

Año 1914.

Núm. 2840

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CIRUGIA CONSERVADORA de OVARIO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FELIPE F. CARRANZA

Ex-practicante de vacuna en 1909 - 1910

Ex-ayudante del Laboratorio Bacteriológico del Hospital Militar 1910 - 1911

Ex-externo menor y mayor interno (por concurso) de los Hospitales Alver y Rawson desde 1909 - 1914.

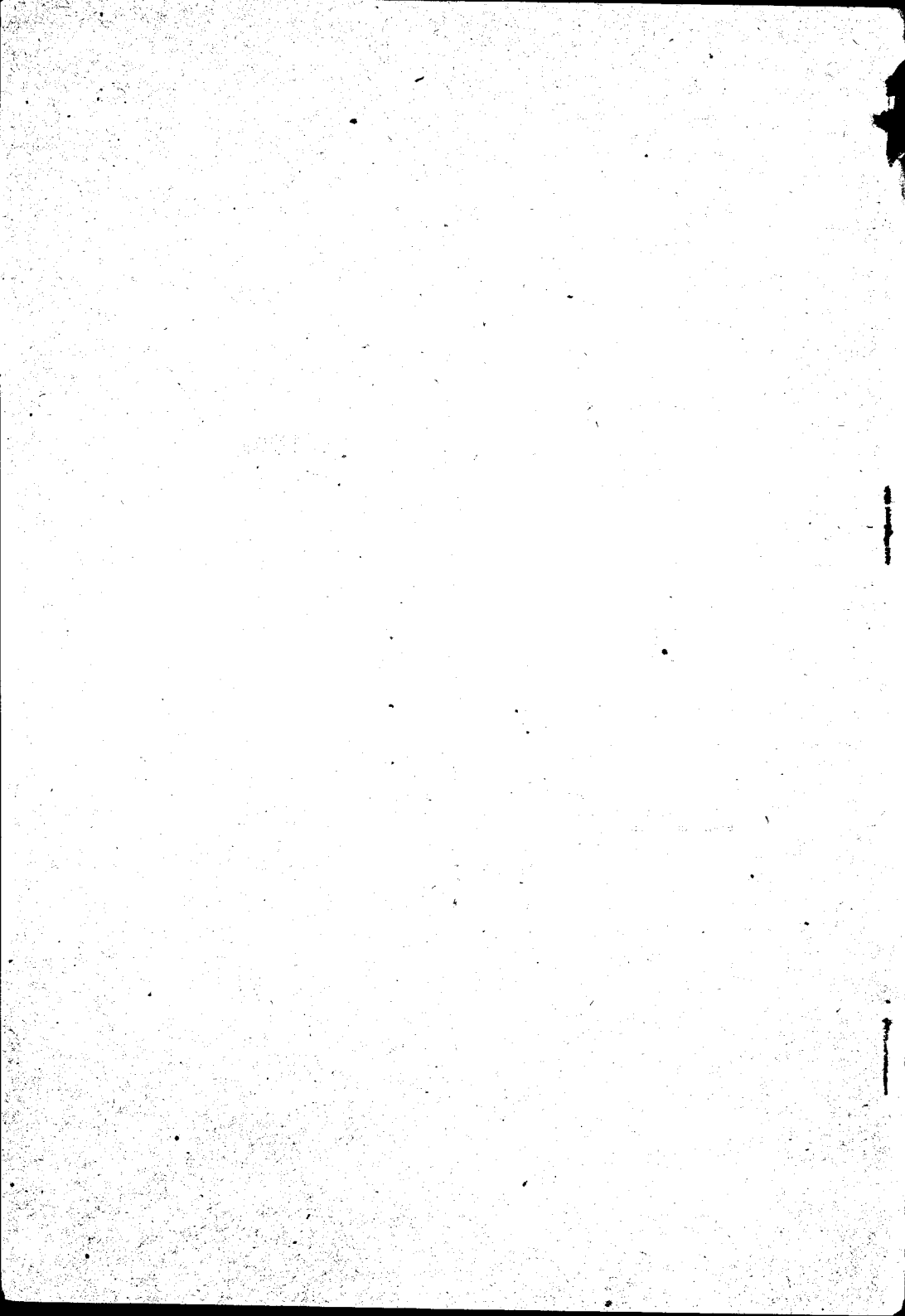
LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI

2070. CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES



M. B. G. G.



CIRUGIA CONSERVADORA de OVARIO



Año 1914.

Núm. 2840.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CIRUGIA CONSERVADORA de OVARIO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

P O R

FELIPE F. CARRANZA

Ex-practicante de vacuna en 1909 - 1910

Ex-ayudante del Laboratorio Bacteriológico del Hospital Militar 1910 - 1911

Ex-externo menor y mayor interno (por concurso) de los Hospitales Aliver y Rawson desde 1909 - 1914.

LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"
CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070, CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES



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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

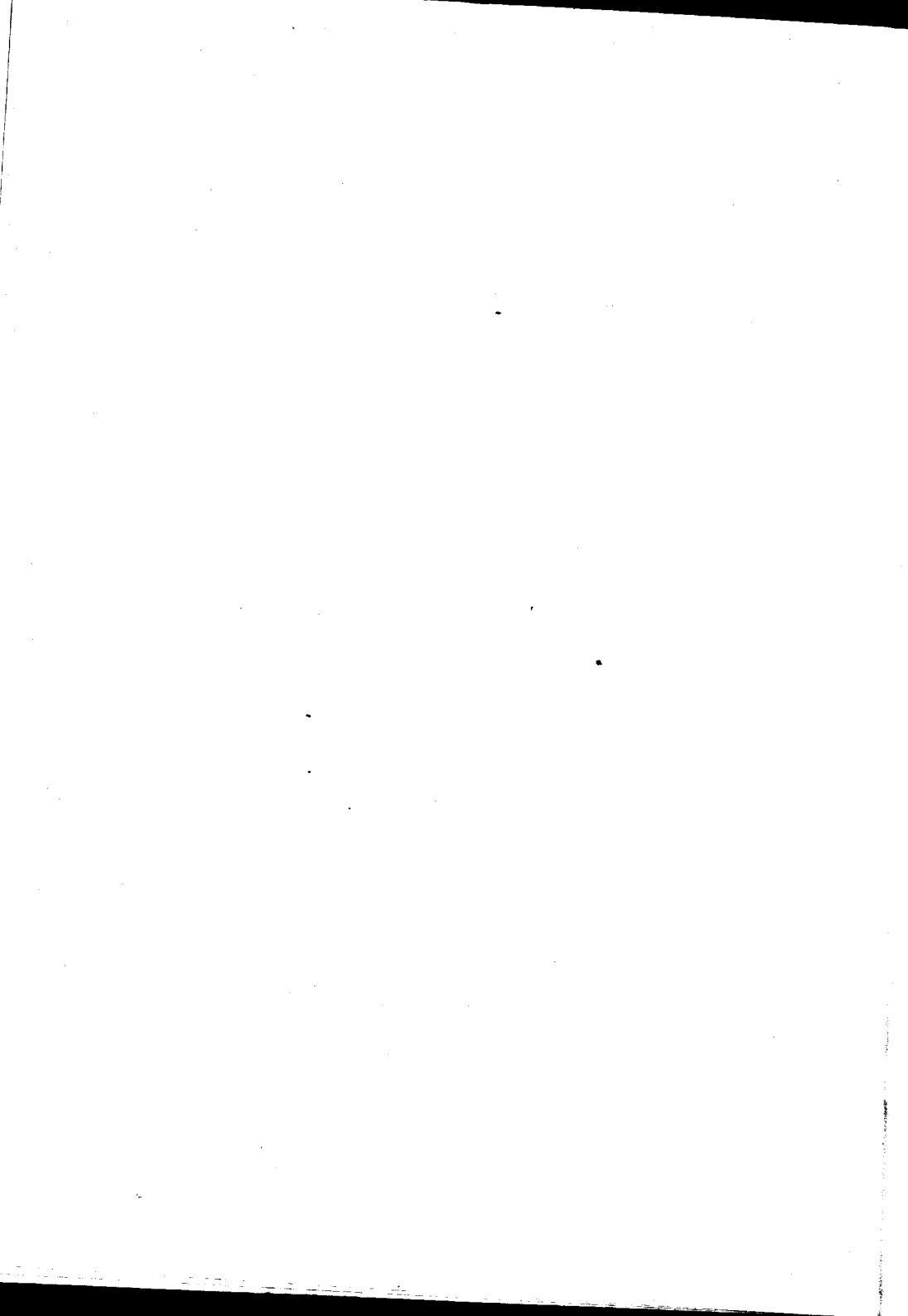
DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » DESIDERIO F. DAVEL

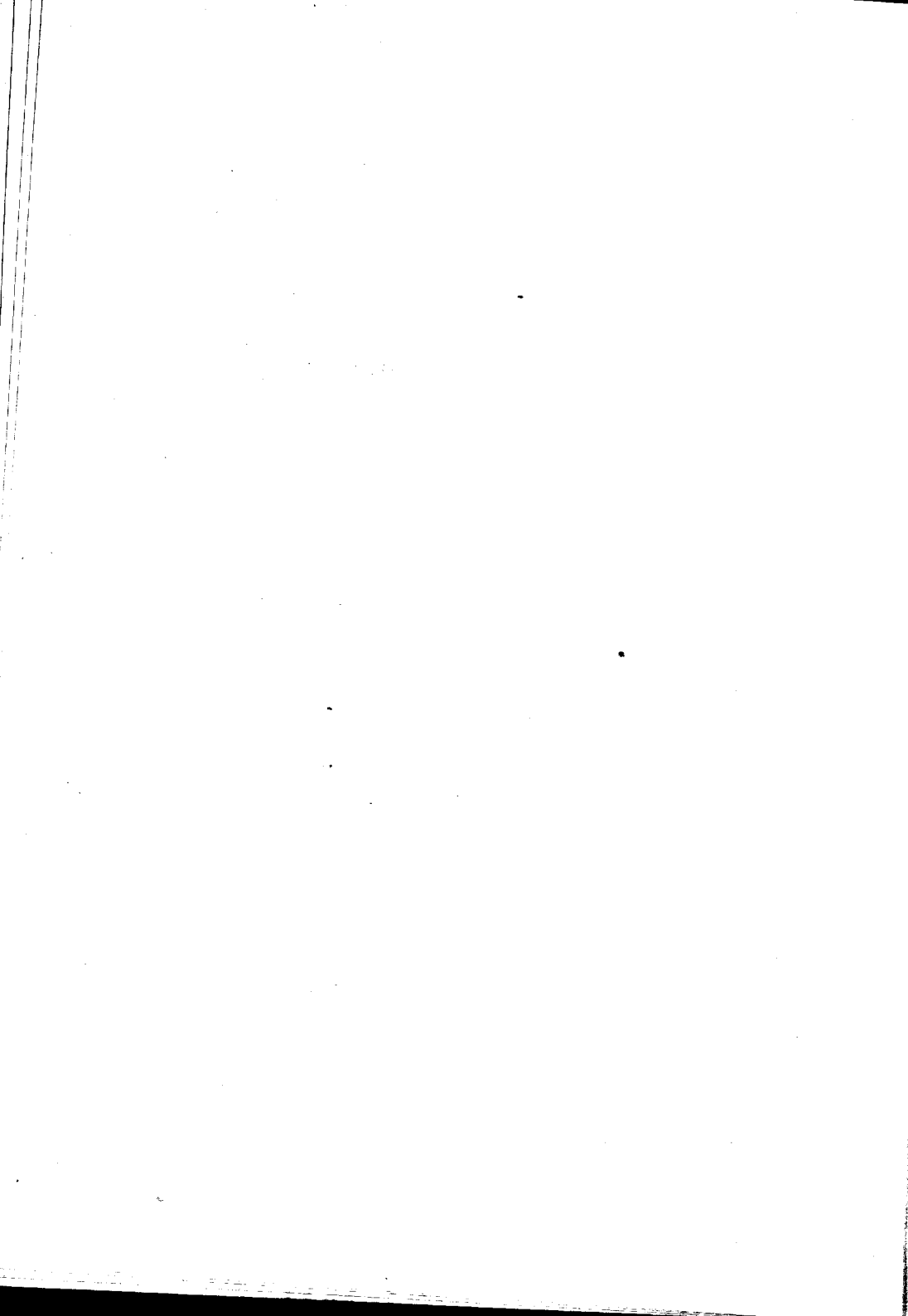


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONI
3. > > OLHINTO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO VIDAL
5. > > OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

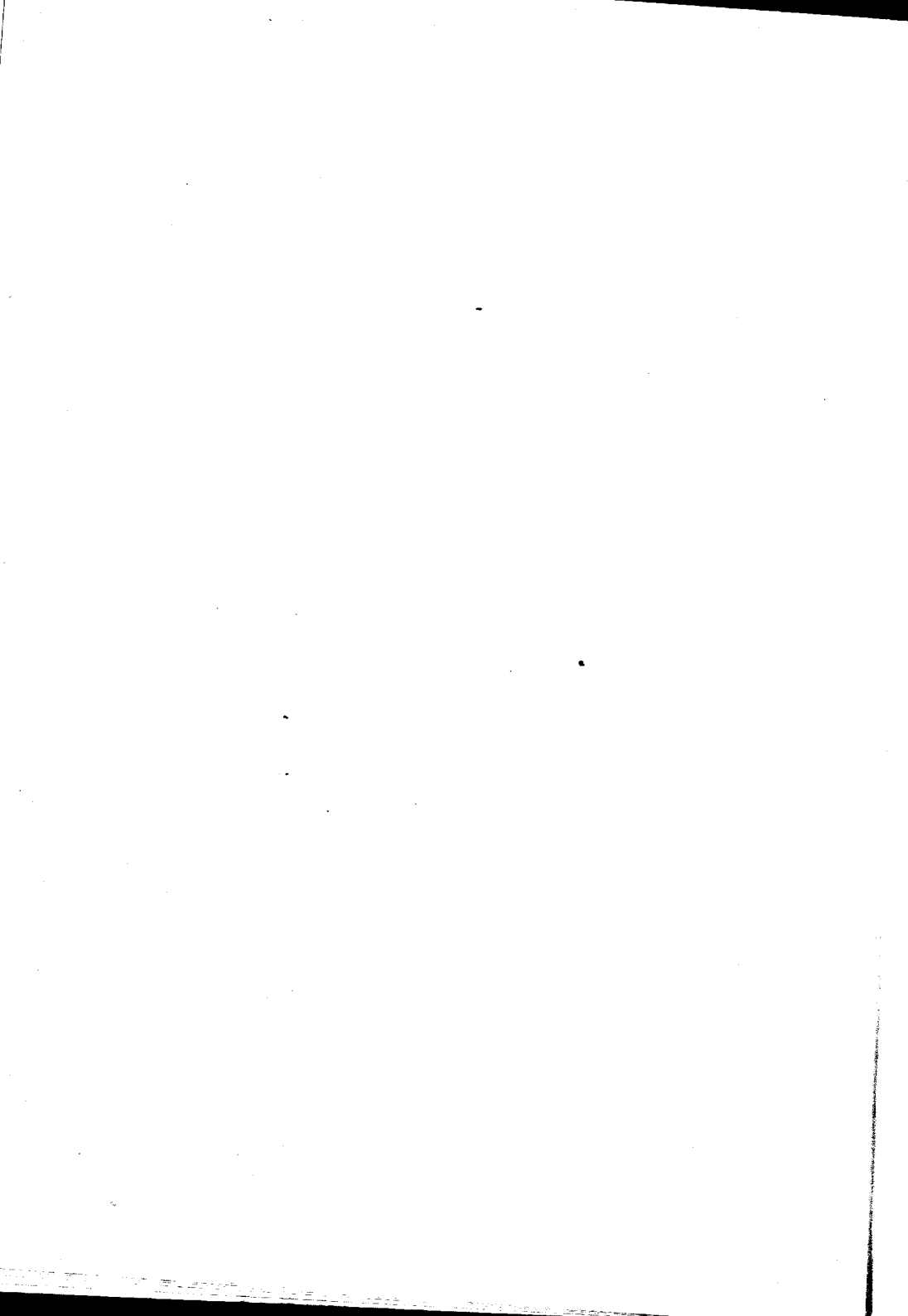
DR. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
• • LUIS GÜEMES
• • ENRIQUE BAZTERRICA
• • DOMINGO CABRED
• • ANGEL M. CENTENO
• • MARCIAL V. QUIROGA
• • ABEL AYERZA
• • EFREMIO UBALLES (con V.)
• • FRANCISCO SICARDI
• • TELEMACO SUSINI
• • NICASIO ETCHEPARIBORDA
• • EDUARDO OBEJERO
• • J. A. BOERI (Suplente)
• • ENRIQUE ZÁRATE
• • PEDRO LACAVERA
• • JOSE ARCE

Secretarios

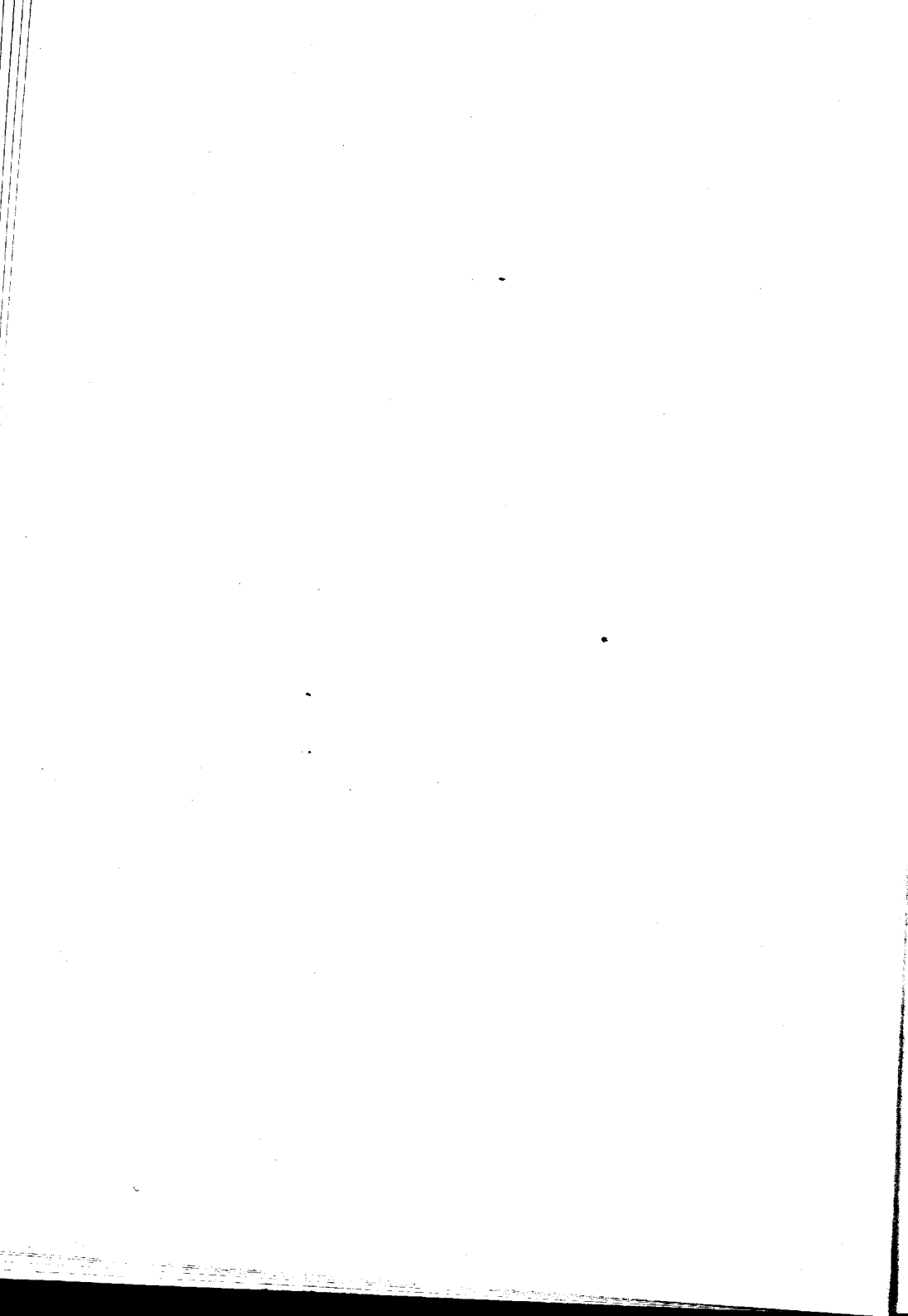
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
• • JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

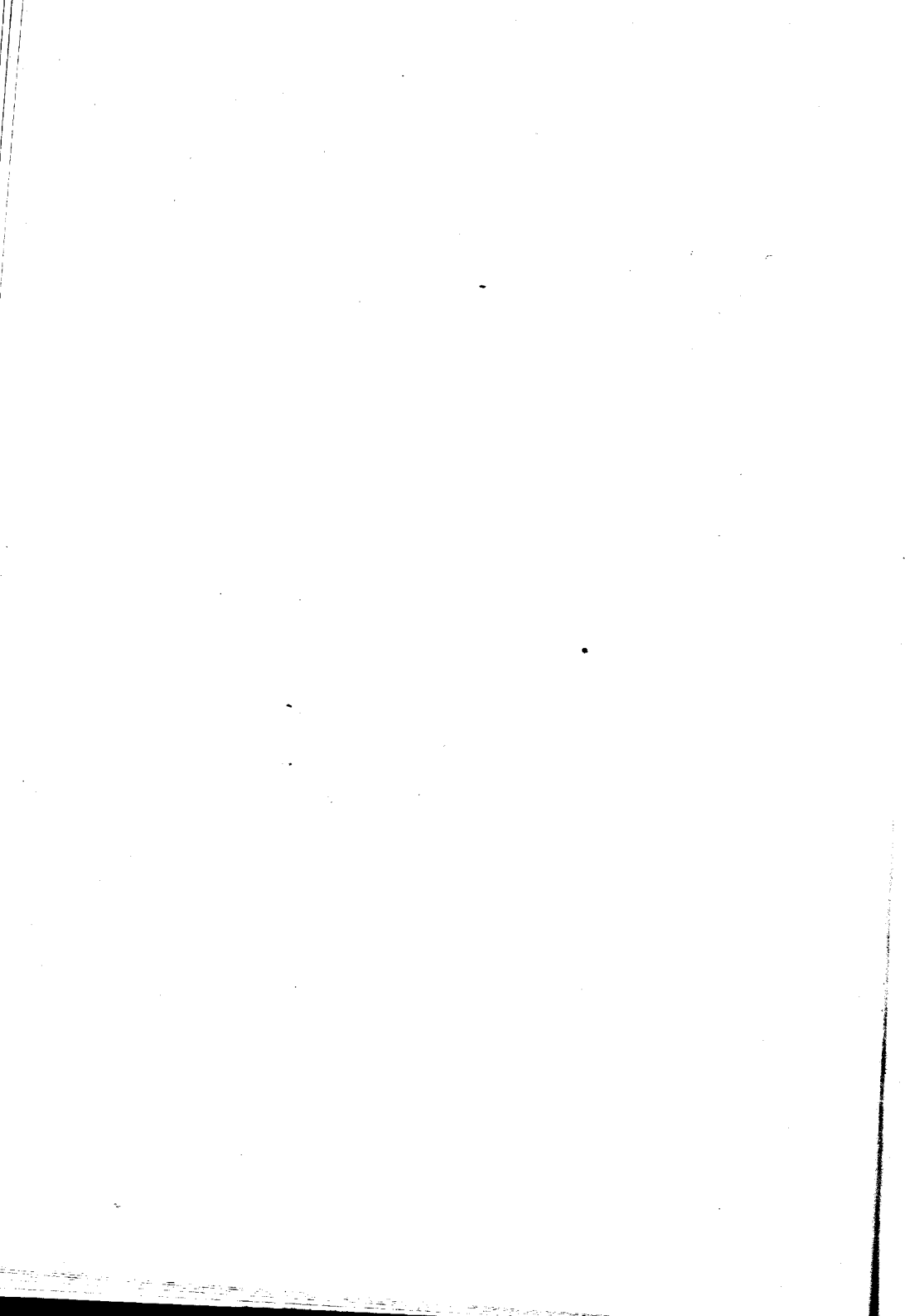
PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JOSÉ T. BACA
» JUVENCIO Z. ARCE
» P. N. ARATA
» F. DE VEYGA
» ELISEO CANTON
» JUAN A. BOERI



ESCUELA DE MEDICINA

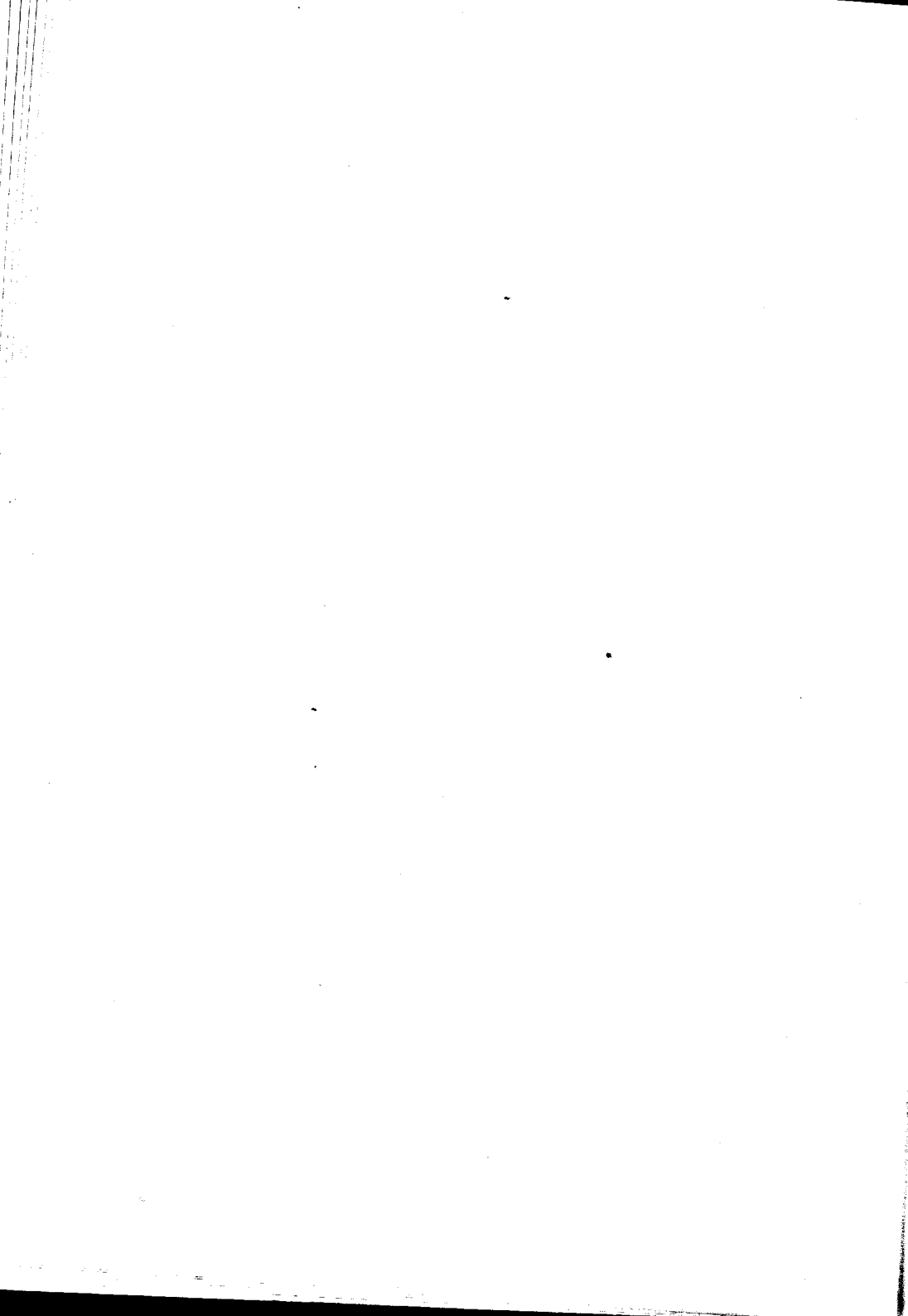
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-uritarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDP
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

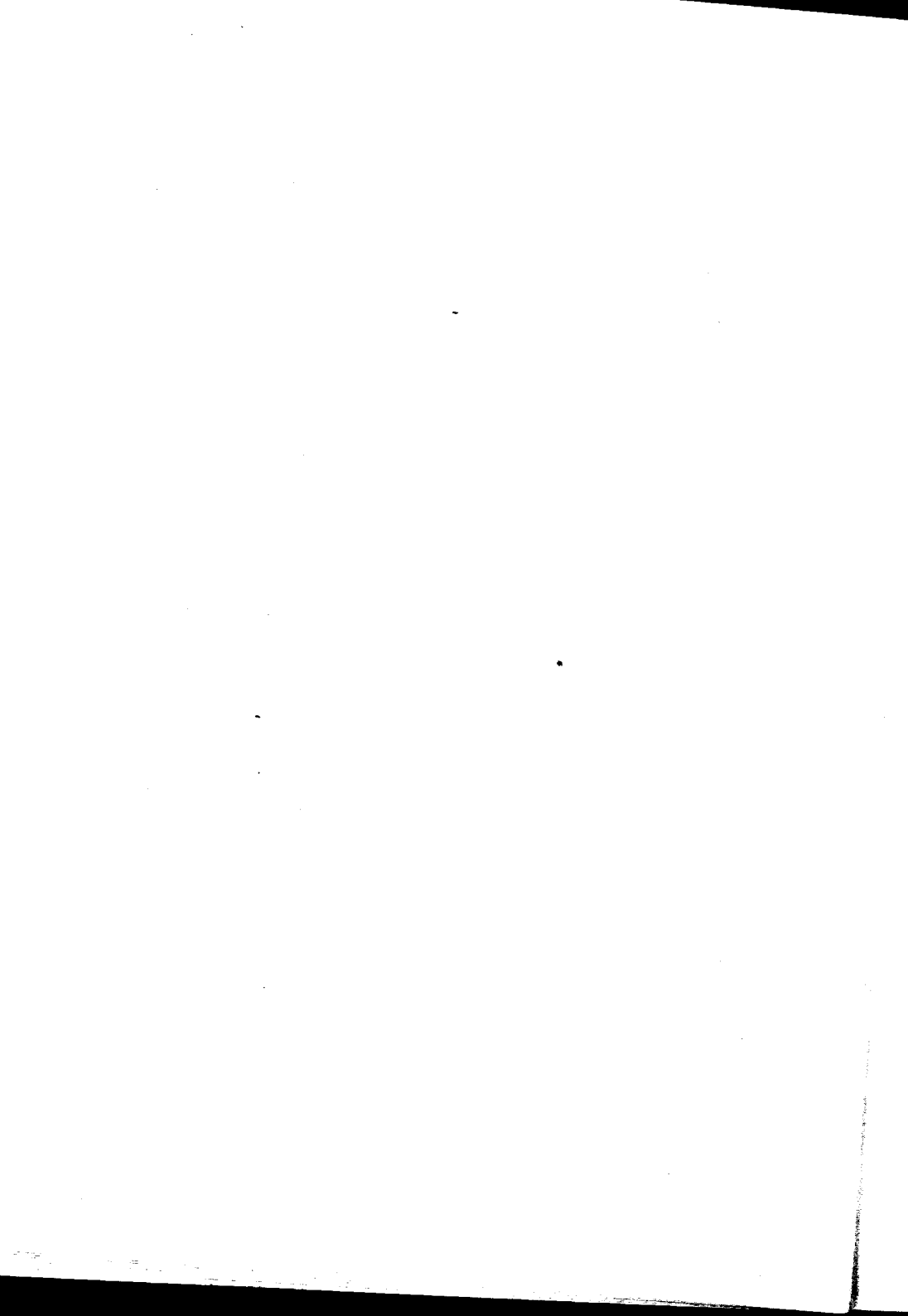
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALLIANO
Bacteriología.....	„ JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica.....	„ JOSÉ F. MOLINARI
	„ ENRIQUE ZARATE (en ejerc)
Clinica Médica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica.....	„ BENJAMÍN T. SOLARI
	„ JOSÉ T. BORDA
Clinica Pediátrica.....	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Quirúrgica.....	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	„ RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica.....	„ ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	.. PEDRO BELOU (en ejere.)
Botánica Médica.....	.. RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	.. JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología.....	.. FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	.. ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	.. FELIPE JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	.. MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	.. CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	.. ROBERTO SOLE
Materia Médica y Terapéutica.....	.. CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	.. JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa.....	.. JOSÉ MORENO
» Dermatofitlográfica.....	.. PEDRO CHUTRO
» Genito-urinaria.....	.. CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica.....	.. NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	.. PEDRO L. BALEÑA
Clinica Oftalmológica.....	.. BERNARDINO MARAINI
Clinica Oto-rino-laringológica.....	.. JOAQUÍN NIN POSADAS
» Quirúrgica.....	.. FERNANDO R. TORRES
Clinica Médica.....	.. PEDRO LABAQUI
Clinica Médica.....	.. JORGE L. FACIO
Clinica Médica.....	.. ENRIQUE B. DEMARIA
Clinica Médica.....	.. ADOLFO NOCETTI
Clinica Médica.....	.. JUAN DE LA CRUZ CORREA
Clinica Médica.....	.. MARCELINO HERRERA VEG. S.
Clinica Médica.....	.. JOSÉ ARCE (en ejere.)
Clinica Médica.....	.. ARMANDO R. MAROTTA
Clinica Médica.....	.. LUIS A. TAMINI
Clinica Médica.....	.. JOSÉ MA. JORGE (hijo)
Clinica Médica.....	.. MIGUEL SUSSINI
Clinica Médica.....	.. LUIS AGOTE
Clinica Médica.....	.. JUAN JOSÉ VITÓN
Clinica Médica.....	.. PABLO MORSALINI
Clinica Médica.....	.. RAFAEL BULLRICH
Clinica Médica.....	.. IGNACIO IMAZ
Clinica Médica.....	.. PEDRO ESCUDERO
Clinica Médica.....	.. MARIANO R. CASTEX
Clinica Médica.....	.. PEDRO J. GARCÍA
Clinica Médica.....	.. MANUEL A. SANTAS
Clinica Médica.....	.. MAMERTO ACUÑA
Clinica Médica.....	.. GENARO SISTO
Clinica Médica.....	.. PEDRO DE ELIZALDE
Clinica Médica.....	.. JAIME SALVADOR
Clinica Médica.....	.. TORIBIO PICCARDO
Clinica Médica.....	.. OSVALDO L. BOTTARO
Clinica Médica.....	.. ARTURO ENRIQUEZ (en ejere.)
Clinica Médica.....	.. A. PERALTA RAMOS (en ejere.)
Clinica Médica.....	.. FAUSTINO J. TRONGE
Clinica Médica.....	.. JUAN B. GONZALEZ
Clinica Médica.....	.. JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Clinica Médica.....	.. V. JOAQUÍN GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....
 Botánica y Mineralogía.....
 Química inorgánica aplicada.....
 Química orgánica aplicada.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física Farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica y toxicológica (segundo curso; y ensayo y determinación de drogas.....
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Asignatura

Farmacognosia.....

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física farmacéutica.....
 Química orgánica.....
 Química analítica.....
 Química inorgánica.....

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
 * ADOLFO MEJICA
 * MIGUEL PUIGGARI
 * FRANCISCO C. BARRAZA
 * OSCAR MIALOCK (interino)
 * JULIO J. GATTI

 * FRANCISCO P. LAVALLE
 * J. MANUEL IRIZAR

 * FRANCISCO P. LAVALLE

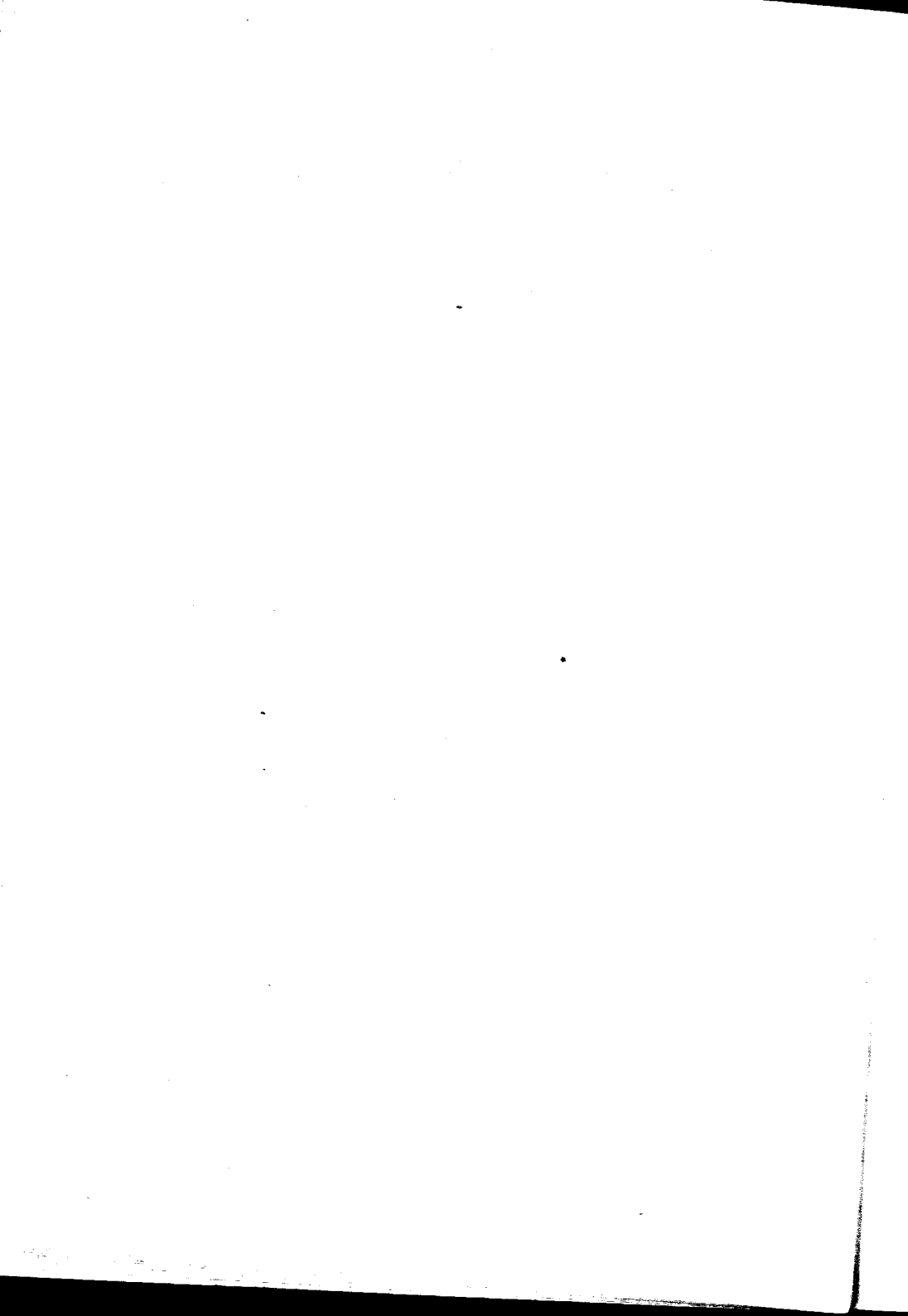
 * RICARDO SCHATZ

Catedrático Extraordinario

SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Catedráticos sustitutos

SR. PASCUAL CORTI
 ,, RICARDO ROCCATAGLIATA
 ,, OSCAR MIALOCK (en ejere.)
 DR. TOMÁS J. RUMÍ
 SR. PEDRO J. MESIGOS
 DR. JUAN A. SANCHEZ
 ,, ANGEL SABATINI



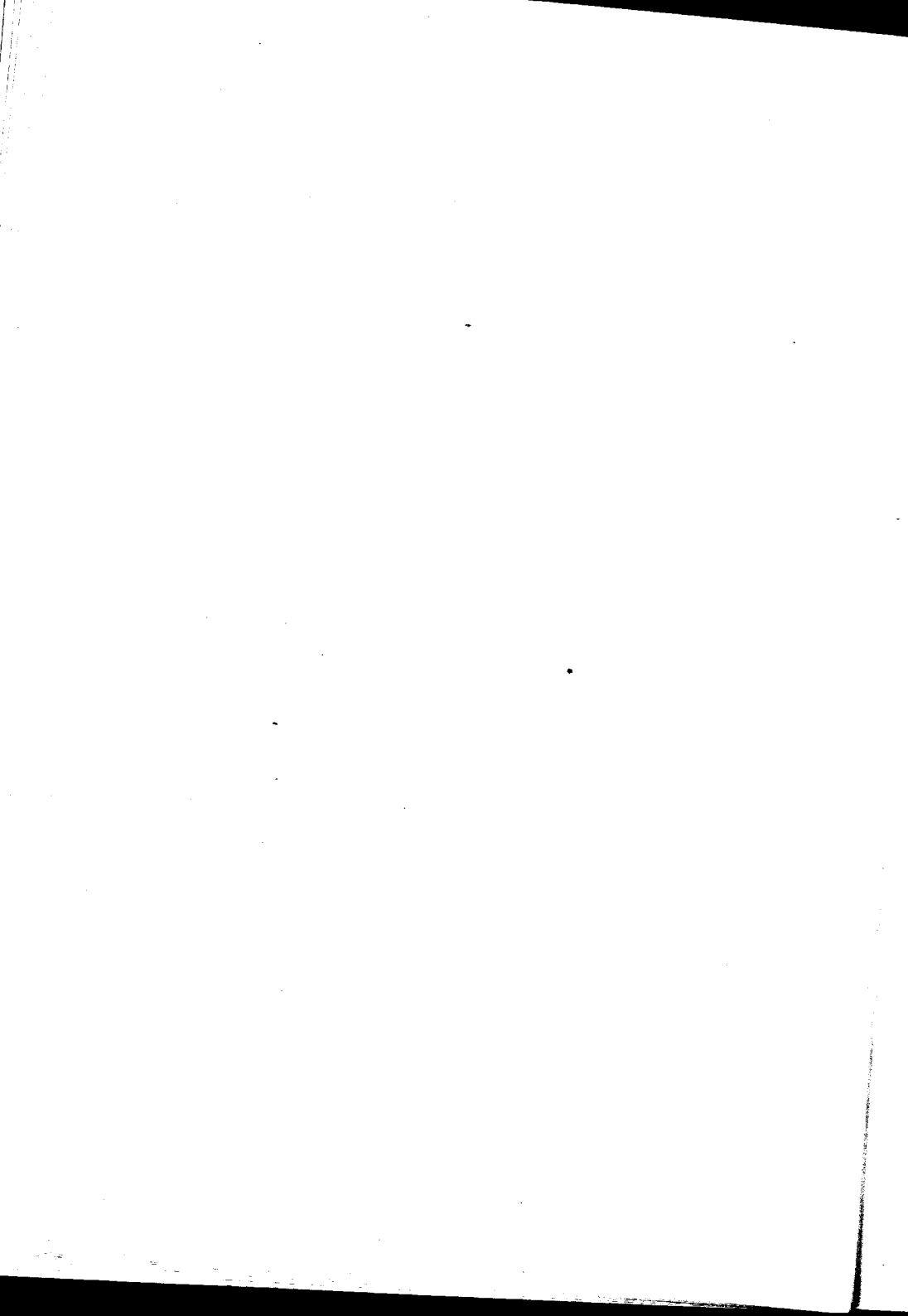
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	* J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

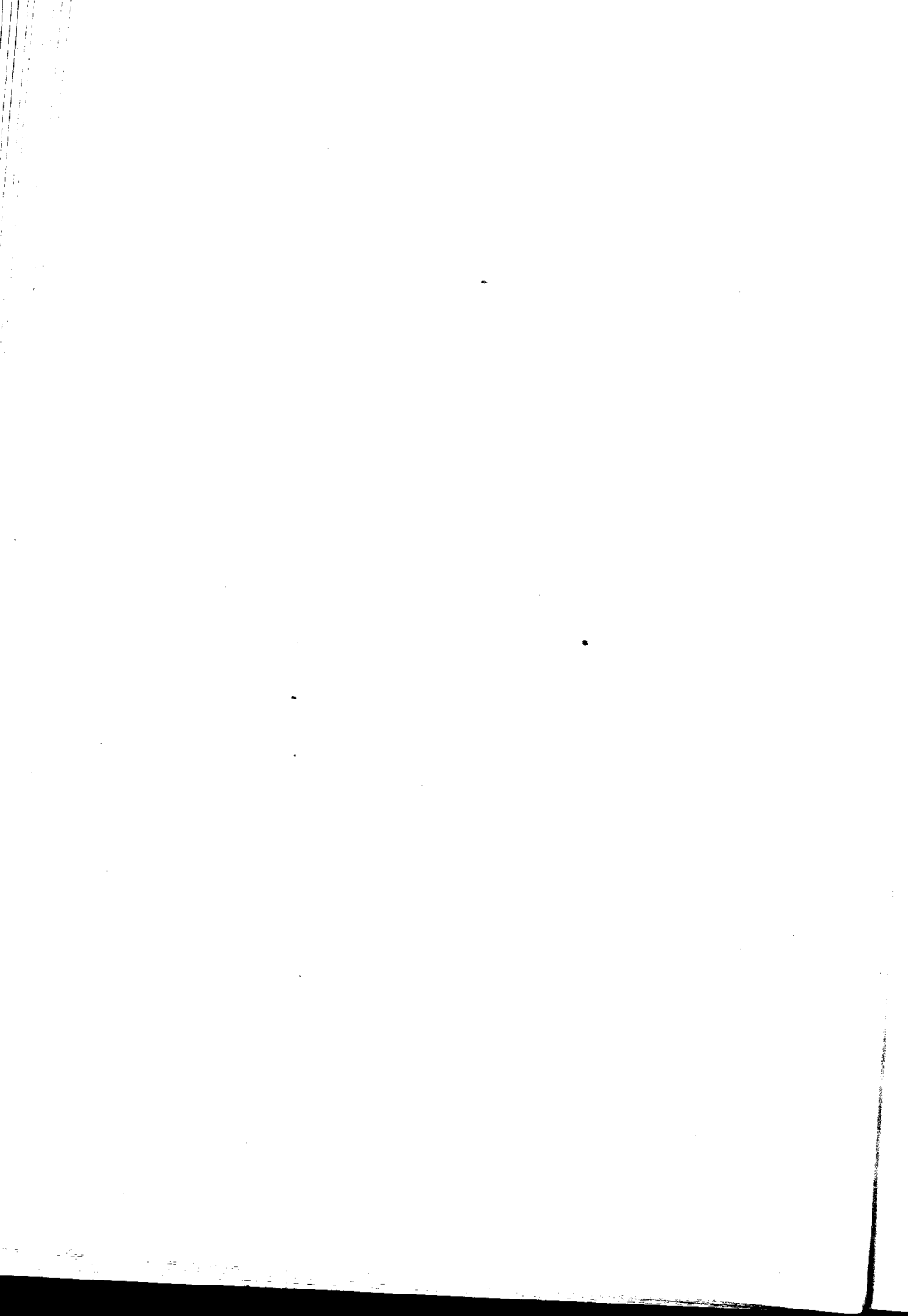
Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	* LEON PEREYRA
3er. año.....	* N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE



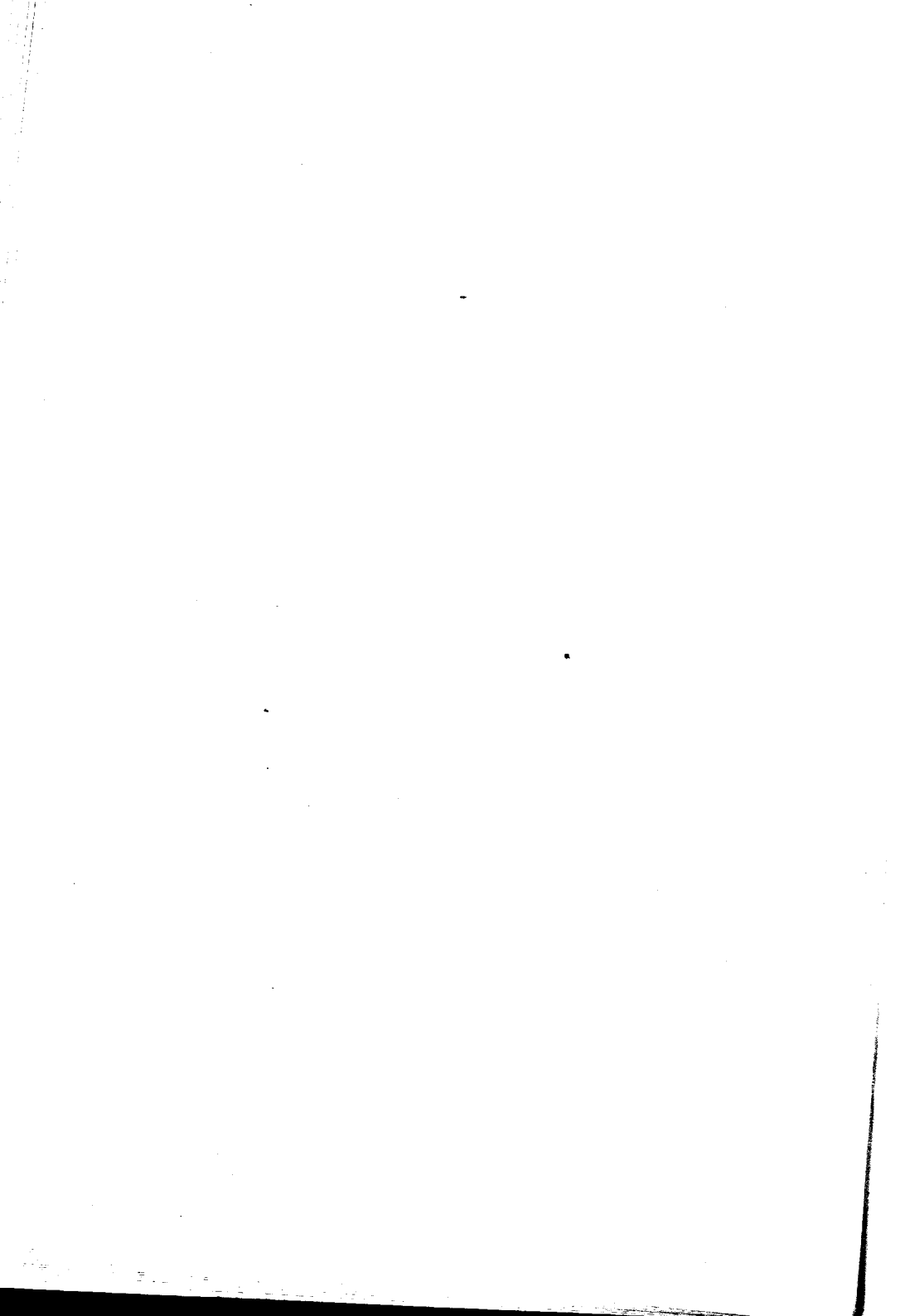
PADRINO DE TESIS :

DOCTOR C. SOBRE CASAS

Jefe del servicio de Ginecología del Hospital T. de Alvear



A MIS PADRES

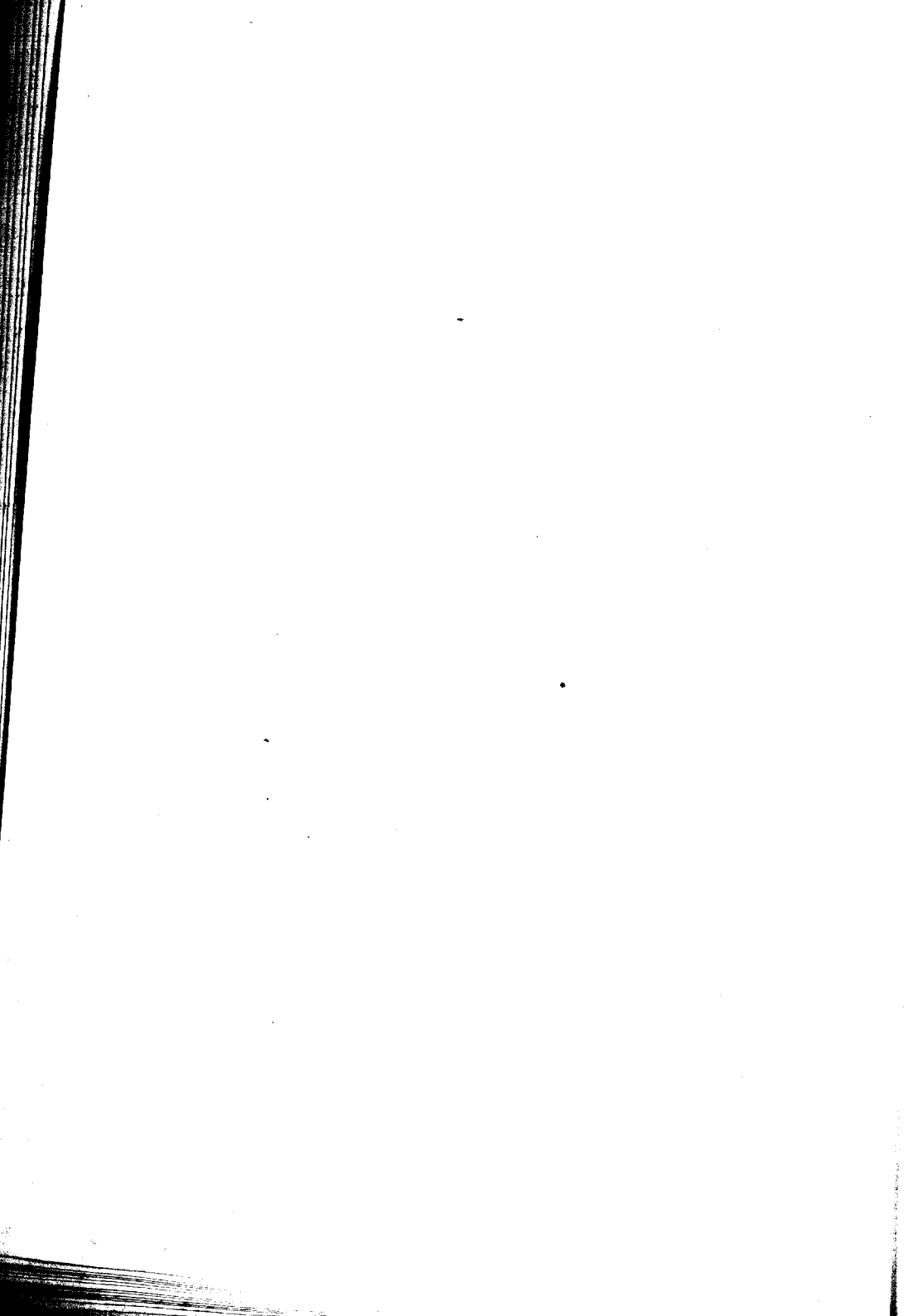


A LA MEMORIA DE MIS HERMANOS:

RAÚL,

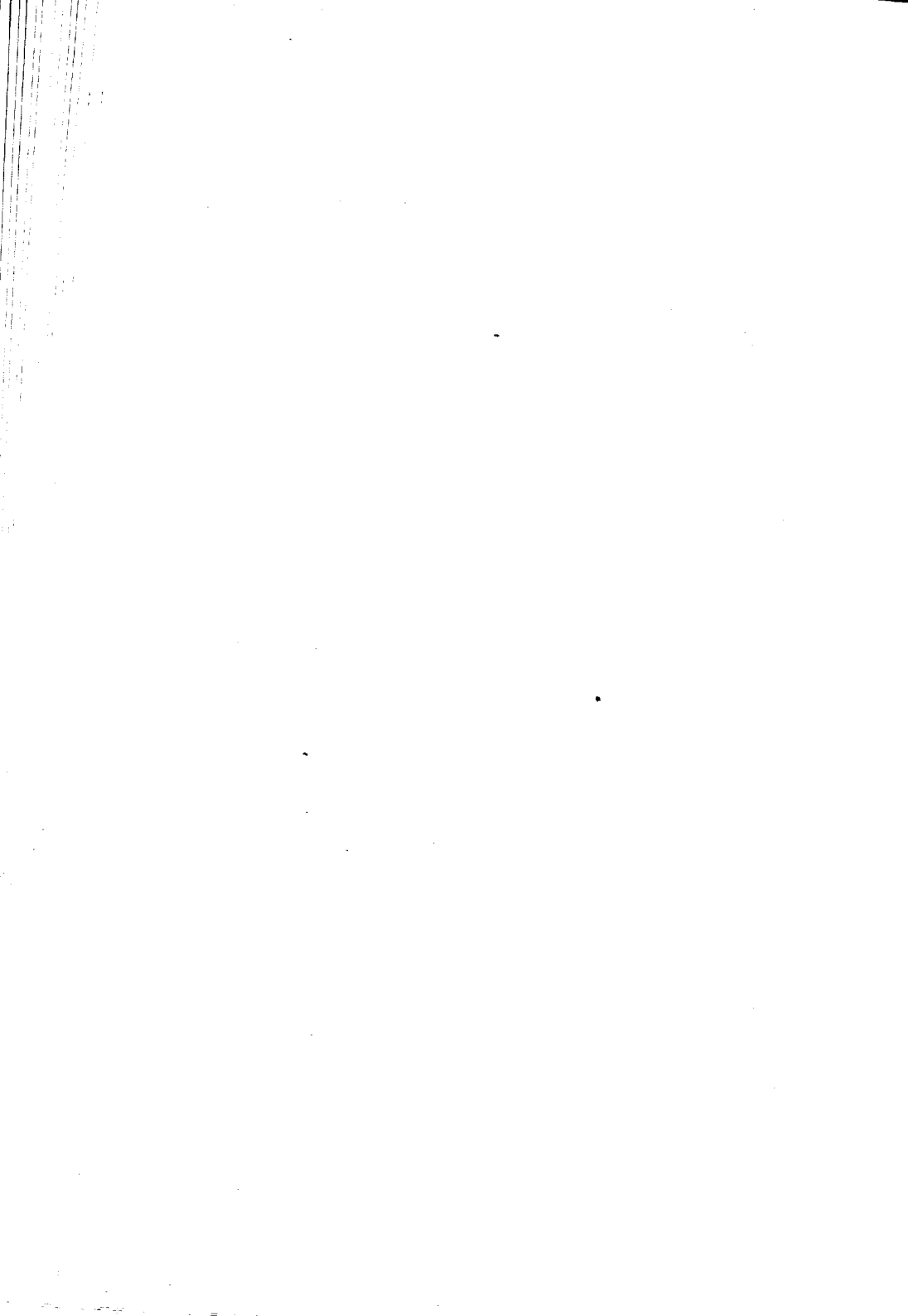
MARIANA

y DELIA



A MI ABUELA :

MARÍA L. DE GONZALEZ



A MIS HERMANOS



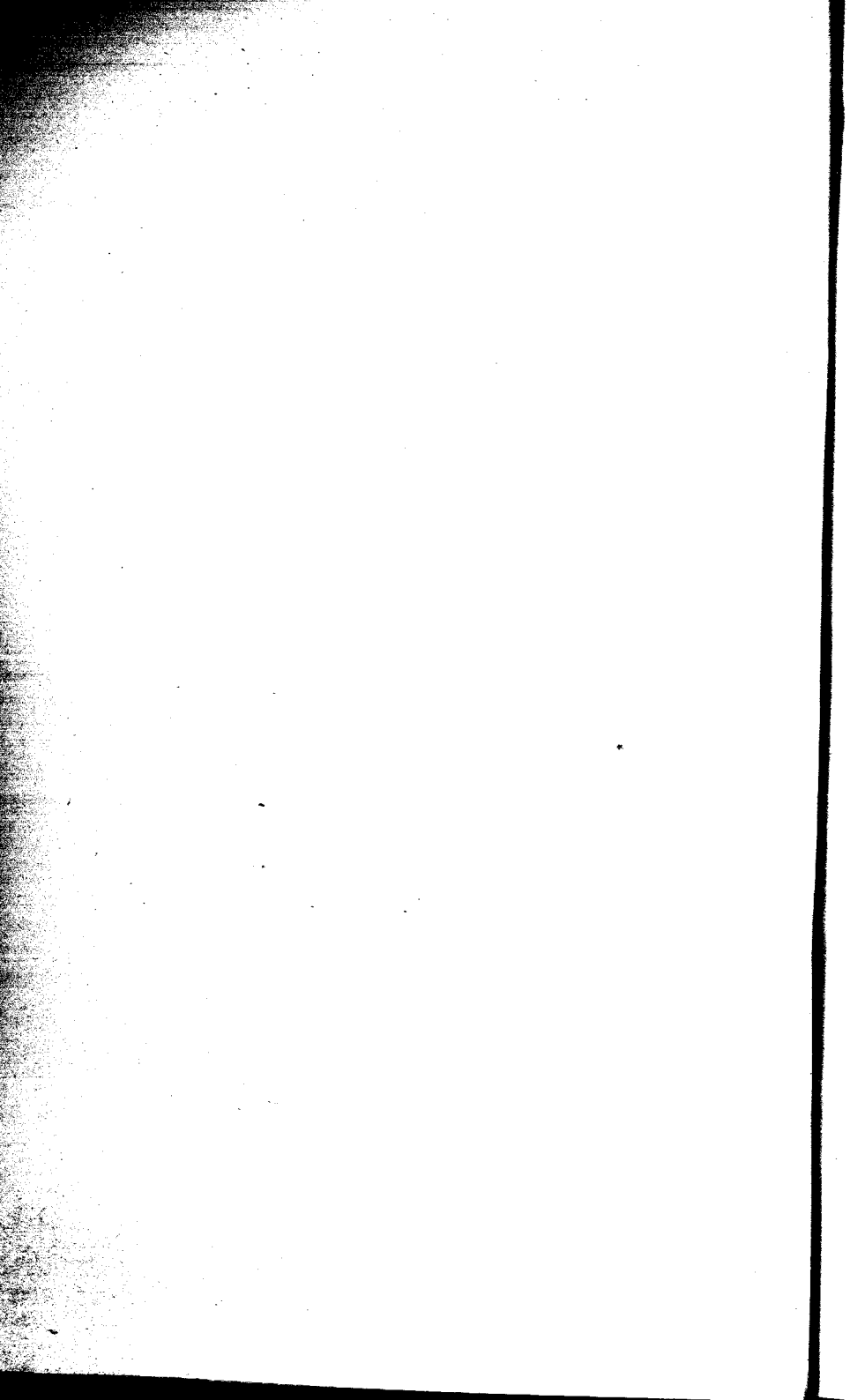
A MIS JEFEES DE SERVICIOS :

DR. JOSÉ S. PICADO
" C. SOBRE CASAS
" M. A. ZAVALETA
" A. J. MEDINA
" MIGUEL Z. O'FARREL



A MI COMPAÑERO DE ESTUDIO :

DOCTOR ERNESTO O. ACCAME



INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los datos de adquisición reciente de la fisiología y de la clínica, la mayoría de los cirujanos ginecólogos, tienden a ser conservadores, sobre todo en lo que ha extirpación de ovarios se refiere. El hecho de haber permanecido la mayor parte de mi internado, en un servicio de cirugía de mujeres, me ha permitido observar el resultado funcional excelente, en las enfermas en las que se trataban sus afecciones anuxiales con un criterio conservador.

En esta tesis pues, que versará sobre *cirujía conservadora de ovario*, expondré el criterio con que creo se deben tratar las afecciones ováricas quirúrgicas; combatiendo la enfermedad pero tratando de respetar, en la medida de lo posible el órgano y por lo tanto lo que es más importante su función; con esta manera de proceder evitaremos esos trastornos serios por cierto, que se tiene ocasión a diario de observar en las consultas ginecológicas en mujeres sometidas a operaciones mutilantes en plena vida genital. Pero antes de dar comienzo a este trabajo que pone término a mi vida de estudiante,

debo dedicar dos palabras a mis maestros y a mis compañeros de internado.

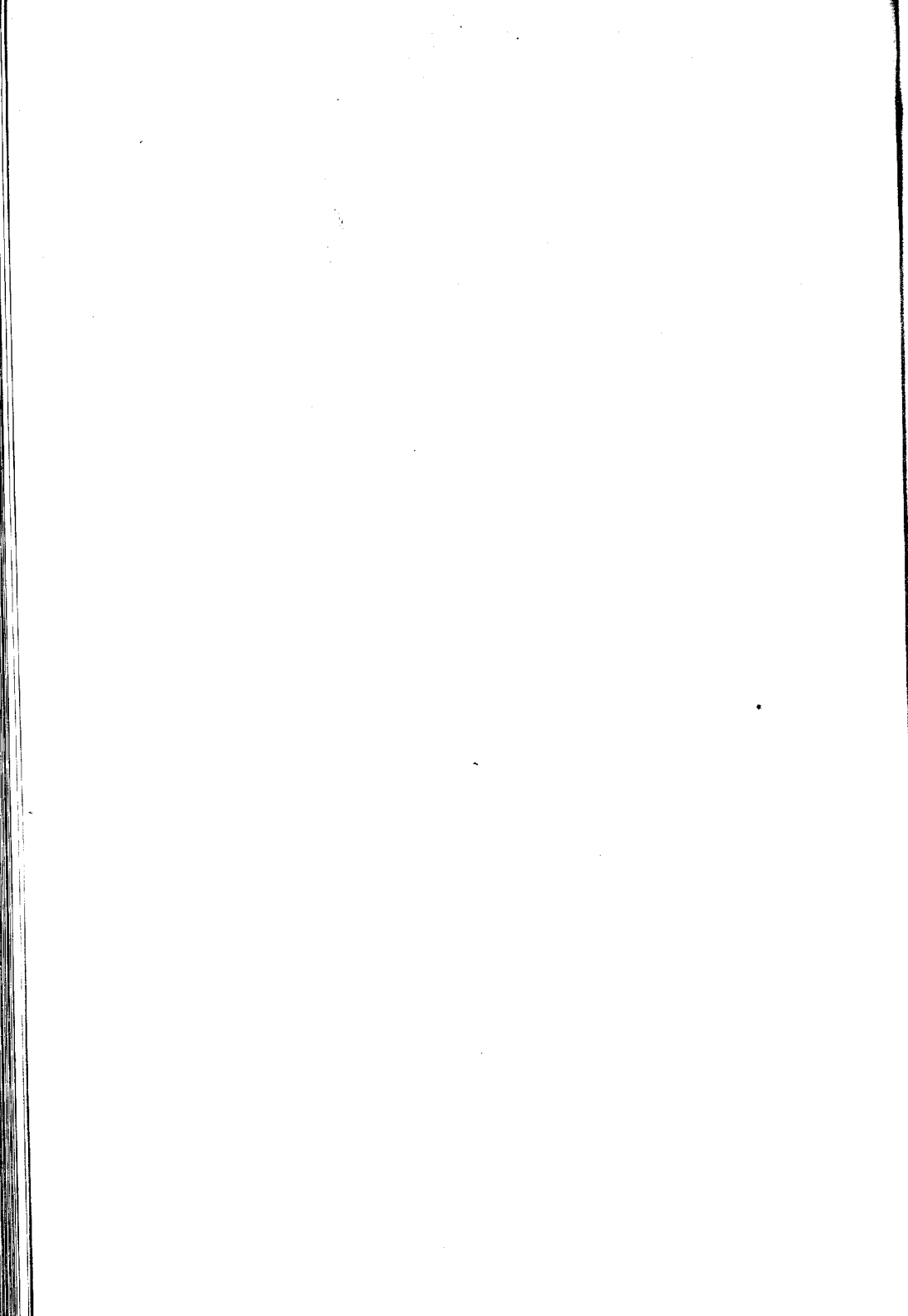
A los primeros, a mis maestros, mis jefes de servicio de hospital, al lado de los cuales junto a la cabecera del enfermo, aprendí a ejercitar la noble profesión en la cual lleno de fé hoy me inicié, mi agradecimiento sincero.

A mis amigos — mis compañeros de internado en los hospitales Rawson y Alvear — el testimonio de la franca amistad que tan solo une a las personas con quienes se ha pasado la época más feliz de la vida, en perfecta comunidad de sentimientos y aspiraciones.

Al doctor C. Sobre Casas — que me dispensa el honor de acompañarme en este acto — mi gratitud, ya que más que Jefe en el servicio, fué el consejero siempre pronto a beneficiar e ilustrar mi criterio con su experiencia.

A los doctores Ernesto Accame, B. Enrique Pasqués, José Cereijo y Héctor Galcerán — los amigos de todos los momentos — mis mejores deseos de su pronto éxito profesional.

Desarrollaré el tema elegido en la siguiente forma: Capítulo 1.º Fisiología ovárica; 2.º Anatomía Patológica; Capítulo 3.º Tratamiento. médico y quirúrgico; 4.º Conclusión y Capítulo 5.º Observaciones Clínicas.



CAPITULO I

FISIOLOGÍA OVÁRICA

Por considerar a esta glándula dotada de una doble función una general de morfogenesis corpórea de glándula útil al desarrollo del organismo femenino y otra por la cual el ovario da el óvulo y una secreción interna útil para la fijación uterina y desarrollo del huevo; dividiremos el presente capítulo en dos partes: en la primera estudiaremos la función ovárica en lo relativo a la perpetuación de la especie y en la segunda parte la encararemos como órgano útil al organismo femenino.

Primera parte. *La función ovárica en lo relativo a la perpetuación de la especie.*

Bajo el punto de vista funcional en el comienzo de la vida, no hay diferenciación entre el organismo masculino y femenino. En los primeros años de la vida las diferencias sexuales son poco marcadas; un lento trabajo de diferencia-

ción comienza a los 4 o 5 años y en la niña predominan ya a esta edad las formas redondeadas, los diámetros transversales anchos índices de diferenciación.

Pero es menester llegar a la pubertad para que estas diferencias sean bien netas, la edad al decir de Quetelet, “sin duda alguna la causa modificadora que obra más poderosamente sobre las diferentes partes del organismo”.

Llegada a la pubertad aparecen lo que Hunter denominaba caracteres sexuales secundarios los primarios existiendo desde el comienzo de la vida.

El organismo a esta fecha ha llegado a su completo desarrollo físico y las facultades mentales también concluyen su evolución. “Se observan en ese momento una madurez de reflexión, una firmeza de carácter, una afirmación de la personalidad que marcan el pasaje de la transformación mental de la infancia a la edad adulta”. La niña se hace según los casos tímida, reservada, autoritaria o coqueta”. (Voisin).

El sistema genital cuya función había sido nula hasta ese entonces, entra en escena concluyendo con esto de imprimir a cada sexo las diferencias que existen en la edad adulta.

En la mujer la función menstrual se instaura, función que es la característica de la vida sexual. Esta función sexual es la que estudiaremos en esta primera parte.

Función menstrual — La función menstrual índice de aptitud para la fecundación, aparece por regla general entre los 14 a los 16 años. Hay sin embargo diversas influencias

que pueden obrar sobre la fecha de la instauración menstrual siendo las principales, el clima, la predisposición individual y las condiciones sociales. En esta misma época es que la ovulación comienza y la niña mujer ya puede concebir.

¿Cómo se manifiesta fiesta función menstrual? Localmente se manifiesta por una salida de sangre por los órganos genitales externos, síntoma que se acompaña de modificaciones funcionales en el resto del organismo. El flujo menstrual se reproduce mensualmente durante toda la vida sexual de la mujer para desaparecer conjuntamente con la ovulación en la menopausia. Flujo menstrual es un síntoma del síndrome menstrual que vamos ha estudiar.

Historia — Se han invocado como causa de la función menstrual las más variadas teorías sustentadas por las diferentes ideas, ya científicas ya religiosas de las diferentes épocas. Antiguamente se consideraba el flujo menstrual fenómeno misterioso dependiente de algo sobre natural, esto en cuanto a ideas místicas se refiere. En cuanto a las ideas científicas que predominaban podemos mencionar dos doctrinas opuestas: una que con Hipócrates asimilaba la sangre menstrual a la más pura de las sangrías y otra que consideraba a la función menstrual función de depuración del organismo, teoría de la purga del vaciame excrementicial. Todas estas teorías tienen hoy tan solo un interés histórico, aceptándose hoy que la menstruación, *es el conjunto de modificaciones que sufre el aparato genital y aún el resto del organismo bajo la in-*

fluencia de la maduración e dehiscencia del folículo de De Graf. Vamos ha estudiar el síndrome menstrual comenzando con los pródromos que a la mujer le anuncia su aparición para continuar después con las variaciones que en su marcha, duración, cantidad, calidad, puede ofrecer uno de sus síntomas el flujo menstrual.

Pródromos — La instauración de las reglas puede hacerse sin provocar síntomas apreciables que sirvan de síntomas precursores, pero por regla general va precedida su aparición de síntomas prodrómicos que analizaremos.

La aparición del flujo menstrual va precedida de sensación de pesadez abdominal, de dolores lumbares y sacros, a veces de leucorrea, síntomas todos variables en intensidad que pueden variar desde un simple malestar hasta trastornos más o menos graves de la salud, influenciados naturalmente por diversas causas: malas condiciones de higiene, debilitamiento, etc. Todos estos trastornos cesan o amenguan cuando las reglas se instalan.

Marcha de las reglas — Una vez las reglas instauradas pueden seguir una marcha distinta de acuerdo con la idiosincracia personal. Pueden aumentar de día para disminuir de noche o a la inversa. En unas son influenciadas beneficiosamente con la marcha y el ejercicio como otras lo son con el reposo.

Duración—La duración de las reglas es término medio de tres a siete días, sin embargo, menstruación que dure de una manera abundante más de cinco días, debe ser considerada en organismos debilitados como excesiva y en beneficio de la enferma suprimirla.

Cantidad—Es una de las condiciones más variables según la enferma, entre las reglas insuficientes y las profusas hay todas las graduaciones posibles. La oligomenorreica mancha apenas sus paños en contraposición de la menorrági-veces. El estado general influye sobre la cantidad de sangre menstrual. Es de observación común que una persona que a consecuencia de un trastorno de su organismo ha llegado a la cloro-anemia, la cantidad de sangre menstrual disminuye y aún desaparece, como que también es índice de mejoramiento cuando ella vuelve a correr como en otra hora. Hay causas que pueden detener el flujo menstrual, este hecho trae consecuencias sobre el resto del organismo, debemos contar entre esas causas el enfriamiento brusco sobre todo del vientre y extremidades inferiores, la ingestión de hielo, una emoción viva, causas que pueden ser seguidas no solo de deteni-miento de reglas, sino también de celulitis ovárica de flegmón supurado, procesos en los cuales la hétéro-infección no ten-dría nada que ver como bien lo dice Stafer, no se trata sola-mente de un engurgitamiento inflamatorio por súbita pléto-ra de órganos que se descongestionaban, sino también de un

fenómeno análogo al que ocurre cuando cesa de funcionar un emunctorio.

Calidad — El aspecto de la sangre menstrual es muy variable, puede ser rutilante, laca, negra, como puede ser por el contrario pobre en materia colorante y ofrecer un color rosa pálido. Puede tener en su composición mucus ó estar formada de serosidades transparentes de filamentos albuminosos mezclados con estrías de sangre asemejándose entonces a las gleras del comienzo del trabajo de parto. Esto considerando la función en la mujer normal, en enfermas atacadas de lesiones esclerosas del ovario su flujo menstrual se compone de mucosidades piqueteadas de granos negruzcos tomando la sangre menstrual el aspecto de borra de café.

Por regla general la sangre menstrual no se coagula, se toma en pequeñas masas que escapan en flotes durante la micción. El olor del flujo menstrual es característico pero no fétido, *la fetidez* en el flujo menstrual es por regla general indicio de degeneración maligna en el tractus genital. Secreciones acres exalan por la piel durante las reglas y aún hasta el aliento es fétido durante el período menstrual.

Stapfer dice comentando las leyendas que desde Plinio se hacen sobre la pestilencia del flujo menstrual, “una verdad científica se oculta en las siguientes frases de Vigny: La femme enfant malade, ets douce fois impure; la impureza es innegable no por religión sino por ciencia. Ella cambia de

nombre, se llama intoxicación y precede las reglas fisiológicas, es un fenómeno de una faz de desintoxicación”.

Modificaciones del sistema genital durante la menstruación— Este síntoma del síndrome menstrual que hemos estudiado se acompaña de hiperemia de todo el aparato genital y de fenómenos que deben ocupar nuestra atención del lado del ovario.

Está precedida de dos fenómenos que traen por consecuencia otros dos. Nos referimos a la *maduración y la ruptura* del ovisac que va seguida de *emigración del óvulo libre y formación del cuerpo amarillo*. Pasemos pronto revista a estos hechos. Entre los 15 o 20 folículos que aumentan de volumen hay uno que es mayor que los demás que hace salida sobre la superficie del ovario. La pared de la vesícula se va adelgazando a medida que la tensión del líquido aumenta el folículo ya maduro está pronto a estallar dejando el lóbulo escaparse. Este óvulo migra a través de la trompa que lo recoge hacia el útero.

Formación del cuerpo amarillo— Una vez el óvulo expulsado el folículo se cicatriza y se forma el cuerpo amarillo.

¿Cómo se forma el cuerpo amarillo? Se forma por hipertrofia de la pared conjuntiva del ovisac. Las células conjuntivas se multiplican y toman una coloración especial amarillenta debido a un pigmento de que ellas se encargan la luteína. Estos cuerpos amarillos desaparecen luego al cabo de 2



o 3 años y dejan una cicatriz coloreada estrellada que dura toda la vida.

El ovario en el momento de las reglas está dotado de una sensibilidad especial. Los casos en que el ovario ha sido accesible fácilmente a la palpación como sucede en las mujeres con ectopía de ovario o portadoras de hernias en cuyo contenido se encuentra el ovario se ha podido probar que los ovarios dan una sensación particular dolorosa y voluptuosa a la vez. Por último podemos decir que todas las demás partes del tractus genital femenino participan de esta congestión.

Estas manifestaciones locales que hemos pasado en revista van acompañados de fenómenos en la esfera psíquica en virtud de que el cerebro, como dice Ieard, órgano central de la vida, es el punto principal donde vienen a repercutir todos los sufrimientos de la economía. Está en todos los espíritus la estrecha relación que existe entre el aparato genital y el cerebro y como repercuten en este las afecciones del primero, pero no está en nuestro ánimo estudiar los trastornos que en él puede influir la patología genital, sino describir las modificaciones que bajo la influencia de la menstruación puede sufrir el psiquismo de la mujer. Es una época que las pasiones afectivas de la mujer la dominan no pudiendo frenarlas ni aún por la reflexión. Nada más ilustrativo a este respecto que un artículo que transcribimos sacado de la "Gazeta Ginecológica" titulado "A propósito de las reglas, confidencia de una mujer". "Las reglas son a su comienzo un poco de humedad, al día siguiente una secreción mucosa, al otro día

tinción rosada sanguinolenta. Durante los tres días de invasión modificaciones de la más alta importancia sufre el organismo. Al comienzo sufre un estado vago, inquieto, indefinible, una especie de tristeza sin motivo de necesidad, sin objeto posible invade todo el ser, lo domina, lo subyuga lo absorbe. Las fiestas, las reuniones, los bailes, el teatro, todo placer donde se encuentren más de dos fastidian en ese momento". "Esa necesidad indecisa, esa sensación especial de falta, eso desconocido que nos atrae es el deseo sexual; vago en su aparición el deseo se hace vivo, intenso preciso en el momento de realizarlo. El deseo colmado la calma renace, la naturaleza ha llenado su objeto. Mirad bien este período más o menos oculto en la mujer por el velo y la traba de la civilización intenso y bien manifestado en los animales. Todo el aparato genital está congestionado, es el momento de la unión de los dos sexos. Pero no hay fiesta sin consecuencias, al otro día la escena cambia por completo". "Una salida sanguínea abundante, impaciente viene a congestionar el aparato genital, toda la economía. Todas las cuerdas de la mujer se distienden. El apetito sexual desaparece, al deseo, a la apatía del primer período sucede o hacen sitio lo desagradable, la indiferencia, el ser se encuentra abatido, enfriado". "Durante el período intermenstrual las sensaciones duermen de buena gana. En ausencia de toda excitación, la vida genital podía reducirse a cero. No se puede afirmar que las excitaciones sexuales sean desagradables, pero sí frivolidades sin

las cuales la naturaleza podría pasar. El Dios genital duerme es menester artificios para despertarlo”.

Hecho ya el relato de las manifestaciones del síndrome menstrual para terminar con él describiremos las relaciones que unen sus diversas manifestaciones cual es el mecanismo por el cual estas manifestaciones se asocian y las teorías de la menstruación todo ello de acuerdo con el criterio que en la actualidad predominan.

Relación entre el flujo menstrual y la ovulación — Hay inercia funcional tanto en el útero como en los ovarios antes de la pubertad. La función ovular establecida cuando la pubertad llega las reglas aparecen también y la mujer se encuentra apta para ser fecundada. Ovulación y menstruación son pues funciones asociadas; prueba este aserto que aparecen al mismo tiempo sufran interrupciones ambas en ciertos casos para desaparecer simultáneamente en la menopausia.

¿Qué relaciones las unen? Antiguamente se hacía la ovulación fenómeno dependiente de la copulación. Hoy desechemos por completo esta teoría, sabemos que la ovulación es función intrínseca del parenquima ovárico; por un trabajo que se desarrolla al nivel de su capa ovígena que da por resultado final la puesta del óvulo. Y la prueba irrecusable que esta función es independiente de la cópula, es el hecho que se verifica no solo en personas en que las relaciones sexuales se efectúan sino también en púberas aún vírgenes; que un hecho de azar tal como podía ser excitaciones sexuales, un examen ginecoló-

gico intempestivo hagan estallar un folículo maduro no debe cimentar la idea que fisiológicamente ocurre así.

Entremos a estudiar *las relaciones cronológicas que existen entre ovulación y menstruación*. La pregunta que nosotros debemos resolver ante la idea que enunciamos es la siguiente: las reglas se producen antes, en el momento o después de la ruptura del folículo de De Graf?

Probando estas distintas aseveraciones ginecólogos y fisiólogos han enunciado numerosas hipótesis que se contradicen entre ellas. Entresacamos de ellas las siguientes que a nuestra manera de pensar elucidan de una manera clara el punto.

Racibosky y Gendrin examinando ovarios de mujeres fallecidas pocos días después del período catamenial encuentran signos que indican la ruptura reciente de folículos de Graf. Coste hace observaciones en mujeres muertas en accidentes o suicidios durante sus épocas menstruales y llega a este mismo resultado. Llegan a análogas conclusiones en mujeres laparotomizadas Kufferath y Leopold. En contra-posición a estas teorías tenemos las ideas de Ancel y Villemín, ellos sostienen que es a los 10 o 12 días del período menstrual que el ovario aumenta de volumen que se congestiona produciéndose la dehiscencia a los 15 días de producida la hemorragia catamenial. Para ellos, menstruación y ovulación estarían separados por 15 días de diferencia, y Villemín afirma que Coste ha confundido los cuerpos amarillos en período de estado con folículos rotos. Vemos cuán difícil es interpretar estas diferentes ideas y solo podemos decir a este respecto que *la ovu-*

lación por hechos constatados experimentalmente puede producirse en el momento de las reglas o con quince días de diferencia sin fijar cual sería su regla.

Mecanismo de asociación, de ovulación y menstruación.—

Como explicar este mecanismo de asociación funcional de órganos separados, diferentes?

Podemos admitir dos hipótesis, una en la que supondríamos que una de las dos funciones predominando tendría bajo su dependencia la otra. Ejemplo: la maduración del huevo precedería la organización mensual de la mucosa uterina. Ovulación presidiendo la menstruación. Otra hipótesis sería aquella que sostendría la asociación de dos funciones independientes no teniendo ninguna unión funcional entre ellas la asociación produciéndose por una causa común que obrara al mismo tiempo sobre las dos. En este caso ovulación y menstruación, funciones equivalentes sin preponderancia la una sobre la otra, funcionarían simultáneamente bajo la acción de una causa directriz.

Estamos con los que afirman: *que la ovulación es función preponderante que tiene bajo su dependencia la actividad uterina.*

Prueba lo afirmado los siguientes hechos: 1.º Aún en presencia del útero las reglas son ausentes cuando los ovarios faltan; 2.º La falta de útero no trae aparejadas las faltas de reglas siempre que los ovarios estén sanos; 3.º Cuando los ovarios son poco desarrollados hay del lado de los demás órganos del aparato genital aplasia; 4.º La ablación de ovario o

degeneración son causas de amenorrea; 5.º la ablación total del útero no ocasiona la desaparición de la ovulación. (Caso de Koeberle, enferma a la cual se le había extirpado la matriz, que tuvo un embarazo extrauterino gracias a una fístula que estableció una comunicación entre la vagina y el abdomen). 6.º Que la conservación de una parte del ovario asegura la función del útero; 7.º Que en la edad en que no hay menstruación, infancia y menopausia, coinciden con la época en que la maduración y dehiscencia del folículo de Graf no se hacen todavía o no se hacen más; 8.º La manera como se comporta el útero, diferente según que el huevo esté o no fecundado. Si el huevo no está fecundado la menstruación evoluciona, si lo es la menstruación desaparece al mismo tiempo que la ovulación; 9.º La castración aporta una aplasia del tractus genital. En los animales en los cuales se hace esta experimentación se les nota un temperamento apático y una tendencia a la polisarcia; 10. La castración en la mujer produce la amenorrea y va seguida de los fenómenos que se observan en la menopausia. Hablemos un momento de estos trastornos.

Podemos dividirlos en locales y generales; entre los primeros podemos mencionar, dolores lumbarés en las fechas en que las reglas debieran producirse, sensación de plenitud abdominal e hinchazón de los senos; pérdidas mucosas por la vagina y a veces pérdidas sanguíneas irregulares. El sentido genésico disminuido al principio concluye por desaparecer. Síntomas todos estos que se observan con más violencia en las

personas jóvenes y que tardan en desaparecer según y en relación con la edad del paciente. a) *Síntomas generales*, trastornos vaso-motores, golpes de calor a la cara, raptus sanguíneos, transpiraciones abundantes, sensación de ansia precordial, vértigos, dolor de cabeza, hemicráneas, etc., todos síntomas a los cuales aún podemos agregar epixtasis, hemorragias vicariantes, hipererinia intestinal, que recrudecen en el momento de las reglas y benefician de la opoterapia ovárica. Trastornos psíquicos acompañan a veces esta supresión de ovarios, los más acusados son depresión moral, accesos de melancolía, de pronóstico no grave pero de larga duración en castradas jóvenes. Polisarcia sobre todo marcada en el abdomen, muslos y senos, y en el tractus genital la castración tiene una acción manifiesta sobre trompas, útero, vagina, que sufren una involución prematura. Al lado del útero modificaciones importantes también se observan tanto en las paredes como en la mucosa uterinas, la vagina y la vulva participan de este trabajo de regresión, el conducto genital pierde su elasticidad, las secreciones que se observaban en otra hora desaparecen y las relaciones sexuales son casi imposible. Conclusión: *La castración provoca una menopausia artificial* más violenta que la natural; 11. La ablación del útero es seguida de fenómenos de mucho menos importancia. Los hechos que hemos pasado revista prueban que: la presencia de tejido ovárico en actividad es necesaria para que la menstruación se efectúe. Hay pues, preponderancia manifiesta del lado del

ovario. Establecida esta preponderancia veamos como Flugger explica el *mecanismo de asociación*.

Teoría de Flugger—Flugger hace intervenir el sistema nervioso para explicar el funcionamiento armónico e intermitente de órganos distintos. Sería para él una acción refleja: una excitación llevada sobre un nervio sensible transmitida a un órgano central y transformada en acción matriz. Veamos como se efectúa este acto-reflejo. El desarrollo continuo de los folículos de Graf produce una distensión del ovario y una compresión de sus elementos. Los elementos nerviosos contenidos se ven de continuo irritados por los huevos alojados en el tejido denso del parénquima ovárico. Cuando la suma de excitaciones llega a cierto grado la médula interviene y por vía refleja produce una congestión activa de los órganos genitales. Congestión a doble efecto: provoca de una parte la hiperemia uterina y el ecoulement menstrual y por otra parte la maduración y estallido del folículo. ¿Cuál es la causa de la de la periodicidad de la función menstrual? La causa es una necesidad de tiempo; es necesario una cierta suma de excitaciones producida por los folículos en vías de desarrollo para que produzca una tensión de médula capaz de provocar el reflejo mencionado ya, en los órganos genitales.

Flugger explica por esta misma teoría la disociación posible entre menstruación y ovulación. Dice Pflugger: "Puede ocurrir que en lugar de un folículo voluminoso haya una cantidad de folículos no maduros que se desarrollan a la vez. Por su

número estos pueden producir sobre la médula la misma excitación y producción de la acción refleja producida por el desarrollo de un folículo. La congestión menstrual se producirá, solo que este flujo menstrual no será acompañado de puesta ovular ya que ningún folículo está pronto a romperse". Tal es la teoría de Pfluger.

Objeciones a esta teoría. Transplantación de ovario. Sección interna — La influencia preponderante atribuida por Pfluger al sistema nervioso no es indispensable, lo demuestran las experiencias hechas sobre transplantación de ovario.

Los órganos sacados de sus conexiones normales con el sistema nervioso no son causas suficientes para transformar el ritmo de asociación funcional de ovulación y menstruación.

Ya Goltz había probado esta independencia relativa de ovario y útero vis a vis del sistema nervioso. Hacía la siguiente experiencia: seccionaba la médula al nivel de la primera vértebra lumbar destruía los plexos simpáticos, sin embargo, un embarazo comenzado seguía, no sufría alteración alguna como no sufrían tampoco los procesos de maduración y dehiscencia folicular.

Knauer, Rubestein, Halban, Grigorieff, han obtenido en experiencias hechas en animales sobre transplantación de ovarios mayores pruebas.

Ovarios extirpados e implantados en otra parte de la cavidad abdominal o aún en el tejido celular abdominal se fijan en su nuevo sitio de implantación continúan a vivir, y lo que

es más notable los trastornos ya descriptos que aparecen en las castradas no se observan.

Halban que hacía sus experiencias en una variedad de monjas menstruadas (las Paviás) cita un hecho digno de notar: en estos animales con ovarios transplantados la menstruación continúa y cuando practicada una segunda intervención se extirparon de su nuevo sitio de implantación las reglas desaparecieron.

Dudley, Glatz y Morris, los tres de la Escuela Americana han hecho sus estudios en la mujer con resultado idéntico benefician sus enfermas con la supresión de los fenómenos de menopausia artificial creada por una castración intempestiva por los inertos ováricos. Con estos casos se comprende que la acción preponderante atribuida al sistema nervioso parece algo exagerada aunque no inexacta.

Por otra parte las experiencias de Strasman aumentó de tensión en el parenquima ovárico seguida de congestión refleja uterina no puede ser interpretado sino en virtud de un acto reflejo. De todo esto deducimos que en ausencia de una influencia nerviosa el tejido ovárico continúa en su función y sigue ejercitando igualmente la misma acción en las demás partes del aparato genital. En vista de estas ideas es que ha surgido la hipótesis de la secreción interna del ovario.

Secreción interna — Esta secreción interna prevista por Virchow sería análoga a la de la tiroides. Expliquemos estos hechos: el ovario como glándula a secreción interna en activi-

dad funcional fabricaría sustancias de naturaleza aún no bien definidas que vertidas en el torrente circulatorio tendrían una influencia sobre el organismo femenino. Esta hipótesis encontraría su apoyo en los trastornos que acompañan la instauración de las reglas su desaparición una vez instauradas, los defectos que se observan en las personas castradas y la influencia que sobre estos trastornos tiene la opoterapia. Esta secreción sería ausente antes de la pubertad y después de la menopausia ligada como está a la actividad del tejido ovárico. El ovario dotado de esta doble acción ovular y secretoria ejercitaría una acción profunda sobre el organismo de la mujer. Agreguemos para terminar, probada ya la preponderancia de la función ovárica sobre la matriz; las experiencias que Froenkel ha hecho sobre la acción que la maduración del folículo tiene sobre la organización de la mucosa uterina. Hace la destrucción por ignipuntura en el curso de una operación de un folículo pronto a romperse y suprime la aparición de las reglas próximas a efectuarse, en 8 casos sobre 9 a lo que Lidhental agrega: que si en una mujer castrada unilateralmente la ignipuntura se lleva sobre el ovario cuyo folículo es más voluminoso la época menstrual próxima se retarda.

Teorías de la menstruación — Las teorías que se han enunciado para explicar la menstruación son numerosas. Más un fenómeno es obscuro envuelto en el misterio para que el espíritu humano trate de crear teorías para explicarlo. Dejaremos de lado las teorías antiguas que hemos mencionado

al comienzo de este trabajo sin ninguna importancia y hablaremos de aquellas que se basan en los modernos datos que aportan los estudios de la anatomía de la fisiología y de la clínica.

Merecen citarse tres teorías: la de Pfluger o antigua teoría, la de Sigismund-Loewenhardt y Reichert o nueva teoría a la que se puede agregar una teoría nueva de actualidad basada sobre la función del cuerpo amarillo.

La teoría de Pfluger ha sido ya esbozada para explicar el mecanismo de asociación de ovulación y menstruación. Recordaremos que atribuía a la congestión refleja que se manifestaba en los órganos genitales un doble efecto; del lado del ovario produciría una distención rápida de los folículos más voluminosos, en el útero una repleción de los vasos de la mucosa.

Ovulación y menstruación efectos de una misma causa; congestión menstrual. Impugnada con razón en algunas de sus partes la teoría de Pfluger dió lugar a la *teoría de Sigismund-Reichert-Loewenhardt.*

En esta teoría se explican los hechos de la siguiente manera: Considera la ovulación y la menstruación funciones que aunque periódicas y simultáneas son completamente independientes. Mientras en el ovario la maduración de los huevos se efectúa la mucosa uterina se origina y se prepara para el momento de la puesta. El huevo arriba al útero fecundado o no. Si está fecundado las reglas no se producen, el huevo implantado en la mucosa interna esta se organiza, el embarazo

sigue su curso. En cambio cuando el huevo no es fecundado la mucosa se desorganiza y las reglas aparecen. Para los autores de esta teoría las reglas serían no el índice de la puesta del óvulo sino la prueba de la puesta y la no fecundación de él.

Revistemos las diferencias de la teoría de Pfluger con la de Sigismund que consiste en la manera diferente e interpretar el rol del flujo menstrual. Pues mientras para Pfluger consistiría en un fenómeno de regresión que indica la imposibilidad de la fijación de él. Para uno es posible reglas y concepción, para el otro la mujer tiene sus reglas cuando no concibe. Para Pfluger es el óvulo de la última menstruación el fecundado, para Segismund es el de la primera menstruación ausente.

Conclusión—Podemos decir que estas dos teorías no pueden ser admitidas en su totalidad y que se complementan mutuamente.

Teoría de la menstruación basada sobre la acción del cuerpo amarillo

Antiguamente el folículo amarillo era encarado como un medio especial de cicatrización del folículo de De Graf. Waldeyer creíalos encargado del rol de restablecer la tensión del parenquima ovárico una vez que ovisac hubiérase roto. Para Clark obraba sobre la circulación y aseguraba la continuidad

de la función ovular. La idea primera de considerar por su estructura de órgano epitelial, al ovario glándula dotada de una secreción interna es de Prenant que lo hizo basándose sobre los trabajos realizados por Sobotta. Bon acepta esta idea de considerar el ovario como glándula de secreción interna y este embriólogo le asigna la función de hacer posible la implantación del huevo en la mucosa uterina y de favorecer su desarrollo ulterior. Basados sobre estos datos es que Froenkel desarrolla su teoría basada en interesantes datos experimentales. La teoría de Froenkel sobre la función del cuerpo amarillo tiene la gran importancia de llamar la atención sobre fenómenos hasta aquí desconocidos y si bien es cierto que se le han hecho algunas objeciones a algunas de sus conclusiones ella ha abierto un nuevo campo a los fisiólogos dedicados a la experimentación y ha dejado sentado un principio importantísimo: *la influencia de los ovarios sobre los fenómenos de nidación y sobre el primitivo desarrollo del huevo en la matriz.*

Llama la atención de Froenkel sobre el tamaño adquirido por el cuerpo amarillo superior al del folículo de origen, se preguntaba si no tendría algún rol especial que desarrollar; negando que fuera este aumento debido a la hiperemia gravídica que era la explicación que sobre este hecho daban algunos fisiologistas. En efecto el desarrollo del cuerpo amarillo rechazando, anclando, comprimiendo el tejido ovárico es fenómeno independiente que no guarda ninguna relación con la hiperemia gravídica. Faltaría explicar como se opera el desarrollo del útero al comienzo del embarazo pues a la res-

puesta que es el huevo fecundado el que da la impulsión se le puede objetar que la organización de la mucosa precede la fecundación del huevo y que el aumento del útero es más rápido al comienzo que el de él. Todos estos hechos discurridos los explica Froenkel por la acción del cuerpo amarillo a quien él asigna una secreción interna. El admite en sus teorías que la dehiscencia del folículo de De Graf seguida de la formación del cuerpo amarillo se hace 15 días antes de las reglas. Es durante su desarrollo que el cuerpo amarillo provocaría la organización pre-menstrual de la mucosa uterina y al cabo de 10 o 12 días el desarrollo llega a su culmen. En este momento si el óvulo no ha sido fecundado se producen las reglas si lo ha sido el óvulo llega al útero y se implanta. Para Froenkel pues el huevo fecundado es el de primera menstruación ausente; reivindica para el cuerpo amarillo la influencia trófica atribuida al ovario todo entero y que para explicarla unos hacían intervenir al sistema nervioso y otros a una secreción interna.

Ihm resume los principales argumentos desarrollados en favor de su teoría en la siguiente forma: *1.º El cuerpo amarillo debe ser considerado como una glándula a secreción interna. Como tal preside la nutrición del útero y tiene en la especie humana bajo su dependencia la evolución cíclica de los fenómenos uterinos de la menstruación.* Las experiencias que él realiza son las siguientes: en el conejo la destrucción por ignipuntura del cuerpo amarillo produce la atrofia del útero. En la mujer la ignipuntura del folículo de De Graf (cuerpo amarillo en reciente formación) retarda las

próximas reglas. La ruptura accidental de un folículo de De Graf adelanta 15 días la aparición de las reglas. Antes de la pubertad y después de la menopausia las reglas son ausentes a pesar de haber folículo en el tejido ovárico. “De este hecho se desprende que la función menstrual está ligada a la formación del cuerpo amarillo.

2.º *El cuerpo amarillo tiene por función de permitir al óvulo fecundado implantarse sobre la mucosa uterina y de asegurarle hasta un cierto período de embarazo el desarrollo del huevo. Sin cuerpo amarillo no hay posibilidad de embarazo, en caso de haberlo al comienzo no hay desarrollo ulterior.* Estos hechos han sido confirmados por experiencias hechas por Froenkel negadas por unos fisiologistas, aprobadas por otros. Pero de esta discusión establecida por la enunciación de esta teoría de Froenkel podemos sacar un hecho, repetimos, importantísimo. *La influencia de los ovarios sobre los fenómenos de nidación y sobre el primer desarrollo del huevo en la matriz.*

Segunda parte — *El ovario encarado como órgano útil al organismo femenino.*

Debemos estudiar para concluir con el estudio la fisiología de ovario su acción general de morfogenesis corporea y encarar también como órgano capaz en mutualismo funcional con otros de dar sustancias capaces de regular la nutrición y influir en el desarrollo cambio de formas y de carácter de voz que ocurre en la pubertad.

Comprobaremos primero esta acción morfogénica nutritiva funcional ejercitada por el ovario, explicaremos el mecanismo por el cual nosotros creemos poder explicar su acción y el asiento anatómico de los órganos que la produén.

Rol morfogénico de ovario — Para estudiar el rol morfogénico del ovario debemos revistar primero la influencia que el ovario tiene en la aparición de los caracteres sexuales secundarios y segundo la acción que posee en el desarrollo del tejido óseo.

Sabemos que los caracteres sexuales secundarios aparecen en la mujer en la pubertad y que consisten en la aparición de pelo en la región pubiana en la amplitud de la base del cuello en la hipertrofia de la mamas, en que la región glútea cuyo panículo adiposo aumenta, se redondea. Para probar la acción del ovario sobre la aparición de los caracteres secundarios se ha efectuado la castración pre y postpuberal.

Los resultados obtenidos han sido los siguientes: la castración realizada en el período prepuberal ha hecho que los caracteres sexuales secundarios no aparezcan y se cita como ejemplo que en ciertas mujeres castradas de Lidia el desarrollo de formas no se efectúa y que los Reyes de esos Países se servían de ella como eunucos. Las Hedjeras a las cuales se le practicaba la ovariectomía poco tiempo después de su nacimiento tenían sus senos apenas indicados como acontece en el hombre. Ahora queda a preguntar si la castración postpuberal hace regresar los caracteres sexuales secundarios ya

aparecidos. La experimentación está de acuerdo con la clínica en afirmar que así ocurre y sería largo mencionar las numerosas experiencias que prueban que la castración pos-puberal influye de la manera dicha en la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Pasemos a estudiar la influencia del ovario en el desarrollo del tejido óseo.

Basado en los resultados de los estudios que demuestran las modificaciones de la talla en los castrados y en los individuos atacados de insuficiencia testicular de origen patológico es que Briau se preguntó el primero si ovario tendría alguna acción análoga a la del testículo moderadora en el desarrollo del tejido óseo. Sin embargo las experiencias realizadas por Briau, Richon y Jeandelize dan resultados tan contradictorios que hoy no poseemos un dato preciso sobre la acción del ovario sobre la osificación.

Rol nutritivo del ovario

Influencia del ovario sobre los recambios respiratorios—
Loewy es el primero que estudia la cantidad de oxígeno consumido en las castradas y llega a la conclusión que hay una disminución en el consumo de oxígeno y que la inyección de extracto de ovario aumenta de nuevo su consumo.

Leo Zunz ha llegado a las mismas conclusiones.

La influencia de las glándulas genitales sobre el *metabolismo azoado* sería nula no así la influencia de las glándulas genitales sobre el *recambio mineral* sobre lo cual se han hecho estudios en lo que concierne en la eliminación del *ácido fosfórico y de calcio*.

Para Caratulo y Tarulli la presencia del ovario activaría la eliminación fosforal. La práctica ha beneficiado de esta idea confirmada por algunos autores, pues ha sugerido la idea de un tratamiento interesante de la osteomalacia. Esta afección está constituida como su nombre lo indica por un resblandecimiento de los huesos y acompañada de aumento de la excreción fosforada y cálcica. Ahora bien Caratulo y Tarulli proponen de tratar esta enfermedad por la castración. Esta operación ha dado resultados a algunos operadores.

Rol funcional del ovario.— 1.º Acción cardio vascular. 2.º Acción dinamogénica. 3.º Función hematopoiética.

Acción cardio-vascular del extracto de ovario— La mayoría de los experimentadores están de acuerdo en catalogar este órgano entre las glándulas hipotensivas debido a los resultados de las experimentaciones que se han hecho en diversos animales con inyección intravenosa de extracto de ovario. Estas mismas experiencias han hecho notar un otro hecho que el ovario contiene sustancias acción vasodilatadoras para la tiroides.

Acción dinomogénica del ovario — La acción dinomogénica del ovario no ha dado lugar a una cantidad tan numerosa de trabajos pero podemos decir que Brown Séquar dice que el extracto de glándula ovárica provoca fenómenos de vigorización y Mlle. Yoteyko ha visto el tonus y la amplitud de las constracciones aumentar sobre el músculo de ranas bajo la influencia de una inyección de extracto ovárico.

Función hematiopoiética del ovario — Los experimentadores están de acuerdo en asignar una disminución de hemoglobina y glóbulos rojos en las castradas. La cantidad de glóbulos rojos disminuye en ellas a la cantidad de tres millones y pierden un treinta por mil de su hemoglobina. Hay quien afirma el mejoramiento de las cloróticas por el extracto de ovario pretendiendo que la clorosis sería un hecho dependiente de un trastorno en la función ovárica.

¿Por cuál mecanismo ejercita esta acción morfogénica nutritiva y funcional el ovario?

Cualquier órgano es susceptible de obrar sobre la economía ya por vía nerviosa, ya por vía humoral es decir vertiendo en la sangre una secreción interna. Nosotros creemos que sea por esta vía que obren los ovarios y las pruebas las hemos dado ya al hablar de ingertos de ovarios en capítulos anteriores y de los efectos de las inyecciones de extracto de este mismo órgano.

Quédanos para concluir estudiar el rol del cuerpo amarillo.

Rol del cuerpo amarillo— Ya estudiada la acción del cuerpo amarillo sobre la menstruación nos quedaría por estudiar simplemente la acción sobre el aparato cardio-vascular y sobre el desarrollo gravídico de las mamas. Lambert ha estudiado en 1907 la acción del extracto del cuerpo amarillo de vacas sobre el corazón de la rana, pero tanto las experiencias realizadas por él como por Villemín y por Pachon aunque parecen tener una acción hipotensiva sobre la tensión arterial; la acción del cuerpo amarillo nos aparece como muy inconstante.

Acción del cuerpo amarillo sobre las glándulas mamarias
—Señálase el hecho de la acción del cuerpo amarillo sobre el desarrollo gravídico de las mamas. Bouin y Ancel hacen experiencias y demuestran que aún cuando no haya fecundación, solamente cópula hay un desarrollo de glándulas mamarias y que esta hipertrofia llega a su máximo a los 14 días.

La cauterización del cuerpo amarillo efectuada antes del coito impediría la producción de esta hipertrofia.

Veamos ahora algo sobre las relaciones funcionales del ovario con las otras glándulas de secreción interna.

Estas relaciones pueden ser la influencia sobre el funcionamiento glandular mediante productos segregados que tengan una misma acción sobre el organismo o sino una acción antagónica.

La vinculación del cuerpo tiroides con el ovario consiste en una íntima relación de funcionamiento que nos está demos-

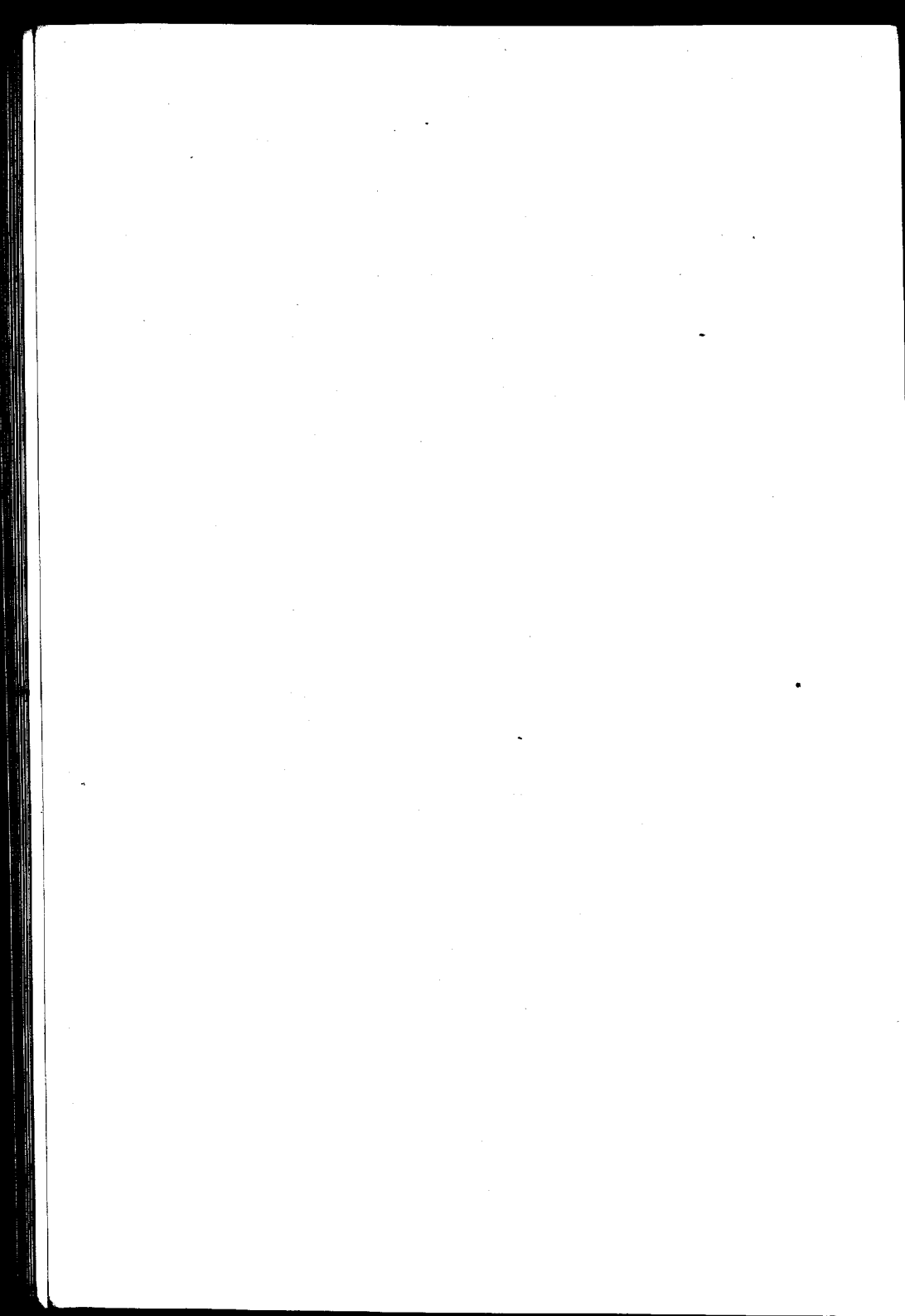
trado por esas congestiones periódicas de la tiroides que coincide con las menstruaciones, con la hipertrofia de esta glándula durante el embarazo con su aumento de volumen durante la pubertad y finalmente con las amenorreas en los casos de cretinismo y mixedema. La acción antagónica de estos dos órganos no está demostrada.

Con la hipófisis estas relaciones funcionales se caracterizan por el hecho de que animales castrados presentan su glándula pituitaria con un peso y un volumen mayor que en los normales. Estas dos glándulas ejercen una acción antagónica sobre la presión arterial; los extractos hipofisarios elevan la tensión en cambio los ováricos son hipotensivos.

La influencia que se ejercen mutuamente las glándulas suprenales con los ovarios se comprueba por el tamaño mucho más voluminoso de las primeras en los animales castrados. La acción antagónica es la misma que se ejercen las secreciones hipofisarias con las ováricas, es decir las primeras hipertensivas, las segundas bajan la tensión.

Ahora bien, con el timo se comprueba la sinergia funcional porque en las castradas el timo adquiere un volumen mucho mayor y persiste mucho más tiempo que en las normales. Pero la acción del timo es favorable para el ovario en los animales timectomizados, la glándula se atrofia pero inyectándole extracto de timo adquiere de nuevo su función.

Esto es un resumen del estado actual de los estudios en el interesante capítulo de la sinergia funcional del ovario.



CAPITULO II

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Por contener una variedad de elementos celulares energéticos y variar en su actividad funcional según el período de vida que se le considere el ovario está sujeto a una cantidad proporcional de procesos patológicos que si bien es cierto le atacan con mayor frecuencia durante el período de actividad sexual pueden hacerlo también en la infancia y en la vejez.

Clasificaremos los estados patológicos que se observan en el ovario en la siguiente forma: 1.º anomalías, 2.º trastornos circulatorios, 3.º enfermedades inflamatorias, 4.º quistes por retención, y 5.º tumores proliferantes.

Anomalías congénitas

Las anomalías de ovario es un hecho que se acompaña generalmente de un defecto de desarrollo en los otros órganos

de la generación. Así por ejemplo la ausencia de ambos ovarios va acompañada a la ausencia o a un estado atrófico de las trompas y del útero. En el caso de falta de un solo ovario la trompa y el cuerno uterino correspondiente están atrofiados.

El desplazamiento del ovario puede ser de dos clases, congénito o adquirido.

La hernia del ovario es un hecho relativamente frecuente y puede ser inguinal crural o obturatris.

Trastornos circulatorios de ovario

El edema del ovario se encuentra en los casos de desplazamiento del mismo debido a trastornos circulatorios atribuibles probablemente a influencias mecánicas. El edema puede presentarse en el curso de enfermedades infecciosas agudas.

Congestión y hemorragia — La congestión pasiva del ovario puede ser determinada especialmente por causas mecánicas así por ejemplo, la torsión del pedículo, la constricción por adherencias o la presencia de tumores uterinos o tubarios. El ovario herniado es a menudo hemorrágico y puede quedar completamente desorganizado por la infiltración hemorrágica.

Inflamaciones

Múltiples estados patológicos diferentes del ovario se comprenden clínicamente con el término de ooforitis u ovari-

tis. La palabra ovaritis se aplica en estos casos a los procesos patológicos que son ocasionados por la acción directa de los microorganismos o por la absorción de los productos tóxicos de los mismos. Dividiremos estos procesos en dos: ovaritis aguda y ovaritis crónica.

Ovaritis aguda — La característica de este proceso es la tumefacción, congestión, infiltración leucocitaria, exudación sanguinolenta de que es asiento el ovario. En los casos graves se observa la degeneración y la formación de abscesos. Los microbios que con más frecuencia determinan este proceso son los estreptococos y los gonococos; sin embargo no quiero decir con esto que no se pueden asociar muchas veces a estos agentes patógenos el bacillus, coli, el tífico, así como algunas especies anaerobias.

La infección estreptocócica del ovario u ovaritis séptica es ordinariamente una infección puerperal o resultado de una operación sobre el aparato genital, siendo frecuentes sobre todo después de un aborto. La infección parte generalmente de alguna lesión de cuello o de la vagina trasladándose por vía linfática desde el parametrio al hileo del ovario. El ovario puede ser también comprendido por una peritonitis pélvica e invadido directamente a través de epitelio germinal. El órgano en su totalidad en los diferentes casos está hiperemiado, tumefacto, doloroso estando infiltrado de leucocitos polinucleares. Si la infección es grave presenta la formación de ab-

cesos; los focos de pus pueden resultar ya de la degeneración de parte del extrema o de la supuración de un folículo.

Muy a menudo los pequeños focos de pus se juntan formando un gran absceso único que ocupa la totalidad del ovario. una periovaritis adhiere el órgano a los vecinos; un pequeño ovario esclerosado es todo lo que resta en estos casos cuando la enferma mejora.

Ovaritis gonocócica — La infección del ovario de origen gonocócica es generalmente secundaria a una peritonitis pélvica ocasionada por la deseminación del proceso infectivo a través del pabellón de las trompas. Se produce de este modo una periovaritis que a veces no trastorna mayormente el ovario, pero a veces los organismos infectantes invaden el parenquima ovárico y se desarrolla una oforitis gonococica. El gonococo puede alcanzar el ovario por intermedio de los vasos linfático del parametrio útero y tubárico. Como la infección gonococica no es letal difícil es estudiar los diferentes períodos del proceso.

Ovaritis crónica — Con este término se designan los estados consecutivos a una infección séptica, saprofítica, o gonocócica. En estos casos, lo más característico es la producción de adherencias periovaricas y los trastornos esclerosos del parenquima ovárico. El ovario está representado en estos casos por un pequeño órgano arrugado de un tamaño menor que la mitad de lo normal y que histológicamente está for-

mado por tejido fibroso denso, observándose los folículos casi destruídos. En otros casos el proceso está caracterizado por alteraciones fibroquísticas; en estos casos el estroma es denso fibroso; hay muy pocos folículos normales si es que existen y el ovario contiene uno o varios quistes que pueden estar situados en el centro o en la superficie del ovario y que provienen de degeneraciones de los folículos debido a las adherencias y a la transformación fibrosa del estroma.

Quistes por retención

Estudiaremos en este capítulo los quistes del folículo de De Graf y los quistes del cuerpo lúteo.

Los quistes del folículo de De Graf son tumores formados por simples dilataciones de órganos que normalmente se rompen y desaparecen. Pueden ser simples o múltiples y variar en su tamaño; los quistes únicos pueden alcanzar hasta el tamaño de una naranja y aún más pero por regla general son más pequeños. Histológicamente las partes más finas de las paredes están formadas por un tejido fibrilar, tejido ovárico normal forman las partes más gruesas y su superficie interior está recubierta por una capa de células aplanadas.

Quistes del cuerpo luteo — Se desarrollan cuando la involución normal del folículo no se efectúa. Son de un color

estos quistes amarillento, rojo o rojos azulado; sus paredes tienen un espesor que varía de 1 a 3 milímetros y pueden llegar a adquirir el tamaño de una nuez.

Histología de estos quistes — Histológicamente las paredes de estos quistes la forma el estroma ovárico que ha quedado comprimido y adelgazado por el quiste. Las partes más gruesas contienen folículos normales y el interior del quiste está tapizado por una membrana fibrosa delgada derivada probablemente de las membranas propias.

Neoformaciones ováricas.—Clasificación de los tumores ováricos

La clasificación que nosotros creemos más aceptable es la de Pfannenstiel que divide los tumores ováricos en parenquimatosos y estromatógenos. Los primeros comprendiendo los tumores de origen epitelial y los que se desarrollan a expensas del óvulo, y en los segundos a los tumores conjuntivos.

Tumores parenquimatosos

(TUMORES EPITELIALES)

Dividiremos estos tumores epiteliales según el modo de crecimiento de sus células y el carácter de ellas: 1.º en cistoadénomas o tumores benignos; 2.º carcinomas o tumores malignos.

Los cisto-adenomas deben su origen a la multiplicación de algunos elementos epiteliales del ovario que pueden proceder del revestimiento de los folículos de De Graf como cree Pfannenstiel. Estos tumores varían mucho en tamaño pudiendo adquirir enormes proporciones; naturalmente hoy no se observan esos tumores tan voluminosos debido a que se extirpan precozmente. El tumor aparece como una masa redondeada de superficie lisa, color gris perla, de vascularización escasa o abundante según los casos. Puede ser uni o multilocular. Las paredes quísticas tienen un espesor de 2 a 6 milímetros formada por tejido fibroso denso; en algunas zonas las paredes sufren la infiltración calcárea y hay casos aunque raros, que la pared puede adquirir un grosor de 5 a 7 centímetros y formarla un tejido fibroso duro. En estos casos parece que además de la proliferación epitelial hay una proliferación conjuntiva por lo cual los autores lo clasifican entre los tumores mixtos.

Histología — Paredes formadas por tejido fibroso dispuestos en dos o tres capas paralelas; pobres las externas en elementos celulares, pero en las internas la pared contiene abundantes células ovales o fusiformes que recuerdan el estado ovárico normal. Los elementos del ovario se encuentran en la pared del quiste. La membrana de revestimiento es característica está formada por una sola capa de epitelio cilíndrico alto con núcleos basales y citoplasma claro siendo abundantes a veces las células calciformes.

Carcinoma del ovario — Comprende el quince por ciento de los tumores ováricos, siendo por regla general bilateral. Morfológicamente pueden distinguirse dos grupos: tumores sólidos y tumores quísticos.

Carcinomas ováricos sólidos — Estos tumores pueden ser subdivididos en carcinoma medular y tumor escirroso, según su consistencia. La variedad escirrosa forma la mayoría de los tumores de naturaleza sólida. Su tamaño oscila entre el tamaño de un puño y el de una cabeza de niño; la forma de estos tumores recuerda a la del ovario agrandado y a veces puede tener la forma ovoidea o forma reniforme. Hay quien afirma que generalmente el cáncer escirroso del ovario no es primitivo sino una metástasis de un tumor primitivo situado ya en el útero, ya en el estómago, ya en la mama o en la vesícula biliar. La superficie en estos tumores es del color gris rojizo lisa y con poca tendencia a adquirir adherencias. El tumor se desarrolla en la porción parenquimatosa intra-peritoneal del ovario y por esta razón posee un pedículo bien conformado correspondiente al pedículo del ovario normal. Son a veces estos tumores escirrosos, difíciles de diferenciar de un fibroma celular pudiéndose solamente hacer la diferencia por el examen microscópico.

Carcinoma quístico — El carcinoma quístico puede desarrollarse de dos maneras. Las cavidades quísticas pueden ser resultado de trastornos degenerativos de un tumor sólido o

pueden representar una característica especial del tumor producida por el acumulo de líquido segregado por la capa epitelial de los alveolos. Los tumores que nos ocupan pueden ser voluminosos y ocupar toda la cavidad abdominal; de forma esférica o ligeramente lobulares contrayendo su superficie adherencias con los órganos vecinos. El interior del quiste puede ser liso o cubierto de elevaciones papilares. El contenido de él es seroso o sero-hemorrágico o pseudo-mucoso debido a la presencia de una gran cantidad de epitelio degenerado. Estos tumores por su friabilidad se desgarran con facilidad al extirparlos.

Histología — Hay gran variedad en el aspecto microscópico de los carcinomas debido a la manera de agruparse de las células epiteliales. En algunos casos se agrupan en masas sólidas o cordones y en otros afecta la disposición alveolar y la impresión que da al examen puede ser la de un sarcoma mientras que en otras partes del corte de tumor, presenta una estructura alveolar y unas células que son decididamente epiteliales. En el tumor duro fajas delgadas de epitelio se ven exparcirse en todas direcciones en medio de una trama-fibro-celular. La sección transversal da un círculo de células cilíndricas rodeando una pequeña cavidad que recuerda una glándula.

El carcinoma glandular presenta alveolos grandes y pequeños tapizados de epitelio que algunas veces oblitera la cavidad formando prominencias papilares. En algunas varie-

dades raras los espacios glandulares se parecen a los folículos de De Graf. Un cierto número de glándulas puede contener en su centro grandes células degeneradas que fácilmente se confunden con los óvulos. En otra variedad de carcinoma glandular el aspecto microscópico se asemeja al de la glándula tiroidea. En estos casos el cáncer puede ser secundario a un tumor tiroideo del ovario. (Struma ovari).

El epitelio en sí es muy variado tanto en el tipo como en cada una de las células que pueden ser columnares bajas cúbicas o polimorfas y presentan grandes núcleos vesiculares, a menudo son hidrópicas y presentan grandes vesículas transparentes. Cuando forman masas sólidas las células son esféricas o polimorfas, aunque las últimas son las más frecuentes. Los núcleos son intensos y sólidamente teñidos presentando numerosas figuras mitóticas.

El carcinoma colode del ovario es raro, tumor grande semi-sólido con cavidades quísticas y regulares llenas de una materia gelatinosa y traslucida. El estroma está infiltrado de materia colidea.

Los embriomas ováricos son raros.

Tumores estromatógenos

FIBROMAS Y SARCOMAS

Los tumores que tienen su origen en el estroma conjuntivo del ovario pueden ser benignos, fibromas o fibromiomas

o malignos los sarcomas. El fibroma del ovario es relativamente raro siendo más frecuente en la edad media de la vida. Siempre es unilateral y más frecuentemente atacado el ovario izquierdo, desarrollándose en la porción intra-peritoneal de éste siendo pediculado y no recubierto por el peritoneo. Estos tumores varían de tamaño desde un puño hasta la cabeza de un niño, presentan una superficie lisa y blanca y tienen una forma que recuerda al del ovario normal. El tumor puede presentar zonas de degeneración hemática y quística en cuyo caso está resblandecido más vascular y de color gris rojizo y de aspecto microscópico análogo al de los tumores malignos.

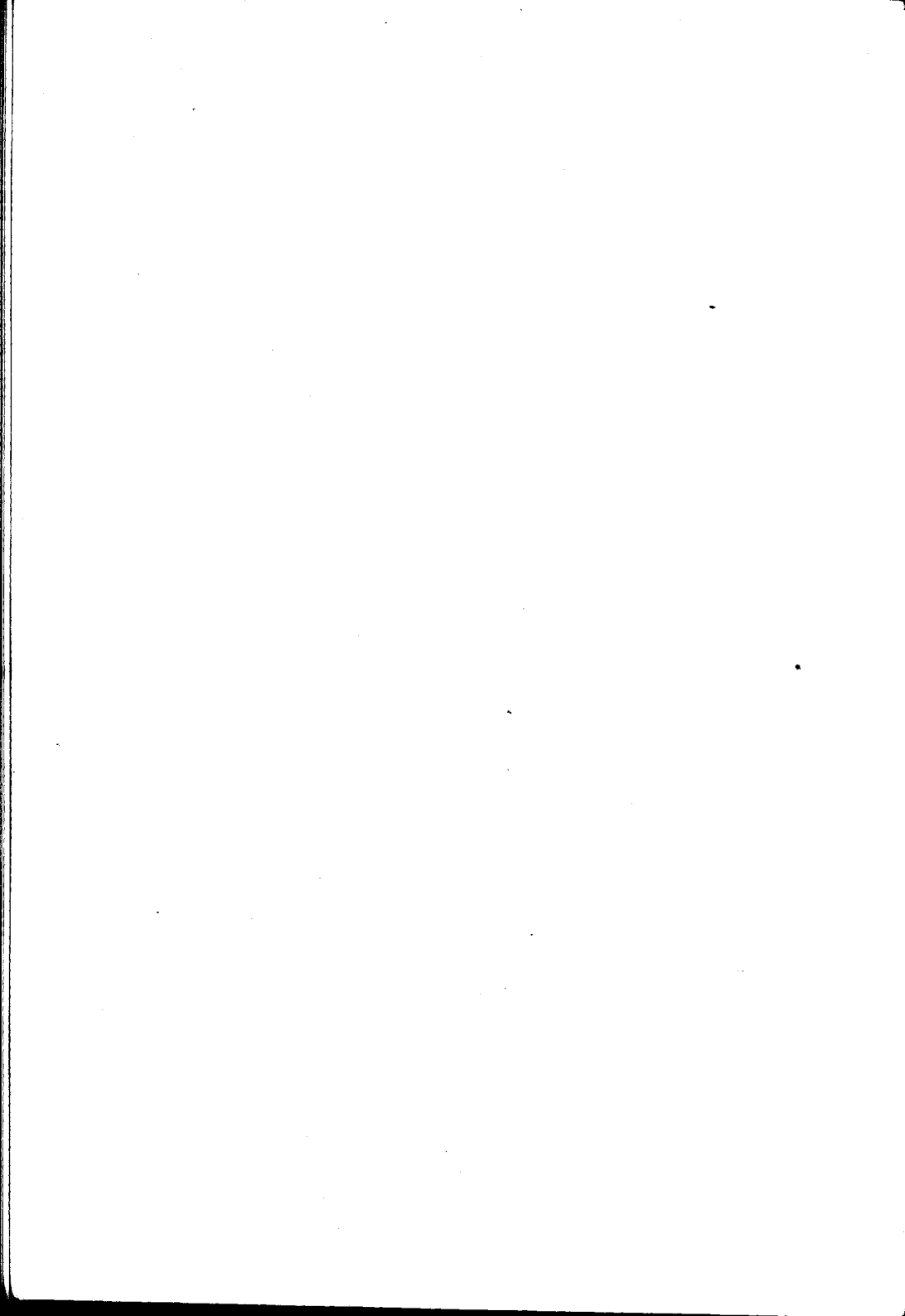
Histológicamente este tumor tiene un aspecto uniforme compuesto de fibras entrecruzadas y de células más o menos abundantes fusiformes que presentan núcleos largos, delgados o costeados. Los vasos sanguíneos son pocos y de paredes bien constituídas. Los elementos celulares que lo forman pueden ser a veces de difícil diferenciación con los sarcomas; los principales datos en favor de un tumor benigno son: la uniformidad de las células, la ausencia de figuras mitóticas y de vasos sanguíneos de nueva formación y sobre todo la historia clínica de la enferma. Los miomas del ovario son tumores raramente observados no existiendo sino cuarenta y cinco casos en la literatura médica según Basso.

Sarcoma de ovario — Los sarcomas del ovario son tumores algo raros varían mucho de tamaño, pueden ser del volu-

men de una naranja pequeña y hasta llegar a ocupar toda la cavidad del abdomen. Su superficie es lisa o lubulada de consistencia blanda a pesar que el fibro-sarcoma puede ser algo resistente. En estos tumores se encuentran casi de una manera invariable la degeneración quística; en estas zonas invadidas por la degeneración las hemorragias son muy frecuentes. El corte de uno de estos tumores recuerda el aspecto de la masa cerebral estando estos tumores por regla general insertos por un largo pedículo a veces intraligamentoso. Con frecuencia se establecen adherencias con los órganos vecinos.

Caracteres histológicos — Estos tumores están formados en los adultos por células fusiformes mientras que en los niños la variedad de células redondas es la que los constituye. El sarcoma fusiforme está caracterizado por la abundante cantidad de células en forma de uzo y gran número de vasos neoformados cuyas paredes están formadas por las células del tumor. Los núcleos de estas células son fusiformes u ovals regulares en tamaño y en propiedades colorantes. El sarcoma de células redondas presenta un aspecto más uniforme que el de células fusiformes; compuesto de células redondas u ovals estrechamente agrupadas que poseen núcleos redondos u ovals bien teñidos y muchos de los cuales presentan figuras carióquineticas. Los vasos capilares corren en todas direcciones y con frecuencia se observan venas grandes y dilatadas.

Tumores mixtos del ovario — Para concluir con el estudio de las neo-formaciones que es asiento éste órgano, diremos que existe un grupo mixto de tumores en los cuales parece coexistir una neo-formación independiente tanto del tejido conectivo como del epitelio y que pueden ser malignos como a veces también benignos.



CAPITULO III

TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES OVÁRICAS

Tratamiento médico — El tratamiento médico de las afecciones ováricas tiene sus principales indicaciones en el reposo sobre todo en lo que ha función sexual se refiere y tratar de combatir los fenómenos inflamatorios agudos con irrigaciones vaginales calientes con bolsa de hielo al vientre y tratar que el vientre de la enferma funcione con regularidad.

El masaje, procedimiento de grandes recursos según Brandt y Stafer, es un procedimiento sobre el cual debo confesar, no tener mayor opinión formada ya que en los servicios hospitalarios la gran cantidad de enfermos no permiten experimentar debido a la lentitud de realizarlo y de sus resultados; sin embargo creo lógico que de él se pueda sacar ventajas, sobre todo en ciertas afecciones sub-agudas o crónicas del aparato genital.

Tratamiento quirúrgico

Una vez fracasado todo el tratamiento médico serio a la cual se ha sometido una enferma con el objeto de recuperar su salud, debemos recurrir al tratamiento quirúrgico que sin duda alguna será brillante en sus resultados inmediatos mejorando rápidamente todos los malestares de la enferma, sobre todo el síntoma dolor que es el más molesto.

Pero sin embargo debemos ser prudentes en la ablación de órganos cuya función tienen un inmenso valor para la salud de la enferma. Desgraciadamente, es a costa de la mutilación de enfermas en plena vida genital que la fisiología se ha enriquecido y que en posesión de los datos por ella suministrada se halla basado la terapéutica conservadora de estos órganos. Conforme con lo predicho es que Yayne había hecho ver en el año 1896 los trastornos ocasionados en las enfermas sometidas a la ablación de sus ovarios como remedio soberano de sus males, trastornos mayores que los males que se pretendían curar en ellas y al mismo tiempo hacía concebir en su preclaro intelecto la existencia en esta glándula de una secreción interna cuya supresión brusca traería aparejada todos los trastornos que hoy conocemos con el nombre de insuficiencia y concluía su trabajo preguntándose si no sería más útil respetar los ovarios en el curso de las operaciones ginecológicas.

Cirugía conservadora de ovario. Historia. Concepto de ella

Historia — Ya antes de conocer estos trabajos de Yae, ginecólogos de nota se preguntaban en la época en que la cirugía mutilante se generalizaba si se justificaría plenamente en el porvenir esta manera de tratar radicalmente órganos tan importantes. Merecen citarse a este respecto los nombres de Schoeder y de Williams L. Polk. Este último ginecólogo de la Escuela Americana, en 1886 escribía los siguientes claros y previsoros conceptos: (Nos interesa mucho el ser cautos en intervenir quirúrgicamente en estas trompas con salpingitis aguda a menos que se trate de combatir una peritonitis aguda que amenaza generalizarse; pero en los casos crónicos cuando se han empleado otros medios que han resultado insuficientes, toda paciente tiene derecho a aquellos medios de tratamiento que pueden proporcionarle una mejoría por medio de una laparatomía). “En nuestro interés en pro de los medios conservadores podemos esperar que no siempre será necesaria la extirpación de las trompas y ovarios pues, quien puede asegurar que el cirujano no pueda encontrar medios gracias a los cuales estos órganos pueden ser tratados de modo que recuperen la salud sin despostrarlos siempre de las posibilidades d una maternidad?”.

En Francia los nombres de Pozzi, de Momproft son de todo el mundo conocidos siendo los principales trabajos del primero, aquellos que están relacionados al empleo de la inig-

puntura en el tratamiento de la oforitis crónica y en los ovarios microquísticos. En Alemania, Martín ha sido el defensor más caluroso de las teorías conservadoras. En los Estados Unidos el trabajo iniciado por Polk ya citado ha sido continuado por Dudley, Kelly y Wylie.

En nuestra escuela la mayoría de los ginecólogos tienden a ser conservadores, pudiendo citar los nombres de Zárate, Chueco, Salvador J. Passeron, Sobre Casas por no mencionar sino algunos que tienen trabajos en pro de la ginecología conservadora.

En merced de todos estos trabajos la cirugía conservadora ha avanzado naturalmente y que lo que ayer se consideraba altamente conservador hoy se considera como medida ordinaria y a medida que los conocimientos avanzan y la técnica se perfecciona las ideas conservadoras tienden a problemas más difíciles. Estos datos expuestos denominaremos operaciones conservadoras de ovarios y trompas, (“aquellos procedimientos de tratamiento de afecciones pelvianas por los cuales órganos capaces de actividad funcional y por lo tanto útiles al cuerpo son respetados mejor que sacrificados en el curso de una intervención ginecológica”) (Kelly, Cirugía abdominal, 1914).

De esta manera se evita una mutilación y se conserva la función. Pasaremos en revista las funciones que son respetadas por los métodos conservadores: 1.º maternidad, 2.º menstruación, 3.º secreción interna, 4.º instinto sexual.

Todos sabemos que para que la función maternidad se efectúe es menester la relación anatómica y el mutualismo de función que normalmente existe; pero que aún es posible la maternidad en el caso que sometida una enferma a una intervención quirúrgica se conserve un ovario y trompa aunque sean de lados opuestos.

La menstruación es conservada siempre que se respete un ovario o una parte de él; esta función pudiendo prescindir de ambas trompas para efectuarse. *Secresión interna e instinto sexual* respetadas conservando los ovarios o parte de la glándula; las trompas de Falopio no influyendo en nada. De lo que podemos llegar a la conclusión que en orden de importancia los órganos que deben ser respetados son en primera línea el *ovario*, luego la *matriz* y por último las *trompas*.

Las operaciones conservadoras admitidas son las siguientes: 1.º conservación de ovarios que contengan grandes quistes de los folículos de De Graf; 2.º conservación de ovarios que contengan grandes quistes del cuerpo lúteo; 3.º conservación de ovarios que contengan un hematoma o un fibroma pequeño; 4.º conservación en algunos casos del ovario del mismo lado en un embarazo intrauterino; 5.º conservación de un ovario sano con una trompa sana del lado opuesto; 6.º fijación de un ovario en vez de extirparlo; 7.º liberación de la trompa y ovarios adherentes con tal que las adherencias no sean demasiado fuertes y no hayan lesionado los órganos.

A lo que podemos agregar en lo que ha conservación de útero y trompa se refiere: sustitución de la histerectomía por

la miomectomía en casos apropiados. Desagües por la vagina de un absceso de la pelvis. Drenaje por vagina del hematocoele producido por ruptura de un embarazo estrañterino cuando aquel no se encuentra en un período de activo desarrollo.

Nos falta y este es el tópicó más debatido, la conducta a usar en los procesos inflamatorios agudos. La pregunta siempre a responder es ésta: Si la enferma en la cual se emplea una terapéutica quirúrgica conservadora sus órganos respetados de integridad dudosa seguirán enfermos o curarán?

Las contraindicaciones que tienen estos métodos conservadores son las siguientes: la edad y la naturaleza del proceso.

Indudablemente la edad es un factor que se tiene que tener siempre en cuenta precisamente en órganos que tienen un plazo fijo de función beneficiosa para el organismo. Pasados los 45 años, poco o nada tienen de importancia estos órganos. La enfermedad impone también una valla muchas veces a la cirugía conservadora y es sobre este punto que sus destructores hacen hincapié. El problema que se suscita es el siguiente: frente de una neoplasia de carácter maligno de ovario, estando el otro ovario en apariencia sano, que conducta debe seguirse?

La posibilidad de que este órgano en apariencia sano esté enfermo y obligue a la enferma a reoperarse es la causa de que muchos ginecólogos opten por no ser conservadores, sin embargo es mucho más prudente que el hecho previsto a la

enferma, se deje el ovario en su sitio y se reopere al menor síntoma de reproducción de la neoplasia.

En apoyo de esta tesis tenemos el caso citado por Spencer Wells que en el curso de una operación de un quiste de ovario de naturaleza dudosa respetó el del lado opuesto y al cabo de varios años la enferma en la cual sus funciones se habían restablecido era madre de numerosas criaturas.

Técnica del tratamiento quirúrgico conservador de ovario

No está en mi ánimo entrar a estudiar la técnica operativa que sobre cirugía conservadora existe; mi poca experiencia, mi poco bagaje científico no me habilitan para ello, sino exponer el criterio con que se trataban las afecciones aniciales quirúrgicamente en la Sala de Ginecología del Hospital Alvear, Servicio del doctor Sobre Casas y el resultado funcional, bueno por cierto, obtenido.

Preparación de enferma. Vía de elección. Tratamiento post-operatorio — Purgada la enferma la víspera previo baño caliente general se practicaba una cura aséptica de la piel del abdómen. Las enfermas sospechadas cardíacas, o en la suposición que el corazón flaqueara por la extirpación de un voluminoso tumor, se le administraba la víspera una dosis conveniente de digitalina.

La vía elegida para las intervenciones sobre ovarios generalmente era la abdominal que ilustrando más sobre la lesión de los órganos permite una terapéutica más racional.

La anestesia utilizada es la anestesia general por el cloroformo y la incisión practicada siempre, la incisión de Pfannenstiel.

Ventajas de la incisión de Pfannenstiel—Ante todo es una incisión estética punto importante a considerar y que debido a no observarse jamás keloides ni eventraciones, se obtiene una cicatriz ideal, invisible. Que durante el acto operatorio contiene perfectamente la masa abdominal permitiendo trabajar con mayor comodidad al cirujano. Que la solidez de la cicatriz da la posibilidad de levantarse a la enferma a los pocos días de operarse.

La objeción que a esta incisión se le hace de dar poco campo es muy relativa y depende más que todo de la habilidad del cirujano. No hemos observado la necrosis de la hoja aponeurótica que algunos cirujanos dicen haber observado ni inconvenientes en lo relativo al drenaje.

Las contra-indicaciones que creo formales contra esta incisión son las supuraciones pelvianas, los tumores muy voluminosos y los epitelomas del ovario que por su ruptura podría producir ingertos peritoneales fracasando el éxito de la intervención.

El drenaje usado en los casos en que estuviera indicado era siempre el drenaje abdominal efectuado por una compresa

de gasa que se movilizaba a las 48 horas y que se retiraba del quinto al octavo día según las indicaciones del caso. Un pequeño drenaje subcutáneo en los extremos de la incisión evitaban el hematoma que generalmente trae la difícil hemostasia del tejido celular en la incisión de Pfammenteil.

La sed tan molesta en estas operadas se combate por medio de la protoclisis de Murphy que evita las molestias de las inyecciones de suero subcutáneo dolorosas y los vómitos ya que la enferma no ingiere el líquido por vía bucal; la sed calmada por la absorción de líquido que por vía rectal puede tolerarse en gran cantidad (2 litros y aún más de solución salina en las 24 horas).

Permítesele a la enferma ingerir líquidos pasadas las primeras 24 horas (thé frío con preferencia) no dándose por regla general leche por el inconveniente de provocar gases tan molestos en estas enfermas.

Purgada la enferma, al cuarto día se le permite alimentarse si está en estado apiréptico levantándolas por regla general a los 12 a 15 días de operada; esto en los casos en que la herida hubiera cerrado por primera intención.

Conducta seguida en algunos procesos patológicos — En los quistes del folículo de De Graf y en los del cuerpo lúteo como en ellos no está afectada la integridad del parenquima ovárico se exciden simplemente los quistes. En los quistes dermoides se extirpan ellos tratando de respetar en lo posible el tejido ovárico. Concluiremos diciendo que no por el

hecho de ser más fácil extirpar el anexo completo debemos hacerlo en casos de adherencias, tubo ováricas; en efecto debemos liberar estas adherencias con el mayor cuidado posible tratando de no lesionar los órganos para poder conservar el ovario.

Que en las ligaduras que en el tejido ovárico tengamos que hacer en el curso de estas intervenciones hacerlas de manera que conserven en lo posible la circulación y por ende la vitalidad del tejido ovárico; que tenemos que tener gran cuidado en hacer la hemostasia de las superficies cruentas, pues una hemorragia post-operatoria fracasaría el beneficio obtenido por una intervención conservadora.

CONCLUSIÓN

Debemos ser prudentes en la ablación de órganos cuya función tiene un inmenso valor para la salud de la mujer y para el desempeño de todos los deberes que la vida contemporánea les obliga; pero teniendo siempre presente en nuestro espíritu la divisa de Sett Gordon: que la cirugía conservadora tiene por objeto restablecer la salud de la enferma pero no conservar a todo precio una glándula inútil y enferma.



Observaciones Clínicas



OBSERVACION I

Hospital Alvear — Sala 4 — Servicio del Doctor C. Sobres Casas.

Nombre: Concepción Vilarosa; Edad: 30 años; Estado: casada; Italiana.

Diagnóstico — Absceso doble del ovario. Tratamiento: Drenage.

Antecedentes ginecológicos — a) Abortos: No ha tenido. Hijos: Ha tenido 5, de los cuales viven 3.

Infección uterina: Ha tenido temperatura después de su último parto en que expulsó un feto muerto de término.

Síntomas de insuficiencia — Alteraciones psíquicas. Hay cambio de carácter, irritabilidad. Desapego por sus hijos. Cefaleas: continuas.

Menstruación — Empezó a reglar a los 14 años, reglas indoloras de 2 a 3 días de duración, poco abundantes.

Alteraciones funcionales después de su enfermedad—Ha tenido una metrorragia de 3 días de duración que cedió al tratamiento médico.

Examen clínico — Aparato cardíaco vascular: Normal.
Aparato respiratorio: Normal.
Aparato digestivo: Constipada.

Aparato urinario: Cistitis (Posiblemente blenorragica).
Sistema nervioso — Normal.
Dolores: Localizados en toda la región infraumbilical.
Defensa muscular muy marcada. Hiperestesia.

Examen ginecológico — Perine: Completo. Vagina: Normal.

Utero: Cuello ligeramente hipertrópico con lesiones propias de una cervicitis (flujo ectropión de mucosa, etc.)

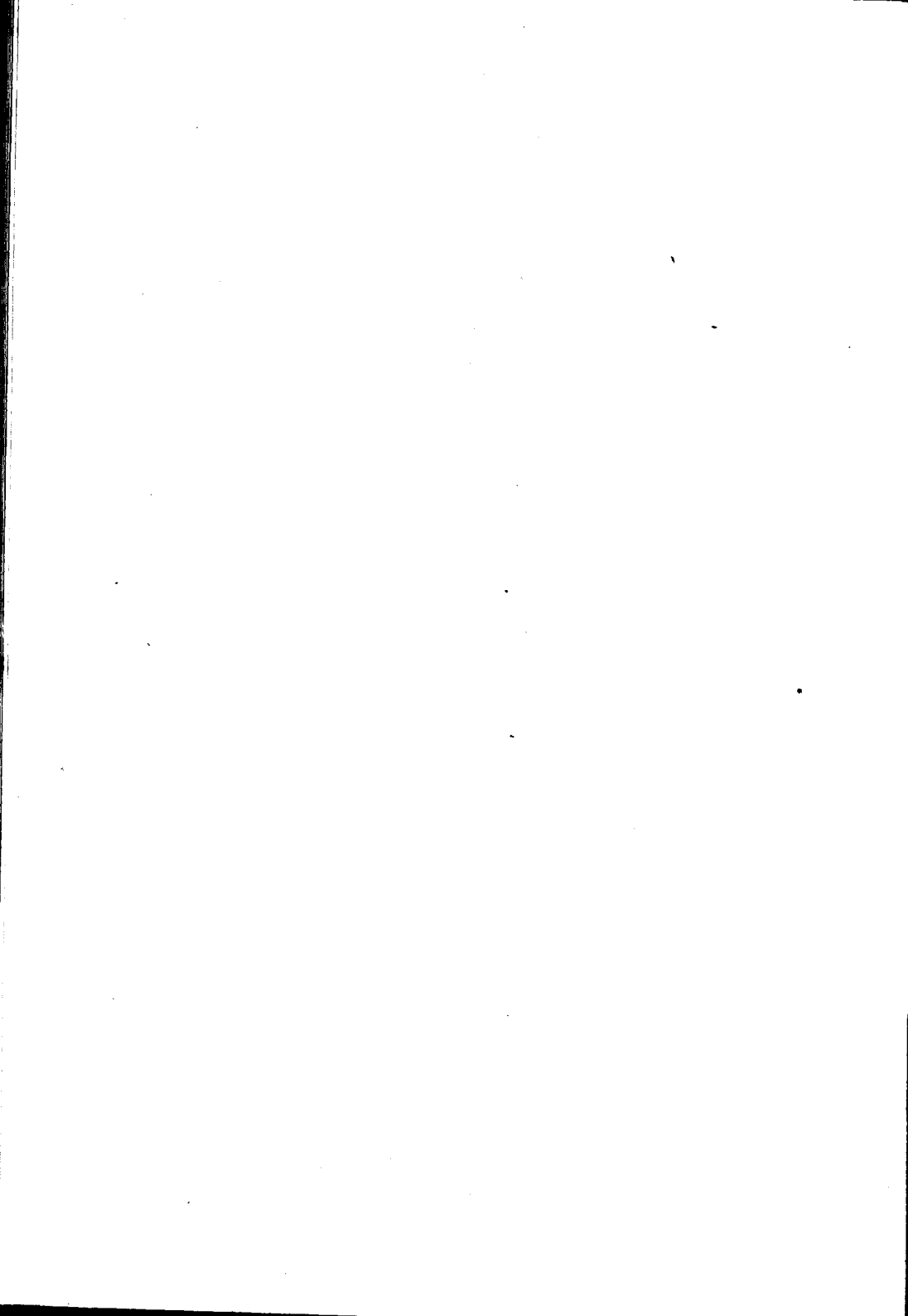
Cuerpo: Posición ligera anteflexión, fijo.

Fondos de saco: Dolorosos, dan su sensación de empataimiento, ocupado sobre todo el Douglas.

Después de hacerle tratamiento médico, pasada la faz aguda, se interviene.

Anestesia clorofórmica: Op. Dr. Sobre Casas. Ayudante, F. Carranza. Infusión de Pfannenstiel. Puesta la enferma en posición de Trendelenburg, una vez la cavidad peritoneal abierta se exploran los anexos encontrándose *absceso de ovario doble*. Aislados convenientemente se inciden y drenan como

si se tratara de un abceso cualquiera, se deja en cada ovario un drain por espacio de 5 días y otro que va al Douglas. Esta enferma tuvo un curso post-operatorio feliz. Retirado al 8.º día su drain central, la herida curó por primera. Esta enferma intervenida hace próximamente tres años, ha tenido un resultado funcional excelente. Las funciones menstruales se efectúan sin el menor trastorno.



OBSERVACION II

Hospital Alvear -- Sala 4. -- Servicio del doctor Sobre Casas.

Nombre: Isabel de Ferrero. Española. Casada. 28 años de edad.

Diagnóstico -- Retroflexión Anexitis izquierda.

Antecedentes ginecológicos -- Abortos: No ha tenido. Ha tenido 1 solo hijo. Parto último distocico al cual la enferma atribuye el mal presente.

Infección uterina: No ha habido.

Síntomas de insuficiencia -- Alteraciones psíquicas: Ha tenido antes de casarse. Intelectuales: No. Cefaleas: Ha tenido intensas. Sensación de calor en la cara. Adelgazamiento.

Menstruación -- Comenzó a reglar a los 16 años. Reglas en pequeña cantidad, indoloras y de 2 a 3 días de duración.

Alteraciones funcionales después de la enfermedad actual— Después de su último parto las reglas son más abundantes y dolorosas.

Examen clínico — Aparato cardíaco vascular: Normal.

Aparato circulatorio: Normal.

Aparato digestivo: Anorexia y constipación.

Aparato urinario: Uretritis y cistitis.

Aparato locomotor y nervioso: Normales.

Estado de nutrición: Bueno.

Dolores: En todo el vientre, intenso en el bajo vientre con irradiación hacia la raíz de los muslos, dolor fuerte en la región sacra, cocigodinea. Sensación de peso e incomodidad en la marcha.

Coito: Sumamente doloroso.

Enfermedad actual —Abdomen: A la inspección nada de anormal.

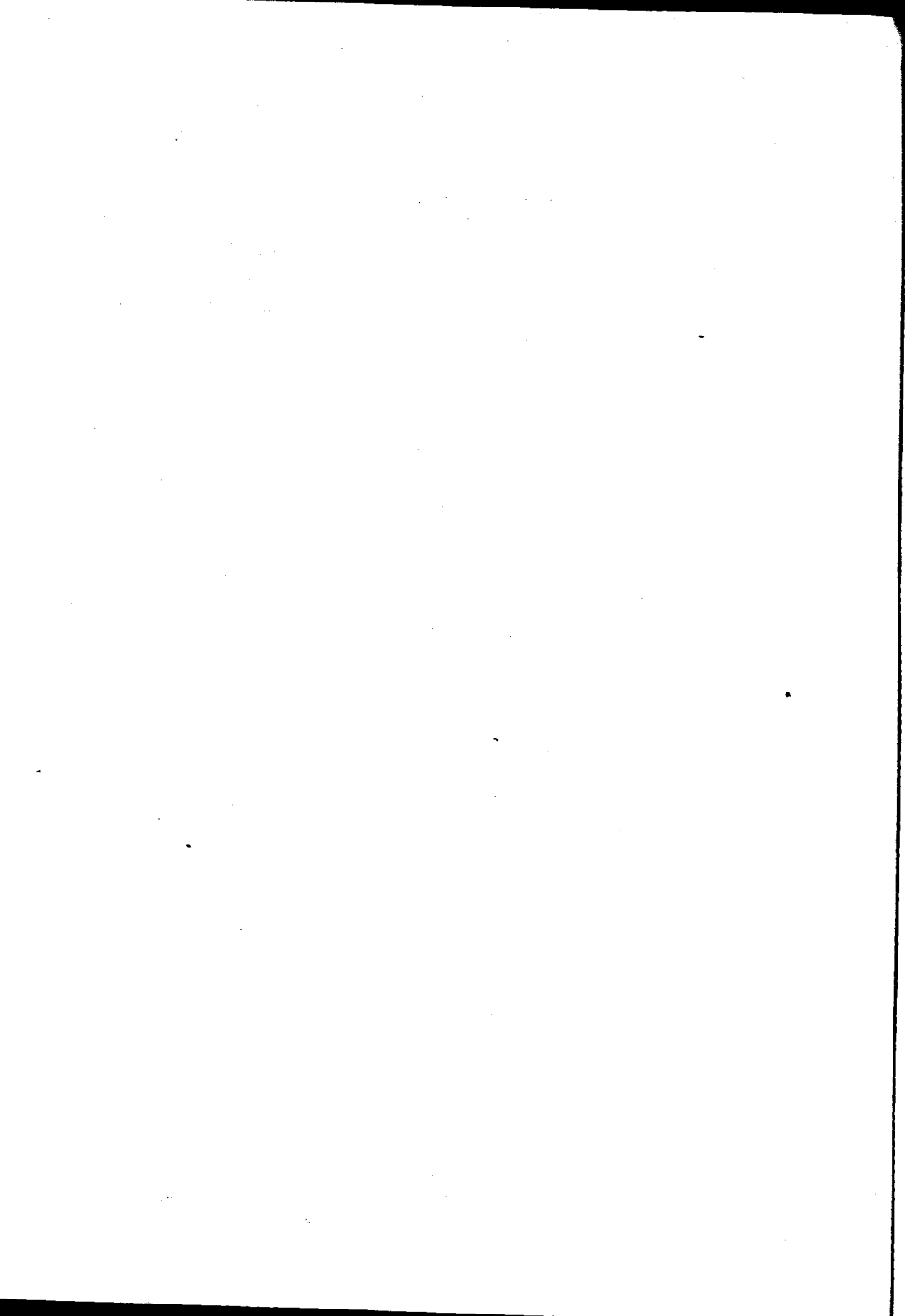
Palpación: Doloroso en ambas fosas ilíacas sobre todo la izquierda. Defensa: No hay hiperestesia. Percusión: Vientre ligeramente timpanizado.

Examen ginecológico —Periné: Completo. Utero. Cuello. Cicatriz de desgarradura antigua. Pequeña ulceración.

Cuerpo: Posición retroflexión móvil por relajación de ligamentos de sostén.

Fondos de saco: Anterior y lateral derecho libre. En el Douglas se palpa el cuerpo interior, el fondo de saco izquierdo, empastado doloroso, sobre todo en punto que se presume ovario.

Intervención — Operador: Dr. Sobre Casas. Ayudante: Carranza. Se hace incisión Pfannenstiel, se reconocen los anexos: derechos normales, en el izquierdo ovario aumentado de volumen por un pequeño quiste. Se abre el ovario en dos, previamente aislado del campo operatorio, se ve un quiste de el *cuerpo amarillo*, se excienden y luego se hace un surget. Se acortan los ligamentos anchos, por plegamiento y se cierra el vientre que cura por primera. Esta enferma observada igualmente que la anterior, al año de sufrida la intervención, acusa sus funciones normales y un estado de salud inmejorable.



OBSERVACION III

Hospital Alvear — Sala 4. — Servicio del Doctor C. Sobre Casas.

Nombre: Felicidad Caceres. 24 años. Española. Soltera.

Diagnóstico — Anexitis doble.

Antecedentes ginecológicos — Aborto: Refiere la enferma que dos meses antes de ingresar al servicio tuvo un aborto de 2 meses y medio. Por seguir perdiendo sangre y acusar temperatura al mes y medio de producido el aborto en su domicilio le practicaron un raspado. La metrorragia cedió. No así el dolor, que haciéndose más intenso, al decir de la enferma, a los 4 días del raspado, le obligan hoy a ingresar al servicio.

Infección uterina: La actual.

Síntomas de insuficiencia — Alteraciones psíquicas. Ha tenido siempre. Más acentuadas después del raspado. Cefaleas: Constante.

Alteraciones funcionales después de su enfermedad —

Después de su aborto: No ha vuelto a reglar.

Examen clínico — Aparato cardio vascular: Normal.

Aparato respiratorio: Normal.

Aparato digestivo: Constipada.

Aparato urinario: Hay una cistitis de naturaleza gonococica.

Aparato locomotor: Normal.

Sostenes nerviosos: Normal.

Enfermedad actual — Dolores: Intensos, de toda la región infraumbilical. Gran defensa de hiperestesia cutánea. Dolores irradiados hacia la raíz de los muslos, cocigodinea.

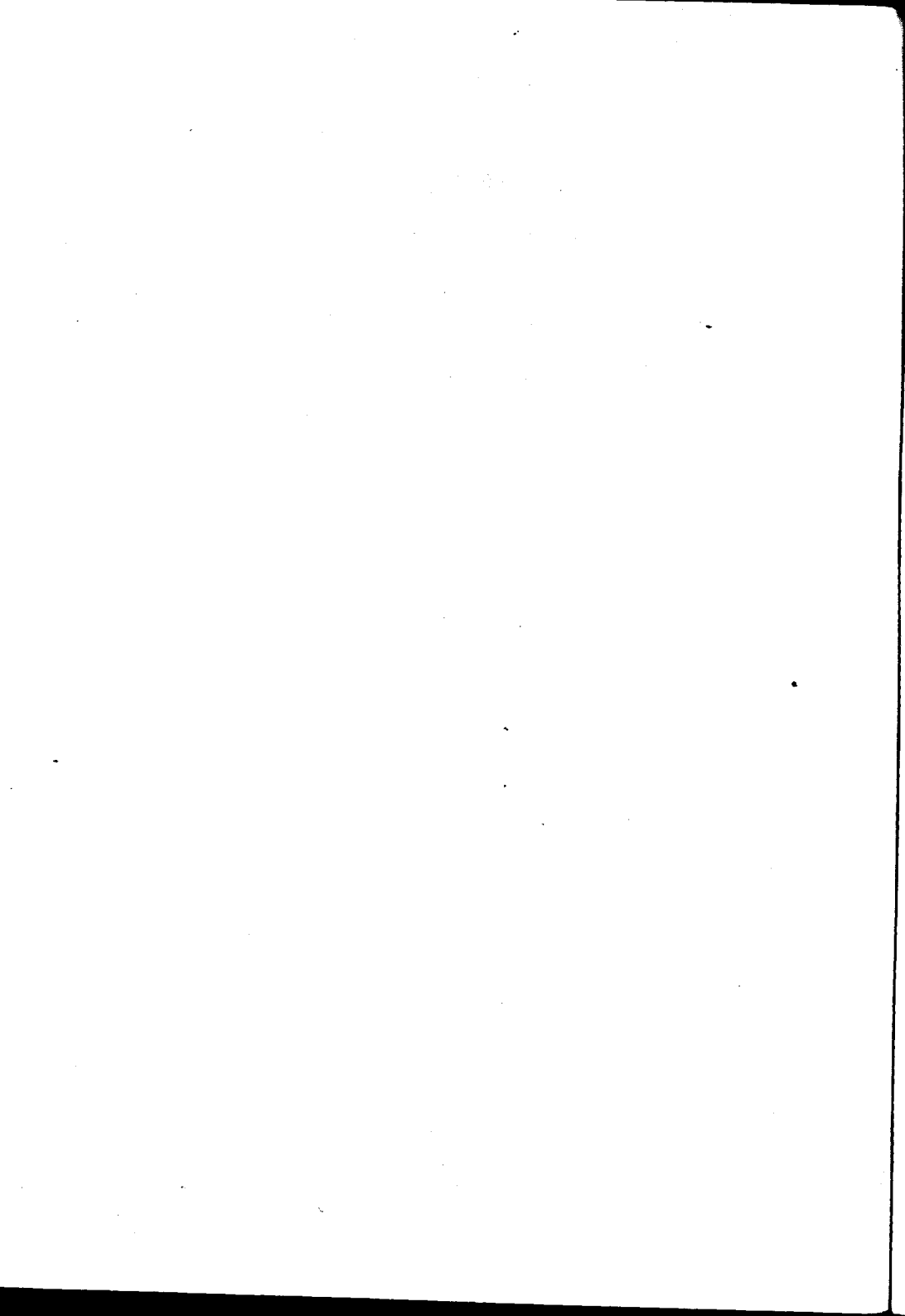
Examen ginecológico — Periné: Completo. Vagina: Vaginitis blenorragica. Haya tal...

Abierta la cavidad abdominal y explorado, se encuentra del lado derecho: Piosalpinx con lesión de ovario derecho y Apendicitis. Se hace ooforeosalpingectomia y apendicectomia, del lado izquierdo hay un absceso del ovario del tamaño de una mandarina. Se excinde y se drena. Este drenaje se acompaña con otro drain de gasa doble, que recubren la cara anterior y posterior del útero van al fondo del saco vesicouterino y al Douglas respectivamente. El drenaje de ovario se retira al 5.º día, el abdominal al 8.º Se mantiene el drenaje por diez días renovándolo cada 24 horas y la enferma se levanta a los 30 días de operada.

En esta enferma, en la cual se dejó tan solo un ovario de integridad dudosa, menstruó sin embargo al mes de operada. sin mayores trastornos y su estado general mejoró visiblemente.

Creemos justo hacer notar, que este es uno de los casos que las ideas conservadoras, son más debatidas, oponiéndole los no partidarios de estas ideas, la contingencia, que estos órganos permeaneciendo enfermos obligarían a la enferma a reoperarse.

Este caso sería pues la prueba más eficiente en favor de las ventajas obtenidas en esta enferma, que al proceder en otra forma le hubiéramos provocado una menopausia artificial, cuyos trastornos graves estarían en relación con la edad de la enferma.



OBSERVACION IV

Hospital Alvear — Sala 4.—Servicio del Doctor C. Sobre Casas.

Nombre: Juana García. Edad: 31 años. Casada. Italiana.

Diagnóstico — Degeneración quística de ambos ovarios.

Antecedentes ginecológicos — Aborto: No ha tenido. 3 embarazos a término antes de operarse.

Infección interna: Ha tenido fiebre puerperal en su último parto.

Síntomas de insuficiencia — Alteraciones psíquicas marcadas. Cefaleas a menudo. Adelgazamiento.

Menstruación: Empezó a reglar a los 15 años, reglas poco abundantes, dolorosas, de 3 a 5 días de duración.

Alteraciones funcionales después de su enfermedad—Reglas más profusas. Sumamente dolorosas que la obligan a guardar cama.

Examen clínico de la enferma—Aparato cardio vascular: Normal.

Aparato respiratorio: Normal.

Aparato digestivo: Colítica antigua.

Aparato urinario: Normal.

Sistema nervioso: Normal.

Dolores: Contínuos en el bajo vientre que aumentan con el ejercicio y que obligan a guardar cama a la enferma durante sus períodos menstruales.

Examen ginecológico — Periné: Incompleto. Desgarradura de las elevadores del ano. Ligero rectocele. Utero. Cuello: Ulcerado. hipertrófico con cicatriz de una desgarradura antigua.

Cuerpo: En ligera anteflexión fija, no dolorosa.

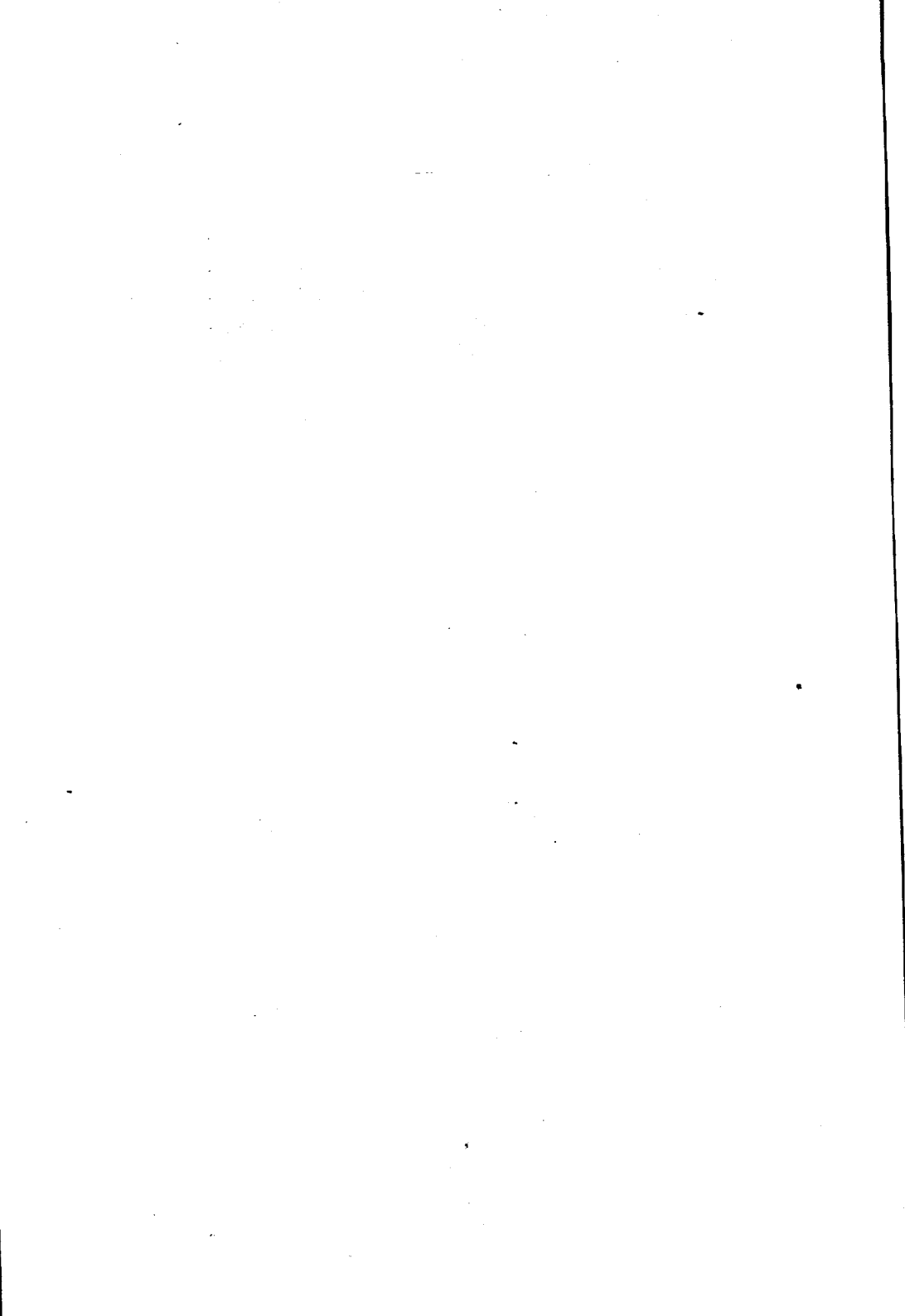
Fondos de saco: En ambos se palpan con facilidad las zonas que corresponde a los ovarios dolorosos.

Intervención — Operador: Dr. C. Sobre Casas. Ayudante: Carranza.

Laparatomía: Incisión Pfannenstiel. Abierta la cavidad abdominal, posición de Trendelenburg. Explorados los anexos se encuentra el derecho sumamente adherido a los órganos vecinos presentando el ovario una degeneración esclero quística previa liberación de adherencias se extirpa este anexo. El anexo izquierdo se libera de las adherencias, y se le pun-

cionan los pequeños quistes con termocauterio previo aislamiento del ovario del campo operatorio. Se deja un drain. Marcha post operatoria. Esta enferma cuyas funciones menstruales se restablecieron. Tuvo un embarazo al año de operada que evolucionó sin incidencias. Su salud es actualmente perfecta.





Buenos Aires, Junio 15 de 1914.

Nómbrase al señor académico doctor Diógenes Decoud, al profesor titular doctor Marcelo Viñas, y al profesor suplente doctor Jaime Salvador, para que, constiuidos en comisión revisora, dictamine respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.

Secretario.

Buenos Aires, Junio 24 de 1914.

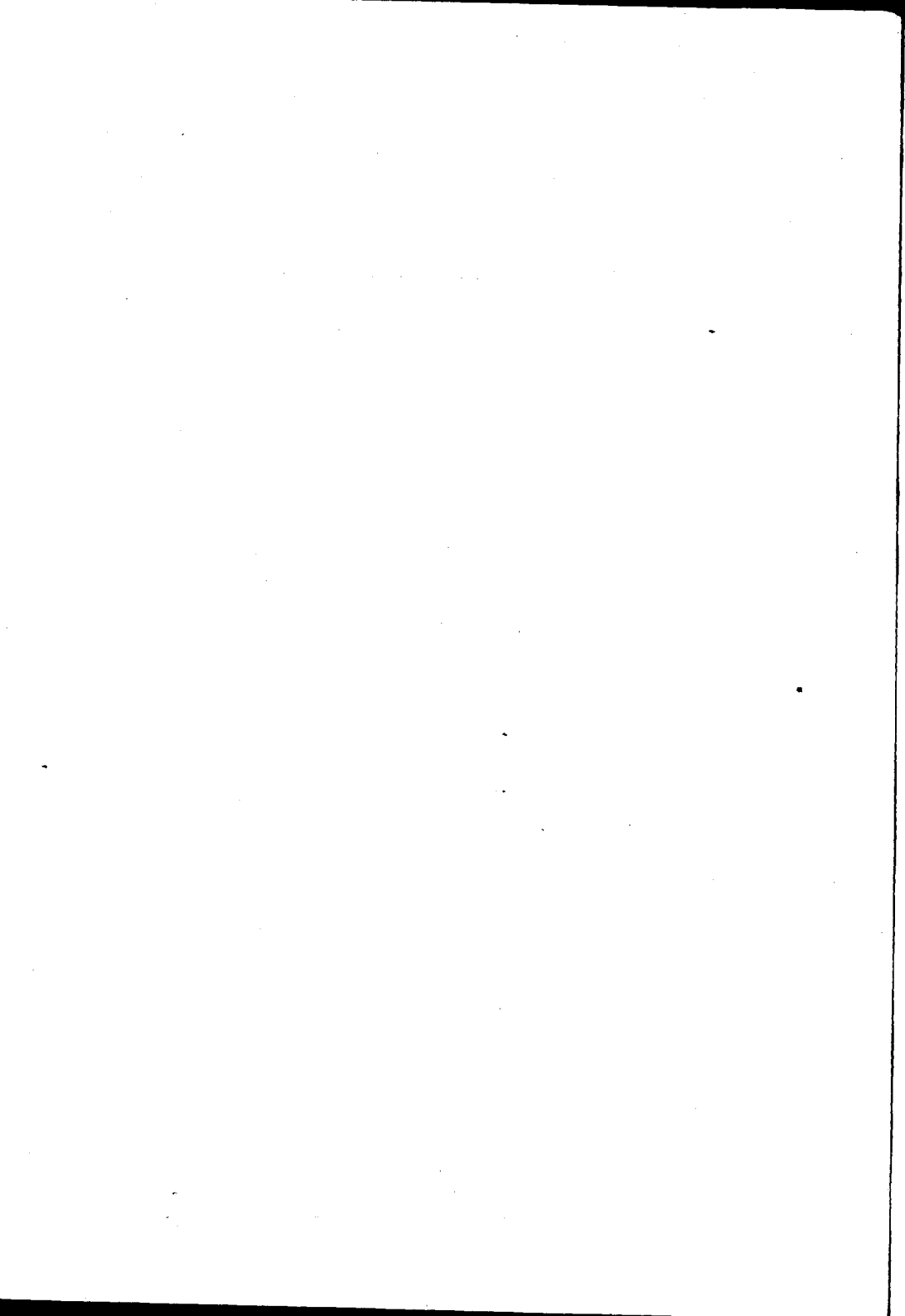
Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2840 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou.

Secretario.

30600



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Resultados de la experimentación con el ingerto ovárico.

D. Decoud.

II

Indicaciones de la extirpación del ovario.

Marcelo Viñas.

III

Resultados del auto-ingerto ovárico subcutáneo.

Jaime Salvador.

