



Dir. B. G. G. 6

Año 1914

Núm. 2760

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

La insuficiencia ovárica

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN E. CARULLA

Ex-practicante externo del Hospital Rawson 1909-1910

Ex-practicante menor de la Asistencia Pública 1910-1911

Ex-practicante menor del Hospital Alvear y mayor de la Asistencia Pública
1912-1913

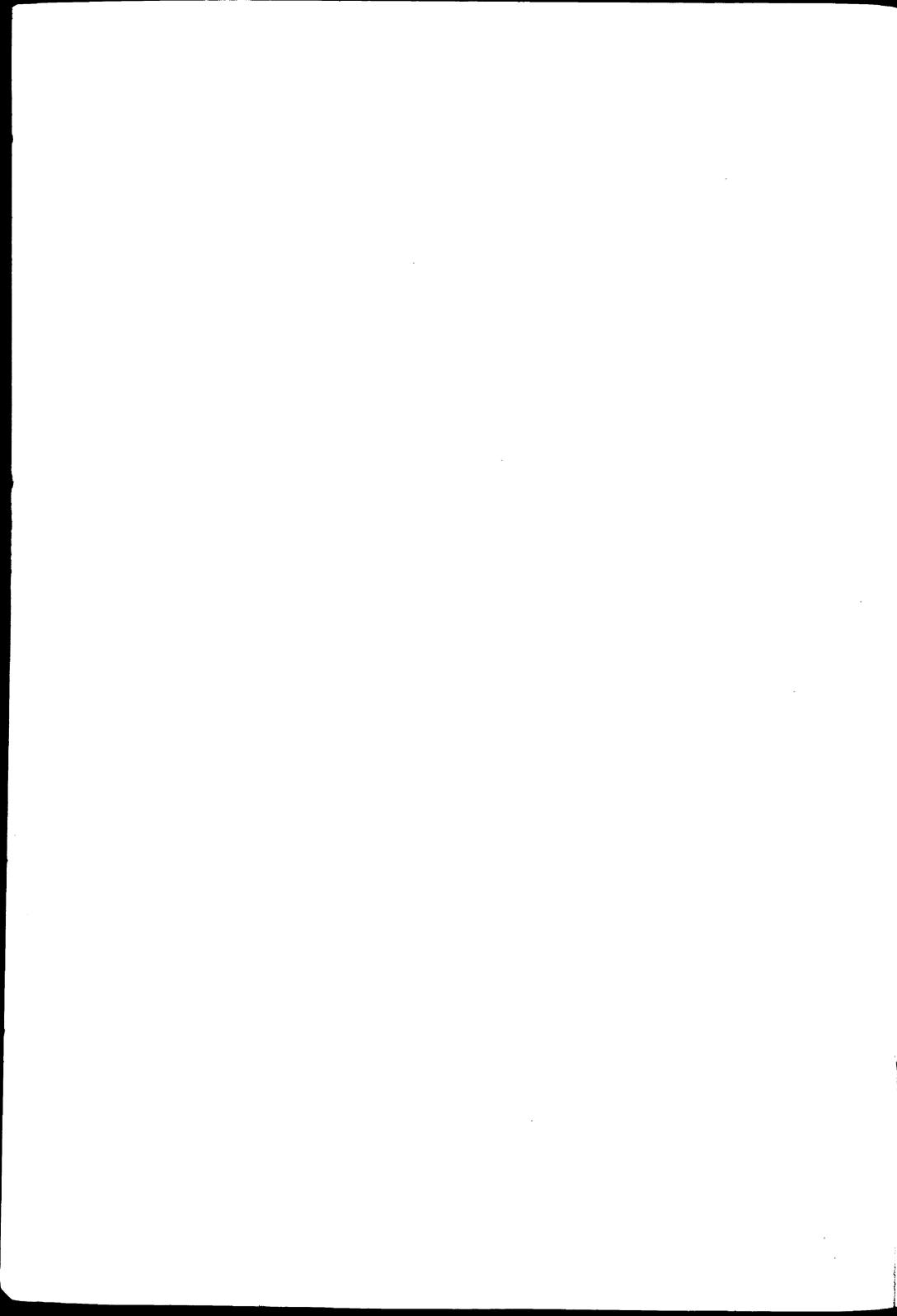


BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRÁFICO "RIACHUELO" — ALMIRANTE BROWN 1076

1914

LA INSUFICIENCIA OVARICA



AÑO 1914

NÚM. 2760

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

La insuficiencia ovárica

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

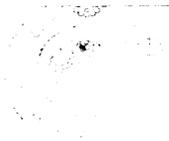
POR

JUAN E. CARULLA

Ex-practicante externo del Hospital Rawson 1906-1910

Ex-practicante menor de la Asistencia Pública 1910-1911

Ex-practicante menor del Hospital Alvear y mayor de la Asistencia Pública
1912-1913



BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRÁFICO "RIACHUELO" ALMIRANTE BROWN 1076

1914

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. " " JACOB DE TEZANOS PINTO
3. " " EUFEMIO UBALLES
4. " " PEDRO N. ARATA
5. " " ROBERTO WERNICKE
6. " " PEDRO LAGLEYZE
7. " " JOSÉ PENNA
8. " " LUIS GÜEMES
9. " " ELISEO CANTÓN
10. " " ENRIQUE BAZTERRICA
11. " " ANTONIO C. GANDOLFO
12. " " JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. " " DANIEL J. CRANWELL
14. " " HORACIO G. PIÑERO
15. " " JUAN A. BOERI
16. " " ANGEL GALLARDO
17. " " CARLOS MALBRAN
18. " " M. HERRERA VEGAS
19. " " ANGEL M. CENTENO
20. " " DÍGENES DECOUD
21. " " BALDOMERO SOMMER
22. " " FRANCISCO A. SICARDI
23. " " DESIDERIO F. DAVEL
24. " " DOMINGO CABRED
25. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

- DR. D. DANIEL J. CRANWELL
" " MARCELINO HERRERA VEGAS

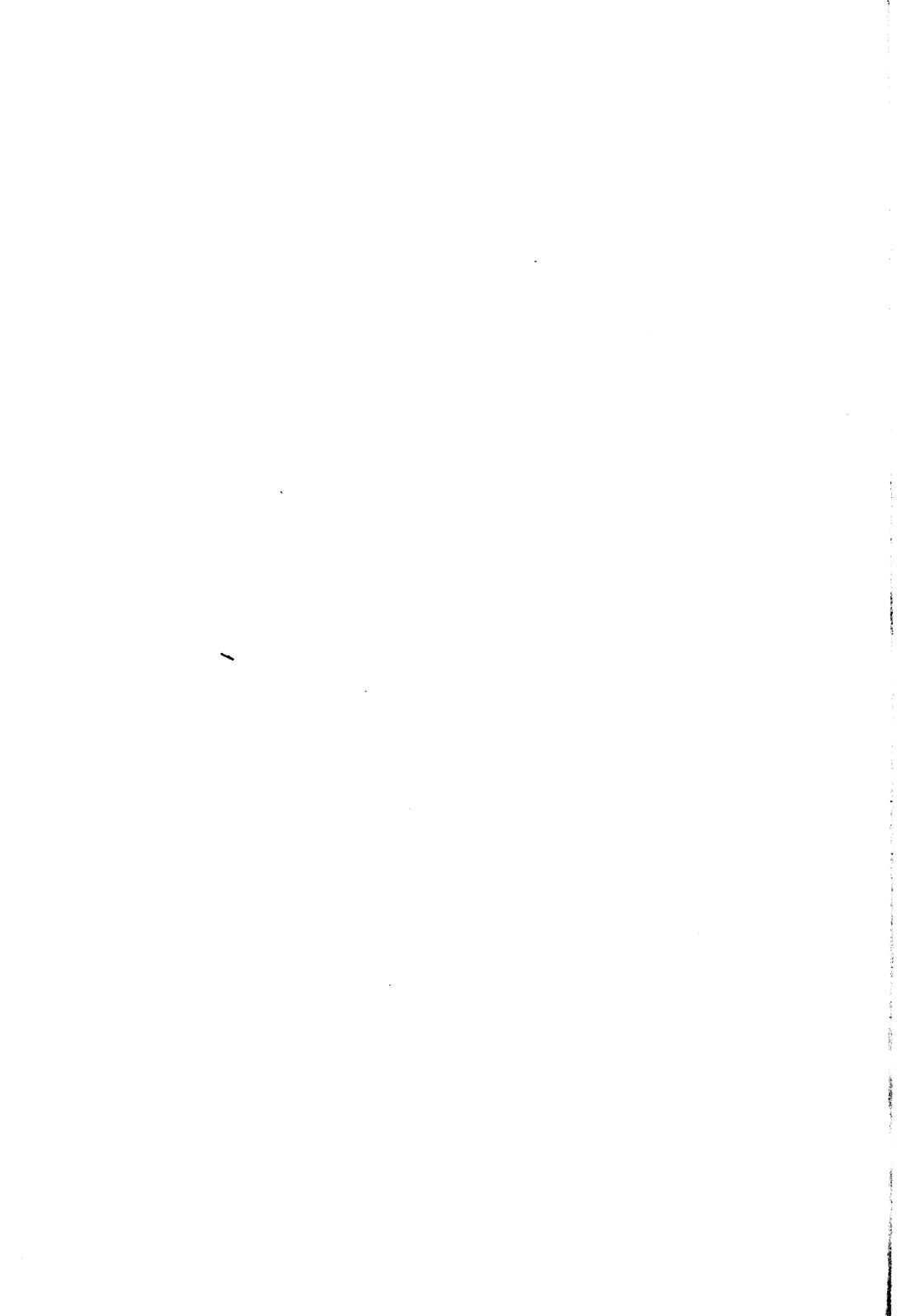


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. „ „ TELÉMACO SUSINI
2. „ „ EMILIO R. CONI
3. „ „ OLHINTO DE MAGALHAES
4. „ „ FERNANDO WIDAL



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Decano

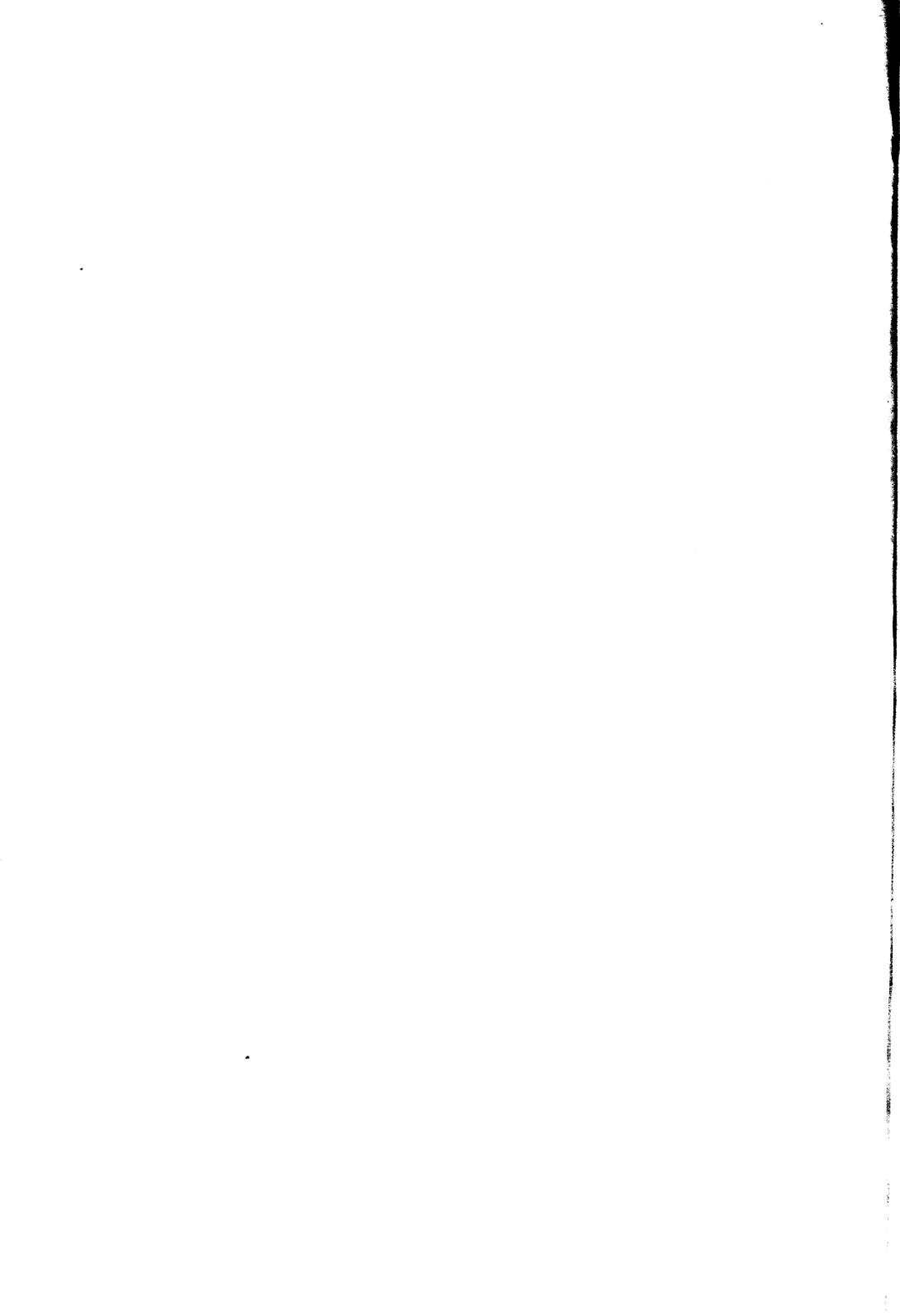
DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
" " FRANCISCO SICARDI
" " TELÉMACO SUSINI
" " NICASIO ETCHEPAREBORDA
" " EDUARDO OBEJERO
" " LUIS GÜEMES
" " ENRIQUE BAZTERRICA
" " JUAN A. BOERI (suplente)
" " ENRIQUE ZÁRATE
" " PEDRO LACAVERA
" " ELISEO CANTÓN
" " ANGEL M. CENTENO
" " DOMINGO CABRED
" " MARCIAL V. QUIROGA
" " JOSÉ ARCE
" " ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
" " JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

,, J. T. BACA

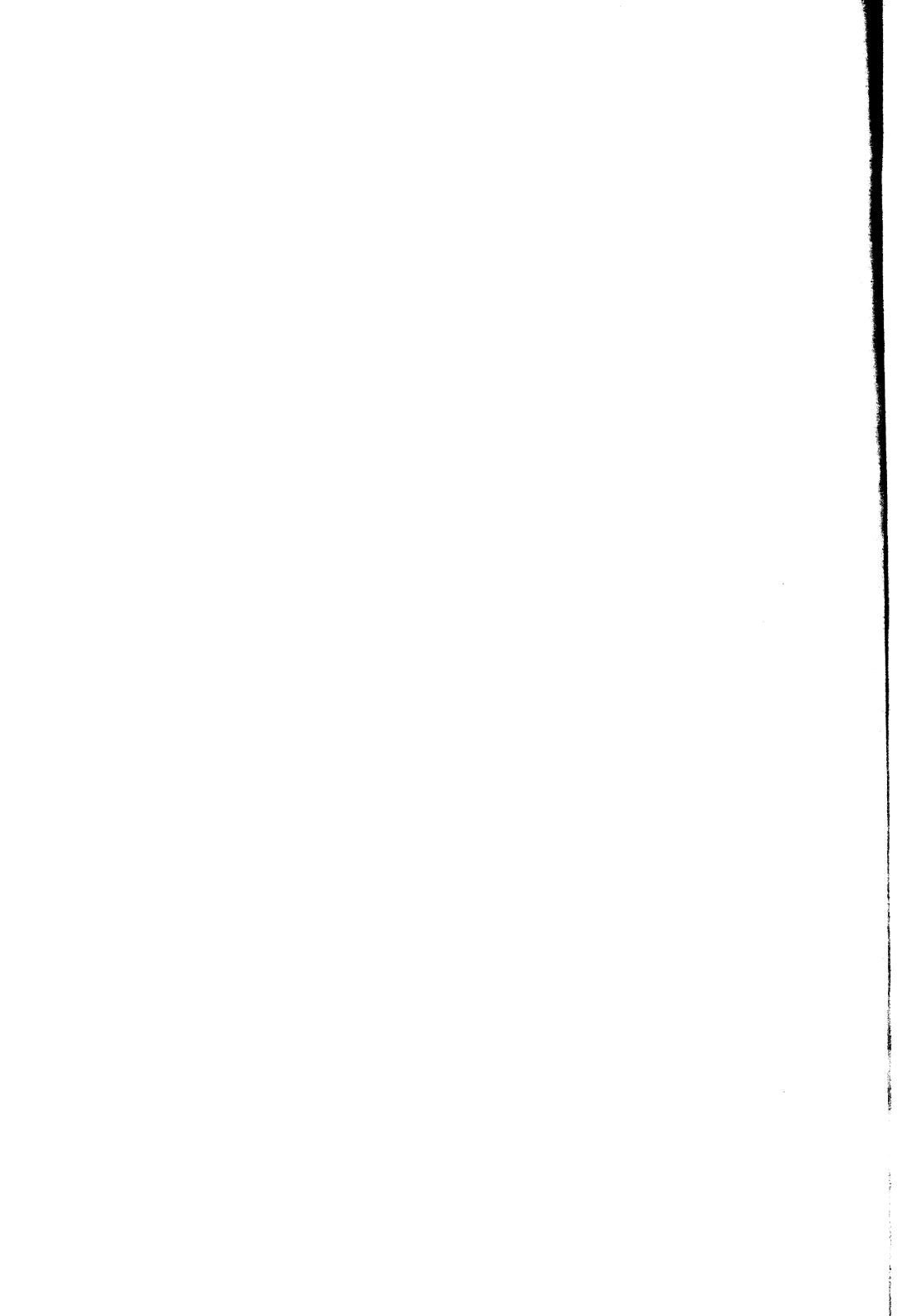
,, J. Z. ARCE

,, P. N. ARATA

,, F. DE VEIGA

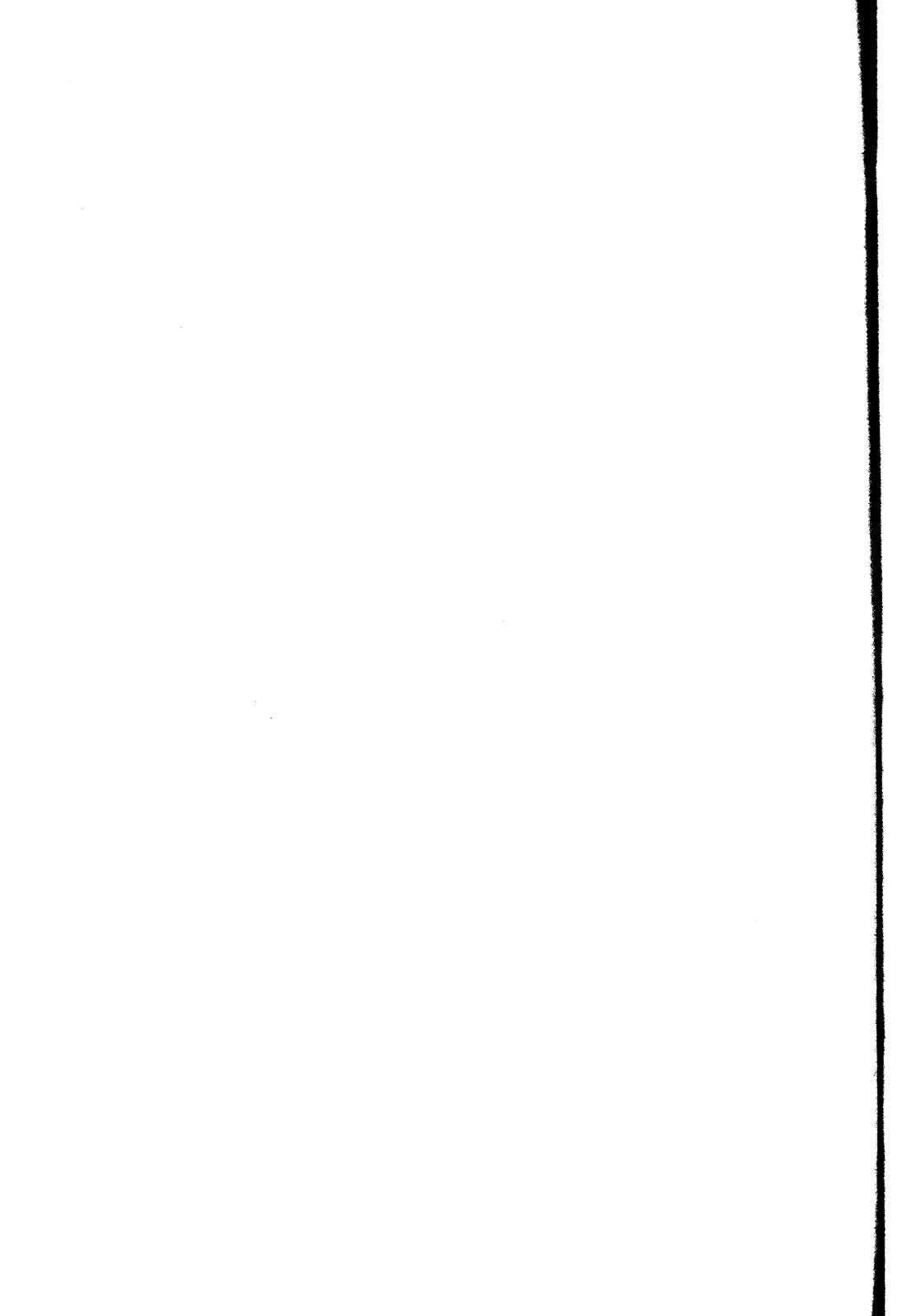
,, ELISEO CANTÓN

,, J. M. RAMOS MENÍA



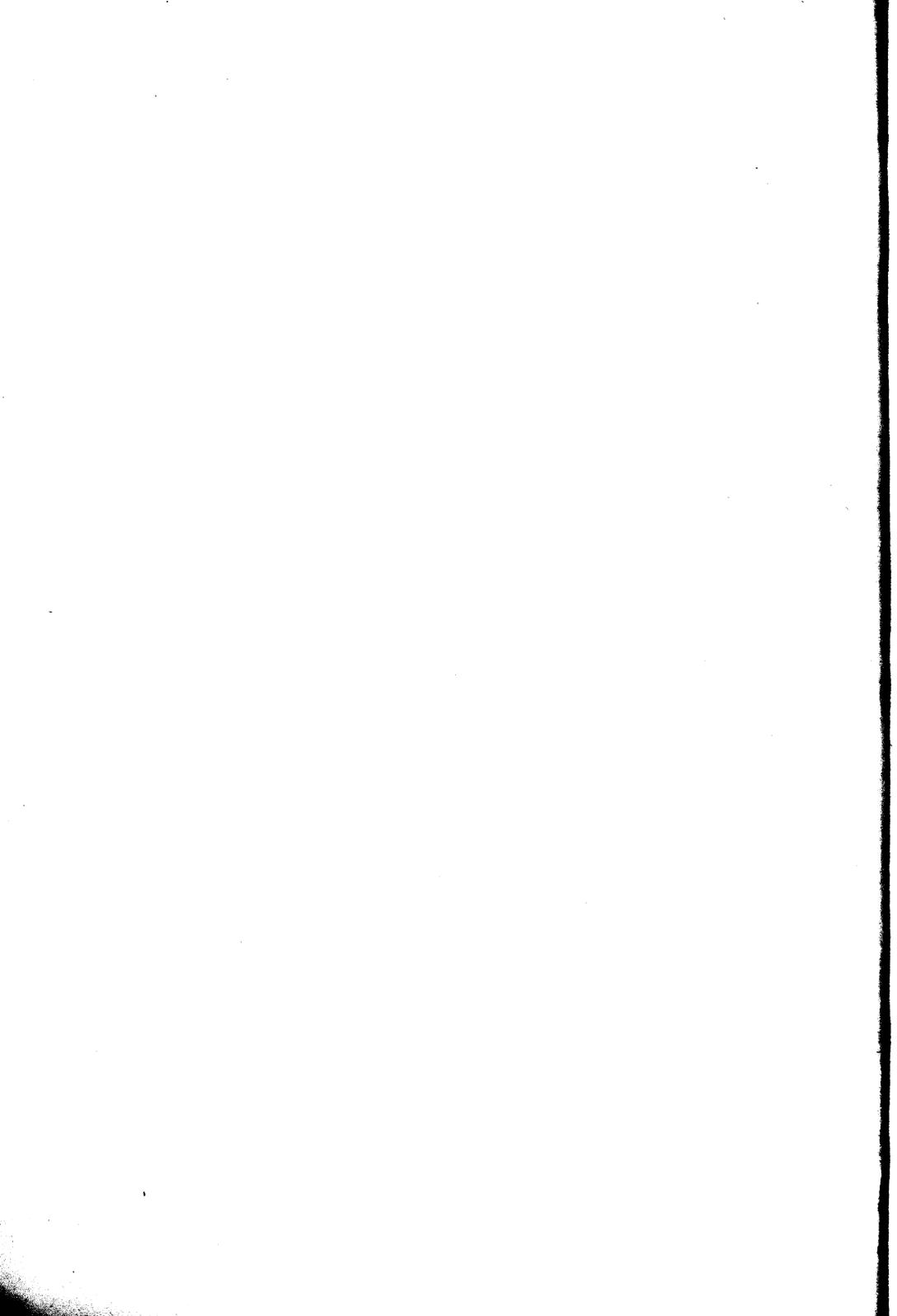
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUÍN LÓPEZ 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
Semciología y Ejercicios clínicos .	{ „ GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	„ DAVID SPERONI
Anatomía Patológica	„ AVELINO GUTIÉRREZ
Materia Médica y Terapia	„ TELÉMACO SUSINI
Patología Externa	„ JUSTINIANO LEDESMA
Medicina Operatoria	„ DANIEL J. CRANWELL
Clínica Dermato-Sifilográfica ...	„ LEANDRO VALLE
„ Génito-urinaria	„ BALDOMERO SOMMER
Toxicología Experimental	„ PEDRO BENEDIT
Clínica Epidemiológica	„ JUAN B. SEÑORANS
„ Oto-rino-laringológica ...	„ JOSÉ PENNA
Patología Interna	„ EDUARDO OBEJERO
Clínica Quirúrgica	„ MARCIAL V. QUIROGA
„ Oftalmológica	„ PASCUAL PALMA
„ Quirúrgica	„ PEDRO LAGLEYZE
„ Médica	„ DIÓGENES DECOUD
„ Médica	„ LUIS GÜEMES
„ Médica	„ FRANCISCO A. SICARDI
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	{ „ ANTONIO C. GANDOLFO
„ Neurológica	„ MARCELO VIÑAS
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ A. ESTEVEZ
„ Obstétrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZÁRATE
„ Pediatría	„ SAMUEL MOLINA
Medicina Legal	„ ANGEL M. CENTENO
Clínica Ginecológica	„ DOMINGO S. CAVIA
	„ ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GRENEWAY
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	{ „ JUAN CARLOS DELFINO
	{ „ LEOPOLDO URIARTE
	{ „ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica ...	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	{ „ JOSÉ R. SEMPRÚN
	{ „ MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	„ BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pedriática	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna	„ RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ (en ejer.)
Anatomía descriptiva	" PEDRO BELOU
Zoología médica	" GUILLERMO SEEBER
Histología	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología general y humana	" FRANK L. SOLER
Higiene Médica	" FELIPE JUSTO
Semciología	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica	" ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia	" CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa	" JOSÉ MORENO
Clinica Dermato-Sifilográfica	" PEDRO CHUTRO
" Génito-urinaria	" CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna	" PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica	" BERNARDINO MARAINI
" Quirúrgica	" JOAQUÍN NIN POSADAS
" Médica	" FERNANDO R. TORRES
" Pediatría	" PEDRO LABAQUI
" Ginecológica	" LEONIDAS JORGE FACIO
" Obstétrica	" ENRIQUE DEMARÍA
Medicina legal	" ADOLFO NOCETI
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" JOSÉ ARCE
	" ARMANDO MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" M. R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" MANUEL A. SANTAS
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARLO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. FRONGÉ
	" JOAQUÍN V. GNECCO

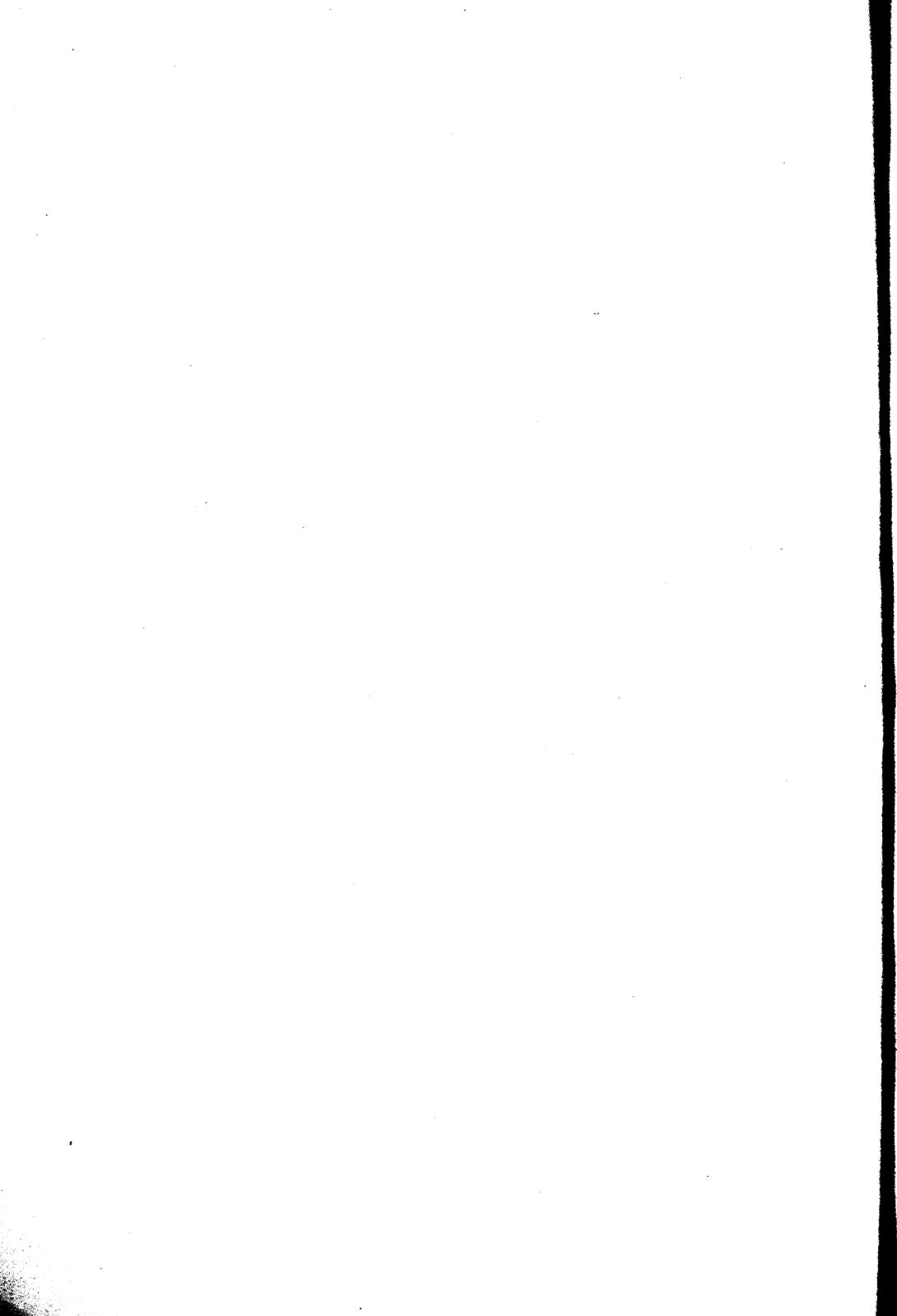


ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	„ ADOLFO MUJICA (con lic.)
Química inorgánica aplicada	„ MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	„ FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	„ JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	„ JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	„ J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	„ RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	{ „ PASCUAL CORTI „ RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	
Física farmacéutica	„ TOMÁS J. RUMI
Química orgánica	„ PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica	„ JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	„ ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

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

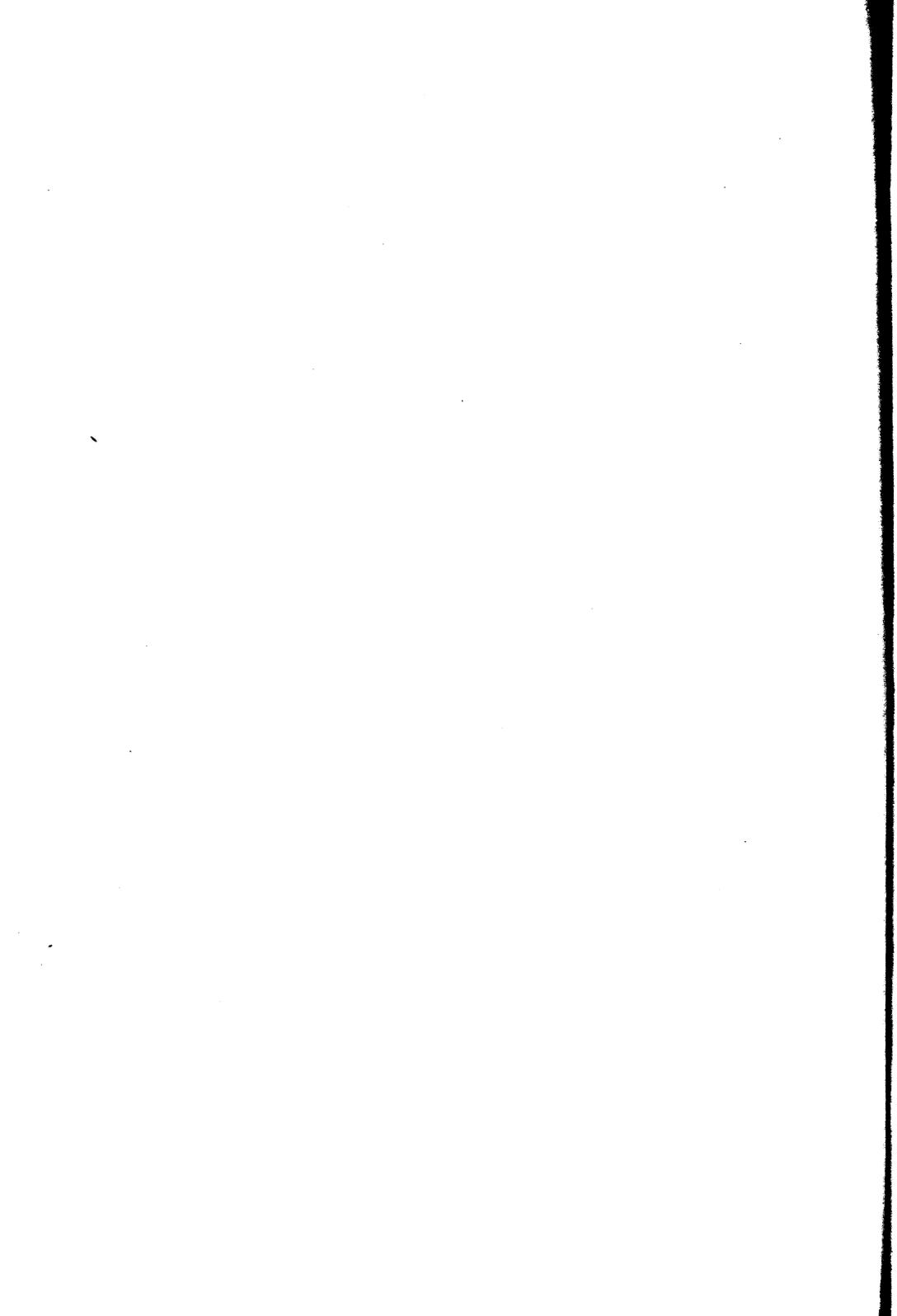
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	} DR. UBALDO FERNÁNDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEÓN PEREYRA
3.er año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protésis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

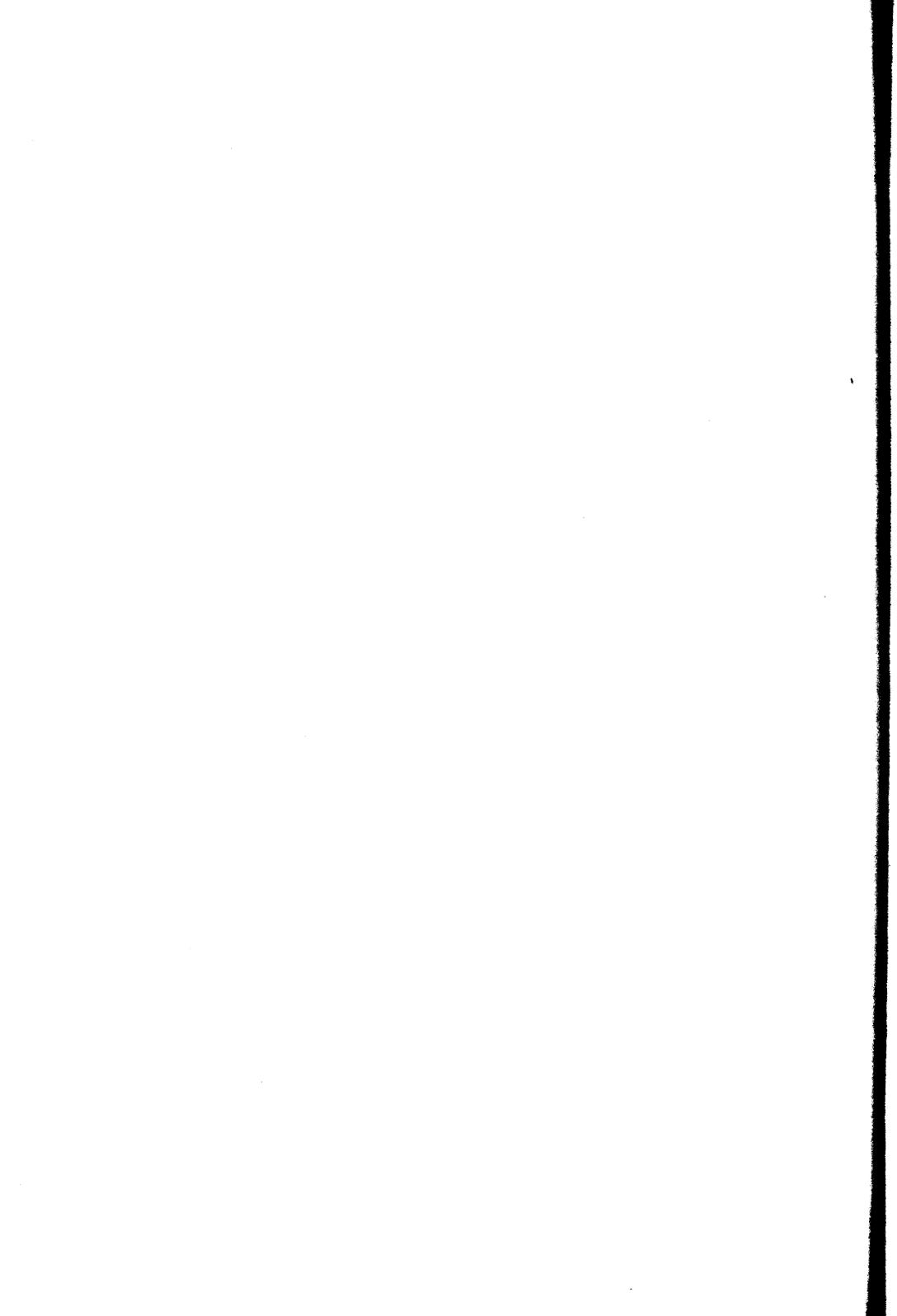
Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

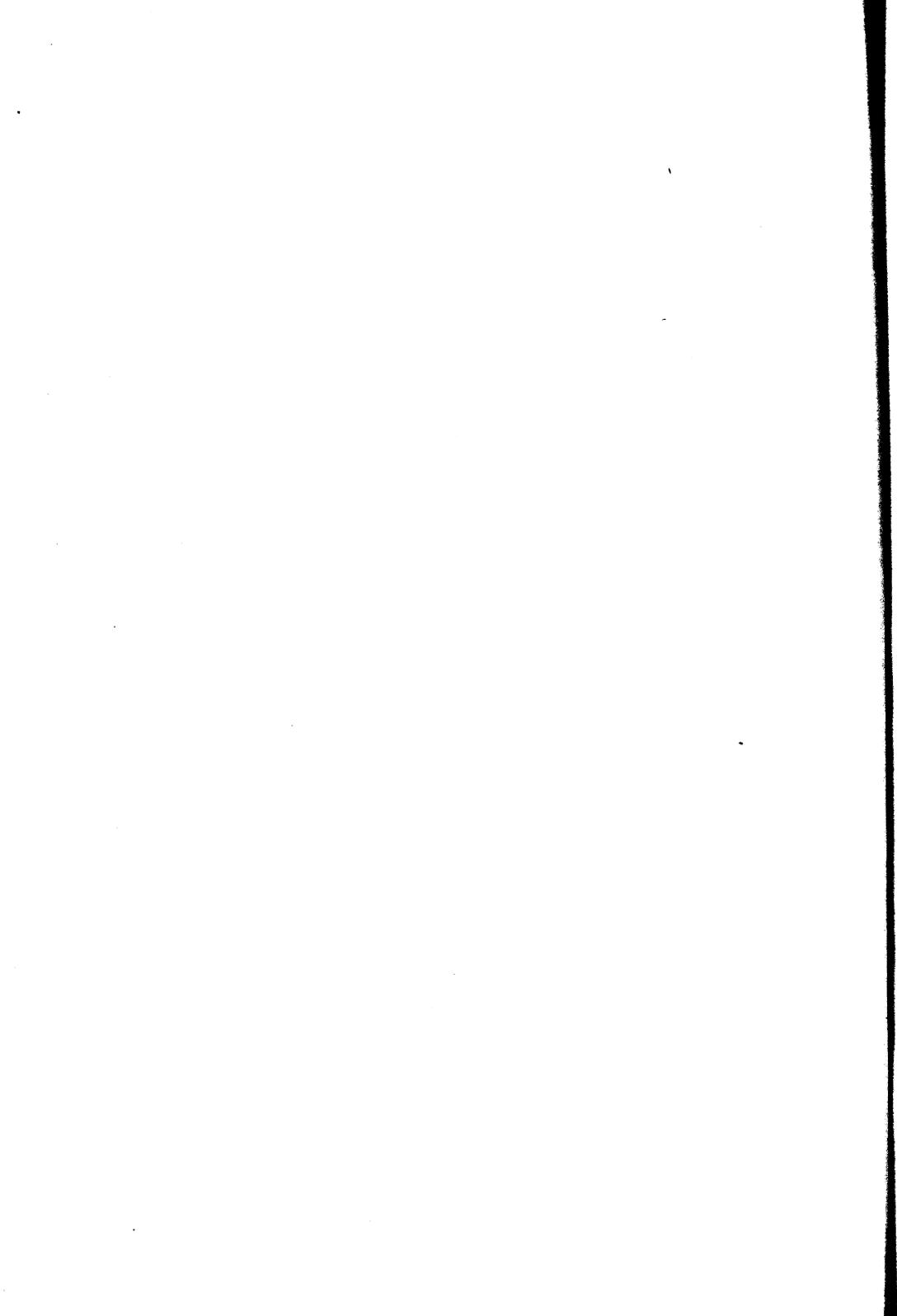


PADRINO DE TESIS:

Dr. Martin Reibel



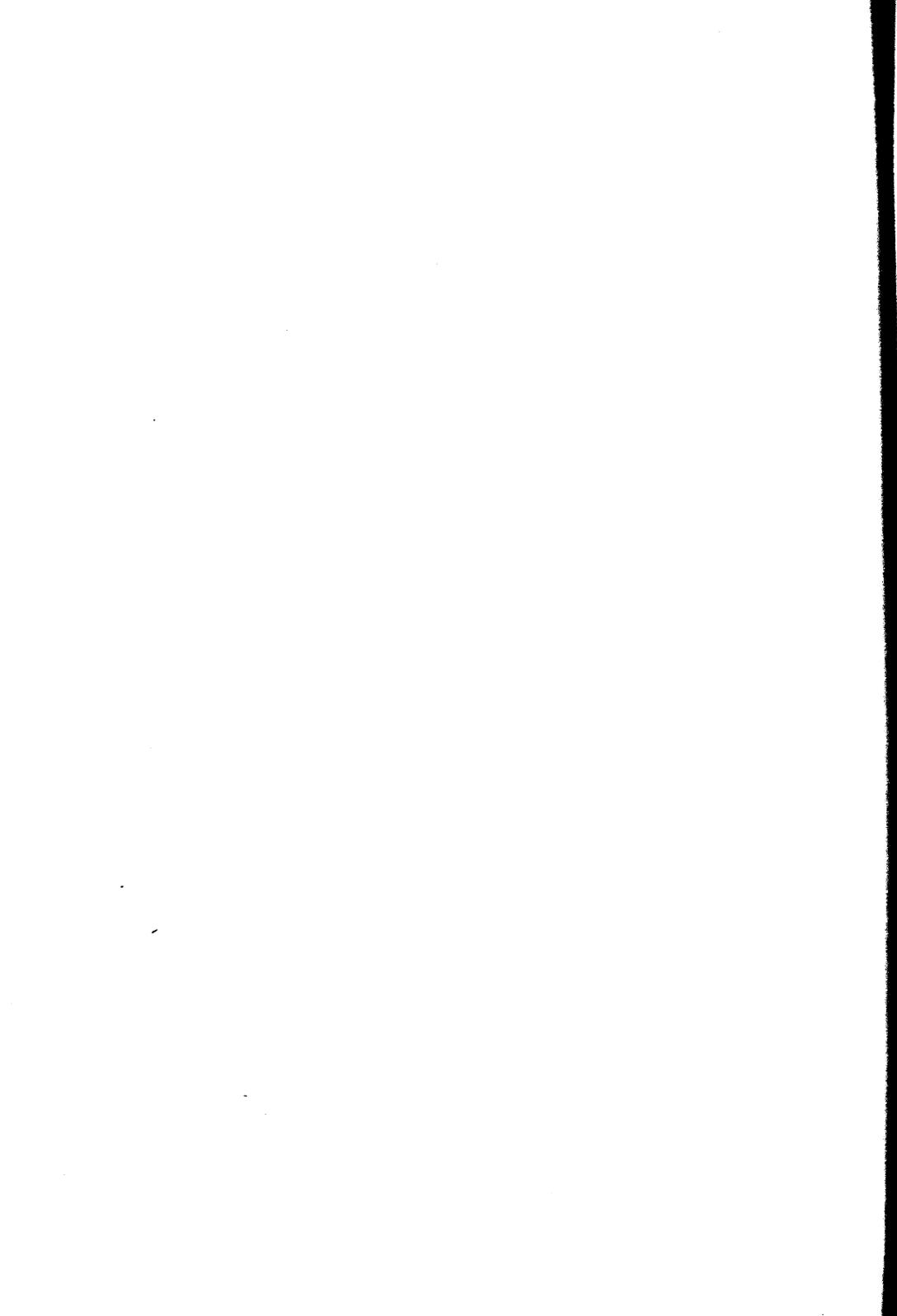
A LA MEMORIA DE MI MADRE



A MI PADRE

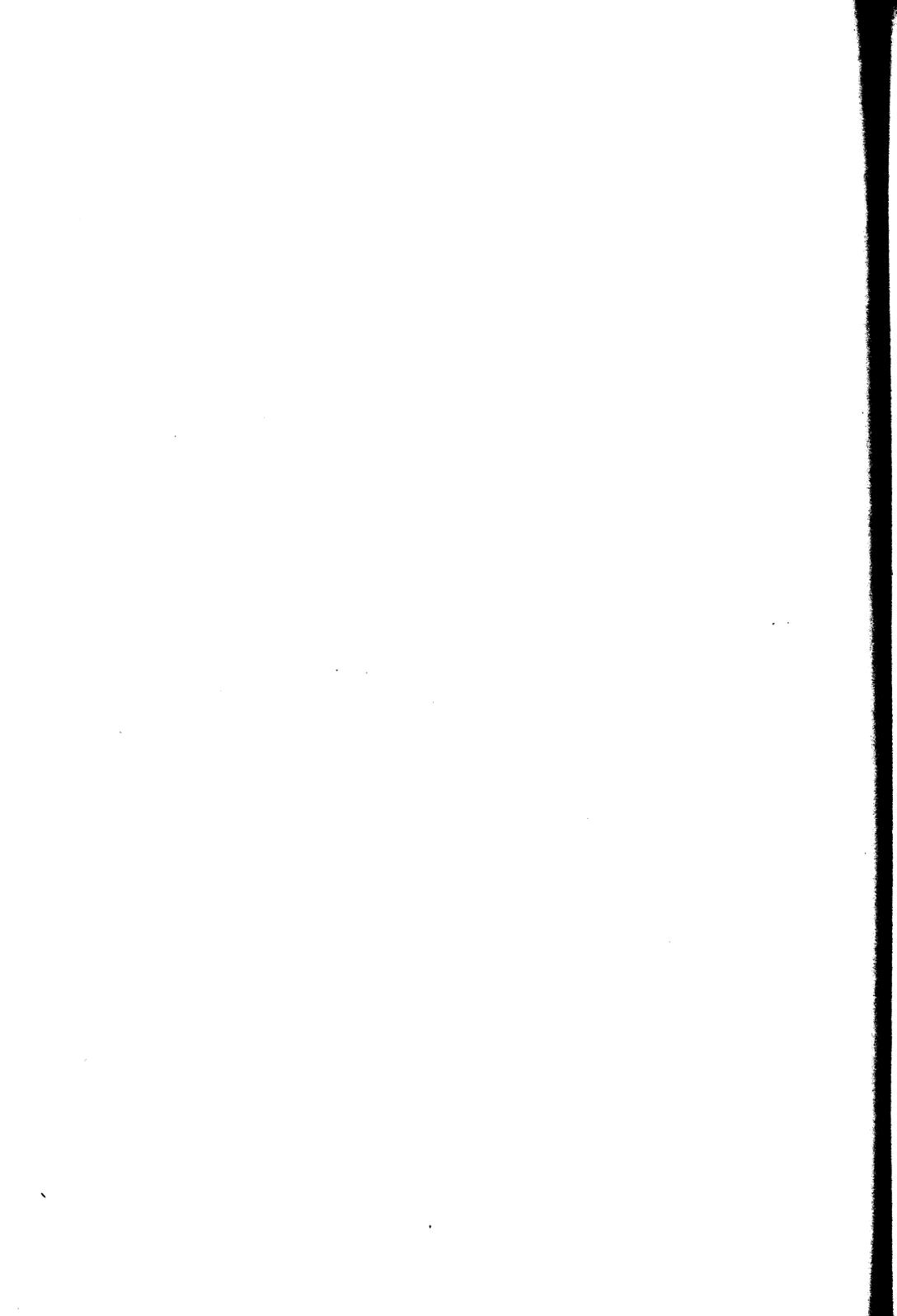


A MIS HERMANOS



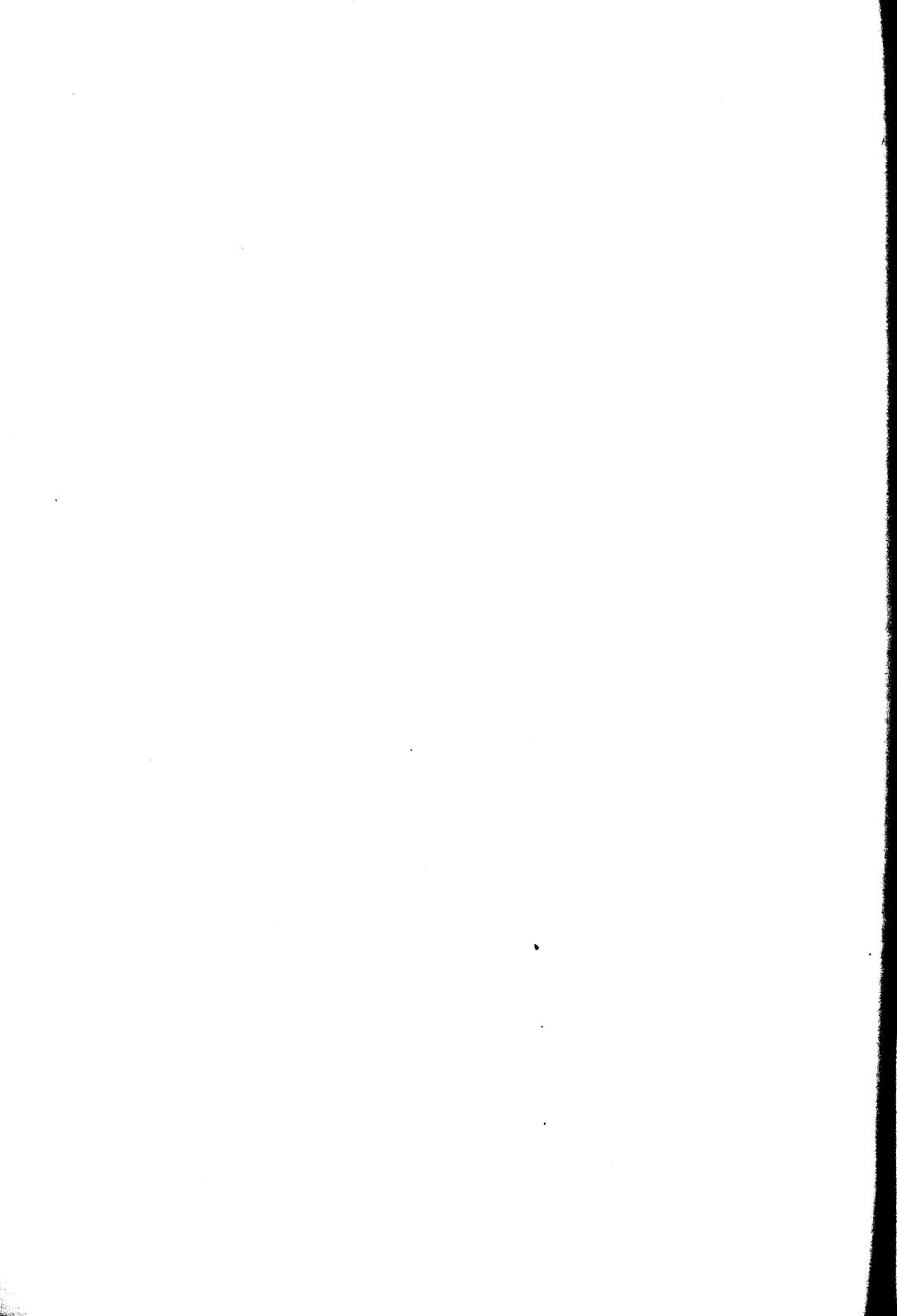
AL DR. MARTIN REIBEL

Á CUYA PREPARACIÓN CIENTIFICA Y Á CUYA PROBIDAD
MORAL DEBO INFINITAS ENSEÑANZAS



LA INSUFICIENCIA OVÁRICA

(CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE SU FISIOLÓGIA
PATOLÓGICA,
DE SU SINTOMATOLOGÍA Y DE SU TRATAMIENTO)



INTRODUCCIÓN

Si bien estas páginas, con que me presento a cumplir una disposición del reglamento universitario, no responden a un amplio plan que primitivamente me había trazado, de acuerdo con mi maestro en la materia el Dr. Martín Reibel, ellas contienen, en cambio, la parte más importante de las enseñanzas prácticas y teóricas, adquiridas durante el tiempo que asistí a la clínica ginecológica que dirige aquel distinguido especialista.

Por otra parte, a falta de comprobaciones nuevas, que desde luego no pueden ser reclamadas a la mentalidad en formación de un ex alumno, la presente monografía pretende tener el valor de una recopilación sintética y clara de los numerosos datos científicos que, con respecto al *Síndrome de Insuficiencia Ovárica*, se encuentran completamente dispersos en folletos y revistas, sin poder, por consiguiente, prestar la utilidad exigible a los interesados en dominar el tema, quienes, como es notorio, viven abrumados bajo el peso de la enorme bibliografía médica contemporánea.

Bien. Antes de entrar de lleno al desarrollo del

tema quiero, desde estas páginas que constituyen la última prueba, de las tantas y tan difíciles que impone la importancia de la carrera de Medicina, dejar constancia de mi especial y profundo agradecimiento al Dr. Reibel, cuya presencia intelectual y moral me acompaña también esta vez. Su preparación científica y su acrisolada moralidad profesional me han brindado enseñanzas que recordaré siempre.

Vaya, asimismo, la expresión de mi reconocimiento para todos los miembros del personal docente o técnico de la Facultad y de los establecimientos hospitalarios, que durante los años de estudio me prestaron su enseñanza o su consejo.

CAPITULO I

GENERALIDADES SOBRE PATOLOGÍA GENITAL FEMENINA

Propter ovum et corpus luteum, valida ant aegrota mulier est id quod est.

Stapfer.

I

He creído de utilidad para el ulterior esclarecimiento de los hechos, según el concepto que informa mis conocimientos, no muy profusos por cierto, en la materia, exponer las generalidades que van a leerse.

La mujer está toda en el útero, solían decir los antiguos médicos de Grecia, atribuyendo al órgano de la gestación — que por sí sólo constituía para aquéllos, desconocedores de la anatomía y fisiología del ovario y demás anexos, todo el árbol genital, — no sólo los males de que realmente es causa el sexo en la mujer, sino también una gran cantidad de enfermedades de origen des-

conocido, para la incipiente medicina de la época. Por otra parte era, entonces, muy común vincular gran parte de las modificaciones y variaciones del carácter, del temperamento y de las ideas de aquélla a los distintos períodos y cambios de su matriz, que según las ideas hipocráticas, se encuentra siempre en el fondo de su vida patológica, en calidad de causa magna, determinando directamente los fenómenos morbosos o agregando su influencia casi misteriosa, fatídica en todo momento, a las demás enfermedades. La vida normal misma de la mujer no es otra cosa, según las mismas ideas, que un reflejo de la actividad genital, concepto este que, bajo los más diferentes aspectos puede descubrirse en los tratadistas antiguos, tanto científicos como religiosos y que se renueva frecuentemente en el curso de la Historia en las épocas de extremado misticismo. Hecho notable: en lo que respecta al sexo masculino nunca se le ha dado tanta importancia al aparato sexual, ni aun en los tiempos más remotos.

Posiblemente en tales creencias, no desprovistas absolutamente de verdad y que indudablemente acusan poder de observación y de intuición, según nuestro modo de ver, hayan alimentado primitivamente sus oscuras raigambres, las ideas sobre la impureza de la hembra, que tomadas por las religiones, han influido tanto en la moral y en las costumbres durante siglos y que aun se perpetúan más o menos transformadas en las mentes de muchos sabios y antifeministas

contemporáneos para quienes el sexo no implica diferencias, sino relaciones de superioridad a inferioridad.

Como ejemplo del arraigo que tenían en los cerebros de las gentes más cultas de la antigüedad, creencias que hoy resultan extravagantes y sólo dignas de una sonriente curiosidad, recordemos que algunos filósofos griegos y con ellos el vulgo ignorante y supersticioso, llegaron a considerar el útero como si fuera una parte sobreagregada al organismo humano. Lo concebían animado por un espíritu distinto e intruso que se complacía en torturar permanentemente el cuerpo y el espíritu de las personas en que se aposentaba y que entraba en irresistible furor cada vez que éstas, por no importa cuál causa, se negaban o se veían imposibilitadas de acceder a sus demandas desordenadas y caprichosas.

Así se explica la existencia de la famosa teoría *uterina* que fué aplicada a gran número de afecciones y que desde un principio se colocó en abierta contradicción de las teorías místicas que pretendían explicar por medio de intervenciones sobrenaturales, mucho más extravagantes todavía, aquellas mismas afecciones, sobre todo las que se caracterizaban por una sintomatología puramente nerviosa: histeria, epilepsia, furor uterino, etc. Siendo ambas teorías evidentemente falsas, la primera un poco menos que la segunda, aquélla tuvo la aceptación de los hombres más cultos, mientras que

ésta encontró ambiente en el vulgo de las gentes fanatizadas e ignorantes.

Ahora bien; no encuadrando dentro de la índole de nuestro estudio, ni interesando mayormente a sus conclusiones, no nos detendremos en los aspectos subsiguientes de la evolución de estas ideas místicas nacidas en el alma infantil de los pueblos primitivos, en cuyo espíritu se encuentran siempre unidos, en imponente amalgama, el amor, o mejor dicho aun, sus manifestaciones lujuriosas con los sentimientos y ritos religiosos.

En cambio insistimos en llamar la atención sobre los conceptos expuestos en los primeros párrafos que, como veremos más adelante, demuestran elocuentemente la maravillosa agudeza mental de los sabios griegos, quienes, ayudados únicamente por la intuición, desprovistos como estaban de los poderosos elementos de estudio y de examen con que contamos en la actualidad, supieron poner en claro la extraordinaria importancia patogénica de los órganos genitales femeninos. Los datos últimamente obtenidos por la fisiología y la patología, si bien no les dan razón en todo, se la dan en lo más importante.

II

En épocas más cercanas, después de mariposear por los dominios de las más variadas teorías, los ob-

servadores, en lo que se refiere a patología genital femenina, se dejan conquistar por los brillantes resultados de la fisiología nerviosa que, como es notorio, hicieron concebir muchas esperanzas infundadas e ilusorias. La serie de triunfos de la clínica nerviosa, consistentes en la individualización de varias entidades morbosas, cuyo descubrimiento había preocupado durante siglos a los estudiosos, hizo que el origen nervioso fuera atribuido a la mayoría de los síntomas o síndromes hasta entonces de causa oscura. Esto en los campos de casi todas las especialidades. En ginecología esa serie de perturbaciones que la mujer, niña o casada, experimenta precisamente por la razón única de que es mujer, perturbaciones que van desde los simples dolores de las dismenorreicas hasta la locura genital, pasando por los estados neurasténicos e histéricos; todos esos síntomas gástricos, hepáticos, cardíacos, intestinales, pulmonares, faríngeos, sensoriales, cuyo origen como se demostrará a continuación, no radica en otra parte que en las glándulas ováricas o en los trastornos de funcionamiento de otras producciones glandulares, no individualizadas anatómicamente todavía, como la recientemente descubierta glándula miométrica, cuyas células secretoras están ubicadas en los intersticios de los elementos musculares uterinos, . . . todos esos fenómenos y síntomas tan variados, repito, fueron atribuidos a trastornos de esencia nerviosa en que la simpatía de unos órganos con otros era el hecho característico.



También ciertas diátesis y enfermedades generales de la nutrición, como la clorosis, cuyos límites aun no bien definidos se van estrechando cada día más y la antigua escrófula, que ha pasado ya a la historia de la medicina, retenían indebidamente dentro de sus cuadros clínicos respectivos, hechos que decididamente son de pertenencia de la patología ovárica o anexial.

Más tarde los avances de la patología macro y microscópica y sobre todo de la fisio-química celular, poniendo en claro múltiples funciones del aparato genital, cuya naturaleza ni siquiera podía ser sospechada antes del microscopio perfeccionado y de los procedimientos biológicos modernos de experimentación, han producido la inevitable reacción y todos aquellos síntomas conjuntamente con otros más numerosos y variados han pasado a engrosar los capítulos de la nueva ginecología, transformando de paso una gran cantidad de conceptos de biología general y aun de psicología, que aun subsisten en la mente de muchos médicos retrasados. Así aquella ciencia, cuyos cultores, encantados con los radicalismos de la cirugía extrema, la mantenían sobre una ruta puramente empírica, en la mayor parte de los casos, ha debido modificar algunos de sus procedimientos terapéuticos, adhiriéndose abierta o tácitamente a las reformas que comportaron las comprobaciones del alemán Fraenkel y de los fisiólogos franceses Ancel, Bouin y Villemin, cuyas experiencias constituyen uno de los capítulos más brillantes de la

ciencia médica de los últimos años. Se puede afirmar que la Ginecología no había experimentado otra *pousée* de desarrollo tan interesante, como la que ocasionaron las revelaciones de aquellos experimentadores, desde la que provocó, en la segunda mitad del siglo XIX, la aplicación de la antisepsia a la cirugía.

Resulta, pues, que la patología genital, lo mismo que la patología general, ha extendido enormemente sus límites y que muchas de las teorías de los antiguos, como aquella tan vaga de los humores orgánicos, desprendidos de los diversos órganos, despojadas de las exageraciones que las deforma, encuentran su equivalente en la de las secreciones glandulares. Nosotros no decimos ya que la mujer está toda en el útero, pero creemos que el útero, vale decir el sistema genital, abarca un territorio patológico insospechadamente extenso. ;Y eso que todavía quedan por resolver gran cantidad de incógnitas en lo que respecta al mismo ovario, con su duple sistema glandular y muchas más aun en lo que respecta a la naturaleza de las secreciones de las trompas y de la misma vagina, órganos en los cuales además de su función específica la fina fisiología ha descubierto vestigios glandulares cuya misión no está del todo determinada, pero que posiblemente han de jugar su rol más o menos importante en el equilibrio o sinergia de los humores genitales, en primera línea y de los humores generales luego!

¿Significa esta relativa coincidencia entre el pensamiento médico antiguo y el moderno una regresión hacia el pasado? Seguramente, no; pero un fenómeno semejante no podía producirnos extrañeza, puesto que, como dice sabiamente Huchard, el progreso, en todos los órdenes imaginables, no solamente marcha en línea recta, sino que a veces procede por desviaciones laterales y hasta por vueltas hacia atrás.

De cualquier manera es justicia rendir homenaje a los filósofos y médicos antiguos, sobre todo a los griegos, cuya intuición genial supo penetrar con tanta profundidad los secretos orígenes de las enfermedades que agobian la vida humana.

CAPITULO II

LA INSUFICIENCIA OVÁRICA

(DESCRIPCIÓN DEL SÍNDROME, TRATAMIENTO Y OBSERVACIONES)

Funciones del ovario. — Antes de entrar en la sintomatología y patogenia del síndrome de insuficiencia ovárica, prevengo que, al objeto de no extender demasiado los límites de esta monografía con los datos de una erudición vulgar, prescindiré de la embriología y anatomía del ovario. Me limitaré a pasar revista a la fisiología de la glándula, deteniéndome con preferencia en aquellas funciones que son menos conocidas, por no haber pasado a las páginas de los libros de texto los resultados de las investigaciones de los últimos años.

De acuerdo con Bousquet podemos considerar dos grandes grupos de funciones: 1.º Las que le corresponden como órgano productor del óvulo y por consiguiente perpetuador de la especie, y 2.º Las que, contribuyendo también al fin de perpetuar la especie,

tienen una utilidad en el sentido de la conservación del individuo. Esta esquemática división está hecha más desde un punto de vista filosófico que fisiológico, pero tiene el mérito de ser amplia y se acuerda con las ideas que tenemos en la materia.

La función ovárica, de todos bien conocida, va a parar a la postura de los elementos generadores femeninos. Es sabido cómo se desarrollan y maduran haciendo saliencia con la superficie los folículos de Degraf. El óvulo originado de los folículos, cayendo al exterior en el momento de la ruptura de aquél, es captado por la trompa y se elimina, cuando no es fecundado, por un elemento masculino, en cuyo caso es de regla general su inserción en la mucosa útero-tubaria en donde se transformará en embrión.

Esta función está, repetimos, indisolublemente ligada a la conservación de la especie, pues, sin postura ovular no hay reproducción. Comienza en la pubertad y se continúa hasta la menopausia. Se suspende durante el embarazo y en el curso de una gran cantidad de estados mórbidos. Es enteramente suprimida por la castración ovárica. Veremos ulteriormente que la supresión de tal función, puede constituir uno de los síntomas que integran el síndrome que estudiamos y que, por consiguiente, puede ella ser o no justificable de tratamiento, según el grado de la lesión causal.

Al segundo grupo pertenecen todas las funciones que emanan de lo que podríamos llamar la segunda

naturaleza glandular del ovario. Funciones éstas que, si bien no son otra cosa, en términos generales, que complementos de la gran función ovular, como hemos dicho anteriormente, son las que dan al órgano su importancia y su rol de glándula a secreción interna.

Veamos cuáles son estas funciones. En 1855 Claudio Bernard introdujo en el lenguaje biológico la expresión “secreción interna”. Desde entonces sus discípulos y continuadores han llegado a comprobar que casi todas, por no decir todas, las glándulas de la economía poseen, además de su secreción específica, una o más secreciones que se vuelcan internamente en el torrente sanguíneo, constituyendo la acción sinérgica de sus productos el complejo equilibrio humoral, fatalmente necesario a la existencia de la célula orgánica. Posteriormente a las comprobaciones realizadas por Brown Sequard, y los de su escuela, con respecto a la secreción de la glándula intersticial del testículo, se empezó a estudiar la secreción interna del ovario concebida teóricamente desde épocas muy antiguas.

Pasando por alto la técnica y el método seguidos por los experimentadores, diremos que las funciones que están en relación con este rol del ovario son las siguientes: a) *acción morfógena*; b) *acción nutritiva*; c) *papel funcional*, y d) *acción tóxica*. El conjunto de estos cuatro grupos de acciones suele ser denominado, sintéticamente, función antitóxica; pero esta denomi-

nación sintética no puede ser sostenida a poco que se conozca la anatomía y fisiología ovárica.

Como veremos al detallar cada una de aquellas, las pruebas en que se fundamentan son suministradas por dos órdenes de hechos: los observados después de la castración, prepuberal o post-puberal (a los cuales deben agregarse también los que suministran ciertas lesiones patológicas que anulan el funcionamiento ovárico), y, en segundo lugar, los obtenidos al introducir, con fines terapéuticos, productos ováricos en los organismos femeninos o con fines de experimentación en las hembras de diversas especies.

Acción morfógena. — a) La ovariectomía prepuberal impide el desarrollo de las mamas (las mujeres llamadas hedjeras de la India ovariectomizadas en su niñez carecen por completo de mamas y tienen formas masculinas) y el crecimiento de los pelos del pubis, detiene el desarrollo de la pelvis, aplana los glúteos y da tono masculino a la voz. Numerosas operaciones efectuadas por Kekserr y otros experimentadores, en conejos, demuestran la acción morfógena sobre los órganos genitales. Estos animales, privados de los ovarios al tercer mes de vida, en la edad adulta presentan un útero muy reducido de dimensiones. Las mismas experiencias efectuadas en marranas dieron análogos resultados.

En cuanto a la ovariectomía postpuberal, Terrier, Glaevecke, Veit, etc., han comprobado que ella pro-

duce atrofia uterina y retroceso de algunos otros de los caracteres secundarios. La menopausia, supresión fisiológica postpuberal de los ovarios, produce los mismos resultados.

Es común en ambos casos la regresión de los senos (Percival Pott), la adiposidad, las modificaciones de la voz y ciertas deformaciones del tejido óseo acerca de las cuales las experiencias llegadas hasta nosotros no están contestes en afirmar si existe en ellas un proceso activante o moderador de la osificación.

La experimentación en animales (Buis y Vandervelde) ha llegado a iguales conclusiones.

Acción nutritiva. — b) La ablación de las glándulas genitales femeninas, como hemos visto al tratar de la acción morfogéna influye sobre el engorde, ocasionando frecuentemente adiposidad. Produce modificaciones en los cambios respiratorios estudiados por Lawy, Ritcher y Zuns, y que se revelan por una disminución del consumo de oxígeno. La experiencia contraria de introducir en el organismo de animales castrados glándula genital fresca, o sus productos, produce aumento de la actividad respiratoria.

En el recambio de las substancias nitrogenadas y de los minerales, los estudios de Hosse, Vas Caratulo y Tarulli, han comprobado la influencia de la falta de ovario. Esta influencia posible del ovario es la que ha sugerido el tratamiento de la osteomalacia por la ovariectomía.

Acción funcional. — e) Pasaremos en ligera descripción, las más estudiadas de estas acciones: cardiovascular, dinagógicas, acción sobre el celo y la menstruación e influencia hematopoiética.

Tedorof comprobó el primero que el extracto ovárico produce en el conejo un retardo del corazón. Livon. Dixon, Holl, Patta, Halliburton y otros concluyeron definitivamente que la ovarina y los otros extractos de ovario poseen una acción hipotensiva y vasodilatadora.

La acción dinamogénica del ovario no ha sido estudiada como la del testículo; sin embargo Mme. Joteyko, conforme a las ideas antiguas de Brown. Se-guard, conforme a las ideas antiguas y la amplitud de las contracciones musculares bajo la acción de preparados ováricos.

En el celo de las hembras es deconoscible a simple vista la influencia del ovario. Las hembras castradas no presentan celo (experiencias en la marrana). La ovariectomía postpuberal en las mujeres adultas produce generalmente la desaparición del celo. Que el celo no dependa exclusivamente de aquellas glándulas es probable; pero su influencia en él no se puede negar. En lo que se refiere a la menstruación hay que distinguir entre la castración prepuberal y la castración postpuberal. En las niñas ovariectomizadas muy jóvenes las reglas no aparecieron nunca y el instinto sexual no se desarrolló (hedjeras). En las castradas más tarde se

produce la menopausia 53 veces en 59 casos (estadística Le Bec). Las excepciones serían debidas a persistencias de restos ováricos o a ovarios supernumerarios.

La función hematopoiética se traduce por alteraciones de cantidad en los glóbulos rojos y en la hemoglobina. Perras ovariectomizadas perdieron el 40 o|o de su hemoglobina y el número de glóbulos bajó a 3.000.000. Frankel ha notado hipoplasia ovárica en ciertos casos de clorosis. El norteamericano Spillman ha tratado esta enfermedad, con buen resultado, por medio de la cpoterapia ovárica.

Acción tóxica. — d) Esta acción ha sido inducida del hecho de que los extractos ováricos inyectados en el organismo producen síntomas de envenenamiento, más marcados—hecho importante—cuando se trata del ovario que del testículo. Bestión de Camboulas y otros experimentadores inyectando extracto de ovario de conejo a corderos y viceversa, comprobó hipotermia, temblores, parálisis y hematuria, mostrándose las hembras, y esto es lógico, más resistentes que los machos. Las experiencias en este sentido son infinitas. Recordemos como curiosidad la terrible acción tóxica del extracto de huevos de *theodous* (peces del Japón) estudiada por Takahadú y Inoko.

Esta toxicidad parece estar relacionada, en parte, a una acción eliminadora de productos nocivos.

No terminaremos esta reseña de la fisiología ová-

rica sin hacer mención a las relaciones fisiológicas entre las glándulas ovárica y las otras glándulas del organismo, mención que se hace necesaria a los fines de nuestra interpretación de la sintomatología del síndrome estudiado. Por otra parte, es evidente que el estudio de las acciones interglandulares debe comprenderse en este subcapítulo.

Ateniéndonos a la clasificación más racional, podemos dividir las en dos clases, según ellas tiendan a influenciar recíprocamente su funcionamiento (correlaciones funcionales) o den productos distintos de análoga o contraria acción.

La correlación funcional entre el ovario y el cuerpo tiroideo constituye un hecho fisiológico muy conocido. El cuello engruesa en el momento de la pubertad y según una idea muy antigua, de que se hacía eco Juvenal, este engrosamiento se marcaría enseguida del primer contacto sexual. Durante las reglas algunas mujeres sienten dolores en la base del cuello. Hallion demostró que la inyección de extracto ovárico produce netamente vasodilatación tiroidea. La influencia recíproca del cuerpo tiroideo está también demostrada por algunos hechos. Las mujeres cretinas o mixoedematosas conservan generalmente un aspecto infantil, talla pequeña, senos y pelvis poco desarrollada, instinto genital abolido. En los animales, Hofmeister, después de extirpar el cuerpo tiroideo comprobó atrofia de los folículos de De Graaf. Gautier cree que el arsé-

nico de la sangre menstrual, que provendría del tiroi-
des, no es ageno a estas acciones todavía de naturaleza
no del todo alearada.

En cuanto a las acciones sinérgicas o antagonistas,
que se efectúan, entre estas dos glándulas por medio
de productos de acción parecida o distinta, se sabe que
tanto una como otra ejercen una influencia depresiva
sobre la circulación arterial, pero no se ha aclarado
aún lo que corresponde a cada una. Como ejemplo de
antagonismo se pueden traer a colación el que existe
entre el ovario y el tiroides con respecto al desarrollo
del esqueleto y a la eliminación del calcio. A pesar de
todo hay que confesar que estos hechos no están su-
ficientemente estudiados.

Hemos expuesto, sin profundizar, las generalida-
des relativas a la influencia reciproca entre el tiroides
y el ovario, pero renunciamos a hacer lo mismo con las
que mantiene el ovario con el timo, la hipófisis y las
glándulas suprarrenales. No existen datos seguros so-
bre ellas. Sin embargo lo dicho anteriormente, con po-
cas variantes aplicable a los diversos casos, bastará
para llamar la atención del estudioso y aún del prác-
tico en ciertas formas complicadas del síndrome de
insuficiencia ovárica.

Localización de las funciones. — Voluntariamente
hemos prescindido de la anatomía ovárica. Sin embar-
go, dada la novedad de algunos estudios atingentes a
la localización de las funciones estudiadas anterior-

men, se hace necesaria una breve exposición al respecto. Lo mismo que en el subcapítulo anterior pasaremos por alto la función ovular, bien conocida, deteniéndonos únicamente en los datos que se refieren a la localización de las funciones del segundo grupo.

En algunos animales, como la coneja estas estarían repartidas entre dos formaciones distintas, el cuerpo amarillo y la glándula intersticial.

En la mujer no existe una verdadera glándula intersticial análoga a la de aquellos animales. El cuerpo amarillo es el que desempeña el papel de tal y a él se relacionan las secreciones internas del ovario según las notables experiencias de Bouin, Ancel y Villemin.

Los cuerpos amarillos aparecen en forma de relieves en la superficie ovárica. Esto generalmente, pues también pueden estar completamente incluidos en la sustancia del órgano. En la mujer constituyen una esferita aplastada, que mide 1 a 2 cm. en su mayor diámetro. Abstracción hecha del coágulo central su sustancia está limitada, hacia adentro, por dos o tres capas de células conjuntivas aplanadas y hacia fuera por la capa conjuntiva vascular que envía prolongaciones a la sustancia misma del cuerpo amarillo. Los tabiques conjuntivo-vasculares se dividen en tabiques secundarios y limitan espacios en los que se encuentran grandes células epiteliales rodeadas de capilares. La red que forman estos es extraordinariamente rica. Cada célula está en contacto íntimo con muchos vasos. Es-

ta disposición particular de los vasos fué lo que hizo pensar a Prenante, antes de que el hecho se comprobara, que el cuerpo amarillo se asemeja a las glándulas de secreción interna.

La célula del cuerpo amarillo, denominada *célula luteínica* merece una descripción detallada: es poliédrica y de contornos netos, midiendo aproximadamente 30 micrones de diámetro. El núcleo es voluminoso, redondeado, excéntrico y sembrado de filamentos de cromatina. Tiene uno o dos nucleolos que se colorean en negro por la hematoxolina y de rojo por la safranina.

El protoplasma en las células llegadas a su madurez, puede estar dividido en dos partes: una central, perinuclear, oscura y densa denominada endoplasma y otra periférica más clara, que contiene granulaciones grasosas, denominada exoplasma.

Los autores han discutido si existen divisiones kariókinéticas en dichas células. Parece que este modo de división es de una extremada rareza en las células con luteína del cuerpo amarillo.

La duración de la evolución del cuerpo amarillo es, como puede suponerse, muy diferente según las especies animales y en la mujer según que la ovulación vaya o no seguida de fecundación esta duración es de cuatro meses, aproximadamente, para el primer caso y de doce a quince días para el segundo, según las experiencias de Frankel y de Villemin.

He aquí pues, expuestos a grandes razgos los datos

más útiles de la anatomía del cuerpo amarillo en que radica la función de secreción interna a que se debe relacionar todo el segundo grupo de funciones ováricas.

Sintomatología del síndrome. — La castración femenina realizada con fines terapéuticos en distintas afecciones, operación que ha tenido momentos de gran boga entre los cirujanos fué el hecho que obligó a los médicos y experimentadores, a fijar, por primera vez, su atención sobre ciertos síntomas que se producen en las mujeres privadas de las glándulas ováricas. Como aquella operación es relativamente nueva, a la inversa de la castración masculina (costumbre muy antigua, destinada a suprimir las funciones genitales de ciertos individuos: eunucos, cantores, guardianes de harem) las observaciones al respecto son, se puede decir, recientes. Percival Pott es el primero que habla de accidentes consecutivos a una oofororectomía, sin atribuirles mayor importancia. Después de él, nuevas observaciones en casos análogos revelaron la existencia de síntomas verdaderamente notables en las ovariectomizadas. Posteriormente la opinión oscilaba entre los que desmentían tales hechos y los que los aceptaban íntegramente asignándoles la máxima gravedad. Los cirujanos encantados con lo brillante de los métodos operatorios no querían dejarse convencer. Pozzi mismo cree que los síntomas de anovaria han sido exagerados. Bouilly se adhiere a la opinión de Pozzi y

Mauclaire afirma rotundamente que sobre un total de cien ovariectomías bilaterales no ha observado sino cinco o seis veces perturbaciones serias. Son optimistas también Pean, Le Bec y Lutaud.

Glavecke se yergue contra aquellos y trata de sistematizar sus observaciones: *bouffées* de calor, sudores, flores blancas, palpitaciones, cefalalgias, amnesias, aumento de peso, modificación del estado mental y de los apetitos sexuales. Con esto el futuro síndrome de insuficiencia ovárica estaba fundado.

Jayle, cuya autoridad y cuya amplitud de criterio son insospechables remata la cuestión diciendo, después de coincienzudos exámenes de casos seguidos durante largos años:

“Poco a poco se establece la noción de que la castración es a menudo seguida de perturbaciones molestas. Por mi parte las tengo por constantes, con grados en su intensidad”.

La menopausias que no es otra cosa que la supresión fisiológica de los ovarios, interpretada en su naturaleza después de haber tenido bajo los ojos los resultados de la castración quirúrgica, ha proporcionado nuevos datos o mejor dicho hechos y al mismo tiempo ha permitido corroborar o rectificar aquellos.

También han contribuído a este mismo fin las observaciones hechas durante la pubertad y el embarazo, épocas en que las glándulas ováricas están afectadas por un superfuncionamiento que las hace insuficientes.

Mucho más tarde después de las experiencias de Brown Sequard se llegó por vía contraria a establecer las mismas constataciones, al pensar que, si la ausencia de glándula genital provoca ciertas perturbaciones, inversamente la introducción artificial de estas glándulas o de sus extractos puede ser susceptible de impedir o curar las perturbaciones de insuficiencia sexual.

Los síntomas de insuficiencia verdaderamente establecidos son los siguientes:

1.º *Perturbaciones vasomotoras*: bouffées de calor producidas por accesos bruscos de vasodilatación capilar, generalmente rápidamente pasajeros, que tienen por sitio la cara y parte superior del tronco.

2.º *Fenómenos congestivos y hemorrágicos*. Estos se manifiestan sobre todo en la época en que se producían las antiguas reglas o en el momento de producirse si es que perduran restos de ellas. Las congestiones pueden localizarse en no importa cual órgano: pulmones, laringe, hígado, etc.

Existen observaciones que demuestran que aquellas suelen elegir órganos o partes de órganos atacados por focos inflamatorios como ser los focos tuberculosos del pulmón, en cuyo caso dan lugar a accidentes de suma gravedad. He observado personalmente una enferma atacada de menopausia precoz en la cual las enormes várices que deformaban sus extremidades inferiores sufrían poussées congestivas mensuales.

3.º *Perturbaciones de la nutrición*. Estas pertur-

baciones son muy variadas y por lo tanto no tienen la importancia de las anteriores. Ellas consisten en enflaquecimiento o, más a menudo aún, en adiposidad que se apodera rápida e insospechadamente de las enfermas. Muchos casos de Adiposis dolorosa están ligados por relaciones de continuidad y también de causalidad, como lo comprueba la eficacia que en ellos tiene el condigno tratamiento opoterápico, a la anovaría fisiológica u operatoria.

En este párrafo pueden también colocarse las perturbaciones que se producen en otras glándulas a raíz de la falta de las genitales, como la enfermedad de Basedow que Perrin y Blum han visto suceder a algunas ovariectomías.

4.º *Perturbaciones de la vista, el oído y la fonación.* La miopía es frecuente. La masculinización de la voz, fenómeno no constante, es frecuente. Se han señalado también alteraciones del oído.

5.º *Perturbaciones de la memoria.* Algunos autores las dan como muy frecuentes. En los casos observados por nosotros no llamaban mucho la atención.

6.º *Estados neurasténicos.* Los síntomas neurasténicos tienen real importancia y son numerosísimos y variados. Generalmente consisten en cefalea, insomnios tenaces, pesadillas, astenia muscular, abulia, raquialgia y neuralgias diversas, perturbaciones dispépticas, etc.

7.º *Perturbaciones del carácter.* Es frecuente ob-

servar en la menopausia, sobre todo en los primeros tiempos, lo mismo que en las ovariectomizadas y en algunas mujeres recientemente púberes o embarazadas—en quienes un hiperfuncionamiento genereal y especial de la glándula, produce insuficiencia sexual—trastornos diversos del carácter que llaman mucho su atención y la de los de su familia. Generalmente estos trastornos consisten en mal humor, irritabilidad y variabilidad. En todas nuestras enfermas hemos comprobado esos signos.

8.º *Perturbaciones mentales.* Pueden producirse en la pubertad, durante el embarazo o a raíz de la menopausia y de la castración.

Consisten en trastornos psíquicos elementales como depresión o excitación variables y pasajeras en la mayoría de los casos o en verdaderas psicosis relacionadas a la supresión de la función antitóxica del ovario.

9.º *Modificación de los apetitos sexuales.* La actividad sexual en las insuficientes ováricas está lo más a menudo abolida. Otras veces se encuentra solamente disminuída. El Dr. Reibel afirma que ha encontrado exaltación del apetito sexual en la mayoría de los casos. Este hecho podía explicarse admitiendo que en los adultos, sobre todo en los de inteligencia cultivada, predomina la influencia del cerebro en la actividad sexual.

10.º *Esterilidad.* Este síntoma que no se hace figu-

rar en el cuadro de la insuficiencia ovárica es uno de los más frecuentes. Está relacionado con la supresión de la función ovular y como veremos más adelante suele ser justificable del tratamiento opoterápico.

11.º *Otros síntomas.* Localmente los senos se marchitan.

Los órganos genitales externos suelen atrofiarse. La mucosa es seca y dificulta la introducción del speculum. Se ha notado descenso en la taza de la úrea y disminución del fósforo y del calcio. Los caracteres sexuales secundarios se atenúan: producción de pelos en el mentón y en el labio superior, voz hombruna, carácter más viril, más enérgico, pero menos gracioso y menos delicado.

Los fenómenos de hipoovaria consecutivos a la atrepsia o a las alteraciones patológicas de los órganos genitales suelen producir perturbaciones de la menstruación imputables a la insuficiencia glandular: amenorrea de ciertas hembras púberes, dismenorrea.

Muchos otros síntomas quedan aun por enumerar. Su variabilidad, que los convierte en matices de síntomas sin fijeza definitiva, nos obliga a dejarlos de lado. A pesar de esto, en las páginas anteriores, hay suficientes elementos para integrar personalidad propia al síndrome de insuficiencia ovárica.

Ahora bien; si mentalmente pasamos revista al subcapítulo de las funciones del ovario y lo comparamos con el de la sintomatología, veremos, casi con asombro,

que aquellas funciones y acciones se corresponden casi exactamente con los síntomas, lo que viene inopinadamente, pues no lo pensábamos al empezar el presente trabajo, a reforzar nuestras ideas nacidas, como he dicho anteriormente, más de la observación frecuente de enfermas, que de las lecturas.

En efecto, a tal acción vaso-dilatadora corresponde tal síntoma de análoga esencia; a la acción morfogénica se relacionan directamente y sin esfuerzo mental, las perturbaciones de la nutrición que hemos señalado en la hipo-ovaria: enflaquecimiento, adiposidad, clorosis, etc. Hasta el párrafo de las correlaciones y antagonismos glandulares se encuentra en el de los síntomas, una lógica corroboración.

En seguida veremos asimismo que el estudio de las causas inmediatas de tales fenómenos patológicos contribuye al mismo fin, es decir, a asegurar la perfecta correspondencia entre la fisiología y la patología, lo que evidentemente constituye un ideal no siempre alcanzable en los estudios médicos.

Etiología. — En el transcurso de las páginas escritas hemos enunciado ya casi todas las causas que pueden alterar el funcionamiento ovárico y producir su supresión o su insuficiencia. Las mencionaremos, detallándolas brevemente, al objeto de complementar este capítulo.

Después de la ovariectomía doble sobrevienen las perturbaciones, en los meses que siguen a la operación.

En este caso, a menos de que hayan quedado restos glandulares o de que exista alguna glándula supernumeraria, los trastornos serán definitivos.

La menopausia, que es una castración espontánea, es la causa más común de insuficiencia ovárica. Los trastornos aquí pueden establecerse de golpe o, lo que sucede más generalmente, aparecen paulatinamente y por grados. Por otra parte, cuando sucede este último caso, generalmente los accidentes llaman poco la atención y por ser tan atenuados no demandan tratamiento médico.

Todas aquellas afecciones que atacan la integridad anatómica del ovario o que perturban su funcionamiento por cualquiera de las maneras imaginables, pueden ser causa de insuficiencia ovárica, la cual puede, por esta misma razón, manifestarse con diferencias de grado, desde los simples trastornos hasta el síndrome con todo su cortejo de síntomas.

Estas afecciones pueden consistir en tumores de diversa índole, ovaritis purulentas e infecciosas, salpingitis, arterio-esclerosis, atrepsias de los órganos genitales, hipotrofismos orgánicos, etc.

Es digna de notarse separadamente la insuficiencia pasajera que se produce en dos momentos culminantes de la vida genital en gran número de personas sanas. Nos referimos a la pubertad y al embarazo. En ambos momentos la glándula, recargada en su funcionamiento, llega a la insuficiencia, produciendo los trastornos

correspondientes. Anotaremos como dato, no apuntado hasta ahora, los vómitos incoercibles de la preñez, a veces relacionados a nuestro síndrome.

Tratamiento.—Si bien la concepción de una secreción interna del ovario, lo mismo que la de las perturbaciones producidas por su supresión, es relativamente antigua, el tratamiento opoterápico es un hecho científico reciente. Después de Brown Sequard se llegó a pensar que si la ausencia de la glándula genital provoca las perturbaciones y modificaciones sexuales que hemos estudiado, inversamente, la introducción artificial de estas glándulas o de sus productos podría impedir o curar aquellas perturbaciones.

Esta idea ha ido abriéndose camino paulatinamente. Landau, Mainzer, Ritche, Loevy, Burghart, obtuvieron las primeras comprobaciones prácticas; pero indudablemente es al francés Jayle a quien se deben los primeros estudios serios y sistemáticos sobre las indicaciones de la medicación opoterápica ovárica que es, entre sus congéneres, una de las que ha dado mejores resultados.

Las investigaciones, a que hemos aludido anteriormente, efectuadas en estos últimos años por Frankel, Ancel, Bouin y Villemin sobre la histo-fisiología de las glándulas genitales femeninas, han provocado un desarrollo inesperado de aquélla, sobre todo por el hecho de haber disociado los efectos atribuibles al ovario de una parte y al cuerpo amarillo de la otra.

Las aplicaciones de esta terapéutica pueden ser hechas sea con la ayuda de jugo ovario, que comprende todas las substancias y todas las partes del órgano, sea por preparados especiales de cuerpo amarillo.

No nos detendremos en la descripción de la teoría y de la técnica del ingerto ovárico, por no haber tenido oportunidad de observar ningún caso. Digamos de paso que Tuffier, apoyado por un grupo de sabios ginecólogos franceses, se ha levantado el año anterior, enérgicamente contra este procedimiento quirúrgico, al cual, estadísticas en mano (2 o/o de mejorías relativas en 270 casos) le niega la eficacia seductora que le asignaban hasta hace poco.

La glándula ovárica puede ser administrada en diversas formas que detallamos a continuación. Las preparaciones frescas son difíciles de utilizar, pues no son aceptadas de buen grado por los enfermos y suelen producir accidentes tóxicos (diarrea, fiebre, etc.) Se administra hasta diez y veinte gramos de glándula por día en bolos de pan ázimo o mezclados a confituras.

La ovarina o polvo de ovario es la más empleada. Se da una dosis media de 0.25 a 0.50 centigramos por día en dosis fraccionadas en tabletas, sellos, pastillas o píldoras. Nosotros la hemos usado a dosis más alta que la indicada por los tratados de terapéutica: 0.20 centígrados por sello, a tomar tres o cuatro al día.

Los extractos glicerinados obtenidos por el procedimiento corriente, se usan en inyecciones hipodér-

micas. Son poco empleados pues no aventajan a los preparados ingeribles. Muret usaba un gramo de substancia ovárica desecada por cinco de glicerina, e inyectaba 0.50 ctgs. a un gramo por día.

Las preparaciones de cuerpo amarillo consisten en separar estos cuerpos de los ovarios frescos. La más conocida y la que mejores resultados proporciona es la ocreína, que tendría, sobre la ovarina, la ventaja de contener únicamente las substancias activas, de acuerdo con las comprobaciones histo-fisiológicas de Ancel y de Villemin.

La ocreína se administra en píldoras de 0.02 centígrados (vereína Gremy) en gotas (0.02 cgs. por 20 gotas) en ampollas, etc. Las píldoras se dan en número de 6 por día, o sea 0.12 cgs.

Las tabletas de Fraenkel contienen 0.30 cgs. de extracto de cuerpo amarillo y se administran dos a tres por día.

Las indicaciones son las siguientes: en la ovariectomía los resultados son excelentes. La dosis habitual es de 0.25 a 0.50 cgs. de ovarina administrados durante diez o veinte días, dando un descanso equivalente para recomenzar después.

El efecto, como se comprende fácilmente, es transitorio; pero como la medicación puede ser seguida sin inconveniente durante años, resulta inmejorable. Se observa, con más o menos rapidez, la desaparición de los fenómenos vaso-motores, congestivos, de las crisis

colorosas, de las palpitaciones y de los síntomas mentales. Ciertas turbaciones orgánicas tardías como la obesidad, los caracteres masculinos, no parecen modificarse.

En los accidentes de la menopausia el tratamiento opoterápico da aún mejores resultados. La ovarina o la ocreína neutralizan casi siempre transitoriamente y a veces definitivamente los síntomas de insuficiencia sexual. En las metrorragias, cuando todas las demás medicaciones fallan se haría mal en no acudir a aquellos. El síndrome de angina-pecho constatado por Geissel en algunas menopáusicas cede rápidamente a las inyecciones de extracto ovárico. De la misma manera se ha notado que algunas afecciones cutáneas (eczemas, acné, prurito) concomitantes han desaparecido con el tratamiento en cuestión.

Las insuficiencias ováricas relacionadas con la hipotrofia o la atrepsia local de los órganos genitales, las que se encuentran en ciertas enfermas pequeñas de poco peso, de reglas tardías e irregulares acompañadas de dolores violentos, de cefalea, etc., en esas jovencitas cloróticas, constipadas, histéricas que fatigan fácilmente sus órganos, pueden experimentar mejoría, desapareciendo los dolores y regularizándose las reglas. Sin embargo, en lo tumores y en las degeneraciones filosas, tratándose de lesiones irremiabilles los resultados son menos alentadores. En ninguno de

los dos casos debe omitirse sin embargo el tratamiento por la ovarina o la ocreina.

En las insuficiencias relacionadas con el desarrollo que además de las perturbaciones menstruales presentan cloroanemia las mejorías se consiguen fácilmente. Según Muret y Spillman y Morcacci el tratamiento ovárico acrece el número de hematíes y contribuye a restablecer las reglas.

La amenorrea y la dismenorrea se mejoran a menudo, cuando, según la división de Jayle son de origen ovárico. El establecimiento previo del diagnóstico es aquí necesario.

Los vómitos incoercibles de la preñez han sido tratados por la opoterapia ovárica. Con dosis correspondientes a 0.30 egs. de glandula fresca, administradas diariamente, y dobladas o aumentadas progresivamente en los casos graves, Stella ha obtenido buenos resultados. No se debe olvidar esta indicación, pues en caso de fracasar las medicaciones usuales la opoterapia ovárica podría evitar el aborto.

Algunas psicosis de origen genital también son pasibles de este tratamiento, sobre todo cuando ellas guardan relación con auto-intoxicaciones comprobadas o probables teniendo su causa en el ovario. Tamburini, en cuatro mujeres amenorreicas que presentaban trastornos graves del psiquismo, ha visto desaparecer estos trastornos y establecerse la menstruación, bajo la influencia de la ovarina. De la misma manera la hemos

empleado nosotros con éxito en los trastornos psíquicos elementales de la preñez.

La obesidad constituye uno de los síntomas frecuentes de la insuficiencia por castración o por menopausia. Hipócrates sabía algo de esto cuando afirmaba haber observado la coincidencia de la obesidad y de las reglas irregulares.

Carnot al tratar este asunto distingue varios tipos clínicos distintos: 1.º una obesidad de la castración que se observa en un cuarto de los casos, según Yayne; 2.º una obesidad de la menopausia, mucho más común, relacionándose con la decadencia ovárica; 3.º una obesidad de la pubertad, engorde pasajero que coincide a veces con disturbios menstruales; 4.º una obesidad post-nupcial debida a alteraciones ováricas sobrevenidas durante los primeros coitos; 5.º una obesidad maternal que se observa frecuentemente producirse durante la preñez o que se instale a raíz de un embarazo.

Pues bien; en todos estos casos debe ensayarse, como tratamiento de ayuda o como tratamiento único, la opoterapia. Los resultados son generalmente buenos, sino para la obesidad, que pocas modificaciones sufre, por lo menos para las perturbaciones concomitantes.

También en ciertos casos de reumatismo crónico ha sido empleada la opoterapia ovárica. En aquellos reumatismos que siguen a la castración o a la menopausia, como uno que he tenido ocasión de observar en una señora ovariectomizada dos años antes, puede dar

resultados interesantes. Pero como aquí intervienen también perturbaciones de insuficiencia tiroidea, conviene más el tratamiento opoterápico mixto.

La osteomalacia y la tetanía de origen genital han sido tratadas también por los productos ováricos, mas los resultados obtenidos no son del todo convincentes.

En la enfermedad de Basedow que concide, a menudo en el sexo femenino con trastornos análogos a los de insuficiencia ovárica (amenorrea, dismenorrea, bouffés de calor, sudores, trastornos mentales, etc.), se han obtenido a veces felices resultados con la opoterapia ovárica. Dalché ha observado en uno de estos enfermos una disminución de la frecuencia del pulso, 126 a 90, y la desaparición de la angustia precordial y del temblor, la reaparición de las reglas y mejoría del estado general. No se debe, pues, dejar de lado esta medicación en las mujeres, sobre todo cuando el síndrome basedowniano parece tener relación con la pubertad, las turbaciones menstruales, la menopausia o la preñez.

Hemos visto que algunos casos de clorosis se enmiendan o se curan con el tratamiento ovárico.

En la Aemofilia también ha sido empleado, pero sin mayores resultados.

Observaciones.—Como complemento de todo lo que se ha dicho hasta aquí en lo que respecta a la insuficiencia ovárica, presentaré algunos casos que he tenido ocasión de observar últimamente, habiendo ya hecho men-

ción durante el transcurso de lo escrito, a su significación e importancia:

I

Hospital Rawson. — Servicio del Dr. Martín Reibel. — Sala XIII.

Consuelo A. de S., 43 años, española, casada. La examinamos por primera vez en el consultorio externo el 11 de Noviembre de 1913.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: No ha sufrido enfermedades en la infancia. A los 18 años tuvo una neumonía. Casada a los 24 tuvo seis abortos seguidos, al final de los cuales fué operada de retroversión uterina. Constipada.

Enfermedad actual: Hace dos años empezó a sentir trastornos en la menstruación, sobre todo hemorragias frecuentes. Al cabo de tres meses, más o menos se le suspendió por completo aquella. Desde entonces dieron comienzo, para ella nuevos sufrimientos: dolores uterinos, nervosismo, insomnios, palpitaciones y sobre todo grandes bouffées de calor a la cara y el cuello, que se repetían con gran desesperación de la enferma, varias veces en el día.

Inmediatamente instituímos el tratamiento opoterápico impuesto por tal sintomatología. Dimos la ova-

rina en cantidad de 0.60 cgs., en sellos de 0.20 y agregamos un tónico, la lecitina.

Los resultados no se hicieron esperar: al mes la mayoría de los síntomas se habían enmendado.

Actualmente la enferma sigue el mismo tratamiento, con períodos de descanso, y su bienestar es visible.

II

Petrona B. — Hospital Rawson. Servicio del Dr. Reibel. Consultorio externo.

La enferma tienen 15 años cumplidos, argentina, soltera. La observamos por primera vez el 3 de Diciembre.

Antecedentes hereditarios: Tuberculosis en los padres y hermanos.

Enfermedad actual: Hace varios meses que siente los siguientes trastornos: se ha puesto gruesa, pero muy pálida; las reglas se le han detenido y no le viene desde seis períodos atrás; nota un poco de flujo blanquecino; no tiene apetito, perturbaciones gástricas, en forma de náuseas, dolores de estómago y vómitos por las mañanas; ausencia de memoria, falta de voluntad, torpeza en el psiquismo general.

Hecho el diagnóstico de insuficiencia ovárica, más o menos ligadas a un estado general de anemia — revelado por los análisis de sangre — instituímos el tra-

tamiento con la ocreina de Gremy, ayudada por tónicos y tratamiento general pertinente.

La enferma reempezó su función menstrual definitivamente antes de los dos meses de tratamiento.

III

Josefa B.—Hospital Rawson. Sala XIII Diciembre 5|913.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: En los veinte años que cuenta, no recuerda haber sufrido enfermedades graves. Únicamente manifiesta haber sido muy constipada.

Enfermedad actual: Lleva seis meses de embarazo. Es su primer embarazo. Desde los primeros meses ha sentido graves trastornos en forma de náuseas y vómitos que se han hecho incoercibles.

Ha sido tratada por diversos médicos, uno de los que la enferma haya acudido al hospital.

Como se notan ciertos síntomas de insuficiencia ovárica: bouffées de calor, taquicardia y gran nervosismo se instituye tratamiento opoterápico.

Los vómitos ceden a los dos semanas y la enferma prosiguió su embarazo en mejores condiciones.



CAPÍTULO III

CONCLUSIONES

En verdad no estamos en condiciones de deducir claras y categóricas conclusiones de nuestras observaciones,—de las cuales no exponemos sino las más demostrativas—y máxime cuando existen entidades médicas y científicas del volumen de Tuffier que niegan o ponen en duda, sino la existencia del síndrome de insuficiencia ovárica, por lo menos su tratamiento. Sin embargo constreñidos por el deber inherente a un trabajo de esta índole, concretaremos nuestras modestas opiniones en algunas ideas de orden general, hasta que, si la vida no malogra nuestros juveniles idealismos, podamos abordar el mismo sistema o sus afines con mayor acopio de erudición y de experiencia:

1.º El síndrome de insuficiencia ovárica, estudiado a favor de la nueva histofisiología del ovario, tiene una existencia clara y definitiva.

2.º Los casos de insuficiencia ovárica son muy nu-

merosos. La variedad de grados y la poca difusión de ciertos conceptos de fisiología, es lo que hace que gran parte de aquéllos no sean despistados por los prácticos, atribuyendo su sintomatología a causas extrañas.

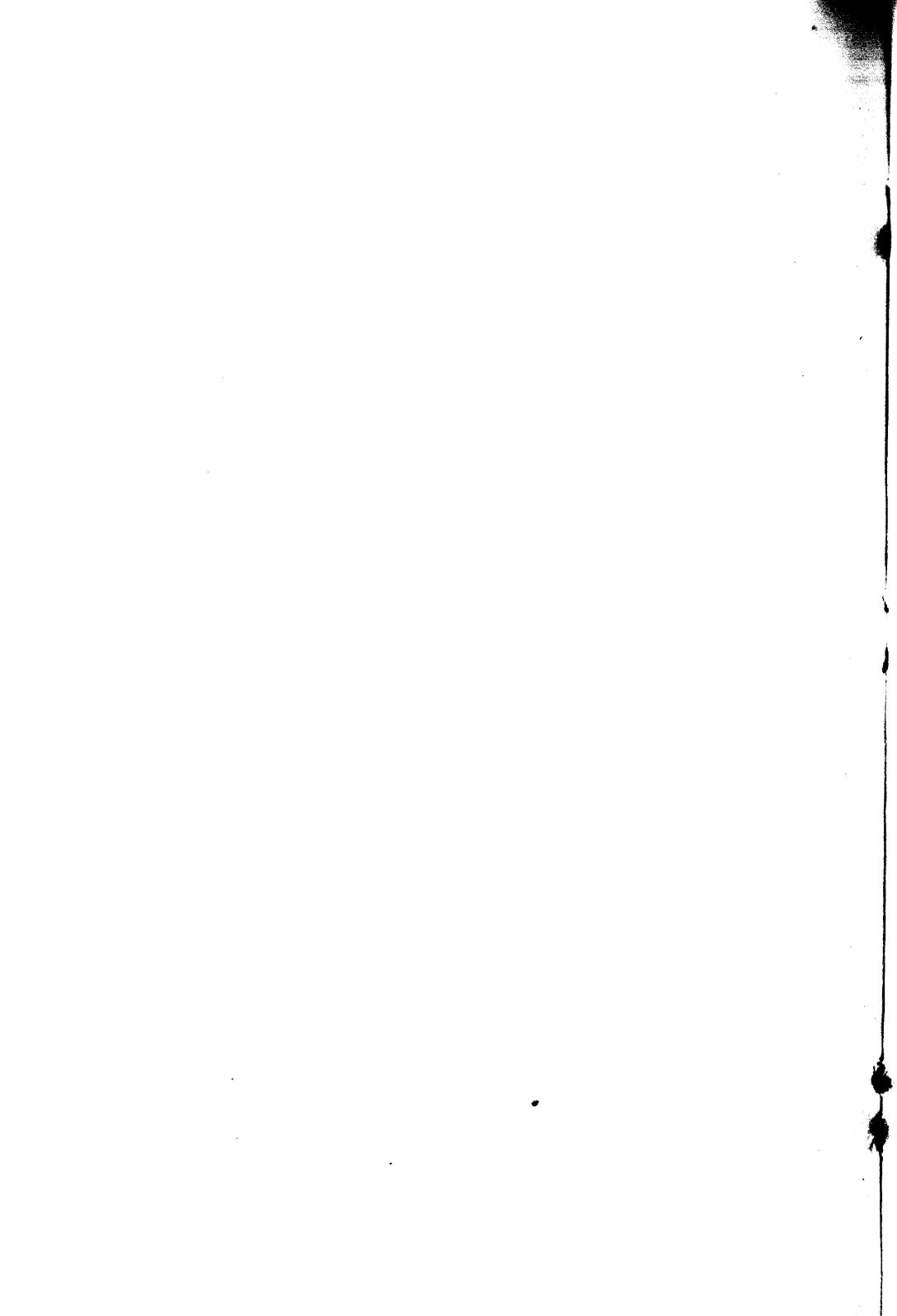
3.º El tratamiento de la insuficiencia ovárica por los productos de extracción de la glándula da resultados excelentes.

4.º La ovarina y la ocreína, productos ingeribles, deben ser preferidos para la práctica diaria.

5.º No existen contraindicaciones de importancia.

BIBLIOGRAFÍA

- Aucel y Villemin.* — Comptes Rendus de la société de Biologie, 1904—1906—07—09 y 13.
- Bouin.* — id., id.
- Bestion de Camboulas.* — Tesis 1898. — Burdeos.
- Brown Sequard.* — Arch. de fisiología normal y patológica, 1890.
- Busquet.* — La Función Sexual.
- Carnot (Paul).* — Opothérapie.
- Foa.* — Injertos ováricos.
- Foa.* — Sur la greffe des ovaires. Archives de Biologie.
- Haban.* — 1.º Ovarium und Menstruación. 2.º Die interen secretion von ovarium von placenta Archiv. Of. Gynœk.
- Lambert.* — Influence de la Castration ovarique sur la nutrition. Comptes Rendus de la société de Biologie.
- Le Bec.* — Archives Generales de Medecine 1892.
- Luciani.* — Fisiologia.
- Marro.* — La Puberté chez l'homme et chez la femme.
- Tarulli.* — Boll de la R. Acad. de Med. de Roma.
- irziglitzer.* — Thésis de París.



Buenos Aires, Marzo 31 de 1911.

Nómbrase al señor Consejero doctor Enrique Zárate, al profesor titular doctor Samuel Molina y al profesor suplente doctor Toribio Piccardo para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

LUIS GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La Dispareunia es un fenómeno de insuficiencia ovarica?

E. ZÁRATE

II

En la eclampación tiene alguna acción la insuficiencia ovárica?

S. MOLINA

III

Síndrome de la insuficiencia ovárica.

T. PICCARDO

Buenos Aires, Abril 15 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2160 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

LUIS GÜEMES
J. A. Gabaston
Secretario

30363

