



Año 1918

N. 3520

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SINDROME

DE

INSUFICIENCIA OVÁRICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RICARDO J. VALENZUELA

Ex-practicante externo ad-honorem del Hospital Rivadavia (1913-1915)
Ex-practicante menor por concurso del Hospital Rivadavia (1915-1916)
Ex-practicante mayor por concurso del Hospital Rivadavia (1916-1918)
Ex-practicante de la Asistencia Pública de La Plata (1916-1917)



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI-CORRIENTES 3151

1918

mosi A-71-9

SINDROME DE INSUFICIENCIA OVARICA



Año 1918

N. 3520

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SINDROME
DE
INSUFICIENCIA OVÁRICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RICARDO J. VALENZUELA

Ex-practicante externo ad-honorem del Hospital Rivadavia (1913-1915)
Ex-practicante menor por concurso del Hospital Rivadavia (1915-1916)
Ex-practicante mayor por concurso del Hospital Rivadavia (1916-1918)
Ex-practicante de la Asistencia Pública de La Plata (1916-1917)



BUENOS AIRES

IMP BOSSIO & BIGLIANI—CORRIENTES 3151

1918

* La Facultad no se hace solidaria de
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABREDO
21. » » EDUARDO OBEJERO
22. » » JOSÉ A. ESTEVES.
23. » » PEDRO BENEDIT
24. » » Vacante
25. » » Vacante

Secretario General

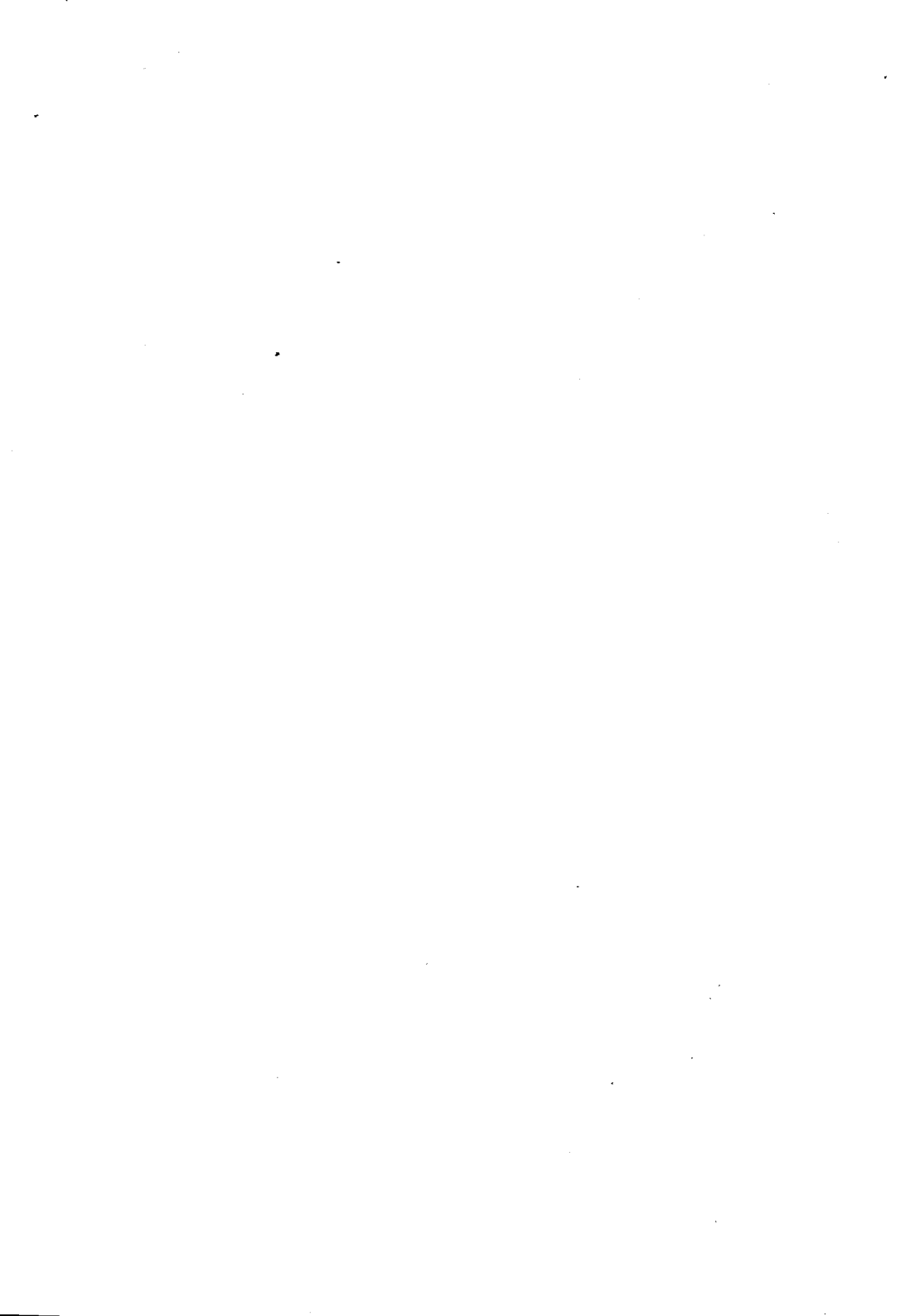
Vacante

Secretario anual

DR. D. DIÓGENES DECOUD

Tesorero

DR. EDUARDO OBEJERO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINDO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. JULIO MÉNDEZ

Vice Decano

DR. ALFREDO LANARI

Delegados Titulares al H. Consejo Superior

SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ

DR. LEONIDAS JORGE PACIO

Delegados Suplentes al H. Consejo Superior

DR. LUIS A. TAMINI

» DAVID SPERONI

Consejeros

DR. D. JUAN B. SEÑORANS

» » ALFREDO LANARI

» » GREGORIO ARÁOZ ALFARO

» » ENRIQUE B. DEMARÍA

» » MARCELO VIÑAS

» » JOSÉ BADÍA

» » J. MANUEL IRÍZAR

» » RODOLFO ERAUSQUIN

» » JULIO IRIBARNE

» » JOSÉ DESTÉFANO

» » UBALDO FERNÁNDEZ

» » JOSÉ A. VIALE

» » OSVALDO LOUDET

» » ENRIQUE J. CORBELLINI

Secretarios

DR. LUCIO A. GARCÍA

» HÉCTOR DASSO

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI

» TELÉMACO SUSINI

» ANGEL M. CENTENO

» SAMUEL MOLINA



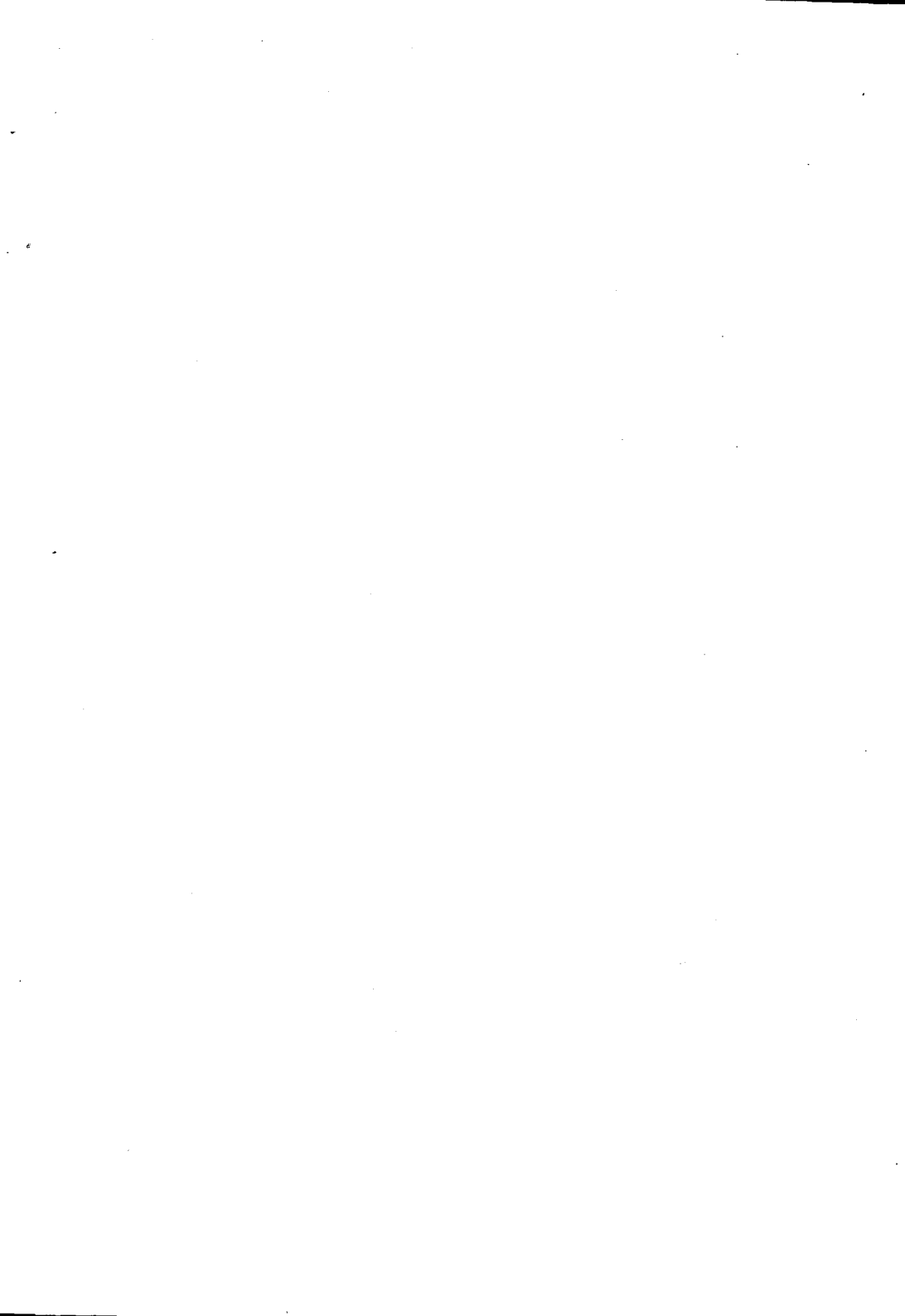
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANA
	» Vacante
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
Semiología y ejercicios clínicos	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» JOAQUÍN LLAMBÍAS
Materia Médica y Terapéutica	» Vacante
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	» Vacante
Clínica Génito-urinaria	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» MARIANO R. CASTEX
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
	» Vacante
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» Vacante
» Obstétrica	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica	» ARTURO ENRIQUEZ
» Pediatría	» VACANTE
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» Vacante



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología ".....	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALLANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-Sifilográfica..	« MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MAHAINI
Patología externa.....	« CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	« RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
	» JAIME SALVADOR
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Zoología médica.....
Anatomía descriptiva.....
Fisiología general y humana.....
Bacteriología.....
Química Biológica.....
Higiene Médica.....
Semiología y ejercicios clínicos.....
Anatomía patológica.....
Anatomía topográfica.....
Materia médica y terapéutica.....
Medicina operatoria.....
Patología externa.....
Clinica dermató-sifilográfica.....
» Génito urinaria.....
» epidemiológica.....
» oftalmológica.....
» oto-rino-laringológica.....
Patología interna.....
Clinica quirúrgica.....
» Neurológica.....
» Médica.....
» pediátrica.....
» ginecológica.....
» obstétrica.....
Medicina legal.....
Clinica Psiquiátrica.....
Toxicología.....

Catedráticos sustitutos

DR. GUILLERMO SEEBER
» SILVIO E. PARODI
» EUGENIO GALLI
» JUAN JOSÉ CIRIO
» FRANCISCO ROTHILLE
» FRANK L. SOLER
» BERNARDO HOUSSEY
» RODOLFO RIVAROLA
» SALVADOR MAZZA
» BENJAMÍN GALARCE
» MANUEL V. CARBONELL
» SANTIAGO M. COSTA
» CARLOS BONORINO UDAONDO
» ALFREDO VITON
» PEDRO J. BARDOY
» ANGEL H. BOROY
» PEDRO ELIZALDE
» ANGEL F. SAN MARTÍN
» JOSÉ MORENO
» PEDRO CASTRO ESCALADA
» ENRIQUE PINOCCHIETTO
» GUILLERMO BOSCH ABANA
» GUILLERMO ZORBUQUIN
» FRANCISCO P. CASTRO
» CASTELFORT LUGONES
» ENRIQUE M. OLIVIERI
» ALEJANDRO CEVALLOS
» NATAL. LOPEZ CROSS
» NICOLÁS V. GRECO
» PEDRO L. RAJINA
» JOAQUÍN CERVERA
» JOAQUÍN NIN POSADAS
» FERNANDO R. TORRES
» FRANCISCO DESTÉFANO
» ANTONINO MARCO DEL POST
» DANIEL THAMM
» ADOLFO SOCIETI
» RAÚL ARGANARAZ
» JUAN DE LA CRUZ CORREA
» MARTÍN CASTRO ESCALADA
» FELIPE J. BASAVILHASO
» ANTONIO B. ZAMBIRINI
» ENRIQUE FERREIRA
» DOMINGOS MASSA
» PEDRO LABAGUI
» LEGUINAS JORGE FACIO
» PABLO M. BARLARO
» EDUARDO MARIÑO
» ARMANDO R. MAROTTA
» LUIS A. TAMINI
» MIGUEL SUSSINI
» ROBERTO SOLÉ
» PEDRO CHUTRO
» JOSÉ M. JORGE (H.)
» OSCAR COPELLO
» ADOLFO F. LANDIVAR
» JORGE LEYRO DÍAZ
» ANTONIO F. CELESIA
» TOMÁS E. KERNY
» GUILLERMO VALDÉS (H.)
» VICENTE DIMITRI
» RONULO H. CHIAPPORI
» JUAN C. MONTANARO
» JUAN JOSÉ VITON
» PABLO J. MORSALINE
» RAFAEL A. BULLRICH
» ISACIO IMAZ
» PEDRO ESCUDERO
» PEDRO J. GARCÍA
» JOSÉ DESTÉFANO
» JUAN R. GOYENA
» JUAN JACOBO SPANGENBERG
» TULIO MARTINI
» CARMDO PATIÑO MAYER
» GENARO SISTO
» PEDRO DE ELIZALDE
» FERNANDO SCHWEIZER
» JUAN CARLOS NAVARRO
» TORIBIO TICCAIDO
» CARLOS R. CIRIO
» OSVALDO L. ROYFARO
» JULIO BRIBARNE
» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
» FAUSTINO J. TRONCÉ
» JUAN B. GONZÁLEZ
» JUAN C. RUSSO DOMÍNGUEZ
» JUAN A. GABASTOU
» ENRIQUE A. BOROY
» JOSUÉ A. BRUTTI
» NICANOR PALACIOS COSTA
» VICTORIO MONTRYVERDE
» TOMÁS A. CHAMORRO
» DOMINGO IRAETA
» JOAQUÍN V. GRECCO
» JAVIER BRANDAN
» *ANTONIO PODESTÀ
» *AMABLE JONES
» ALFREDO BUZZO

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica...
 Botánica y Micrografía vegetal....
 Química farmacéutica orgánica.....
 Técnica farmacéutica (1er curso)...
 Higiene, Ética y Legislación.....
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....
 Técnica farmacéutica (2º. curso)...

Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO
 » JULIO J. GATTI
 » MIGUEL PUIGGARI
 » ADOLFO MUJICA
 (Vacante)
 » J. MANUEL IRIZAR
 » RICARDO SCHATZ
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
 Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica...
 Botánica y Micrografía vegetal....
 Química farmacéutica orgánica.....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....

Catedráticos sustitutos

Sr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
 Dr. TOMÁS J. RUMI
 » ANGEL SABATINI
 Sr. EMILIO M. FLORES
 » ILDEFONSO C. VATTUONE
 » PEDRO J. MÉSIGOS
 Dr. LUIS GUGLIALMELLI
 Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
 » PASCUAL CORTI
 » CLEOFÉ CROCCO
 Dr. JUAN A. SANCHEZ
 Sr. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....
 Mineralogía y Geología.....
 Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....
 Química analítica aplicada (Medicamentos).....
 Química biológica.....
 Química analítica aplicada (Bromatología).....
 Física general.....
 Bacteriología.....
 Toxicología y Química legal....

Catedráticos titulares

— —
 — —
 — —
 Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejercicio)
 » PEDRO J. PANDO
 — —
 — —
 » CARLOS MALBRÁN
 » JUAN B. SEÑORÁN

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUSQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA (»)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



PADRINO DE TESIS:

Dr. DOMINGO S. CAVIA

Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina
de Buenos Aires

Jefe de servicio del Hospital Nacional de Alienadas

A LA MEMORIA DE MI PADRE:

EL DR. JUAN VALENZUELA

A MI MADRE

Gratitud y cariño

A MIS HERMANOS

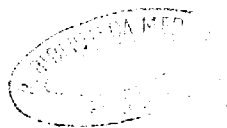
A MIS TIOS

A MIS AMIGOS

Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:



Cumpliendo con la disposición reglamentaria, presento a vuestra consideración y elevado juicio este trabajo que lleva como enunciado "Síndrome de insuficiencia ovárica", cuyos principales capítulos constituirán las consideraciones fisiológicas, clínicas y médico-legales.

Los ovarios constituyen en la mujer los órganos más fundamentales de su aparato genital y los modernos conocimientos endocrinológicos dan a esta glándula su justo valor como glándula a secreción interna.

La insuficiencia de esta glándula da lugar a un síndrome clínico a cuyo estudio me dedico en este trabajo, que finaliza mi carrera.

Al dejar la vida de estudiante universitario debo decir, antes de pasar al estudio que me ocupa, que llevo recuerdos imborrables, de los que fueron mis buenos maestros a quienes debo toda consideración y respeto.

Intenso reconocimiento al profesor de Medicina Legal, doctor Domingo S. Cavia, que prestigia esta tesis y cuyos altos méritos puestos de relieve en la cátedra y en la vida profesional constituyen un ejemplo para mí, máxime cuando me vinculan íntimos afectos.

A los jefes de Ginecología, Cirugía abdominal y Vías Urinarias, Maternidad y Clínica Médica del Hospital Rivadavia, doctores José M. Caballero, Samuel Molina y Carlos Colls, con quienes colaborara en la lucha por restablecer la salud del enfermo y cuyos científicos conceptos han orientado y fortalecido mi práctica; mis reiterados agradecimientos. Hago extensiva mi gratitud a los Jefes de clínicas y médicos agregados a dichos servicios, así como a todos los médicos del Hospital Rivadavia, que me supieron prodigar enseñanzas y bondades.

A mis compañeros de hospital, con quienes compartiera las horas de labor y dedicación, sinceros afectos de amistad.

A mis amigos leales, a quienes debo horas tan gratas, mi cariñoso recuerdo.

CAPÍTULO I

Consideraciones fisiológicas del ovario

El ovario presenta en su constitución embrionaria anatómica e histológica, importantes detalles cuyo conocimiento es indispensable para poder estudiar sus nobles funciones que requieren una merecida atención.

Durante la vida intrauterina comienza el desarrollo del ovario hacia el tercer mes del embrión, antes de cuyo término, éste posee elementos indiferentes, a expensas de los que se originan en los órganos sexuales, convirtiéndose después de esta época, en testículo en el sexo masculino y en ovario en el sexo femenino. Estos fenómenos se realizan después de grandes modificaciones estructurales, que no entraré a detallarlas, no obstante su importancia, pues una alteración en este estadio, puede producir la atrofia del órgano que inicia su existencia.

Si esta alteración se presenta en la época de la indiferencia sexual, puede dar por resultado la persistencia de una insuficiencia o anomalía a cuyos desperfectos han sido atribuídos el hermafrodismo y otros vicios de conformación en el sér, cuyo sufrimiento data de la época embrionaria.

El ovario, después de su desarrollo embrionario, completa su desenvolvimiento en la pubertad, donde inicia su función glandular cuando el sexo despierta su instinto genital y el sér experimenta extraños fenómenos propios de esta edad.

Durante este transcurso, la marcha del ovario hacia su desenvolvimiento completo de glándula, se efectúa insensiblemente, formando esta evolución, larga y pausada, parte de la propia evolución del ser humano y que se halla en relación con funciones que presiden el crecimiento. Esta glándula imprime, con su secreción, caracteres interesantes al tejido óseo, que serán expuestas más adelante.

Llegado el órgano a su completa madurez, presupone su actitud como glándula, cuya función en el organismo de la mujer, es participar de la formación del huevo con la postura de los óvulos; función llamada exócrina, para diferenciarla de la endócrina que rige y dan caracteres definidos a esta glándula.

Tales fenómenos, cuya ejecución está subordinada a un trabajo glandular, imponen la plenitud de desarrollo y el vigor de las fuerzas que llegaran a desempeñar

las obligaciones durante el período genital que se extiende desde la pubertad a la menopausia.

Y es así que una alteración que hiera al órgano en su estructura íntima o perturbe su función impedirá la perfecta regulación de dichas funciones a cuyo estudio doy preferencia a este trabajo.

A fin de orientar mejor esta descripción, analizaré el ovario en su estructura. El ovario se halla formado por dos substancias, una central también denominada medular o bulbosa y otra cortical, denominada ovígena o porción glandular en donde se sitúan o implantan los óvulos.

Cada una de estas porciones tiene una disposición particular en sus tejidos, pero que no se limitan o separan sino que se confunden íntimamente. La porción medular, vascular por excelencia, es atravesada por numerosos vasos que surcan el órgano y constituyen su hilio de donde se reparten las ramificaciones vasculares a todo el órgano, conteniendo además tejido conjuntivo y elástico, y cuyos vasos son siempre acompañados de fibras de tejido muscular liso.

Más interesante aún, a pesar de sus pequeñas dimensiones, es la capa cortical, que constituye el estroma ovárico, formada por un tejido conjuntivo denso en cuyo espesor se intercalan fibras provenientes del que constituye la substancia medular.

Además, posee algunas fibras laminosas finas y fibras elásticas que provienen de la capa medular, don-

de se encuentran células fusiformes más abundantes en la región central. Es en el estroma donde se encuentran los elementos fundamentales; folículos primordiales o en evolución y variado desarrollo y cuerpos lúteos.

Los folículos primordiales son pequeños cuerpos que se forman en el estroma del ovario y se presentan bajo diversos tamaños que corresponden a grados de desenvolvimiento alcanzado por cuya causa encontramos folículos maduros de evolución completa, y folículos que pasan en momentos en que se esbosan un crecimiento, denominado folículos primordiales propiamente dichos y entre estos dos los folículos intermedios que van creciendo.

La constitución histológica del folículo varía en relación a su edad, puesto que su desarrollo sufre transformaciones desde el folículo primordial que existe en el nacimiento, hasta la madurez completa en la época de la postura del óvulo, en cuyo transcurso dormita, para despertar a la par que el sér, cuando éste pasa de la infancia a la pubertad; dejando su indiferencia para recibir los atributos del sexo que inicia su vida.

Al llegar el folículo a su completo desarrollo, se halla formado por una capa fibrosa denominada theca externa a la que sigue una capa vascular o theca interna. Estas dos capas se las comprende con el nombre de thecas folliculi, que constituye la envoltura conjuntivo-

vascular del folículo y que se forma a expensa del estroma ovárico que prolifera.

En el folículo encontramos además la túnica vítrea y la membrana granulosa en cuyo interior se implanta el óvulo, cuya formación y desarrollo sigue progresivamente en aumento, alcanzando su volumen a 0.17 mm.

Se reconoce al óvulo u ovocito como una formación celular constituída por su protoplasma, núcleo y nucleolos.

El protoplasma ovular presenta una zona externa o protoplasma y una zona interna o deutoplasma, en la que se halla alojado el núcleo donde se perciben filamentos cromáticos en forma reticular o vesículas germinativas de Pürkinge; en dicho núcleo se encuentra un nucleolo principal, marcha germinativa de Plüger, distinguiéndose en diversos puntos nucleolos accesorios. Toda esta formación celular, se encuentra envuelta por una membrana vitelina separada del protoplasma por un espacio denominado perivitelino.

Rodeado por el licuor folículo, el óvulo se aproxima a la periferia del folículo, rechazado por el líquido y la proeminencia folicular se hace en la superficie del ovario, donde forma el estigma, punto de rotura del folículo, por adelgazamiento progresivo de su pared, que se abre al paso del óvulo, el cual es llevado por la trompa al útero en cuyo transcurso puede fecundarse.

Antes de entrar a las funciones de ovulación, conviene examinar al ovario como glándula; la naturale-

za de su secreción, denominada exócrina, no es un producto de elaboración química a semejanza de las demás glándulas, cuyas secreciones no son sino aislamientos de productos especiales del epitelio glandular, que contribuyen a la formación de sustancias distintas, con propiedades especiales en cada caso, que son producidas por operaciones químicas efectuadas en las células epiteliales.

Hay que distinguir aquí dos naturalezas de productos — cuya formación se hace exclusivamente en este órgano: — el óvulo o secreción externa, encargado de la reproducción y las sustancias endócrinas que asignan el verdadero papel glandular a este órgano.

Según algunos autores, la ovulación no puede ser considerada como elaboración de elementos celulares, por cuanto no se trata de sustancia de composición química, sino de un elemento figurado o germen, por lo que clasifican a este órgano de acuerdo a lo enunciado, como glándula morfológica, agregando que el elemento figurado se produce como primer episodio de la vida del embrión, concluyendo que la función secretoria de la glándula no comprende la ovulación, de donde deducen que esta última no es sino un fenómeno de desarrollo embrionario.

Los que propiamente constituyen la secreción glandular son los elaborados por los elementos celulares endócrinos, que han sido llamados, por Claudio Bernard, “secreción interna”, es decir, aquellos produc-

tos elaborados en este órgano y que son vertidos en la circulación.

Consideremos ahora la ovulación: dicho acto se efectúa en la época de la pubertad, pero según las observaciones de ciertos autores, como Rouget, parece probable que el fenómeno pueda realizarse en el transcurso que separa el nacimiento de la primera menstruación.

El desarrollo completo del ovisaco se hace periódicamente y la dehiscencia de uno o dos folículos ocurre a cada menstruación. Esta dehiscencia es producida por fenómenos fisiológicos que guardan reciprocidad y estallan en un orden determinado, siendo la postura ovárica un fenómeno al que contribuyen factores especiales. Por una parte tenemos el completo desarrollo del folículo cuyo crecimiento paulatino se completa; ya maduro, hace su proeminencia en la superficie del ovario y con la presencia en este punto comienza una destrucción de la pared que recubre a este nivel y por otra un aumento de tensión intrafolicular que produce la ruptura de dicha pared a la que coadyuva una congestión de los vasos ováricos, congestión que parece estar bajo el influjo de los nervios vaso-motores que rigen estos fenómenos y que tiene por resultado el aumento de la porción medular, favoreciendo de este modo la ruptura folicular, formándose en este punto el estigma, por donde pasa el óvulo y cae al pabellón de la trompa, órgano que está destinado a recibirlo y cu-

yo epitelio vibrátil lo transporta al útero en cuyo recorrido puede ser fecundado.

Pero la ovulación no es siempre única, sino que puede hacerse dos o más en un mismo período menstrual y esta postura múltiple dependerá ya de uno como de ambos ovarios, fenómenos que da lugar, en caso de fecundación de dos óvulos, cuando éstos son de un mismo período a lo denominado en obstetricia super-impregnación; esta super-impregnación se denomina superfecundación cuando los coitos han sido separados por intervalos de varias semanas, como ocurre en ciertas especies animales en las que se ven hembras fecundadas por machos de distinta raza.

De la misma manera que la ovulación única no es una regla absoluta, acontece con la postura ovular periódica; pues esta periodicidad se halla en ciertos casos alterada y encuentra una demostración en los raros casos observados de super-fetación, donde la fecundación parece hecha sobre óvulos de diferentes períodos que precede uno al otro, por intervalos variables, pero que se presuponen, es anterior a la fusión de las caducas uterina y ovular, lo que demuestra que la postura ovárica ha sido hecha en un útero en estado de embarazo.

Sin embargo, cabe dar otra interpretación a estos hechos y ciertos autores admiten la posibilidad de que la super-fetación no es sino el resultado de un embarazo gemelar, donde ha ocurrido el fenómeno que se

conoce con el nombre de transfusión fetal, y en el que la sangre del uno, debido a una anastomosis placentaria, pasa en mayor cantidad de lo que el otro recibe, lo que explicaría el desigual desarrollo fetal, por hipertrofia del uno y atrofia del otro y cuya confusión es posible con el fenómeno de que hablábamos.

Estudiada así, la evolución del folículo y del óvulo, conviene considerar ahora las formaciones que quedan después de la migración ovular y los folículos que no han llegado al desarrollo completo.

Son estas formaciones, el cuerpo amarillo y los folículos atrépsicos la que en la glándula ovárica desempeña un rol importante por las sustancias que elaboran.

La constitución histológica del folículo maduro, después de la dehiscencia ovular, sufre una transformación importante y su resultado es el denominado cuerpo amarillo o lúteo.

Pero no todos los folículos como hemos visto llegan a la dehiscencia ovular, es decir no llegan a su madurez sino que quedan en gran número en estado de involución (atrepsia) por lo que cabe asignarle una determinada función, que corresponde a la presencia de los elementos celulares, que lo constituye como veremos luego.

La evolución interior del folículo que ha dado a la migración ovular, es una formación especial de naturaleza glandular, el cuerpo lúteo, cuyo detalle estructural describiremos.

El cuerpo lúteo está formado en su primer instante, después de la salida del óvulo por un foco sanguíneo, que se halla revestido de las paredes foliculares, que como hemos visto son de naturaleza conjuntivo vascular y en cuyo interior encierra la membrana granulosa de naturaleza epitelial. Esta formación debida a los tractus conjuntivo vasculares nacido de esta cubierta y en particular de la theca interna, dan lugar a la segmentación, cuyas prolongaciones se reparten en dirección radiada, quedando en el interior de cada segmento agrupadas, células epiteliales de la granulosa, que proliferan y se rellenan de materia de color amarillo.

En el interior del cuerpo lúteo, se desarrolla un proceso en el que sustituye al foco hemático, una formación cicatricial, que se rodea de células epiteliales que son las que constituyen una especie de membrana celular, formada por células luteínicas.

Las investigaciones hechas por Rigaud y Policard, Mulón, Chulla, César Bianchi, Ciachie, han asignado a estas células el papel de células endócrimas, por su semejanza a las córticos supra renales, cuya analogía es evidente.

Estas células adoptan la forma poliédrica, con núcleos gruesos y nucleolos, cuyo protoplasma granuloso, lleva una diferencia durante la evolución del cuerpo glúteo conteniendo, en su interior filamento de ergatoplasma y gránulos de substancia lipoidea.

Son los lipoides particularmente sustancias cuyo papel endócrino es actualmente reconocido por la mayor parte de los autores modernos y se hallan constituidos por lecitina y éteres colesrerínicos y pueden considerarse como la propia secreción del cuerpo lúteo.

El cuerpo lúteo así formado tiene una relación periódica con los fenómenos de ovulación y menstruación y parece influir durante su persistencia en el ovario y mientras dura su actividad, de una manera directa sobre dichos fenómenos, a los que rige para descrecer después cuando tiene lugar el nacimiento del nuevo cuerpo lúteo mientras aquel desaparece.

Cuando interviene el embarazo, el cuerpo lúteo gravídico aumenta de tamaño y su coloración es más intensa lo que diferencia del cuerpo lúteo menstrual aún cuando parece no haber diferencia estructural entre uno y otro, persistiendo el gravídico hacia el tercer mes del embarazo época en que desaparece.

La mucosa uterina sufre modificaciones de estructura que termina por el derrame sanguíneo, siempre que no se inicie la fecundación en cuyo caso la desidua menstrualis asume el aspecto de desidua gravídica.

Nos resta por considerar el rol de los folículos atrepsicos que como sabemos han quedado detenidos en su desarrollo, elementos estos que a semejanza del cuerpo lúteo, pescen células cuya naturaleza luteínica ha sido demostrada y es el fundamento por el cual se considera, a los folículos atrepsicos como glándula inters-

ticial del ovario, aun cuando no sea posible identificarle morfológicamente y funcionalmente al cuerpo lúteo pero así lo han demostrado autores como Limón, Cohn, Wahar, Seitz, Ganfini, quien ha podido investigar la presencia de sustancias luteinicas en las células del folículo atréptico.

Esta transformación sufrida por la célula del folículo atréptico y originada a expensas del tejido conjuntivo, que se hipertrofia y se enriquece de protoplasma, el que se carga de elementos granuloso y gotas de sustancia lipoidea, al mismo tiempo que desgenera el óvulo y las células epiteliales de la sustancia granulosa, tomando el aspecto de células del cuerpo lúteo y a las de la corteza suprarrenal, fundamentos estos que han servido de base para identificar las células de estos cuerpos.

La sustancia elaborada por las células derivadas de la glándula intersticial del ovario, parece ser de naturaleza lecitínica, como lo han demostrado Ciulla, Leisel y César Bianchi, conteniendo además como las células del cuerpo lúteo un pigmento luteínico. Por lo tanto los elementos originados del tejido conjuntivo, dan lugar a una formación de aspecto glandular endocrino que evidentemente es análoga a la formación epitelial del cuerpo luteo.

Por otra parte tenemos, que los elementos del estroma ovárico no permanecen inactivos, sinó que en ciertos casos el tejido conjuntivo que lo constituye,

puede sufrir una transformación y dar lugar a la formación de elementos celulares de aspecto semejante, a las células endócrinas; de lo que resulta que la célula de la glándula intersticial del ovario, encuentra un doble origen conjuntival. Por una parte, de los elementos del folículo atrepsico, que son como sabemos de origen conjuntival y por otra de los elementos conjuntivos del estroma.

La semejanza histoquímica entre los elementos celulares endócrinos, el cuerpo lúteo y la glándula intersticial ovárica, despierta el estudio sobre la analogía funcional y a este respecto los autores dividen opiniones; algunos no inducen la posibilidad que puedan suplirse, en tanto que otros, aceptan que la suplesión es posible en ciertos casos (Bield).

Importa conocer por otra parte la acción fisiológica de los productos de secreción endócrinas elaboradas por células de la glándula ovárica, productos que sin duda se hallan representados por sustancias lipoides, que de acuerdo a lo expuesto anteriormente, la elaboración se realiza en el cuerpo lúteo y glándula intersticial. Estas sustancias no han podido ser completamente aisladas, por lo que no se ha dilucidado la significación especial de cada uno de estos principios que constituyen y elaboran los productos de secreción interna.

Pende, estudia y cita los experimentos hechos por

ciertos autores de donde entresacamos las siguientes experiencias constatadas:

1.º Que el principio activo del ovario es un principio extraordinariamente labil? que no resiste al alcohol ni a la solución cloruro sódica, mientras que resiste al éter y puede extraerse del polvo desecado del ovario (Lowy).

2.º El principio activo del ovario, lo mismo que del testículo es en parte un núcleo proteido, en parte una base tóxica (Dixon y Loisel).

3.º Establece luego que son los lipoideos los ormones cuya investigación se aproxima más a las propiedades de los productos genitales y que se halla más en lógica de acuerdo con los conocimientos histológicos e histoquímicos, que como hemos visto tienden a aseverar estas investigaciones.

Concluye por presentar la siguiente experiencia: de Parhon, Dumistresco y Nissipesco y la investigación de Icovesco que consiste en inyección de un preparado hecho por estos autores, con extrato ótereo extraído de esta glándula, el que según Icovesco, provoca en el animal la hipertrofia del útero y aún la hemorragia en el útero y trompa, fenómenos análogos a la menstruación.

Por otra parte otro lipoide extraído del cuerpo lúteo, es capaz de acelerar, en el animal, la involución del útero después del parto.

Y esa experiencia, que tiene real importancia pa-

ra los trastornos que nos ocupan en esta tesis, es que con lipoides del ovario Icovescce ha visto reaparecer las reglas, en tres mujeres amenorreicas con el objeto de curar los disturbios de insuficiencia ovárica.

Vemos que los lipoides adquieren desde luego, una gran importancia en la endocrinología y es así que la química biológica en el estudio de los procesos de secreción de las glándulas endócrinas, van asignando cada vez más a estas sustancias, su valor con los hechos histológicos comprobados.

La significación que tiene o le han asignado a los lipoides, del punto de vista histoquímico, la encontramos en el hecho de que en todas las glándulas a secreción interna, se ha demostrado la presencia de gránulos metaplasmiáticos, aislados o reunidos en gotitas o en masas gruesas. Estas granulaciones, según su propiedad física y sobre todo según su reacción microquímica, han recibido diversos nombres, y es así, que se habla de granulaciones lipoideas, de gránulos de substancia hialina y de substancia coloide, de granulaciones siderófilas, de granulaciones pigmentarias, de granulaciones acidófilas y basófilas, etc.

Son estas granulaciones intercelulares las que posiblemente representan, los productos endócrinos de las células, las que son destinadas a ser vertidas en la circulación sanguínea, como ha sido demostrado en algunos casos en que estas granulaciones pasan al organismo; por ejemplo, el pasaje de la substancia co-

loide, en los capilares sanguíneos de la tiroides, los gránulos lipoides en los capilares de las glándulas supra-renales y la substancia cromófina, en la vena de la substancia medular de esta última. Podemos entonces presumir que los gránulos de substancia lipoidea del ovario, análogamente a lo que ocurre en estas otras glándulas, pasen a la circulación sanguínea del ovario. A estos hechos obedece que sean los lipoides ováricos, substancia símil a la grasa, y contenidos en las células los que desempeñan en la actualidad el importante rol en la fisiología de la secreción interna de estas glándulas.

Es por eso que se tiende a revelar que la mayor parte de la substancia lipoidea, representa la secreción de las importantísimas glándulas intersticial y el cuerpo lúteo, como ocurre también en las glándulas supra-renales.

En el cuerpo lúteo y la glándula intersticial, así como en la corteza supra-renal, los lipoides entran en la constitución de las granulaciones de algunas células pigmentarias, existentes en dichas glándulas.

Los lipoides, de las variadas glándulas endócrinas tienen presumiblemente una constitución química diversa, a lo que se debe posiblemente la diversidad de acción fisiológica.

La secreción interna del ovario tiene una influencia importantísima sobre el desarrollo de los variados te-

jidos y sobre el crecimiento del organismo, función que hemos dejado para estudiarla detenidamente.

Fueron las observaciones hechas acerca de la supresión de la más importante glándula, la glándula genital, la que ha podido determinar y asignar al ovario su acción sobre la morfogénesis del organismo a semejanza de lo que ocurre en el hombre, en el que son mejor conocidas.

Los estudios hechos en los castrados antes de la pubertad y sobre todo los que sufren una atrofia precoz o una hipogénesis de la glándula sexual, lo mismo que los experimentos hechos sobre los animales, demuestran, que la glándula genital posee una secreción interna que influye potentemente sobre el desarrollo del esqueleto, de la grasa y sobre el desarrollo del carácter sexual secundario e influye sobre la proporción de las variadas partes del esqueleto.

Consideraremos estos hechos, particularmente la influencia que sobre el esqueleto tiene la secreción interna del ovario, dejando para el capítulo siguiente la influencia sobre los caracteres sexuales.

La acción preponderante que tiene sobre el esqueleto la secreción interna del ovario, lo mismo que la del testículo, es curiosa. El esqueleto bajo la influencia de estas glándulas, parece crecer en una relación proporcional entre los miembros, el tronco, la cara y el cráneo, y es así que en la castración prepuberal, observamos un fenómeno característico, donde se produce

un desarrollo de los miembros, opuesto al desarrollo de la cabeza y del tronco.

Por eso en los castrados en un tiempo anterior a la pubertad, se produce una prolongación del desarrollo en largo, de los miembros inferiores en el hombre, y del tren posterior en los animales. En cambio, sufre un retardo de desarrollo la pelvis, el tórax, el cráneo y la cara. El esqueleto de los eunucos o castrados completos, naturales o artificiales, como aquellos incompletos llamados eunucoides, está caracterizado por la estatura superior a la media, excesivo largo de los miembros inferiores y en especial de las piernas, largo relativo de los miembros superiores, forma infantil de la pelvis y del tórax, y cuyo cráneo detenido en su desarrollo en todo sentido y en especial el diámetro frontal, auriculobregmático y transversal (dolicocefalia); deficiente desarrollo en altura y en el largo de la cara, sobre todo de la nariz y del maxilar inferior y en cambio desarrollo exagerado del pabellón de la oreja.

Deducimos de estos hechos que la secreción interna genital tiene normalmente la tarea de frenar la producción del hueso a expensas del cartílago epifisiario, tarea que consiste en coadyuvar a la osificación en su debido tiempo del cartílago mismo. De donde la falta de secreción interna daría lugar a que el cartílago epifisiario continué produciendo tejido óseo por lo que traería el alargamiento del esqueleto, que sólo se-

ría detenido tardiamente cuando cesa la proliferación del cartílago e interviene la osificación.

Además la secreción interna genital debe ejercer una influencia estimulante sobre la osteogénesis de la pelvis, del tórax, del cráneo y de la cara, por lo que hemos visto.

Podemos agregar aún por las comprobaciones y deducciones hechas por los experimentadores con los extractos del ovario, como lo demuestran Jentzner y Beuttrier, que la acción de dichos extractos sobre el crecimiento de los tejidos y en particular de los tejidos del aparato femenino, impiden la atrofia del útero en las mujeres castradas bajo estas inyecciones y que según Bucura se produciría una involución más rápida de estos tejidos en los animales castrados.

Se asigna que en la patogénesis de la clorosis, los preparados ováricos obran sobre la hematopoiesis. A esto respondería la acción de la ovarina sobre las cloróticas en que presentan ya una inhibición de la regeneración hemoglobínica, ya un aumento de la sangre, (Arcancelli, Cavallotti, Demange). Villemín, atribuye una acción hemolítica al cuerpo lúteo introducido a dosis tóxicas.

Por otra parte ha sido demostrado que los extractos ováricos producen una vasodilatación e hipotensión, pero, que de un modo especial se admite que el cuer-

po lúteo es el encargado de la elaboración de sustancias hipotensivas y vasodilatadoras.

Muy probable parece la acción estimulante de la secreción del ovario sobre el recambio total de la materia.

CAPITULO II

Consideraciones clínicas: Síndrome de insuficiencia ovárica

Conocidas las funciones que desempeña el ovario en el organismo, según acabamos de ver en el capítulo que precede, pasamos a estudiar ahora, los efectos que ocasiona la disminución o supresión de estas funciones que comprende todo un síndrome, que F. Taile lo clasificó y denominó *síndrome de insuficiencia ovárica*.

Investigaciones posteriores al conocimiento de la ablación de los ovarios, permitieron la determinación de fenómenos por ausencia de las funciones del ovario. Fué recién después de la primera castración efectuada por Percival Pott, que se pudo constatar los hechos o causas de este síndrome.

Más tarde, F. Iale estudia y define los trastornos que ocasiona la ablación de estas glándulas — observando las operadas por su maestro S. Pozzi — y establece que la castración determina la aparición de un estado clínico que se manifiesta por un número de trastornos congestivos, nerviosos y tróficos, donde la intensidad varía según la edad y temperamento de las operadas. Inducido por esta idea, piensa que — análogamente a la ablación quirúrgica — las afecciones del ovario que hieren su estructura íntima determinan trastornos, y los designa bajo el nombre de insuficiencia ovárica; definiéndola como el conjunto de alteraciones producidas por la hipofunción ovárica, considerada bajo el aspecto de su secreción interna.

Las alteraciones del organismo de la mujer, debidas a su castración, están en relación con hechos o fenómenos comprobados por la clínica y la fisiología.

Veamos cuáles son estos fenómenos. Antes debemos recordar que la castración de la mujer ha obedecido primitivamente a fines religiosos — lo mismo que ocurre en la secta de los Skoptzy, en Rumania — y posteriormente con fines quirúrgicos, siendo la primera, como habíamos dicho, la efectuada por Percival Pott. Actualmente, la cirugía por lesiones anexiales, recurre frecuentemente a la castración.

Al considerar los efectos de la castración debemos tener presente, que varían en relación a la edad y serán más extensos cuanto menor sea ésta.

Distinguiremos como lo hace Pende, la castración prepupal de la postpupal, pues sus efectos son diferentes según la época en que ha sido efectuada.

Se observa — dice el autor — que los órganos genitales sufren, como ya lo había enunciado Iayle, alteraciones, que consisten en atrofia del útero y de los genitales externos, sufriendo la vagina una retracción de su tejido y su mucosa, se reseca a tal punto de disminuir su calibre e impedir la función a que está destinada.

La menstruación se detiene en la mayor parte de los casos, aun cuando Pfister ha demostrado que la menstruación persiste, en un 12 por ciento de los casos, o bien se halla reemplazada por un flujo sanguíneo periódico de la mucosa nasal o intestinal.

Tenemos por otra parte que en un 42 a un 52 por ciento de las mujeres castradas, se verifica una adiposidad que se acentúa con predilección al nivel de las mamas, crestas ilíacas, hipogastrio, región glútea y muslos.

También es notable, que en las castradas, la presencia de manifestaciones vasodilatadores y congestivas paroxísticas, se producen en forma de ráfagas de calor en la cara y se repiten varias veces al día, cuya duración es de algunos minutos, acompañadas o seguidas de sudores más o menos abundantes.

Hay también congestiones análogas, en forma paroxística, que se producen en ciertos órganos como el

pulmón, laringe, tráquea, glándulas mamarias, mucosa nasal, hígado, mucosa rectal y que determinan en algunos casos hemorragias, epístaxis, hemoptisis, derrame sanguíneo hemorraidal y pueden adquirir a veces un ritmo análogo a la menstruación.

El corazón en las mujeres castradas experimenta crisis de palpitaciones de taquicardia y angustia precordial.

El sistema nervioso, es asimismo asiento de crisis frecuentes de hemierania, neuralgias y estados neurasténicos, astenia neuromuscular, agitación, insomnio, irritabilidad, cambios de carácter y tendencia al suicidio, trastornos importantes por el aspecto médico-legal que revisten estas manifestaciones, como veremos en el próximo capítulo de este trabajo.

Además de todas estas alteraciones, encontramos otras tantas en el organismo general y en particular en algunos órganos. Es así que el metabolismo general se altera y Caratull y Tarulli, Neuman y Vas y otros han demostrado que se verifica una retención del calcio, magnesio y fósforo, retención utilizada para disminuir los efectos de la osteomalacia; usándose como una medida eficaz la castración ovárica en estos casos.

La relación de esta glándula con las otras glándulas, permite también ver que la castración en esta edad repercute sobre estas últimas, tales como la tiroidea, la hipófisis y la supra-renal que son las que se hallan

en relación más íntima con el ovario. La tiroidea aumenta de volumen, observándose fenómenos basedoviformes, la cápsula supra-renal, en su zona cortical se hipertrofia y la hipófisis no parece sufrir mayores consecuencias como resultado de la castración en la edad adulta.

Ahora consideraremos los efectos de la castración prepuberal que diverge de la anterior, porque en esta época el desarrollo del organismo, no ha llegado a su término. En esta edad, en que los caracteres sexuales secundarios no se hallan bien definidos, la castración influye sobre el trofismo de los órganos genitales y sus anexos.

Los caracteres sexuales secundarios, distingüense de los primarios, por cuanto éstos imprimen al sexo su sello propio; en tanto que aquellos, son caracteres extragenitales.

Estos caracteres secundarios o extragenitales, son, según Pende:

1.º El desarrollo de las mamas, que, en la mujer, en la época de la pubertad presenta una proliferación de los conductos secretores con ramificación de los mismos, una neoformación de los acinis glandulares, un crecimiento del pezón, que se hace prominente, y con aréola rica en pigmento.

2.º El desarrollo de la pelvis ósea, caracterizada en la mujer, por una cavidad más amplia, con aumento de sus diámetros transversales, más baja y más ci-

lúndrica que en el hombre, mayor largo y curvatura menor del hueso sacro, movilidad mayor y mayor brevedad del coxis, la sínfisis púbica más corta, más amplia, con ángulos más abiertos, con abertura obturatriz más triangular, por las cavidades cotiloideas más separadas de donde la mayor oblicuidad de los fémures en la mujer. Pero, la forma característica de la pelvis femenina, resulta aparente en su conformación externa, sobre todo por la especial disposición de la grasa, alrededor de la nalga, del coxis, sobre la región suprapúbica, grasa que da especial redondez a la pelvis de la mujer, ocultando las salidas óseas, visibles en el hombre y haciendo resaltar más los pliegues de las nalgas y el surco crural, mientras que por la parte anterior los muslos están en contacto de un modo característico, por su margen interna, en la estación erecta.

3.° La morfología de los tegumentos, de los apéndices cutáneos. El cutis en la mujer es más delicado, más extensión de la grasa subcutánea, de color más rosado. Cabellos más largos, más delicados; los pelos que se desarrollan en la pubertad sobre el pubis, son limitados en altura por una línea horizontal, mientras que en el hombre se desarrollan hacia el ombligo, cuya acumulación de pelos se hace en forma triangular, con vértice hacia arriba. En la mujer falta el desarrollo de pelos al nivel del orificio anal y sobre el periné, como existe en el hombre. Falta el especial desarro-

llo de pelos del tórax, del abdomen, sobre los miembros como se observa en el hombre en edad adulta. Por fin, es muy característica la falta de barba y de bigotes, no obstante poder este último ser substituído por un ligero bozo, en el labio superior en ciertas mujeres.

4.º El desarrollo de la laringe y de la voz; la laringe femenina es más sutil, menos desarrollada en todo, situada más profundamente en el cuello y no como en la del hombre en el que es característica la prominencia del cartílago tiroides (manzana de Adán). El timbre de la voz femenina es aproximada a la del niño.

A estos cuatro caracteres morfológicos principales se debe agregar un quinto, morfológico y fisiológico al mismo tiempo, la existencia en la mujer, de modificaciones cíclicas no sólo de su aparato genital, sino de todo el organismo, que constituye el período menstrual en la mujer, el período de celo en los animales. Podríamos agregar también, otros menos especificados. Así, la altura del cuerpo de la mujer, es en términos medios inferior de 11 a 12 centímetros, respecto a la del hombre y aun el peso medio es menor. Las proporciones esqueléticas son diversas: en la mujer el largo de los miembros es menor relativamente a los del hombre, con relación al largo del tronco; la circunferencia craneana menor; menor la amplitud de la espalda y relativamente mayores los diámetros bi-ilíaco y bi-trocanteriano.

Los huesos de la mujer son más lisos en su super-

ficie; el esqueleto de la cara, cráneo, tórax y pelvis menos anguloso, que depende de la mayor cantidad de grasa que lo recubre. La musculatura es menos desarrollada; mayor desarrollo de la grasa subcutánea, de donde el aspecto más delicado de la forma femenina.

En cuanto a las vísceras, tenemos que el peso del cerebro, según Marchand, es menor en la mujer, relativamente al peso del cuerpo; en tanto que las vísceras torácicas y abdominales más desarrolladas, como sucede en el niño.

La sangre se distingue por una mayor densidad y mayor contenido de agua, menor número de corpúsculos rojos y de hemoglobina.

Importante es el hecho de que algunas glándulas endócrinas aparecen más desarrolladas en la mujer, por ejemplo: la tiroides y aun la supra-renal (Kolmer).

Otra diferencia puede encontrarse, en la frecuencia del pulso — mayor en la mujer; — en la temperatura media, también mayor en la mujer; en el tipo y capacidad respiratoria (tipo costal y capacidad respiratoria menor en la mujer), y, por fin, otras relacionadas con procesos psíquicos, del carácter, de la afectividad, inteligencia, emotividad, etc.

Es en la pubertad donde estallan, en forma ruidosa, las manifestaciones de orden sexual, pero ya antes de ella, se produce en el organismo, la aparición de ciertos caracteres sexuales, que paulatinamente se desenvuelven y forman parte de la evolución del sér.

Es en la época de iniciación del crecimiento en la cual repercuten — como hemos visto en el capítulo precedente — las modificaciones que sobre el esqueleto imprime, la falta de secreción genital y que consisten en un desarrollo exagerado del esqueleto en largo, principalmente de los miembros inferiores y en particular de las piernas.

La estatura de los sujetos eunucos resulta superior a la del tipo medio de la raza; pero el tronco y cráneo son deficientemente desarrollados, relativamente a los miembros.

Dejemos estos caracteres que ya conocemos y pasemos a hacer consideraciones interesantes respecto al carácter sexual.

En el hombre que ha sido privado de sus glándulas genitales, se detiene el desarrollo de sus órganos sexuales, de la próstata, vesículas seminales y pene, que sufren una atrofia.

En la mujer ovariectomizada en edad tierna, se observa análogos fenómenos; es decir, que hay también una falta de crecimiento de la vulva, vagina y mamas, y una regresión del útero. La menstruación desaparece, el instinto sexual no se desarrolla y la pelvis conserva el tipo infantil, con escaso desarrollo de pelos en la axila y sobre el pubis.

Estas alteraciones que sufre el organismo humano, se constatan también en los animales, donde los experimentos acusan fenómenos análogos.

La inteligencia parece no alterarse, siendo más bien el carácter el que sufre, pues se nota que el hombre en la pubertad — como los animales en la época del celo — adquiere un tipo de carácter distinto al de los castrados, que son dulces, flemáticos, tímidos y particularmente apáticos.

La mujer, en cambio, sufre una hiperexcitabilidad con depresión psíquica, en la cual, como veremos más tarde, el carácter experimenta modificaciones que tienen importancia médico-legal.

Las glándulas endócrinas, sufren asimismo, una profunda conmoción, por efecto de la castración, tanto en el hombre como en la mujer, denotando esto, la relación estrecha que poseen las glándulas genitales con las endócrinas, siendo de observar que entre algunas de ellas existe, hasta un parentesco ontogenético, como el de la glándula intersticial del ovario y la formación glandular del cuerpo lúteo, de origen mesodérmico, lo mismo que la supra-renal y otras.

Etiología y patogenia de la hipo-función ovárica

Detalladas ya las funciones, que sobre el organismo tiene la supresión del ovario, veamos ahora cuáles son las causas de la disminución o supresión de sus secreciones internas y sus efectos que traen un síndrome que luego describiremos.

La génesis de este síndrome debe buscarse como es natural, en la influencia que sobre el sér puede ejer-

cer la herencia y las alteraciones del organismo mismo. De allí, que obren factores congénitos y adquiridos en la determinación de este síndrome.

Los factores congénitos que obran sobre el desarrollo de una anomalía en esta glándula endócrina, debe buscarse en la vida fetal del sér, en su transcurso intrauterino, donde obran por intermedio de la madre, efectos tóxicos, infecciosos y psíquicos.

Desde este punto de vista tenemos el importante factor de la toxi-infección, producida por la tuberculosis e igualmente por la sífilis obrando sobre las glándulas endócrinas del organismo fetal en forma diversa, según sea la infección; así tenemos que la sífilis influye sobre las glándulas endócrinas, determinando esclerosis y atrofia del parénquima y detención del desarrollo del tejido glandular; en cambio, la toxina tuberculosa obra en forma inversa exagerando la función de algunas glándulas endócrinas y en esta forma podría explicarse muchas anomalías de desarrollo observadas en la vida extrauterina.

Análogamente a la sífilis y a la tuberculosis, obrarían otras infecciones e intoxicaciones, como el alcoholismo, entre estas últimas, e infecciones generales entre aquéllas. Influirían también sobre el feto, las emociones y shock el equilibrio endócrino-simpático del feto, determinando anomalías de desarrollo, por causa de esta alteración.

Otro factor importante, como lo acabamos de ver,

es la edad. El ovario sufre como consecuencia de su evolución progresiva, modificaciones de acuerdo con la edad. Tales son, por ejemplo, la repercusión que el organismo experimenta en forma ruidosa en la pubertad y a veces en el embarazo y la menopausia, en cuyo transcurso puede acentuarse los efectos mórbidos que sobre el sér obran en forma tal, que imposibilitan las nobles funciones de este órgano, factores que como veremos, pueden ser de orden endógeno o exógeno. Entre estos últimos, pueden resumirse las siguientes formas: intoxicaciones, infecciones, tumores y traumatismos.

Las intoxicaciones, de la misma manera que las infecciones bacterianas, pueden obrar en forma aguda o de una manera crónica, imprimiendo así a la glándula, alteraciones cuya intensidad será proporcional a la resistencia orgánica y a la energía del tóxico.

Entre las intoxicaciones más frecuentes que repercuten sobre los ovarios, tenemos la del alcohol, del plomo, del arsénico, etc., y cuyos efectos se revelan según la forma y dosis en que estos tóxicos son introducidos en el organismo.

Las infecciones frecuentes y que atacan este órgano, son en primer lugar la blenorragia, de fácil aumento como consecuencia de factores diversos, que favorecen la infección, y en vía de contigüidad ascendente llega por infecciones vaginales y uterinas a atacar al ovario, dando lugar casi fatalmente, a procesos

agudos que pasan a la cronicidad y que asumen gravedad vital por la proximidad peritoneal y complicaciones extragenitales. Infecciones que hieren y destruyen el parénquima en forma tal, que necesariamnte su función es alterada, en algunos casos y en otros destruída o anulada.

Al lado de la blenorragia tenemos las infecciones estafilocócicas, estreptocócicas y la infección puerperal, que atacan con menor frecuencia, relativamente a la blenorragia, pero que destruyen en la misma forma los atributos de la función glandular.

En la salpingo-ovaritis, las esclerosis del ovario frecuentes y graves por razón de las dolencias a que dan lugar y la alteración funcional que traen, conjuntamente a la lesión anatómica, constatan la aparición de padecimientos inherentes a la falta de secreción interna.

Con igual frecuencia que estas afecciones aparecen los disturbios de la insuficiencia ovárica en los tumores del órgano que orientan muchas veces el diagnóstico, pues sus signos pueden constituir un indicio para ir en busca de la lesión.

Aparte de esta forma natural de destrucción del ovario, encontramos que la cirugía extirpa estos órganos, obligada por los procesos diversos que a nivel de este órgano se desarrollan y que por la situación intra-abdominal por una parte y su vecindad con importantes órganos de la economía por otra, hace que la ablación de estos órganos se haga con relativa frecuencia.

La extirpación total de este órgano, por una parte, y la edad de la enferma por otra, darán, a los trastornos de la insuficiencia ovárica, una mayor o menor intensidad; hechos fundamentales que deben tenerse en cuenta en cirugía, no obstante frecuentes polémicas de quienes se han ocupado de esta materia.

La edad de la enferma debe considerarse como fundamental, en toda intervención quirúrgica sobre estos órganos, e imponen al cirujano su atención antes de toda ablación, debiendo meditar seriamente ante el caso, para no exponer a su paciente a los graves perjuicios que podrían ser imputables a su irreflexión y desconocimiento del trastorno que nos ocupa.

De acuerdo con los hechos que enunciamos al hablar de la castración, los efectos varían cuando la mujer es joven, adulta, y de edad avanzada. En la mujer joven los trastornos de insuficiencia ovárica se presentan con mayor intensidad a raíz de su extirpación y su repercusión es a veces profunda de tal manera que la enferma es constantemente azotada por los disturbios de la hipofunción glandular, invencibles en muchos casos por la opoterapia.

La mujer adulta, en cambio, parece resistir mejor la repercusión de la hipofunción natural o artificialmente creada y más aún, cuando ésta se aproxima al término de su vida genital, es decir, a la época de la menopausia, donde suelen presentarse estos trastornos más o menos frustrados. Vemos, pues, que la insu-

ciencia ovárica se presenta menos acentuada en estos casos que en las mujeres de tierna edad.

Por otra parte conviene establecer que dada la estrecha vinculación que con el sistema nervioso tiene esta glándula, la hipofunción acentuará o despertará en las mujeres taradas o con anomalías del sistema nervioso, alteraciones latentes o que nacen a raíz de la conmoción orgánica producida por la falta de su función glandular.

Enunciábamos que la intensidad estaba en relación con la extirpación total o parcial de las mujeres ovariectomizadas y es razonable que así suceda, desde el momento que la presencia de un fragmento de ovario suple o atenúa estos trastornos, pues disipa los inconvenientes que resultan por una ablación total. Sin embargo, es de temer la degeneración maligna de estos fragmentos.

Descripción del síndrome de insuficiencia ovárica

Clínicamente, el síndrome de insuficiencia ovárica, se halla caracterizado por un conjunto de alteraciones que se revelan al examen cuando se fija la mirada hacia los fenómenos de diversos órdenes que encierran las manifestaciones orgánicas como consecuencia de la hipofunción ovárica.

Estas manifestaciones sintomáticas pueden agruparse así:

Síntomas en relación con la función menstrual, sín-

tomas vasomotores y cardíacos, cefalalgias, síntomas psíquicos, síntomas gastrointestinales tróficos, y trastornos del estado general.

Síntomas en relación con la menstruación—

Al estudiar la influencia fisiológica del ovario sobre la menstruación hemos visto la periodicidad del derrame sanguíneo y la ovulación está regida por la secreción interna. De allí que ovulación, menstruación y formación del cuerpo lúteo menstrual, estén en relación cronológica.

Al referirnos a la periodicidad del derrame establecimos que éste dependía de los productos elaborados por la célula y que vertidos en la circulación, eran los encargados de estimular el sistema nervioso, bajo cuya acción se producen los fenómenos menstruales, sino interviene el embarazo, pues en este caso la mucosa uterina sufría las modificaciones propias de este estado, vale decir, la transformación de la decidua menstrualis en decidua gravídica.

El cuerpo lúteo menstrual, persiste mientras dura la menstruación y sólo decrece cuando una nueva ovulación se produce dejando su influencia al nuevo que sigue la misma evolución para desaparecer después ante la presencia de los sucesivos.

Desde luego la disminución de la secreción interna por una causa cualquiera, ya sea una alteración anatómica o funcional del órgano modificará como es na-

tural el derrame menstrual y su periodicidad, como ocurre en la mayor parte de los casos de insuficiencia ovárica. En estas enfermas es frecuente observar la ausencia de todo derrame, es decir, son amenorreicas, contribuyendo la falta de eliminación, que constituye una manera de eliminar productos nocivos al organismo, a aumentar los disturbios orgánicos.

En ellas la intensidad de los fenómenos psíquicos y nerviosos parecen agregarse en forma más evidente como significando que a los efectos de la hipofunción se suman los de la amenorrea.

Por otra parte tenemos que hay enfermas que sin perder por completo su función menstrual ésta es, sin embargo insuficiente, y se halla ligada como es natural a la insuficiencia glandular de la misma manera como ocurre con otras tantas distrofias del ovario. Son dismenorreicas unas veces, otras veces se observa en estas enfermas, pero con menos frecuencia, menorragia y otra es metrorragia la que domina.

Cómo vemos, la menstruación puede sufrir diversas modificaciones en esta afección, y es un síntoma que orienta al diagnóstico por lo que su estudio requiere la atención de quien examina y que asociado a los otros síntomas revelarán al síndrome del cual tratamos.

Síntomas vasomotores—

Estos signos se presentan bajo forma de accesos paroxísticos, consistentes en ráfagas de calor en la parte

superior del cuerpo y particularmente en la cara donde se ecentúan, seguidas de palpitaciones cardíacas, accesos de opresión y se acompañan a veces de respiraciones bruscas.

Los accesos de ráfagas de calor en la cara y parte superior del cuerpo presentan en forma paroxística, se repiten varias veces al día y duran algunos minutos, son sensaciones constantes en estas enfermas a quienes llama la atención y experimentan un estado angustioso a cada aparición y con frecuencia refieren al médico, expresándose según sus manifestaciones que sufren de llamaradas de calor, acentuadas en la cara y hasta observan la relación con la época menstrual, donde parecen hacerse más intensas y frecuentes. Muchas de ellas acuden a medios refrigerantes diversos para combatir estas congestiones molestas y en otras es causa de constantes preocupaciones.

Al lado de estas manifestaciones encontramos los accesos de opresión que se manifiestan en forma particularmente incómoda y donde la angustia y la ansiedad, imprimen a la enferma un estado depresivo lo cual favorece la adquisición de los trastornos psíquicos que veremos más adelante.

Las palpitaciones cardíacas forman parte del cuadro sintomático de esta afección y en algunos casos son signos predominantes.

La región precordial es casi siempre un centro atractivo de la atención de estas enfermas por la frecuencia

de las palpitaciones, y predomina en ellas la idea de afecciones graves en el corazón, que hace muchas veces difícil convencerlas de la no existencia de tal lesión supuesta.

Realmente, las manifestaciones cardíacas son de orden banal, pues en la mayor parte de los casos no se encuentra lesiones orgánicas que puedan ser atribuidas a la insuficiencia ovárica y sólo son las palpitaciones las que llaman la atención, como consecuencia de la repercusión que trae sobre el sistema del gran simpático la ausencia de la secreción interna ovárica.

Esta estrecha vinculación de los síntomas de la insuficiencia ovárica con las manifestaciones simpáticas demuestra la correlación que las glándulas ováricas tiene con el sistema nervioso vegetativo.

Es naturalmente visible y comprobado que el gran simpático y el sistema endócrino se hallan ligados el uno al otro por una relación recíproca indisoluble y hasta ha sido considerada como un único y gran aparato orgánico, denominado el aparato endócrino simpático (Pende).

Este último autor establece que la concepción fisiológica de la sinergia endócrino-simpática puede ser la razón por la cual los procesos morbosos que agredieran al sistema del gran simpático, ejercen muchas veces una repercusión sobre el sistema endócrino y viceversa, los procesos morbosos glandulares no se separan de los síntomas simpáticos.

Y por último, repite que podría ser una razón de la génesis, primitivamente nerviosa de muchas alteraciones glandulares endócrinas, o de la génesis primitivamente glandular de muchos síndromes simpáticos, de donde la importancia etiológica que tiene la herencia nerviosa en la génesis de las enfermedades endócrinas y la importancia etiológica que tiene la herencia glandular en la génesis de las enfermedades simpáticas.

Además, a veces se encuentran accesos de transpiración brusca de aparición repentina y fugaz.

Cefalalgias. — La cefalalgia es un síntoma que se presenta con frecuencia en las enfermas de insuficiencia ovárica. En algunas de ellas son dolores que tienen de característico su aparición brusca y desaparecen en la misma forma. Pero, en otras, esta manifestación se hace persistente y rebelde.

Toma en la generalidad de los casos la forma de hemi-cránea, que es el tipo más común, pero otras veces la región frontal es la que sirve de localización a este síntoma.

Otras veces es difusa y experimenta dolor sin localización definida, pero que ponen de manifiesto la relación con la hipofunción, pues es de observar que al mismo tiempo de la aparición de este síntoma encontramos, las congestiones de la cara, en forma paroxística, los trastornos nerviosos, y las alteraciones de la menstruación con él.

Pero, sin embargo, es uno de los síntomas que, ceden a los efectos de la opoterapia, tratamiento que parece beneficiar especialmente y con el cual se consigue muchas veces, combatir por este medio cuando el fracaso de los analgésicos comunes es frecuente en estos casos.

Síntomas nerviosos—

Son los más importantes; aquí sólo los enunciaremos, pues su estudio será materia del capítulo siguiente, donde veremos su importancia bajo el aspecto médico-legal.

Son éstos los cambios del carácter, trastornos intelectuales que comprenden la memoria, la atención, la afectividad; trastornos psíquicos que comprenden estados diversos de nervosismos, neurastenia, ideas de suicidio y de enfermedad y hasta la psicosis donde terminan algunas veces estas mujeres con predisposición a la melancolía.

Síntomas gastrointestinales—

El aparato digestivo sufre también la repercusión de la ausencia de secreción interna y es así que estas enfermas experimentan modificaciones funcionales de estos órganos.

Las enfermas suelen presentarse con alteraciones del apetito y en especial se constata la anorexia. Otras veces son los vómitos los que aparecen a raíz de alimen-

tos ingeridos y a veces son estados nauseosos o vómitos que no tienen ninguna relación con la ingestión de alimentos y que obedecen a estados espasmódicos. De la misma naturaleza son los espasmos del esófago que suelen observarse.

La constipación es a veces pertinaz y acompaña con frecuencia a estas alteraciones gastrointestinales; otras veces es la diarrea la que se presenta.

Trastornos del estado general—

Aparte de estos síntomas, debemos enumerar, el desequilibrio orgánico producido por la hipofunción ovárica y para completar el examen de toda enferma, se impone completar el estudio, de lo que podríamos llamar examen endocrinológico, sabiendo que el ovario tiene acción morfo-regulatriz sobre todo atribuída a su secreción interna.

Conociendo ya esta influencia, conviene que nos detengamos a estudiar los detalles correspondientes a las siguientes manifestaciones de la mujer: caracteres de los órganos genitales, externos e internos; la pelvis; las mamas; disposición del pelo sobre el pubis; sentido genésico y psicosexualidad; fecundidad o esterilidad; signos de virilismo; pubertad precoz o tardía; sistema esquelético o muscular; tendencia a la obesidad y caracteres de la voz.

Las modificaciones que imprime la insuficiencia ovárica sobre estos caracteres son de la mayor importan-

cia, pues sirven hasta para revelarnos el grado de insuficiencia parcial o total de las glándulas.

Al considerar los efectos de la castración, hemos visto que variaban con relación a la edad. De la misma manera observamos en la insuficiencia modificaciones y cuando ésta es total la semejanza es evidente.

De allí que en la edad prepuberal y cuando los signos de insuficiencia son bien manifiestos, los síntomas que aparecen son bien claros y se observan en enfermas, un crecimiento exagerado en largo de los miembros inferiores, y una hipertrofia del tronco, de la cabeza y de la cara, lo que podría decirse que su estatura es algo superior a la media.

Los órganos genitales tocan a veces caracteres especiales y es de observar una falta de evolución en la edad tierna, en cambio en la mujer adulta hay una tendencia a la regresión que como hemos visto se observa en las castradas.

Por el examen directo constataremos todas estas anomalías de orden anatómico en los órganos genitales internos que deben ser estudiadas a fin de que revelen las causas impresas por los procesos flogísticos, los neoplasmas y las modificaciones de volumen que nos orientaría el diagnóstico.

El estudio de los caracteres sexuales secundarios, nos permite ir a buscar los signos curiosos que pueden encontrarse manifiestos y de allí que se debe investi-

gar el desarrollo de los pelos sobre el pubis, la voz, y sobre todo la tendencia a la obesidad.

Existe una obesidad de origen ovárico, mejor dicho que depende de la insuficiencia de su secreción interna, de tal manera que cuando ésta es total se desarrolla una adiposis que se marca preferentemente sobre regiones especiales; así encontramos una sobrecarga al nivel del pubis, alrededor de las mamas y sobre la región glútea, siendo menos manifiesta cuando la insuficiencia es parcial, pero de localización predilecta en estas regiones.

La obesidad, como acabamos de ver, con su localización típica puede presentarse independiente de las otras modificaciones que asume en la insuficiencia el carácter sexual y el desarrollo esquelético, razón por la que debe ser estudiada y buscada en estas regiones.

La obesidad hipogenital se distingue, no tanto por la cantidad de la adiposis, sino por la acumulación en dichas regiones. Por otra parte, se observa que la deficiencia genital en el curso de las infecciones propagadas al ovario (blenorragia sobre todo), produce un cierto grado de obesidad, constatable en las prostitutas; de la misma manera se podría explicar la obesidad post-nupcial en las mujeres.

El instinto sexual es poco desarrollado o nulo y es un signo frecuente que acompaña a este síndrome. Las enfermas se manifiestan con una especial frigidez o impotencia genital.

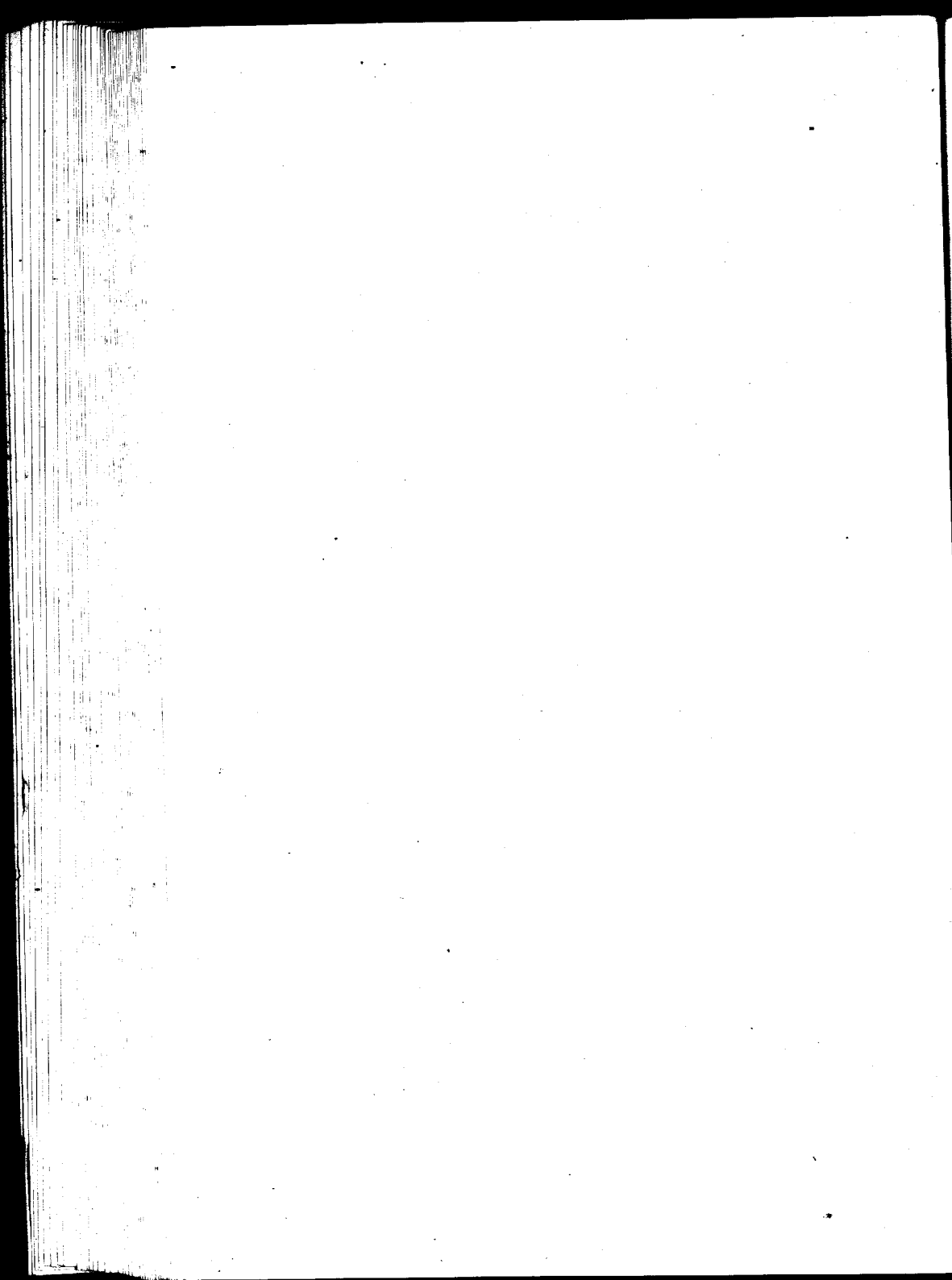
Además, la esterilidad es frecuente en ellas de tal modo, que son raras las que llegan a fecundarse. Se suma a este síndrome el desarrollo de signos sexuales masculinos con cierta regresión de los femeninos; clasificándose como virilismo de origen ovárico a este estado particular.

El virilismo de origen ovárico recuerda el virilismo de origen glandular endócrino de las otras glándulas; como el virilismo supra-renal, el virilismo de origen primitivamente hipofisiario (en la acromegalia) y el de origen tiroideo.

Obsérvase en ciertas mujeres en coincidencia con alteraciones ováricas, caracteres masculinos, tales como el desarrollo de la barba, del bigote, del clítoris, de los pelos sobre el tronco y sobre los miembros, engrosamiento de la voz, masculinismo psíquico.

Tales caracteres definen al virilismo ovárico, que suele presentarse en mujeres en menopausia. La observación hecha por Roberts, en algunas mujeres indianas, de ovario y útero extirpados hacia la época pueral, comprueba, que además de la atrofia de la vulva, de las mamas y del carácter cunucoides del esqueleto, tienen un aspecto masculino, caracterizado sobre todo por el escaso desarrollo de la adiposis subcutánea, falta de redondez de las formas y desarrollo notable de los músculos esqueléticos.





Pronóstico

La hipofunción ovárica no extingue la vida, pero muere y destruye los atributos del sexo que por esta causa pierde sus encantos, transformando en seres enfermos que han perdido las cualidades más nobles que adornan el organismo femenino.

No es acaso lamentable ver estas enfermas que bajo el hábito de su alteración, sufren la presión de estados que deprimen su moral, predisponiéndolas a enfermedades nerviosas y mentales, siendo así su existencia penosa y triste.

Por eso el pronóstico debe hacerse con cautela, en aquellos casos en que las anomalías se constatan, ya sean nerviosas o adquiridas, pues la presencia de dichas anomalías nos induce a pensar en un incremento de los trastornos nerviosos y mentales.

Si a esto agregamos la edad, en que, cuando menor

sea ésta, mayor será la repercusión de la hipofunción ovárica.

Es mejor, dada la frecuencia con que se extirpan estos órganos, prevenir los ataques a estas glándulas con la profilaxia severa que debe imprimirse en la instrucción de las mujeres a fin de evitar la ovariectomía, que trae como consecuencia casi fatal el síndrome que nos ocupa.

Diagnóstico

La base del diagnóstico de este síndrome se buscará en la revelación de los síntomas enumerados. Los conocimientos fisiológicos del ovario y la comprobación de las lesiones que atacan al mismo, contribuyen poderosamente para determinar un diagnóstico acertado.

Es indudable que el valor de los síntomas que la clínica utiliza en el esclarecimiento de este síndrome, se halla en relación con los fenómenos fisiológicos.

Los síntomas de mayor valor son las alteraciones menstruales, los trastornos vasomotores, la reacción nerviosa o psíquica, la morfogénesis del cuerpo, el metabolismo orgánico, sobre los cuales debe recaer preferentemente nuestra atención.

Indagaremos, después del interrogatorio — que dirigiremos en sentido del examen — los trastornos de la infancia y la pubertad, menstruación, estados de los órganos genitales externos, desarrollo de las mamas, pelvis, miembros, tronco, cráneo, cara, disposición de

los pelos sobre el pubis, instinto sexual, esterilidad, signos de masculinismo, estudio de los fenómenos vasodilatadores, examen psíquico que estudiará la hiperexcitabilidad psíquica, los cambios de carácter, sueño, estados de exaltación o de depresión psíquica, apatía, abulia o irritabilidad de la paciente.

Por último, el examen directo que buscará las modificaciones de volumen de estas glándulas, los procesos flogísticos, los neoplasmas o intervenciones quirúrgicas, completándose con el estudio de los efectos de la opoterapia ovárica.

La constatación de estos hechos varía entre límites extremos, de tal modo que cambian el aspecto de los síntomas de individuo a individuo, exaltándose en algunos, en tanto que en otros, se comprueba en forma atenuada por lo que el estudio individual de cada enferma se impone para considerar bajo los variados aspectos que enunciamos en el párrafo anterior.

Es cierto que hay casos complejos en que interviene otras glándulas del sistema endócrino, borrando o despidando los signos del ovario para prevalecer los síntomas de aquellas, pero en cuya determinación es posible a veces comprender que el ovario se combina a estos síndromes pluriglandulares demostrando su vinculación.

En los casos claros, el diagnóstico se hace relativamente fácil por la constatación de los signos apuntados. Fuera de los casos complejos hay otros más o

menos frustrados en que se requiere cierta práctica y el médico debe saber buscar a los efectos del tratamiento.

Tratamiento

Consagrada la organoterapia u opoterapia por sus fundadores, las investigaciones se suceden y progresan a diario con gran impulso y los conocimientos científicos se despejan, de donde la terapéutica ha venido a aumentar una de sus ramas considerablemente.

Para no dar mayor extensión, trataré someramente a esta parte, a pesar de su gran importancia, y sólo me ocuparé de los beneficios que la opoterapia ovárica produce sobre la insuficiencia.

Las primeras formas en que el ovario fué empleado como medicamento en la terapéutica, fué administración de glándulas frescas de animales que se ingerían para experimentar los efectos sobre el organismo.

Más tarde, ante la comprobación evidente de la benéfica acción de los preparados se prescribe el uso de glándulas desecadas y que aún se utilizan. Tal es la ovarina, extracto extraído de los ovarios desecados de la vaca y oveja, que se expende en el comercio y cuya acción tiene su importancia para el tratamiento de las afecciones del ovario. Su dosis prescrita al interior es de 0.50 gramos a 2 gramos y más en sellos de 0.25 o en cápsulas de 0.10 centigramos, correspon-

diendo esta última cantidad a 0.50 gramos de glándulas frescas.

Posteriormente, los preparados de cuerpos lúteos que se prescriben bajo la forma de ocreína y lúteo-ovarina y cuyos efectos parecen que superan a los efectos de los preparados de glándulas desecadas, lo que contribuye a aumentar su gran incremento que han tomado estos últimos, desde que fueron conocidas las funciones del cuerpo lúteo.

La ocreína, así como otros preparados análogos fabricados en el comercio, se prescribe en tabletas de dos a seis al día.

Pero, desde que parece que la acción de los lipoides es aún más eficaz, los preparados que actualmente tienden a adquirir mayor difusión por sus efectos, son los extractos etéreos que por lo general parecen ser los que mantienen y conservan mejor las sustancias de secreción interna; ya sea que los extractos alcohólicos, acuosos o clorurosódicos no sean capaces de mantener los principios de la secreción interna del ovario dada la extrema labilidad de dichos principios.

Pero, dejemos estos tratamientos que constituyen los medios que realmente nos sirven para combatir los trastornos del ovario y enunciemos el que parece prevalecer hoy día y el que tiende a substituir por su eficacia a los anteriores, por ser un tratamiento más racional: me refiero a los injertos del ovario.

Son los injertos ováricos los que combaten con me-

por resultado los trastornos del déficit funcional de la glándula ovárica; su fácil ejecución y poco riesgo con que tropieza es la razón de que hoy se acepte este tratamiento.

Los injertos pueden ser hechos en las regiones retromamarias o en la pared abdominal en medio del tejido subcutáneo que son lugares de elección por su gran vascularización.

Estos injertos son ya homoinjertos o sea los que son trasplantados de glándulas de otra mujer, ya autoinjertos a raíz de la extirpación de los ovarios de la enferma que se implanta en la misma para evitar los trastornos de su ausencia.

Los injertos de otro animal o heteroeinjertos parecen ser tan benéficos por la reacción orgánica que sigue a todo cuerpo extraño introducido en la economía. Es así que la mayor parte de estos injertos son destruidos por la acción de la fagocitosis.

Son como acabamos de ver los injertos los cuales llenan el rol principal del tratamiento de la insuficiencia ovárica y como tal merece su justo valor científico.

CAPITULO III

Consideraciones médico legales sobre el síndrome

Hemos visto anteriormente la influencia que tiene la secreción endócrina del ovario sobre el organismo en general.

Especialmente, nos ocuparemos en este capítulo de la influencia que tiene esta glándula sobre el sistema nervioso, y el desequilibrio del mismo por las alteraciones de la secreción interna del ovario y al mismo tiempo la importancia que reviste estos estados morbosos considerados bajo el aspecto médico-legal.

Se conoce algunos estados morbosos de las glándulas a secreción interna y ya antiguamente — cuando aún Claudio Bernard no enunciara que una célula, un tejido, un órgano, posee la propiedad de segregar en la sangre, en el medio interno sustancias útiles al

organismo o haciendo parte de la sangre misma, a cuya propiedad denominó “secreción interna” — se conocían estos aforismos: “*Omnis vita in sanguini*” y “*Sanguinis moderator nervorum*”. En el estado actual de la ciencia se sabe que estos estados morbosos de las glándulas a secreción interna obran predisponiendo a las alteraciones del sistema nervioso, como muy bien había sido reconocido por los sabios maestros de la medicina.

Es así, que si recorremos la patología endócrina, encontraremos que cada glándula lleva consigo un número de enfermedades en relación con las alteraciones de sus funciones y que estas enfermedades se hallan vinculadas preferentemente con las alteraciones nerviosas y mentales del organismo, como consecuencia del trastorno ocasionado por la desorganización de las glándulas endócrinas y que la clínica y la experimentación comprueban.

Ejemplo evidente tenemos en el conocimiento que tienen los principios activos de estas glándulas y particularmente de aquellos que han podido ser aislados. Tal acontece con la adrenalina extraída de las glándulas supra-renales, cuya acción neuro-reguladora obra especialmente, sobre el gran simpático, acción denominada simpático-trófica y que ha sido comparada a la acción estimulante que ejerce sobre las terminaciones nerviosas simpáticas las excitaciones eléctricas, pues la adrenalina parece obrar en igual forma que el es-

tímulo eléctrico, sobre los variados tejidos provistos de terminaciones nerviosas simpáticas.

Por otra parte, se observa el hecho de que la destrucción de estas glándulas lleva una grave disminución de la excitabilidad simpática así un desequilibrio del sistema nervioso.

Otro ejemplo lo tenemos, con la glándula toroides, cuya influencia no es solamente sobre el sistema nervioso vegetativo, sino, sobre el sistema nervioso de la vida animal y de la vida psíquica.

La excitabilidad que sobre el sistema nervioso ejerce la glándula tiroides, lo demuestra de que la supresión de esta glándula trae aparejado una grave disminución del tono simpático, como también una depresión de toda reacción nerviosa, muscular, emotiva, intelectual de los animales y del hombre tiroideoprivos. En cambio, el hipertfuncionamiento de esta glándula, que da como resultado, una hipersecreción de sus principios, presenta un cuadro inverso que se manifiesta por emotividad exagerada, irritabilidad neuromuscular, irritabilidad psíquica y excitabilidad en el campo del sistema nervioso; nervios, vasos dilatadores, secretores del estómago e intestino, propulsores del globo ocular, aceleradores del corazón, por lo que Levi y Rothschild la llaman glándula de la emotividad, pues parece justificarse esta denominación por la intervención en la mayor parte de los fenómenos emotivos,

que pueden ser atribuídos a un exceso de secreción interna de la glándula tiroidea.

En los animales para-tiroideoprivos, obsérvase análogamente, como resultado de la influencia que ejerce la paratiroides, un aumento de la excitabilidad de los centros nerviosos motores, tanto en el sistema voluntario, como en el vegetativo, por falta de la inhibición que esta glándula ejerce, produciéndose los accesos de tetania de los músculos estriados y lisos. Es de notar que la acción de la secreción de la paratiroidea es contraria a la de la adrenalina y la secreción tiroidea, las cuales excitan, en tanto que aquélla inhibe; acción que parece estar en relación con el recambio de las sales de calcio y magnesio, cuyo metabolismo se altera y es sabido que estas sustancias, tienen una acción sedativa sobre los nervios y músculos, cuya disminución o ausencia daría el aumento de excitabilidad.

La acción de la secreción interna genital, también se manifiesta por una acción estimulatriz, sobre los centros nerviosos motores y es así que en los castrados se observa una torpeza psíquica y neuromuscular, así como un estado de apatía propios de estos individuos.

Conocidos estos hechos que ponen de manifiesto la importancia que tiene la endocrino-patología general, podemos deducir ya que el trastorno que nos ocupa, asume desde luego responsabilidades imputables a su hipofunción glandular. Encontramos así un sinnúmero de disturbios ocasionados por la función alterada

de esta glándula, fenómenos todos que se presentan en estrechas correlaciones con los demás procesos que se desarrollan durante la vida genital de la mujer, como la pubertad, el embarazo y la menopausia.

Estudiando estos estados, encontramos que ellos nos presentan numerosas alteraciones nerviosas y psíquicas que se presentan como episodios propios de cada una de las etapas que el organismo femenino debe recorrer en su existencia.

Estos episodios, variables en intensidad, ponen de relieve la profunda conmoción que el organismo sufre, como consecuencia de la evolución del sér, y para cuyo desenvolvimiento perfecto es necesario la integridad de las funciones orgánicas.

Es por esto que las afecciones que atacan al individuo, sean estas congénitas o adquiridas, ponen en menor resistencia al organismo y predisponen al estallido de estados mórbidos. Es esta influencia mórbida, — que el sér trae o adquiere, — la que acentuará más la tendencia hacia las manifestaciones de una enfermedad nerviosa u otra cualquiera, en cada una de las etapas, de acuerdo con la edad del organismo femenino. Se notan en estas etapas ciertos síntomas, que ponen de manifiesto su repercusión sobre el sistema nervioso y la psiquis que enunciaremos enseguida.

Durante la pubertad en la mujer, para no citar más que las alteraciones del orden psíquico y nerviosas, vemos aparecer las psicosis, las mutaciones de carác-

ter, irritabilidad, modificaciones de la inteligencia y ciertas tendencias, que ponen al sér en posesión de su sexo. El instinto genital despierta y el organismo al mismo tiempo se transforma.

Más adelante la mujer, llega a su sagrada misión de madre y aquí también es una época de la vida femenina, en que vemos de nuevo manifestaciones análogas y pueden producirse psicosis, como en la pubertad; la inteligencia se altera, y el carácter sufre modificaciones nerviosas, a veces con tendencias caprichosas.

Estos estados anormales llevan a veces a las inocentes madres atacadas, a cometer delitos de índoles diversas, como el robo, el infanticidio, suicidio y otros, imputables ya al embarazo, ya a taras hereditarias o adquiridas. Estos estados pueden desaparecer después del parto, o bien persistir durante el puerperio, y aún hacerse constantes.

Observamos, además, que las mujeres tienen en la menopausia sufrimientos análogos a los enumerados y en los que también se revelan las modificaciones de carácter, de la inteligencia, de la memoria y diversas tendencias que quedan enunciadas en esta forma por razones de brevedad.

Ahora analicemos los trastornos que encontramos presentes en la afección que tratamos y que hemos visto ya en la sintomatología de este síndrome, donde enunciamos someramente cuales eran, que pasamos a estudiar detenidamente.

El examen psíquico de estas enfermas, requiere un estudio atento por las modificaciones constatables y la medicina legal debe considerar los variados aspectos que pueden presentar estas enfermas, conociendo la acción neuro-reguladora, que tienen la secreción interna.

Desde este punto de vista cabe considerar las modificaciones de carácter, los trastornos intelectuales, hiper-excitabilidad psíquica cada uno de los cuales encuadra otros tantos estados que iremos analizando.

Modificaciones del carácter. — El carácter de estas enfermas sufre modificaciones que podríamos llamar extravagantes; son irritables, caprichosas y en ellas las ideas versátiles son frecuentes y así recuerdan la histeria, con la que parece asociarse en ciertos casos.

Sus tendencias se orientan hacia el virilismo, pues el desarrollo de éste parece influir en la regresión de los hábitos viriles.

La brusquedad de sus actos, la irritabilidad del humor, los gustos, las pasiones, los modales, los hábitos y ocupaciones, el engrosamiento de la voz reconocen como causa el masculinismo psíquico en estas mujeres en las que se borran las cualidades propias de los seres femeninos y a los que se agrega la falta de redondez de las formas y la aparición de caracteres sexuales secundarios masculinos (bigotes, barba, pelos en el tronco y miembros).

Este aspecto viril se acentúa en algunas y en otras

se presenta levemente, de tal manera que son apenas perceptibles.

Trastornos psíquicos. — Estas alteraciones se revelan por una hiperexcitabilidad de orden psíquico, alteraciones del sueño, emotividad, ideas fijas de enfermedad y suicidio y poco a poco se apodera de estas enfermas un estado depresivo, a tal punto, que puede llegar a las psicosis. Entre éstas, dada la naturaleza de las ideas predomina la melancolía.

Los estados de hiperexcitabilidad psíquica se traducen por un aumento evidente de exaltación de ideas arraigadas, entre las que predominan la convicción de que su desperfecto sexual es la causa de esas sensaciones extrañas por lo que sienten decaer su moral y su condición de mujer. En las mujeres en que la insuficiencia ovárica es creada por una ablación total, las ideas se hacen más deprimentes, en razón de que la falta de menstruación post-operatoria preocupa y llama su atención, no obstante, el bien intencionado rol del médico que evita desconsolar a la paciente negando la causa verdadera de la ausencia menstrual. Estas ideas depresivas, de su moral, incompletas al principio las dominan más tarde y de las que es difícil substraerlas.

Aquellas en que la insuficiencia no es el resultado de una castración, sino que sufren alteraciones menstruales, son amenorreicas, conjuntamente con los trastornos de la hipofunción, se preocupan también y creen

en su regresión sexual y las predisponen a estados depresivos y tristes.

Su moral sufre una conmoción tal, que no es raro observar la presencia de signos neurasteniformes y de nervosismos especiales. Bajo estos estados, — a los que parecen someterse con facilidad la depresión del sexo y las ideas fijas que no pueden alejar de su espíritu, — se apodera de estas enfermas en algunos casos, ideas de suicidio, o de enfermedad incurable que lleva a algunas a las psicosis.

Estos estados pueden ser atribuidos a un desequilibrio de su sistema nervioso producido por la hipofunción ovárica, y hemos visto ya cuán estrecha es la vinculación del sistema nervioso con el sistema glandular endócrino.

Si bien es cierto que la herencia influye en la determinación de los trastornos nerviosos en muchos casos, tampoco hay que negar que el ovario favorece y determina por la falta de su secreción interna, la aparición de semejante síntoma.

En tal concepto se orientan las ideas actuales y los modernos autores que estudian el sistema glandular endócrino, tratan de demostrar que las glándulas a secreción interna, ya por su hipofunción, como en el caso del ovario, ya por su hiperfunción en otros, se acompañan de fenómenos nerviosos y mentales que, a no dudarlo, son repercusión del desequilibrio glandular.

Indudablemente que este desequilibrio se hará más

manifiesto en las enfermas que heredan taras degenerativas mentales o nerviosas donde la conmoción hipoglandular acentúa sus efectos.

Si a esto agregamos los sufrimientos morales, las emociones, las constantes preocupaciones de estos seres, en la vida social y se suman los padecimientos de afecciones de diversos órdenes y obsesión de su condición inferior de mujer, no podemos esperar la robustez de su moral, pero sí un estado psíquico por lo general depresivo.

A estos estados no es extraño ver seguir los estados melancólicos que constituyen los pródromos de la melancolía donde terminan algunas veces estas enfermas.

Los estados melancólicos se presentan en notoria relación con la hipofunción ovárica y cierto número de enfermas concluyen por adquirir la melancolía, en forma tenaz al tratamiento opoterápico, pues no ceden ni a dosis elevada de los preparados ováricos.

Otras enfermas, en cambio, no llegan a tan lamentable situación; su resistencia orgánica por un lado y su sistema nervioso, fuerte y robusto, por otro, las hace menos expuestas a la adquisición de estos estados mentales.

Con la hipofunción ovárica natural se presentan trastornos nerviosos menos acentuados; con la hipofunción ovárica artificial los trastornos psíquicos están en relación variable. En algunas enfermas bastan pocas se-

manas para que ellos se presenten y en otras se manifiestan dos o tres años después.

La edad tiene así mismo su importancia, pues más intensos son estos trastornos cuanto más joven es la paciente.

Muchas mujeres sienten en forma atenuada estos trastornos y los síntomas pueden combinarse con manifestaciones de las otras glándulas y no es extraño ver la asociación de los trastornos de la tiroidea, cápsulas suprarrenal, hipófisis, con los del ovario formando así cuadros complejos que demuestran las estrechas vinculaciones de estas glándulas entre sí.

Lo que demuestran los hechos que la clínica y la experimentación han llegado a definir y que están encuadrados en síndromes pluriglandulares complejos, tal es la asociación manifiesta con la hipofunción ovárica de la glándula tiroidea que aparece en aquélla, los fenómenos basedoviformes, típico de esta última que presentan algunas enfermas.

El sistema nervioso es atacado además en otras manifestaciones como la inteligencia. La inteligencia parece no alterarse en forma tan profunda como la psiquis, pero es indudable que los atributos de aquélla sufren también alteraciones, y la memoria, la atención, la voluntad y la afectividad, se alteran en relación al desequilibrio nervioso que trae la falta de secreción interna ovárica produciendo sobre el organismo femenino una repercusión manifiesta.

En la memoria, como lo ha constatado F. Yaile, se observa casi constantemente la amnesia en una relación de 32 casos sobre 41 observados por dicho autor.

La atención también disminuye considerablemente, —aun cuando no se presente siempre — en gran número de los casos.

La voluntad y los sentimientos afectivos, también se encuentran perturbados de tal manera, que en algunos casos se exaltan, otras se muestran aprehensivas por su padecimiento genital, y por último, permanecen apáticas e indiferentes a su desperfecto sexual, no solo para con ellas mismas, sino es indiferente hasta con lo que al rededor ocurre.

OBSERVACIONES

OBSERVACION I

Hospital Rivadavia. — Pabellón 4.º arriba. — Servicio del doctor Carlos Colls. Jefe de clínica, doctor Edmundo Ortiz.

M. C., edad 24 años, nacionalidad argentina, Profesión sirvienta. Cama número 50. Fecha de entrada, Noviembre 24 de 1917. Fecha de salida, Diciembre 11 de 1917.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Tres hermanos muertos, no sabiendo explicar las causas de la muerte de estos últimos.

Antecedentes personales. — Sarampión y difteria en su infancia. Menstruaciones a los 15 años, irregulares, dolorosas, de 2 a 3 días de duración. Ha tenido dos hijos y un aborto espontáneo, persistiendo sus mens-

truaciones, irregulares dolorosas y escasas hasta hace siete meses desde cuya fecha desaparece.

Enfermedad actual. — Hace 8 días que se acentúan fenómenos caracterizados por cefalalgia constante y sensaciones de calor en la cara, que se acompañan de palpitaciones en la región precordial. Además, se queja de dificultad en la fonación y respiratoria. Convulsiones en los miembros superiores. A pesar de su enfermedad, el aspecto de la enferma es aparentemente robusto.

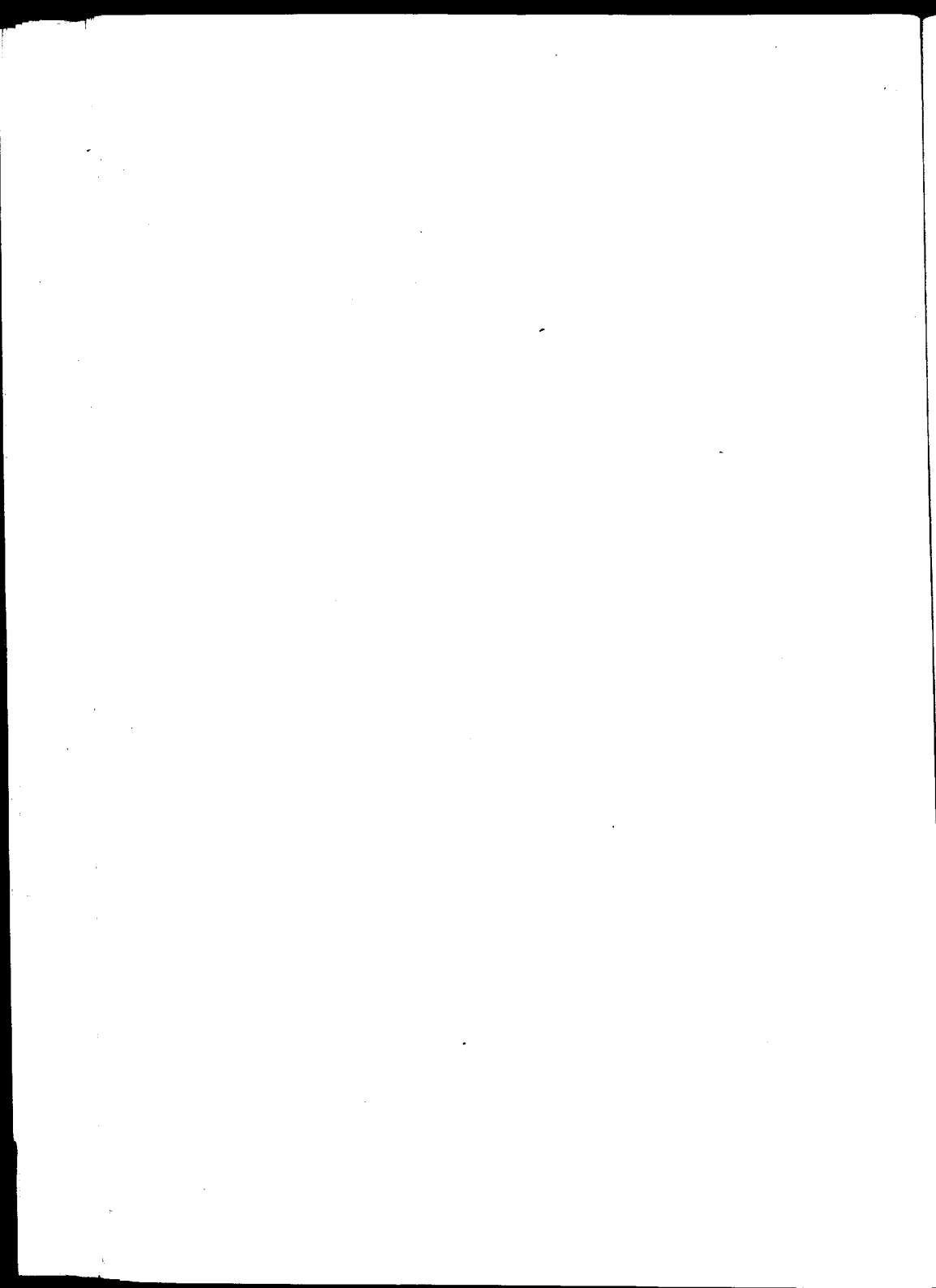
Estado actual. — Esqueleto bien constituido; pánículo adiposo abundantemente desarrollado especialmente en las regiones supra-púbica, glútea y mamaria. En la región lumbo-sacra se constata un tumor del tamaño de una naranja, indoloro, poco adherente a la piel y de evolución estacionaria. Aparato respiratorio normal. Aparato circulatorio sin modificaciones del pulso, que es regular, tenso y de frecuencia normal. La inspección de la región precordial no denota alteración, lo mismo que la palpación y percusión. Punta late en el 5.º espacio por dentro de la línea mamilar, tonos normales a la auscultación.

Aparato digestivo sin trastornos funcionales, estómago algo dilatado. Hígado en sus límites normales. Bazo y riñones no se palpan; la orina no contiene elementos anormales.

Sistema nervioso. — Reflejos tendinosos exagerados, cutáneos y mucosos conservados. Su inteligencia

no parece sufrir mayormente, sin embargo, se constata pérdida de la memoria, en ligero grado de alteración. El estado psíquico de la enferma denota una hiper-excitabilidad con modificaciones del carácter que se ha hecho irritable y caprichoso. Hay cefalalgia y manifestaciones vaso-dilatadoras.

Tratamiento. — Se traslada a un servicio de cirugía a fin de tratarla con injertos de ovarios.



OBSERVACION II

Hospital Rivadavia. Pabellón 4.º arriba. — Servicio del doctor Carlos Colls. Jefe de clínica, doctor Edmundo Ortiz.

R. P., edad 29 años, nacionalidad española, estado casada, cama número 36. Fecha de entrada, Diciembre 21 de 1916; fecha de salida, Enero 15 de 1917.

Antecedentes hereditarios. — Madre fallecida de cáncer al estómago, padre fallecido no recuerda de qué afección; no tiene hermanos.

Antecedentes personales. — Ignora enfermedades de su infancia. Indicios de su primera menstruación a los doce años, haciéndose periódicas después, dolorosas y escasas. A los 17 años ha tenido tifoidea, y neumonía más tarde y es atacada de viruela al año siguiente.

te. Hace poco tiempo fué operada sobre su aparato genital extrayéndosele los ovarios.

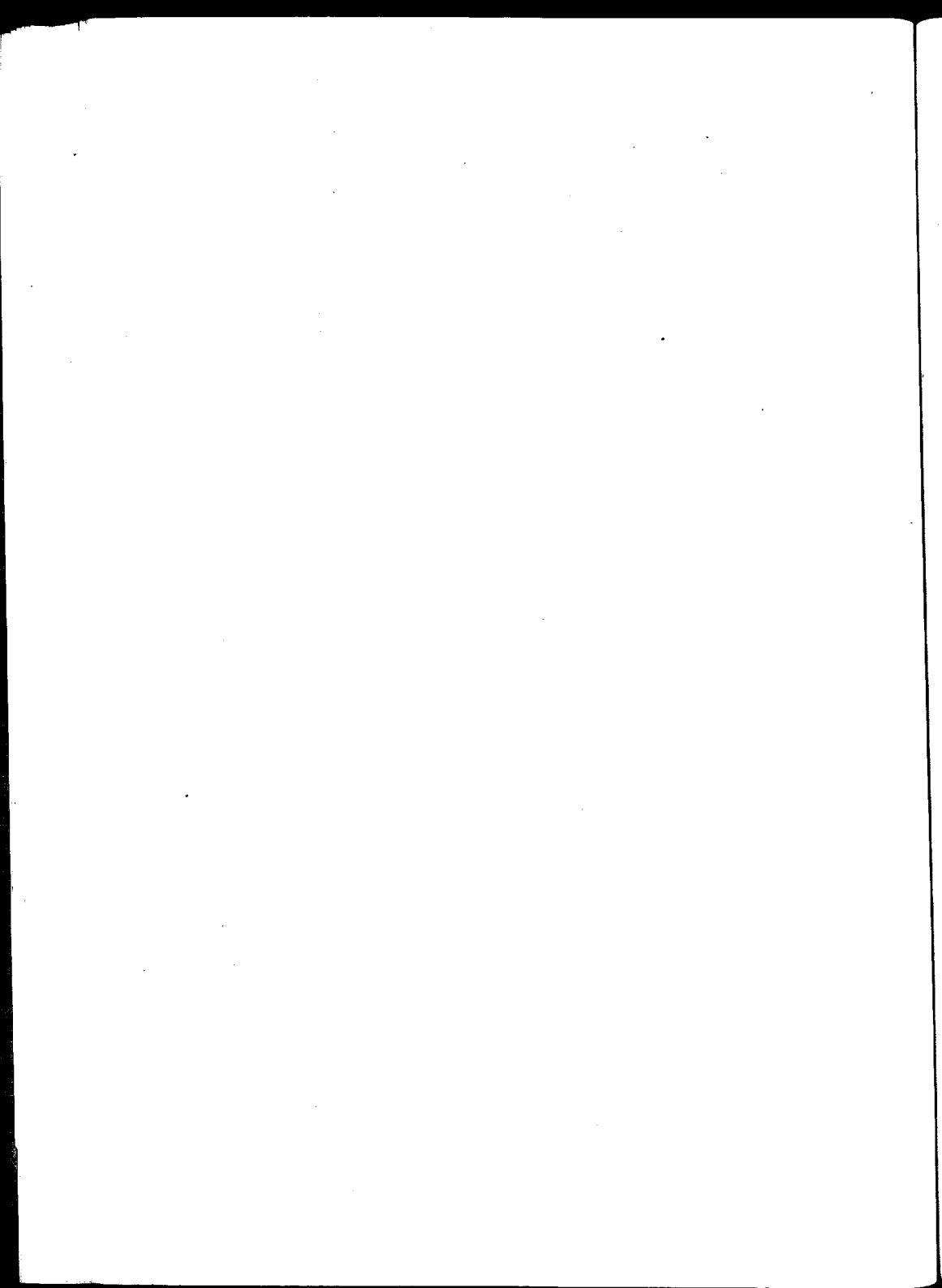
Enfermedad actual. — Desde su operación la enferma se queja de sensaciones extrañas, no experimentadas antes de su intervención la que es seguida de desaparición de reglas, pérdida de fuerzas, cansancio, cefalalgias frecuentes, anorexia, angustias y deseos de llanto. Hay un dolor que se localiza en la región posterior del tórax y que aparece después de su neumonía.

Estado actual. — Aparato digestivo sin perturbaciones funcionales; boca y dientes bien conservados, lengua saburral; paladar ojival. Abdomen globuloso y se deja deprimir con facilidad, su palpación es indolora, y la inspección revela un desarrollo abundante del tejido adiposo en la región inferior. Cicatriz infra-umbilical media. Estómago en sus límites normales. Espacio de Traube libre. Hígado con su borde inferior rebasando ligeramente el reborde costal, su límite superior a la altura de la quinta costilla. Riñones: Ptoxis renal derecha, orina sin elementos anormales. Bazo no se palpa, percusión dentro de sus límites normales. Organos genitales externos sin modificaciones aparentes, caracteres sexuales secundarios no se observa ninguna desviación.

Estado general bueno, con aumento de peso, pues no puede ser atribuído a la ingesta por haber perdido el apetito y la enferma se alimenta escasamente.

Sistema nervioso. — Reflejos tendinosos, cutáneos y mucosos conservados. El estado psíquico exaltado de la enferma denota, además, modificaciones del carácter y hay fenómenos congestivos de la cara.

Tratamiento. — Opoterapia ovárica (Luteo-ovarina).



OBSERVACION III

Hospital Rivadavia. Pabellón n.º arriba. Servicio del doctor Carlos Colls. Jefe de clínica, doctor Edmundo Ortiz.

A. P., edad 37 años, nacionalidad italiana, estado casada, profesión sirvienta, cama número 29. Entrada, 19 de abril de 1916. Salida, 6 de Mayo de 1916.

Antecedentes hereditarios. — Padre fallecido de neumonía. Madre viva y sana, dos hermanos muertos.

Antecedentes personales. — Sarampión y difteria en la infancia, tifoidea a los 15 años, desde cuya época sufre de dificultad a la micción.

Su primera menstruación a los 17 años, escasa y dolorosa. A los 18 años contrae matrimonio del que nacen dos hijos sanos. No ha tenido abortos; después es atacada de lesiones a sus órganos genitales por la que se la somete a tres intervenciones histerotomizándose en la última.

Enfermedad actual. — Sus trastornos vesicales continuían y se exacerban en determinadas circunstancias, acompañándose de sensación de peso.

Sufre de dolores vagos de ubicación variable e inconstante, localizándose ya en el vientre, ya en el tórax o miembros, etc., con cefalalgia continua, con caída abundante del cabello, no habiendo otros signos de hñes. Reacción Wassermann, negativa.

Estado actual. — Bien constituída, panículo adiposo regular, piel y mucosa bien coloreadas. No hay ganglios.

Aparato respiratorio en la inspección normal, vibraciones vocales ligeramente aumentadas del lado derecho. Auscultación sin modificaciones del murmullo vesicular ni tampoco hay ruidos agregados.

Aparato respiratorio en la inspección normal, vibraciones vocales ligeramente aumentadas del lado derecho. Auscultación sin modificaciones del murmullo vesicular ni tampoco hay ruidos agregados.

Pulso frecuente y de poca tensión, región precordial sin modificaciones a la inspección; la punta late en el quinto espacio intercostal al nivel de la línea mamilar; tonos alejados en todos los fosos.

En el aparato digestivo no hay modificaciones en el orden funcional. Abdomen globuloso con paredes abdominales gruesas y con tejido adiposo abundante. Cicatriz infraumbilical media.

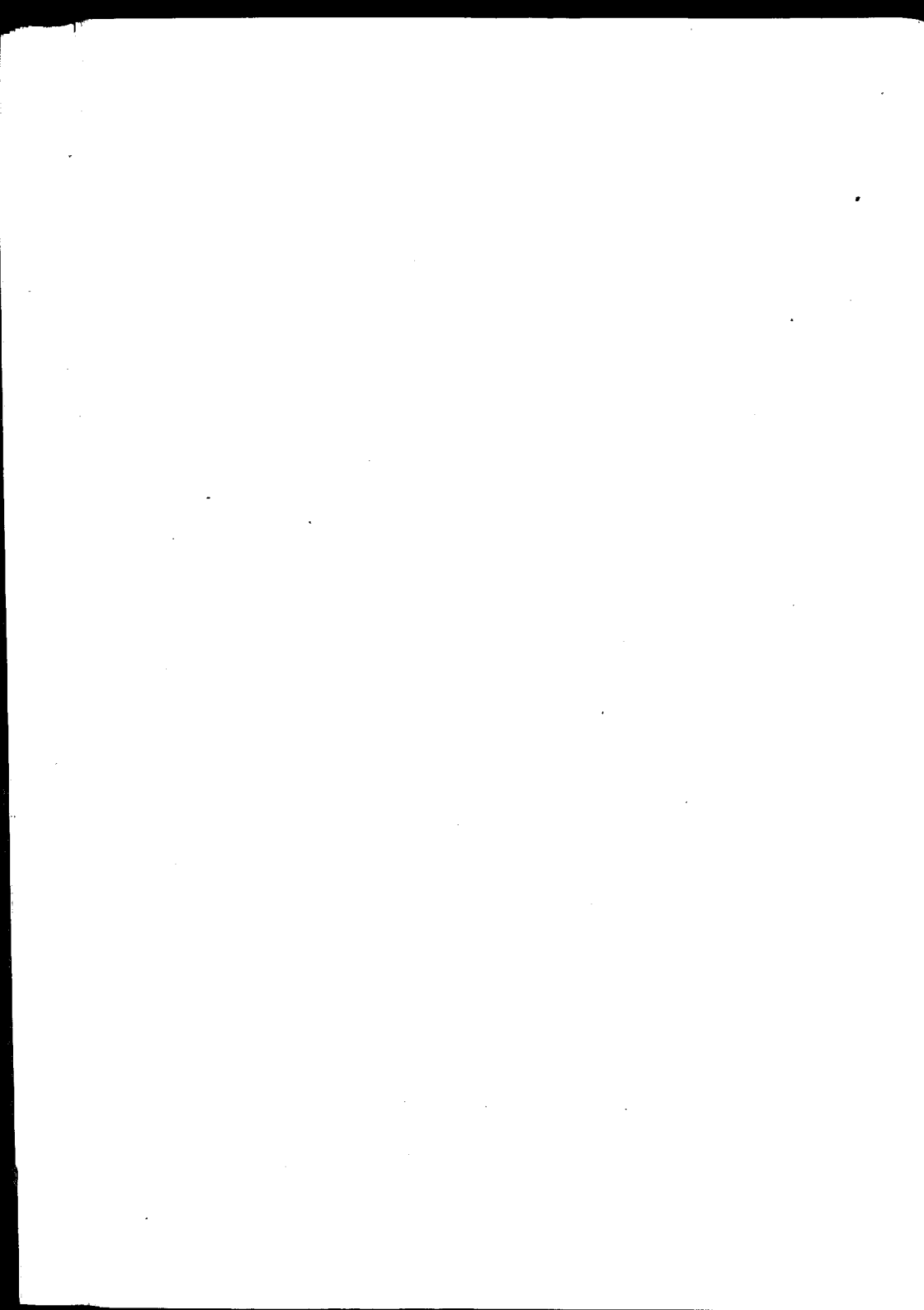
Hígado bazo y riñones, en sus límites normales.

Sistema nervioso. — Reflejos exagerados. Sensibilidad conservada. Inteligencia sin modificaciones en sus atributos.

El estado psíquico denota un estado depresivo de su moral, con manifestaciones tristes en sus ideas.

Hay fenómenos vaso-dilatadores que aparecen en la época de su menstruación ausente y cuyos fenómenos molestan a la enferma desde su intervención.

Tratamiento.—Opoterapia ovárica (Luteo-ovarina).



Conclusiones

El ovario por las sustancias de su secreción interna contribuye a mantener la armonía orgánica. Estas sustancias son verosímilmente los lipoides, cuya significación endocrinológica encuentra mayor probabilidades.

La acción múltiple de la secreción interna, supone propiedades distintas a sus principios a pesar de su estrecha semejanza histoquímica.

Las sustancias endócrinas, elaboradas por las glándulas tienen múltiples funciones — definidas y comprobadas por la experimentación y la clínica — y que pueden dividirse así

- 1.º Acción sobre los órganos sexuales.
- 2.º Acción sobre los caracteres sexuales secundarios.
- 3.º Acción sobre el organismo en general.

Podrían agregarse otras acciones atribuidas al ovario, pero será mejor llegar a su completa dilucidación para definir a estos principios su verdadero rol.

La insuficiencia ovárica altera estas funciones. La intensidad de estas alteraciones está en relación al grado de destrucción del ovario y su secreción interna.

Cuando más joven es la enferma, mayor repercusión tiene sobre el organismo el síndrome de insuficiencia ovárica.

Los órganos sexuales sufren modificaciones que quedan enmascaradas. La amenorrea es un síntoma importante en la insuficiencia ovárica cuando va acompañada de los otros signos de este síndrome; pero no se debe atribuir a la ausencia menstrual los efectos de la insuficiencia.

Los caracteres sexuales secundarios se transforman y tienden a invertirse tomando un aspecto viril.

La osteogénesis del cartilago parece sufrir un retardo en la osificación como falta de secreción interna. Esto imprime un desarrollo exagerado de los miembros, en inversión con el desarrollo del cráneo, cara, tronco y pelvis.

El sistema nervioso es atacado casi constantemente a consecuencia de la falta de secreción interna. Como corolario de lo que antecede se desprende que el ovario sufre alteraciones funcionales en los estados nerviosos.

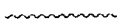
La secreción del ovario está en vinculación íntima

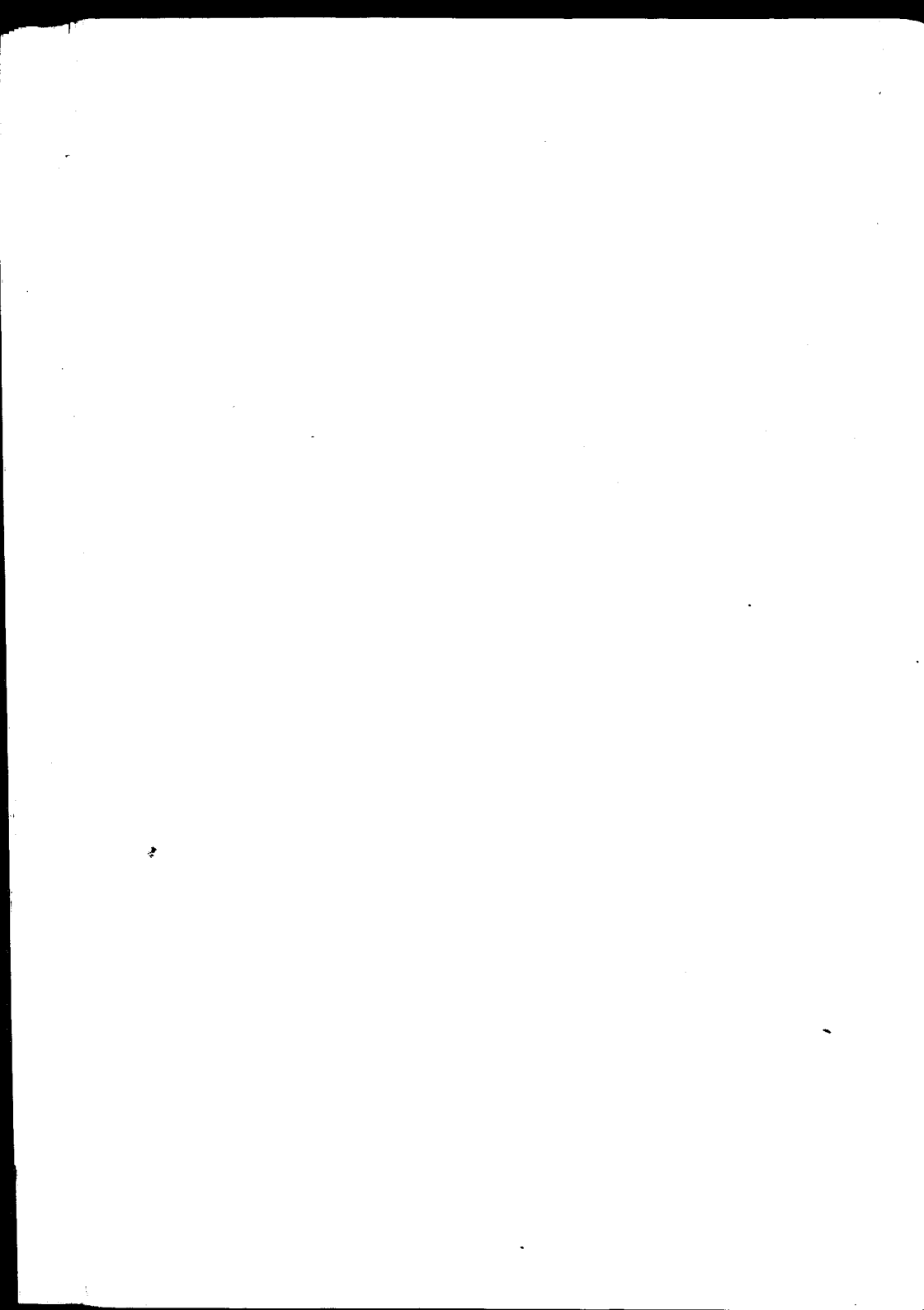
con el sistema nervioso vegetativo de una manera indisoluble.

Los trastornos psíquicos y nerviosos inducen a considerar su aspecto médico legal. La medicina legal englobaría así un numeroso conjunto de hechos que deberían ser catalogados a los efectos del peritaje, por la intervención judicial que pueden dar estos estados anormales de la mujer.

RICARDO J. VALENZUELA.

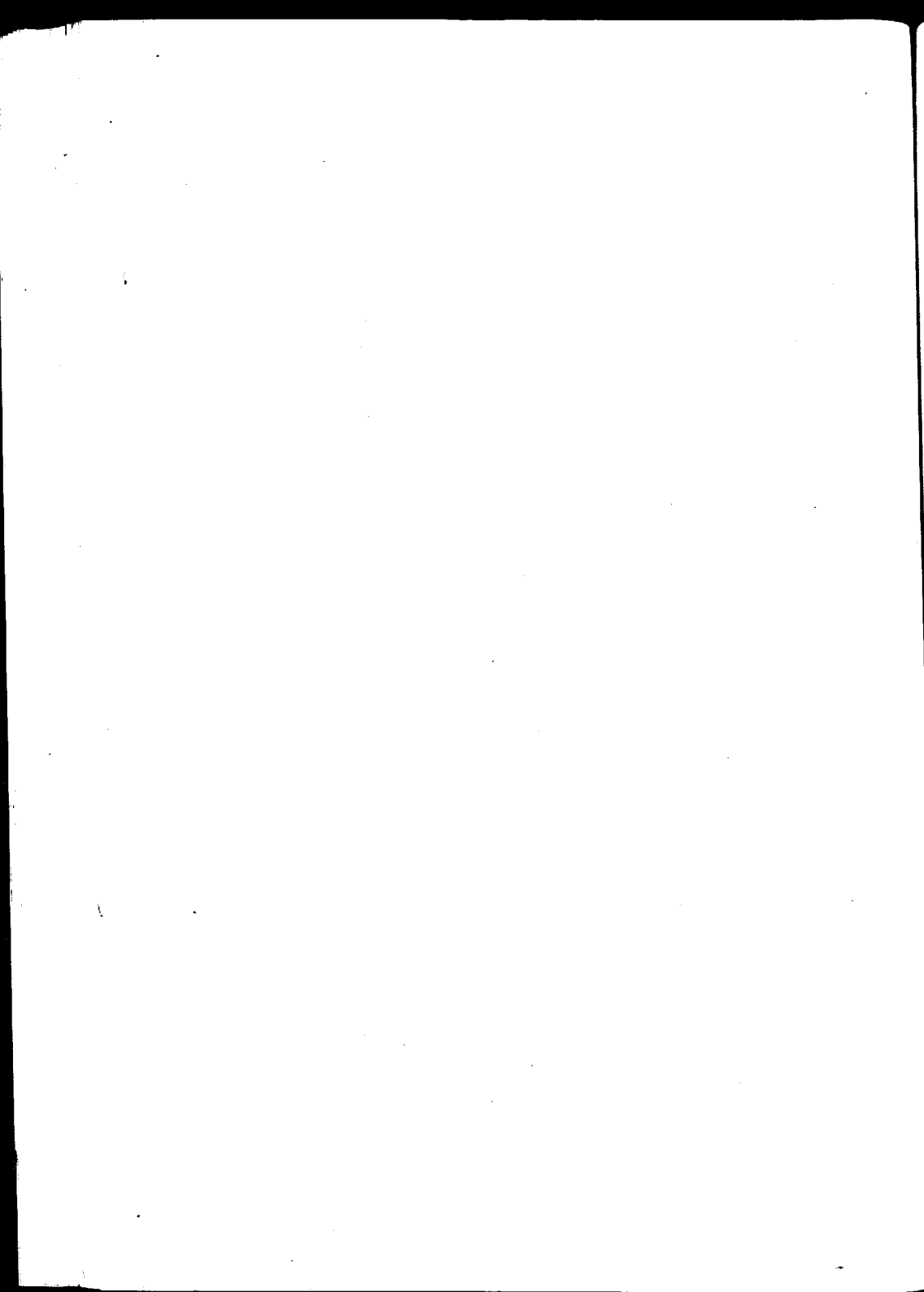
Octubre de 1918.





Bibliografía

- S. Pozzi. — Tratado de ginecología.
- Ford y Sideroy. — Ginecología.
- N. Pende. — Endocrinología.
- Kelly-Noble. — Ginecología y Cirugía Abdominal.
- Doderlein-Kronig. — Ginecología operatoria.
- Gentili. — Malattie infettive ed ovaie.
- Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominal.* La insuffisance ovarienne. — F. Iayle.
- F. Iayle. — *La Presse Medical* 1900, 12 mars.
- Revista Española de Obstetricia y Ginecología.* Febrero 1917. N.º 14.
- Maurice Murcau. — Tesis. Traitement de l'insuffisance ovarienne par les greffes del ovarie. París, 1905.
- Mme. Charlotte Collard-Huard. — Tesis. L'insuffisance ovarienne envisagée dans ses rapports avec l'insuffisance Thiroïdienne. París, 1911.
- Ayme Berche. — Contribución a l'étude de l'insuffisance ovarienne.



Buenos Aires, Octubre 15 de 1918

Nómbrese al profesor titular Dr. Arturo Enriquez, al profesor suplente Dr. Jaime Salvador, y al profesor suplente Dr. Osvaldo L. Bottaro para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

ARCE.

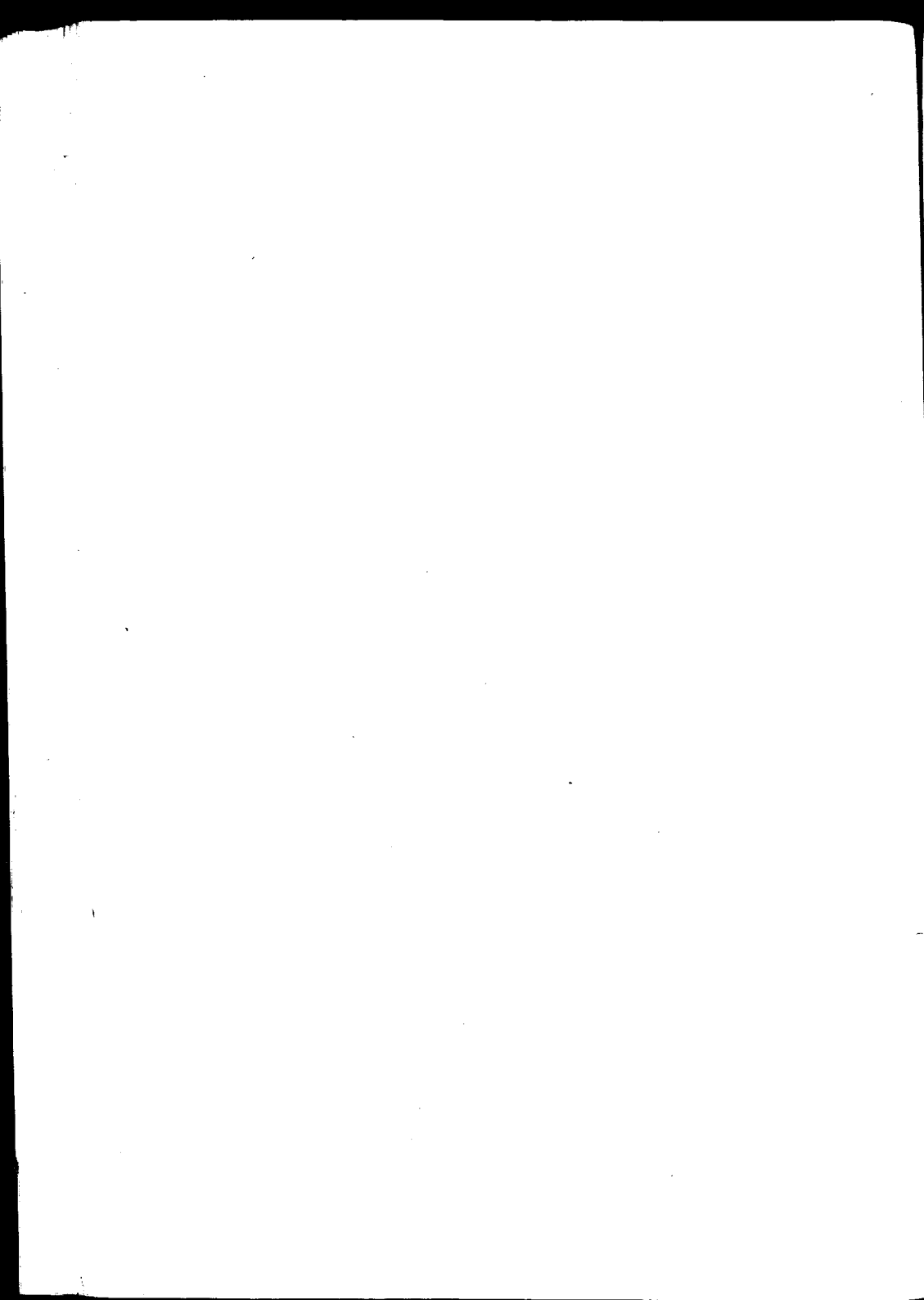
F. G. Ramos.

Buenos Aires, Noviembre 19 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3520 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

JULIO MÉNDEZ.

Héctor Dasso.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento de insuficiencia ovárica, por los injertos del ovario.

Jaime Salvador.

II

Etiología de la dismenorrea.

Arturo Enriquez.

III

Cuestión médica, legal y social.—Consideraciones sobre la situación de un niño, cuyos órganos genitales externos no determinan claramente su verdadero sexo, *inhabilitando predecir sus inclinaciones fisio-psicológicas futuras*, cuyo determinismo será regido por el funcionalismo glandular genital, *recién en época propicia* (meses ó años más tarde)

Oswaldo L. Bottaro.

1316



