

Sífilis uterina y anexial en la mujer

Su Tratamiento

Síntesis de la conferencia dictada por el **Prof. C. A. Castaño**

(Ciclo para Graduados)

La lúes, comenzó diciendo el **profesor** Castaño, puede afectar de dos maneras el aparato genital; ya localizándose directamente en él, provocando **alteraciones orgánicas** del mismo, ya provocando **alteraciones funcionales**, sin Realización orgánica.

El diagnóstico de **lúes** genital es difícil no sólo en su etapa primaria, chancro (escasos trastornos por lo que rara vez tiene el médico ocasión de sorprenderlo) sino durante su evolución tardía, por intrincarse con otras **afecciones** genitales, gonococcia, etc. Por eso para diagnosticar hay que pensar en ella.

Enumeró a continuación las multiformes manifestaciones mórbidas de la sífilis en el aparato genital femenino, refiriéndose principalmente a las alteraciones funcionales.

De las vírgenes

I Dismenorrea con hiperplasia. Trastornos menstruales por alteración endocrina.
 I Leucorreas.
 Clorosis,
 I Ciertas ovaritis esclerocísticas.
 I Congestiones, hiperhemia del útero y ovario.
 I Malformaciones congénitas.
 < Algias (neurosis hipogástricas, etc.

Estados todos en los que interviene con frecuencia *un* fondo específico innegable.

I Esterilidad.
 i Abortos a repetición.
 i Fibromioma uterino.
 t Degeneración quística de los ovarios. **De**
 las nu- Varicocele pelviano,
 líparas y 'Metropatía hemorrá-
 múltiparas * gica.
 i Esclerosis uterinas.
 * Trastornos menstruales (amenorreas o hemorragias).
 ' Enfermedad de Basedow.
 (Algunos vómitos incoercibles.
 i Hipertiroidismo del embarazo y del parto.
 Durante el (Astenia, hiposurrep-
 puerperio i nalismo. y el parto i
 Embarazos gemelares.
 ' Mola **hidatiforme**.
 | **Desprendimiento**
 ' placentario.
 i (por alter. del huevo, o irrít. uterina).

Son todas manifestaciones comunes en las enfermas de terre-

no sifilítico. He ahí surge la utilidad de un tratamiento de fondo.

Sífilis adquirida

Manifestación primaria. El chineró genital femenino se localiza en general en la región antevestibular, clítoris, pequeños labios, periné, reborde anal; *nunca en la vagina*, particularidad debida a su tipo de epitelio; en el cuello del útero también se puede localizar aunque su diagnóstico no es frecuente por no examinarse la mujer en ese período. Los diagnósticos de ese tipo hechos por el Dr. Castaño, han sido en recién casadas, examinadas a **instancias** del cónyuge infectante.

Puede ser único o múltiple (Fournier) cervical; céntrico o excéntrico y a veces endocervical. Prefiere en general el labio anterior (el más expuesto por su situación). Es más frecuente cuando hay un herpes genital cuyas vesículas le ofrecen una **puerta** de entrada, Fournier aconsejaba en los herpes buscar el chancro de "parti pris".

Su aspecto ofrece varias características: su coloración "tocino rancio" blanco amarillenta, tan distinta del color **rojizo** del chancro corriente; su **forma en C**, en **media** luna (las erosiones por **cervicitis** son redondeadas); su induración que se investiga **con** un histerómetro comparando con otras *zunas* normales de) cuello; alrededor del chancro hay un edema **que** simula una **hipertrofia**. Ese chancro alojado en una región húmeda., tibia sin traumatismos, cicatriza sin dejar rastros, en plazos mucho más breves que el chancro ordinario del plan-de, por ejemplo. Es otra razón de la rareza relativa de su diagnóstico. Puede revestir un aspecto ulceroso, y a veces, **pápulo** erosivo, con un "lisere" que simula un reborde.

Las adenopatías satélites son, en general, clínicamente inaccesibles, radicando en loa ganglios hipogástricos. Sólo raras veces, siguiendo la vía linfática del ligamento redondo, se infarta un ganglio satélite en el orificio inguinal externo, con las características de la adenopatía sifilítica.

En ocasiones se acompaña de signos generales de la infección: anemia, que son mucho más **mar-**

cados **en** el período **secundaria**

Son circunstancias predisponentes a parte del herpes, la multiparidad; el prolapso, ectropión o erosión.

Sifilides secundarias: Son concomitantes en general con otras manifestaciones de secundarismo específico (roseóla, sifilides papulosas, condilomas sifilíticos, etc.) Mucho más frecuentes en la región vulgar (552 casos) que en el cuello (25 casos) y vagina (9 casos), **según la estadística** de Fournier.

Las características de las sifilides secundarias del cuello, según Fournier, son: lesiones secretantes, recidivantes, curables y eminentemente contagiosas. La secreción es gomosa, abundante, y no cura con lavaje.

Se describen varias formas de sifilides secundarias del cuello uterino:

Eritematosa: coincide con la roseóla; son placas rojo-violáceas, lucientes.

Erosiva', ligeras excoriaciones lenticulares, múltiples, a veces confluentes formando figuras circinadas. Los elementos aislados son semilunares. Se diferencian de la erosión de la cervicitis, por localizarse en los labios.

Hipertrófica exulcerada: hipertrofia violácea, a predominio transversal.

Papulosa: es la forma más común; pápulas diseminadas en el cuello, coincidiendo con una sífilides papulosa generalizada.

Ulcerosa: sigue a las formas erosivas, siendo la pérdida de sustancia más profunda. Se encuentran hacia el fin del período secundario y comienzo del terciario.

Acompañan a estas lesiones signos generales de la toxiinfección específica: anemia, astenia, fiebre, cefaleas, a veces marcadas. Pueden también observarse en este período alteraciones del ritmo menstrual amenorrea o menorragias alternadas, sin ningún dolor).

Sífilides terciarias: Adoptó el disertante, la clasificación de Laf-

font: sífilis terciaria del cuello y sífilis terciaria del cuerpo uterino:

(ulcerosa

Síf. del (gomosa.

cuello (leucoplásica.

(esclerosa.

La forma *ulcerosa* es indolora, en forma de C o de una luna creciente, de fondo grisáceo; sangra poco al tocarla; la confusión posible es con el cáncer del cuello (forma redondeada, fondo rojizo, sangrante) En los casos difíciles se recurrirá a la biopsia.

La forma *gomosa* se presenta en forma de **tumoraciones** del tamaño de un garbanzo, duras pero con el centro depresible, cubiertas por una mucosa de aspecto normal al examen directo. Se semejan a los huevos de Naboth. pero en éstos el epitelio que los recubre los deja traslucir.

Infiltrac. gomosa.
 Ule. go- Gomas
 mosa Ulcerac. fongosas
 del endometrio

 Leucoplasia endou-
 terina

Esclerosa Esclerosis sifil. total
 o parcial
 Útero atrófico
 Angioesclerosis
 (arteritis sifil.)

Son frecuentes, pero el diag-
 nóstico se presenta difícil con los
 fibromas, útero de **Richelot**, cer-
 vicitis hipertrófica, metritis pa-
 renquimatosas. etc. Hay que
 pensar en ellas y **aguzar** los me-
 dios de diagnóstico.

Dan particularmente trastornos
 funcionales: hemorragias abun-
 dantes a forma menor o metrorrá-
 gica; anemiantes, rebeldes; el
 útero es duro, el cuello hipertró-
 fico. A la histerometría es de
 tamaño normal o ligeramente
 agrandado. Sangra fácilmente;
 los vasos son esclerosos y ello es
 el estigma de la lúes antigua.
 Coinciden con hipertensión, lesio-
 nes aórtica, renales, etc. **Hay**
 que tenerlas presentes en las he-
 morragias de la menopausia.

Recordó Castaño, también, la
 forma por él **llamada** *Pseudofibro-*

ma formada por una asociación
 de gonococo y lúes. Los anexos
 inflamados crónicamente son du-
 ros, indoloros, fijos: el útero
 grande, duro, también fijo. No
 hay mayor dolor ni temperatura.
Existe una verdadera ganga pa-
 rametrial sifilítica, lo que torna
 muy dificultosa la operación.

Se refirió en lo que respecta a
 la **sífilis anexial**, al interesante
signo de Wassilieffo del *dolor ar-*
terial. La compresión de las
 arterias como el cayado de la ute-
 rina, vaginales, femorales, es do-
 lorosa en los casos de sífilis
 anexial.

Tratamiento

Recordó las condiciones parti-
 cular20 Tm5c 0.1924 Tw 10.98 0 0 10.98 309 496.9508.

luética, en vi siguiente escalaron de **acuerdo** con la escuda **francesa**: si es As vale 10, el Bi vale 8 y el Hg vale 6.

Tratamiento de la lúes en el primer periodo: Sigue aquí **Castaño** a su maestro **Gougerot** (Hosp. Saint Louys) y a **Milian**. Combina **sistematicamente** el As **con el Bi o el Hg, en curas mixtas intensivas**. Indica como dosis óptimas por serie, una cantidad de **Neosalvarsan** de 0,10 gr. por Kg. de peso de la enferma; y una cantidad de Bismuto de 0,05 por Kg. de peso; p. ej.: mujer de 60 kilos recibirá por serie 6 gr. de **Neosalvarsan** (o equivalente) y 3 gr. de Bismuto,

L-A9 dosis más bajas son insuficientes y hasta nocivas para dar reactivaciones y neurorrecidivas, sobre todo en el período secundario.

Es raro encontrar una mujer con la lesión primaria; las vistas **por** el conferenciante han sido en general recién casadas. Hecho el diagnóstico si es **posible** con el control del ultramicroscopio (trepone), se iniciará un **trata-**

miento de ataque enérgico y continuado **en la forma que prescribe Gougerot**.

1er año: Comenzar con As y BÍ. Si es posible, Neosalvarsán endovenosa, si no hay vena, con Miosalvarsan o Sulfarsenol.

La primera dosis de Neo. de 0'15 gr. se repetirá a las 4 o 48 horas; se dará a los 3 días 0,30 gr. y cuatro días después 0,45 gr. Recién serán semanales las **dosis** de 0.60 o más gr.; si la mujer es fuerte y tolera bien, no teme indicar 0,75 gr. por semana, *con todas las precauciones de estilo:* en ayunas, con toma de adrenalina, inyección lenta y durante ese día no almorzar: sólo tomarte a la tarde y cenar luego normalmente. Se llega a la dosis de 0,10 gr. por Kg. de peso y por serie.

Se debe tener cuidado con ciertas **enfermas** sensibles, quizás insuficientes hepáticas o renales en latencia. Aconseja Castaño *la intradermorreacción de Milian* que orienta sobre esa sensibilidad particular y precave así dolorosos accidentes. Se inyecta por vía intradérmica una gota de una so-

lución débil de Neosalvarsán. Si no hay mayor reacción local se la puede tratar con confianza; si hay gran reacción local, hay que redoblar las precauciones o en ciertos casos abstenerse.

Entre las reacciones comunes se cuentan:

El Eritema 99 día, semejante al sarampión por el tipo eruptivo; escasas manifestaciones generales; es el eritema biotrópico de Milian. No tiene mayor importancia; se puede continuar.

La eritrodermia tardía con alteración del estado general, fiebre etc. es en cambio, de significado importante indicando una intolerancia que podrá durar toda la vida. Hay que cesar la medicación.

El Bismuto sedará concomitante con el As. en dos dosis semanales, por vía intramuscular glútea hasta totalizar la dosis de 0,50 gr. por Kg de peso y por serie. Aconseja Mutanol, Curalues, Casbis, Casbis, etc.

Subrayó la necesidad de cerciorarse de que la aguja no está en un vaso, pues si se inyecta el Bi. en su luz se puede asistir a la te-

rrible gangrena aguda glútea o dermatitis lívida de Nicolau. accidente lamentable por lo doloroso y largo de su evolución.

Finalizada la serie, se hará un compás de espera de 4 a 5 semanas y se reiniciará a las mismas dosis, y así sucesivamente hasta el fin del primer año.

Esta cura de *ataque* aconseja Gougerot *prolongarla hasta la desaparición de todo signo clásico o humoral de la sífilis*, dura por lo general un año.

El año de sucesivos, cura de consolidación (Gougerot), indispensable para evitar la recidiva; durará según el caso, de 2 a 4 años; se emplearán como armas activas, alternando el Bi. y el Hg. Por ejemplo, 2 series anuales de Bi y dos intercaladas de Hg.; vale decir cuatro curas anuales, separadas unas de otras por 6 semanas de repodo medicamentoso. El Hg. preferido en estos por el conferenciante es H Hg, insoluble, cu forma de aceite gris, a la dosis de **0,06** a 0,08 gr. semanales según el peso de la enferma hasta totalizar la dosis de 0,01 gr. Kg. *de*

peso de la enferma y por serie. Al fin de la cura "de consolidación" efectúa Wassermann en sangre y **céfalo-raquídeo** de control y si todo es negativo, *pasa* a la "**cura de aseguramiento**" (Gougerot); algunos autores no la emplean, **vigilando** sólo a la enferma, listos a tratarla al menor signo de recidiva; pero el eminente **Prof.** de París aconseja seguir **curas espaciadas** y menos intensas, durante un **largo** período de años, en la convicción de alejar así toda probabilidad de recidiva.

Tratamiento de la lúes terciaria y de la heredolúes: Asigna importancia a la Wassermann (en sangre y cefalorraquídeo) reactivando previamente, y a la **linfocitosis**.

Hace serie si es posible con arsénico (no lo emplea en las enfermas de cierta edad, en la meno-

pausia, las que presentan **meio-pragías viscerales** múltiples). Utiliza el **Sulfarsenol** o el **Miosalvarean**, por vía intramuscular o subcutánea quizás menos **dolorosa**; como excipiente suero **glucosificado**, y la dilución en lo posible isotónica.

Da dos inyecciones semanales hasta totalizar si se puede, la dosis de 0.10 gr, por Kr. de peso.

Emplea también el Acetilarsán, por las mismas vías, 2 inyecciones semanales, que es muy tolerable; preconizó asimismo el Hectargirin el A. (As. 0.10 gr. y 0,005 gr. Bicánuro Hg.) y el B. (As 0,10 gr. y 0,01 gr. de Bicánuro de Hg.) con lo que se realiza un tratamiento mixto As y Hg.

Se harán 2 a 3 curas anuales, reemplazando poco a poco el As. por el Bi. o el Hg.

Si la enferma no tolera el As.

(menopausia, etc.) se recurrirá al **Blondo** prefiriendo aquí **Castaño** el **Quinby**, hasta la dosis de 0.05 gr. por Kr. y por serie.

En el mismo caso, o alternando con *el Bi.* (durante series diferentes) se puede emplear el Hg.; en los casos de cierta urgencia (sífilis terciarias evolutivas) se emplearán **Hg. solubles** y sí se puede endovenosos. El mejor Hg. endovenoso es el **Bicianuro** de Hg., sino, solubles por vía **intramuscular**, siendo muy recomendable el **Oxicianuro** de Hg. por su riqueza (76 %) de Hg. Utiliza **Gougerot** aquí el **Novargyre** o el **Musculurgyre**, día por medio, intramuscular **comenzando** por luego **A, j y 1 anapoya**: 20 inyecciones y luego descanso de 2 meses.

Puede emplearse también en estos casos el **Biyoduro** de Hg. de **Robert y Carriere**, con un 169! de Hg.; intramuscular, **muy toíerable**, día por medio, a dosis algo más alta que los **bicianuros** y **oxicianuros**. **También** es excelente el **Ciarnyl** de **Calcagno**.

Se empleará Hg. insoluble de preferencia cuando no hay tanta prisa, así, por ejemplo, el **Aceite gris con amalgama de plata de Ercé**, en jeringas **inyectables**,

cada uno, en inyecciones semanales hasta totalizar en 8 a 10 inyecciones la dosis de 1 centigramo por kilo de peso.

El grave peligro de los **mercuriales insolubles**, reside en su **reabsorción** masiva, lo que **ocurre** si se depositan en el tejido celular subcutáneo; ese nódulo no se reabsorbe, hasta que un día por razones a veces no bien determinadas, se reabsorbe con sus vecinos, bruscamente, y la dosis masiva de Hg. crea graves complicaciones (encías, recto, riñón.)

De ahí el consejo de evitar los preparados **solubles**, en las mujeres muy **gruesas**, por temor a que queden en **el tejido celular** subcutáneo.

Para las *estomatitis mercuriales* aconseja **Castaño** tópicos locales con ácido crómico al **1/1 pintando** las encías.

Para las *estomatitis mercuriales* preconiza el efecto sedante de los pequeños enemas de **agua de lino de almidón**, **adicionados** si es preciso de unas gotas de láudano.

Si la enferma reside lejos del media se le puede indicar como **As.** por **boca** el **Stovarsol** o el **Treparsol**, tomado en ayunas, **lejos** de las comidas durante 5 días, descansando luego 10. To-

mará 2 a 4 comprimidos diarios según la tolerancia, y esos días conviene que no almuerce, tomando un té claro a la tarde y cenando normalmente. Así se evitan las desagradables cefaleas.

Combina a eso el BÍ. y el Hg. por vía rectal:

Bi. rectal, por ej: Supositorios de Mutanol, 1 cada noche: coma Hg. rectal, prefiere Castaño los supositorios de aceite gris. Ovones grises de Gibson, dosados del N1 al 10, correspondiendo una cota más a cada gradación eligerá el N 6 (6 gotas) en una adulta, 1 supositorio cada noche durante 20 noches.

Se puede emplear también el As. por vía rectal: Neosalvarsán o Sulfarsenol 3 enemas semanales de 0, 15 gr. c/u.

Por boca son inútiles, asimismo el jarabe de Gibert y entre nosotros el Elixir Biode Soubeiran.

Tratamiento complementarios;* Es partidario Castaño del clásico yodo o yoduros, que suministra en los períodos intercalares de las series. Son **ellos** de particular utilidad en las lúes **terciarias**, v en toda forma con **esclerosis** o hipertrofia.

Se utiliza la vía subcutánea, prefiere la Endoiódina de Bayer en solución acuosa, muy superior a los preparados con aceite.

Si emplea la vía bucal, tía el Yodinmarin **Ferrin** (yodo orgánico de algas marinas), o sino la clásica formule.

Rp;

Yodo metaloide 6 gr.

Alcohol 60 gr

en leche en las comidas, comenzando por 5 gotas, hasta 50 o 100* por vez, según tolerancia.

También pueden darse yoduros, como la Solución Souffron, que tiene un gramo por cucharada sopera, en las comidas, con leche.

En el caso de intolerancia gástrica a los compuesto» yodados, se puede recurrir a la vía **rectal**:
Rp.

Yoduro de potasio....2 gr.

1 Papel: XX

que se dará en un pequeño enema a la noche, al acostarse.

Si a pesar de todo esto, no se consigue modificar una Wassermann rebelde o una lúes **visceral**, se puede, como hace Milian, intentar reactivarla **mediante** inyecciones de Intramina, No.1 y 2 mezcladas, de 2 a 5 ce. **intramusculares**, los veces a la semana, **o** tomo **aconsejan** otros, recurriendo a la autohemoterapia.

Tratamiento durante el embarazo Se refirió brevemente a él, el conferenciante, al final de su disertación, manifestando que salvo en casos de urgencia, pretere el BÍ, a dosis bajas, 1 ampolla semanal, cié Mutanol. por ejemplo. Si la situación apremia, se ciarán dos ampollas semanales hasta totalizar la dosis, y luego descanso, recordando la importancia de la vigilancia renal durante este período.

C. LEONI.

(De *El Día Médico*, de Buenos Aires.)