

PARTE SEGUNDA.

ENFERMEDADES FUNCIONALES.

LECCION III.

Desórdenes de la menstruacion.=Generalidades.=Fisiología patológica=Etiología.=Division.=Retencion del flujo menstrual consecutiva á la atresia de los órganos sexuales=Diagnóstico.=Tratamiento.

Señores:

Conforme al plan que nos hemos trazado para estas lecciones, tenemos que ocuparnos hoy de las enfermedades funcionales ó sea de las que se refieren á la manera anómala cómo se verifica la menstruacion. Si pudiéramos extendernos en consideraciones generales se podia hacer un largo estudio comparativo entre las teorías emitidas para explicar las enfermedades de la menstruacion y las opiniones que han prevalecido respecto á aquella funcion en cada época histórica, resultando en definitiva lo mismo que se ve suceder en lo que se refiere á las teorías sobre la menstruacion, esto es, que en ellas se han reflejado siempre, no solo las opiniones médicas sino hasta las opiniones filosóficas de cada siglo, lo cual en el terreno púramente teórico ha dado lugar á las diferentes escuelas, de muchas de las que no queda ya más que un recuerdo histórico: todas ellas han venido formando la opinion

científica con la cual no puede menos de suceder lo que pasa á toda obra humana, es decir, que varía indefinidamente, y cambia de base á cada modificaci3n en los conocimientos generales. La verdad es, que todo ese edificio, toda esa balumba de opiniones explanadas con grandes pretensiones, que enlazaban y subordinaban las funciones menstruales á las funciones de los otros 3rganos, desapareci3 desde el momento en que la fisiología, fundándose en la experimentacion, ha puesto en evidencia el mecanismo íntimo del proceso menstrual, sobre cuya doctrina, si es cierto que aun caben diferencias, no son ya diferencias radicales, no son opiniones capitales distintas, es cuesti3n solo, de dar más ó menos importancia á ciertos accidentes, pero partiendo siempre del mismo principio para explicar la menstruacion como la manifestacion externa de la ovulacion y por consiguiente como una parte del proceso íntimo de aquella funcion. Desde el momento en que se trate de una funcion conocida cuyas relaciones todas conocemos, tambien puede ya casi saberse y de una manera racional fijarse, las alteraciones que podrán venir á alterar la armonía de esta funcion, y eso serán todas aquellas que de un modo más ó menos profundo vengán á alterar la sucesion de los procesos con ó sin alteracion de la estructura anatómica, con ó sin alteracion de los mismos factores que concurren á esta funcion, pero siempre con modificaciones positivas que, si tal vez escapan á nuestros sentidos y pasan desapercibidas á nuestro exámen, es porque no pueden ser explorados los 3rganos en vida; que si fuera posible llevar á ellos el escalpelo ó el microscopio, de seguro que se encontraria la lesion, y reconoceríamos la presencia positiva y real de alteraciones anatómicas ó físicas que explicarian suficientemente la totalidad de la aberracion menstrual.

La normalidad é integridad de las funciones sexuales está siempre en razon directa de la normalidad de todas las demás funciones; como primer principio podemos decir, que en la generalidad de los casos, á un organismo sano, completamente íntegro, corresponden funciones menstruales completamente íntegras, pero las leyes orgánicas que dirigen esta funcion tienen algunas excepciones dignas de tenerse en cuenta, porque ya veremos que de esto depende el

buen conocimiento de esta Patología. Puede darse un organismo sano que funcione perfectamente y que sin embargo cuando se trata de las funciones del aparato útero-ovárico se presenten alteraciones. Estas excepciones empero, están explicadas por esa especie de independencia de que goza el aparato, que, reconocida en tiempos antiguos, hizo decir que era el útero un animal encerrado dentro de otro animal y que se sentara como un principio fisiológico que, *la mujer es lo que es por solo el útero (propter solum uterum, mulier est id quod est)*, principio que ha prevalecido y que sigue subsistiendo con una lijera modificacion: la de sustituir la palabra útero por la palabra ovario, como centro de todas las sinergias que puedan desarrollarse en el aparato generador. Esta independencia, que viene reconocida desde tiempo inmemorial, se halla confirmada por los datos que tenemos de Anatomía. Para esto, basta observar que tiene de por sí todos los elementos suficientes y bastantes para vivir y para el desarrollo de sus funciones; y aparte lo que corresponde al ejercicio armónico de la economía en general, en cuanto se desciende á su manera de obrar, no necesita de los demás aparatos, ni los demás aparatos necesitan de él. Un ejemplo pondrá mas de manifiesto la verdad práctica de esta proposicion. El pulmon, bajo el punto de vista de la funcion respiratoria, la hace por sí solo, pero está tan íntimamente enlazado con el aparato central de la circulacion, que no se verificaria bien aquella, si éste no contribuyera directamente á una gran parte de sus fenómenos. Las funciones del aparato digestivo están tan íntimamente enlazadas unas con otras en sus diferentes etapas, que podemos marcar el alcance de cada una, por la importancia y el modo de desarrollo de la que le precede y la que sigue: sin quimificacion no hay glicogenia, sin quilificacion no se realiza la absorcion y la nutricion, y de esta suerte podríamos ir analizando las diversas operaciones que completan la funcion digestiva, en términos que, en faltando una de ellas, las demás decaen y llega hasta perecer el individuo, cuando sufre profundamente la integridad del aparato, como quiera que no suministra los elementos primordiales para el sosten de la vida.

Al contrario de lo expuesto, el aparato genital no necesita más que de sí mismo como funcion aislada; sin embargo,

veremos cuando nos ocupemos de la relacion que guarda con otros sistemas y procesos que en determinadas circunstancias las demás funciones deben influir sobre el aparato genital, en cuyo caso es posible ver alteraciones del mismo, sintomáticas de enfermedades de otros órganos, y por lo tanto subordinadas á ellas. Fuera de estos casos, el aparato generador puede cumplir sus fines en la fisiología de la generacion, aun mientras los demás aparatos dejan de cumplir los suyos respectivos, mientras no se afecte radicalmente la armonía total orgánica.

Pues bien, esa especie de independendencia ó manera de ser propia de las funciones genitales, trasciende á la manifestacion de sus alteraciones, y ha hecho que se consideren como esenciales, suponiéndolas desenlazadas de toda relacion normal ó anormal con los centros principales, sobre todo con el sistema nervioso; en una palabra, considerándolo como con vida propia. Partiendo de estas ideas debemos comprenderlo que se llama fisiología patológica de la funcion menstrual, como la manera de realizarse la funcion anormalmente. Recordando la manera cómo se verifica la menstruacion, encontraremos tres puntos principales, tres orígenes distintos, por los cuales se puede alterar la funcion: 1.º Perversion en la causa inicial ó movimiento primero de la ovulacion, representado por el desarrollo de la vesícula de Graaf, pudiendo alterarse por lesion de tejido, por exceso ó defecto de actividades, y por desórden en la sucesion de hechos. 2.º Perversion en el desarrollo de las sinergias orgánicas, de las cuales participan, no solamente el ovario, sino todos los demás órganos por continuidad de los sistemas fibrilar, nervioso y vascular, de lo cual resulta la alteracion del todo, en cuanto sufre un estímulo cualquiera de sus partes. 3.º Perversion en el tiempo final, en el que responde la matriz á la actividad iniciada en la vesícula, reforzada en el ovario y en los ganglios y terminada en el útero en que se realiza la crisis hemorrágica. En el primer caso puede faltar en absoluto la vesícula ó existir sin óvulo, y queda una especie de impotencia cuyo resultado inmediato es la no presentacion de la funcion y entonces como que no es posible el desarrollo ovular, tampoco hay menstruacion. Esta funcion deja de aparecer, y sin embargo, pudiéramos decir que aquel estado negativo ha de

ser el caso más sencillo, anatómicamente considerado, pero al propio tiempo reconocemos como el más importante y el más grave para el porvenir del individuo, pues le imposibilita para la reproducción.

Puede no consistir en tal lesion anatómica sino en la falta de iniciativa central, la causa del no desarrollo ovular ó finalmente puede haber alteracion en los diferentes procesos que integran la evolucion ovárica, y resultar por ello un desórden que se revela luego por la perturbacion de los fenómenos externos.

En el segundo caso, una alteracion de la actividad orgánica del ovario hace anómala la sucesion de sus procesos; á este estímulo localizado responde la economía toda, y por intermedio del sistema nervioso se presentan en diferentes puntos accidentes, que constituyen otras tantas manifestaciones morbosas de la perturbacion inicial.

Finalmente se puede desarrollar todo bien en el ovário pero no corresponder á ello el útero, y presentarse excesiva, disminuida ó modificada la crisis hemorrágica, la parte visible de la funcion la última etapa de la ovulacion, y la que debe servir de graduador de la integridad de esta, puesto que desde que se inicia en la vesícula hasta el fin, todo pasa fuera del alcance de nuestra vista.

Objetivamente por medio de la exploracion directa ni el médico ni la misma persona interesada por medio de sus sensaciones, pueden darse cuenta de lo que pasa en el fondo del ovário; pero la hemorrágia que es visible y apreciable al exterior puede servir de medio para calcular la no normalidad de los procesos centrales. En la hemorrágia puede faltar en absoluto ó presentarse de distinta manera á la que conviene al fin fisiológico, y en ambos casos produce perturbaciones con caractéres propios, y constituyendo verdaderas enfermedades. Es decir, que puede ser la hemorrágia viciosa por defecto, por exceso ó por ir acompañada de fenómenos no normales.

Si á todo esto se añaden la relacion íntima que guarda la funcion que analizamos con el sistema nervioso, y las modificaciones en los estados generales que de ella resultan, tendremos presentados á grandes rasgos ó como bosquejado, el cuadro de las diferentes maneras de alterarse la menstruacion;

sufrimiento por el desarrollo de las vesículas; perturbaciones en las sinergias y actividades del ovario, y finalmente perturbaciones dependientes de desórdenes en la hemorragia crítica.

Desde este punto á la exposicion de las causas de los desórdenes menstruales, no hay más que un paso, y entramos naturalmente en su estudio.

Las causas de los desórdenes menstruales serán externas ó internas; aquellas no obrarán más que como determinantes de la enfermedad, encontrando en esta categoría los sufrimientos de otros órganos, los traumatismos indirectos ó directos, y sobre todo las impresiones morales de todo género, que son uno de los más constantes modificadores de la regularidad menstrual. Las internas serán las verdaderamente esenciales, y podremos referirlas á dos orígenes: el primero en el mismo aparato cuando sus condiciones íntimas de estructura y relacion, no son las fisiológicas, el segundo en un vicio de la economía que radique principalmente en los sistemas generales. En el primer caso las perturbaciones menstruales resultantes serán idiopáticas, en el segundo serán sintomáticas de un estado general.

Las lesiones anatómicas causantes del desorden menstrual, pueden existir en cualquier punto del aparato; ovario, oviducto, matriz ó vagina, y consistir en falta completa de alguna parte, mala conformacion de la misma, ó defecto de sus elementos anatómicos. A las dos primeras causas se refieren las alteraciones físicas que causan la retencion y algunas variedades de dismenorrea, á la otra, la mala constitucion histológica, deberemos referir el mayor número de alteraciones que han sido llamadas vitales.

A este propósito recordaré que dos estados morbosos primitivos causantes de notables vicios en la menstruacion, y reconocidos como esenciales por los autores, tienen perfecta explicacion en ese vicio de constitucion orgánica; me refiero á los llamados *torpor* y *astenia*. Bien considerado lo que en estos casos pasa, encontramos en el primero una diferencia del estímulo inicial que, partiendo de los centros nerviosos, viene á actuar sobre el ovario para que se desarrollen en él completamente los procesos íntimos de la ovulacion. Faltando este estímulo, no hay la verdadera funcion íntima celular; el ovario parece inerte á pesar de estar dotado de todos los ele-

mentos necesarios para funcionar bien y esa torpeza no es seguramente por una causa utópica, sino por un modo de ser patológico de la médula ó del cerebro, que, si no reconocemos en todos los casos, es por la imposibilidad de llevar las exploraciones al seno de los tejidos vivos. La *astenia*, por el contrario, debemos más bien referirla á deficiencia en la circulacion, de lo cual resulta una incompleta actividad en el órgano, que necesita de la fuerza que le dé la sangre para responder bien al estímulo que recibe. Esa es á mi modo de ver la verdadera explicacion de los desórdenes llamados *vitales* de la menstruacion, y que pueden perfectamente reducirse á *torpor y astenia musculares*, cuyo resultado último es una completa pasividad del ovario. La estructura anatómica de éste nos explica perfectamente en todos los casos la manera cómo aquellas causas pueden desarrollar diversos procesos patológicos; sus fibras musculares representan el principal papel en la ovulacion, y como les falta una de las condiciones esenciales, que tales podemos reconocer, son la actividad nerviosa y la actividad circulatoria, deben por necesidad quedar sin efecto los movimientos que estas actividades realizarian; contracciones activas á las que se debe el eretismo, la congestion, la dehiscencia y expulsion del óvulo, y el regreso al estado primitivo.

Tambien en el útero pueden estudiarse los efectos del torpor muscular, puesto que las contracciones mas ó menos graduadas de sus túnicas fibrosas, son las que contribuyen á sostener el estado congestivo, cerrando los vasos de desagüe á la salida de los plexos, y despues de determinada la hemorragia, apretando los vasos y convirtiéndose en medio hemostático, cuando se ha cumplido el fin fisiológico de esta pérdida sanguínea. La fibra muscular en el útero como en el ovario se contrae segun lo exigen las condiciones de la funcion en que interviene, pero esa contraccion no se realiza por sí, en virtud de una potencia ontológicamente encerrada en su fibra, sino en fuerza del estímulo que le viene de la médula, y que pone en accion la propiedad contractil de la fibra muscular. Cuando queremos comprobar la verdad de esta asercion en el terreno experimental, substituimos la fuerza nerviosa por la fuerza de la electricidad, y establecemos una corriente á lo largo de los hacecillos musculares, consiguien-

do así una contraccion igual á la que ordinariamente provoca el flúido nervioso , al correr por un aparato muscular. Prueba inequívoca de que en la fibra existe la propiedad contractil, pero que la fuerza que la pone en accion procede de otro punto. Estas alteraciones, pues, de los sistemas generales, trascendiendo al aparato útero-ovárico , producirán un orden de funciones que calificaremos de torpor y astenia musculares, cuando aquellas fuerzas resultan deficientes, así como las llamaremos de excitacion y de hiperestenia , cuando aparezca por el contrario una desmesurada accion motora.

Así explicadas las causas vitales de los trastornos menstruales, más fácil será explicar los que siempre han sido reconocidos como orgánicos; las degeneraciones y atrofas, las inflamaciones, las neoplásias, etc., á cuyas lesiones pueden referirse muchos vicios en la manera de completarse la hemorrágia menstrual. La mayor parte de estas afecciones son adquiridas despues de establecida la menstruacion, por lo cual se convierten en una causa que la perturba ó suspende, con tanta más insistencia, cuanto el desórden anatómico es más profundo. A cualquier altura del aparato en que esto suceda, lo mismo en el ovario que en la vagina, lo mismo en las vesículas de Graaff que en la mucosa uterina, el resultado es siempre positivo, pero será menos difícil de vencer por los esfuerzos del arte, cuanto más cerca esté del exterior; de la misma manera que será menos importante una simple congestion mucosa, que la degeneracion adiposa del ovario, etcétera.

El segundo orden de causas hemos dicho que debia referirse á estados generales que trascienden á la funcion menstrual por su carácter de funcion excepcional. Esos estados pueden presentarse en toda época, pero los más notables y de mayor trascendencia se refieren á tiempos muy anteriores á la edad de la pubertad, viniendo la economía viciada por ellos, quizás desde el claustro materno. El primero y principal de esos estados morbosos generales es el raquitismo. Esta enfermedad viene constituida por un retraso en el desarrollo de los huesos que, dejando de ser asiento de esa combinacion especial de elementos orgánicos é inorgánicos, resultan como gelatinosos, endebles y no pueden responder á las necesidades de un esqueleto bien constituido. Dirase tal vez que esto nada

tiene que ver con la menstruacion , puesto que el aparato generador es independiente del esqueleto, sin embargo no es así. La razon de ser fisiológica del raquitismo no existe aisladamente en el hueso, sino que consiste en una lesion de nutricion , y esta no se traduce solamente en el tejido óseo, sino en todos los del organismo , asi que, dificilmente se verá un sugeto raquítico cuya economía goce de una perfecta normalidad en su constitucion y en sus funciones. Ahora bien, diferentes veces hemos dicho , que las funciones de reproduccion no se presentaban sino cuando el organismo estaba perfectamente desarrollado, ya que los elementos á ella destinados son los sobrantes de las funciones de necesidad individual y perentoria. Así es, que á la manera que la aparicion de la pubertad en edad oportuna segun los paises, es en ambos sexos la mejor medida de la regularidad de las funciones, y de fuerza de la vida, así tambien el retardo ó irregularidad en la presentacion de estas funciones, significa un retardo ó irregularidad en el desarrollo, una deficiencia de fuerzas, una pobreza de elementos orgánicos necesarios para la parte más elemental de la vida.

Otro carácter patogénico tienen las escrófulas y los tubérculos, enfermedades cuyo parentesco nadie pone en duda hoy dia. Todas ellas retardan ó impiden el establecimiento de la funcion menstrual, y cuando los últimos aparecen despues de la época de la pubertad, suspenden aquellas funciones, poniendo al organismo en la situacion de un pobre que, falto de todo y no pudiendo con sus necesidades, se encuentra en la imposibilidad absoluta de dar á los demás.

Todas las enfermedades crónicas en general, representan en la génesis de las perturbaciones menstruales un papel parecido, pero es mas especialmente digno de conocerse el de la tisis. Esta enfermedad, que hace sus víctimas entre los individuos que se hallan en la época mas florida de la vida, influye sobre la menstruacion suspendiéndola de una manera definitiva, mucho antes de que la consuncion haya llegado á establecerse y siendo en algunos casos el primer síntoma que hace sospechar a aquella enfermedad.

En cuanto á las enfermedades agudas, si figuran en la patogenia de la menstruacion , es de diferente manera segun los sugetos y la índole misma de la afeccion, teniendo en

cuenta que su accion modificadora de los procesos menstruales, se realiza siempre por intermedio del sistema circulatorio ó del nervioso.

Como en otra leccion tendremos que volver sobre este punto, dejamos aquí de ser mas extensos, pues basta lo dicho bajo el punto de vista de la génesis y etiología.

Partiendo de la Fisiología de la menstruacion tal como la comprendemos, clasificaremos sus perversiones segun su misma génesis fisiológica en el siguiente cuadro:

- | | | |
|-------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.º Alteraciones físicas. . . | } | No presentacion ó retencion del flujo menstrual por obliteracion del conducto de excrecion. — <i>Ateresias vulvar, vaginal y uterina.</i> |
| | } | 1.º DISMENORREA ó menstruacion dolorosa, dividida en <i>espasmódica, congestiva é inflamatoria.</i> |
| 2.º Alteraciones dinámicas. | } | 2.º AMENORREA ó falta de menstruacion, dividida en <i>radical ú ovárica y uterina.</i> |
| | } | 3.º MENORRAGIA ó menstruacion excesiva, dividida en <i>idiopática y sintomática.</i> |
| | } | 4.º ATAXIA MENSTRUAL ó anomalía de la menstruacion, con cambio de lugar en la hemorragia. |

La primera alteracion del flujo menstrual de que nos ocuparemos, es la debida á la obstruccion ó falta del conducto que debe recorrer la sangre y que puede ser de dos maneras: una que supone un estado anatómico primitivo ó congénito, se llama imperforacion, y otra adquirida con posterioridad al establecimiento de la pubertad y se le llama obliteracion ú oclusion. Nosotros usaremos indistintamente una ú otra palabra y principalmente la genérica de *ateresia*, que significa falta de conducto, la cual puede existir en cualquier punto del trayecto desde el útero hasta la region exterior. Reconocemos empero tres puntos principales: la entrada de la vagina, dentro de la misma vagina, y el cuello del útero. Algunos autores añaden á estos la obliteracion de los oviductos, pero esta obliteracion, que es una causa de esterilidad, no puede impedir la salida de la sangre por el útero, y por lo tanto

prescindiremos de ella como causa de no presentacion de la menstruacion. La primera forma puede depender de dos causas distintas; ó de una alteracion de estructura que viene á producir congenitamente la aglutinacion de la vulva, ó de causas irritativas externas, como quemaduras ú operaciones cruentas que se han practicado en los grandes lábios, y han producido una adhesion, en cuyo caso puede la obliteracion llegar á impedir la salida de la orina. En los pequeños lábios puede verse la oclusion en la parte posterior, dejando libre el vestibulo, y pocas veces se presenta completa, sino que deja casi siempre algun pequeño trayecto libre. Lo que es mas comun observar en la práctica y de menos trascendencias para el porvenir, es la imperforacion del hímen que cierra la entrada de la vagina, quedando por encima de él íntegro este conducto. Esto por lo que respecta á las atresias vulvares.

Las atresias de la vagina, pueden consistir en uno ó varios tabiques, como si fueran hímenes suplementarios á diferentes alturas aunque por lo general no suelen estar muy lejos de la entrada. Constituidas por repliegues de la mucosa adheridos, son un obstáculo á la salida de la sangre procedente del útero.

Hay otra forma en la cual falta toda ó parte de la vagina y de consiguiente presenta su terminacion en fondo de saco ó cúpula á una distancia mayor ó menor del cuello del útero, estando el espacio que los separa, ocupado por una masa de tejido célula-adiposo.

La tercera forma ó sea la que reside en el útero, consiste en la obliteracion del cuello por una especie de tapon que no suele por lo regular tener más allá de dos á tres milímetros de grueso, ó bien por adherencia completa de sus paredes: cuando esto sucede depende de una causa accidental, como cauterizaciones, escarificaciones, etc.: la primera forma es debida á una lesion primitiva y la vemos poquísimas veces en la práctica.

Cualquiera que sea la parte del conducto genital obstruido la primera señal de su existencia se presenta en la época menstrual y de consiguiente en la primera menstruacion si se trata de una imperforacion congénita, y sí de una oclusion adquirida en el período siguiente al en que ha tenido lugar la obliteracion de este conducto. En todo caso la hemorragia deja de pre-

sentarse pero la mujer experimenta todos los fenómenos íntimos que constituyen el eretismo ó mólimen menstrual, propio de la ovulacion, encontrándose muy incómoda durante todo el tiempo que correspondía al período hemorrágico, hasta que poco á poco va tranquilizándose sin que quede ningun síntoma alarmante.

Esto se atribuye tal vez á una dismenorrea, sobre todo sino hay datos para creer en una obliteracion adquirida, pues las primeras congénitas son raras y al propio tiempo es frecuente ver las ovulaciones penosas, y sin ir acompañadas de hemorrágia uterina. Viene luego el período inmediato y vuelve á suceder lo mismo, pero ya el malestar es mayor y va acompañado de un sufrimiento más intenso resintiendq la enferma un peso y como plenitud constante que refiere á la parte más profunda de la vagina y de la pélvis, efecto de la sangre que va coleccionándose en el útero y en la vagina, dolor y peso que disminuye algo en el período de descanso. Así se suceden las cosas, hasta que la coleccion empiece á distender el útero, en cuyo caso el padecimiento es continuo, dificultanse la miccion y la defecacion, vienen dolores lancinantes, movimiento febril accesimal, alteracion de las funciones digestivas, ansiedad y en último caso síntomas de peritonitis localizada. La exploracion externa dá entonces la sensacion de un tumor en la region hipogástrica que asciende desde la cavidad pélvica y no es más que el útero que crece por la sangre que lo llena y distiende. El crecimiento de este tumor, es visible y rápido durante los días que corresponden al flujo, luego se suspende y disminuye algo, notándose un ligero alivio y es porque durante el período en que no se verifica la ovulacion, la sangre se seca, las partes líquidas son absorbidas, la grasa es absorbida tambien quedando siempre un residuo que constituye el tumor persistente.

Cuando viene la época de la otra menstruacion se repiten los mismos fenómenos, cada vez más graves bajo el punto de vista de los sufrimientos y peligros. Entonces empieza á ser el tumor bastante grande para que se le confunda con el embarazo ó con otras enfermedades de las que producen el crecimiento del útero. Hay sin embargo algunos caracteres que lo distinguen de todas ellas, y son la alternativa de crecimiento y disminucion, la exasperacion de todos los síntomas en épo-

cas periódicas, y la duracion de tales fenómenos más allá del tiempo regular de la gestacion, signos más que suficientes para distinguirlo de este, y de los tumores uterinos.

El malestar creciente de la enferma, la aparicion de síntomas graves y hasta la pasion de ánimo en que se encuentra acaban por establecer un estado caquéctico con calentura lenta y sudores colicuativos á los cuales puede muy bien sucumbir. Puede terminar ese estado tambien fatalmente, por rotura del útero y muerte rápida por hemorragia ó por peritonitis, en fin, puede sobrevenir una terminacion favorable, aunque excepcional, por rotura espontánea del obstáculo que cerraba el conducto genital y consecutiva evacuacion de la sangre retenida, volviendo paulatinamente las cosas á su estado normal.

Los que incluyen entre las obstrucciones que estamos analizando las de los oviductos admiten tambien la distension de estos y consecutiva ruptura con todas las graves consecuencias de la misma. Esto es muy cierto, y más adelante veremos que tal es la génesis mas frecuente de los derrames sanguíneos de la pequeña pélvis, pero este estado patológico puede existir sin faltar la hemorragia externa, puesto que el mayor contingente de ésta procede del útero y no de los ovarios y la trompa. Puede tambien presentarse otro accidente, por muchos ginecólogos admitido, y es el reflujo por las trompas de la sangre forzosamente encerrada en el útero, y su consecutivo derrame en la cavidad peritoneal, constituyendo una causa poderosa de peritonitis mortal. Aunque posible el hecho debe sin embargo ser muy raro.

Cuando por uno de estos procedimientos sobreviene la peritonitis se presenta con los caractéres de fulminante que tiene siempre esa inflamacion al reconocer una causa traumática.

El cuadro que acabamos de trazar es el de la retencion en su forma más grave, cuando por ser desconocido el obstáculo ó por estar fuera del alcance del arte llegan las cosas á su término más fatal.

Si los síntomas que acompañan á la falta de la menstruacion nos hacen sospechar la existencia de un aterésia, pasamos al reconocimiento para establecer el diagnóstico.

Al examinar la entrada de la vagina, si la distension es



del hímen, vemos entre los grandes lábios un tumor esférico de un color rojo, que en algunos casos toma el lívido y que se vé estar formado por una mucosa gruesa, resistente y tirante, que no es otra cosa que el hímen distendido: por el exámen digital reconocemos la fluctuacion, mientras la sangre permanece sin coagular, y despues que esto sucede una pastosidad especial característica de la sangre coagulada y desecada. Observamos al propio tiempo la oclusion completa de la entrada de la vagina, y por lo tanto la presencia de un hímen imperforado. Entonces se puede pasar á plantear el único tratamiento posible, que consiste en la dilatacion con el bisturí, abriendo así paso á la sangre retenida.

Ya no es tan fácil el diagnóstico si se trata de una de esas aterésias altas dentro de la vagina, puesto que el hímen se ve en estado normal, con su respectiva perforacion ó escotadura semilunar, de modo que al primer exámen aparece la entrada de la vagina en su estado sano: entonces no hay mas medio, si se trata de una muchacha jóven, en que difícilmente se podrá explorar la vagina, que tratar de buscar el tabique que la cierra por medio del tacto, introduciendo el índice por el espacio que deja libre la abertura del hímen. En este caso el tacto reconocerá una eminencia ó tumor parecido al que acabamos de describir en la vulva, pero que podrá confundirse muy fácilmente con el cuello del útero, cuya forma tiene, y que produce al contacto del dedo la misma impresion que la de la mucosa de aquella region. Es verdad que no se encuentra la depresion que marca la presencia del orificio externo, ni están bien conformados los fondos de saco vaginales, pero á pesar de esto el error es muy posible. Para evitarlo, y al propio tiempo para tener una seguridad completa de la forma de la aterésia y la importancia que tiene la coleccion de sangre, combinamos el tacto vaginal con el rectal, introduciendo en el recto el pulgar, mientras el índice se halla en la vagina, ó mejor aun con los dedos índices de ambas manos, uno en cada cavidad. Esto no es difícil de conseguir, aunque siempre sea algo repugnante á la mujer el tacto rectal. De esta manera podemos apreciar mayor número de detalles y estimar bastante bien la naturaleza del obstáculo y de la retencion, á qué altura de la vagina se encuentra, si esta existe íntegra, aun-

que obstruida, ó falta una porcion terminando en dedo de guante, si existe el útero y conserva con la vagina sus debidas relaciones, etc. En otro caso se podrá apreciar, en vez de la vagina, una porcion dura, uno como cordon célulo-fibroso tendido entre la extremidad ciega de aquella y el útero que está en su sitio, y que será entonces el que contendrá la coleccion. Finalmente, si con estas exploraciones no se aclarasen aun las dudas, puede combinarse el tacto rectal con el cateterismo de la vejiga, con cuyo procedimiento, si no existiere el útero, podrá tocar el dedo desde el recto la sonda introducida en la uretra, sin mas intermedio que el tabique vesico-rectal, como en el sexo masculino, y si el útero existe, pero no la parte superior de la vagina, el dedo encontrará la sonda por el espacio que debajo del útero deja vacío la falta de aquel conducto.

Esta forma de aterésia es la mas grave, y resulta de un vicio de formacion embrionaria, consistente en que la vagina que se forma por el crecimiento de un mamelon procedente de la region perineal, no llega á unirse al útero, quedando aquella cerrada á una distancia mayor ó menor del cuello del útero, segun el momento en que se suspendió su desarrollo. Lesion formativa por lo tanto, parecida á la que dá por resultado el útero bicornes, por efecto de la incompleta reunion de las dos mitades que lo constituyen. La falta de vagina coincide á menudo con la falta del útero, coincidencia favorable, pues no existiendo aquel no hay menstruacion, y se evita la retencion intra-uterina.

El tratamiento de ésta es muy difícil, pues solo puede conseguirse dar salida á la sangre abriendo un trayecto artificial al través de los tejidos que se hallan entre el fondo ciego de la vagina y el cuello uterino; si la distancia es poca, la operacion puede tener resultado; si empero fuese largo el camino que debe recorrer, es muy difícil, pues hasta operadores diestrísimos han fracasado en sus tentativas. Sin embargo, cuando los síntomas propios de la retencion prolongada se acentúan, debe intentarse la operacion, procurando al abrirse paso con el bisturí, guiarlo siempre con el índice de la otra mano para defender la uretra y la vejiga, que muy fácilmente vienen á ponerse debajo del corte del instrumento; á medida que se adelanta se van separando los tejidos:

y en cuanto se llega al cuello, si no estuviese perforado, se ataca con el mismo bisturí de punta, ó mejor con un trócar. Vaciado el útero, debe colocarse en el camino abierto un cuerpo extraño, una sonda, por ejemplo, para conservar la separacion de las paredes hasta la cicatrizacion, quedando así establecida una vagina artificial.

Cuando los síntomas de la dilatacion amenacen concluir mal, y no se ha podido conseguir el abrir un conducto por el sitio propio, se presentará la indicacion de la puncion del útero, siendo en este caso el mejor procedimiento hacerla con un trócar curvo por el recto, y debajo el nivel del repliegue de Douglas, para no interesar el peritonéo.

La aterésia del cuello del útero se reconoce por la falta del orificio externo si se halla este del todo obliterado, ó por medio de la sonda uterina, si existiendo aquel, hay, sin embargo, retencion menstrual. Los síntomas de esta son los mismos que para las otras formas.

Diagnosticada la oclusion del conducto cervical, debe practicarse su abertura, y generalmente se acude al trócar. Cuando existe el orificio externo, está indicado perfectamente el punto donde debe verificarse la puncion y el camino que debe seguir el instrumento. A veces el orificio no existe, pero por el tacto se reconoce una pequeña zona blanda y como deprimida que indica el sitio donde aquel debia encontrarse, y este es entonces el punto designado para introducir el trócar. Cuando nada de esto hay, y se presenta el cuello como un cuerpo esférico, sin indicios de una abertura natural, deberá atacarse por su parte céntrica, dando al instrumento la direccion que por la exploracion recto-vaginal hayamos indagado ser la mejor para conducir á la cavidad uterina.

Cuando las aterésias son accidentales, tenemos mayor suma de datos para reconocerlas, y mas facilidad ordinariamente para las exploraciones. Sin embargo, en algunos casos la operacion para restituir las cosas á su estado normal es bastante difícil, por la aglutinacion sólida de las paredes adheridas. Esto pasa principalmente en las aterésias vaginales resultantes de traumatismos ó quemaduras, en que hay, además de la oclusion del conducto, trasformacion de las relaciones normales de unas partes con otras.

LECCION IV:

DISMENORREA.—Fisiología patológica.—Division.—1.^a variedad : Dismenorrea espasmódica.—Génesis y síntomas.—2.^a variedad : Dismenorrea congestiva—3.^a variedad : Dismenorrea inflamatoria.—Diagnóstico.—Exfoliación patológica de la mucosa uterina. Relaciones con la dismenorrea mecánica y pseudo-membranosa.—Tratamiento de las diversas formas de dismenorrea.

Señores:

La alteracion de la menstruacion que resulta de la dificultad en la realizacion de los procesos que la completan, de suerte que provoca dolor, se llama *dismenorrea*. Dismenorrea, pues, significa menstruacion dolorosa; por lo tanto debemos referir á ella los casos en que el fenómeno dolor precede, acompaña ó subsigue á la hemorragia menstrual. De propósito digo esto porque es muy fácil ver combinadas todas esas formas en la manera de producirse el dolor, como es frecuente tambien ver la dismenorrea seguida ó acompañada de otra de las variedades de perversion, que luego estudiaremos, la menorragia; lo cual significa que en la dismenorrea no siempre hay disminucion en el flujo uterino, sino que puede fácilmente haber aumento. La idea, pues, que implica la enfermedad que vamos á estudiar, es simplemente *dificultad y dolor*.

El dolor de la menstruacion nos lo esplicamos con solo recordar la manera de ser anatómica y funcional de los ovarios, pues dada la combinacion de los tres elementos, fibroso, nervioso y vascular, basta una ligera exageracion en el

modo de actuar de alguno de ellos, para que el hecho fisiológico se convierta en patológico. La función intrínseca del ovario para completar la dehiscencia de la vesícula, es una contracción muscular excitada por influencia del sistema nervioso en las fibras del bulbo, contracción proporcionada á la resistencia que hay que vencer, que no es otra que la tensión misma del ovisaco. Ahora bien; si esta tensión ó resistencia es mayor de lo regular, exigirá una mayor contracción, y esta será dolorosa; lo mismo que sucede en los demás fenómenos parecidos de la vida orgánica; cuando se desarrolla una contracción con mayor energía de la que corresponde á la fuerza de sus fibras, en vez de pasar desapercibida se hace dolorosa. No tenemos que hacer mucho esfuerzo de imaginación para comprender de qué manera produce dolor una contracción íntima del aparato muscular del ovario, y aunque existen de hecho diferentes mecanismos de producirse, según fuere la causa que actuó, sin embargo, el que prevalece es el que consiste en la contracción espasmódica de las ya citadas fibras, sobre cuyo carácter pueden desarrollarse los que proceden de la congestión ó del esfuerzo contráctil del útero. Partiendo de esas nociones fisiológicas es como clasificaremos las dismenorreas, aceptando la división que de ellas hace Raciborski, verdadera autoridad en todo cuanto se refiere á la menstruación, á cuyo estudio dedicó toda su inteligencia y el eficaz trabajo de toda su vida.

En este concepto dividiremos la dismenorrea en tres clases, *espasmódica, congestiva é inflamatoria*, que son las tres formas que fisiológicamente iremos explicando, en relación con los síntomas por los que se manifiestan al exterior.

La primera constituye lo que podemos llamar tipo de la menstruación acompañada de dolor y no es otra cosa que la contracción fibrilar normal llevada hasta el espasmo. Lo mismo es propia de mujeres jóvenes que de los últimos tiempos de la vida sexual y podemos considerarla como genérica, puesto que así como se la vé aislada, la podemos observar también acompañando á las otras formas, congestiva é inflamatoria. Se refiere casi siempre al ovario en cuanto una causa íntima, que puede ser la misma excitación nerviosa exagerada, hace que la contracción se desarrolle más de lo que permiten las condiciones anatómicas del órgano, hacién-

dose dolorosa. Comprendemos este fenómeno de una de las dos maneras siguientes: 1.º La vesícula al desarrollarse irrita los filetes nerviosos del ovario, esto produce á su vez la contraccion de las fibras que reaccionan sobre la vesícula para producir su rotura y expulsion del contenido; la irritacion se propaga á la médula, y esta á su vez vuelve al ovario la excitacion aumentada y exagerada, lo cual convierte en excesiva la contraccion fibrilar, y por lo tanto en dolorosa. 2.º La irritacion de los nervios sobre las fibras, y su accion refleja sobre la médula, no pasan los límites ordinarios, pero la vesícula, en vez de ceder á la presion de las fibras del bulbo, se resiste, esa resistencia se deja sentir en las fibras que multiplican su fuerza de contraccion, y producen por lo tanto *dolor*. De esta manera el exceso de contraccion de la porcion muscular del ovario puede tener origen en la médula por exageracion de la impulsion excito-motriz, y en el mismo ovario por provocacion desmesurada de su contractilidad. Ambos mecanismos no representan mas que una exageracion de los procesos normales, excitacion y contraccion, que pasan desapercibidos cuando la mujer está sana, y todo lo mas producen esa sensacion íntima, nada molesta y que constituye el *mólimen* ó eretismo menstrual, pero al establecerse una desproporcion entre la fuerza contractil y la resistencia que tiene que vencer, la contraccion se hace dolorosa. Una cosa parecida á esto puede observarse en otros órganos contractiles. Supongamos, por ejemplo, el aparato digestivo: en él las contracciones peristálticas se verifican en la túnica muscular para mover las sustancias que contiene, y esto sin dolor, sin sentirlo el sujeto, y de una manera poco menos que continua. Pero se acumulan las sustancias ingeridas, ó adquieren condiciones que las hacen inhábiles para su objeto, y enseguida las contracciones se hacen mas fuertes y dolorosas, produciendo los cólicos. Una cosa parecida sucede cuando la mucosa sufre un estado catarral; excítase entonces el sistema nervioso por el estímulo residente en aquella membrana, y las contracciones antes insensibles se hacen dolorosas.

Semejantes fenómenos, pues, debemos considerar que suceden en el ovario al establecerse la dismenorrea como espasmo de las fibras del bulbo. Ese dolor, hijo de una excesiva

contraccion, dura tanto como la dehiscencia y la hemorragia exterior, concluyendo con este todo el período patológico, á menos que sea substituida la dismenorrea por la menorragia, en cuyo caso empieza otra série de hechos no normales.

No es solo el ovario el órgano que se hace asiento del dolor por efecto del espasmo durante el mólimen menstrual; tambien la matriz puede presentarlo. Aquí la contraccion de las fibras uterinas lucha con la distension de los vasos repletos de sangre, y al paso que, cuando contraidas las fibras mas externas, dificultan la circulacion de retorno(1), se hacen causa de la congestion, así las mas intrínsecas, comprimiendo los vasos, favorecen la salida de la sangre. Si la contraccion no encuentra obstáculo sério en la resistencia de las túnicas vasculares, no traspasa los límites fisiológicos, y se desarrolla de una manera insensible, pero si esa resistencia es muy fuerte, ó bien si la excitacion que viene de lejos es muy activa, entonces se hace dolorosa; exactamente lo mismo que hemos dicho para el ovario.

Tal es la fisiología de la dismenorrea espasmódica, y que, como acabamos de ver, lo mismo si se debe á un espasmo de las fibras del ovario, que á las del útero, siempre podemos representárnoslo como el resultado de una desmesurada excitacion contráctil, ya sea que venga de la excesiva accion excito-motriz, ya provocada por una resistencia mayor de lo normal.

Constituye esta variedad el tipo mas general de la dismenorrea, y lo vemos en mujeres de todas edades, aunque es mas frecuente en las jóvenes.

Los *síntomas* que la caracterizan, á parte del dolor, que es patognomónico, los encontramos en muchas y variadas manifestaciones nerviosas. Es comun ver que algunas horas, y tal vez algun dia antes de empezar la menstruacion, se encuentre la mujer mal, acusando un sufrimiento como latente en el interior de la pélvis, el cual se convierte pronto en dolor, cuyo asiento es una de las regiones inguinales, ó ambas á dos. Este sufrimiento se irradia hácia el sacro y region lumbar, y algunas veces á los muslos, es lancinante,

(1) Téngase presente la estructura del útero, y muy especialmente la disposicion de las fibras del músculo extrínseco, y de la capa media, del músculo intrínseco para comprender esta accion sobre los vasos.

intermitente, y en los intervalos lo substituye una sensacion de pesadez. Se acompaña fácilmente de neuralgias, entre ellas de preferencia las intercostales, mamaria y hemicránea. Cuando se exagera, deja sentir su accion, refleja sobre el aparato digestivo y hay náuseas y vómitos: si ese estado se prolonga mucho, sobreviene un estado de postracion con movimiento ligeramente febril. En algunas mujeres este cuadro dura tanto como la menstruacion, con alternativas de mayor y menor intensidad; en otras se prolonga algunas horas, para suspenderse luego y reaparecer al finalizar el flujo; en algunas, finalmente, solo se observa por poco tiempo al establecerse la hemorragia externa. Cuando á la dismenorrea acompaña la menorragia ó flujo excesivo, puede persistir el dolor durante esta última, y afectar la forma especial del dolor de la dismenorrea inflamatoria.

El *diagnóstico* de la dismenorrea espasmódica no es difícil de establecer, pues desde luego se ve en qué consiste la enfermedad, y el carácter de nerviosos que presentan sus síntomas principales, determinan fijamente su naturaleza. Podria alguna vez confundirse con un aborto incipiente, pero este tiene mas semejanza con la dismenorrea inflamatoria, por la forma expulsiva de los dolores. Cuando las condiciones sociales y morales de la mujer sean de tal suerte que no tenga por qué disimular ú ocultar un embarazo, entonces no nos ocurrirá probablemente pensar que pueda ser un aborto el cuadro de síntomas que la enferma acusa; pero en circunstancias opuestas es muy posible, y por esto convendrá proceder con cautela y enterarse de todos los detalles que puedan ilustrarnos para fijar bien el modo de ser del dolor y demás síntomas concomitantes. Dada la imposibilidad de saber fijamente si hay ó no gestacion prévia, no podemos distinguir el aborto de la dismenorrea mas que por la manera de ser del dolor y la naturaleza de los productos expulsados de la matriz.

El *pronóstico* no es grave bajo el punto de vista general de la vida de la paciente, pero no por relacion á la misma dismenorrea, pues si bien esta puede curarse, la verdad es que cuesta mucho, y á menudo luchamos en vano para corregirla. Si no cede á un buen tratamiento puede prolongarse indefinidamente, provocar la irritacion y la inflamacion ová-

rica, el histerismo, y constituir en un estado casi valetudinario á la pobre paciente.

La DISMENORREA CONGESTIVA es la segunda forma de esta enfermedad menstrual. Aquí la excitacion del dolor parte, no del sistema nervioso, sino del circulatorio. Las congestiones sanguíneas que se verifican en el ovario y en el útero durante la dehiscencia y que representan el principal papel en el período preparativo de la hemorragia, se hacen excesivas, y en vez de realizar simplemente un proceso fisiológico, traspasa estos límites, y la congestion se presenta con todos los síntomas de la enfermedad; *tumefaccion, aumento de volumen, dolor*. El ovario, y mas aún la matriz, excesivamente llenos de sangre, se encuentran mas pesados; los filetes nerviosos que cruzan por entre las fibras se hallan comprimidos por los vasos dilatados, y como esto existe generalmente con un temperamento sanguíneo y perfecto desarrollo muscular, resulta que en vez de exfoliarse rápidamente la mucosa y abrirse los vasos para dar salida á la sangre que hay en exceso, se resisten á ella; la mucosa sí se congestiona é hipertrofia, pero no cede; de aquí ese dolor grabativo, persistente, esa plenitud y estorbo que refiere á lo mas hondo de la cavidad abdominal. El estado congestivo del útero se propaga á las regiones vecinas; congestiónanse los plexos pampiniformes, sucede lo mismo con los hemorroidales, y no tarda en comprobarse que toda la circulacion abdominal se halla influida por esa dificultad en la propia del útero. Así como la dismenorrea espasmódica es mas ovárica que uterina, en la que ahora analizamos sucede lo contrario, ó por lo menos, los fenómenos mas sensibles de pesadez y dolor son referibles al útero. No es raro que se combine con esta forma la espasmódica, lo cual nada tiene de singular, pues la misma dificultad en circular la sangre, y la presion sobre el sistema fibrilar, puede hacerse causa del espasmo de éste. Entonces el dolor grabativo continuo viene á ser alternado con punzadas características del estado espasmódico.

Por lo regular esta dismenorrea no dura mas que lo que tarda en establecerse la hemorragia uterina, pues á medida que esta fluye se descongestionan los vasos y desaparece la causa del dolor.

Sin embargo, no siempre sucede así. Puede ser tal la resistencia de los tejidos á dilatarse y ceder á la presión *á tergo*, que supere á la fuerza de contracción, y entonces la hemorragia deja de presentarse, la congestión cede poco á poco á medida que va disminuyendo la excitación producida por las funciones íntimas del ovario, y al fin vuelven las cosas á su estado normal, pero después de muchos días y muchos sufrimientos. A veces hay junto con esto una pequeña hemorragia por trasudación, que se prolonga durante una gran parte del período intermenstrual, ó bien, y esto es más común, una notable leucorrea debida á la hipercrinia de los folículos excitada por la congestión, más una lenta exfoliación epitelial. Esto alivia algo el estado congestivo, y no faltan observadores que hayan creído tal leucorrea perfectamente substitutiva de la hemorragia, pero no es así, y la descongestión uterina se verifica tan mal, que hasta puede comprobarse por el tacto la persistencia del volúmen del útero mucho después de pasado el período doloroso.

Como precedente de esta enfermedad encontramos los temperamentos sanguíneos, y la vida muy sedentaria, en mujeres precisamente cuyo estado general bueno y tendencias pletóricas piden una vida activa para facilitar la circulación, y con ella el buen éxito de las funciones menstruales. Es fácil ver mujeres bien constituidas, en lo más florido de su edad, rodeadas de todas las comodidades y todo el bienestar, y que no hacen ejercicio ninguno, pasan las horas sentadas ó tendidas, y si salen á la calle es muellemente recostadas en su carruaje, de lo cual debe resultar una notable pnesia y lentitud en sus movimientos orgánicos. Tal género de vida crea de ordinario temperamentos linfáticos, pero si en algún caso no sucede así, por haber bastante sangre y buena, se forman á cada paso plétoras y congestiones: de esta naturaleza es la resultante de la ovulación, hecha patológica por un exceso de sangre y un exceso en la tonicidad de los tejidos.

Sintomáticamente se presenta la dismenorrea congestiva de ordinario algún tiempo antes de aparecer la hemorragia, indicando los primeros pasos de la ovulación; crece, ó se sostiene por lo menos el dolor hasta que aparece el flujo uterino, y entonces, si este es abundante, decrece y cesa con

rapidez. En los casos en que, como hemos indicado, las condiciones anatómicas del útero no favorecen el flujo sanguíneo, el dolor persiste mucho tiempo, y viene despues de él la leucorrea bastante abundante. A estos síntomas locales suelen acompañar otros generales. Desde luego pueden reconocerse en el sujeto enfermo los caractéres de plétora ó cuando menos de un temperamento sanguíneo; mientras se prepara la ovulacion, se siente alguna incomodidad hácia la pélvis, se colorea el semblante presentándose mas animado, á esto acompaña una sensacion de calor por todo el cuerpo, pulso lleno, fuerte y lento, pesadez y mucha pereza de moverse. En cuanto el dolor empieza á acentuarse, aumenta tambien la fuerza del pulso, hay cefalalgia, tendencia al sueño, interrumpido por los dolores uterinos, frecuencia en la respiracion, sed, anorexia, y alguna vez tambien vómitos.

Cuando la hemorragia se establece bien, suele ser muy abundante, constituyendo en algunas mujeres verdaderas pérdidas, pero que alivian rápidamente los dolores y la sensacion de plenitud y peso de la pélvis, volviendo luego despues á un perfecto estado de salud, y sin la debilidad que parece debia haber ocasionado tan notable pérdida de sangre. Si esta es en poca cantidad ó nula, la paciente queda durante la mayor parte del período intermenstrual con malestar latente que arguye una falta de descongestion de sus órganos generadores.

El *diagnóstico* de la dismenorrea congestiva se hace teniendo en cuenta el carácter del dolor *gravativo*, el de los síntomas que lo acompañan, sostenidos por la plétora y las congestiones, el estado general y la facilidad con que todo desaparece con el establecimiento de la hemorragia.

El *pronóstico* entra dentro las mismas condiciones que el de la forma espasmódica, solamente que, como se trata de temperamentos orgánicamente mejores, hay mas garantía de curacion, y por lo regular mas eficacia en los procedimientos curativos.

LA DISMENORREA INFLAMATORIA es la que se halla sostenida por la inflamacion del útero. Para explicarnos el mecanismo y la índole especial del dolor en estos casos, debemos partir

de los siguientes hechos fisiológicos: 1.º En todo órgano inflamado hay un exceso de sangre sostenido por el mayor aflujo de este líquido, unido á la lentitud de la circulacion; 2.º Si la parte inflamada es una superficie libre y bastante vascular, es por aquel hecho hematofila, es decir, predispuesta á las hemorragias; 3.º La sangre que circula por una region inflamada es mas rica en fibrina, y por lo tanto muy coagulable; 4.º El tejido muscular subyacente á las mucosas inflamadas goza de la propiedad de espasmodizarse con suma facilidad. Pues bien, cuando el útero sufre el proceso flogístico, sobre todo en su forma crónica, se halla excesivamente congestionado, y la mucosa con tal tendencia á sangrar, que hasta ha dado lugar á llamarse una forma de metritis hemorrágica. Cuando aparece, pues, el mólimen menstrual fluye en la cavidad del útero una gran cantidad de sangre, que se coagula pronto por sus cualidades plásticas, y porque siendo tanta no encuentra fácil salida por el orificio interno del cuello. Este coágulo juega el papel de un cuerpo extraño que necesita ser expelido, y excita el dolor de contraccion. Por esto en la forma de dismenorrea que estudiamos el dolor es expulsivo, contráctil é intermitente, haciéndose tanto mas penoso, cuanto es mayor el grado de inflamacion de la mucosa, y consecutivamente mayor tambien el espasmo del cuello.

Por esta razon el principal papel en la dismenorrea inflamatoria corresponde á la inflamacion de la cavidad ó *endometritis*, estado patológico que precede siempre á los síntomas dismenorréicos, que nos explica bien los fenómenos especiales de que se acompaña la expulsion de la sangre, y dá razon tambien de esas exfoliaciones en masa de la mucosa uterina, que se verifican durante el período hemorrágico, dando lugar á unos colgajos ó porciones membranosas que son arrastradas con la sangre menstrual, siendo esta otra de las causas que hacen mas dolorosa y difícil la expulsion, puesto que no deja de ser un cuerpo bastante voluminoso que á la fuerza debe atravesar un conducto estrecho y espasmódicamente retraido. Como el útero no está en condiciones muy aptas para esos fenómenos de expulsion, de aquí que el sufrimiento resultante sea mayor, y que por accion refleja se susciten una porcion de fenómenos patológicos,

sobre todo relativos al sistema nervioso, como son las neuralgias, convulsiones, etc.

El fenómeno que acabamos de mencionar constituye lo que se ha llamado exfoliacion patológica de la mucosa uterina, y consiste, como acabamos de decir, en la expulsion de porciones que tienen apariencia de falsas membranas; unas veces presentan la forma de una película desgajada de la mucosa y que se puede separar de la sangre por medio de la locion, de textura fibrosa ó fibro-celulosa; otras veces tiene una forma distinta esa porcion de membrana, pareciéndose á una masa ó carnosidad próximamente conoidea y que recuerda muy bien la forma del huevo en los primeros días de la gestacion; se presenta de una textura como carnososa y en su interior ofrece una cavidad parecida á la cavidad uterina con tres aberturas bien marcadas; una desgarrada ó franjeada correspondiente al orificio uterino, y otras dos que corresponden á los orificios de las trompas. Esa membrana que se parece á una caduca, y aun se llama *caduca catamenial*, ha dado lugar á grandes controversias y discusiones, y constituyendo para algunos una variedad especial de dismenorrea que han llamado *dismenorrea pseudo-membranosa*, suponiendo que el obstáculo para que la sangre saliera no dependia solo del espasmo, sino de que se desarrollaban unas falsas membranas que obstruian de una manera mecánica el conducto, por lo cual se le ha llamado tambien *dismenorrea mecánica*. Para algunos no hay ni mas ni menos que esas falsas membranas que obran como una especie de válvula de origen accidental; otros creen que es la misma afeccion inflamatoria que va acompañada de la exfoliacion de la mucosa uterina; esto parece mas conforme con la fisiología de la menstruacion. Esta funcion tiene como uno de sus caracteres la exfoliacion de la mucosa; es posible, pues, que en ciertos casos, en vez de desprenderse en colgajos pequeños, casi invisibles, se desprenda toda ella en masa, como si se la arrancara de la cavidad uterina, y esto es tanto mas posible cuanto que se forma allí una verdadera caduca por hipertrofia del tejido mucoso, y de consiguiente no hay necesidad de una formacion accidental nueva de falsas membranas, sino que basta para explicar los hechos la exfoliacion de la mucosa del útero llevada á su mas alto grado de intensidad. El

estudio de esta modificación es bastante antiguo; Morgagni fué el primero que la estudió con el nombre de *caduca catamenial*, y desde entonces muchos autores se han ocupado de ello. Es verdad que no todos los hechos son concluyentes, puesto que muchos son referibles á verdaderos abortos durante los primeros meses, en los cuales es imposible reconocer los signos mas remotos del embarazo; entonces no es una *caduca catamenial*, sino una verdadera *caduca ovular* la que se desprende, siendo posible que su expulsión coincida con un periodo menstrual; y como en aquella época el óvulo es tan pequeño, puede ser arrastrado y desaparecer entre la sangre, viéndose solo una masa que se puede confundir con la *caduca catamenial*. La *caduca verdadera*, que es propia del embarazo, tiene indudablemente la forma de la matriz, se aproxima á la forma del óvulo, pero si se examina bien se encuentra una parte de la misma deficiente, y es la que corresponde al punto donde se inserta el huevo, al paso que en la *caduca catamenial* se encuentra completamente íntegra, no lisa, sino presentando algunas desigualdades, pero sin ninguna solución de continuidad que marque el punto de inserción del huevo, supuesto que no hay tal huevo. En su interior se encuentran los caracteres de la mucosa libre; es verdad que este análisis es difícil de hacer, pero con detenimiento se pueden conseguir datos completos.

En la época en que empezó á discutirse esa cuestión no estaba bastante estudiada la textura de la membrana mucosa; por esto son tan vagas las noticias que encontramos, y vemos fácilmente confundidos los caracteres de la *caduca menstrual* y la *ovular*, pero en nuestros días ya se puede hacer este exámen, y de aquí que sean mucho menores en número las *caducas* que se pueden presentar como *catameniales*. Aparte de algunas que se citan en los libros modernos de Obstetricia y las aducidas en las obras de Joulín y Cazeaux, en los estudios sobre la menstruación de Raciborski, etc., apenas hay práctico que no pueda presentar alguna de estas *caducas* que sabe no depende de la gestación, pues se trata de mujeres vírgenes en quienes no puede sospecharse que la *caduca* sea abortiva.

Esta cuestión tiene dos puntos importantes; uno que podemos llamar simplemente de teoría sobre la cual basemos la

razon patogénica y que segun el criterio que adoptemos, será ó bien la inflamacion seguida de exfoliacion patológica, ó bien la formacion de falsas membranas por una hipersecrecion de la mucosa; esto no supone mas que una cuestion de teoría: pero al lado de esto hay otra consideracion que es práctica; de admitirse esta exfoliacion se deduce una forma especial de tratamiento; de admitirse la formacion de falsas membranas diftéricas, como algunos suponen, necesita otro diferente, y no tendria razon de ser desde el momento que se puede atacar, atacando la forma flogística.

Debo recordar la opinion de uno de los autores españoles, de mi querido compañero el Dr. Gomez Torres, que es partidario de la oclusion mecánica por retraccion y estrechamiento del cuello uterino.

Yo por mi parte, sin negar la posibilidad de que se presente la oclusion mecánica en algunos casos, y en otros falsas membranas, me inclino á creer que en el mayor número de casos se trata solamente del proceso flogístico, que la membrana hipertrofiada crece mucho y al mismo tiempo rompe las relaciones con los tejidos inmediatos, y entonces se desprende en masa, dando lugar á un producto que puede confundirse con el huevo abortivo.

Los síntomas de la dismenorrea inflamatoria empiezan siendo los de la endometritis crónica, de la cual vienen á ser como los principales la leucorrea acompañada de pesadéz en la region intrapélvica, dolores vagos más ó menos fuertes en el útero y malestar que le acompaña como manifestacion general de la enfermedad localizada en el útero. Es comun ver una irregularidad en los períodos menstruales que se acortan y que en vez de coincidir cada veinte y ocho ó treinta dias se adelantan los períodos, siendo esto más comun que el retraso. La menstruacion suele aparecer bien: cuando empieza el flujo lo verifica sin dolor, sin malestar de ninguna especie y solo cuando han pasado algunas horas y tal vez algunos dias que la hemorragia está establecida, aparece el dolor al principio parecido á los de la forma congestiva, presentándose algunos como pinchazos en la region hipogástrica é inguinal, que muy pronto pasan á ser dolores contractiles; cuando la mujer ha tenido anteriormente algun parto ó algun aborto lo compara á las contracciones uterinas de aquel estado

tanto más dolorosas cuanto menos dispuesto se halla el útero para estas contracciones que tienen por objeto espeler los coágulos de sangre que se han formado en la matriz; á lo cual debe en este caso añadirse el estado espasmódico del cuello uterino, que no deja salir la gran cantidad de sangre contenida en su cavidad.

Los dolores son exactamente iguales á los dolores del parto y la sangre sale coagulada. Llamo la atención sobre este fenómeno porque dicen muchos autores que la sangre de la menstruación no se coagula y esto les sirve de punto de diferencia para distinguir la sangre de las hemorragias menstruales de la del aborto. Es preciso tener en cuenta dos cosas: en primer lugar, que esto no es un principio absoluto, porque hay mujeres que menstrúan bien y sin embargo echan coágulos de sangre y así como se forman pequeños, también se pueden formar grandes: en segundo lugar, que la no coagulación de la sangre depende de venir mezclada con moco desde la vagina ó tal vez desde el útero y esta condición, ó no se realiza ó si hay moco es poco abundante para impedir la coagulación en una cantidad grande de sangre. Así es como en esta forma de dismenorrea se ven salir coágulos grandes, lo bastante para llenar algunas veces la cavidad vaginal, y así se comprende porque tiene los dolores el carácter de expulsivos.

La sangre sale en parte líquida y en parte coagulada, formando masas más ó menos voluminosas y de un color sùcio, precisamente por la mezcla con sustancias que vienen de la mucosa uterina y son producto de inflamación de este órgano; en los intervalos subsiste siempre el dolor gravativo, y el de punzadas en la región inguinal y en la hipogástrica cuando se combina con la forma neurálgica de la región ovárica.

Este estado se prolonga tanto como el flujo menstrual, el cual suele durar muchos días, siendo tan grande la cantidad de sangre segregada, en la superficie del útero, por el exceso de la misma como por la duración del flujo.

Junto con la sangre es como se ven salir las falsas membranas ó caducas catameniales de que antes he hablado. No se crea, sin embargo, que en todas las dismenorreas inflamatorias suceda esto: en el mayor número se presentan solos los coágulos sanguíneos.

Resumiendo los datos expuestos nos será fácil distinguir las tres formas de dismenorrea correspondiendo á la 1.^a, *la espasmódica*, el dolor punjitivo lancinante con síntomas generales neuropáticos; 2.^a *congestiva* el dolor gravativo constante que precede al flujo y síntomas generales pletóricos, y á la 3.^a *inflamatoria*, los dolores expulsivos intermitentes, salida de coágulos y síntomas de endometritis.

Y vamos á ocuparnos del tratamiento.

Podemos admitir dos maneras de tratar la enfermedad; una genérica para todas las dismenorreas y otra especial para cada una de ellas. Desde el momento en que nos vemos delante de una dismenorrea debemos tratar de atacar el dolor, proceda de donde proceda; este es tratamiento genérico. En segundo lugar hay que dirigirse á la causa por una série de medios que en el mayor número de casos son antecedentes y constituyen un tratamiento profiláctico y en este concepto cabe sugetarla á un régimen especial en la época en que la mujer no menstrua, para que cuando venga la época inmediata no sea dolorosa: estos procedimientos serán especiales y distintos en cada forma.

Podemos, pues, dividir el tratamiento de la dismenorrea en curativo y profiláctico.

Tratamiento curativo. Tratándose de una enfermedad dolorosa lo primero que aparece como medio de curar esta enfermedad son los medicamentos que tienden á curar el dolor, como los narcóticos, los anestésicos y los anti-espasmódicos; (la morfina, el ópio y todos sus derivados, el cloroformo y todas las sustancias aromáticas, etc.), pero esto no cortará la enfermedad, no producirá otra cosa más que un alivio más ó menos duradero: sabiendo, empero, que este dolor es debido á una especie de lucha entre la fuerza de contraccion y la resistencia que oponen los productos que han de ser expulsados, podremos optar por un medio que siendo al mismo tiempo calmante y narcótico, obre sobre la causa del dolor. Son bastantes los recursos que ofrece la terapéutica para este objeto; uno de los que podemos aplicar con ventaja es el calor húmedo. Este puede usarse de diferentes maneras, pero la mas cómoda y mas eficaz es el baño caliente, en particular el semi-cupio ó de asiento, que sujeta al calor húmedo la region

que es asiento de los dolores y produce dos efectos; 1.º es el que antes he indicado como sedante del sistema muscular; 2.º el de dilatar los vasos de la circulacion periférica, sirviendo así de derivativo para descongestionar los órganos profundos.

En este concepto es aplicable á la forma congestiva é inflamatoria como á la neurálgica; por este medio se disminuye esa especie de avenida sanguínea, que es una de las fuentes del dolor; obra de una manera completamente derivativa. Al lado de esto se observa otro efecto, y es la facilidad con que sale la sangre al tiempo de tomar el baño y despues de salir de él. Esta circunstancia asusta por lo regular á las mujeres, que temen entrar en un baño mientras está fluyendo sangre y creen que van á desangrarse porque se hace mas activa, y sin embargo, suele suceder una cosa muy distinta, y es que si la sangre que salia era en gran cantidad disminuye, y vice-versa, si era en poca cantidad aumenta, calmando así el dolor y facilitando la menstruacion.

Estos hechos, al parecer paradójicos, nos los explicamos de la siguiente manera: si la sangre que salia era poca, desde el momento en que cesa el espasmo muscular sale con suma facilidad, pero si salia la sangre en cantidad excesiva por causa de la congestion uterina, como que se va la sangre del útero llamada hácia la periferia de una manera poderosa, disminuye la hemorrágia, es decir, que restablece el equilibrio y la armonía perdidos y facilita y regulariza la menstruacion. Si no es aplicable este medio se puede sustituir por grandes cataplasmas emolientes que lleguen hasta la region umbilical.

Otro medio considerado como amiosténico ó que parece tener su sitio de eleccion en el sistema muscular es el bromuro potásico; sin embargo, para que produzca efecto se debe dar á dosis algo fuerte (2 á 5 gramos diarios, repetidos algunos dias), y disuelto en una agua aromática, con lo cual se produce, no solo un efecto anti-espasmódico, sino una gran difusion, que alivia mucho el dolor.

Despues de esos dos medios, que podemos considerar como los principales, siguen otros de menor eficacia. Citaremos como los mas usados el castóreo, que ha sido considerado como anti-espasmódico uterino especial; la semilla del

cáñamo indiano (cannabis indica) que goza de dos propiedades, la astringente y la anti-espasmódica, que se aplica en ciertos casos de hemorragia uterina, lo mismo que á la dismenorrea. En ésta aprovechamos la propiedad de relajar la fibra muscular, segun opinion de los médicos ingleses (1). Encontramos luego uno que ha gozado de gran fama, y es el amoniaco, ya líquido ya en forma de acetato amónico. Esta sustancia me parece que debe obrar sobre la piel como difusiva, y se usa con ventaja asociada á una bebida sudorífica. Se puede dar á la dosis de cuatro á seis gramos diarios del acetato amónico líquido, tomando un gramo cada vez, disuelto en una bebida teiforme, con lo cual se obtiene la ventaja de no producir vómitos y poderse dar en mayor cantidad.

He dicho antes que esta sustancia ha tenido su época de moda y que hoy día se usa poco; pero injustificadamente, pues es muy eficaz, sobre todo en la dismenorrea congestiva, lo cual prueba que obra por difusion.

Los medios especiales para cada forma son: en la espasmódica los medicamentos de este nombre, como el almizcle, el óxido de zinc, el castóreo, la valeriana, el cloriformo, y sobre todo los preparados de ópιο; *la morfina*. En la forma congestiva es en la que mejor vienen las depleciones sanguíneas locales, bien en la ingle, bien al hipogastrio ó el periné. Se va tambien á quitar la causa que produce la dismenorrea, y por esto en todos los casos hay que reconocer antes de usar los calmantes, si conviene hacer alguna deplecion sanguínea que facilite el éxito de la medicacion ulterior.

En esta forma se puede sustituir el baño local por el general, que tiene la propiedad de llamar á toda la piel la sangre del interior.

En la dismenorrea inflamatoria hay que cumplir dos indicaciones: primera, hacer desaparecer la *endometritis*, causante de la enfermedad; segunda, calmar los dolores que acompañan la salida de la sangre: lo primero se consigue por los medios que diremos al hablar de la *endometritis cró-*

(1) Véase FLETWOOD CHURCHILL, *Maladies des femmes*.—ROBERT BARNES, *Traité clinique des maladies des femmes*, etc.

nica, y por lo regular constituirá una medicacion prolongada en los períodos intermedios. El otro efecto se consigue con fricciones de pomadas calmantes, los enemas emolientes y calmantes, y si la congestion fuese evidente con alguna aplicacion de sanguijuelas siempre menos abundante que en los casos de dismenorrea congestiva. Luego es necesario usar los calmantes fuertes, entre ellos el ópio; dije en su dia que el ópio venia á representar el antagonista del cornezuelo; todo lo que el cornezuelo activa las contracciones, el ópio las disminuye hasta aniquilarlas por completo.

Cuando á pesar de todo no llega á conseguirse establecer la relajacion del cuello, y se hace cada vez mas dolorosa la expulsion de los coágulos ó de las falsas membranas, aconsejan muchos ginecólogos pasar á la dilatacion mecánica ó á la excision del cuello. Lo primero se consigue introduciendo en la cavidad cervical tallos de *laminaria digitata* ó conos de esponja preparada.

Este procedimiento tiene sus dificultades; la dilatacion del cuello, por mas que se diga, no puede obtenerse siempre, pues la dismenorrea inflamatoria se presenta en mujeres vírgenes, en quienes no es conveniente hacer el reconocimiento. Además, los tallos de *laminaria* dilatan grandemente el cuello, pero no es lo que hace falta dilatar el cuello uterino, sino dilatar las fibras del orificio interno, que son las mas fuertes; y esto no siempre se consigue, porque se hace insufrible la permanencia del cuerpo dilatante al través del citado orificio. Así es que solo acudiremos á este medio cuando nada se ha conseguido con el ópio. La dilatacion ha de producir sus efectos, mas bien anteriormente á la menstruacion que durante la misma. En un caso que he tratado recientemente y en el que habia expulsion de caducas menstruales, he conseguido, no solo que calmaran esos accidentes, usando la dilatacion del cuello durante los períodos intermenstruales, sino que despues de tres ó cuatro menstruaciones tranquilas y normales, concibiera y llevara felizmente la gestacion, hasta que desgraciadamente un accidente imprevisto ha venido á provocar el aborto.

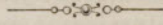
Tratamiento profiláctico. Esta parte de la terapéutica se debe dirigir principalmente al estado general de la enferma. Cuando la dismenorrea recae en mujeres afectadas de ata-

ques histéricos, en las que parece que esté dominado todo su organismo por el sistema nervioso y vá todo esto acompañado de falta de elementos en la sangre hasta constituir una verdadera clorosis, entonces ya sabemos lo que debemos hacer; emplear el ejercicio, la actividad muscular, y por medio de un régimen analéptico regenerar la economía. Uno de los ejercicios que deben aconsejarse cuando son las mujeres endebles y la dismenorrea afecta la forma espasmódica, es la equitación, que es uno de los ejercicios gimnásticos que hace que acuda mas sangre á los órganos genitales. Como medios farmacológicos, empleamos el hierro, sobre todo en forma soluble, y los fosfatos de cal. Si se trata de la dismenorrea congestiva se debe ir á buscar el polo opuesto, porque no es solo un temperamento pletórico la causa de esta dismenorrea; esto por sí solo no daría sino mas garantías de salud; pero además de esta condicion orgánica, hay la de que de ordinario son tales mujeres por demás indolentes, pasan su vida sentadas, y esto produce tendencia á los éxtasis sanguíneos; en este caso se les aconsejará una vida activa, los grandes paseos al sol en invierno, á la sombra en verano, hasta hacer que el cuerpo sude, lo que debe prevenir los estados congestivos. Aquí ya no será tan oportuna la equitación, sino mas bien los paseos á pié, y en particular el ejercicio de la caza; podremos aconsejar tambien los baños generales tibios, en esta forma y en la inflamatoria, y los de chorro frios en la espasmódica. La dilatacion del cuello por medio de la esponja preparada que hemos visto es un medio curativo de la dismenorrea inflamatoria, será tambien aplicable como medio preventivo, pues facilita la cura de la endometritis por medio de las inyecciones intra-uterinas, siempre mas fáciles de practicar si se halla el cuello dilatado.

Tal es, rápidamente reseñado, el conjunto de medios que deben servir de base para el tratamiento racional de las diversas formas de dismenorrea.

APÉNDICE

A LA LECCION CUARTA.



Sobre la dismenorrea pseudo-membranosa y mecánica.—Para confirmacion de lo que llevamos expuesto en la leccion precedente acerca la naturaleza de la dismenorrea pseudo-membranosa creo útil insertar la opinion de Simpson, extractada de su clinica ginecológica.

«Las observaciones que he podido hacer durante dos ó tres años, dice Simpson, me inclinan á creer que las porciones membranosas que expulsan algunas mujeres dismenorreicas, no son de linfa coagulable excretada por la mucosa sino más bien esta misma mucosa hipertrofiada y desprendida. La prueba la encuentro en los hechos siguientes: 1.º Que la membrana dismenorreica presenta caractéres no propios de la simple exudacion fibrinosa, sino del tejido mucoso normal del útero. Aparte los caractéres histológicos perfectamente aplicables á aquella membrana han notado Reid, Krauss y otros anatómicos que la membrana mucosa del útero se presenta acribillada de pequeños agujeritos, que son los orificios de las innumerables glándulas ó utrículos de la region. Esta misma disposicion he notado en las membranas expulsadas por las dismenorreicas. —2.º La configuracion de la membrana expulsada es exáctamente la de la cavidad uterina, en términos que parece amoldada ó vaciada en ella. Las dos hojas pueden aparecér tan unidas que al ser espelidas representen un colgajo triangular, pero la maceracion y una diseccion bien hecha las separa, y hace ver que tiene la forma de una bolsa triángular, cuya superficie interna presenta los orificios de las criptas ya mencionadas, y hasta se le pueden reconocer en los dos ángulos superiores, los orificios correspondientes á las aberturas de las trompas de Fallopio. La cara externa se presenta rugosa y desigual, demostrando que ha habido rasgadura al ser desprendida del útero al que adhería. —3.º La membrana dismenorréica se parece completamente á la caduca verdadera, y la conformidad de caractéres es terminante, y ya se sabe que la caduca no es mas que una hipertrofia y exfoliacion de la mucosa. La semejanza es completa si se compara con la caduca de un huevo de poco tiempo (un mes), cuando todavía no ha sufrido modificaciones esenciales por los progresos del embarazo.»

Las anteriores aserciones de Simpson pueden reforzarse con la opinion de muchos otros autores, pero las que mas las completan son las contenidas en la memoria de los doctores Huchard y Labadie-Lagrave, cuyas conclusiones son las siguientes: (1)

«Nos creemos en el derecho de asegurar hoy por hoy, que la dismenorrea membranosa, cualquiera que sea su forma y su modo, está constantemente unida á una *endometritis*.»

«Segun sea el sitio, naturaleza é intensidad de la inflamacion uterina, los productos expulsados presentarán distintos caractéres. La dismenorrea, pues, no es una entidad morbosa esencial, para nosotros es solo la expresion sintomática de diversas formas de la inflamacion mucosa uterina, y solo toma un carácter especial de la periodicidad de la funcion menstrual, y de la exageracion de los fenómenos fisiológicos que este determina.»

«Los diferentes procesos inflamatorios de la mucosa uterina pueden determinar la formacion de productos membranosos que por su expulsion dolorosa constituyen la forma morbosa que estudiamos.»

«El siguiente cuadro representa los diversos tipos anatomo-patológicos de la endometritis, con las variedades que les corresponden en los productos expulsados.»

Forma flogística.	Productos flogísticos expulsados ó no expulsados.	Forma dismenorréica que le corresponde.
1. ^a <i>Endometritis catarral</i> .	Descamacion epitelial. Moco. Exudado mucoso.	<i>Dismenorrea descamativa</i> . • fibrinosa (Manriac) • exudativa (Courty).
2. ^a <i>Endometritis exudativa</i> . (Plástica pseudo-membranosa, pultácea, diftérica, crupal; blenorágica?)	Falsas membranas. Exudado fibrino-epitelial. Descamacion ó exfoliacion incompleta de la mucosa.	<i>Dismenorrea pseudo membranosa</i> . • exudativa. • crupal. • inflamatoria.
3. ^a <i>Endometritis crónica intersticial</i> . (Parenquimatosa, hiperplásica, menstrual, catarral, hemorrágica, sífilítica (Virchow), exantemática (Strassmann).	Exudado intersticial fibrinoso plástico, ó proliferacion hiperplásica. Exfoliacion parcial ó total de la mucosa.	<i>Dismenorrea membranosa</i> . Exfoliante ó exfoliativa. Exfoliacion patológica de la mucosa, (Baciborski, Simpson) Dism. decidua, membranosa.

(1) *Archives generales de Médecine*, Juin 1870.

Por nuestra parte abundamos en las mismas ideas que acabamos de exponer. Las varias ocasiones que se me han presentado de corroborarlas en la práctica me han convencido de su verdad, y por esto no he dudado en admitir el nombre genérico de dismenorrea inflamatoria para todas las que se presenten al parecer con el carácter de pseudo-membranas. Recientemente he recogido, y conservo, dos de esas *caducas catameniales*, expulsadas por una enferma dismenorréica, y á quien estaba tratando una metritis hipertrófica, acompañada de endometritis. Las citadas caducas, ó falsas membranas ofrecen todos los caractéres señalados por Simpson y por Raciborski, es decir, los que son comunes á la mucosa uterina hipertrofiada, y á la caduca verdadera en sus primeros tiempos. Examinada al microscopio su estructura, ofrécese compuesta de una aglomeracion abundante de células de epitelio cilíndrico, en una masa de tejido conjuntivo, todo trepado de aberturitas circulares, algunas de ellas ocupadas tambien por células epiteliales. La enferma á que me refiero dejó de echar falsas membranas y de ser dismenorréica, en cuanto se curó la inflamacion uterina, resultado que he comprobado en otros muchos casos parecidos.

La dismenorrea inflamatoria tal como la hemos descrito, ha sido y es conocida por muchos autores con el nombre de mecánica, por suponer que la dificultad en la emision de la sangre y el dolor son debidos á la obstruccion mecánica del cuello. Ya he dicho como comprendo este fenómeno; como una simple retraccion espasmódica del orificio interno, á cuya dificultad viene á añadirse la que resulta de la coagulacion de la sangre. Admitida la naturaleza puramente flogística de la enfermedad, y el carácter especial de las porciones membranosas expulsadas, se comprende perfectamente que el fundamento racional de la terapéutica en estos casos debe ser el tratar el proceso flogístico. Así se comprende que haya sido combatido por muchos y muy autorizados ginecólogos, el tratamiento quirúrgico de esta forma de dismenorrea consistente en la excision ó incision del cuello. Simps ha sido el gran apóstol de este procedimiento, imitado por algunos norte-americanos é ingleses; pero la generalidad de prácticos, sobre todo en el continente, solo excepcionalmente admiten la incision, ya porque pocas veces es eficaz (lo confirma el mismo Simpson), ya tambien porque las ventajas que con él se consiguen, no compensan los perjuicios que pueden resultar, unas veces por aumentar la retraccion despues de la incision, y otras por formarse cicatrices que ulteriormente son un obstáculo para la fecundacion.

Los métodos que se pueden seguir para practicar la incision en los supuestos casos de retraccion mecánica, son los siguientes:

1.º Desbridamiento instantáneo á beneficio de instrumentos cortantes, construidos á propósito. 2.º Seccion lenta de cada comisura por el método del anillo, y la construccion gradual por un hilo metálico. 3.º Autoplastia del orificio uterino, ó formacion artificial de un *os uterinum*, con dos lábios y sus respectivas comisuras inborrables.

Para el primer procedimiento, que es un verdadero *desbridamiento bilateral instantáneo*, existen diversos instrumentos, como el metrotomo de Simpson, el bisturí doble oculto de Greenalgh, el hysterotomo de Sauvage, el doble hysterotomo de Mathieu, etc., pero muy á menudo se usa simplemente un bisturí de boton. Esta operacion es poco eficaz, porque la incision se cicatriza pronto.

Para el segundo ideó Courty pasar por cada lado del orificio del cuello, á la distancia de 0.01 centímetros de este un hilo de plata, cuyas extremidades se tuercen para fijarlo. El hilo permanece puesto, hasta que se han formado dos agujeros perfectamente cicatrizados. Entonces se aprietan los nudos sobre el puente que quedó entre el agujero nuevo y el orificio del cuello, hasta que desaparece por estrangulacion, resultando una larga abertura trasversal, con sus comisuras irretráctiles.

Finalmente, para obtener un orificio aun mas ancho y estable, puede hacerse una verdadera autoplastia, para lo cual existen varios métodos, siendo los mas ventajosos los de Simps, y de Courty. (Véase Simps., *Chirurgie uterine*, y *Gaz. des hospitaux*, n.º 62, p. 493, an. 1874).

No somos en principio partidarios del método de incisiones, y preferimos la simple dilatacion mecánica sin incision. En muchos casos de dismenorrea inflamatoria hemos conseguido vencer el espasmo del cuello con el uso de dilatadores lentos (laminaria y esponja). Precisamente la dilatacion llena dos objetos: el de ensanchar todo el cuello, tanto en su extremidad interna como en la externa, produciendo insensiblemente la relajacion de las fibras circulares, y el de combatir eficazmente la inflamacion. Si se emplea la dilatacion desde algun tiempo antes de empezar el período menstrual, sujetando el cuello á que lleve el medio dilatante durante algunas horas todos los dias, llega el en que empieza el flujo, y aparece con notable remision en los dolores, bastando la repeticion del mismo procedimiento en cuatro ó cinco épocas para llegar á un resultado completo. Por supuesto que la primera señal de desaparicion de la dismenorrea, es la desaparicion de los síntomas propios de la endometritis.

LECCION V.

AMENORREA.—Fisiología patológica.—Division de la amenorrea en radical y uterina.—Amenorrea radical, orgánica y funcional.—Amenorrea idiopática y sintomática.—Amenorrea por causas psíquicas.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Medicacion emenagoga.

Señores:

Damos el nombre de amenorrea á la perturbacion de las funciones menstruales, que consiste en la no presentacion del flujo sanguíneo que caracteriza á la menstruacion, pero siempre cuando se encuentra motivada esta supresion por causas patológicas, lo cual descarta de esta acepcion la suspension que se observa durante el embarazo y en el período de la lactancia. Esa distincion no es supérflua, supuesto que se han confundido esas dos clases de amenorrea, la que se debe llamar fisiológica con la que se puede llamar patológica, y hasta en libros muy recientes se habla de amenorrea de la gestacion, como si se tratara de hechos patológicos sujetos al exámen y tratamiento de la medicina activa. No se trata, pues, de esto, sino de la no presentacion del flujo menstrual debida á causas morbosas.

Debemos admitir dos clases de amenorrea, la *radical* y la *uterina*: se llama radical aquella cuya causa existe en el ovario; y amenorrea uterina aquella cuya causa reside en el útero. Como la ovulacion sabemos que es un proceso complejo, que en parte se realiza en el ovario y en parte en el útero, que de aquel sale el estímulo, y la primera conges-

tion para luego repetirse en la matriz, en la cual hay tambien congestion, contraccion y por fin la hemorragia; de aquí que cuando falten esos fenómenos críticos debemos referirlo unas veces al ovario y otras al útero; en el primer caso porque han faltado los fenómenos de la ovulacion, ha faltado todo el proceso y no se presenta la hemorragia por alteracion fisiológica ó anatómica en cualquiera de las condiciones del ovario; en el segundo pudo presentarse la ovulacion seguida de la ruptura de la vesícula, y sin embargo, no responder la matriz á esos fenómenos del ovario, no dando lugar á la exfoliacion de la mucosa y no haber, por lo tanto, hemorragia, dejando de realizarse la última parte del proceso y entonces toma la amenorrea el nombre de uterina.

La amenorrea radical la dividimos en dos géneros; amenorrea radical orgánica y radical funcional.

Amenorrea radical orgánica. Esta supone una falta de los elementos que sirven para la ovulacion, y no se verifica esta funcion porque hay, ó una atrófia de los elementos del ovario, ó el ovario está sin vesículas ó con vesículas y sin óvulos, ó estos son estériles, es decir, que no hay ovulacion porque no hay elementos para ella, y entonces tenemos constituida la amenorrea radical orgánica. La otra forma de amenorrea radical es la funcional: en esta todo está bien, las vesículas con óvulos en su sitio y con todas las condiciones que son precisas, pero no se verifica la ovulacion, bien porque falta el estímulo inicial que parte de los centros nerviosos, bien porque se encuentra el órgano en estado de inercia, y entonces no podemos llamarla lesion orgánica, sino que es una falta de estímulo en la funcion; á esta clase corresponde lo que se ha llamado *astenia* ó *torpor* del ovario, palabra que representa una falta de excitacion normal que parte indudablemente del sistema nervioso ó del circulatorio (1).

La amenorrea uterina supone falta de menstruacion porque el útero no responde al estímulo superior y puede consistir en las condiciones propias del mismo útero; así un útero pequeño que tenga poca masa y en el que por lo tanto la congestion no puede verificarse bien, no realizará tampon-

(1) V. lo dicho en la leccion III, pág. 48.

co la hemorragia, puesto que no hay fuerza en el útero que responda á la excitacion del ovario, y esto es debido á que existe una falta de actividad inherente á la misma fibra uterina: en estos casos se llama *idiopática*, palabra admitida en patología general para indicar que existe la causa de la alteracion en el mismo órgano, ó mejor, que debemos buscarla en las condiciones anatómicas del tejido. La otra es la que se llama *sintomática*, y es aquella en que, estando la matriz bien conformada, no responde á la excitacion porque hay una alteracion en otro punto, y sobre todo, por no estar completamente en su tipo normal los elementos constitutivos de la sangre; no hay congestion y no hay hemorragia porque la sangre es pobre, es deficiente; porque todo el organismo está empobrecido y porque desde algun tiempo antes existe una perturbacion que hace que la hematosi sea defectuosa, y como la sangre no es bastante rica no se puede verificar la congestion y la hemorragia. La significacion de cada una de estas clases se comprende que es muy distinta, tanto bajo el punto de vista teórico como bajo el punto de vista práctico. Desde luego, en la amenorrea radical orgánica no puede transformarse el ovario en un órgano apto para sus funciones; es imposible hacer de este un ovario fisiológico, si no existe ó existe atrofiado ó hay falta de algunos de sus elementos. Es lo mismo que sucede en otros órganos. Un corazon defectuoso, un cerebro defectuoso producen casi siempre la pérdida de la vida, porque esta es imposible sin la completa integridad de aquellos; pero hay otros órganos como el oído, la vista, etc., cuya falta ó lesion no hace imposible la vida pero anula determinadas funciones, puesto que por mas que haga el hombre no hará que vea ú oiga el que carece de aquellos órganos. Asimismo, cuando por un vicio de formacion, que no nos explicamos sino por la aberracion de las fuerzas formativas, cuando por efecto de una lesion congénita deja de haber los elementos propios ó en vez de desarrollarse han desaparecido, entonces hay una imposibilidad de que funcionen. Esto está fuera del alcance de la medicina.

No sucede lo mismo con la amenorrea funcional que supone potencia en el ovario, desarrolladas todas sus funciones, pero que le falta la excitacion; no es la deficiencia de

sus propias fuerzas, sino la falta de estímulo del punto central; entonces ya es otra cosa; se trata de enfermedades que están bajo el poder del hombre de ciencia, porque puede llevar á la economía los medios oportunos para avivar esas fuerzas dormidas. Una comparacion casi parecida podemos establecer en las dos formas de amenorrea uterina; casi podemos decir que son correlativas la orgánica y funcional del ovario con las de igual nombre de la matriz. En el primer caso no hay hemorragia, ó porque este órgano es rudimentario, ó no existe, ó bien porque los vasos que se distribuyen por él son exiguos. Dificil será entonces al práctico corregir ese estado, tendrá igual dificultad que tiene en el ovario. Pero en el segundo, cuando solo falta actividad, es ya posible hacer algo, y si entonces se aunan la higiene y la medicina, cuando todo conspira para reconstituir aquella naturaleza, trasciende tambien á la matriz ese notable cámbio, y como no habia mas que retardo ó pereza en su desarrollo, se ve aparecer y sostenerse bien la menstruacion. Una cosa análoga sucede con la amenorrea sintomática, en la cual la hemorragia menstrual no se presenta por la falta de fuerza en la sangre y en el sistema nervioso general, y esto puede corregirse, pudiendo explicarse perfectamente la manera como esto se consigue, atendida la influencia de la circulacion en los fenómenos que estudiamos.

No hay por qué insistamos en decir que si no hay ovulacion, no puede haber ese eretismo interno, esa sensacion especial que se siente y no se explica, y no aparece nada que dependa de este movimiento. La mujer que se encuentra en tal estado, si no es consecutivo á una enfermedad, no vé aparecer la menstruacion, aparenta tener los caractéres de la infancia, pudiendo llegar hasta una edad bastante adelantada sin haber presentado los caractéres de púber porque faltan las causas que los determinan. He dicho que algo de esto sucede en enfermedades profundamente debilitantes, lo mismo que en ciertos quistes en que se inutiliza el ovario ó despues de la extirpacion de este; entonces hay amenorrea porque falta el ovario, pero esto viene despues de una série de modificaciones que entran de lleno en el estudio de las enfermedades de este órgano, que llevan por consecuencia su destruccion. La amenorrea radical orgánica primitiva pode-

mos compararla á lo que sucede en el hombre anorquido, ó en el que, teniendo testículos, no segregan sémen, ó existen atrofiados, que es como si no existieran; ese será estéril é impotente. Lo mismo una mujer que sufra la amenorrea radical orgánica es por falta de elementos anatómicos y resulta estéril. En la consecutiva, resulta por atrofia, ó extirpacion quirúrgica del ovario, y entonces viene la esterilidad, lo mismo que en el hombre que sufre una enfermedad en la cual degenera el testículo ó se atrofia, ó se extirpa para curar una degeneracion.

La amenorrea funcional se explica perfectamente por la falta de excitacion que se ha llamado torpor ó astenia del ovario. La astenia se refiere principalmente al estado clorótico, á la anemia, á todos aquellos estados patológicos que suponen una falta de elementos propios de la sangre, hay una completa pereza, una completa inactividad, y si tenemos en cuenta que la funcion sexual no se efectúa sino cuando hay sobrantes, se comprenderá perfectamente que cuando falten en la sangre los elementos propios, cuando no hay suficientes medios para subvenir á las necesidades generales, no puede haberlos tampoco para atender á funciones que son de lujo, que suponen exuberancia de fuerzas. Estos estados son generalmente transitorios, pasajeros, y solo se prolongan indefinidamente cuando es incurable la alteracion de la sangre. El estado de torpor lo debemos considerar de otra manera; no lo referimos precisamente á la deficiencia de los elementos de la sangre, sino que debemos suponer una falta de excitacion nerviosa que puede estar relacionada, es verdad, con el estado anémico, pero que puede tambien existir y existe de hecho independiente de él. Hay estados generales producidos, sea por abuso en las funciones sexuales, sea por cualquier otro motivo, en los que no faltan bastantes medios para una circulacion activa, pero le falta incitacion nerviosa, esta se ha agotado y produce un descanso forzado; le sucede al aparato generador lo mismo que al hombre cuando duerme, en el cual se realizan bien todas las funciones, pero no responde á las impresiones externas, le faltan las funciones de relacion; pues esto mismo le falta al ovario, el estímulo que á partir de la médula nueva y sostenga su propia vitalidad.