



J

SOBRE

DISMENORRE



DE ORIEN NASAL



I SU TRATAMIENTO

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Memoria presentada para optar al grado de licenciado
en la FACULTAD de MEDICINA i FARMACIA

POR

JOSE M. LORCA A.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



SANTIAGO DE CHILE
IMPRESA UNIVERSITARIA

DE
S. A. GARCIA VALENZUELA

GAY 1765-67



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



SOBRE DISMENORREA

DE ORIJEN NASAL

Y SU TRATAMIENTO

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Memoria presentada para optar al grado de licenciado
en la FACULTAD de MEDICINA i FARMACIA

POR

JOSE M. LORCA A.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA UNIVERSITARIA

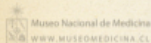
DE
S. A. GARCIA VALENZUELA

GAY 1765-67

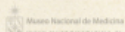
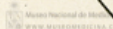
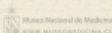


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

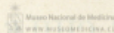
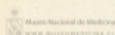
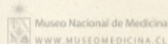
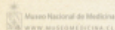
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



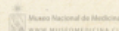
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SOBRE DISMENORREA DE ORIGEN
NASAL Y SU TRATAMIENTO



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Al distinguido Profesor, Doctor

Victor Koerner

El Autor

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

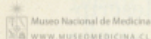
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

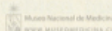


SOBRE DISMENORREA DE ORIJEN

NASAL I SU TRATAMIENTO

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

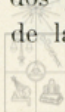


Nuestro propósito al emprender este modesto trabajo, no ha sido dar a conocer nada extraordinario ni orijinal i solo pretendemos contribuir con él a la vulgarizacion de la manera como se aprecia hoi en día clínicamente la afeccion denominada *dismenorrea nasal* i su tratamiento. Para formarse mejor un concepto del valor clínico de ella, comenzaremos por hacer una breve esposicion de la *dismenorrea en jeneral*.

Dismenorrea en jeneral

La vida sexual de la mujer se inicia con la funcion fisiológica tan conocida que se denomina *menstruacion*. La *dismenorrea* que es una de las perturbaciones de la menstruacion i de la cual nos vamos a ocupar, se define como una menstruacion dolorosa.

Esta afeccion que no constituye por sí sola una entidad mórbida, es un síntoma de diversas afecciones locales i estados jenerales. Debemos tambien advertir que la definicion de la *dismenorrea* como una menstruacion dolorosa es defi-



WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ciente por cuanto la menstruacion normal se presenta a veces con dolores. Son, pues, los caracteres del dolor i la apreciacion de cada uno, unidos a los otros síntomas, los que caracterizan la *dismenorrea* i la diferencian de la menstruacion normal.

Con el objeto de seguir algun método i facilitar esta descripcion, vamos a dividir la *dismenorrea en jeneral* en dos grupos: En el primero estudiaremos las formas de *dismenorrea* con lesiones de los órganos jenitales i en el segundo las formas con integridad de ellos o sea sin lesiones de estos órganos.

I GRUPO

DISMENORREAS DE ORIJEN UTERINO, TUBARIO, OVÁRICO

I DE LOS TEJIDOS PELVIANOS

Entre las primeras se consideran las producidas por deformaciones o desviaciones del útero, sean éstas conjénitas o adquiridas. En estas formas el dolor es producido por el mecanismo siguiente: el útero forma con el cuello un ángulo mas o ménos agudo, con lo cual se dificulta la salida del flujo menstrual i por este motivo las contracciones uterinas se hacen mas intensas i consecutivamente dolorosas.

Por este mismo mecanismo se produce el dolor en la *dismenorrea* orijinada por estrechez del orificio interno o esterno del cuello uterino. Estas formas están clasificadas bajo el nombre de *dismenorrea mecánica*.

Los tumores uterinos, sean éstos del cuerpo o de la cavidad obran como cuerpos estraños aumentando las contracciones uterinas. Entre éstos debemos mencionar especialmente los pólipos de la mucosa que se colocan encima del orificio interno del cuello cerrándolo como una válvula. Esta forma de *dismenorrea* entra tambien en la categoría de las mecánicas.

La *dismenorrea* propia de las anémicas i cloróticas es la que se produce por hipoplasia o desarrollo infantil de los órganos sexuales. En este caso el calibre de los vasos sanguíneos



del útero es muy pequeño para soportar la fluxion menstrual uterina, por lo cual la presion intravascular aumenta produciéndose por vía refleja las contracciones. Hai que tomar en cuenta en este caso que el pequeño tamaño del útero es otro factor impropio para recibir la mayor cantidad de sangre que afluye hácia él en el momento de la fluxion menstrual. El flujo que en esta forma de *dismenorrea* es poco abundante, sirve de indicador del aumento de las contracciones i hace las veces de una hemorragia suplementaria; de manera que cuando el flujo es poco abundante, la presion sanguínea de los vasos uterinos está aumentada i con esto tambien las contracciones. Al contrario cuando el flujo es abundante la presion sanguínea de esos mismos vasos baja i junto con esto disminuyen las contracciones.

Otra forma de *dismenorrea* es la *inflamatoria*, que se presenta en las endometritis, especialmente gonocócicas, agudas o crónicas, en las metritis, perimetritis e inflamaciones de vecindad. El dolor en estos casos se esplica en el momento de la fluxion.

Antes de terminar con la *dismenorrea* de orijen uterino, vamos a ocuparnos con algunos detalles de la *dismenorrea membranacea*. Como su nombre lo indica, lo que caracteriza esta afeccion es el dolor i la espulsion de membranas.

El dolor en esta forma de *dismenorrea* se produce por una causa semejante a la de las formas mecánicas con la diferencia de que aquí las contracciones son mas intensas por tratarse de la espulsion de membranas i nó de un flujo líquido como en aquellas. La forma de las membranas reproduce casi siempre la de la cavidad del útero: un saco con tres ángulos, dos superiores con un pequeño orificio grande inferior correspondiente al orificio interno. No siempre la membrana se espulsa en un solo trozo, sino que, a veces, sale en dos o mas fragmentos. El espesor de las membranas es de uno, tres o mas milímetros; hai partes en que es casi trasparente. La superficie interna es lisa, la esterna rugosa. En algunos casos está constituida

solo por fibrina, en otros es la mucosa uterina alterada por un proceso de endometritis. En estos casos vemos, bajo el microscopio, que el epitelio superficial falta en algunos trechos, conservándose intacta en el resto; las glándulas se encuentran en número variable, el tejido interglandular ha proliferado, las células del estroma faltan en algunas partes, mientras que en otras hai una verdadera infiltracion. El epitelio glandular tambien se ha multiplicado. Hai pues una verdadera endometritis intersticial.

La etiología de esta afeccion es aún mui oscura. Los procesos inflamatorios del endometrio parece que juegan un rol principal. La sífilis que habia sido inculpada, se cree que no tiene valor como causa etiológica de esta afeccion. Winckel cita el caso de una mujer que comenzó a padecer esta afeccion despues de un esfuerzo durante el período menstrual. Otra enferma por haber levantado a una mujer en el mismo estado, sintió segun dice un crujido e inmediatamente despues espulsó una membrana; desde ese dia siguió espulsándolas en cada período menstrual. Esta afeccion es tan comun en las casadas como en las solteras.

Los síntomas i tratamientos los describiremos al hablar en jeneral.

Ahora nos ocuparemos de la *dismenorrea de origen ovárico i tubario*. Entre las formas de origen ovárico tenemos la que se produce por hipoplasia de este órgano i que es igual en su mecanismo a la que se observa en la hipoplasia del útero, que ya hemos tratado.

Otra forma es la que se presenta cauando hai un engrosamiento de la albugínea. En estos casos, el dolor se produce por la resistencia que esta membrana engrosada opone a la maduracion i ruptura del foliculo.

Hai modificaciones vasculares en el ovario que dán lugar a una forma de *dismenorrea*, que se produce por una fragilidad excesiva de los vasos, lo que a su vez, trae como consecuencia rupturas i hemorragias. Así se han visto casos en los cuales ha



habido necesidad de extirpar el ovario para curar esta *dismenoreea* i se ha encontrado en él grandes focos hemorrájicos.

La *dismenorrea* de oríjen tubario se observa a consecuencia de procesos inflamatorios agudos i crónicos (salpinjitis) i en estos casos las contracciones se producen de una manera refleja.

Los procesos inflamatorios de los tejidos pelvianos son los que dán lugar a otra forma de *dismenorrea* inflamatoria con un mecanismo igual a los anteriores.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL II GRUPO

DÍSMENORREAS SIN LESION DE LOS ÓRGANOS JENITALES

Aquí vamos a recordar solo dos formas: la primera que se observa en las mujeres histéricas i neurasténicas i que se denomina *dismenorrea nerviosa*, está caracterizada por una hiperestesia jénital. Es sabido que en estas personas las perturbaciones de la sensibilidad son un síntoma constante i que examinada la sensibilidad de ellas se encuentran zonas de anestesia e hiperestesia en distintas partes del cuerpo. No es, pues, extraño que una de estas zonas de hiperestesia se sitúe en los órganos jénitales. El dolor, en estos casos, se explica diciendo que las contracciones uterinas que se presentan en la menstruacion normal se hacen dolorosas en las personas histéricas i neurasténicas por su hiperestesia sexual, quedando así explicada la *dismenorrea nerviosa*.

La otra forma perteneciente a este grupo es la *dismenorrea nasal* que ha dado oríjen a este trabajo i que espondremos aparte, despues de haber tratado la sintomatología, diagnóstico i tratamiento de la *dismenorrea*, en jeneral.

Sintomatología.—El síto ma principal i que por sí solo bastaría para caracterizar la *dismenorrea* es el dolor, que, desde una lijera sensacion molesta puede alcanzar hasta el grado de una neuraljia intensísima. El sitio del dolor tambien varía con la



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

forma de *dismenorrea*. Así, tenemos que en las formas uterinas está, por lo jeneral, localizado por detras i por encima del púbis; lo mismo en las formas tubarias. En la forma ovárica se sitúa en la mayoría de los casos al nivel de los ovarios. En la forma nerviosa como en la que se produce por inflamacion de los tejidos vecinos, el dolor es mui difuso i variable. Otra de las particularidades del dolor es que presenta irradiaciones, siendo las mas comunes hácia el sacro i huesos ilíacos.

El dolor principia, jeneralmente, dias ántes de la aparicion de la menstruacion, i cesa cuando aparece la sangre; otras veces, el dolor dura tanto como la menstruacion misma, i por último, se suele presentar en el período intermenstrual, dando lugar a una forma de *dismenorrea* llamada *intermediaria*.

Lo mas comun es que el dolor no sea constante, tomando este carácter solo en casos escepcionales.

El otro síntoma, mui frecuente, es la cefalaljia que se presenta bajo la forma de una hemicránea o como un dolor difuso.

Perturbaciones dijestivas, como ser inapetencia, vómitos, gastraljia, etc., tambien se consideran síntomas de esta afeccion.

Alzas de temperatura se observan rara vez i en la forma en que se presentan mas frecuentemente es en la *dismenorrea* membranácea.

Hai otros síntomas como ser las psicosis i perturbaciones de otros órganos que sería largo enumerar.

Diagnóstico.—Es el exámen metódico i concienzudo de los órganos jenitales, unido a los síntomas objetivos i subjetivos, los que dán la clave del diagnóstico i permiten diferenciar la dismenorrea de un riñon flotante, una nefritis calcúlosa, etc., que pueden simularla.

Tratamiento.—Se puede dividir en dos; paliativo i curativo. El reposo debe recomendarse en todos los casos. El tratamiento paliativo se reduce casi esclusivamente a combatir el síntoma dolor, para lo cual se recurre a los emolientes en cualquier forma, los analjésicos, sea en uso esterno, como enemas lauda-



nizados, supositorios belladonados, aplicaciones de pomadas o bálsamos narcóticos sobre el vientre etc., o bien, en uso interno bajo la forma de inyecciones de morfina, hiosciamo etc.; o todavía, por la vía gástrica, la antipirina, quinina, analjesina, etc., que combaten al mismo tiempo la cefalalja. El clorál i los bromuros tambien están indicados, i mui especialmente, en las formas neuropáticas.

Los revulsivos, ya sean internos o esternos, obran favorablemente disminuyendo la conjeccion de los órganos pelvianos. La electroterapia bajo la forma de corrientes continuas, aplicando el anodo sobre el abdómen i el catodo en la cavidad uterina con una sonda de aluminio, tiene una accion mui manifiesta sobre el dolor. La intensidad de la corriente debe ser de veinte a treinta M. A. durante tres a cinco minutos. Estas aplicaciones deben repetirse varias veces (2 a 6) durante el ataque.

Muchos otros recursos paliativos podríamos enumerar, pero nos limitaremos a éstos, que son los principales, para pasar a ocuparnos del tratamiento curativo.

En términos jenerales debemos decir que, siendo la *dismenorrea* una afeccion secundaria o sintomática, debemos combatir la causa que la produce para obtener su curacion.

Comensaremos por ocuparnos del tratamiento de las formas uterinas i, para esto, seguiremos el mismo orden que observamos en la descripcion. Las formas producidas por desviaciones o deformaciones uterinas se curarán corrigiendo estos vicios por los procedimientos tan variados como conocidos. Lo mismo debemos decir de las producidas por estrechamiento o atresia del canal cervical u orificios uterinos, i, a este respecto vamos a mencionar dos procedimientos operatorios que tienen interes por su novedad: El primero se refiere al tratamiento de la *dismenorrea* por anteflección conjénita del útero i se debe a ALEXANDROFF.—El segundo es un nuevo procedimiento para tratar la *dismenorrea* mecánica producida por la estrechez del canal cervical i se debe a NEUMANN.

El procedimiento de ALEXANDROFF es como sigue: despues

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



de una prolija desinfeccion de la vajina por medio de una solucion de sublimado, se pone a la vista el cuello uterino haciendo uso de dos valvas i tomándolo a ámbos lados de la línea media usando pinzas de gancho. Despues de practicar una incision en forma de media luna a lo largo del borde esterno del cuello, se separa la mucosa de la porcion vajinal, del tejido propio, como se hace para la estirpacion, hasta el orificio interno cuya situacion se fija por medio de la sonda. En seguida, introduciendo en el canal cervical el cuchillo de Pott se corta verticalmente a lo largo de la línea media la mucosa í, oblicuamente de izquierda a derecha, la capa muscular, evitando así una lesion de la red venosa. Con este corte se pone a descubierto todo el canal cervical i se ve así la mucosa tumefacta, de un color rojo oscuro i el tejido muscular de un color rosado. En la mayoría de los casos, la mucosa hace tal prominencia que muestra la imposibilidad de ser contenida en el canal cervical. Los bordes de la incision se suturan inmediatamente por debajo del orificio interno, con lo cual el borde muscular derecho se une al borde mucoso derecho. A veces, la sutura superior toma tambien una parte del borde muscular, mientras que las inferiores solo toman la mucosa algo resistente i tumefacta. Con esta sutura de los bordes de la incision, se agranda el canal cervical en 0,2 a 0,3 cm. de manera que el dilatador número 14 de Charrière se puede introducir despues fácilmente. Despues de haber cruzado 3 a 4 suturas con catgut en la pared cervical, se cubre la superficie esterna con la mucosa separada, para lo cual se ponen dos suturas profundas i varias superficiales. En el canal cervical se introducen despues tiras de gasa yodoformada i la vajina se tapona con gasa esterilizada. Veinticuatro horas mas tarde, se sacan los tapones, diez dias despues las suturas i al duodécimo dia la enferma se levanta. Esta operacion tiene la ventaja de suprimir los ataques de *dismenorrea* pero en cambio produce la esterilidad.

El procedimiento de NEUMANN consiste en introducir cánulas de vidrio que quedan diez dias en el cuello uterino, previa



mente dilatado con el dilatador de Hegar, i fijarlas por medio de dos hilos de seda a las paredes laterales del cuello.

La *dismenorrea* producida por tumores, como tambien la que se debe a procesos inflamatorios, se curan, como ya lo hemos dicho, en términos jenerales, suprimiendo la causa. En la forma hipoplásica de las anémicas i cloróticas, se debe instituir el tratamiento jeneral propio de estas afecciones. Además, se usa el masaje i la electroterapia. Ultimamente ha sido muy recomendado por SCHWARZE el tratamiento gimnástico de Thure-Brandt que consiste en hacer, ántes de cada período menstrual, ciertos movimientos del cuerpo, como ser: rotacion de los muslos, de los piés, flexion de las piernas, etc.

En la dismenorrea membranácea la mayoría de los procedimientos han fracasado. Lo que se usa con mas éxito es el raspaje seguido de inyeccion de tintura de iodo o soluciones de cloruro de zinc al 10 o 20 por ciento. Además se recomienda la galvanizacion de la columna i del aparato jenal. Tambien se usa la dilatacion del canal cervical. JORDAN recomienda la administracion de 25 gotas de extracto fl. de hidrastis dos veces al dia durante los ocho que precedan a la menstruacion.

No terminaremos esta lijera reseña sobre el tratamiento en jeneral sin mencionar tres medicamentos muy preconizados últimamente, a saber, el *eumenol* i la *stypticina* por LANGE, i el *viburnum prunifolium* por SCHWARZE. El eumenol se administra a la dosis de una cucharada grande tres veces al dia, despues de las comidas i ántes del período menstrual, hasta alcanzar 100 a 150 gramos. La stypticina se administra un gramo en 10 gramos de tintura de canela al primero o segundo dia de la menstruacion. El viburnum prn. se administra una cucharadita tres veces al dia cinco a siete dias ántes del período menstrual i se sigue administrándolo hasta que termine este período.

El resultado terapéutico del tratamiento por estos medicamentos, a juzgar por las observaciones de estos autores, es bastante satisfactorio.



Dismenorrea nasal

Aunque parezca mui estraña la relacion que existe entre el órgano del olfato i los órganos sexuales, es la verdad que esta relacion no solo existe en realidad, sino que se conoce desde los tiempos mas antiguos por hechos vulgares. Hoi dia, a pesar de no haber avanzado mucho en lo que se refiere a la anatomía i fisiología de este fenómeno, tenemos, sin embargo, experimentos tan bien dirijidos como convincentes i observaciones de clínica experimental tan completas que no dejan ninguna duda a este respecto, enseñándonos al mismo tiempo la manera de influenciar esta relacion por medios diversos.

El órgano del olfato no solo tiene esta estraña relacion con los órganos jenitales, sino que puede influenciar los órganos mas lejanos i variados del organismo humano. Por esta particularidad tan cierta como singular se le llama el órgano de los reflejos.

Se llama reflejo nasal a toda perturbacion nerviosa causada o mantenida por una afeccion nasal.

Estos reflejos eran, científicamente, desconocidos antes de los trabajos de VOLTOLINI i HACK. Este último, autor de una teoría que lleva su nombre, fué el primero que dió a conocer i trató la afeccion que se denomina *asma refleja* o de HACK, haciendo entrar así los reflejos nasales al lugar que ocupan hoi en la patología.

A pesar de esto, como ya lo hemos dicho al principio, la relacion entre el órgano del olfato i los órganos sexuales era ya conocida desde mucho tiempo atras, en apoyo de lo cual vamos a enumerar algunos ejemplos tomados de la obra de vox KRAFFT-EBING titulada *Psychopathia sexualis*. Estas esperiencias se refieren a la relacion del órgano del olfato con el sentido jenital.



ALTHAUS (*Beiträge zur Physiol. u Pathol. des Olfactorius. Arch für Psych. XII H. 1*) hace ver lo indispensable que es el sentido del olfato para la reproducción de la especie. A este respecto dice que la mayoría de los animales, durante el período del acoplamiento, despiden de sus órganos genitales olores especiales (v. gr. el almizclero) lo cual considera indispensable para el encuentro de la hembra con el macho. SCHIFF ha demostrado que estirpado el nervio olfatorio a perros recién nacidos éstos no podían encontrar, cuando grandes, a la hembra. MANTEGAZZA, haciendo una experiencia contraria, estirpó los ojos a algunos conejos i pudo observar que esto no era absolutamente un inconveniente para las relaciones sexuales de estos animales.

Ya en tiempo de Salomon, como se puede ver por algunos de sus cánticos, se tenía conocimiento de este hecho.

Como dato histórico, cita v. KRAFFT-EBING el caso de Enrique III que encontrándose en la fiesta del casamiento del rei de Navarra con Margarita de Valois, se secó la cara, casualmente, con la camisa de María de Cleve que estaba impregnada con traspiración. Este olor despertó en Enrique III un amor apasionado por María, a pesar de que ésta era la novia del principe de Condé. Como se sabe, esto fué mas tarde la causa de la desgracia de Margarita.

Un caso parecido se cuenta de Enrique IV.

Pero la observación mas interesante i sugestiva que encontramos en la obra antedicha i que se debe a HESCHL (*Wiener Zeitschr. f. pract. Heilkunde, 22 März 1861*) se refiere a un hombre de 45 años, robusto i bien constituido, pero que tenía los testículos del tamaño de un poroto, sin conductos seminales i cuya larinje tenía dimensiones femeninas. Esto coincidía con una ausencia absoluta de nervios olfatorios. El trigono i lóbulos olfatorios tenían un desarrollo escaso. A través de la lámina cribosa del etmoides pasaban, por los pocos orificios que tenía, filetes de dura madre sin un solo filete nervioso.

Esta sola observación bastaría para dejar demostrada la re-



lacion tantas veces enunciada, pero hai muchas otras como se verá en el curso de este trabajo.

Antes de ocuparnos de nuestro tema, vamos a esponer el trabajo de WINDSCHEID que trata sobre neurósis jenitales reflejas i que por lo moderno (año 1901) tiene algun interes para nosotros.

Este autor, despues de algunas consideraciones sobre la oscuridad del capítulo denominado *neurósis refleja*, dice: «entendemos bajo el nombre de neurósis refleja la enfermedad de un órgano trasmitida por un conducto nervioso, de otro órgano que se encuentra previamente en estado patológico. Para que se produzca una neurósis refleja, se necesita un foco de excitacion, un foco reflejo i un arco reflejo. Para llamar a una enfermedad neurósis refleja, se necesita hacer las cuatro siguientes comprobaciones.

I. La comprobacion del conductor nervioso sobre el cual se verifica el reflejo.

II. La comprobacion de que suprimiendo el foco de excitacion desaparece tambien el foco reflejo.

III. Que el órgano que produce el foco reflejo no estaba enfermo ántes de producir el foco de excitacion.

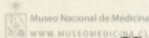
IV. Que el foco de excitacion i el foco reflejo no son manifestaciones simultáneas de una afeccion jeneral.

Vamos a esplicar estas cuatro comprobaciones:

I. La union de los nervios del aparato jenital femenino con otros conductores nerviosos existe realmente, pero anatómicamente solo se puede demostrar en pocos puntos. Los órganos jenitales tienen sobre todo filetes simpáticos, estos comunican por una série de uniones con ramos con mielina de los cuales se han comprobado solo unos pocos. Para la mayor parte de estos filetes simpáticos falta la comprobacion de una union anatómica con ramos con mielina. Por otra parte estamos mui poco instruidos en la fisiología del simpático i no me parece



correcto considerar al simpático como causante de afecciones cuyas etiología es oscura como sucedía ántes por ejemplo con la enfermedad de Basedow. En todo caso, es difícil hacer una comprobación anatómica en estos casos de neurósis jenuales reflejas.



II. Que con la supresión del foco de excitación debe también desaparecer el foco reflejo en una neurósis refleja verdadera. También esta comprobación es difícil de verificar. Las múltiples observaciones llevadas a cabo con este objeto deben tomarse con mucha precaución. Solo recordaré las maravillosas curaciones de perturbaciones nerviosas obtenidas por la corrección de los cambios de lugar del útero. Ya que hoy en día la mayoría de los ginecólogos están de acuerdo en que los cambios de lugar del útero no producen en la mayoría de los casos, síntomas apreciables, las curaciones de perturbaciones nerviosas obtenidas por la corrección de estos cambios de lugar, deben considerarse bajo otro punto de vista. Esto pertenece sobre todo al capítulo de la terapéutica sugestiva i es solo una acción sobre el estado nervioso jeneral.

Para apreciar esta pregunta es necesario tomar en cuenta la gran importancia que atribuye la mujer a sus órganos jenuales en las sensaciones i gozes de la vida. Así, atribuye afecciones situadas en puntos lejanos i variables, a sus órganos jenuales como productores de ellas, cuando tiene conciencia de tener un padecimiento jenual anterior. Esta afección jenual, por leve que sea, constituye el factor principal de su padecimiento; de manera que la supresión de ella es el factor curativo de un padecimiento nervioso jeneral que no está en relación con los órganos jenuales. La curación en estos casos es puramente sugestiva.

III. En esta tercera comprobación vemos que solamente un exámen minucioso puede librarnos de errores. Pero, aun en este caso, es difícil hacer una comprobación por cuanto si se



tiene un resultado negativo de una afección orgánica, se dirá: se trata de una perturbación funcional que no descansa sobre una base apreciable. Debemos, pues, insistir por medio de los procedimientos más finos de examen hasta lograr obtener una explicación satisfactoria de las llamadas perturbaciones funcionales.

Antes de llamar neurósisis reflejas primarias de los órganos genitales a la tos, las perturbaciones gástricas, etc., debemos cerciorarnos previamente si no existe una lesión patológica del pulmón, estómago, etc. Desgraciadamente en la mayoría de los casos esta comprobación es insuficiente.

IV. El punto capital en la producción de las neurósisis genitales reflejas, es a mi modo de ver, la comprobación de que no existe una afección general del sistema nervioso sobre cuya base se desarrolla la llamada neurósisis refleja, a la cual viene a agregarse, casualmente, una afección genital. A este respecto debe pensarse, ante todo, en la histeria. La histeria juega, en la apreciación de las perturbaciones nerviosas que tienen su origen en una afección genital dada, un rol mucho más importante de lo que generalmente se cree. Debo advertir, como lo he dicho otras veces, que no debemos tomar como histeria todo lo que etiológicamente no conocemos. Siempre persiste la necesidad de buscar la lesión orgánica.

En las llamadas neurósisis genitales debemos, sin embargo, dar a la histeria un ancho campo. WINDSCHEID está muy convencido de que una gran parte de estas neurósisis reflejas son la expresión de las notables perturbaciones del sistema nervioso que se denominan histeria. Las afecciones genitales serían, en último término, la causa determinante de ella.

Termina este autor haciendo algunas consideraciones sobre la manera de buscar la histeria en estos casos por medio de signos objetivos a los cuales atribuye gran importancia.

Como vemos en este trabajo, WINDSCHEID cree que casi todas las neurósisis genitales son casos de histeria. Hasta qué





punto este autor tiene razon, lo veremos en el curso de este trabajo.

Nos ocuparemos ahora de la *dismenorrea nasal* i su tratamiento, creada por FLEISS i SCHIFF.

FLEISS ha comprobado que existen en el cornete inferior de cada lado i en el tabique de la nariz, ciertas zonas que él ha llamado *jenitales* i que tienen la particularidad de hincharse, conjestionarse i hacerse mui sensibles durante el período menstrual. Segun FLEISS estas zonas juegan un rol importante en la produccion de los dolores dismenorreicos. Ademas, ha logrado determinar que estos dolores pueden suprimirse haciendo tocaciones con una solucion de cocaina en las zonas jenitales.

Esta sería en cuatro palabras la teoría de FLEISS.

A SCHIFF corresponde, sin embargo, la gloria de haber completado esta teoría con esperiencias importantes. Este investigador ha localizado las llamadas zonas jenitales en la parte anterior del cornete inferior una i la otra en el tubérculo nasal del tabique. Ha ido mas léjos aun, pues ha determinado que tocando con una solucion de cocaina la zona jenital del cornete se pueden influenciar los dolores dismenorreicos hipogástricos i tocando el tubérculo nasal, los dolores sacros. Todavía ha observado que cocainizando toda la mucosa nasal, sin tocar las zonas jenitales, los dolores dismenorreicos no se influencian en absoluto.

Conviene advertir que SCHIFF comenzó a hacer estas esperiencias porque no creía en la teoría de FLEISS.

Comenzó sus esperiencias con dos séries de enfermas que formaban un total de cuarenta i siete casos de dismenorrea intensa separando los casos leves. Veintiuno de estos casos fueron observados en la clínica de CHROBACK. Una parte de estas enfermas padecian afecciones locales (catarro del cuello, parametritis, perimetritis, tumores de los anexos, etc). En 35 casos o sea un 75⁰/₀, la accion de la cocaina fué positiva. Por un fraccionamiento del número de enfermas pudo comprobar lo que hemos dicho anteriormente; que tocando la parte anterior del



cornete inferior desaparecian los dolores hipogástricos, i tocando el tubérculo nasal, los dolores sacros. Diecisiete de estos casos positivos fueron tratados posteriormente por cauterizacion de las zonas jenitales con ácido tricloracético o electrolisis bipolar. En 12 de estas enfermas el resultado fué completo, en 5 incompleto por deficiencias en el tratamiento, segun el observador. Tres de los casos curados radicalmente tienen año i medio a dos años i medio de data sin haber tenido ningun dolor despues de haberlos padecido mui intensos ántes del tratamiento. Los otros casos son todavía recientes.

El *modus operandi* de este tratamiento, segun SCHIFF, consiste en tocar las zonas jenitales por medio de un estilete, cuya punta envuelta en un poco de algodón, se impregna con dos gotas de una solución al 20^o/_o de cocaina. Como se comprende esto no es absoluto i la solución podrá variar en su tanto por ciento.

Despues de estas experiencias termina SCHIFF diciendo: «En todo caso en que, durante la menstruación, no cesen los dolores, la prueba de la cocaina debe preceder a toda otra terapéutica i en los casos positivos el tratamiento nasal debe emprenderse desde ese momento».

Como es lójico suponer, esta nueva teoría abrió un ancho campo de estudio a los investigadores i las experiencias se han sucedido sin interrupción hasta ahora.

Las opiniones, como es natural, se encuentran divididas con respecto a la acción de la cocaina en los diversos casos de dismenorrea.

Vamos a reproducir aquí dos observaciones presentadas por THEILHABER de 8 enfermas que él ha tenido ocasión de observar i que comprueban plenamente la teoría de SCHIFF i FLEISS:

Una mujer de 47 años es atacada de accesos dolorosísimos durante la menstruación. Se usan los narcóticos sin resultado. Por último dilatación de la cavidad uterina i raspaje.

Al siguiente período aparecen nuevamente los dolores. Durante la narcosis, llama la atención que la enferma no siente el





olor del cloroformo. Interrogada a este respecto, dice haber sido tratada hace algunos años de una afección supurada de las fosas nasales.

En el ataque siguiente de *dismenorrea* le toca el experimentador las zonas genitales con cocaína e inmediatamente la enferma se queda admirada porque sus dolores han cesado.

El rinólogo doctor ROEDER que se mostraba muy escéptico ante la teoría de FLIESS i SCHIFF, asiste a la misma enferma en el ataque siguiente i, durante él, le hace a la enferma tocaciones de las zonas genitales con agua pura. Un cuarto de hora después, los dolores no se han modificado: usa la cocaína en seguida, i a los ocho minutos los dolores han cesado ya completamente.

El otro caso se refiere a una niña joven que padecía fuertes dolores durante el período menstrual. Además de una leucorrea i clorosis no presentaba ninguna alteración en sus órganos genitales. El examen de las fosas nasales practicado por el doctor ROEDER denota la existencia de un catarro naso-faríngeo. THEILHABER dice: ningún caso podría haber demostrado de una manera más elocuente la relación entre la nariz i los órganos sexuales. La enferma que estaba sentada se encontraba con el cuerpo flexionado por los intensos dolores. Tan pronto como se hubo tocado con la solución de cocaína la parte hipertrofiada del cornete inferior i el tubérculo nasal cuando la enferma se levantó llena de gusto porque sus dolores habían desaparecido. Después del tratamiento de las lesiones nasales llevado a cabo por el doctor ROEDER desaparecieron los dolores por mucho tiempo. Una vez que habían vuelto a aparecer éstos al lado derecho del vientre cerca del ovario, el doctor ROEDER practica el examen de las fosas nasales i encuentra un nuevo hinchamiento del cornete inferior izquierdo que fué tratado inmediatamente. Con esto desaparecieron completamente todos los dolores.

Ya que se habla aquí de que una lesión del lado derecho de la nariz produce dolores del lado izquierdo del vientre, diremos que



los autores no están aún de acuerdo en esta relacion cruzada.

Concluye THEILHABER diciendo: No creo que sea la sujestion la que produce estos resultados, sino que deben ser influencias sobre los nervios simpáticos. Si esto fuera sujestion podrían curarse de la misma manera otras partes del cuerpo.

KROENIG en un artículo: *Sobre dismenorrea i neurósis nasales reflejas* en el que hace referencia en especial al trabajo de WINDSCHEID se ocupa de 8 casos de dismenorrea tratados por la cocaina. Dice KROENIG: sí resumiera los resultados de mis pocos casos observados, veríamos que las perturbaciones han desaparecido de golpe. Las mujeres abandonaban la sala de consultas absolutamente sin ningun dolor, siendo que ántes los tenían insufribles. Este resultado es pues un verdadero «devántate i anda». Sin embargo, KROENIG dice que estos resultados no son duraderos, por cuanto los dolores se repiten en algunos casos al siguiente período. Hace ver, todavía, que en algunas de sus enfermas desaparecian los dolores por mucho tiempo pero en cada período reaparecian la cefalalja, inapetencia, etc.

LINDER (*dismenorrea nasal*) trata de comprobar las experiencias de FLIESS i SCHIFF en una série de 30 casos de dismenorrea tratados por la cocainizacion de las zonas jenitales de la nariz i dice: los resultados eran tan sorprendentes como en la mayoría de los casos observados; casi cada caso de dismenorrea era favorablemente influenciado por este tratamiento, aun cuando hubiera lesiones anatómicas en los órganos jenitales. Por lo que respecta a la pregunta de si estos resultados se deberían a una accion jeneral de la cocaina (euforia por la cocaina) dice LINDER: mas razonable me parece la accion sujestiva que tanto han combatido SCHIFF i FLIESS.

En apoyo de que no se puede pensar en una accion jeneral, está el hecho de que muchas enfermas se curan por muchos meses i aun años con el tratamiento nasal. Otras quedan curadas radicalmente cuando se les destruye las zonas jenitales por cauterizaciones. Todavía la cocaina no obra sino cuando se aplica





en las zonas jeníales i, por último, la cocaína en su manera de obrar, sigue una marcha esquemática.

Para probar si se trata de una acción sugestiva, este mismo investigador toma 16 casos de *dismenorrea* grave i trata 10 de ellos, como de costumbre, por la cocaína, obteniendo en los 10 una euforia de algunas horas hasta un día. Estas mismas enfermas fueron tratadas al día siguiente, en iguales condiciones, con agua común sin que ellas supieran. En dos de ellas la acción fué igual a la de la cocaína, en las restantes fué igual con respecto a la duración pero nó en intensidad.

Con esto no quedaba demostrada suficientemente una acción sugestiva porque la influencia vaso-constrictora del agua fría pudo haber sustituido la acción paralizante de la cocaína. Por esta razón continuó los experimentos a la noche siguiente con las enfermas que quedaban. Para esto, el observador tomó el agua a la vista de ellas i les dijo que la iba a utilizar entonces con el objeto de limpiar las fosas nasales. Hecho esto no tuvo ningún resultado. A pesar de ello LINDER no cree en una acción puramente sugestiva como tampoco en la existencia de una *dismenorrea nasal*.

A nuestro juicio la diversidad de opiniones i controversias respecto a la manera de apreciar la *dismenorrea nasal*, nace del exclusivismo con que toma cada uno de los observadores su resultado. Así tenemos que unos dicen: no existe la *dismenorrea nasal* i los casos pretendidos curados por la coquinización de las zonas jeníales de la nariz son casos de histeria curados por sugestión.

Otros pretenden curar toda forma de *dismenorrea* por la coquinización de estas zonas. Por último hai quienes niegan la existencia de una relación entre estas zonas jeníales i los órganos sexuales de la mujer, i creen que la influencia que ejerce la coquinización de ellas, en los casos de *dismenorrea*, se debe a una acción jeneral igual a la que se obtendría si se injeriera la cocaína por la vía gástrica.

Antes de esponer nuestras conclusiones queremos referirnos



a una experiencia mui importante por significar una verdadera viviseccion humana i que se debe a AMANN. Esta experiencia que no deja ninguna duda respecto a la íntima relacion que existe entre las zonas jenitales de la nariz i los órganos sexuales, consiste en extirpar durante una laparotomía las zonas sexuales de la nariz i observar lo que pasa en los órganos jenitales. AMANN dice que en este caso se produce hiperemia de ellos, contracciones del útero con arrugamientos de la serosa i de los tejidos vecinos a los anexos.

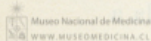
¿Qué partido podrá sacarse de este hecho en los casos de inercia i contracciones intensas uterinas, abortos, etc., por medio de extirpacion o anestesia de las zonas jenitales? Esta es cuestion que toca resolver a los sabios que se ocupan de la fisiología clínica. Por ahora, diremos a este respecto que la literatura registra ya algunos casos, de los cuales vamos a copiar uno mui interesante insertado en la *Excerpta médica* publicado por el Dr. K. HEIL. Una enferma que habia menstruado normalmente antes, tiene sus últimas reglas del 18 al 20 de Febrero de 1901, es decir, 11 1/2 semanas ántes del día del examen, (8 V. 1901). Desde que cesaron sus reglas, aparecieron fuertes i repetidos estornudos. Desde el día 7 de Mayo de 1901 fuerte hemorragia, principio de aborto. Este tuvo lugar al día siguiente espontáneamente. Convalecencia tranquila. El 17 de Julio la enferma se presenta nuevamente. Últimas reglas el 1.º de junio. Desde hacen 8 dias vuelven a aparecer los fuertes i repetidos estornudos que no se habian presentado desde el último aborto. El diagnóstico de embarazo en el principio del segundo mes se impuso. La enferma atribuye su primer aborto a los estornudos. Con el objeto de evitar se repita un nuevo aborto, el autor toca la mucosa nasal con una solucion de cocaina al 5 por ciento. La mucosa del tabique estaba sobre todo mui inyectada; fuera de esto, nada anormal. Con la primera tocacion cedieron los estornudos, con la segunda la inyeccion vascular, despues de las siguientes cesaron los estornudos completamente. El aborto no se produjo. Cree el autor





que la hiperemia congestiva de la mucosa nasal, que es tan intensa en estos casos, sea la causa de los estornudos.

Mucho tenemos todavía que esperar del tratamiento nasal de algunas afecciones jenítales.



Conclusiones

Armonizando las diversas opiniones concluimos:

1.º Existe una forma de *dismenorrea refleja* producida por lesiones nasales, susceptible de ser influenciada por la cocainización de las zonas jenítales de la nariz i curable, posteriormente, haciendo desaparecer las lesiones nasales.

2.º Existe una forma de *dismenorrea nasal histérica* susceptible de curarla radicalmente por la cocainización de la mucosa nasal. En estos casos no hai lesiones nasales i la curación es sugestiva.

3.º Diremos como SCHIFF; que siendo la cocainización de las zonas jenítales, un recurso terapéutico tan precioso como inofensivo (prudentemente manejado), en la mayoría de los casos de *dismenorrea*, debemos recurrir en todo caso a él, hasta poder determinar la verdadera etiología del caso que se presenta. Esta conclusión tiene tanto mas valor, cuanto que se sabe por esperiencia que aun en los casos de *dismenorrea* con lesiones jenítales, la cocaína puede hacer cesar los dolores.

res.

Observaciones

El principal escollo que hemos encontrado al emprender este trabajo, ha sido las observaciones. Siendo la afección que nos ocupa, en la mayoría de los casos, propia de mujeres jóvenes i solteras, que no recurren a las clínicas por temor a un



exámen jinecolójico, se comprenderá la causa de esta dificultad. Por este motivo sólo presentaremos dos observaciones.

Núm. I

Señorita N. N. de 18 años, soltera, tuvo su primera regla a los 14 años. Salud anterior buena. Desde que tuvo su primera menstruacion padece ataques de *dismenorrea* que se repiten en cada período menstrual. Viéndose que no existia ninguna causa orgánica jenital que explicara la razon de estos ataques, se sospecha una *dismenorrea refleja* i se hace el exámen de las fosas nasales. La enferma tenia una hipertrofia de los cornetes en ámbos lados, especialmente del cornete medio i una pequeña desviacion del tabique hácia el lado izquierdo.

Se comienza a tratar la afeccion nasal en la policlínica de San Juan de Dios con el resultado siguiente: al primer período menstrual, despues del tratamiento nasal, los dolores dismenorreicos se presentan con mui poca intensidad. El segundo período menstrual es completamente normal, no hai ningun dolor. La enferma hace ocho meses que está completamente sana.

Núm. II

Señora N. N. de 28 años de edad, multipara, hace tres años que es casada. Dice padecer ataques de *dismenorrea* desde que era soltera. Principiaban los dolores dos dias antes de aparecer sus reglas i duraban todo el período menstrual.

Había sido tratada antes por varios médicos sin ningun resultado.

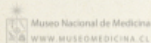
Llegó a la policlínica jinecolójica en los primeros dias de Diciembre (1901). Se practica un exámen de los jenitales sin encontrar nada anormal.

El exámen de las fosas nasales nos da la existencia de un hinchamiento, conjestion e hiperestesia de las zonas jenitales. En ese momento la enferma está con todos sus dolores disme-



norreicos. Se le hace una tocacion con cocaina de las zonas
jenitales i los dolores desaparecen casi inmediatamente.

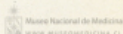
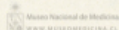
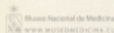
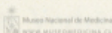
La enferma a la fecha, Julio 5 de 1902, está sana despues
de haberse hecho tratar sus lesiones nasales en la policlínica.



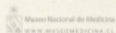
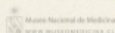
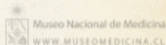
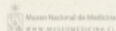
Para terminar, mis agradecimientos al doctor Anwandter
por sus consejos en la elaboracion de la presente memoria.



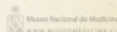
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

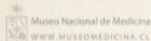


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Literatura



J. VEIT: Handbuch der Gynäkologie.

F. WINCKEL: Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

A. MARTIN: Traité clinique des maladies des femmes.

A. EMMET: La pratique des maladies des femmes.

R. VOLKMANN: Sammlung klinischer Vorträge.

Therapeutische monatshefte. Mai 1894, Heft 5.

Exerpta medica. März 1902.

Semaine médicale, 16 Janvier 1901.

Centrablatt für Gynäkologie Januar 12 1901

» » » Mai 18 »

» » » Juni 8 »

» » » November 23 »

» » » » 30 »

» » » December 7 »

» » » » 14 »

» » » » 20 »

» » » März 22 1902

M. LERMOYEZ: Therapeutique des maladies des fosses nasales.

R. VON KRAFFT-EBING: Psychopathia sexualis.

