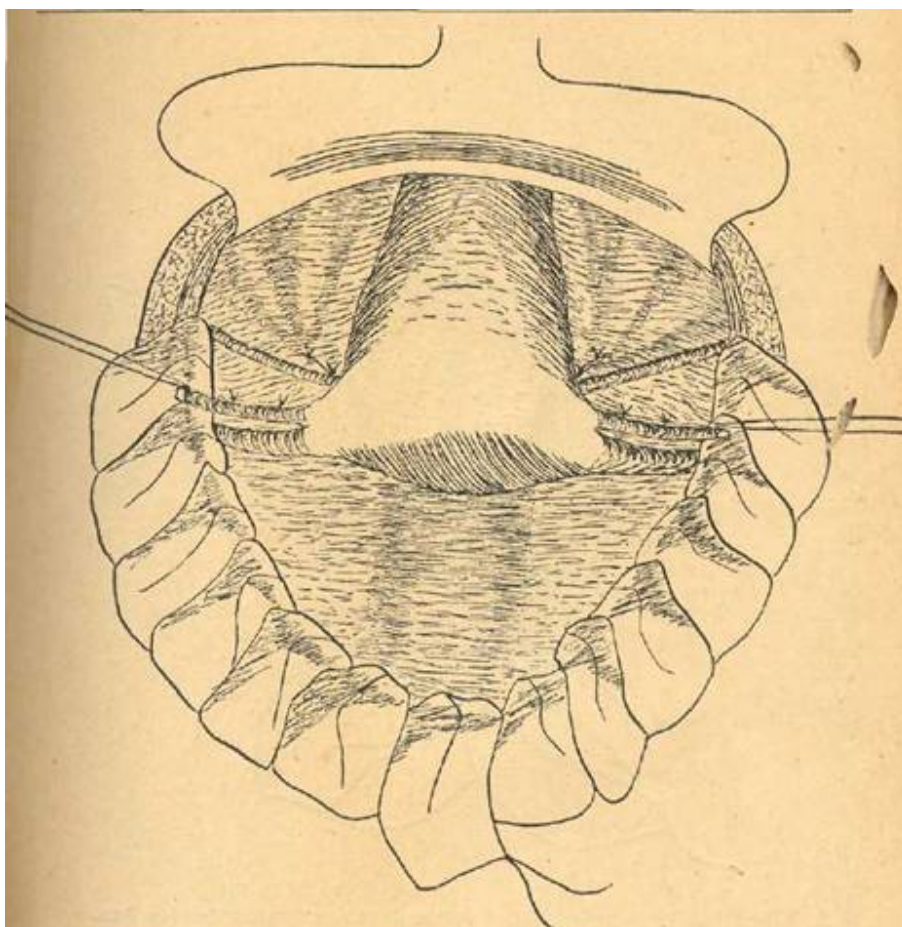
Teniendo en cuenta esas razones, en la proxilaxis para estas afecciones, aconsejaremos: Que las mujeres deben reposarse más con motivo de sus partos, que deben atender a curarse luego sus metritis cuando las tengan, que deben buscar las clínicas o los Asilos hospitalarios para que sean mejor atendidas, evitando así las infecciones y si hubiera rupturas del periné durante el parto, ser inmediatamente suturadas; que deben llevar una faja, de preferencia la faja de Ptosis y que deben evitar trabajos fuertes por lo menos un mes después de .su salida de centros maternos. Todos estos, razonamientos vendrán a evitar las malas posiciones de la matriz, evitando con ello los males de que sufren muchas de nuestras pobres mujeres trabajadoras.

En cuanto a su tratamiento, varía según La afección; las hay médicas y quirúrgicas, pero en cuanto a las retro-flexiones que son a las cuales nos hemos referido, el tratamiento médico local no da la mayoría de veces resultados y entonces nos queda el tratamiento médico general que no debe perderse de vista y el quirúrgico, que es el importante, pero en este quirúrgico, algo hay que ha motivado tantos procedimientos; ya un ginecólogo en un congreso médico contó (300) trescientos procedimientos y es que aún no se ha dicho la última palabra, porque a todos ellos cabe la crítica y de allí, que el cirujano en frente de cada caso debe buscar el procedimiento que conforme a su entender, puede dar mejor resultado: unos hacen el Alquier-Alexander-Adams, por creerlo más anatómico; otros el D'Artiguez-Baldi; otras el procedimiento argentino de las cuatro A. Alquier-Alexander-Adams-Arce; otros el Doleris con una gran cantidad de variantes como la de Bardescu y Caballero, agregándole uno más, que es también variante de Dole-



IV.—Se ve el cabo externo aproximado al borde de la matriz y el cabo proximal separado, quedando así terminado el lado derecho. En el lado izquierdo se practica la misma operación

ris, que practicamos en nuestro Servicio y que tengo el honor de presentarles; sin embargo como dejo dicho dada la complejidad de la afección, aún no se ha entrado un procedimiento que llene por completo el ideal quirúrgico anatomo-fisiológico. También manifiesto que en los prolapsos uterinos, a excepción que haya indica-

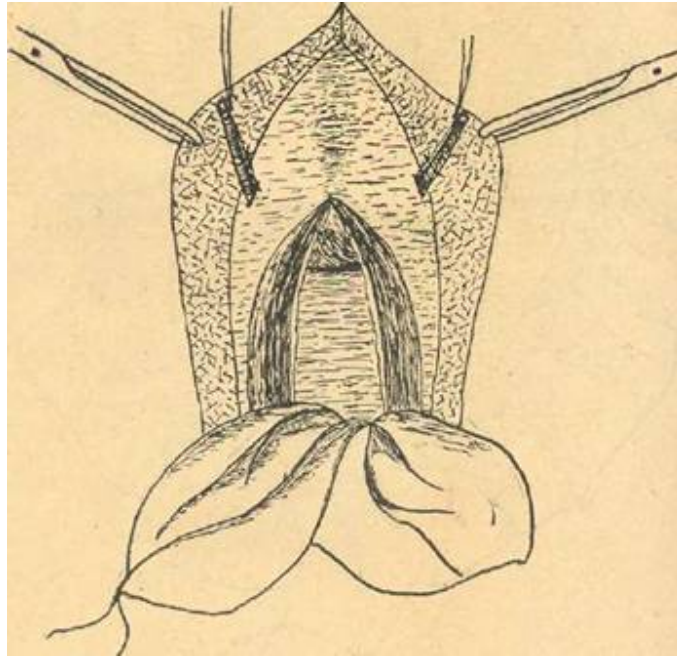


V.—La matriz ha sido enderesada por el acortamiento de los ligamentos redondos que ahora aparecen tensos. Los cabos proximales separados están dispuestos para pasar a través de la pared (peritoneo, borde externo de las rectas y fibrosa)

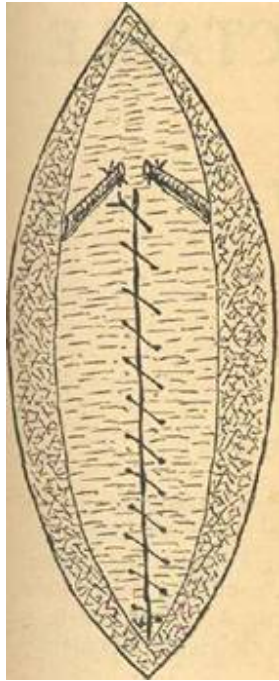
ción formal de quitar la matriz, practico la misma operación de suspensión con lo cual alivio a la vez la ptosis de que sufren todas esas pacientes. Dije.

Juan A. MEJIA.

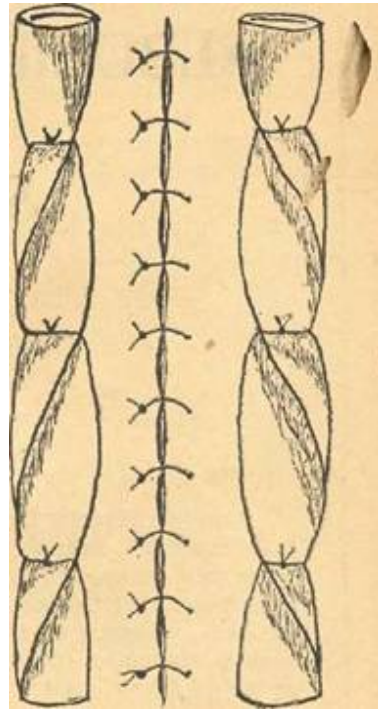
NOTA DE LA DIRECCIÓN: El procedimiento propuesto por el Dr. Mejia puede apreciarse en los clichés que acompañan este trabajo.



VI.—Se quitó la valva. En el punto donde serían traídos los ligamentos se separó el tejido celular hasta el borde externo de los rectos anteriores (como el método de Caballero). La matriz quedó fuertemente unida a la pared anterior y ya no sufrirá nueva versión. La fibrosa que fue incindida por arriba de la incisión de la piel y el tejido celular queda fuerte en la parte inferior de la herida. Los ligamentos que ya fueron pasados a través de la pared, serán adheridos a la fibrosa por puntas superficiales que respetaran los vasos



VII.—Los ligamentos se ven en la parte inferior de la herida unidas a la fibrosa; el peritoneo, músculos y fibrosa fueron ya suturados, sólo falta el tejido celular y la piel



VIII.—La operación quedó terminada una vez que la piel dé suturada; se ven tres puntos separados y profundos y varios puntos superficiales