



Año 1916

Nº. 3199

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Mis. B. B. p

EL CÁUSTICO DE FILHOS
EN EL
TRATAMIENTO DE LAS METRITIS CRONICAS
DEL CUELLO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

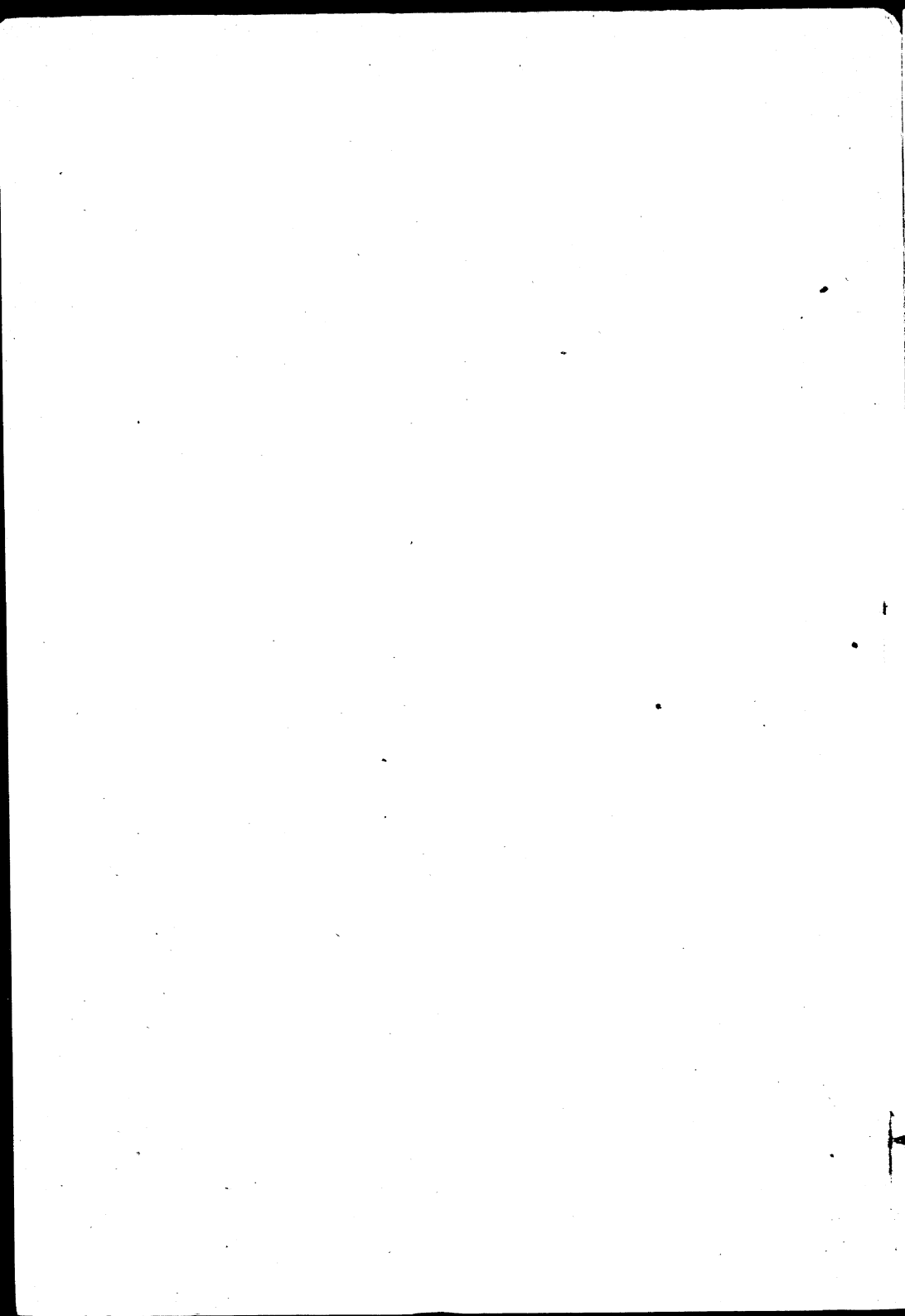
POR

JOSÉ PEDRO LÓPEZ



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI-CORRIENTES 3151
1916



EL CÁUSTICO DE FILHOS

En el tratamiento de las metritis crónicas del cuello



Año 1916

Nº. 3199

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL CÁUSTICO DE FILHOS
EN EL
TRATAMIENTO DE LAS METRITIS CRONICAS
DEL CUELLO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ PEDRO LÓPEZ



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI- CORRIENTES 3151

1916

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la Facultad

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS

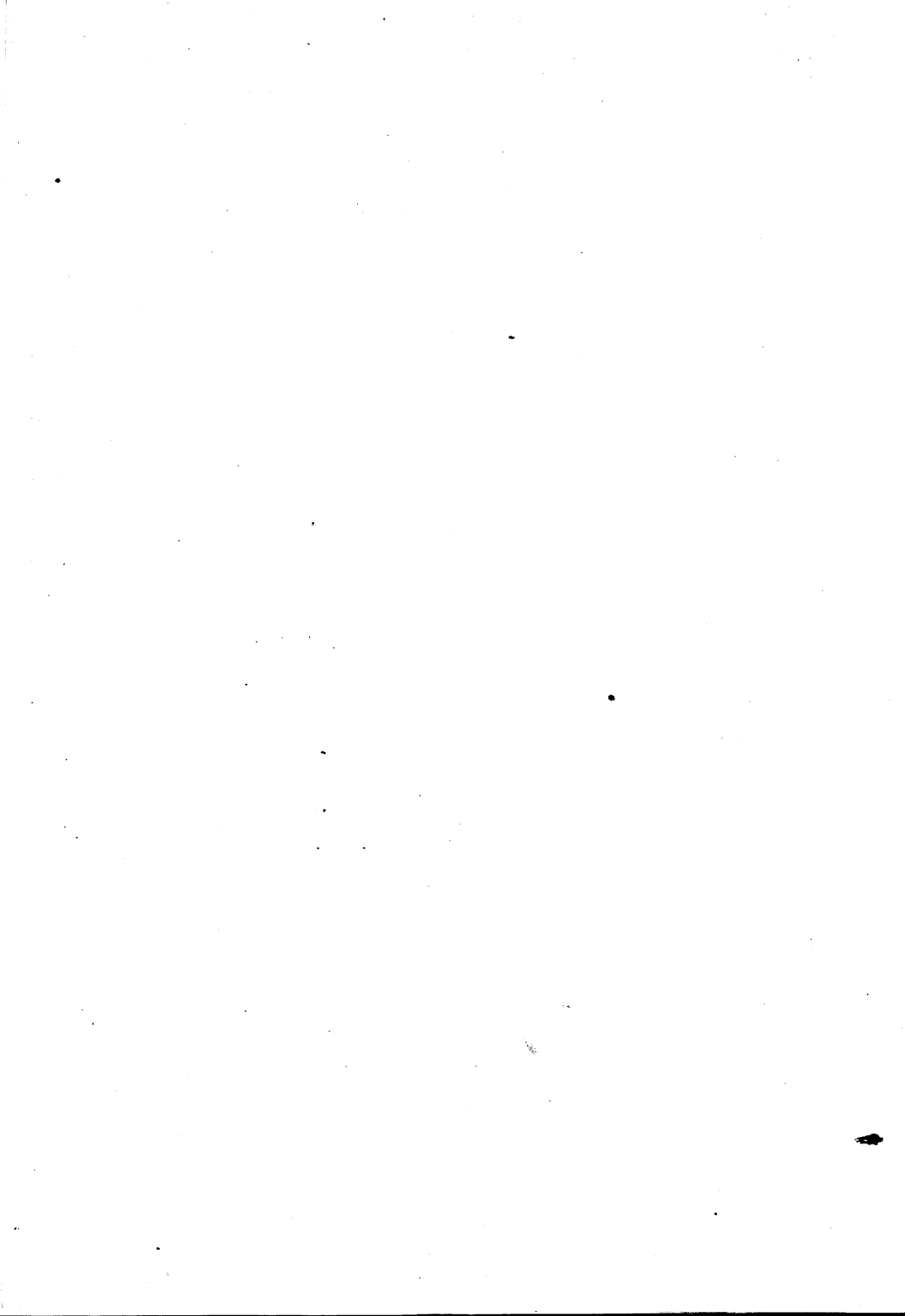


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ
6. » » ALOYSO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

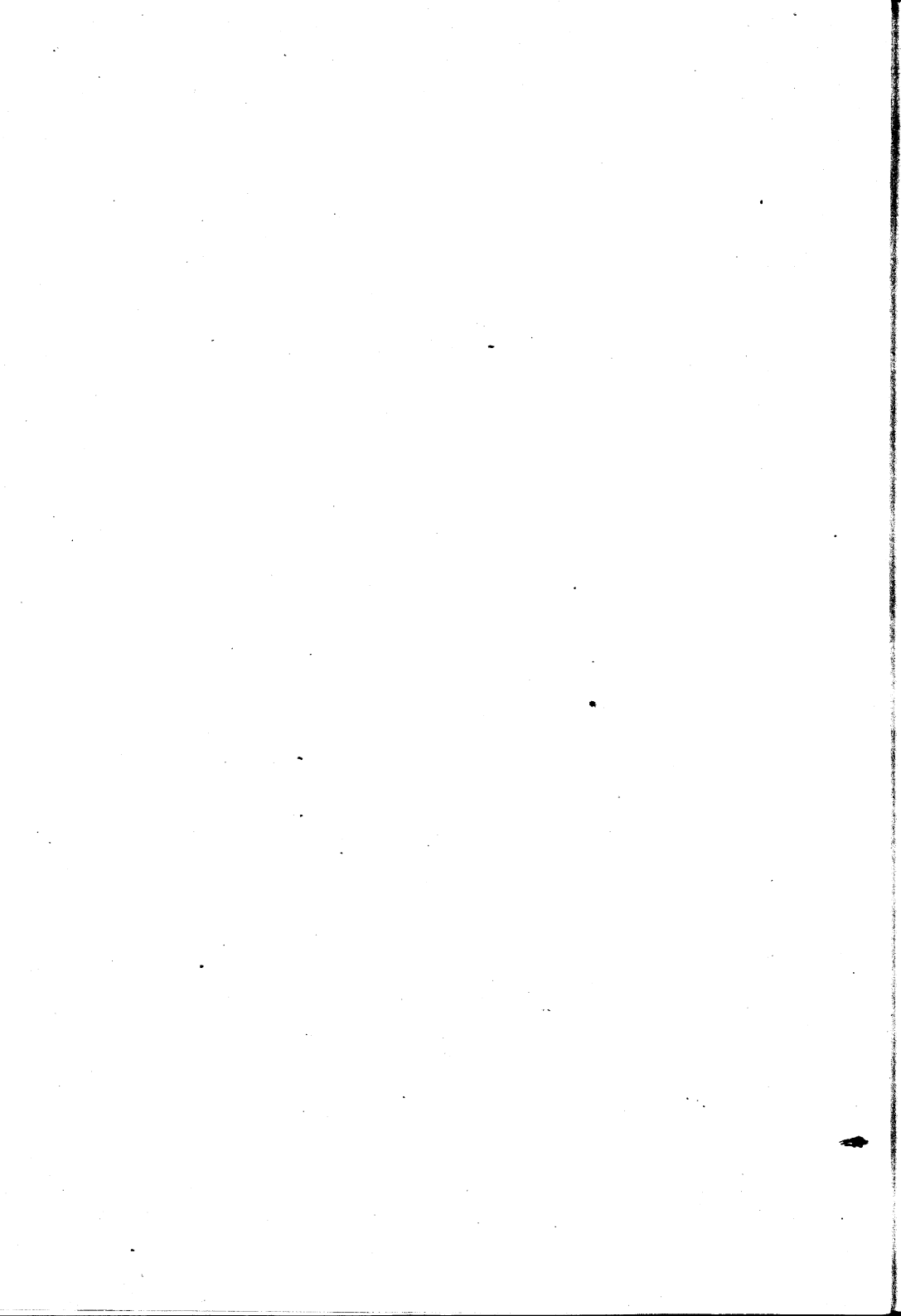
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. GRANWELL
- » » CARLOS MALBRAN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

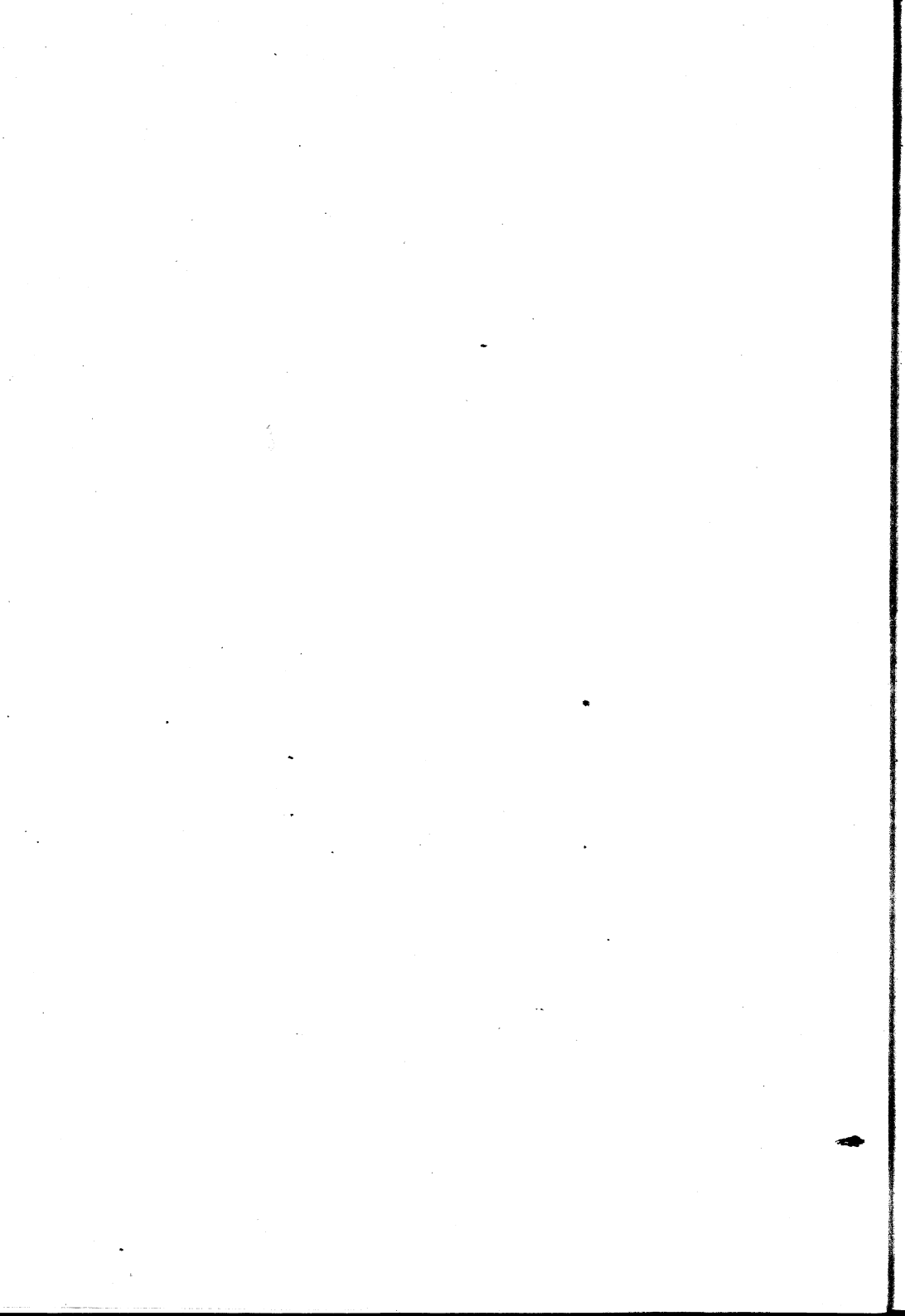
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

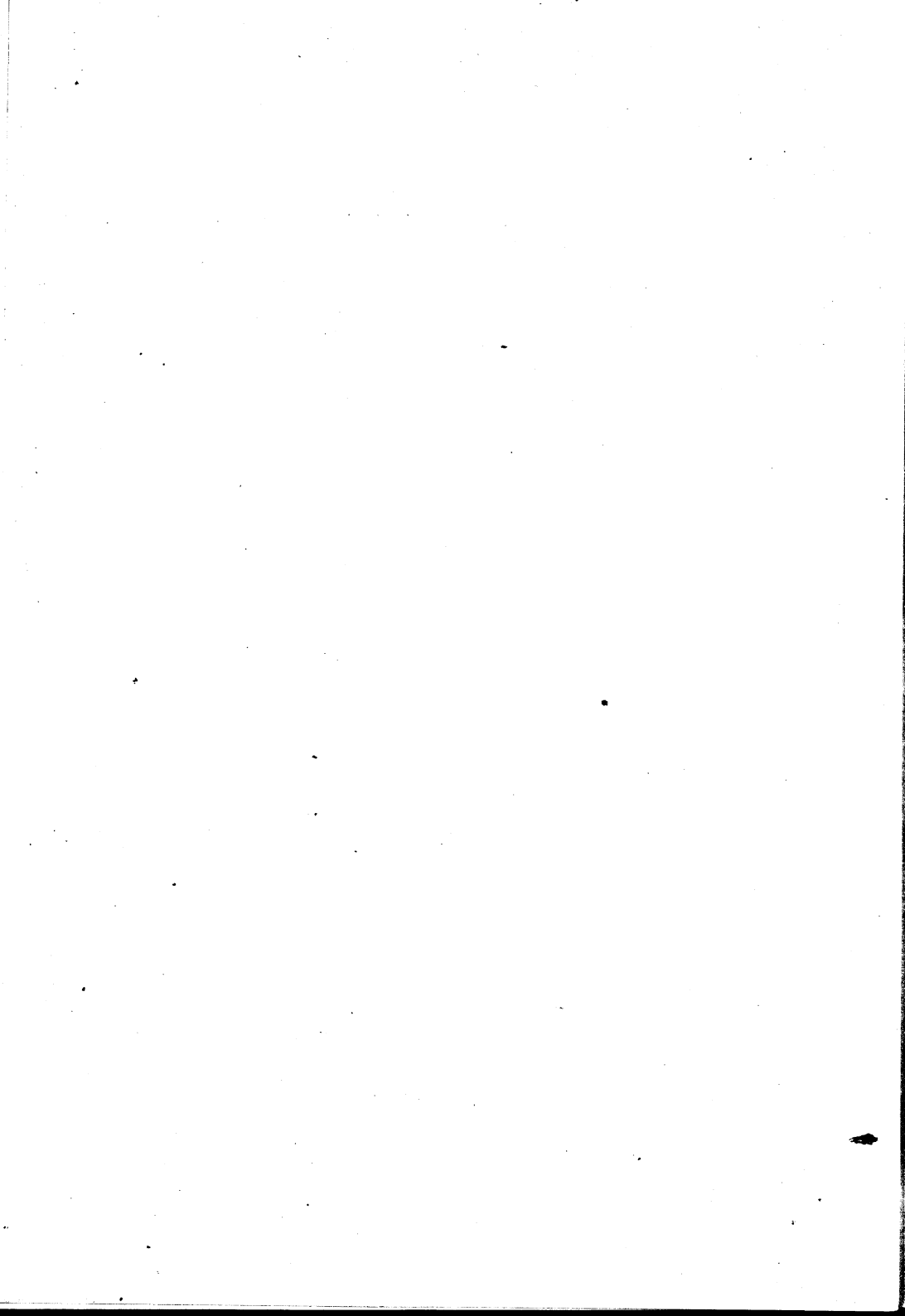
» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

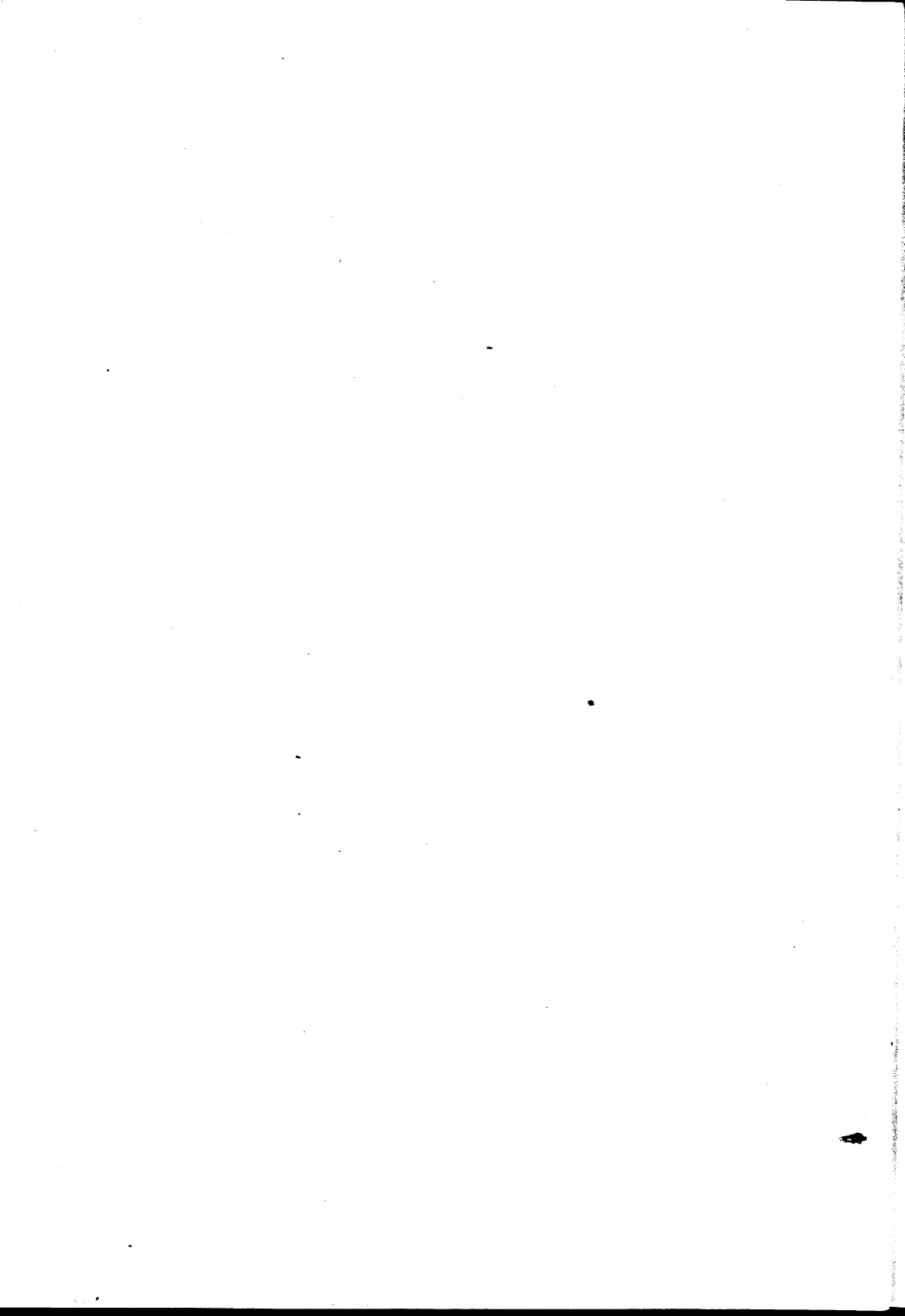
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ..	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ..	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínico:	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica ..	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica ..	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental ..	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica ..	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
	» JOSÉ A. ESTEVES
» Neurológica	» DOMINGO CABRED
» Psiquiátrica	» ENRIQUE ZÁRAT
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Obstétrica	» ANGEL M. CENTENO
» Pediátrica	» DOMINGO S. CAVIA
Medicina Legal	» ENRIQUE BAZTERRICA
Clínica Ginecológica	



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» MARIANO ALURRALDE
	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGA
Patología Interna	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» FRANK L. SOLLER
Química Biológica.....	» BERNARDO HOESSAY
Higiene Médica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Semiología y ejercicios clínicos.....	» SALVADOR MAZZA
Anatomía patológica.....	» BENJAMIN GALARCE
Materia médica y terapéutica.....	» FELIPE A. JUSTO
Medicina operatoria.....	» MANUEL V. CARBONELL
Patología externa.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Clinica dermato-sifilográfica.....	» ALFREDO VITON
» Génito urinaria.....	» JOAQUIN LLAMBIAS
» epidemiológica.....	» ANGEL H. ROFFO
» oftalmológica.....	» JOSE MORENO
» oto-rino-laringológica.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología interna.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica quirúrgica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» Neurológica.....	» CASTELFORT LUGONES
» Médica.....	» NICOLÁS V. GRECO
» pediátrica.....	» PEDRO L. BALISA
» ginecológica.....	» JOAQUIN NIN FOSADAS
» obstétrica.....	» FERNANDO R. TORRES
Medicina legal.....	» FRANCISCO DESTEFANO
	» ANTONINO MARCO DEL PONT
	» ENRIQUE B. DEMARIA (en ejrc.)
	» ADOLFO NOCETTI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. PARLARO
	» EDUARDO MARIÑO
	» JOSE ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLE
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSE M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» VICENTE DIMITRI
	» ROMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSE VITON
	» PABLO J. MORSELINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCIA
	» JOSE DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOB SPANGENBERG
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE EUZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONZE
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GARASTOI
	» ENRIQUE A. FORERO
	» JOAQUIN V. GRECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica ostétrica DR. FANOR VELARDE

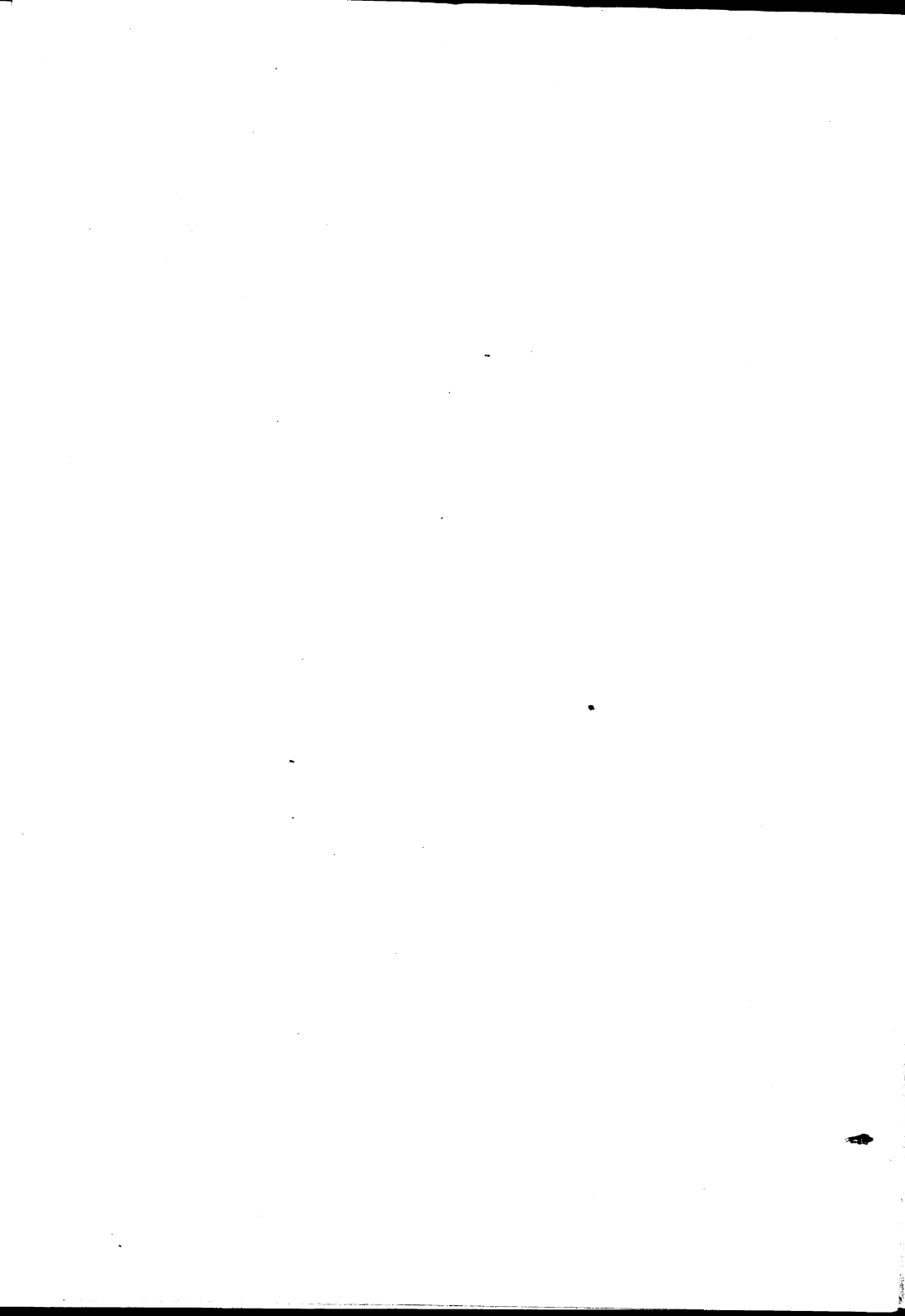
Puericultura DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Física farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicoló- gica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicoló- gica (segundo curso) y en- sayo y determinación de dro- gas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología ra- zonadas	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUAGLIALEMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	» LEÓN PEREYRA
3.er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE (3^{er} año)
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)



PADRINO DE TESIS:

DOCTOR TORIBIO J. PICCARDO



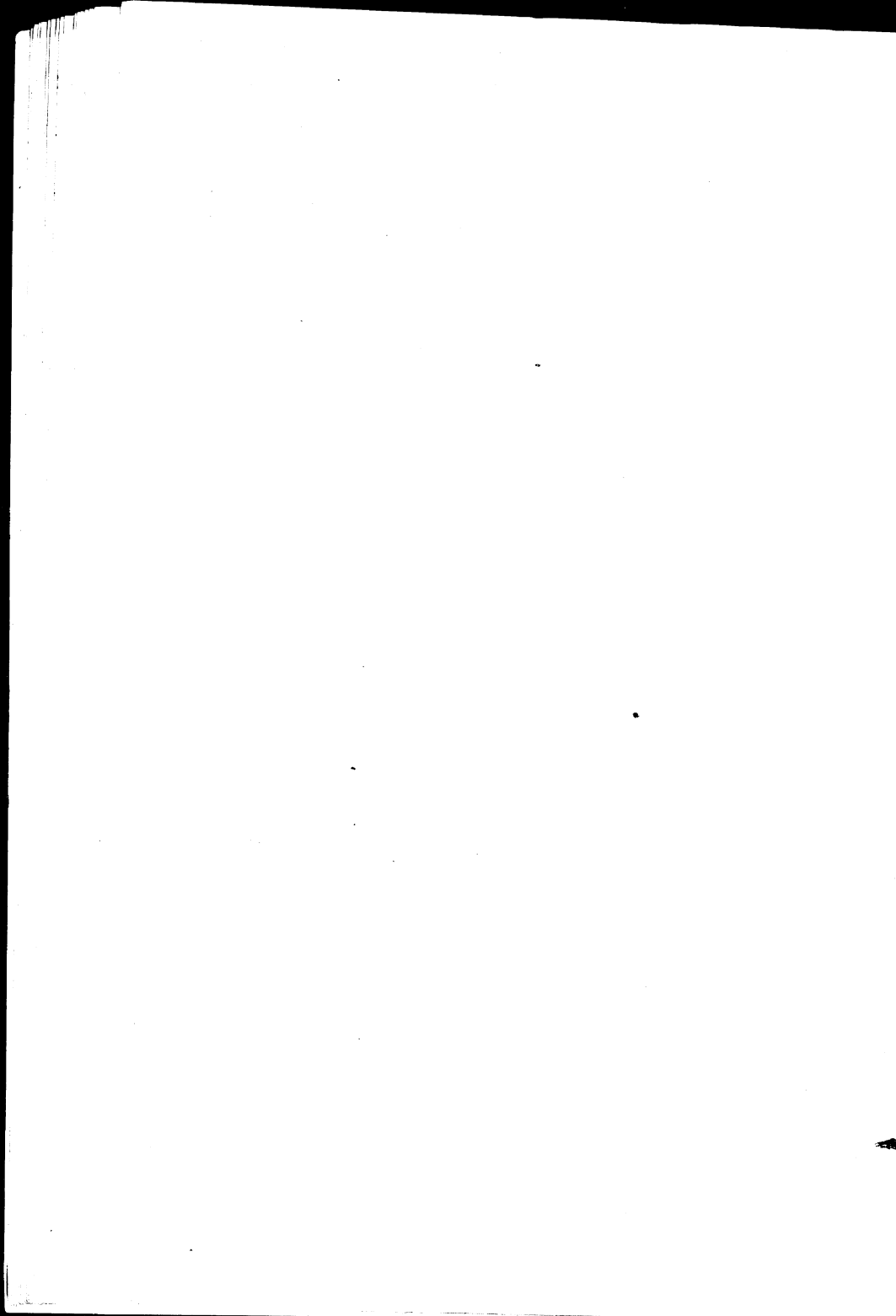
A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

A MIS HERMANOS

A MIS MAESTROS

A MIS AMIGOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

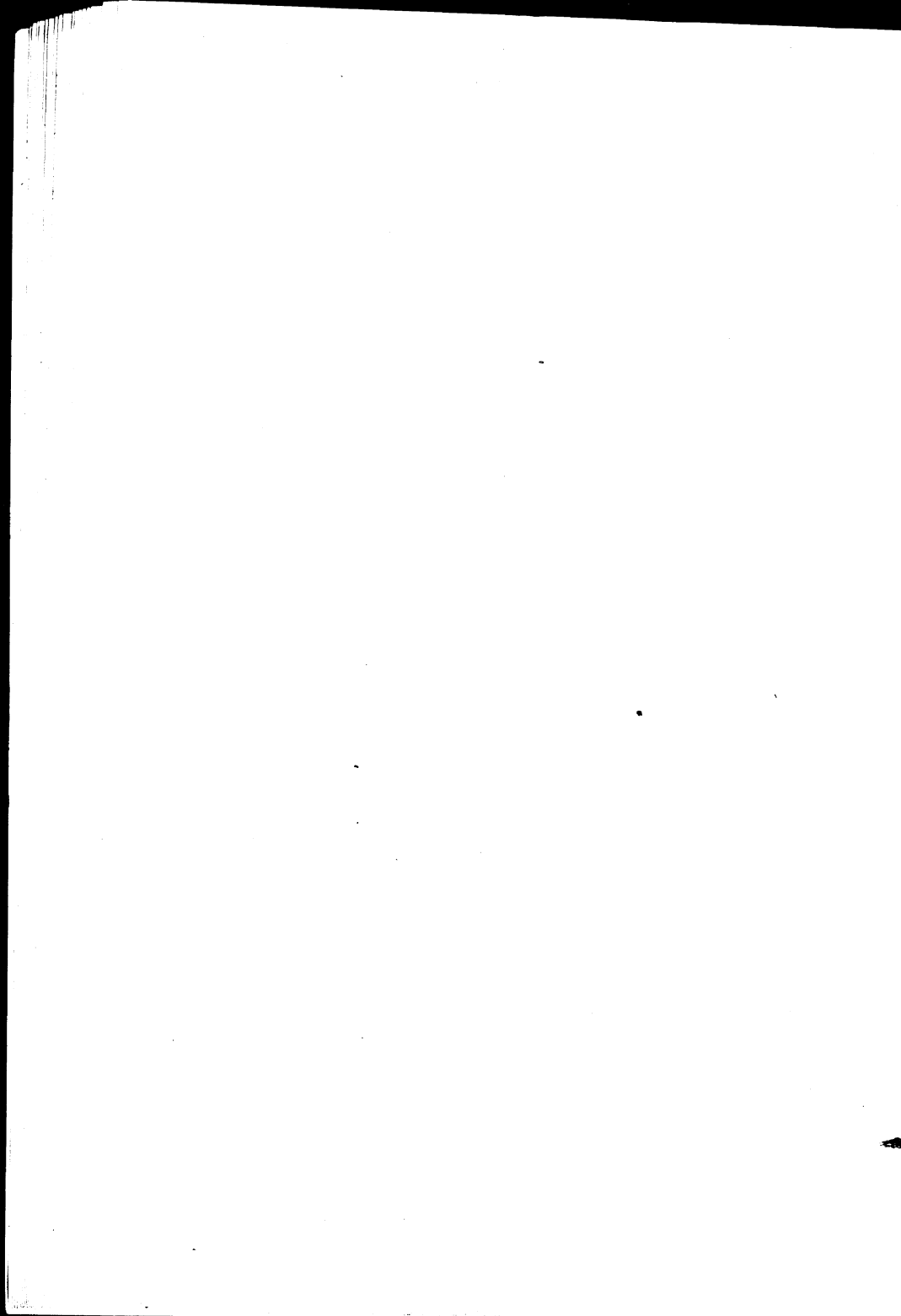
Cumpliendo con una prescripción reglamentaria, presento a vuestro elevado criterio este modesto trabajo. En él hallaréis agrupadas las opiniones de varios autores y algo de lo poco observado por mí.

Al dejar las aulas de la Facultad, vaya mi primera palabra de agradecimiento a los maestros que dentro y fuera de ella me enseñaron.

Al Dr. Toribio J. Piccardo, mi padrino de tesis, por este honor y por sus sabias lecciones mi profundo reconocimiento.

Agradezco las atenciones que me dispensaron los Directores y Médicos de los Hospitales Torcuato de Alvear y José María Bosch, durante mi internado en dichos Establecimientos y muy especialmente al Dr. Guillermo H. Andreau.

A mis compañeros de internado, mis buenos amigos, mis más puros afectos.



Anatomía e histología del cuello

El útero órgano de la gestación y del parto, se encuentra en todos los animales cuyos huevos no llevan consigo los materiales nutritivos necesarios al desarrollo del embrión y del feto. Se le divide para su estudio en dos partes, el cuerpo y el cuello, separadas por el istmo.

El cuello del útero, tiene según la expresión de Courty, la forma de un barrilito estrechado por arriba y afilado por abajo. Se consideran generalmente dos porciones, la supra vaginal y la intravaginal, separadas una de otra, por la inserción de la vagina. Estas dos partes, varían considerablemente de tamaño. En algunos casos el hocico de tenca se alarga o agranda dentro de la vagina y en otros queda reducido a dimensiones insignificantes. En una misma persona varía su tamaño según se halle en estado de congestión (erección) o en el de reposo (anemia).

El segmento supra vaginal está en relación: por delante, con la vejiga a la cual está unida por una capa de tejido conjuntivo laxo; por detrás, con el recto del cual está separado por el fondo de saco recto vaginal o de Douglas; por los lados con el borde interno de los ligamentos anchos y los plexos uterinos. Esta porción se halla envuelta en una vaina celulosa, en la que se ramifican filetes nerviosos, arterias, venas y linfáticos; esta vaina es una especie de confluyente vásculo-nervioso del útero.

El hocico de tenca, se halla rodeado en su parte superior, por los fondos de saco vaginales: anterior, posterior que es el más profundo y laterales. Es la porción del cuello que se vé con el espéculum. En la mujer virgen, tiene la forma de un cono cuyo vértice dirigido hacia abajo es truncado y redondeado. De longitud variable, es de un centímetro por término medio, y de dos a dos y medio centímetros de anchura y grosor. El orificio inferior, de cuatro a seis milímetros de diámetro, es circular, tomando en la múltipara, la forma de hendidura transversal. De los dos labios, el anterior es más grueso y prominente que el posterior. Su coloración es blanco rosada y su consistencia es firme. Las relaciones sexuales y los partos modifican la forma, el tamaño y hasta la consistencia del hocico. Así se

le encuentra aplastado, su prominencia es menor en la vagina; su superficie es menos regular; su consistencia blanda y su orificio inferior se ha hecho una hendidura a gran eje transversal, en cuyas comisuras se encuentran a veces desgarraduras producidas por el paso de la cabeza fetal, en el acto del parto.

La cavidad del cuello es fusiforme y en ella se consideran: dos caras, una anterior, otra posterior; dos bordes y dos orificios, superior el uno e inferior el otro. Ambas caras presentan en su parte media una elevación longitudinal y varias transversales, constituyendo el llamado árbol de la vida, muy desarrollado en la recién nacida y poco en la múltipara. Las elevaciones de una cara encajan en los surcos de la del lado opuesto, viniendo a engranarse recíprocamente. De los dos orificios el superior comunica con la cavidad del cuerpo, midiendo 5 a 6 milímetros de altura por 4 o 5 de diámetro, viéndose su luz disminuída por las elevaciones del árbol de vida. El orificio inferior comunica con la vagina.

Estructura. — Bajo este punto de vista se consideran una capa muscular, una mucosa interna o endocervical y otra externa que tapiza por fuera el hocico de tenca.

La capa muscular del hocico representa un esfínter muy sólido con dos refuerzos bien netos,

uno en el orificio externo y el otro mucho más potente, perceptible cuando se efectúa el cateterismo, situado en el orificio interno. Estos esfínteres deben en gran parte su relieve y espesor al cambio de dirección de ciertas fibras del cuerpo que de longitudinales se hacen transversales: son las fibras en Z de Sappey. Al lado de estas quedan muchos haces longitudinales, prolongación del haz mediano descrito por Désormeaux (haz ansiforme de Hélie y Chenantais) que rodea al útero en forma de corbata y toma un gran desarrollo durante el embarazo. El rafe medio del árbol de vida, recibe fibras longitudinales de la capa muscular interna del cuerpo del útero, la cual, como es sabido, es la única que se prolonga hasta el cuello, pues las otras dos, plexiforme o mediana y externa solo llegan por sus fibras más inferiores al istmo.

Estas fibras longitudinales, refuerzan solamente las paredes anterior y posterior, razón por la cual, según Doleris, la cabeza fetal desgarraría con tanta frecuencia las paredes laterales. Para Acconci las fibras musculares son escasas en el cuello predominando las elásticas, opinión que participa Duhrssen. Fieux solo admite tejido conjuntivo. La mayoría de los autores entre los que citaremos a Keiffer, Werth, Frasier, Renaut, etc., sostienen la antigua teoría de la composición mus-

cular del cuello, admitiendo una capa externa longitudinal y otra interna circular. Las fibras elásticas y conjuntivas ocuparían un lugar secundario.

La capa muscular del cuello no solo recibe fibras del cuerpo sino que también de la vagina. Así para Forget, cada columna vaginal termina en el útero por una especie de pata de ganso, formada de tres divisiones de fibras: las unas remontan sobre el útero continuándose con los haces longitudinales ansiformes del cuerpo; las otras son recurrentes hacia arriba y se echan sobre la vejiga adelante, sobre el recto hacia atrás; las últimas, cortas, son recurrentes hacia abajo sobre el labio correspondiente del cuello, donde terminan. Esta fusión de las fibras del útero con las de la vagina contribuye a la realización de actos fisiológicos importantes, como veremos luego.

La mucosa endo-cervical. — Se continúa hacia arriba con la del cuerpo y hacia abajo con la que recubre la cara externa del hocico; presenta el aspecto rugoso con surcos y elevaciones que forman el árbol de vida. Por esto se diferencia de la mucosa del cuerpo y por ser más pálida, más delgada y resistente. Se halla constituida por una capa epitelial sobre un corión mucoso y por numerosas glándulas.

El epitelio está formado por una sola hilera de células epiteliales, más grandes que las del

cuerpo, de 65 micrones por término medio, con núcleo voluminoso, situado en la base y grandes cilias vibrátiles. Entre estas células, existen otras caliciformes, encargadas de segregar mucus.

El córion, menos rico en células que el del cuerpo, tiene en cambio más elementos fibrilares conjuntivos y elásticos y en su parte inferior, numerosas papilas, dos caracteres estos últimos, que faltan en el cuerpo, según la opinión más aceptada. Maleef, sostiene que también se encuentran fibras elásticas en el cuerpo.

Las glándulas muy numerosas, en número de diez mil, según Tyler Smith, tienen formas que varían desde simples tubos hasta verdaderas glándulas en racimos. Son más largas que las del cuerpo y espiroides, forma poco vista en el cuerpo. Hacia el agujero útero-vaginal son menos desarrolladas y numerosas que en el resto de la mucosa endo-cervical.

Se componen las glándulas, de una membrana anhista o vitrea, tapizada interiormente por una sola hilera de células caliciformes. En las del cuerpo solo hay células epiteliales, iguales a las que se encuentran en la mucosa del mismo. Las glándulas del cuello desempeñan una verdadera función secretora, a diferencia de las glándulas del cuerpo que desempeñarían el papel de filtros del suero a través de su epitelio. Esta serosidad de

las glándulas del cuerpo no se la puede reconocer, dice Doleris, al examen por el espéculum y es verdaderamente singular que algunos autores, la describan con pretensiones de cierta precisión; solamente en los casos patológicos se la percibe fácilmente; su reacción es alcalina como la del cuello. La secreción del cuello, normalmente, es un moco claro, incoloro, transparente y es producido por células caliciformes. Este mucus, en los casos de inflamación de la mucosa, presenta caracteres distintos. Por su reacción alcalina, neutraliza la acidez de la secreción vaginal; facilita el ascenso de los espermatozoides; el descenso de la cabeza fetal durante el parto y sirve por su poder bactericida, de barrera contra los microorganismo que de la vagina pudieran pasar al útero. El B. de Koch y el gonococco, son los únicos sobre los que no tiene influencia. Su cantidad, aumenta en algunos estados fisiológicos como el orgasmo venéreo, las excitaciones prolongadas, los últimos meses del embarazo, etc. La infección aumenta también la cantidad, alterando al mismo tiempo su composición normal, como veremos luego. También aumenta la secreción en mujeres mal regladas, en artríticas, cloróticas y anémicas.

La mucosa externa del hocico es una prolongación de la mucosa vaginal, como esta papilar a

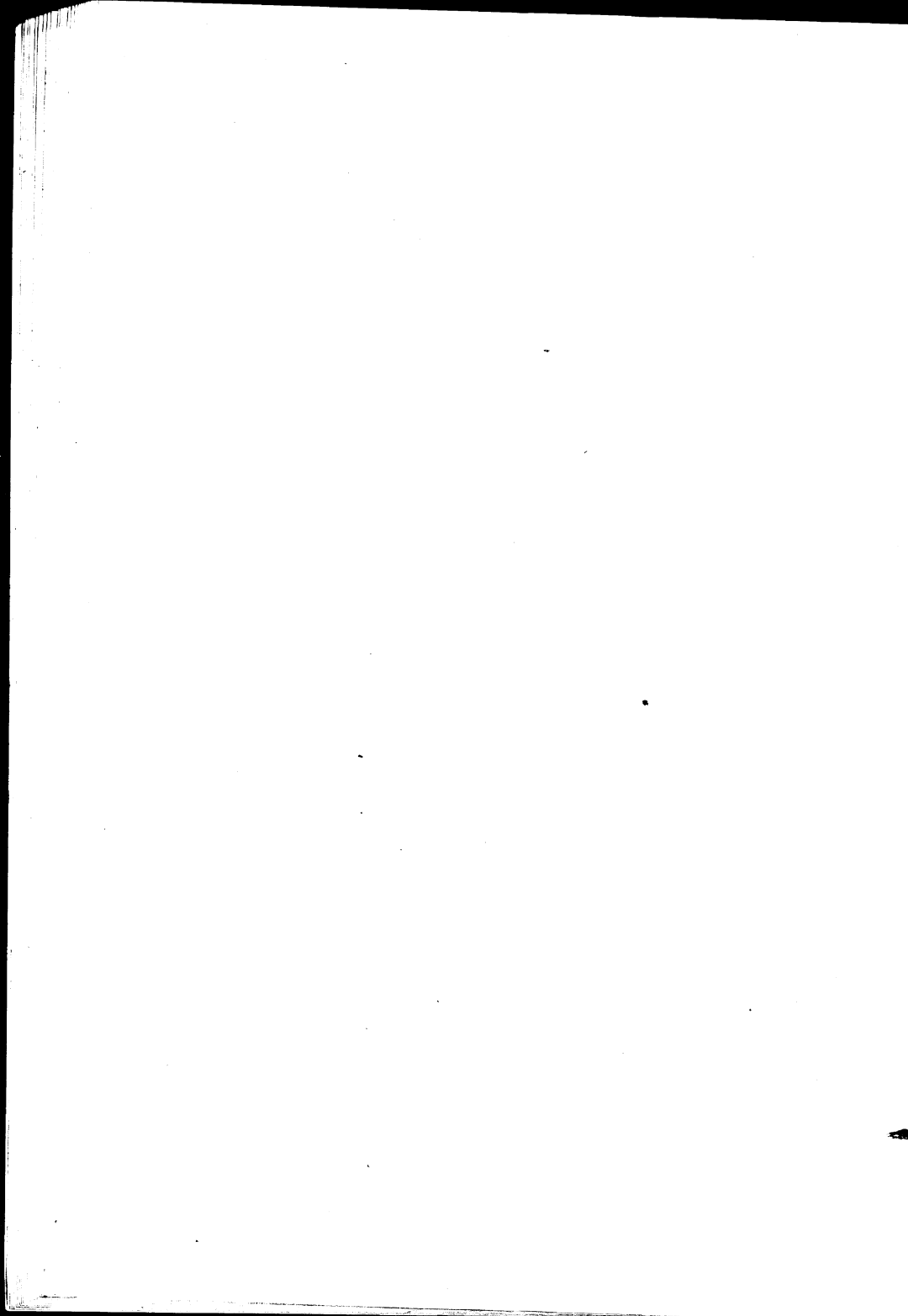
epitelio plano estratificado y desprovista completamente de glándulas. La unión de ella con la endo-cervical se hace formando una pequeña elevación que puede percibirse por el tacto. La altura en que esta unión se efectúa, varía con los individuos y en estos, con la edad, enfermedades, etc.; en la niña se hace generalmente a nivel del agujero útero-vaginal y en las mujeres múltiparas, un poco más arriba. La unión del epitelio cilíndrico con el pavimentoso se hace bruscamente para unos y gradualmente para otros.

Bajo el punto de vista funcional podemos considerar el cuello como simple conducto destinado al paso de los productos de secreción, de la sangre menstrual y del esperma en el acto de la fecundación. Su secreción como hemos visto es alcalina, bactericida, lubricante facilitando el descenso del ovoide fetal.

Las ciliias vibrátiles con sus movimientos facilitan el ascenso de los espermatozoides, pudiéndose calcular por esto solamente, la importancia de la integridad de esta mucosa.

Pero, si todo este papel, lo desempeña como simple canal pasivo, es capaz de mostrarse activo. En efecto, cuando el útero está ocupado por el feto, el cuello sirve como aparato de sostén, por la contracción activa de su capa muscular; y en el espasmo venéreo parece sufrir un endereza-

miento debido a su congestión y a la contracción de los músculos que de la vagina llegan a él, facilitándose así la entrada del esperma en la cavidad cervical.



Anatomía patológica

La congestión, fué por mucho tiempo considerada por la mayoría de los autores, como la afección más frecuente del útero, conviniendo en que era el punto de partida de todas las enfermedades del órgano o de las que pudieran localizarse en sus anexos.

Los estudios bacteriológicos y anatomo-patológicos que se hicieron después, dieron para cada enfermedad su verdadera causa patogénica. La clínica ginecológica, ayudada por estos resultados, arribó al diagnóstico y terapéutica de las enfermedades uterinas.

Las metritis, fueron por mucho tiempo consideradas como la inflamación total del órgano y puede decirse que con el uso del especulum, se inicia el estudio de las metritis cervicales, los que usaron el especulum en esta época, se pusieron en el extremo opuesto y solo vieron me-

tritis cervicales, sin reparar siquiera en las inflamaciones del cuerpo del útero, como veremos detenidamente en seguida.

Las metritis crónicas de cuello, tienen generalmente por origen la infección y dada la estructura histológica de la porción del útero que estudiamos, como hemos visto en el capítulo precedente, esta afección se hace casi siempre crónica. En efecto, su rica red venosa y linfática, así como sus glándulas, largas, espiroides y racimosas se prestan admirablemente para llevar los agentes infecciosos a las capas profundas, donde se acantonan y solo pueden ser destruidos por medio del bisturí o los cáusticos.

El examen histológico nos muestra las alteraciones profundas de su epitelio, cuyas células se alargan, estrechan y aumentan en número; los núcleos ovoides aumentan de volumen. En algunos puntos, las células cilíndricas se acumulan las unas sobre las otras y pueden hacer creer en islotes de epitelio pavimentoso en partes recubiertas de epitelio cilíndrico.

Las alteraciones que sufren las glándulas son profundas y generalmente características; se hacen irregulares, anfractuosas, tienen múltiples ramificaciones y se encajan, aún más que al estado normal, en la capa muscular; de donde la imposibilidad de destruirlas con la cureta; se obli-

teran y estrangulan y forman quistes pequeños y más grandes, designados con el nombre de huevos de Naboth. Estas producciones quísticas están formadas por una pared conjuntiva y una capa formada por una sola hilera de células epiteliales deformes y proliferadas; su contenido es espeso viscoso de un blanco amarillento. Su número es variable, oscilando desde unos cuantos hasta un número tal que trae una verdadera hipertrofia folicular del cuello. El mucus sufre notables alteraciones: es abundante, turbio amarillento, pegajoso, a veces purulento.

El tejido conjuntivo aumenta el número y volumen de sus células y hay infiltración leucocitaria alrededor de los vasos y de las glándulas.

El estroma, está infiltrado de células redondas y la mucosa al aumentar de volumen y de superficie se ve obligada a formar repliegues.

Los músculos participan de la inflamación, y según la ley de Stokes, las fibras musculares subyacentes a la mucosa inflamada se paralizan, se relajaría el esfinter muscular, lo que aumentaría el ectrópion por predominio de las fibras longitudinales (Doleris).

Examinando el cuello con el espéculum aparece aumentado de volumen, congestionado, con su orificio abierto, alrededor del cual se ven placas de un color rojo muy vivo, ya lisas, ya ve-

llosas, granulosas o papilares, que se destacan fácilmente sobre el fondo rosado de la mucosa del hocico.

Se ha discutido largamente sobre la naturaleza e importancia de estas placas. Haremos una ligera reseña histórica de algunas teorías que con tal fin se han escrito.

Recamier, Lisfranc, Duparcque, Mayorlin, etcétera; describieron erosiones del cuello, ulceraciones simples, fungosas, papilosas, todas enfermedades diferentes, teniendo su sintomatología y etiología especiales. Estas erosiones y ulceraciones fueron el hecho dominante de la patología uterina, el punto de partida, es decir la lesión inicial, de todas las metritis del cuerpo y del cuello, la causa de la leucorrea y la hemorragia y hacia ellas solas debía dirigirse el tratamiento: curando la ulceración se curaba el catarro. Si ulteriormente se constataban otros síntomas: acné, quistes, vegetaciones, pólipos en la superficie del hocico de tenca, se creía estar frente a enfermedades diferentes, sin ninguna relación con la precedente; de Anatomía Patológica no se hablaba.

Gosselin y otros, admitieron estas úlceras como síntomas de una inflamación que atacaba toda la mucosa.

Los estudios sobre el fenómeno patológico de

la ulceración, han sido divididos para historiarlos en dos períodos sucesivos:

En el primero, las denominaciones y nomenclaturas diversas, dependen de los caracteres exteriores de la lesión, caracteres constatados con la ayuda de la vista y del tacto; podemos agregar, con la ayuda de las primeras investigaciones microscópicas. Estas investigaciones sirvieron para constatar la pérdida de la substancia de las llamadas ulceraciones, porque el estudio se hacía sobre piezas que ya habían sufrido la putrefacción cadavérica y el epitelio cilíndrico de la mucosa endo-cervical, había sido destruido por esa causa. El ectrópion, por estos estudios, no pudo ser constatado histológicamente. En el segundo período, el tratamiento quirúrgico permite hacer preparaciones histológicas de piezas sacadas en vida, con lo que los estudios se hacen sobre base sólida. Se constata después, que en la ulceración, la mucosa endo-cervical se presentaba al exterior: el ectrópion. Se cita luego como causa el traumatismo que el parto produce en el cuello y se inculpa a las desgarraduras laterales así producidas, por permitir la abertura de los labios, ser la causa de la eversión. Y la doctrina del ectrópion se combina con la de la eversión, teniendo ambas como causa, las desgarraduras laterales.

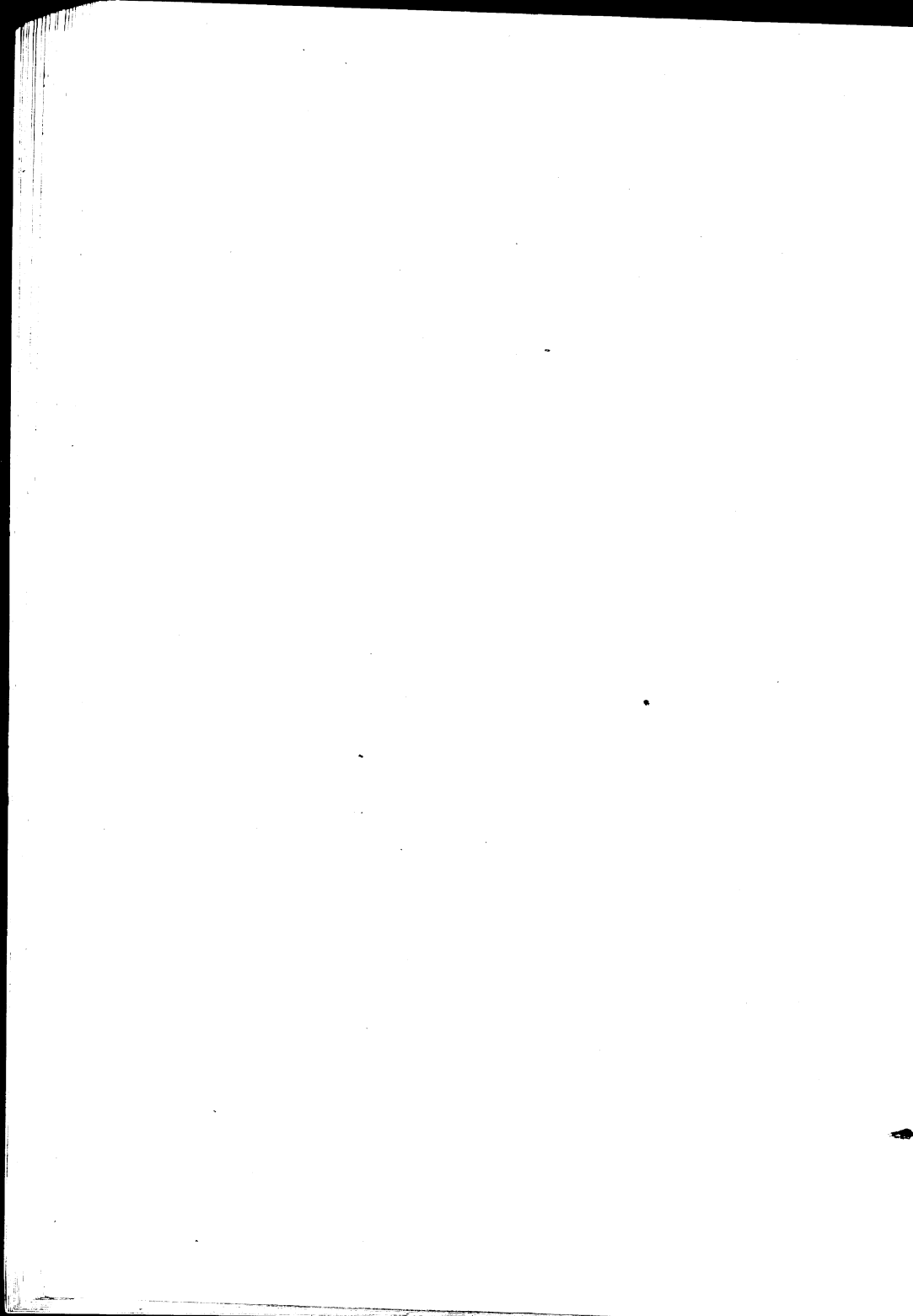
El estudio de la placa rosada, que dá al tacto la sensación de terciopelo y que es casi constante en las cervicitis crónicas, fué hecho con todo éxito por los histólogos, principalmente alemanes. Entre éstos, Veit y Ruge afirmaron que, en la «ulceración» no había destrucción de tejidos, sino neoformación. Mientras el epitelio cilíndrico reemplaza a nivel de la superficie externa «ulcerada» al epitelio pavimentoso, se producen glándulas yuxtapuestas y la sustancia interglándular toma el aspecto de palizada de donde el nombre de papilar. Otras veces estas glándulas se hacen quísticas y toman el aspecto folicular; los pólipos mucosos son estos quistes desarrollados y con pedículos.

Fischel, reaccionando contra el exclusivismo de esta teoría admite, en ciertos casos, la existencia de una verdadera ulceración al lado de las pseudo-ulceraciones, llamadas en lenguaje corriente «ulceraciones».

Por lo que concierne a la erosión en sí misma, Gebhard piensa que la substitución del epitelio cilíndrico al pavimentoso puede hacerse por distintos mecanismos: 1.º por regresión del pavimentoso e invasión del cilíndrico. 2.º por escoriación de las capas superficiales del epitelio pavimentoso hasta la capa basal germinativa, las cuales células son cilíndricas y forman un revesti-

miento sinuoso en la superficie de la papila tumefacta. 3.º por implantación a nivel de una laceración, de fragmentos destacados de la mucosa del cuerpo; este injerto epitelial podría efectuarse en el curso de las reglas.

Cada una de las explicaciones dada por los autores tiene su parte de verdad. El ectrópion de la mucosa intracervical inflamada es frecuente; se le halla en todas las metritis, pero sobre todo en las de origen puerperal con desgarradura lateral y eversión de los labios; la erosión alrededor del orificio, en pleno epitelio pavimentoso se ve sobre los cuellos menos deformados y atacados frecuentemente de infección blenorragica.



Patogenia

Desde el punto de vista patogénico, Pozzi admite que, todas las inflamaciones del útero son de origen infeccioso.

Esta teoría es la generalmente aceptada, si bien existen todavía algunas metritis, cuya causa puede ser inculpada al terreno, es decir, a la diátesis o artrismo de las enfermas. Ahora bien, admitida la infección como causa ¿qué microorganismos la producen? Las causas mediatas de esta infección pueden ser: la menstruación, la cópula, el parto, los traumatismos y causas diversas entre las que se pueden apuntar las fiebres exantemáticas, la viruela, el sarampión, la escarlatina, etc. Pozzi, hablando de la diátesis dice: «Admitiré voluntariamente que la cuestión del estado general y del terreno representan una gran importancia, sino en la producción, al menos en la persistencia de la inflamación local y

en particular de las metritis; por consiguiente es necesario interesarse de este estado general del punto de vista del tratamiento; pero es todo lo que yo admito a la teoría de la diátesis.»

De las causas mediatas citadas, son el parto y el coito las más frecuentes.

En la infección puerperal y metritis consecutivas, se ha encontrado al estreptococo solo o acompañado del estafilococo, del colibacilo, de microorganismos anaerobios etc. Kroenig encontró muchas veces solo al coli. El estreptococo es el más frecuente y el que produce por lo general, las metritis crónicas de origen puerperal.

Por el coito se produce la infección blenorragica. El gonococo, según unos, iría acompañado de otras bacterias y para otros, se encontraría solo, porque el poder bactericida del mucus cervical, sólo respeta al gonococo y al B. de Koch.

Gottschalk, ha encontrado en las metritis crónicas, organismos inofensivos, bacterias no patógenas.

El Profesor Spinelli, sostiene que: el único capaz de producir la metritis crónica es el gonococo. Dice al respecto: «El gonococo, elemento primordial inflamatorio de la endometritis en general, no va solo; se le encuentra asociado con otros microbios (estreptococo, estafilococo). Pero el gonococo es indispensable para que la inflamación

aguda o crónica subsista. En algunos casos de endometritis crónicas, en las cuales, frecuentes investigaciones bacteriológicas parecían hacer excluir la naturaleza gonocócica de la enfermedad, irritaciones especiales de la mucosa cervical e intrauterina, con la reagudación del proceso catarral, han conducido finalmente al descubrimiento del gonococo».

Luego agrega: «Las endometritis crónicas apuerperal o puerperales, son, casi siempre, de origen gonocócico».

Hemos admitido el parto séptico y el coito infectante, como las causas más frecuentes de la infección uterina, veamos ahora su evolución. En el estado puerperal dos puertas se presentan a los microorganismos: el lugar de la inserción placentaria y las desgarraduras laterales del cuello. La infección puede hacerse en el cuello y quedar ahí localizada, pero por lo general se hace total. Si ella es grave, como los vasos sanguíneos y linfáticos se hallan abiertos, los microbios penetrando por ellos invaden los anexos, producen la celulitis, el pio-salpinx, la ovaritis purulenta, el absceso peritoneal. Otras veces la infección ataca levemente la mucosa del cuerpo para ir, como sucede también en la infección grave, a localizarse en el cuello y producir la cervicitis crónica, contribuyendo a este carácter de crónici-

dad, la estructura del cuello, como hemos visto más arriba.

En la infección blenorragica, el gonococo encuentra generalmente una mucosa sana y no tiene la facilidad de propagarse por vía sanguínea y linfática, tan comunes en la infección puerperal. Solo en ciertos casos, se propaga a toda la mucosa y de ahí a la pelvis. La metritis de cuerpo se produce así como la cervicitis que se hace crónica. Otras veces el gonococo, y esto es lo más frecuente, produce una metritis de cuerpo que pasa o cura, localizándose en el cuello y la enferma presenta dolores renales, pesantez pelviana, leucorrea, etc.; síntomas de su cervicitis. La metritis blenorragica es frecuentemente una metritis del cuello. Dice Richelot: hay entonces metritis exclusivamente cervicales; y entre tanto, muchos médicos parece que ni lo piensan; les parece que la alteración percibida en el fondo del espéculum, no sea más que la parte visible, hasta mismo la parte despreciable de una alteración más profunda; también es curioso ver con qué solicitud se inyecta, se usa lápiz y se raspa las cavidades sanas. Es que no han tenido presente la evolución de la metritis que para nosotros se resume así: el útero totalmente infectado, la metritis del cuerpo se observa en el período que sigue al parto y reclama nuestros

cuidados, durante un lapso de tiempo variable, pero relativamente corto; es ya menos interesante cuando ella se prolonga al lado de los anexos que absorven la atención y dominan el tratamiento; a la larga no existe más, y la mayor parte de las enfermas que pasan diariamente bajo nuestra vista con leucorreas purulentas no tienen más que una metritis cervical.

Síntomas

Pozzi ha reunido bajo el título de síndrome uterino, muchos síntomas que sin ser característicos de las metritis, corresponden a estas en su gran mayoría. Los describiremos brevemente:

Dolor.—Se dice que la enferma siente su útero; es espontáneo en el basinete, aumenta con el peloteo del útero: los puntos más sensibles son, la fosa ilíaca izquierda y la región lumbar.

Leucorrea.—Es casi constante y puede provenir de la vagina, del cuerpo o del cuello. La vaginal es fluida lechosa, mancha poco las ropas y es de reacción ácida. La del cuerpo es amarillenta, poco viscosa y de reacción alcalina. La del cuello es amarillenta, abundante, gelatinosa, pegajosa, mancha las ropas, alcalina.

Dismenorreas y metrorragias frecuentes.

Síntomas de los órganos vecinos:

Vejiga.—Micciones dolorosas, tenesmo vesical.
Recto.—Dolor a la defecación, constipación por esta causa.

Síntomas de los órganos lejanos:

Estómago.—Dispepsias casi constantes (Bennet, Courty).

Dilataciones (Bouchard).

Timpanismo crónico con sensación de vientre grande, acompañado de adelgazamiento general.

Síntomas respiratorios.—Tos uterina (Aran, Pozzi, Muller). Es seca, breve, intermitente con caracteres de tic en mujeres no histéricas, sin fenómenos auscultatorios; cura con la lesión uterina.

Síntomas nerviosos:

Neuralgias.—Intercostal, patognomónica para Bassereâu; facial; lumbo-abdominal con irradiaciones al ramo fémoro-cutáneo; coccigodinia o neuralgia sacra (Simpson y Scanzoni). Palpitaciones cardíacas.

Sistema nervioso central.—Histerismo (Courty, Mundé); neurastenia.

Estado general.—Los dolores que impiden el ejercicio, la dispepsia que es un obstáculo a la alimentación, el estado del sistema nervioso, todo concurre a minar la salud de la mujer, dándole un aspecto de cloro-anémica, con tinte té-

reco del rostro, grandes ojeras, aire de sufrimiento, en total la facie llamada uterina.

La mayoría de los síntomas apuntados corresponden según otros, no a las metritis infecciosas, sino a las lesiones tróficas de las artríticas nerviosas.

Es verdad que el síndrome uterino de Pozzi, suele hallarse en las enfermas con cervicitis crónicas; pero los síntomas casi infaltables y que generalmente bastan para su diagnóstico son: la pesantez pelviana, el dolor lumbosacro y la leucorrea muco-purulenta característica.

Signos físicos.—Por el tacto encontramos, en las cervicitis crónicas, un cuello voluminoso, el grueso cuello de Emmet, algo duro, sensible a la presión de los dedos, a veces entreabierto y desgarrado. Su labio anterior más desarrollado y duro. Se sienten como granitos, que son pequeños quistes y una superficie con suavidad de terciopelo sobre el agujero útero vaginal, que no es más que la «ulceración».

Al espéculum, se presenta rojo, congestionado, voluminoso, dejando escapar una secreción cuyas características hemos señalado. Alrededor del agujero útero-vaginal, donde percibimos la sensación de terciopelo, vemos la mancha roja de la «ulceración». También pueden verse los quistes o huevos de Naboth. Según Bouilly, existen

muchas veces en el cuello, nódulos debidos a hipertrofias glandulares que podrían ser tomados por cancerosos.

Sin pretender hacer diferencias por el aspecto del cuello, diremos que el grueso cuello en forma de tapón de botella de champagne, con desgarradura y ectrópion, acompañado o no, de ulceraciones a pseudo-ulceraciones, corresponde a las metritis puerperales. En las de origen blenorragico predominan las «ulceraciones». Muchas veces sobre una lesión puerperal, se ingerta una infección gonocócica. El laboratorio, puede en ciertos casos arrojar luz sobre el asunto, pero como veremos luego, en otros es incapaz de dar con el agente infectante. Este diagnóstico puede hacerse ayudado además por un buen interrogatorio, teniendo solo importancia, para satisfacción del espíritu; pero, para los fines terapéuticos no lo tiene, puesto que, un mismo tratamiento, sea este los cáusticos o el bisturí, se emplea en las cervicitis crónicas. El día feliz en que la Terapéutica uterina se haya enriquecido, como es de esperar, con sueros o vacunas que realmente ayuden al tratamiento de las cervicitis crónicas, entonces tendrá real importancia.

Diagnóstico

Las cervicitis crónicas, pueden confundirse con ciertas afecciones localizadas en el cuello del útero, entre las que citaremos, el cáncer, la sífilis y la tuberculosis. El diagnóstico en tales casos, reviste tanta importancia, que nos exime de todo comentario.

La diferenciación con el cáncer, la haremos en el período operable de este, es decir, cuando todavía no ha salido del útero, período difícil de delindar, por su escasa sintomatología. En el período de invasión, se ha dicho que no hay afección más fácil de reconocer que el cáncer uterino.

En efecto, a los síntomas que da el órgano mismo, se agregan los de los órganos vecinos y los generales que lo hacen sospechar fácilmente.

Las últimas estadísticas, prueban la frecuencia del cáncer, entre los cuarenta y cincuenta

años de vida, siguiéndole en orden decreciente de 50 a 60 y luego de 30 a 40, habiendo casos de 17, 18 y aun menos años de edad. El cáncer de cuello es frecuente en el período genital de la mujer y su marcha es galopante. En la menopausa se le sospecha con más facilidad y así se dice, que la simple vuelta de las reglas, varios meses o años después de su desaparición, es un signo de cáncer. El dolor, que se coloca entre los síntomas anunciadores de la enfermedad, aparece por lo general, en el período de invasión; por él acuden al médico un cincuenta por ciento de las enfermas. Aunque el cáncer de cuello se presenta bajo distintas variedades, se pueden anotar los caracteres generales siguientes: leucorrea abundante, serosa, con un tinte rosado parecido al del agua con la que se ha lavado carne y con una fetidez característica que no se olvida. Al tacto, presenta el cuello una dureza leñosa, característica, y las ulceraciones son irregulares, con bordes espesos y duros, reposan sobre base difusa y sangran con facilidad, pues su superficie es friable.

Stratz, insiste sobre el color amarillento, el aspecto granuloso y brillante del cáncer no ulcerado. La «ulceración» de la metritis es superficial, de un rojo vivo, su consistencia es firme, sin ser dura, sangra con menos facilidad por el tacto.

La leucorrea de la metritis es, como hemos visto, mucopurulenta, pegajosa, sin olor fétido, salvo algunas variedades, etc., etc.

Algunos nódulos inflamatorios del cuello, producidos por el desarrollo de quistes con esclerosis a su alrededor, pueden confundirse con cancerosos. La punción de los nódulos con evacuación de los quistes quitará toda duda. Un pequeño mioma, puede también confundirse con un nódulo canceroso; pero mientras este, está unido íntimamente a la mucosa, el primero no lo está (Spiegelberg).

Hay un signo, dice Schwartz, que hemos podido verificar su valor: cuando con la uña se puede quitar fácilmente pequeños fragmentos de la mucosa ulcerada, hay que sospechar cáncer. León Le Fort, da el siguiente: el especulum bivalvo se abre difícilmente para poner al descubierto el cuello, hay una especie de rigidez del fondo de la vagina, que no se deja desplegar, aunque solo sea canceroso el cuello; cuando se trata de una metritis ulcerosa, el cuello es fácilmente tomado entre las dos valvas del especulum.

Un pólipo fibroso esfacelado, puede por su friabilidad y fetidez, hacer que nazca alguna duda, es suficiente contornear el tumor con el dedo y seguir su pedículo en la cavidad uterina, para rectificar el diagnóstico.

Algunas metritis seniles, por sus flujos fétidos, pueden traer dudas, las que aumentarán si existe, como es frecuente, una contracción del tercio superior de la vagina. Si no hay cáncer, lavajes antisépticos la curarán; la constricción se tratará quirúrgicamente y luego se hará un raspado.

El examen histológico es siempre necesario, aunque no siempre es categórico; se citan casos, en que metritis han sido tomadas por cáncer, o vice versa.

Demás está decir la importancia que para el diagnóstico, tienen los antecedentes de la enfermedad, su duración, etc., etc.; datos que nos da un buen interrogatorio.

La tuberculosis primitiva del cuello es muy rara; Weyl ha reunido once casos y Pozzi tres o cuatro más. En la sesión del 3 de Octubre de 1906, de la Obstetrical Society of London, M. Eric F. Young cita el caso de una mujer, de 26 años de edad, múltipara, que no presentaba ningún antecedente familiar ni personal y que solo tenía, ligera sensibilidad a la palpación de la fosa ilíaca izquierda; el cuello grueso, indurado, de superficie desigual, ulcerado por placas, nodular y papilar en otros puntos. Hecha la histerectomía, el examen histológico comprobó la tuberculosis.

M. Levers, cita en la misma sesión, un caso análogo.

La tuberculosis del cuello, puede presentarse bajo tres tipos diferentes: el tipo miliar, similar histológicamente al que se ve en los demás órganos; segundo, el tipo ulceroso, con nódulos y una infiltración exagerada para el tamaño de la úlcera; tercero, el papilomatoso que ataca principalmente la cavidad cervical. Se ha observado generalmente en el cuello tuberculoso, una úlcera de bordes irregulares, desprendidos, de color rosa pálido, reposando sobre un fondo rosado, con botones carnosos que sangran y granulaciones amarillas o grises, vestigios de tubérculos reblandecidos. Un edema, invade los tejidos vecinos y el cuello se presenta grueso, duro, de color pálido. La vagina es comunmente tomada y la presencia de fistulas, aclara el diagnóstico. La leucorrea, ofrece en ciertos casos caracteres que llaman la atención, es purulenta con pequeños grumos caseosos, pareciéndose al contenido de ganglios reblandecidos o de ciertos abscesos frios.

Los primeros síntomas que percibe la enferma, pueden encuadrar en los de una metritis crónica y si no hubiera signos de tuberculosis en otros órganos, el diagnóstico es sumamente difícil.

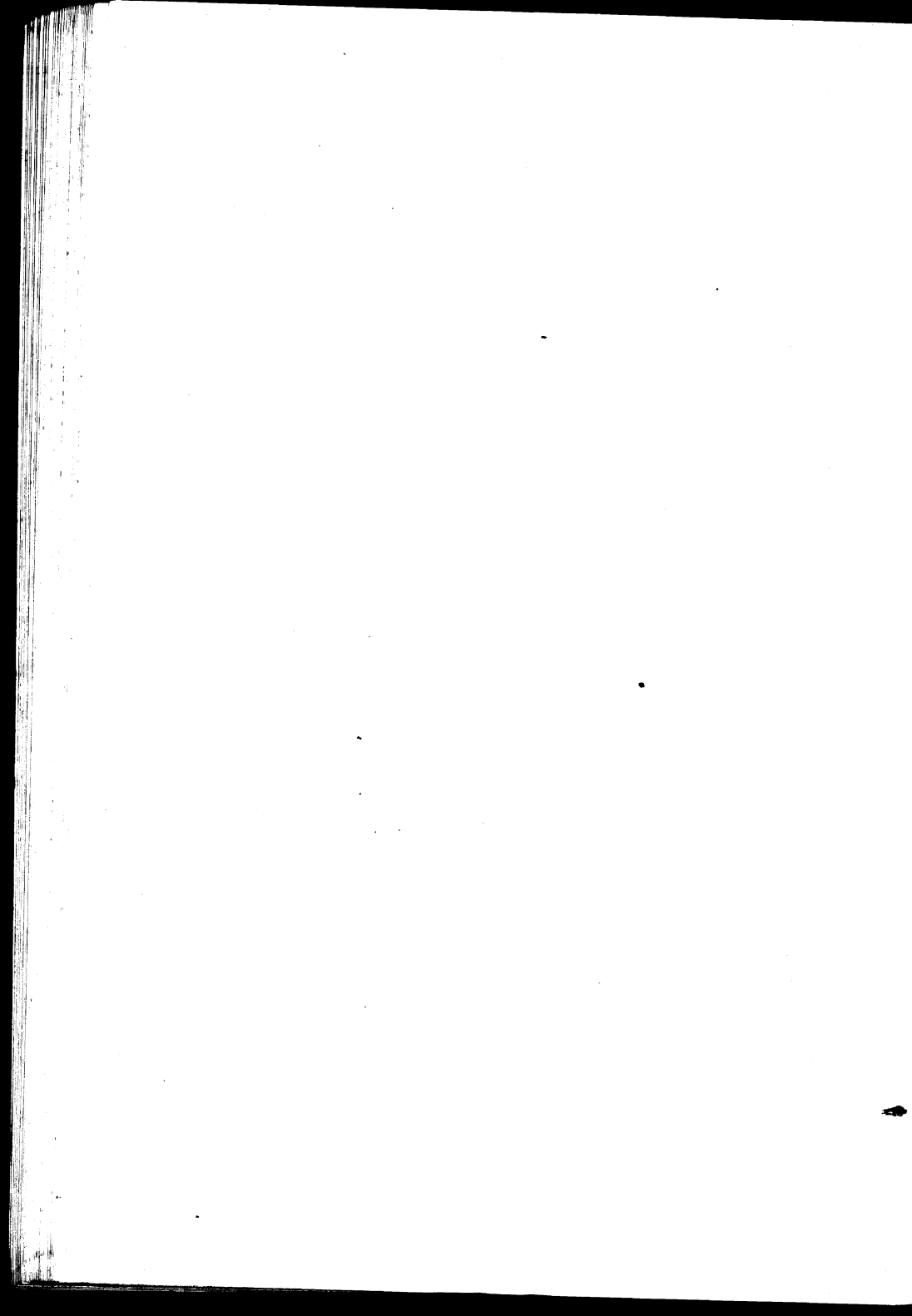
Como hemos visto, la tuberculosis del cuello

es casi imposible diagnosticarla por el examen directo del mismo, arribándose a un feliz resultado, valiéndose de todos los medios de que dispone la clínica y el laboratorio.

La sífilis, en su primer período es muy rara en el cuello, y el chancro presenta sus caracteres habituales. No sucede lo mismo con las manifestaciones terciarias, cuya frecuencia ha sido constatada ultimamente. Muchas metritis cuya causa se atribuía al artrismo, en las vírgenes a la masturbación, a la edad cercana de la menopausa y cuyo síntoma predominante, es la hemorragia, se ha comprobado ser producidas por la sífilis adquirida o hereditaria. Siendo la sífilis una enfermedad tan frecuente, se comprende la importancia de dichos estudios. La sífilis, se presenta con más frecuencia que lo que hasta hace poco se sospechaba, con manifestaciones puramente uterinas que se parecen, por otra parte, a las metritis crónicas. A veces, el cuerpo da todos los síntomas, permaneciendo el cuello al parecer indemne y otras, por el contrario, se le ve engrosado o disminuido de volumen, pudiéndose observar en ambos casos lesiones gomosas, bastante raras. Spinelli, encontró en una de sus enfermas, una ulceración sobre el labio inferior del hocico, profunda, con bordes indurados, extendiéndose sobre el fondo de saco posterior. El diag-

nóstico de cáncer se imponía; a causa de la invasión de la vagina, creyó deber abstenerse de toda intervención, recurriendo por azar al tratamiento antisifilítico. El porvenir le dió la razón, porque al cabo de algunas semanas las metrorragias y las ulceraciones habían desaparecido. Actualmente, no vamos a buscar para sospechar la sífilis al chancro o el goma, sino que en ella pensamos siempre que tengamos por delante una afección uterina con metrorragia o no, siempre que no encuadre en la sintomatología de una infección puerperal o blenorragica de larga data. Los abortos frecuentes, la ausencia de pérdidas sanguíneas al efectuar el tacto, así como las hemorragias uterinas son para Spinelli, síntomas de sífilis. En el Servicio del Profesor Picardo, hemos comprobado prácticamente las anteriores conclusiones de Spinelli.

Una vez sospechada la enfermedad, el laboratorio será una ayuda preciosa para llegar al diagnóstico. Pero si sus resultados no están de acuerdo con la clínica, recurriremos al tratamiento mercurial de prueba que aclarará toda duda.



Tratamiento

Este capítulo comprenderá tres partes: en la primera, hablaremos lo más brevemente posible de los tratamientos médicos que han tenido o tienen todavía aceptación; en la segunda, nos referiremos a los quirúrgicos, reservando la tercera para el cáustico de Filhos.

Tratamientos médicos. — Contra las metritis agudas todos están de acuerdo: reposo, irrigaciones antisépticas calientes, compresas calientes o hielo sobre el vientre, supositorios con morfina, etcétera. Los sueros y vacunas se emplean aquí con buenos resultados. Suele agregarse escarificaciones sobre el hocico, tapones con glicerina sola o con tanino al uno por doscientos, con resorcina al uno por ciento, ictiol al uno por doscientos, hidrato de cloral al uno por cincuenta, etcétera.

Contra las cervicitis crónicas se han empleado

tantos tratamientos, que sería largo enumerarlos a todos. Citaremos los más usados.

Irrigaciones vaginales o intra-uterinas hechas con soluciones antisépticas, se usan indistintamente en las metritis de cuerpo y cervicales. Enumeraremos muchas de ellas:

Bicloruro de mercurio al 1 por 4 mil.

Acido bórico, 2 cucharadas por litro de agua.

Tanino en polvo, 1 cucharadita por litro.

Permanganato de potasio, al 1 por mil.

Protargol, al 1 por 500 (preconizado por Neisser).

Timol, al 1 por mil.

Formol, al 1 por diez mil, etc., etc.

Después de dilatar el cuello con laminarias, como hacía Schultze, o usando sondas delgadas, se han introducido (además de algunas citadas) en la cavidad uterina, otras soluciones:

Acido fénico, al 2 por ciento; cloruro de zinc, al 1 por ciento; nitrato de plata, al 1 por ciento; solución iodurada, (iodo 3, yoduro de potasio 6, agua 2 mil).

La mayoría de estas soluciones, son una ayuda en el tratamiento de la cervicitis, pero solas, son insuficientes.

Instilaciones. — Previa dilatación, se han inyectado con jeringas: tintura de iodo, glicerina creosotada, percloruro de hierro, formol, etc. Delbet

usa el cloruro de zinc al 30 o 40 por ciento: inyecta 2 o 3 centímetros cúbicos, hace grandes lavajes vaginales con agua hervida y tapona con gasa esterilizada. Tres o cuatro inyecciones, con varios días de intervalo una de otra, son suficientes, dice Delbet, para producir mejores efectos que la cureta.

Podemos citar, además, otros cáusticos líquidos, como el ácido nítrico, el formol, protargol, al 10 por ciento; salicilato de metilo, ácido láctico, etc.; que se emplean más o menos como el cloruro de zinc. El azul de metileno en polvo y los vapores de bromo, han sido también preconizados. La gran mayoría de estos tratamientos no han dado en la cervicitis, resultados felices.

Spinelli, llama taponamiento cáustico al que usa contra las metritis blenorragicas crónicas y procede así: dilata con laminaria el cuello y si no se produce fiebre y cólicos, previo un lavaje con sublimado al 1 por cuatro mil, tapona la cavidad uterina con gasa empapada en la solución: glicerina neutra 50 gramos; iodo metálico 1 gramo; ioduro de potasio 3 gr.; creosota 5 grs. Coloca algodón esterilizado sobre el cuello, dejándolo de doce a veinticuatro horas. Repite la operación una o dos veces según los casos. La mucosa se expulsa después de cierto tiempo, en col-

gajos y luego se regenera. En su larga práctica, dice haberlo visto dar resultados felices.

Ha sido usado por Sneguireff el vapor de agua, contra las metritis. La atmocaudi (cauterio por el vapor) así como la zestocausis, han dado buenos resultados en algunas metritis, pero no así en la cervicitis. También ha sido usado por Jayle el aire caliente con tan malos resultados, que hicieron abandonar el procedimiento.

Cáusticos sólidos. — El nitrato de plata, fué el agente clásico; se hacían toques en la cavidad uterina; otros no conformes con esto, lo abandonaban en el útero produciendo como resultado inmediato, dolores atroces y ulteriores cicatrificaciones, las que como veremos después, borraban la cavidad uterina.

Dumontpallier, usaba una pasta compuesta de: dos gramos de harina de centeno y un gramo de cloruro de zinc. Con ella hacía aplicaciones intrauterinas y la mucosa se eliminaba en un solo block al sexto día, en medio de agudos dolores. La acción del cáustico iba aún más allá y se desprendían con la mucosa, pedazos de parénquima, quedando en su lugar úlceras que al cicatrizar, lo hacían retrayéndose tanto, que no dejaban cavidad ni orificio.

También se ha empleado la galvano-cáustica en el tratamiento de las metritis, obteniéndose

buenos resultados en las formas hemorrágicas. La observación de mucosas tratadas por galvanocáustica ha demostrado, que la acción no es uniforme y que mientras unos puntos han sido tomados profundamente, otros se hallan intactos. Este inconveniente tan serio, por las lesiones graves que podrían producirse en los lugares por donde ha pasado la corriente y por dejar otros sin destruirlos, es debido a la forma del electrodo que no toca por igual toda la mucosa y además a la desigual resistencia de los tejidos al paso de la corriente eléctrica, la cual pasa más fácilmente por unos que por otros puntos. Un electrodo, ideado por el Dr. Zárate, tiende a obviar el primer inconveniente. Si bien este método tiene en su haber, algunos resultados felices en las metritis del cuerpo, parece no haber sido empleado en el tratamiento de la cervicitis.

Antiguamente, se aplicó el hierro al rojo sobre la mucosa cervical, siendo sus resultados malos por la atresia consecutiva; posteriormente, se usó el galvanocauterio y el termocauterio, pero salvo excepciones, se le utilizó solamente para abrir quistes del cuello. Cuando se le aplicó a toda la mucosa dió resultados poco satisfactorios.

Otros tratamientos.—La dilatación (brusca, rápida, lenta) para facilitar el drenaje se le ha uti-

lizado, pero es más un tiempo preliminar que un tratamiento.

Drenaje.—Se ha propuesto con tal objeto hacer permanecer en la matriz tubos de vidrio, crines de Florencia, etc.; que vendrían a entretenir la metritis en vez de curarla. El drenaje por el método de Bier ocupa un lugar preferente.

Método de Bier.—Ha sido empleado en la cervicitis y obraría para Hamburger por: acumulación de ácido carbónico, debido al éxtasis venoso y al aumento de alcalinidad sanguínea, factores que aumentarían el poder bactericida de los humores. Büchner, tiene en cuenta consideraciones de orden biológico: El aporte de mayor cantidad de sangre aumenta la fagocitosis y la producción de alexinas bactericidas. La aspiración, facilita la secreción glandular; hace estallar los quistes y sirve de masaje al cuello. Además, facilita la entrada de los antisépticos o cáusticos que se apliquen sobre el cuello. Mademoiselle Grossemann, arriba a la conclusión de que la aplicación de ventosas sobre el cuello, da resultados mejores cuando va seguida de aplicaciones antisépticas o cáusticas.

Ecouvillonnage.—Este procedimiento ideado por Doleris, no tiene el valor que se le dió; serviría solamente para conducir tópicos sobre la mucosa cervical.

Raspado. — Es larga y accidentada la historia de este procedimiento. Así lo vemos desde su creación por Recamier en 1846, seguir las suertes más diversas: atacado con encarnizamiento, fué defendido al mismo tiempo por otros, con igual tesón; aquellos no lo usaban y estos hacían de él una panacea, de ahí su fracaso. Este tratamiento heróico en muchos casos, del cual se ha dicho que era la más bella conquista de la cirugía moderna, no tiene a pesar de su acción en las metritis del cuerpo, aplicación en las cervicitis crónicas. Los fondos de saco glandulares y hasta los quistes mismos, no pueden ser destruidos por la cureta.

De la larga lista de medicamentos usados, ya sea en la metritis en general, como en las cervicitis crónicas, ninguno puede compararse por la facilidad de su manejo, así como por sus resultados al cáustico de Filhos del cual nos ocuparemos más abajo. Las intervenciones quirúrgicas hechas sobre el cuello con metritis crónica, serán tratadas en el capítulo siguiente. Podemos decir que solamente pueden compararse con el cáustico de Filhos por sus resultados, la operación de Schroeder y la de Puey, pero a condición de ser bien hechas, cosa por demás difícil, como veremos luego.

Resecciones

Estas intervenciones, por las cuales se saca el tejido enfermo de una sola vez, necesitando una serie de curaciones por espacio de quince a veinte días, tienen además de esta ventaja la de restituir el órgano por la sutura, devolviéndole sus funciones, en los casos felices.

Lisfranc, fué el primero que hizo notar los resultados que se podían obtener de la amputación parcial del cuello, en las inflamaciones crónicas del mismo. El abuso que de ellas hizo las desacreditaron. A C. Braun, de Viena, corresponde el mérito de haberlas apoyado sobre base científica.

Procedimiento de Emmet. — Consecuente con sus ideas sobre el origen de la mayor parte de las metritis, su método se limita al tratamiento de las desgarraduras laterales, Pero tiene el

grave defecto, de dejar persistir las alteraciones glandulares extendidas fuera de las comisuras.

Procedimiento de Schroeder. — Por este, se procura escindir todos los tejidos enfermos. Es una amputación parcial a un colgajo sobre cada uno de los labios del cuello. La describiremos someramente: Se hace una dilatación con laminaria seguida de un curetaje. Se fija el útero por su labio posterior, con una pinza erina y se le baja, se debrida las comisuras con una tijera hasta la inserción vaginal, quedando el cuello dividido en dos valvas. Con una pinza de disección se toma la punta de la valva anterior y se hunde el bisturí a la distancia conveniente de la pinza hasta la profundidad a que se llegó antes con la tijera. La valva anterior quedará dividida en dos colgajos, uno que contiene la mucosa vaginal del cuello y un poco de parénquima, otro comprendiendo la mitad de la mucosa cervical y mucho parénquima. Este último, será suprimido de un tijeretazo transversal en la base del cuello. El colgajo vaginal, para que la operación esté bien hecha, debe poderse doblar fácilmente. Para afrontar la mucosa vaginal del colgajo a la uterina, se introduce una aguja curva en el canal cervical, tomando parte de muscular y saliendo en seguida por la superficie cruenta del colgajo, para luego introdu-

cirla en esta superficie cruenta, sacándola por la mucosa vaginal. Tres hilos de catgut son pasados de la misma manera descrita. Al tirar por los extremos del catgut así pasado, la mucosa vaginal del colgajo viene a colocarse sobre la del conducto cervical. El mismo procedimiento se sigue con la valva posterior. Dos puntadas en cada comisura, reconstruyen el conducto cervical.

Pinard, en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Paris, hizo notar la frecuencia de los abortos y partos prematuros en las operadas por este procedimiento. Doleris fué un partidario entusiasta. Graafe es menos, y a su juicio, él determina frecuentemente la atrofia del hocico, el parto prematuro, estenosis, dismenorrea y esterilidad. Pozzi, cuya autoridad no puede ponerse en duda, agrega: Es necesario decir que de todos los tratamientos aplicados al cuello, es el de Schroeder el más difícil, el que se presta menos a una exacta coaptación y a una reunión primitiva perfecta, lo que requiere una habilidad consumada que no se puede exigir a la mayoría de los prácticos. Richelot la considera útil a condición de ser bien hecha y bajo la protección de una asepsia rigurosa. Para el Dr. Piccardo, el procedimiento de Schroeder es casi imposible de efectuarse cumplidamente en las cervicitis crónicas,

por tratarse de tejidos profundamente infectados, donde la asepsia rigurosa es tan difícil.

Esta intervención es la más aceptada y sus resultados, lo prueban las opiniones arriba anotadas, no responden a la confianza que en ella muchos depositan.

Procedimiento de Simon-Markwald. — Este procedimiento, respeta la mucosa endocervical, después de haber debridado las comisuras, se quita de cada uno de los labios un fragmento cónico, cuya base responde al vértice del cuello; cada labio es así dividido en dos colgajos, que se reunen con catgut, terminando la operación con la sutura de las comisuras. Este procedimiento, dice Richelot, por su definición misma, parece menos racional que el Schroeder. Pozzi, teniendo en cuenta las dificultades que este presenta, da preferencia al bicónico, modificándolo según las circunstancias.

Procedimiento de Bouilly. — Dilata la cavidad con laminaria y hace un raspado. Con un bisturí largo, saca de cada labio una porción de mucosa de dos a cuatro milímetros de espesor y deja intactas las comisuras. Queda así un conducto que taponan con gasa iodoformada embebida en glicerina creosotada al tercio.

Este procedimiento solo puede aplicarse a los casos de cervicitis benignas y poco antiguas.

Procedimiento de Puey. — Este, según la opinión de P. Petit y las conclusiones de la tesis de Lefranc es superior al de Schroeder. El profesor Pozzi, dice, que no es de una ejecución más simple que los procedimientos anteriores.

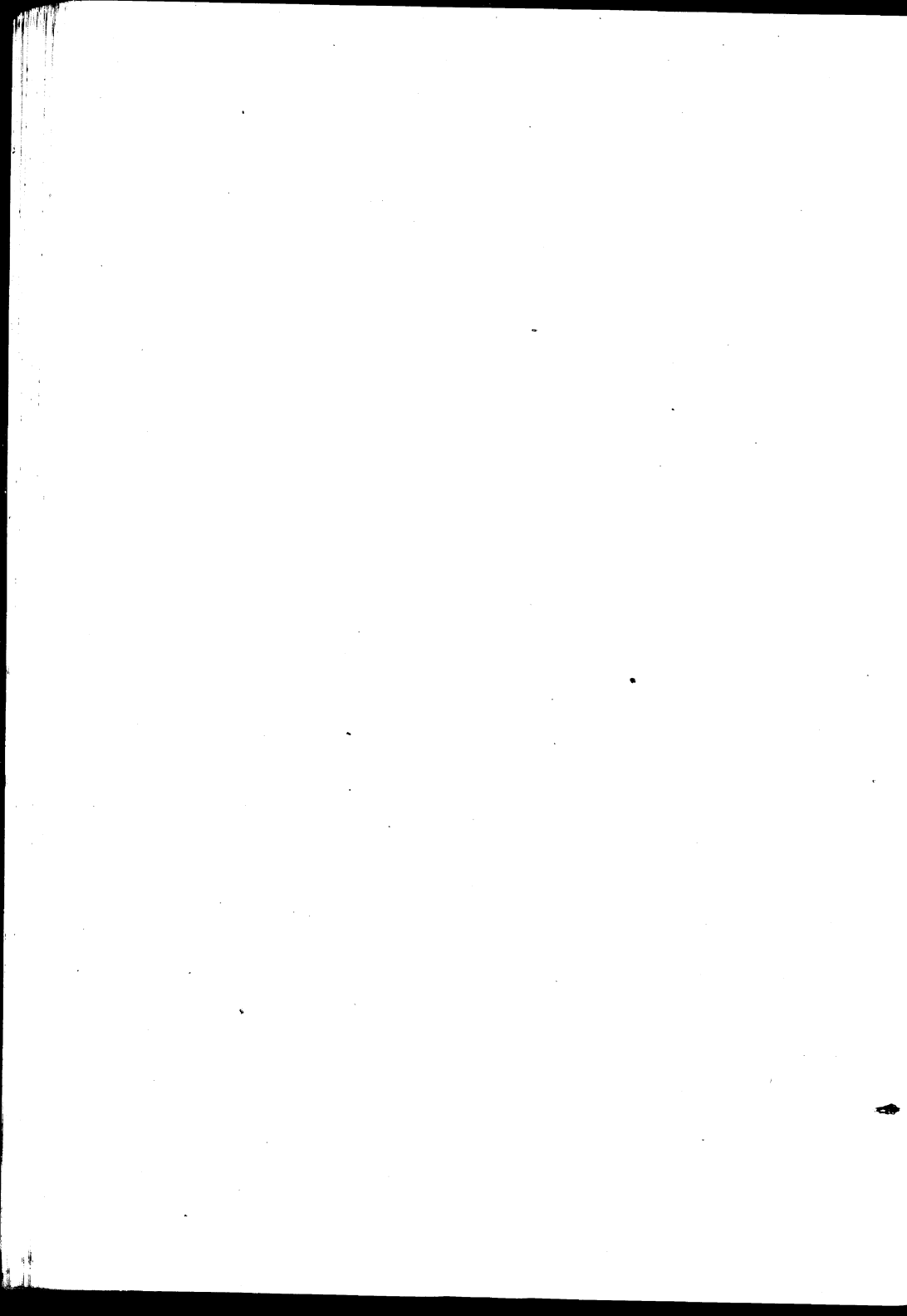
Describiremos este procedimiento con las modificaciones introducidas por Petit, descritas por Lefranc.

Consiste en una resección conoide intracervical completa, penetrando hasta el orificio interno del cuello y atacando en espesor, tres o cuatro milímetros de tejidos con el fin de extirpar los fondo de saco glandulares. La bujía de Hegar y las pinzas que usaba Puey, son reemplazadas por Petit, por una pinza porta mandrín, que reúne los citados instrumentos en un solo mango. Usa también un bisturí, cuya superficie cortante puede ser limitada a voluntad por una corredera.

Se opera con anestesia general o local; hecho un raspado de la mucosa uterina, se unta ésta con glicerina creosotada al 10 por ciento. Se toma el cuello con la pinza de Petit y con su bisturí, se hace una incisión circular a tres o cuatro milímetros de la bugía de Hegar (poco menos de la mitad del espesor del cuello), y hasta la profundidad suficiente. El cono muscular y mucoso, queda unido al cuello por la base; con el bisturí se le corta a la profundidad deseada. La opera-

ción puede terminar de dos maneras: uniendo la mucosa interna y vaginal del cuello por una sutura circular hechã con una aguja de gran curvatura. Un tubo de caucho endurecido de Championnere o una gasa iodoformada se introduce en el conducto. Segundo, se suprime la sutura y se coloca una gasa impregnada en glicerina creosotada al 1 por 5, apretada en el conducto cervical. Un taponamiento vaginal, detiene la pequeña hemorragia. Cada 48 horas se cambia la gasa, empapando las gasas que se cambian después en ácido pícrico, previo un lavaje alcalino. El cuello se mantendrá abierto durante 20 días, debiéndose continuar los lavajes alcalinos. En los casos subagudos la sutura quẽ se hiciera fracasaria, porque el hilo escaparía de los tejidos friables.

CÁUSTICO DE FILHOS



Historia

Los cáusticos empleados en el tratamiento de la cervicitis, antes del año 1842, época en la que Filhos hizo sus experiencias, dejaban mucho que desear: unos por las dificultades que presentaba su aplicación y otros por los pésimos resultados que se obtenían. La potasa cáustica, estaba entre los primeros, siendo sus propiedades cáusticas y óptimos efectos posteriores, conocidos por muchos prácticos.

Dupuytren y Amussat que de ella hacían uso frecuente, tropezaban con dichos inconvenientes y buscaban la forma de subsanarlos. Con este fin, Amussat, se dirigió a Filhos pidiéndole su cooperación. Oigamos la relación que con tal objeto, hace el mismo Filhos de sus experiencias:

Justamente impresionados por el mal efecto de las cauterizaciones frecuentemente repetidas e ilustrados sobre este punto por una clientela nu-

merosa, Amussat y Dupuytren, buscaron en la potasa un cáustico más activo. Para hacer su empleo cómodo y fácil, se propusieron hacer cilindros de diferente grosor y de 5 a 6 ctms. de largo, que llevaban sobre el cuello de la matriz por medio de un porta lápiz o de un tubo de vidrio. La potasa así aplicada sobre el punto enfermo reducía a escaras todos los tejidos enfermos y no había necesidad, más que de un pequeño número de cauterizaciones para obtener curaciones perfectas. Las ventajas de la potasa eran incontestables y este cáustico hubiera llenado completamente el fin deseado, si su aplicación no hubiera ido frecuentemente acompañada de una circunstancia tan grave capaz de hacer desechar su empleo. Me refiero a la pronta licuefacción de este álcalis que podía fundirse detrás del espéculum y producir sobre la cara posterior de la vagina escaras profundas, capaces de perforar este conducto.

Las inyecciones repetidas, no eran suficientes para evitar accidentes. Amussat, tuvo la idea de guarnecer de una pequeña esponja la estremidad anterior de la valva inferior del espéculum que él pasaba enseguida fuertemente detrás del cuello de la matriz para retener así la potasa fundida. Se contentaba, a veces, con introducir sobre la parte que terminaba de cauterizar un polvo ab-

sorvente como la fécula de arroz, o bien una pequeña tira de venda que dejaba durante horas. A pesar de todas estas precauciones, solo a duras penas lograba impedir que la potasa se colase sobre las partes sanas.

En este estado de cosas, M. Amussat me encargó buscara yo también, los medios de salvar los inconvenientes consecutivos a la licuefacción de la potasa. Tuve la idea de mezclar este cáustico con diferentes cuerpos con el fin de encontrar uno que la retuviera fuertemente hasta impedirle fundirse. Busqué a M. Gallof, Farmacéutico de París, rogándole me ayudara en estas investigaciones. Le propuse mezclar sucesivamente la potasa con la cal y la soda y de forzarnos por obtener cilindros de 5 a 6 centímetros.

Comenzamos por la mezcla que debía ofrecer más dificultades, mezclamos en una cacerola de plata, dos partes de potasa y una de cal, y colocamos enseguida sobre un brasero encendido. A un cierto grado de calor los dos cuerpos se mezclaron íntimamente hasta formar una masa semi-líquida que colamos, o mejor, que prensamos en tubos de vidrio que en parte se quebraron. Esta operación nos dió solamente pedazos de cilindros.

Buscamos también unir la potasa a la soda y la soda a la cal, pero no obtuvimos mejores resulta-

dos. M. Gallot, me propuso entonces mezclar el nitrato de potasa a la potasa esperando por esta mezcla hacer más fácil la formación de cilindros. La experiencia fué hecha y resultó bien. Coloqué en un plato al contacto del aire, una bolita de potasa, otra de potasa de nitro, otra de potasa y de cal y otra de soda y de cal. La primera porción compuesta de potasa no tardó en fundirse completamente sin residuo. La segunda fundió también y se convirtió en agua y un depósito de nitro. La tercera, después de 24 horas conservaba su misma forma; el lugar que ocupaba no estaba humedecido; había perdido su consistencia y tenía la de una papilla. La cuarta porción, presentaba el mismo carácter que la precedente, con esta diferencia, que había dejado escapar una gota de agua. Apliqué enseguida estos diferentes compuestos cáusticos sobre el dorso y el muslo de un conejo. Con el de potasa y de cal hubo apenas necesidad de un minuto para producir una escara y establecer así un cauterio. Era suficiente prolongar la aplicación del cilindro para obtener escaras más profundas y más anchas. Si en lugar de dejar el cáustico inmóvil, lo movía constantemente, llegaba a disolver la escara a medida que se formaba y hacer así agujeros más o menos profundos. Los otros dos compuestos cáusticos empleados a su turno, no difirieron del prece-

dente más que por un grado menor de fuerza. Por otra parte el que contenía el nitro, se licuaba más fácilmente, y el que estaba formado de una mezcla de soda y de cal no tenía la propiedad de disolver la escara que había hecho sobre la piel de un cadáver, la potasa cáustica fundía muy fácilmente sin alterarlo; el cilindro de potasa y de cal lo destruían al contrario, muy profundamente.

Estas diferentes investigaciones comparativas que yo comuniqué a M. Amussat, me condujeron a este resultado: que el cilindro de potasa y de cal era el más activo de los cáusticos que yo acababa de estudiar y que en lugar de conservar como el que contenía el nitro una parte de la delicuescencia de la potasa, sea al contacto del aire, sea al contacto de los tejidos vivos, él formaba por el contrario una especie de pasta que hacía su uso mucho más seguro.

El estudio teórico de las propiedades de la cal y del nitrato de potasa había podido a priori, conducirme al problema práctico que yo terminaba de resolver. La cal en efecto, siendo una substancia cáustica, unida a la potasa, debía necesariamente producir una mezcla más activa que la unión de este último cuerpo con la sal de nitro que no posee ninguna virtud cáustica. Pero nosotros encontramos la explicación de las diferen-

cias observadas sobre los dos cilindros, en la diferencia misma de estos dos cuerpos con respecto al agua.

El nitrato de potasa es inalterable al aire; él no absorbe la humedad y es suficiente 4 a 5 partes de agua para fundirse y una y media de agua hirviendo. La cal por el contrario, expuesta al contacto del aire, atrae la humedad y el ácido carbónico, se reduce a polvo y pasa al estado de sub-carbonato; ella necesita cien partes de agua para fundirse.

Resulta de estas diferentes propiedades del nitrato y de la cal, que en el empleo del cilindro de potasa y de cal, esta última sustancia por su gran fuerza de absorción y su gran capacidad para el agua, retiene entre sus moléculas, con los fluidos orgánicos la potasa misma que se licua, impide su difusión, concentrando así su acción en el punto donde el cilindro ha sido aplicado. La teoría y la experiencia vienen en apoyo de la superioridad de la mezcla de potasa y de cal sobre la de potasa y de nitrato de potasa; no quedaba más que encontrar el medio de obtener cilindros enteros. Me dirigí nuevamente con este fin a M. Gallot quien, por su parte, se había ocupado en fabricar un molde expresamente. Mezclamos de nuevo, dos partes de potasa y una de cal en un gran cucharón de hierro que colocamos

enseguida sobre un fuego muy vivo. La fusión de la potasa no tardó en tener lugar; la de la cal fué un poco más tardía. Después de haber obtenido estas dos sustancias al estado líquido y de haberlas así combinado, procedimos a llevar el calor hasta la ebullición. Colamos enseguida la mezcla en un tubo que habíamos tenido la precaución de calentar para facilitar nuestra experiencia y conseguimos así hacer cilindros como lo deseábamos. Estos cilindros cáusticos tenían por carácter ser duros, de absorber prontamente la humedad del aire y de recubrirse de un hidrato de cal mezclado con potasa. Para preservarlo de toda alteración y conservarlo largo tiempo, los hago recubrir de una lámina de plomo, o mejor a ej. de M. Dumeril, al igual de los cilindros de plata, de una capa delgada de lacre y los coloco en tubos de vidrio bien cerrados.

Al llegar a solidificar y a reducir estos cilindros la mezcla de potasa y de cal conocida generalmente bajo el nombre de cáustico de Viena, he encontrado así el cáustico más cómodo el más activo y más seguro que puede ser empleado en el tratamiento de las enfermedades del cuello del útero, el que en muchos casos podría decir siempre puede ventajosamente reemplazar a los demás. Los efectos cáusticos se encuentran subordinados a la duración de la aplicación. El ciruja-

no puede graduar a voluntad y obtener así todos los grados de cauterización de que él tiene necesidad desde el más débil hasta el más fuerte. El cilindro cáustico será suficiente entonces, ya se quiera reducir los bordes o toda la superficie de una úlcera de naturaleza maligna y aún destruir completamente el cuello del útero atacado de cualquier degeneración. Su acción por otra parte, será más rápida si los tejidos sobre los cuales se aplica son más blandos o esponjosos. En cuanto a las escaras ellas serán según la voluntad del cirujano, más o menos anchas, más o menos espesas; ellas se agrandan un poco más después de la cesación del empleo del cilindro, por la acción de un poco de cáustico con que están embebidas; podrán todavía cauterizar ligeramente las partes contiguas si no se tiene la precaución de separarla con un pequeño trapo.»

El cáustico así preparado lo usó Amussat, después fué olvidado por casi todos. M. Francisco Siredey, lo usaba ya en 1879 en su clínica de Lariboisiere. Richelot, padre, recibió de Amussat su procedimiento publicando en 1884 sus observaciones que no fueron tenidas en cuenta. Dice Richelot, h.: el momento en verdad, no fué bien elegido; la ginecología operatoria tomaba vuelo, estamos seducidos, arrastrados; el Filhos quedó en sus tubos de plomo. Después la experiencia.

trajo las dificultades de la práctica; hemos visto las operaciones mal hechas por centenares; en suma las enfermas son tratadas brutalmente o dejadas con sus miserias toda vez que una cirugía muy sabia y cultivada no interviene.

En Abril de 1893 a pedido del Profesor Jacoud, Richelot, examinó una mujer atacada de cervicitis crónica, quien por una antigua afección cardíaca no podía ser cloroformada ni operada. ¿Qué hacer? dice Richelot, fué entonces que el recuerdo del Filhos atravesó mi espíritu. Y practicó 8 cauterizaciones con las que obtuvo la curación completa de la enferma. Desde entonces el Profesor Richelot usa este cáustico, obteniendo siempre excelentes resultados, como lo ha hecho notar en varias comunicaciones presentadas a la Sociedad de Ginecología de Paris.

En nuestros días, dice Macron, por lo que conocemos, vemos emplearlo al Prof. Richelot diariamente y en gran escala en Saint Louis; nuestros excelentes maestros M. Charles Monod y M. Armand Siredey hacen grande uso en sus Servicios en Saint-Antoine. Otros también, que no conocemos y cuya lista sería larga de enumerar se sirven de él con ventajas. El Prof. Richelot podría citarnos un gran número que de París o de Provincias le escriben felicitándose del empleo del Filhos.»

El Prof. Piccardo, cuya competencia es conocida, se muestra un partidario entusiasta del cáustico de Filhos. En sus lecciones prácticas dadas en su Servicio del Alvear, nos ha mostrado los felices resultados que con dicho método se puede obtener en el tratamiento de la cervicitis crónica. Allí hemos tenido la suerte de tratar personalmente a muchas enfermas bajo su amable e inteligente dirección. Nos ha referido que desde hace muchos años viene empleando con el mismo excelente resultado el cáustico de Filhos, tanto en las enfermas de hospital como en las que acuden a su consultorio, después de haber sido tratadas por distintos procedimientos médicos sin resultado.

Composición y acción

El cáustico de Filhos, como hemos visto en el capítulo historia, se compone de dos partes de potasa cáustica y una de cal en polvo, fundidas y solidificadas en moldes especiales. En cuanto a los detalles de su preparación, enviamos al lector al citado capítulo historia, donde el mismo Filhos hace su descripción. Pollacci, autor leído por nuestros estudiantes de Farmacia, da la proporción siguiente: cuatro partes de potasa y una de cal, agregando que según los usos se altera esta proporción. Dice que Broca lo usaba compuesto de ocho partes de potasa y una de cal. Dada la prolija experimentación de Filhos, creemos que en la enfermedad que nos ocupa no debe alterarse la proporción por él señalada.

Con el objeto de conocer la composición del cáustico que usábamos en el Servicio del doctor Piccardo, me dirigí a la Farmacia del Dr. Nelson,

donde lo vendían y allí me dijeron que lo importaban de París. Visité otras farmacias y en todas me dieron una repuesta parecida. Según entendí lo importaban para evitarse trabajo.

En cuanto a su manera de obrar, lo hace por las propiedades cáusticas de la potasa, aumentadas por las de la cal, que licua los tejidos y forma una escara blanda semejante a la que hace el polo negativo. La cal agregada, desempeña el triple papel de: aumentar como hemos dicho, su poder cáustico, dar solidez al cilindro, y por su poder absorbente impedir que la potasa mezclada a los tejidos licuados produzca efectos, fuera del lugar tocado con el cáustico por el operador.

Si recordamos que los cáusticos ácidos, cuyo tipo es el nitrato de plata, obran coagulando las albúminas y formando una escara dura y superficial parecida a la que da el polo positivo, notaremos las diferencias fundamentales que existen entre éstos y el Filhos.

Los resultados son también distintos y así vemos que los cáusticos ácidos dejan una cicatriz tan retráctil que trae la atresia del cuello, mientras que el uso del cáustico de Filhos no la produce. Cualquiera que sea la forma como él obre, lo importante es el hecho experimental anotado.

Modo de aplicarlo

Describiremos brevemente cómo lo hacíamos en el Servicio de Ginecología del Profesor Picardo, Sala XXVI del Hospital Alvear.

Los viernes, eran los días señalados para las curaciones con el cáustico de Filhos. Las mujeres que concurrían, por sus ocupaciones en las fábricas o en sus casas, no podían ser hospitalizadas. La mayoría, padeciendo una cervicitis crónica, se presentaban por síntomas agudos que habiéndoseles agregado las alarmaba. El reposo acompañado de lavajes antisépticos calientes o una simple cocción de hojas de malva empleada en irrigaciones vaginales, los hacía desaparecer y la mujer era tratada luego por el cáustico. Se procedía así: Puesta la mujer en posición ginecológica en lugar bien iluminado, se efectuaba un lavaje intra-vaginal con una solución antiséptica, con el fin de limpiar el cuello y la vagina.

Con la ayuda de un espéculum bivalvo se hace visible el cuello, poniéndolo de manera que este quede entre las dos valvas. Quitado el moco que hubiera podido quedar sobre el cuello, falta solo aplicar el Filhos.

El cáustico que se usaba en el citado Servicio, tenía el grosor de uno de esos lápices llamados de tinta, de cinco a seis centímetros de largo y eran guardados en un frasco de tapón esmerilado para evitar la humedad.

Tomado el lápiz cáustico con una pinza, se le envolvía con una gasa, dejando afuera la extensión suficiente y por medio de una larga pinza era llevado sobre el cuello que teníamos a la vista. Se aplicaba primero sobre las partes más salientes y luego sobre toda la superficie enferma, hasta que la escara oscura que se formaba, adquiría el espesor suficiente; animando al lápiz de pequeños movimientos sobre la superficie a cauterizar. Al terminar es mejor introducir el cáustico en el conducto cervical profundamente, destruyendo así los tejidos enfermos que hubiere.

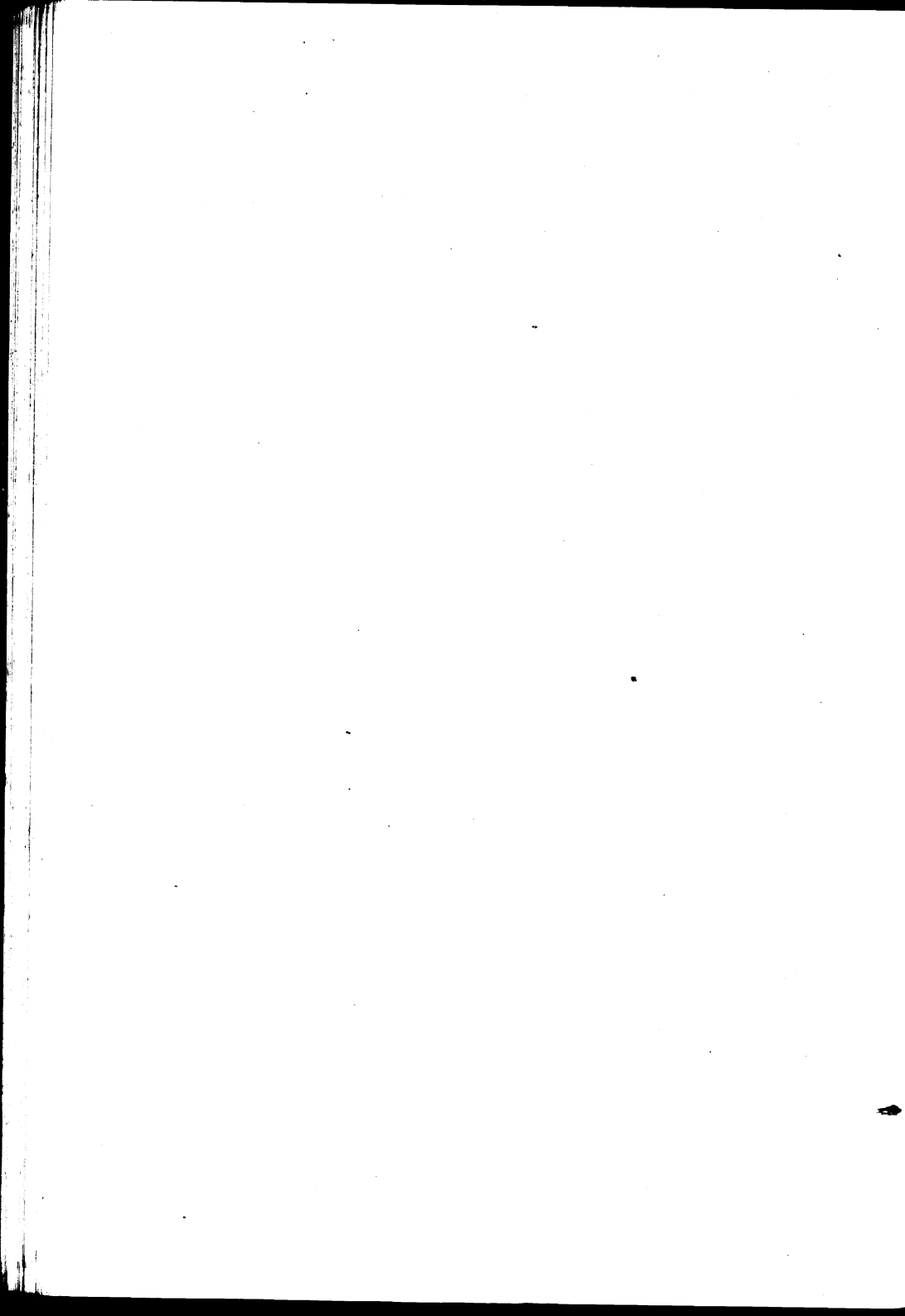
La duración de esta pequeña operación, es mejor no evaluarla por minutos, sino por los efectos que el cáustico, vigilado por la vista, produce en los tejidos.

Hecho esto se introducía profundamente en el

conducto vaginal, un algodón mojado en glicerina ictiolada al diez por ciento, para ser retirado al día siguiente. La enferma recibía el encargo de hacerse una irrigación vaginal caliente, una vez sacado el tapón y los días sucesivos otra a cuarenta y cinco grados de una solución de cincuenta centigramos por mil de permanganato de potasa. El viernos siguiente, es decir, siete días después de la anterior se hacía una nueva cauterización y así sucesivamente hasta que fuere necesario.

La escara caía siempre antes del séptimo día de formada; salvo raras excepciones, nunca se le encontraba al efectuar una nueva cauterización.

La duración del tratamiento es variable, dependiendo de la naturaleza y antigüedad de la infección así como del terreno en que se ha efectuado. El Dr. Picardo considera, como término medio, de dos a tres meses de un tratamiento hecho en la forma antes indicada.



Resultado

Los efectos satisfactorios comienzan a notarse después de las primeras cauterizaciones, sobre el cuello del útero y sobre los síntomas generales. En efecto, la observación nos muestra que después de la caída de la primera escara, se presenta en el sitio ocupado por esta, una superficie rosada con puntos rojos que sangran fácilmente, con bordes gruesos, rodeados de una amplia zona congestionada; los pequeños quistes y huevos de Naboth, han desaparecido y las glándulas segregan fácilmente. La lesión producida por el cáustico hace que algunas enfermas pusilánimes, sientan molestias después de esta primer aplicación. A cada nueva cauterización notaremos los progresos del cuello en camino de su completa regeneración. Ahora bien, si después de unos días de terminado el tratamiento lo examinamos, lo encontraremos rejuvenecido, con su forma y as-

pecto primitivo y lo que es más importante el agujero y el conducto cervical, son siempre permeables al cateter. Este dato ha sido confirmado por todos los que han usado el cáustico de Filhos y son tan pocas las excepciones, que comparadas con sus óptimos resultados a diario obtenidos, no pueden disminuir el valor de este tratamiento.

La leucorrea, tan molesta como pertinaz, va paulatinamente desapareciendo para hacerlo del todo, después de las primeras cuatro o cinco cauterizaciones. El cortejo de síntomas, muchos de ellos lejanos, que hemos descripto formando parte del síndrome uterino de Pozzi, siguen generalmente el camino de los anteriores y esto hace que la mujer se sienta completamente sana.

Conclusiones

El cáustico de Filhos, es el mejor de los tratamientos médicos de las cervicitis crónicas, por que es el único capaz de curarlas. Solamente él y de los tratamientos quirúrgicos, un buen Schroeder o Puey, pueden destruyendo o quitando radicalmente los tejidos enfermos, dar felices resultados. El cáustico de Filhos tiene sobre los métodos citados, la enorme ventaja que presenta la sencillez de su técnica, que hace accesible su empleo a todo práctico, quien, como dice Richelot, sepa manejar un especulum y tener los anillos de una pinza. En cambio las intervenciones quirúrgicas, presentan dificultades: no creo exagerar en nada, dice el Dr. Pozzi, diciendo que es menester más habilidad y perseverante asepsia para efectuar una amputación inmediata del cuello, que para hacer una ovariectomía ordinaria. Ahora bien cuantos prácticos se creerían capaces para la pri-

mera, sin atreverse a abordar la segunda! De todas las técnicas de restauración uterina, es la de Schroeder la más difícil, la que se presta menos a una exacta coaptación, como a una reunión primitiva perfecta. Ella exige una práctica que no se podría exigir a la mayor parte de los prácticos. De esta opinión participa el Dr. Picardo, quien cree imposible operar con la asepsia requerida sobre tejidos profundamente infectados. En la misma forma se expresan muchos autores cuyas palabras no hay para que citar.

Hemos hablado de la técnica, veamos sus resultados: Los resultados obtenidos por el método de Schroeder son buenos cuando se cumplen los requisitos señalados por Pozzi. Pero, cuando no se sigue dicha técnica, sus resultados son pésimos, como lo han comprobado distinguidos parteros, entre los que citaremos al Pr. Pinard a M. Audebert, Champetier de Ribes, Porak, Lepage, etc.; quienes han observado abortos, partos prematuros y distosias en mujeres operadas por dicho método. La Sociedad de Ginecología Obstetricia y Pediatría, de París, llegó a la conclusión siguiente: La resección del cuello, cualquiera que sea el procedimiento empleado, no debe ser practicada sino bajo severas indicaciones y por manos muy seguras.

Se han citado poquísimos casos en que el tra-

tamiento por el Filhos, ha traído la atresia del cuello, pero si comparamos el número de estas excepciones, con el de curaciones felices, vemos que el método no pierde nada de su valor. El cáustico de Filhos regenera el cuello, devolviéndole su forma y funcionalidad primitiva, asegura la concepción y si el parto se efectúa un tiempo racional después del tratamiento, la dilatación del cuello es normal.

Ahora bien, existen casos en los que solo se puede recurrir al Filhos: En mujeres pusilánimes que por nada quieren oír hablar de operación; en las que por razones muy atendibles como la de tener que cuidar a los suyos o concurrir a sus empleos, no pueden guardar cama por 20 o más días, como tendrían que hacerlo después de una resección; las que padeciendo enfermedades de otros órganos, sería temerario cloroformarlas o someterlas a los dolores y emociones de una intervención. En todos estos casos, repito, el Filhos se impone por ser indoloro y poco aparatosa su aplicación, permitir a las mujeres curarse sin dejar su vida habitual, y por no tener para su empleo que usar anestesia ni nada que pueda poner en peligro su existencia.

En el Servicio del Pr. Piccardo, donde hemos visto y tratado muchas cervicitis crónicas, bajo la

dirección amable del distinguido ginecólogo citado, se han obtenido curaciones completas con el uso del cáustico de Filhos, en la forma indicada en los capítulos anteriores. •

JOSÉ PEDRO LOPEZ.

Bibliografía

L. G. Richelot. — Chirurgie de l'uterus, Paris 1902.

J. A. Doleris. — Metrite et fausses metrites, 1912.

Richelot (padre). — Traitements des engorgements du col uterin par le caustique de Filhos, 1884.

S. Pozzi, F. Jayle, P. G. Spinelli. — Trattato de Ginecologia, 1909.

M. Moulu. — De quelques points speciaux du traitemant medical des metrites, these, Paris, 1908.

L. Testut, O. Jacob. — Traite d'Anatomie Topographique, 1909.

Labadie-lagrange et Legueu. — Traité medico-chirurgical de Gynecologie.

M. Macron. — Contribution a l'etude du caustique de Filhos, dans les cervicitis croniques inveterées, these, Paris, 1903.

A. Lalanne. — Las metritis, tesis, Bs. Aires, 1912.

J. Lefranc. — De la resection du col uterin dans lse cervicitis croniques par le procede de Puey, these, Paris, 1906.

R. Grossmann. — Contribution a l'etude de la methode de Bier, dans le traitement des metrites cervicales, these, Paris, 1908.

Rizkallah. — Trat. méd. quir. de la endometritis, Revue de Gynecologie, 1900.

Chaleix-Vivie y Kohler. — Trat. de las metritis por el azul de metileno, Revue de Gynecologie, 1900.

Richelot. — Trat. de la metritis cervical, Revue de Gynecologie, 1904.

A. Siredey. — Bull. Soc. Med. Hop., 1899.

A. Siredey, J. L. Faure. — Traité de Gynecologie medico-chirurgicale.

Le Dentu-Delbet. — Traité de Chirurgie, tomo décimo.

Eric F. Young. — Tuber. primitiva del cuello del útero. Revue de Gynecologie, tomo tercero.

G. Manfredi. — Tratamiento de las metritis por los lavajes intra-uterinos sin dilatación previa, tesis, Paris, 1898.

Pollacci. — Corso de Chimica medico-farmaceutica.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, tomo octavo.

Delbet. — Ann. de Gynec. et d'Obstetrique, 1899.

Dumontpallier. — Gazette des hopitaux, 1889. Semana Médica Argentina.

Buenos Aires, Octubre 4 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor titular Dr. Lucio Durañona y al profesor suplente Dr. Carlos R. Cirio, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Octubre 19 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3199 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico de las metritis crónicas del cuello.

José F. Molinari.

II

Formas clínicas de las metritis.

Lucio Durañona.

III

El ginecólogo, en presencia de una cervicitis crónica, debe siempre aplicar el Filhos antes de prescribir su tratamiento quirúrgico.

Carlos R. Cirio.



