FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL

República de Guatemala.
Centro América.

HEMORRAGIAS UTERINAS Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL

POR

Francisco Fed. Rímola G.

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

DICIEMBRE DE 1932.

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE
8ª Avenida Sur Nos. 24 - 30.

INTRODUCCION

He tomado como punto de tesis, uno cuya importancia en medicina es capital; y aunque todos los tratados clásicos, lo describen con abundancia de detalles, he querido hacer en este trabajo un pequeño resumen, para que en un momento dado, pueda prestarnos alguna ayuda, en el ejercicio de nuestra noble profesión.

¿Quién en su vida de Médico no se ha encontrado frente a una hemorragia uterina? En nuestra práctica de Hospital, ¿Cuántas veces nos hemos tenido que enfrentar con una hemorragia del útero? Con un buen diagnóstico, es fácil aplicar un tratamiento que sea efectivo y dé la tranquilidad al Médico y la vida a la enferma. Por el contrario, cuántas veces hemos sabido de gente que llega en apariencia sana a una clínica, y con maniobras y terapéutica mal usadas, ha costado la vida a más de una mujer. Es por esto y los frecuentes casos que ví en el Servicio de Ginecología, que me he preocupado seriamente de este problema y quise hacer una recopilación de las diferentes causas de las hemorragias uterinas, de los métodos más usados y seguros para su tratamiento.

Nada nuevo puedo agregar a lo que está tan bien tratado por autores de reconocida fama, quiero solamente hacer hincapié en una forma de hemorragia que por su gravedad, su frecuencia y fatales resultados, el práctico debe conocer y saber dominar hasta donde los límites humanos lo permitan; me refiero principalmente a las metritis hemorrágicas post-aborto. Indudablemente todos y cada uno de nosotros nos hemos encontrado con casos de estas metritis y podemos asegurar que mediante un diagnóstico exacto y una técnica perfecta, devolvemos la salud a nuestros enfermos, es por eso que quiero insistir en esta clase de hemorragias, porque su tratamiento inadecuado, ha sido y es de los que más se han empleado con perjuicio de los enfermos y en descrédito de la Cirugía.

Frecuentemente, en una hemorragia de las que tratamos, se confunde lo que es una evacuación del útero con lo que es un raspado por metritis hemorrágica; se confunde la técnica y se confunde el instrumental; de allí que ten-

gamos que lamentar frecuentes fracasos en las intervenciones, cuando nos encontramos con esas hemorragias difíciles de cohibir, algunas veces producen la muerte de la enferma y otras, graves alteraciones en su salud. Ya Fiolle en su estudio, sobre hemorragias uterinas planteó de una manera definitiva los casos en que el Cirujano debe intervenir y los instrumentos que debe usar.

Se ha abusado mucho del raspado uterino, pensando que es una operación de cirugía menor y que está al alcance de todos. Actualmente se le dá una importancia capital y se considera que es una operación que debe dejarse en manos del especialista, por razones que en el curso de mi trabajo expondré.

Es una de las más bellas y positivas conquistas de la Ginecología, dice Fargas; ideada por Recamier, seguida por Doléris, Terrillon, Bully y otros, quienes hicieron que el raspado fuera una operación corriente, gracias a los adelantos de la asepsia y antisepsia. Sin embargo, tiene sus grandes peligros cuando está en manos poco expertas. Se vulgarizó tanto que Fritchs dijo: "desgraciadamente con frecuencia es en esta operación que consiste todo el saber y querer de algunos Ginecólogos." De allí que otros autores al hablar del raspado del útero le dan toda la importancia que merece y lo consideran como una operación de alta cirugía, tanto por lo obscuro de sus indicaciones, como lo difícil de saber apreciar sus contra-indicaciones y de su perfecta técnica.

En mi trabajo, haré breves reseñas de la anatomía del útero y de sus anexos, de su fisiología normal y patológica y describiré someramente el tratamiento de las hemorragias uterinas, insistiendo en las que preceden al aborto, las del aborto mismo, y las post-aborto.

NOCIONES ANATOMICAS Y FISIOLÓGICAS DEL ÚTERO

El útero o matriz es un órgano impar, de paredes gruesas y contráctiles; es el receptáculo del óvulo después de la fecundación. Recibe en su cavidad al huevo a la salida de la trompa, lo mantiene durante todo el período de su evolución y una vez llegado a su madurez, por sus contracciones, ayuda a expulsarlo. El útero es el órgano de la gestación y se encuentra en todos aquellos animales cuyos huevos no lleven en sí los materiales necesarios para la

nutrición del embrión y del feto, sin embargo existe constante en todos los mamíferos, desde los Monotremas hasta los Primates.

Se encuentra situado en la parte mediana de la excavación pelviana, en el espacio comprendido entre la vejiga y el segmento terminal del tubo digestivo, en medio de las dos trompas de Falopio, encima de la vagina que es su continuación, debajo de las asas del intestino delgado que lo recubren en gran parte de su superficie externa. Tiene la forma de un cono aplanado de adelante a atrás, cuya base mira hacia arriba y el vértice fuertemente truncado se introduce en la vagina. Se divide, en una parte superior que se llama cuerpo, una parte inferior que es el cuello, más corto y casi cilíndrico; la línea de separación, que es el istmo del útero, muy pronunciado en la infancia, se atenúa en la pubertad y se borra más o menos en la mujer adulta, sobre todo cuando ha habido partos. Las dimensiones del útero varían sensiblemente, según que la mujer haya tenido uno o muchos partos. Su peso medio es de 40 á 50 gramos. En la mujer multipara es mucho más pesado. Su consistencia es suave y maleable, por eso permite al intestino lleno de materias fecales o simplemente dilatado por gases, amoldarse perfectamente y tomar su impresión. Se encuentra fijo por medio de los ligamentos del útero que están simétricamente colocados y son en número de seis: dos laterales: los ligamentos anchos; dos anteriores: los ligamentos redondos; y dos posteriores: los ligamentos útero-sacros.

Anatómicamente el útero se compone de tres túnicas superpuestas que son: una túnica serosa, dependencia del peritoneo; una túnica muscular muy desarrollada, que por sí sola constituye casi el espesor del útero, está formado esencialmente de fibras musculares lisas, cuyo conjunto constituye lo que se llama el músculo uterino; hay fibras longitudinales y fibras transversales. Túnica mucosa, ésta reviste regularmente toda la cara interior del órgano, hacia arriba se continúa con la mucosa de las trompas; hacia abajo a nivel del orificio externo del cuello se extiende regularmente sobre el hocico de Tenca y toma los caracteres de la mucosa vaginal, continuándose con esta última en la parte más elevada de los fondos de saco. Sufre el útero modificaciones fisiológicas en el momento de la menstruación, durante el embarazo y después del parto. En el momento de la menstruación, como dice Rouget, sufre el

órgano una especie de erección, se congestiona, se pone turgesciente, su volumen aumenta y su consistencia se atenua. El cuello ofrece cierto grado de reblandecimiento que se puede apreciar fácilmente con la ayuda del tacto. La mucosa del cuerpo sufre cambios notables, la hiperemia activa trae una exagerada repleción de los capilares que terminan por romperse, dando salida entonces a sangre que se mezcla con células epiteliales, todo lo cual corre a través del cuello, la vagina y la vulva.

Durante el embarazo las transformaciones del útero son considerables: hay primeramente una hipertrofia que trae como consecuencia modificaciones en su forma, en su volumen, su dirección, su situación y relaciones. Esta hipertrofia, llamada gravídica, interesa las tres túnicas del órgano, su capacidad que al estado normal es de 2 á 3 centímetros cúbicos llega a adquirir la de 6,000 á 7,000 centímetros cúbicos. Después del parto, la túnica muscular sufre cierta regresión, gran parte de sus fibras se degeneran, permitiendo la reabsorción de sus elementos, las láminas musculares que han desaparecido de esta manera se reconstituyen en seguida a expensas de las láminas musculares que han quedado intactas; así el útero vuelve casi a su normalidad, por una especie de atrofia parcial de sus elementos musculares.

Tres arterias llevan la sangre al útero, la principal es la uterina y las accesorias que son: las ováricas y las de los ligamentos redondos. Las venas del útero muy voluminosas y numerosas, desprovistas de válvulas, tienen su origen en las redes capilares de las túnicas del útero, convergen todas hacia la capa muscular mediana, donde forman un sistema de canales especiales muy desarrollado durante el embarazo y que constituyen lo que se llama sinus uterinus; por otra parte hay dos plexos venosos importantes, colocados en los bordes laterales del útero. Muy interesante para los Ginecólogos, son los linfáticos de la matriz, muy ricos, que provienen de las tres túnicas, de allí que se dividan: en linfáticos de la mucosa; linfáticos de la túnica muscular y linfáticos de la túnica serosa.

El útero recibe sus filetes nerviosos de origen simpático que acompañan a las dos arterias: uterina y ovárica. El plexo uterino, que proviene del plexo hipogástrico y el plexo útero-ovárico que emanan del plexo lumbo-aórtico. Recibe también numerosos filetes independientes de los vasos y que se originan, unos del plexo hipogástrico y los

otros del 3°. y 4°. nervios sacros, finalmente del tronco mismo del simpático sacro. De estos filetes de trayecto independiente, muy pocos penetran en la pared uterina, los otros convergen hacia las partes laterales del cuello y de allí a la vecindad de la inserción de la vagina donde forman el importante plexo que se conoce con el nombre de *plexo fundamental* del útero o plexus latero-cervical; en estas redes nerviosas hay numerosos ganglios de diferente volumen, muy raramente, en vez de estos ganglios se encuentra solo uno que se llama ganglio de Franckenhäuser.

LA MENSTRUACION

Me permito apuntar algunas ideas generales sobre la menstruación, que aunque todos conocen perfectamente bien, así como las teorías sobre su formación, su producción, etc., siempre conviene tener presente las nociones generales a fin de poder explicarse y tratar las diferentes hipermenorreas y polimenorreas que se observan en la mujer, desde la pubertad hasta la menopausia.

El concepto que antiguamente se tenía de la función menstrual se reducía a la hemorragia que mensualmente se produce, tanto en la mujer como en los mamíferos no tomándose en cuenta las diferentes modificaciones histológicas que preceden a esta hemorragia y que le dan su verdadera significación; se pensaba en los tiempos remotos que esta función del útero era un simple acto de purificación de la mujer y que esta sangre traía al exterior todas las impurezas del organismo y sobre su período rítmico se escribieron muchas teorías, hasta que los estudios de Coste, Rokitansky, Denegrière y otros muchos demostraron que tanto en la mujer como en la mayor parte de los mamíferos, la menstruación está en íntima relación con la ovulación y que ésta es independiente del coito y es espontánea. Pouchet y otros, dijeron que la vesícula de De-Graaff, determina una distención del parenquima ovárico y que por sus reflejos, el útero se congestiona y trae los menstros de la mujer. El gran impulso que en 1898 dieron los trabajos de Prenant sobre el cuerpo amarillo pusieron entonces la menstruación como una función endócrina del cuerpo amarillo. Hitschmann y Adler en sus importantes trabajos formulados en 1908 nos dieron a conocer la ovulación en el funcionamiento de la mucosa uterina y lo que ésta desempeña en la menstruación, pues

efectivamente la hemorragia uterina no es más que la terminación del acto menstrual, porque se pensaba que la mucosa del útero desprovista de glándulas no hacía más que permanecer en reposo durante un tiempo limitado y dejaba trasudar por sus paredes la sangre y sus impurezas. Indudablemente el ciclo sexual trae modificaciones profundas en todo el tractus genital, con modificaciones en el ovario que se traducen en todo el tiempo de la actividad sexual. No obstante el mecanismo secreto de la ovulación y de la menstruación hay puntos todavía muy oscuros y esto nos hace muchas veces difícil la patogenia de los trastornos menstruales y de su ciclo.

Tanto en el ciclo sexual de los mamíferos como en el ciclo menstrual de la mujer, el aparato genital muestra modificaciones de estructura que se reproducen periódicamente y en un ritmo cronológico constante. En los mamíferos hay modificaciones que corresponden al ciclo del ovario, que son en la fase folicular y en la fase lútea, hay modificaciones en los oviductos y cuernos uterinos y también en la vagina y en la glándula mamaria. En el ciclo menstrual de la mujer hay modificaciones en el ovario, útero, trompas y vagina, lo mismo que en la glándula mamaria. Todas estas modificaciones constituyen lo que se ha llamado el ciclo del ovario, del útero, etc.

Ciclo del Ovario.—El principio de la vida sexual se caracteriza y se reconoce por la primera ovulación. Bien sabido es que a los folículos primordiales del ovario se debe, durante toda la vida sexual la ovulación, pero antes de esta época en mayor o menor número el ovario contiene folículos atrépsicos que desempeñan un papel importante en el organismo femenino durante la pubertad. A partir de ésta y fuera de los casos de embarazo, el ovario tiene fenómenos cíclicos en relación con la madurez y la puesta ovular. Al comenzar uno de estos períodos vemos que uno de los folículos de De-Graaff, en el que va a asegurarse la puesta ovular, adquiere un desarrollo mayor que los demás, formando una vesícula quística de dimensiones variables (de 5 a 15 milímetros), rechazando los tejidos adyacentes y como su resistencia es menor en la superficie que en el centro, su desarrollo es mayor hacia la primera. Los vasos en este punto, han desaparecido dando a esta parte un aspecto claro que forma lo que se llama

el estigma, donde va a tener lugar la dehiscencia. Cuando el folículo ha llegado a su completo desarrollo, presenta estas particularidades: sus paredes muy congestionadas contienen unas veces un líquido rosado, otras, un líquido claro, que es el líquido folicular. La pared interna de esta vesícula, muy lisa, deja ver por transparencia gran cantidad de vasos que salen a la superficie. Microscópicamente se distinguen dos formas: la granulosa que es la interna, y la teca que es la externa; la primera, formada por elementos epiteliales, las células foliculosas que constituyen pequeñas células poligonales de contornos no netos, presentan todos los caracteres de células secretorias activas, cuyo producto de secreción pasa probablemente al licor folicular. Las células foliculosas descansan sobre la membrana basal, que la separa de la teca, siendo esta membrana constituida en su mayor parte por elementos conjuntivos. En un punto situado al lado opuesto del estigma, la membrana granulosa presenta un engrosamiento con una invaginación al interior de la cavidad folicular; en su centro se encuentra el óvulo, este conjunto constituye el cúmulus prolífero. Según los Histólogos, en la teca se encuentran dos capas: la interna, formada por células foliculares, y la externa, constituida por fibras conjuntivas concéntricas; estas fibras llevan vasos de diferentes dimensiones que penetran a la membrana interna. El folículo presenta en el momento de su ruptura una superficie desgarrada por donde se escapa el líquido folicular, el óvulo y bastante de la granulosa. El agujero de salida presenta, naturalmente, unas veces el aspecto de una cisura, otras, valvular y muchas veces también el orificio es puntiforme; siempre el folículo presenta forma redonda a pesar de estar vaciado.

Ciclo Uterino.—Fue puesto en evidencia en 1905 por numerosos autores y principalmente por Schröder, el ciclo de la mucosa uterina, pues antes de esos trabajos, la mucosa uterina era un órgano condenado al reposo en el intervalo de las reglas; en cuanto a lo que ocurre en el momento de éstas, casi todos los autores estaban de acuerdo en la no destrucción de la mucosa y en consecuencia, la no regeneración que se admite hoy. Se acepta también que durante toda la vida genital de la mujer la mucosa uterina experimenta una serie de modificaciones profundas que la

convierten en sitio propio para anidar el huevo. El único fenómeno del ciclo que marca la hemorragia menstrual es el término de la ovulación. El ciclo se divide en tres fases perfectamente conocidas y clasificadas: fase de proliferación, fase de secreción y fase menstrual.

Modificaciones de las trompas y de la vagina durante el ciclo menstrual.—También la mucosa tubárica experimenta, como la uterina, modificaciones en su estructura, tanto durante el período menstrual en donde la trompa se congestiona, como en los primeros días de la menstruación y que es el asiento de capilares dilatados, glóbulos rojos en el corion, etc. etc.

Según algunos, parece que la mucosa vaginal también sufre modificaciones; algunas veces la secreción vaginal es aumentada y rica en leucocitos; otras, una descamación epitelial, que algunos autores creen que no se trata más que de un cambio de mucosa vaginal, de origen patológico. Se encuentran también en la vagina alteraciones y variaciones en la acidez y en su flora. Según otros, la cantidad de ácido láctico en la fermentación, en la acidez vaginal, sería elevada en el período menstrual, mientras que para algunos, disminuida.

Las modificaciones de la glándula mamaria existen en algunas mujeres, consistiendo en unas, en congestión de los pechos, en otras, senos dolorosos; y en muchas hay hasta un derrame del pezón.

Si me he permitido transcribir algunos datos anatómicos, fisiológicos e histológicos de la menstruación, es porque clínicamente nos dan una ayuda poderosa para el diagnóstico e instituir el tratamiento de las hemorragias uterinas; punto que trataré de desarrollar en este ligero y sencillo trabajo, que aunque lleno de deficiencias, por su falta de coordinación, por lo menos he tenido la satisfacción de consultar la mayor parte de obras que están a mi alcance relativas a estos asuntos; y espero que mis compañeros, alguna utilidad encontrarán, pues siguiendo la clasificación de Cotte, podrán en un momento dado diagnosticar y cohibir las hemorragias uterinas, síndromos tan frecuentes con que el práctico se encuentra a cada rato en el ejercicio de la profesión.

Del importante estudio fisiológico, clínico y terapéutico de G. Cotte, he hecho un cuadro en donde se encuentran reunidas todas las hemorragias uterinas.

ESTAS SE DIVIDEN EN:

HIPERMENORREAS, POLIMENORREAS Y METRORRAGIAS

Hipermenorreas.—Los casos en que el flujo menstrual es demasiado abundante.

Polimenorreas.—Los casos en que el flujo menstrual se presenta muy a menudo.

Metrorragias.—Hemorragias uterinas que sobrevienen fuera del ciclo menstrual o que no presentan ninguna periodicidad.

LAS HEMORRAGIAS UTERINAS SE DIVIDEN EN:

HIPERMENORREAS.	Pueden depender.	{ 1º—Por lesión del aparato genital. 2º—Por trastornos del aflujo sanguíneo. 3º—Por coagulación de la sangre. 4º—Por trastornos vaso-motores.	
POLIMENORREAS...	Pueden depender.	{ 1º—Reglas normales. 2º—Reglas aumentadas en duración e intensidad.	
METRORRAGIAS.....	Pueden depender.	{ 1º—Por origen Obstétrico, éstas pueden ser producidas por..... 2º—Que se produce en el post-partum..... 3º—Independientes de todo estado de gestación	{ Embarazo molar. Inserción viciosa de la placenta. Principio de embarazo normal. Embarazo extra-uterino. Aborto.
			{ 1.—Retención placentaria. 2.—Subinvolución del útero.
			{ 1.—Lesiones del útero.... 2.—Lesiones ováricas..... 3.—Origen vascular o nervioso ....

Son hemorragias debidas a lesiones del aparato genital, a trastornos del aflujo sanguíneo, a trastornos de la coagulación de la sangre y trastornos vaso-motores.

Primero.—Las lesiones que produzcan alteración en la mucosa o en la musculosa uterina pueden ser causas de hipermenorrea.

Entre las lesiones de la mucosa hay que colocar en primer lugar las endometritis que aunque antiguamente se les atribuía un gran papel, desde las investigaciones y publicaciones de Doléris en su trabajo sobre metritis y falsas metritis se demostró lo erróneo de esta concepción y aclaró el papel de la hiperplasia de la mucosa, ya que anteriormente a estos trabajos, la consideraban como prueba segura e inequívoca de metritis, cuando realmente no es sino una ligera señal de lesión inflamatoria de la mucosa, pues la mayor parte de las veces, sea entre las células de la mucosa, en el tejido celular o en el corion, no se ha encontrado la menor infiltración leucocitaria y también los trabajos bacteriológicos relativos al mismo asunto nos demuestran la ausencia de gérmenes infecciosos. Hoy día se sabe que esta proliferación de la mucosa es simplemente la exageración de ella en la evolución pre-menstrual y que este trastorno depende del ovario; luego hay que ir a buscar en este órgano la causa de la hemorragia, para así saber aplicar su tratamiento.

Es aquí, donde gran número de cirujanos acuden al raspado uterino cuando en realidad es una lesión ovárica de origen endócrino. Simplemente y como vía informativa apunto la estadística de Trapl que en 81 casos examinados por lesiones inflamatorias del endometrio habían 13 debidas a esta causa; 51 estaban unidos a un estado hiperplásico de la mucosa, su causa estaba en relación con una lesión ovárica; 17 eran los casos en que la mucosa se encontraba normal y en donde las hemorragias dependían de un trastorno endócrino.

Grad, en su estudio sobre 100 casos de hemorragias uterinas, encontró que las alteraciones del endometrio son culpables en un 70% de los casos, y de estos, en 34 era la infección la que intervenía; el neoplasma en 25 y 11 en la hiperplasia de origen ovárico.

Estas dos estadísticas están llamándonos la atención, sobre la importancia que debe darse a estas hemorragias

— 21 —

para así buscar su tratamiento, pues mientras en la primera, culpa 51 casos a lesiones del ovario, Grad encuentra únicamente 11.

Hay también otras causas de hipermenorreas debidas a lesiones del útero: primero, lesiones que debilitan su musculatura y segundo, aquellas que reducen sus contracciones. Entre las primeras coloquemos al mioma uterino; la metritis parenquimatosa y la esclerosis del útero y entre alteraciones que podríamos llamar secundarias del parenquima de la matriz, tenemos el prolapso, las retroversiones, partos frecuentes y anexitis con pelvi-peritonitis que pueden por propagación y secundariamente provocar una inflamación del útero que venga a debilitar su musculatura o a reducir sus contracciones. Aquí otro caso, donde el raspado uterino ha venido a ser mal manejado; pues en éstos, la hemorragia depende de la poca contractilidad del músculo, de sus vasos y de lesiones que se añaden a la mucosa, cuyo principal síntoma es la hemorragia y en donde el raspado no logra curar a la paciente.

Indudablemente las opiniones están divididas, la causa de las hemorragias para unos, es la disminución de la contractilidad del músculo sobre todo de las paredes vasculares de este órgano, que después de la vaso-dilatación menstrual el músculo uterino no se retrae suficientemente y con la rapidez normal y de allí la persistencia de la hemorragia.

Los pequeños fibromas submucosos que se encuentran muy a menudo como causas de hipermenorrea son debidos al estado pseudogravídico que producen en la mucosa uterina. Para otros el endometrio tiene también una función endócrina que, repercutiendo sobre el ovario produce hemorragias, como pasa en los fibromas, donde la mucosa es asiento de una hiperplasia debida a la irritación producida por el tumor, que llegado a este desarrollo produce hormonas cuya acción sobre el ovario explican las hemorragias; quitando esta función endócrina del endometrio por medio del radium, estas hemorragias se curan, pues el radium actúa aquí, sobre la hiperplasia de la mucosa más que por su acción sobre el ovario.

Segundo.—Hemorragias por trastornos del aflujo sanguíneo: la congestión activa o pasiva del útero, puede hacer sentir sus efectos sobre el flujo menstrual y exagerarlo.

Muchas y muy variadas son las causas que producen la congestión activa, tenemos algunas de orden profesional, en todas aquellas señoras y señoritas que hacen abuso de la máquina de coser, otras, empleadas de tiendas que tienen que permanecer de pié o hacer ejercicios fuertes, subir o bajar gradas. En el orden deportivo, abuso del baile, excursiones, etc., excesos sexuales, excitaciones anormales, masturbación, tienen un papel evidente en la congestión activa del útero. Baños sumamente calientes, estancia prolongada en el mar o las montañas, son en muchas mujeres causas de reglas muy abundantes o exageradas. En otras, un tratamiento termal de concentración más o menos fuerte produce excitación de la pelvis y las reglas se prolongan.

Bajo la influencia de cualquiera de esas causas, el mecanismo fisiológico se produce por un eretismo constante del aparato genital, con hiperemia de los ovarios y del útero que explica la abundancia del flujo menstrual.

Una de las principales causas en la producción de las menorragias en la congestión pasiva, son las afecciones del corazón. En general, todas las cardiopatías cuando llegan a la insuficiencia ventricular, producen trastornos en el aparato genital y por consecuencia hemorragias prolongadas y abundantes. En muchas enfermedades del riñón y del hígado se observan también menorragias. En la hipertensión arterial, también existen desarreglos del aparato genital. Las hemorragias en estos casos, tienen por causa, en algunas de estas enfermas el éxtasis venoso, el exceso de la presión arterial o esclerosis del útero con lesiones de arteritis como pasa en algunos casos de sífilis terciaria, sobre todo.

Tercero.—Hemorragias debidas a trastornos de la coagulación de la sangre: en muchas enfermedades generales en las cuales existen trastornos de la coagulación de la sangre, como la tifoidea, el paludismo agudo, la viruela, etc., se notan hipermenorreas en el curso de su evolución; éstas, llegada la enfermedad al período de terminación, generalmente ceden, pero muchas veces persisten, instalándose de una manera definitiva; entonces hay que pensar en una determinación secundaria de la infección primitiva del aparato genital. Weil en su estudio sobre "Hemorragias y perturbación sanguínea" dice: que las hemorragias esenciales de la pubertad o de la menopausia son debidas a un estado discrásico o a lesiones de las glándulas endó-

crinas. Respecto al tiroides, Kocher en sus experimentos sobre la ablación parcial o total de esta glándula ha visto aparecer metrorragias, que les llama metrorragias tireoprivas. También el hiperfuncionamiento del cuerpo tiroides produce metrorragias. La Sociedad Médica de los Hospitales de París trae varias observaciones de pacientes que sufrieron durante años de fuertes hemorragias uterinas y no fué sino con un tratamiento prolongado y constante de hematotiroidina que se curaron. Bien conocidos son los efectos de los extractos hipofisiarios, glándulas suprarrenales, pineal y timo, sobre el útero, ovario y sus vasos.

Cuarto.—Hemorragias debidas a trastornos vasomotores: en su estudio sobre las menorragias emotivas, Favre ha demostrado, que su mecanismo es debido a una vasodilatación del aparato genital producido por un reflejo. En los momentos de la regla, durante ella, o al terminarse, una conmoción emocional o traumática es capaz de producir menorragias. Entre estos trastornos vasomotores pueden entrar las menorragias de las neuro-artríticas y de muchas enfermas cuyo sistema nervioso sea sumamente impresionable y dé lugar a estos reflejos que se traducen en pérdidas sanguíneas, como las histéricas, etc., etc.

POLIMENORREAS

Caracterizada por la mayor frecuencia de las reglas. Aquí el ciclo menstrual es el que sufre trastornos reapareciendo a intervalos diferentes del normal y que indudablemente reconocen su origen en la ovulación, pues el ritmo menstrual no puede ser influenciado más que por el ovario; muchas son las causas que pueden producir este trastorno de la ovulación, comenzando por las polimenorreas donde las reglas son al principio normales y después sea en la pubertad o en la adolescencia se vuelven demasiado frecuentes, aquí la distrofia congénita o adquirida del ovario, es su causa, sea ya una lesión anatómica al principio, en la congénita o a una lesión de degeneración poli-
quística microscópica, más tarde.

En el curso de la vida genital cuando las reglas han sido normales, la hipermenorrea puede venir, ya por lesiones primitivas del ovario, como pasa en las anexitis agudas o crónicas, vicios de posición del ovario, accesos con-

gestivos, etc., etc., o también por repercusión sobre este órgano de pirexias agudas, infecciones crónicas, enfermedades de las glándulas endócrinas que por una o por otra causa repercuten en el parénquima ovárico. El útero en este caso, desempeña un papel importante, por lo que hay que hacer un examen completo y sereno, para no caer en tratamientos inadecuados que solo traerán fatales resultados para la enferma.

Es en esta clase de hemorragias en donde también han querido que el raspado uterino sea su tratamiento, porque como digo arriba, no haciendo un análisis perfecto de la etiología y patogenia de estas hemorragias, es muy fácil caer en este error, porque el útero a consecuencia de esta disovaria y por el trabajo exagerado que tiene con reglas tan frecuentes, su mucosa deja crear un estado de congestión permanente que trae como consecuencia la hipertrofia de sus paredes y el aumento de volumen; es el "UTERO GIGANTE" de Richelot. Es tanto más importante para el diagnóstico como para el tratamiento, porque en este período de útero gigante, la congestión, el espesamiento de la mucosa, etc., traen un aumento considerable del aflujo sanguíneo y entonces la hipermenorrea viene a unirse a la polimenorrea, de allí que sea fácil caer en errores de diagnóstico y de tratamiento.

METRRORRAGIAS

Aquellas que sobrevienen fuera del ciclo o que no producen periodicidad alguna, son talvez las hemorragias más a menudo encontradas por el Médico, ya que están ligadas a muchas circunstancias y que reconocen las causas más variadas; es aquí donde se está obligado a hacer un examen minucioso y detallado para lograr hacer el diagnóstico exacto e implantar la terapéutica adecuada que salve a la enferma. Encontraremos en esta parte muchas metrorragias ligadas a enfermedades conocidas, que me limitaré a nombrarlas sin entrar en detalles. En cambio existen otras no muy conocidas o mal diagnosticadas, cuyo tratamiento no siempre es el indicado y en las cuales se practica con una mala técnica, siendo los resultados desastrosos para la enferma y para el Cirujano. Frecuentemente hemos oído el caso en que el médico se encuentra ante una paciente con hipermenorrea y polimenorrea, con un útero

agrandado, cuello entreabierto y ligeramente reblandecido, enferma que ha sido tratada por todos los hemostáticos posibles y sin embargo las hemorragias perduran y su estado se agrava; un examen mal dirigido y un tratamiento peor aconsejado, indican a la enferma que hay que hacer un raspado de la matriz porque es el único medio de curarla. Se lleva a cabo la operación, la enferma mejora, y al poco tiempo, un mes a más tardar reaparecen las mismas molestias de antes, porque ha habido error en el diagnóstico; un tratamiento opoterápico u otro diferente al raspado hubiera podido dar la curación completa y evitar esos fracasos. Y, al mismo tiempo, ¿cuántas veces hemos visto enfermas con la sintomatología clásica de las metritis post-aborto las cuales son entretenidas por hemostáticos y taponamientos uterinos y después de muchos tanteos, cuando talvez pelagra ya la vida de la enferma, por todas las consecuencias que trae la constante pérdida de sangre, el cirujano se decide a intervenir y una mala técnica lo llevará también al fracaso, sea que este fracaso consista simplemente en la reaparición de los síntomas y molestias que la enferma tenía antes de la operación o quizás sean fracasos más profundos y dolorosos, como es la muerte de la enferma en la sala de operaciones o en la Clínica particular del práctico? Esto sucederá por muchas causas pero principalmente por el desconocimiento de la técnica del raspado uterino, por el uso de cucharillas mal seleccionadas o porque se desconocen algunas pequeñas maniobras que en un momento dado nos dan facilidades para salvar a nuestra paciente. Muchas veces en el Servicio de Ginecología tuve oportunidad de ayudar a los Jefes, que en más de una ocasión y a pesar de que el raspado estaba perfectamente indicado y se había hecho con una buena técnica, se producían hemorragias que podríamos llamarles post-raspado, que a pesar de hemostáticos, taponamientos, etc., no se contenían y que un punto de sutura o una pinza de Museux colocada con precisión y seguridad eran suficientes para contenerlas y salvar así la vida de la enferma. Estos casos que he visto tratar y muchos que he oído fracasar, me hicieron pensar en escribir sobre este punto, reuniendo en un cuadro todas las hemorragias del útero que son capaces de producir, si no la muerte de la enferma, cuando menos trastornos graves en su organismo. Como dije anteriormente pasaré con rapidez, una cantidad de estas hemorragias cuyo diagnóstico y tratamiento están

al alcance de todos y daré especial atención a aquellas que se producen en el post-parto y post-aborto, que son en mi concepto las más frecuentes, las más peligrosas y las que todo médico está en la obligación de conocer y saber tratar.

Siguiendo el método que nos hemos trazado en la descripción, estudiaremos primero las metrorragias de origen obstétrico, es decir, las ligadas a la evolución de un embarazo.

Entre estas hemorragias hay unas que interesan más al Tocólogo y que provienen ya de un embarazo molar, inserción viciosa de la placenta, etc., y otras que son muy importantes en la práctica corriente que todo médico debe conocer y tratar perfectamente.

Tenemos en primera línea las hemorragias del principio del embarazo que se observan en mujeres jóvenes, quienes después de retención de algunos días o semanas se presentan repentinamente con hemorragias más o menos abundantes. Nunca hay que alejar de nuestra mente la idea de una gestación y nos hacen pensar en un embarazo, indicándonos por consiguiente la conducta que debemos seguir.

En otros casos esa hemorragia no viene sola sino que al examen del útero lo encontramos aumentado de volumen y una masa anexial derecha o izquierda nos da la idea de un embarazo extra-uterino; estas hemorragias tienen un carácter especial o se prolongan en un derrame de un color rosado, hasta que ya accidentes graves vienen a alarmarnos o por el contrario un diagnóstico rápido aconseja una intervención precoz.

Después de estas hemorragias de principio de embarazo vienen aquellas que se observan en el curso de la gestación, y son casi siempre señales de aborto: en estos casos, la conducta del médico varía un poco en su aspecto, porque unas veces se trata de un embarazo seguro y lo difícil aquí, es saber si el aborto se ha producido o nó, para así tomar nuestra norma de conducta; en otros casos por el contrario la gestación era desconocida o por lo menos inconfesada y la enferma no dá sino síntomas vagos; como pérdida de sangre con grandes coágulos, etc., en estos casos el aborto puede pasar desapercibido.

Por último tenemos las hemorragias que están en íntima relación con la retención placentaria y con la subinvolución del útero.

En la retención placentaria vienen a unirse ciertos grados de metritis hemorrágicas que explican perfectamente esa persistencia de las pérdidas sanguíneas, no así en la subinvolución uterina que es la congestión pasiva la que produce ese estado de hemorragia.

Metrorragias independientes de la gestación y del puerperio.—Son éstas muy numerosas y se encuentran en casi todas las afecciones ginecológicas, en muchas de ellas existe una lesión del útero o de los anexos, y el mecanismo de la hemorragia se explica fácilmente, y comprendiendo esto, la terapéutica se resuelve con seguridad.

Lesiones del útero.—Los fibromas, constituyen una de las afecciones que más frecuentemente producen hemorragias; aquellos que se desarrollan hacia la mucosa son los que más las presentan.

Vienen después los pólipos uterinos que traen también un pequeño grado de endometritis que producen a veces abundantes hemorragias.

Muy frecuentes son las hemorragias que se presentan en el cáncer del útero; cuando se trata de cáncer del cuerpo, son poco abundantes y muy raramente están constituidas por sangre pura, más bien son pérdidas saniosas, herrumbrosas y de ligero mal olor.

En el cáncer del cuello las hemorragias se producen al principio, sean ya consecutivas a una irrigación, a las relaciones sexuales y más tarde, a medida que la ulceración gana en profundidad, las hemorragias, ganan también en cantidad y en frecuencia, hasta el grado de producir anemia aguda. Estas hemorragias son de un gran valor para el práctico y se deben a la ulceración de los pequeños o grandes vasos que son destruidos por el neoplasma.

La tuberculosis, enfermedad bastante rara, dá también hemorragias. El mecanismo de estas pérdidas sanguíneas es debido a un proceso de ulceración del fondo del útero.

La sífilis del cuello del útero, dá también metrorragias abundantes, debidas a lesiones del músculo y de sus vasos.

En las metritis agudas las pérdidas son más bien purulentas y estriadas de sangre y se deben a la fuerte congestión que sufre el útero en ellas. Como en esta clase de metritis hay infección que se propaga a los anexos y a la

pelvis menor, las metrorragias persisten y son tenaces y si la infección se localiza en el útero, entonces se curan con relativa facilidad.

En las endometritis las hemorragias son consideradas como signo de inflamación, pues hay hipertrofia e hiperplasia de la mucosa, que nada tiene que ver con la infección; aquí no se trata más que de estados anormales de la mucosa uterina, ligados unas veces a los folículos en vía de madurez o a los cuerpos amarillos.

En las adenomiosis, la parte muscular del útero presenta lesiones extensas con proliferación más o menos abundante de tejido conjuntivo degenerado y a veces las mismas fibras musculares presentan signos de alteración. Aquí los vasos tienen lesiones de arteritis muy manifiestas, son muy numerosos, muy dilatados y le dan a la pared uterina un aspecto angiomaso con lo que se pueden explicar fácilmente las hemorragias.

Metrorragias en las lesiones ováricas.—Bouilly, en su trabajo de metrorragias de origen ovárico, dice: “casi todas las lesiones del ovario pueden ir acompañadas de metrorragias.” Hay entre estas lesiones algunas que dan mayor o menor frecuencia de hemorragias uterinas, citemos los quistes mucoides, los dermoides, los fibromas, el cáncer, las anexitis agudas o sub-agudas; pero las lesiones del ovario que intervienen con más frecuencia en las metrorragias, son las ovaritis escleroquísticas.

Metrorragias de origen vascular o nervioso.—Muchos tumores incluidos en la pelvis menor, pueden por compresión sobre las venas o sobre el simpático pélvico, producir hemorragias uterinas y también hemorroides. Entre estos tumores tenemos los quistes interligamentarios que aunque raros, se observan hemorragias debidas a ellos.

Hay otra clase de hemorragias que suponen la evidencia de una lesión latente, que en un momento dado, por un choque violento, choque debido sea a una emoción profunda o a un traumatismo más o menos fuerte, viene a despertar esta lesión de una manera brusca y a producir estas hemorragias emotivas.

Dalché, describe las hemorragias neuropáticas observadas en las neurasténicas, en las de temperamento nervioso, después de una fatiga o de un traumatismo. Aquí el elemento neuropático no desempeña más que un papel secundario y estas hemorragias son debidas a accesos de hiperemia del ovario.

TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS UTERINAS YA DESCRITAS

Muchos y muy variados son los casos en que hay que tratar las hemorragias uterinas y este tratamiento depende de las condiciones generales de la enferma y muy especialmente sus condiciones sociales; pues una paciente de posición desahogada, con una hemorragia, podría trasladarse a una casa de salud y contar allí con todos los elementos necesarios para atenderla debidamente; en otros casos, las condiciones penosas de la paciente obligarían al Cirujano a trabajar en malas condiciones, talvez con insuficiente asepsia, una mesa inadecuada, instrumental incompleto o apremiado por la urgencia del caso, pudiendo ser todo ésto, causas de desagradables fracasos. Es por eso que la primera indicación en caso de una hemorragia es rodearse de todas las buenas condiciones posibles para poder maniobrar en un momento dado con seguridad y precisión. Hay como principios generales para toda hemorragia uterina, una serie de indicaciones que se deben llenar en el tratamiento y que algunas veces, en las pequeñas hemorragias son suficientes para cohibirlas. Estos principios son: el reposo absoluto en la cama, pelvis ligeramente elevada, cabeza un poco baja y muslos ligeramente flexionados en la pelvis. El médico tratará de detener el derrame por medio de un taponamiento vaginal y por el medicamento hemostático que le parezca mejor para el caso. Para tener mayor seguridad de un reposo absoluto y si no hubiera nada que lo contraindique, una o dos inyecciones de morfina, según el caso. Si el pulso se debilita, suero fisiológico subcutáneo o intravenoso y algunas veces si la vida de la enferma se encontrara comprometida, puede llegarse a la trasfusión de sangre por los métodos usuales.

Los medios más usados en el tratamiento de las hemorragias uterinas, son los siguientes: *Primero:* Medicamentos. *Segundo:* Medicación opoterápica. *Tercero:* Medios físicos y *Cuarto:* Medios quirúrgicos.

Medicamentos.—Desde tiempos muy antiguos se usaban medicinas que obraban aumentando la coagulabilidad de la sangre, o por su acción sobre los vasos, vinieran a favorecer la hemostasis; entre los primeros no nos preocuparemos más que de la gelatina, del cloruro de calcio, del citrato sódico y del suero animal; entre los segundos que pudiéramos llamar medicamentos vaso-constrictores y accesorios.

mente hipertensores, tenemos el cornezuelo de centeno y sus derivados, la digital, el sulfato de quinina, el hidrústis canadensis, el hamamelis virgínica y el gossypium herbaceum. Hay otros que produciendo vaso-dilatación o relajamiento del músculo uterino, son medicamentos vaso-dilatadores y accesoriamente hipotensores.

No voy a hacer una descripción detallada de las diferentes formas, dosis, etc., en que estos medicamentos se pueden usar con relación a la edad de la enferma, a su estado más o menos grave, sino que me limitaré a hacer una descripción somera de los medicamentos, medios físicos, etc., que pueden servir de base para cualquier tratamiento; pero sí me extenderé en lo que crea más práctico y más aconsejable en ciertas clases de hemorragias. Una solución de gelatina al 10 % en suero artificial, se puede usar para irrigaciones y para empapar gasas en caso de taponamiento. Por la vía oral también se usa mezclada con leche o con caldo. El suero gelatinizado en inyecciones subcutáneas se usó mucho tiempo para combatir hemorragias uterinas, pero fué abandonado por los accidentes que producía; sin embargo, últimamente se usa bastante. El cloruro de calcio que se administra a la dosis de 4 gramos por día en poción o por vía intravenosa a la dosis de 50 centigramos a 1 gramo, se usa sobre todo en aquellas metrorragias de enfermas hemofílicas. El citrato sódico en solución concentrada al 30 % y al 10 % de cloruro de magnesia, se usa en inyecciones intravenosas a la dosis de 20 centímetros cúbicos, deben inyectarse lentamente.

El suero animal es uno de los medicamentos hemostáticos que favorecen la coagulación de la sangre y uno de los más usados en la actualidad. Se utiliza sobre todo el suero de caballo y en casos urgentes puede usarse cualquier otro suero animal de uso terapéutico.

Entre los medicamentos vaso constrictores e hipertensores, el cornezuelo de centeno y sus derivados son los más usados; pues la digital y el sulfato de quinina, han caído en desuso.

El hidrústis canadensis, el hamamelis virgínica y el gossypium herbaceum, son medicamentos de un empleo muy corriente y que entran en un gran número de específicos y preparaciones farmacéuticas.

El cornezuelo de centeno por lo difícil que es obtenerlo fresco, es poco usado y su extracto acuoso tratado por el alcohol, que es la ergotina o su alcaloide, la ergotinina, son

medicamentos muy empleados en la práctica diaria, sobre todo en Obstetricia donde hay que obrar rápidamente. La ergotina representa uno de los mejores hemostáticos. Se usa a la dosis de 50 centigramos a dos gramos en 24 horas; la ergotinina que es mil veces más activa se usa a la dosis de un cuarto de miligramo a un miligramo en 24 horas. Como después de la vaso-constricción demasiado enérgica que produce la ergotina, sobreviene una vaso-dilatación que puede redoblar la hemorragia, en Ginecología aconsejan usar dosis débiles, fraccionadas y repetidas con frecuencia. El hidrústis canadensis, el hamamelis virgínica, que se prescriben usualmente en forma de extracto fluido, a la dosis de 50 centigramos a 3 gramos en 24 horas; están principalmente indicados en las hipermenorreas congestivas.

La hidrastinina, alcaloide del hidrústis canadensis, se usa en forma de píldoras o de inyecciones subcutáneas a la dosis de 5 centigramos, en la primera forma y 5 centigramos en solución al 5 % en la segunda. El gossypium herbaceum, poco empleado, se usa a la dosis de 5 centigramos cuatro veces al día en forma de extracto y aunque de acción no muy segura, en las fibromatosis úterinas, ha dado algunas veces resultados.

De los medicamentos vaso-dilatadores y accesoriamente hipotensores, diremos algo sobre el clorhidrato de emetina, la estipticina, del viburnum prunifolium y del muérdago. También el cáñamo indiano, el opio y sus derivados se prefieren algunas veces aprovechando su acción antiespasmódica sobre el sistema nervioso, pueden ser usados en las amenazas de aborto y en el tratamiento de urgencia de las hemorragias uterinas.

El clorhidrato de emetina está especialmente indicado por algunos autores en las metrorragias de la menopausia, aquellas que tienen su origen en la esclerosis uterina y en las hemorragias fluxionarias de origen ovárico; la dosis para emplear es de 2 centigramos de emetina tres veces al día, siendo esta dosis generalmente suficiente y recordando los efectos acumulativos de la emetina, no debemos pasar de la dosis de 8 á 9 centigramos al día. Dalché recomienda dosis débiles y repetidas. El viburnum prunifolium tiene una acción hemostática, sedante y antiespasmódica y se usa principalmente bajo la forma de extracto fluido a la dosis de 50 centigramos a 3 gramos por día y se emplea casi siempre asociado al hidrústis o al hamamelis.

La estipticina se encuentra en la forma de tabletas de 5 centigramos, aplicándose cuatro al día, también se usa en la forma hipodérmica a la dosis de 10 centigramos. Forgue la recomienda en las hemorragias por fibromas.

El muérdago que tiene una acción hipotensiva se usa con la emetina en el tratamiento de las hemorragias congestivas de la menopausia que dependen de esclerosis uterina a la dosis de 5 centigramos, cuatro a ocho veces al día, en forma de píldoras.

MEDICACION OPOTERAPICA

La medicación opoterápica ocupa una parte muy importante en el tratamiento de las hemorragias uterinas, ya sea en la forma de extractos simples o extractos asociados. Los extractos ováricos se usan, sean en polvo, comprimidos, inyecciones, etc., a la dosis de 10 centigramos a 20 centigramos en solución al 10 %.

El extracto tiroideo solo y con extracto de ovario se usa a la dosis de 10 centigramos, en sellos, grajeas o tabletas, dos al día; en todos aquellos casos en que se comprueba la insuficiencia tiroidea y parece que donde ha dado magníficos resultados, es en las metrorragias congestivas de la pubertad o de la menopausia.

Los extractos totales o el extracto del lóbulo posterior de la hipófisis encuentran aplicación en las metrorragias de las jóvenes y en los fibromas. Existen en forma de extractos inyectables, dosificados a 5 centigramos por centímetro cúbico y no debe usarse más que en aquellos casos urgentes en los que se requiere un resultado inmediato, pues como son extractos muy activos, hay que manejarlos con prudencia, porque en algunos casos van seguidos de fenómenos de angustia, palidez, tendencia sincopal, etc., etc., en sellos o comprimidos de extracto seco de 10 centigramos, se emplean por vía bucal. Los extractos poliglandulares de la hipófisis, el cuerpo tiroideo, glándula pineal, etc., son bastante empleados en casos de menorragias. La opoterapia suprarrenal se usa poco; es generalmente la adrenalina sintética al milésimo, la que se usa cuando hay una baja considerable de la tensión, debida a grandes hemorragias.

La opoterapia mamaria se encuentra en el comercio en sellos de extracto, dosificados a 50 centigramos; unos

lo recomiendan mucho en las jóvenes afectas de menorragias o en aquellas próximas a la menopausia, que presentan reglas abundantes y prolongadas.

La insulina, según los trabajos de Bogt, disminuye la duración y la abundancia de las reglas normales; ha tratado muchos casos de metrorragias de origen ovárico y afirma: cuando la insulina fracasa, es que el ovario no es el factor etiológico de las metrorragias; el tratamiento dura tres o cuatro días y la dosis es de 50 unidades.

Medios Físicos.—Hidroterápicos, Electroterápicos, Cuarterápicos y Radioterápicos.

Hidroterapia.—El agua fría o el agua caliente han sido utilizadas en la terapéutica de las hemorragias uterinas, principalmente bajo la forma de irrigaciones, también en la forma de ducha, baños de asiento, pediluvios, etc. Los lavados fríos han decaído un poco en uso, pero están muy indicados en las anémicas o en las linfáticas, o en aquellas enfermas que padecen de ptosis visceral, pero para que produzcan los efectos que se desean es necesario que se repitan varias veces al día y en la posición de decúbito horizontal con una presión muy pequeña. Las irrigaciones calientes se harán entre una temperatura de 48 á 50 grados, muchos agregan alguna substancia hemostática, otros, substancias astringentes, antisépticas, pero prácticamente no tienen sino un valor secundario, pues casi nunca ese líquido entra en contacto directo con la parte que sangra, en consecuencia los resultados no son muy halagadores. Las irrigaciones como todo tratamiento, tienen sus indicaciones y sus contra-indicaciones. En las hemorragias por congestiones pasivas, debidas éstas a una desviación, relajación ligamentosa o endometritis, es cuando los lavados vaginales están prácticamente indicados. En los procesos agudos o en los accesos flogísticos que dependen de una ovaritis escleroquística o de una salpingitis, el agua caliente a menudo mantiene la hemorragia en vez de curarla. En la menopausia, en las menorragias crepusculares de Vinay, las paredes vasculares soportan mal las irrigaciones calientes y de allí que deben prescribirse frías; fuera de las irrigaciones vaginales se ha utilizado el agua en las hemorragias uterinas, en otra forma, como en pediluvios, maniluvios o en aplicaciones locales en el abdomen.

TRATAMIENTO HIDROMINERAL

Las hipermenorreas congestivas que se observan en la pubertad o en la menopausia, sobre todo en las neuroartríticas, la cura en balnearios, las favorecen notablemente.

ELECTROTHERAPIA

Los trabajos de Zimmern, en su tesis de París de 1901, nos habla del efecto excitomotor de la electricidad en las hemorragias uterinas y preconiza sus indicaciones, pero ultimamente este método ha caído en desuso para dar paso al radio.

RADIOTERAPIA

Al principio se limitó a ser aplicada en los fibromas del útero, después en las metrorragias de la pubertad y de la menopausia, en muchas afecciones le ha cedido el puesto al radio. Tiene además este tratamiento la desventaja que necesita el perfecto conocimiento de los Rayos X, para así poder dosificarlos exactamente.

CURIETERAPIA

Actualmente nadie duda de la acción hemostática del radio, aunque se discute todavía la acción biológica de sus rayos, se utilizan para cohibir muchas hemorragias. Fuera de las hemorragias del cáncer del cuello o del fibroma, hay hemorragias de lesión primitiva del útero o del ovario, o de un trastorno vascular, que ceden fácilmente a la acción del radio. Tiene éste el inconveniente de no estar al alcance de todos los médicos por su precio sumamente elevado y porque su aplicación necesita conocimientos especiales que no todo práctico está en la obligación de conocer.

MEDIOS QUIRURGICOS

No voy a hacer una descripción detallada de los diferentes procedimientos quirúrgicos que se emplean para poner fin a las hemorragias, cuando éstos se dirigen a la lesión causal, puesto que naturalmente, aquellas pérdidas sanguíneas cuya causa es un pólipo uterino, por ejemplo, el tratamiento, será su extirpación; es decir, con esto desa-

parece la lesión causal. De la misma manera, las metrorragias debidas a las retrodesviaciones, su corrección por los medios que conocemos: fijación de los ligamentos, etc., ponen fin a los accesos congestivos y por consecuencia a las metrorragias. Igualmente, todas las hemorragias que están descritas en el cuadro anterior, al atacar su causa por las diferentes operaciones que conocemos, ponen fin a las hemorragias. Quiero solo hacer hincapié en la manera de detener las hemorragias, ya sean éstas graves por su abundancia o por su repetición; el medio de hacer una hemostásis inmediata que salve la vida de la enferma, para que más tarde podamos dirigirnos al tratamiento causal, si nó lo hemos combatido ya en el procedimiento empleado.

Entre los procedimientos más usuales, citaremos las inyecciones intrauterinas, las instilaciones y cauterizaciones del útero, poco usadas ya; siguiendo después el taponamiento, el pinzamiento del cuello y la sutura temporal del cuello uterino. A estos procedimientos quirúrgicos tenemos que agregar el raspado uterino, intervenciones sobre los ovarios y la trasfusión de sangre, que vienen a modificar el estado de la mucosa uterina en el primer caso, el funcionamiento del ovario en el segundo y la modificación del organismo en general en el tercero. Estos procedimientos tienen naturalmente sus ventajas y sus inconvenientes, la oportunidad con que deben usarse, es a lo que quiero referirme, aunque sea de una manera ligera.

En primer lugar el taponamiento simple, que si bien es cierto que no constituye más que un medio momentáneo para detener una hemorragia, bien aplicado tiene un efecto instantáneo y salvador, porque deteniendo la hemorragia y ayudado por terapéutica farmacológica, dá tiempo a los medicamentos a obrar. El taponamiento como todos saben, consiste en introducir una cantidad de gasa apilada en el útero y en la vagina, esta gasa debe de ir de tal manera acondicionada que forme primero una especie de tapón en el útero y después un segundo tapón en la vagina. Algunos autores aconsejan gasa yodoformada simple, otros recomiendan embeber la gasa con agua oxigenada en solución débil o en solución de gelatina al 10 %.

Como instrumental, un espéculo vaginal, una pinza de curación y algunas veces un histerómetro son suficientes para llevar a cabo esta pequeña operación. Sus indicaciones son excepcionales y se reserva su empleo para los casos en que la enferma no puede ser vigilada directamente

por el médico o en aquellos casos en que los medios habituales han fracasado. Tiene también sus inconvenientes, indudablemente, porque aunque se practique con mucha asepsia, la punta de las gasas vaginales suele algunas veces deslizarse al exterior, ponerse en contacto con puntos sépticos, como la vulva, margen del ano, etc., y ser entonces el punto de una infección que dé lugar a accidentes, unas veces pasajeros y otras a salpingitis. También el uso de una gran cantidad de gasa yodoformada puede dar origen a fenómenos tóxicos como pude observar una vez en el Servicio de Ginecología, por lo que es muy recomendable taponar el útero con gasa yodoformada y la vagina con gasa simple, pues así evitaremos esos fenómenos tóxicos, debidos a la cantidad de yodoformo absorbido.

PINZAMIENTO DEL CUELLO

En la revista de Ginecología (1909) en su brillante artículo "Oclusión temporal de la cavidad uterina por pinzamiento instrumental del cuello," el Profesor Mauricio Pollosson nos describe un procedimiento sencillo, elegante y seguro, que en más de una oportunidad he visto usar en el Servicio de Ginecología con un éxito eficaz y rápido. Pollosson en su método usa una pinza erina especial, construida por Collin, que es más o menos una pinza tira bala con doble garfio y ramas más largas; pero prácticamente se puede usar una pinza de Museux que es la que yo he visto emplear a mis Maestros Doctores Wunderlich y Calderón. El método se reduce a desinfectar el cuello con tintura de yodo y poner la pinza a nivel del istmo, dejándola allí durante veinticuatro horas. Esto obtura completamente el canal cervical y la sangre, estacionándose paulatinamente en la cavidad se coagula, produciendo cierta distensión del cuerpo y formando un tapón que cohibe la hemorragia. Al mismo tiempo hay que recurrir a los hemostáticos usuales que vienen a ayudar el tratamiento. Tiene sobre el taponamiento muchas ventajas, primero no obturar la vagina y con esto se evitan las infecciones que pueden resultar como lo he dicho anteriormente por el contacto de las tiras de gasa salidas al exterior o por los defectos de la técnica del taponamiento; segundo, en nada dificulta el funcionamiento de la vejiga y las micciones pueden hacerse sin dificultad no así en el taponamiento en

que las gasas de la vagina dificultan las micciones. Como inconvenientes se señalan algunas escaras que producen en el cuello, debidas a que la pinza queda sumamente apretada y se mantenga colocada durante un tiempo relativamente largo; fácilmente se evita esto poniendo cierta presión a la pinza y no dejándola más de veinticuatro horas; algunas veces en menos tiempo se puede quitar.

PUNTO EN "U" DEL CUELLO

Otro procedimiento que he visto usar con buen éxito en el citado Servicio de Ginecología es el punto en "U" del cuello uterino.

En caso de hemorragia, cuando los medios usuales hayan fracasado y el útero sangra, una puntada con catgut cromizado o con crin de Florencia, es un magnífico procedimiento para detener la hemorragia, pues este punto obra de igual manera que la pinza erina de Pollosson, obturando la cavidad cervical y el proceso es el mismo que he descrito anteriormente.

Pienso que estos dos procedimientos bastante fáciles de ejecutar, el pinzamiento, como la puntada son dos armas poderosas que tenemos para luchar contra las hemorragias y que en más de una ocasión hemos visto cohibir derrames tenaces, en que otros medios, aún el taponamiento bien ejecutado, habían fracasado; por eso me permito llamar la atención mucho sobre ellos y recomiendo tenerlos presentes.

RASPADO UTERINO

El raspado o legrado del útero, es uno de los medios que más se ha usado y abusado en el tratamiento de las metrorragias, "la inocuidad de la intervención, la facilidad con que puede llevarse a cabo y los resultados que produce cuando está bien indicado, convirtieron dicha intervención en panacea de las afecciones uterinas." "No tardó sin embargo en abusarse de él, desprestigiando su valía, unos, empleándolo fuera de sus indicaciones, otros, alterando su técnica y convirtiéndola en simulacro y muchos olvidando sus contra-indicaciones," esto nos dice Fargas en su libro de Ginecología, al referirse al raspado del útero y en verdad, sabiamente hace la crítica de todos aque-

llos que practican raspados uterinos por hacer operaciones ginecológicas. Vuelve Fargas dándole toda la importancia que merece esta operación, que muchos la han querido hacer una pequeña maniobra de ginecología y nos dice: "el raspado del útero debe ser considerado con todos los honores de una operación de alta cirugía, tanto por la dificultad de sentar sus indicaciones como de apreciar sus contra-indicaciones, como por fin, por los peligros y fracasos que pueden acompañarle si no se atienden debidamente todos sus detalles."

A este respecto, quiero llamar la atención sobre el hecho que observé varias veces en el Servicio de Ginecología del Hospital General, cuando operaba el Jefe un raspado de la matriz, llegaban algunos compañeros próximos a salir de médicos y acercándose al interno le preguntaban, qué operación se hacía y al contestárseles que se trataba de un raspado del útero, daban la vuelta con indiferencia, como plenamente convencidos que esa intervención no tenía ninguna importancia, operación que está al alcance de todos, sin saber que tarde o temprano, el desconocimiento perfecto de ésta operación, los llevaría a serios y desagradables fracasos.

Es, me decía el Jefe del Servicio, talvez la primera operación que se le presentará en su práctica, la que más veces va a tener que hacer y quizás, la única que en su carrera profesional hará y por consiguiente debe conocerla bien, en todos sus aspectos y en todas sus formas, para evitar el ridículo en que a menudo se ponen muchos cirujanos, que desconociendo la técnica, confunden un raspado uterino con una evacuación usando una cucharilla cortante, cuando está indicada una roma y viceversa; de allí, el éxito nulo de la operación.

INDICACIONES

De una manera general, cuando la mucosa del cuerpo uterino, sufre alteraciones bastante acentuadas para provocar fenómenos patológicos importantes o perturbar su función, el raspado uterino está indicado, como sucede en las metritis hemorrágicas y en las metritis poliposas. También está indicado en las metritis crónicas del cuerpo, sean de origen glandular o conjuntivo.

Otra indicación importante del raspado es la retención de restos placentarios después del parto o del aborto

y en determinados casos de miomas submucosos e intersticiales, siempre que sean un poco voluminosos, pues estos miomas producen hemorragias abundantes y con un raspado uterino seguido de una cauterización, sea de tintura de yodo como lo aconseja Schöeder; cloruro de zink como dice Duplay, o solución de percloruro de hierro como lo hacen Veit y Fargas, el raspado resulta eficaz y sus efectos son permanentes, sobre todo en aquellos casos en que por las continuas hemorragias, el estado de la enferma, etc., no permiten intervenciones más radicales. Podemos decir que en este último caso el raspado es un tratamiento paliativo de importancia.

TECNICA DEL RASPADO UTERINO

Tenemos que hacer una distinción bien marcada entre lo que es un raspado uterino y una evacuación de este órgano, pues frecuentemente se confunden y de allí que tengamos errores que lamentar. Un útero se evacúa cuando está lleno, es decir en aquellos casos en que la hemorragia por fuerte o por frecuente ponen en peligro la vida de la paciente. En cambio el raspado, es lo que pudiéramos llamar la limpieza del útero, sea que tengamos que quitar fragmentos de membrana, pequeños tumores poliposos o porque convenga, para la salud de la enferma, cambiar la mucosa uterina, como pasa en la metritis hemorrágica. En la evacuación del útero, tenemos que usar instrumentos romos, pues sus paredes presentan cierta friabilidad, que con una maniobra más o menos fuerte puede dar lugar a serias consecuencias. En el raspado uterino se prefieren las cucharillas cortantes, porque como su nombre lo indica hay que raspar las paredes del órgano. Para el raspado uterino necesitamos los siguientes instrumentos: un espéculo vaginal o una valva, dos pinzas tirabalas, un histerómetro, bujías dilatadoras de Hégar del número 2 al 12, según los casos y las cucharillas necesarias tanto para raspar el cuerpo como para el cuello. La cucharilla de Pozzi y Recamier una de las más usadas para esta operación, tiene la ventaja, que en un extremo tiene la cucharilla adecuada para raspar las caras del útero, mientras que en el extremo opuesto está preparada para los cuernos y las paredes laterales del órgano. Para el cuello tenemos la cucharilla de Volkmann, que es cortante y más fuerte, puesto que el cuello tiene sus tejidos más duros y resistentes.

Hay muchísimos modelos de cucharillas, como las de Ovar, etc., que varían en la forma y en el fondo, la parte cortante es casi igual en todas.

Algunos ginecólogos hacen el raspado sin anestesia, otros, recomiendan hacerla siempre bajo ella, y creo que es preferible esta última manera porque evita una serie de incomodidades para la enferma y dá mayor seguridad al operador, pues todas sus maniobras las puede hacer con más amplitud. La enferma se coloca en posición ginecológica y con la asepsia más perfecta; se introduce el espéculo y se abren sus valvas suficientemente hasta tener a la vista el cuello uterino, éste, se toma por el labio anterior con una pinza tirabala que el ayudante sostiene con cierta tensión; el labio posterior es tomado de la misma manera y el cirujano lo sostiene con la mano izquierda, dejándole así a la derecha toda la amplitud que necesita para sus maniobras ulteriores. El segundo tiempo consiste en introducir el histerómetro con el objeto de medir el útero y teniendo ya este dato y con alguna experiencia la dilatación, es fácil. En seguida tomando las bujías dilatadoras de Hégar, perfectamente lubricadas se van introduciendo en el cuello, una por una, a manera de producir una dilatación lenta y gradual; algunas veces esta dilatación se lleva sólo hasta donde la cucharilla pueda entrar sin dificultad, otras veces la dilatación puede ir más lejos y se lleva hasta la bujía número 10 a 12. Tercer tiempo: estando perfectamente dilatado, se procede al propio raspado, introduciendo la cucharilla cortante en el cuello, primero atacando la cara anterior y después la posterior; la presión dada a la cucharilla debe ser con cierta suavidad, de arriba para abajo, es decir del fondo al cuello, tratando de recorrer toda la cara anterior del útero a manera de no dejar pequeños espacios donde queden restos que pudieran más tarde producir nuevas molestias. Después, la cara posterior, siguiendo la misma maniobra que con la cara anterior; tanto en la una, como en la otra pueden pasarse después otras cucharillas cortantes, pero de dimensiones más pequeñas y una vez limpio el útero de todos los tejidos enfermos, debe darnos un rechinamiento especial que Doleris ha designado gráficamente con el nombre de "grito uterino." Cuarto tiempo: con la parte angosta de la cucharilla de Pozzi y Recamier o con otra cucharilla angosta, hacer el raspado de los cuernos y bordes. Terminada la limpieza del cuerpo, se hace con una cucharilla especial

— 41 —

cortante, el raspado del cuello, siguiendo las mismas instrucciones que para el cuerpo. Y por último con un escobillón especial o con una pinza de curaciones, en la que se monta un pedazo de gasa o algodón absorbente mojado en una solución de yodo fuerte, se hace una cauterización de toda la cavidad; una gasa yodoformada, introducida suavemente en la cavidad uterina sirve de especie de desagüe. La operación es en sí sencilla y siguiendo exactamente la técnica descrita, se obtendrá el resultado deseado; pero hay accidentes que pueden ocurrir durante y después de la operación, que es necesario conocer para saber evitarlos. En primer lugar tenemos un accidente bastante frecuente por cierto, que es la perforación del útero, sea en el momento de introducir el histerómetro o al hacer la dilatación por las bujías o aún con la misma cucharilla, dependiendo ésto, de una maniobra brusca del cirujano o del estado de las paredes del útero. En todo caso, cuando un accidente de esos pasare, la conducta del operador será la de abstenerse de seguir la operación; acto continuo, se cambiará los guantes e instrumental y se procederá a la laparotomía, con el objeto de suturar la perforación; colocará a la enferma en reposo, con su hielo, morfina, etc., hemostáticos uterinos, por vía oral o hipodérmica, prefiriendo esta última por su rapidez. Otro de los accidentes frecuentes y graves son las hemorragias post-raspado, hemorragias que tienen algunas veces caracteres graves y pueden producir desenlaces fatales; es aquí donde el cirujano debe tener toda la serenidad y usar los procedimientos que he descrito más arriba para poder cohibir la hemorragia; primero el taponamiento y luego el pinzamiento de los labios del útero, sea con una puntada o simplemente con la técnica de Pollosson, es decir, con una pinza de Mauseux a falta de las erinas especiales del autor.

CONTRA-INDICACIONES

Las principales son: endometritis aguda de cualquier naturaleza que sea, menos en los casos de retención. Formalmente contra-indicado el raspado en un proceso inflamatorio agudo o sub-agudo de las zonas periuterinas, como en las anexitis agudas, pelvi-celulitis y pelvi-peritonitis. Está también contra-indicado, en las anexitis crónicas de origen gonorréico. En todas las anexitis silenciosas, que

al examen bi-manual no den todos los datos que el cirujano requiere para saber si hay o no contraindicaciones; algunos autores aconsejan el empleo de laminarias, previo al raspado y si éstas despiertan dolores anexiales, frecuencia del pulso, elevación de temperatura, es preferible abstenerse y someter a la enferma a un tratamiento preparatorio adecuado, hasta hacer desaparecer o por lo menos modificar el foco séptico.

Está contra-indicado también el raspado, en las diabéticas y albuminúricas, esto no de una manera absoluta, pues sometiendo a las enfermas a regímenes apropiados el raspado puede llevarse a cabo, siempre con las reservas o peligros que trae un organismo en esos estados patológicos y por último, nunca raspar un útero por donde corra flujo blanco, pues generalmente éste es de origen gonocócico, ya que al hacer cualquier maniobra en un útero así atacado, dá por resultado una inflamación aguda en los anexos. Recuerdo de muchos casos que llegaron al Servicio de Ginecología durante mi estancia como interno, con fuertes inflamaciones de las trompas y de los ovarios que al ser interrogadas estas enfermas contaban que después de haber consultado a un Médico X, por un flujo tenaz y persistente, éste les había propuesto para curarlas un raspado uterino y la consecuencia fué una anexitis aguda. Es esta una de las verdaderas contra-indicaciones del raspado uterino y es por ese procedimiento que muchos médicos pretenden curar el flujo blanco tan rebelde en ciertas mujeres, que un examen ginecológico cuidadoso, nos indica que proviene de las glándulas del cuello, periretrales o de Skène y que el raspado en estos casos, al quitar la mucosa uterina, abre amplias puertas a la infección, llevándola inmediatamente a las trompas y ovarios, produciendo éstas anexitis tan serias que antes de conocerse la Diatermia, que tan buenos resultados dá, el Cirujano tenía que curarlas mediante operaciones mutilantes y difíciles de practicar por las adherencias inflamatorias a los órganos adyacentes.

CONCLUSIONES

- 1°—Las hemorragias uterinas, se dividen en: Hipermenorreas, Polimenorreas y Metrorragias.
- 2°—Cada una de estas hemorragias, tiene diferente etiología y patogenia y por consiguiente diferente tratamiento, antes de someter una enferma a éste, es absolutamente indispensable hacer el diagnóstico exacto de la categoría de hemorragia a que pertenezca.
- 3°—Todo Médico está obligado a conocer, si posible fuere hasta la perfección, las hemorragias uterinas y su tratamiento.
- 4°—Cuando no tenga perfecto conocimiento de estos casos, es de conciencia ponerlos en manos del especialista.
- 5°—Uno de los métodos terapéuticos más usados, es el raspado uterino, cirugía al alcance de todos los médicos, siempre que se tenga perfecto conocimiento de su técnica.
- 6°—Previo diagnóstico, un útero que sangra debe rasparse.
- 7°—Nunca raspar un útero, por el sólo hecho de presentar la enferma, flujos, menos aún si no está hecho el diagnóstico bacteriológico.

FRANCISCO FED. RÍMOLA G.

Vº Bº,

LUIS RIVERA IRIARTE.

Imprimase,

E. LIZARRALDE.

BIBLIOGRAFIA

- L. Testut.*—Anatomie Descriptive.
Hedón.—Fisiología.
A. Branca.—Histologie.
G. Cotte.—Enfermedades del aparato genital de la mujer.
Halban.—Ovarien und menstruation.
F. Fiolle.—Indicaciones y contraindicaciones del raspado uterino.
Dalché.—Le Molimen cataménial et ses accidents.
Fargas.—Ginecología.
Faure y Siderey.—Traité de Gynécologie.
P. Gueniot.—Thérapeutique Gynécologique.
Wallich.—Menstruación y embarazo. Revista de Ginecología y Cirugía abdominal.
G. Cotte.—Sur le traitement des fibromes utérins.
Recasens.—Ginecología.
Tuffier.—Étude chirurgicale sur 230 greffes ovariennes.
Doléris.—Métrites et fausses métrites. París.—1902.
Dalché.—Les métrorragies dans les maladies du foie.
Favre.—Les métrorragies émotives. Thèse de París, 1921.
A. Manquat.—Thérapeutique.
Pollosson.—Occlusion temporaire de la cavité utérine par pincement instrumental du col. Revue de Gynécologie, Obstétrique y Pédiatrie.—1909.
Pinard.—Fibromes utérins.

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i>	Del útero.
<i>Anatomía Patológica</i>	De la Mola Hidatiforme.
<i>Bacteriología</i>	Gonococo.
<i>Botánica Médica</i>	Cornezuelo de centeno.
<i>Clínica Quirúrgica</i>	Punción lumbar.
<i>Clínica Médica</i>	Exploración directa del Hígado.
<i>Fisiología</i>	Del útero.
<i>Farmacología</i>	Tinturas.
<i>Física Médica</i>	Termocauterio de Paquelin.
<i>Ginecología</i>	Embarazo extrauterino.
<i>Higiene</i>	Profilaxia del paludismo.
<i>Histología</i>	Del útero.
<i>Medicina Operatoria</i>	Ligadura de la arteria lin- gual.
<i>Medicina Legal</i>	Aborto criminal.
<i>Obstetricia</i>	Mola Hidatiforme.
<i>Patología Interna</i>	Enfermedad de Little.
<i>Patología Externa</i>	Mal de Pott.
<i>Patología General</i>	Herencia en la Sífilis.
<i>Química Médica Inorgánica</i> . .	Cloruro de sodio.
<i>Química Médica Orgánica</i> . .	Arrhenal.
<i>Terapéutica</i>	Ergotina.
<i>Toxicología</i>	Intoxicación por el subli- mado.
<i>Zoología Médica</i>	Ameba Histolítica.