

CAPÍTULO XXXVII.

DISMENORREA.

HABIENDO llegado al lugar en que mas oportunamente pueden estudiarse las perturbaciones menstruales, empezaremos por aquella cuyo nombre encabeza este capítulo.

El proceso de la menstruacion, mediante el cual la mujer arroja del útero cierta cantidad de sangre una vez cada mes lunar, depende de tres fenómenos íntimamente relacionados entre sí, y que son: 1º, el desprendimiento espontáneo de uno ó mas óvulos de los ovarios; 2º, la ingurgitacion de la estructura vascular eréctil que rodea y nutre al útero; y 3º, la rotura de los vasos que nutren la mucosa uterina, acompañada de una esfoliacion rápida de sus células epiteliales. La relacion entre la ovulacion y la catamenia no se había sospechado hasta mencionarla Power en 1821, ni quedó establecida hasta la época de los escritos de Négrier en 1840; pero desde entónces las investigaciones de Pouchet, Bischoff, Coste, y Raciborski han convencido á la mayor parte y hecho que dicha teoría se acepte generalmente. Algunos todavía dudan de la relacion entre ámbos fenómenos, pero creo no me falta razon al decir que los que así piensan forman una pequeña minoría, y que en la actualidad la hipótesis de la ovulacion está casi universalmente admitida. Es verdad, que como yo mismo he observado en uno de mis casos de ovariectomía, la menstruacion sobreviene algunas veces despues de estirpados ámbos ovarios, y el Dr. Ritchie¹ ha demostrado que puede ocurrir independientemente de la ovulacion, así como esta ocurre á menudo sin aquella; pero no podemos detenernos en este momento á examinar los méritos de la estensa discusion de que ha sido objeto la materia,² y prefiero evitarla, manifestando la opinion que prevalece en la actualidad y á la cual me adhiero.

Habiendo sentado que la causa determinante de la catamenia es la

¹ Ovarian Physiology and Pathology.

² He practicado la ovariectomía doble en cinco casos, cesando la menstruacion en cuatro, y ocurriendo de vez en cuando en uno de ellos una metrostaxis.

espulsion por alguna influencia desconocida de uno ó mas óvulos de los ovarios, nos resta averiguar la manera de verificarse. El útero está rodeado por una red de vasos finos y tortuosos que lo envuelven como una túnica ó capa, estendiéndose por los ligamentos anchos hasta los ovarios, y fuera de esta red vascular se encuentran, rodeando los vasos del útero, ténues fibras musculares que parten del mismo. Cuando el óvulo se acerca á la circunferencia del ovario, el órgano se congestiona á consecuencia de la irritacion, propagándose esta á la capa muscular que envuelve la red de vasos en el útero, y á su alrededor, la que se contrae, é impidiendo el reflujo sanguíneo, ocasiona una ingurgitacion que en la mucosa uterina, y probablemente en la de las trompas, determina una rotura y derrame de sangre en la cavidad de la matriz. Esta ingurgitacion constituye la "ereccion" que menciona Rouget en sus "*Recherches sur les Organes Érectiles de la Femme.*" La sangre que proviene de los vasos desgarrados se acumula en el útero, de donde sale por el cuello á la vagina, y de aquí por la vulva al exterior.

Este proceso, cuando todos los elementos que tienen relacion con él se encuentran en un estado normal perfecto, se ejecuta sin causar mas incomodidad que una sensacion de plenitud en la pélvis, un ligero dolor en la espalda y lomos, y una sensacion general de lasitud. La menstruacion, sin embargo, se vuelve con frecuencia en extremo penosa, mirando á veces la salud por la intensidad del sufrimiento que ocasiona, cuando existe alguna condicion anormal, bien en la estructura de que proviene el derrame sanguíneo en el útero, bien en cualquiera de los órganos ó partes adyacentes que se congestionan, bien en el canal por donde pasa á la vagina. A este estado se le ha dado el nombre de dismenorrea, palabra derivada de *δύς*, (difícil,) *μήν*, (mes,) y *ρῆω*, (yo fluyo.)

Patología.—Cualquiera condicion, sea general ó local, que afecte á la estructura de las paredes del útero, á los ovarios, ó á los tejidos seroso y areolar inmediatos, de modo que imprima una sensibilidad morbosa á los nervios de estas partes, puede producir dolor durante la primera parte del proceso; produciéndolo por estorbo, en el segundo período, todo lo que impida el escape de la sangre del útero, ó de la vagina. Por ejemplo, un estado general que produjese una neuralgia de los nervios uterinos ó de la pélvis, ó una flegmasía local que alterase su condicion, podría fácilmente causar dolor en el primer período, produciéndolo probablemente en el segundo una estrechez natural ó adquirida del cuello.

La dismenorrea es debida por regla general á una ó mas de las tres causas siguientes: 1ª, una alteracion constitucional que empieza comunmente en el sistema nervioso ó en la sangre, y que engendra una tendencia á la neuralgia; 2ª, un estado anormal del útero; ó 3ª, un estado morboso de los ovarios. No es nada probable que pueda sobrevenir esta dolencia á una mujer cuyo útero, ovarios, y sistema nervioso se hallan en estado normal. Todo práctico habrá observado ejemplos nu-

merosos en que cualquiera de las tres influencias enumeradas ha sido suficiente para establecer el mal, y si esto es cierto cuando no existe mas que una de las causas, aun lo es mas si las tres obran combinadas.

En el exámen de todo caso en la práctica, se tendrá presente lo que acabamos de decir, debiendo el descubrimiento de la existencia de una ó mas de esas condiciones como influencias causantes determinar el tratamiento que ha de adoptarse.

Variedades de dismenorrea.—Para facilitar el estudio, puede la dismenorrea dividirse en las variedades siguientes:—

- Dismenorrea neurálgica;
- Dismenorrea congestiva, ó inflamatoria;
- Dismenorrea mecánica, ó por obstrucción;
- Dismenorrea membranosa;
- Dismenorrea ovárica.

Sitio del dolor en la dismenorrea.—Nuestro conocimiento sobre este asunto está léjos de ser positivo. El útero, los ovarios, el tejido celular ó el peritoneo que rodea á las vísceras pelvianas son probablemente el sitio del dolor en las tres primeras variedades. Algunos de los casos mas graves que he observado se debían á una pelvi-peritonitis, que, aun despues de calmada la acción inflamatoria, había dejado tan sensibles los nervios que se distribuyen en dichas partes, que el proceso de hiperemia menstrual determinaba en ellos el dolor, ó quizás una recrudescencia de la inflamación, á la que se ha aplicado el nombre de pelvi-peritonitis menstrual. La localización exacta del dolor es con frecuencia en extremo difícil, no pudiendo quizás determinarse su sitio ni aun por el reconocimiento físico durante el período menstrual.

El práctico que crea que la dismenorrea es enfermedad, y adopte un sistema uniforme de tratamiento en todos los casos, rara vez obtendrá buen éxito. Cada caso deberá considerarse como síntoma de una condición anormal que debe descubrirse y combatirse en cuanto sea posible; y aunque algunos burlan todos los esfuerzos del médico, por mas que observe estas indicaciones, tales casos rara vez se presentan. La gran importancia de diferenciar las variedades mencionadas y de adoptar métodos oportunos de tratamiento exige para cada una de ellas un estudio separado.

Dismenorrea neurálgica.

No depende esta forma de ningun desarreglo orgánico apreciable del útero ó de sus anejos, sino simplemente de un estado peculiar de los nervios que causa dolor, bajo la influencia estimulante de la congestión.

Causas.—Existe un gran número de influencias que alteran á veces tanto el estado normal de los nervios del estómago, que producen en ellos durante la digestión un dolor, que se ha llamado gastralgia ó gastrodinia. Influencias análogas pueden producir una neuralgia de los

nervios del ojo, ó de los que afluyen á los tejidos de la cabeza y de la cara, y afectar de la misma manera á los nervios uterinos siempre y cuando estén inmoderadamente escitados por la congestión menstrual. En la misma paciente en que se desarrolla una neuralgia supra-orbitaria á consecuencia de una excitación ó fatiga insignificante, se establecerá muchas veces una dismenorrea neurálgica en circunstancias análogas.

Las causas que comunmente la provocan son:

- La diátesis neurálgica;
- La clorosis ó la plétora;
- Ciertos estados de la sangre como los que existen en la infección palúdica, la gota, y el reumatismo;
- La molición y hábitos enervantes;
- Los vicios que deterioran el sistema nervioso, como el del onanismo, ó el exceso en los placeres sexuales.

Síntomas.—El dolor puede preceder al flujo, desapareciendo tan pronto como este se presenta, ó continuando con mas ó ménos intensidad mientras dura la menstruación. La enferma se queja generalmente de un dolor fijo y agudo en la pelvis, los lomos, ó en algun punto distante del cuerpo. Ví una vez á una paciente que en cada período padecía un dolor neurálgico intenso en el borde esterno del dedo meñique, y á otra que experimentaba, durante varios días ántes del establecimiento del flujo, un dolor violento en el nacimiento de la nariz (102).

Diagnóstico diferencial.—La dismenorrea neurálgica se distingue de la mecánica en que el dolor, cuando se siente en el útero, no es de carácter espulsivo; en ser el flujo continuo, sin presentar interrupción; en no haber espulsion de coágulos por esfuerzos espasmódicos, y en que el exámen físico no revela la presencia de ningun obstáculo.

De la forma congestiva la distingue la ausencia de trastorno constitucional, su presentación gradual y no súbita, y el hecho de que sobreviene habitual y no escepcionalmente. Puede distinguírsela de la forma inflamatoria por la falta de los signos ordinarios de la endometritis y de los de la flegmasia ovárica y peri-uterina, y tambien por la ausencia, durante el intervalo menstrual, de leucorrea, dolor y los signos físicos de inflamación.

Pronóstico.—Hay probabilidades de que se mejore siempre que la enferma de dismenorrea neurálgica pueda y quiera efectuar un cambio marcado en sus costumbres, siendo el pronóstico decididamente desfavorable cuando así no lo haga.

Tratamiento.—El primer deber del médico consiste en descubrir la causa del desarrollo de la neuralgia relacionada con las funciones menstruales, y el segundo en hacer que desaparezca. La neuralgia del trigémino es rara vez una dolencia primaria, dependiendo generalmente de algun foco de irritación como, por ejemplo, un diente afectado de cáries ó una acumulación de cerumen endurecido en el oído, ó de alguna in-

toxicacion de la sangre ; y desaparece la enfermedad en cuanto desaparece el motivo. Lo mismo sucede respecto de la que ahora nos ocupa. Si existe diátesis reumática ó gotosa, se administrará el cólcico, el guayaco, y los baños de vapor ; la piel debe conservarse caliente y activa, cubriendo con franela toda la superficie del cuerpo durante el invierno, recomendando en dicha estacion la residencia en un clima templado y uniforme. Cuando la molicie, la indolencia ó la disipacion han engendrado un estado débil del sistema nervioso, debe mandarse á la enferma al campo, donde el aire puro, el ejercicio á caballo, el recogerse temprano, y la alimentacion frugal y nutritiva puedan ejercer una influencia marcadamente alterante. La clorosis y la plétora se combaten, la primera con los tónicos ferruginosos y neurosténicos, el aire libre, los alimentos, y rodeando á la enferma de influencias alegres y agradables ; y la segunda por la dieta rigurosa, las emisiones sanguíneas, los purgantes, y otros medios depletivos. Contra la intoxicacion palúdica se prescribirá el cambio de residencia, la quinina y el hierro. La influencia alterante de un viaje por mar será muchas veces en extremo beneficiosa en casos de dismenorrea neurálgica, cualquiera que sea la causa del estado neurálgico.

Además de la medicacion general indicada, puede obtenerse alivio por el empleo de algunas locales, resultando con frecuencia en extremo útil la introduccion de vez en cuando hasta el fondo de la matriz de una sonda uterina, ó de una algalia de plata, la retencion dentro del órgano del pesario galvánico que describiremos al ocuparnos de la amenorrea, y el uso de los dilatadores de esponja ó de laminaria.

El parto produce á menudo un brillante resultado, curando completamente la dolencia en muchos casos.

Existen además ciertos medicamentos anti-neurálgicos que ejercen una accion mas ó ménos específica en esta forma de dismenorrea, y entre los cuales el mas eficaz es el apiol, un líquido oleoso, amarillento, que se obtiene del *petroselinum sativum* por la accion del alcohol y pasándolo por un filtro de carbon animal. Los señores Goret y Homolle, de Francia, lo preparan en cápsulas gelatinosas que se encuentran de venta en todas las boticas de los Estados Unidos, pudiendo administrarse una cápsula por la mañana y otra por la noche durante la menstruacion. La tintura de cáñamo indiano á dosis de 25 gotas cada cuatro horas cuando el dolor es fuerte y el hidrato de cloral á dosis de 1 gramo, cada ocho horas, tambien producirán alivio. Cuando existe un elemento espasmódico, además del neurálgico, se obtiene con frecuencia gran alivio por el uso de supositorios de manteca de cacao que contengan 15 miligramos de extracto de belladona cada uno, y que á lo mas se repetirán cada ocho horas ; y tambien por las inyecciones de asafétida (de 8 á 12 gramos de la tintura en 120 de agua caliente) (103).

Dismenorrea Congestiva ó Inflamatoria.

Defnición.—Durante cada período menstrual sobreviene una congestion activa, no sólo de los ovarios, sino de la mucosa de las trompas y del útero, y probablemente, aunque en grado menor, de todos los tejidos pelvianos ; y cuando dicha congestion adquiere gran intensidad, á causa de alguna influencia anormal, produce naturalmente dolor en los nervios que se encuentran entre los vasos distendidos. Esta hiperemia excesiva, que puede provenir ya de una causa mecánica, como la dislocacion del útero, ya de una vital, como el estado peculiar que llamamos inflamacion, da lugar á una forma de menstruacion dolorosa á la que se ha aplicado el nombre de congestiva ó inflamatoria, y el término sinónimo de accidental, para distinguirla de las formas que ocurren habitualmente.

El estado inflamatorio que altera de semejante modo la condicion de los nervios directamente afectados por la ovulacion ó la menstruacion, puede existir en el útero ó á su alrededor, en el peritoneo que lo cubre, en los ligamentos que lo sostienen, ó en el tejido areolar de la pélvis.

Esta forma de dismenorrea es muchas veces causada por la inflamacion de la mucosa uterina. La existencia de enfermedad en dicha parte causa quizás poco dolor, hasta que ocurre el eretismo engendrado por la menstruacion, sobreviniendo entónces una gran escitacion local, y manifestándose la dismenorrea.

Causas.—La dolencia puede provenir de casi toda inflamacion pelviana, ó de cualquiera influencia que exagere y prolongue la hiperemia determinada por la ovulacion. Entre las causas principales pueden mencionarse :

- Plétora general ;
- Exposicion al frio ó á la humedad ;
- Perturbacion mental súbita ;
- Inactividad de la circulacion en el sistema de la vena porta ;
- Dislocaciones de la matriz ;
- Tumores fibrosos ;
- Hiperplasia areolar ;
- Inflamacion de la mucosa uterina ;
- Inflamacion del tejido celular peri-uterino ;
- Pelvi-peritonitis.

Algunas de estas causas, aun cuando no determinen una verdadera flegmasía, pueden mantener un estado de hiperemia en los vasos uterinos, que aumentándose durante la catamenia, causa presion sobre los nervios adyacentes, y por consiguiente dolor.

Síntomas.—Una mujer en quien la catamenia nunca había sido dolorosa, se ve de súbito atacada, durante la menstruacion, de un dolor intenso en la pélvis, haciéndose el flujo ménos abundante ó cesando por

completo, y manifestándose un trastorno constitucional considerable. El pulso adquiere volumen y frecuencia, la piel se presenta seca y caliente, y encendidos los ojos; existe una cefalalgia intensa, acompañada de excitación nerviosa, desasosiego, y algunas veces, (aunque es raro,) de un poco de delirio; pudiendo además existir un tenesmo rectal ó vesical, y diarrea. Cuando existe una inflamación local al empezar el flujo, ó antes de que sobrevenga, la enferma se queja de un dolor sordo, pesado y fijo en la pelvis, que dura hasta terminarse la función menstrual, ó aun después de su cesación.

Diagnóstico diferencial.—Cuando el ataque es debido á una simple hiperemia, sin inflamación, el trastorno constitucional y súbita aparición que lo caracterizan servirán para distinguirlo de las formas neurálgica y mecánica, así como la ausencia de signos de inflamación en el intervalo, lo diferenciarán de la variedad inflamatoria; distinguiéndose generalmente por el dolor en los intervalos menstruales, la dificultad al andar, el cansancio al ejercitarse, la leucorrea, etc., cuando es debido á la influencia de una inflamación pelviana.

Pronóstico.—El pronóstico de la enfermedad dependerá del estado que la ocasiona, desapareciendo la dismenorrea, que es uno de sus síntomas, si aquel puede hacerse desaparecer, ó continuando sin disminuir notablemente si no desaparece. Las probabilidades de mejoría no serán naturalmente muchas cuando la causa de los síntomas sea un tumor fibroso, una pelvi-peritonitis, ó inflamación del tejido celular perituterino, ó aun una dislocación uterina irremediable.

Tratamiento.—Lo mismo que en la forma neurálgica, debe indagarse cuidadosamente el origen del mal antes de adoptar una medicación especial. Las emisiones sanguíneas, purgantes, dieta rigurosa, ejercicio, y aire puro, están indicados cuando aquel es debido á la plétora; obteniéndose pronto alivio merced á la administración de los opiados, los diaforéticos, y los sedantes cuando el ataque es accidental y efecto del frío y de la humedad. Si la circulación en el sistema de la vena porta es inactiva, debe estimularse con los purgantes mercuriales, y sustituyendo las costumbres sedentarias con hábitos de actividad. Cuando está el útero dislocado, se mantiene frecuentemente en un estado constante de hiperemia que puede aliviarse sólo sosteniendo al órgano de la manera debida. Según mi experiencia, esta es la causa más constante de todas de la dismenorrea congestiva, que es producida algunas veces por una ligera retroversión ó anteversión, y otras por un prolapso directo. En muchos de estos casos, el médico, al reconocer el vicio de posición, apenas lo considera bastante á producir la enfermedad; pero desaparece toda duda desde luego, al verse el alivio completo que se obtiene reduciendo el órgano, y quitándole todo peso que sobre él tenga por medio de un suspensor de faldas, y de una almohadilla abdominal. Cuando la causa es un tumor fibroso la curación dependerá de la posibilidad de estirparlo.

Si la causa fuere alguna flegmasía local, se someterá al tratamiento esta, y no ninguno de sus numerosos resultados.

Dismenorrea por Obstrucción, ó Mecánica.

Si una vez acumulada en el útero la sangre, existe un obstáculo que se oponga á su escape á la vagina y salida de este conducto, sobreviene un dolor espasmódico violento que reviste á menudo el carácter de tenesmo uterino. A esta forma de menstruación dolorosa es á la que se ha dado el nombre de dismenorrea por obstrucción. El orificio ó el cuello uterino, la vagina, ó la vulva, en el punto en que el hímen cierra parcialmente aquel conducto, pueden ser asiento de la obstrucción.

Patología.—La distensión excesiva de un órgano, como, por ejemplo, el estómago, la vejiga ó el intestino grueso, por algún líquido encerrado en su cavidad, determina contracciones violentas de las fibras distendidas que forman sus paredes, estableciéndose esfuerzos espasmódicos que han recibido el nombre de tenesmo. Si estos determinan la evacuación, hay alivio; si no, continúan las contracciones por mucho tiempo. Cuando ocurren en el útero, presentan los fenómenos característicos de la enfermedad que nos ocupa.

Causas.—Las causas especiales de semejante obstáculo son:

- Contracción congénita ó adquirida del canal del cuello;
- Flexión ó versión del útero;
- Estrechez de la vagina;
- Pólipo pequeño en el útero;
- Hímen obturador;
- Fibroide en el parénquima cervical.

Cualquiera de estas puede producir dicho mal, cerrando en parte el canal cervical, hasta el punto de no dejar salir la sangre, sino imperfectamente y con dolores. La contracción del cuello puede ser congénita, ó resultado de una inflamación de la membrana mucosa del canal, de la disminución en su calibre por la contracción de linfa exudada en el parénquima, ó del uso de escaróticos potentes en la cavidad cervical. La última causa es fecunda, por que rara vez deja de producir el mal la aplicación del cauterio actual ó de la potasa cáustica en el interior del cuello. La flexión obstruye el canal, por cuanto forma un ángulo en su curso. La encorvadura ligera de un tubo de caucho no origina el menor obstáculo, pero si se le dobla sobre sí mismo, la oclusión será completa. Las versiones son causas muy poco frecuentes de la dificultad, aunque algunas veces la compresión firme del cuello contra una de las paredes de la vagina da lugar á una oclusión parcial.

Una jóven que se presentó hace algún tiempo en mi clínica, en el *College of Physicians and Surgeons*, me dijo que cada aparición de sus reglas se presentaba acompañada de un dolor espulsivo muy intenso que

la debilitaba mucho. Al examinarla encontré que la vagina estaba parcialmente cerrada, á consecuencia de una necrosis en una fiebre tifoidea, que había producido una acumulacion de sangre encima de ella. La acumulacion de la sangre escitaba contracciones del útero, causando cada esfuerzo la espulsion de una pequeña cantidad del líquido acumulado encima de la estrechez. El hímen puede de la misma manera oponerse á la libre salida de la sangre y producir el tenesmo uterino.

Algunas veces un pólipa pequeño desciende sobre el orificio interno en que descansa, obstruyendo la salida del flúido, aunque permite la introduccion de una sonda en la cavidad uterina; es decir, que obra como una válvula de globo, y por esta razon produce las fases mas graves de la dismenorrea mecánica.

Síntomas.—Cuando la menstruacion ha durado ya algunas horas y el útero contiene una cantidad de sangre suficiente para distenderlo, sobreviene un dolor espasmódico en la pélvis llamado "cólico uterino." Este se convierte rápidamente en un esfuerzo espulsivo violento semejante á las contracciones que acompañan al aborto, y con el tiempo causa la salida de una pequeña cantidad de sangre, despues de lo cual el dolor cesa hasta que sobrevienen de nuevo la distension y el obstáculo, repitiéndose entónces el proceso mediante el cual se evacúa el útero.

Al observador no le será difícil comprender que la dificultad se desarrolla como sigue:

- 1º. Algun obstáculo causa la acumulacion de la sangre en el útero;
- 2º. Esto distiende el útero y escita su contraccion;
- 3º. La contraccion, aunque en un grado limitado, evacúa el útero aliviando á la paciente.

Tal es la patología del mal, ya exista el obstáculo en la vagina, ya en la vulva, ya en el canal cervical. Cuando existe en este último punto, los esfuerzos del útero arrojarán generalmente, primero un coágulo pequeño, y despues un chorro de la sangre retenida, con gran alivio de la enferma.

Diagnóstico diferencial.—Los síntomas que acaban de mencionarse son tan marcados y claros, que por lo general será poco difícil determinar la patología del caso, aunque la materia deberá decidirse positivamente sin ningun género de duda por el reconocimiento físico, ántes de formar conclusion definitiva. La oclusion absoluta debe de quedar necesariamente demostrada por la dificultad de introducir una sonda en la cavidad de la matriz. Si existe el obstáculo en la vagina, se descubrirá con el dedo; y si en el cuello, con el estilete, con casi igual seguridad.

Pronóstico.—Este depende enteramente de nuestra posibilidad de vencer el obstáculo mecánico. Si no fuere posible hacerlo desaparecer, la distension constantemente repetida de la cavidad uterina y el consiguiente esfuerzo para evacuarla originarán con frecuencia una flegmasia de la mucosa (104).

Tratamiento de la estrechez del cuello.—Cuando el obstáculo depen-

de de la constrictcion congénita ó adquirida del canal cervical, la estrechez podrá remediarse de dos maneras, á saber: la dilatacion, y la incision, que se verificarán por los medios que presentamos brevemente á continuacion:

La *dilatacion* se efectúa por medio de

- Las sondas;
- Los dilatadores;
- Instrumentos que dilatan forzosamente el canal.

La *incision* se efectúa por

- El método de Simpson;
- El método de Sims;
- El método mixto.

La estrechez del canal, cuando no la complica la flexion, está mucho mas marcada en el orificio esterno que en ninguna otra parte, aunque algunas veces puede estenderse hasta llegar al orificio interno (105).

El Dr. Mackintosh, de Edimburgo, estableció en 1832 la práctica de dilatar el canal uterino por medio de tallos metálicos, como se ejecuta en las estrecheces de la uretra. Su plan consistía en introducir una sonda muy pequeña, dejarla allí colocada poco tiempo, siguiendo despues haciendo lo mismo con otras cuyo calibre aumentaba gradualmente. Asegura que de 27 casos tratados por este método, 24 se curaron. Las mejores bugías para efectuar la dilatacion son las de metal, graduadas de tres ó cuatro tamaños, siendo muy convenientes las de Kammerer. La dilatacion por este método debe verificarse lenta y cautelosamente, introduciendo una sonda que se deja permanecer en el canal durante algunos minutos, y despues de estraida, otra, hasta efectuar el grado de distension que se considere practicable en una sesion. No cabe duda respecto de la eficacia de este plan, aunque probablemente algunos de los casos curados por el Dr. Mackintosh lo eran de dismenorrea neurálgica, y no mecánica (106).

Por el uso de los dilatadores de esponja ó de laminaria puede obtenerse igual resultado; pero ántes de emplearlos deberá tenerse en cuenta el peligro que los acompaña.

La dilatacion forzada de la estrechez es otro método que se ha adop-

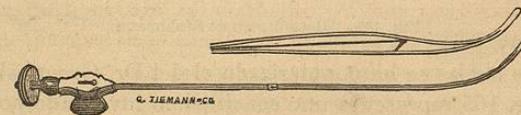


FIG. 163.—Dilatador de Priestly para el cuello uterino.

tado ventajosamente en muchos casos, y el instrumento que representa la Fig. 163 es uno de los mejores para verificarla. Tambien se ha empleado con este objeto una modificacion del dilatador de estrecheces de

Holt; pero estos instrumentos obran con demasiada violencia sobre los tejidos para que dejen de ser peligrosos, y no prometen tan brillantes resultados como los cortantes (107).

El Profesor Simpson, de Edimburgo, practicó en 1843, la incision de las paredes del cuello como método por el cual se ganaba espacio sin recurrir á la dilatacion, y la lámina que sigue representa el hysterótomo de una sola hoja de que se sirvió.

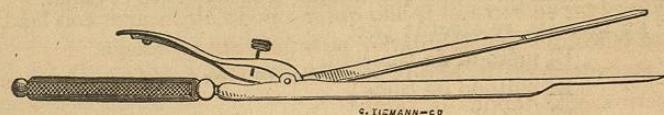


FIG. 164.—Hysterótomo de Simpson.

El instrumento, con la hoja oculta, se introduce sin spéculum, acostada la enferma sobre el lado izquierdo, y con el dedo índice se le guia hasta la altura del orificio interno, ó mas allá, si se cree necesario, aunque esto es muy raro; teniéndose entendido por supuesto que el canal del cuello ha de dilatarse previamente por medio de la laminaria ó de las esponjas preparadas, si fuere demasiado estrecho para admitir el instrumento. Una vez colocado en posicion el hysterótomo, se comprime el mango de la hoja para hacerla salir, y se aumenta el grado de compresion á medida que se estraee el instrumento hácia el orificio esterno, lo que hace que la incision sea mas ancha en la parte inferior del canal que en la superior. El instrumento vuelve á introducirse de nuevo para cortar el otro lado de la misma manera, despues de lo cual se barniza la superficie con la disolucion de persulfato de hierro.

Para hacer á un mismo tiempo las incisiones en ámbos lados, se han inventado varios hysterótomos dobles, es decir, con dos hojas en vez de



FIG. 165.—Hysterótomo de Stohlmann.

una, entre los cuales se ha popularizado el del Dr. Greenhalgh, de Londres. La Fig. 165 representa uno sencillísimo inventado por Mr. Stohlmann, de Nueva York.

Aunque se han recomendado diversas modificaciones de este plan de tratamiento desde que el Dr. Simpson lo introdujo, muy poco se le había perfeccionado hasta la introduccion del método del Dr. Marion Sims, que se practica como sigue:

1°. La enferma se acuesta sobre el lado izquierdo y se introduce el spéculum.

2°. Fijado ya el útero con una erina, se introduce en el canal cervical una de las hojas de un par de tijeras largas hasta que la otra llegue casi hasta el punto de union de la vagina y el cuello, dividiendo una de las paredes de este, y la otra en seguida de igual manera.

3°. Quitase la sangre de la superficie con esponjas montadas en mangos largos, é introduciendo el cuchillo de punta roma representado en la Fig. 124, se corta el tejido que no pudo alcanzarse con las tijeras, y ámbos lados del orificio interno, si se juzgare necesario.

4°. Se coloca en la herida un rollo de algodón fenicado empapado en glicerina, y se tapona la vagina.

Debe la enferma guardar cama por espacio de quince dias despues de la operacion. A las veinte y cuatro horas se quita el tapon, y á los tres dias se separan los labios de la herida con una sonda, colocando de nuevo el algodón fenicado, procedimiento que se repetirá despues un dia sí y otro no, pues de lo contrario el cuello se contraerá rápidamente, quedando tan estrecho como ántes de la operacion.

La incision del cuello practicada en casos oportunos produce algunas veces resultados muy satisfactorios; pero cuando el tejido cervical se ha atrofiado ó se encuentra duro y contraído, es imposible con frecuencia mantener abierto el conducto, que se contrae gradualmente á pesar de todos nuestros esfuerzos para impedirlo.

Una modificacion muy simple y útil en las operaciones de Simpson y de Sims, consiste en hacer una incision muy superficial á traves de las capas sub-mucosas del parénquima, que se estienda desde el orificio interno por todo el largo del conducto, y en colocar en seguida dentro del canal un rollo de algodón empapado en una disolucion débil de persulfato de hierro, que se dejará permanecer cuarenta y ocho ó cincuenta y seis horas, sustituyéndolo á los quince dias con un tallo de cristal ó de goma vulcanizada.

Este procedimiento, mucho mejor á mi modo de ver, que cualquiera de los otros dos mencionados, se efectúa usando un bisturí largo, de hoja angosta, ó un hysterótomo semejante al reproducido en la adjunta lámina.

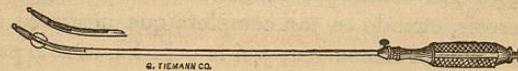


FIG. 166.—Hysterótomo de White.

Este instrumento fué inventado hace quince años por el Dr. Octavio White, de Nueva York, y desde entónces ha sido usado por muchos cirujanos. Despues de introducido hasta el orificio interno, se hacen salir dos hojas, por medio de un tornillo que tiene en su extremo el mango; y en esta disposicion se retira.