CAPITULO IV

Dismenorrea y trastornos nerviosos de origen menstrual

Definición.—División. Dismenorrea ovárica. Dismenorrea uterina.—Síntomas y diagnóstico. Prolapso del ovario. Desórdenes nerviosos.—Tratamiento. Castración (operación de BATTEY). Castración uterina. Técnica de la castración ovárica. Incisión abdominal. Incisión vaginal.

Definición

Durante el período menstrual las mujeres están normalmente *indispuestas,* según su propia expresión, es decir, experimentan cierto malestar general, dolores vagos en los riñones y un mal humor particular, bien que de ordinario estos fenómenos se presentan poco marcados. Si la menstruación se hace muy penosa y se lleva á término con dificultad, entonces hay **dismenorrea.**

División

Hanse multiplicado las divisiones de la dismenorrea, admitiéndose: 1.° la dismenorrea neurálgica ó simpática; 2.° la congestiva ó inflamatoria; 3.° la mecánica ú obstructiva; 4.° la membranosa, y 5.° la ovárica. Esta división puede simplificarse mucho, clasificando los dolores en dos grupos ó categorías, según ocurran durante el acto ovario-tubar (maduración del folículo, puesta del huevo), ó durante el acto uterino (expulsión de la sangre menstrual).

Dismenorrea ovárica

Dismenorrea de origen ovárico.—Puede depender del **desarrollo irregular de los órganos genitales,** ya sea que los ovarios con el útero hayan permanecido en *estadio pubescente,* ya que el útero haya quedado rezagado en su desarrollo, mientras que los ovarios han alcanzado la edad adulta antes que dicho órgano. Entonces ocurre una irregularidad inevitable en el mecanismo de la menstruación, irregularidad que mana de la dificultad de la ovulación, ó de la desproporción que existe entre la intensidad de los fenómenos congestivos por parte del ovario durante la puesta y el estado precario de la congestión concomitante por parte del útero; de ahí, la exageración anormal del eretismo ovárico y los dolores dismenorréicos consecutivos.

Las **enfermedades de los anejos** son otra causa frecuente de dismenorrea. No me refiero tan sólo á las inflamaciones agudas ó alteraciones profundas, salpingitis, hidro-, hémato- y pío-salpinx; sino también á los restos, comunmente limitados, de antiguas lesiones,

como adherencias, falsas membranas, que comprimiendo la superficie de los anejos ó manteniéndolos luxados en falsa posición, determinan la esclerosis del ovario y la obliteración de la trompa, y son causa frecuente y á menudo desconocida de intensos dolores durante la menstruación. El **varicocele tubo-ovárico** (RICHET), es decir, la dilatación varicosa del plexo pampiniforme y de las venas del ligamento ancho, parece que también toman cierta parte en la producción de la dismenorrea; dicho estado suele ir acompañado, según he observado, de ovaritis crónica y atrofia del ovario, del propio modo que en el hombre se atrofia el testículo consecutivamente al varicocele (1).

Dismenorrea uterina

Dismenorrea de origen uterino.—El principal factor de esta especie de dismenorrea es el obstáculo mecánico á la expulsión de la sangre: en este sentido obran la **estenosis del cuello** con ó sin hipertrofia, las desviaciones del útero, y particularmente las **flexiones,** la **metritis** (engrosamiento de la mucosa enferma y salpingitis concomitante), los **tumores diversos, cuerpos fibrosos, pólipos mucosos, cánceres.** Ya he descrito, en la metritis aguda, la forma especial que va acompañada de descamación completa de la mucosa y que constituye la enfermedad artificialmente creada por los autores, con el nombre de **dismenorrea membranosa.**

¿Hay motivos para distinguir una **dismenorrea diatésica, gotosa** ó **reumática?** Yo no lo creo; puede decirse únicamente que las artríticas están expuestas especialmente á diversas neuralgias.

Síntomas y diagnóstico

Síntomas y diagnóstico.—Los dolores de la metritis tienen distinto carácter según el punto de donde derivan. Cuando se inicia la menstruación predominan los dolores ováricos, y cuando está en su plenitud se acentúan los dolores uterinos.

La pretendida **dismenorrea intermenstrual** (*Mittelschmerz=dolor intermedio,* de los autores alemanes) sólo tiene de dismenorrea el nombre, gracias á un abuso de lenguaje. Se ha llamado así á crisis dolorosas de la región ovárica, que sobrevienen durante el intervalo de las reglas, y que hipotéticamente se han atribuído á la ovulación (2). En realidad son síntomas de inflamación del útero ó de los anejos.

(1) P. PETIT. *Des Lésions de l'ovaire dans le Varicocèle pelvien (Nouv. Arch. d'Obstétr. et de Gyn.,* 1891, p. 488).

(2) W. PRIESTLEY. *Cases of intermenstrual or intermediate Dysmenorrhœa (Brit. med. Journ.,* 19 oct. 1871).—H. FASBENDER. *Ueber den sogenannten Mittelschmerz (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Frauenkrankh.,* 1875, t. I, p. 125).—SOREL. *Douleur hypogastrique ou Dysménorrhée intermenstruelle (Arch. de Tocol.,* marzo 1887, p. 269).

En ocasión precedente ya he descrito (1) los caracteres de los dolores de la dismenorrea, de manera que en este capítulo sólo trataré de ellos muy lacónicamente.

Por lo común, los dolores acompañan la aparición del derrame sanguíneo, siendo muy violentos los dos primeros días. A veces, aun no mediando obstáculo mecánico alguno, ni estrechez del cuello, la sangre, al igual que la orina en la estranguria, únicamente mana gota á gota, por cual razón Aëtivs bautizó este fenómeno con el nombre de *stillicidium uteri*. La aparición de pequeños coágulos es el nuncio del estancamiento de sangre en la cavidad uterina, y su expulsión coincide con accesos de cólicos á veces muy intensos, provocando crisis histeriformes, que pueden convertirse en verdaderos síncopes.

En ocasiones, el período menstrual se vuelve muy penoso después de haber servido mucho tiempo como de válvula de alivio á las pobres enfermas; particularmente ocurre este fenómeno en ciertas salpingitis al pasar del estado agudo al crónico.

El **diagnóstico** debe procurar ante todo distinguir la verdadera dismenorrea de las **neuralgias lumbo-abdominales**, que exasperándose en el período catamenial pueden simular esta afección; la coexistencia, empero, de otras neuralgias y la investigación de los puntos dolorosos de elección facilitarán sobre manera esta distinción. Luego habrá que proceder á un escrupuloso estudio local á fin de establecer el **origen** ovárico ó uterino de los dolores. Para esto nos serán de suma utilidad los fenómenos que se hayan presentado anteriormente á las reglas.

El estudio de todas estas cuestiones se hallará en los capítulos correspondientes á cada una de las enfermedades enumeradas.

Prolapso del ovario

Merecen, empero, mención aparte la dismenorrea y los fenómenos reflejos graves que pueden derivar del **prolapso del ovario**; en este último el tacto nos hace descubrir en el fondo de saco de Douglas un tumor, cuya sensibilidad *nauseosa* es muy característica. Además el prolapso del ovario ofrece dos síntomas concomitantes, que son: el dolor durante la defecación y en el acto del coito, *disquesia* y *dispareunia* de los autores ingleses (2).

Trastornos nerviosos

Battey y, á su ejemplo, muchos ginecólogos, principalmente en América, conceden gran importancia á la coexistencia de trastornos menstruales (amenorrea y dismenorrea) con otros **trastornos**

(1) Véase el capítulo Metritis, y el capítulo Estenosis del cuello.
(2) Paul Vallin. *Situation et Prolapsus des ovaires*. Tesis de París, 1887, n. 266.

nerviosos graves, histerismo, epilepsia, manía; de este modo es como se han creado los nombres de *ooforalgia*, *ooforepilepsia*, *ooforomanía*. Si bien es innegable que ciertas enfermas de esta clase están bajo la dependencia de un reflejo patológico procedente de los ovarios mal desarrollados ó alterados, siempre resulta en extremo difícil el establecimiento de un diagnóstico preciso; por esta razón el cirujano debe observar gran circunspección en lesiones de esta naturaleza, en las que rara vez se guarda la reserva necesaria al otro lado del Atlántico. Es muy reducido el número de casos del todo evidentes, en que resulta manifiesta la preponderante influencia de la época menstrual y en que el ovario congestionado parece ser el punto de partida del *aura*, por ejemplo en la epilepsia; mientras que por el contrario son muy frecuentes aquellos en que los trastornos menstruales pueden evolucionar paralelamente, sin que la coincidencia induzca á la idea de causalidad.

Tratamiento

Como **tratamiento paliativo** para mitigar los dolores disponemos del bromuro de potasio, cloral (1), valerianato de amoníaco, asa fétida (2), almizcle, tintura de *cannabis indica*, belladona y beleño (3). La antipirina (4) en inyección hipodérmica constituye un recurso precioso; también en las crisis muy intensas podremos hacer inhalar con prudencia el éter. Se ha encomiado el oxalato de cerio (5). Wylie (6) elogia mucho la electricidad, y á este efecto introduce el polo positivo en el interior del cuello uterino. En algunos casos en que los otros remedios han quedado sin efecto, procuran alivio los enemas con láudano ó valeriana.

El tratamiento general deberá guiarse por el estado de anemia ó de nervosismo de la enferma.

El **tratamiento curativo** no puede amoldarse á indicaciones generales, sino que varía esencialmente según sea la causa de la dismenorrea. Si ésta reside claramente en el útero ó en los anejos, habrá

(1) Dubois. *Chloral et bromure de potassium dans la Dysménorrhée (Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 5 junio 1888).
(2) A. Courty (*Traité pratique des Maladies de l'utérus*, 3.ª edic., París, 1881, p. 492) recomienda 10 centígramos de asa fétida en píldoras, cada hora, ó 25 á 30 gotas de la mixtura antiespasmódica siguiente:

Eter sulfúrico.	aa 5 gramos.
Tintura de valeriana. . .	
Tintura de castoreo. . .	
Láudano de Sydenham. .	

(3) Schaw. *The value of Belladonna aud Hyosciamus in Dysmenorrhœa (Lancet*, 1888, t. II, p. 570).
(4) Dellenbauch. *Med. Record*, 21 mayo 1887, t. XXXI, p. 578.—Windelschmidt. *Allg. med. Centralzeit.*, Berlín, 1888, p. 1029.
(5) M. L. Chambers. *Oxal. of cerium in Dismenorrhœa (Med Rec.*, Nueva-York, 1888, t. II, p. 12).
(6) Wylie. *The American system of Gynœcology*, t. V.

que dirigir el tratamiento contra la lesión inicial. Pero si la lesión no está bien demostrada y da lugar á dudas, ó si la enfermedad manifiesta guardar cierta relación con trastornos funcionales de origen poco claro, entonces se lucha con graves dificultades para precisar la terapéutica que se ha de seguir. Si bien en muchos casos vemos que la enfermedad desaparece casi espontáneamente con el casamiento, la fecundación y los progresos de la edad, siendo esto debido á que procedía de un retardo en el completo desarrollo de los órganos genitales internos, con ó sin estenosis cervical, en otros, por el contrario, no llega á establecerse paralelismo entre el funcionalismo del ovario y el del útero, y en otros, finalmente, estas funciones resultan definitivamente alteradas en virtud de lesiones adquiridas (adherencias, dislocaciones) que dificultan las funciones del ovario de un modo permanente. Los dolores periódicos se vuelven intolerables y alteran la salud. También se ha supuesto que algunos desórdenes que pueden ser á menudo de gravedad, epilepsia, manía, eran de origen reflejo y dependían inmediatamente de la dismenorrea. En tales casos se ha practicado la extirpación de los ovarios sanos para dominar el dolor, aboliendo la función que lo provocaba.

Castración (operacion de Battey)

Esta indicación especial de la **ooforectomía, castración ú ovariotomía normal** (epíteto para significar que el ovario ha conservado su volumen normal) fué planteada primero en América por Battey (1), después por Hegar (2) en Alemania y por Lawson-Tait (3) en Inglaterra.

Battey (4), de quien la operación ha conservado el nombre, quiere que el cirujano, antes de resolverse á la castración en casos de esta naturaleza, se haga las siguientes preguntas: 1.ª ¿Es grave el caso? 2.ª ¿Puede ser curado por algún otro medio médico ó quirúrgico? 3.ª ¿Es curable por el establecimiento de la menopausia?

La verdadera dificultad estriba en este último punto. No basta que el ovario sea muy doloroso para obtener la *seguridad* de que este órgano constituye el punto de partida de la afección, pues por una parte puede tratarse de la llamada *ovaria* de las histéricas, y

(1) R. Battey. *Normal Ovariotomy (Atlanta med. and surg. Journ*, set. 1872 y 1873) Su primera operación data del 17 de agosto de 1872,

(2) A. Hegar. *Die Castration der Frauen* (Volkmann's *klin. Vortr.*, Leipzig, 1878, n.º 42). Su primera operación se remonta al 27 de julio de 1872, siendo por lo tanto anterior de casi un mes á la de Battey. Pero por haber muerto de peritonitis su operada, Hegar no volvió á practicar esta operación hasta el 2 de agosto de 1876, mucho después de haber vulgarizado Battey el procedimiento que ha conservado su nombre.

(3) Lawson-Tait. *Brit. med. Journ.*, 31 marzo 1879.—*Diseases of the ovaries*, 1883, p. 327.—Su reclamación de prioridad (*Med. News*, julio 1886, p. 26) no tiene defensa.

(4) R. Battey (de Roma, Georgia). *What is the field for* Battey's *operation?* Memoria leída en la Soc. amer. de Ginecología de Cincinnati, en 1.º de septiembre de 1880, citada por W. H. Byford. *The practice of Medicine and Surgery applied to the Diseases and Accidents incident to women*, 4.ª edic., Filad., 1888, p. 676.

por otra pueden existir en toda mujer dolores neurálgicos de origen central con irradiaciones centrífugas. Así ocurre con frecuencia, en la neuralgia del trigémino, por ejemplo, que muelas completamente sanas acusan un grado extremo de sensibilidad, sin que se le ocurra á nadie la idea de extraerlas (1). Contra esta juiciosa observación de Olshausen no falta quien ha objetado, que, por ser la castración muy benigna en casos de esta naturaleza con el ovario perfectamente sano, y por ser los dolores insoportables por otro lado, habría muchas enfermas que de buen grado se prestarían á esta operación, ya que la misma encierra una perspectiva de curación probable, si no segura. Cuando menos, siempre se aboliría por este medio la exasperación constante que se produce en el período de la menstruación.

En los casos de **epilepsia menstrual** (ingl.: *menstrual epilepsy*), Lawson-Tait pretende haber obtenido curaciones muy lisonjeras. Pero G. Willers, discípulo de Hegar, deduce por las recopilaciones que ha hecho, que en tales casos hay mayor expectativa de obtener la curación cuando el ovario está afecto que cuando está incólume. Otro tanto debe decirse del **histerismo** y de la **histero-epilepsia** con exacerbación notable en el período catamenial, lesión presunta ó demostrada de los ovarios.

No puede negarse que la castración ha dado buenos resultados (2), pero también ha producido numerosas decepciones (3). Las curaciones, algunas de ellas muy notables, pueden faltar por completo ó sólo son temporales (4). Por último, hay que preguntarse también, si las tales no son en muchos casos efecto de la fuerte impresión moral y de la especie de sugestión producida por la operación. Prueba de esta última influencia es el feliz resultado que ha producido excepcionalmente una castración simulada (5).

(1) Olshausen. *Die Krankh. der Ovarien*, 1886, p. 452.

(2) Observ. de Heilbrunn, Walton, V. Hoffmann, Bircher, Hegar, etc.—Véanse las indicaciones bibliográficas del final de este capítulo.

(3) Playfair (*Brit. med. Journ.*, 1891, p. 119) declara que la castración en los casos de neurosis (*histero-epilepsia*) es una mala operación. Spencer Wells y Priestley abundan en igual opinión. Sin embargo, Playfair parece algo exagerado cuando dice que «si el estado nervioso se complica con lesiones demostradas de los anejos, es necesario comenzar por tratar simultáneamente el estado nervioso y ver si de este modo se podrá evitar la castración.»

(4) Observ. de J. Friedmann, L. Landau y Remak, A. Leppmann, Mundé, etc.

(5) J. Israel. *Beitrag zur Wuerdigung des Werthes der Castration bei hysterichen Frauen (Berl klin. Wochenschr.*, 1880, n.º 17, p. 243).—A. Hegar. *Zur* Israel'*schen Scheincastration (Berl. klin. Wochenschr.*, 1880, n.º 48, p. 632).—Chiarleoni (*Gaz. degli Ospit*, 1888, n.os 8 y 9), en una histérica de 29 años (amenorrea, vómitos incoercibles, enflaquecimiento extremo), hizo el simulacro de la castración (incisión superficial del abdomen). Los vómitos cesaron desde el primer día, sueño, apetito. A los 15 días la enferma se levantó. Las reglas aparecieron al cabo de un mes.

En cuanto á las castraciones que se practican por causa de **manías ó psicosis**, que parecen depender en cierto grado de la menstruación, creo que deben desecharse rotundamente (1). Se han publicado varios casos, en los que dicha operación, lejos de producir alivio, ha agravado considerablemente la afección. Algunos cirujanos han practicado la castración con objeto de provocar la esterilidad é impedir de este modo la reproducción de locuras hereditarias (2): proposición tan extravagante difícilmente llegará á tener secuaces.

En las consideraciones que anteceden he pasado por alto la noción del estado anatómico de los ovarios. A pesar de los esfuerzos muy loables de Hegar para limitar la castración únicamente á los casos en los que es posible demostrar que hay lesiones en el ovario y para dar una base anatómica á esta operación, hasta yendo dirigida contra los accidentes nerviosos, preciso es confesar que semejante diagnóstico es, las más de las veces, completamente imposible (3). Es muy raro que por la palpación bi-manual se lleguen á reconocer la degeneración esclero-quística, la cirrosis y la hiperplasia del estroma ovárico, y en cuanto á los signos producidos por dichas lesiones, nada característico presentan que los distinga de los trastornos puramente nerviosos.

Considero muy posible que la ablación aún de ovarios sanos llegue á modificar el estado del sistema nervioso y haga desaparecer de este modo los graves reflejos contemporáneos de la función menstrual. Esto nos dice, pues, que al operador no debe preocuparle averiguar si el ovario que va á extirpar presenta ó no *lesión anatómica*, sino que debe estar seguro de que este órgano constituye el punto de partida *fisiológico* de los accidentes de la enferma, de manera que en este punto el examen de los signos racionales importa más que el examen físico. Hay que confesar, no obstante, que en tales casos es muy difícil pronunciarse en pro de la intervención quirúrgica en el sentido expuesto, y salvo en los casos de una convicción bien fundada, el cirujano conziencudo no podrá menos que desistir de una operación que, si resulta

(1) Spencer Wells. *Modern abdominal Surgery* (leído en el *Royal College of Surgeons of England*, en 18 diciembre de 1890), Londres, 1891, p. 35 y sigs.

(2) W. Goodell. *Removal of the Ovaries in the treatment of confirmed masturbation and of ovarian insanity* (*New-York med. Record*, 13 octubre 1893, t. XXIV, p. 402).

(3) Hegar (Hegar y Kaltenbach. *Oper. Gyn.*, 3.ª edic., 1886) reconoce implícitamente este hecho cuando dice: «Muchas veces hemos obtenido resultados duraderos de la castración, cuando se pudo demostrar por un examen atento que, fuera de una ligera periooforitis, sólo existía un estado sencillamente hiperplásico del estroma del ovario.» Como se ve, estas lesiones son completamente insignificantes, de manera que vale tanto como decir, que la castración ha tenido á menudo éxito por haberse practicado en ovarios sanos.

inútil, constituye una verdadera mutilación de mayor gravedad, desde el punto de vista social, que la amputación de un miembro cualquiera.

Péan (1) prefiere la histerectomía vaginal, que él llama **castración uterina**, á la castración ovárica, y halla que da mejores resultados contra los fenómenos nerviosos que la ablación de los ovarios. Por mi parte, no estoy lejos de participar de esta opinión. En efecto, la castración uterina obra suprimiendo en mayor extensión el punto de partida de los reflejos morbosos: en 2 casos que he seguido esta práctica, he obtenido dos curaciones notables (2). Castración uterina

Técnica de la castración.—Ya he descrito esta operación al ocuparme del tratamiento indirecto de los cuerpos fibrosos (t. I, p. 385 y sig.); sólo hay que notar aquí algunos puntos especiales. Técnica de la castración

La **incisión abdominal** debe ser lo más reducida posible, toda vez que sólo se trata de hacer pasar por ella el ovario y la trompa y no hay necesidad de ninguna pesquisa laboriosa ni de practicar ningún desprendimiento difícil de estos órganos; si el caso lo requiere, siempre hay tiempo de agrandarla secundariamente: de ordinario hay suficiente con 5 á 6 centímetros al principio. Por la exploración bi-manual se debe haber determinado antes la situación del fondo del útero, á fin de hacer pasar á este nivel la parte media de la incisión; generalmente el extremo inferior de la herida queda á dos dedos del pubis. Battey solamente extirpaba el ovario, á lo menos en sus primeras operaciones. Hegar (3) comprendió ya desde el principio la importancia de la ablación simultánea de la trompa, lo cual, lejos de complicar la operación, más bien la facilita. Lawson-Tait (4) asigna un valor capital á este complemento operatorio, con lo cual ha contribuído mucho á transformar la *ooforectomía* en *salpingo-ooforectomía*. Incisión abdominal

La cicatriz que deja la pequeña incisión, tal como la practica Lawson-Tait, es completamente insignificante, sobre todo si, como lo he recomendado, se tiene cuidado de suturar las paredes abdominales por tres planos superpuestos con dos capas de sutura perdida hecha con catgut (5).

Con este objeto, se puede decir que la **incisión vaginal** no ofrece ventaja alguna. Con todo, se podrá practicar la castración por esta Incisión vaginal

(1) Péan. *Gaz. des Hôp.*, 1886, n.º 145, p. 1170.

(2) S. Pozzi y Baudron. *Revue de Chir.*, agosto 1891, p. 622.

(3) Hegar. *Die Castration der Frauen*, p. 112.

(4) Lawson-Tait. *Diseases of the Ovaries*, Birmingham, 1883, p. 326.

(5) S. Pozzi. *Comptes rendus du Congrès français de Chir.*, 5.ª sesión, París, 1891, p. 211.

vía para evitar una cicatriz aparente, si las enfermas conceden á este detalle manifiesta importancia (1) y principalmente si los ovarios se hallan en prolapso y son fácilmente accesibles. Sin dificultad se pueden reconocer los ovarios en prolapso en el fondo de saco de DOUGLAS mediante el tacto vaginal y además por sus dos signos característicos: dolor durante la defecación y dolor durante el coito.

Cuando el útero goza de perfecta movilidad, la operación resulta muy sencilla: colocada la enferma en la posición dorso-sacra, se deprime la horquilla con una valva de SIMON, se fija el cuello del útero y se le atrae hacia adelante, y un ayudante hace descender el útero, comprimiendo el hipogastrio. En el fondo de saco posterior se practica una incisión transversal de 4 centímetros que pasa todo lo cerca posible del útero. Se introducen el índice y el medio en el fondo de saco de DOUGLAS y se enganchan con ellos el ovario y la trompa, después se opera la transfixión del hilo del órgano con una aguja roma y se aplica el nudo de LAWSON-TAIT. Cuando los desórdenes nerviosos son muy intensos, es preferible extirpar los anejos de los dos lados, aunque sólo haya un ovario procidente, porque la menopausia artificial obra todavía con más seguridad que la supresión del órgano dislocado. Si ningún incidente ha venido á enturbiar la operación y si no media razón especial alguna que motive el desagüe, se cerrará completamente la herida con suturas de catgut (2).

(1) BONNECAZE. *Valeur et indications de l'Incision vaginale appliquée á l'Ablation de certaines petites Tumeurs de l'ovaire et de la trompe.* Tesis de Paris, 1889.

(2) Siguen algunas indicaciones bibliográficas relativas á los últimos trabajos publicados acerca la castración en los casos de dismenorrea, especialmente acompañada de trastornos nerviosos y mentales. R. BATTEY. *Extirpation of the functionnally active Ovaries for the remedy of otherwise incurable diseases (Transact. of the Amer. gyn. Soc.,* 1876, t. 1, p. 101 á 121).—M. SIMS. *Brit. med. Journ.,* diciembre 1877, t. II, p. 793.—E. BŒRNER. *Wien. med. Wochenschr.,* 1878, n.os 47 á 50, p. 1247 y sigs.—J. H. AVELING. *The spaying of women (Obstetr. Journ. of Great Britain,* enero 1879, t. VI. p. 617). —SPENCER WELLS. *Case of removal of both Ovaries for Dysmenorrœa (Trans. of the Amer. gyn. Soc.,* Boston, 1879, t. IV, p. 198).—A. HEGAR. *Zur Castration bei Hysterie (Berl. klin. Wochenschr.,* 1880, n.º 26, p. 365).—BRUNTZEL. *Arch. f. Gyn.,* 1880, Bd. XVI, p. 107.—DAWSON. *Amer. Journ. of Obstetr.,* 1881, t. XIV, p. 419.—MAURER. *Deutsche med. Wochenschr.,* 1881, p. 530.—H. KLOTZ. *Hysterie und Castration (Wien. med. Wochenschr.,* 1882, n.os 38-41, p. 1129 y sigs.).—W. GOODELL. *Amer. Journ. of Insanity,* 1882, y *Philad. med. Times,* 29 diciembre 1883, t. XIV, p. 229.—JESSETT. *Lancet,* junio 1882, t. I, p. 910.—LEOPOLD. *Arch. f. Gyn.,* 1882, Bd. XX, p. 88.—FEHLING. *Zehn Castrationen (Arch. f. Gyn.,* 1883, Bd. XXII, p. 441).—MUNDÉ. *Amer. Journ. of Obstetr.,* 1883, p. 944.—CARSTENS. *Ibid.,* p. 266 y 522.—JOS. PERETTI. *Berl. klin. Wochenschr.,* 1883, n.º 10, p. 141.—LANDAU y REMAK. *Zeitschr. f. klin. Med.,* 1883, p. 437.—G. THOMAS. *New-York med. Journ.,* enero 1883, t. XXXVII, p. 32.—B. HEILBRUNN. *Centralbl. f. Gyn.,* 1883, n.º 38, p. 601.—MALINS. *Brit. med. Journ.,* 12 mayo 1883, t. 1, p. 911.—J. FRIEDMANN. *Vergleich einiger Fœlle von Operationen an den Ovarien wegen Psychose.* Disert. inaug., Berlin, 1883.—TAUFFER. *Beitrœge zur Lehre der Castration der Frauen (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.,* 1883, Bd. IX, Heft 1, p. 38).—L.-TAIT. *The Pathology and Treatment of Diseases of the Ovaries,* 4.ª edic., 1883, p. 328.—P. MUELLER. *Beitrœge etc. (Deutsche Zeitschr. f. Chir.,* 1884, Bd. XX, p. 1).—G.-L. WALTON. *Boston med. and. surg. Journ.,* 1884, t. CX, n.º 23, p. 259.—V. HOFFMANN. *S.-Francisco western Lancet.,* enero 1884.—P. FLECHSIG. *Neurol. Centralbl.,* 1884, n.º 19, p. 433 y n.º 20, p. 457).—BIRCHER. *Castration bei Ovarial-Neuralgie und Hysterie (Correspondenzbl. f. Schw. Ærtze,* 1884, t. XIV, p. 447 y 470).—A. HEGAR. *Arch. f. Gyn.,* 1884, t. XXIV, p. 318 y *Centralbl. f. Gyn.,* 1884, p. 593.—*Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervœsen Leiden,* 1885.—*Zur Begriffsbestimmung der Kastration (Centralbl. f. Gyn.,* 1887, n.º 44, p. 698).—SCHMALFUSS. *Zur Castration bei Neurosen (Arch. f. Gyn.,* 1885, Bd. XXVI, p. 1).—H. MENZEL. *Beitrœge zur Castration der Frauen (Ibid.,* p. 36).—A. LEPPMANN. *Ibid.,* p. 57.—TISSIER. *De la Castration de la femme en Chirurgie.* Tesis de Paris, 1885.—UHEREK. *Die funktionellen Neurosen beim weiblichen Geschlecht und ihre Beziehung zu den Sexualleiden,* en *Frauenarzt* 1886 (anal. en *Centralbl. f. Gyn.,* 1888, n.º 4, p. 50).—L.-TAIT. *Brit. med. Journ.,* 1886, t. II, p. 852.—*A case of Hystero-epilepsy successfully treated by removal of damaged uterine appendages (Lancet,* 1887, t. II, p. 1213).—SCHRŒDER. *Ueber die Castration bei Neurosen (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.,* 1886, Bd. XIII, Heft 2, p. 325).—WIDMER. *Centralbl. f. Gyn.,* 1886, n.º 40, p. 657.—MUNDÉ. *Amer. Journ. of Obstetr.,* marzo 1886, t. XIX, p. 324 y enero 1888, t. XXI, p. 35.—MAGNIN. *De la Castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux.* Tesis de Paris, 1886.—J. SCHRAMM. *Ueber Castration bei Epilepsie (Berl. klin. Wochenschr.,* 1887, n.º 3, p. 38).—GUSTAV WILLERS. *Ueber die Berechtigung der Castration der Frauen zur Heilung von Neurosen und Psychosen bei intactem Sexualsystem.* Disert. inaug., Friburgo, 1887.—LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Trois cas d'Ablation des ovaires pour accidents nerveux (Soc. obst. et gyn. de Paris,* en *Annal. de Gyn.,* 1883, t. XXVII, p. 450).—E. W. CUSHING. *Melancholia, Masturbation cured by removal of both ovaries (Journ. of the Amer. med. Assoc.,* Chicago, 1887, p. 441).—REANY. *A case of oophorectomy for Epilepsy (Amer. Journ. of Obstetr.,* 1888, t. XXI, p. 435).—F. MERKEL. *Beitrag zur Kasuistik der Kastration bei Neurosen.* Nüremberg, 1888.—MAY. *A case of Hystero-epilesy; TAIT's-operation, cure (Virginia med. Month.,* Richmond, 1888-89, t. XV, p. 174).—IMLACH. *A case of Hystero-epilepsy of 20 years duration treated by removal of the utérine appendages (Brit. med. Journ.,* 1888, t. I, p. 140).—S. BRODNITZ *Die Wirkungen der Kastration auf den weiblichen Organismus.* Disert. inaug., Estrasburgo, 1890.—PLAYFAIR. *On removal of the uterine appendages in cases of functional Neurosis (Brit. med. Journ.,* 17 enero 1891, p. 119).

LIBRO II

INFLAMACIONES DE LOS ANEJOS DEL ÚTERO

Consideraciones generales. — Clasificación de las salpingitis

Consideraciones generales

Solamente en estos últimos años se ha admitido de un modo definitivo el papel importante que desempeña en ginecología la inflamación de los órganos que se ha convenido en llamar *anejos* del útero (ovario y trompa). Ya ARAN y su discípulo SIREDEY (1) habían previsto é indicado esta alta significación. Pero estas nociones importantes, que únicamente habían sido formuladas por

(1) ARAN. *Leçons clin. sur les Maladies de l'utérus et de ses annexes,* París, 1858.—SIREDEY. *De la fréquence des Altérations des annexes de l'utérus dans les Maladies dites utérines.* Tesis de Paris, 1860.

Ya en el último siglo había sido señalada en Francia de un modo formal la frecuente propagación de la inflamación del útero á las trompas y á los ovarios. ASTRUC. *Traité des Maladies,* 1770, t. VI, p. 46.—LIEUTAUD. *Précis de Médecine pratique,* 1776, t. II, p. 462.