

La Gonorrea durante la gestación y el puerperio

H. Prowe

RLU: 1888 - I (3) - pp. 14-17

El descubrimiento del gonococcus excitó esperanzas que hasta hoy no se han verificado. Es verdad que hoy reina más claridad sobre los órganos á donde puede localizarse la gonorrea, habiéndose demostrado el gonococcus en la uretra, la vejiga, en abscesos periuretrales, en las glándulas vulvares, en el cuello y cuerpo del útero¹, en las trompas², en la rodilla, la conjuntiva y el recto³.

Pero si es indudable que la presencia del gonococcus en una secreción declara su origen gonorreico, es cierto también que su ausencia no decide nada contra el diagnóstico de gonorrea.

Neisser⁴, Nöggerath⁵, y Schwarz⁶, han llegado cada uno por

sí al mismo resultado: que en 50% de gonorreas incontestables la demostración del gonococcus no ha sido posible.

Si el mismo padre y dos padrinos importantes del gonococcus encuentran tanta dificultad, no se puede acusar solamente el método de la investigación.

La biología del gonococcus dá una parte de la explicación. Los gonococcus penetran en las células epiteliales más superficiales ó entre ellas, quitan ó perforan el epitelio, entran proliferando hasta el cuerpo papilar de la mucosa, quedan allí y provocan una infiltración del tejido y una secreción purulenta. La curación no se hace por la eliminación de los micróbios sino por el encierro de los huéspedes peligrosos. La mucosa restituye el epitelio cilíndrico perdido por epitelio empedrado. Es claro que, acabado el estado agudo, el micróbio será raro en las secreciones.

Aquí entra entonces la notable dificultad de la investigación para

1 Bumm, der gonococcus. Neisser 1887.

2 Westermarck. Hygica. 1886 n° 48. Orthmam Berl. Klin. W. 1887. n° 14.

3 Bumm l. c.

4 Bresl. ärztl. Zeit. 8 n° 6.

5 Lat. u. chron Gon. b. Weibe. 1887.

6 Gon. b. Weibe, Volkmann Samml 8

explicar de una u otra parte el resultado negativo en 50%. Esta dificultad no existe solamente para la demostración de un número pequeño de gonococcus sino también en general.

Ni la forma, ni la reacción contra materias colorantes distinguen el gonococcus de otros diplococcus. Su único característico es de poder entrar en el protoplasma de células vivas, aumentarse allí y de formar grupos alrededor de los núcleos.

Es más difícil buscar microbios (en preparaciones de cubre-objeto) en el interior de las células que en líquidos y hace necesario muchas más preparaciones para poder decidir sobre su presencia ó ausencia.

Además, los cultivos no son muy característicos tampoco. Nöggerath⁷. ha cultivado del pus de una trompa dos especies de microbios muy semejantes al gonococcus, pero no idénticos con él. Bumm⁸. distingue cinco formas parientes del gonococcus según pequeñas diferencias en el color de los cultivos.

Por todos estos motivos los legisladores de la medicina no han podido declarar la demostración del gonococcus como indispensable para el diagnóstico. Pero la impaciente ginecología no quiere esperar. Hay que resolver una cuestión ardiente y hay que resolverla

por un número grande de observaciones fidedignas. Esta cuestión es la tesis, con la cual Nöggerath hace dos años asustó al mundo médico:

“La gonorrea es la enfermedad más frecuente del sexo femenino.”

Nöggerath⁹. no ha lanzado esta tesis, sin comprobarla por una estadística de sus casos y estableciendo un “grupo de síntomas” como patognómicos para la gonorrea, emancipándose con energía del gonococcus.

La reunión de todos los síntomas siguientes ó de algunos de ellos permite el diagnóstico de la gonorrea crónica.

1. Una mujer cae enferma después del matrimonio con un catarro que altera su estado general y reduce su peso.
2. Flujo purulento (con ausencia de erosiones muy extendidas, granulaciones, cáncer.)
3. Secreción transparente con erosión de un rojo vivo solamente en el borde del orificio externo del cuello.
4. Catarro de las glándulas vulvovaginales.
5. Vegetaciones punteadas.
6. Las mismas alrededor del ano.

7 Amer. Journ. of. obstetr. 85. Oct. p. 1088.

8 l. c.

9 Vers. Naturf. u. Aerzte 1887.

7. Colpitis granulosa.

8. Salpingo —Perimetritis.

9. Ooforitis glandularis.

Al 5º punto anoto que estas vegetaciones no son exclusivamente de origen gonorreico.

Cada clase de irritación prolongada sea química ó mecánica puede producir vegetaciones¹⁰. Pero el irritante más frecuente es la gonorrea.

Al 7º — Esta coliptis es rara en casos crónicos, no se debe creer que sea de origen gonorreico. El gonococcus no se localiza en el epitelio vaginal.

Vedeler¹¹. tiene razón de establecer solamente una coliptis traumática y una secundaria, consecuencia de una circulación anormal ó del paso de secreciones irritantes que salen del cuello.

Al 9º: Confesemos no saber casi nada de cierto sobre la anatomía patológica de las ooforitis y dejemos de querer hacer por el examen clínico el diagnóstico anatómico de una ooforitis haciendo conclusiones de éste.

También querría añadir á estos síntomas característicos para la gonorrea los siguientes propuestos por otros autores:

10 Bumm Münch. med. W. 1886. 27.

11 Norsk. magaz. f. Lågevik. 1885.

10. Gonorrea del marido.

11. Oftalmo-Blenorea de un hijo recién nacido¹² (12).

12. Hinchazón é inflamación de la mucosa de las carunculas mirtifformes y uretrales, estando la mucosa frágil y vulnerable.

13. Manchas pequeñas, elevadas, secas á base del himen ó sobre unos pliegues de la vagina¹³.

Apoyándose sobre este método de diagnosticar con seguridad la infección gonorreica de una mujer, Sanger ha amplificado la tesis de Noggerath y éste lo ha probado luego¹⁴. Ambos hacen de sus observaciones la conclusi3n “que la gonorrea juega un papel importante durante el puerperio y causa graves enfermedades puerperales.”

Es extraño que Las observaciones En favor de esta tesis no hayan caído como un aguacero sobre la mesa de redacci3n de los peri3dicos m3dicos

Y es extraño que un pronunciamiento semejante no se haya hecho todavía contra la frecuencia que las perturbaciones de la preñez son de origen gonorreico.

12 Sanger, Verh. d. deutsch. gynak. Ges. Muncheu. 87.

13 Oberlander, Vers. Naturf. u. Aerzte. 1887.

14 Noggerath, ibid.

Yo por lo menos encuentro una relación muy frecuente entre la gonorrea y unas anomalías de la gestación y del puerperio.

Las observaciones que en un extracto condensado publicaré en el siguiente, son hechos desde Mayo de 1886 en esta ciudad, parte en mi clientela y parte desde Abril de este año en el Hospital de Venéreas.

La infección gonorreica se ha probado en estos casos con el método arriba citado. En las observaciones hechas antes de usarlo, mis noticias detalladas me han hecho posible su uso retrospectivo.

El anamnéstico prepondera en varios casos de una manera no muy exacta. Lo confieso pero me niego á borrar por este defecto unas observaciones muy concluyentes. En el Hospital de Venéreas he usado el anamnéstico con especial cuidado. Suelo interrogar á las enfermas una semana después de su entrada, cuando ya no vén en mí el cerbero de policía y cuando ya tengo en manos un diagnóstico exacto. Además les preguntó varias veces y comparó los diferentes resultados. Así, me parece lícito pedir alguna fé para los anamnésticos de las prostitutas.

Sobre la cuestión, en qué grado y en qué manera la gonorrea puede hacer estéril á una mujer, no me extenderé mucho. Basten unos modestos números:

Esterilidad después de una infección gonorreica observado en 30 casos, contando como estéril ya á una mujer que no ha sido embarazada hace tres años.

De las 30 mujeres son 21 nulíparas, 5 uníparas, 2 víparas y 2 tríparas. - 10 de ellas tienen una salpingo - perimetritis doble, 14 la tienen solamente al lado izquierdo, 2 al lado derecho y en 4 el examen no ha dado un resultado incontestable (por gordura, etc.)

Pasando á estas observaciones, que se ocupan con perturbaciones de la preñez, debo mencionar primero tres casos, en los cuales la gonorrea ha fingido un embarazo por la suspensión de la regla. Que la endometritis aguda puede suspender la menstruación, es generalmente conocido.

La supresión de la regla no es en tales casos la causa de la endometritis, sino su primer síntoma.

Lomer¹⁵. insiste últimamente sobre el hecho de que la falta ó, la disminución de la menstruación se encuentra solamente en la endometritis aguda gonorreica y propone éste como síntoma clínico importante.

Mis tres casos son los siguientes:

1° J. A. 20. a. XII. 86. uretritis gon., bartolinitis. Menstr. falta por

¹⁵ D. Med. W. 43. 1887.

completo I. 87 y II. 87, vuelve III. 87. después de tratamiento intrauterino.

2° A. H. caso análogo.

3° M. G. n° 15 Hosp. Ven. entra 10. IV. SS., se creó embarazada por no haber tenido menstruación desde Febrero. Menstr. vuelve después de tratamiento intrauterino el 10. VI.

Como á este respecto no he descubierto nada de nuevo, así no lo pretendo tampoco para lo siguiente. La endometritis durante la preñez se ha estudiado con exactitud. Falta solamente comprobar que en la mayor parte de los casos esta endometritis es gonorreica.

Schröder¹⁶ distingue de una manera luminosa dos clases de endometritis en la gestación, una que produce una proliferación y espesura de la caduca y la otra que dá origen á una secreción abundante (hydrorrhoea gravidarum.)

Los éxitos de la primera, endometritis proliferante, son: 1° término normal de la preñez, esfoliación de una caduca muy espesa, por parte con el huevo, por parte con los lóquios entonces también muy espesos. 2° Hemorrágias en la

16 Geburtshülfe 1884. 399.

caduca, principalmente cerca de la inserción de la placenta, que matan al feto por sustracción repentina de óxígeno ó excitan contracciones obrando como un cuerpo extraño. 3° La proliferación es tan colosal que la caduca retiene el material de alimentación destinado para el feto.

La hidrorrea es más frecuente en los meses avanzados.

Los dos grupos anatómicos de Schroder son también grupos clínicos.

Sobre la naturaleza gonorreica de la afección habla Schroder con mucha reserva, diciendo que: “en algunos casos, pero absolutamente no siempre, la endometritis es de origen gonorreico ó sifilítico”¹⁷.

Veit¹⁸ sostiene que el origen sifilítico es sumamente raro. El mismo ha pronunciado primero que las molestias subjetivas tan extremamente fuertes de que adolecen unas mujeres durante el embarazo son síntomas de endometritis. Los dolores fuertes, las bascas, varias neuralgias y neurosis reflejas y el vómito incoercible se deben mencionar aquí.

17 L. c. 404.

18 Berl. med. Ges. 13. I. 87.