

## SÍFILIS UTERITIA

No existe en ningún texto un capítulo especial para el estudio completo de la sífilis uterina y tubo-ovariana al contrario de la enorme extensión concedida a la sífilis vulvo-vaginal en sus diversas manifestaciones y estados evolutivos.

En vez de censurar los tratadistas de Ginecología, meditando un poco la cuestión, se llega a convenir en la dificultad de establecer cuadros clásicos clínicos con su debida comprobación anatómica; es a ello sin duda que debe achacarse esa ausencia y no a descuido o ignorancia.

Sin embargo, desde principios de este siglo empiezan a publicarse observaciones de sífilis de los genitales abdominales; Jeanne de Ruen presenta al Congreso de Ginecología de 1904 en esa ciudad el caso de una enorme salpingo-ovaritis que cedió al mercurio y yoduro de potasio; recidiva meses después cede también rápidamente con igual tratamiento. Pinard cita el caso de empastamiento periuterino tratado con éxito por el mercurio. Se citan pacientes sufriendo de hemorragias, útero abollado, voluminoso con aspecto de fibromioma, piorrea, curados con el tratamiento específico. Historias de metrorragias en la pubertad atribuidas a heredo-sífilis por su curación pronta, y por los estigmas encontrados.

En vista de la multiplicidad de formas que afecta la sífilis genital interna los autores han establecido una clasificación sencilla a efecto de facilitar su mejor conocimiento; 4 tipos clínicos afecta la forma terciaria de sífilis:

1)—Sífilis gomosa del útero-hemorragias y nodulos de apariencia fibrosa.

2)—Infiltración del tejido celular pélvico y de las trompas, especie de sífiloma difuso con vagas apariencias gomosas.

3)—Ovaritis esclerosa o esclero-gomosa con menorragias abundantes y prolongadas y ovarios esclero-quisticos fácilmente accesibles a la palpación y tacto vaginal.

4)—Metrorragias sin lesiones caracterizadas, en relación con una angio-esclerosis acentuada de los vasos útero-ováricos.

Se han señalado también anomalías de desarrollo genital y distrofias esclerosas, atribuidas a sífilis hereditaria.

Nada remoto es que existan también placas mucosas en la uterina y tubárica pero no hay pruebas contundentes.

Fácil es imaginar que sólo haciendo exámenes sistemáticos de úteros y ovarios en piezas de sífilíticas fallecidas y en las extirpadas a pacientes específicas con historias clínicas de padecimientos genitales podrá algún día escribirse el completo capítulo de **sífilis** útero-tubo-ovárica.

En mi experiencia de veinte años de continua ginecología sólo he podido observar dos Casos claros a pesar de vivir ejerciendo en medio bastante sifilitizado.

El primero se refiere a una comerciante sexual de extraordinaria hermosura que atendí en mi servicio del Hospital General en 1928; llegó esta paciente por una abundante y prolongada menorragia, la primera en su vida; al examen se encuentran antecedentes francamente sifilíticos y un útero voluminoso, cuerpo y cuello, ninguna L<sup>e</sup>ñal de aborto o infección gonocócica reciente.

Reacción de Kahn fuertemente positiva. Se instituye tratamiento específico con magnífico resultado; las hemorragias desaparecen antes de una semana y creyéndose curada la enferma pide su alta; jse le pusieron dos inyecciones de 0.60 gr. de 914 y 8 de cianuro de mercurio. A los 4 meses regresa con un cuadro semejante más una úlcera del cuello uterino; nuevo tratamiento semejante pero menor, pues la enferma se marcha a la semana. Dos meses después reingresa en el más deplorable estado: las hemorragias no habían cesado un instante, profunda anemia, enflaquecimiento marcadísimo, tinte amarillo terroso, el tacto vaginal muestra una estupenda coliflor que concluye con la paciente en dos meses. Era un carcinoma injertado en un útero sifilítico.

El otro caso está actualmente en mi servicio del Hospital General.

E. V. de 37 años, soltera, de oficios domésticos, de Comayáuela, ingresa el 8 de Octubre por hemorragias genitales.

Cuenta que el 3 de Agosto le vino su regla y desapareció el 5 de Septiembre volvió el 10 del mismo y no cesó la hemorragia sino hasta el 17 de Octubre.

Padeció sarampión y varicela a los 13 años, otitis media en 1937, disentería en 1935, menstruó a los 14 años, perdió toda la dentadura desde los 14, fuera de dolores, osteócopos de la cara no existe otro antecedente de especificismo; sufre de resfriados. En 1938 le encontraron un Kahn 3 cruces y le inyectaron 6 ampollas de 914. Trataron sus hemorragias con extracto de hígado, vitamina C y calcio, sin resultado alguno.

Mujer de buena constitución física no encontramos al examen más que una profunda anemia de 3 millones y 64 % de hemoglobina, el resto del hemograma normal. Reacción de Kahn, 4 cruces.; tensión arterial, 90/50; no hay temperatura; pulso, 80; otros exámenes, normales. Ningún embarazo.

Antecedentes familiares: sin importancia.

En vista de que no hay más que un síntoma, hemorragia, pienso en tres posibilidades: metritis hemorrágica, hemorragias de origen anémico y sífilis uterina.

No encontrando fuera de la sífilis causa que justifique la anemia y habiendo sangrado abundantemente 62 días, me parece más

lógico admitir que la anemia es producida por las hemorragias y no las hemorragias por la anemia.

Para descartar la metritis hemorrágica le hago un raspado uterino el 11 de Octubre, la hemorragia continúa como si nada se le hubiera hecho: instituyó 914 y Yodobismitol el 12 y el 17 no había más sangre.

Se continúa ese tratamiento y no vuelve a sangrar sino hasta el 10 de Noviembre durante seis días, los habituales de su menstruación. En estos momentos está con su período de Diciembre.

Creo haber curado las hemorragias de esta enferma con el tratamiento específico y no con el raspado.

Sólo de esta manera ha sido posible a varios autores comprobar la existencia de sífilis uterina.

*S. PAREDES P.*