

Lección LXXII

Dintintas neoplasias del ligamento ancho, del ligamento redondo y del peritoneo pelviano.—Incisión exploradora y laparotomía incompleta.—Indicaciones de tales intervenciones.

Con el fin de terminar el estudio de las neoplasias de los anexos del útero, vamos á ocuparnos en la lección presente de aquéllas que radican en el ligamento ancho, en el redondo y en el peritoneo pelviano. Este capítulo, sumamente interesante, procuraremos resumirlo, porque si bien tales neoplasias pueden presentarse, lo positivo es que en la práctica no podremos diagnosticarlas. Comenzando el estudio de tales neoplasias por las que asientan en el ligamento redondo, diremos que en él, aquéllas acostumbran á ser fibrosas, lo cual se comprende, dada la estructura del ligamento redondo, que se compone de substancia fibrosa con algunas fibras musculares; este neoplasma fibroso ó fibro-quístico, sólo tiene interés cuando asienta en la parte más externa del ligamento redondo ó sea en aquella porción que corre por encima del ligamento de Poupert y que se inserta subyacente á la piel del pubis. En este caso, la neoplasia reviste caracteres especiales de topografía que se prestan á un estudio diagnóstico, pero si aquélla aparece en la porción intra-pelviana, se confundirá con el fibroma del ovario; pues habrá identidad de síntomas y aun el reconocimiento será inútil. En cambio, si la neoplasia se desarrolla en la mitad externa del ligamento redondo, encontramos á la salida del conducto inguinal y debajo la piel del pubis, un tumor duro y movable, según las adherencias que adquiera con los tejidos vecinos, que tiene un desarrollo lento y adquiere un volumen considerable. Como se comprende, la confusión es muy posible entre este neoplasma y una hernia del epiploon, intestino ú ovario, y sólo por la forma del tumor y reductibilidad, establecemos el diagnóstico, que muchas veces sólo se hace en el acto operatorio. El curso de la enfermedad es el de toda neoplasia benigna, y como tratamiento, no hay más que la extirpación, sumamente fácil de realizar. Si el tumor se presenta en la porción intra-pelviana, su curso, diagnóstico y tratamiento se confunden con los del fibroma ovárico. Casi podemos decir que estas dos neoplasias son las únicas que se hallan en este ligamento, porque las de carácter maligno es difícil que aparezcan en aquel órgano de una manera primitiva.

Respecto á las neoplasias del ligamento ancho, ya sabemos que algunos tumores del ovario y los fibromas del útero se introducen en él, despegando sus hojas, pero no nacen allí; pero aparte de esto, es indudable que allí mismo pueden nacer algunas neoplasias como nódulos de mioma ó de fibro-mioma, por

existir en el órgano fibras musculares. En estos casos, el fibroma se desarrollará del mismo modo que un fibroma dependiente del útero, pero sin pedículo ninguno; por el contrario, habrá tejido sano entre el útero y la neoplasia. En algunos casos aparecen en el ligamento ancho tumores quísticos, ya sea procedentes del ovario que después se han introducido entre las hojas de aquél despegándolo, ya originados allí mismo. También puede presentarse en el ligamento ancho un leiomioma de gran volumen y enorme peso, ofreciendo todos los caracteres de una neoplasia quística. Otras veces se desarrollan tumores hidatídeos, verdaderos equinococos, que al desarrollarse en la pelvis eligen de preferencia los ligamentos anchos ó el espacio sub-peritoneal retro-uterino. Es posible, también, que en el ligamento ancho se desarrolle un tumor formado por la dilatación de los plexos venosos pampiniformes, pero como este estado no puede diagnosticarse en vida, de aquí que no tenga gran importancia para nosotros. Tampoco estudiaremos aparte las neoplasias malignas del ligamento ancho, pues casi siempre son consecutivas á las del útero sobre todo. El curso y síntomas de estos tumores se confunden con aquellos que hemos estudiado al tratar de los demás neoplasmas; si se trata de un quiste, se confundirá con los del ovario; si es un mioma, con los del útero, y sólo cabe hacer una distinción referente á los quistes hidatídeos. Ya sabemos que los tumores sólidos, duros y benignos, tienen un curso lento y determinan pocos síntomas, en tanto que los tumores quísticos tienen un curso mucho más rápido y ofrecen muchas variantes. El curso de los quistes hidatídeos es aún más lento que el de los miomas, tanto es así, que parecen estacionarios; sólo este síntoma podrá servirnos para diagnosticar aquellos tumores parasitarios. Los quistes hidatídeos pueden ser únicos ó múltiples; en el primer caso, no hay medio de diagnosticarlos; en el segundo, podremos hallar varios tumores quísticos en distintos puntos de la pelvis, sin una localización determinada, como ocurre en otras neoplasias. Además, los quistes hidatídeos se mueven, son indolores y no determinan la formación de adherencias.

El diagnóstico de los tumores del ligamento ancho no ofrece grandes dificultades; mediante el tacto vaginal, encontraremos la neoplasia que forma más ó menos abombamiento hacia la vagina, y puede tocarse con facilidad. El pronóstico de estos neoplasmas es igual al de los demás que hemos estudiado, y por lo que toca al tratamiento, existen las mismas indicaciones que en los tumores ováricos. Hay que advertir que estos tumores con mayor facilidad que los otros producen fenómenos de compresión, lo cual los hace muy temibles; hay ciertos órganos que resultan prontamente comprimidos, tal ocurre con los uréteres, de lo cual proceden fenómenos por parte del riñón que hacen intolerada la neoplasia. Para realizar la intervención, podemos valernos de la laparotomía; pero si el tumor es pequeño, podemos extraerlo por la vagina, sobre todo practicando la histerectomía vaginal previa. Tratándose de quistes hidatídeos, la indicación no es tan urgente, pues la enferma puede permanecer años con

su quiste estacionario; de todos modos, cuando la indicación se presenta por cualquier circunstancia, el modo de realizarla es igual al que empleamos para los demás quistes del ovario ó del ligamento ancho.

Finalmente, debemos ocuparnos de las neoplasias que puede haber en el peritoneo pelviano, ¿pueden radicar en éste de una manera primitiva? A veces sí, pero hemos de hacer notar que así como las neoplasias de los ligamentos anchos y redondos eran benignas, éstas son casi siempre malignas, lo cual se explica, dados los elementos anatómicos que constituyen el peritoneo pelviano. Así la neoplasia que encontraremos con mayor frecuencia será el cáncer difuso del peritoneo, que comunmente subsigue á otros cánceres, en particular los del útero y ovario. Sin embargo, á veces el tumor radica en el peritoneo pelviano de un modo primitivo, apareciendo un foco que luego se generaliza á distintos puntos de la pelvis y del peritoneo; el mal comienza presentándose placas neoplásicas que bien pronto invaden el peritoneo pelviano, aparece luego ascitis que se desarrolla con gran rapidez y va seguida de todo el cuadro sindrómico de los cánceres del ovario. El cáncer difuso del peritoneo determina manifestaciones parecidas á las de una peri-metritis, locales y generales; las últimas son las propias de todo cáncer del ovario, las primeras incluyen la inmovilidad del órgano, la aparición de placas induradas, etc. y todos los fenómenos correspondientes á una peri-metritis.

Aparte de estas neoplasias malignas, hay autores que creen que en el peritoneo pelviano pueden aparecer otras benignas. Yo he visto un papiloma bien aislado que se curó extirpándolo, pero como la enferma tuvo que sufrir una ovariectomía siete años después, todavía conservo mis dudas tocante á la naturaleza del tumor. Por lo demás, las neoplasias malignas son las únicas que realmente tienen importancia en el peritoneo pelviano.

Si es fácil averiguar la existencia de una neoplasia pelviana, no lo es tanto saber su naturaleza y topografía; de aquí la importancia de la laparotomía exploradora en tales casos. Ya dijimos en el lugar correspondiente que esta maniobra estaba indicada siempre que la enferma se hallase en una situación peligrosa por una afección quirúrgica del abdomen, y ya explicamos lo que por esta última debe entenderse; en las neoplasias pelvianas este acto operatorio está indicado como lo está en toda enfermedad quirúrgica de la pelvis que no pueda diagnosticarse. Estamos obligados á intervenir con esta maniobra, porque es fácil que en las enfermedades de la pelvis se presente un cuadro parecido al de las neoplasias malignas, y que no haga creer que se trata de una de éstas, y sin embargo, sólo hay una neoplasia benigna que puede curarse por nuestra intervención. A veces, junto con el tumor hay una peritonitis tuberculosa de forma húmeda, viniendo entonces un desarrollo rápido de ascitis que deja á la enferma en muy mal estado; no tenemos medios para diferenciar una enfermedad de otra, y sólo la operación puede sacarnos de dudas. Recurriendo á la punción encontraremos el líquido ascítico teñido en sangre, pero esto puede ocurrir

lo mismo en una neoplasia maligna que en una peritonitis tuberculosa perfectamente curable. Siempre que no podamos llegar á un diagnóstico decisivo y la enferma esté en una situación peligrosa, estará indicada la incisión exploradora, que queda justificada porque nos indica el tratamiento que hemos de seguir. Si encontramos un cáncer del peritoneo ó del ovario, propagado á los tejidos vecinos, ó bien si hallamos en el epiplocon masas papilomatosas, todo el acto operatorio quedará reducido á una incisión exploradora, pero así y todo obtenemos efectos benéficos, pues eliminamos la ascitis y la enferma queda más desahogada. En la peritonitis tuberculosa y los papilomas difusos, las enfermas mejoran algo después de una laparotomía exploradora. Estas perplejidades de diagnóstico preparan las sorpresas en el acto de la intervención; á veces hacemos la *laparotomía incompleta*, es decir que comenzamos la operación y no podemos terminarla, mientras que en otros casos ocurre todo lo contrario, ó sea que comenzamos por una laparotomía exploradora y terminamos con una operación completa y brillante. Las circunstancias que influirán en este concepto dependen de todo lo indicado, referente á las dudas que hay para el diagnóstico.

Lección LXXIII

Desarreglo de la menstruación.—Dismenorrea.—Amenorrea.—Menorragia.—Menstruación suplementaria.—Ataxia menstrual.—Estudio de estas dolencias.

Vamos á estudiar ahora un capítulo que más bien que de enfermedades trata de síntomas importantes, los cuales, antes de los grandes progresos de la Ginecología, constituían casi toda la asignatura. Inclúyense en tal capítulo las alteraciones de la menstruación (amenorrea, dismenorrea, menorragia), y la esterilidad; el estudio de estas alteraciones, en las cuales se englobaba antes casi toda la Patología genital, puede compararse al de las neurosis en Patología médica, que ha ido reduciéndose á medida que se ha hecho más perfecto el conocimiento de las enfermedades del sistema nervioso. Algo así ocurre en los mencionados trastornos del funcionalismo genital, debidos por lo común á alguna causa conocida, sólo que es tanta la importancia que aquéllos revisten que bien vale la pena de dedicarles un capítulo aparte.

Comenzaremos el estudio de los mencionados desórdenes, por la amenorrea, que significa falta de menstruación, no falta de salida del líquido menstrual sino falta de formación del mismo, no debiendo, por lo tanto, confundirse con aquellos casos en que por estar obstruidos el cuello del útero ó la vagina, la sangre menstrual no puede expulsarse y se forma un tumor por retención. Preséntase la amenorrea con relativa frecuencia, en general como síntoma de enfermeda-

des que ya conocemos; pero no faltan casos en los que tiene un carácter por decirlo así independiente, no relacionándose poco ni mucho con aquellos trastornos del aparato genital. Por lo que toca á su origen y á las causas que la determinan, la amenorrea puede dividirse en *local* si aquéllas residen en el aparato genital mismo, y *general*, cuando las susodichas causas radican en otros sitios de la economía; existe, finalmente, un grupo de amenorreas que sólo dependen de fenómenos reflejos de carácter neurótico. En el primer grupo entra la amenorrea fisiológica, que se presenta durante el período de la concepción; los casos en que esto no ocurre, si no obedecen á alguna anomalía del aparato genital, son siempre discutibles. Después de realizado el parto dura más ó menos, según los casos: si la mujer lacta, la amenorrea se sostiene durante más tiempo pero cesa á la vuelta de cuatro meses, de ocho y á veces de doce; si la lactancia no se realiza, la amenorrea termina más pronto. Esta es la verdadera amenorrea fisiológica y la única que aceptaremos durante el período sexual de la mujer. Fuera de esto hay un gran número de amenorreas patológicas, debidas á todas las enfermedades ya conocidas que radican en el aparato genital de la mujer. Ya recordaréis que todos los procesos morbosos que determinan en aquél una senilidad prematura, producen la amenorrea. Unas veces se trata de alteraciones congénitas (atrofia del aparato genital ó de alguna de sus partes), otras nos encontramos con que aquéllas son adquiridas y subsiguen á la endometritis, á la ovaritis atrófica ó á la parametritis atrófica, que arrastra en su movimiento regresivo el útero y los anexos. También debemos incluir entre las enfermedades que producen amenorrea todas aquellas que destruyen el modo de ser del aparato genital, tal sucede con ciertas alteraciones ováricas que desorganizan el estroma del tejido en que asientan, la misma endometritis al llegar á cierto grado, etc.

Mucho más interés que las anteriores tienen las amenorreas de causa general, que obedecen á ciertas alteraciones del organismo ó á determinadas disposiciones de éste, que reciben el nombre de *diátesis*. Entre la amenorrea de origen local y la de origen general, existe una que, reconociendo el primer origen, nos da mucho que pensar cuando se presenta, y muchas veces no sabemos á qué atribuirle, pues es necesario remontarse mucho en la historia de la enferma y averiguar detenidamente sus antecedentes patológicos para reconocer el primitivo origen local de la afección. Preséntase esta clase de amenorrea desde la pubertad, y buscando los antecedentes de la enferma, nos encontramos con que ésta sufrió durante la infancia el llamado *hidro-peritoneón*, caracterizado por el desarrollo de ascitis y cuya causa no conocemos, el cual sigue un curso lento y acaba por curarse, gracias á una punción espontáneamente ó al parecer, de una manera completa. La enferma queda con un estado general tan satisfactorio que nada sospecha, pero al llegar á la época de la pubertad no menstrúa, y lo mismo ocurre más adelante, siguiendo así quizás toda la vida. Estos casos bien comprobados los creo debidos á una anexitis y peritonitis de naturaleza tuber-

culosa, los cuales, como es sabido, se curan espontáneamente en un gran número de casos, viniendo tras la formación de exudado, su reabsorción, y el paso del mal á una forma seca ó adhesiva. Cuando esto ocurra, los tubérculos han alterado de tal modo los anexos que éstos quedan inhabilitados para sus funciones, sobre todo cuando aun debían desarrollarse, como pasa en la infancia. Este hecho, que quizás llama demasiado poco la atención, es más frecuente de lo que parece, y basta para pronosticar la amenorrea. Además la peritonitis tuberculosa puede aparecer en épocas más adelantadas de la vida, y yo he podido comprobar algunas de ellas durante una intervención; también he podido comprobar que aquélla tiene su origen las más veces en una anexitis tuberculosa. Claro está que una vez desarrollados el útero y los ovarios, la enfermedad no los atacará tan profundamente como si aquéllos están en el período embrionario, y por consiguiente no será tan fácil que estas alteraciones se produzcan durante la época genital, pero con todo pueden ocurrir revistiendo á veces un carácter progresivo. Así la enferma primeramente cree estar embarazada, establécese una irregularidad menstrual, y después de más ó menos tiempo aparece la menopausia definitiva, á causa de la destrucción completa de los anexos por el proceso tuberculoso. Así pues, cuando encontramos los antecedentes de un hidroperitoneón en la infancia con todos sus síntomas, tenemos un dato fijo que ha de guiarnos en el pronóstico.

Hay algunas amenorreas que obedecen á estados generales del organismo ó á ciertas enfermedades de otros órganos. ¿Quién ignora que entre los síntomas de la tuberculosis pulmonar se encuentra la amenorrea? Pero aquí cabe preguntarnos si ésta en muchos casos depende de la enfermedad general ó de alguna localización de ésta en los genitales. Algunas veces débese la amenorrea á un estado general de decaimiento y miseria fisiológica que aparece en períodos algo adelantados de la dolencia, y que algunas veces es lo único que la revela. No faltan casos en que la amenorrea viene originada por un estado general del organismo, es por esto que toda enfermedad aguda ó crónica que depaupere el organismo puede determinar aquel síntoma; así es común la amenorrea en la convalecencia de ciertas infecciones graves, la fiebre tifóidea, por ejemplo: hasta que el organismo se ha reconstituido, pues, al fin y al cabo, la menstruación necesita de toda la vida orgánica de la mujer para su desarrollo, y cualquier afecto que engendre una desnutrición y decaimiento profundo, puede trascender al aparato genital, produciendo la amenorrea. Lo que hemos dicho de las enfermedades agudas puede decirse de las crónicas; por esta razón, en las afecciones cardíacas, las nefritis y el paludismo, es frecuente la amenorrea. Aparte de todas estas amenorreas, tenemos una muy interesante que se debe á la clorosis ó anemia de las jóvenes. Enfermedad no bien conocida aún; pues, al paso que unos la consideran como una alteración de la sangre, otros la hacen depender de una auto-intoxicación, debida, según ellos, á que existiendo amenorrea no se eliminan por el útero algunos productos dañinos al organismo, los cuales

acaban por intoxicarle, sobreviniendo la anemia; en este último caso no tendría que buscarse el origen de la amenorrea en la clorosis, que no sería más que un síntoma, sino en alguna otra circunstancia de diferente carácter. Esta teoría podrá defenderse, pero lo cierto es que no cuenta muchos adeptos, y, en verdad, cuesta trabajo comprender cómo es que ciertas amenorreas no producen clorosis; cómo únicamente durante los primeros años de vida genital pueden eliminarse del organismo los productos tóxicos apuntados, puesto que la amenorrea que viene á los 25 años no suele ir acompañada de clorosis; cómo en multitud de ocasiones la amenorrea no es el primer síntoma de la clorosis, tardando bastante en aparecer aquélla; cómo es, finalmente, que ciertas clorosis nunca llegan á producir amenorrea completa. Por todas estas razones, seguiremos considerando la amenorrea como síntoma, más que como enfermedad. Hagamos constar, de todos modos, que muchas veces al curarse la clorosis desaparece la amenorrea, y no sólo esto, sino que aun existiendo la amenorrea las funciones del aparato genital no sufren gran cosa; así se observa frecuentemente que una mujer clorótica se casa y se hace embarazada, lo cual demuestra palpablemente que no se ha alterado la ovulación. La amenorrea relacionada con la clorosis es de las más importantes, pero requiere sólo una mención como síntoma, bajo nuestro punto de vista.

Ya hemos dicho que hay amenorreas neurósicas ó dependientes de fenómenos reflejos, y así no es raro ver mujeres que por una fuerte impresión moral se ponen amenorreicas. Otras veces la amenorrea aparece por tratarse ya de organismos sumamente neuróticos, y así es frecuente en una histérica que pasen largos períodos de amenorrea que alterna con trastornos menstruales, y lo propio ocurre en algunas enfermedades de la médula. En determinadas ocasiones la amenorrea es hija de la auto-sugestión; tal ocurre en mujeres que han realizado un coito clandestino y temen sus consecuencias; como en mujeres que deseen con vehemencia la maternidad puede presentarse el falso embarazo con suspensión de las reglas. Basta con lo dicho para comprender la variedad de causas que motivan la amenorrea.

Si nos fijamos en su duración puede dividirse la amenorrea en accidental y permanente, esta última podrá calificarse además de incurable si depende de la senilidad del aparato generador, y en este concepto diremos que ninguno lo es tanto como la que procede del hidro-peritoneón de la infancia. Serán accidentales ó temporales las que dependan de afectos agudos ó crónicos si llegan á curarse, como las que obedecen á un estado neurósico. Como se comprende, el pronóstico de la enfermedad variará mucho, según la causa que lo haya determinado, y por lo que atañe al tratamiento, si aquélla reside fuera del aparato genital, nada haremos para modificarlo y sólo emplearemos los medios conducentes á la curación de la enfermedad general, mientras que si la causa radica en el aparato genital mismo, podemos recurrir á los medicamentos llamados *menagogos*, que en realidad no son más que congestionantes de los genitales ó

bien tónicos de dichos órganos. El azafrán, el apiol, la sabina, el permanganato potásico y los preparados de manganeso, reputados como emenagogos, no son sino excitantes. Existen además otros medios de tratamiento que no haremos sino enumerar; el masaje y la gimnasia del útero pueden congestionar el aparato genital y avivar las funciones menstruales; la galvanización aplicando al útero el polo negativo, obra sobre el tejido del órgano, despertando la contractilidad de la fibra, y por fin, para obtener algunos efectos especiales tenemos el tallo intra-uterino ó aplicación de un cuerpo extraño en el útero, que produce mayor congestión y actividad del órgano. No olvidemos en modo alguno el cumplimiento de las sólidas reglas higiénicas, para nutrir convenientemente el organismo ó para estimular el sistema nervioso. En el campo, donde la vida es más apacible, convendrá, sobre todo, este último medio, al revés de lo que ocurre en las grandes poblaciones. Téngase en cuenta que si la amenorrea es permanente no lograremos resultados: en cambio, podemos esperar beneficiosos efectos cuando aquélla tiene el carácter de accidental.

Al sobrevenir la amenorrea, si no de una manera frecuente, de un modo digno de tenerse en cuenta, ocurre un fenómeno muy curioso, llamado *secreción suplementaria*, y así vemos enfermas en las cuales el derrame menstrual aparece substituído por una diarrea bastante característica ó una diuresis muy acentuada, ó una sialorrea, ó bien vómitos que aparecen en los períodos menstruales precisamente. No conocemos el mecanismo de estos fenómenos en su esencia, y sólo podemos suponer que el organismo se ha habituado á eliminar determinadas substancias en épocas más ó menos fijas. De todos modos, como estos hechos no son muy frecuentes, sobre todo considerados como enfermedad, basta con mencionarlos y así pasaremos á estudiar otro fenómeno de mayor significación, me refiero á las *menstruaciones ó hemorragias suplementarias*, ó sea pérdidas de sangre durante el período menstrual, que aparecen en otros sitios de la economía. Las referidas hemorragias pueden aparecer por la mucosa broncopulmonar ó la gástrica, ocasionando hemoptisis y gastrorragias que se han explicado, suponiendo que al faltar el flujo catamenial se presentan en aquellos órganos congestiones bastante intensas para producir la rotura de algunos vasos y para que se presenten hemorragias. Debe recordarse esto porque algunas veces hay hemoptisis y hematemesis que no tienen el carácter de estos síntomas, sobre todo si acompañan á una amenorrea. Digo esto, pues tiene aplicación en aquellos casos en que, no existiendo amenorrea, hay menstruación suplementaria; el hecho es raro, pero existe, y con el fin de poder calificar estas hemorragias de suplementarias hay que reconocer su periodicidad, así como la integridad anatómica de los órganos que son asiento de las mismas. El tratamiento de estos síntomas es nulo: se prescribirán hemostáticos, se acudiré á los purgantes, pero muchas veces todo resulta ilusorio.

Hemos de hablar aún de otro fenómeno, ya citado en distintas ocasiones, y que puede incluirse muy bien en el capítulo de la amenorrea. Este fenómeno, si

bien es transitorio, se presenta con tal carácter, que merece nuestra atención; hay mujeres que siempre menstrúan con irregularidad, caracterizada principalmente por un retardo en la época menstrual; así, en vez de aparecer la menstruación cada mes, no viene sino cada dos ó tres meses, á veces cada seis, y lo más raro es que á veces las enfermas guardan perfecta regularidad en esta anomalía. Dicho fenómeno, llamado ataxia menstrual, tiene dos aspectos: unas veces depende del modo de ser del aparato genital, y así hay mujeres que desde las primeras épocas de la pubertad se presentan atáxicas y lo son durante toda su vida sexual; en cambio, hay otro grupo de ataxias, que pueden llamarse adquiridas, que se presentan accidentalmente en el curso de la vida genésica de la mujer por causas análogas á las que producen la amenorrea. En el primer caso, la ataxia representa un modo de ser del aparato genital, y si recordamos que al hablar de la menstruación en general no pudimos hallar causa alguna que nos explicara su periodicidad regular, bien comprendemos que ésta puede alterarse más ó menos sin constituir fenómeno patológico. Pero si la ataxia es consecutiva á cualquiera de las causas que suprimen la menstruación, bien comprenderemos que más que de una ataxia menstrual se trata de una amenorrea accidental, reproducida con frecuencia. Esta modalidad tiene más importancia que la primera por ser sintomática de algún estado patológico. El tratamiento de la ataxia en esta forma será el mismo que hemos indicado para la amenorrea: excitar el aparato genésico para ver si la menstruación recobra su regularidad, lo cual podremos lograr una vez desaparezcan las causas que han determinado la amenorrea. Contra la ataxia menstrual en su primera forma, poca cosa podemos hacer, pues no existen verdaderas indicaciones, sobre todo si aceptamos la idea de algunos autores para quienes la menstruación es un signo de imperfección de la especie humana, una verdadera molestia, y en este concepto las que sufren ataxia menstrual serían más perfectas que las otras, pues sufrirían menos molestias. Respecto al tratamiento de esta forma de ataxia menstrual, cuando depende de un vicio de conformación del aparato genital, podremos intervenir, pero si no encontramos en éste imperfección ninguna, bien se comprende que nada podremos hacer. Este es el camino que hay que tomar, cuando la enferma no sufre molestia ni incomodidad alguna por la ataxia menstrual. Es de advertir que esta ataxia no supone esterilidad ni mucho menos.

Sabemos ya que la cantidad de sangre perdida en cada período menstrual es muy variable, pero lo más común respecto á este punto es ver rebasada la cantidad regular de la pérdida. Así hay enfermas que desde que comienzan á menstruar, sufren verdaderas menorragias hasta tal punto que el organismo se resiente de las mismas; hay que advertir respecto á este particular, que el efecto que sobre la economía produce la pérdida sanguínea, es lo que más debemos tener en cuenta para calificar ó no de menorragia el caso que presenciemos, pues habrá enfermas que serán menorrágicas con pérdidas sanguíneas relativamente insignificantes, mientras que otras resistirán bien enormes pérdidas. Hay

algunas enfermas que tienen el tipo decididamente menorragico, y adviértase que aquí no voy á tratar de las que sufren afectos del aparato genital, que tienen la menorragia como síntoma importante, sino á ciertos casos en los que aquélla se presenta sin que encontremos causa que la justifique, á pesar del más detenido examen del aparato genital. Esta *menorragia esencial* puede deberse á fenómenos de anemia que dejaron á la mujer en mal estado, ó bien aquélla es puramente accidental, como ocurre en ciertas mujeres, que presentan fenómenos nerviosos histeriformes, y en ciertas discrasias. Vemos, pues, que el significado de la menorragia puede variar mucho, lo cual debe tenerse en cuenta para dirigir el tratamiento. Importa combatir este síntoma, pues el período menstrual se convierte en causa de malestar y puede determinar enfermedades consecutivas por las enormes pérdidas de sangre. Todos nuestros esfuerzos se dirigirán á disminuir la cantidad de sangre perdida, y á rebajar en cuanto sea posible la intensidad del molimen menstrual, para que la menorragia dure poco, y la pérdida sea escasa. En este concepto disponemos de medios eficaces, como la quietud de la enferma al acercarse al período menstrual, los purgantes dialíticos que descongestionan la pelvis, la ergotina, el bisulfato de quinina, el *hidrastis canadensis*, absteniéndonos del hierro en absoluto, á menos que la anemia provocada por la hemorragia haya sido muy intensa. Como tratamiento local tenemos el agua caliente, que puede emplearse en forma de irrigaciones vaginales ó de aplicaciones tópicas en el vientre, ó en los lomos por medio de vejigas ú otros cuerpos. Si estos recursos no bastan, podemos practicar el taponamiento y la cauterización del endometrio, y finalmente, si el origen de la menorragia es desconocido y peligra la vida de la mujer, estamos autorizados para practicar la castración ovárica ó la castración completa, que se ha realizado en algunos casos con éxito lisonjero. Ciertamente que la indicación de esta maniobra quirúrgica, pocas veces existirá, pero puede presentarse, y en esta ocasión deberemos cumplirla realizando el mencionado acto operatorio.

Lección LXXIV

Estudio de la dismenorrea.—Estudio de la neurastenia y del histerismo, desde el punto de visto ginecológico, sobre todo por lo que se refiere á su patogenia y tratamiento.—Enfermedades de la menopausia.

Quédanos todavía un capítulo por estudiar, que es el de la dismenorrea, el cual era sumamente extenso antes de conocerse muchas de las enfermedades que hoy sabemos que existen. Ya sabemos que la palabra dismenorrea significa menstruación dolorosa, y que ésta es un síntoma común á multitud de afectos estudiados. Puede tener la dismenorrea un origen local, como vemos en las en-

fermedades de que hemos tratado, y otro que es independiente de toda clase de lesiones del aparato genital, y puede ser espontánea ó adquirida; en el primer caso, se presenta con carácter por decirlo así, esencial ó autóctono, y la mujer es dismenorreica desde un principio, mientras que la dismenorrea adquirida puede aparecer en cualquier período de la vida genital de la mujer. Estas dismenorreas vienen ligadas con algún modo de ser especial del organismo femenino; ya al hablar de la menstruación hemos dicho que ésta imprimía alteraciones en toda la economía, las cuales eran más ó menos acentuadas, pero se encontraban siempre, y rara era la mujer que al venir la regla no sentía alguna molestia, lo cual se comprende muy bien dada la congestión generalizada á todo el aparato genital, peritoneo, pelviano y plexos pampiniformes. Estas incomodidades pueden exagerarse por cualquier enfermedad del aparato genital, pero á veces aun sin existir éstas, preséntase una exageración del molimen menstrual y sobreviene la dismenorrea autóctona, que puede afectar dos tipos, uno en que puede atribuirse á malas condiciones del organismo, ó á defectos de desarrollo durante la pubertad por malas condiciones higiénicas ó por los azarés de la vida social, y otro en que la mujer hereda una mala constitución; en ambos casos la mujer no tolera las alteraciones propias del período menstrual y aparece la dismenorrea. Otras veces se trata de tipos neuróticos, sea de forma histérica ó de cualquier otra, en los cuales aún habiendo en apariencia buena salud, hay un modo de ser anormal por parte del sistema nervioso, que se manifiesta de diferentes maneras, y determina propensión á la dismenorrea. Este tipo frecuentemente es congénito, pero puede ser adquirido durante la vida sexual de la mujer, y puede influir en su producción todo lo que determine una preponderancia excesiva del sistema nervioso. Una vez rebasados los límites ordinarios del molimen menstrual, pueden ocurrir todos los grados, incluso aquellos en que cada vez que aparece la menstruación desarróllase una verdadera enfermedad, origina muchas veces de la morfomanía. También hay todos los matices respecto á intensidad y duración del dolor; el carácter general de estos trastornos es el de presentarse horas antes del período menstrual y desaparecer horas después de comenzar; otras veces la duración de las molestias es mayor, persistiendo durante días. Existe asimismo variedad respecto á manifestaciones dolorosas; en el grupo de deficiencias de desarrollo, los dolores suelen estar difundidos por toda la pelvis; en el tipo neurótico acostumbran á localizarse hacia la región ovárica. Por estas razones, cuando veamos una mujer con defectos de constitución, de carácter neurótico exagerado y no encontremos alteraciones anatómicas, estaremos autorizados para diagnosticar la dismenorrea esencial.

Esta clase de dismenorrea requiere, como podemos suponer, un tratamiento distinto de aquélla que depende de una afección del aparato genésico, ó desde luego no podremos dirigirnos á este aparato, y así lo que haremos será combatir las incomodidades y molestias que preceden y siguen al período menstrual, lo cual se conseguirá por medio de la medicación calmante; en este concepto,

el opio y sus preparados, las fricciones en el bajo vientre con pomadas laudanizadas, los enemas confeccionados con estas substancias, serán muy convenientes, guardándonos de la morfina en cuanto sea posible, pues como dichos estados son de larga duración, la enferma corre el peligro de volverse morfinómana. El bromuro potásico y el hidrato de cloral pueden también emplearse en tales casos. Si la dismenorrea se ve que depende del molimen menstrual, jugando, por tanto, un gran papel la congestión de la pelvis, deberemos disminuir ésta, lo cual se logra por el bisulfato de quinina, el *hydrastis canadensis*, etc., los baños generales calientes, los purgantes salinos obran también favorablemente determinando una especie de revulsión, y por fin hasta hay agentes que se han recomendado como provistos de una acción específica, tales son el *bivurnum* y el apiol, que sólo obrarán como reguladores de la circulación pelviana. Medicación específica contra la dismenorrea, fuerza es confesar que no la tenemos, y todos los medios empleados fracasan muchas veces. En la verdadera dismenorrea esencial, el tratamiento debe dirigirse á modificar el organismo, tarea difícil cuando nos hallamos con enfermas que por herencia ó por su modo especial de vivir se han fraguado un verdadero estado neurótico; en el primer caso, es decir, si la enferma hereda la neurosis, nada podemos hacer, en el segundo procuraremos crear condiciones enteramente opuestas á las que determinaron el mal, cosa muy difícil, pues cuesta muchísimo separar á un individuo del medio en que ha vivido y se ha desarrollado. Lo que digo de las dismenorreas relacionadas con el tipo neurótico, debo repetir de las que vienen ligadas con una constitución endeble. ¿Cómo es posible que con una medicación cualquiera podamos evitar los efectos de una educación mal dirigida durante las primeras épocas menstruales? Con todos los preparados, si no van unidos á otros agentes que destruyan las circunstancias anteriores, nada lograremos. Es asimismo ilusorio pretender que por medios farmacológicos adquiera robustez y vigor la mujer que ha nacido linfática ó escrofulosa, y lo único que puede ser útil es un cambio de vida ó de posición social, lo cual, como se comprende, dista mucho de estar en nuestra mano.

Algunas formas de dismenorrea llegan á ser tan rebeldes, que han hecho pensar en la menopausia artificial como supremo recurso; tal ocurre en aquellas ocasiones en que la dismenorrea persiste después de varios embarazos. Ya existe la creencia vulgar de que la dismenorrea se corrige después del parto, y así sucede muchas veces, pero no faltan casos en que, pasado el parto, se renueva la dismenorrea. La idea de acabar con todos estos trastornos por medio de la castración normal ¿resulta justificada? A veces sí; pero comunmente no, por extraño que parezca; pero antes de hablar de la operación indicada en este concepto, digamos algo de la misma, por lo que se refiere á sus aplicaciones al tratamiento de diversas neurosis de la mujer. Concluyendo lo dicho respecto á la dismenorrea, afirmaremos que raras veces encontraremos aquélla sin causa local y sin alteraciones del resto del organismo; advirtiendo, empero, que en mu-

chas ocasiones el síntoma que estudiamos no es más que una manifestación del histerismo. Pero ¿existe siempre esta relación entre las manifestaciones histéricas y las del aparato genital? ó sea ¿depende siempre el histerismo de algún trastorno en el mencionado aparato? Algunos lo han creído así, pero los estudios de los autores modernos no lo han confirmado. Ciertamente que en el aparato genital hay tendencia á que se presenten las manifestaciones histéricas, pero la cosa acaba aquí, no habiéndose comprobado la pretendida relación patogénica entre el histerismo y las funciones sexuales; si así fuera, pasaría con esta enfermedad lo que con otras alteraciones funcionales del aparato genital, que cesan al venir la menopausia, y precisamente en nuestro caso ocurre todo lo contrario, ya que muchas veces las grandes manifestaciones histéricas se presentan después de aquel período. Ya se comprende, por lo tanto, que la castración no resulta justificada para combatir estas manifestaciones histéricas, que si no reaparecerán en forma de dismenorrea, lo harán con el carácter de histeralgias, y aunque modifiquemos la operación siguiendo á Péan, que extirpaba también el útero, pueden volver á presentarse las susodichas alteraciones con la variedad de cistalgias. Tales resultados, que se han podido observar en el tiempo de quince años que viene practicándose aquella operación, demuestran lo injustificada que está para combatir la dismenorrea originada por el histerismo.

En ciertos casos la dismenorrea se relaciona con la neurastenia, cuyas variadas formas conocemos y que puede localizarse en el aparato genital. Dos clases hay de neurastenia: una hereditaria que presenta un carácter especial y podemos calificar de incurable, y otra que llamaremos post-orgánica, de naturaleza distinta, pues se desarrolla en pos de diversas enfermedades de otros órganos de la economía. A este último grupo pertenece la neurastenia que podríamos llamar genital, y que es para nosotros la más interesante; no tienen estas neurastenias un carácter bien acentuado, por lo cual no sabemos de fijo á qué atribuir las y no conocemos por qué unas mujeres se hacen neurasténicas y otras no, en pos de ciertas enfermedades. La mayor discordancia impera entre los autores respecto á cuáles sean las enfermedades que más directamente influyen en la producción de la neurastenia, y así mientras unos conceden la supremacía á las gastropatías, otros hacen jugar un gran papel á las enfermedades de los intestinos ó del aparato genital. Es indudable que este último en la mujer es uno de los que más se prestan por su funcionalismo á la operación de la neurastenia. En efecto: las incomodidades de la vida sexual, durante las cuales la mujer no puede olvidar sus ordinarios quehaceres, las funciones de fecundación que realizándolas por completo son una verdadera sobrecarga, el parto con sus sufrimientos y peligros, la lactancia con todas sus impertinencias, agotan el organismo de la mujer, y nadie ignora que el agotamiento es el factor principal de la neurastenia adquirida. Además, el aparato genital puede sufrir múltiples alteraciones por distintas causas; así el coito será muchas veces para la mujer un acto de sacrificio y se convertirá en otras en motivo de excitabilidad nervio-

sa por haber provocado excitaciones no satisfechas, lo cual favorecerá la aparición de la neurastenia. Por estas razones hay muchas formas de neurastenia, cuya causa no podemos descubrir, por quedar envuelta en los secretos de la vida conyugal. La idea de la relación entre el funcionalismo sexual y muchos desórdenes nerviosos es ya vulgar; por esto, hablando de algunas jóvenes que sufren determinados trastornos, se dice que curarán de los mismos casándose. Realmente existen casos en los que las mencionadas manifestaciones al contraer matrimonio la mujer, se modifican favorablemente, pero en ocasiones la indicación sale al revés y los fenómenos dismenorreicos ó de carácter general que aquejaba la mujer, no sufren ninguna mengua.

Tocante al tratamiento de estas formas, bien se echa de ver que si estos asuntos no fueran tan vidriosos, nuestros consejos y advertencias podrían ser muy útiles, pero los motivos ya citados esterilizan nuestros buenos propósitos. Respecto á la castración normal diremos que con ella no combatimos el modo de ser de la enferma; si la neurastenia es hereditaria nada lograremos con aquella maniobra, y lo mismo diremos cuando aquélla es adquirida, pues ni en un caso ni en otro nos dirigimos á combatir el origen de la dolencia. Lo único que evitamos es la repetición de embarazos y partos, pero esto no es esencial ni mucho menos; el mal funcionalismo de los genitales sigue el mismo aunque hayamos extirpado ovarios y trompas. La operación de Batey sólo estará justificada en los casos de locura ó epilepsia menstrual, pues la extirpación de ovarios y trompas puede producir un resultado positivo, pero estas formas son por demás raras y en todo caso conviene no obrar uno solo, sino pedir el auxilio de algún compañero. Muchas de las neurosis estudiadas desaparecen al venir la menopausia, pero los fenómenos relacionados con el histerismo y la neurastenia continúan aún, pero hay algunos que desaparecen, lo cual parece autorizar la maniobra quirúrgica antes indicada, que con todo no debe inspirarnos confianza. Obsérvase que muchos efectos del referido acto operatorio son puramente sugestivos, pues la enferma, sabiendo que ha sufrido una gran operación, se tranquiliza mucho y hasta experimenta una notable mejora, tanto es así, que en algunas ocasiones podemos permitirnos un simulacro de operación para la enferma sola.

Para terminar, digamos cuatro palabras respecto á los fenómenos que aparecen en ocasiones al venir la menopausia. Dichos fenómenos pueden afectar al sistema nervioso y al aparato digestivo; respecto al primero, la mujer experimenta notables cambios en su afectividad, los cuales pueden ser tan intensos que rayen en cuadros patológicos y exijan nuestra intervención; por lo que atañe al tubo digestivo, pueden presentarse dispepsias que procuraremos corregir con la medicación apropiada. Ocurre, á veces, un fenómeno muy interesante, que consiste en ráfagas congestivas, las cuales se traducen por llamaradas en la cara, que molestan mucho á la mujer. El tratamiento de estas manifestaciones, si alguno queremos emplear, ha de ser revulsivo; por esto echaremos mano

de algún purgante, y si esto no basta, recurriremos á los baños generales para regularizar la circulación.

Lección LXXV

De la esterilidad en la mujer.—Estudio de sus causas.—Id. de la esterilidad absoluta y relativa.—Bases para el tratamiento.—Fecundación artificial.

La materia que trataremos en este capítulo es la esterilidad de la mujer en general, no la esterilidad como síntoma de diversas enfermedades, que hemos estudiado con éstas en las lecciones correspondientes. El asunto desde luego es más complicado de lo que á primera vista parece, pues son dos los factores que intervienen en la fecundación, el fecundante y el fecundado, y ya se comprende que no será lo mismo estudiar la esterilidad en la mujer cual haremos nosotros, que considerar la esterilidad en general, pues en ésta hay que tener en cuenta un factor que no nos interesa. No hacemos mención, por lo tanto, de aquellos casos en los que la esterilidad depende del hombre, haciendo constar solamente que hoy no debemos juzgar, como se hacía antes, del grado de fecundidad de un individuo por su potencia, pues hay sujetos que hacen perfecto uso de sus facultades sexuales y sin embargo son estériles por falta de espermatozoides ó alteración de los mismos. Así, pues, de todos los casos de esterilidad atribuidos á la mujer, hay que descontar algunos, que ciertos autores hacen llegar á un 50 por 100, que son imputables al hombre. Esta proporción es quizás exagerada, pero de todos modos hay muchos casos de esterilidad por parte del hombre, siendo debidos muchos de ellos á ciertas enfermedades, v. gr.: la infección gonorreica. Pero nosotros sólo señalamos este asunto para fijar cuando debe atribuirse la esterilidad á la mujer y cuando debe afirmarse que el hombre es responsable de la misma.

No sólo tiene importancia considerar si la esterilidad depende del hombre ó de la mujer, sino que á veces, obedeciendo aquélla á circunstancias de lugar y tiempo, debemos averiguar cuáles son éstas para darles su justo valor. Así sucede en ciertos casos, que estando en buenas condiciones los agentes fecundante y fecundado, existe esterilidad; esto puede observarse cuando hay mucha diferencia de edad entre los dos cónyuges, cuando hay parentesco entre ellos, como ocurrió con los doce hermanos Ptolomeos que apenas tuvieron sucesión por el hecho de casarse con parientas próximas. Este asunto debe recordarse porque nos da la clave de alguna esterilidad en que vanamente nos esforzamos en investigar su causa. En muchas uniones estériles por causa desconocida, ha sido comprobado que el hombre aparejado con otra mujer y la mujer con otro hombre, ambos han resultado fecundos. Aparte, pues, todas las causas indica-

das de esterilidad, hay algunas que todavía están por descubrir. Finalmente, hay casos en los cuales no existe ninguna de las causas mencionadas y la esterilidad depende realmente de la mujer. Por todo lo dicho, ya comprenderemos que, frente á un caso de esterilidad, deberemos practicar un detenido análisis para saber primero, si la esterilidad es del varón ó de la hembra, si depende de algunas de las circunstancias sociales indicadas ó de otras que no correspondan exclusivamente á la mujer, pues muchas veces ha ocurrido que aquélla ha sufrido verdaderas torturas, sometién dose á dolorosos tratamientos, cuando no era suya la culpa, tocante á la esterilidad.

La esterilidad propia de la mujer puede deberse á distintas causas que originarán otras tantas variedades de aquélla. Así veremos que hay esterilidad congénita y adquirida, accidental y permanente, absoluta y relativa; todas estas formas obedecen á distintas causas, que podemos clasificar en dos grandes grupos, locales y generales, ó sea causas que residen en el aparato genital femenino y causas que radican fuera del mismo. Estas últimas obran del mismo modo que actuaban para producir la dismenorrea ó la amenorrea, pues, necesitando el aparato genital de toda la integridad orgánica para funcionar, hay muchos casos en que existe esterilidad á consecuencia de estados generales que alteraron profundamente el organismo. Entre dichos estados figuran la tuberculosis, la sífilis y todas las caquexias y enfermedades agudas que producen un período amenorreico. La esterilidad podrá ser puramente accidental como la que sigue á la convalecencia de ciertas afecciones y la que se presenta en muchos estados generales, ó bien puede ser permanente gracias á profundas alteraciones del aparato genital que le dejan en imposibilidad de reponerse. Pero, al fin y al cabo, éstas formas se explican por igual mecanismo que la amenorrea ya estudiada, es decir, por trastornos generales de la nutrición, lo más extraño es que existe una forma especial no bien explicada, que se manifiesta por un excesivo desarrollo de grasa; la mujer se pone obesa, adquiere hermosa apariencia, no hay alteración ninguna en los órganos de la economía, y sin embargo, existe esterilidad. Esta forma, bastante frecuente, puede presentarse desde el principio ó sea desde muy temprana edad, pero, por lo general, es adquirida y aparece en cierta época de la vida genital de la mujer; por esta razón cabe preguntarnos si la esterilidad depende de no haberse verificado la fecundación en tiempo oportuno, pues estas mujeres obesas no lo han sido siempre. Repitamos, pues, que es lícito suponer que la falta de fecundación en tiempo oportuno produjo un acúmulo de grasa, indicio de una alteración nutritiva profunda. El modo de ser de la sociedad actual es causa de muchas esterilidades, pues hay mujeres que contraen matrimonio en época muy adelantada de su vida y son estériles, mientras que si se hubiesen casado antes, según toda probabilidad, hubieran sido fecundas.

Por lo que atañe á las causas locales de esterilidad, ya hemos visto en las diversas enfermedades estudiadas que aquélla podía ser absoluta y relativa;

siempre que haya en el aparato genital defectos de conformación que impidan el paso del óvulo ó del espermatozoide existirá causa abonada de esterilidad, sea cual fuere aquél. Si el paso del óvulo ó del espermatozoide es imposible, la esterilidad será absoluta, en cambio si sólo existen obstáculos al paso de aquellos elementos, la esterilidad no será más que relativa. Recordemos también que si la mujer menstrúa, por donde pasa el flujo catamenial puede enfiar el óvulo ó el zoospermo; estos hechos se tendrán muy presentes en el diagnóstico, para establecer si la esterilidad es relativa ó absoluta. Las alteraciones flogísticas de los anexos, son causa de esterilidad, pues los ovarios pueden lesionarse de tal manera, que no se verifique la ovulación ó se realice mal, y las trompas pueden sufrir grandes cambios que impidan el paso del óvulo desde el ovario al útero, pero esto no basta para asegurar el diagnóstico. Algo por el estilo puede decirse de las pelvi-peritonitis, que también pueden determinar esterilidad, la cual con frecuencia es sólo relativa.

Aparte de las susodichas causas locales y generales capaces de producir esterilidad, hay algunas también locales pero que no vienen incluidas en las enfermedades estudiadas anteriormente, y una de ellas es el onanismo. Dicho vicio es causa de esterilidad con relativa frecuencia por las graves alteraciones, nutritivas y circulatorias, que ocasiona en el aparato genital. Deben tenerse en cuenta asimismo ciertas condiciones químicas de los líquidos que hay en aquel aparato; normalmente el flujo vaginal es ácido y alcalino el del útero, pues bien parece ser que el zoospermo necesita condiciones de alcalinidad para su vida, y así cuando haya hipersecreción de los líquidos vaginales ó bien cuando por condiciones patológicas como en la metritis, y ciertos estados artríticos, el flujo uterino es ácido, se comprende que pueda haber esterilidad. Fuera de lo dicho existen determinadas circunstancias que se señalan como causa de esterilidad, así se ha indicado en este concepto la indiferencia en las relaciones sexuales ó la repulsión para las mismas; sabemos ya que la sensibilidad erótica es tardía, y que son muchas las que verifican sus funciones sexuales sin que éstas hayan llegado á su desarrollo, pero á pesar de todo continúa señalándose la indiferencia, muchas veces natural, para las relaciones sexuales, como causa de esterilidad. El vulgo está aferrado á dicha idea creyendo que un coito ha de ser erótico para que resulte fecundante, ¿es racional este modo de ver? ¿tiene importancia en la fecundación, la sensibilidad erótica? Importancia absoluta no la tiene, relativa muy pocas veces; esto último puede ocurrir cuando existe en el aparato genital cierto estado que opone un pequeño obstáculo á la fecundación, pero si el aparato genésico está bien constituido y en perfecto estado de sanidad, la indiferencia de la mujer no importa nada para el caso, y si no, no hay más que recordar el caso de vaginismo resuelto por Sims, mediante la anestesia. También hay casos de violación en los que la mujer siente verdadero horror por el macho, y sin embargo, muchas veces concibe. No sólo esto sino que la repetición de las funciones sexuales puede perjudicar la fecundación. Por todo

lo expuesto se ve que no es indispensable que haya sensibilidad erótica para que se verifique la concepción, pero en algunos casos, no del todo normales, la idea del vulgo tendrá su razón de ser; así, parece que las congestiones y descongestiones que la sensibilidad erótica desarrolla, excitan los movimientos fibrilares de la trompa, útero y vagina, todo lo cual favorece la función fecundante. Además como en el aparato genital puede haber hipersecreción, es fácil que se deposite en el cuello uterino un pequeño tapón de moco, y nada mejor para desprenderlo que los movimientos del útero desarrollados en el coito sensible; de este modo se favorece mecánicamente la penetración de los espermatozoides al través del cuello, lo cual quería significarse antes al decir que el útero verificaba la aspiración del semen. Por lo dicho se comprende de qué modo, en un aparato genital que no sea del todo fisiológico, el coito sensible puede favorecer la fecundación.

Finalmente algunos autores citan como causa local de esterilidad la posición que en la especie humana se adopta para verificar el coito; nadie ha podido hallar el porqué de la posición fisiológica en la especie humana, pues la verdad es que las demás especies zoológicas verifican el coito de manera muy distinta. Ciertos autores se han fijado en la falta de relación entre el hocico de tenca y el pene, que dificulta el paso del semen al interior del útero, dándole una gran importancia para explicar la esterilidad. Por consiguiente, parece ser que la posición clásica para verificar el coito en la especie humana, no es la más favorable para la fecundación, y así no es extraño que se haya aconsejado un cambio de posición que muchas veces hace que sean fecundas mujeres que hasta entonces habían permanecido estériles.

El diagnóstico de la esterilidad será fácil ó difícil, según dispongamos ó no del tiempo conveniente de observación. Siempre que tengamos que hacer el diagnóstico de la esterilidad en un momento dado, tropezaremos con serias dificultades, pues aunque hay causas conocidas que motivan aquélla, y permiten hasta reconocer la variedad y carácter de la misma, no se encontrarán en todos los casos. Habrá, en efecto, ocasiones en que no podremos descubrir las causas de la esterilidad, y sólo la observación y el tiempo podrán servirnos para fundar el diagnóstico. Con bastante frecuencia nos consultarán acerca de la posibilidad de que una mujer conciba ó no, exigiéndonos nuestra opinión en un momento dado, y entonces, como es natural, no podremos afirmar nada categóricamente. Si acaso hallamos alguna causa de esterilidad de las indicadas ya podremos atrevernos más, pero recordemos siempre que raras veces aquélla será absoluta, que en general sólo habrá obstáculos para el paso del óvulo ó del zoospermo, y que si la mujer menstrúa siempre es posible la fecundación, pues por donde pasa la sangre menstrual puede pasar el espermatozoide. De modo que muchas veces podremos formular el diagnóstico que se nos exige en un momento dado, afirmando que hay tal ó cual obstáculo que impide la fecundación, pero que ésta puede realizarse. La tarea no es tan difícil cuando disponemos de

más tiempo de observación, y de aquí que los ginecólogos hayan calculado el tiempo de vida sexual que necesita la mujer para que se verifique la fecundación; algunos creen que el primer coito ha de ser fecundante, lo cual no siempre puede admitirse, aun existiendo integridad completa del aparato genital y de su funcionalismo, pues además de que el zoospermo llegue al útero, se necesita que el óvulo esté en buenas condiciones. Hoy día el acuerdo es casi unánime en sostener que la mujer no puede considerarse como estéril hasta pasados tres años de vida sexual, pues se ha observado que muchas mujeres son fecundas en el primer año de matrimonio, otras durante el segundo, algunas que no lo son hasta el tercero y bastantes después de éste adquieren fecundidad. En general, transcurridos tres años de vida sexual sin que la fecundación se verifique, podemos creer que hay esterilidad. De aquí la conveniencia de disponer de un tiempo de observación para ver si durante el mismo la concepción se efectúa ó no.

El pronóstico de la esterilidad depende de la causa que la origine, puesto que existen causas contra las que nada podemos, y otras que pueden ser ventajosamente combatidas. Por lo general, obtendremos resultados positivos con un tratamiento adecuado, tanto es así que en más de las dos terceras partes de esterilidades lograremos su curación. Hablamos de los casos ya indicados en que la esterilidad persiste después de tres años de vida sexual, pues si sólo hay dificultades para la fecundación, mayormente cuando dependen de enfermedades conocidas, podremos corregirlas por los medios apropiados.

Por todo lo dicho, se comprende que el tratamiento variará según la causa productora. Si ésta consiste en un estado general del organismo, como la obesidad de que ya hemos hablado, usaremos de todos los recursos para modificarlo, ya que al fin y al cabo nada hay que indique la incurabilidad de aquél, y así será posible que el aparato genital vuelva á gozar de sus facultades, y la mujer recobre su fecundidad. Esto es aplicable á muchos casos en que la mujer es estéril, y así no es raro que ésta deje de serlo por un cambio de clima; encuéntranse, por ejemplo, mujeres que son estériles en España, y fecundas en nuestras colonias y vice-versa, todo lo cual indica la importancia de ciertos estados generales mencionados. Claro está que si la esterilidad depende de una anemia crónica ó de un estado constitucional como la sífilis, combatiendo la anemia ó la infección sífilítica, podremos conseguir algún resultado.

Por más que estos hechos sean ciertos y positivos, en la inmensa mayoría de casos el tratamiento ha de ser local, por ser locales las causas que determinaron la esterilidad. El fin que nos proponemos con aquel tratamiento es siempre el mismo, favorecer la manera de que los espermatozoides se pongan en contacto con el óvulo en un sitio á propósito, y como no sabemos á punto fijo dónde se realiza la fecundación, lo que procuraremos será que el zoospermo penetre desde el istmo del útero para arriba. También tenemos que proponernos que el óvulo llegue desde el ovario al útero; en este concepto nada se hacía antes, pero mo-



dername se ha trabajado en este sentido; recordemos si no lo que dijimos al hablar de ciertas enfermedades de los anexos referente á nuestra intervención, que el desprender adherencias y practicar la salpingotomía tiene por objeto restablecer la permeabilidad de la trompa. Aparte de esto, que más bien se propone curar las afecciones de los anexos que combatir la esterilidad, poco podremos hacer para facilitar la migración del óvulo, y si la causa reside en una ausencia de trompa, bien podremos calificar de incurable la esterilidad que se nos presenta. Otras veces la causa de la esterilidad es la obturación del pabellón, pero en este caso aunque nuestro tratamiento será eficaz, como el diagnóstico no es positivo, raramente estará indicada la intervención. No dejan de existir ciertos medios que favorecen la migración del óvulo, y entre estos tenemos la galvanización del aparato genital que se efectúa con el polo negativo en el útero y el positivo en el abdomen, ó viceversa de este modo se desarrollan contracciones y movimientos fibrilares de los elementos de la trompa que pueden favorecer la migración del óvulo. De la propia manera pueden obrar los viajes, sobre todo si son largos y continuados, á causa de los movimientos repetidos. Nuestra intervención en los demás casos será realmente muy escasa.

Si la esterilidad depende de que el espermatozoide llega difícilmente al interior del útero, nuestra intervención será más eficaz. Desde luego deberá averiguarse la causa que se opone al camino del espermatozoide y combatirla; á veces esta causa se halla en la vulva, tal ocurre en el vaginismo y en las estrecheces de la misma, lo cual contraría la fecundación, pero no la impide en absoluto. Siempre que haya un obstáculo que dificulte el coito y haga que el semen no penetre en la vagina, hay que separarlo y corregirlo; pero no basta que el semen se deposite en el fondo de la vagina, sino que es necesario que el cuello del útero se encuentre en disposición de permitir el paso del espermatozoide. En el cuello uterino podremos hallar muchas causas de esterilidad, así las anomalías, estrecheces del mismo, catarro cervical, etc., se oponen al paso del espermatozoide desde el fondo de la vagina al interior del útero; ya conocemos los medios de corregir aquellos afectos, y empleándolos veremos desaparecer la esterilidad. Según lo que encontremos en el cuello, así procederemos, todo para que los espermatozoides puedan penetrar en el útero. En ocasiones no encontramos nada que se oponga á la progresión del espermatozoide, y después de examinar debidamente á la mujer, no hacemos más que confirmamos en nuestra opinión primera; lo que procede en tal caso es analizar el carácter químico de las secreciones genitales, sobre todo de las que proceden del interior del útero; las secreciones ácidas son veneno para los espermatozoides, y debemos neutralizarlas inyectando antes del coito una solución alcalina en los genitales. En ocasiones ni siquiera esto descubrimos, y lo que hay es una gran desproporción entre los genitales del hombre y los de la mujer, desproporción que se traduce por la formación de falsas vías en el aparato genésico femenino; así la vagina es corta y el útero muy bajo en relación al pene que tiene una gran longitud, y

así en vez de contactar éste con el cuello, choca contra él y se dirige hacia los fondos de saco laterales y el posterior. La repetición del acto acabará por fragar falsas vías, distendiendo los fondos de saco. Esta circunstancia será motivo de esterilidad, porque aun cuando el cuello del útero puede quedar bañado en semen, hay dificultad para que los espermatozoides penetren en el útero. Para evitar estos accidentes se ha aconsejado el coito en posición diversa de aquella en la cual se ha fraguado la falsa vía, pero lo mejor es efectuarlo á la manera de las demás especies zoológicas, con lo cual evitaremos la formación de falsas vías, el semen se pondrá más fácilmente en contacto con el hocico de tenca, y su paso al interior del útero será más fácil.

Finalmente como último recurso puede acudirse á la fecundación artificial, que, por tanto, estará justificada cuando los demás medios de tratamiento no han tenido éxito después de haber examinado los órganos genitales de la mujer, y no haber encontrado en ellos causa abonada de esterilidad. Téngase siempre en cuenta que la fecundación artificial no estará justificada sin haber examinado las condiciones de fecundidad del hombre, y así una vez examinadas éstas y demostrado que por parte de la mujer no hay circunstancias especiales que se opongan al embarazo y al parto, puede procederse á la fecundación artificial, que consiste en llevar al interior del útero cierta cantidad de semen por medio de instrumentos especiales. Para ello se señala una hora determinada, se realiza el coito, y luego permaneciendo la mujer en cama se aplica un spéculum cilíndrico que va rasando las paredes vaginales y recoge el semen depositado en la vagina; entonces con un instrumento especial inventado por Pajot, que es un tallo hueco que se baña en el semen con una cánula para cerrarlo, se recoge una cantidad pequeña de humor espermático y se practica el cateterismo del útero. También podemos servirnos de la jeringa de Brau, con la cual se aspira cierta cantidad de semen, y se deja depositada en el cuerpo del útero; creo inútil decir que la jeringa debe haberse esterilizado previamente. El semen debe permanecer en el útero un tiempo más ó menos largo después de haber realizado la operación, y en cuanto al momento de practicar ésta diremos que es durante los dos días que preceden á la menstruación, ó los dos que la siguen, lo cual demuestra que todavía no sabemos qué tiempo es el más oportuno para verificar la fecundación. Si después de la operación indicada, la mujer no cura de su esterilidad podemos repetirlo antes de dar el caso por perdido, y en cuanto á los resultados generales de aquélla, diremos que son menores de lo que pudiera creerse. Verdad es que faltan datos para juzgar, pues la maniobra no se ha realizado en gran escala, y la estadística más numerosa cuenta 36 casos de los cuales 4 fueron coronados de éxito. Sólo falta saber si las mujeres sometidas á la operación que estudiamos, hubieran sido fecundas con el tiempo; de todos modos el acto operatorio está indicado en ciertos casos, y produce en ocasiones efectos positivos. Por esta razón todos los autores lo aceptan científi-

camente, pues en el concepto ortodoxo, en Roma, acaban de condenar la fecundación artificial, como se declaró ilícita la embriotomía con feto vivo.

Al acabar la Ginecología, vemos que es tal su carácter quirúrgico, que la última materia que hemos estudiado es un acto operatorio. A la circunstancia de haberse hecho rama quirúrgica debe la Ginecología sus notables adelantos, y respecto á las intervenciones que practicamos, notemos que unas favorecen las funciones genitales de la mujer, y otras corrigen algunas enfermedades del aparato genital femenino, y al propio tiempo mutilan y hasta suprimen algunas de sus funciones. Antes de terminar, no puedo menos de recomendarles se fijen más que en los procederes operatorios, en el diagnóstico y en las indicaciones, que han de ser las más seguras bases del tratamiento, pues de no ser así, se cometerían crasos errores que importa evitar, sobre todo cuando las modernas conquistas de la Cirugía nos permiten obtener notabilísimos resultados.

FE DE ERRATAS

Pág.	Línea	Dice	Debe decir
4	38	á de pásar	ha de pasar
6	30	posesión	posición
7	22	inoculación	inosculación
44	22	vulva	valva
49	16	Función	Punción
61	14	eso	no
93	25	contarlo	cortarlo
115	28	celurada	ulcerada
127	24	y tendremos datos	, tendremos datos
130	28	puestas	opuestas
130	34	<i>hematecolpos</i>	<i>hematocolpos</i>
131	31	<i>hematosalpime</i>	<i>hematosalpinx</i>
134	25	la vegiga y la vegiga	la vegiga y la vagina
142	3	suturar la vegiga y unirla á la vegiga	suturar la vegiga directa- mente
142	10	é imposible esta	y esta imposibilita
145	3	no es curable por los proce- dimientos	solo es curable por los proce- dimientos
194	35	puestos	puntos
198	39	y complicada esta última	y complicada, esta última
261	22	intestinales	intersticiales
262	17	menorrea	amenorrea
313	6	tópicos	tónicos
330	37	vagina	vegiga
396	21	no acostumbran	acostumbran
408	4	comprensivos	compresivos
415	6	arraiga	arruga
