

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)  
FACULTAD DE MEDICINA**



**TESIS DOCTORAL**

**Sintomatología menstrual de las inflamaciones anexiales :  
tesis de doctorado**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Aurelio Gutierrez Moyano**

Madrid, 2015

Tesis del Doctorado de Medicina

*Dr. López Sureda*

*29-09*

SINTOMATOLOGIA MENSTRUAL

*Nº*

*82-2-5*

DE

*2224*

*Co. 2534  
(2224)*

LAS INFLAMACIONES ANEXIALES

por Aurelio Gutiérrez Moyano.

Más como quiera que las enfermedades de la matriz, han sido estudiadas sino suficientemente al menos lo bastante para que no permanezcan anónimas las alteraciones menstruales que las acompañan; y si ciertas afecciones de la trompa y del ovario, apenas originan dichas alteraciones, me limitaré, con el fin de dar á este trabajo la mayor nota de originalidad posible, á tratar de los procesos inflamatorios de dichos anejos que además de ser los más frecuentes son también los que más profundamente alteran el fisiologismo subordinado á dichos órganos; por tanto investigaremos los trastornos que la menstruación experimenta cuando en la glándula genital ó en el oviducto se fragua una escena flegmática de mayor ó menor cuantía.

Para ello, cuento con las observaciones personales, que merced á las indicaciones y <sup>facilidades</sup> ~~servicios~~ prestadas por el ilustrado catedrático de esta Facultad de Medicina, Dr. Recasens, he podido recoger en su <sup>clínica</sup> ~~clínica~~; y utilizando material tan valioso, determinar si los cambios menstruales podemos considerarlos como expresión sintomática <sup>consecuente</sup>, seria, y ~~para~~

-cisa, de las lesiones fundamentales de los procesos salpingo-ovaríticos y cuya rigurosa apreciación sirva para encaminarnos á un acertado Diagnóstico; ó como dato inseguro, variable, y ficticio cuya interpretación sea casi siempre manantial de lamentables errores, si se toma como base, ó simplemente se utiliza como signo de relativa importancia, para establecer tan indispensable juicio clínico.

Tal es el proyecto que me propongo desarrollar en el trabajo que tengo el honor de presentaros, y si por necesidad de más amplias estadísticas, ó por deficiencias de mentalidad no pudiese formular conclusiones claras y terminantes me contentaría momentaneamente con haber llamado la atención sobre tan importante cuestión, para continuar estos estudios si es que inteligencias más hábiles y fecundas no se me adelantan en dar á este problema, una pronta y perfecta resolución.

Dispensadme respetable tribunal, el escoger para mi tesis asunto demasiado gigantesco comparado con lo insignificante de mis fuerzas; y por esto acaso más que nadie necesite que extremeis la característica be-

nevolencia propia de los que al llegar á la meta científica adquiristeis justisimamente el título de Maestros; y que siempre supisteis dispensar á los azorados neófitos que al esgrimir nuestras primeras armas lo hacemos con las imperfecciones que unicamente un hábito bien dirigido y consecuente estudio, podrá lentamente ir subsanando.

Para seguir un orden en la exposición breve y sencillo dividiremos la tesis en tres capítulos: el 1º, dedicado á generalidades de la función menstrual; el 2º, á la nosografía inflamatoria de los anejos; y el 3º, á la génesis y valor de la sintomatología menstrual..

---



Sintomatología Menstrual  
de las  
Inflamaciones anexiales

CAPITULO-I-

(Generalidades de la función Menstrual)

Entre esa compleja y admirable solidaridad, de la materia y la fuerza del órgano y la función, que da por resultado la vida, y rodeado del secreto misterioso que todo acto dinámico encierra; existen funciones que ya por su periodo de aparición, ya por las circunstancias en que se realizan, ó por las modalidades que á la economía imprimen, constituyen una agrupación clara y específica, que afortunadamente ha adquirido en estos últimos tiempos una preponderancia y desarrollo grande, en armonía con el interés y beneficios especialísimos que sus conocimientos reportan.

Capitaneando este núcleo funcional, en el puesto que legítimamente la pertenece tenemos á la Menstruación, cuya primera irrupción ó menarquia es el suceso más extraordinario el episodio más culminante que se desarrolla en lo que pudieramos llamar primera juventud de la mujer, y sirve de límite entre la declinación de la puericia y el comienzo de la adolescencia; y es á la vez la autoreacción fisiológica de la inauguración funcional de la glándula germinativa que nos indica que el folículo primordial distendido globuloso transformado en vesícula de Graaf, ha estallado para lanzar al torrente de la vida el primer óvulo fecundable y maduro. La menstruación llegada cierta época se retira definitivamente y esta cesación fisiológica llamada menopausia vé también acompañada de cierto aparatoso cortejo y además de establecer el tránsito entre la edad adulta y la vejez, anuncia que la glándula ovárica agotó todas las existencias foliculares destinadas á convertirse en vesículas de Graaf. Vemos que esta función marca y establece de un modo bien definido y completo la fase más fastuosa y espléndida de la

vida de la mujer que indudablemente es la que se relaciona con su actividad sexual.

La menstruación es casi exclusivamente humana, en la escala zoológica parece ser que solo la presentan ciertas especies de cuadrumanos; está caracterizada por la aparición rítmica y periódica de hemorragias uterinas, que se repiten durante la época de la madurez sexual con intervalos

---

de cuatro semanas aproximadamente, y cuyas ausencias normales están relacionadas con el embarazo y lactancia.

Subdividimos este capítulo en dos partes para el estudio separado de la fisiología y patología menstrual.



Primera parte .  
-----

( Sintesis Fisiologica)

Las causas de la aparicion de las reglas, como se llama vulgarmente a la menstruacion, no son la latitud , ni temperatura cuya influencia es sencillamente accidental y secundaria; la causa principal reside en el factor raza porque cada una tiene su desarrollo sexual que Raciborsky denomina energía del sentido genesico, que no es otra cosa que el vigor de la actividad ovárica á cuya funcion está esencialmente supeditada la pérdida menstrual.

Dicha afirmacion es facilmente comprobable si se recuerda que los esquimales apesar de vivir en regiones glaciales menstruan las hembras á los 12 años; y las inglesas no adelantan su aparicion menstrual aunque se trasladen á las regiones más cálidas de la tierra como son las que coinciden con el Ecuador térmico. En España tambien en pequeño se aprecian análogas diferencias y la menarquia suele establecerse entre los 12 y 16 años.

De los diversos fenómenos que caracterizan la función catamenial la hemorragia uterina es el más intenso y el único que se exterioriza y a pesar de parecer el más importante porque está sujeto á la observación clínica y sus alteraciones se comprueban con relativa facilidad, tiene solamente un carácter <sup>secundario</sup> porque depende de procesos interiores poco conocidos que fraguados esencialmente en la escena ovárica, escapan á nuestros medios de investigación, y solo se nos revelan por dicha manifestación, que nos indica, no solo que el efecto inicial de la glándula se ha producido sino también en muchos casos constituye además un verdadero diapason que mide la regularidad é intensidad de la actividad funcional del órgano germinativo.

Los fenómenos capitales son pues los interiores que preceden al flujo menstrual y se inician como sabemos en el ovario que por tanto es el primero que sufre los accidentes consecutivos á tan laborioso mecanismo; su tejido se inyecta, y presenta un tinte menos claro, su plasma aumenta y se hace más flexible. El volumen se agranda notablemente como ha podi-

do demostrarse en los casos de hernia de dicho órgano; y parece ser, por los resultados hallados en las necropsias en que se encontraron vestigios de reciente dehiscencia vexicular, que tal aumento no es uniforme para los dos ovarios sino que es mayor en aquel cuya ruptura folicular está mas relacionada con la menstruacion que ha de efectuarse: este crecimiento accidental como ha señalado Puech asienta particularmente en el espesor del órgano, su longitud en cambio aparece poco modificada.

Las alteraciones ováricas, pronto repercuten en el útero, que tambien desempeña, aunque en grado bastante inferior, un papel importante en la fisiologia menstrual; su tejido, regado por numerosos vasos se congestiona facilmente experimentando lo que Rouget <sup>llama</sup> ereccion metritica, agrandandose su tamaño en algunos casos tan extraordinariamente, como los descritos por Coste y Robin que se tocaba el fondo por palpacion hipogastrica, hacese por consiguiente mas pesado, determinando un ligero descenso del cuello cuya mucosa mas blanda y roja que habitualmente, da al tacto la sensacion especial del terciopelo; el orificio interno, generalmente cerrado se entreabre para dar paso á los liquidos acumulados en la cavi-

dad uterina. La mucosa especialmente la que tapiza el cuerpo es asien-  
to de importantes variaciones: sus glándulas en estado de superactivi-  
dad funcional, segregan abundantemente un líquido mucoso preludio de  
la expulsión sanguínea; la exudación y trasudación consiguiente á la  
fuerte inyección de sus vasos remueven y aflojan la mucosa, dilatan la  
mallas de su estroma y la sangre se va acumulando en los puntos de me-  
nor resistencia y estas infiltraciones sanguíneas van caminando hacia  
la superficie llegan al epitelio donde forman hematomas cuya cubierta  
reblandecida acaba por romperse y la sangre sale al exterior determi-  
nando la hemorragia menstrual; de modo que no se verifica descamación  
de la mucosa ni totalmente ni en grandes trozos como afirmaban Willi-  
ams, Wyder y Kahlden, sino en pequeñas partes & lo que es más frecuente  
solo se produce un despegamiento, que después de terminado el trabajo  
menstrual vuelve á aplicarse á su primitivo lecho como cumplidamente  
han demostrado en los raspados y extirpaciones de útero Morike, Sinyety  
Jakobs, Löhlein, Wesphalen, Mandl-Gebhard etc.

Los oviductos no pertenecen tampoco indiferentes al proceso menstrual su circulación se hace mas activa, sus vasos se dilatan, las paredes se engruesan gracias á la disposicion especial de ciertos fasciculos musculares descubiertos por Rouget; las franjas de su pabellon se despliegan y se aplican al ovario de modo que un óvulo que se desprenda es recogido á cuyo fin contribuye la turgencia de la trompa y segun Robinson los movimientos peristálticos que dicho órgano efectua.

Para algunos autores entre ellos Landan, Rheinstein, y Wendeler, la trompa no solo presenta las modificaciones precedentes, sino que contribuye tambien, á la producción del liquido catamenial y H. Thomsen observando durante las reglas la salida de sangre por un trayecto fistuloso abdomino tubario, y teniendo presente los tres casos recogidos respectivamente por Hofmeier, Terrillon y Landsberg en fistulas consecutivas á la laparotomias, ó a embarazos extrauterinos; formuló á los fisiologos su interesante pregunta, ¿Existe una menstruacion por la trompa, como por el útero? Martin y Leopold fueron los primeros que basados en consideraciones a-

anatomicas demostraron durante el acto menstrual las modificaciones ya señaladas, tan analogas á las que se realizaban en la matriz que predisponian á admitir la participacion de la trompa en la produccion del flujo catamenial: y efectivamente está confirmado que si bien la formacion del liquido menstrual pertenece casi enteramente al útero, tambien la trompa especialmente la porcion que corresponde á su segmento interno, contribuye aun que sea debilmente á su constitucion.

Los ligamentos anchos, vagina, y vulva figuran en el cortejo menstrual, y en general todo el organismo se siente influenciado por tan vigorosa funcion.

De los fenomenos que exteriorizan el acto menstrual el mas importante es la aparicion del flujo sanguineo, que al principio no se presenta puro, sino mezclado con los liquidos mucosos segregados por los organos genitales que le comunican su viscosidad y olor sui generis que recuerda el olor fuerte y desagradable de la flor de la calendula, y se debe preferentemente á la descomposicion de los ácidos grasos. Seguidamente va aumentando de

coloracion hasta alcanzar el maximun de pureza y entonces es de un tono oscuro mas parecido á sangre venosa que á sangre arterial, despues comienza á disminuir en cantidad y color terminando por desaparecer en un plazo muy variable segun los individuos y que generalmente oscila entre tres y siete dias. La cantidad varia tambien entre 80 y 250 gramos en cada periodo, el maximun es de 450 y pasando de ésta cifra se dice que hay menorragia.

La sangre menstrual se distingue del plasma sanguineo ademas de la viscosidad y olor por otro factor mas importante como es el defecto de coagulabilidad, que segun Brande y Savagna es debida á la ausencia de fibrina, lo que constituye un manifiesto error puesto que los análisis evidencian dicha substancia; Retzius la explica por su ácida que seria debida á los ácidos fosfórico ó láctico, pero desde las esperiencias de Brierre de Boismont se sabe que el flujo catamenial es alcalino, y que el mucus vaginal es el ácido, y á la mezcla de estos dos liquidos parece que es debida la coagulabilidad de la sangre menstrual, porque si se impide di-

cha Union, ó si la hemorragia es abundante, no hay producción de coágulos ya por ausencia total del moco, como ocurriría en el primer caso, ó por deficiente cantidad, como sucede en el segundo.

Nada diremos de las fantásticas propiedades que á la hemorragia menstrual se la atribuyeron, porque solo quedan como testimonio y recuerdo de las innumerables supercherias que invadieron los legendarios tiempos de la Medicina, pues sabemos que hasta algunas uretrorréas que se consideraban provocadas por el contacto del mestruo son más bien dependientes del flujo que se mezcla con la sangre.

Respecto al mecanismo genético de la menstruación: Aran lo consideraba ligado á la excreción carbónica, y juzgaba de gran utilidad la hemorragia uterina para eliminar cierta proporción de carbono porque, dice, el hombre quema más cantidad de dicho gas que la mujer, y para compensar esta deficiencia la hembra abre su válvula menstrual que restablece el balance. Gubler, la juzga como causa de alivio porque produce un escape en el aparato genital fuertemente congestionado; y algunos tratadistas

en una minoría acentuadísima crean que sirve para preservar á la mujer de los fenómenos de celo á que las hembras de los mamíferos están sujetas por no tener menstruación; nosotros no nos permitimos tener estos exclusivismos y creemos que desempeña un papel complejo, y lo mismo que la secreción renal, hepática y esplénica es útil al organismo en muy diversos fines.

Hechas estas ligeras observaciones de las generalidades de la función menstrual vamos a desarrollar ahora el mecanismo esencial de su producción; cual es la causa ó primus movens á que obedece esta hemorragia periódica, asunto de los más escabrosos y difíciles de resolver y en cuyo campo, han hallado acogida las más disparatadas opiniones, los argumentos más ingeniosos, y las hipótesis más aventuradas, sin que hasta la fecha aunque la pluralidad de tendencias se simplificó bastante, se haya conseguido sintetizarlas en una sola, para explicar de un modo uniforme, positivo y evidentemente científico la producción del fenómeno.

Abandonando el criterio de los antiguos autores que influenciados por

La natural superstición de aquellos tiempos, relacionaban este fenómeno con hechos sobrenaturales, causa obligada de lamentables errores, y llegando á un periodo en que la Medicina mas científica y despojada de aquella parte de milagresco orientalismo, establecia relaciones mas inmediatas entre la génesis y la etiología; los clásicos que en esta función veían únicamente el efecto hemorrágico, la subordinaron al estado pletórico, entidad patológica que figuró por mucho tiempo como causa de enfermedad; realmente, tal explicación satisfacía porque era muy razonable considerar, que el organismo rico en exceso de plasma sanguíneo, arrojaba por vía genital el sobrante que no podía utilizar. Mas á medida que el método clínico fué tomando preponderancia, la observación mostró la falsedad de esta doctrina, y fué á la vez causa de que se buscasen nuevas hipótesis: como la menstruación se suprimía, durante el embarazo y la lactancia, se estableció con gran éxito la opinión de que la mujer, para alimentar intra y extrauterinamente, al fruto de la concepción cumpliendo con sus deberes de madre, se encontraba dotada de un mayor caudal de elementos nutritivos que

directamente en forma de sangre ó indirectamente en forma de leche, pasan á ingresar en el organismo del niño, y, cuando se encuentra fuera de dichos periodos, el excedente del liquido nutritivo no teniendo empleo determinado, llegaria á ser inutil si la naturaleza previamente no le hubiese preparado una válvula de escape por donde mensualmente vierte la escápula femenina, el sobrante inaprovechable, determinando la aparición de las reglas, y así sucesivamente se fueron planteando otra porcion de teorías fundadas en muy similares argumentos.

Posteriormente, y á la par que el estudio de la especializacion hizo progresar el conocimiento fisiológico de la organogenia genital, las causas de aparición de la hemorragia menstrual fueron localizandose en las distintas partes de este aparato, y las hipótesis sobre la menstruacion llamada por Lecat flogosis amorosa entraron de lleno en el unico camino que debía seguirse para hallar la verdad.

Procediendo la hemorragia del útero, se pensó que de él mismo partiria el excitante que dterminaba el derrame; que Emet lo creia producido por la e-

reccion uterina, y Teófilo Bordieu considera á la matriz como una verdadera glándula cuyo producto de escrescion seria el liquido catamenial. Villians, dice que sobreviene á consecuencia de las modificaciones periodicas de la mucosa uterina, para convertirse en caduca menstrual, y el derrame seria el resultado de la destruccion de la mucosa más bien que de su congestion; tuvo muchos y muy autorizados partidarios por la creencia que se tenia de que la mucosa ó endometrio se eliminaba periodicamente durante las reglas.

Las teorías que vamos á exponer, aunque basadas tambien en las modificaciones del endometrio ya hacen intervenir si bien de distinto modo la función ovular, y son las siguientes:

Goodman, dió una teoría llamada de la nidacion, porque segun su autor la mucosa uterina engruesa periodicamente para recibir al huevo que no queda libre hasta que la matriz no le ha preparado el nido, si el óvulo llega fecundado á él, se verifica el embarazo, si nó, falta la fecundacion y se produce un fenómeno regresivo que dá por resultado la hemorragia. Se-

Segun Goodman, la funcion ovular estaria supeditada al útero, viniendo á afirmar que la menstruacion es causa de la ovulacion.

A.Reves Jakson, Beigel, y Slavjanski consideran á la óvulacion y menstruacion, como dos funciones independientes: la primera, del dominio del ovario, es irregular pero constante; la segunda, propiedad del útero es funcion regular y ritmica; y la congestion menstrual de los órganos pelvianos, de los ovarios en particular, seria la que mas probablemente determinase la postura cuando una vexicula de Graaf ha llegado á su desarrollo, esto explicaria la frecuente coincidencia entre la menstruacion y la ovulacion.

Sgismund, His Ahlfeld, y Loewental en oposicion á Pfluger creen, que la fecundacion se verificaba en el óvulo desprendido en la menstruacion anterior, porque seria paradogico suponer que la destruccion de la decidua por el proceso menstrual se verificase precisamente cuando mas necesaria era para recoger al óvulo fecundado, que era mas lógico pensar que el óvulo fecundado correspondiese á la primera menstruacion que falta, es de-

cir, que el óvulo era recibido por la decidua formada en el periodo intermenstrual; si se fecundaba, no había menstruación, y la decidua continuaba desarrollándose; si faltaba la fecundación, se produce un aborto, y el óvulo sería eliminado con la mucosa uterina, ahora superflua, mediante la hemorragia catamenial. Reichet, aceptó esta teoría, sosteniendo que el óvulo se desprendía siempre después de la menstruación.

Leopold y especialmente Loewental, aseguran que la caída del óvulo se verifica en el momento de la hemorragia menstrual, como en la teoría clásica, pero por mecanismo distinto: cuando se desgarran los folículos, el óvulo llega al útero y se detiene fecundado ó no en uno de los pliegues de la mucosa, su presencia, determina la formación de la caduca; si no fué fecundado, muere al cabo de cierto tiempo, y la regresión de la caduca que se verifica entonces, produce la hemorragia menstrual, y la congestión que existe en este momento actúa sobre el ovario y contribuye á producir la madurez de un nuevo folículo; si es fecundado, la caduca menstrual se convierte en caduca de embarazo y la hemorragia no se verifica.

Strasnmann, opina que bajo la influencia de la maduración de un folículo en el ovario, se forma en el útero la mucosa antemenstrual destinada á recibir y alimentar el desarrollo del embrión; en un momento dado, se produce la dehiscencia vaxioular, y el ovulo es fecundado en la trompa faltando la menstruación; si por un motivo cualquiera no hay fecundación, ó rotura, al llegar á su maximum la tensión intravexicular, (esto en el tiempo que debia estallar el folículo de Graaf) sale la sangre por los capilares de la mucosa uterina.

Christopher Martin, atribuye la menstruación no ya al útero, sino á un centro específico situado probablemente en la médula lumbar, y cuyos impulsos se transmiten á la matriz, por los plexos espláncnicos ú ovaricos ó quizá por ambos; la castración impediria segun este autor, la menstruación, no por separar los ovarios, sino á que se interrumpio la comunicación nerviosa por que fueron seccionados los nervios menstruales; para afirmarse en su teoría dice que solo así puede explicarse la persistencia de las reglas, en los casos de castraciones completas por

que quedaron intactos los nervios menstruales, situados en la mitad superior del ligamento ancho; en cambio las hemorragias que á veces aparecen despues de ovariectomias, serian producidas por la irritacion que dichos nervios sufririan en el acto operatorio.

Johnstone, se expresa en el mismo sentido, llegando á rebajar la intervencion ovárica á tal grado que dice, "los ovarios juegan en el acto menstrual el mismo papel que pueden tener el hígado, ó el estomago.

Todas las teorías uterinas, dominaron bastante tiempo, hasta que los progresos de la cirugía abdominal demostraron, que en los casos de extirpacion de los anejos, el flujo catamenial no se producía apesar de la persistencia de la matriz, que como sabemos es el asiento de la hemorragia periódica, luego el origen, debía radicar en la trompa ó en el ovario avulsionados por el operador.

¿Será el oviducto el centro inhibitor del trabajo menstrual? Lawson Tait, ha sido uno de los mas ilustres defensores del importante papel que

desempeña la trompa en esta función; y su ablación completa sería para los partidarios de esta teoría, causa de menopausia, mas ya Tillaux, Koerberle, Gaillar Thomas y Letourey se encargaron de presentar multitud de casos en que la afirmación de Tait y sus secuaces no resultaba evidente. Hoy todos los ginecólogos están conformes en admitir que las salpingectomias dobles no son causa suficiente para determinar la ausencia permanente del flujo menstrual.

Luego si no es la matriz ni tampoco las trompas de quien esencialmente depende la función catamenial, por exclusión tenemos que referirla á la glándula germinativa, y esta asignación ni es atrevida ni disparatada toda vez que las continuadas pruebas, y diversos ensayos han confirmado que únicamente el ovario ejerce la prerrogativa menstrual, él la gobierna y rige á su antojo en su categoría de cerebro genital, de él parte la energía necesaria y suficiente que provoca la génesis de tan periódica función, y los casos de ausencia ó atrofia de este órgano se acompañan de amenorrea y lo mismo sucede con las castraciones completas, cumpliéndose esta ley de

modo tan riguroso, que las observaciones citadas por los que pretenden negar la influencia ovarica, de persistencia de reglas despues de tal intervencion carecen de fundamento y resultan ineficaces, puesto que se trataria muy probablemente de ovariectomias incompletas, ya por posibles equivocaciones, ó involuntarios ingertos, ó existencia de ovarios supernumerarios.

Proclamado y reconocido hoy por la totalidad de los fisiologos el ovario como causa indudable del trabajo menstrual, faltanos averiguar si contribuirá totalmente ó habrá en su disposicion extructural, partes mas intimas ó inmediatamente ligada con el desarrollo de dicha funcion.

Con el descubrimiento de la parte mas esencial de la glándula germinativa que en 1673 hizo Graaf, y posteriormente en 1827 la diferenciacion es establecida por von Baer entre el óvulo verdadero ó parte del contenido folicular, y la vexicula misma cuyo conjunto era hata entonces considerado como óvulo, se pensó en la correlacion que tales elementos, pudieran tener con la menstruacion y Negrier en 1831, contando con una notable esta-

distica de observaciones y experimentos dió la idea de que la menstruación era dependiente y estaba subordinada á la ovulación. Para dicho autor la señal ó mandato procede de la dehiscencia de las vexículas de Graaf, la mas desarrollada seria la que iniciase el trabajo menstrual, porque sus paredes congestionadas, el liquor folliculi, segregandose en mas abundancia distiende las envolturas de la ampollita de Graaf que adquieren el tamaño de una pequeña cereza; la sangre se derrama en su cavidad cambiando la limpidez de su contenido que semejante á una colección purulenta proemina hacia la superficie ovárica, en cuyo sitio las paredes vexiculares adelgazadas progresivamente por el punto mas culminante ceden á la presión excentrica del liquido, y el óvulo es expulsado á través de la rasgadura, apareciendo simultaneamente la hemorragia menstrual acompañada de las consiguientes modificaciones del aparato genital.

La genial suposición de Megrier, aunque al principio se recibió con ciertos recelos fué bien pronto admitida por la mayoría de los tratadistas. Es evidente que en las niñas, cuyos ovarios no verifican la función ovu-

, la menstruacion no se presenta y llegada cierta epoca de la vida aparecen en su organismo visibles modificaciones (aumento del volumen de las anchura de la pelvis, desarrollo piloso en determinadas regiones, cambios del timbre de voz; en una palabra la tendencia á la mayor redondez de la superficie que constituye el paso entre el esteril crepusculo de niña la aurora fecundante de mujer,) que revelan el vigoroso despertar de la glándula germinativa, es el preciso momento en que hace su irrupcion la hemorragia menstrual que por tanto parece intimamente ligada á la ovulacion; al contrario llegan ciertos momentos en que agotada la actividad fisiológica del ovario, este cesa de funcionar produciendo entonces la regresion organica y la ausencia catamenial; es decir que el soplo vital poderoso que su potencial energetico fulminó para el organismo desaparece ahora con el obligado reposo de la senilidad del organo femenino y las partes que mas directamente aparecian influenciadas son tambien las que languescen adelgazan ó atrofian mas rapidamente, y asi el útero por ejemplo solamente se reduce de tamaño sino que tambien deja de presentar su desarrollo periodico, mensual originando la menopausia. Si vemos que la hemorra-

la menstrual está ligada á la funcionalidad del ovario cuyo principal objetivo es la ovulación es indiscutible que necesariamente aquel acto tiene que estar ligado con este.

Otro hecho que también lo demuestra, son los casos si bien poco frecuentes de niñas de pocos años que presentaban la menstruación, y si bien esto á primera vista parecía un apoyo inmenso para los partidarios de la independencia entre dichas funciones, sin embargo, se vio en ellos que apesar de su corta edad (algunas de pocos meses de existencia) ofrecían un instinto genésico y las modificaciones señaladas de un modo tan manifiesto que resultaba muy paradójica en estos casos de precocidad menstrual la relación de tiempo de nacimiento y grado de desarrollo. Las necropsias que en algunas de estas observaciones se hicieron, atestiguaron que se trataba de hiperplasias ovariicas que hacen como sabemos mas prematura la madurez sexual, igualmente parece ser que determinadas enfermedades (hidrocefalia, raquitismo, obesidad y neoplasmas ováricos especialmente el sarcoma influyen en esta precocidad menstrual, por lo cual Hofaeker, califi

ca de patológica á esta pubertad prematura.

Mas, ¿porqué mecanismo la ovulacion influirá en el proceso menstrual?. Magaz (fisiologo) opina que la menstruacion es causada por la hemorragia consecutiva al desgarró de la vexícula de Graaf, y dice, que no puede haber menstruacion sin ovulacion, mas puede existir esta sin aquella. Pouchet, Plugger y otros autores creen que la vexícula de Graaf comprime en su desenvolvimiento ramificaciones nerviosas vecinas causando asi una excitacion que reacciona sobre centros nerviosos y origina por via refleja una dilatacion de los vasos uterinos cuya consecuencia es la hemorragia catamenial; de aqui la simultaneidad de ambas funciones. Esta teoria viene á consolidar las doctrinas clásicas robustecidas con las estadísticas de Leopold, y Mironoff. Mas aunque la mayoria de las observaciones de estos autores demostraron la formacion de un cuerpo luteo durante la menstruacion, sin embargo, las restantes en número no tan insignificante que puedan constituir una despreciable excepcion, asegurando que en sus investigaciones notaron siempre la ausencia de cuerpos amarillos recientes que correspon-

diesen á la ultima mestruacion, ó de vexiculas próximas á la dehiscencia, vienen á invalidar la teoria que pudieramos llamar de la excitacion mecánica vexicular puesto que tal excitacion habria desaparecido en el caso de ruptura anterior ó no habria llegado á producirse en el caso de futura dehiscencia; aun cuando Coste afirma que generalmente es al final de la menstruacion cuando la vexicula se abre, mas siempre su maduracion coincide con turgencia de los órganos genitales y por tales circunstancias, agrega dicho autor, que segun que las condiciones sean mas ó menos favorables asi estalla al principio fin de las reglas ó en un momento qualquiera.

Lo mismo que Coste, Chazan Glaeveckey, y la mayoria de los autores ya no pretenden fijar rigurosamente el momento de la postura ovular con relacion á la menstruacion y unicamente maestros del temple de Guserow son los que sostienen con firmeza que el desprendimiento del óvulo es periódico y simultaneo con el principio de la menstruacion.

Otra hipótesis que en estos últimos tiempos ha adquirido gran preponderancia es la de Fraenkel que estima que el flujo catamenial es debido á

la presencia en la sangre de un principio segregado por los cuerpos amarillos glándula de secrecion interna que se forma inmediatamente despues de la ruptura de la vexicula de Graaf:

Este ilustre autor, estudio la influencia que los cuerpos luteos tenian sobre el útero grávido y he aquí algunas de sus mas importantes manifestaciones."Sabemos que la castracion acarrea la atrofia uterina, pues bien en los conejos se produce esta atrofia si se destruyen los cuerpos amarillos visibles pero la atrofia es transitoria desaparece con la madurez de nuevos foliculos es decir por la formacion de nuevos cuerpos amarillos; en la mujer se realizaron analogos experimentos y en distintas laparotomizadas se destruyeron los cuerpos luteos o foliculos próximos á romperse y en ellas la menstruacion siguiente dejó de presentarse. El cuerpo amarillo resulta una verdadera glándula de secrecion interna; gracias á su formacion periodica vierte probablemente en la sangre una sustancia especial que ejerce sobre el útero una accion vaso dilatadora; la hiperemia que de ello

resulta tiene por efecto impedir que la matriz se atrofie y determina fuera del embarazo el flujo menstrual. Durante la gestacion el cuerpo amarillo se hipertrofia y su secrecion aumenta y ella misma entreteniend<sup>o</sup> la hiperemia uterina permite que la matriz provea al desarrollo del embrión. Desde el punto de vista organoterápico, los cuerpos amarillos poseen la misma eficacia que el ovario para los trastornos de la menopausia operatoria.

La teoria de Fraenkel, fue ampliada y avalorada con numerosas observaciones por los Doctores Bouin, P. Angel y especialmente por F. Villemin, que señala la disposic<sup>o</sup>n que en el cuerpo luteo toman las celulas y capilares de la membrana de Envoltura, durante el periodo de estado; cada elemento anatómico se halla <sup>lo</sup> en relacion inmediata con uno ó varios capilares, constitucion análoga á la que presenta la substancia cortical de las glándulas llamadas de secrecion interna, y si su apariciencia morfológica es semejante parece natural que su funcionalidad tambien lo sea.

Dichos autores repitiendo en mejores condiciones y en mayor escala los experimentos de Fraenkel, y utilizando los trabajos de Halberstater, Bergonie y Tribondeau para investigar el papel que en la fisiología ovárica desempeñan la glándula intersticial y el cuerpo amarillo, mediante los llamados rayos X que atacan los folículos respetando la citada glándula; sometieron numerosos ovarios a la influencia de dichos rayos destruyendo así los ovocitos y su envoltura folicular se impedía la formación de cuerpos amarillos cuya falta originaba la atrofia precocísima del útero y de la mama; en cambio la glándula intersticial permanecía intacta constituyendo por su integridad morfológica toda la masa ovárica ya que los elementos nobles ó propiamente sexuales (ovocitos y folículos) desaparecieron completa ó casi completamente. La destrucción de los cuerpos lúteos, no solo se llevó a cabo en animales sino que prontamente se realizó también en la mujer, aprovechando el curso de la laparotomías y sustituyendo los rayos X por el termo-cauterio y atacando los cuerpos amarillos en evolución ó maduros <sup>de</sup> consiguiéndose con esta operación el

mismos resultados y efectos que con la doble ablacion ovárica: comprobando así las observaciones de Magnus y Fraenkel y refutando las teorías de Negrier Gendrun y Raciborski, porque descansan en un hecho mal observado, como es el que se refiere á la época de ruptura del ovixaco, que no coincide con el momento de la irrupcion hemorragica uterina, como afirmaban estos autores cuyas estadísticas, -añaden- son equivocadas, porque además de las muchas dificultades que entraña el predecir cuando la vexicula ha de romperse, confundieron macroscopicamente el cuerpo luteo en periodo de estado con la vexicula de Graaf recientemente desgarrada, que aparece como una pequeña cavidad abierta al exterior y cubierta de sangre sin coagular, de paredes poco espesas, plegadas y con un tinte ligeramente amarillento. Dicho estado anatómico del ovario, lo han encontrado siempre en mujeres cuyas últimas menstruaciones habian comenzado unos quince dias antes (lo contrario que Leopold y Misonoff que en 48 pares de ovarios solo en uno encontraron el foliculo roto en el periodo intermenstrual y lo califican de verdadera rareza) y por con-

siguiente, la primera menstruacion corresponderia doce dias despues, coincidiendo con la epoca en que el cuerpo amarillo adquiere el periodo de estado, y con el toda la disposicion de glandula de secrecion interna. La hemorragia se suprime tan pronto como en el cuerpo luteo comienza la regresion; segun estas esplicaciones parece indudable que la menstruacion está bajo la dependencia de la formacion amarilla.

A estas dos teorias expuestas son á las que casi puede decirse pertenecen la totalidad de los fisiologos. Mas las contradicciones que su comprobacion experimenta en la practica, porque ciertamente se sabe que la ruptura vexicular no se verifica nunca de un modo uniforme, fué causa de que algunos autores se lanzasen por nuevos caminos de indagacion y esta debatida cuestion se enriqueciese é ilustrase con nuevas teorias y de las cuales citaremos las mas importantes.

Empezaremos por una sumamente razonada e ingeniosa llamada a conquistar numerosos adeptos. El Dr. Recasens- a quien principalmente se debe la exposicion-, como consecuencia de los profundos estudios que en ova-

-rios de niñas ha realizado, demostrando con pruebas microfotograficas que el número de folículos va disminuyendo desde el nacimiento, y explicando este fenómeno, porque la función ovarica ó lo que es lo mismo la maduración de los óvulos, se inicia desde los primeros meses de la vida extrauterina y su resultado es el crecimiento de los genitales; y aunque los folículos no llegan ni a la dehiscencia ni a la maduración completa que solo se verifica en la época ó proximidades de la pubertad, consiguen un desarrollo bastante importante y su desintegración dejaría escapar un poder genético que ingresando en el torrente circulatorio, desempeñaría el papel de estimulante de la función menstrual. Para que tal función se estableciese, sería precisa la previa desintegración de un determinado número de folículos en vías de desarrollo, con lo que quedaría explicada la ausencia de la hemorragia hasta el momento de la pubertad, y cuando esta se ~~aprovecha~~ sucede que al lado de los folículos que alcanzan la dehiscencia, se desarrollan otros incompletamente, que aseguran la secreción in-

-terna del ovario y con ella la produccion periodica de la hemorragia: cuando por una causa cualquiera muchos folículos alcanzan las condiciones señaladas, se produce ó la aparicion prematura de la menstruacion ó su mayor duracion si ya estaba establecida y viceversa.

El distinguido ginecologo de la Universidad Central, ~~añade~~ con mucho fundamento- que <sup>de</sup> si ~~mas~~ de 75,000 folículos primordiales solo unos 400 aproximadamente llegan a la dehiscencia, y es de suponer que si la economía aprovecha y utiliza todo acto de la funcionalidad ~~de~~ de las glándulas, no iba á desaprovechar el lujo de tan exuberante desgaste folicular, sin que ejerza accion alguna sobre el organismo ya en su totalidad, ya en su parcialidad genital; y siendo el óvulo la unica celula diferenciada, que tiene un impulso, una fuerza y energia propia es acertado creer que su destruccion, vaya seguida de la inmediata dispersion de tales elementos, que utilizando la sangre de vehiculo, llegan á centros especiales donde deter-

terminan su acción. Además, -continúa el reputado operador- nos convencemos de que la dehiscencia vesicular no es la ocasionante del proceso, puesto que las estadísticas demuestran que no todos los casos de dehiscencia ovular coinciden con la aparición de la menstruación, sino que en muchos se produce la ruptura y falta la menstruación y viceversa, en cambio considerando á la hemorragia mensual subordinada á la función folicular que no alcanza la dehiscencia, no resultan las contradicciones señaladas entre las doctrinas precedentes y las observaciones recogidas.

Pasando á exponer otras teorías que no tengan relación con la función folicular del ovario, citaremos primeramente la presentada por Maurice Adolfe Limon, en su tesis "Etude histologique de la glándula intersticial del ovario" en donde consigna los resultados de sus investigaciones sobre ovarios de animales, donde el tejido intersticial es abundante y se encuentra organizado no difusamente como juzgan la mayor parte de los autores sino que está dispuesto con orden en nidos ó lobullos celulares bien espe-

-cificados y orientados al rededor de los vasos sanguneos, siguiendo generalmente los r~~ayos~~ del ovario, dando á sus celulas intersticiales un aspecto glandular evidente, indicando tal estructura una funcion de secreccion interna; de aquí la denominacion de glándula intersticial con que tambien se conoce á este tejido conjuntivo del ovario; su papel fisiologico aunque desconocido-pregunta Ad~~el~~he- ¿no tendria ninguna relacion con los actos dependientes del ovario, y por tanto en la mujer tener alguna participacion en la produccion del proceso catamenial?

Isabel Winterhalter, coloca el centro menstrual en un ganglio simpatico que descubrio y que serviria de lazo de union entre el útero y el ovario; segun la distinguida escritora, la presion mecánica, que el foliculo creciente ejerce en sus inmediaciones, escita á los filetes nerviosos y esta escitacion es transmitida á las prolongaciones protoplasmicas de las celulas ganglionares, se acumula en estas celulas, y cuando llega a adquirir cierta magnitud se trasmite por los cilindros ejes y

- nervios vaso motores á la matriz.

Pudieramos continuar enumerando teorías, porque en esta cuestión tan debatida como interesante cada autor ha aportado una propia que se reduce a ligeras modificaciones de las ya expuestas, y siendo estas las más importantes, los verdaderos tipos que reasumen las distintas agrupaciones que forman dichas hipótesis, cesaremos en esta labor informativa, para no alargar el capítulo con extensiones poco provechosas, y pasaremos hacer una pequeña crítica de las teorías reseñadas.

A fin de evitar confusiones y que la refutación sea más ordenada y precisa, distinguiremos dos grandes clases de hipótesis; en una incluiremos a los partidarios de que el origen de la función menstrual reside en el ovario, en el otro, á los que lo colocan fuera de dicho órgano; empezaremos por estas que son las más sencillas de resolver.

Hemos visto, que después del ovario, al útero ha sido donde la mayoría de los autores se han dirigido, tomando probables modificaciones de la mu-

-cosa uterina, como causa eficiente de la aparicion del flujo hemorragico, y tal inculpacion, no ha podido ser mas absurda, puesto que está demostradisimo por Moricke, Sinety y especialmente por Keiffer que demostro' en 1900, ante la Sociedad Obstetrica de Paris los episodios de la mucosa durante el acto menstrual, resultando que dicha funcion, es consecuencia de una secrecion por diapedesis hématica, sin que existan lesiones histológicas del endometrio: se reduce por tanto el fenómeno, á una mayor actividad nutritiva de las glándulas tubulosas y á la salida de los elementos sanguineos, a través de los capilares congestionados, anulando asi, el fundamento de las extendidas hipótesis que creian la formacion de una caduca uterina menstrual cuya regresion en caso de ausencia de embarazo produciria el derrame catamenial.

Tampoco se ha comprobado la existencia de determinados centros nerviosos, de donde partiria el primer estimulo que enjendrarse el flujo menstrual, multitud de intervenciones quirúrgicas realizadas no justifican la existen

-cia de estas vias nerviosas encargadas de la conduccion de excitante.

El oviducto, al que tambien se consideró como agente causal de la hemorragia, ha sido ~~tambien~~ igualmente rechazado, por comprobarse que en operaciones conservadoras de anejos, en que fueron respetados estos órganos, la matriz no solo cesaba de menstruar sino que ademas sufría la atrofia progresiva.

A todas estas teorías puede en general aplicarse es la misma argumentacion; el papel genetico de la hemorragia menstrual, no se encuentra en el útero, no reside en la trompa, tampoco se halla en centro nervioso circunscrito, sino que está intimamente ligado á la existencia del ovario; solo cuando se priva a la economia de este órgano, se produce la menopausia en cambio se le puede dislocar, seccionar, implantarle en un nuevo sitio que no sea el normal, mientras una parte de su tejido noble se conserva la funcion menstrual está asegurada. Las afirmaciones contrarias, demostrando la coexistencia de la menstruacion despues de castraciones completas, no

obedecen á la persistencia de tal nervio que no fue seccionado, ni de la integridad de cual organo que fue respetado, sinó, que estan relacionadas ó con la existencia de algun ovario supernumerario, ó con la estirpacion incompleta de estos organos, cuyos restos, han logrado conservar la actividad suficiente para madurar los foliculos primordiales, de donde proceden los óvulos, que no solo impidieron la menopausia prematura, sinó que tambien, llegaron á veces a fecundarse revelandonos de este modo la misteriosa patogenia, de los incomprensibles embarazos consecutivos á castraciones radicales y completas.

Se comprueba, que el ovario es el único motor de donde parten todas las excitaciones que conducen á la produccion del fenómeno menstrual, porque cuando existen alteraciones (bien de orden fisiologico transitorio ó congenito, o por causa morbosa ) de dicha glándula, que debilitan su poder funcional, se produce un conjunt de transtornos que Przeciszewska llama síndrome de insuficiencia ovarica, caracterizado por modificaciones menstruales, transtornos nerviosos y vaso motores parecidos á los que la ●

castracion determina, y atribuidos estos últimos por E Levy, á que aparte de la secrecion interna que provoca el flujo catamenial, el ovario cuenta ademas, con otra secrecion particular, que neutralizaria las toxinas vasomotorias y cuya ausencia, produciria el mal conocido con el nombre de vahos ó soplos de calor. Sabemos que tales efectos son exclusivamente debidos á la insuficiencia ovárica, porque ademas de las investigaciones anatomopatologicas, tenemos las comprobaciones fisiologicas que nos indican hemos aumentado ó reforzado la funcion de este organo, porque los trastornos citados, disminuyen siempre y desaparecen muchas veces á beneficio de los preparados de glándula ovárica.

Los sucesivos progresos en la preparacion y ensayos realizados con los jugos organicos, vinieron á demostrar la infundada exageracion de los que asignaban al ovario la misma intervencion que el bazo ó el higado, pudiera tener en la produccion y desarrollo del suceso menstrual. Ferse y L. Bestion de Camboulas, demostraron la distinta accion que la inyeccion del

jugo ovárico determina en los animales según su sexo, lo que evidentemente prueba que esta glándula diferenciada, constituye un núcleo esencial en la etiología menstrual. Dichos autores, en los experimentos que practicaron en cobayas, obtuvieron los resultados siguientes: en el macho y á pequeñas dosis, el jugo ovárico ocasiona accidentes graves, constituidos por hipotermia, hematuria, temblores y fenómenos de excitación genital, con turgencia del pene seguida de eyaculación, á dosis mayores, produce la muerte en breve plazo (generalmente por parálisis, la necropsia revela lesiones de poliomielitis especialmente en los surcos de la médula dorso lumbar); en la hembra, con iguales dosis, los accidentes son poco marcados, más cuando se encuentran embarazadas, las alteraciones presentan igual intensidad que en el macho; en cambio en este, las inyecciones resultan inocuas si la castración le privó de sus atributos. Deduce de aquí, que se verifica una autointoxicación, que en las hembras no adquiere el

cuadro alarmante que en los machos, porque su organismo está habituado a ella, toda vez que periódicamente sufre los efectos de tales sustancias, cuya acción es asegurar la energía genital y contribuir al desarrollo de su organismo.

Por todas estas demostraciones, que determinan la fundamentada exclusión de los restantes órganos, en la etiología de la fisiología menstrual resulta que indiscutiblemente el ovario es el factor imprescindible, el centro de donde dimana la energía necesaria para que la menstruación se verifique; por sus propios impulsos, la inicia, regula y suspende y este gobierno tan acertado, esta dirección tan maravillosa como complicada, siempre se produce, mientras ningún proceso morboso atrofie ó destruya su parte esencial, pues cuando el tono funcional disminuye y llega á desaparecer ya patológicamente con motivo de enfermedades, ya fisiológicamente por agotamiento funcional como sucede en la edad crítica, la menstruación

no vuelve á presentarse.

Queda pues como conclusion final, que si la hemorragia catamenial localmente tiene su asiento en el útero y una pequeña parte en las trompas, su producción, no depende intimamente de estos órganos, sino que su poder generador reside en la glándula ovárica, de donde parte el estímulo que repercutiendo en todo el aparato genital, produce las correspondientes modificaciones que determinan la irrupcion sanguinea.

Por tanto, con hipótesis que pretenden explicar el mecanismo del proceso menstrual, fundandose en hechos erroneos y falsas concepciones, puesto que excluyen ó conceden una importancia demasiado accesoria al ovario, se llega siempre, á juicios poco serios y aproximados á la verdad, y sus partidarios, incurren ~~despuntadamente~~, en disparatados razonamientos y lamentables contradicciones.

Si la critica del primer grupo en que dividimos las distintas teo-

-rias relativas á la genesis del fenomeno menstrual han encontrado argumentos de positivo valor y comprobaciones de rigurosa exactitud, que nos han abreviado y facilitado extraordinariamente el cumplimiento de nuestra labor; en cambio, en el análisis del grupo restante ó de teorías ovariáticas, tenemos que vernos seriamente comprometidos, pues está salpicado de profundos abismos y densas tinieblas tan inespugnables, que aun la fina observación y minuciosa experimentación, que afamados fisiólogos, competentes anatomopatólogos, y hábiles ginecólogos han rivalizado en practicar durante muchísimo tiempo, resultaron esteriles ó poco decisivas, para remover eficazmente y arrancar de una vez la misteriosa incógnita de este problema.

Nosotros, no creemos como Pouchet y Pflüger, que la aparición de la menstruación, dependa de la compresión que en las ramificaciones nerviosas vecinas pueda causar el desarrollo de la vexícula; nos parece conce-

-der una importancia exagerada, á un acto mecánico vulgar, cuya producción reviste multitud de formas y variedades, mas todas ellas de una sencillez y simplicidad tan estremada, que le impiden tener á su cargo una función extraordinariamente complicada, de una regularidad tan delicada y admirable como entraña la aparición y curso de la menstruación.

Ademas, sabemos que el ovario de la niña no cesa de funcionar desde su nacimiento y que muchos folículos, alcanzan un grado de desarrollo suficientemente acentuado, para originar la compresión y si la menstruación tuviera su origen en la excitación mecánica espuesta, aparecería como otras secreciones, desde los primeros meses de la vida extrauterina, y no tendría que aplazarse, para una fecha que si no es la misma para todas las mujeres, sin embargo, omitiendo pequeñas excepciones, está bastante alejada del momento del nacimiento.

Igualmente, los resultados de intervenciones ginecológicas y obser-

-vaciones recogidas en autopsias, permiten asegurar que la dehiscencia vesicular, puede realizarse con cinco ó mas dias de antelacion que el derrame uterino y parece lógico suponer, que este episodio, acaeciese coincidiendo siempre con el periodo, en que la vexicula de Graaf presenta su maxima de tension, que es cuando ejerce mayor compresion; si el efecto es consecuencia de la causa y la hemorragia catamenial, fluye despues de desaparecido el supuesto agente ocasional, no es porque resulte incumplido la regla general, sino porque atribuimos á la mestruacion un origen completamente distinto del que en realidad tiene.

¿Será ocasionado por la presencia del cuerpo amarillo, que se consideró revestido de los principales atributos de las glándulas de secrecion interna ?.

Modernamente, la hipótesis de Fraenkel encontró no solo una aceptación muy generalizada, sino que ha contado con entusiastas e infatigables partidarios como Bouin, Angel y Villemin, que realizaron una activa campaña

de investigaciones, seguidas de resultados al parecer tan satisfactorios, que la propaganda de esta doctrina, adquirió su mayor esplendor, y muchos escepticos, que acogieron la orietacion de Fraenkel con la mas desdeñosa indiferencia, se consideraron sometidos ante la acertada argumentacion de dichos autores.

Nosotros sin restar alabanzas, ni mermar los aplausos que tales trabajos han merecido; creemos que no tiene la garantia necesaria, ni la eficacia suficiente, para conceder á dicha hipótesis, la categoria de un principio fundamental cierto y positivo; vamos á probarlo.

Las estadísticas presentadas por tan ilustrados autores, consignan que el foliculo se rompe siempre en el periodo intermestrua, porque la hemorragia coincide con el periodo de estado del cuerpo luteo. Ya hemos dicho y está reconocido, que la dehiscencia vexicular no se verifica en un plazo preciso y determinado con relacion á la aparicion del flujo, sin embargo, los datos acusan su mayor frecuencia durante ó en las proximidades

de la mestuacion. Despreciando que las discrepancias entre las observaciones recogidas por distintos experimentadores, les sea poco favorables y anotando simplemente que la mestruacion y la ovulacion pueden coexistir ó llevarse pocos dias de intervalo, resultará evidente, la falta de concordancia entre la formacion del periodo de estado, en el cuerpo amarillo y la irrupcion sanguinea y por consiguiente quedará muy debilitada la argumentacion de la teoria; es como vemos, la misma objecion desarrollada ultimamente contra los partidarios de la excitacion mecánica, que no copiamos para evitar repeticiones inútiles.

Por otra parte, si el proceso menstrual estuviese intimamente ligado con la formacion del cuerpo luteo ó metoaron de Raciborski, como puede explicarse, que en el embarazo, falte el plasma catamenial, cuando precisamente en este estado, nunca hay ausencia de tal formacion, sino, que al contrario, el cuerpo amarillo es mayor, casi tan grande como el ovario,

mas rico y mas exuberante en celulas luteinicas y vasos sanguineos, que el correspondiente á la ovulacion infecunda, (crece hasta el cuarto mes de la gestacion despues se atrofia, de tal suerte que cuando llega la epoca del parto, ha perdido los dos tercios de su volumen) condiciones todas que parecen invitarle á una mayor actividad fisiologica, que debiera traducirse no ya por la produccion ordinaria, sino mas bien, por una exageracion del acto menstrual proporcional á su aumento de estructura.

Si nos fijamos en la forma en que la mayor parte de los experimentos fueron realizados, notaremos que la práctica mas corriente, consistia en destruir la vesicula de Graaf mas proximas á la dehiscencia, operación que iba seguida de amenorrea transitoria, ~~mas~~ mas era porque se evitaba la formacion del metoario de Raciborski, ó porque se anulaban los fenómenos, que segun los partidarios de la excitacion nerviosa acompañan á la ruptura fisiologica, ó principalmente porque con la rápida y brutal muerte del óvulo, cesa la participacion que el elemento mas importante del

foliculo pueda tener en la produccion mensual?

Resulta que la teoria del cuerpo amarillo, presenta todavia muchas lagunas que aclarar y cuenta con impugnaciones tan interesantes que anteponiendose á ultteriores conocimientos hacen presagiar la importancia de la glándula lutea, para desarrollar el mecanismo menstrual.

Nos corresponde decir nuestra opinion sobre la teoria que llamamos de la desintegracion folicular, ~~que~~ por estar basada en la regresion de los foliculos, que no alcanzaron el completo desarrollo; y que nuestro querido maestro el ilustre Doctor Recasens expone con la claridad y elocuencia que acompanan siempre á sus argumentaciones.

Permitanos el sabio catedratico, si despues de recibir sus provechosa ensenanza clinica, que nos impulso al fragoso terreno de la especialidad, tenemos la audacia y la ingratitude de discrepar de su autorizada doctrina.

Los centenares de intervenciones realizadas por el Dr. Recasens le

demonstraron la caprichosa ruptura de las vexículas de Graaf, que ya era consecutiva, simultanea ó precedia á la menstruacion; y deduciendo de esta falta de anacronismo que el primus movens menstrual no estaba ni en la compresion folicular ni en el cuerpo amarillo, ni en el óvulo que escapa en busca de fecundacion, destruyó las bases en que descansaban las anteriores teorías; más no por esto precisó salir del ovario para encontrar la causa, que como hemos dicho la fijó en los innumerables foliculos que crecen y se dearrollan sin alcanzar la evolucion completa.

Conformes en lo que á la dehiscencia folicular se refiere, que reporta la ventaja de suprimir las contradicciones frequentisimas, en que incurren los partidarios de las teorías citadas, cuando pretenden fijar fecha de la explosion folicular; encontramos dentro del perfeccionamiento inmenso de esta doctrina, que no satisface las exigencias demostrativas que requiere tan intrincado proceso.

Admitiendo la previa desintegración, de un determinado número de folículos para que la menarquia se establezca, se salvó el escollo inicial con que esta teoría tropezaba, puesto que dicha desintegración, se efectúa desde los primeros meses de la infancia y tenía forzosamente que ser acompañada del flujo; más nosotros apesar de esta explicación, hemos visto preparaciones microfotográficas de ovarios correspondientes á niñas amenorreicas de dos á catorce años, algunas de ellas con gran abundancia de folículos primordiales en distintas fases de evolución, sin llegar ninguno á la dehiscencia, y en cambio, se citan casos de niñas de pocos meses que menstruaban (Tilesius niña de 4 años, Kussmaul y Ploss niñas de 6 y 4 meses), y en las autopsias de algunas que fallecieron, se comprobó la existencia de rupturas foliculares.

Es mas, si nos fijamos en el periodo de vida en que la menstruacion se desenvuelve, veremos que corresponde al de la fecundidad de la mujer, lo

ue parece indicar la secreta simpatia é intimo consorcio que entre la vulacion y menstruacion existen. Cuando sobreviene la menopausia, ordinariamente se suprime la dehiscencia vexicular, lo que se traduce por la falta de embarazo en dicha época, y sin embargo, aún no han desaparecido los folículos primordiales de dicha glándula genital, que ya no pasan de un incompleto desarrollo mas que por condiciones excepcionales, resultan esas gestaciones tardias, que solo se esplican por dicha persistencia folicular despues de la edad critica; si la función catamenial era consecutiva á la citada desintegracion, subsistiria mientras estuviere matizando la capa cortical el último folículo.

La función ovular sabemos que es continua, al lado de folículos que se desarrollan hay otros que permanecen indiferentes, y faltando el tránsito regular en estas alternativas, no es probable que de un acto tan inarmonico como consecuente, dependa una función ordenada, y cuyas intermiten-

cias se distinguen por su característica periodicidad.

Está admitido que el ovario, continua funcionando durante el embarazo, en lo que hay duda, es si la dehiscencia del ovisaco se produce; como existe amenorrea durante dicho estado, si la desintegración folicular continua verificandose?. En cambio según esta teoría, puede darse el caso de una mujer que menstrue bien toda su vida genital, y no sufra ninguna gestación porque los folículos no lleguen á la dehiscencia, confesemos que no se encuentra un caso bien determinado de esta categoría. La experiencia nos confirma que esta teoría no está exenta de dificultades que hacen imposible su unánime aceptación.

Nada diremos de la hipótesis que asignó al tejido intersticial del ovario, el poder ocasional de la hemorragia catamenial, porque está suficientemente rebatida, desautorizada, y carece de partidarios: lo mismo haremos con las restantes que quedan refutadas en las argumentaciones ex-

-puestas.

Terminada nuestra labor de criticos vamos á exponer la causa que juzgamos mas adecuada para explicar el mecanismo menstrual:

Ya en las objeciones aplicadas á las anteriores teorías, deslizamos algunas manifestaciones auguradoras de nuestro criterio en esta cuestion. Opinabamos con el Dr. Recasens, que la potencia energética no partia ni del cuerpo luteo, ni de la compresion vexicular, sinó exclusivamente del óvulo; y nuestra diferencia estriba en que el sabio profesor, la atribuye al óvulo raquitico, que desintegramose dentro de su envoltura por falta de desarrollo, deja escapar la fuerza de que en vida era depositario; y nosotros, colocamos dicho potencial, en el óvulo lozano, maduro, con toda la actividad y vigor que posee, cuando la naturaleza perfora la vexicula que le sirve de celda, para que libre de tal reclusion, emprenda destinos fisiológicos de mayor transcendencia, y si la muerte le sorprende en esta tarea, solo entonces su fuerza motriz separandose dela mate-

ria inerte, se difunde por la economía y la función menstrual se produce; de manera que cuando la menarquia aparece, es que se rompió el primer folículo y cuando la menopausia comienza se fragua en el ovario la última cicatrización folicular, resultando evidente la estrecha relación y aproximados vínculos entre ovulación y menstruación.

Siempre que el óvulo muera fisiológicamente, se produce el proceso catamenial, y cuando no solo conserva su vida, sino que otra potencia se le une para constituir una nueva existencia más larga y compleja, entonces faltando dicha destrucción y sus consiguientes efectos existe amenorrea.

La génesis del proceso la explicamos del modo siguiente: un ovisaco estalla, y el óvulo queda libre, mas no por esto abandona inmediatamente su residencia de la vexícula desgarrada, sino que permanece aun en ella unos seis á diez días, (asi se explica que la fecundación pueda producirse en el mismo ovario, forma la más frecuente según Gerbe) después, pasa-

-ría á la trompa, no bruscamente y por proyección, como creía Kehrer y Liegeois, sino por la acción de un epitelio de pestañas vibrátiles; y ~~pero~~ recorrería las distintas porciones del órgano tubario, cada vez con menos celeridad, es decir, que si en dicho trayecto invierte también un plazo de seis á diez días, los dos tercios, los emplea en atravesar el segmento externo, obedeciendo tal desigualdad, á que como sabemos la probabilidad de fecundación, disminuyen á medida que el óvulo se acerca al ostium uterinum, y de aquí la justificación de esa pereza que tiene la célula hembra, cuando se encuentra en el primer segmento libre de la trompa, porque precisamente es el sitio, donde según la mayoría de opiniones se verifica el encuentro y unión de los dos elementos reproductores: finalmente, el óvulo atraviesa totalmente el túnel tubario, y cae al útero, entre el vigésimo primero ó vigésimo cuarto día posterior á la dehiscencia vespicular, donde disminuida su vitalidad, muere al poco tiempo produciéndose con su desintegración cadavérica, el desplazamien-

-to de la energía que almacenaba, y este origen de la vida es absorbido por el organismo, que encontrándose entonces con una vitalidad excesiva, se producen en él trastornos vasos motores, que repercuten principalmente sobre la solidaridad genital, hasta forzar la válvula que en los capilares uterinos posee la economía, para arrojar esta sobre actividad, perjudicial en forma de flujo catamenial, que acarrea consiguientemente, el aborto del óvulo falto de fecundación que **en**gendró el proceso.

Ahora bien, si el elemento hembra es asaltado por el elemento macho, en cualquiera de las posiciones del aparato genital adecuada para estas escenas, entonces, no hay muerte ovular y por consiguiente no existe desplazamiento alguno de energía, sino al contrario, fusión de la que **llevan** los dos elementos diferenciados para la formación embrionaria del nuevo ser, y en este caso, como el organismo permanece indiferente, ya que no recibe la impresión de ningún estímulo, sus válvulas de lujo funcional, mal pueden abrirse para dar paso á un excedente energético, que no reci-

-bio, de aquí la ausencia del derrame menstrual.

Durante el embarazo, aunque el ovario queda mas influenciado despues de una ovulacion fecundada que esteril, sin embargo, continua el desarrollo de foliculos que periodicamente van rompiendose, si en dicho estado generalmente la menstruacion no existe, no se debe á que falte la excitacion que el desprendimiento de la energia ovular ocasiona, pues esta si se produce, lo que sucede, es que cambia la expresion reacional del organismo, que debilitado por la maternidad, encuentra en dicho influjo no el material suficiente para desarrollar una funcion entonces innecesaria, sino un beneficio repuesto que totalmente aprovecha para fortalecer su necesidad de constitucion. Lo mismo pasaria en la lactancia y durante el curso de enfermedades muy debilitantes, en que la amenorea es completamente fisiologica, no por falta de ovulacion, sino por la reducion de la actividad organica que estos estados ocasionan.

Hemos ~~expuesto~~ esta teoria no con el animo de aumentar las ya existentes, sino porque la juzgamos-y perdonesenos tal parecer consecuencia de nuestro entusiasmo- libre de esencialisimos defectos y esplica, como el acto menstrual se presenta unicamente durante la vida de madurez sexual de la mujer, y las interrupciones que en el embarazo la estancia y estados constitucionales puede sufrir, y ultimamente la falta de armonia que en la menstruacion y ovulacion puede suceder.

Sobre esta última conclusion, encontraremos justificadas ciertas aclaraciones: En general, señalamos al óvulo una vitalidad de unos 24 dias aproximadamente consecutivos á la ruptura del ovisaco, y esta afirmacion, nos conduciria á establecer una fecha fija, entre el acto ovular y el acto uterino, y por tanto á incurrir en los errores reconocidos á todas las teorías, sino tuvieramos la precaucion de hacer las siguientes salvedades.

Tal cálculo sobre la vitalidad ovular, no es inesacto, despues que van Beneden y Robin, encontraron con vida á espermatozoides de mas de tres semanas de existencia, cabe opinar con Bischof, que el óvulo puede permanecer fecundable algo más de este plazo, toda vez que gozando de los mismos caracteres de célula completa y diferenciada que el macho, tiene la ventaja, de que toda la evolucion la realiza dentro de un ambiente propio, libre por tanto de peligros que comprometan su existencia. Pues bien, entre la causa ó sea la ovulacion, y el efecto ó menstruacion, ordinariamente y con ligeras variaciones, media ~~ese~~ espacio de tiempo, y asi vemos, que la ruptura de foliculos se verifica antes durante, ó en los primeros dias que siguen al desframe catamenial, en una palabra, en las proximidades de la época del flujo uterino, y se debe á que los transtornos vaso motores que la energia



Segunda parte.

(Sintesis patológica)

Despues del rápido estudio, que de la fisiologia menstrual hicimos, juzgamos conveniente hacer de cuanto á su patologia se refiere, una exposicion semejante, para ir poniendo de relieve los puntos, que nos han de servir de fundamento en el estudio clinico de nuestro tema.

Si en todas las manifestaciones de la funcionalidad organica, constituye una dificultad extraordinaria, precisar donde termina lo normal y comienza lo morboso, en la menstruacion, son mas dificiles de establecer estas fronteras, puesto que las variaciones son tan numerosas, como los

individuos, y hasta en una misma mujer, es difícil encontrar dos periodos exactamente iguales en sus distintas manifestaciones, y siempre el tránsito entre estos dos estados, se hace de una manera gradual silenciosa, insensible. Mas en general podemos decir, que cuando los trastornos propiamente fisiológicos del molimen menstrual, (pesadez en la región lumbar, quebrantamiento general, duración del derrame etc.) adquieren específicamente una intensidad mayor que la ordinaria, entonces, el proceso está modificado; bien subjetivamente por fenómenos dolorosos, ó bien objetivamente por alteraciones de cantidad, cuyas formas pueden agruparse en las tres clásicas admitidas por todos los autores: dismenorrea ó menstruación dolorosa; amenorrea ó falta de menstruación, é impropriamente y efecto del uso, también se comprende con este nombre la simple disminución; y menorragia el aumento menstrual. Además puede alterarse su ritmo

periodico y se presentan irregularidades notables en la fecha de aparicion. Frecuentemente, no se presentan aislados estos transtornos, sino que se combina, la forma dolorosa con cualquiera de las variedades cuantitativas; la forma arritmica puede acompañar á todas ellas.

#### Dismenorrea

-\*\*\*\*\*-

Voz derivada del griego que significa, reglas dificiles ó laboriosas ha sido llamada tambien histeralgia catamenial, y Capuron estranguria menstrual; es el transtorno que mas frecuentemente se presenta. Está caracterizado, por la dificultad é irregularidad menstrual producida por los efectos dolorosos, que el exceso ó deficiencia de la congestion de los órganos genitales, determina al verificar el derrame sanguineo, ó bien por las dificultades que los conductos normales oponen á su sa-

-lida ó excreción.

Se ha dividido, en esencial ó idiopática, y secundaria ó sintomática, para nosotros la dismenorrea tendrá siempre esta última categoría, por considerarla unida á alteraciones morbosas de los órganos genitales ó a modificaciones del estado general.

Pozzi, admite cinco formas dismenorreicas: 1<sup>o</sup> congestiva ó inflamatoria; 2<sup>o</sup> neuralgica ó simpática; 3<sup>o</sup> mecánica ú obstuptiva; 4<sup>o</sup> membranosa; y 5<sup>o</sup> ó varica; que las reúne en dos categorías, las primeras las que se producen durante el acto ovarico tubario (maduración del folículo, puesta,) ó durante el acto uterino (expulsión de la sangre menstrual). Otra división que se halla bastante aceptada, es la fundada en su patogenia; y admiten, la dismenorrea mecánica, congestiva y nerviosa, algunos agregaron la forma pseudo-membranosa, tal es por ejemplo la clasificación de Andrés Petit, que divide la dismenorrea en esencial ó mecánica, congestiva ó in-

-inflamatoria, que á su vez puede ser uterina, ú ovárica; mecánica, y por último membranosa. Raciborski hace una clasificación parecida, y admite tres formas; la espasmódica, la congestiva y la inflamatoria; Sideroy dió una división muy semejante á la de Pozzi, dice que la dismenorrea puede ser; 1ª por consecuencia de la secreción, y comprende bajo este nombre los trastornos uterinos y ovaricos confinantes con la ruptura del ovicelo y con la hemorragia uterina, y la llama dismenorrea de secreción nerviosa ó congestiva, es la dismenorrea óvarica de Simpson de la cual la mayoría de los autores hacen descripciones distintas, según que predominen los fenómenos congestivos ó los nerviosos; 2ª por modificaciones que pueden complicar la salida del líquido catamenial, y la dió el nombre de dismenorrea de excreción y Simpson de obstructiva; y 3ª dismenorrea membranosa ó de inflamación caracterizada por la expulsión de membranas.

Vemos que la mayoría de los autores, para establecer sus clasificaciones, han tomado como tipo los trastornos que el ovario puede experimentar durante la dehiscencia folicular. Nosotros, como hemos visto que la ovulación no puede coincidir con la fecha de menstruación, siguiendo esta orientación, exponemos nuestra clasificación puramente sintomática que comprende tres grupos establecidos según la relación temporal que su aparición tiene con la hemorragia uterina: 1º dismenorrea inicial damos este nombre cuando la forma dolorosa precede a la presentación de las reglas algunas horas ó días; 2º dismenorrea simultánea ó sincrónica cuando los dos fenómenos se producen al mismo tiempo; y 3º dismenorrea mecánica cuando el derrame menstrual aparece algunas horas ó algunos días antes que el dolor. Encontramos ventajosa esta agrupación, por que en ella no se hace referencia al proceso ovular, cuyas múltiples

discrepancias ya señaladas, y además, no se expone á las equivocaciones propias de las anteriores clasificaciones, que implican un diagnóstico previo de rigurosa exactitud, difícil muchas veces de conseguir, y dentro de su exclusiva sencillez, encamina al fundamento de tan indispensable juicio clínico, toda vez, que la dismenorrea inicial ó premenstrual, es frecuentemente congestiva, y la dismenorrea ~~consecuente~~ sucesiva lo es ordinariamente mecánica puesto que al principio la producción sanguínea es pequeña y las dificultades de su excreción crecen proporcionalmente á su cantidad.

DISMENORREA PREMENSTRUAL: Es la más frecuente de todas las alteraciones dolorosas. Sabemos que el cólico menstrual va precedido de ciertos prodromos que como la sensación de pesadez de la región lumbar, y ovárica, la flojedad y el malestar general de variable intensidad anuncian la proximidad del fenómeno; no es de extrañar pues, que este

cortejo sintomático adquiriendo mayor relieve é importancia, sea la alteracion primaria y mas vulgar de las formas dismenorreicas.

Hemos indicado que las llamadas por otros autores, atendiendo á la base patogénica, dismenorreas congestivas ó inflamatorias, pertenecen casi exclusivamente á esta forma premenstrual, especialmente, cuando estos procesos congestivos ó inflamatorios radican en la glándula genital, ó cerebro genital de Barnes, que desempeña el papel principal, mientras que el útero es simplemente el encargado de la escrecion sanguinea, ó sea el brazo, que el ovario escoge para conseguir sus deseos, á esta forma la denominan por tal circunstancia, disootosia ovárica ó dismenorrea ovárica de Simpson.

Hicimos resaltar que la dehiscencia folicular, funcion aunque variable, coincide la mayoría de las veces con la aparicion del flujo mens-

-trual; fácilmente se comprende, que hallándose entonces el ovario invadido por un proceso congestivo ó inflamatorio que exalte su extraordinaria sensibilidad, la repercusión de los fenómenos reflejos propios de la puesta ovular, no han de limitarse á esas pequeñas alteraciones vagas, confusas, indefinibles, y corrientes en toda menstruación normal, sino, que traspasando esa tonalidad media de penumbra sensorial, entre lo fisiológico y patológico, adquiere una intensidad y significación real, evidente y positiva, que nos revela la anormalidad de su producción.

Los agentes etiológicos, son principalmente todos los que modifiquen la circulación ovarica: estorbos circulatorios, á veces exagerados por la presencia de un riñon móvil, ó por estados varicosos muy pronunciados del plexo pampiniforme (varicocele tubo-ovárico de Richet), así

puede encontrarse, en los casos de apoplegia ovárica y flegmasias agudas y crónicas de estos órganos; en las enfermedades inflamatorias de los anejos, y no preferentemente por las lesiones de los ligamentos ó las trompas, sino por la participación ovárica, y también por la formación de adherencias y bridas que dislocan estos órganos de su posición, enquistándoles ó alojándoles en regiones reducidas, cuya compresión les haga sufrir principalmente cuando la congestión premenstrual les aumenta de volumen; tal ocurre en los casos de hernias ováricas, ó cuando los anejos están en el fondo de saco de Douglas, que pueden ser comprimidos por el útero en retroflexión ó retroversión, ó por el recto distendido. Puede igualmente presentarse esta dismenorrea en la esclerosis ovárica, porque la dificultad de ruptura de los ovisacos es mayor, y la hiperemia <sup>habitual</sup> que ~~persiste~~ se aumenta, y este exceso de congestión

localizandose en el ovario, es á lo que Simpson atribuye la dismenorrea; "Se comprende en efecto -dice el citado autor- que la situacion profunda de una vexicula, una resistencia ó un espesamiento anormal de sus paredes, como se ha observado en las lesiones de la periovaritis crónica, trae por resultado, la exageracion morbosa de esta especie de lucha que se establece, en el momento del molimen menstrual, entre el bulbo ovárico turgente y el folículo de Graaf distendido, que trae por consecuencia la ruptura."

"No es dudoso suponer, que un retardo en dicha ruptura podrá en algunos casos prolongar la congestion pelviana catamenial, y determinar á nivel del ovario que contiene la vexicula, los fenomenos dolorosos propios de esta alteracion ."

Parece que dan lugar á esta alteracion dolorosa tambien, los desen-

-volvimientos irregulares del ovario, que como el útero, puede quedar en un estado infantil ó bien que aquel alcance su estado adulto, primero que este, (Pozzi) y de aquí viene una irregularidad inevitable en la función menstrual, por la dificultad de la ovulación; ó por la desproporción que existe, entre los fenómenos congestivos por parte del ovario durante la puesta ovular, y el estado precario de la congestión concomitante por parte del útero; y aun faltando esta diferencia de desarrollo, puede también suceder, que sea el ovario el que sufra por aumento de su irritabilidad nerviosa.

Estos casos, prueban un esfuerzo de ovulación que se agota sin determinar derrame uterino; y esta ovulación difícil, se acompaña siempre de un aflujo sanguíneo exagerado que se traduce por un engrosamiento óvarico: el sistema vascular utero-ovarico, es realmente uno, y el útero

sufre tambien este aflujo, aumentando entonces la cantidad de la pérdida. Cuando la ovulación es penosa, la menorragia indica muchas veces y acompaña a la dismenorrea ovárica, pero que se produzcan menorragias ó no, dice Barnes, que las enfermas sienten frecuentemente un dolor que refieren al útero.

Igualmente pueden originar esta dismenorrea, las alteraciones uterinas: metritis parenquimatosas, y especialmente las endometritis, dificultan en muchas mujeres la evolucion menstrual, puesto que la mucosa modificada por la inflamacion, poseyendo mayor consistencia y espesor, da mas resistencia á los capilares turgentes y dificulta su ruptura, cuya consecuencia es la aparicion del dolor: esta explicacion es mas racional, que la de atribuir á una plasticidad demasiado grande de la sangre, que

dificulta su derrame á través de los capilares, como queria la teoria antigua, esta doctrina carece de valor, porque en las mujeres robustas, pletoricas de sangre, todas tendrian que presentar esta dismenorrea, y por el contrario, su maximun de frecuencia lo dan las cloroanemicas, en las que resulta paradogico suponer un exceso de espesamiento sanguineo. Parece ser que el genero de vida influye en la dismenorrea, y mas especialmente en esta forma; los hábitos onanistas, el exceso ó falta de la funcion sexual, dan origen á un estado de excitacion, causa unica muchas veces de accidentes dismenorreicos.

DISMENORREA SIMULTANEA: Pertenece á esta clase la llamada por otros autores, dismenorrea mecánica ú obstruptioniva. El dolor, comienza con la expulsion de sangre, y termina cuando el útero desaloja las últimas gotas de flujo catamenial, durando por tanto todo el periodo del derrame; cla-

-ro es que esta afirmacion no es rigurosamente exacta, puesto que la dismenorrea está subordinada al agente mecánico que la engendra, y cuando este es transitorio, por ejemplo si se trata de un coágulo, entonces el fenómeno doloroso es un episodio accidental que cesa con la expulsion de dicha masa sanguinea; mas en los casos de dismenorrea mecánica pura, es decir, por estenosis del conducto cervical, el dolor tiene entonces los caracteres señalados.

La etiologia de esta forma dismenorreica es bien conocida, y se presta á faciles interpretaciones: el factor realmente eficiente es la disminucion del conducto cervico-uterino, que depende de la congestion ó inflamacion de sus paredes ó de la retracion y estenosis de uno de los dos orificios del cuello, generalmente el externo, que causa la formacion del llamado cuello conico, cuando este estrechamiento es congenito; en otros casos, se trata de estrecheces que aunque localizadas en el

mismo sitio, son adquiridas á consecuencia de cicatrices viciosas consecutivas á procesos patológicos, ulceraciones rasgaduras etc. El estrechamiento, no solo puede radicar en el orificio del hocico de tenca, sino, en cualquiera porcion del conducto cervical, y en el orificio interno por tumores, hipertrofia, ó degeneraciones, y á este orificio, Simpson atribuye el sitio de predileccion del estrechamiento, que Siderey y Gallard encontraron contastemente.

Esta disminucion de la luz del canal cervical, puede tambien verificarse parcialmente, bien por tumores que asientan sobre sus paredes, bien por coágulos ó membranas que provienen del cuerpo uterino. Las desviaciones uterinas tambien modifican el calibre del conducto uterino (Schultze, despues de un gran numero de medidas, llegó á la conclusion que para considerar un conducto cervical estrechado, tenia que poseer un diametro inferior á 4 milímetros de diametro), y por tanto en ellas

se presenta esta dismenorrea, mas parece ser que su influencia no es tanta como se atribuyó en un principio, y Bernutz ha presentado 19 casos de flexiones uterinas sin ningun accidente doloroso; el mismo profesor y Aran, han demostrado que en las desviaciones uterinas, especialmente las retroflexiones, son la mayoria de las veces debidas á alteraciones inflamatorias del útero ó de los anejos, y estas lesiones son las que verdaderamente ocasionaban el dolor y no, la desviacion, puesto que si se practicaba el cateterismo durante el momento del cólico, no se verificaba salida del liquido hemático, lo cual indica que no es la retencion por deficiencia de excrecion lo que ocasionaba esta alteracion.

Si es cierto que la gran mayoria de las dismenorreicas, son antiguas enfermas anxiales ó perimetriticas, y es muy dudoso determinar, la im-

portancia que en su patogenia pueda tener la desviacion ó la lesion histologica, no es menos cierto, que hay casos en que las desviaciones cuando son muy pronunciadas, cuando el ángulo de flexion es muy agudo tal sucede especialmente en las anteflexiones, de aquí la frecuencia de la dismenorrea en esta variedad de posicion, ejercen una influencia positiva en la produccion de este transtorno, por que conocemos y ya Courty Gaillard y Barnes ponderaron, los casos de curacion obtenidos sencillamente por el enderezamiento metódico del útero.

Una misma estenosis, puede producir durante la vida menstrual, fenómenos de intensidad variable, y aun pasar ignorada puesto que si la hemorragia es poco abundante, el diametro del canal puede resultar suficiente, para que lentamente y gota á gota, vaya verificandose la excrecion sin que la sangre llegue á coagularse en la cavidad metritica, pe-

-ro desde el momento en que el proceso menstrual adquiere mayores proporciones, ya aparecen los fenómenos dolorosos.

DISMENORREA CONSECUTIVA: Es la mas rara de las tres formas estudiadas. Puede tambien como la forma premenstrual, ser ocasionada por la ruptura del ovisaco, pues esta como dijimos se realizaba independientemente de la fluxion sanguinea en todos los periodos aunque lo mas frecuente es que se realice en sus proximidades; pues bien la postura ovular, verificandose algunas horas, ó algunos dias despues de la irrupcion patamential, pero continuando esta fluyendo, puede producir por alteraciones óvaricas ya estudiadas á esta forma dolorosa.

Otra causa, son los procesos inflamatorios antiguos de el útero, que bajo la influencia del trabajo menstrual se agudizan y persisten algunos dias despues de la excrecion sanguinea; esta forma parece ser tributaria de la endometritis ulcerosa. Igualmente parece ~~que~~ que se pre-

-senta en los casos de anormalidad de desarrollo, ó anomalia de conformacion del útero, y L. Desguin, cita el caso de una mujer de 50 años, que se quejaba de dolores que empezaban al día siguiente de la aparicion del flujo catamenial, y persistian acompañados de reacion peritoneal durante unos 15 días: operada, se encontró un tumor, que resultó ser el asta derecha de un útero bicornio, que no comunicaba con la cavidad uterina atrepsiada, sino, que formaba un verdadero quiste sanguineo que aumentaba de volumen en cada época menstrual, seguida estrasvasacion hémática en el peritoneo.

Ciertas afecciones del estomago engendran tambien esta clase de dismenorrea, que segun Boimont, no ofrece lesiones anatomicas; y las afecciones son, la dilatacion por atonia de las paredes gastricas, esta distension refuerza los diversos órganos abdominales, dificultando la cir-

-culación de retorno, de aquí la congestión utero ovarica; en otros casos ~~por~~ la larga permanencia de los alimentos en el estómago, obran sobre los plexos hipogástricos del gran simpático, que engendra una excitación de las ramas nerviosas que van al útero y al ovario, produciendo dismenorrea y hasta menorragia.

Sintomatología: En toda las formas dismenorreicas, se reducen casi exclusivamente á la forma y presentación del dolor:

En la premenstrual; generalmente el dolor no comienza bruscamente, sino que va precedido de ciertas alteraciones; como malestar general, inquietud, agitación, ansiedad, sensación de calor y prurito en la vulva y vagina, y por último el dolor, que es profundo intenso, localizado en la región hipogástrica, con irradiaciones á las ingles, partes superiores del muslo, nalgas y especialmente á la región lumbar donde se marca con mas viveza. Los dolores, se hacen mas frecuentes é intensos

en forma de crisis ó cólicos; la mucosa que tapiza los órganos genitales, se enrojece y congestiona, hay disuria, tenesmo rectal y finalmente, al cabo de unas horas se establece la fluxion sanguinea, y los trastornos dolorosos van perdiendo su violencia y desaparecen antes de retirarse el flujo.

En la dismenorrea sucesiva, el dolor presenta igual localización, solamente que es posterior al derrame hemático, y va adquiriendo cada vez mas intensidad, persistiendo algunas horas ó algunos dias despues de verificada la expulsion sanguinea.

En la dismenorrea simultanea, los dolores tienen una forma especial que acredita muchas veces su origen mecánico. Faltan los fenómenos premonitores, porque el obstaculo mecánico, nada tiene que ver con el trabajo premenstrual, si bien pueden existir, aunque nunca con la in-

tensidad característica de la primera variedad de dismenorrea estudiada. Los dolores, comienzan desde el momento en que el líquido sanguíneo va á ser expulsado de la cavidad uterina. La dismenorrea es intermitente paroxística, las enfermas comparan estos colicos á los que se producen para la expulsión de la placenta. La salida del líquido hemático no es continua, sino que se suspende de vez en cuando; parece ser que el útero, espera á ser distendido por la sangre que no encuentra libre acceso al exterior, y entonces emplea sus contracciones energicas y dolorosas para desembarazarse de ella: el derrame puede ser tan escaso, que se vierta gota á gota lo que Aetius llamaba stillecium uteri; á veces salen tambien coagulos sanguíneos, y siempre despues de cada expulsión, se produce una sensación de notable alivio; la sangre ofrece cierta fetidez, debido á la descomposición que sufre por

retenerse en la cavidad metritica dilatada, y mezclarse con la secrecion de la mucosa y con bacrerias procedentes de la vagina.

Dada la dificultad que supone siempre la clasificacion de los fenomenos naturales, y mas aun cuando estos son tan extraordinariamente variables, que impiden todo examen metódico y preciso, se comprenderá que a las anteriores descripciones, no se amoldan mas que á la mayoría de los casos, y que en la práctica profesional, encontraremos formas con modificaciones tan distintas y tan complejas de las descritas, que nos veremos confusos para encasillarlas en la serie correspondiente, mas este defecto de noxotaxis es desgraciadamente general, y siempre las excepciones quedan encomendadas, al puesto que el criterio del lector quiera razonablemente otorgarlas.

Las tres formas dismenorreicas diferenciadas unicamente por la forma de presentacion del dolor, tiene manifestaciones locales y generales comunes, tales son, la irradiacion del dolor, las modificaciones circulatorias (pulso lento y delgado) mayor impresionabilidad, algunas enfermas se vuelven irascibles, sucede lo que algunos autores, denominan el despertar del sentido histérico de las enfermas, por la rareza y caprichosas modificaciones de caracter que experimentan.

La sangre, está unas veces descolorida y mezclada con mucosidades, otras es negruzca y sale acompañada de coágulos de tamaño variable; estos coágulos indican casi siempre, alteraciones uterinas, y si el dolor es premenstrual podremos casi asegurar que el proceso inflamatorio reside en la matriz), á veces tan grande, que reproducen exactamente la forma de la cavidad uterina. La cantidad es variable: puede coexistir

menorragia, ó sea la menstruacion tan escasa que casi llegue á desaparecer.

Como apéndice, voy á decir dos palabras de lo que denomino dismenorrea negativa ó sea, los fenómenos dolorosos cuando se producen en el periodo de época menstrual, sin que vayan acompañados de salida de sangre al exterior; eliminando todos los trastornos de sensibilidad, especialmente las histero-ovaralgias que se presentan independientemente de toda función genital. Esta dismenorrea negativa aparece en las cloroanémicas y mujeres histéricas, son esas formas que curan con las caracterizaciones de la pituitaria, y en las cuales parece que la sugestión, es la única vía, por donde se trasmite la acción terapéutica, desde el revestimiento endonasal, á los nada aproximados órganos de reproducción. En esta dismenorrea hay dos formas: una falsa ó pseudo negativa, ó re-

-tentiva, llamada así, porque la sangre menstrual se derrama en el útero sin salir al exterior, porque hay oclusión del himen, vagina, ó matriz, esta variedad es poco frecuente y fácilmente diagnosticable; y la otra es positiva, causada porque, ya se produce la ovulación, mas el útero falto de desarrollo, no dá lugar á la hemorragia correspondiente, ó bien se encuentra en estado normal, pero el organismo es débil y se opone á la pérdida sanguínea, ó por último, el ovario permanece en estado infantil, y en su incesante y esteril trabajo de la función ovular, se hiperemia inutilmente, ocasionando trastornos de sensibilidad, en esta variedad la amenorrea siempre es absoluta.

**AMENORREA**  
-\*\*\*\*\*-

Siguiendo en importancia á la dismenorrea, nos encontramos con otra

alteracion menstrual, tambien muy frecuente, es la amenorrea ó menostasia de otros autores. Aunque generalmente, se llama tambien asi la simple disminucion del flujo menstrual ó ischomenia, nosotros la empleamos unicamente en su verdadero sentido etimologico, y llamamos amenorrea, á la ausencia del flujo catamenial en la época de madurez sexual, y fuera del embarazo y lactancia, en que generalmente no hay produccion fisiologica de dicho fenómeno.

Puede presentarse en cualquier periodo de la vida genital de la mujer, se citan casos de mujeres núbiles, que han pasado la edad de la pubertad, ofrecen los atributos de desarrollo sexual completo, y no se ha presentado en ellas el fenómeno menstrual; otras veces, aparece este trastorno en hembras bien menstruadas, y que de pronto se suprime su fluxion periodica, que muchas veces refieren á un embarazo incipiente

y se convencen de su error, cuando el tiempo transcurre, sin imprimir á los demás órganos las modificaciones propias de la gestacion, y en tal estado permanecen algunos meses ó años

Antiguamente, se dividió á la amenorrea en dos grupos: 1º por defecto de secrecion, en la cual la produccion de la sangre menstrual es nula ó defectuosa; y 2º, por defecto de excrecion, en la cual, el liquido es segregado normalmente, mas obstaculos diversos dificultan su salida.

Esta clasificacion fué prontamente desechada, toda vez que la amenorrea solo es producida por la falta de secrecion, pues la dificultad de su eliminacion, es sencillamente un transtorno de retencion, que nada tiene que ver ni afecta esencialmente á la génesis menstrual.

Determinados autores, admiten una amenorrea esencial ó idiopática, y otra secundaria ó sintomática; el criterio expuesto precedentemen-

-te nos impide hacernos solidarios de esta clasificacion, puesto que siempre está ligada á modificaciones patológicas del sistema utero-óvarico, ó del resto de la economia, y hasta en los casos de supresion brusca y accidental del derrame, no ha podido demostrarse la independencia patogénica de la amenorrea como enfermedad idiopática. Tambien se ha dividido en 1ª, Primitiva permanente, que está ligada á mal formaciones del útero y ovarios, (porque si segun Petit puede suceder esta alteracion en mujeres con disposicion normal de estos órganos como lo demuestran ciertos casos de fecundacion, estos hechos de rareza inusitada no deben impedir considerar la amenorrea como estado poco compatible con la funcionalidad normal de los órganos genitales), 2ª, Secundaria, que puede ser la fisiologica ó del embarazo, y la que se produce por enfermedades generales ó del aparato sexual. Pozzi la divide

en primitiva, debida á una mala nutrición ó higiene defectuosa que retarda el desarrollo general del organismo; y secundaria, debida á empobrecimiento de ~~sa~~ngre, enfermedades agudas, y trastornos del sistema útero-ovárico.

Nosotros excluyendo la amenorrea del embarazo, que por considerar la fisiológica prescindimos de su descripción, porque este capítulo le dedicamos al estudio de la patología menstrual, proponemos la siguiente clasificación:

Por su base anatómica podríamos considerar dos grupos de amenorrea: 1.º Amenorrea genérica, cuando es producida por modificaciones patológicas generales, ó por afecciones locales independientes del sistema útero-ovárico. 2.º Amenorrea específica, cuando es tributaria únicamente de los procesos propios de la esfera genital. Ambos grupos y mas

especialmente el segundo, por el curso y duración que tenga la amenorrea, puede producir las siguientes variedades: 1<sup>a</sup>. Precoz así llamada porque todavía no se ha inaugurado el derrame menstrual, apesar de la edad adquirida en que se supone completa toda la actividad sexual. 2<sup>a</sup>. Accidental ó transitoria, porque se presenta despues que la mujer ha tenido durante un periodo de tiempo variable sus menstruaciones; cesa despues de una fecha mas ó menos larga. 3<sup>a</sup>. Definitiva ó consecuente, porque aunque su aparicion es analoga á la anterior, se diferencia en que dura toda la vida, es decir que no vuelve á restablecersé la función menstrual (menopausa prematura) diferenciandose de la menopausia fisiologica, en que ésta, coincide con la declinacion de la vida genital, mientras que la amenorrea definitiva aparece en edades en que el ~~estado~~ estado sexual debiera ser mas esplendido y fastuoso.

Amenorrea generica: Señalamos como agentes etiologicos, las modificaciones organicas generales (amenorrea constitucional de algunos ginecologos), ó locales (llamada tambien amenorrea simpatica) independientes de toda alteracion genital.

Sabemos que para efectuarse la menstruacion, es necesario, ademas de la integridad del aparato genital, la composicion normal de la sangre, y estado fisiologico del sistema nervioso; estas dos últimas condiciones faltan muchas veces consecutivamente á enfermedades, de aquí, la presencia de amenorrea en todos aquellos procesos morbosos en que mas comprometidos se encuentran estos elementos. Asi ciertos estados patológicos, en que principalmente está alterado el plasma sanguineo ( anemia, clorosis, mal de Bright, diabetes, alcoholismo, morfinismo, caquexia

cancerosa, paludismo, tuberculosis, convalecencia de las grandes piroxias etc.), engendran amenorrea, ya precoz como puede suceder en la clorosis; ya accidental, como en la declinacion de enfermedades agudas; ó ya persistente como pasa en la tuberculosis, en que la enferma muere siendo amenorreica; todas estas enfermedades obran en el mismo sentido, producen un empobrecimiento de sangre, y cada órgano recibe una cantidad insuficiente para su nutrición, que le obliga á reducir y hasta anular su actividad funcional, resultando esa consunción lenta y continua de la economía, que débil y marchita, suprime todos sus dispendios de lujo todas las pérdidas á que no puede atender, si quiere asegurar su existencia.

Los órganos genitales, como todos los que forman esa admirable solidaridad que llamamos organismo, no son extraños á este principio, y su

funcion estando subordinada á la de nutrición, es aniquilada por esta, que siguiendo un muy justo egoismo, utiliza todos los medios de economía y ahorro posibles para fortalecerse y afrontar mejor el peligro

Otras afecciones, alteran preferentemente el sistema nervioso, y son causa de este trastorno, vemos infinidad de casos que confirman esta aseveracion: el miedo, la depresion, la histeria, mujeres que desean verse reproducidas, y que presentan cierto grado de timpanismo, se hacen la ilusion de un verdadero embarazo y se vuelven amenorreicas, en las jóvenes casadas, se observa la ausencia del flujo menstrual por el estado emotivo que las produce su nueva vida; igualmente se observa, en las campesinas que pasan á servir á las grandes ciudades, no solo porque cambian sus condiciones de alimentacion y de higiene, sinó porque el

ambiente de las poblaciones, mas escitante y lujurioso, estimula sus sistemas nerviosos, y las hace incurrir en los vicios onanistas, que segun las demostraciones de Klablanca recogidas por Olshausen determina preferentemente amenorrea.

Igualmente el exceso ó fatiga intelectual, y el embotamiento y la inervacion insuficiente, son origen de este trastorno, por ejemplo se ve sobrevenir en las mujeres públicas y Kiwisch cita casos de amenorreicas por excesos en su aproximacion sexual, se observa, en mujeres que tienen partos repetidos y quedan despues muy insensibles. Los tumores de la region basilar del craneo, que producen hidrocefalia considerable con rápida disminucion de la agudeza visual, y especialmente los inmediatos á la hipofisis, originan amenorrea persistente, debida al parecer á las alteraciones de dicha glándula, pues en la acromega-

-lia, frecuentemente hay supresion de la funcion menstrual. La paraplegia reumática, y en general, todos los grandes procesos de la médula, hay ausencia menstrual, y lo mismo ocurre con la presencia de vermes intestinales, y la acción del frío. Ordinariamente todas estas causas obran de un modo reflejo, trasmitiendo las impresiones nerviosas de una parte determinada del organismo, por intermedio de la médula, á los plexos tubo ováricos, que inhiben el proceso menstrual, sin que sea preciso como suponen algunos, una alteracion previa del útero ó de sus anejos. Aran demostró, que en muchos casos de supresion brusca de reglas, no hay en estos órganos nada que indique una modificacion patogénica. Esta amenorrea que pudieramos llamar de origen nervioso ofrece tambien las tres variedades citadas.

Amenorrea específica: Así llamada, porque su etiología no es tan compleja y dispersa como la anterior, sino que resulta más ceñida y más íntima, porque radica únicamente en los órganos internos que intervienen en la función genital, y todo vicio de desarrollo en ellos, se acompaña de esta alteración.

La ausencia congénita de ovarios, ó su ablación quirúrgica, ó la detención en su desarrollo, la misma que puede presentar el útero, (es decir cuando ofrecen los caracteres infantiles, desarrollo predominante del cuello, anteflexión, y dimensiones restringidas del cuerpo uterino; y los ovarios pequeños, lobulados, en forma de lenguetas), igualmente la prematura involución ó atrofia de estos órganos (por embarazos repetidos,) que sabemos sobreviene fisiológicamente en una edad avanzada; engendran amenorrea. Diversas enfermedades del ovario y útero, dan lugar al mismo fenómeno; entre las primeras, tenemos la ovaritis puer-

-peral supurada, los quistes, carcinomas, esclerosis y peri-ovaritis; ordinariamente es necesario, que la afección esté muy extendida y sea bilateral.

Algunos procesos uterinos obran en el mismo sentido; así las metritis antiguas que se acompañan de esclerosis parenquimatosa, y en algunos casos, las enfermedades agudas de la matriz, producen este síntoma aunque ordinariamente sea muy pasajero.

Las variedades de amenorrea, estarán ligadas a la persistencia de dichas lesiones; así la precoz, se presentará por ejemplo en todos los casos de detención de desarrollo, de los genitales internos, ó cuando haya ausencia congénita de los mismos, y en este caso, además de precoz, tendrá el carácter de persistente. Será accidental, principalmente en las enfermedades agudas del ovario y útero; y por último, se

hafa fija, cuando se verifique la ablacion ó atrofia de dichos órganos.

La patogenia de esta amenorrea es sencillisima: La ausencia, desarrollo deficiente, y atrofia de la glándula germinativa, supone siempre la falta de ovulacion, lo mismo obran sus enfermedades, y aunque se afirma la necesidad de que estas sean dobles y muy avanzadas, creo debe restringirse tal afirmacion, puesto que existiendo amenorreas llamadas por algunos autores simpaticas, causadas por alteraciones de otros órganos, que obran sobre el ovario por via refleja, no es descabellado pensar, que dicha simpatia, la sienta tambien y con mas intensidad para consigo mismo, obrando igualmente, por un reflejo que partiendo del ovario por la excitacion patológica de la afeccion, llega por vias aferentes á la médula, regresando por las deferentes al mismo organo <sup>donde</sup> producen la inhibicion.

La ovulacion, sabemos es el hecho inicial del trabajo menstrual, y cuando no se verifica, este queda sin realizarse; en cambio puede darse la ovulacion, y suceder que las modificaciones patológicas propias del útero, le impidan aportar su concurso á la funcion menstrual, y se producen todas las manifestaciones del molimen menstrual, mas no existe como en la falta de ovulacion, la hemorragia catamenial.

#### MENORRAGIA

-\*\*\*\*\*-

Completaremos este pequeño resumen patológico, con algunas consideraciones sobre otra alteracion propia de la funcion menstrual.

Asi como el derrame periodico, puede no efectuarse, igualmente sucede, que su produccion se realiza con mas abundancia que de ordinario, en cuyo caso denominamos menorragia, á esta exajeracion del flujo

catamenial. Conviene tener muy presente esta definicion, para no confundirla con la metrorragia, que es un accidente caracterizado tambien por la pérdida sanguinolenta uterina, mas es independiente, de la evolucion menstrual.

Como no puede tomarse, una cantidad fija que nos sirva de tipo de expulsion normal del derrame menstrual, por la variedad tan grande que en su desenvolvimiento ofrecen las distintas mujeres; diremos que hay menorragia, cuando el periodo catamenial, traspasa los limites de su produccion acostumbrada durante el estado de salud, y se hace manifiestamente mas abundante. Es una alteracion de gran interes; su frecuencia es extraordinaria, en las clinicas ginecológicas se encuentran siempre abundantes casos de estudio.

La sangre ademas de aumentada, presenta otras modificaciones; así, el color, puede hacerse mas pálido, ó mas rojo que fisiologicamente; de

ordinario es mas oscuro, á veces tan intenso, que la sangre es negra como graficamente dicen las enfermas; otras, es tan pálido que apenas deja mancha rosada en las ropas, ocurre principalmente en las cloróticas, en que además de la pérdida sanguínea, existe flujo mucoso. La sangre puede salir líquida, ó bajo la forma de coágulos mas, ó menos voluminosos que se expulsan sin dolor, indicando aumento de la cavidad uterina por inercia de sus paredes, aunque también <sup>puede</sup> ser debida esta retención, á cualquier oclusión de las que reconocimos como origen de trastornos dismenorreicos; la forma del derrame puede ser continua ó intermitente.

La etiología, es parecida á la señalada para la amenorrea, y admitiremos la clasificación anatómica que para esta hicimos en dos grupos: 1ª Menorragia generica; y 2ª, Menorragia especifica. Con respecto al cur

-so y duracion, hacemos dos variedades: 1ª Menorragia breve, cuando a pesar de estar aumentada la cantidad de sangre, la duracion de las reglas es la misma que la normal; y 2ª, Menorragia prolongada, cuando la produccion diaria menstrual es aproximadamente la fisiologica, mas la duracion del periodo es mas larga que en estado de salud.

Menorragia genérica: Es la producida por afecciones <sup>no</sup> circunscritas á los genitales internos: enfermedades generales, principalmente discrasicas como hemofilia, púrpura hemorrágica, polisarcia, mal de Bright; tambien se presenta en ciertas enfermedades exantemáticas, tifus, viruela, escarlatina etc. La pletora, el extasis sanguineo en el sistema de la cava inferior, como pasa en las insuficiencias mitrales. Tambien las excitaciones sexuales, principalmente (Döderlein), las interrupciones del curso fisiológico del orgasmo sexual; repetidas infla-

-maciones de las mamas etc. Todas estas enfermedades, obran ó modifican do la composición <sup>de la sangre</sup> y disminuyendo la contractura vascular, hacen que la oclusion de los capilares rotos sea mas difícil; ó bien, aumentando la congestion de los órganos pelvianos, como sucede en los casos de insuficiencia mitral, ó de tumores abdominales, en que la circulacion se encuentra dificultada y los vasos venosos fuertemente distendidos por hiperemia pasiva. Esta menorragia puede presentar las dos variedades breve ó prolongada que admitimos.

Menorragia especifica. Reviste para nosotros, un interes mas marcado que la anterior, porque su genesis, depende intimamente del estado organico, en que se encuentran los organos principales del aparato genital.

Es expresion muchas veces de enfermedades ovaricas (quistes, ovaritis, y degeneraciones escleroquisticas) <sup>que</sup> generalmente se inician, con

abundancia de reglas para terminar por amenorrea. Los tumores malignos de este órgano, y frecuentemente todos los de la pelvis, se acompañan en sus comienzos de esta alteración, lo mismo sucede con las modificaciones de la trompa y anejos (varicocele del plexo pampiniforme, ~~varicocele~~ intraligamentarios etc.) Las alteraciones uterinas, producen con mas frecuencia esta alteración, figurando en primer termino las modificaciones del endometrio (granulaciones, fungosidades ulceraciones etc.); las metritis hipertrófica y esclerosica que aumentan el tamaño del útero; losomas, cuerpos fibrosos, y pólipos engendran menorragias, y metrorragias consecutivas.

Las alteraciones ováricas, causan ordinariamente la variedad prolongada, puesto que habitualmente, obran por un exceso de congestión; en cambio las modificaciones del útero, principalmente las de su revestimiento interno, suelen producir la variedad breve, porque las solucio-

-nes de continuidad en los vasos se producen mas facilmente.

La genesis de la menorragia especifica resulta bastante clara; Las lesiones del ovario, estimulan su ya delicada sensibilidad y al producirse el trabajo inicial de la menstruacion, todos los fenomenos que la acompañan, adquieren una significacion mas importante y vigorosa que en estado normal; pues ya sea que el óvulo, al entablar una lucha mas activa para romper la cubierta esclerosica que le rodea, ó ya simplemente, al completar su desenvolvimiento, ejerce una revulsion en el tejido ovárico inflamado; siempre acarrea una sobreactividad circulatoria, que hiperemia fuertemente los órganos de la pequeña pelvis, y cuya resolucio<sup>n</sup> se efectua a medida que el derrame va estableciendose; la salida de la sangre que ocasiona este exceso de congestio<sup>n</sup>, es la que produciria la menorragia. Estos fenomenos de dificultad de ovula-

-cion en las glándulas genitales enfermas, son á veces tan intensos, que sobrevienen fenomenos dolorosos mas ó menos acentuados, y de aquí la frecuente asociacion que existe entre la menorragia y la dismenorrea.

Los procesos metriticos, producen en este órgano una disminucion de resistencia, una ~~menor~~ menor actividad muscular, y mayor irrigacion sanguinea, y al establecerse la hemorragia menstrual, los capilares debilitados, insuficientemente protegidos por la mucosa enferma, y distendidos por congestiones antiguas, se abren en mayor número, y su oclusion es mas dificil, porque la inercia de su tunica motora, impide la contraccion rapida que asegure la pronta hemostasia, y asi la menstruacion resulta siempre mas abundante y la duracion á veces mas persistente que en estado normal.

No hablaremos de la metrorragia, pues aunque realmente ofrece mucha semejanza con el acto exterior de la función menstrual, y en algunas ocasiones, resulta comprometido precisar los límites que á cada accidente corresponden, sin embargo, como esencialmente existen diferencias marcadísimas y las metrorragias, son episodios patológicos independientes de la evolución menstrual, ligados, generalmente á alteraciones uterinas, de las cuales no hemos de tratar; prescindiremos por tanto de la descripción de este accidente.

\*\*\*\*\*

## CAPITULO II

### Nosografia genital

Terminado el estudio de las generalidades de la menstruación, cuyo conocimiento nos ha permitido encontrar argumentos y recoger afirmaciones, sobre que fundar nuestro criterio, consolidando en tan arduo debate una orientación indispensable, necesaria, y auxiliar eficaz para la exposición que da las Alteraciones Menstruales en los procesos salpingo-ovaríticos, vamos á realizar como capítulo fundamental de nuestra tesis. Si bien confesando, que nos veríamos cegados por una vanidad que estamos muy lejos de sentir, si pretendieramos

considerar á nuestra teoria menstrual, exenta de imperfecciones y deficiencias, exigiendo su universal aceptacion como verdad esencial. Mas sin incurrir en los apasionamientos á que nuestra paternidad de autores parece invitarnos, podemos decir, que nuestra doctrina es la que mas se ajusta al razonamiento de la lógica y á los hechos de la realidad.

Conforme indicamos en el preambulo, estudiaremos solamente, las enfermedades del ovario y trompa, en su relacion con el derrame catamenial; porque ademas de ser las menos conocidas y mas interesantes, así podremos ~~una~~ mejor y mas brevemente abarcarlas en este trabajo, sin excedernos en confusas consideraciones, ni darle la enorme amplitud, que alcanzaria incluyendo todas las afecciones genitales.

Aun cuando la relacion entre trompa y ovario, es tan intima que

producen cierto ~~ma~~ ~~l~~aje, cierta comunidad patológica, especialmente para las inflamaciones, que les supedita á rechazar ó padecer juntos los mismos procesos; nosotros, aun tropezando con las dificultades que se presentan en la práctica, estudiaremos primero aisladamente dichas lesiones, para aquilatar y determinar con mayor seguridad la influencia que puedan ejercer en la función menstrual, y después, veremos si las formas complicadas mas frecuentes y de observación mas vulgar originan los mismos trastornos.

La patología, ovárica, es variadisima y así lo exige su incesante, alta y doble misión fisiológica, de órgano encargado de producir la semilla aseguradora de la especie, y de glándula de secreción interna, por cuyo patrimonio, la economía se enriquece con un caudal de energía que la permite ejercitar nuevas é importantes funciones. Las

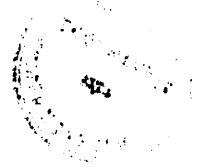
alteraciones, unas veces comprenden la totalidad del órgano, otras se limitan á su capa cortical ó medular, ó bien á una parte de cualquiera de ellas, y ofrecen siempre una importancia distinta, segun que la actividad óvarica resulte anulada, disminuida, normal, ó exagerada. Para nosotros que pusimos de manifiesto, la relacion causal que entre la función ovárica y la hemorragia menstrual existe, las modificaciones de este acto las tendremos muy en cuenta, para juzgar el estado de conservacion funcional del ovario, ya que muchas veces las dificultades ~~las dificultades~~ de diagnostico por las condiciones de situacion de este órgano, y por la pobreza correspondiente de sintomas, son tan insuperables, que no podemos sentar un juicio clinico decidido.

En las afecciones tubarias, no ocurre lo propio; son mas sencillas

-120-

permiten mejor su clasificacion, y siendo mas asequibles á nuestros medios de exploracion resulta menos confuso el diagnóstico.

:\*\*\*\*\*;



~~XXXXXXXXXX~~

(Exposicion Clínica)

Las formas inflamatorias, conforme el título de esta tesis son las que mereceran nuestra exclusiva atencion, porque siendo las mas comunes, son tambien las que originan mayores y mas notables cambios de menstruacion. Empezaremos nuestro estudio por los procesos del ovario

OVARITIS

Las periodicas congestiones que esta glándula sufre con motivo de su funcionalidad, el desarrollo y riqueza de vasos que la circundan y penetran en su interior, y la abundancia de nervios que recibe, do-

tan al llamado cerebro genital, de amplias avenidas de vulnerabilidad, para <sup>que</sup> los agentes infecciosos ó mecánicos ejerzan su influencia determinando modificaciones inflamatorias de este órgano. Las clasificaciones que de esta enfermedad se han hecho han sido muchas y muy variadas; seguiremos la de Pozzi que juzgamos la mas completa divide las ovaritis en quísticas y no quísticas; y estas pueden ser: 1ª agudas (de origen cortical, intersticial, difusa, y parenquimatosa 2ª crónica, (de origen cortical, diseminada, y total). La quística puede ser Hidroquisteste (hidropesia folicular del estroma) Hematoquisteste, y Pioquisteste,

Desde el punto de vista clinico que es el que nos interesa, puede ser: simple ó aislada, que es la que actualmente estudiamos; y complicada de salpingitis ó salpingo-ovaritis.

Entre la sintomatología, de esta afección figuran en lugar importante las alteraciones menstruales. A. Ferrand, (Dictionnaire de Sciences Médicales), dice que se hacen irregulares, á veces se suprimen ó disminuyen y otras se hacen mas abundantes; hay menorragias, y hasta metrorragias verdaderas. Schönlein insiste mucho sobre la frecuencia de las pérdidas menstruales; el derrame sanguíneo, -escribe- puede ser tan abundante que se atribuya erroneamente á metritis hemorrágicas. Barnes, admite que las reglas en las ovaritis agudas, pueden estar detenidas, ó por el contrario ser mas abundantes segun la complejidad del caso, y que la degeneración ovárica sea mas extensa; en las crónicas, que al principio el flujo está generalmente aumentado en cantidad y en duración, pueden producirse pérdidas irregulares, mas tarde, cuando el tejido folicular está afectado puede

venir la supresion ó la disminucion de las reglas.

Frecuentemente, la enfermedad es unilateral de suerte que la menstruacion no se acompaña de dismenorrea en todos los casos, ó lo que es lo mismo una mujer puede presentar unas menstruaciones normales y otras dolorosas, lo que confirmaría la teoria de Negrier, de la funcionalidad alternante de los ovarios, pues cuando la menstruacion se verifica sin dolor seria el ovario sano el que funcionase; cuando todas las menstruaciones son dolorosas, podemos decir que los dos ovarios estan enfermos, ó que la hiperemia pelviana que acompaña á la ovulacion, interesa tanto al ovario sano como al enfermo.

Delché ha estudiado en una detenida tesis, los procesos inflamatorios del ovario, y admite que los trastornos funcionales de la menstruacion en las ovaritis primitivas, son los siguientes: la amenorrea,

es bastante raro y generalmente transitoria, si persiste, es que el tejido glandular del ovario ha sido completamente destruido; las menorragias son mucho mas frecuentes, el derrame dura ocho á diez dias, á veces, hay pérdidas abundantes y prolongadas que suceden á una amenorrea de muchos meses, faltando toda regularidad en la funcion menstrual. La dismenorrea, es comun á todos los casos y el mismo autor señala que afecta la forma que llamamos inicial, porque los dolores y accidentes nerviosos, comienzan antes de la hemorragia y su intensidad va decreciendo á medida que esta se establece.

Veit, encuentra los dolores que las enfermas acusan, exagerados en la época menstrual, especialmente con el comienzo de la misma. El derrame es abundante y dura muchos dias, y frecuentemente, no guarda periodicidad en su aparicion; dicho autor cree que estas perturbacio-

-nes se deben mas que á la influencia refleja del ovario (Brennecke), á la afeccion concomitante que de la misma naturaleza existe en la mucosá uterina. Winckel, ha observado la ménopausia prematura, en el curso de estas afecciones, como consecuencia de la retraccion atrófica de los ovarios; finalmente Olshausen, pretende demostrar que la esterilidad no es rara en estas enfermedades, tanto por las lesiones ováricas, como por las complicaciones que se encuentran en el peritoneo, trompa y matriz; si bien sabemos que es excepcional este resultado, porque el ovario está de tal modo dispuesto, que en medio de folículos alterados, existen otros sanos que aseguren la descendencia de la especie.

En nuestras enfermas encontramos los siguientes datos:

Observacion 1ª

Antonia Ruiz, 36 años casada (Ciudad Real)

Comenzó la primera menstruación á los 14 años, interrumpiéndose seguidamente durante un año, para reaparecer con regularidad, buena coloración, y en cantidad no abundante.

A los 28, se casó, dos años después abortó de cuatro meses; siguieron tres partos normales, aunque su último embarazo fué un poco alarmante á consecuencia de las hemorragias que presentaba.

Hace seis años y resultado del aborto, notó en la fosa iliaca izquierda, violentos dolores que la impedían trabajar. La menstruación, empezó adelantarse, hasta que se establecieron dos derrames mensuales, acompañados de dolores tan punjitivos, que hacían necesaria la permanencia en cama.

Con alternativas de mejoría, continuó hasta hace unos siete meses en que dichos trastornos se hicieron intolerables. El periodo era

irregular<sup>y</sup> mas dolorosa precedido unas 36 horas, por dolores violentisimos en los riñones, muslos, y especialmente en la ingle izquierda, que remitian á medida que el derrame se establecia, (dismenorrea inicial).

Diagnóstico: Ovaritis quística del lado izquierdo y atrofia del ovario derecho.

Operacion (25 de Enero 1908): Histerectomia abdominal subtotal, con extirpacion de anejos. El ovario derecho aparecia duro y reducido notablemente de tamaño; el izquierdo, salpicado de microquistes.

Curacion.

Observacion 3ª

Encarnacion Vicente 30, años casada (Valencia)

Menstruó á los 10, siempre con normalidad; y á los 18, contrajo ma-

trimonio. Presenta antecedentes sifiliticos; ha tenido tres partos normales y seis abortos seguidos, de tres á cinco meses de fecha.

La enfermedad, la refiere al último aborto que sufrió hará cuatro meses; tiene dolores abdominales, que aparecieron primero en el lado derecho, y después, y con mas intensidad, en el izquierdo, sobre todo en la fosita ovárica. Las reglas la hacian padecer extraordinariamente, se anunciaban con dolores punjitivos, urentes, y al día ó dos días siguientes, aparecia la menstruacion que hacia menos penosos los sufrimientos, y cesaban antes de terminar esta. La hemorragia, era mas abundante y se repetia dos y tres veces en los últimos meses; la coloracion estaba bastante disminuida.

Diagnóstico: Ovaritis doble especifica.

Operacion (25 de Enero 1908): Histerectomia abdominal subtotal con extirpacion de los anejos. El ovario izquierdo era el mas afectado; se encontraba englobado en una masa cicatricial formando un bloque con el peritoneo é intestino, rodeado de grandes adherencias.

Curacion.

Observacion 3ª

Carmen Vazquez de 18 años soltera (Orense).

Regló por vez primera á los 13, y su menstruacion ha sido normal. Ha tenido un aborto de dos meses; á continuacion la aparecieron dolores en el bajo vientre, y á los lados de los pliegues inguinales principalmente del izquierdo. Su menstruacion, es bastante dolorosa (á veces produce tenesmo rectal), con los caracteres de la dismenorrea inicial; la cantidad y regularidad no se han modificado.

Diagnóstico: ovaritis izquierda marcada, y ligera ovaritis derecha.

Operacion (1 de Febrero 1908): Ovario izquierdo bastante aumentado de volumen; el derecho, de tamaño normal poliquistico; se hace ovariectomia del izquierdo, y la ignipuntura de los quistes del derecho.

Curacion

Observacion 4<sup>a</sup>.

Luisa Gonzalez, 26 años, casada (Aranjuez).

Menstruó á los 12 años, siempre con mucha regularidad. Se casó á los 21; y diez meses despues tuvo su primer hijo. A los dos años se hizo nuevamente embarazada, el parto fué normal como el anterior, y el puerperio largo, doloroso y febril. Tres meses despues, notó que la mejoría experimentada desaparecia, y molestias sordas y dolorosas, se implantaban en el bajo vientre, riñones, y caderas; estos dolores

comienzan á tomar mayor relieve cuando se acercaba el periodo menstrual, é iban declinando con el curso de la hemorragia; las reglas se hicieron tambien menos profusas, de color mas oscuro; y con pequeños coágulos.

Diagnóstico: Ovaritis crónica del lado derecho.

Operacion (8 de Mayo 1908): El ovario enfermo está disminuido de tamaño, con induraciones esclerósicas. Ovariectomía derecha.

Curacion.

#### Observacion 5ª

Valentina Moratilla, 30 años, viuda (Guadalajara)

A los 14 años se establece la menstruacion, que continuo con regularidad. Casada á los 24, ha tenido dos partos buenos y un aborto intermedio de cuatro meses.

La enfermedad se inicio á los 26 años, con escozor al orinar, leuco-

-rrea, y demas manifestaciones de la blenorragia genital: despues de tres meses de amenorrea consecutiva á su segundo parto, la menstruacion se hizo cada vez mas dolorosa, alcanzando su mayor intensidad 24 horas antes de establecerse el derrame; este era abundante, irregular, y frecuentemente adelantado.

Diagnóstico: Ovaritis doble, con degeneracion escleroquistica, y ligera salpingitis.

Operacion (5 Marzo 1908): Histerectomia abdominal subtotal; los ovarios ~~extirpados~~ extirpados, presentan las lesiones clásicas de la esclerosis; la trompa izquierda estaba algo aumentada de volumen.

Curacion

Observacion 6ª

Juana Romero 28 años (~~Madrid~~) soltera, (Madrid).

Menstruo á los 16 años, siguiendo normalmente las reglas, en cantidad abundante y de buena coloracion. A los 24, tuvo un parto normal y despues un aborto de tres meses.

Desde este ultimo acontecimiento, acusa dolores persistentes en las ingles y riñones. La menstruacion, no presenta mas modificaciones, que el excesivo dolor con que se anuncia y acompaña, hasta unos dias antes de cesar la hemorragia.

Diagnóstico: Al examen, se encuentran los anejos dolorosos, en el fondo de saco lateral derecho, afectos de una ovaritis escleroquistica,

Operacion (7 Marzo 1908) Laparotomizada, se encuentran los ovarios fijados por fuertes adherencias, á la cara posterior del útero. Ovariectomia parcial izquierda y completa derecha.

Curacion.

Observacion 72

Maria Fernandez 25 años soltera (Badajoz)

Menstrua á los 14 años, siempre con normalidad.

A los 22, tuvo un parto, se hizo extraccion artificial del feto; y permanecio en cama 40 dias con infeccion puerperal. Desde esta fecha, sufre vivos dolores en la fosa inguinal, sobre todo la izquierda, y en las caderas, y region lumbar, que se exaceraban por el ejercicio.

Tiene flujo blanco; perdidas sanguineas frecuentes; la menstruacion ligeramente dolorosa y muy abundante.

Diagnóstico: Ovaritis izquierda.

Operacion (3 de Abril 1908) Ovario izquierdo, aumentado de volumen, quistico y rodeado de débiles adherencias; fué extirpado.

Curacion.

Observacion 8<sup>a</sup>

Soledad Muñoz, 32 años, soltera, (Madrid)

Menstrua desde los 12 años, siempre con normalidad.

Ha tenido 7 partos normales, y desde el último, (se incendiaron las membranas), se abultó lentamente el vientre, como si se hallase embarazada; tiene dolores en la fosa iliaca izquierda. La menstruación no se ha modificado.

Diagnóstico: Ovaritis izquierda microquistica; ovario derecho con un quiste voluminoso (incluimos este caso por la afecion izquierda)

Operacion (14 Noviembre 1907): Ovariectomia derecha, y puncion de los pequeños quistes izquierdos (al mes siguiente faltó el periodo)

Curacion.

En estos ocho casos, se cumple la indicación de Dalché referente á la frecuencia de la amenorrea, siempre la encontramos, (y siempre también la variedad llamada inicial), solamente en el último, la función menstrual no estaba modificada y se debe á que si un ovario era quístico, sin embargo el otro contaba con ligerísimas alteraciones; los restantes trastornos figuran por el siguiente orden: 4, veces la menorragia; 3, la irregularidad; y 1, la disminución, tan acentuada que casi constituía una verdadera amenorrea, Fraikin, la encontró también pocas veces en las ovaritis y la califica de extremadamente rara.

Esta misma preponderancia de la dismenorrea en las inflamaciones ováricas, la hallamos en las estadísticas, que M. Delespine publica sobre la esclerosis ovárica, en su tesis Metrorrhagies et Affections An-

-naxielles. Paris 1905. y dice que la mayoría de las veces es la única alteración que experimenta el período menstrual; y no son exactas las afirmaciones de Lawson Tait, Putnam, Jacobi y Terrillon, referentes, á que la menorragia sea la más frecuente, y casi constante modificación cataménial de estos procesos. Las creencias que sobre este punto tienen los citados autores, son tan sólidas, que llegan á la exageración de atribuir, las hemorragias de los fibromiomas uterinos, á la coexistencia de las lesiones ováricas.

#### Salpingitis

Así como las lesiones del ovario, casi las supeditamos á las de la trompa; los procesos flegmáticos de este órgano, se presentan aislados en mayor número que los de la glándula genital; á ello contribuye su

posicion anatómica, mas asequible á todo ataque morboso, que posteriormente puede transmitir al ovario.

Seguiremos una clasificacion analoga á la de las ovaritis que pertenece tambien á Pozzi á saber: 1ª Salpigitis quística; Hidrosalpinx (coleccion serosa), Hematosalpinx (hemática); y Piosalpinx (purulenta). 2ª Salpingitis no quística; ~~aguda~~ aguda (catarral ó purulenta), y crónica parenquimatosa (hipertrófica ó vegetante y atrófica ó esclerósica)

Los cambios menstruales que acompañan á los procesos salpingíticos, son distintos segun los autores; para unos, constituye un sintoma consecuente y de importancia en las enfermedades de este órgano; en cambio otros, le conceden una importancia tan secundaria que <sup>le</sup> califican de verdadera rareza. Veit -dice- que en estas afecciones no es raro encontrar alterados los caracteres de la menstruación; mas la genesis de estos trastornos, no puede ser referida á las modificaciones de la

trompa, que desempeña un papel muy insignificante en su producción, sino, á la participación ovárica, y así se producirán menorragias ó amenorreas, según que los procesos salpingíticos, se acompañen de irritación ó retracción de la glándula germinativa.

El Dr. Morris, hablando del diagnóstico de las afecciones tubarias, expone, que la menstruación es irregular, muy profusa, repite á plazos cortos y va acompañada de dolores. Lavie y Cheron, hacen parecidas manifestaciones, y añaden que la amenorrea se encuentra solamente en las salpingitis tuberculosas. Legueu, solo admite un 20 % de modificaciones en el periodo cataménal. Otros autores, señalan la frecuencia de la dismenorrea; y Hegal (Genital tuberculose 1886), al estudiar tan magistralmente la tuberculosis genital, que preferentemente ataca al oviducto, dice, que el principal de los trastornos menstrua-

-les es la dismenorrea, que se presenta constantemente.

Las modificaciones de la regla seran distintas segun la naturaleza y antigüedad del proceso salpingitico; una inflamacion catarral, ~~que~~ apenas ejerce influencia en la hemorragia menstrual, toda vez que su duracion tan breve á lo sumo comprende un solo periodo menstrual y por este hecho aislado, no puede hacerse deduccion alguna de importancia, por cuyo motivo, y por lo dificil que una afeccion de esta índole, haga recluirse á las enfermas en las clinicas, no he podido recoger ninguna observacion; las formas crónicas tanto por su mayor duracion, como por que generalmente las dos trompas estan afectadas, son ya mas comunes y á ellas referire los siguientes casos

Observacion 9ª

Enriqueta Malboa Nuñez, 81 años casada (Madrid)

Con dolores intensos, tuvo su primera menstruacion á los 15 ños; y

tres meses después las reglas se hicieron francamente normales.

Se casó á los 16 años y no ha tenido descendencia.

Hace tres, comenzó á sentir dolores en el bajo vientre, principalmente en el lado izquierdo, que se exacerbaban con los movimientos; hay leucorrea abundante. La menstruación, era dolorosísima tan irresistible, que muchas veces la enferma tenía que guardar cama dos días antes de iniciarse la hemorragia, después iban perdiendo progresivamente su intensidad y duración; la menstruación estaba algo retrasada, (2 ó 3 días), su color más oscuro y la cantidad no sufrió ninguna variación.

Diagnóstico: Doble salpingitis nudosa itémica.

Operación (10 Octubre 1907): Trompas largas flexuosas y útero infantil. Histerectomía abdominal subtotal.

Curacion

Observacion 10<sup>a</sup>

Claudia Liebano 31 años casada (Palencia)

A los 15 años menstruo; á los 24, contrajo matrimonio; tuvo seis partos buenos, el último (3 Mayo 1906) gemelar y se interumpio, por vez 1<sup>a</sup>, seis meses la menstruacion durante la lactancia, obedeciendo sin duda al exceso de pérdidas que el amamantar á los dos niños suponía. De 10 meses se murio uno de los gemelos, continuando con el otro la lactancia materna hasta el destete.

Hace 5 meses, se la abultó el vientre, y empezó á tener dolores bastantes grandes, que la impedían trabajar; cesaron estos trastornos á los dos meses y reaparecieron hace 28 dias.

La menstruacion no está modificada.

Diagnóstico: Salpingitis y peritonitis tuberculosa

Operacion (4 de Diciembre 1907): Trompas y peritoneo, con nódulos tuberculosos arrosariados, y ascitis. Salpingectomia doble y extirpacion de los nódulos fimicos.

Muerte ocho meses despues.

Observacion 11<sup>a</sup>

Isabel Martinez, 24 años, soltera, (Guadalajara)

Menstruo á los 14 años; ha tenido un parto normal.

Hace seis meses, padecio una cistitis (gonococica), y poco despues, dolores en las fosas ovaricas, que se irradiaban á los muslos y sacro; la menstruacion, la producía especialmente antes de establecerse, grandes dolores, la cantidad mas profusa y duradera que habitualmente y aparecia cada tres á cuatro semanas.

Diagnóstico: Salpingitis nudosa izquierda.

Operacion (14 Enero 1908): Trompa izquierda inyectada retorcida ~~con~~  
con estrechamientos. Salpingectomia sencilla por via vaginal.

Curacion.

Observacion 12<sup>a</sup>

Facunda Gonzalez, 30 años, casada, (Leon).

A los 18, menstruo por vez primera, teniendo algunos meses dos hemorragias. Casada a los 21 años, tuvo dos partos, expulsando muerto el último feto. Presenta una hernia inguinal derecha.

Hace nueve años, comenzó á tener micciones frecuentes, dolorosas que producian irritacion en sus genitales, (! gonococia!) y poco despues, dolores en el bajo vientre, que se aumentaron en cada parto llegando á hacerse intolerables. La menstruacion, exacerbaba considerablemente dichos dolores, que se iniciaban con la hemorragia, y obligaban á la enferma á ocupar cama, y no cesaban ni perdian su violencia, hasta pa-

sar tres ó cuatro días en que termina el derrame; la coloración es mas oscura, y la cantidad normal.

Diagnóstico: Salpingitis vegetante izquierda.

Operación (6 de Noviembre): Salpingectomia unilateral.

Curación.

En estas formas de salpingitis no quística, aunque la estadística que presentamos solo comprende 4 observaciones, aparecen aunque en menor frecuencia, casi los mismos trastornos que en las inflamaciones ovari-  
cas, puesto que de ellas, un caso, precisamente de salpingitis tubercu-  
losa, en que todos los autores admiten las variaciones menstruales, no  
presenta modificación alguna, lo que asegura en un 33% la falta de al-  
teraciones menstruales y cuando estas se presentan lo hacen por el  
mismo orden que señalamos en las ovaritis.

De las salpingitis quísticas tenemos los siguientes casos.

Observacion 15<sup>a</sup>

Eusebia Yebra, 36 años, casada (Cuenca).

La menarquia apareció á los 14 años. Tuvo tres partos normales; el último puerperio (hace un año) fue febril, y desde entonces data su enfermedad.

Esta empezó, con dolores fuertes en el lado derecho del bajo vientre que se irradiaban al riñon correspondiente, y se presentaban cada dos ó tres meses, cuando tenia la menstruacion y cesaban con ella.

Diagnóstico: Hidrosalpinx derecho y salpingitis izquierda.

Operacion (10 de Octubre 1907): La trompa derecha abultada por un quiste grande con torsion de la misma, y adherencias peritoniticas ; la izquierda con el pabellon ocluido. Salpingectomia derecha y salpingostomia izquierda.

Curacion.

Observacion 14

Dolores Prieto, 40 años, casada (Toledo )

Regla á los 11 años. Casada á los 25 ha tenido tres partos, y desde el último, (hace tres años) nota dolores en la region lumbar y abdominal, especialmente en el lado derecho.

La menstruacion, se presenta con ligera abundancia y molestias poco acentuadas.

Diagnóstico: Hidrosalpinx doble.

Operacion (8 Diciembre 1907): Las trompas adherentes, grandes, distendidas por la coleccion quística sobre todo la derecha. Histerectomia abdominal subtotal.

Curacion.

No contamos con mas observaciones de hidrosalpinx, que sin ser una curiosidad patologica como dice M. Verbe, es bastante raro, y apelaremos algunas observaciones publicadas

M Abadié publicó en la "Gazette", un caso de doble hidrosalpinx del tamaño de ~~los~~ huevos de paloma; los ovarios, estaban ligeramente esclerosados; la enferma desde hace dos años, presentó los sintomas de metritis hemorragica con dolores, y reglas abundantes, que determinaron hacer un raspado de resultados perjudiciales pues la cantidad de sangre no disminuyo, y las reglas se hicieron mas dismenorricas. Se practicó la histerectomia abdominal subtotal y la enferma curó.

Delespine, dice que el hidrosalpinx, es la forma quistica que da menos frecuentemente origen á hemorragias notables; las halla 6 veces en 10 casos, 8 eran normales y los restantes irregulares; estando a-

-150-

-demas las reglas acompañadas de dolores muy marcados.

Observacion 15

Catalina Seijo, 29 años (León)

Menstrua siempre bien desde los 14 años. Casada á los 25 ha tenido dos partos normales.

Hace proxicamente un año, sufrió una amenorrea de tres meses que atribuyó al comienzo de un nuevo embarazo; despues, se restableció la menstruacion con abundancia y algunos coágulos, adelantandose unos dias y produciendo dismenorrea. Además presenta dolores pelvianos fuertes, independientes de la evolucion menstrual

Diagnóstico: Hematosalpinx izquierdo consecutivo á un embarazo ectópico

Operacion (10 de Mayo 1908): Trompa izquierda, del tamaño de una man

-151-

-zana, y se encuentra ocupando el fondo de saco de Douglas arrastrando al ovario del mismo lado. ovario-salpingectomia unilateral.

Curacion.

#### Observacion 16

Josefa Vazquez, 34 años, soltera (Cordoba)

Menstruo á los 13 años, y ha tenido un hijo hace dos.

Despues del parto, la quedaron dolores en el bajo vientre, y caderas; el ejercicio resultaba muy penoso. La menstruacion se hizo tambien dismenorreica, y muy abundante, duraba mas de ocho dias y á veces se repetian tres veces en el mes.

Diagnóstico: Hematosalpinx izquierdo.

Operacion (7 de Marzo de 1908): Trompa izquierda, tumoral y con grandes adherencias á los organos vecinos. Histerectomia abdominal sub-

-total

Curacion.

Observacion 17

Inocenta Medina, 51 años, casada (Valladolid).

Menstrua desde los 18 años. Ha tenido 4 partos normales

Hace 10 años, empezó á sufrir dolores de vientre, que determinaron una intervencion quirurgica para extirparla un quiste del ovario izquierdo, origen de tales trastornos. Tres años hará que reaparecieron las mismas molestias.

La menstruacion, antes de la primera operacion fué normal, despues se hizo irregular faltando dos ó tres meses, para presentarse con gran abundancia y unos 30 dias de duracion; y asi continuo hasta que desaparecio por completo hace 5 meses (imenopausia!)

Diagnóstico: Hematosalpinx derecho, y quiste ovárico izquierdo.

Operacion (5 de Noviembre 1907): Lapartomizada, se ve la trompa derecha ocluida, y con una tumoracion hemática del tamaño de una nuez; el ovario izquierdo con un quiste bastante grande. *Ovario salpingectomia unilateral*

Curacion.

J. Chrysospattes, en un hematosalpinx doble de una joven de 18 años, consecutivo á un adenomioma de la trompa (probablemente de origen embrionario, un producto de la evolucion aberrante de los canales de Müller como dice Recklinghausen), las reglas se presentaron á los 18 años, y desde su comienzo se acompañaron de dolores vivos, sincopales, en el vientre, que se irradiaban á los muslos y caderas.

Nosotros no encontramos en los dos casos de hematosalpinx, el síntoma que con el nombre de amenorrea destilante hizo notar Puech, en esta afeccion, y que consiste en un derrame incesante de pequeña can

-tidad de sangre faltando las verdaderas reglas; este signo que no es comun á todos los hematosalpinx, no tiene nada (Pozzi) de patognomónico y puede hallarse en algunas formas de metritis.

Para Delespine, lo mas frecuente son las metrorragias, que las encontró 7 veces en 11 observaciones, ya en forma profusa é intermitente, ó continua y en cantidad mediana; las enfermas ignoran cuando las correspondian sus periodos menstruales; 2 veces halla menorragias; 1, amenorrea; otra normal; y acompañandose la hemorragia uterina de fenómenos dolorosos, encuentra cinco casos.

La otra forma de salpingitis, el piosalpinx es la mas frecuente.

#### Observacion 18

Luisa Garcia, 18 años, soltera (Valladolid)

Menstruo á los 11; seis meses despues tuvo una amenorrea transito-

-ria; á los 18 años reaparecieron las reglas con todos los caracteres fisiológicos.

Ha tenido un parto normal hace un año, consecutivamente una afección gonocócica y desde esta, molestias y dolores en las regiones inguinal y lumbar. Las reglas se hicieron dolorosas, especialmente el primer día que precisaba guardar cama; la cantidad y coloración continúan normales. Tiene algo de leucorrea.

Diagnóstico: Piosalpi~~x~~ izquierdo.

Operación (19 Noviembre 1907): Trompa tumoral del tamaño de una nuez, hay ligera ovaritis del mismo lado. Castración unilateral.

Observación 19

Rosa Minquel Moix, 31 años, casada (Tarragona)

Menstrua á los 14. No sufrió alteración en dicha función, ni emba-

--DUBOIS. Contribution à l'étude des sarcomes de l'ovaire. Thèse Paris.  
(1898).

IE. FRITZ. Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales. Paris. (1865)

GAILLARD THOMAS. Traité clinique des maladies des femmes. Paris (1879)

GALLARD. Leçons sur la dysmenorrhée. "Annales de gynécologie" Marzo (1884)

ERAINKIN. L'ovarite scléro-kystique. Thèse Bordeaux. (1899)

GUERMES. De l'hématosalpingite. Thèse Paris (1888).

LABADIE-LACRAVE ET LEGUEU. Traité médico-chirurgical de gynécologie. Pa-  
ris (1901).

LE DENTU. Du traitement des affections inflammatoires des annexes de  
l'utérus. "Gazette des Hôpitaux. 1898)

LEVIS. Des troubles de la menstruation dans les maladies du système ner-  
veux. Thèse Paris. (1897).

(186 error de  
 copia)

-raza alguno.

Hace tres meses empezó su enfermedad, con dolores en el bajo vientre, fosa iliaca derecha, con irradiaciones á los riñones y muslos. Al mismo tiempo, se presentaron perdidas uterinas, rojas, abundantes, que duraron sin interrupcion cerca de 50 dias, y despues el derrame se verificaba con intermitencias de una semana aproximadamente; estos ~~des~~<sup>muslos</sup> impedían á la enferma conocer, cuando la correspondía la verdadera menstruacion. Los dolores son vivisimos y sufría extraordinariamente

Diagnóstico: Piosalpinx doble, y flemon pelviano.

Operacion (19 de Diciembre 1907): Trompas afectas de piosalpinx enormes, numerosos abscesos retrouterinos, con infiltracion purulenta del tejido celular pelviano. Histerectomia abdominal ~~total~~<sup>subtotal</sup> y extirpacion de las bolsas purulentas.

~~Muerta.~~ Muerta.

Observacion 20

Emilia Ruiz, 26 años, casada (Cartagena)

A los 18, inauguró la función menstrual, de curso siempre fisiológico. Casada á los 20, ha tenido dos partos; el último puerperio, fué alarmante por los fenómenos sépticos, consecutivos á la aplicación de forceps que se hizo.

Desde esta fecha, tenía dolores agudos á los lados del vientre, que aparece abultado y muy sensible á la presión. Las reglas, son más abundantes, y dolorosas, obligándola los primeros días á someterse al reposo.

Diagnóstico: Piosalpinx derecho.

Operación, (4 de Febrero 1908): Trompa derecha tumoral, sujeta detrás

del útero por grandes adherencias; el ovario del mismo lado, aparece también dislocado de su posición. Histerectomía abdominal subtotal.

Curación.

Observación 81

María Lucio, 25 años, casada (Guadalajara)

Regla desde los 14 años siempre en corta cantidad y de coloración poco intensa. Ha tenido un parto normal.

Hace cinco meses, la empezaron unos dolores en los lados del vientre, que se hacían más intensos cuando menstruaba; mejoró con un tratamiento médico, y al mes se repitieron los dolores especialmente cuando se movía ó menstruaba. La cantidad de sangre se hizo más abundante.

Diagnóstico: Piosalpinx doble.

Operacion 15 de Mayo 1908): Trompas obstruidas, tumorales; ovarios englobados, el izquierdo, casi habia desaparecido en la bolsa purulenta; hay grandes adherencias intestinales; el ovario derecho normal. Histerectomia abdominal subtotal.

Curacion.

Observacion 22

Puñá Gomez, 25 años, soltera, (Avila)

Menstrua á los 16 años. Tuvo un aborto de cuatro meses.

Consecutivamente á este suceso, ofrece dolores en el lado izquierdo del vientre, que se exacerba por el ejercicio y esfuerzos de la defecacion. La menstruacion no está alterada.

Diagnóstico: Piosalpinx derecho.

Operacion (12 de Mayo 1908): Histerectomia vaginal. La trompa aparecio ocluida, y del tamaño de una naranja mandarina.

Curacion.

Hausmann, afirma que en los piosalpinx, los trastornos menstruales son constantes; opinion que Delespine, encuentra poco justificada, porque en sus estadisticas referentes á piosalpinx, halla 8 casos de menstruacion normal, ninguno en que hubiese amenorrea, en cambio

10 dan menorragias (siempre dolorosas) y 9 verdaderas metrorragias

Nosotros tampoco encontramos constantemente las modificaciones catameniales en las colecciones purulentas de la trompa: en 5 casos, 1, era casi normal; 2, dismenorreicos; 1, menorragia y dismenorrea; y otro con metrorragias

SALPINGO-OVARITIS

Ya indicamos al tratar de la ovaritis y salpingitis en particu-

-lar, que la forma mas frecuente de presentarse los procesos inflamatorios en la práctica, es afectando á los dos órganos, y no es de extrañar este suceso, teniendo presente los grandes vinculos de su disposicion, situacion, y relaciones, y que su finalidad fisiológica aseguradora de la descendencia es la misma, pues si bien el ovario engendra la semilla, la trompa la recoge y sirve: primero de refugio donde un amor celular funde en intima union á óvulo y espermatozoide; y despues de galeria de acceso por donde el embrión neoforado, pasa á la cámara uterina á sufrir las distintas evoluciones de su desarrollo. Tal vecindaje, y dicha comunidad funcional, ha de concederles cierta identidad, simpatia, y asociacion que dificulte su independencia morbosa.

Aceptamos la clasificacion de Pozzi de las salpingo-ovaritis, en

quisticas y no quisticas.

Los autores atribuyen á estos procesos, un papel importante como modificadores de la funcion menstrual:

Labadie-Lagrave, señala el 50 % de los casos. Segond, Montprofit, Mordset, Manclaires, afirman que la menstruacion está casi siempre alterada. Andre Bournier, se expresa en los mismos terminos diciendo, que son casi la regla en las inflamaciones anexiales, y en ciertos casos constituye el primer dato de los signos funcionales. Estas modificaciones, pueden variar en la misma enferma segun el curso de la enfermedad, siendo la mas frecuente la exageracion de la pérdida, ordinariamente una menorragia muy persistente (7 á 8 dias) y que se presenta cada tres semanas. Las irregularidades por retardo, dice el citado autor, que son menos habituales; pueden existir á veces perio-

-dos de amenorrea mas ó menos largos; otras, las reglas son poco mas abundantes, pero son dolorosas y obligan á las enfermas á permanecer en cama algunos dias; en otras mujeres, al contrario la maxima de dolor, se produce en los dias que preceden á las reglas, y la aparicion del derrame sanguineo provoca la detencion del dolor, ó alivio mas ó menos marcado; en otras, los dolores son continuos, y la menstruacion las produce un verdadero periodo de calma. La amenorrea será frecuente, segun algunos autores, solamente cuando la esclerosis es casi completa, y es debida á la insuficiencia ovárica.

L. Dentu et S. Bonnet, establecen que en mas de un tercio de los casos de salpingo-ovaritis, se presentan trastornos menstruales de naturaleza variable: al principio y durante los brotes agudos ó subagudos, puede haber amenorrea; tardiamenete, cuando domina la esclero-

-sis y la atrofia, oligomenorrea; lo mas frecuente consiste en trastornos de periodicidad, adelantamientos, menorragias y metrorragias. Pozzi encuentra tambien irregularidades menstruales: periodos dismenorreicos, reglas dolorosas y á veces profusas en los casos de salpingo-ovaritis; y ademas de estos trastornos, en las quisticas, puede existir un derrame subito, seroso hemático ó purulento que facilite el diagnóstico.

Ozenne, dijo que en la salpingo-ovaritis, la menstruacion, primero se hacia irregular, despues profusa y por último metrorragica.

Delespine en sus estadisticas numerosas, mas incompletas para sacar deducciones respecto á nuestro tema, toda vez que al hablar de los trastornos dismenorreicos, hace constar que ha tenido frecuentes ocasiones de señalar el dolor, sobre todo antes y durante las

reglas, mas no se detiene y cuida del estudio de este sintoma, porque no interesa á su trabajo. Las alteraciones menstruales que encuentra son: entre 47, observaciones; 19, no sufrieron cambio alguno; 8, reglas irregulares con poca abundancia; 1, amenorrea; 1, retardo; 1, dos derrames de poca duracion al mes; 3, metrorragias; y 19, menorragias, que en 4 mujeres, se repitieron cada 15 dias, en otras 4 habia ademas dismenorrea, y en 6 coexistian irregularidades.

Por nuestra parte los trastornos que encontramos van anotados en los casos siguientes.

Observacion 33

Dolores Diaz Gutiérrez, 24 años, casada (Soria)

Menstruo á los 16, Ha tenido dos partes buenos.

Enfermó hace tres meses, con dolores en la fosa iliaca y muslo izquierdo; la menstruacion el primer mes, estuvo algo aumentada, y en

-167-

el segundo, la cantidad fué mayor, repitiéndose dos veces el derrame uterino, precedido y acompañado de violentos dolores que no cesaban hasta despues de tres ó cuatro dias de suspenderse la hemorragia .  
Presenta algo de leucorrea.

Diagnóstico: Doble salpingo-ovaritis quística.

Operacion (14 de Noviembre 1907): La trompa derecha, aparece con el pabellon obturado; los ovarios microquisticos; la trompa izquierda afectada de salpingitis; útero grande y de aspecto miomatoso. Histerectomía abdominal subtotal.

Curacion.

Observacion 24

Purificación Montero Mellado, 31 años casada, (Cordoba).

Regla á los 13 años. Ha tenido dos partos normales, y un aborto de

tres meses hace dos años.

Desde entonces, sufre dolores en el lado izquierdo del bajo vientre con irradiaciones á la pierna y riñon del mismo lado. La menstruacion, despues de los seis meses que siguieron al aborto, en que hubo perdidas abundantes durante mas de 30 dias, se hicieron dolorosas, especialmente el primer dia, que se veia precisada á guardar cama; la cantidad ha ido disminuyendo hasta establecerse casi una completa amenorrea; la coloracion es mas oscura.

Diagnóstico: Doble ovaritis hipertrofica esclerosica y salpingitis quistica.

Operacion (28 de Noviembre 1907): Ovarios grandes, con retracciones que daban á su superficie un aspecto acircunvolucionado; las trompas con pequeños quistes müllerianos. Ovario-salpingectomia doble.

Curacion.

Observacion 25

Adriana Biceño, 49 años, casada, (Cordoba)

Menstruó á los 14 años. A los 20 se casó y dos días despues, se la presentó un derrame uterino de cuatro meses de duracion; desde entonces, las reglas se hicieron irregulares. No ha tenido ningun embarazo.

Hace seis años que tiene dolores de vientre bastante energicos, sobre todo del lado izquierdo; con una medicacion adecuada, fue logrando transitorias mejoras, mas hará tres meses, que los dolores se hicieron muy intensos y rebeldes á todo tratamiento. <sup>men</sup>La menstruacion, ademas de las irregularidades citadas, se hizo cada vez mas abundante presentando algunos meses dos hemorragias; su aparicion iba siempre precedida de dolor.

Diagnóstico: Quiste paraovarico y salpingitis catarral izquierda.

Operacion (17 Noviembre 1907): ovario-salpingectomia unilateral.

Curacion.

Observacion 26

Consuelo Rulero, 38 años, casada (Ciudad Rodrigo)

Reglada á los 15 años, su menstruacion ha sido siempre sumamente dolorosa viendose precisada á meterse en cama; cantidad escasa.

Tuvo un aborto, y hizo tres meses un parto de término con aplicacion de forceps, y durante su puerperio estuvo bastante febril 18 dias; seguidamente, comenzó á tener grandes dolores en el lado derecho del vientre que se extendian á la cadera y lado opuesto.

El periodo despues del aborto, continuo con las mismas manifestaciones dolorosas, y lo mismo la única menstruacion que presentó des

-pues del alumbramiento.

Diagnóstico: Salpingo-ovaritis grande de naturaleza puerperal.

Operacion (26 Noviembre 1907): La trompa derecha pasaba hasta el lado contrario; ovario de hecho triplicado de volumen; anejos izquierdos fuertemente inflamados. Ovario-salpingectomia doble.

Curacion.

(A los ocho dias de operada menstruó)

Observacion 27

Julia Gallego, 35 años, casada (Ciudad Real)

Desde los 13 años comenzó á menstruar. Casada á los 21, ha tenido cuatro abortos de tres á cinco meses de fecha.

Consecutivamente al último de estos accidentes (hace 10 años) sufrió durante 19 meses, pérdidas rojas que se cohibieron mediante un legrado, mas los dolores no sufrieron alivio alguno; posteriormente y previ

laparotomia, se extirpó el ovario izquierdo, y quedó bien durante unos cuatro años, en que se reanudaron los fenómenos dolorosos.

La menstruación desde el comienzo de la enfermedad, se hizo muy dolorosa, un poco más abundante y se adelantaba 8 á 10 días.

Diagnóstico: Salpingo-ovaritis izquierda.

Operación (26 de Noviembre): La trompa derecha ocluida, el ovario con placas escleróticas; el útero algo miomatoso. Histerectomía abdominal subtotal.

Curación.

Observación 28

Margarita de la Fuente, 26 años, casada (Burgos).

Regla á los 13 años; á los 21, abortó de tres meses, después tuvo dolores en el ovario derecho, que se irradiaban hacia el izquierdo y

hacia los riñones.

La menstruacion, se hizo dolorosa especialmente dos dias antes y despues de iniciarse la hemorragia; su presentacion era algo irregular

Diagnóstico: Salpingo-ovaritis izquierda, y ovaritis quistica derecha.

Operacion (18 Octubre 1907): Trompa izquierda con el pabellon ocluido, ovario correspondiente aumentado de volumen. Estirpacion de estos anejos, é ignipuntura de los quistes foliculares del ovario derecho.

Curacion.

**Operacion 29**

Francisca Sanchez, 35 años, casada (Segovia)

El periodo aparecio á los 17 años, y pocos meses despues comenzó á tener dolores de cabeza, riñones, y bajo vientre. Ha tenido 5 hijos.

Los dolores lejos de mitigarse, iban adquiriendo mayor violencia obligándola á recluirse frecuentemente en cama. La menstruacion ademas de la dismenorrea antigua, se ha hecho desde hace dos años mas abundante, de coloracion oscura, y olor desagradable.

Diagnóstico: Salpingo-ovaritis doble.

Operacion (20 Enero 1908): Trompas y ovarios aumentados de volumen, y con adherencias y bridas tan numerosas que dificultaron bastante la intervencion, Ovario-salpingectomia bilateral por via vaginal.

Curacion.

Observacion 30

Dolores Montejano 30 años, casada (Albacete).

Principio ámenstruar á los 15 años; <sup>4</sup>tuvo cuatro partos normales.

Hafá tres años, sintio dolores en la region renal é inguinal de am-

bos lados, y sufrió pérdidas rojas por espacio de cuatro meses siendo curada en el Hospital; se encontró bien hasta hace tres meses, que estando en el término de su último embarazo, tuvo hemorragias grandes, acompañadas de vivo dolor especialmente en las fositas ováricas, y que se repitieron hasta la época de la intervención cada siete ó nueve días, y en los intervalos leucorrea.

Diagnóstico: Doble salpingo-ováritis.

Operación (21 Enero 1908): Trompa derecha con el pabellón ocluido; ovario aumentado de volumen, con un quiste hemático del tamaño de un guisante; ovario izquierdo, grande con colección purulenta, la trompa también afecta de salpingitis con pus caseoso. Histerectomía abdominal subtotal.

Curación.

Observacion 51

Dolores de Andrés, 35 años casada, (Lugo).

Menstrua á los 13 años. Hace cuatro años, tuvo un parto seguido de septicemia puerperal, y desde entonces acusa dolores en los riñones que se extienden hasta la cadera, ingles y muslos.

Las reglas, exacerbaban dichos fenómenos subjetivos, sobre todo antes de establecerse, y en los primeros dias del derrame, la cantidad parece algo disminuida.

Diagnóstico: Salpingo-ovaritis quística doble.

Operacion (15 de Octubre 1907): Adherencias peritoneales á la cara posterior del útero; trompa izquierda ocluida, afecta de salpingitis quística, el ovario correspondiente aumentado de volumen y fijo por grandes adherencias al fondo de saco de Douglas; el ovario derecho mi-

-croquístico; la trompa con salpingitis y tendencia á la oclusión. O-  
vario ~~salpingectomía~~ salpingectomía, izquierda; cateterismo de la trompa derecha,  
é ignipuntura de los quistes ováricos del mismo lado.

Curación.

Observación 33

Raimunda Diaz, 34 años, casada (Avila).

Menstrua á los 13 años. Ha tenido 10 partos de término normales.

Su enfermedad data desde unos siete años, y la refiere á su penúlti-  
mo alumbramiento, que después de estar 15 días bien sin fiebre y sin  
permanecer en cama, notó un dolor fuerte en la región hipogástrica  
qua cesó, para hacer frecuentes reapariciones cada vez mas duraderas.

La menstruación, se hizo sumamente dismenorreica, y se veía obligada  
á someterse al reposo; estos dolores comenzaban dos días antes de es-

-tablecerse el derrame, y se atenuaba á medida que la suspension del flujo se acercaba; la duracion era la misma que de ordinario, más la cantidad expulsada es mas profusa; se adelanta algunos dias, y á veces presenta dos hemorragias en el mes, si bien una de ellas, es pequeña y no alcanzaba la intensidad dolorosa que las demás.

Diagnóstico: Salpingo-ovaritis izquierda.

Operacion (18 Enero 1908): Ovario izquierdo, aumentado de volumen y salpicado de pequeños quistes; la trompa correspondiente con salpingitis y el pabellon adherido al ovario. Por via abdominal se hizo la ovario-salpingectomia unilateral resultando muy rápida y sencilla la intervencion por la falta de bridas y adherencias.

Curacion.

Casada hace 9 meses, no presenta signo alguno de embarazo.

Regló á los 16 años; á los 18, se modificó la menstruacion, iba precedida dos dias antes, de dolores que se hacian rapidamente muy violentos, y perdian su vigor á medida que la irrupcion sanguinea se efectuaba. Asi continuo, hasta que los fenómenos dolorosos fueron tan acentuados, que la enferma guardaba cama en cada molimen menstrual. En estas condiciones se encuentra en la actualidad; mas los dolores aparecen tambien fuera de las reglas.

Diagnóstico: Doble salpingo-ovariitis quística.

Operacion (30 Enero 1908): Periovaritis izquierda, trompa homóloga, adosada al ovario, formando un tumor del tamaño de un huevo de gallina con grandes adherencias. Ovario derecho, con ligera degeneracion folicular; la trompa con algo de salpingitis. (Llama la atencion la falta

de lesiones ovaricas y lo notable de la dismenorrea.) Ovario-salpingectomia doble.

Curacion.

Observacion 84

Vicente Moiron, 26 años, soltera (Cuenca).

Menstrua á los 14 años, siempre con regularidad y abundancia. Ha tenido un aborto de cuatro meses, y sufrió grandes pérdidas sanguíneas que se aliviaron mediante un raspado.

Tres meses despues, comenzó ha tener dolores, y sensación de peso en el vientre y region perineal, La menstruacion, fue haciendosa cada vez mas dolorosa, preferentemente antes de iniciarse y en los comienzos del derrame; se adelanta siempre 8 á 10 dias.

Diagnóstico: Salpingo-ovaritis escleroquistica unilateral.

Operacion (6 de Febrero 1908) Se extirparon por via vaginal, los anejos

izquierdos. El pabellon de la trompa estaba inflamada y adherido en toda su circunferencia al ovario; este presenta placas esclerosicas con microquistes.

Curacion.

Observacion 35

Raimunda Plaza, 26 años soltera (Guadalajara).

Regló á los 15 años, continuando el periodo con ligeras irregularidades, y pequeño dolor premenstrual. Ha tenido un embarazo con muerte del feto á los cinco meses y hubo necesidad de practicar una intervencion para extraerle. Diez meses despues, padecio una cistitis gonococáca, acompañada de dolores en el vientre, y riñones, y de pérdida de fuerzas.

La menstruacion, iba precedida por grandes dolores que duraban los .

primeros días del derrame, haciéndose posteriormente mas resistibles, pues al principio, la intensidad era tan extrema que no podía aguantarlos en pie. La cantidad, es algo mas abundante y la coloracion menor

Diagnóstico: Salpingo-ovaritis izquierda, y salpingitis derecha.

Operacion (20 Febrero 1908): Hay retroversion uterina: las trompas especialmente la izquierda, tienen los pabelones ocluidos, y sus paredes engrosadas; ovario izquierdo quistico, el otro normal. Por via vaginal se hace ovariosalpingectomia izquierda.

Curacion.

Observacion 36

Adolfa Tomás, 30 años, casada (Zamora).

Las reglas comenzaron á los 17 años, siempre con dolores antes de establecerse el derrame; la cantidad regular y la coloracion pálida. Leucorrea despues de cada periodo.

Casada á los 22, tubo, un parto normal, un aborto de cuatro meses y despues, otro nuevo parto con ifeccion puerperal.

Desde esta sepsis, tiene dolores en el vientre, sensacion de peso y abundante leucorrea, que determinó un raspado uterino de bebefisios nullos. La menstruacion, menos dolorosa que cando soltera, pero muy irregular, hay periodos amenorreicos de 3 y 4 meses, y otros, en que la hemorragia se repite cada 15 dias; la cantidad escasa, coloracion pálida y olor desagradable

Diagnóstico: Salpingo-ovaritis escleroquistica izquierda, y ovaritis derecha.

Operacion (6 Febrero 1908): Trompa izquierda casi ocluida; ovario homónimo con placas esclerosicas y pequeños quistes; ea derecho atacado parcialmente del mismo proceso. Extirpacion de los anejos izquierdos y

ovariotomia parcial derecha.

Curacion.

Observacion 37

Virginia Pelaez, 32 años, casada (Oviedo).

Menstruo á los 16 años. Casada á los 25, no ha sufrido ningun embarazo.

Enfermó hace tres años, con inapetencia, leucorrea, y dolores en el bajo vientre que cesaban mediante un tratamiento médico, para hacer nuevas reapariciones; el flujo blanco fue en aumento. La menstruacion es mas escasa y baja de color, no hay dismenorrea ni irregularidad.

Diagnóstico: Salpingitis izquierda y salpingo-ovaritis derecha su-  
purada.

Operacion (17 Marzo 1908): Trompa izquierda engrosada y con tendencia á la oclusion; la derecha y ovario correspondiente, forman una masa infiltrada de pus, procedente de un piosalpinx antiguo. Salpingo-ovariotomia doble.

Curacion.

Observacion 38

Antonia Camacho Cañizares, 24 años, soltera (Murcia)

Menstruo á los 17 años. Ha tenido un parto normal, y hace seis meses expulsó un feto de termino, muerto, ~~sin~~ necesidad de ninguna intervencion. Quedó con dolores en el vientre y riñones, que curaron temporalmente y a los 70 dias reaparecieron. La menstruacion, hace tres meses empezó á disminuir, tomando un color cada vez mas oscuro; hay irregularidad y falta de trastornod subjetivos. Tiene leuco

-rrea.

Diagnóstico: salpingitis izquierda, y salpingo-ovaritis derecha.

Operacion (21 Noviembre 1907): Trompa derecha totalmente ocluida, el ovario correspondiente inflamado; la trompa izquierda, con tendencia á la oclusion y de paredes engrosadas. Salpingectomia izquierda y ovario-salpingectomia derecha.

Curacion.

Observacion 89

Alejandra Galvadez, 19 años, casada (León).

A los 15 años regló, siempre con abundancia y bastante irregularidad, unos meses habia dos períodos y otros faltaba por completo.

Casó hace 10 meses; con su cambio de vida comenzo á quejarse de dolores frecuentes, intensos, localizados en la parte derecha del ba-

jo vientre. La menstruacion, ademas de la irregularidad antigua, se acompañaba de dismenorrea simultanea, tan exagerada que la enferma tenia que someterse al reposo.

Diagnóstico: Salpingo-ovaritis doble.

Operacion (2 Marzo 1908): Trompas ocluidas; izquierda con piosalpinx, la otra solo flexuosa; ovarios grandes edematosos, con varios folículos simultaneamente desarrollados; hay tambien lesiones periovariticas. Histerectomia abdominal subtotal.

Curacion.

#### Observacion 40

Enriqueta Fraga, 33 años, soltera (Castellon).

A los 12, aparecio la menstruacion. Hace 2, tuvo una cistitis, seguidamente leucorrea, y por ultimo dolores de vientre, que se extendian

á la region sacra y renal.

Las reglas se hicieron tambien dolorosas especialmente unas horas antes de iniciarse. La cantidad, duracion, y coloracion estan aumentadas.

Diagnóstico: Salpingo-ovaritis escleroquistica izquierda.

Operacion (9 Abril 1908): Anejos izquierdos, bastante alterados; el ovario agrandado, con focos quisticos y adheridos al pabellon tubario. Ovario-salpingectomia unilateral.

**Curacion.**

#### Observacion 41

Eloisa Delgado Herreros, 35 años, soltera ( Madrid ).

Desde los 12 años que tuvo el periodo, siempre fué abundante de buen color, y precedido de ligeros dolores que duraban uno ó dos meses. Ha

-ce 5 años, tuvo un parto bueno; y tres <sup>años</sup> despues, aborto de dos meses; ~~quedo con~~ mucho flujo blanco y dolores en el bajo vientre. La menstruacion permanecé normal.

Diagnóstico: Salpingo-ovaritis quística doble.

Operacion (10 Dicciembre 1908) Trompa izquierda, adherida al ovario correspondiente que triplicado de volumen, tiene un quiste del cuerpo amarillo; el ovario derecho, presenta pequeños quistes que fueron tratados por la ignipuntura; la otra trompa no presenta alteraciones apreciables. Salpingo-ovariotomia izquierda.

Curacion.

Observacion 48

Purificacion Ortega, 50 años, viuda (Toledo).

A los 11 años, tuvo su primera menstruacion y fue dolorosa; despues se suprimio un año, aunque periódicamente sufría los molimenes mens-

-truales, y pareció acompañada de trastornos dismenorreicos de cierta intensidad.

No ha tenido ningún embarazo.

Hace diez años que se encuentra enferma, sufriendo dolores en la fosa iliaca, y riñones. La menstruación, es cada vez más dolorosa y abundante; bastante irregular, tan pronto se adelanta y tiene dos y aun tres derrames al mes, como se atrasa siete u ocho semanas.

Diagnóstico: Quiste tubo-ovárico izquierdo, y salpingo-ovaritis derecha de naturaleza luetica.

Operación (8 Febrero 1908): Laparotomizada, se vé la trompa y el ovario izquierdo, íntimamente unidos formando un quiste del tamaño de un huevo de paloma; trompa derecha, salpingítica y con el pabellón ocluido, ovario correspondiente atrófico; Ovario-salpingectomía derecha, y salpingotomía izquierda con formación de nuevo pabellón.

### Curacion.

Resulta de las 20 observaciones, que los cambios experimentados han sido los siguientes: 5, dismenorreas pura; 1, metrorragia; 1, dismenorrea con tendencia á amenorrea; 4, dismenorreas con menorragias; 3, dismenorreas con irregularidad; 3, dismenorreas, con menorragia é irregularidad; 1, irregularidad con oligomenorrea; 2, de oligomenorrea; y 1, de menstruacion normal. De modo que las cifras que en total cada alteracion alcanza son: 14, dismenorreas; 10, irregularidades; 7, menorragias; y 3, oligomenorreas. Las asociaciones mas frecuentes, son la menorragia y la falta de regularidad con la dismenorrea.

Hallamos cerca de un 95 % de alteraciones menstruales en las salpingo-ovaritis, cifra bastante exagerada comparada con las que Labadie Lagrave, Le Dentu y Delespine señalan en sus recopilaciones; estamos de acuerdo con Montprofit, Boursier y otros que admiten una

frecuencia tan numerosa, que es excepcional el caso de inflamacion anexial en que dejan de presentarse.

#### PERIMETRO-ANEXISTIS

No solo la trompa y el ovario se asocian para enfermar; en algunas ocasiones, el útero no permanece indiferente á tal union y resulta entonces, la forma mas complicada é importante de la patologia genital.

Sin faltar á nuestras promesas de no ocuparnos de las afecciones uterinas, ~~podemos estudiar las alteraciones uterinas~~, podremos estudiar las alteraciones menstruales en estos procesos perimetro-anexiales, por la participacion que corresponde á cualquiera de los anejos, donde muchas veces las lesiones son ~~mas~~ marcadas, y de mas im

-195-

-portancia y gravedad que en la matriz.

Consignaremos nuestras estadísticas sobre esta afección.

Observacion 45

Paulina Rojo, 42 años, casada (Oviedo).

Menstruo desde los 16 años, siempre en cantidad poco abundante y de mal color. Casada á los 26, no ha sufrido ninguna gestacion.

Hace 10 años, comenzó á tener molestias en las ingles y vejiga, que cada vez fueron acentuandose. La menstruacion iba precedida de fenómenos dolorosos que desaparecian cuando se iniciaba el derrame; se hizo mas oscura, y de mal olor.

Diagnóstico: Metrosalpingo-ovaritis doble.

Operacion (14 Noviembre 1907): Trompas ocluidas; ovarios escleróticos quísticos; utero miomatoso. Histerectomia abdominal subtotal.

Curacion.

Observacion 44

Observacion 44

Gregoria Magro, 24 años, casada (Guadalajara).

Menstruó á los 14 años.

Hace tres, tuvo un mal parto seguido de puerperio febril, y desde entonces nota dolores grandes en los riñones, que se extienden hasta las caderas. El periodo se hizo doloroso especialmente antes de comenzar el derrame, y despues perdía su intensidad para desaparecer al 2° ó 3° dia; la cantidad y coloracion algo mas aumentada.

Diagnóstico: Perimetro-anexitis.

Operación (17 Octubre 1907): Hay ligera ascitis; grandes adherencias intestinales con la cara posterior del útero; trompas y ovarios aumentados de volumen. Histerectomia abdominal subtotal.

Curacion.

Observacion 45

Sotera Albion, 40 años, casada, (Guadalajara)

Desde los 15 años regla con normalidad.

Ha tenido tres partos de termino y ultimamente (hace 2 años) un aborto de pocos meses. Poco despues, se presentaron dolores fuertes en las fosas iliacas, riñones y sacro; ademas tenia escozor al orinar y leucorrea.

La menstruacion se acompaña de dolores durante todo el derrame; la abundancia y duracion es mayor que de ordinario.

Diagnóstico: Perimetro-anexitis.

Operacion (17 Octubre 1907): Pequeña ascitis; útero reblandecido y voluminoso, de aspecto atigrado; tronpa izquierda con el pabellon ocluido; quistes pequeños en la cara posterior del ligamento ancho.

Hisrectomia abdominal subtotal.

Curacion.

Observacion 46

Juana Reinoso, 36 años, viuda (Zamora).

Menstrua á los 18 años. Ha tenido un parto normal.

Hace tres años, que presenta dolores violentos en los riñones y lado izquierdo del bajo vientre donde se aprecia una tumoracion. La aparicion de la hemorragia catamenial, se anuncia por dolores que persisten el primer dia del derrame; este es de aspecto negruzco, mal olor, y está ligeramente aumentado.

Diagnóstico: Perimetro anexistis y Hematosalpinx derecho.

Operacion (19 Octubre 1937): Laparotomizada, se aprecian fuertes ad

-dherencias perimetriticas, que unen el útero á la cara posterior del recto; trompa derecha, con un hematosalpinx del tamaño de un huevo de gallina; los anejos izquierdos intimamente unidos. Histerectomía subtotal.

Curacion.

Observacion 47

Josefa Borado, Lopez, 25 años, soltera (Ceuta).

Regla desde los 12 años. Ha tenido un hijo, y posteriormente un aborto hace cuatro meses, desde cuyo tiempo data su enfermedad.

Tiene dolores en el bajo vientre, localizados principalmente en la fosa iliaca derecha. La menstruacion, no sabe cuando la corresponde porque ha sufrido frecuentes y abundantes pérdidas rojas, que desa-

-198-

-parecieron hace aproximadamente un mes.

Diagnóstico: Perimetro-salpingitis.

Operacion (9 Noviembre 1907): Lesiones perimetriticas; útero agrandado y con ulceraciones endometriticas; trompas flectuosas y de paredes espesas. Histerectomia abdominal subtotal.

Curacion.

#### Observacion 48

Timotea Sanchez, 56 años, casada (Madrid)

A los 15, se presentó el periodo, continuando siempre con buen color y abundancia. Ha tenido seis partos buenos, y hace dos meses un aborto de cuatro semanas, 20 días después tuvo una hemorragia profusa.

La única menstruacion que presentó al mes siguiente, fue exagerada.

ym tan intensamente dolorosa que necesitó guardar cama.

Diagnóstico: Perimetro-salpingitis con retroversion adherente.

Operacion (18 Noviembre 1907): Abierta la cavidad abdominal, se aprecia bastante ascitis que contrasta con la poca inyeccion vascular; hay una gestacion ectopica inicial, que ha producido la rotura de la parte media de la trompa derecha y ocasionado la inflamacion perianexial: útero completamente retrovertido y adherente. Salpingotomia parcial derecha y histeropexia temporal

Curacion.

#### Observacion 49

Ramona Sevilla, 25 años, soltera (Burgos).

Su menstruacion se desarrollo á los 15 años, y fue precedida de abundante leucorrea; despues de una amenorrea de tres meses, se rea-

-anudo el periodo, que siempre fue escaso y de mal color.

Abortó de 7 semanas hace ~~como~~ meses, y quedaron dolores intensos en los riñones, que se irradiaban hacia adelante, reforzándose en el lado derecho del vientre. La menstruación, se hizo muy abundante, y duradera; sufría frecuentes adelantos, llegando á tener dos derrames en el mes.

Diagnóstico: Metrosalpingo-ovaritis con retroflexion adherente.

Operacion (18 Noviembre 1907): Utero en retroflexion marcada, aumentado de volumen y fuertemente hiperemiado; trompas muy inflamadas, completamente ocluidas y formando un solo cuerpo con los ovarios, desviado hacia atras, y unidas por fuertes bridas á la cara posterior del útero. Ovariosalpingectomia bilateral.

Curacion.

-201-

Observacion 50

Mercedes Treviño, 29 años, casada (Vitoria),

Menstrua a los 13 años. Ha tenido dos partos de término el último seguido de puerperio séptico.

Tiene leucorrea, dolores en las caderas, fosas iliacas y sensación de peso. Menstruación ligeramente dolorosa; cantidad y regularidad normales

Diagnóstico: Perimetritis-salpingitis.

Operación (14 Diciembre 1907): Utero agrandado con adherencias ligeras al recto; trompa derecha ocluida, izquierda y con un piosalpinx; izquierda con tendencia a la oclusión. Histerectomía abdominal subtotal.

Curación.

Observacion 51

Josefa Montes, 25 años, casada, (Toledo)

Menstrua á los 15 años. Casada á los 21, tuvo un parto, permaneciendo tres meses en cama con puerperio septico; se levantó con cefalalgia y dolores en el vientre, que se extendian hacia los riñones, y hacian mas violentos con la marcha ó el ejercicio; tiene leucorrea.

Dos dias antes del periodo, presenta dolores sumamente intensos que disminuyen cuando se produce el derrame y cesaban tres dias despues; la cantidad del flujo está aumentada, la coloracion menor; el periodo se adelanta hasta repetirse cada 15 dias; el mes antes de operarse estuvo todo el con perdidas rojas.

Diagnóstico: Perimetro-salpingo-ovaritis.

Operacion (5 Febrero 1908): Ovaritis con periovaritis quistica mas

acentuada en el izquierdo; trompas ocluidas y engrosadas; lesiones perimetriticas y adherencias intestinales. Histerectomia abdominal sub total.

Curacion.

Observacion 52

Araceli Zurita, 24 años, soltera (Córdoba).

Menstruo abundante, de buen color y con ligeros dolores, desde los 14 años ~~no~~ ha tenido ningun embarazo.

Hace tres años, tuvo leucorrea intermenstrual, y dolores intensos en la fosa iliaca izquierda. Las reglas se hicieron tan dismenorricas, que es necesario utilizar la morfina para calmar su violencia, la cantidad disminuida, tendencia á adelantarse, coloracion oscura, y el olor desagradable.

Diagnóstico: Metritis fibrosa; doble anexitis y estado poliposo del útero.

Operacion (5 Mayo 1908): Ovario y trompa izquierda, inflamados y desviado de su posición por adherencias que los fijan á la cara posterior de útero; matriz, dura poco movible y con grandes bridas que la fijan á los órganos vecinos; hay lesiones endometriticas. Histerectomía abdominal subtotal.

Curacion.

Observacion 58

Josefa Garcia, 34 años casada, (Jaen)

La menstruacion, empezó á los 16 años continuando siempre con dolores, cantidad y curso normales. Ha tenido un aborto y posteriormente 4 partos, el último (hace dos años) con manifestaciones de septicemia.

-mia puerperal.

Desde dicha fecha, presenta dolores en las caderas y fosas iliacas, y cada vez mas duraderos é intensos. Las reglas no son nada dolorosas sino que alivian las molestias existentes, la duracion y cantidad es mayor que habitualmente.

Diagnóstico: Doble perimetro-salpingo-ovaritis.

Operacion (20 Febrero 1908): Existen lesiones perimetriticas, perisalpingiticas y periovariticas; trompas oculidas principalmente la derecha, en que se encuentra una cavidad del tamaño de una nuez, resto de algun piosalpinx antiguo, el pabellon con pequeños quistes, las paredes engrosadas; la izquierda, con analogos caracteres aunque no tan marcados; ovarios grandes, asi como tambien el útero, que presenta in-

-206-

-flamado el endometrio. Histerectomía abdominal subtotal.

Curación.

Observación 54

Rosa Señoran García, 56 años, casada, (Salamanca).

Desde los 18 años menstrúa. Ha tenido seis partos de término completamente fisiológicos.

Poco después de su último alumbramiento, (hace 5 años) sintió dolores en el bajo vientre que cada día tomaron mayor incremento. La menstruación, se hizo más escasa, de coloración pálida y precedida por dolores tan intensos en estos últimos meses, que tenía necesidad de ocupar cama, después que se iniciaba la hemorragia, perdían su rudeza y desaparecían antes de terminarse el período.

Diagnóstico: Metro-salpingo-ovaritis.

Operacion (20 Febrero 1908): Abierto el vientre mediante una incision <sup>transversal</sup>, se aprecian: anejos izquierdos edematosos; ovaritis folicular, salpingitis y metritis parenquimatosa, con retroversion uterina. O-vario-salpingectomia unilateral.

Curacion.

Observacion 55

Eloisa Alegre, 26 años, casada, (Cáceres).

Con normalidad siguieron sus reglas inauguradas á los 15 años. Casada á los 18, ha tenido tres partos buenos seguidos de dos abortos

Desde el último parto, tuvo pérdidas rojas casi constantes unos 50 meses; restablecidas las verdaderas reglas, se presentaban cada

15 días, la cantidad y duración mayor; no hay dismenorrea, La enferma fuera de sus periodos tiene dolores de vientre que solo se alivian con el reposo.

Diagnóstico: Perimetro-anexitis.

Operación (25 Abril 1908): Trompas gruesas, flexuosas, ocluidas; ovarios con pequeños focos de pus, y el izquierdo, con una vexicula de Graaf en inminente ruptura; útero grueso y con la mucosa algo fungosa. Histerectomia abdominal subtotal.

Curación.

Observación 56

Ignacia Cornelio, 50 años, casada (Guadalajara),

Con abundancia y dolores fuertes iniciales que disminuían en cuanto aparecía la hemorragia, menstrua desde los 15 años. Ha tenido un

parto normal.

Hace 16 meses, acusa dolores intermitentes en el lado derecho del vientre, que se creyeron debidos á un riñon flotante verificandose la nefropexia sin resultado, porque los dolores se hicieron mas intensos, motivando la castracion del ovario derecho escleroquistico, no consiguiendose tampoco mejoría alguna.

La menstruacion que era de por si dolorosa, se exacerbó extraordinariamente especialmente antes de establecerse el derrame, hay retraso y la cantidad abundante al principio, va reduciendose cada vez mas, tiene leucorrea.

Diagnóstico: Perimetro-salpingo-ovaritis.

Operacion (4 Abril 1908): Trompa derecha con hidrosalpinx, izquierda con el mismo proceso inicial; ovario de este lado, único que existe,

-210-

esta triplicado de volumen; hay además, lesiones perimetriticas con adherencias. Histerectomia abdominal subtotal.

Curacion.

Observacion 57

Juana Navarro, 31 años, casada, (Madrid).

La menstruacion, aparecio á los 13 años interrumpiendose hasta los 17, en que la hemorragia fue abundante y expulsó gran cantidad de coagulos. Ha tenido un parto normal hace 4 años.

Dos años despues, empezó ha ~~haber~~ sentir sensacion de peso, y dolores en el bajo vientre que se recrudecian con el cohibo; al mismo tiempo, sufrió perdidas rojas, que cuatro meses mas tarde, se substituyeron por leucorrea. La menstruacion despues no volvio á alterarse

Diagnóstico: Ovaritis escleroquistica con perimetritis.

**Operacion (5 Mayo 1908):** Ligera ovaritis izquierda ; ovario derecho escleroquistico; hay lesiones perimetriticas. Ovariectomia derecha y liberacion de las adherencias uterinas.

Curacion.

Los 15 casos clinicos acusan las alteraciones siguientes: 5, dismenorreas; 4, dismenorreas con menorragias; 3 dismenorreas con oligomenorrea; 1, metrorragia; 3, menorragias; 1, menorragia con irregularidad; y 3, menstruaciones normales; que en total ascienden á 9 dismenorreas, 7 menorragias, 3 oligomenorreas, 1 metrorragia, 1 irregularidad y 3 menstruaciones normales.

Estas variaciones, no siguen el mismo orden de presentacion que las que aparecen en las salpingo-ovaritis, pues si bien la dismenorrea figura á la cabeza, despues sigue la menorragia, cuando en aquellas el

3º lugar lo ocupaba la irregularidad, que aquí está reducida á un solo caso. Estas modificaciones, así como también el menor número de alteraciones menstruales, que no llegan al 85 por %, se explica porque en algunos casos, los ovarios no están influenciados, y por consiguien- te la regularidad y conservación de la menstruación es mayor; en cam- bio la participación uterina, se manifiesta por el aumento en la can- tidad del derrame catamenial.

CAPITULO 111

Valor y génesis de la Sintomatología Menstrual

en las

Salpingo-Ovaritis

En la exposicion hecha de las afecciones inflamatorias de las ~~tem~~pas y ovarios, vimos la extraordinaria frecuencia con que las alteraciones menstruales figuraban en su sintomatología, vamos ahora á determinar, fundados en los conocimientos y observaciones clinicas expuestas, la genesis y valor sintomático, que en las enfermedades anexas les corresponden, para establecer finalmente las con-

-clusiones que estimemos oportunas y de utilidad practica reconocida

Sin necesidad de repetir, lo que en la sintesis menstrual expusimos, y recordando nuestra afirmacion de supeditar la funcion catamenial á la prerrogativa ovárica; encontramos no solo, corriente sino justificado, la inmensa frecuencia de los cambios de esta funcion en las afecciones de este órgano; esta aseveracion comprobable en la práctica, robustece nuestra teoria sobre la genesis menstrual.

Lo que verdaderamente resulta insolito, y de una dificultad extrema, es penetrar en la misteriosa funcionalidad morbosa del órgano, para saber que lesiones estimulan, retrasan, ó impiden, la produccion catamenial y determinan variables modificaciones, bien iguales en dos casos distintos, ó desiguales en un mismo caso. Intentaremos en la me

-dida de nuestras fuerzas idea tan peregrina, sin esperanza de triunfo, porque la falta de costumbre, de desenvolvernos en caminos tan angostos como delicados, nos impidiran solucionar los múltiples obstáculos que se presenten, y obligarnos á terminar este asunto á una altura excesivamente pequeña, comparada con los deseos de nuestras aspiraciones.

La dismenorrea, es la variacion más fundamental de la menstruacion; en las 57 observaciones la encontramos 40 veces, ó sea una frecuencia del 68 por % en los procesos anexiales. La variedad más habitual de dismenorrea, es la llamada congestiva ó de excrecion de ciertos autores, y que nosotros denominamos inicial ó premenstrual, porque precede á la aparicion del flujo y su produccion está subordinada á la funcion ovular: aunque demostramos que la vexicula de Graaf

no tiene su ruptura, relacion fija con el periodo hemorragico, hicimos resaltar, la frecuencia con que la postura se verifica con unos días de antelación al derrame; esta coincidencia, nos explica las repetidas apariciones de la dismenorrea inicial.

Sabemos que en los procesos inflamatorios de los anejos como en toda flogosis, uno de los sintomas señalado ya por Celso y que casi nunca falta es el dolor. El Dr. Ritter (de Greifswald), determinó que el dolor inflamatorio está ligado á la hiperemia arterial (la insensibilidad espontanea, seria el resultado de una infiltracion de tejidos por la serosidad, y es debida menos al efecto mecánico de la infiltracion, ~~de los tejidos que la serosidad y es debida menos á~~ que á la concentracion bastante elevada del liquido extravasado). Pues bien

en un órgano que además de su inflamación antigua, tiene que experimentar periódicas congestiones, relacionadas con su misión funcional, no es de extrañar, que entonces se remuevan ó exacerben dichos dolores, toda vez que aun normalmente esta sobreactividad circulatoria ocasiona trastornos nerviosos; á esta causa, pueden atribuirse los dolores de la apoplejia ovarica y varicocele tuvo-ovaricos, tan intensos que producen convulsiones (caso presentado por el Dr Vilumara ante la "Academia de Ginecología").

Sucede que no siempre, la enfermedad se limita á aumentar la sensibilidad del órgano, para hacer mas consciente la función catamenial, sino, que las lesiones orgánicas sirven de obstáculo para que la función se produzca, y esta batalla entre el cumplimiento de un deber

para la economía y la resistencia morbos~~a~~ que existe, da lugar á una activa lucha que repercutiendo en partes hiperestesiadas, acarrea fenómenos dolorosos bastante intensos. Así por ej. en los casos de esclerosis ovarica en que la hiperplasia de los elementos conjuntivos compatible al principio con la ovulación; mas cuando va agrandándose, los folículos son primero comprimidos, y resultan esos dolores de la postura ovular, y á ello contribuye también, que la acción opresora del tejido esclerosico, altera los nervios produciendo verdaderas neuritis, y al añadirse la nueva irritación que la ruptura vaxicular ocasiona se ~~ocasionan~~ <sup>ent</sup>endran los dolores característicos, tan comunes en nuestras observaciones. Muchas veces esta dismenorrea ovarica, constituye la única indicación de utilizar la operación de Battey, para librar á las enfermas de las crisis violentas por que pasan.

Cuando la esclerosis es avanzada, además de que la dificultad del desarrollo vaxicular es mayor, se ocasiona; (Bischoff) primero, una ovulación incompleta, porque el obstáculo que impide á la vaxicula abrirse, la hace mas voluminosa comprimiendo á las limitrofes, y ~~de~~ esta ~~manera~~ es una nueva causa de atrofia; por último, esta función llega á abolirse completamente, por que el ovario asfisia en fibrosa prision hasta <sup>atringuir</sup> ~~extinguir~~ á los folículos primordiales que pudieran desarrollarse.

Estos resultados se comprueban, no solo, por la infecundidad de ciertas mujeres, sino, que en las necropsias, el microscopio revela la rarefacción ó desaparición completa de los ovisacos, y esta es la prueba mas eficaz, pues la fecundación puede subsistir si solo es un ovario el atacado ó lo son los dos incompletamente, dada la facilidad que tiene

esta glándula para cumplir su función conservando normalmente una pequeña parte de su parénquima.

Explicado el origen dismenorreico en las afecciones ováricas, estudiamos las demás alteraciones.

La menorragia la encontramos: 4, veces, entre 8 casos de ovaritis; 9, en 20 de salpingo-ovaritis; y 7, en 16 perimetro-anexitis; que suponen un total de 20 casos. Parece estar ligada al estímulo que la afección morbosa suscita en el ovario, que ~~acelerando~~ la producción ovular como si temiera un próximo y desastroso final; esta irritación aumentando el número de posturas ováricas, (en algunos casos comprobamos la maduración simultánea de dos ó más folículos) y como el número de óvulos se aumenta, la destrucción que por falta de fecundación experimentan

permite escapar mayor fuerza energética que la normal y de aquí que el derrame sea mas abundante y persistente. También puede suceder, que aun cuando la destruccion ovular expulse la cantidad habitual de fuerza, encontrándose esta con un sistema vascular morbosamente injuriado y en condiciones de una menor resistencia, no necesita emplear tanta perdida para el restablecimiento de la hemorragia, y esta disminucion, esta economia de gasto, permite que la energia producida tenga una duracion mayor.

Las irregularidades observadas son: 5, en 8 ovaritis; 9 en 20 salpingo ovaritis; y 1, en 16 perimetrioanexitis; son patrimonio casi exclusivo de las afecciones ovaricas y se comprende que asi suceda, porque adelantada la ovulacion por causa del mismo estimulo morbosos, ó retrasada,

ya porque las lesiones destruyeron los folículos próximos á abrirse, ó porque inutilizaron un ovario y faltó el otro de energías por excesivo trabajo, la evolución vexicular se realice en él, mas lentamente, resulta perdida la falta de ritmo en la función menstrual, anomalía no rara en estas enfermedades.

Las metrorragias, no se observan con la frecuencia que señalan los autores; seis veces en todas nuestras observaciones, y no siempre con carácter permanente, sino, como primera alteración catamenial, que cesaba, bien para normalizarse (Observación 57) ó bien para transformarse en menorragia (Observación 55). Puede darse en parte la misma explicación que á las menorragias, solo que, ó es casi continua la ovulación (raramente sucede), ó las alteraciones vasculares son tan grandes, que iniciado el derrame la oclusión de los vasos no se hace, ó tarda mucho tiempo en realizarse, tal ocurre especialmente cuando la

afeccion va acompañada, por un estado general del organismo que deja bastante que desear.

Vautrin y Gross, afirman que las degeneraciones escleroquisticas de los ovarios, dan lugar á hemorragias uterinas, atribuidas á endometritis confirmandolo, el que no cedian al raspado uterino, sino unicamente haciendo la castracion de Pean. Dichos autores, dicen que estos derrames deben presentarse sobre todo al principio de la alteracion de los ovarios, en el periodo de congestion y proliferacion, tal como nosotros hicimos notar en la observacion ultimamente mencionada.

La amenorrea es tan rara, que solo la encontramos <sup>una vez</sup> y para eso la enferma tenia 51 años y, seria indudablemente fisiologica por tener la edad de la menopausia. Esto demostrara que no es facil la esterilidad en estas enfermedades, porque vemos que la ovulacion, aun en casos de bilateralidad de lesiones en un periodo alejado del principio, es verdadera

-deramente excepcional; Fraiport, ha comprobado 12 casos de embarazos despues de lesiones supuradas de los ovarios. Por tanto los casos de esterilidad que encontramos en las salpingo-ovaritis, suelen depender más de las modificaciones de la trompa, que de la glándula genital.

Si no encontramos amenorrea absoluta, no sucede lo mismo con la disminucion del derrame, oligomenorrea ó iskomenorragia, y que algunos autores confunden con la verdadera amenorrea; la encontramos; 5 veces en las salpingo-ovaritis; 2 en las perimetro-anexistis; y ninguna en los 8 casos de ovaritis y 14 de afecciones tubarias aisladas. La causa de esta alteracion, es la pronta involucion de los ovarios deficientes de ovulacion por las lesiones, ó por aumento de resistencia de los vasos, como ocurre en algunos casos de esclerosis ovarica acompañada de

esclerosis parenquimatosa del útero, en que el tejido conjuntivo angosta la luz de los vasos.

En general, podemos decir que las metrorragias pueden presentarse en el primero y último período; la menorragia é irregularidades en el 1º y 2º; la amenorrea en el último, por expresar deficiencia y muerte funcional de la glándula; y la dismenorrea en todos.

Si los autores no llegaron á unánime opinión, en las alteraciones menstruales que corresponden á las inflamaciones ovaricas, esta controversia es mayor cuando se ocupan de las afecciones tubarias:

Casi todos convienen en señalar, que en estas afecciones pueden encontrarse todas las alteraciones menstruales señaladas y su producción, es consecutiva á la propagación que se extiende al ovario, ya irritan-

-dole y dando lugar á menorragias, ya esclerosandole y causando amenorrea; tambien estos trastornos pueden estar ligados á una afeccion uterina; la trompa siempre toma una importancia muy secundaria. De modo , que mientras la enfermedad esté limitada al oviducto, no suele manifestarse irregularidad alguna en las reglas ó á lo sumo (Veit) habrá quizá dismenorrea, que podria explicarse por la perimetritis concomitante; pero cuando esta enfermo el ovario, aunque macroscópicamente y en el examen clinico la alteracion no aparezca, porque se nota menos que en la trompa, entoces pueden encontrarse esos desordenes, y su causa residirá en el ovario.

Sin negar que el papel mas importante de las alteraciones menstruales, corresponde á la glándula genital, no podemos hacernos solidarios de ese exclusivismo que no reconoce á la trompa, aptitud necesaria y

para alterar la menstruacion, nosotros tenemos casos que desmienten tal afirmacion.

Las afecciones de la trompa (excluyo desde luego las demas enfermedades en que el ovario tiene participacion para no referir á el los trastornos), pueden ser causa de dismenorrea, entre 14 casos, 8, hallamos con ella, y esta proporcion bastante inferior si se la compara con las ovaritis (7 veces en 8 observaciones), nos demostrará que la trompa puede producir estos fenómenos nerviosos, y en efecto, casi las mismas razones que expusimos para la dismenorrea ovárica, podemos aplicar aqui, excepto la del trabajo ovular.

Todo órgano enfermo su primer expresion sintomática es la del dolor, el oviducto, no escapa á esta regla, nada tiene de extraño que si la

trompa aunque no dolorosa por lo menos mas sensible que de ordinario, cuando llegue la época del derrame menstrual, la congestión que con este episodio experimentan todos los órganos genitales, agudice sus manifestaciones morbosas y el dolor aparezca como tal consecuencia (la menstruación siempre remueve las lesiones).

Con respecto á la menorragia, la etiología es parecida á la de las afecciones de la matriz. Hallándose la mucosa enferma, sus vasos capilares, estan menos protegidos, la ruptura se hace mas fácil y su ocurrencia menos pronta por carecer de estímulo contractil sus fibras, lo que da por consecuencia, la persistencia del derrame que contribuye tambien á prolongar la congestión uterina. La encontramos 3 veces entre las observaciones mencionadas.

De las metrorragias, los dos casos que señalamos: uno era debido á doble piosalpinx (Obc. 19) con flemon pelviano; el otro (Ob. 17), á un hematosalpinx con quiste ovarico, y no sabemos á que referirlo si á las modificaciones ováricas ó á la edad crítica de la enferma (51 años). Mas aunque no tenemos casos directos de referencia los datos de Delespine, Chrysophatós y otros, permiten comprobar que en las salpingitis, quísticas principalmente, puede haber metrorragias, ya por lesiones persistentes de la mucosa tubaria, ó por modificaciones grandes del estado general.

En cambio, no encontramos ninguna irregularidad; y tres casos completamente normales lo que justifica la incostancia aunque no la razón de estas modificaciones.

En las formas complicadas, en que los dos órganos anexiales (trom-

-pas y ovarios) estan afectados, las alteraciones seran mas frecuentes debidas principalmente al ovario y cuando las trompas y útero sean modificados con exclusion del ovario, entonces disminuiran el número de las alteraciones, y alguna de ellas se reducirá notablemente por ej. el ritmo menstrual que apenas se altera; y estas variaciones tomara mayor relieve cuando la glandula genital resulte ademas comprometida.

Llegamos al punto mas dificil, el de determinar el verdadero valor que á la sintomatologia menstrual conviene concederle, labor sumamente delicada, porque este sintoma, patrimonio de una porcion de enfermedades generales y locales, dificulta enormemente el problema. Mas asi como la cefalalgia por ej. es tributaria á un sin numero de en-

-femidades, y pareceria aventurado pretender deducir por ella una alteracion morbosa, sin embargo, muchas veces es el único dato que tenemos, y analizando minuciosamente su comienzo, duracion, y época de aparicion, podemos aproximarnos á un diagnóstico acertado; lo mismo haremos nosotros, utilizando estas alteraciones para conseguir un juicio clinico aproximado á la realidad.

Prescindimos de señalar las diferencias entre las alteraciones menstruales de los anejos, con las dependientes de las modificaciones generales del organismo, porque en estas el diagnóstico no es difícil de establecer; haremos esta separacion con las ocasionadas por modificaciones morbosas del útero.

En las afecciones del órgano de la gestacion, pueden existir todos los desordenes señalados, pero tienen entonces caracteres mas especia

-les, por ej. la dismenorrea de origen uterino es frecuentemente mecánica, ya sea debida á cambios de posición ó a inflamaciones, pues ambos agentes ocultan la luz del conducto cervical, que acarrea esos dolores violentos intensísimos en forma de crisis y que preceden poco tiempo á la expulsión de una cantidad de sangre coagulada, por permanencia exagerada en la matriz; esta dismenorrea difiere mucho de la forma premenstrual, que precede uno ó dos días al derrame y no se relaciona con su salida del útero, es la forma que con tanta frecuencia hemos visto en la mayoría de las enfermas con lesiones ováricas. Claro es que la inflamación uterina (los fenómenos dolorosos en esta inflamación generalmente no aparecen hasta que están invadidos los parametrios) cuando afecta esencialmente al cuerpo, puede ocasionar una dismenorrea muy parecida á la dependiente de anexitis, mas en este caso a-

-demas de que los dolores no suelen anunciarse con tanta antelacion, van asociados á menorragias muy duraderas y profusas, y la presencia de otros flujos de origen cavitario uterino, predisponen al diagnóstico.

Mas difícil es determinar la menorragia, si es dependiente del útero trompas ú ovarios, y para esto, nos fijaremos tambien en otras alteraciones: cuando además de mayor abundancia en la cantidad de sangre el curso es irregular, entonces puede decirse que pertenece á los anejos; cuando no exista este dato, y la menstruacion no se acompañe de dismenorrea premenstrual marcada, podemos referir la menorragia al útero, cuyas alteraciones endometriticas son las que mas producen esta alteracion; cuando haya esterilidad y amenorrea ó simplemente disminucion del flujo, aunque puede presentarse en la esclerosis paren-

-quimatosa del útero generalmente depende del ovario, sobre todo si coexiste con irregularidad ó dismenorrea inicial.

Esta diferencia entre las alteraciones menstruales del ovario y útero, no es tan marcada cuando se trata de establecerla entre estas, y las de la trompa, y entonces tenemos que fijarnos en algunos detalles especiales, por ej. el derrame subitico seroso, purulento, hemático llamado por Puech amenorrea destilante, y la dismenorrea inicial parecida á la de origen ovárico, parece que predispone á una alteración de la trompa; en cambio la dismenorrea mecánica, las menorragias profusas y prolongadas, inclinan en favor de las afecciones metriticas.

Naturalmente, que un diagnóstico hecho exclusivamente, sobre una manifestación sintomática tan poco fija como las alteraciones menstruales

-ales, no tiene razon practica puesto que prescindiendo de que los datos obtenidos por el interrogatorio, carezca de los errores que incoscientemente la mayoria de las enfermas cometen, no ibamos á omitir el examen de esta, la exploracion ginecologica, que tantas ventajas proporciona, por los juicios rapidos y positivos que de ella se deducen, y apelar unicamente á procedimientos indirectos, mas prolongados y dificiles de comprobar muchas veces, que nos expondria facilmente á peligrosos errores.

Respecto á diagnosticar si el proceso radica en el ovario, ó la trompa, las dificultades exceden á toda ponderacion, mas sin embargo la mayor frecuencia de alteracion la dan las afecciones ovaricas, y algunas de ellas como la regularidad, son generalmente de su pa-

trimonio exclusivo y solo muy raramente se encuentran en las afec-  
ciones tubarias. Asi como la dismenorrea dependiente del oviducto  
se parece mas á la ovarica que á la uterina en la menorragia suce-  
de lo contrario.

A medida que se aproxima el desenlace de este último capítulo, pa-  
rece que ante la falta de soluciones terminantes y categoricas, va  
perdiendose gradualmente la importancia del tema, y que nuestra la-  
bor resulta completamente esteril. Realmente asi sucederia, si fue-  
sen nuestros propositos suplantar la exploracion directa y manual  
(examen fisico) de la enferma, por procedimientos puramente infor-  
mativos (interrogatorio) que deben aceptarse con cierta reserva; mas  
no intentaremos cometer tal atentado á la lógica, y si unicamente,  
señalar el verdadero valor que á las alteraciones menstruales ha-

-bia que conceder y esto si creemos haber conseguido.

Este valor, no es tan secundario como á primera vista parece, pues muchas veces el examen preciso minucioso de los antecedentes menstruales, sirven para completar los datos que recogemos por la exploración objetiva; y otras no solo para completarlas sino para utilizarlas exclusivamente, porque los demás medios no recogen dato alguno, y así puede darse el caso de una esclerosis ovárica, en que el dedo que tasta no encuentra nada anormal, y la dismenorrea premenstrual, la irregularidad y acaso la amenorrea permitan diagnosticarla, y como este, otros casos.

He terminado.

Conclusiones

- 1<sup>o</sup>. La menstruacion es una funcion, que se desarrolla en la esfera genital de la mujer durante su vida sexual.
- 2<sup>o</sup>. El acto menstrual es consecuencia directa de la funcion ovular del ovario.
- 3<sup>o</sup>. No basta que la postura ovular se produzca para que la menstruacion se establezca, es indispensable, (además de la normalidad de los órganos) la muerte fisiológica del óvulo maduro, puesto en libertad por desgarramiento de la vexicula.
- 4<sup>o</sup>. Los procesos inflamatorios de los genitales internos, modifican extraordinariamente la menstruacion.
- 5<sup>o</sup>. La mayor frecuencia de los cambios menstruales, corresponde á las afecciones ováricas.

- 6<sup>a</sup>. Dichos trastornos se repiten por el siguiente orden: dismenorrea, metrorragia, irregularidad, amenorrea ú oligomenorrea, y metrorragia.
- 7<sup>a</sup>. Cada alteración menstrual, no corresponde específicamente, a un determinado proceso, mas sin embargo, muchas veces reviste caracteres tan peculiares (dismenorrea premenstrual é irregularidad, en las afecciones ováricas; amenorrea destilante, en las tubáricas; y dismenorrea mecánica en las uterinas), que constituyen evidente base de diagnóstico.
- 8<sup>a</sup>. Siempre en la sintomatología de los procesos genitales inflamatorios, el estado de la función menstrual, es un dato de verdadera significación práctica.
- 9<sup>a</sup>. Los antecedentes menstruales expuestos con amplitud, deben figurar en la historia de toda afección ginecopática. Es indispensable re-

-240-

cogerlos metodicamente, insistiendo hasta aclararlos de una manera mi-  
nuciosa, pues solo teniendo garantia de su certeza podemos utilizar-  
los.

La Ceruña 20 de Mayo de 1909.

*Aurelio Guerrero*

*Admisible*  
*R Lopez Quiroz*



Bibliografía

ALVAREZ MORRIS. Enciclopedia Internacional de Cirugia del Dr. Ashhurst  
(1887).

ANDRÉ BOURSIER. Précis de Gynecologie. (1905)

ARAN. Lecons sur les maladies d l'uterus et de annexes. Paris (1860).

CASTILLO RUIZ. Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas. Madrid.  
(1903).

COURTY. Traité pratique des maladies de l'uterus des ovarios é des trompes. Paris (1873)

COSTE. Tratado Clinico de las enfermedades de las mujeres de BARNES.

DELESPINE. (JOSEPH). Metrorrhagies et Affections Annexielles. Paris 1905.

DE SINETY. Des inflammations qui se developpent au voisinage de l'uterus,

considérées surtout dans leurs formes benignes. "Progres Medical"

MISTRAL. Essai clinique sur les troubles de la menstruation. These Paris (1881).

POISSI. Traite de gynecologie clinique et operatoire. Paris (1905)

PRACIBORSKI. Traité de la menstruation. Paris (1868).

RECASENS. "Anales de la Academia de Obstetricia Ginecológica y Pediatría. Madrid. (1908).

SSIDEREY. Maladies des organes Genito-urinaires. Paris (1908).

TAIT (LAWSON). Traité clinique des maladies des femmes. Paris (1891).

WEIT. Enciclopedia de Ginecologia. trad. Madrid.

MISTRAL. Essai clinique sur les troubles de la menstruation. These Paris (1881).

POZZI. Traite de gynecologie clinique et operatoire. Paris (1905)

RACIBORSKI. Traité de la menstruation. Paris (1868).

RECASENS. "Anales de la Academia de Obstetricia Ginecología y Pediatría. Madrid. (1908).

SIDEREY. Maladies des organes Genito-urinaires. Paris (1908).

TAIT (LAWSON). Traité clinique des maladies des femmes. Paris (1891).

VEIT. Enciclopedia de Ginecologia. trad. Madrid.