

El Tratamiento de la Endometritis Intersticial debe estar acorde con la Anatomía del Órgano

Anatómicamente solo **existe una Endometritis Intersticial**. Dividida en aguda y **crónica**. **Ambas de modalidad Anatómica Patológicas** de poca diferencia.

La endometritis aguda se presenta en **tres ocasiones frecuentes** de la vida activa de la **mujer así** tenemos **sus** tres modalidades que **a diario se** presentan en los servicios Ginecológicos de Hospitales y **Médicos especialistas a saber: después** de la menstruación y después del aborto o parto. La **Endometritis grave Post. menstrual** es causada habitualmente por el gonococo, que propagándose por continuidad ha llegado a la superficie epitelial y encuentra un terreno favorable para si **desarrollo** en los abundantes productos de **descamación de la mucosa**; la herida uterina es así infectada por el agente, la reparación Post. menstrual **se dificulta** y como consecuencia, la pérdida sanguínea continúa indefinidamente. **La Endometritis Post. aborto** es más frecuente y se explica su frecuencia por las maniobras **que** generalmente le preceden para provocarla y que llevan a pesar de todos los **cuidados, la infección ascendente**; explica **más** por la **permanencia de restos fetales y placentarios que mantienen dilatado al útero, abierto sus vasos permeable el cuello; en fin por las manio-**

bras operatorias necesarias para la evacuación uterina en los casos de retención; por razones semejantes, la Endometritis Post. parto, se produce cuando el período expulsivo se prolonga, cuando sido necesarias maniobras internas y cuando los tactos han sido frecuentes; **sin embargo** muy **cuidadosas investigaciones han demostrado** que casi siempre, aun en los casos mas favorables, sucede la **infección de** la herida uterina dejada por el parto, traduciéndose *por* una elevación pasajera y moderada de la temperatura; pero no debe confundirse este brote infectivo con la infección grave pasando a veces en los límites de la matriz y de la pelvis, con la infección puerperal.

El cuadro Histológico de la Endometritis aguda se caracteriza por la existencia de una zona **periférica** constituida por tejidos necróticos sin estructura reconocible limitada por una barrera de defensa linfocitaria y una zona profunda de mucosa todavía conservada pero con procesos degenerativos casi difusos; la descamación y mostificación de los epitelios es generalizada; la infiltración celular inflamatoria, constituida por abundantes polinucleares y linfocitos; **es difusa o** dispuesta *en focos*; **los vasos en fin presentan tosis polinucleares.** La disposición

de la barrera linfocitaria indica que el órgano se defiende y trata de limitar el proceso a las partes superficiales, así que es un motivo poderoso para proscribir el raspado minucioso que destruiría EN estos casos la única probabilidad de curación, abriendo las vías de infección generalizada; la consigna es no hacer nada activo contra la mucosa, y solo está permitido la extracción de restos retenidos en la cavidad imposibles de eliminar espontáneamente, valiéndose para ello de una pinza de restos o a lo sumo de una cureta sumamente roma.

LA ENDOMETRITIS CRÓNICA. —Es prácticamente siempre gonocócica y muestra regularmente tendencia a la mejoría del proceso y a su curación espontánea, quizás porque, en cada regla, la descamación de la capa funcional y su eliminación arrastra las formaciones inflamatorias volviendo las cada vez más reducidas. En su cuadro histológico es únicamente característico la infiltración de células redondas y plasmocelulares pues en cuanto se refiere al contenido en fibrillas conjuntivas del estroma, su volubilidad esta en relación con la inconstancia del método de V. Gienson y de cualquier modo no tiene importancia diagnóstica: el endometritis es un tejido incapaz, de desarrollar típicas formaciones esclerosas o cicatriciales: y en cuanto a la leucocitosis observada en los capilares, parece ser no más un fenómeno precursor de la llegada de leucosi-

tos en fase premenstrual o debido quizás al éxtasis vascular engendrado en la operación; pero de cualquier modo, se impone gran reserva al utilizar tal comprobación con fines diagnósticos, ahora células redondas y plasmocelulares en encontrarse aun en mucosas normales y la separación entre lo normal y lo que cabe en el marco de lo patológico esta sujeto a interpretaciones personales. Según Schoder, está dentro de los límites normales una repartición difusa de células redondas en número escaso hasta mediano, que soló se vuelven más abundantes en el premenstruo, acompañadas entonces por leucocitos polinucleares, asimismo una agrupación en campos perivasculares o periglandulares o sin orden determinado en fin todavía debe considerarse normal la presencia del plasmocélulas completamente aisladas hasta en escasa cantidad. Tan pronto como los campos de células redondas se vuelven más grandes o más numerosos o que el contenido plasmocelular llega a ser medianamente rico y más todavía, puede asegurarse la existencia de un proceso inflamatorio crónico. La constatación de casos raros de folículos linfáticos genéricos se considera normal y para diferenciarlos de los campos celulares inflamatorios, es necesario recordar que la mayoría de aquellos asienta en capa profunda, son redondos u ovals, precisamente limitados y constan de un núcleo de células a protoplasma abundante rodeado

de una capa formada por típicos linfocitos.

Se observa que en la mucosa crónicamente inflamada el proceso ataca a todo el espesor desde el epitelio superficial hasta la capa muscular y se constata cuando profundamente llegan los infiltrados, se convence uno pronto, por una parte de la imposibilidad de conseguir una mucosa neoformada, absolutamente indemne. De aquí la inutilidad de los tratamientos radicales, pues teóricamente solo sería

dable esperar un éxito terapéutico en la endometritis crónica cuando toda la mucosa uterina fuera extirpada lo cual nunca es posible conseguir.

"Y nosotros podemos tranquilamente afirmar que en la endometritis crónica no se conseguirá por ablación de la mucosa enferma la neoformación de una sana y en consecuencia, que el raspado no debe ser ejecutado como único tratamiento del flujo" Histschmaun y Adler.

PASTOR GÓMEZ.

Toda piuria renal que una radiografía no ha mostrado de origen calculoso debe ser sospechosa. —El diagnóstico de pielonefritis no será aceptado sino por eliminación.—Marión.

Saber que todos los intertrigos son parasitarios, y deben ser como tales tratados, es una noción terapéutica capital que ya esta dando sus frutos.—Saboureaud.

LA ASUEROTERAPIA

La prensa capitalina se ha venido ocupando con bastante insistencia de los trabajos llevados a cabo en Olanchito, con el método del Dr. Asuero modificado por él, nuestro consocio el Dr. Pompilio Romero.

En vista de los notables resultados obtenidos según afirmaciones del autor, la Asociación Médica Hondureña resolvió por unanimidad invitar al Dr. Romero, hace cinco meses, para venir a Tegucigalpa, a mostrarnos su método, a lo que el Dr. respondió que vendría en mayo.

Ansiosos hemos estado esperando al Dr. Romero y confiamos en que muy pronto seremos honrados con su presencia en esta capital.

La Asociación Médica desde hoy empieza a agradecer al distinguido miembro de ella el honor que le hará de confiarnos método.

La Hidro--climatología ha pasado como muchas ciencias por una serie de etapas; empírica clínica, químico físico. Folia entra actualmente al dominio de la medicina experimental.

Mauricio Villaret.