UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

METRO-SALPINGITIS

(NO ENQUISTADA)

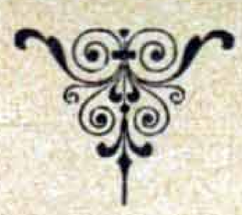
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN F. POGGI

Ex practicante de vacuna. — Ex practicante del Hospital Rawson
Ex interno del Hospital Francés
Ex practicante mayor de la Asistencia Pública



BUENOS AIRES

6937 — Imp. MARIANO MORENO, Corrientes 829

1899

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

METRO-SALPINGITIS

(NO ENQUISTADA)

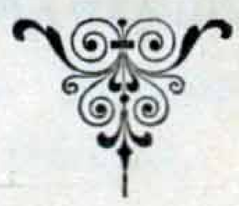
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN F. POGGI

Ex practicante de vacuna. — Ex practicante del Hospital Rawson
Ex interno del Hospital Francés
Ex practicante mayor de la Asistencia Pública



BUENOS AIRES

6937 — Imp. Mariano Moreno, Corrientes 829

1899

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Enrique E. del Arca.

Vicedecano

Dr. D. José T. Baca.

Académicos Titulares

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca.
» » José T. Baca.
» » Rafael Herrera Vegas.
» » Jacob de Tezanos Pinto.
» » Eufemio Uballes.
» » Juan R. Fernández.
» » Enrique E. del Arca.
» » Pedro N. Arata.
» » Manuel Blancas.
» » Roberto Wernicke.
» » Pedro Lagleyze.
» » José Penna.
» » Luis Güemes.
» » Eliseo Cantón.
» » Gregorio N. Chaves.

Académicos Honorarios

Dr. D. Ernesto Aberg.
» » Pablo Marengo.
» » Eduardo Wilde.
» » Martín Spuch.
» » Telémaco Susini.
» » Edmundo Nocard.
» » Emilio R. Coni.

Secretario Titular

Dr. D. Luis M. Acuña.

Prosecretario

Dr. D. Zenón Aguilar.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naón.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar.
Patología externa	»	Obdulio Hernández.
Patología interna	»	José Penna.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos G. Malbrán.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Domingo Cabred.
Enfermedades génito-urinarias	»	Federico Texo
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo. Alejandro Castro.
Clínica médica	Dres.	Gregorio N. Chaves. Abel Ayerza Luis Güemes. Francisco A. Sicardi.
Laringología, otología, rinología	Doctor	Eduardo Obejero.
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
Física médica	»	Jaime R. Costa.
Zoología médica	»	Eliseo Cantón.
Botánica médica	»	Martín Spuch
Botánica farmacéutica	»	Adolfo Mujica.
Química Médica	»	Atanasio Quiroga.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irízar.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.
Dentistería operatoria	»	León Pereira.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez.
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid.
Fisiología general y humana		Horacio G. Piñero.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Gregorio Aráoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patología externa	»	Pascual Palma. Daniel J. Cranwell.
Patología interna	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	»	José Badia
Bacteriología		Vacante.
Medicina operatoria	Doctor	Nicolás Repetto.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	Dres.	Alfredo Lagarde. José F. Molinari.
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguia.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Estevez. José R. Semprún.
Enfermedades mentales y su Clínica	Doctor	Benjamín T. Solari.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo. Diógenes Decoud. Alejandro Posadas
Clínica Médica	»	Julio Méndez. Ignacio Allende. Patricio Fleming
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello. Eliseo V. Segura.
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Luis F. Vila. Fanor Velarde
Medicina legal	Doctor	Domingo S. Cavia.
Enfermedades génito-urinarias		Vacante.
Toxicología	Doctor	Juan Alba Carreras.
Química aplicada á la Medicina	»	Francisco P. Lavalle.
Física médica	»	Juan J. Galiano.
Zoología médica		Vacante.
Botánica médica	»	Lucio Durañona
Botánica farmacéutica		Vacante.
Química médica	»	Francisco B. Reyes.
Farmacia teórica	Sr.	Juan A. Domínguez.
Farmacia práctica	»	Miguel Puiggari.
Obstetricia para alumnas parteras	Doctor	Enrique Pietranera.
Odontología		Vacante.
Dentistería operatoria		Vacante.

PADRINO DE TESIS

Académico Dr. José T. Baca

A la memoria de mi padre

A mi madre

A mi abuela María Paita

A mis hermanos

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Sin pretensiones de ningún género presento á vuestra consideración mi última prueba sobre las metrosalpingitis (no enquistadas): nada nuevo encontraréis en ella; solamente deseo poner de relieve el resultado obtenido con el tratamiento médico en las salpingitis.

Mi agradecimiento más profundo hacia mis profesores y en particular al distinguido Académico doctor José T. Baca, que ha tenido la amabilidad de acompañarme como padrino de tesis.

Patogenia. — Causas

La inflamación del útero y de las trompas son siempre de origen infeccioso

Los estudios bacteriológicos practicados con el objeto de poder comprobar el origen de los microorganismos productores de los procesos inflamatorios de estos órganos, ha dado el siguiente resultado. Doderlien, que ha hecho estudios de la secreción vaginal, ha llegado á las siguientes conclusiones: Que en el estado normal, siendo ácidas las secreciones no se encuentran microbios piógenos, y que cuando éstas se transforman en alcalinas, existen en la proporción de 9 %; tampoco existen microorganismos en la cavidad uterina en estado normal.

Wite ha demostrado experimentalmente que tanto los estreptococus como los estafilococus son destruídos por el ácido láctico contenido en la secreción vaginal en estado normal, el cual se halla en la proporción de 75 centigramos por ciento.

Kroning y Menge han comprobado el poder bactericida de la secreción vaginal, el primero practicando experiencias en mujeres embarazadas, y Menge en estado normal. Kroning inoculó á veinte mujeres embarazadas con el bacilus piocianicus, y

comprobó, que después de catorce á veinticuatro horas éstos se hallaban completamente destruídos, habiendo obtenido el mismo resultado con las inoculaciones de estreptococus y estafilococus.

Menge ha llegado á una conclusión idéntica, efectuando las mismas experiencias en mujeres que se hallaban en estado normal y practicando culturas con secreción vaginal, de cincuenta mujeres cuyos órganos genitales no presentaban alteración alguna; en un caso solamente obtuvo colonias de estreptococus, hallándose la virulencia de estos mismos organismos sumamente atenuada.

En el octavo congreso de la sociedad de ginecología alemana efectuado en el mes de Mayo del presente año, discutiendo sobre si las secreciones vaginales se encuentran infectadas en el estado normal, es decir, si se encuentran en el conducto vaginal microorganismos patógenos, no han llegado á ponerse de acuerdo, emitiendo distintas opiniones.

En este congreso se ha objetado á los trabajos de Kroning y Menge, que para sus experiencias usaron medios de cultura sólidos y que los estreptococus se desarrollan con facilidad en medios líquidos. Pero según las experiencias de Bumm, Gönner y de Burckhardt, han comprobado que los estreptococus encontrados en la secreción vaginal se hallan desprovistos de toda virulencia, puesto que Burckhardt ha constatado su presencia en el útero de mujeres después del parto, sin dar lugar á alteración de ningún género.

Las bases en que se fundaba Ahlfed para sostener

la autoinfección han sido desechadas, puesto que ellas no eran concluyentes.

En cuanto á los resultados obtenidos por los que practican la desinfección vaginal, antes y durante el parto, tampoco son favorables á la autoinfección, porque en las estadísticas se observa, que los resultados obtenidos son los mismos que en los servicios que no se ponen en práctica estas medidas de profilaxia y en otros un aumento de la morbilidad, como Leopold lo ha publicado en varias observaciones y Fehling ha visto en Balle disminuir en número de 30 á 19 % y en Halle de 28 á 11 %, después de haber abandonado las inyecciones vaginales con soluciones antisépticas. Bumm en su servicio que no hace más antisepsia que la de los órganos genitales externos, sobre 3957 partos, ha obtenido menos de 1 % de mortalidad, y Fehling ha observado que durante el período escolar en el cual se practica el tacto por los estudiantes en las mujeres embarazadas, las infecciones aumentaban de 5 á 10 %.

En un artículo publicado en la "Semaine Médicale" por el doctor Peiser, sostiene que en la vagina no existen microorganismos patógenos y que la infección depende del exterior, jugando la autoinfección un rol muy secundario: esta opinión la funda en los resultados obtenidos en la Maternidad de Mannheim, donde no se hace más antisepsia que la de los órganos genitales externos y en 52 partos provocados por la introducción de bujías en el útero.

Con estos datos creemos que pueden ser consideradas la mayor parte de las infecciones de los

órganos genitales, como provenientes del exterior.

Pasemos al estudio de las causas mediatas productoras de las metrosalpingitis.

En el mayor número de los casos la inflamación de las trompas se halla precedida por lesiones de la matriz, haciéndose la propagación por continuidad, es decir, de la mucosa uterina á la de las trompas; esta opinión es la que se halla sostenida por el mayor número de autores; otros sostienen que la propagación se efectúa por los vasos linfaticos.

La blenorragia es una de las causas que más frecuentemente se observa. Wite encontró en una estadística del servicio del doctor Martin, que sobre 1000 enfermas en 288 la causa productora de la afección era el gonococus de Neisser. Mangiagalli considera que el 12 por ciento de las mujeres que se presentan al ginecólogo la lesión es como en el caso anterior, producida por el gonococus. Zweifel atribuye á la gota militar considerada por sus portadores como inofensivas, el origen de numerosos casos de metrosalpingitis.

Steinchneider ha podido comprobar que después que el gonococus desaparece de la uretra y la vagina, donde las condiciones para proliferar no le son favorables, se encuentran en el útero. El gonococus de Neisser no siempre puede ser puesto en evidencia, aunque él sea el productor de la afección.

Westermarck fué el primero que demostró la

presencia del gonococus en el contenido purulento de una trompa extirpada; á éste siguieron gran número de autores, los cuales obtuvieron el mismo resultado; considerándose por consiguiente como un hecho plenamente demostrado, la presencia del gonococus en las metrosalpingitis que origina.

Los estudios bacteriológicos practicados por Martin, Werthein, Frommel y otros, con el objeto de establecer la relación que existe entre las salpingitis blenorrágicas con las otras formas, ha dado en 376 enfermas el siguiente resultado: 76 casos motivados por gonococus, 50 por microorganismos piógenos, 10 mixtas, 7 por neumococus, 3 por bacterio coli, 15 indeterminadas y en las restantes el contenido era estéril.

Con todos estos estudios, queda demostrado el lugar importante que ocupa el gonococus en la patología de los órganos genitales de la mujer, y por consiguiente de las metrosalpingitis.

Los partos y los abortos atendidos en condiciones sépticas ocupan un lugar importante entre las metrosalpingitis. En los abortos la retención de restos de membranas mortificadas facilitan la proliferación, exaltando la virulencia de los microorganismos que producen los procesos inflamatorios, siendo los más importantes en estos casos los estreptococus que se descubren fácilmente en el pus en los análisis microscópicos, hallándose algunas veces asociados á los estafilococus.

Las exploraciones de la cavidad uterina, de la misma manera que las pequeñas intervenciones

en el cuello practicadas sin seguir las reglas de la antisepsia, pueden dar lugar á la infección de los órganos genitales internos. Existen otras causas que pueden dar lugar á la afección que nos ocupa, jugando éstas un rol secundario, como ser la viruela, la escarlatina y la tuberculosis.

Pozzi, ha señalado como causa, lesiones intestinales, habiéndose efectuado en estos casos la propagación, por adherencia de los intestinos con los anexos.

Anatomía patológica

Comenzaremos con el estudio de la anatomía patológica de las metritis, continuando luego con el de las salpingitis.

Se ha dividido en dos partes la anatomía patológica de las metritis; 1º, en inflamaciones agudas; 2º, en crónicas.

En los procesos inflamatorios agudos la mucosa se encuentra espesada y blanda, al examen microscópico se ve en el tejido interglandular una gran cantidad de elementos celulares. Las glándulas se hallan en estado normal, tratándose por lo consiguiente de una inflamación intersticial.

En las inflamaciones crónicas la mucosa uterina presenta las siguientes alteraciones: La superficie es desigual, de consistencia blanda y de coloración más ó menos obscura; el músculo uterino se halla congestionado, siendo ésta más pronunciada en la capa profunda. Practicando una sección del útero es difícil poder distinguir á simple vista la superficie de separación de la mucosa con la del músculo, pero haciendo cortes y coloreándolos con picrocarmín puede entonces verse por la distinta coloración que adquiere, notándose el considerable espesor que tiene la mucosa, la cual en ciertos casos llega á tener hasta un centímetro, siendo en el estado normal de un milímetro de espesor.

En su superficie la mucosa presenta salidas,

depresiones y numerosas vegetaciones; éstas pueden ser redondeadas ó alargadas, pudiendo transformarse en pólipos sesiles ó pediculados; también pueden verse pequeños quistes.

Bajo el punto de vista histológico han sido divididas en tres variedades, las cuales pueden hallarse combinadas. Estas son, endometritis intersticial, glandular y poliposa.

Whider es quien ha hecho los últimos estudios de estas formas. En la primera forma el tejido interglandular se halla transformado en cicatricial, el cual comprime á las glándulas dando lugar á la formación de quistes y también atrofiándolas, pudiendo llegar á producir su desaparición más ó menos completa, de manera que la mucosa se reduce á tejido conjuntivo recubierto de una capa epitelial.

La endometritis glandular Whider la divide en dos clases. La una hipertrófica y la otra hiperplásica. En la primera las glándulas se presentan bajo una forma irregular, contorneadas en espiral, y en las segundas se observa la multiplicación de las glándulas.

La forma poliposa presenta un desarrollo considerable de la mucosa, en la cual se ve en unos casos fungosidades y en otros pólipos; á simple vista se observa pequeños quistes provenientes de glándulas degeneradas: éstos son transparentes y de un milímetro de diámetro, hallándose separada por tejido conjuntivo en el que existe gran cantidad de vasos y de células fusiformes que le

dan un aspecto estriado; en otros casos reviste la forma de tejido fibroso; en la superficie de la mucosa las glándulas se hallan dilatadas y en la profundidad normales, dirigidas paralelamente ú oblicuamente á la superficie muscular, siendo frecuente ver que los fondos de saco glandulares sobrepasan las mucosas encontrándose entre las fibras musculares.

Histológicamente se considera esta clase como una forma mixta, es decir, á la vez intersticial y glandular.

Las lesiones del parénquima en las metritis crónicas se hallan caracterizadas según los estudios practicados por Cornil, por un aumento de espesor de la pared uterina, lo cual es debido á la formación de tejido conjuntivo entre las fibras musculares; las arteriolas se encuentran espesadas, esclerosadas y degeneradas; al examen microscópico se ve que el espesamiento de la pared de los pequeños vasos se debe al aumento de los elementos elásticos.

Los autores no se hallan de acuerdo sobre si el tejido muscular también se hipertrofia.

Las lesiones que el cuello del útero presenta en la metritis son numerosas y diversas, siendo las principales el ectropión de la mucosa, la hipertrofia, congestión, granulaciones, erociones, ulceraciones y pequeños quistes; todas estas lesiones pueden verse á simple vista.

Las salpingitis no enquistadas han sido divididas en cuanto á su lesión anátomo-patológica, en sal-

pingitis catarral purulenta y crónica parenquimatosa.

En las salpingitis catarrales, las trompas se encuentran aumentadas de volumen, las franjas del pabellón aglutinadas y de color rosado, al corte se nota que los pliegues se hallan hipertrofiados y de color rojizo. Al examen microscópico se ve, que en los pliegues existen brotes de nueva formación, la extremidad sumamente gruesa, anastomosándose unas á otras é infiltradas de células embrionarias; en la túnica muscular se constata la hiperplasia de los elementos.

En la salpingitis aguda purulenta las trompas se encuentran como en la anterior, aumentadas de volumen, las franjas del pabellón se hallan adheridas unas á otras, produciéndose la obliteración del orificio abdominal; en el interior de ellas se encuentra siempre pus. Haciendo el examen microscópico se observa en la mucosa que sus pligues se han espesado y anastomosado, dando lugar á la formación de pequeñas cavidades irregulares, hallándose todos los tejidos infiltrados. Las células epiteliales de la mucosa se transforman, haciéndose planas y cúbicas, perdiendo las cilias vibrátiles.

En la salpingitis crónica parenquimatosa la lesión ataca á todos los tejidos, con especialidad á la túnica media. El orificio del pabellón casi siempre se encuentra obliterado; en cambio el orificio uterino de la trompa, se halla permeable como en las otras formas.

Se distinguen dos variedades de salpingitis parenquimatosa: la una hipertrófica y la otra atrófica.

En la primera clase las trompas se presentan al examen macroscópico aumentadas de volumen y de color rojizo violáceo y de consistencia carnosa; al corte se ve primeramente una capa muscular hipertrofiada ó de tejido conjuntivo de nueva formación; en el interior el canal, el cual se halla más ó menos borrado y cuya mucosa se halla sumamente alterada y de una coloración blanquizca, brillante, con una destrucción más ó menos completa de su epitelio.

La otra variedad, llamada atrófica, la infiltración que se produce no da lugar á la formación de tejidos, sino que se reabsorbe, produciéndose por lo consiguiente una retracción de ellos; probablemente esta forma no es más que un estado avanzado de la primera variedad, transformándose la trompa en un cordón duro en la cual desaparece la permeabilidad.

Síntomas

Forman la sintomatología de las metrosalpingitis, el sindrome uterino, faltando de éste con frecuencia algunos de los elementos que lo forman, los síntomas físicos y por último los síntomas reflejos.

El dolor es uno de los síntomas que primero se manifiesta, hallándose éste localizado, ya sea en la pequeña pelvis, en las ingles ó en la región lumbar. El dolor en las ingles en algunos casos es más intenso en un lado que del otro, adquiriendo en algunas enfermas el carácter de neuralgias con irradiaciones hacia el epigastrio ó al muslo; el dolor se hace más manifiesto cuando la enferma sufre movimientos bruscos, los cuales son trasmitidos á los órganos genitales internos. Goselin, que ha estudiado la sensibilidad del útero, ha comprobado, que la simple presión de este órgano no produce dolor, provocándolo en cambio si se le mueve.

El dolor en algunas enfermas no adquiere mucha intensidad, y es traducido por ellas como una sensación de peso, ó como si su pequeña pelvis se hallara ocupada por un cuerpo extraño.

La leucorrea ocupa un lugar importante entre los síntomas, siendo ésta debida á una exageración y alteración de la secreción fisiológica.

La secreción de la vagina y del útero presentan caracteres distintos que permiten reconocer su origen.

Para poder aislar la secreción del útero del de la vagina, con el objeto de hacer estudios bacteriológicos, Kustner procede de la siguiente manera:

Introduce en la cavidad uterina un tubo de vidrio, cerrando el espacio que queda entre el tubo y el orificio externo con colodión, pudiendo obtener de esta manera la separación perfecta de las distintas secreciones.

En los casos en que hemos hecho practicar el análisis microscópico de la secreción del útero, empleamos para poder obtener dicha secreción el siguiente procedimiento: Primeramente grandes lavajes antisépticos y calientes de la vagina, luego se coloca el espéculum Fergusson y con un tapón de algodón embebido en éter, se toca el cuello del útero; inmediatamente se producen contracciones, las cuales dan lugar á la expulsión de las mucosidades contenidas en la cavidad, y éstas se recogen con un tapón preparado de antemano, el cual se introduce luego en un frasco esterilizado, hallándose de esta manera en las condiciones necesarias para hacer los estudios bacteriólogicos que corresponde; creemos que este procedimiento ofrece ventaja sobre el anterior, por ser más rápido, no necesitando preparación anterior del orificio uterino, y por ser aplicable á todos los casos.

La leucorrea puede presentarse en ciertas enfermedades, como ser: en la anemia y clorosis, sin hallarse acompañadas de procesos inflamatorios de los órganos genitales.

Frecuentemente se observa en la metrosalpingitis

perturbaciones en la menstruación, siendo la dismenorrea la más frecuente, luego la menorragia y la metrorragia, y en muchos casos largos períodos de amenorrea.

Los síntomas reflejos, es decir, la acción ejercida por los procesos inflamatorios de estos órganos por intermedio del sistema nervioso sobre el resto del organismo, es muy vasta y variada. Engelman, que ha hecho un estudio completo de estos síntomas, los llama histeronerviosos, entendiendo con esta expresión, fenómenos que simulan un estado patológico de un órgano cualquiera, hallándose, sin embargo, este en estado normal, siendo debidos á alteraciones patológicas de los órganos genitales. Es importante notar que estas perturbaciones ceden rápidamente, haciendo desaparecer la de los órganos que le dan origen, quedando por este hecho demostrada de una manera irrefutable su naturaleza.

En muchos casos los síntomas reflejos adquieren tal intensidad, que la enferma consulta su médico por ellos: de aquí la importancia que tiene el conocimiento exacto de estos fenómenos, puesto que de lo contrario se combatirán los síntomas que no desaparecerán en cambio de tratar á la causa que les da origen.

Según Engelman y Mangiagalli, el útero ocupa el primer lugar en la producción de los síntomas reflejos, fundándose en que han observado muchos casos en los cuales la curación de las lesiones de la matriz los hacía desaparecer, no sucediendo lo mismo en enfermas que se les castraba.

Entre los síntomas reflejos el más frecuente é importante son las perturbaciones del aparato digestivo; éstos presentan los mismos caracteres que las provocadas por afecciones generales ó locales, distinguiéndose de éstas por su coincidencia con lesiones de los anexos y del útero. Las perturbaciones que más frecuentemente se observa son: la gastralgia y la dispepsia flatulenta; en otros casos experimentan las enfermas vómitos después de las comidas, estos últimos se presentan en algunas cuando se practica el examen genital, el apetito se halla á menudo disminuído, produciéndose por lo consiguiente en la generalidad una disminución de su estado general de nutrición; la constipacion también se observa, puesto que la defecación le ocasiona dolor, evitando por esta razón de cumplir con esta función.

Las perturbaciones de la micción son muy frecuentes, experimentando dolor al orinar, haciéndolo frecuentemente y en algunos casos sobreviene tenesmo vesical.

En cuanto al aparato respiratorio, se encuentran enfermas que tienen tos, la cual no responde á ningún signo en la auscultación del pulmón. Las neuralgias y neurosis también suelen acompañar la afección que nos ocupa, siendo las neuralgias intercostales las más frecuentes; la neuralgia facial y la abdominal también se observa.

Entre las neurosis la histeria es la más frecuente y las más ligeras perturbaciones de los órganos genitales, la producen en las mujeres que se hallan

predispuestas. La neurastenia ocupa un segundo lugar.

Los signos físicos que presenta el útero inflamado, son los siguientes:

El cuello aumentado de volumen, su orificio dilatado, y en ciertos casos, pueden sentirse pequeñas salidas sobre su superficie, siendo estos quistes glandulares es importante notar el grado de sensibilidad haciendo vascular el cuello con el dedo. Por medio del espéculum puede verse la coloración del cuello, siendo en algunos casos de color rojo y en otros violáceos; también pueden existir en la superficie ulceraciones ó erociones.

Midiendo la cavidad del útero con el histerómetro casi siempre se encuentra aumentado, provocando dolor la introducción de él, habiendo querido algunos ginecólogos determinar los puntos en que la mucosa se halla más atacada por el mayor grado de dolor que experimenta, tocando con la extremidad del histerómetro los distintos puntos de ella, ésta sangra con facilidad cuando la alteración es avanzada.

Haciendo presión en la pared abdominal al nivel de los anexos, se despierta cuando las trompas se hallan inflamadas, un dolor intenso; combinando esta palpación con el tacto vaginal se puede tomar entre los dedos las trompas, encontrándose éstas aumentadas de volumen y tan dolorosas que no en todos los casos éstas pueden palparse sin hallarse la enferma anestesiada, lo cual en muchos casos se

halla indicado para poderse dar cuenta exacta de la intensidad de la lesión.

En la salpingitis crónica la palpación da la sensación de un cordón resistente.

Pozzi dice que cuando estos signos físicos se presentan con antecedentes de metritis, acompañados de dolor al nivel de los anexos, puede ser diagnosticada con certeza, la inflamación de las trompas.

Auvard en su tratado de ginecología ha establecido como regla, que en el estado normal las trompas no pueden ser palpadas y que cuando éstas lo son, es porque se hallan en estado patológico.

Tratamiento

Si bien es cierto que los progresos de la cirugía y de la antisepsia han hecho que las intervenciones en el vientre sean de una benignidad extrema, en la afección que nos ocupa, creemos que no por eso se halle autorizado á extirpar órganos que si en realidad se hallan enfermos pueden ser curados por el tratamiento médico. No pretendemos que éste sea fatal en su resultado, pero sí que él debe ser puesto en práctica en todas las enfermas cuyo ostium uterino se halle permeable.

El Dr. Palmer hablando sobre las indicaciones de las salpingo-ovariotomía en lo que se refiere á las trompas, se expresa de la siguiente manera: que en las salpingitis solamente las blenorragias deben extirparse y también cuando son enquistadas.

En uno de los casos que hemos tratado, la causa de la salpingitis no puede ser otra que el gonococus, habiendo, sin embargo, podido conseguir su curación con el tratamiento médico.

Existe hoy día una tendencia marcada á la conservación de estos órganos, los cuales desempeñan una función importantísima y que no siempre con la extirpación se obtiene lo que el cirujano desea, ocasionando en ciertos casos perturbaciones de otro orden.

Dividiremos el tratamiento de las metrosalpingitis (no enquistadas) en dos partes: 1º Tratamiento de las metritis; 2º De las salpingitis.

Como en el mayor número de los casos se trata de lesiones inveteradas de la matriz, con el tratamiento médico dirigido para combatir esta afección, solamente podríamos obtener una atenuación de los padecimientos de la enferma; así es que se debe intervenir radicalmente sobre ella, practicando la extirpación de la mucosa, es decir, el raspado del útero. Presenta alguna dificultad el poder apreciar cuándo se debe intervenir sobre el útero; habiendo llegado este momento después que las trompas se han curado, puesto que de lo contrario resultaría una intervención inútil, porque la mucosa de nueva formación se infectaría nuevamente.

El tratamiento que se instituye para las salpingitis ejerce una influencia considerable sobre la mucosa uterina, tanto que en las metritis de poca intensidad son curadas al mismo tiempo que las trompas, no teniendo necesidad luego de extraer la mucosa.

Reasumiendo, resulta que en el mayor número de los casos el raspado del útero se practica después que los síntomas de la salpingitis desaparecen de una manera manifiesta.

No me detendré sobre los numerosos tratamientos médicos que existen para combatir las salpingitis: solamente describiremos la manera cómo procedíamos.

Lo esencial para este tratamiento es obtener una dilatación perfecta del orificio uterino y mantenerla durante todo el tiempo hasta la curación.

Como las curaciones son intrauterinas es necesario observar una antisepsia rigurosa de los órganos

genitales externos; estos mismos cuidados deben tenerse con las manos del médico que interviene como con los instrumentos que se emplean. Después de estar la enferma preparada se practica una inyección vaginal con agua esterilizada y caliente, se coloca después el espéculum, penetrando luego con la sonda de doble corriente en el interior del cuello é introduciéndola lentamente con el objeto de no llevar las secreciones que en él existen en la cavidad uterina, penetramos en seguida en esta última haciendo pasar por lo menos dos litros de una solución antiséptica. Se nota casi siempre que el primer líquido que sale de la sonda tiene una coloración blanquizca con mucosidades, siendo esto debido á las secreciones que se acumulan en la cavidad uterina; como antisépticos usábamos con más frecuencia el ácido fénico con glicerina, partes iguales el lisol y el biciruro de mercurio.

Terminada la inyección intrauterina se coloca un drenage, usando para ello la gaza iodoformada, impregnando la parte que se introduce en el útero con glicerina ictiolada: estas curaciones deben practicarse cada 48 horas, retirando el drenage á las 24 horas, haciendo entonces una inyección vaginal caliente y colocando después un tapón embebido en glicerina ictiolada.

Siguiendo este tratamiento en nueve casos que hemos intervenido, hemos podido conseguir obtener resultados favorables.

OBSERVACIÓN 1ª

Teresa N., argentina, casada, de 24 años de edad.

Antecedentes hereditarios.—La madre se encuentra afectada de una lesión cardíaca, según diagnóstico del médico que la asiste; el padre es sano.

Antecedentes individuales.—No ha tenido ninguna enfermedad que nos interese; su menstruación apareció á los catorce años, habiendo sido siempre normal; ha tenido dos hijos, los cuales son sanos.

Por los datos que nos da, ha empezado á sufrir del vientre, después de su último parto, habiendo tenido fiebre, la cual persistió por unos días; atribuyendo la partera que la asistió, como causa de la fiebre á la subida de la leche; pero sabemos que en estos casos, se trata de infecciones localizadas y de poca intensidad. A los seis meses fué atendida de su enfermedad por un médico, quien le manifestó que se hallaba afectada de una inflamación de la matriz, habiendo tenido que cesar todo tratamiento, después de dos meses, por haberse embarazado.

Interrogando á la enferma sobre su padecimiento anterior, nos manifestó: que sentía dolores en el bajovientre, en el cual experimentaba la sensación

como si tuviese un cuerpo extraño, dolores en los pliegues de las ingles, los cuales en ciertas ocasiones adquirían tal intensidad, que se hacían insoportables; la menstruación era muy dolorosa, obligándola á guardar cama, teniendo gran cantidad de flujo de olor fétido y de coloración amarillenta; su apetito había disminuído, teniendo muy á menudo vómitos, con más frecuencia por la mañana; la defecación le producía dolor, evitando por esta razón de cumplir con esta función, aumentando por lo consiguiente su constipación habitual; su estado de nutrición había disminuído, habiendo adelgazado considerablemente durante su enfermedad.

A los dos meses de su embarazo experimentó fuertes dolores de vientre, comparándolos á los dolores del parto, siendo éstos acompañados por pérdidas abundantes de sangre. Por este motivo fuí llamado por el esposo, con el objeto de prestar los primeros cuidados; practicando el examen genital reconocí: que el cuello uterino se hallaba borrado y su orificio sumamente dilatado, más ó menos de tres centímetros de diámetro, en el cual hacía proeminencia un cuerpo que tendía á salir de la cavidad; con estos síntomas y los antecedentes anteriores, diagnostiqué que se trataba de un aborto, recomendando llamaran al doctor José Prini para que interviniese, quien después de examinar á la enferma comprobó mi diagnóstico.

La expulsión del huevo no tardó mucho tiempo en producirse, y examinado por el doctor Prini me hizo notar que en la superficie faltaban partes de

tejidos, los cuales habían permanecido en el interior de la matriz; é introduciendo el dedo en el útero pudo extraer algunos fragmentos, pero como continuase la pérdida de sangre, aunque no con tanta abundancia como anteriormente, resolvió entonces practicar el raspado de la matriz; como se hubiera hecho antisepsia anterior colocó las valvas, viéndose el cuello algo borrado, y su orificio muy dilatado, del cual salía gran cantidad de sangre; practicó una irrigación intrauterina con la sonda de doble corriente, con una solución fenicada al 2 por ciento, dando comienzo después al raspado; pero como le manifestara el estado anterior del útero, no solamente se limitó á la extracción con la cureta de los restos de membranas, sino que se decidió á extraer la mucosa uterina.

Tuve la oportunidad de poder comprobar en este caso, el grado de consistencia que adquiere el músculo uterino, siendo éste muy blando, necesitando prestar mucha atención cuando se interviene en él, puesto que es fácilmente perforado; y como este accidente puede pasar desapercibido, se expone á la enferma á los peligros que puede traerle la irrigación intrauterina. Después de terminado el raspado, se hizo una nueva irrigación colocando un drenage con gaza iodoformada. Durante los primeros diez días, las irrigaciones y el drenage se practicaban diariamente, recobrando después de este intervalo de tiempo el útero sus dimensiones normales.

Examinando los anexos se comprobó, que las

trompas se hallaban aumentadas de volumen y sumamente dolorosas á la palpación, estableciéndose el diagnóstico de salpingitis no enquistada, originada por la metritis anterior. Resolvimos entonces continuar con el mismo tratamiento con el objeto de combatir la inflamación de las trompas; después de un mes de curación notamos una notable mejoría, persistiendo en el tratamiento por el resultado favorable que obtuvimos, y practicando las curaciones cada dos días, conseguimos obtener al finalizar el segundo mes su completa curación, puesto que al examen de la enferma encontramos su útero perfectamente movible, sin provocar dolor, las trompas disminuídas de volumen y no dolorosas.

La menstruación apareció á los setenta días, siendo ésta abundante y no acompañada de dolor; las perturbaciones digestivas desaparecieron, aumentándose el apetito y regularizándose la defecación.

Examinada nuevamente después de tres meses de su curación, pude observar que no había experimentado ninguna modificación, habiendo aumentado durante este tiempo, ocho kilos de su peso.

OBSERVACIÓN 2ª

Camila N. Esta enferma se presentó en el consultorio central de la Asistencia Pública, servicio del doctor Manuel de la Cárcova.

Francesa, de 27 años de edad, soltera.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales.—No ha estado nunca enferma hasta los 25 años, que tuvo uretritis blenorrágica; la menstruación le apareció á los quince años, siendo siempre regular.

Estado actual.—Como nos manifestara que sufría dolores de vientre comenzamos el examen por esta región. A la inspección no notamos nada particular; continuando con la palpación observamos lo siguiente: que cuando llegábamos á la pequeña pelvis al nivel de los pliegues de las ingles, la enferma acusaba fuertes dolores, siendo éstos más intensos del lado izquierdo; la contracción de los músculos de la pared abdominal que acompañaba á estos últimos hacía imposible poder explorar profundamente.

Con estos síntomas interrogamos á la enferma con el siguiente resultado: la menstruación es sumamente dolorosa y su época de aparición se ha hecho irregular, habiendo disminuído de cantidad; tiene abundante leucorrea de color amarillo y de mal olor, la defecación le ocasiona dolor, siendo constipada.

El dolor en el veintre es continuo, aumentando en ciertas ocasiones y con particularidad en el coito.

En el examen de los órganos genitales externos no se nota nada anormal; en la vagina la temperatura se halla elevada y su superficie lisa al tacto; se siente que el cuello del útero se encuentra aumentado de volumen y de superficie regular, no pudiendo sentirse el orificio del útero. Los fondos de saco se hallan libres, el útero es poco movible y el cuerpo de éste desviado hacia el lado izquierdo, es decir, en lateroversión, continuando con la palpación de los anexos, las trompas se encuentran muy aumentadas de volumen en mayor grado la del lado izquierdo, pudiéndose ésta comparar en su grosor al dedo pulgar; la palpación de las trompas se hace difícil por el dolor intenso que provoca á la enferma.

Haciendo el examen con el espéculum se ve que el cuello se halla sumamente congestionado, de forma cónica y su orificio estrechado, pasando con dificultad el histerómetro con el cual comprobamos la desviación y la profundidad, que nos dió nueve centímetros. Con todos estos síntomas establecimos el diagnóstico de metrosalpingitis no enquistada y como causa de estas lesiones la blenorragia anterior.

Con el objeto de atacar el estado inflamatorio agudo en que se encontraba, sometimos á la enferma al siguiente tratamiento: reposo, inyecciones vaginales antisépticas emolientes de 4 á 6 litros más ó menos y en los intervalos óvulos ictiolados; después de ocho días el estado agudo disminuyó considerablemente y creímos el momento oportuno para intervenir.

Comenzamos por dilatar el orificio uterino, el cual se hallaba sumamente estrechado; esta dilatación fué necesario practicarla varias veces durante el trascurso del tratamiento; las irrigaciones intrauterinas se le practicaban día por medio, colocando después el drenaje con gaza iodoformada, impregnando la parte que introducíamos en la matriz con glicerina ictiolada. En esta enferma, después de dos ó tres horas de colocada la gaza le sobrevenían fuertes dolores, debido á que ésta excitaba la matriz, la cual respondía con contracciones dolorosas; estos dolores desaparecían rápidamente, extrayendo el drenaje después de varias curaciones la matriz se acostumba, pudiéndose entonces drenar sin ocasionar molestias á la enferma. El drenaje se retiraba á las 24 horas, haciendo una inyección vaginal y colocando un tapón con glicerina ictiolada

Después de tres meses de haber persistido con este tratamiento notamos que los síntomas físicos y objetivos de la salpingitis habían desaparecido, hallándose sin embargo las trompas aumentadas de volumen en pequeño grado

Teniendo en cuenta el estado avanzado de la inflamación de la matriz, resolvimos con el doctor Cárcova practicar el raspado de ella. Después de haber llenado las reglas de la antisepsia y bajo anestesia clorofórmica, extraímos con la cureta la mucosa uterina, la cual tenía un espesor considerable habiéndonos podido dar cuenta de ello por el número de veces que era necesario pasar con la cureta por el mismo punto hasta poder llegar al músculo uterino;

terminado esto, hicimos una irrigación intrauterina, drenando después con gaza impregnada con una solución de creosota al tercio; practicábamos estas curaciones cada 24 horas y por espacio de diez días, habiendo obtenido el siguiente resultado:

La menstruación no le ocasiona dolor, habiendo aumentado en cantidad; el flujo amarillento ha desaparecido; la palpación profunda del bajovientre no es dolorosa, la desviación del útero ha disminuído, como también el volumen de las trompas, pudiéndose éstas palparse sin dar origen á dolores agudos como anteriormente. Con estos datos creemos poder considerar á esta enferma como completamente curada de su afección.

OBSERVACIÓN 3ª

Juana N., 35 años de edad, casada.

Antecedentes hereditarios.—El padre murió de tuberculosis pulmonar, la madre es sana.

Antecedentes individuales.—A la edad de seis años tuvo viruela, y á los nueve sarampión; no recuerda la edad en que apareció la menstruación, siendo ésta siempre normal; á los veinticinco años se casó, habiendo tenido cuatro hijos; los tres primeros partos fueron normales, y el último fué sumamente laborioso, siendo necesario que interviniese un médico y terminarlo con una aplicación de forceps; fué despues de esto, según ella refiere, que comenzó á sufrir del vientre.

Estado actual.—La enferma se queja de dolores en el vientre, de poca intensidad, que al caminar se cansa muy pronto, dolores en la región lumbar; su apetito ha diminuido, teniendo algunas veces vomitos; en cuanto á la defecación, tan pronto es constipada como tiene diarrea. La menstruación dura más tiempo que antes, siendo muy dolorosa; tiene gran cantidad de leucorrea de color blanco lechoso; examinando el vientre á la inspección se halla abovedado, á la palpación no presenta nada particular; en la parte superior de los muslos, cara interna, se nota un eritema bastante intenso provocado por la leucorrea;

en los órganos genitales externos no existe más que una rotura del periné; la vagina en estado normal, el cuello del útero al tacto se siente liso, y el cuerpo del útero ligeramente desviado hacia atrás, siendo bastante movible; las trompas de ambos lados se palpan fácilmente, provocando dolor; practicando el examen con el espéculum de Cusco se veía el cuello de forma cilíndrica, de coloración rojiza, con su orificio bastante dilatado, del cual salía tocándola con un tapón embebido en éter, gran cantidad de secreción de la cavidad de la matriz.

Esta enferma fué sometida al mismo tratamiento que las anteriores, habiendo obtenido en un intervalo de dos meses la desaparición de las perturbaciones antes citadas, notando á más como interesante que después de dos meses de curada se embaraza.

JUAN F. POGGI.

Buenos Aires, Noviembre 1º de 1899.

Nómbrase á los señores Académico Dr. J. de T. Pinto, Profesor Titular Dr. Enrique Bàzterrica y Profesor Suplente Dr. Alfredo Lagarde, para que constituídos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. Baca.

Luis M. Acuña.

Noviembre 15 de 1899.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis del Sr. Juan F. Poggi.

«En el local de la Facultad, á 14 de Noviembre « de 1899, reunidos los que subscriben, encar-

« gados de dictaminar respecto de la admisibilidad « de la tesis presentada por el ex alumno Juan « F. Poggi, que versa sobre « Metrosalpingitis (no « enquistada)», resolvieron admitirla. Con lo que « terminó el acto.

(Firmados): J. DE T. PINTO. — E. BAZTERRICA.—ALFREDO LAGARDE.—ZENÓN AGUILAR.»

Luis M. Acuña.

Fecha ut supra.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. T. BACA.
Luis M. Acuña.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El signo bucal de Koplik tiene un valor considerable.

II

La varisela no preserva de la viruela, es una entidad mórbida.

III

El tratamiento médico en las salpingitis (no enquistadas) da grandes resultados.

BIBLIOGRAFÍA

AUVARD A. — *Traité de Ginécologie.* — *Anales del C. M. A.*

CUZZI A. — *Trattato di Obstetricia e Ginecologia* — *Gazzetta degli Ospedali.*

POZZI. — *Traité de Ginécologie.*

RIBEMONT A. DESSAIGNES. — *Précis d'Obstétrique.* — *Semaine Médicale.*

TERRILLON O. — *Salpingitis et Ovarites.*