

Relación de las afecciones nerviosas con las alteraciones de los órganos genitales femeninos.

POR EL DR. MATEO BONAFONTE (1)

Sería faltar a los más rudimentarios deberes de gratitud, si no manifestase ante todo, mi más profundo reconocimiento por la señalada e inmerecida merced de haberme considerado como merecedor de ocupar un puesto en esta docta Academia, a la que saludo cordialmente, en las personas de sus dignos representantes. Pero esta satisfacción, legítimamente sentida, al ser elegido Académico, sufre en cierto modo, una atenuación, por implicar el nombramiento la existencia de un vacío por desaparición de compañeros que, con méritos conocidos, ocuparon el puesto que corresponde disfrutar al nuevo elegido.

Por ello, deseo que mis primeras frases sean las de exteriorizar mi sentimiento, dedicando un piadoso recuerdo a los que, por ley ineludible, fueron arrebatados a la ciencia, y así, no por lo que establece la costumbre para estos discursos, sino por obediencia a los dictados de mi corazón, he de recordar que fué mi antecesor en este sitio, el malogrado Doctor Miguel Fargas Raymat, joven que llevó en su corta vida profesional y académica, muy alto el nombre glorioso que heredó de su padre el Dr. Miguel A. Fargas, que, a su vez fué mi antecesor en la cátedra que desempeño. Observad Señores Académicos, cómo el destino quiere que veais en mí, el mantenedor del prestigio y de la simpatía que ambos gozaron entre vosotros y de la tradición honorable que ambos representaron en el campo de la ginecología.

Los Estatutos que rigen esta Academia obligan al electo a pronunciar un discurso para posesionarse de su cargo. Ello me parece muy justo aunque considero la empresa un tanto árdua, pues no es asunto tan fácil, si ha de corresponder el mérito del discurso a lo que una corporación tan ilustre tiene derecho a exigir.

Más el reglamento ha de cumplirse y después de grandes preocupaciones me decido a exponer mi criterio acerca de una cuestión ginecológica que, a pesar del tiempo y número de eminentes maestros que de la misma se ocuparon, todavía no puede decirse que el asunto esté totalmente terminado.

Dedicado desde largo tiempo exclusivamente a la ciencia ginecológica y poseedor de un enorme material clínico, he creído poder abordar mi tema sin pretensión de aclarar totalmente los numerosos puntos oscuros que entorpecen su solución, pero por lo menos, pretendo intentar, poniendo en ello mi gran voluntad, contribuir al descubrimiento de alguna incógnita.

El tema elegido es: "Relación de las afecciones nerviosas con las alteraciones de los órganos genitales femeninos".

Ignoro el juicio que mi pequeño trabajo os merecerá, pero sea el que fuese, tened la seguridad de que mi única pretensión ha sido contribuir en la medida de mis fuerzas y con mi modesto óbolo, al esfuerzo conjunto de crear una bibliografía médica patria.

Cierto que aún no podemos prescindir de la literatura extranjera, pero si el material patrio disponible se utiliza en mayor cuantía, creo que podremos demostrar que en España se cuenta con elementos susceptibles de formar una escuela y una literatura propia y genuinamente nacional.

Es un hecho conocido que graves afecciones de una parte del cuerpo, y más cuando son de larga duración, tienen como consecuencia frecuente, la provocación de perturbaciones de otras partes del organismo, a menudo situadas a gran distancia del foco morbozo primitivo.

Enfermedades del estómago o del intestino, producen con el tiempo, ciertos estados ner-

(1) Discurso de ingreso presentado por el Académico Numerario electo Dr. M. Bonafonte e informado, autorizando la lectura, con el mayor elogio, por la Sección de Cirugía de la Academia.

viosos, pudiendo, asimismo, influir en la función del corazón y en sentido desfavorable. Afecciones cerebrales crónicas, perturban la digestión estomacal y afectan los movimientos intestinales, etcétera.

Igualmente sucede que las afecciones del sistema nervioso, tienen como consecuencia frecuente la provocación de alteraciones funcionales del aparato genital femenino y, al contrario, ciertas anomalías del sistema nervioso son provocadas a veces por afecciones de los genitales femeninos.

Esta última afirmación se puso de relieve en numerosos trabajos acerca de este tema, pero los criterios de los autores acerca de la especie y frecuencia de la relación de las afecciones de estos dos sistemas orgánicos, difieren de tal modo entre sí, que podemos afirmar que no existe otro capítulo de la medicina en que suceda un hecho análogo de discrepancia tal.

Todo médico está conforme con el hecho de que varias afecciones de los nervios albergados en la pelvis, pueden ser producidas por afecciones genitales, pero las opiniones difieren extraordinariamente respecto de la influencia que las afecciones genitales ejercen sobre la afección de los nervios que no proceden de la médula lumbar, y aun domina mayor divergencia respecto de la relación de las llamadas neurosis generales (histerismo, neurastenia, afecciones del espíritu, etc.) con las anomalías genitales.

Los ginecólogos que más modernamente se han ocupado de este tema, conceden en verdad un mayor campo a la influencia de lo que llaman constitución neuropática, mucho mayor de lo que acontecía a los ginecólogos de una época anterior, aunque, no obstante, se afirman aún casi todos en la creencia de que las alteraciones locales en los genitales pueden jugar un gran papel en la producción de los llamados síntomas histéricos (v. Hegar, Engehard, P. Müller, Eisenhard, H. W. Freund, etc. etc.).

Mucho más escépticos son los neurólogos respecto de esta cuestión, si bien tampoco han conseguido ponerse de acuerdo por completo (Möbius, Windscheid, etc.). De todo ello puede concluirse que, de hecho, existe a veces una relación entre las afecciones genitales y nerviosas, pero que, no obstante, a pesar de la gran literatura acerca del tema, no se ha podido llegar a un acuerdo. Se ha empleado la frase neurosis refleja con demasiada liberalidad cuando muchos hechos pueden explicarse con gran sencillez, hechos que hasta el presente se ha ensayado hacerlo con la mencionada neurosis refleja.

Ahora bien, si consideramos solamente las relaciones anatómicas, no encontramos una diferencia esencial entre las relaciones del sistema nervioso con los genitales y las que existen con otros órganos viscerales. En uno y en otro caso se encuentra intercalado un aparato ganglionar nervioso vegetativo de complicada estructura, que recoge todas las excitaciones procedentes de los órganos correspondientes, transformándolos en impulsos adecuados en unos u otros órganos, sin que, por lo general, se observe una correspondiente sollicitación en las estaciones inmediatamente más altas, como la médula misma o el cerebro más superior.

Es por lo que esta disposición del sistema nervioso vegetativo y su amplia autonomía ante el cerebro-espinal, hará que pueda prescindir el cerebro de un cuidado continuo en la regulación de los procesos que garantizan la vida y la salud del individuo en la intimidad de su organismo, habilitándole para realizar las más elevadas actividades espirituales.

Así se verifica de ordinario la actividad de los órganos vitales con toda tranquilidad en los umbrales de la conciencia. Solamente en condiciones morbosas, actúan perturbando la vida anímica.

Los órganos sexuales constituyen una excepción única de esta regla, válida para los órganos viscerales.

Estos órganos sexuales se someten solamente en el período asexual o infantil a las leyes que rigen para todos los restantes órganos viscerales, dejando al cerebro la influencia indiscutible sobre todos los demás órganos.

Esta gradual relación experimenta, sin embargo, una profunda modificación cuando al despertar la glándula germinativa de su sueño, entra en función y entonces se ve el individuo impulsado a servir a la conservación de la especie. En este momento segrega la glándula germinativa un producto hormonal que imprime a todo el organismo el carácter de sexualidad, cuya demostra-

ción experimental consiguió Steinemann con sus conocidos experimentos en conejillos de Indias, excluyendo asimismo al órgano nervioso central de sus vías ordinarias.

Por espacio de tres o cuatro decenios se encuentra subordinado todo el organismo al tiránico mandato de las glándulas germinativas. Lo mismo las funciones corrientes de cada día, como las más elevadas funciones anímicas de que es susceptible el hombre y que forman parte de nuestra más apreciada cultura, se manifiestan con el sello inconfundible de la erótica.

En el hombre, y en especial su sistema nervioso, el despertar de la función de las glándulas germinales, le ocasiona la más violenta tempestad, y en la mujer se afecta todo su ser por la secreción de estas glándulas. Principalmente cuando ésta falta por completo, es cuando vuelve a tener el sistema nervioso su situación dominante en la mujer y así la sostiene hasta la muerte.

Puesto que en el hombre puede conservar aún por largo tiempo la función de las glándulas germinales cierto nivel, resultará que pierde más tarde en él la psiquis su matiz sexual.

Si en condiciones normales ya resulta indudable la poderosa influencia de los genitales sobre todas las funciones somáticas y espirituales, esto resulta aún más en el caso de condiciones patológicas. Por esta razón no hemos de admirarnos cuando vemos en las más antiguas publicaciones médicas sostener el criterio de que muchas afecciones psíquicas deben referirse a la existencia de procesos en los genitales. Este criterio se refleja principalmente en la doctrina del origen del histerismo.

Platon e Hipócrates expusieron la idea de una exigencia apremiante del útero para la manifestación sexual. Ambos supusieron que el útero era muy movable, hasta el punto de que se movía en el organismo en las direcciones más variadas, pudiendo provocar alteraciones en los órganos más diversos. Sorano designó esta afección como metromanías.

El criterio de que se debe buscar en el útero la causa del histerismo, se ha conservado hasta la época moderna, si bien cambió su forma externa correspondiendo a la moda imperante.

Charcot fué el primero que procuró destruir la doctrina del origen uterino de la histeria, procurando hacer triunfar la doctrina psicógena de esta afección, aun cuando no puede considerarse como el genuino representante de este criterio; pues, ya en el siglo XVII y en el XVIII expusieron algunos investigadores (Carolus, Piso, Sydenham y otros) esta opinión. Pero tampoco Charcot pudo anular por completo la representación del origen genital de la histeria.

Así vemos que W. A. Freund defendió que la histeria suponía una neurosis refleja genital, que se produciría por una alteración inflamatoria crónica de los parametrios, con esclerosis del tejido conjuntivo y alteraciones degenerativas del aparato nervioso incluido en el tejido conjuntivo pelviano.

Asimismo concedieron un importante papel en la etiología de la histeria y otras neurosis a las afecciones de los genitales y especialmente del útero, Küstner y Schutze principalmente.

Las afecciones ginecológicas que se conceptuaron como causa de neurosis reflejas no eran en modo alguno graves; carcinomas, miomas, grandes prolapsos, graves procesos inflamatorios no se consideraron como de gran trascendencia en la etiología de las neurosis reflejas. Por el contrario, afecciones ligeras, como catarros cervicales crónicos, endometritis, erosiones, ectropión, laceraciones, anomalías de forma y posición del útero, ocuparon un gran espacio entre las afecciones capaces de despertar supuestas afecciones nerviosas.

Muy especialmente la retroflexión del útero fué inculpada por la mayoría de los autores como origen principal de afecciones nerviosas. (De esto me ocuparé detalladamente en otro lugar.)

La circunstancia de ser precisamente las afecciones genitales femeninas más ligeras las que habrían de jugar el papel esencial en la génesis de las afecciones nerviosas, debió provocar la sospecha de que estos trastornos no se producirían tanto por las afecciones genitales como tales, por lo que se supuso que más bien serían provocadas por efecto de un tratamiento prolongado y a veces sin resultado, por explicaciones médicas poco discretas, lectura de escritos populares de propaganda, sensación de incapacidad sexual, etc., como por la pena de no poseer un desarrollo adecuado para las exigencias de la vida sexual.

Este criterio representado por Kröing y sus discípulos, es hoy el dominante. Pero aun hace tan sólo dieciocho años volvió Bossi a defender con su vibrante oratoria, el criterio ya antes representado por Schultze, Rob, Hobbs, etc., de que no solamente molestias nerviosas ligeras e

histéricas, sino también graves afecciones del espíritu, se podrían referir a exiguas afecciones ginecológicas y se habrían de tratar con arreglo al mismo criterio.

Solo un pequeño número de ginecólogos siguió sus doctrinas (Schultze, Collins, etc.). La mayoría de los ginecólogos y neurólogos (Siemerling, Frankel, Bumke, etc.), no siguieron esta dirección aparentemente reaccionaria. Ya en el año 1903 se pronunció Raimann en contra del tratamiento operatorio genital de los enfermos mentales, fundado en sus propias y desastrosas experiencias.

En realidad, no se llegó como Bossi aconsejaba, a instalar la ginecología en los asilos de alienados, sino que, por el contrario, se pidió la cooperación de psiquiatras y neurólogos en la ginecología. Así vemos afirmarse cada vez más la doctrina del origen psicógeno de algunas afecciones genitales (leucorrea, hemorragias, amenorrea), y adquirir derecho de domicilio en la literatura ginecológica el modo de pensar psiquiatra-neurológico. (Walthard, Nowak y otros.)

Ello significa realmente un progreso evidente enfrente de la primera representación de Bossi. Por ello no han perdido su significación los antiguos conceptos acerca de la poderosa influencia de los procesos genitales sobre la psiquis. La influencia de los genitales sobre el origen y curso de afecciones nerviosas, se puede expresar de modos diferentes.

El hecho de pertenecer a uno u otro sexo, puede ejercer determinada influencia sobre la tendencia a heredar afecciones nerviosas orgánicas, pues algunos estados morbosos se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino y otros, por el contrario, en el femenino.

En otros casos, es la entrada en la pubertad la que hace despertar una afección nerviosa que ya existía en germen. Muy demostrativa aparece la influencia de los genitales en aquellos casos en que podemos comprobar agravaciones que coinciden periódicamente con las menstruaciones.

Asunto es este al que he dedicado desde hace bastantes años una atención especial y ello ha motivado el que haya tenido que rectificar muchos falsos conceptos que antes defendí, y muy especialmente en lo que afecta a la influencia decisiva que pudieron haber ejercido sobre el problema terapéutico.

Creo que existe realmente cierta relación entre las afecciones nerviosas y los genitales, pero que se ha publicado con exceso acerca del modo íntimo de esta relación, que no corresponde a los hechos fisiológicos ni a los clínicos, así como que se ha abusado demasiado de la palabra neurosis refleja, y que muchos de los hechos pueden explicarse sin esfuerzo alguno, los que antes se ensayó explicar con la mencionada neurosis refleja; realmente es dudoso si, en efecto, existen las neurosis reflejas (Nowak).

Lo que aparece indudable es que afecciones nerviosas pueden provocar alteraciones en los genitales. Con mayor frecuencia observamos alteraciones de la menstruación, por ejemplo.

Amenorrea: es un fenómeno que acompaña con frecuencia a muchas afecciones graves del sistema nervioso. En las psicosis se encuentra alterada la menstruación con frecuencia, estando conformes con esto todas las observaciones. Así vemos que, durante la evolución de la psicosis, falta por completo la menstruación, en otros casos es insignificante y en una pequeña serie de casos es profusa y de larga duración, pudiendo observarse también hemorragias vicariantes y secreciones de toda índole.

Petit y Schroeter practicaron investigaciones en casos de parálisis progresiva, observando la confirmación de la cesación menstrual y la mejoría de la afección nerviosa cuando volvió a presentarse el flujo menstrual, sin que se demostrase la existencia de alteraciones en los genitales. Ranke trató 25 casos de alteraciones alucinatorias agudas en el sentido más amplio y en la edad de madurez sexual, entre, un total de 200 enfermas mentales, y de los 25 casos, 14 padecían una amenorrea de algunos meses de duración.

Conocida es la influencia que ejerce en algunas mujeres la aparición de la menopausia, favoreciendo la presentación de graves fenómenos de melancolía ansiosa.

Asimismo, enfermas afectas de melancolía, aun cuando no se encuentren en la época de la menopausia, sufren fácilmente de amenorrea. Según observaciones de Ranke, de 13 casos, en 9. Por el contrario, en 13 enfermas con paranoia en plena madurez sexual, solo hubo una con amenorrea. En 10 casos de locura circular fué la menstruación siempre normal, y entre 5 enfermas con parálisis, solo hubo una con amenorrea. Menstruación normal hubo, según Ranke, en las enfermas afectas de imbecilidad, histerismo, corea, ideas delirantes, etc. De modo semejante se comportaron

las observaciones de Voche. Al principio de la mejoría acostumbró a presentarse normalmente la menstruación, coincidiendo esto con un considerable aumento del peso del cuerpo y considerable alivio en la satisfacción del sueño, si bien no siempre supone una curación iniciada el retorno de la regularización menstrual.

La amenorrea se observa asimismo con frecuencia en la enfermedad de Basedow (Theilhaber, Kleinwachter, etc.). También se observa a veces en la corea, acromegalia, mixedema. En pocos casos de histerismo grave he observado yo igualmente la cesación menstrual, sin que se haya podido explicar el hecho por una mala nutrición de las pacientes. Sin embargo, esto es excepcional, según lo atestiguan los casos de Ranke, que no vió ninguna amenorréica entre 18 casos de histerismo grave.

Importa mucho al médico saber que la amenorrea es el síntoma más objetivamente demostrable como producto de una psicosis inicial y que su nerviosidad se explica por la amenorrea, buscando en la terapéutica de ésta el alivio del estado nervioso. En estos casos debè el médico prescindir de todo tratamiento ginecológico, advirtiéndole a la paciente que es más bien el sistema nervioso el responsable de su amenorrea, por lo que un tratamiento ginecológico tal vez podría agravar la situación de la enferma.

La relación de la amenorrea con las neurosis se puede interpretar del siguiente modo: la hemorragia menstrual se producirá por un exceso de presión sanguínea en general, combinada con un aflujo muy especialmente reforzado en las partes genitales, y esto, naturalmente, por la acción de las hormonas, que, desprendidas del órgano ovárico, circulan por la sangre. También se encuentra apoyada esta presión y aflujo por influencia cerebral, del mismo modo que la hiperemia que se manifiesta en los órganos genitales por influencia psíquica, contribuyendo a regular esta flujión.

Así podrá, por lo tanto, tener como consecuencia la falta de menstruación, tanto el descenso de la presión sanguínea (anemia, caquexia, etc.), como la falta de aflujo sanguíneo en los genitales a consecuencia de alteraciones cerebrales.

Dismenorrea: es un fenómeno que acompaña con extraordinaria frecuencia a diversas afecciones nerviosas y muy principalmente al histerismo y neurastenia. Cuando no se encuentran miomas o perimetritis como causa de la dismenorrea, es casi siempre el factor más importante en su producción un sistema nervioso debilitado. Se tratará entonces de un espasmo tetánico del esfínter del orificio interno antes de presentarse la hemorragia, de modo semejante a lo que sucede en individuos nerviosos, que tanta predisposición señalan para los espasmos de las fibras musculares circulares del esófago, estómago, intestinos, etc., por lo que el espasmo del esfínter mencionado sería la causa de los intensos dolores.

Sabido es que la menstruación se acompaña siempre de un grupo de molestias determinadas, pero que en mujeres nerviosas, en las que la reacción a las diversas excitaciones es exagerada, sentirían anormalmente estas sensaciones o molimientos menstruales.

Menorragias: no raramente se originan sobre una base histérica y neurastérica, principalmente en pacientes en que ya existe en sí una insuficiencia de la musculatura uterina (Theilhaber).

Con gran frecuencia nos manifiestan enfermas nerviosas que se encuentran en la edad preclimática o sufren de miomas, o también jóvenes muchachas en que la musculatura uterina no se ha desarrollado suficientemente, que intensas excitaciones psíquicas dan ocasión, cada vez a una presentación precoz de la menstruación, a mayor cantidad de sangre perdida y a una mayor duración de la hemorragia.

Cada día tengo la ocasión de llamar la atención de mis alumnos acerca del valor de las excitaciones psíquicas en la producción de las menorragias.

En gran parte de enfermas a las que se ha de practicar una intervención en día determinado, no puede llevarse a cabo de la misma por que la enferma aparece con la menstruación sin que corresponda a la fecha corriente en la misma en otras ocasiones. Es indudable que el estado de agitación propia por la idea de la operación que al día siguiente ha de sufrir, ha motivado el que se presente la hemorragia que esperaba algunos días más tarde.

Además, son suficientes motivos ligeros para producirse excitaciones en individuos nerviosos, por cuya consecuencia serán asimismo provocadas con facilidad menorragias y metrorra-

gias como efecto de la nerviosidad. El hecho se realiza de ordinario porque, como efecto de la excitación psíquica, aumenta la presión sanguínea, y la musculatura uterina de por sí, débilmente desarrollada, no está en condiciones de actuar sobre la intensa plenitud vascular, la sangre saldrá fácilmente, ocasionando la hemorragia. Wedeler y Polly informaron acerca de las hemorragias en las histéricas.

Leucorrea: cuando se presenta periódicamente, puede ser provocada del mismo modo, por afecciones nerviosas (histerismo, neurastenia, etc.). Es frecuente observar en señoras nerviosas con genitales absolutamente sanos una abundante secreción uterina. Las pacientes refieren que el flujo se presenta regularmente algunas horas después de una excitación y que desaparece espontáneamente después de un reposo psíquico, para reaparecer de nuevo tan pronto como sobreviene un nuevo estado de excitación.

En estos casos, la hipersecreción del útero se debe al estado de exageración de la presión sanguínea y considerable aflujo de las corrientes de los jugos hacia las glándulas con gran plenitud de las hendiduras linfáticas, y consiguiente aumento de secreción de líquidos mucosos y mucho purulentos procedentes del útero, pero que cuando el aumento de presión sanguínea será más pronunciado, se podrá llegar a las hemorragias (meno y metrorragia).

La nerviosidad puede provocar la leucorrea aun de otro modo. La neurastenia y la histeria conducen fácilmente a la paresia intestinal, a la acumulación de grandes cantidades de heces y gases en el intestino; por el aumento de la presión abdominal, se dificultará el reflujo de la sangre venosa en el útero. La consecuencia será, en este caso, la hipersecreción y flujo blanco correspondiente.

La atrofia del útero puede encontrarse con bastante frecuencia en las grandes neurosis, pues si el flujo sanguíneo al útero se encuentra entorpecido por largo tiempo, se atrofiará el órgano con alguna frecuencia, así como lo hace también después del climaterium, por restricción de este flujo sanguíneo; Por lo demás, no se ha prestado gran atención hasta el presente a esta influencia de las neurosis. Se ha comprobado la atrofia del útero en la enfermedad de Basedow por Kleinwächter, Bámours, Hezel y otros. También en la acromegalia se encontró repetidas veces atrofiado el útero por H. W. Freund y Mosler. L. Landan la observó en dos casos graves de histeria. Asimismo he podido observar en dos casos graves de histerismo amenorrea con atrofia del útero. Con la curación de la neurosis, se pudo comprobar una completa restitución ad integrum del órgano atrofiado (Theilhaber, Kleinwächter, etc.).

Yo no dudo que en muchos casos de psicosis que evolucionan con amenorrea, se encontrarían estados atroficos del útero y del resto de los genitales si se explorase adecuadamente.

Estados atroficos de los ovarios, vagina, labios vulvares y de las mamas, se han observado asimismo con alguna frecuencia en la enfermedad de Basedow y la acromegalia. La causa se ha de buscar también aquí en la restricción del aflujo sanguíneo en los genitales, provocado por la neurosis.

Descenso de la vagina como consecuencia de la atrofia provocada por la anemia en el tejido conjuntivo paravaginal, se puede encontrar igualmente como estado consecutivo de la afección nerviosa, según Kleinwächter y otros han informado.

Es muy probable que la misma retroflexión del útero se pueda producir en casos de afecciones nerviosas de larga duración y amenorrea y atrofia de los genitales de ello resultante, pues, el útero atrofico desciende fácilmente en posición de retroflexión (hecho observado por Hegar).

También es de gran significación práctica la anestesia de los genitales externos y de la mucosa vaginal que se encuentra con alguna frecuencia en las histéricas y que podría explicar el estado conocido con el nombre de "frigidity" de algunas mujeres nerviosas, estado que puede ser causa de diferencias conyugales.

Del mismo modo puede suceder que las anomalías en los genitales puedan tener como consecuencia, afecciones del sistema nervioso.

La literatura sobre las alteraciones de los genitales femeninos, que son consecuencia de afecciones nerviosas, es relativamente escasa, pero sucede lo contrario con la referente a las afecciones nerviosas que serán ocasionadas, supuesto o realmente, por anomalías de los genitales femeninos. Respecto de esto, existen una cantidad enorme de trabajos. Ya hace miles de años buscaron los médicos de la antigua Grecia la causa de numerosas alteraciones nerviosas de la mujer, en

las afecciones del útero. Por otro lado, aun hace poco tiempo se sostuvo por muchos médicos la creencia de que todo histerismo debía proceder de los genitales femeninos. En enfermas que buscaban auxilio médico por síntomas histéricos, consecuentes con este criterio, se debía encontrar solamente una anomalía ginecológica. Esta opinión fué decididamente perjudicial para el desarrollo de la ginecología. Los genitales internos femeninos sufren ya numerosas alteraciones por la menstruación, embarazo, parto y puerperio y además son apropiados para sufrir múltiples variaciones fisiológicas en su forma y posición, como consecuencia de la movilidad necesaria para su función; se comprende por esto fácilmente que el dogma de que la afección nerviosa sería consecuencia de una afección genital, habría de tener por consecuencia el que alguna variedad fisiológica sería interpretada como patológica, tan solo para encontrar una explicación de la anomalía existente.

Respecto de las causas más importantes del origen de los síntomas nerviosos, cambiaron extraordinariamente los criterios aun en el siglo XIX. Engelhard manifestó con razón acerca de esto, que una "alteración patológica o una anomalía no vista hasta entonces, se descubrió tomándola en consideración o bien fueron mejor diagnosticadas, o se inventó un proceder curativo que pareció corresponder a la afección. Inmediatamente se procedió a buscar el causante de esto para exagerar la significación de la afección observada y rebajar la importancia de los otros procesos patológicos. Hasta el tejido o porción del conducto sexual en que tenía asiento el proceso morboso fué exagerado en su valor, mientras se limitaba la dignidad de otras partes. Si la suerte acompañó al descubridor, la afección se convirtió en enfermedad de moda, llegando a dominar cierto tiempo en la ginecología. Basta recordar con lo sucedido con la inflamación y tumefacción del cuello uterino, las ulceraciones de la portio, las flexiones y versiones, los desgarros cervicales, la pelviperitonitis, etc.; la lucha de los autores franceses acerca de la significación de la pelviperitonitis enfrente de la parametritis, la polémica acerca de la participación de las flexiones y anomalías de forma y posición del útero en la producción de las molestias; etc."

Se cometieron, por lo tanto, en este terreno, diversas faltas; era un error relacionar la histeria siempre o casi siempre con la existencia de afecciones genitales y tampoco era justo hablar siempre de histeria al descubrir las alteraciones nerviosas dependientes de los genitales. Existen, no obstante, además de la histeria, una serie de otras alteraciones nerviosas que serán influidas ciertamente por afecciones de los genitales femeninos; por ejemplo, la nerviosidad en general, la neurastenia, la neuritis, etc. Podríamos resumir nuestro criterio sobre este asunto, del siguiente modo: el desarrollo de la psicosis y neurosis, puede de cuando en cuando, dar ocasión para el desarrollo de psicosis y neurosis. Se trata siempre aquí, de individuos en que ya existe en ellos una pronunciada disposición para estas afecciones. Se necesita tan solo la gota de agua para hacer derramar el vaso en forma de causa ocasional de cualquier índole, que actúa intensamente sobre el sistema nervioso; un disgusto, una excitación o un trauma psíquico cualquiera, puede ser la causa última que provoque la explosión de la neurosis, así como pueden actuar también las alteraciones de la circulación sanguínea, según se observa como consecuencia en el climaterium y la pubertad.

La menstruación misma puede dar ocasión al origen de varias afecciones nerviosas. Sensaciones anormales en el territorio de numerosos nervios y principalmente de los de la médula lumbar, son con frecuencia un fenómeno acompañante del malestar experimentado durante las reglas. A veces se trata de violentas jaquecas, gran depresión psíquica, neuralgias del trigémino, que acompañan a la menstruación. Las psicosis y otras neurosis, se agravan durante la época menstrual.

El fundamento de esto hemos de buscarlo en el metabolismo orgánico ondulante, confirmado por Ott, Reinl y otros, en la mujer durante la madurez sexual. Onanismo, coito reservado y eyaculación precipitada del hombre, pueden ocasionar fuertes dolores en el dorso y sacro, así como numerosos síntomas neurasténicos.

Afecciones genitales persistentes, acompañadas de intensos dolores o fiebre, pueden provocar grandes síntomas neurasténicos. La influenciación de las alteraciones nerviosas por las afecciones genitales se puede demostrar fácilmente a veces en estos casos. En cierto número de tales pacientes, por mí observados, se trataba de mujeres jóvenes antes sanas y robustas. A medida que aumentaba la afección local, se presentó en ellas inapetencia, cefalalgia, vahidos y neuralgias de toda

especie. Una vez curada su afección ginecológica volvían a recobrar las enfermas su estado anterior de salud perfecta. Tales fenómenos consecutivos se pueden ver principalmente en los casos de infecciones gonocócicas con participación de las trompas y frecuentes ataques de peritonitis pelviana, en la supuración pelviana puerperal y a veces en la afección carcinomatosa. Es natural que en estos casos lo que ocasiona principalmente la afección nerviosa es la alteración de la crisis sanguínea.

Del mismo modo pueden provocar graves afecciones nerviosas las hemorragias profusas de larga duración, así como también se pueden observar graves neurosis y psicosis en caso de graves afecciones cardíacas y renales, arterioesclerosis, etc.

A veces se busca consejo médico ante el temor de suponerse incurable la mujer enferma, especialmente en estados hipocondríacos en mujeres enfermas de los genitales. Mujeres que ignoraban la existencia de un pequeño mioma y que incidentalmente supieron que eran portadoras de un tumor, se vuelven nerviosas y preocupadas a pesar de su buen estado de salud, deambulando de médico en médico.

El embarazo puede ser ocasión de muchas afecciones nerviosas, principalmente en mujeres ya neuropáticas. Las neurosis de la gestación son muy numerosas. Conocida es la etiología de estos estados llamados autointoxicaciones gravídicas, y cuyo estudio corresponde de lleno al tocólogo.

En individuos neuropáticos, se observan alguna vez delirios pasajeros durante el parto o inmediatamente después. Ello es consecuencia del gran traumatismo psíquico provocado por la excitación a causa de los dolores, y acostumbra a desaparecer después de unos minutos.

En las psicosis que se presentan en el puerperio, se ha de tomar en consideración, además de la constitución neuropática, el agotamiento del sistema nervioso ocasionado por los dolores y la gran excitación, la pérdida sanguínea y demás flujos debidos al proceso de regresión y desaparición de la circulación placentaria, elementos que influyen conjuntamente en la repartición y composición de la sangre y en el metabolismo, etc.

Las compresiones pueden producir dolores neurálgicos o también síntomas paralíticos en el abdomen y extremidades inferiores. La más frecuente es la neuralgia ciática, afectándose más frecuentemente la rama principal o el nervio peroneo.

Además del embarazo, vemos estas compresiones en los miomas uterinos y tumores ováricos, especialmente en aquellos casos que se desarrollaron intraligamentariamente y que se encuentran enclavados en la pelvis.

No hace mucho tiempo he de operar en mi clínica de Ginecología de esta Facultad de Medicina, a una enferma que hacía meses se encontraba hospitalizada en una de las clínicas médicas de la misma Facultad a consecuencia de una grave y rebelde neuralgia ciática. Se la extirpó un mioma del tamaño del puño, situado en el interior del ligamento ancho izquierdo, y pudo inmediatamente verse libre de su afección, curando idealmente bien. Con alguna frecuencia se trata en estas neuralgias, de tumores inflamatorios, especialmente en las peri y parametritis y en las periostitis pelviana. Parálisis son menos frecuentes que las neuralgias en casos de compresión por parte de órganos genitales enfermos.

La inflamación de los órganos genitales puede propagarse a los nervios y originarse una neuritis ascendente; en la perimetritis, parametritis, periostitis pelviana y en la linfangitis en los ligamentos anchos, puede desarrollarse una perineuritis y neuritis.

Leyden se ocupó de la existencia de una de estas neuritis migratorias, manifestando que puede producir como consecuencia algunas formas de parálisis, pudiendo demostrar experimentalmente en conejos, el hecho de que por una neuritis en foco, se podría producir una mielitis aguda con paraplejía completa.

H. W. Freund opina que también la trombosis se puede propagar desde la pelvis al conducto vertebral, pudiendo provocar de este modo parálisis.

Carcinomas, linfangitis pelvianas por compresión o propagación del proceso inflamatorio sobre los nervios, pueden provocar una neuritis. Asimismo la gonorrea y la sífilis, pueden ocasionar neuritis infecciosas. Después de operaciones ginecológicas se pueden observar a veces neurosis y psicosis.

Lo mismo se observa, a veces, después de operaciones en otras partes del cuerpo, pero en

realidad, parece ser más frecuente la neurosis después de las operaciones ginecológicas. Se trata, por lo general, de individuos neuropáticos en los que la excitación, pérdidas sanguíneas, debilitación del organismo, acción de los anestésicos, etc., actúan como causa ocasional. Aun es más frecuente la presentación de las neurosis y psicosis si se han extirpado ambos ovarios con la operación, y más si la enferma es relativamente joven, por lo que se recomienda en estos casos el dejar aun cuando sea una pequeña cantidad de tejido ovárico. Casi siempre se trata, en estas circunstancias, de estados depresivos, melancolía y de confusión mental alucinatoria.

En algunos casos fueron procesos sépticos postoperatorios la causa principal de la explosión de las psicosis.

Existe una gran literatura acerca de las neurosis reflejas. Muchos médicos creen que se podría afectar los nervios lejanos de la pelvis por una afección de los genitales y por vía refleja pura sin intermediación de la sangre. De este modo, la afección genital no provoca con frecuencia ningún síntoma local. Es muy extraño que la mayoría de los médicos que creen en las neurosis reflejas, concedan el que las afecciones ginecológicas más serias (tumores ováricos, mioma uterino y carcinoma), provoquen excepcionalmente neurosis reflejas.

La afección que en la ginecología de la época moderna ha sido considerada como la causa más frecuente de neurosis reflejas, es la retroflexión del útero. Es cierto que todo aquel que se ocupó de ginecología ha podido observar que, por ejemplo, inmediatamente después de la reposición de un útero en retroflexión, ha desaparecido inmediatamente una parálisis, así como después de la cauterización de una erosión se pudo ver curada una tos convulsiva existente, de modo inmediato.

Estas y otras muchas curaciones en apariencia maravillosas, convencían no solamente a los profanos, sino también principalmente a médicos inexpertos. Si se observan tales pacientes un cierto tiempo después de su operación, llega uno a convencerse de que la supuesta curación duró poco o que en otros casos no sólo volvieron los síntomas desaparecidos por la intervención, sino que, además, se presentó alguna otra alteración nerviosa, a pesar de la corrección conseguida, de la defectuosa posición del útero y la curación de la erosión, etc.

Llegó uno a convencerse, al sobrevenir la recidiva, de que con las medidas terapéuticas más variadas se podía conseguir el mismo efecto curativo de la neurosis o parálisis refleja. Theilhaber informa, acerca de casos en que obtuvo la curación por la simple anestesia clorofórmica sin haber practicado operación alguna, al referirle a la enferma, después de despertar del sueño clorofórmico, que se le había colocado y fijado el útero en su posición fisiológica.

Fundado en análogos casos me he convencido de que la mayoría de los síntomas que se han atribuido a la retroflexión, no son en realidad provocados por la misma, sino que más bien se tratará de complicaciones incidentales de la retroflexión (histerismo, atonía intestinal, afecciones anexiales, endometritis, etc.), pues la retroflexión del útero no grávido, con frecuencia no se acompaña de síntoma alguno peculiar.

En mis años juveniles, cuando carecía de experiencia respecto del curso de los fenómenos histericos, confundí no raras veces el *post hoc* (la terapéutica ortopédica de la retroflexión del útero) con el *propter hoc*. Pero desde hace algunos años me he visto precisado por mi dilatada experiencia sobre el particular, a rectificar mi juicio sobre la significación de la retroflexión.

Son varios centenares de casos los tratados y, depurado su estudio, he llegado a convencerme de que falsos prejuicios conducen a lamentables faltas terapéuticas. Fui un entusiasta convencido del valor curativo de la corrección quirúrgica de toda retroflexión del útero para conseguir la desaparición de los fenómenos nerviosos acompañantes.

Pero, desgraciadamente, la realidad no correspondió a mis esperanzas, de modo que actualmente puedo resumir mi criterio respecto de este asunto, del siguiente modo:

El ginecólogo se encuentra con gran frecuencia con pacientes afectas de una retroflexión del útero, ya se trate de vírgenes, ya multiparas, y puede observar hechos característicos. En una serie de enfermas, la retroflexión, comprobada por la exploración, no da lugar a fenómeno sintomático alguno local ni general nervioso, aun cuando la posición viciosa del útero sea muy pronunciada, mientras que en otra serie de casos, tanto los síntomas locales como los generales son muy manifiestos. En la época en que, consecuente con mi criterio, operaba todo caso de retroflexión, pude observar, en efecto, una curación de los fenómenos nerviosos, pero su duración era muy

breve, por lo que me convencí que se trataba de fenómenos de sugestión de la enferma, para volver muy pronto a sentirse atormentada por síntomas análogos a los observados antes de su operación.

Esto llegó a convencerme de la existencia de algo intermediario y ello era simplemente lo conocido con el nombre de estado constitucional, la neuropatía de la enferma, en la que el cambio de posición del útero no era más que un fenómeno incidental sobrevenido en una neuropata.

Asimismo modifiqué la técnica de la operación adecuada y me determiné por los procedimientos intrabdominales, pudiendo observar el gran número de pacientes en que la retroflexión, o bien era consecuencia de bridas peritoneales que forzaban al útero a situarse flexionado, o bien existían bridas que, sin provocar la posición viciosa del órgano uterino por sí mismas, acompañaban a la retroflexión. Como por la operación se seccionaban las bridas, o adherencias existentes, y se liberaban los órganos, anejos, útero, epiplón, intestino, etc., resultó que llegué a sorprenderme de lo siguiente: 1.º, que los casos de retroflexión con existencia de adherencias y cuyo número creo puede juzgarse en un 50 por 100 de la totalidad de los casos, son los que con mayor seguridad evolucionan con fenómenos locales y generales nerviosos, y 2.º que el resultado permanente curativo de la posición defectuosa y fenómenos nerviosos acompañantes, era visiblemente mejor que en los casos en que no existían tales adherencias.

De todo ello deduje, que los procedimientos operatorios intrabdominales, además de que permiten ejecutar la reducción y fijación del útero de modo más eficaz, nos hace posible una inspección de las adherencias existentes y no diagnosticadas antes de la abertura del abdomen, como asimismo permiten actuar directamente sobre estas adherencias, por lo que el resultado terapéutico podrá ser de una eficacia curativa manifiesta.

Al procurar interpretar el por qué del papel tan esencial de estos restos de una pelviperitonitis plástica en la producción de los fenómenos nerviosos que, como ya he manifestado, son los casos en que los trastornos generales parece que van íntimamente unidos a ellos, lo primero que llamó mi atención, fué la circunstancia observada en toda operación de laparotomía, por la que cada vez que se frotaba el Douglas con una gasa y a pesar de que las enfermas se encontraban en estado de profunda anestesia, respondían con un sonido gutural parecido al arrullo de la tórtola y simultáneamente con el acto de la frotación.

Según mi creencia, fué Lennander quien más acertado ha estado en la interpretación de esta categoría de fenómenos.

Este autor en un magnífico estudio sobre la peritonitis, comprobó la dirección o trayecto seguido en el abdomen por los nervios sensible al dolor y localizó su situación en el tejido conjuntivo properitoneal, de modo, que el estiramiento y distensión del epiplón, mesenterio y vísceras en general provocan una sensación dolorosa pronunciada, aun en estado de anestesia local y general, sensación que, actuando por mucho tiempo, llega a modificar el estado nervioso central y periférico de las enfermas.

Así podemos explicarnos el hecho de las profundas alteraciones del sistema nervioso en aquellas enfermas tan frecuentes afectas de pelviperitonitis y de la llamada perivisceritis, cuya terminación ordinaria sería la organización de los exudados peritoneales, constituyendo las bridas y adherencias finales que dan al proceso un sello particular y característico.

Y por que no suponer que en estos estados conocidos con el nombre de ptosis, que sufren infaliblemente aquellas enfermas de constitución hipotónica, las que se encuentran afectas de un riñón flotante, de ptosis intestinal, uterina, etc., a la vez, y cuyas lesiones se acompañan infaliblemente de una sintomatología nerviosa dominante hasta el punto de que se han considerado como síndromes de enfermedades determinadas (Glenard), etc., no serán realmente provocados sus síntomas nerviosos por las distensiones que un órgano ectopiado provocará en los nervios correspondientes, según el criterio de Lennander. No afirmo ni niego, pero reconozco que no está tan distante de la realidad tal manera de pensar.

Ello corroboraría el hecho de que la afección genital por sí misma, nada tendría que ver con la existencia de los fenómenos generales nerviosos, que éstos se habrían de tratar médicamente, nunca ginecológicamente, si bien en casos aislados, estos fenómenos nerviosos pueden ir ligados a la existencia de restos de una pelviperitonitis plástica en forma de bridas o adherencias que pro-

vocan tracciones y distensiones, que pueden considerarse como causantes de los fenómenos mencionados; los que pueden ser suprimidos por la terapéutica quirúrgica propia de estos estados.

Al dar por terminado mi discurso, he de manifestar que en modo alguno pretendo haber conseguido hacer luz completa en un terreno tan nebuloso; me he limitado a referir conceptos propios y extraños, algo así como plantear un problema. De todos modos, no estará por demás que reflexionemos sobre algunos de los conceptos expuestos y particularmente los que nos dedicamos a la ciencia ginecológica para que pueda servir de consejo moderador en todo aquel que por sus opiniones entienda ser posible actuar directamente sobre el organismo, tratando localmente una afección genital, cuando, por el contrario, es indudable la necesidad de conocer a fondo todo el organismo, de ser un buen médico general antes de especializarse y de exigir la cooperación de un internista neurólogo en gran número de afecciones genitales femeninas, si es que hemos de realizar algo en provecho de la ciencia y de las enfermas. Pensar de otro modo, creer que un tratamiento exclusivamente local y mucho más aun mutilador es lo necesario, será contribuir a aumentar el número de desgraciadas inválidas, cuya responsabilidad será inmensa para el médico ginecólogo.