



Año 1917

N. 3232

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

La gonococcia en la mujer

Y EL

HAPTINÓGENO GONO

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS MARIA GANDULLA

Ex practicante del Instituto Jenner

Ex practicante menor externo del Hospital Ramos Mejia

Ex practicante mayor del Hospital Argerich

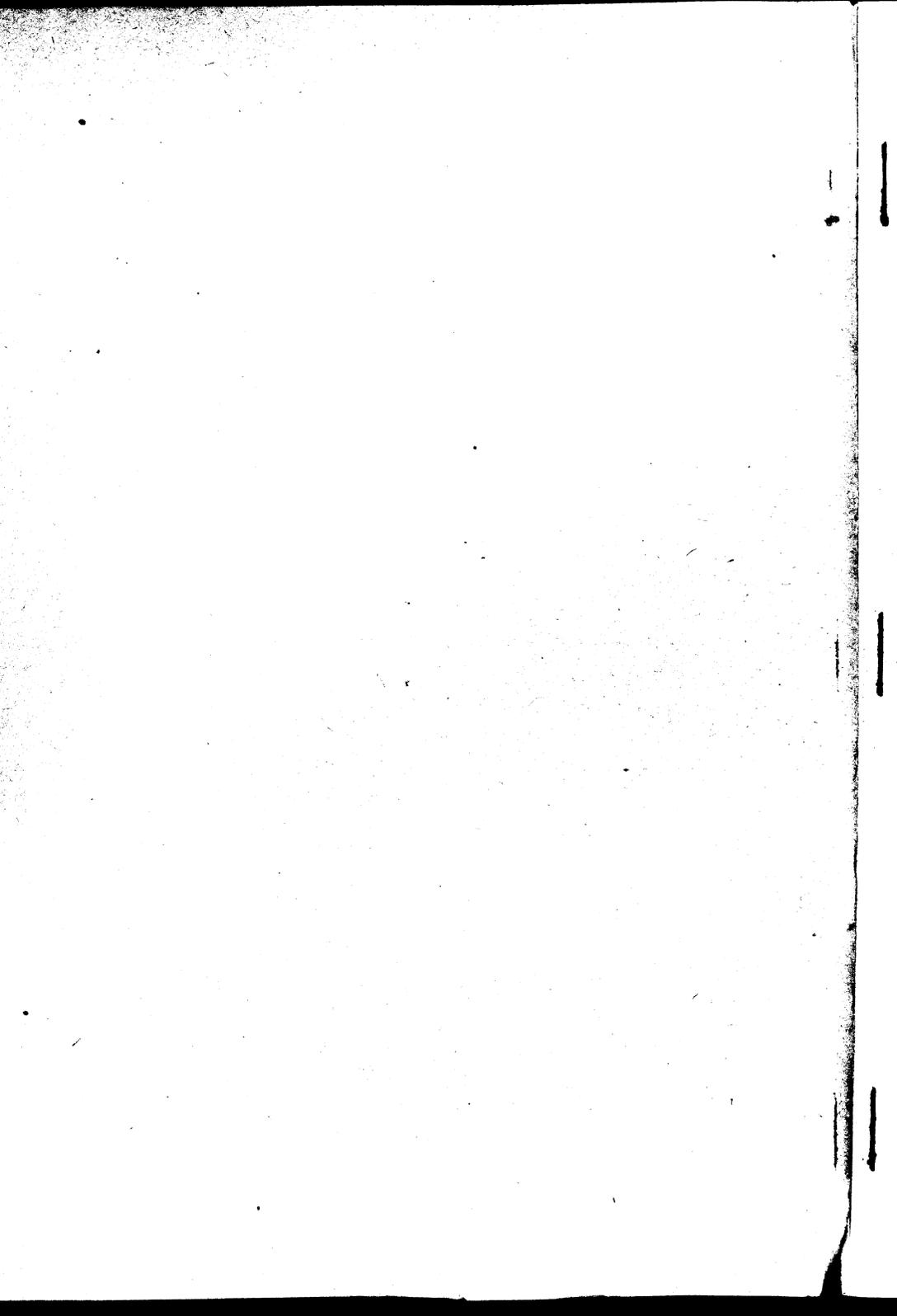
Ex practicante externo - menor interno y mayor del Hospital Pirovano



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1917

Min. B. 90.6



La gonococcia en la mujer y el haptinógeno gono

Año 1917

N. 3232

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

La gonococcia en la mujer

Y EL

HAPTINÓGENO GONO

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS MARIA GANDULLA

Ex practicante del Instituto Jenner

Ex practicante menor externo del Hospital Ramos Mejia

EX practicante mayor del Hospital Argerich

Ex practicante externo - menor interno y mayor del Hospital Pirovano



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI CORRIENTES 3151
1917

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 DECOURD
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

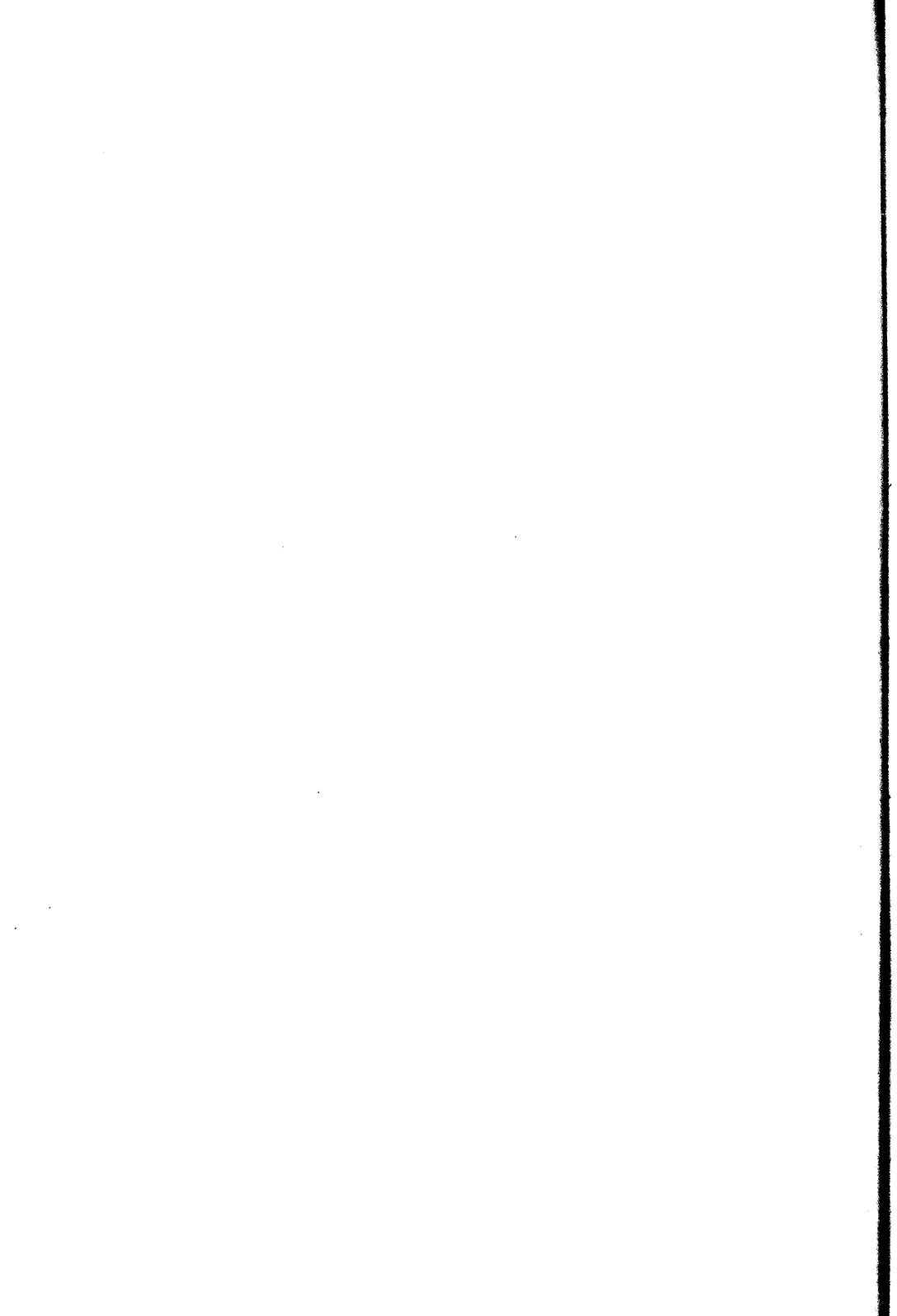
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

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. » » 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. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » 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

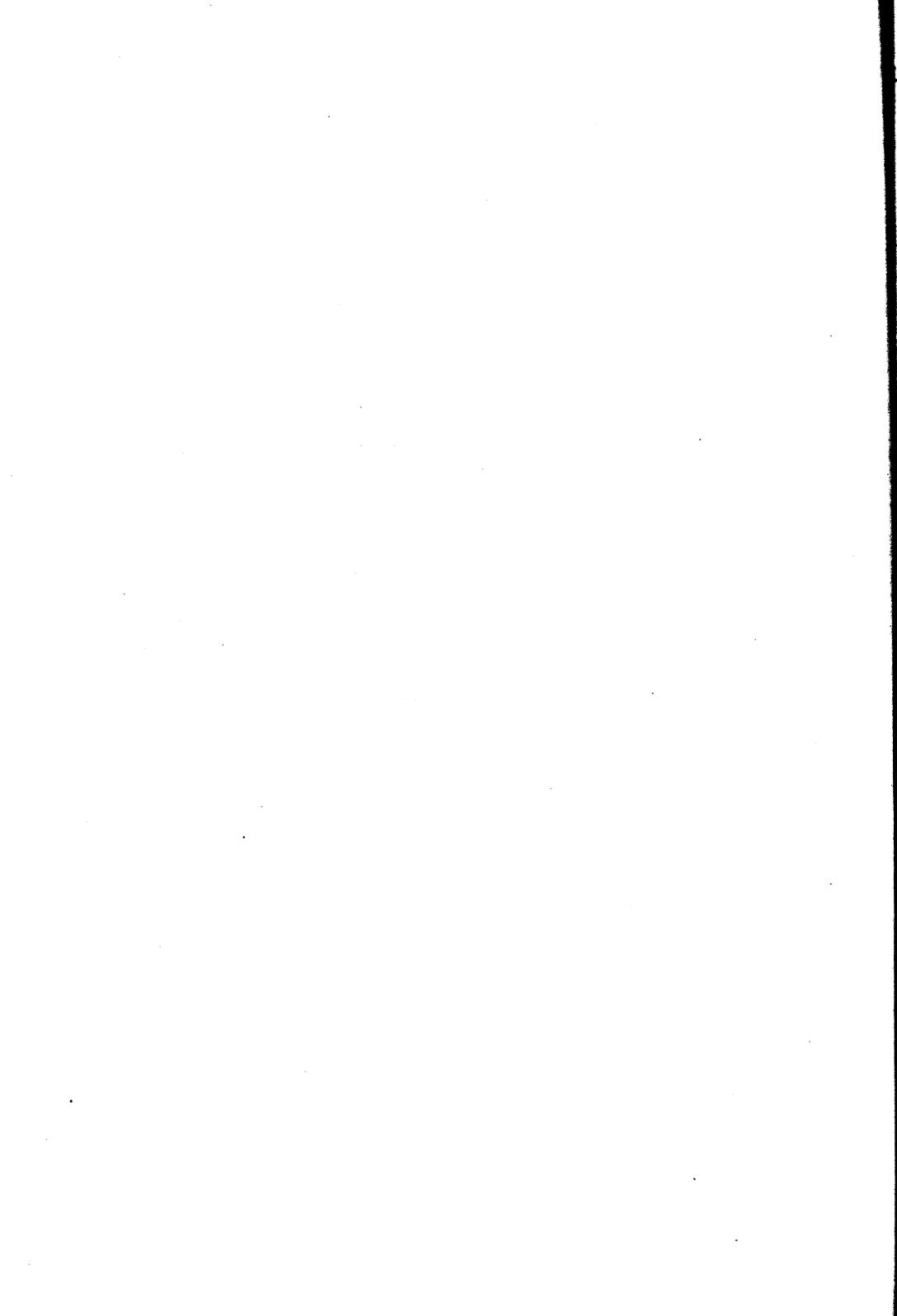
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

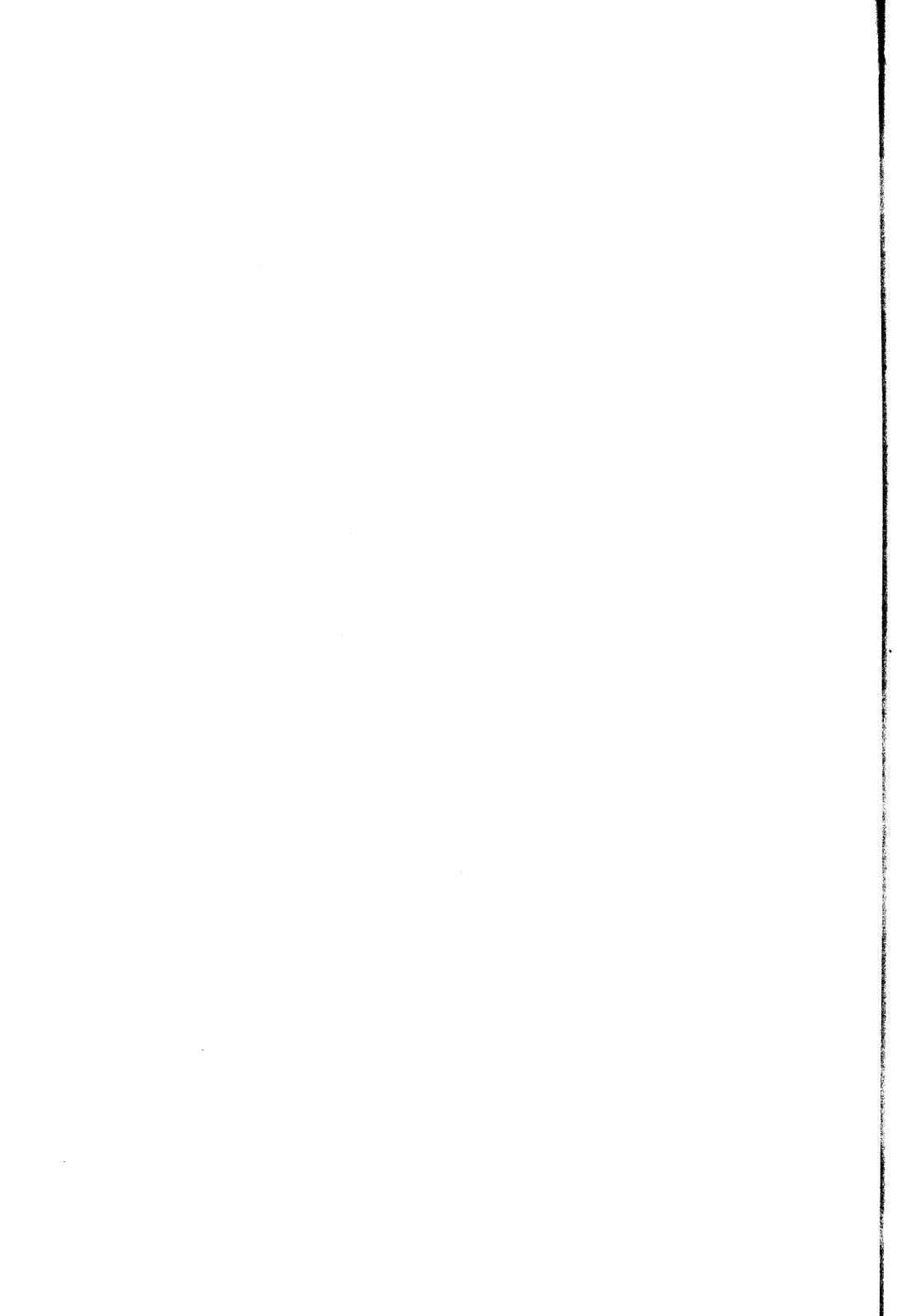
» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

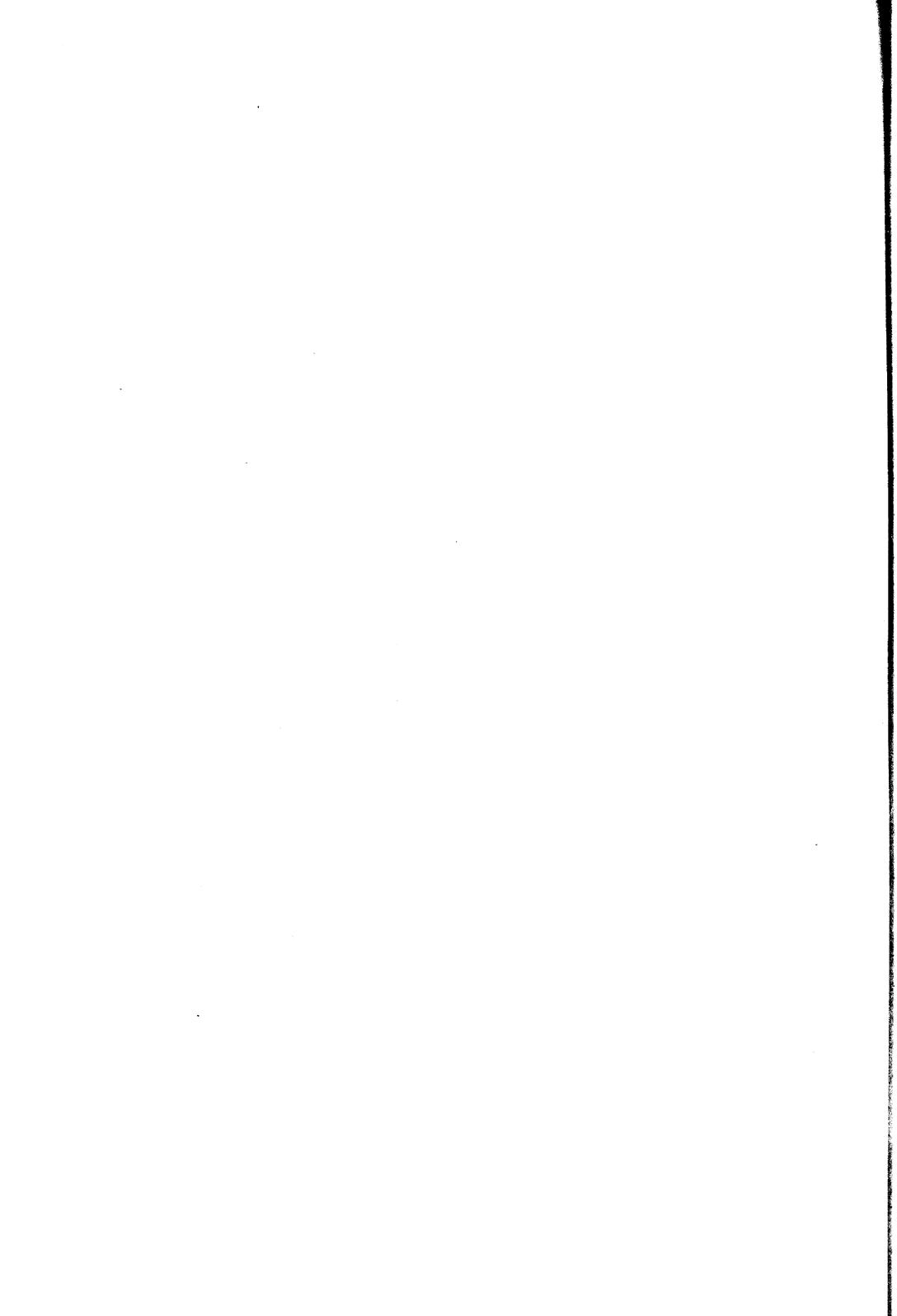
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica .	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicio 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-uritarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	(vacante)
	» 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 ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Obstétrica.....	» ANGEL M. CENTENO
» Pediátrica	» DOMINGO S. CAVIA
Medicina Legal.....	» ENRIQUE BAZTERRICA
Clínica Ginecológica.....	



ESCUELA DE MEDICINA

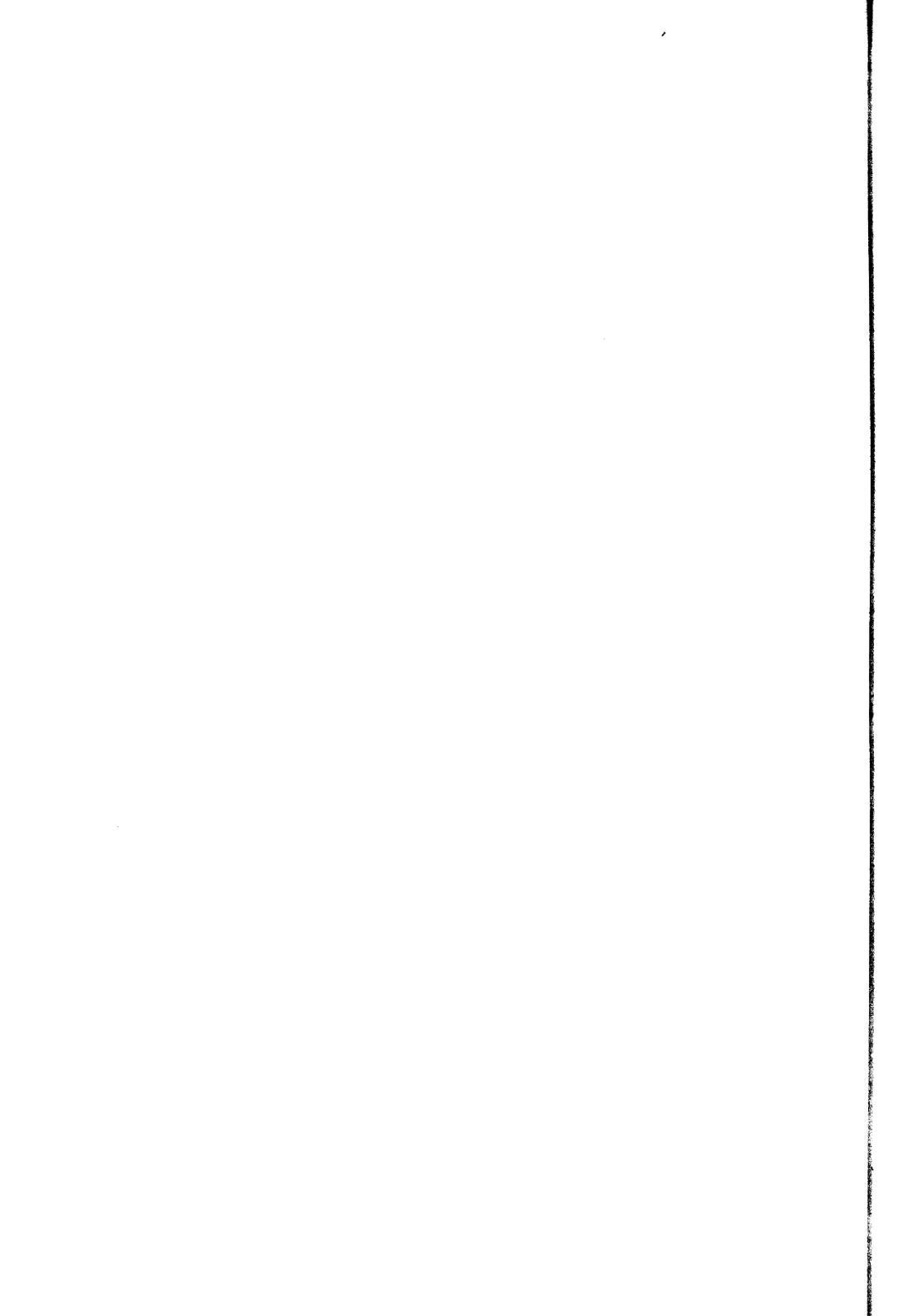
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología éMédica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» ALOIS BACHMANN
	» 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
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» 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.....	» GUILHERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	» BERNARDO HOUSSEY
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.....	» JOSÉ MORENO
» oto-rino-laringológica.....	» ENRIQUE PINOCCHIETTO
Patología interna.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica quirúrgica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» Neurológica.....	» CASTELFORT LEGONES
» Médica.....	» NICOLAS V. GRICO
» pediátrica.....	» PEDRO L. BALBA
» ginecológica.....	» JOAQUIN NIX POSADAS
» obstétrica.....	» FERNANDO R. TORRES
Medicina legal.....	» FRANCISCO DESTEFANO
	» ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» ADOLFO NOCETTI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUI
	» LEONIDAS JORGE FACTO
	» PABLO M. BARIARO
	» EDUARDO MARIÑO
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHETRI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» VICENTE DIMITRI
	» ROMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITON
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCEDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS XAVARIO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS E. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTAIO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONCÉ
	» JUAN R. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUES
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOAQUÍN V. GRECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÀ



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

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

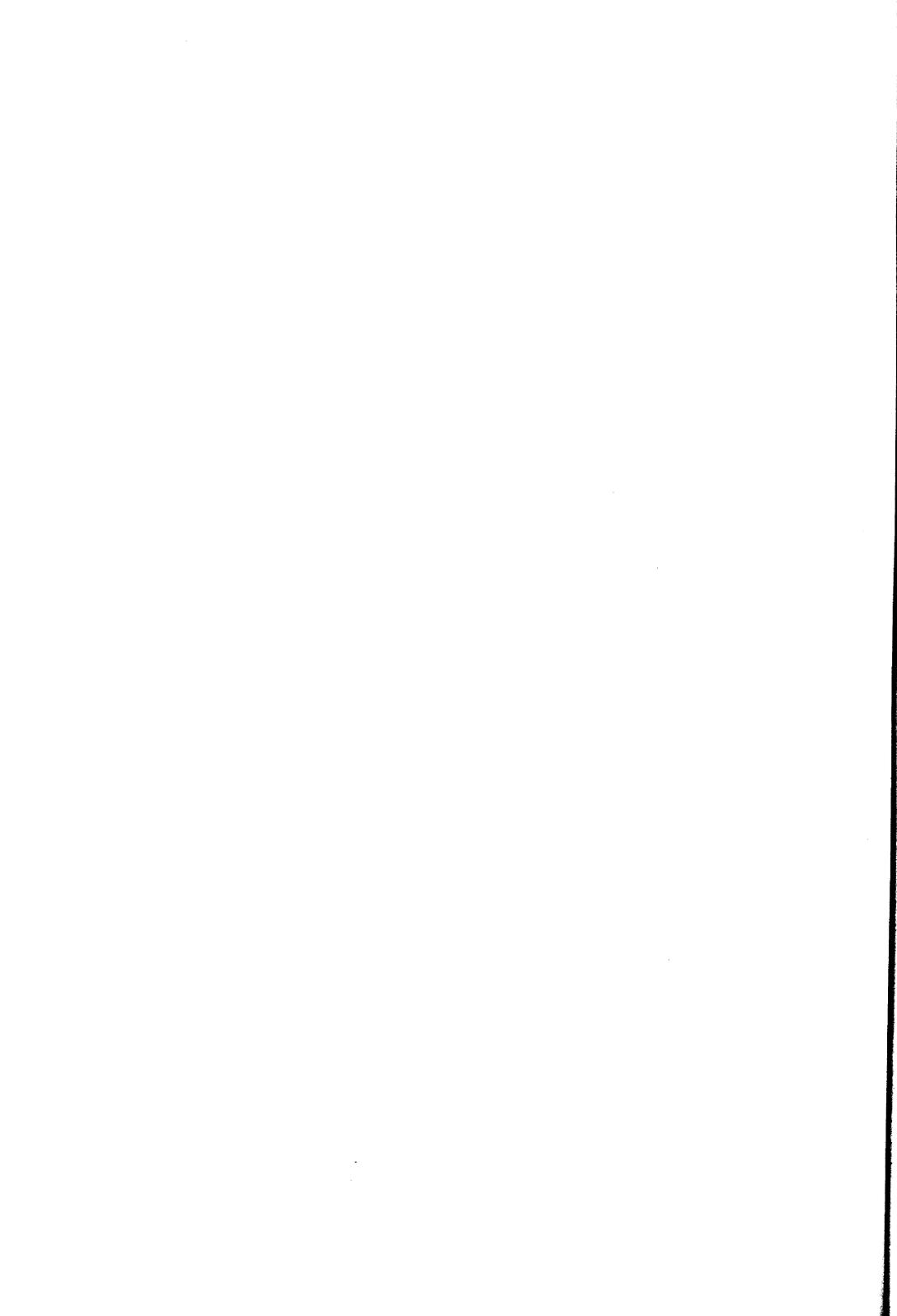
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

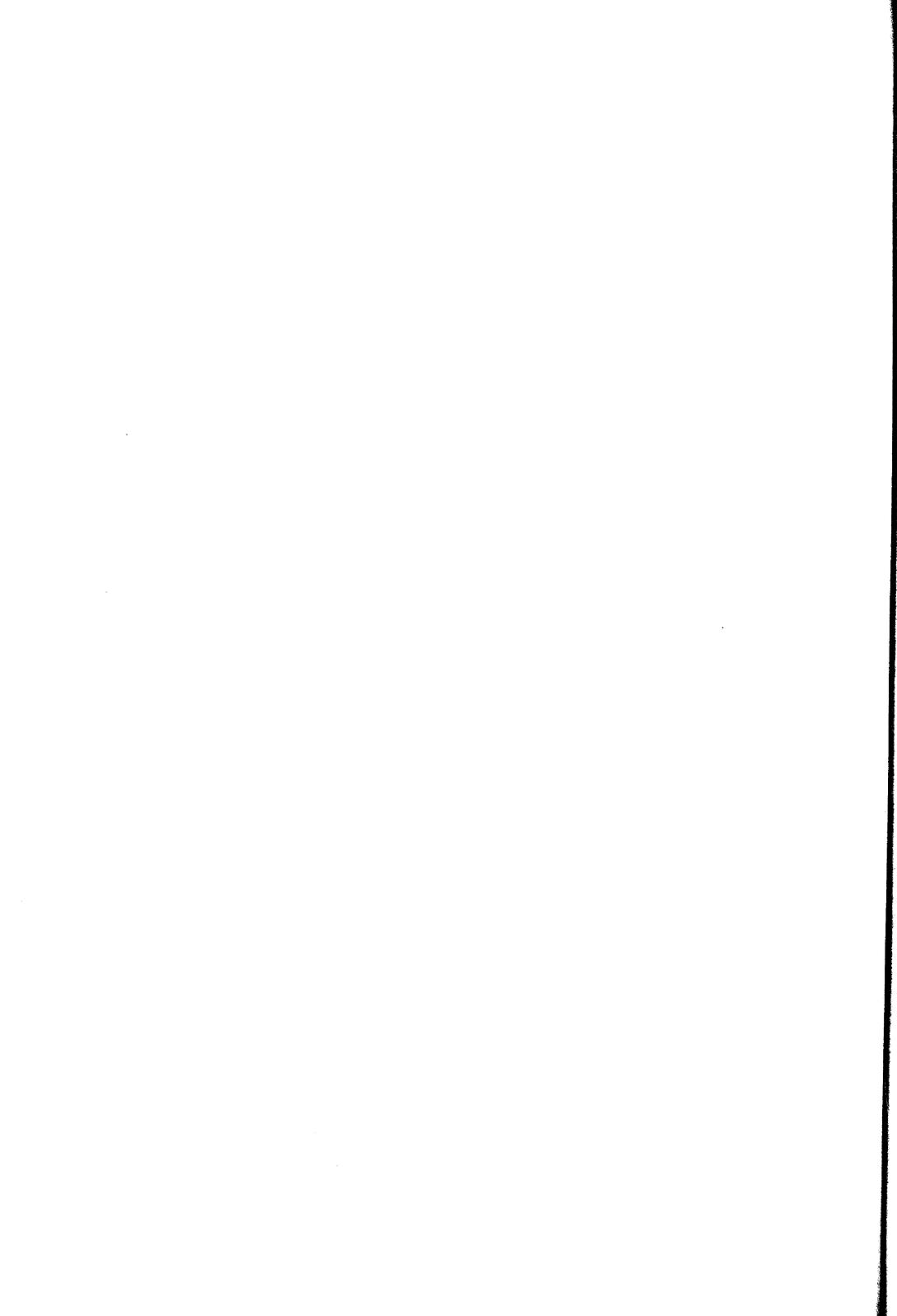
Clinica ostétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura DR. UBALDO FERNANDEZ



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 drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ
Asignaturas	
Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas.....	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUAGLIALAMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES

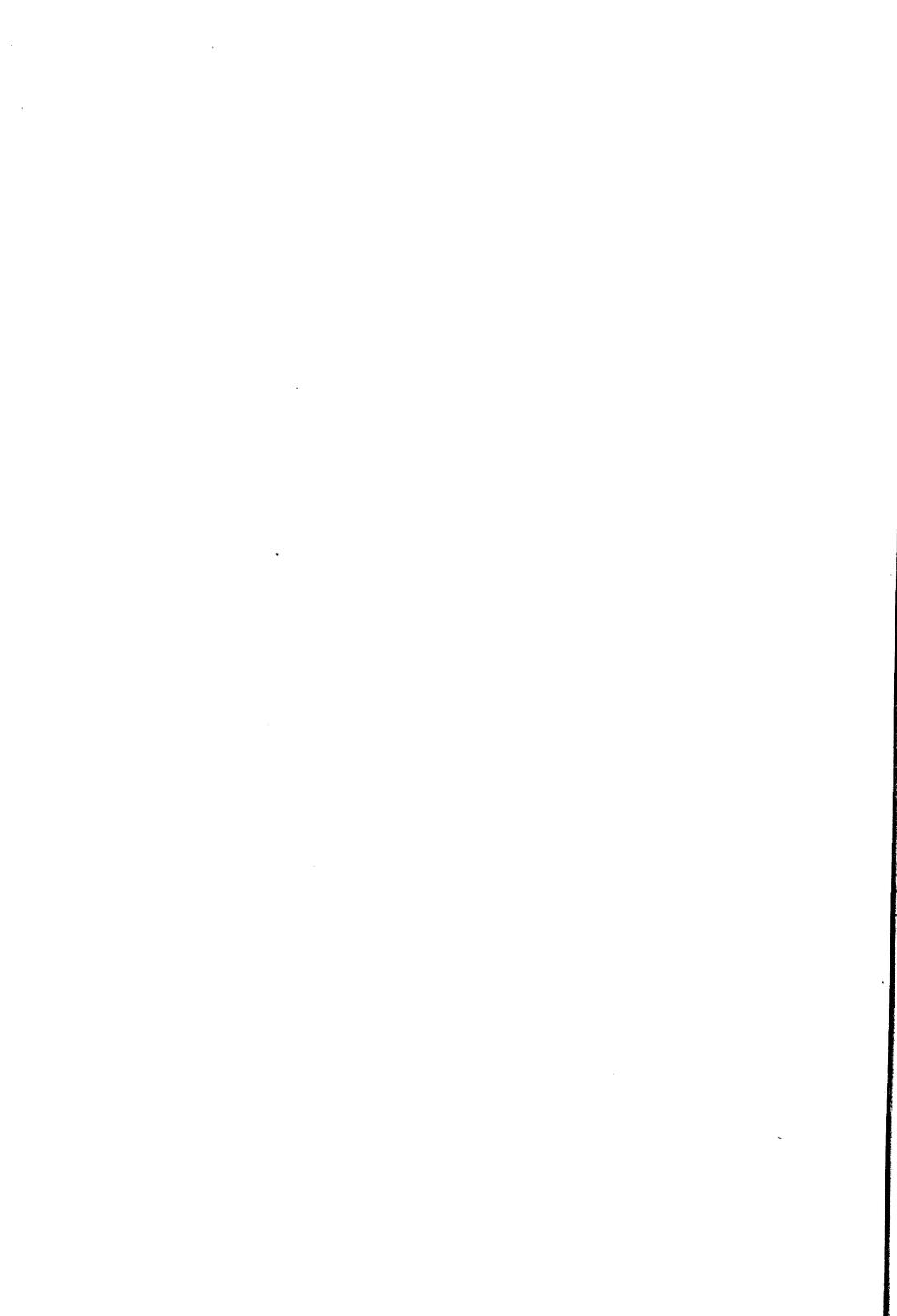


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. GARREA (Protesis)



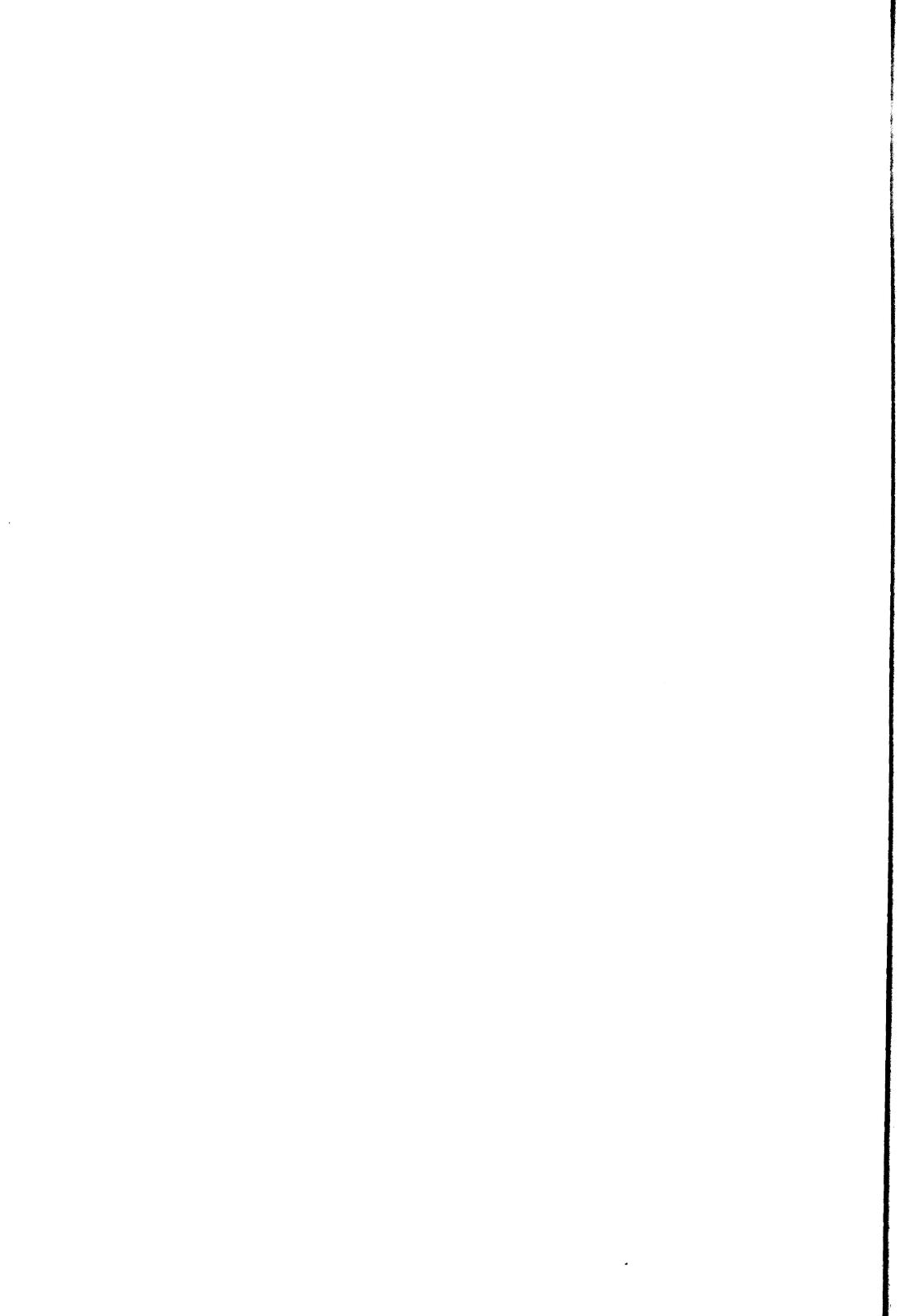
PADRINO DE TESIS:

DOCTOR JAIME SALVADOR

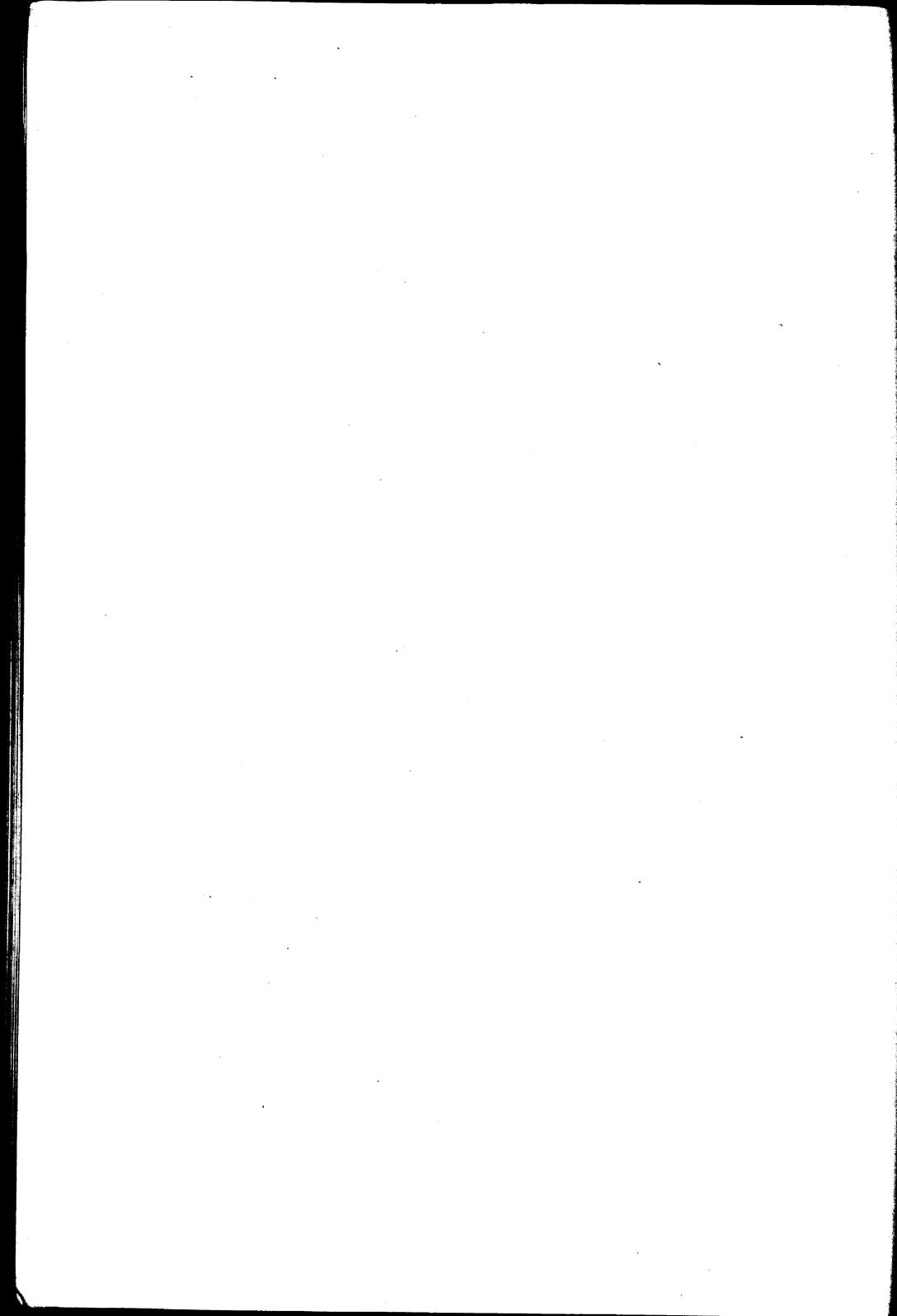
Profesor suplente de Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina

Médico interno del Hospital Nacional de Clínicas

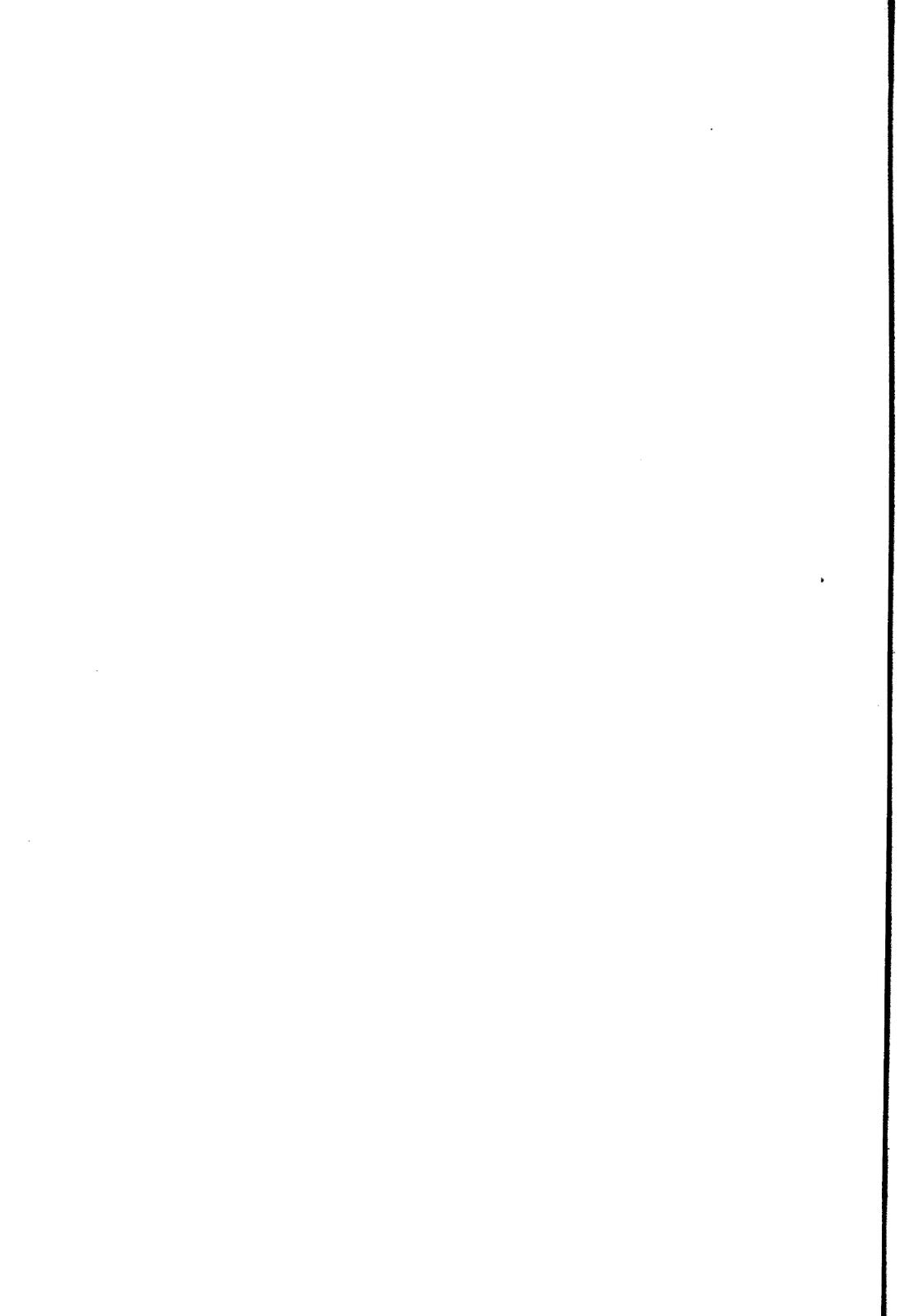
Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Pirovano



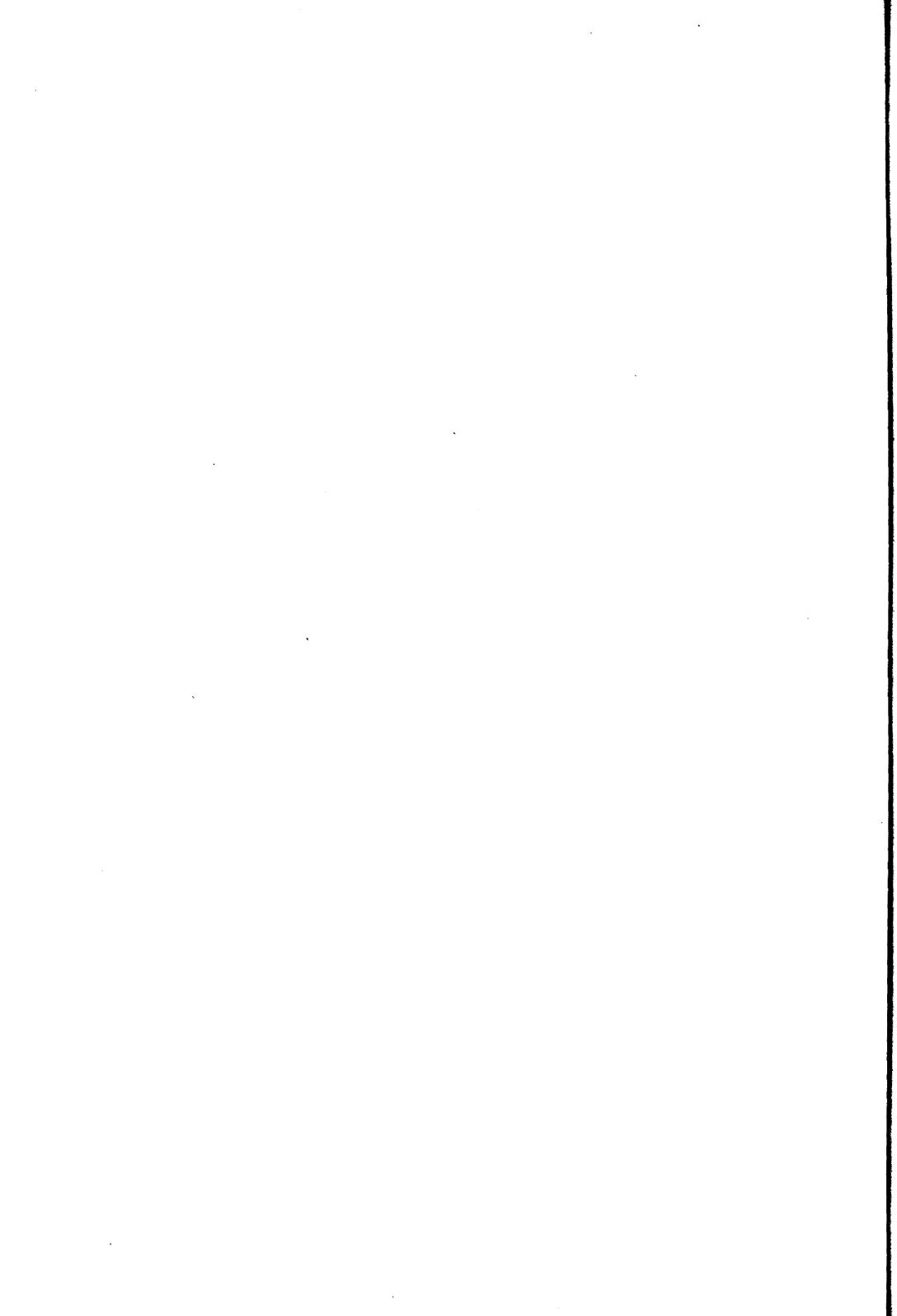
A LA MEMORIA DE MI MADRE



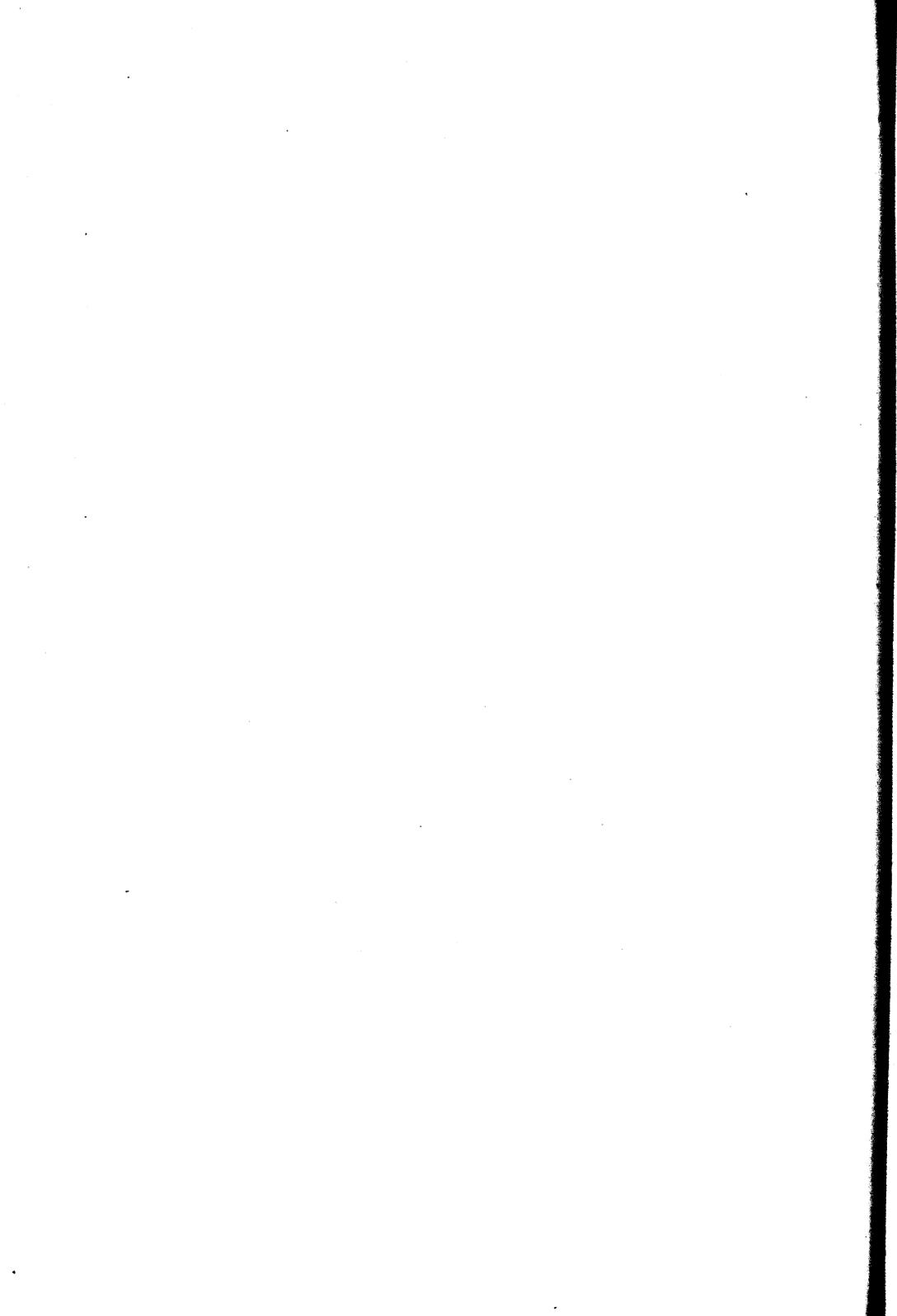
A MI PADRE



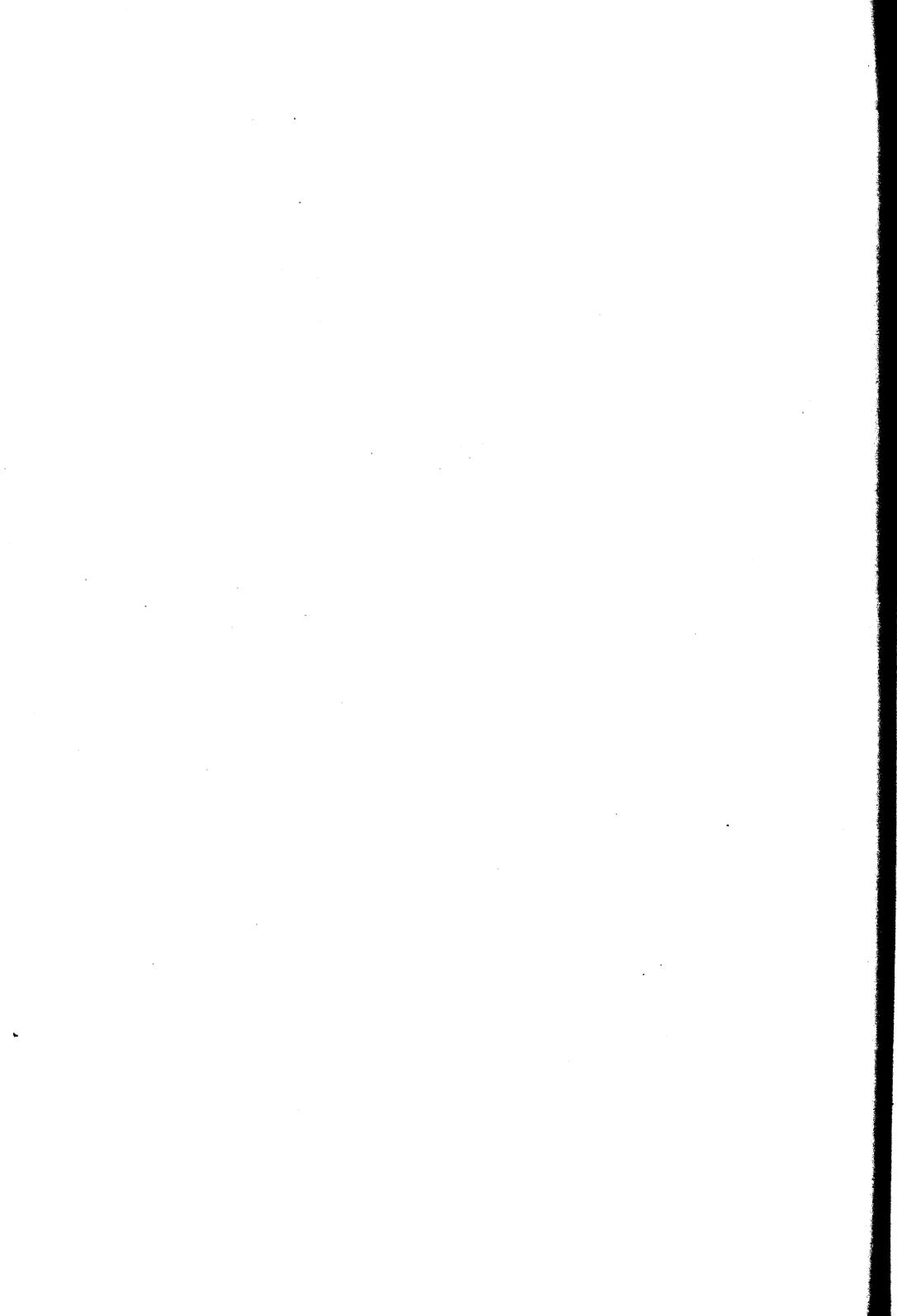
A MIS HERMANOS



A MIS PARIENTES Y AMIGOS



A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO DEL HOSPITAL PIROVANO



A MIS COMPAÑEROS DE ESTUDIO Y AMIGOS, LOS DOCTORES:

RICARDO SCHWARZ

ENRIQUE F. SOLARI

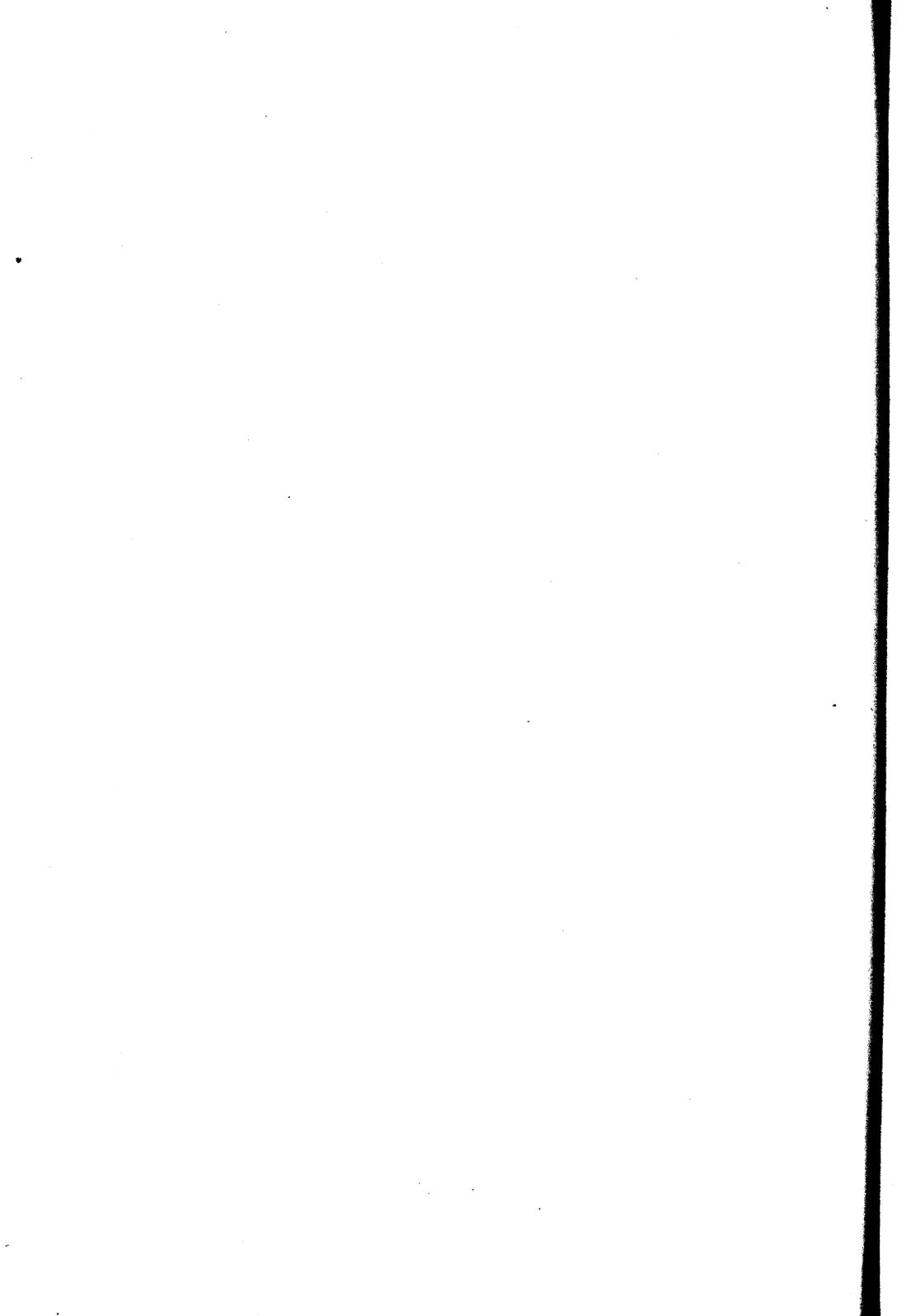
JOSÉ GARAY

MARCIO ARANA

JACOBO KORIMANN

ENFI PERTINO

ABEL DÍAZ (HIJO)



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Someto a vuestra consideración el presente trabajo, como último requisito exigido por la Facultad para optar el título de Doctor en medicina.

La observación fué siempre el mejor de los maestros. Ello ha inspirado esta tesis tomada de mi práctica hospitalaria y dictada por el mismo enfermo.

Practicante mucho tiempo de la Sala IX del Hospital Pirovano, bajo las sabias enseñanzas de su distinguido Jefe, el Dr. Salvador, he visto de cerca los estragos de la gonococcia en la mujer. Pocas afecciones tan rebeldes, tan tenaces, tan desesperantes.

Ella es casi toda la Cinecología. Luchar contra ella es obra buena. He aquí por qué la vacuno-

terapia Gonocócica ha sido recibida con el calor de una promesa.

Vaya el presente trabajo que no tiene más mérito que la sinceridad de la observación a cooperar en pequeñísima parte a todo lo que ya se ha dicho de ella.

Al Profesor, doctor Jaime Salvador, mi Jefe de servicio y que tiene la deferencia de acompañarme en este acto como padrino de tesis, el reconocimiento del que mucho aprendió y se hizo médico a su lado.

Mi agradecimiento al Dr. Juan B. Emina distinguido cirujano y director del Hospital Pirovano que me inició en los primeros pasos de la cirugía.

A los médicos agregados al servicio de Ginecología, doctores Ries, Mezzadra y Ramilo, y a los demás médicos del Hospital Pirovano, agradezco su contribución a mi preparación profesional.

Al doctor Fernando R. Ruiz mi sincero reconocimiento.

A mis compañeros de internado la amistad de siempre, la misma e invariable amistad.

Introducción

Decir que la gonococcia es una de las afecciones más generalizadas y que ha tomado los caracteres de una verdadera enfermedad social, es repetir una vez más, lo que desde hace mucho tiempo constituye una desgraciada verdad. Ella corre paralela con la civilización y en las grandes ciudades las estadísticas espantan (el 80 por ciento de los hombres según algunos). Ellos la introducen al hogar donde se ensaña con tenacidad. El gonococo de Neisser es sin duda alguna el microbio más temible para la mujer. La amenaza en todas las edades y basta que llegue en contacto con las primeras vías genitales, para que germine, se desarrolle sobre ellas y llegue ulteriormente a los órganos profundos. Muchas padecen el error de creer que las leucorreas son comunes a todas las mujeres y no les conceden la menor importancia. La metritis se instala. Ella

constituye la primera etapa de la infección de los órganos profundos. Su pronóstico es mucho más serio de lo que se cree; su desesperante cronicidad es un foco permanente de contaminación. Con frecuencia las mujeres dominadas por un sentimiento de pudor excesivo hacen todo lo posible por ocultar su enfermedad. No consultan al médico hasta que la metritis que existe desde mucho tiempo atrás haya dado lugar a graves complicaciones genitales. James West dice que se podrían evitar las tres cuartas partes de las infecciones anexiales. Pero ellas no dejan de ocuparse de sus hijos — de su trabajo — de su hogar. Esta peligrosa indiferencia desempeña un papel indudable en la agravación de muchas afecciones genitales. La mayor parte de las salpingitis son producidas por el Gonococo en su silenciosa y constante marcha ascendente. Y los fenómenos ruidosos estallan. La pelviperitonitis con su cortejo de síntomas alarmantes que obligan a la mujer a ponerse en manos de un médico.

Toda la sabiduría, toda la fuerza moral del médico son puestas a prueba en el tratamiento de esta afección tan rebelde, tan tenaz, tan obstinadamente difícil de curar.

Mientras el proceso agudo se mantiene, las indicaciones son claras y precisas; la inmovilidad absoluta, la bolsa de hielo al vientre, la morfina

si los dolores son muy vivos, la dieta. Levantar la enferma con inyecciones de aceite alcanforado, de suero, de cafeína, de esparteína. Las lesiones regresan poco a poco, los exudados perianexiales se reabsorben lentamente y acaban por desaparecer; pero el quiste tubario persiste conteniendo pus y es durante mucho tiempo, asiento de dolores por la más mínima causa. Es esta larga evolución de las anexitis lo que constituye uno de los principales escollos de su tratamiento médico, que exige el reposo en el lecho durante semanas y meses. La mayoría de las veces y a la primera mejoría que presenta, la enferma vuelve con cualquier pretexto a sus ocupaciones; lo que compromete pronto los resultados obtenidos. Es necesario convencer a la enferma de la necesidad absoluta de un largo reposo, acompañado de una higiene irreprochable.

Esto es lo más difícil de todo; la enferma siempre es rebelde a esta indicación.

Pero, y he aquí, lo más triste de todo, a veces a pesar de la observación rigurosa del reposo, a pesar de los cuidados más racionales y de las precauciones más minuciosas, las alteraciones de los órganos permanecen estacionarias. Los dolores se calman por la permanencia en el lecho, pero reaparecen desde el momento en que las enfermas se levantan. Los más pequeños excesos,

el retorno de las reglas son casi siempre causa de recaídas. La indicación de la intervención quirúrgica se aproxima; el tratamiento médico ha fracasado. Este es el momento de intervenir, pero después de haber tentado todo y de haber agotado completamente todos los recursos del tratamiento médico. He aquí el criterio moderno y que cada vez tiende a imponerse más. Resuelta la intervención ¿cuál es la conveniente? He aquí otro criterio que he visto aplicar siempre al Doctor Salvador con sus enfermas de la Sala IX del Hospital Pirovano. Tratándose de anexitis gonocócicas se impone la intervención mutiladora. Las operaciones conservadoras resultan muy pocas veces; hemos visto volver a operar enfermas para extraer un trozo de ovario doloroso, dejado en una intervención conservadora anterior; tal es el criterio adquirido en la práctica: la mutilación, la resección total, la castración, si se quiere obtener éxito en las anexitis gonocócicas que no ceden al tratamiento médico. Vale decir que la castración es el epílogo de una gran mayoría de anexitis. La mujer joven (como son casi todas las afectadas) pierde los atributos de su sexo. La insuficiencia ovárica, la esterilidad son sus consecuencias.

La vacunoterapia gonocócica ha venido a llenar un gran vacío en el tratamiento de estas afec-

ciones. Es el verdadero tratamiento, el tratamiento racional. Es la profilaxis esencial de Méndez porque su manera de actuar a más de ser específica, está unida a la naturaleza del proceso que engendra. Casi todas las vacunas gonocócicas han sido ensayadas en la sala con más o menos éxito; tres de ellas sobre todo, han sido seguidas con verdadero interés: la Dmegón, la nucleo-proteína Dessy y el Haptinógeno Gono Méndez.

Esta última ha sido aplicada numerosas veces, la hemos usado en las enfermas de la sala y en las del Consultorio Externo.

He querido encarar su estudio bajo la faz clínica exclusivamente. Trabajo de observación del enfermo, me he apartado del estudio de todas las teorías que se han dado sobre la acción de las vacunas.

La acción del Haptinógeno Gono ha sido muy discutida y sus resultados diversamente interpretados. Hemos empezado a usarlo desde mediados del año 1914 y desde entonces se ha seguido aplicando en todas las afecciones gonocócicas de la mujer. Hacemos la inyección subcutánea en la región infraclavicular; completamente indolora, las enfermas la toleran muy bien. Hemos hecho siempre, junto con la vacuna, la medicación general, bien observada en las enfermas de

la sala, y muy mal llevada, inevitablemente, en las enfermas que concurren al Consultorio Externo. La Sala IX carece de un Laboratorio propio, todos los exámenes han sido verificados en el Laboratorio Central del Hospital Pirovano, inteligentemente dirigido por el Dr. Rodolfo Borzone. Sin embargo, la carencia de un laboratorio propio, ha influido para que no se hayan llevado como hubiéramos deseado las numerosas investigaciones.

Las observaciones con que, sobre el asunto, cuenta la sala, son numerosas. He tomado al azar algunas de ellas, reduciéndolas en lo posible para no hacer muy extenso el trabajo.

Ellas están perfectamente catalogadas. He puesto especial interés en acompañar el número del folio para que se pueda comprobar, si fuera necesario, la sinceridad del trabajo del cual estoy seguro y es mi mayor satisfacción.

Observaciones Clínicas

OBSERVACION I

J. G., folio 380, cama 8, italiana, 23 años, bordadora. Ingres a la sala el 14 de Septiembre de 1914.

Su enfermedad comenzó hace **siete** meses; consecutiva a un aborto, después del cual estuvo sin reglar durante cuatro meses. Su menstruación aparece en forma muy irregular, conjuntamente con dolores continuos, que aumentan a la presión y localizados en ambas fosas ilíacas, tiene flujos hace 7 meses. Ardores y deseos frecuentes de orinar.

Examen ginecológico. — Utero en ante-flexión, aumentado de volumen, duro, algo doloroso, móvil. Por el fondo de saco vaginal izquierdo se palpa un tumor anexial de tamaño de una mandarina, fluctuante, móvil, doloroso. Anexo derecho

del tamaño de un huevo de paloma, doloroso, móvil.

Con espéculo, cuello del útero grande, mucosa erosionada al nivel de los labios del orificio que es transversal y del cual fluye muco-pus.

Examen de pus.— Abundantes gonococos de Neisser, intra y extracelulares. (Protocolo 2259, Laboratorio Central del Hospital Pirovano).

Diagnóstico.— Anteflexión uterina, metritis, salpingo, ooforitis, bilateral, quística, gonococcia.

Tratamiento.— El 19 de Septiembre se inyecta 1 ampolla de Haptinogeno-Gono-Méndez en la región infraclavicular.

Septiembre 22.— Se examina nuevamente la enferma. El tumor anexial derecho ha disminuido de volumen. El izquierdo también ha disminuido, pero está doloroso. El flujo es menor y su color es más claro. Los ardores al orinar se han atenuado. Ha aumentado la cantidad de orina.

Septiembre 23.— La enferma no se queja de ningún dolor. Los flujos han disminuido muchísimo. El tumor izquierdo está algo más pequeño y no duele. El derecho casi no se palpa.

Septiembre 28.— La enferma sigue bien. No tiene flujos. El anexo izquierdo, indoloro, tiene el tamaño de una nuez. El anexo derecho no se palpa.

Se da de alta. Muy mejorada.

OBSERVACION II

L. R., folio 328, cama 20, española, 20 años, casada, modista, ingresa a la sala el 15 de Septiembre de 1914.

La enfermedad comenzó hace un mes, con flujos que primero blancos se hicieron después amarillentos; dolores intensos espontáneos e intermitentes en todo el vientre, acentuados sobre todo en la fosa ilíaca izquierda, exagerados por la presión e irradiándose a la región lumbar.

Examen ginecológico. — Cuerpo del útero pequeño, en anteflexión, doloroso. Fondo de saco vaginal izquierdo doloroso por el que se palpa un anexo del tamaño de un huevo de gallina, doloroso, fijo y avanzando sobre la cara anterior del útero. Al espéculo, cuello del útero erosionado, de orificio puntiforme, por donde fluye mucopús abundante.

Septiembre 25.—Los dolores han aumentado de intensidad. El anexo izquierdo se mantiene más o menos del mismo tamaño. (Lavajes vaginales. Hielo al vientre).

Examen de pus. — «Los cultivos verificados en distintos medios permiten asegurar la presencia del Gonococo de Neisser asociado a gran cantidad de saprofitos». Protócolo 2293, Septiembre 27. Laboratorio Central del Hospital Pirovano.

Diagnóstico.—Endometritis y ooforo, salpingitis gonocócica izquierda.

Tratamiento.—Septiembre 28. Se hace una inyección de Haptinógeno-Gono en la fosa infraclavicular derecha.

Septiembre 29.—No ha habido ninguna reacción después de la inyección. Genitales en la misma forma.

Octubre 7.—Ha aparecido la menstruación el 1.º de Octubre, adelantada 4 días, con los mismos caracteres que las reglas anteriores. La enferma acusa dolores espontáneos en la fosa ilíaca derecha. Por vía vaginal se toca el anexo de ese lado aumentado de volumen y muy doloroso a la palpación. El anexo del lado izquierdo casi no se toca y no acusa dolor. Matriz en anteflexión. Cuello en buenas condiciones. Por su orificio fluye un poco de muco-pus sanguinolento.

Octubre 11.—Inyección de Haptinógeno-Gono.

Octubre 17.—Se saca secreción del cuello uterino que se manda analizar; habiéndose modificado mucho, su aspecto y siendo ahora un mucus incoloro y bien ligado. Anexo izquierdo no se toca. Por el fondo de saco vaginal derecho se toca un plastrón duro y doloroso que parece anexo inflamado.

Examen del pus.—(después de los Haptinógenos).—«Al examen bacteriológico por el método

de Gram se observa una gran descamación constituida por epitelio plano y escasos glóbulos blancos, que llevan en su citoplasma muy escasas inclusiones Gonocóccicas. Protócolo 2419, Octubre 17. Laboratorio Central.

Noviembre 5.—Flujo vaginal casi nuló. No hay dolores. El tumor del fondo de saco lateral derecho está más o menos en las mismas condiciones pero no es doloroso a la palpación.

Diciembre 4.—No hay dolores. Anexo derecho del volumen de un huevo de paloma, móvil, indoloro. Escaso flujo vaginal mucoso transparente.

Diciembre 6.—Alta. Muy mejorada.

OBSERVACION III

E. J., folio 466, cama 20, española, 30 años, casada, ingresa a la sala el 14 de Diciembre de 1914. Enferma desde hace 2 años, dolores intensos en el hipogastrio y emisión de flujos amarillos y mezclados con sangre. Fué operada, quedando bien hasta hace 17 días que sintió dolores en el hipogastrio, vómitos, diarrea, que duraron dos días, quedando hasta la fecha con: flujos amarillos, dolores en ambas fosas ilíacas, deseos frecuentes y ardores al orinar.

Examen ginecológico. — Utero en anteposición, aumentado de volumen unido a un enorme tumor que ocupa todo el fondo de saco vaginal derecho,

posterior y parte del izquierdo, irregular, renitente, doloroso. Su límite superior llega hasta la altura de la espina iliaca antero-superior derecha siguiendo oblicuamente hacia abajo para terminar en la parte media del ligamento de Poupert izquierdo. Al espéculo: Flujo vaginal mucopurulento, orificio del cuello a bordes erosionadas.

Examen de pus.— «Los cultivos han desarrollado abundantes gonococos de Neisser». Protócolo 2605, Diciembre 30. Lab. Central.

Diagnóstico.— Pelviperitonitis.—Ooforo salpingitis gonocócica derecha.

Tratamiento.— Diciembre 31. Se practica una inyección de Haptinógeno-Gono-Méndez.

Enero 2.—Los dolores persisten, pero menos intensos pues ya no es necesario usar la morfina para calmarlos. Se atenúan espontáneamente a la media hora de iniciados. El examen ginecológico revela todo en el mismo estado. Flujo más abundante, más espeso y de color verdoso.

Enero 13.—Hace cuatro días que la enferma se encuentra bien. El tumor anexial ha disminuido enormemente de volumen, poco doloroso a la palpación, tiene el tamaño de un huevo de gallina. Flujo vaginal transparente y escaso.

Enero 17.—Pide el alta con insistencia, sale muy mejorada.

OBSERVACION IV

L. P., folio 481, cama 12, rusa, de 24 años, soltera. Ingres a la sala el 5 de Enero de 1915. Dolores en el hipogastrio y fosas ilíacas, flujos vaginales abundantes, reglas irregulares de 10 a 15 días de duración, ardores al orinar, micciones frecuentes.

Examen ginecológico. — Leucorrea purulenta. Sale pus por el meato urinario. Utero grande, en anteversión con ángulo de anteflexión, desviado a la derecha, doloroso, móvil. Anexos derechos algo aumentados de volumen, móviles, dolorosos, anexos izquierdos voluminosos, móviles, poco dolorosos.

Examen de pus. — «En las preparaciones hechas con el material remitido se observan abundantes gonococos de Neisser». Protócolo 2640. Enero 6. Reacción Wasarmann. Negativa. Protocolo 2635.

Diagnóstico. — Metro-salpingo-ooforitis y uretritis gonocócica. Menorragias.

Tratamiento. — Enero 6. Inyección de 1 ampolla de Haptinógeno Gono.

Enero 12. — Raspado intrauterino.

Enero 16. — Alta. Muy mejorada.

OBSERVACION V

R. Z., folio 501, cama 23, rusa, de 22 años, soltera, modista, ingresa el 20 de Enero de 1915.

Hace 6 meses que tiene flujos amarillos abundantes conjuntamente con dolores en el bajo vientre con predilección en el lado derecho. Dolor espontáneo, intermitente, lancinante, con períodos de exacerbación y acalmia.

Examen ginecológico. — En la fosa iliaca derecha se palpa una resistencia profunda, dolorosa. Utero grande, con marcado ángulo de anteflexión, algo doloroso. Por el fondo de saco vaginal izquierdo se toca el anexo aumentado de volumen del tamaño de un huevo de gallina algo prolapso, fijo, muy doloroso. Por el fondo de saco vaginal derecho se palpa el anexo un poco aumentado de volumen con proceso de perianexitis. Con el espéculo, se ve el cuello erosionado.

Examen de pus. — «No se observan gonococos de Neisser.» Protócolo 2690. Lab. Central.

Diagnóstico. — Anexitis bilateral gonocócica (a pesar del resultado del análisis).

Tratamiento — 28 de Enero. Inyección de 1 ampolla de Haptinógeno-Gono-Méndez.

29 de Enero. — Ha habido un poco de reacción local. Han disminuido los dolores anexiales.

Examen de pus. — «Se observan gonococos de Neisser». Protocolo 2735. Enero 31.

Febrero 3. — El anexo derecho ha desaparecido casi por completo; el izquierdo ha disminuido de tamaño y es menos doloroso. El flujo vaginal está

constituido por una mucosidad transparente, color amarillo.

Febrero 18.—Intervención quirúrgica por el Profesor Jaime Salvador. Apendicectomía. Histerec-tomía abdominal sub-total (procedimiento americano). Resección de epiploón. Auto-injerto sub-cutáneo de ovario. Se encuentra un piosalpinx doble y ovaritis escleroquística de ambos lados.

Examen de pus de trompa.—«Los cultivos hechos en agar somatosado (Méndez) permanecen esteriles hasta este momento. El examen directo verificado por el método de Gram revela un pus amicrobiano». Protócolo 2784. 22 de Febrero. Laboratorio Central.

Sale de alta curada el 21 de Marzo de 1915.

OBSERVACION VI

L. M., folio 575, cama 13, austriaca, 20 años, soltera, modista, ingresa a la sala el 30 de Enero de 1915. Desde hace 8 meses siente dolores en el hipogastrio acentuados en la fosa iliaca derecha. Flujo abundante de color amarillo intenso. Metrorragias.

Examen ginecológico. — Vientre doloroso a la palpación. En la fosa iliaca derecha se palpa un pequeño tumor, doloroso, duro, de superficie lisa. Utero aumentado de volumen, en anteflexión mar-

cada, duro, doloroso, móvil. Por el fondo de saco vaginal izquierdo se palpa un tumor anexial del tamaño de un huevo de gallina, poco móvil, muy doloroso. Por el derecho se palpa el tumor descrito, doloroso, fijo. Con el espéculo, se ve el orificio a bordes erosionados. Fluye pus amarillo verdoso.

Examen de pus.—En las preparaciones hechas con el material remitido no se observan gonococos de Neisser.» Protócolo 2730. Enero 31.

Tratamiento.—Febrero 2. Se hace una inyección de Haptinógeno-Gono-Méndez.

Febrero 3.—La enferma ha tenido una ligera reacción local. Los dolores anexiales derechos han persistido.

Febrero 9.—Intervención quirúrgica por el Profesor Jaime Salvador. Histerectomía abdominal subtotal por decolación anterior.

Diagnóstico anatómico.—Metritis crónica parenquimotosa blenorragica. Splingitis nudosa inflamatoria purulenta. Piosalpinx de ambos lados. Quiste dermoideo en el ovario derecho. Absceso de un cuerpo amarillo. Pelviperitonitis plástica.

Alta curada, 7 de Marzo.

OBSERVACION VII

M. H., folio 516, cama 17, argentina de 22 años, casada, cocinera, ingresa el 1.º Febrero de 1915.

Hace 25 días que empezó a sentir dolores punzantes que aumentan a la presión localizados en ambas fosas ilíacas y que no desaparecen con el reposo.

Examen ginecológico. — Cuerpo del útero aumentado de volumen, en anteflexión, móvil, algo doloroso, duro. Por el fondo de saco vaginal izquierdo adosado al útero se palpa un tumor anexial del tamaño de un huevo de gallina, duro, fijo, sumamente doloroso. Por el fondo de saco vaginal derecho se alcanzan a palpar los anexos de dicho lado, algo aumentados de volumen, fijos, dolorosos, prolapsados. Hay flujo vaginal de color amarillo verdoso.

Examen de pus.—«En las preparaciones hechas con el material remitido se observan escasos gonorreos de Neisser». Protocolo 2747. Laboratorio Central.

Diagnóstico.—Salpingo ooforitis quística.

Tratamiento.—Febrero 5. Inyección de 3 c. c. de Haptinógeno. Gono Méndez.

Febrero 10.—El estado de la enferma ha mejorado enormemente. No siente ningún dolor. Los flujos han disminuido y se han clarificado. El tumor anexial izquierdo está muy pequeño, nada doloroso, algo fijo todavía. Por el fondo de saco vaginal derecho no se palpan anexos.

Febrero 11.—Alta. Enferma muy mejorada.

OBSERVACION VIII

A. V., folio 543, cama 4, argentina, 29 años, casada, qds. Ingres a la sala el 3 de Marzo de 1915. Está enferma hace 10 meses con dolores espontáneos en el bajo vientre y región lumbar.

Examen ginecológico. — Se palpan ambos riñones, sobre todo el derecho, que es muy móvil. Cuerpo del útero en retroposición, grande, móvil, algo doloroso. Por el fondo de saco vaginal izquierdo se palpan anexos grandes; móviles, poco dolorosos. Anexos derechos adheridos al útero, grandes y dolorosos.

Marzo 27.—El útero sigue aumentando de volumen, cuello blando. No se palpan anexos y se da el alta con el diagnóstico de: Embarazo. Salpingo ooforitis bilateral.

Abril 16.—Se presenta al Consultorio Externo de la sala IX. Muchos dolores que no calman mentado de volumen, en anteflexión, móvil, algo ni con morfina. Utero grande. Anexos de ambos lados, muy dolorosos y grandes. Se hace una inyección de Haptinógeno Gono.

Abril 22.—Muy pocos dolores. No se palpan anexos.

Julio 24.—Ingres a al servicio con síntomas de aborto. Utero a 2 traveses de dedo debajo del

ombiligo. No se palpan anexos. (Enemas de láudano).

Julio 27.—Se da el alta. Continúa en gestación. Ultimamente ingresa al servicio para ser operada de su ectopia renal. Tuvo su parto, normal, hijo sano. No ha vuelto a sentir dolores anexiales.

OBSERVACION IX

A. G., folio 610, cama 27, rusa, 24 años, soltera, modista. Ingresa a la sala el 27 de Abril de 1915. Enferma desde hace un mes con dolores espontáneos en el hipogastrio. Aumentan a la presión.

Micción dolorosa, polaquiuria, flujos amarillos desde hace tres años.

Examen ginecológico. — Utero en anteposición, grande, fijo, extremadamente doloroso. Su fondo remonta hasta 4 traveses de dedo por arriba del pubis. Ambos fondos de saco laterales de la vagina están ocupados por dos grandes tumores, dolorosos, renitentes, fijos. Flujo vaginal abundante.

Examen de pus. — «Abundantes gonococos de Neisser». Protocolo 3046. Laboratorio Central.

Reacción de Wassermann. Positiva. Protocolo 3152.

Diagnóstico. — Sífilis. Pio-salpinx doble, con proceso de pelviperitonitis.

Tratamiento.—Mayo 11.—Inyección de Haptinógeno. Gono Méndez.

Mayo 15.—0,45 ctgs. de neosalvarsan.

Junio 1.º—0,60 ctgs. de neosalvarsan.

Junio 5.—Inyección de Haptinógeno, Gono Méndez. Además se hacen 7 inyecciones de Bi-ioduro de mercurio.

Junio 10.—Útero en posición alta, voluminoso y móvil a la derecha de la línea media, en anteflexión, rodeado de adherencias, doloroso al examen. Anexos izquierdos no dolorosos y de reducido volumen. Anexos derechos quísticos del tamaño de una cabeza de feto. Algo dolorosos, fijos.

Se da el alta. Muy mejorada.

Junio 30 de 1915.—Ingresa de nuevo al servicio. Intervención quirúrgica por el Profesor Doctor Jaime Salvador. Histerectomía abdominal subtotal (procedimiento mixto).

Agosto 13.—Alta, curada.

OBSERVACION X

L. B., folio 640, cama 5, rusa, 25 años, soltera. Ingresa a la sala el 28 de Mayo de 1915. Está enferma desde hace cuatro meses, con metrorragias; dolores espontáneos en el abdomen que aumentan la presión. Flujos amarillos, cefalalgias intensas.

Examen ginecológico. —Placas mucosas en la boca. Roseola generalizada. Útero en anteflexión y latero desviación derecha, móvil, doloroso, aumentado de volumen. Por el fondo de saco vaginal derecho se palpa un tumor anexial del tamaño de una mandarina; móvil, doloroso, renitente, de superficie lisa. Por el fondo de saco vaginal izquierdo se palpa otro tumor anexial algo más pequeño, más fijo, renitente, sumamente doloroso. Flujo vaginal muy abundante.

Examen de pus. —«La investigación del gonococo de Neisser ha resultado positiva». Protocolo 3150. Junio 1.º de 1915.

Diagnóstico. —Sífilis. Salpingo, ooforitis bilateral quística.

Tratamiento. —Junio 5.—Haptinógeno Gono.

Junio 6.—Neosalvarsan 0.60 ctgs.

Junio 10.—Útero en anteposición, móvil, no doloroso. Anexos derechos no se palpan; anexos izquierdos reducidos de tamaño, indoloros, móviles. Han desaparecido las lesiones sifilíticas.

Alta, muy mejorada.

OBSERVACION XI

F. S., folio 665, cama 7, polaca, 27 años, soltera. Ingresa el 22 de Junio de 1915. Cefaleas continuas. Dolores en la fosa ilíaca derecha, anorexia.

Pérdida de pelo, constipación, tiene hernia inguinal. Flujos amarillos verdosos.

Examen ginecológico. —Utero de tamaño normal, en anteflexión. Por el fondo de saco vaginal izquierdo se palpa el anexo aumentado de volumen, fijo y doloroso. Anexo derecho duro, inmóvil, doloroso.

Examen de pus. —Se constata la presencia de escasos gonococos de Neisser. Protocolo 3237.

Junio 25.—Reacción de Wassermann. Positiva. Protocolo 2330.

Diagnóstico. —Salpingo ooforitis bilateral gonocócica, peri-anexitis, sífilis.

Tratamiento.—Julio 2.—Haptinógeno Gono.

Julio 12.—Neosalvarsan 0.45 cts.

Julio 20.—Anexos impalpables, indoloros. Utero en anteflexión.

Julio 26.—Kelotomia.

Alta, muy mejorada.

OBSERVACION XII

M. L. de P., folio 672, cama 9, argentina, 21 años, casada. Ingresa en Junio 29 de 1915. Hace 15 días que siente dolores muy intensos en la fosa ilíaca derecha.

Examen ginecológico. —Vientre doloroso y con gran defensa muscular al nivel de la fosa ilíaca derecha. Utero con retroposición y látero desvia-

ción izquierda, grande, doloroso, fijo. Por el fondo de saco vaginal derecho se palpa un tumor del tamaño de una naranja que rechaza el útero; fijo, renitente, sumamente doloroso.

Con el espéculo, cuello del útero grande, erosionado. Por su orificio fluye muco-pus abundante.

Examen de pus.—«La investigación del gonococo de Neisser ha resultado positiva». Protocolo 3266. Julio 2. Laboratorio Central.

Diagnóstico.—Salpingo ooforitis quística derecha. Metritis y perimetritis.

Tratamiento.—Julio 1.º—Inyección subcutánea en la región infraclavicular izquierda de una ampolla de Haptinógeno Gono.

Julio 12.—La enferma acusa una enorme mejoría, no siente ningún dolor.

Julio 22. Palpando el fondo de saco vaginal derecho se nota que está completamente libre, indolente y sin notarse ningún resto del tumor antes descrito. La matriz se encuentra siempre en la misma posición, chica e inmóvil, con un poco de empastamiento a su alrededor que se extiende hasta el anexo izquierdo, estando éste, chico e indolente.

Se da de alta, muy mejorada.

OBSERVACION XIII

C. C. de S., folio 680, cama 18, uruguaya, 25 años, casada. Ingres a el 6 de Julio de 1915. Abundantes flujos con ardor a la micción después de su primer parto. Polaquiuria, dismenorrea.

Examen ginecológico. — Utero grande en anteposición y látero desviación izquierda, móvil, indoloro. Por el fondo de saco vaginal derecho se palpa un tumor que se coloca detrás del útero tiene el tamaño de una cabeza de feto. Es redondo, liso, indoloro, poco móvil.

Julio 14.—La enferma há permanecido con bolsa de hielo al vientre y lavajes calientes. El tumor derecho está un poco más reducido.

Examen de pus.—«En el examen bacterioscópico se observan gonococos de Neisser». Protocolo 3358. Julio 18.

Diagnóstico.—Salpingo ooforitis quística derecha. Metritis, cistitis crónica.

La enferma pide el alta, pero vuelve el 24 de Julio e ingresa nuevamente a la sala. Sus dolores han aumentado, sus micciones son más frecuentes y los ardores al orinar se han exagerado. Se hace una inyección de Haptinógeno Gono. Lavajes vesicales con nitrato de plata.

Julio 28.—Muy mejorada en sus dolores. Ane-

xo derecho grande. Anexo izquierdo algo doloroso y aumentado de volumen.

Agosto 16.—Anexo derecho disminuido de volumen, pero quístico- indoloro. Anexos izquierdos prolapsados, cistitis mejorada.

Se da el alta, muy mejorada.

OBSERVACION XIV

R. del C., folio 727, cama 19, francesa, 18 años, casada. Ingresó el 20 de Agosto de 1915. Hace 10 meses que curó de una fiebre puerperal. Desde entonces siente dolores en el bajo vientre que disminuyen antes y durante la menstruación y se hacen muy agudos 2 o 3 días después.

Examen ginecológico. —Útero en anteposición, fijo, grande, con su fondo a 3 traveses de dedo por arriba del pubis. Por el fondo de saco vaginal derecho se toca un tumor anexial del tamaño de un huevo de gallina, móvil, doloroso. El anexo izquierdo está un poco aumentado de volumen, doloroso y móvil. Abundante secreción vaginal, muco purulenta.

Examen de pus. —«El análisis bacteriológico establece la presencia del gonococo de Neisser». Protocolo 3470.

Diagnóstico. —Salpingo ooforitis bilateral gonocócica.

Tratamiento.—Agosto 24.—Inyección de Haptinógeno Gono Méndez.

Septiembre 9.—Utero en anteposición y anteflexión, móvil, indoloro. Anexo derecho apenas sensible al tacto, móvil, muy disminuido de volumen. Anexo izquierdo del tamaño de una nuez, móvil, indoloro.

Los flujos son cristalinos y abundantes.

Alta, muy mejorada.

OBSERVACION XV

E. M. folio 729, cama 22, argentina, 20 años, casada. Ingres a la sala el 24 de Agosto de 1915. El 8 de Agosto tuvo una pequeña metrorragia, a la que siguió un flujo amarillo, tiene ardores al orinar. Cefalalgias frecuentes.

Examen ginecológico.—Defensa muscular en la fosa ilíaca derecha, dolor a la palpación. Utero aumentado de volumen en ligera anteflexión, fijo, doloroso, duro. Por el fondo de saco vaginal derecho se palpa un tumor anexial grande, del tamaño de una naranja, renitente. El anexo izquierdo, más grande aun, está doloroso y fijo. Flujo vaginal amarillo verdoso.

Examen de pus.—«Se observa el gonococo de Neisser». Protocolo 3489. Agosto 28.

Diagnóstico.—Salpingo ooforitis quística bilateral, cervicitis.

Tratamiento.—Inyección de una ampolla de Haptinógeno Gono Méndez. Septiembre 6.

Septiembre 15.—Útero en anteposición. Anexos derechos disminuidos de volumen, como un huevo de gallina, más móvil, apenas doloroso. El anexo izquierdo está un poco más grande que el derecho, pero ha disminuido en relación a su tamaño anterior. Está más móvil, de contornos mucho más netos, y menos doloroso. Los dolores espontáneos han desaparecido. Los flujos son más fluidos, pero siempre abundantes.

Septiembre 17.—Se hace una segunda inyección de Haptinógeno Gono.

Septiembre 29.—La enferma ha mejorado mucho. Ha tenido la menstruación casi indolora. El útero ha disminuido de volumen, es móvil, indoloro. Fondo de saco vaginal derecho libre, indoloro. Anexo izquierdo muy pequeño, indoloro, móvil. Los flujos han desaparecido después de haberse aclarado hasta hacerse cristalinos.

Se da de alta, muy mejorada.

OBSERVACION XVI

G. G., folio 755, cama 19, rusa, 26 años, casada. Ingresa el 20 de Septiembre de 1915. Tuvo un aborto hace dos años. Flujos amarillos abundantes. Hace un mes que siente dolores intensos en las fosas ilíacas que le impiden caminar.

Examen ginecológico— Dolor y defensa muscular al nivel de la fosa ilíaca derecha. Utero aumentado de volumen, en anteflexión, fijo, doloroso y duro. Por el fondo de saco vaginal derecho se toca un tumor como un puño de adulto doloroso, renitente, fijo a la matriz por su parte interna. Su límite superior llega hasta 2 traveses de dedos arriba de una línea horizontal trazada a nivel de la espina ilíaca ántero superior derecha. El tumor es fijo, tiene una forma ovalar a gran eje de arriba abajo y de derecha a izquierda.

Diagnóstico.—Anexitis quística. Pelviperitonitis.

Tratamiento.—Septiembre 23.—Inyección de Haptinógeno, Gono Méndez.

Septiembre 24.—La enferma se encuentra mejor. No ha tenido dolores espontáneos.

Septiembre 29.—La enferma ha seguido sin ningún dolor durante este tiempo y dice encontrarse muy bien. Utero ligeramente aumentado de volumen, indoloro, móvil. Por el fondo de saco vaginal derecho se toca una pequeña tumefacción difusa. El tumor descrito anteriormente no se palpa más. Palpación indolora.

Octubre 4.—Alta, muy mejorada.

OBSERVACION XVII

M. B. de N., folio 765, cama, 25, argentina, 20 años, casada. Ingresa el 27 de Septiembre de 1915. El 1.º de Agosto tuvo un aborto. Continúa perdiendo sangre desde entonces en cantidad variable y con interrupciones. Dolores al vientre y caderas. Flujos vaginales. Cefaleas intensas y rebeldes.

Examen ginecológico.—Utero grande, duro, fijo, doloroso. Por el fondo de saco vaginal derecho se toca un tumor del tamaño de un puño de adulto, duro, muy doloroso, completamente fijo. Por el fondo de saco vaginal izquierdo se toca otro tumor más pequeño que el descrito, renitente, doloroso, móvil.

Examen del pus.—«Se observan escasos gonococos de Neisser intracelulares». Protocolo 3599 1.º de Octubre.

Diagnóstico.—Anexitis bilateral gonocócica.

Tratamiento.—Octubre 4. —Inyección de una ampolla de Haptinógeno Gono. A la tarde, la enferma apirética hasta ahora, tiene 37º5 de temperatura.

Octubre 12.—Inyección de Haptinógeno Gono.

Octubre 13.—La enferma tiene 37º4 de temperatura. Como se nota poca mejoría la enferma es intervenida por el Dr. Salvador el 26 de Oc-

tubre. Ooforo, salpingectomía bilateral, apendicectomía. Se encuentran anexos gruesos, tortuosos, erectiles. Los dos ovarios quísticos están muy adheridos. La trompa derecha al colón y al apéndice; la izquierda a la cara posterior del útero. Pieza 68.

Diagnóstico anatómico. — Piosalpinx doble-absceso del ovario izquierdo, quiste seroso en el derecho. Periapendicitis. Perianexitis.

Noviembre 16.—Alta, curada.

OBSERVACION XVIII

C. R., folio 771, cama 15, española, 25 años, casada. Ingresa el 1.º de Octubre de 1915. Hace un año que empezó a sentir dolores en el vientre y ardores al orinar. Tiene flujos amarillos abundantes.

Examen ginecológico. — Vientre muy doloroso con gran defensa muscular. Imposible el tacto.

Octubre 14.—La enferma ha estado con hielo al vientre. Se han atenuado los dolores. Tiene micciones frecuentes y ardores al orinar. Utero aumentado de volumen. Por el fondo de saco vaginal derecho se palpa el anexo del tamaño de un huevo de gallina, fijo y doloroso. Anexo izquierdo prolapsado, grande, fijo, doloroso.

Examen de pus.—«Contiene escasos gonococos

de Neisser». Protocolo 3623. Octubre 7. Laboratorio Central.

Diagnóstico.—Salpingo, ooforitis bilateral gonocócica, cervicitis, cistitis.

Tratamiento.—Octubre 15.—Inyección de Haptinógeno Gono Méndez. Se continúa con instilaciones vesicales de nitrato de plata.

Noviembre 19.—Utero en retroposición, algo fijo. Anexos pequeños, prolapsados. Sigue siempre con un poco de ardores al orinar.

Alta, muy mejorada.

OBSERVACION XIX

D. F., folio 783, cama 21, española, 44 años, casada. Ingresa el 12 de Octubre de 1915. Después de su última regla sintió dolores en ambas fosas ilíacas, acompañados de flujos. Poco a poco los dolores aumentaron de intensidad, acompañándose de escalofríos, cefalalgias, vómitos, mareos, disnea, alta temperatura.

Examen ginecológico.—Palpación dolorosa y defensa muscular en el vientre. Utero fijo, doloroso. Fondos de saco vaginales dolorosos. En el izquierdo se nota un gran empastamiento.

Examen de pus.—«La investigación bacteriológica revela presencia de escasos gonococos de Neisser». Protocolo 3673. Octubre 17.

Diagnóstico. —Ooforo, salpingitis bilateral gonocócica. Pelvipertonitis.

Tratamiento. —Bolsa de hielo al vientre, suero fisiológico, lavajes calientes; tiene temperatura alta hasta el 15.

Noviembre 3.—Inyección de Haptinógeno Gono. En esta misma fecha se vuelve a examinar la enferma. La defensa muscular ha desaparecido. Utero fijo, grande y doloroso, en látero desviación izquierda, trompa derecha grande, dolorosa con perisalpingitis. Por el fondo de saco vaginal izquierdo se nota un empastamiento sin alcanzar a tocar el anexo. Fondo de saco posterior resistente y doloroso.

Noviembre 16.—Utero grande, en posición mediana, móvil. El fondo de saco posterior está ocupado por los dos anexos prolapsados, dolorosos, más pequeños.

Noviembre 23.—Anexo izquierdo más chico, tacto menos doloroso.

Noviembre 24.—Alta, muy mejorada.

OBSERVACION XX

A. O., folio 791, cama 16, rusa, 24 años, soltera. Ingresó el 19 de Octubre de 1915. Ha tenido 2 abortos. El último hace 21 días, después del cual le quedó un flujo abundante. Ardores al ori-

nar, micciones frecuentes. Dolores en el hipogastrio irradiados a ambas piernas.

Examen ginecológico.—Ventre doloroso en la fosa iliaca derecha. Utero en anteflexión marcada, grande, móvil, doloroso. Por el fondo de saco vaginal derecho se toca un tumor anexial del tamaño de una naranja, doloroso, poco móvil, prolapsado. Anexo izquierdo grande, doloroso.

Examen de pus.—«Se observan escasos gonococos de Neisser.» Protocolo 3736. Octubre 21.

Diagnóstico.—Ooforo, salpingitis bilateral con perianexitis.

Tratamiento.—Octubre 25.—Inyección de Haptinógeno Gono Méndez.

Noviembre 2.—Segunda inyección de Haptinógeno.

Noviembre 4.—Anexo derecho, pequeño, indoloro. Fondo de saco vaginal izquierdo libre.

Pide el alta, muy mejorada.

OBSERVACION XXI

F. F., folio 822, cama 10, rusa, 22 años, casada. Ingresa a la sala el 14 de Noviembre. Hace un mes que tuvo un aborto de 5 meses con gran metrorragia. Se hizo un raspado. Continúa perdiendo sangre. Dolores en el hipogastrio. Flujos.

Examen ginecológico.—Utero aumentado de volumen en anteposición y látero desviación dere-

cha, doloroso y fijo. Anexo derecho aumentado de volumen, doloroso, unido al útero. El fondo de saco vaginal izquierdo está doloroso, tocándose una tumefacción de límites mal definidos.

Examen de pus.—«Se observan escasos gonococos de Neisser.» Noviembre 21. Laboratorio Central.

Diagnóstico.—Anexitis bilateral, metritis.

Tratamiento.—Noviembre 23. — Haptinógeno Gono Méndez. Reacción térmica 37°8 a la tarde.

Noviembre 29.—Haptinógeno Gono Méndez.

Pide el alta, encontrándose muy mejorada, pero entra por segunda vez el 15 de Enero. Ocupa la cama 14, folio 911. Tiene el útero pequeño, fijo, incluido entre un empastamiento doloroso, que ocupa todo el fondo de saco lateral derecho, posterior y una parte del izquierdo.

Enero 21.—Intervención quirúrgica por el Doctor Jaime Salvador. Histerectomía abdominal subtotal (proc. americano) apendicectomía.

Diagnóstico anatómico. — Piosalpinx doble, quiste del ovario derecho, ovaritis escleroquística izquierda. Pelviperitonitis sero-plástica. Periapendicitis (pieza N.º 77).

Febrero 18.—Alta, curada.

OBSERVACION XXII

C. R., folio 850, cama 1, italiana, 27 años, casada. Ingresa el 9 de Diciembre de 1915. Hace

un año que siente dolores en el vientre, principalmente en la fosa ilíaca derecha. En estos últimos dos meses los dolores se han intensificado. Ha tenido y tiene flujos amarillentos. Hay ardores al orinar.

Examen ginecológico. —Ventre doloroso a la palpación, especialmente en la fosa ilíaca derecha. Utero en anteposición, grande, móvil, poco doloroso, duro. Anexo derecho grande como un huevo de gallina, doloroso, renitente, un poco fijo. El anexo izquierdo está ligeramente aumentado de volumen, doloroso, algo fijo.

Examen de pus.—«La investigación del gono-coco de Neisser ha resultado positiva». Protocolo 3882. Diciembre 15. Laboratorio Central.

Diagnóstico. —Metro-salpingitis bilateral gonocócica.

Tratamiento.—Diciembre 16. — Haptinógeno.

Diciembre 29.—Segunda inyección de Haptinógeno Gono.

Enero 6.—Apirexia hasta la fecha. Fondos de saco vaginales indoloros, libres. Alta, muy mejorada.

OBSERVACION XXIII

A. G., folio 852, cama 17, rusa, 35 años, casada. Ingresa a la sala el 10 de Diciembre de 1915.

Hace 5 meses que siente dolores en el vientre. Se le hizo una colpotomía, pero le quedó siempre un dolor en la fosa iliaca izquierda, irradiado a la pierna. Flujo amarillo abundante.

Examen ginecológico.—Útero grande, duro, móvil. Anexo derecho aumentado de volumen, renitente, su límite superior llega hasta la altura de la espina iliaca ántero superior, doloroso, fijo. Anexo izquierdo más grande que el derecho.

Examen de pus.—«Abundantes gonococos de Neisser.» Diciembre 12. Laboratorio Central.

Diagnóstico. — Anexitis bilateral. Pelvipertonitis.

Tratamiento.—Diciembre 14. — Inyección de Haptinógeno Gono Méndez. Como se obtiene muy poca mejoría se interviene el 24 de Diciembre. Operador Dr. Salvador. Se hace histerectomía abdominal total (proc. americano). Se encuentra un absceso del ovario derecho abierto en el fondo de saco posterior de la vagina. Salpingitis del mismo lado, quiste seroso tubo ovárico izquierdo. Quistes inflamatorios y pelvipertonitis plástica.

Febrero 7 de 1916. Alta, curada.

OBSERVACION XXIV

M. L. D., folio 882, cama 4, argentina, 18 años, soltera. Ingresa el 28 de Diciembre de 1915. Ha-

ce 12 días sintió un fuerte dolor en la fosa ilíaca derecha con vómitos y cefalalgias.

Examen ginecológico.—Utero pequeño, en anteflexión, inmóvil como enclavado entre los dos anexos, el izquierdo del tamaño de un huevo de pato, renitente, doloroso; el derecho grande, alargado como si las paredes de la trompa estuvieran engrosadas con adherencias a su alrededor; cuello ulcerado. Fluye muco pus.

Examen de pus.—«Se observan abundantes gonococos de Neisser intra y extra celulares.» Protocolo 3918. Diciembre 29. Laboratorio Central.

Diagnóstico.—Ooforo, salpingitis bilateral y endometritis gonocócica.

Tratamiento.—Diciembre 30. — Inyección de Haptinógeno Gono Méndez.

Enero 8.—La enferma ha mejorado mucho. No tiene más dolores espontáneos. El anexo derecho ha disminuido mucho de volumen, es móvil. El anexo izquierdo está quístico, pero móvil, casi indoloro y de contornos netos. Se hace una segunda inyección de Haptinógeno Gono.

Enero 11.—Alta, muy mejorada.

OBSERVACION XXV

M. F., folio 888, cama 14, brasilera, 20 años, casada. Ingresa a la sala el 30 de Diciembre de 1915. Hace tres meses que está con dolores hipo-

gástricos muy acentuados. Ha notado la presencia de pus en las materias fecales, continúa en esta forma hasta su ingreso.

Examen ginecológico.—Vientre doloroso a la palpación, renitente y mate en el hipogastrio y fosas ilíacas. Utero fijo, mantenido contra el pubis por un tumor abdominal que ocupa todos los fondos de saco vaginales, que están duros, dolorosos.

Diagnóstico.—Pelviperitonitis por flegmón de la vaina hipogástrica. Abertura espontánea en el recto.

Tratamiento.—Diciembre 31. — Bolsa de hielo, temperatura 39°8.

Enero 1.º—Morfina, hielo, temperatura 38°9.

Enero 2.—Enema, hielo, morfina, temperatura 38°5.

Enero 3.—Haptinógeno Gono Méndez. Temperatura 38°2.

Enero 4.—Cesan los dolores. Temperatura 36°8. La enferma se resiste a quedar en la sala.

Se da el alta, muy mejorada.

OBSERVACION XXVI

T. C., folio 895, cama 12, italiana, 27 años, casada, modista. Ingresa en Enero 7 de 1916. Hace un año que siente dolores lumbares y en

la fosa iliaca izquierda, con irradiación al periné. Cefaleas intensas y frecuentes.

Examen ginecológico. —Utero en láteroversión izquierda, y anteflexión, móvil, doloroso, duro. Anexo derecho del tamaño de una nuez grande doloroso. Anexo izquierdo, grande, móvil, poco doloroso. Cuello erosionado, fluye muco pus.

Diagnóstico.—Anexitis bilateral. Metritis.

Tratamiento.—Enero 14. — Inyección de Haptinógeno Gono Méndez. Como no hay mejoría se interviene el 29 de Enero por el Doctor Jaime Salvador. Ooforo salpingectomia izquierda. Termopunción de quistes serosos del ovario derecho. Desprendimientos de adherencias.

Febrero 21.—Alta, curada.

OBSERVACION XXVII

M. Z., folio 896, cama 2, española, 28 años, casada, ingresa el 9 de Enero de 1916.

Hace dos meses se inició una metrorragia que le siguió hasta hace 15 días. Tiene flujos sanguinolentos.

Examen ginecológico. —Utero en retroposición, con ángulo de anteflexión, móvil, doloroso, grande. Anexo izquierdo del tamaño de un huevo de gallina, fijo, doloroso. Por el fondo de saco vaginal derecho se toca una tumefacción de límites di-

fusos que parece corresponder al anexo de ese lado, grande y doloroso. Mucosa del cuello rojiza y erosionada. Flujos.

Diagnóstico.—Metritis. Salpingo ovaritis bilateral.

Tratamiento.—Enero 11. Inyección de 1 ampolla de Haptinógeno-Gono-Méndez.

Enero 17.—La enferma se encuentra muy bien. Anexos pequeños, móviles, indoloros.

Alta, muy mejorada.

OBSERVACION XXVIII

L. G., folio 897, cama 1, italiana, 40 años, soltera, ingresa el 10 de Enero de 1916.

Hace un mes que tiene flujos vaginales. Después de su última regla tuvo dolores intensos en el hipogastrio acompañados de cefalalgias y fiebre.

Examen ginecológico. —Bajo vientre doloroso a la palpación. Utero en láteroversión derecha y anteposición, aumentado de volumen, móvil, globuloso, duro. Por el fondo de saco posterior se toca un tumor de consistencia dura, indoloro, que ocupa toda la mitad derecha y remonta hasta la altura de la espina iliaca antero-superior.

En la mitad izquierda del fondo de saco posterior se toca una tumefacción más blanda.

Diagnóstico. — Salpingo-ooforitis bilateral con perimetro-salpingitis. Endometritis.

Tratamiento.—31 de Enero. Inyección de Haptinógeno Gono.

3 de Febrero.—Útero móvil. Anexo izquierdo chico prolapsado, poco doloroso. Anexo derecho del tamaño de un huevo de gallina, indoloro.

La enferma pide el alta. Mejorada.

OBSERVACION XXIX

A. F., folio 912, cama 9, española, 23 años, casada, ingresa por segunda vez el 28 de Marzo.

Tuvo un aborto y fué tratada en esta sala. Quedó amenorreica. Siente dolores en el hipogastrio, especialmente en ambas fosas ilíacas. Flujos amarillos.

Examen ginecológico.—Útero grande. Fondo de saco vaginal izquierdo ocupado por una tumefacción que remonta hasta una línea transversal trazada al nivel de la espina ilíaca, dolorosa, renitente, fija. Por el fondo de saco vaginal derecho se palpa otra tumefacción más pequeña, pero más dolorosa, fija, renitente.

Examen de pus.—«Los cultivos en agar ascitis revelan escasas colonias de Gonococos de Neisser, abundantes de estafilococos blancos y bacilo colicomunis». Protocolo 4224. Marzo 30.

Diagnóstico.—Anexitis bilateral gonocócica.

Tratamiento.—1.º de Abril. Haptinógeno Gono.

14 de Abril. Haptinógeno Gono.

24 de Abril. Utero en latero desviación derecha fijo. Anexo izquierdo, disminuido de volumen, indoloro. Anexo derecho fijo, prolapsado, pequeño, indoloro.

27 de Abril.—Se da el alta. Muy mejorada.

OBSERVACION XXX

F. B. J., folio 919, cama 9, argentina, 28 años, casada, ingresa el 21 de Enero de 1916.

Hace unos meses que tiene flujos vaginales. Sus menstruaciones son irregulares. Hace 20 días que siente dolores en la fosa iliaca izquierda irradiados a la pierna del mismo lado.

Examen ginecológico. —Ventre doloroso en la fosa iliaca izquierda. Utero en anteflexión, móvil, doloroso, aumentado de volumen, consistente. Por el fondo de saco vaginal izquierdo se palpa el anexo del tamaño de un huevo de gallina, adosado al borde izquierdo del útero, poco móvil, doloroso. Mucosa del cuello erosionada. Fluye pus.

Examen de pus.—«Los preparados directos coloreados por el método de Gram revelan la presencia del Gonococo de Neisser». Protocolo 3995.

Diagnóstico.—Metritis. Anexitis izquierda.

Tratamiento.—31 de Enero. Inyección de 1 ampolla de Haptinógeno Gono Méndez.

3 de Febrero.—Subjetivamente la enferma ha mejorado mucho. El anexo izquierdo ha disminuido considerablemente, casi no se palpa, muy poco doloroso.

12 de Febrero.—No se palpan anexos. Fondos de saco vaginales libres e indoloros.

Se da de alta, curada.

OBSERVACION XXXI

L. G. de V., folio 944, cama 19, argentina, 21 años, casada, ingresa el 31 de Enero de 1916.

Tiene flujos hace mucho tiempo pero desde hace un mes la secreción purulenta ha aumentado y se acompaña de dolores en el hipogastrio y pierna derecha. Sufre de cefaleas.

Examen ginecológico. —Útero grande en ante-flexión marcada. Anexo izquierdo doloroso. Anexo derecho grande, fijo, doloroso. Vagina dolorosa a la introducción del espéculo.

Examen del pus.—«Se ha conseguido aislar el gonococo de Neisser asociado al bacilo coli-comuni». Protocolo 4048.

Diagnóstico.—Metritis. Salpingo-ooforitis derecha, ovaritis izquierda, vulvo vaginitis.

Tratamiento.—Haptinógeno Gono Méndez.

Alta el 12 de Febrero. Muy mejorada.

OBSERVACION XXXII

A. G., folio 976, cama 11, argentina, 25 años, casada, ingresa al servicio el 24 de Febrero de 1916.

Hace un mes que tiene flujos amarillos y menstruación dolorosas. Dolor en la fosa iliaca derecha. Escalofríos y sudores nocturnos. Orina con mucha dificultad.

Examen ginecológico.—Resistencia a la palpación y dolor en la fosa iliaca izquierda donde se nota una tumefacción. Debajo del cuello, el fondo de saco posterior hace proeminencia hacia la vagina. De consistencia blanda, fluctuante en toda su mitad derecha, es muy doloroso en toda su extensión, y su mitad izquierda es más tensa y dolorosa. El útero está rechazado hacia adelante y a la derecha. El límite superior de este tumor llega en la línea media hasta 4 traveses de dedo debajo del ombligo y es convexo hacia arriba.

Examen de pus.— Bacterioscópico. Los preparados con Gram revelan entre otros gérmenes la presencia de cocos que poseen disposición, forma y coloración del Gonococo de Neisser.

Cultivos en agar: en 36 horas de estufa se han desarrollado solamente colonias de estafilo-

coco blanco asociado al bacilo coli-comuni Fir: Borzone. Protocolo 4138. 1.º de Marzo.

Diagnóstico.—Perimetro ooforo-salpingitis bilateral, endometritis gonocócica.

Tratamiento.—(Enemas, hielo al vientre, morfina, lavajes). Temperatura alta hasta el 3 de Marzo, en que se hace una punción exploradora del fondo de saco posterior, con una aguja capilar. Se extrae muy poca serosidad amarillenta.

Marzo 11.—Inyección de Haptinógeno Gono.

Marzo 14.—Enorme mejoría de la enferma. Palpación indolora, cuerpo del útero en retroposición algo móvil. Anexo izquierdo de límites bien definidos, ligeramente doloroso, fijo, con su límite superior a tres traveses de dedo de la arcada de Poupart. Fondo de saco derecho libre e indoloro.

Marzo 30.—Matriz en retroposición, fija. Fondos de saco vaginales libres. No se tocan anexos.

Alta, Marzo 30, muy mejorada.

OBSERVACION XXXIII

G. G., folio 991, cama 14, argentina, de 23 años, casada, ingresa el 13 de Marzo de 1916.

Ha estado a tratamiento específico hace un año. Tiene flujos amarillos. Hace dos meses que sienten un dolor en ambas fosas ilíacas.

Examen ginecológico.—Bajo vientre doloroso.

Fluye pus por el meato urinario. Cuerpo del útero grande en anteflexión, duro, doloroso, móvil. Anexo izquierdo del tamaño de una ciruela, fijo, doloroso, duro. Anexo derecho ligeramente aumentado de volumen, móvil, doloroso.

Examen de pus.—«Presencia del Gonococo de Neisser asociado al bacilo, coli-comuni». Protocolo 4189. Marzo 16.

Diagnóstico.—Anexitis bilateral gonocócica.

Tratamiento.—Haptinógeno Gono Méndez. Lavajes, tapones glicerizados.

Abril 5.—Alta, muy mejorada.

OBSERVACION XXXIV

G. J., folio 1029, cama 14, rusa, 25 años, casada, ingresa al servicio el 19 de Abril de 1916.

Hacen 6 meses que tiene flujos amarillos. Dolores en el hipogastrio y fosa ilíaca derecha.

Examen ginecológico.—Útero grande, duro. Por el fondo de saco vaginal derecho se palpa un tumor anexial, renitente, doloroso, fijo. Por el fondo de saco vaginal izquierdo se toca otro tumor más pequeño, doloroso, algo móvil.

Diagnóstico.—Salpingo-ooforitis quística bilateral.

Tratamiento.—Abril 20. Inyección de Haptinógeno Gono Méndez.

Abril 27.—Palpación indolora, tumores anexiales algo disminuidos. Pide el alta. Algo mejorada.

OBSERVACION XXXV

Z. S., folio 1069, cama 9, argentina, 26 años, casada, ingresa el 18 de Mayo de 1916.

Hace un mes y medio que tuvo una menstruación muy dolorosa, perdiendo sangre desde entonces con intermitencias. Ha tenido fiebre.

Examen ginecológico. — Dolor a la palpación en la fosa iliaca derecha. Útero en anteflexión a la izquierda de la línea media, duro, móvil, doloroso. Por el fondo de saco vaginal derecho se palpa un tumor del tamaño de un membrillo que rechaza el útero, doloroso, renitente, poco móvil. Anexo izquierdo del tamaño de un huevo de gallina, poco doloroso, fijo. Hay flujo.

Examen de pus. — «Se observan gonococos de Neisser». Protocolo 4442. Mayo 25.

Diagnostico. — Salpingo-ooforitis bilateral gonocócica.

Tratamiento.—Haptinógeno-Gono-Méndez.

Junio 17.—Palpación indolora. Anexos disminuidos de tamaño, pero grandes todavía.

Alta a su pedido. Mejorada.

OBSERVACION XXXVI

L. C. de A., folio 1116, cama 12, argentina, 19 años, soltera, ingresa el 6 de Julio de 1916.

Hace un mes y medio le apareció en el lado derecho de la vulva una tumefacción dolorosa. Se hicieron inyecciones de Gono Méndez y se incendió. Tiene leucorrea hacen dos meses. Apareció otra tumoración a la izquierda.

Examen ginecológico. — Roseola discreta en la cara anterior del torax, infarto ganglionar inguinal. Ulceración del pequeño labio izquierdo. Glándula izquierda de Bartolín dolorosa. Utero fijo. Fondos de saco vaginales dolorosos. Anexo izquierdo algo grande.

Reacción Wassermann: dudosa. Protocolo 4632. Julio 15 . . .

Reacción Wassermann: negativa. Prot. 4707, Agosto 6.

Diagnóstico. — Sífilis? Bartolinitis, metro-aneixitis.

Tratamiento. — Haptinógeno Gono Méndez.

Septiembre 16.—La enferma sigue con dolores. Hay vulvo vaginitis. Anexo izquierdo, doloroso fijo, prolapsado, algo grande. Anexo derecho doloroso, fijo, con adherencias fibrosas. Mac Burney doloroso.

Se da de alta, en estado estacionario. Concorre a Consultorio Externo.

OBSERVACION XXXVII

J. O., folio 1117, cama 14, española, 26 años, casada, ingresa a la sala el 5 de Julio de 1916.

Desde hace un mes se queja de dolores en el vientre localizados principalmente en la fosa ilíaca izquierda. Tiene flujos amarillos abundantes.

Examen ginecológico. —Vientre doloroso en el hipogastrio y fosa ilíaca derecha. Sale muco-pus por el meato urinario. Utero grande en latero versión izquierda, fijo, algo doloroso. Por el fondo de saco vaginal derecho se toca un tumor del tamaño de un membrillo que rechaza el útero, doloroso, móvil.

Examen de pus.—Se ha comprobado la presencia del Gonococo de Neisser asociado al bacilo coli-comuni y al estafilococo blanco. Prot. 4639.

Diagnostico.—Metro anexitis gonocócica, tumor quístico anexial derecho.

Tratamiento.—22 de Julio. Inyección subcutánea de autovacuna. 23 de Julio, ligera reacción térmica (a. m. 37° 3, p. m. 37° 4). La enferma continúa sin mejoría.

18 de Agosto.—Inyección de Haptinógeno Gono. No hay reacción térmica. Muchos dolores, se hace

una inyección de morfina. Anexo derecho continúa grande, menos doloroso.

Se da el alta, mejorada, el 31 de Agosto.

OBSERVACION XXXVIII

S. R., folio 1122, cama 4, alemana, 23 años, casada, quehaceres dom., ingresa el 12 de Julio de 1916.

Hace 6 meses que siente fuertes dolores en el lado derecho del vientre. Tiene flujo abundante.

Examen ginecológico.—Ventre doloroso a la palpación profunda. Utero grande, móvil, doloroso en anteflexión. Por el fondo de saco vaginal derecho se nota un empastamiento que ocupa casi toda la fosa ilíaca del mismo lado, doloroso. Fondo de saco vaginal izquierdo, empastado, doloroso.

Examen de pus.—«Gonococo de Neisser asociado al coli-comuni y al estafilococo blanco». Procolo 4623. Julio 15.

Reacción de Wassermann: Positiva. Prot. 4630.

Tratamiento. — Julio 14. Haptinógeno Gono Méndez; como la enferma no mejora se interviene el 25 de Julio. Operador: Dr. Jaime Salvador; Histerectomía abdominal sub-total (proc. americano).

Diagnóstico anatómico.—Anexitis quística bila-

teral, quiste hemático en el ovario derecho, oovitis izquierda. Pelviperitonitis sero-plástica, quistes inflamatorios. Pieza N.º 101.

Agosto 21.—Se da de alta. Curada.

OBSERVACION XXXIX

A. A. R., folio 1186, cama 27, argentina, 25 años, soltera, qds., ingresa el 2 de Septiembre de 1916.

Tiene flujos vaginales desde hace 5 años. Siente ardores al orinar y dolores al nivel de la región lumbar. Reglas abundantes, dolorosas y largas.

Examen ginecológico.—Utero pequeño, en ante-flexión, móvil, indoloro. Por el fondo de saco vaginal izquierdo se palpa el anexo aumentado de volumen, prolapsado, móvil, doloroso. Trompa tortuosa y dolorosa. Por el fondo de saco vaginal derecho se toca la trompa aumentada de volumen y el ovario prolapsado.

Diagnóstico.—Utero infantil. Estenosis del cuello uterino. Salpingitis catarral de ambos lados.

Tratamiento.—Septiembre 3. Raspado, curaciones.

Septiembre 5.—Inyección de 3 cc. de Haptinógeno.

Octubre 2.—Anexo izquierdo de tamaño normal, indoloro, el derecho no se palpa.

Octubre 12.—Alta, muy mejorada.

OBSERVACION LX

P. C., folio 1267, cama 4, argentina, de 24 años, soltera, ingresa el 1.º de Diciembre de 1916.

Hace algunos meses que tiene flujos vaginales, dolores en el vientre continuos, muy intensos a veces.

Examen ginecológico. —Utero grande, en anteposición y anteflexión, móvil, doloroso. Por el fondo de saco vaginal derecho se toca un anexo del tamaño de una mandarina que se dirige hacia el fondo de saco vaginal posterior, doloroso, poco móvil. El anexo izquierdo en las mismas condiciones.

Examen de pus. —«Se observa la presencia del Gonococo de Neisser asociado a otros gérmenes». Protocolo 5121, 3 de Diciembre.

Diagnóstico. —Metritis. Anexitis quística bilateral Gonocócica.

Tratamiento. — Diciembre 11. Haptinógeno Gono.

Enero 7.—Segunda inyección de Haptinógeno. Anexos disminuidos de volumen, indoloros, móviles. Utero en la misma forma.

Alta, muy mejorada.

OBSERVACION XLI

A. A., folio 1273, cama 2, argentina, de 24 años, soltera, ingresa al servicio el 16 de Diciembre de 1916.

Tiene flujos después del último parto. (25 de Octubre de este año). A los tres días después sintió fuertes dolores en el lado izquierdo del vientre. Vómitos frecuentes.

Examen ginecológico. —Ventre doloroso en la fosa ilíaca izquierda donde se palpa un pequeño tumor. Utero grande, globuloso, en anteflexión, poco móvil, doloroso. Por el fondo de saco vaginal izquierdo se toca un gran tumor que ocupa la fosa ilíaca, se prolonga hacia atrás, llegando a 2 centímetros por arriba de la espina ilíaca ántero superior; es muy doloroso. Por el fondo de saco vaginal derecho se toca un empastamiento doloroso, fijo. Paralela a la arcada de Poupart derecha se palpa un rodete, espeso y doloroso que parece corresponder al ligamento ancho.

Examen de pus. —«Los cultivos en agar sangre han desarrollado el gonococo de Neisser». Protocolo 5223. Laboratorio Central. Enero 7 de 1916.

Diagnóstico. —Peri-metro-anexitis gonocócica.

Tratamiento. —Bolsa de hielo al vientre.

Enero 13.—Una ampolla de Haptinógeno Gono Méndez.

Enero 24.—Enferma muy mejorada. Ha desaparecido el proceso flegmonoso. Existe una salpingitis izquierda parenquimatosa con perianexitis. Demás fondos de saco vaginales, libres.

Enero 25. Una ampolla de Haptinógeno Gono.

Enero 28.—Alta, muy mejorada.

OBSERVACION XLII

O. T., folio 1275, cama 7, italiana, 20 años, casada. Ingresa a la sala el 21 de Diciembre de 1916. Tiene flujos vaginales. Su enfermedad empezó hace 15 días, bruscamente, con dolores en el vientre y vómitos. Los dolores continúan.

Examen ginecológico. — Diciembre 21. — Utero móvil, en anteflexión. Por el fondo de saco vaginal derecho se toca un tumor del tamaño de un membrillo, que ocupa la casi totalidad de la fosa ilíaca. Muy doloroso, algo móvil. Anexo izquierdo aumentado de volumen, doloroso y móvil.

Diciembre 27.—El anexo derecho ha aumentado de volumen, sigue muy doloroso. Ocupa ahora una parte del fondo de saco posterior de la vagina.

Examen de pus.—«Los cultivos hechos en agar sangre humana han desarrollado el Gonococo de Neisser». Protocolo 5205. Diciembre 31.

Diagnóstico. —Salpingo-ooforitis bilateral gonocócica. Anexitis quística derecha.

Tratamiento. —Enero 11. — Haptinógeno Gono.

Enero 24.—Útero móvil, indoloro en ligera látero desviación derecha. Trompa derecha pequeña, tortuosa, bastante móvil, indolora. El proceso de perianexitis ha desaparecido. Ovario izquierdo fijo, algo doloroso, del tamaño de una nuez. La mejoría subjetiva es muy marcada.

Alta, muy mejorada. Concorre al Consultorio Externo.

Enero 25.—Segunda inyección de Haptinógeno Gono.

Enero 29.—La mejoría continúa. El anexo izquierdo casi indoloro ha adquirido gran movilidad. No hay dolores espontáneos.

OBSERVACION XLIII

G. P., folio 1280, cama 9, española, 22 años, casada. Ingresó el 15 de Enero de 1917. Tiene flujos hace 6 meses. El 8 de Enero empezó a sentir dolores en el gran labio derecho, que está aumentado de volumen y doloroso. Micciones frecuentes.

Examen ginecológico.—Tumor en el gran labio derecho, doloroso fluctuante, útero en retroposición, aumentado de volumen, fijo. Anexo derecho del tamaño de un puño de adulto, fluctuante, doloroso. Por el fondo de saco vaginal izquierdo se toca la trompa de ese lado engrosada, dolorosa, fija.

Diagnóstico. — Bartholinitis derecha. Metritis, cistitis. Salpingo, ooforitis izquierda. Salpingitis derecha quística.

Tratamiento. — Enero 15. — Incisión y drenaje de la glándula de Bartholin derecha.

Enero 20.—Inyección de Haptinógeno Gono Méndez.

Enero 24.—Anexo derecho prolapsado, del tamaño de una mandarina, doloroso, fijo. Anexo izquierdo poco aumentado de volumen.

Enero 27.—La enferma acusa ardores al orinar. Micciones frecuentes.

Febrero 1.º—Inyección de Haptinógeno Gono Méndez.

Febrero 2.—El anexo derecho continúa prolapsado, pero ha disminuido considerablemente de volumen, duele muy poco a la presión. Anexo izquierdo normal. Ha disminuido la sensación de ardor al orinar.

Febrero 3.—Alta, muy mejorada.

Febrero 7.—Concurre al Consultorio Externo. Han desaparecido todos los dolores. Anexo derecho, indoloro, casi no se palpa. Continúan la frecuencia de las micciones. Ha tenido un ataque de colitis.

OBSERVACION XLIV

G. M., folio 1282, cama 4, francesa, 40 años, casada. Ingresó en Enero 19 de 1917. Hace mucho tiempo que tiene flujos vaginales. Actualmente se encuentra enferma desde su último parto, tiene dolores en el vientre, peso y molestia en el hipogastrio.

Examen ginecológico —Cuerpo del útero grande, en anteflexión, poco móvil, no doloroso. Por el fondo de saco vaginal derecho se palpa un tumor del tamaño de una naranja que se prolonga al fondo de saco posterior y parece adosado a la cara posterior del útero; doloroso, poco móvil. Anexo izquierdo algo aumentado de volumen.

Examen de pus.—«Los cultivos hechos en agar sangre humana han desarrollado el Gonococo de Neisser». Protocolo 5270. Enero 27.

Diagnóstico.—Salpingo, ooforitis bilateral gonocócica.

Tratamiento.—Enero 26. — Haptinógeno Gono.

Enero 30.—Han desaparecido los dolores espontáneos. Flujos más fluidos y en menor cantidad. Cuerpo del útero móvil, indoloro, en retroposición. Por el fondo de saco vaginal derecho se palpa un tumor del tamaño de una mandarina, aislado del útero, indoloro a la presión, fijo. Anexo izquierdo del tamaño de una nuez, indoloro.

Febrero 2.—La enferma no siente ningún dolor. Utero en retroposición, móvil. Anexo izquierdo pequeño, casi normal, indoloro. El anexo derecho ha disminuido de volumen, es móvil y poco doloroso a la presión. Hace dos días que tiene flujo, muy abundante.

Febrero 3.—Segunda inyección de Haptinógeno. Este mismo día se da de alta.

Febrero 9.—Concurre al Consultorio Externo. Se encuentra perfectamente bien. No acusa dolores. Los flujos han desaparecido. Utero móvil, indoloro, en retroposición. Anexo izquierdo no se palpa. Anexo derecho del tamaño de una nuez.

Febrero 21.—Fondos de saco vaginales libres. No hay flujos. Dolores en la región lumbar.

OBSERVACION XLV

O. R., folio 1284, cama 5, argentina, 20 años, soltera. Ingresó el 26 de Enero de 1917. Hace 3 meses que tiene flujos vaginales amarillos. Su enfermedad es consecutiva a un aborto. Tiene dolores al lado derecho del vientre.

Examen ginecológico. —Utero en anteflexión, móvil, doloroso. Anexo derecho del tamaño de un huevo de gallina, doloroso, prolapsado en el fondo de saco vaginal posterior. Anexo izquierdo algo aumentado de volumen.

Examen de pus. — El examen bacteriológico

cultivos en agar sangre humana, preparados directos al Gram y ensayo de aglutinación) revela la presencia del Gonococo de Neisser». Protocolo 5297. Laboratorio Central. Febrero 5 de 1917.

Diagnóstico.—Ooforesis salpingitis bilateral gonocócica.

Tratamiento.—Febrero 1.º—Haptinógeno Gono. Febrero 10.—Segunda inyección de Haptinógeno Gono.

Febrero 11.—Se da de alta, muy mejorada.

Concorre al Consultorio Externo. Anexo derecho móvil, indoloro, del tamaño de una nuez. Demás fondos de saco vaginales libres.

OBSERVACION XLVI

C. S., folio 1554, cama 22, española, 17 años, soltera. Ingres a la sala el 11 de Noviembre de 1916. Tiene flujos amarillo verdosos, y dolores en el hipogastrio desde hace tiempo.

Examen ginecológico.—Ventre doloroso a la palpación en el hipogastrio y fosas ilíacas. Cuerpo del útero del tamaño normal en anteposición, con ángulo de anteflexión marcada, móvil, doloroso. Anexo derecho quístico, del tamaño de un huevo de gallina, prolapsado, y cuyo polo interno llega hasta la cara posterior de la matriz. Anexo izquierdo doloroso. Cuello del útero erosionado, fluye muco pus amarillo verdoso.

Examen de pus.—«Se ha comprobado la presencia del bacilo coli-comuni y del estafilococo blanco». Protocolo 5046. Noviembre 15.

Diagnóstico.—Anexitis bilateral. Anexo derecho quístico, endometritis, cervicitis.

Tratamiento.—A pesar de no haber gonococos y guiados por el examen clínico se inyecta el 18 de Noviembre una ampolla de Haptinógeno.

Noviembre 25.—Los flujos se han modificado, tienen el aspecto de clara de huevo. Los dolores muy disminuidos. El anexo derecho está pequeño, poco doloroso. Anexo izquierdo indoloro de tamaño más o menos normal, cuerpo uterino de tamaño normal, en anteflexión, móvil, indoloro.

Enero 6.—Se da el alta, muy mejorada.

OBSERVACION XLVII

L. D., folio 1282 de Consultorio Externo, 33 años, casada, italiana. Concorre por primera vez el 26 de Enero de 1917. Hace 5 años que tuvo un aborto. Desde entonces tiene flujos, dolores en el hipogastrio, dismenorrea.

Examen ginecológico.—Ligero recto y cistocele. Utero doloroso, pequeño, móvil en anteflexión marcada. Anexo derecho del tamaño de una mandarina, doloroso, fijo. Fondo de saco vaginal izquierdo doloroso. Flujo vaginal.

Examen de pus.—«Los cultivos hechos en agar sangre humana han desarrollado el Gonococo de Neisser». Protocolo 5285. Enero 31.

Diagnóstico.—Salpingitis quística derecha.

Tratamiento.—Enero 31. — Haptinógeno Gono.

Febrero 6.—Flujos más fluidos. No hay dolores espontáneos. Anexo derecho más pequeño, doloroso.

Febrero 21.—No hay flujos, ni dolores. Anexo derecho apenas se palpa. Utero en las mismas condiciones. Colitis. Fenómenos nerviosos.

Se inyecta otra ampolla de Haptinógeno Gono.

Marzo 5.—Fondos de saco vaginales libres. Continúa concurriendo al Consultorio Externo.

OBSERVACION XLVIII

B. L., folio 1432, cama 14, inglesa, 36 años, casada. Ingresó el 28 de Diciembre de 1916. Hace un mes que siente dolores en la fosa ilíaca derecha, irradiados a la pierna del mismo lado. Flujos amarillos abundantes. Ha tenido vómitos.

Examen ginecológico.—Vientre doloroso a la palpación en la fosa ilíaca derecha. Utero en ante-flexión, grande, doloroso, duro, poco móvil. Fondo de saco vaginal derecho ocupado por un tumor del tamaño de un membrillo, renitente, algo doloroso, fijo. Anexo izquierdo del tamaño de una

mandarina, fijo, doloroso. Fluye muco pus por el orificio del cuello.

Diagnóstico.—Salpingo ooforitis bilateral quística.

Tratamiento.—Bolsa de hielo, lavajes.

Enero 5.—1.º Haptinógeno Gono Méndez.

Enero 12.—2.º Haptinógeno.

Enero 17.—3.º Haptinógeno.

Enero 21.—No hay dolores espontáneos, ni flujos. Anexo izquierdo no se palpa. Anexo derecho, pequeño, indoloro, móvil.

Alta muy mejorada.

OBSERVACION IL

P. L., folio 1444, cama 11, italiana, 30 años, casada, ingresa el 15 de Enero de 1917.

Tiene flujos vaginales desde hace 8 años. Hace 3 meses que tiene dolores en el vientre y flujo sanguinolento.

Examen ginecológico.—Cuello del útero grande y blando. Cuerpo del útero en retroposición, móvil, doloroso. Por el fondo de saco vaginal derecho se toca profundamente el anexo, móvil, aumentado de volumen, doloroso, Fluye abundante muco-pus por el orificio del cuello.

Diagnóstico.—Metritis. Salpingitis derecha.

Tratamiento.—Enero 20. Haptinógeno Gono.

Enero 24.—Útero algo aumentado de volumen, móvil, poco doloroso. Fondos de saco vaginales libres.

Febrero 1.—Segunda inyección de Haptinógeno Gono Mendez.

Febrero 3.—Se da de alta: muy mejorada.

Febrero 7.—La enferma concurre al Consultorio Externo. Se encuentra muy bien. No acusa dolores espontáneos a pesar de dedicarse a los trabajos de la casa. Ha reglado bien. No tiene flujos. El útero sigue aumentando de volumen pero es móvil e indoloro. Fondos de saco vaginales libres.

OBSERVACION L

M. A. T., folio 1448, cama 14, argentina, 19 años, casada, ingresa Enero 25 de 1917.

Tiene abundantes flujos vaginales. Tres días antes de su última regla comenzó a sentir dolores intensos en la fosa ilíaca derecha. Vómitos. Alta temperatura.

Examen ginecológico. —Ventre doloroso a la palpación especialmente en la fosa ilíaca derecha donde se palpa un plastrón que se extiende desde cerca de la línea media, hasta el hueso ilíaco derecho. Por arriba llega a un través de dedo bajo la línea bi-ilíaca. Dolor intenso en el Mac-Burney. Utero fijo y doloroso. Por el fondo de saco vaginal posterior se toca una tumefacción

dolorosa, blanda que se prolonga al fondo de saco vaginal izquierdo, fija y dolorosa. Por el derecho se toca un tumor grande, doloroso, fijo y fluctuante.

Examen de pus.—«Los cultivos hechos en agar sangre humana, han desarrollado el Gonococo de Nesser.» Protocolo 5288. Enero 31.

Diagnóstico.—Salpingo-ooforitis quística bilateral gonocócica. Pelviperitonitis.

Tratamiento.—Febrero 1.º Bolsa de hielo al vientre. Inyección de Haptinógeno Gono Méndez.

Febrero 7.—La enferma se encuentra bien. Han desaparecido los dolores espontáneos. El plastrón de la fosa iliaca ha disminuido estando en la actualidad reducido a un empastamiento, unido y paralelo a la arcada de Poupart, de 3 cm. de anchura, indoloro. Percusión sonora. Utero algo fijo, poco doloroso. Anexo derecho, fijo, duro, poco doloroso de forma alargada. Anexo izquierdo prolapsado al fondo de saco vaginal posterior, como una naranja poco doloroso a la presión.

Febrero 14. — Palpación del vientre indolora. En la fosa iliaca derecha se palpa un pequeño tumor indoloro. Anexo derecho disminuido de volumen. Anexo izquierdo pequeño poco doloroso, muy poco flujo vaginal.

Continúa en la sala. Muy mejorada.

Consideraciones

De las 50 observaciones clínicas presentadas y tratadas a base de Haptinógeno-Gono-Méndez tenemos que en 42 de ellas este tratamiento ha sido eficaz y 8 enfermas unicamente han debido ser operadas. Total un 16 por ciento de intervenciones.

En ellas se ha recurrido a la intervención quirúrgica después de haber agotado todos los recursos del tratamiento médico, regla que, como ya se ha dicho se ha observado sistemáticamente en la sala y que actualmente tiende a imponerse cada vez más. De las 8 intervenciones practicadas se ha sido mutilador en 7 de ellas y en una sola enferma (obs. 26) se ha dejado un ovario, después de practicada la termopunción. En la gran mayoría pues, se ha adoptado la intervención radical por ser este el tratamiento quirúr-

gico más eficaz, en las anexitis gonocóccicas, cuando el tratamiento médico fracasa.

Se ha tenido especial interés en observar el mayor número de anexitis quísticas ya que en ellas es más discutida la acción del Haptinógeno Gono.

Los resultados obtenidos han sido muy buenos.

He aquí la pequeña estadística.

Anexitis quísticas tratadas 40; de las cuales 8 han debido ser operadas y el resto, es decir 32 en que el tratamiento médico ha sido suficiente con este resultado: mejoradas 4.

Muy mejoradas y curadas 28.

A propósito no se han establecido diferencias entre las muy mejoradas y curadas, ya que el criterio exacto de la curación en las anexitis implica una larga observación de la enferma. Muchos de nuestros casos han sido seguidos durante un largo tiempo en el Consultorio Externo del servicio. Ello sin embargo no nos autoriza para aseverar una curación perfecta ya que no hemos tenido el tiempo necesario que debe ser muy largo. Sin embargo y a propósito de esta cuestión es interesante plantear aquí un asunto. ¿Pueden volver los anexos al estado normal después de haber sido quísticos? ¿Es necesario que esto suceda para considerar una enferma definitivamente curada? Es importante hacer notar aquí el papel de las adherencias organizadas. Por otra par-

te, la cicatrización que es el proceso de curación de toda lesión, deja siempre sus rastros: el tejido de esclerosis en mayor o menor grado. No se trata del *restitutio ad integrum* que no podemos exigir en estas afecciones, sino de la restitución más perfecta que se pueda pedir sin vestigios clínicos apreciables. En este sentido pueden considerarse como verdaderas curaciones muchos de nuestros casos que hemos anotado simplemente como muy mejorados. Tal pasa con las Observaciones 1, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 27, 30, 32, 39, 44, 46, 47, 48 y 49. Estos resultados los atribuimos a la acción benéfica del Haptinógeno-Gono-Méndez, que obra rápidamente sobre las anexitis quísticas, haciéndolas menos dolorosas primero, mobilizándolas después, y reduciendo su volumen más tarde.

Como se ha hecho notar anteriormente hemos asociado siempre el tratamiento médico clásico a la vacunoterapia, porque hemos visto los buenos resultados de la medicación coadyuvante. Ha sido nuestro objeto ayudar al organismo en todo lo posible y por todos los medios para que la vacuna encuentre más propicio el terreno en el que debe actuar. Por otra parte, es muy difícil eludir el reposo en afecciones tan dolorosas y que las mismas enfermas lógicamente se lo imponen. Ahora bien, ¿pueden atribuirse al reposo únicamen-

te las curaciones obtenidas? Es indudable la eficacia de este factor en las anexitis; él ha sido hasta ahora el más grande modificador de los anexos inflamados. Su acción es segura pero es lentísima.

¿Cómo pues atribuir al reposo que obra lentamente las enormes mejorías observadas en las enfermas inmediatamente después de la inyección del Haptinógeno? ¿Puede el reposo reducir un enorme anexo quístico en plazos tan cortos como los observados?

La obs. 3	que cura a los 13 días
" " 30	" " " " " " 12
" " 4	" " " " " " 10
" " 1	" " " " " " 8
" " 44 y 46	" " " " " " 7
" " 5, 8, 16 y 27	" " " " " " 6
" " 7 y 10	" " " " " " 5

No es posible atribuir tampoco esto a la propia evolución de la afección. Delbet dice: «La evolución de una salpingitis es muy variable. Alrededor de ciertas trompas se desarrollan edemas comparables a los que producen las fluxiones dentarias —poussés rápidas y fugaces— que desaparecen espontáneamente en dos días. Cuando se observan estas desapariciones uno cree que el éxito obedece a la terapéutica empleada la que es probable

¿Es necesaria la cavidad cerrada en el tratamiento de las anexitis? La enferma de la observación 2 a los 8 días de la inyección del Haptinógeno para tratar su anexitis izquierda hace una anexitis derecha muy intensa que cura con otra inyección de Haptinógeno Gono. ¿No se podría atribuir esto a la reinfección ya que no habiendo cavidad cerrada los gonococos no desaparecen de las vías genitales inferiores?

Las pelviperitonitis, las perimetritis que inmovilizan el útero en una ganga dolorosa, ceden rápidamente al Haptinógeno Gono Méndez. El útero se moviliza y se hace indoloro, pero no disminuye de volumen. Las metritis nos han sido muy rebeldes a la vacunoterapia y los resultados no han sido muy satisfactorios.

No hemos observado que el Haptinógeno modifique la menstruación. Ella ha sido normal o ha conservado los caracteres anteriores, durante y después de las inyecciones. Observaciones 2, 15, 43, 47, 49, 50 y otras que hemos seguido en el Consultorio Externo. Sin embargo, el Dr. Salvador, ha visto grandes menorragias producidas inmediatamente después de la inyección del Haptinógeno. Sería un punto interesante de aclarar ya que ello indicaría la oportunidad de la inyección.

Hemos visto modificarse los flujos vaginales después del Haptinógeno. Más claros, más fluidos y más abundantes al principio, disminuyen y desaparecen más tarde.

No tiene acción ninguna sobre el útero en gestación. La enferma de la observación 8 embarazada durante su tratamiento por el Haptinógeno continúa en gestación y tiene un hijo a término en parto espontáneo que vive y es sano.

Hay sedación del dolor desde las 24 horas de practicada la inyección. Vimos enfermas con dolores tan rebeldes que no cedían ni a las inyecciones de morfina, y que, el Haptinógeno Gono, las ha calmado. Esto por sí solo, es tal vez, una de sus más grandes y formales indicaciones. Observaciones 3, 11, 25, 43, etc.

No hemos tenido ocasión de observar bien su acción en los procesos febriles, pero en la enferma de la observación 25 la temperatura descende de 38° 2 a 36° 8 al otro día de practicada la inyección.

La vacuna Méndez es un agente perfectamente específico y como tal, actúa únicamente, en las afecciones a Gonococos. Esto tal vez pueda explicarnos en parte los numerosos pretendidos fracasos de su acción terapéutica. Las asociaciones microbianas toman aquí, capital importancia. El hecho de que el laboratorio nos asegure la presencia del Gonococo de Neisser no excluye la existencia de otro germen.

Se observan que los procesos anexiales y peri-anexiales rebeldes a todo tratamiento y en que la vacunoterapia no actúa y que son conducidos a la intervención, predominan en las enfermas sífilíticas no tratadas o con tratamiento insuficiente. ¿Por qué no pensar entonces, que al lado de la lesión anexial gonocócica esté la lesión sífilítica? Veamos lo que se refiere a nuestras enfermas:

Sífilíticas con Wasserman positiva 3 $\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ operadas,} \\ 1 \text{ curada con tratamiento} \\ \text{mercurial.} \end{array} \right.$

Sífilíticas sospechosas 2 $\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ operadas,} \\ 1 \text{ curada con tratamiento} \\ \text{mercurial.} \end{array} \right.$

Los datos son sumamente sugestivos. En las 50 observaciones hay 8 operadas y de éstas hay:

5 $\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ con Wassermann positivas} \\ 3 \text{ sospechosas de sífilis.} \end{array} \right.$

Es bastante racional pensar que los órganos genitales profundos no estén en la mujer lo mismo que las demás vísceras al abrigo de los ataques de la sífilis. Esto está muy poco estudiado pero las observaciones de sífilis anexiales son muy numerosas. Bouchard y Lepine, Boldt de Lecomche han observado varios casos. Lancereaux ha visto gomas del ovario. Barthelemy cita también varios casos. El Dr. Jeanne de Rouen ha presentado una observación en la cual las alteraciones anexiales tenían el aspecto de una vulgar salpingo-ovaritis que desaparecieron en poco tiempo con tratamiento específico. Pinard ha citado tres casos observados por él. Se han descrito 4 tipos clínicos de sífilis de los órganos profundos de la mujer: La sífilis gomosa, la infiltración del tejido celular pelviano, la ovaritis esclerogomosa, las metrorragias específicas. En su comienzo estas manifestaciones de la sífilis terciaria revisten los mismos caracteres que las diferentes afecciones utero-anexiales y nada atrae la atención sobre ellas que pasan desapercibidas.

Lo mismo podemos decir de las demás asociaciones microbianas. La enferma de la observación 23 tiene un absceso del ovario abierto en el fondo de saco vaginal posterior y es necesario operarla. Pero ¿cómo no pensar en el fracaso del Haptinóge-

no Gono si hay una puerta de entrada para las infecciones secundarias?

Winter ha descripto en el canal genital normal 27 especies diferentes de microorganismos.

Su número es menor en estado patológico por que parece que los saprófitos tienen una tendencia marcada a desaparecer cuando un microbio patógeno se desarrolla junto a ellos. Pero la naturaleza de los microbios patógenos es variada. Se observa el estrepto y el estafilococo, el gonococo, el coli-bacilo y a veces el neumococo y el bacilo de Koch.

Hay frecuentes ejemplos de asociaciones y aun de sustituciones bacterianas.

En las formas crónicas de la blenorragia el gonococo desaparece. Primero de una manera intermitente puesto que se le encuentra solo en los 2 o 3 días antes de las reglas y en los días que le siguen; después desaparece completamente y las investigaciones más minuciosas no revelan su presencia. Es entonces reemplazado por otros bacilos que continúan el proceso.

¿Cómo pensar entonces en el éxito del Haptinógeno? He aquí también una explicación de como en los procesos agudos de la gonococcia la acción de la vacunoterapia es más eficaz.

Otras dos observaciones (obs. 17 y 21) que fueron operadas porque el Haptinógeno fracasó, pre-

sentaban procesos periapendiculares. Pero es sabido que en las salpingitis que presentan adherencias con el recto, intestino delgado o apéndice se encuentra casi siempre el bacterium coli. Además hay también la comunicación de los linfáticos localizados en el pequeño ligamento apendículo-ovárico.

Las observaciones 36 y 37 en que el Haptinógeno no diera el resultado esperado son explicables: la 36 porque era dudosa de sífilis y la 37 porque tenía gonococos asociados al coli-comuni y al estafilococo blanco.

Tal puede ser la explicación de los fracasos de la vacuna Méndez. Pensar siempre en asociaciones bacterianas y no pedir al Haptinógeno más de lo que científicamente puede dar ya que se trata de una vacuna específica y monovalente. Inocuo, indoloro, de manejo sencillo, sin peligros de ninguna especie, el Haptinógeno se presta a usarlo conjuntamente con cualquier otro agente. En la enferma de la Observación 12 se alterna la vacuna con el neosalvarsan. Lo mismo pasa con la Observación 10. En la 9 se hacen: 2 inyecciones de Haptinógeno Gono, 2 de neosalvarsan y 7 de bi-ioduro de mercurio.

No hemos acusado nunca el menor accidente y hemos obtenido muy buenos resultados.

No hubo nunca reacción térmica ni local a la

vacuna. Hay sin embargo una excepción muy interesante. Dos de las enfermas operadas (y por lo tanto en que la vacunoterapia fracasó) dieron reacción térmica al Gono. (Observaciones 17 y 21). Otros dos fracasos y también operadas han dado reacción local a la inyección. (Observaciones 5 y 6).



Conclusiones

Los resultados obtenidos en el tratamiento de las afecciones gonocócicas de la mujer por el Haptinógeno Gono Méndez, son los siguientes:

Hace indoloros, moviliza y disminuye notablemente el volumen de los pio-salpinx.

Las salpingitis parenquimatosas se modifican rápidamente.

Las adherencias peritoneales, los exudados perimétricos, las pelviperitonitis se reabsorven, moviliza los órganos pelvianos.

Si se hace necesaria la intervención, facilita la tarea del cirujano que encuentra los órganos más libres haciendo la operación menos peligrosa.

Tiene poca acción sobre las uretritis, cistitis y metritis (no se ha hecho cavidad cerrada).

No actúa sobre las bartholinitis, en las cuales es necesario incindir o extirpar el absceso

Produce la sedación del dolor a las 24 horas de la inyección.

Modifica y suprime los flujos.

No tiene acción sobre la menstruación.

No tiene acción sobre el útero en gestación.

Técnica sencilla, inocua, no produce perturbaciones en el organismo, sin reacción general ni local. Puede asociarse a cualquier otra medicación.

No debe limitarse a la inyección única. Debe hacerse tratamiento coadyuvante y probarse siempre en las afecciones gonocócicas de la mujer.

LUIS MARIA GANDULLA.

Buenos Aires. Marzo 29 de 1917.

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. Abril 17 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3232 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Valor comparativo de las vacunas y del tratamiento médico en las afecciones genitales a gonocóccicas.

José F. Molinari.

II

Explicación de la acción curativa de las vacunas antígonocóccicas.

Lucio Durañona.

III

¿Cuál es la teoría que sostiene el autor de esta tesis con la cual explicaría las curaciones y mejoras que ha obtenido en sus observaciones?

Carlos R. Cirio.



1
1

1
1

1
1

