



N.º 2810

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

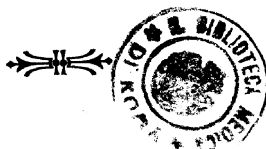
MENOPAUSIA PRECOZ

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARMANDO G. ARMANI



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 - JUNIN - 863

1914



MENOPAUSIA PRECOZ



Año 1914

N.º 2878

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MENOPAUSIA PRECOZ

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARMANDO G. ARMANI



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 - JUNIN - 863

1914

Handwritten:
The
15-11

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. LUIS GÜEMES

Vice-Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

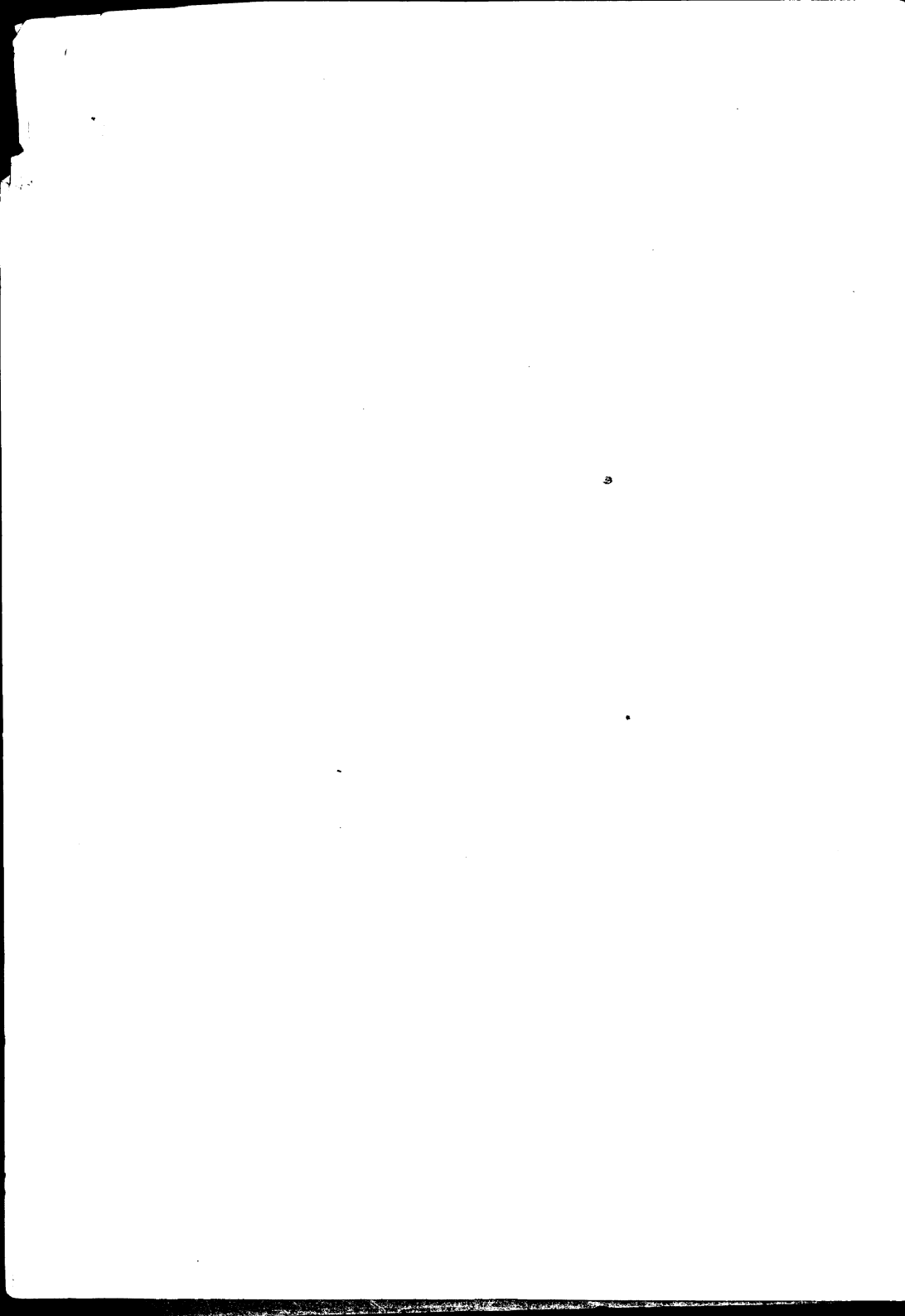
Miembros titulares

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. » » ÁNGEL GALLARDO
15. » » CARLOS MALBRAN
16. » » M. HERRERA VEGAS
17. » » ÁNGEL 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

» » G. ARAOZ ALFARO

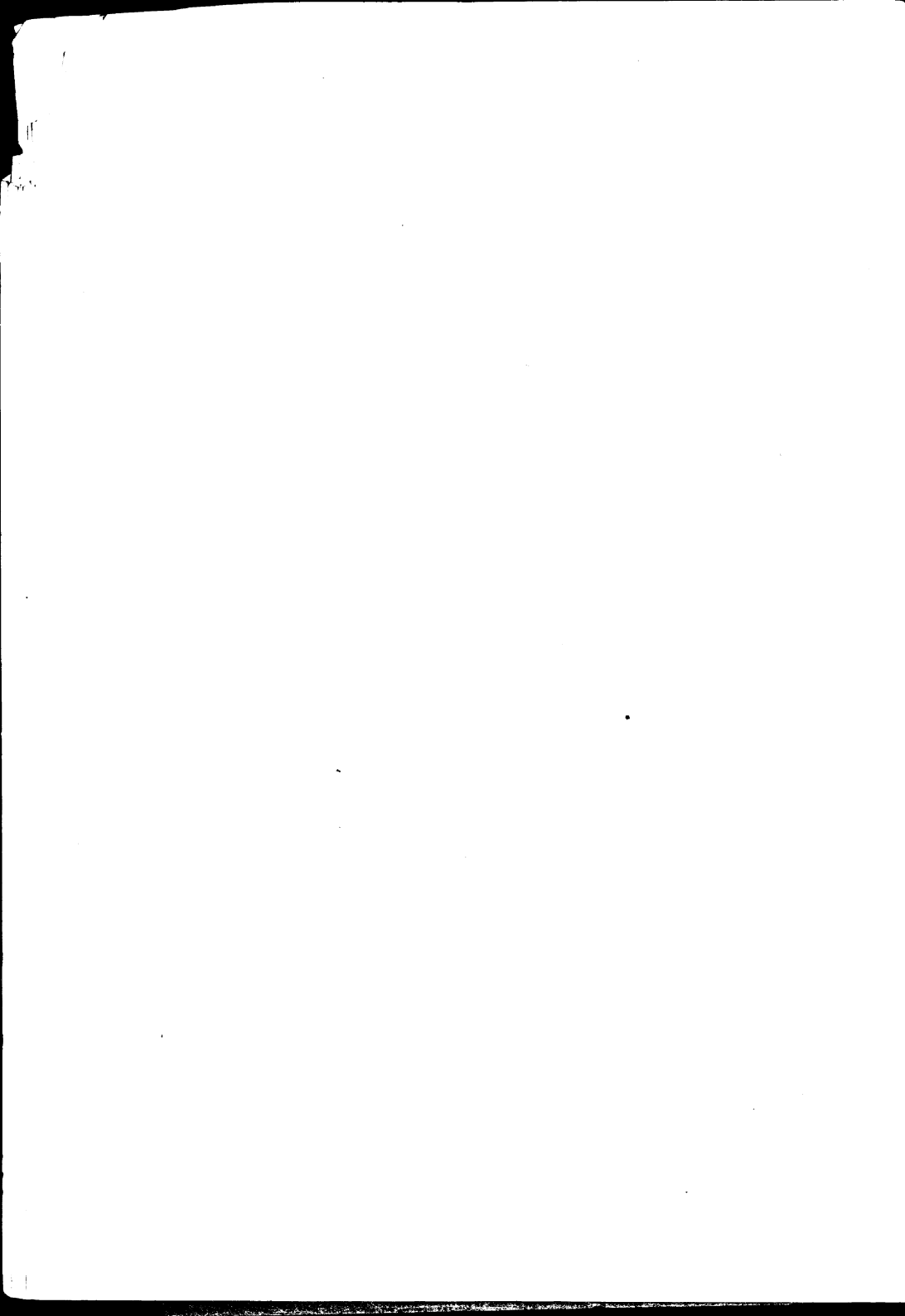


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. PEDRO LACAVERA

Consejeros

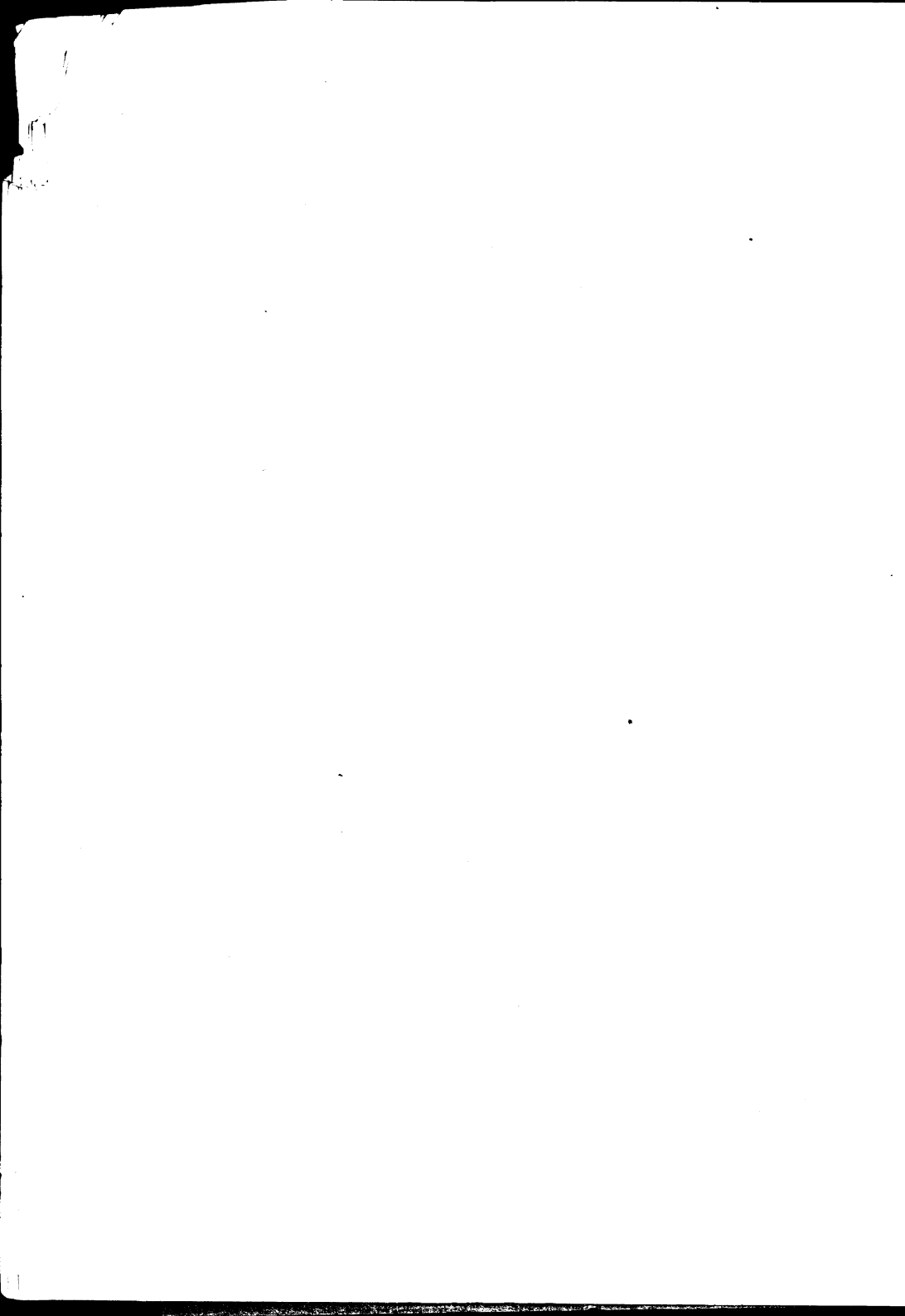
DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

- » » FRANCISCO SICARDI
- » » TELÉMACO SUSINI
- » » NICASIO ETCHEPAREBORDA
- » » EDUARDO OBEJERO
- » » LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » JUAN A. BOERI (suplente)
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISKO 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

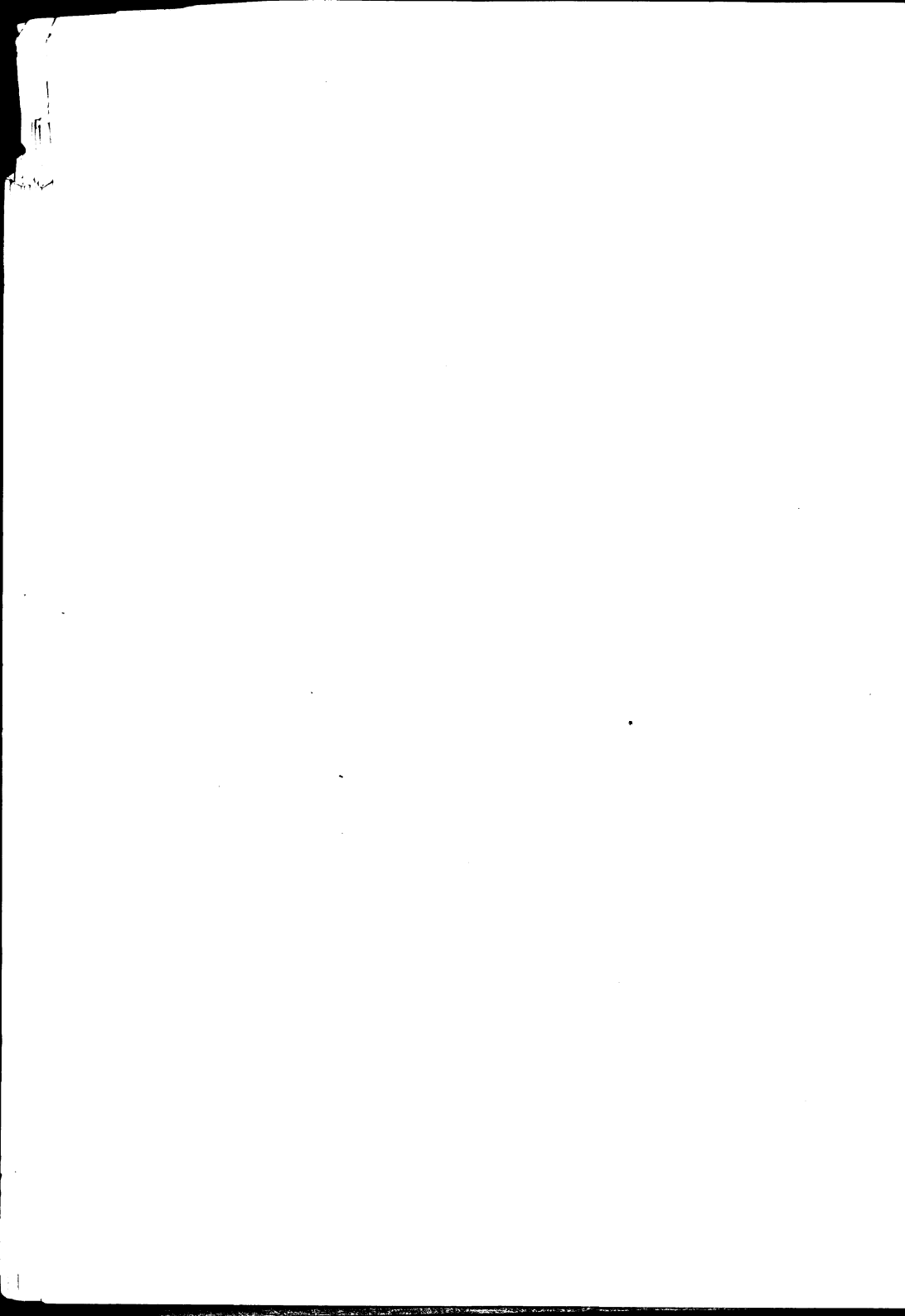
» J. T. BACA

» J. Z. ARCE

» P. N. ARATA

» F. DE VEYGA

• ELISEO CANTÓN



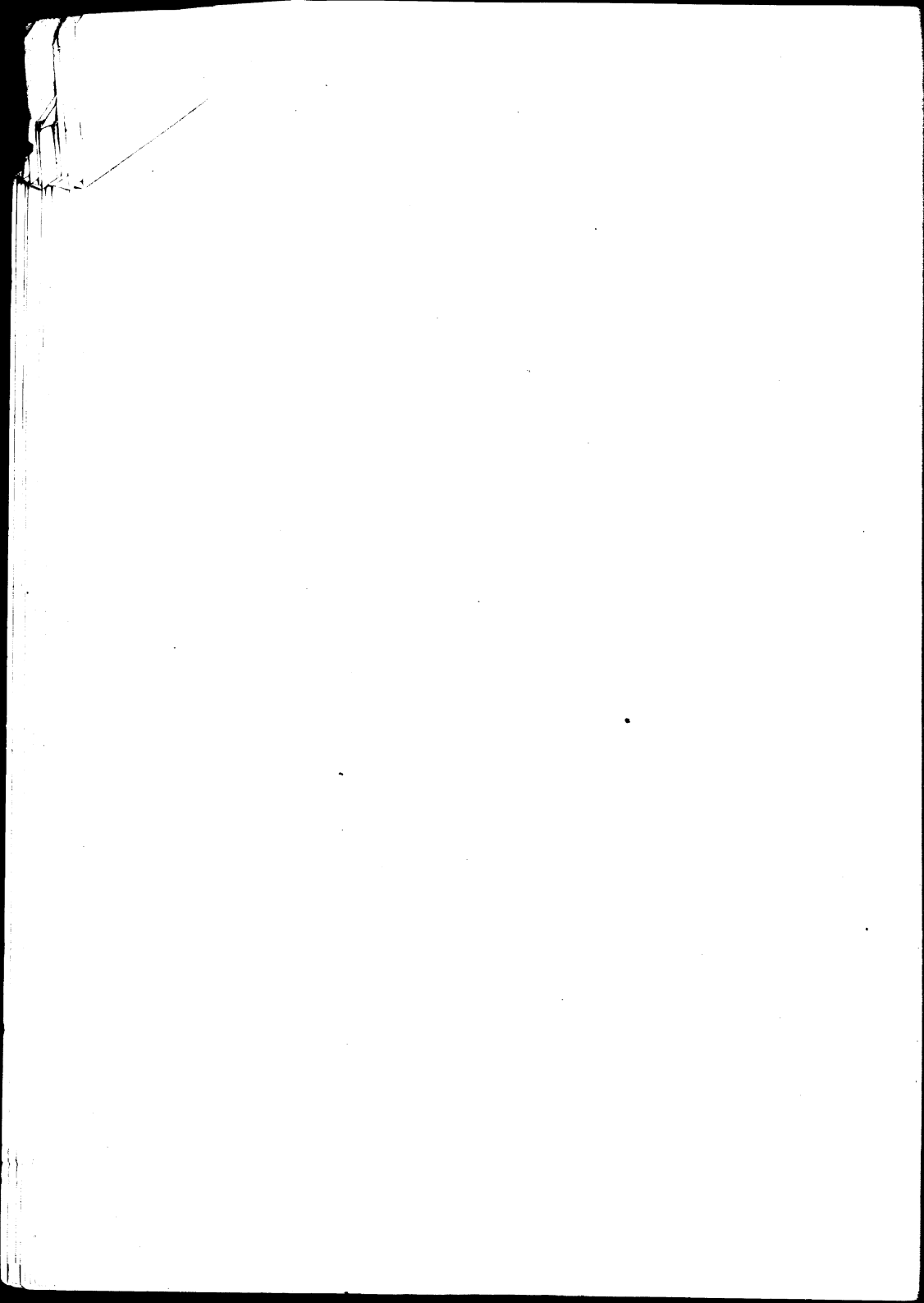
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANAÑA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU (interino)
	» JOSÉ ARCE (interino)
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
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.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CARLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA

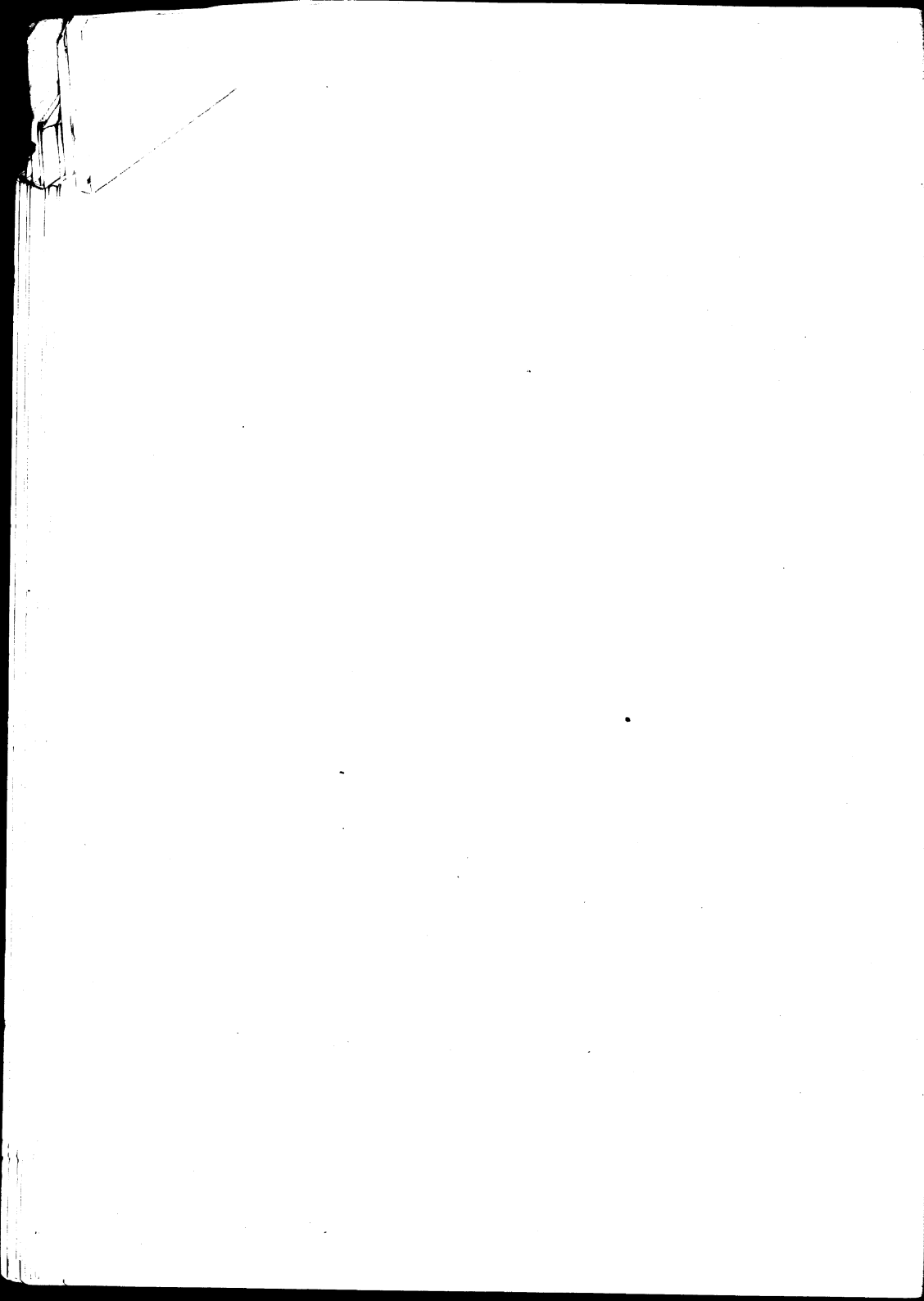


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU (en ejer.)
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Semiología.....	» MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	» CARLOS R. CIRIO
Materia Médica y Terapia....	» JOAQUIN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	» JOSÉ MORENO
Patología externa.....	» PEDRO CHUTRO
Clinica Dermat. ^a Sifilográfica.	» CARLOS ROBERTSON
	» NICOLÁS V. GRECO
» Génito-urinaria.....	» PEDRO L. BALIÑA
	» BERNARDINO MARAINI
Clinica Epidemiológica.....	» JOAQUIN NIN POSADAS
Patología interna.....	» FERNANDO R. TORRES
	» PEDRO LABAQUI
Clinica Oftalmológica.....	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
	» ENRIQUE DEMARIA
» oto-rino-laringológica..	» ADOLFO NOCETTI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
» Quirúrgica.....	» JOSÉ ARCE (en ejerc.)
	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» ROBERTO SOLÉ
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
» Médica.....	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
» Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
» Ginecológica.....	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ (en ejerc.)
» Obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS »
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina Legal.....	» JOAQUIN V. GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Catedráticos titulares

Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Petánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. DOMINGUEZ
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 sustitutos

Técnica farmacéutica.....	{ » PASCUAL CORTI » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas ..	
Física farmacéutica.....	DR. OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
Química orgánica	» TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica.....	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química inorgánica.....	» JUAN A. SÁNCHEZ
	» 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

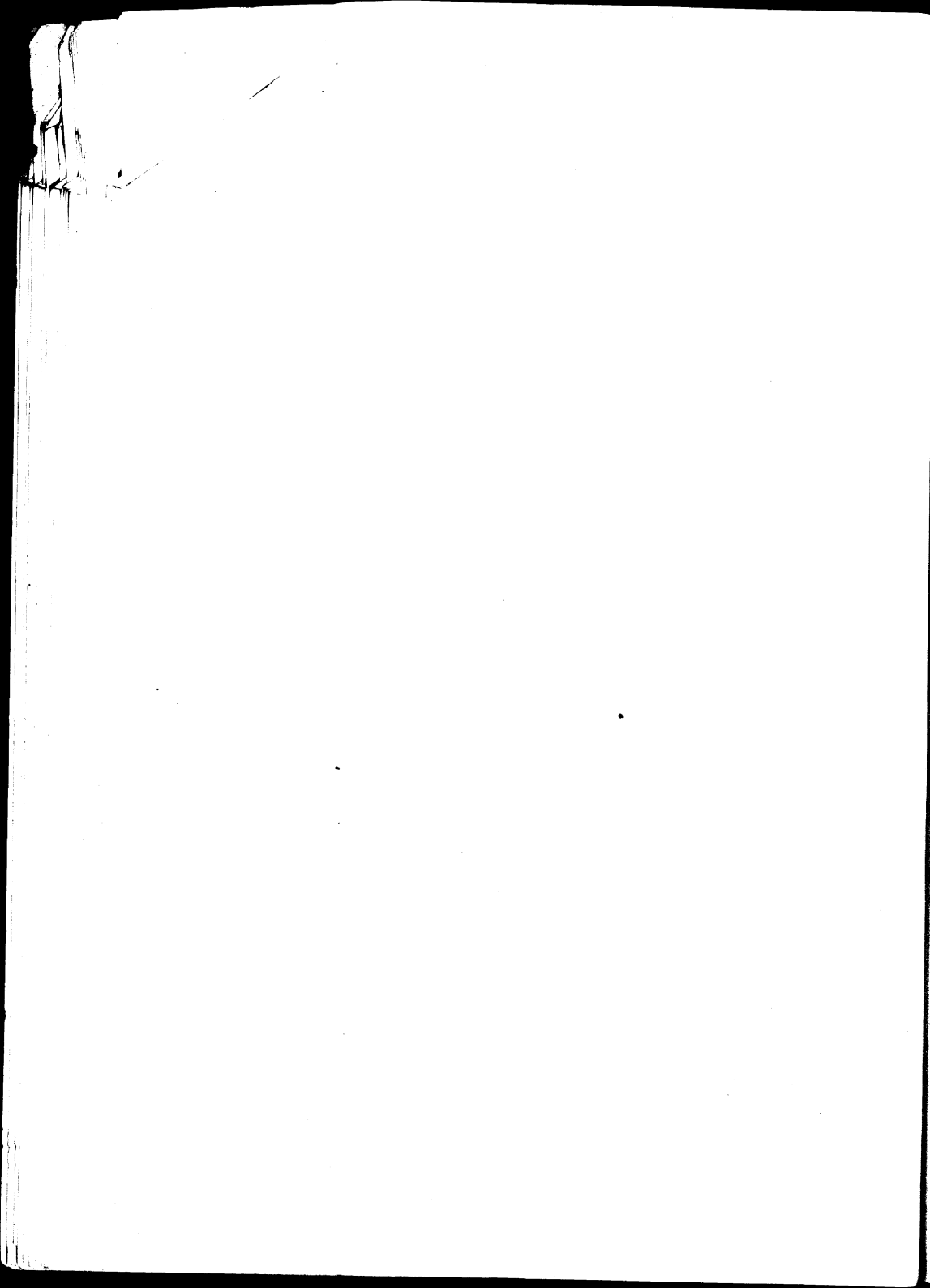
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	> J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

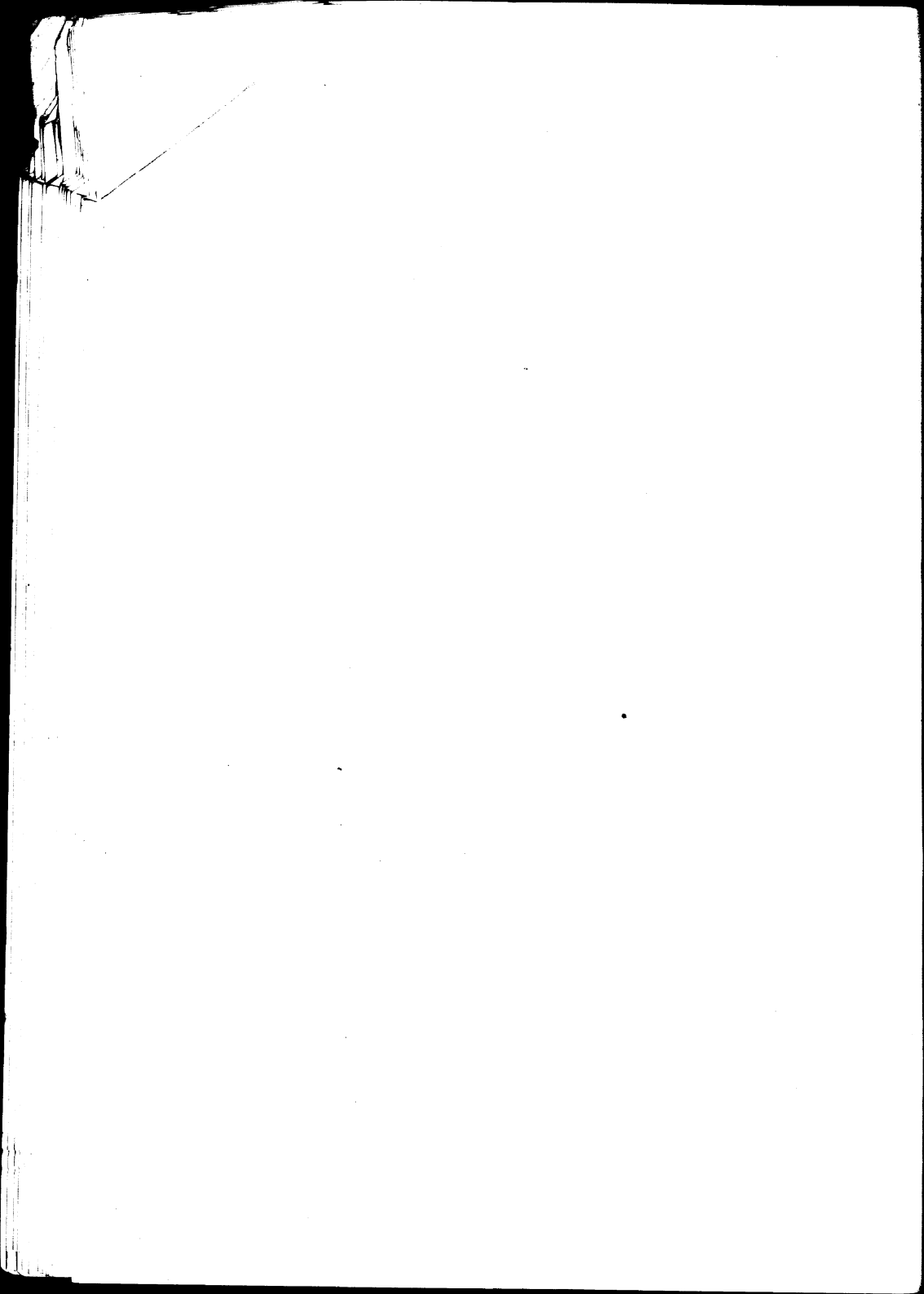
Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	> LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	> N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

Asignaturas: Catedrático sustituto

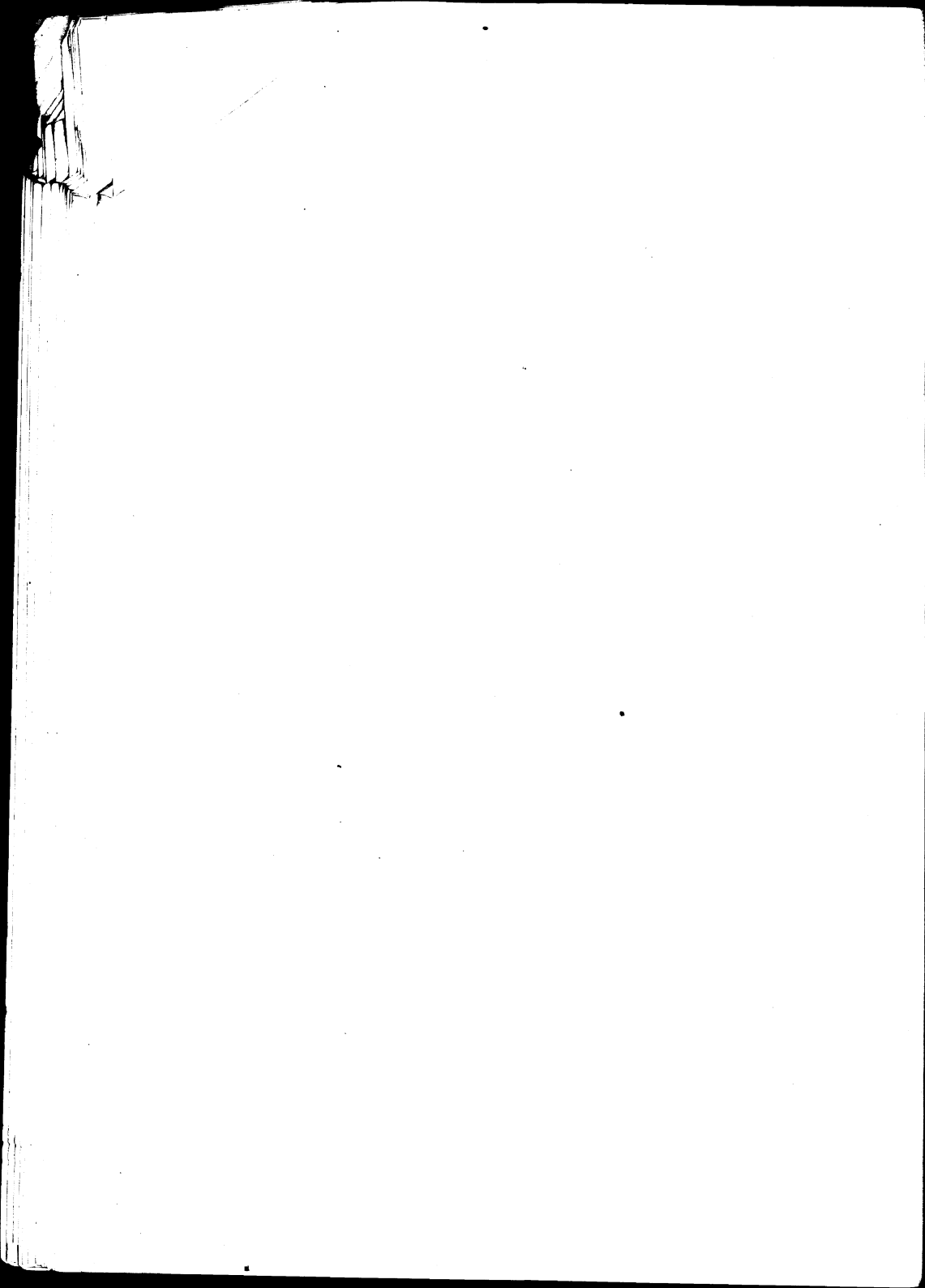
DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS
DOCTOR MARTIN REIBEL

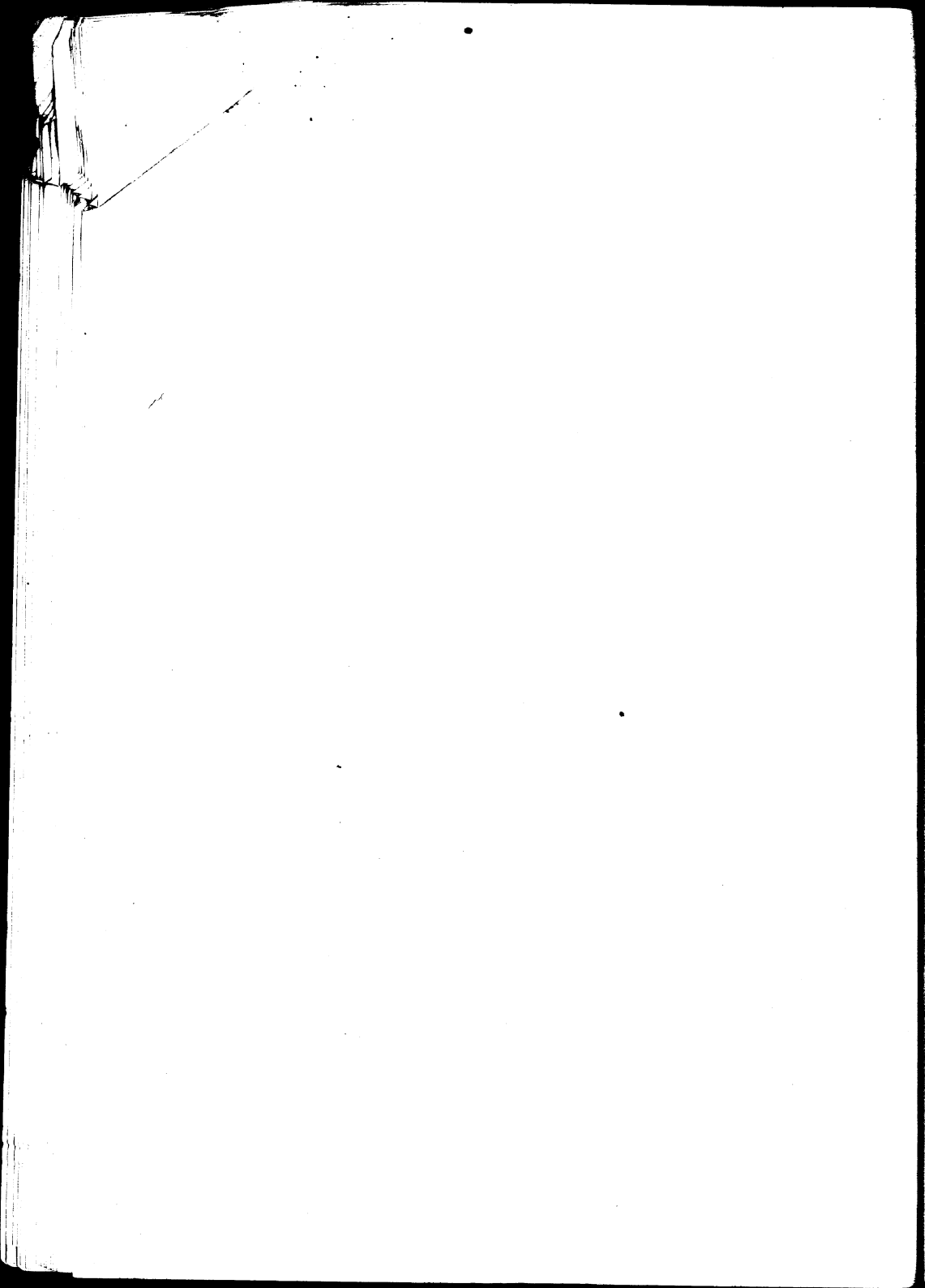


A LA MEMORIA DE MI QUERIDO PADRE

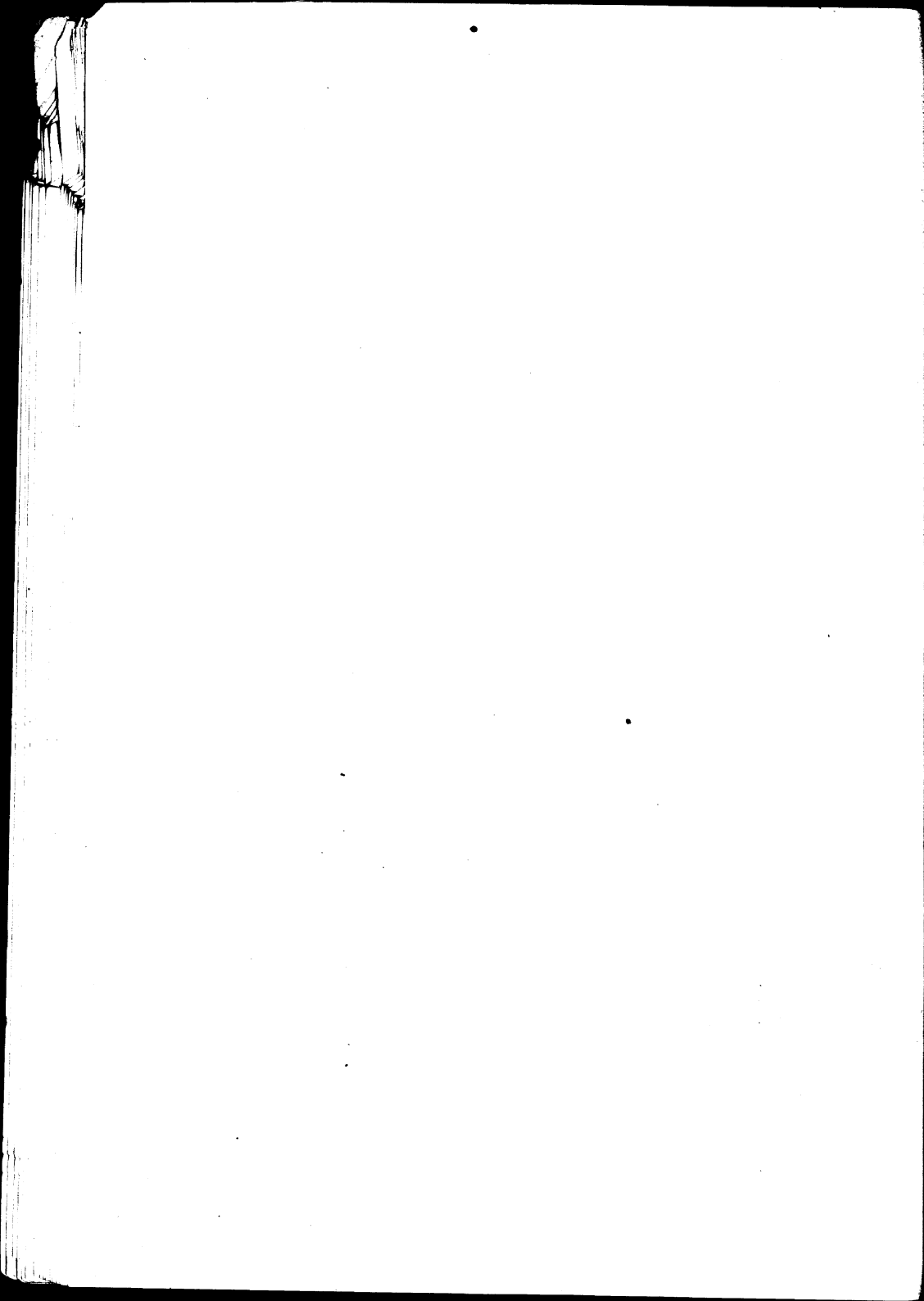


À LA MEMORIA DE MI TÍA

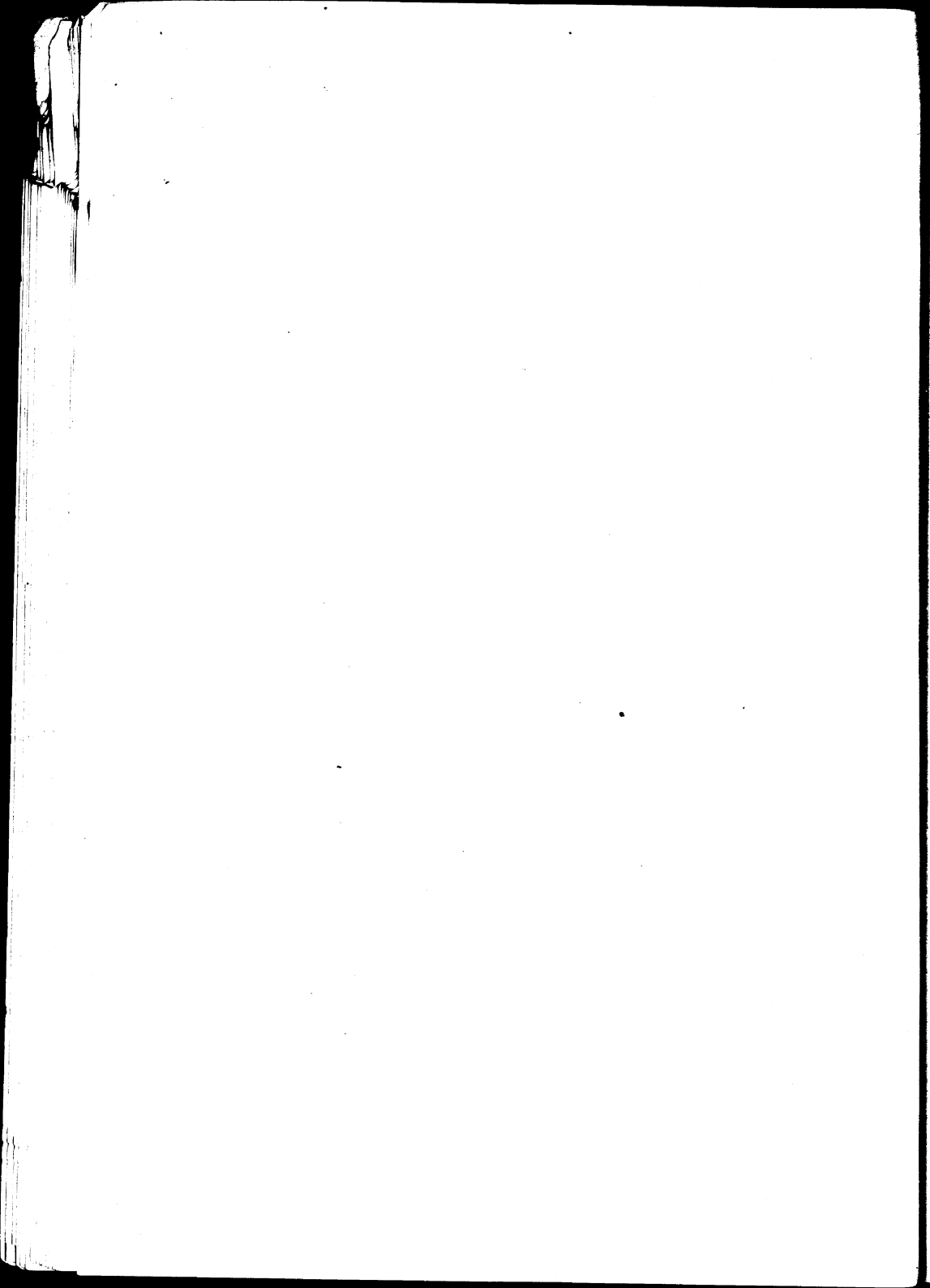
HORTENSIA GALIANO



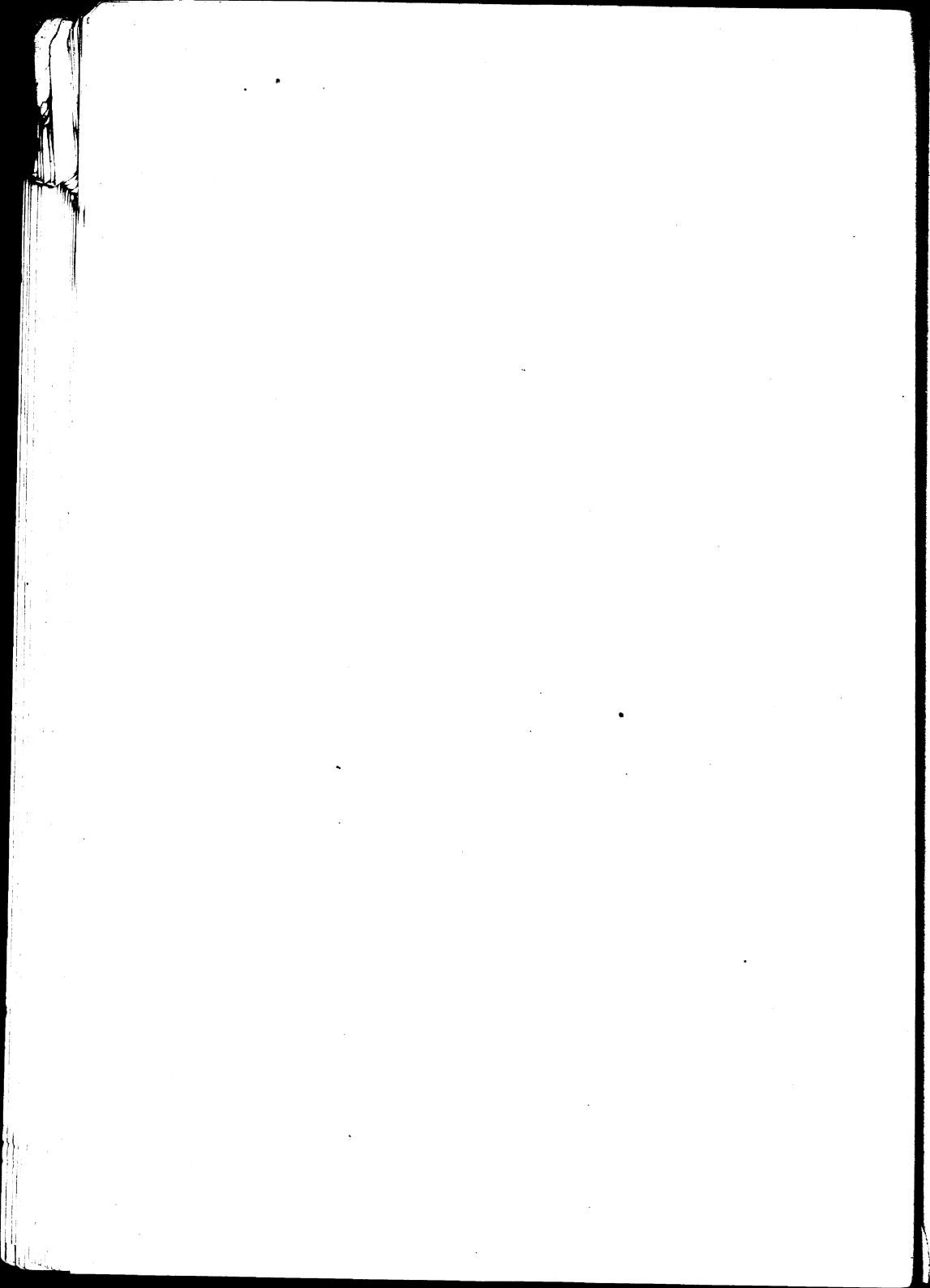
A MI MADRE



A MIS HERMANOS



A LOS MIOS Y A MIS AMIGOS



SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Al presentarme á vuestra consideración, cumplo gusto-so con una prescripción reglamentaria, que me permitirá exponer, en breves líneas, el fruto de un esfuerzo. No tengo la pretensión de presentar un trabajo sobre tema inédito ni original; se trata de una compilación de datos que hallé diseminados y con los cuáles creo haber logrado formarme un juicio concreto sobre el punto elegido, que podrá serme útil y que quizás lo sea también para mis condiscipulos.

Trátase, no hay duda, de un tema poco divulgado y poco estudiado; de una de esas afecciones en que la Medicina se estrella y se rinde impotente cuando pretende alcanzar su curación completa. Pero si no he hallado en el curso de mis trabajos la panacea anhelada, réstame, por lo menos, la satisfacción de señalar los medios de aliviar con mi modesto esfuerzo, los crueles padecimientos que afligen á los pacientes.

Quiero aprovechar esta última oportunidad, dentro de mi vida de estudiante, para manifestar mi más alta consideración y gratitud hacia todo el cuerpo docente de la Escuela de Medicina, al que me considero ligado por los estrechos vínculos que crea la vida diaria en común, durante largos años, en el afán de buscar la verdad, llevado de la mano por quienes saben indicar el camino para alcanzarla.

He cubierto la primera etapa de mis aspiraciones: alcanzar el título universitario. Desde esta altura vuelvo la mirada para recorrer con ella el camino andado y experimento entonces un sentimiento, inspirado por la más viva gratitud hacia mis maestros, á cuyos esfuerzos, alturas de miras y cariñosa contracción, se debe el alto prestigio de que goza ésta casa.

Permítaseme agregar á estas manifestaciones una de la misma índole, pero más personal, más íntima, á que me creo obligado por impulso de idénticos sentimientos.

Hubo una hora, en mi vida de estudiante, en que el ánimo abatido por intensos sacudimientos no suministraba ya las energías para continuar la áspera lucha! En esa hora crítica, un amigo y prestigioso maestro me prestó su apoyo, reanimó mi espíritu con el consejo sereno y certero que saben dar los hombres de corazón sano, que sobreponiéndose á todos los egoismos de la vida, sólo saben ver en ella la posibilidad de sembrar el bien. Y así, ya en la amable disertación privada, ya en su clínica del hospital Rawson, formó mi espíritu orientando todas mis energías

disponibles hacia el triunfo, que sólo con el dolor del esfuerzo persistente puede alcanzarse.

Ese amigo y sabio maestro es el Dr. Martín Reibel, que colma mis alegrías de esta hora apadrinando este modesto trabajo. Tanta bondad de su parte me obliga, con nuevas y poderosas razones, á formular como programa de vida personal y profesional el deseo inquebrantable de avanzar siempre hacia la conquista de un ideal.

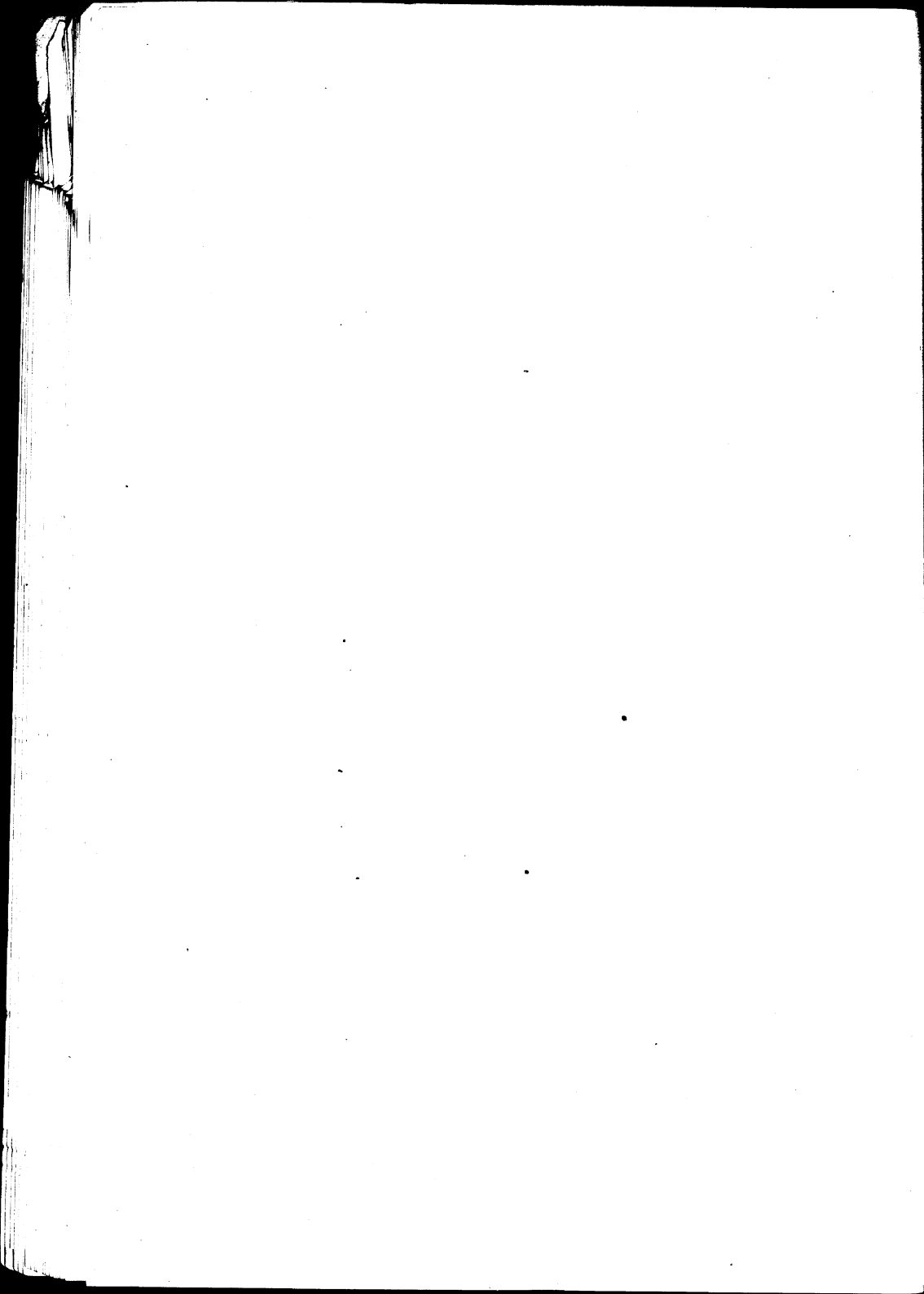
A mi distinguido maestro, el profesor Dr. Luis Güemes, cuyas sabias lecciones constituyen la parte más valiosa de mi bagaje profesional.

Al profesor Dr. Ricardo S. Gómez, cuya bondadosa persuasión y cuyas elevadas enseñanzas contribuyeron á afianzar este éxito de mi vida.

Al Dr. Alfredo Viton, la expresión de mi más sincera amistad.

Al Dr. Leopoldo F. Costa, mi querido maestro de Odontología y mi buen amigo de horas amargas. Sus enseñanzas han quedado profundamente grabadas en mi cerebro, y el recuerdo de su invariable amistad no llegará á borrarse jamás de mi espíritu.

Tales son, pues, las deudas de gratitud con que llego al final de mi vida de estudiante.



HISTORIA

Las primeras observaciones datan de la época de Brienne de Boismont en el año 1842, quien cita varios casos de menopausia precoz, en su tesis titulada «Menstruaciones consideradas en sus relaciones fisiológicas», presentada á la Facultad de París, y de escasos datos sobre etiología y patogenia, donde bosqueja apenas la sintomatología y ningún trabajo sobre anatomía patológica de la afección.

Desde entonces, nada más se dijo, hasta Bruck, que hizo observaciones de la misma índole en su estudio «Concepción en una mujer no reglada», en el año 1854.

Tilt, en su tesis presentada en Londres en 1870, publicó una estadística de 49 casos, bien estudiados de menopausias precoces, sobrevenidas en mujeres de 27 á 39 años de edad, asignando ya especial importancia á la influencia nerviosa, particularmente el miedo. (Tesis. The change of life in health and disease).

Aparece más tarde, en el año 1877, la tesis de Mr. Barrié, sobre «Menopausias» reportando muy pocos datos sobre la precocidad de las mismas.

En 1880, Courty, en su tratado sobre «Maladies de l'uterus, des ovaires et des trompes», cita ya casos de menopausias, de una precocidad característica y bien definida.

En la revista «American Journal of Obstetrics» en 1902, se publicaron por Miss J. Walter, observaciones de menopausias precoces y se admite como causa esencial y casi exclusiva el shock nervioso.

En el mismo año, Mr. Feimberg, escribe sobre «Amenorreas primitivas absolutas», sin extenderse sino muy vagamente en sus relaciones con la menopausia precoz.

Al siguiente año, el 14 de Diciembre de 1903, el doctor Armando Siredey, presentó á la Sociedad de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, cinco casos interesantísimos y concluyentes sobre este tema.

Fué seguido de un caso del Dr. Hartman, el 11 de Enero de 1904, expuesto en la misma asociación, confirmando los estudios de su antecesor.

Mme. Darcagne Mouroux presenta en su tesis ese mismo año, inspirada por su profesor A. Siredey, sobre «Menopausia precoz», el estudio más completo que hasta entonces se haya publicado y donde se acepta de lleno la teoría de la insuficiencia ovular, como causa principal y casi exclusiva, aunque no rechaza como imposibles las invocadas por otros autores, como ser, el shock nervioso

y la super-involución, pero, las acepta como mucho menos frecuentes.

Cuatro años más tarde, M. Maurice Godart, escribe su tesis sobre el mismo tema, pero, en sus relaciones con la obesidad, que son de capital importancia para el estudio de esta nueva afección. (Maurice Godart, «Menopausia precoz y obesidad. Tesis, 1908, París).

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

¿Qué es la menopausia?

Fisiológicamente, dice Frank Duprat, «es la cesación normal y definitiva de las reglas, el fin de la época durante la cual es posible la reproducción de la especie. Anatómicamente, se caracteriza por un cierto grado de atrofia de los órganos internos y externos, inverso del desarrollo funcional que presenta cuando la pubertad se establece».

Según Vinay, clínicamente define la menopausia: «el tiempo de pasaje entre la perfecta regularidad de las reglas, y el momento donde la supresión se hace definitiva».

La cesación puede producirse de varias maneras; sea brusca ó progresiva, operatoria ó caquética, etc., y da lugar á ciertos fenómenos interesantes, por varios conceptos, como veremos más adelante.

En épocas remotas, se tomaba el flujo catamenial, como simples fenómenos de plétora; pero hoy, que se conoce la



secreción interna, cuya acción antitóxica é hipotensiva, moderatriz de los nervios del corazón, aceleratriz de los procesos de combustión y oxidación, quienes intervienen de una manera eficaz en mantenimiento del equilibrio orgánico, hoy se sabe que su supresión produce graves accidentes dignos de fijar la atención, pues lo dicho anteriormente no se concreta á la sola supresión de la ponte ovular y la hemorragia que le acompaña.

Obsérvanse gran cantidad de fenómenos de carácter trófico y otros malestares, de acuerdo con la disminución ó cesación de la secreción interna y en relación directa con la insuficiencia ovárica.

Las alteraciones vasomotoras que corrientemente apegan á estas mujeres, son la resultante de una toxemia transitoria, si se quiere, pero nunca de la plétora considerada así por los antiguos.

El principio de la pubertad está caracterizado por la primera menstruación, seguida de los otros signos exteriores de fisonomía, inteligencia y carácter; la menopausia indica el final de la vida genital de la mujer, con las modificaciones consecutivas de fisonomía, inteligencia y carácter. La pubertad acarrea consigo los caracteres exteriores del sexo; la menopausia los retrograda ó los atenua.

Hasta la edad de 8 á 9 años los órganos genitales quedan rudimentarios para alcanzar en dos ó tres años dimensiones dobles, señalando la acción incontestable que sobre el desarrollo tiene, que le hace evolucionar á las

adolescentes hacia el tipo femenino con todos sus caracteres, puesto que la castración antes de la pubertad deja tras sí todo un tipo infantil.

El timus, hipófisis y especialmente el cuerpo tiroides, cuya sinergia ó antagonismo con el ovario es tan importante que tiene, como él, una influencia trófica interesante en el desarrollo individual, como toda glándula vascular sanguínea.

Normalmente, en todo organismo sano sin antecedentes hereditarios perjudiciales, la menstruación se instala sin accidentes graves ningunos; las perturbaciones á que da lugar son idénticas en su forma y en su calidad á las que se producen en todas las mujeres.

Entre el principio y fin de la vida genital, pubertad y menopausia, es menester reconocer en su intervalo dos existencias: el individuo y la especie; la vida de todos los órganos en general y la de los órganos genitales en particular.

Ahora bien: ¿No pueden ser interrumpidas por una enfermedad como por la edad la existencia de este dúo, cuyas consecuencias fisiológicas y psicológicas serían de desastrosos efectos para el individuo? Si.

La amenorrea, que significa ausencia de menstruación, y no ausencia de derrame sanguíneo, como podría creerse, no es otra cosa que la ausencia ó supresión de la vida genital de la mujer, que fuere consecutiva á una perturbación profunda de la nutrición general, como por una insuficiencia orgánica.

Puede aceptarse, y con razón, aunque paradójicamente dicha, que el estado normal de la mujer sería el amamantamiento ó la gestación. ¿Por qué, pues, los hindúes consideran como infanticidio la menstruación no precedida del coito, si no respondiera á esta interpretación en la misión de la mujer?

La desaparición de una menstruación, si no es consecutiva á la utilización de sus elementos en beneficio de la conservación de la especie, es, en cambio, el rastro que tras de sí deja el descenso de la intensidad de la nutrición por una causa cualquiera. ¿Qué, sino la menstruación, es la que anuncia con su silencio dicha utilización ó descenso, puesto que es la válvula de seguridad?

Puede resumirse en tres las condiciones de una menstruación regular:

- 1.º Integridad del aparato genital.
- 2.º Composición normal de la sangre.
- 3.º Estado normal del sistema nervioso.

Cualquiera causa que pueda perturbar una de estas condiciones, podría dar lugar á la falta de maduración, alterar la ovulación y evitar por medio del gran simpático, poniendo en juego la acción inhibitoria y la de los vasos motores, la congestión intensa, condición *sine qua non* é inmediata de todo derrame menstrual.

Los diversos estados mórbidos de los ovarios hacen, en ciertas ocasiones, las veces de existentes; en cambio, en ciertas circunstancias actúan sobre los fenómenos de ori-

gen reflejo, que se originan en ellos llegando hasta á abolirla si son lesiones avanzadas.

Si las amenorreas primitivas no nos interesan, pues que no pueden ser menopáusicas, quienes nunca tuvieron menstruación; no así las secundarias, que reconociendo como causas un empobrecimiento de sangre ó enfermedad aguda ó crónica cualquiera, pueden hacerse de transitorias permanentes, y ¿no sería en este caso una menopausia precoz? Si bien es difícil ó imposible decir el momento en que una mujer que jamás ha menstruado, cuando es amenorreica, sucede lo mismo en una amenorreica precisar cuándo será menopáusica.

El miedo, la depresión moral, la clorosis, el histerismo, el emotivismo, etc., y todo lo pertinente al sistema nervioso, tiene una acción incontestable sobre la supresión de la menstruación.

La atrofia uterina, por exagerada involución post-partum y las graves alteraciones anxiales, son otras tantas causas de amenorreas permanentes.

Hay que evitar confundir la amenorrea con la supresión fisiológica del embarazo ó con las retenciones por malformaciones de órganos.

La influencia de las menstruaciones precoces ó tardías es interesante por varios conceptos. Si bien las menstruaciones precoces no influyen en el estado general de la salud en forma desfavorable, aunque con excepciones, pues hay mujeres que envejecen antes de la edad común y en consecuencia susceptibles de una menor longevidad, las

menstruaciones tardías que pueden coexistir con cierto grado de salud excelente, no dejan por ello de exteriorizar la decadencia orgánica. Las funciones ováricas, perturbadas por una fiebre tifoidea, sarampión, tuberculosis, etcétera, reciente ó alejada, pueden haber producido este retardo en la menstruación, que será, á no dudar, de nefastas consecuencias para la vida genital.

Las experiencias hechas sobre cobayos, perras, etc., efectuadas por Matchinsky, inyectando toxinas, determinaban la atrofia de un gran número de óvulos, aumentando la intensidad de este proceso si eran distintas toxinas; obsérvase, además, la influencia más intensa de la toxina tetánica, y se ha comprobado por exámenes de cortes histológicos, la atrofia del tejido noble con invasión del tejido escleroso. ¿Por qué no puede producirse el mismo fenómeno en la mujer, consecutivo á enfermedades microbianas, como ser tifoideas, paperas, etc., y principalmente tuberculosis pulmonar? ¿Esa supresión del flujo menstrual no indica ya la decadencia orgánica ó por lo menos una defensa deficiente?

Las alteraciones del flujo, más si son á poussées, debidas á causas locales ¿no dan acaso amenorreas que pueden ser transitorias ó permanentes?

Puede sospecharse que existe una anomalía genital cuando el retardo se produce sin ser consecutivo á una enfermedad. Recordemos que existen mujeres que han parido sin haber tenido jamás su menstruación. A pesar de

las excepciones, los retardos en la menstruación inspiran serios temores para la salud general.

Las observaciones de menopausia precoz se hallan entre ellas y denuncian un escaso desarrollo genital, poco fecundas; eclípsanse antes que las demás, á pesar de la opinión contraria de la generalidad.

Las mujeres menstruadas en buena hora, tardan más en llegar á la menopausia, dice Pozzi.

Las afecciones del ovario, tanto de orden local como general, suelen dar lugar á verdaderos fenómenos de hipoovario ó hiperovario, que viene á ser la transición entre las menorragías y las insuficientes. Estas últimas, consecutivas á perturbaciones primitivas ó secundarias del ovario, pueden manifestar sus síntomas desde los comienzos de la pubertad y ésta casi siempre se inicia tardíamente y con un flujo tan escaso que le es característico.

En ciertos casos, á pesar de haberse producido las reglas normalmente y aun con uno ó dos embarazos, sin causa conocida disminuyen y desaparecen completamente, que es lo que constituye la menopausia precoz.

¿Cuándo la menopausia es precoz?

A la edad de 46 años se presenta normalmente la menopausia, con uno que otro síntoma sin importancia, más ó menos serio, y da lugar á la cesación absoluta de las reglas.

Es precoz la menopausia antes de los 40 años, dice Mme. Darcagne Mouroux.

A los 35 ó antes, según Maurice Godart.

Normalmente, en las parisienses, á los 46 años, 4 meses, 2 días, dice Raciboski. Para Tilt, en 1082 casos observados, á los 45 años, 9 meses.

Desde la edad de 36 á 40 años, dice Mme. Darcagne Mouroux haber encontrado en sus observaciones fenómenos de transición entre la menopausia precoz y la menopausia normal.

Schoemaker admite que, normalmente, la menopausia puede iniciarse á los 35 años de edad y que antes de esa época puede considerarse como verdaderamente precoz.

La menopausia precoz es mucho más rara que la tardía.

En ciertos organismos materialmente agotados por enfermedades crónicas ó caectizantes, como ser: cáncer, tuberculosis y diabetes graves, se ve instalarse la menopausia mucho antes que la normal, por alterarse una cualquiera de las tres condiciones esenciales de una menstruación regular, citadas anteriormente. Los mismos hechos se observan en las afectadas del aparato circulatorio ó cardio-renal.

Frecuentemente se observa la menopausia precoz por acción nerviosa, neurosis y shock nervioso.

Además, pueden citarse como causas las lesiones patológicas, afecciones locales, puede seguir á involución exagerada post-partum por gestaciones á termino repetidas, acercadas y lactancias prolongadas, aunque son poco frecuentes y dudosas.

No se deben considerar como menopausia precoz los casos de insuficiencia del aparato genital, dice Maurice Godart; refiérese á las malformaciones ó á falta de desarrollo de órganos, de origen congénito, que se manifiestan por hipo-ovaria; un verdadero infantilismo inicial antes de llegar á la menopausia, muy distinto, por cierto, de la verdadera menopausia precoz, que se instala consecutiva, si se quiere, á una insuficiencia, pero no de aparato genital por falta de desarrollo, sino de insuficiencia ovárica y en una forma progresiva ó por agravación brusca, en que la menstruación no es producida ya por el cuerpo amarillo, después de una vida genital más ó menos normal.

Además, sobreviene en circunstancias tales, que hace pensar en una idiosincrasia imputable á la insuficiencia genital primitiva de origen ovárico. Es á esa á la que se denomina menopausia precoz.

Llama especialmente la atención en estas mujeres su poca actividad genital; son estériles en su mayor parte, aunque con excepciones, y producen la triste impresión de ser genitualmente atrasadas.

«Las mujeres menstruadas muy pronto ó muy tarde, están sujetas á la menopausia precoz», según Krieger y Kisch.

De manera, pues, que según estos autores, la época de la aparición de las primeras reglas tendría ya un reflejo directo sobre la cesación de las mismas. M. Rouvier, de Beyrouth, en Oriente, dice á este respecto, que á pesar de

las numerosas observaciones de menstruaciones precoces hechas, no ha podido constatar su coincidencia con las menopausias precoces.

Si todo esto es cierto para las menstruaciones precoces, no resulta lo mismo para las tardías, cuya influencia notable es evidente, como veremos más adelante, pues que delatan una insuficiencia genital desde el advenimiento á la vida sexual, en las mujeres regladas tardíamente. En el transcurso de su vida se encuentran éstas genitualmente retardadas ó insuficientes; tan es así, que sus reglas dolorosas, irregulares, escasas ó deficientes, instaladas tardíamente, demuestran la debilidad de su aparato genital. Desposadas, quedan estériles en la mayoría de los casos, y si por acaso se fecundan, es una gestación laboriosa y difícil, siendo la uniparidad la regla y excepcionalmente la multiparidad.

¿Porqué, desde luego, la precocidad de la menopausia no estaría bajo la dependencia directa de esta atonía genital, de esta falta de actividad, es decir, un mal funcionamiento por consecuencia de un mal punto de partida? se pregunta Frank Duprat, y nosotros compartimos con él su respuesta afirmativa.

Es corriente observar en las menopáusicas precoces el antecedente de su menstruación tardía, observada ya por Mme. Darcanne Mouroux.

Entre todas las teorías invocadas para explicar estos fenómenos es menester colocar en primera línea la insuficiencia genital, relacionada con el dato de la aparición

de la primera regla, que daría lugar á la cesación prematura de la menstruación, constituyendo la menopausia.

Teoría nerviosa.—Siendo más ecléticos que los americanos, no aceptamos como causa única de la menopausia precoz, la de origen nervioso. Es de observación corriente, que entre los casos de menopausia precoz se hallan aquellos producidos á consecuencia de un shock nervioso, pero con caracteres diferenciales tan marcados que es difícil confundirla con las de otro origen, principalmente las insuficientes genitales.

Los dos fenómenos observados por Mme. Darcaume Mouroux, son: 1.º La atrofia genital se establece más tardíamente y con más lentitud. 2.º Las perturbaciones nerviosas son más acusadas en las menopausias precoces de origen nervioso que en las insuficientes.

La teoría nerviosa se debe á Miss J. Walter, descrita en el capítulo de la patogenia de la menopausia precoz, quien dice que es debida á la lesión de un ganglio local y de un plexo nervioso, ó bien á su atrofia ó inhibición, que preside á la menopausia, sea normal ó precoz.

Esta teoría, que no pasa de ser una simple hipótesis, pues aunque acompañen á Miss J. Walter los americanos Schroeder, Tilt, Kisch, Stepheson, Napier en sus opiniones, no se ha demostrado hasta ahora la existencia de dicho ganglio y su plexo.

En apoyo de su tesis, argumentan: 1.º Que una fuerza ó influjo nervioso local dependiente ó adyuvante del sis-

tema nervioso general preside á las funciones menstruales. 2.º Los fenómenos nerviosos que se producen conjuntamente con la producción de la menstruación, y los que acompañan á la menopausia.—¿Puede ser esta afirmación acertada cuando se observa que dichos fenómenos son menos acentuados en los individuos aclimatados en la campaña, que en los que habitan en la ciudad? 3.º Las relaciones entre las neurosis y las menopausias; las perturbaciones de carácter grave que suelen acompañar á las menopáusicas, sean normales ó precoces, que además de las habituales pueden existir: la enfermedad de Basedow, vesanias. 4.º Los desórdenes ó alteraciones anatómicas ó histológicas de los órganos genitales, serían post-menopáusicos; responde esto á uno de los caracteres netos de las menopausias precoces de origen nervioso, expuestos anteriormente, ó que puede ser debida á una afección ajena á la de nuestro tema.

No podemos nosotros aceptar la opinión exclusivista de Miss J. Walt Walter, de que toda menopausia precoz es debida siempre á un origen nervioso, como ser el shock intenso, etc.; sostiene, además, que no es indefectiblemente precedida de modificaciones de estructura de los órganos genitales.

¿No es de observación corriente que alteraciones ó afecciones del sistema nervioso central, traigan como consecuencia, entre perturbaciones de otro género, las irregularidades del aparato genital, sea por fenómenos de inhibición ó por cualquier otra manera? ¿No explica en

ciertos casos, por sí sola, alguna de las observaciones clínicas hechas á raíz del shock nervioso? ¿Para qué, pues, invocar hipótesis rebuscadas, como ser el ganglio local y su plexo, cuando ni anatómica ni histológicamente ha sido demostrada su existencia?

Compartimos con Mme. Darcagne Mouroux la opinión de que la mayoría de las menopausias precoces observadas son de origen genital, por insuficiencia, aunque esto no quiera decir que se rechacen las dependientes del sistema nervioso por shock, etc.

Teoría de la super-involución.—La función hace al órgano. Este axioma destruye por sí solo esta teoría; al no ser así, ¿cuál sería el porvenir de la Humanidad?

Según esta teoría, una gestación ó lactancia, en vez de dejar á la mujer más apta para la fecundación, perdería ó disminuiría esa cualidad. Si bien es verdad que la lactancia favorece la regresión del útero, no quiere decir que al favorecer la involución, que es un fenómeno perfectamente normal, llegue á producir una atrofia que sería en ese caso un estado patológico, sin invocar una causa mórbida.

Más lógico es suponer que las gestaciones repetidas y amamantamientos prolongados desarrollan más los órganos, pues de lo contrario tendríamos que enunciar: «la función destruye al órgano»; si así fuere, ¿qué sería de nosotros? Y por lo tanto, mientras más funciones genitales en la mujer, menos fecundidad.

¿Cómo explicar entonces que haya mujeres que llegan á amamantar hasta veinte veces consecutivas y han podido alcanzar ese número sin ser menopáusicas?

Muy por el contrario, se observa frecuentemente mujeres que dejan de amamantar y entran inmediatamente en una nueva gestación previa ó no aparición de sus reglas en condiciones normales.

Las observaciones hechas en animales que se mantienen continuamente en gestación ó lactancia, corroboran nuestra manera de pensar. Mme. Darcagne Mouroux, cita la opinión de Saint Ives Menard, veterinario francés, quien dice que jamás ha observado fenómenos de super-involución en los animales; al contrario, aquello es la base de los constantes beneficios que recogen los criadores de animales.

¿Cómo explicar, entonces, las vírgenes y las estériles que llegan á la menopausia precoz? ¿Cómo explicar que muchas menopausias precoces no han tenido más que una ó dos fecundaciones, no han abusado de la lactancia y jamás han parido gemelos?

Simpson y Frommel sólo han observado el 1 % de super-involuciones. Pero hay que notar que estas super-involuciones son á veces transitorias.

Teoría de la insuficiencia ocular.—Esta teoría explica perfectamente los casos que no responden á las otras dos teorías. ¿Cómo explicar las nulíparas y las vírgenes?, se pregunta Darcagne Mouroux. No es aceptable la opinión

de Kisch y Krieger de que las regladas muy tarde ó muy pronto, son mujeres destinadas á una menopausia precoz. Si esto es cierto para las menstruaciones tardías, aunque no en absoluto, no lo es en cambio para las menstruaciones prematuras; y además se observan menopausias precoces con iniciación normal de las reglas.

El sello de la insuficiencia se nota tanto en las regladas tarde como en las precoces.

M. Rouvier, de Beyrouth, en Oriente, citado por Dacanne Mouroux, destruye los conceptos vertidos por Krieger y Kisch, de que «á menstruación precoz, sigue normalmente la menopausia precoz».

Este médico, en su estadística de 742 casos, á pesar de la diversidad de razas observadas, notó que las menstruaciones se instalaron normalmente de 12 á 13 años y la menopausia se estableció, término medio, á los 45 años y 9 meses.

Dedujo que la menstruación precoz no significa menopausia precoz y que poca influencia tiene la pubertad sobre la menopausia, por lo menos en las orientales, en cuanto á edad se refiere.

En las dos observaciones que presenta Kisch en apoyo de su tesis, se ve evidentemente la insuficiencia genital, á pesar de la precocidad de la menstruación; una regló á los 9 años y la otra á los 13 y ambas tuvieron una vida genital excesivamente corta, de 8 años y 7 años de duración, pues sus reglas cesaron á los 17 y 20 años respectivamente, y ambas fueron estériles. ¿Cómo explicar este

fenómeno? A no ser por insuficiencia ovular, ¿á qué otra causa podría atribuirse?

Si anatómicamente la insuficiencia genital no está probada, clínicamente es dable suponer una falta de desarrollo inicial del aparato genital, y entonces, en esas condiciones, pocos folículos de Graaf se maduran, y de allí la cesación de las reglas, lo cual puede suceder á shock nervioso intenso, post-partum ó distrófico, pero siempre producido en un terreno preparado por el desarrollo incompleto.

La influencia neuro-artrítica es despreciable y lo mismo las intoxicaciones alimenticias, tratándose de mujeres robustas, en su mayor parte de aparente salud floreciente. Bien puede tratarse de distrofias hereditarias, pues se han visto varias hermanas sujetas á la menopausia y estériles, aunque esto no quiera decir que se haya observado mujeres estériles que tienen hermanas fecundas.

La causa reside en el óvulo mismo, no hay duda. Su verdadera etiología y patogenia no la conocemos. ¿Será esclerosis ovárica? No es probable, pues nada hay que induzca á pensar en ella.

Esta teoría admite que la menopausia precoz es consecutiva á falta de desarrollo del folículo de Graaf, por insuficiencia ovárica.

Es importante conocer las correlaciones entre el cuerpo amarillo y la menopausia precoz, que pueden resumirse en tres:

- 1.º La menopausia precoz, que resulta por la apari-

ción irregular del cuerpo amarillo ó porque no alcance su completo desarrollo, es evidentemente atribuible á una insuficiencia genital de origen congénito.

Los fenómenos de hipotiroides pueden acompañar ó preceder á la menopausia precoz, pues sus relaciones son trascendentales, como veremos en el capítulo de la anatomía patológica.

2.º Cuando la insuficiencia ovárica aparece ligada á la formación, la menopausia precoz resulta casi siempre de que el cuerpo amarillo es insuficiente en su secreción; es este un caso que se observa frecuentemente: la cloroanemia.

3.º Cuando después del matrimonio ó una gestación, se presenta rápidamente una menopausia por insuficiencia, esta perturbación parece resultar de una lesión del cuerpo amarillo, debida quizás á una infección útero-ovárica y coincidiendo con lesiones anexiales.

Entre otras causas invocadas como productoras de menopausias precoces, Pozzi dice que pueden ser consecutivas á grandes hemorragias durante el parto.

Las amputaciones cervicales producen disminuciones del cuerpo uterino, en cuanto á su volumen, yendo raramente á producir la menopausia precoz, según Braun.

En el útero pubescente de Puech, ó hipoplasia de la matriz por Wirchow ó atrofia congénita—muy distinto por cierto del útero infantil, que es una detención en el desarrollo,—presenta el útero las dimensiones proporcionales al cuello de una joven, inmediatamente antes de la

pubertad, conservando el útero las dimensiones de su debut; los órganos genitales internos y externos acompañanlo en su atrofia, como también una disminución de todo el organismo ó sólo de los órganos genitales ó de la pelvis ósea solamente.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Previo un bosquejo anatomo-histológico y fisiológico de las partes de los órganos genitales que puedan interesarnos, me extenderé después, en los pocos datos de anatomía y fisiología patológica que poseemos, pues trátase de un tema nuevo y poco estudiado. Difícil es entonces este capítulo.

Modificaciones histológicas normales del útero.—Describiremos brevemente las modificaciones que se efectúan desde el nacimiento hasta la menopausia. En el primer caso el útero se halla más ó menos en la mitad ó más bien un poco por encima; la cavidad del cuello representa los tres quintos de la cavidad total. El fondo del útero es aplastado; cerca del lugar de implantación de las trompas se encuentran los dos cuernos, más pronunciados que en el adulto. Poco desarrollo del tejido muscular; el espesor es más grande en el cuello que en el cuerpo. Alguna que otra glándula rudimentaria en la mucosa.

En los «úteros infantiles» este estado persiste después de la pubertad.

El útero comienza su desarrollo á la edad de 6 á 7 años, pues hasta entonces no sufre modificación importante alguna; espésanse las paredes, alárgase el cuerpo, se hace convexo el fondo, se desarrollan las glándulas del cuerpo uterino, las del cuello se ramifican y aparecen las cilias vibrátiles sobre las células cilíndricas. Se dice que el útero crece hasta la edad de 30 años. Algunas mujeres quedan estériles á los 20 ó 25 años de edad á consecuencia de una falta de desarrollo en los órganos genitales. En la mujer adulta, los dos quintos del órgano corresponden al cuello.

La menopausia se establece y el útero evoluciona entonces hacia la involución senil, regresión marcada y caracterizada por una atrofia que la aleja de la forma juvenil; principia en el cuello y éste disminuye tanto que apenas se percibe; después de varios años su cavidad corresponde sólo al cuarto de la totalidad de la cavidad uterina; el cuerpo de éste es grueso y disminuye progresivamente. El orificio cervical superior es frecuente hallarlo estrechado ó con una atresia marcada; en consecuencia el mucus distiende el cuerpo.

El tejido fibroso que deriva de las vainas de los vasos, invade al tejido muscular; el tejido elástico disminuye, las cilias vibrátiles desaparecen, y atrofíanse las glándulas. A veces se producen metrorragias rebeldes, debidas á la esclerosis ó degeneración hialina de las arterias.

Ovario.—Es el lugar de producción de los óvulos y la parte más importante del aparato genital femenino.

Al contrario de todas las vísceras abdominales, carece de túnica peritoneal; sólo hace hernia en el peritoneo y con una sola capa de células epiteliales cilíndricas por revestimiento.

El ovario está constituido por dos partes, en forma de capas; la médula, roja y esponjosa, constituye el centro y el hiliun: es la porción llamada «medular ó bulbosa», de mayor extensión que la otra capa periférica, glandular, capa cortical ú ovígena, que rodea el bulbo, menos el hiliun y es muy delgada.

Se encuentran numerosos vasos con distribución hiliinía en la porción medular, con paredes ricas en fibras elásticas y musculares; tiene tejido conjuntivo y elástico lacio y fibras musculares lisas, quienes acompañan sobre todo á los vasos.

La capa cortical ú ovígena, tomada por membrana de envoltura y llamada túnica albugínea por algunos autores, debido á la resistencia y al color blanquisco que posee; tiene generalmente un milímetro de espesor, y alcanza, en mujeres jóvenes, de dos á tres milímetros. Ambas capas se mezclan íntimamente, lo que hace difícil hallar sus límites.

La capa cortical tiene una estructura complicada. Está compuesta: 1.º Por una trama conjuntiva, que está formada de fibras propias y fibras que vienen de la médula, formando una masa compacta que se extiende superficial-

mente, cuya consistencia y espesor aumenta con la edad; todo esto constituye lo que se llama stroma-ovarien. Los elementos elásticos predominan en las fibras que proceden de la médula, careciendo de ellas en la zona cortical. 2.º Folicúlos primordiales ó en vías de crecimiento y los cuerpos amarillos que son los elementos nobles, alojados en el estroma.

Folicúlos primordiales.—Constan de dos partes principales: 1.º La envoltura formada de una sola capa de células planas, denominada membrana granulosa. 2.º El óvulo ú ovocito, gran célula que encierra un núcleo, donde la trama reticulada llamada filamento cromático, se reconoce fácilmente por las coloraciones que toma; tiene además un nucleolo ó manchas germinativas de Pfluger con nucleolos accesorios,

Los folicúlos adquieren disposiciones diversas; están ya apretados los unos contra los otros, ya separados por tejido laminoso, ya reunido en cadenas, siendo esta disposición la que adquieren en el nacimiento ó inmediatamente á él; es en la perifería donde se observan en mayor cantidad.

Es interesante conocer las modificaciones sufridas por el folicúlo en su desarrollo. Las primeras en transformarse son las células de la envoltura. De una sola capa, prolifera y se hacen varias de forma cúbica; llénanse de líquido llamado «liquor folliculi».

Este espacio se agranda, y el óvulo es rechazado hacia

la perifería, siempre rodeado de células (cumulus pro-liger).

La «theca folliculi» ó membrana folicular, formada de dos capas: la externa, fibrosa y sin vasos y la interna, atravesada por vasos, con células redondas y fusiformes, se derivan de la proliferación del stroma-ovárico, constituyendo la envoltura conjuntiva.

A su vez, el óvulo se encapsula por una cápsula llamada «zona pellucida», separada del óvulo mismo por el «espacio perivitellin». El folículo madurado consta de: 1.º, la membrana basal ó túnica vítrea; 2.º, la membrana granulosa; 3.º, la theca ó capa externa, fibrosa, y 4.º, theca ó capa interna vascular. El óvulo está constituido por los elementos siguientes: 1.º La pared ó cápsula, que como dije anteriormente, se llama «zona pellucida ó membrana vitellina.» 2.º El espacio perivitellino. 3.º El líquido que llene dicho espacio de color amarillo, de reacción ligeramente alcalina, llamado licor folliculi y rico en para-albúmina. 4.º El protoplasma propiamente dicho, que forma una capa periférica. 5.º La capa profunda ó deuto-protoplasma. 6.º El núcleo ó vesícula germinativa de Purkinge, con su nucleolo ó mancha germinativa de Wagner.

El folículo, al madurarse, produce una saliencia en la extremidad superior, previo adelgazamiento de la pared—estigma—y si se efectúa la rotura, es recogido el óvulo libre por la trompa que lo transporta al útero.

Cuerpos amarillos.—Se forman los cuerpos amarillos á raíz de la evolución normal del ovisaco. Preséntanse modificaciones interesantes en sus paredes: después de la eclosión que ha dado paso al óvulo el afrontamiento de la herida se efectúa en seguida; la capa granulosa y theca ó capa interna, se engrosa y se carga de luteína, que es una grasa especial que le da un color amarillento. La theca ó capa interna espesada, penétrase en la granulación, con la que se confunde; lleva el tejido conjuntivo al centro del cuerpo amarillo y además linfocitos y numerosos vasos. Entre tanto, la theca externa rodea el cuerpo amarillo, constituyéndole la envoltura.

Henle decía que la pigmentación amarillenta era de origen sanguíneo; pero con la constatación actual de que al romperse el ovisaco no se produce fatalmente la hemorragia, queda destruída la hipótesis anterior.

La regresión de los cuerpos amarillos, puesto que no tienen sino una existencia transitoria, se efectúa más lentamente en la gestación que en estado de vacuidad del útero. La influencia que juega en la fisiología del ovario ha sido puesta en evidencia por los trabajos de Prenant, demostrando que las funciones de la secreción interna se debe á ellos, la cual ejerce una acción reguladora de las funciones genitales.

Prodúcese la atrofia del útero á consecuencia de la no formación ó de la destrucción de las glándulas luteicas, por ausencia de secreción interna.

Ninguna modificación histológica importante se pro-

duce durante la gestación; sólo se observa un ligero aumento de volumen, más grande en aquel que encierra los últimos cuerpos amarillos formados.

Los ovarios se atrofian poco á poco en la menopausia; el tejido conjuntivo sustituye al elemento noble y hace desaparecer los folículos.

Foliculos atrésicos ó abortados.—Estos folículos son atacados por distintos procesos destructivos, pues no todos se desarrollan completamente, y estos fenómenos se prosiguen con más ó menos actividad en la época sexual, á tal punto, que desaparecen por completo los folículos en la menopausia.

La destrucción se efectúa, á veces, desde la faz rudimentaria, por degeneración quística, hialina, grasosa ó pigmentaria, fragmentacion nucleal, «cromatolisis» ó fragmentación de las granulaciones cromáticas, etc.

Funciones del ovario.—Secreción interna.—Brown Sequard fué el primero que afrontó el estudio de las glándulas en general, bajo el punto de vista de la secreción interna; participóle al ovario, en este estudio, una parte importante.

El ovario elimina óvulos. Estudios más modernos han determinado que la secreción externa ú ovulación, tiene su correlativa secreción interna, de gran influencia en el organismo en general.

Los hechos comprobatorios son de dos clases distintas.

a) Fenómenos que se producen en las castradas, tanto más desagradables y funestos cuanto más jóvenes; divídense en dos clases de perturbaciones: precoces y tardías.

1.º La moliminia menstrualia ó periódica, fenómenos nerviosos, dismenorrea, dolores disminuídos en las ovariectomías dobles sin la operación de la histerectomía.

2.º Son los fenómenos que caracterizan á la menopausia, obesidad, disminución de las oxidaciones; que da, en consecuencia, obesidad y vejez.

b) Se ha observado que los dolores dependen de la integridad del útero, y de allí las operaciones ideadas con objeto de conservar los ovarios en las histerectomías, pues de éstos dependen perturbaciones de la nutrición en general, puesto que continúan funcionando y los folículos de Graaf evolucionan lo mismo; en cambio, en las castradas se observa la obesidad y la nutrición alterada, como consecuencia de la ausencia de secreción interna.

Los estudios experimentales que han dado como conclusiones la disminución constante de los fosfatos urinarios, la menor oxidación de substancias fosforadas, mayor peso; por alteraciones de la hematosis respiratoria, menor ácido carbónico eliminado y menor oxígeno absorbido; á consecuencia, todo esto, de la ablación bilateral de los ovarios, hecha en animales, por Carátulo y Turulli, en 1895.

Ahora, háganse inyecciones subcutáneas de jugo ovárico y aumentarán los fosfatos eliminados por la orina.

Agréguese á la menor excreción de los fosfatos urinarios, á las perturbaciones en déficit de los cambios respiratorios y al aumento de peso, los síntomas aparentes de la detención de la nutrición. Carátullo y Turulli concuerdan con los otros autores en que «el ovario, como las otras glándulas del organismo, posee una secreción interna. Envía continuamente á la sangre un producto de composición química ignorada y que posee el carácter esencial de favorecer las oxidaciones», ó sea que tiene la propiedad de activar los fenómenos de la nutrición.

Varios autores, entre ellos Regand y Pollicad, Fraenkel, Sobotta, etc., trataron de averiguar la acción electiva sobre cada órgano.

Ahora bien ¿dónde está localizada la secreción interna del cuerpo amarillo? Lo que antes se consideraba como una simple cicatriz, hoy se ha probado que es, por su organización, toda una glándula á secreción interna.

Las funciones son de dos naturalezas:

1.º Tiene por misión sostener el estado nutritivo del órgano, de tal suerte que, mediante impulsos efectuados periódicamente, le oponen una barrera infranqueable para regresar á su estado primitivo ó infantil.

2.º Preparar el terreno de manera que el útero quede en condiciones fisiológicas tales, que el producto de la fecundación puede instalarse y desarrollarse en perfectas condiciones.

Todo esto está corroborado por la observación naturalista hecha, que todo huevo á inserción (intertions) uteri-

na, tiene un cuerpo amarillo bien desarrollado, en cambio de lo que sucede en todo animal que deposita su huevo, que no tiene cuerpo amarillo ó en su defecto este es muy rudimentario.

La acción de la secreción interna se ejerce: 1.º, sobre la nutrición general; 2.º, sobre el útero en particular.

Esta última influencia es de gran importancia, pues prepara al útero para una posible fecundación. Si ya ha sido fecundado, la secreción interna del cuerpo amarillo continúa su acción á objeto de regimentar la hiper-actividad funcional y nutritiva del huevo, ó bien, no fecundado, preside indefectiblemente á la regularidad y normalidad de la función menstrual, para regresar después.

Preside pues la congestión periódica de las cuatro semanas del útero, que finalizan en una menstruación ó en la preñez.

Relaciones de la menopausia y de las funciones del ovario.—Todo lo anterior muestra la importancia de las funciones ováricas.

Se deduce ante todo, que es el ovario quien produce óvulos fecundables y los elimina, gracias á la secreción externa y tambien quien sostiene la nutrición del útero y del huevo fecundado, que se desarrollará en él debido á su secreción interna.

Hay, si embargo, otra función más simple, si se quiere, que también preside el ovario: la menstruación, que se pone en evidencia por la hemorragia cíclica que se pro-

duce cada 28 días por los órganos genitales; ¿qué relación existe entre el ovario y la menstruación?

Que entre las funciones ováricas y la menstruación hay una relación, no hay duda; en apoyo de ello tenemos una probabilidad en el flujo menstrual, aumento de secreción vaginal y vulvar, modificaciones de temperatura, etc.

En 1897, Keller demostró que los productos de desasimilación de las sustancias nitrogenadas, como ser: nitrógeno total, úrea, sustancias extractivas, ácido úrico, llegan á su menor proporción entre los períodos menstruales sucesivos y á la mayor cantidad durante la menstruación.

Las modificaciones de la sangre, en su alcalinidad, en cuanto á su tara de hemoglobina, y á su valor globular, etc., en la sangre menstrual é inter-menstrual, debe hacerce notar que en la primera hay un aumento por la mayor oxidación, debida á la mayor actividad nutritiva; en la segunda ocurre lo contrario.

Además, hay detención de la nutrición en las castradas, por la supresión de la actividad ovárica; por otra parte, en la menstruación hay un aumento evidente. Esto demuestra las funciones incógnitas ó no aparentes de la secreción interna del ovario; entonces pues, la relación probado pues entre una y otra es manifesta.

Influencia de las glándulas vasculares sanguíneas y tiro-ováricas.—La influencia que en el desarrollo de la mujer tienen estas glándulas, como dije anteriormente en el

capítulo de la etiología y patogenia, es un hecho comprobado, pues son sinérgicas ó solidarias entre sí.

¿No es, acaso, de observación corriente, el hecho de que en las mixedematosas coincidan las insuficiencias tiroideas con la ovárica?

¿No ha probado, acaso, Hofmeister, que una tiroidectomía en el conejo, trae como consecuencia, la hipertrofia folicular ovárica?

¿Harsley no dice, acaso, que el injerto de glándulas tiroideas hacen reaparecer la menstruación?

Toda perturbación de la secreción interna del ovario, se manifiesta por fenómenos evidentes de hiper-secreción ó hipo-secreción, actuando sobre la circulación, nutrición y principalmente en la génesis de todas las manifestaciones normales ó patológicas de la aparición de la pubertad.

¿Cómo negar la influencia poderosa del sistema nervioso, por acción refleja, que iníciase en los órganos genitales de la mujer y se extiende á las demás vísceras, acción que no se deslinda con líneas bien netas de los efectos producidos por la secreción interna, pues bien difícil es, por cierto, distribuir las responsabilidades que les corresponden á unos y á otros, sea por su acción tóxica ó por su acción nerviosa?

Foa ha hecho la siguiente experiencia: después de haber castrado una coneja adulta, le injertó un ovario joven y observó que el desarrollo adquirido en poco tiempo fué relativamente considerable, y desproporcionado.

De esto no deducimos axioma ninguno aplicable á las modificaciones sufridas por un organismo en evolución, en quien se instala ya la pubertad, pero sí podemos darnos cuenta de que si el ovario no segrega óvulos; es un simple depositario; en cambio, es el sembrador de los óvulos y para que coseche, es menester un terreno abonado y preparado para crecer. Si estas circunstancias faltan, por una herencia cualquiera ó por un mal estado de salud en el transcurso de la vida genital ¿no pueden acaso impedir ó retardar el desarrollo del folículo de Graaf? ¿no explicaría también las alteraciones mórbidas de la iniciación de la pubertad? Sí.

Las perturbaciones de otras glándulas vasculares sanguíneas, pueden ser responsables también de estos fenómenos, solos ó acompañados de insuficiencia ovárica ó bajo la influencia de la hipófisis y la sinergia tiro-ovárica, cuyo estudio magistral se debe á Charrin y Jardry.

¿Cómo explicar, pues, las amenorreas de los hipotiroideos, sin ser mixedematosos?

El útero también contribuye, en gran parte, por las alteraciones consecutivas á las afecciones de que puede ser lugar, sea que se perturben sus funciones por la esclerosis primitiva de su parénquima, como de metritis crónica, esclerosis secundarias, etc.

La influencia que sobre la evolución del folículo de Graaf tienen las lesiones de las trompas y de los ovarios, pueden ser variables, dando lugar á la hipovaria de Dalché ó amenorrea, por la progresiva destrucción de la

glándula, ya á la hiper-ovaria de Dalché, que apresura el desarrollo del folículo de Graaf porque produce una congestión más intensa y, en consecuencia, la mucosa uterina da hemorragia más ó menos prolongada de la menstruación.

Puede suceder que después de un embarazo ó destete, no reaparezcan las menstruaciones debido á una superinvolución; obsérvase, además, una atrofia por igual y progresiva del útero, que toma entonces una forma más delgada, aunque de perfiles normales.

Todo este cortejo de alteraciones se observan bien en la menopausia, sin lesiones orgánicas de otro género, pero se aproxima mucho en su forma y sus manifestaciones á la enfermedad de Basedow, con toda su sintomatología: bocio, exoftalmia, taquicardia y temblor; es sin duda una de las manifestaciones más ingratas de la insuficiencia ovárica, pero sin verdadera gravedad, pues son casi siempre temporarias.

En la hipertrofia tiroidea se observan fenómenos de hipertiroidización, concurriendo al bocio exoftálmico en épocas oportunas, pero son puramente de origen tiroideo, aparejados á los resultantes de la insuficiencia ovárica pura, pues los primeros se deben á superactividad tiroidea y suelen hacerse las cardiopatías con predominio arterial, estudiadas por Huchard y Clement, de Lyon, debidas á su persistencia después de la menopausia.

Es lamentable, por cierto, que no se conozcan las verdaderas causas de todos los trastornos funcionales y orgá-

nicos que concurren al raquitismo genital, es decir, á la iniciación tardía de la pubertad y á la menopausia precoz, consecutiva á ella en la gran mayoría de los casos.

Sin embargo, ¿no se ha observado acaso coincidencia de las pubertades tardías con los úteros pubescentes? Esto es bajo el punto de vista anatómico.

Queda el útero en estado infantil, con el cuello largo y estrecho, cuerpo pequeño y delgado, es decir, en las primeras fases de la evolución que sufre en la pubertad, acompañado frecuentemente con desviaciones.

Concurrentemente se hallan alteraciones ováricas, con una atrofia evidente y lesiones fibroquísticas, que se revelan por sus síntomas habituales.

En resumen: denota esto que son seres que han tenido un mal advenimiento, sea por una evolución mala, ó bien incompleta.

¿Cuál es la causa de esto? El mal radica en la evolución inicial de las mujeres. No hay porqué atribuir semejantes alteraciones á una causa inmediata, sino más bien á causas que han actuado en épocas remotas, transcurriendo un tiempo más ó menos largo para manifestarse en momentos oportunos.

Mientras el nuevo ser se encuentra en el vientre materno, de quien es dependiente, ¿no pueden acaso producirse fenómenos de orden complejo que repercutan sobre el desarrollo del vástago? Es precisamente en la época en que comienza á formarse el aparato genital cuando esas causas influyen más intensamente.

De manera, pues, que es en la vida intra-uterina ó en la niñez que debemos buscar las causas.

Siendo así, lo primero que se presenta á la mente es la ley de la herencia; la tuberculosis, el alcoholismo y la sífilis son, sin duda, de trascendental importancia.

¿Por qué excluir de esa ley los órganos genitales, desligándolos así del resto de la economía, que sufre indudablemente los efectos desastrosos de esa funesta herencia, que si no compromete fatalmente la existencia, por lo menos la hace deficiente?

El profesor Landouzy, en la novena conferencia contra la tuberculosis, verificada en Bruselas en el año 1910, cita entre las lesiones de la herencia tuberculosa, todas las anomalías posibles del aparato genital. Describe las observaciones hechas en cobayos, hijos de madres bacilosas en quienes el desarrollo insuficiente y la malformación congénita es corriente, genítalmente sobreentendido. «Todos los órganos, dice Landouzy, pueden ser atacados; las lesiones son variables: congestión, yendo hasta la hemorragia, esclerosis, degeneración celular». «Pasando en revista el niño, todas las distrofias que se pueden imputar á la heredo-tuberculosis—insiste con Masny sobre su polimorfismo—diciendo que, no hay debilidad nativa, infantilismo precoz ó tardío, clorosis ó insuficiencia glandular, que no haya sido ó no puedan ser sumados en el activo de la influencia hereditaria de la tuberculosis».

Otros autores, entre ellos Quénu, Lasegue, etc., para explicarse las dificultades que soportan algunas púberes

en su evolución, invocan también la herencia tuberculosa ó paratuberculosa.

Si la tuberculosis puede tener tan funestas consecuencias, ¿por qué no pensar lo mismo y quizá con mayor razón, en la sífilis y en el alcoholismo? Tan es así, que «Fournie señala el retardo de las reglas en la sífilis hereditarias, y en los casos de sífilis adquirida, siendo estos últimos, felizmente, la excepción antes de la pubertad».

Si los tumores, infecciones post partum, metritis, traen como consecuencia deformaciones del útero en su posición, ¿por qué no pueden ser consecutivas á un defecto de desarrollo esas malformaciones? Su frecuente coincidencia con el retardo en el desarrollo de los órganos genitales internos hace pensar en ellos.

Bar, en su estudio sobre la retroversión, hizo notar la funesta influencia que sobre ella tiene la gestación, comprobando que la exagera, sea en el transcurso de la preñez ó de una metritis, pues la laxitud de los ligamentos posteriores y el istmo blando y delgado que hace el papel de punto débil, cede á las influencias extrínsecas, que, con las iatrínsecas que en sí ya trae, contribuye á aumentarla, fuera de las complicaciones habituales que son su consecuencia, como ser: el aborto, la incarceration del útero, etc., lo que prueba que las posiciones viciosas no dejan de tener gran influencia en las funciones genitales. Agréguese á esto la observación frecuente de posiciones viciosas en las mujeres estériles ó dismenorreicas.

El Dr. Reibel ha observado con frecuencia que en las

retroflexiones, después de haber corregido su posición viciosa, hace aparición la menstruación en condiciones más ó menos normales, en un tiempo muy variable, según los casos.

De lo anteriormente dicho, se descubre que á partir de la vida intrauterina pueden aparecer las anomalías, que aumentadas con las taras hereditarias que traen habitualmente, y dada la correlación que con la primera infancia tiene se presume, desde luego, la influencia directa de la primera época sobre la segunda y, además, en esta última, donde más á menudo se exteriorizan las taras, es más evidente la influencia que sobre el desarrollo genital pueden tener. Se concibe entonces, y es perfectamente explicable, la pubertad tardía de las jóvenes raquílicas.

Esto explica también lo que dijimos en el capítulo de la etiología y patogenia, sobre la influencia de las enfermedades infecciosas antes de la pubertad, en el campo del desarrollo genital, perturbaciones que pueden permanecer de incógnito un cierto tiempo, para revelarse en la época del desarrollo de los órganos genitales, y lo efectúan entonces en una forma lenta é incompleta.

A esto debe sumarse el linfatismo, el surmenaje físico é intelectual, en pésimas condiciones higiénicas que mantienen la debilidad orgánica y, por lo tanto, impiden efectuar el desarrollo de la economía en buenas condiciones, preparándose un ambiente muy poco favorable para la evolución puberal.

«Springer insiste principalmente sobre la influencia funesta de la mala higiene.»

«El neuro-artritis es, para Richelot y Siredey, de consecuencias graves para la evolución de la pubertad.»

«G. See y Mathieu, señalan las perturbaciones que prueban el establecimiento de las reglas en las jóvenes niñas atacadas de estrechez mitral pura.»

«Las enfermedades hepáticas, principalmente la cirrosis é hiper-esplenomegálica, son de una influencia marcadamente retardataria, según el maestro Gilbert.»

Según estas opiniones, se llega á la conclusión de que el estado general de la salud es de trascendental importancia para el desarrollo genital.

No hay duda que así es, tanto que el ovario no es sino un encargado de conservar los óvulos para lanzarlos en momento oportuno, lo que dará los resultados que de él se esperan; ahora bien, si las circunstancias no le son favorables, por una causa cualquiera, los beneficios serán insignificantes ó nulos.

El ovario, como ya se ha dicho, es el depositario de los óvulos y nace con una cantidad determinada de ellos; agotada ésta, no segrega más y la misión del ovario consiste, sencillamente, en expulsar los óvulos que llegan á su grado de madurez. La bella experiencia, que cité anteriormente, del fisiologista italiano Foa, es concluyente y comprueba la acción directa que sobre la maduración tiene el estado general del organismo.

De manera, pues, que es cuestión de semilla y terreno

y, si se quiere, también de habilidad de agricultor para poder obtener los beneficios que de él se esperan.

Toda causa que perturbe el óvulo, el organismo, etc., tiene influencia marcada sobre la función ovárica. El organismo se hace defectuoso, las funciones genitales sufren en su parte correspondiente, como lo soporta el todo orgánico de quien depende.

Entraremos ahora al estudio importante de las alteraciones sanguíneas.

La repercusión que sobre el organismo en general tienen las glándulas vasculares sanguíneas, alcanza también al aparato genital y lo repito, con el objeto de llamar la atención, pues se ha observado que en otras épocas se ha pretendido desligar los órganos genitales del resto del organismo, como si tuvieran una vida absolutamente propia é independiente, lo que no puede ser.

Desde épocas remotas se vislumbraban las relaciones del cuerpo tiroides con los ovarios, aunque nada se sabía; como lo demuestra el célebre «touchées par Venus» que es el aumento del cuello en la época puberal.

Los nombres de Brown Sequard, D'Arsonval y Armand Gautier se ligan de una manera íntima á este interesante estudio, especialmente el último de los citados, por sus estudios sobre el arsénico y el yodo y su influencia sobre la pubertad.

Desde la iniciación de los trabajos sobre las glándulas vasculares sanguíneas, se nota ya la inclinación de los autores á buscar la solidaridad que tienen las glándulas

entre sí; tanto más evidente, que esta sinergia se hace más aparente en lo que al desarrollo del individuo se refiere, principalmente entre el cuerpo tiroide y el ovario, las distrofias ováricas y las perturbaciones de su secreción interna. Los fenómenos de esclerosis, aplasias, etc., son las manifestaciones más frecuentes que demuestran la solidaridad que entre ellas existe, pues parten de una y repercuten indefectiblemente sobre las demás, dando lugar á alteraciones de órganos y á distrofias importantes. Tan es así, que los folículos de Graaf no maduran, pues el ovario se conserva infantil, el tejido fibroso invade al tejido noble hasta ahogarlo, la ovulación se dificulta ó se imposibilita, y en consecuencia trae la esterilidad, se establece la ovaritis esclerosa ó escleroquística, etc.

Las insistencias de Jayle sobre las dismenorreas consecutivas á la insuficiencia ovárica, son acertadas y hace á este propósito juicios dignos de tenerse en cuenta: «Ciertas mujeres han sido regladas tarde, 16, 17, 18 años. Menstruación siempre difícil é irregular. Se puede concluir que sus ovarios han sido «d'emblée» en estado insuficiente. Son degenerados. Sus ovarios, insuficientes como secreción interna, lo son también, la mayor parte, como secreción externa. Estas mujeres son infecundas ó poco fecundas. Parece que la naturaleza tratara de defenderse contra la degeneración de la raza».

Brissaud, en sus conferencias sobre sistema nervioso, hace notar el infantilismo mixedematoso. Por otra parte, nos es frecuente observar las amenorreas del mismo origen.

La hipotiroides puede traer también modificaciones del flujo menstrual; en jóvenes de apariencia completamente desarrollada se observan síntomas evidentes de ello, pues su tendencia á la obesidad, enfriamiento de los miembros, etc., lo atestiguan así, aun en las formas más atenuadas. Hertoghe D'Anvers atribuye gran parte del retardo sexual á la insuficiencia tiroidea.

Estos son los principales argumentos, que dan razón de las deficientes aptitudes genitales de estas pobres mujeres, que se deslizan insensiblemente, á pesar suyo, por el camino de la insuficiencia ovárica hacia la decadencia femenina.

En ellas pueden hallar su origen las pubertades tardías que terminan fatalmente en menopausias precoces y que dan en tierra todos los más sinceros y altruistas ideales que poseen en beneficio de la conservación del individuo y, por ende, de la perpetuación de la especie.

Las modificaciones histológicas que sufre el útero son muy distintas en la involución senil que en la super-involución; en la primera el tejido uterino se esclerosa evidentemente; en cambio, en la segunda se reblandece y se hace frágil y, por consiguiente, se desprende que la desintegración de la fibra muscular produce una cantidad de substancias grasas que no se reabsorben completamente.

DIAGNÓSTICO

Previo una breve descripción del síndrome, me detendré algo más en cada síntoma por separado, con objeto de dar las características de cada uno y también incluiré los síntomas de algunas afecciones, que no corresponden á nuestro tema, pero sólo con el objeto de que sirvan de base de comparación para el diagnóstico diferencial de las enfermedades ó afecciones confundibles; que aunque no es muy fácil equivocarse, por lo menos no es imposible.

La menopausia precoz tiene por característica la supresión de las reglas antes de los 35 años, según Vinay; ajena á toda mutilación quirúrgica ó patológica y á enfermedades graves como ser: cáncer, tuberculosis, etc., y que vienen á representar un tipo clínico especial.

Divídense en varios grupos, caracterizados por el antecedente y la evolución, dignos de tenerse en cuenta para el diagnóstico de su origen y para su pronóstico.

1.º—Se reconoce que las mujeres son excepcionalmente atacadas de menopausia precoz, cuando son verdaderamente fecundas.

2.º—En este grupo entran las mujeres que si bien son fecundables, lo son en menor escala que en la mayoría de los casos, á causa de la poca cantidad de óvulos almacenados en el ovario y, en consecuencia, suprime su función al terminarse la reserva.

3.º—Son aquellas mujeres de una excesiva nerviosidad hereditaria ó adquirida, en quienes las sacudidas nerviosas de origen extrínseco, tienen repercusiones funestas en el orden genital á raíz de una emoción moral, como ser: pérdida de un miembro de la familia, accidentes, etc., dando lugar á la supresión brusca de la menstruación ó amenorreas en una forma permanente, que produce la menopausia.

4.º—Clasificanse en este grupo á las mujeres que son de una fecundidad excesiva y, sobre todo, de gestaciones muy aproximadas y de amamantamientos larguísimos; dan lugar á que el útero sufra la regresión que se produce normalmente á raíz de esos fenómenos, pero que extralimitados, llega á la atrofia del órgano; llámase á este proceso mórbido, super-involución y, como consecuencia fatal, la menopausia precoz.

5.º y último grupo.—Pertenece á este grupo todas aquellas mujeres que no han tenido partos frecuentes, ni recientes, ni amamantamientos, ni impresiones físicas ó morales que se hayan producido doce ó quince años antes,

en una forma espontánea, sino más bien mujeres estériles y de una genitalidad inferior á la que se observa en la mayoría. Presentan, en general, una apariencia de salud floresciente y robusta, sin que nada haya que denote su inferioridad respecto de las demás mujeres.

Estas constituyen el tipo clínico más perfecto y en quienes el antecedente de la pubertad es transcendental; pero si el período puberal no influye mayormente sobre la menopausia precoz, no diremos lo mismo de la pubertad tardía. Casi todas estas mujeres reglan á los 15 ó 20 años de edad, de menstruaciones irregulares, de poca cantidad y, finalmente, los períodos catameniales provocan en ellas reacciones muy débiles, que son poco percibidas con excepción de algunas mujeres que pueden reglar bien y aún haber parido uno ó dos hijos al comienzo de la vida sexual, para hacerse de pronto menopáusicas.

Hay toda una série de hechos de transición entre las mujeres correspondientes al quinto y último grupo de la clasificación anterior, afectadas de insuficiencia y un grupo de mujeres cuya vida genital se desarrolla en ellas normalmente, aunque se observa que son de una fecundidad débil ó de una esterilidad absoluta y que sirven de eslabón de unión entre unas y otras.

La clínica ha mostrado como al oír expresar sus sentimientos de maternidad y el deseo que las atormenta, asombra ver el contraste que producen sus manifestaciones, con la apariencia de robustez excelente que presentan, aunque no en todos los casos son estas mujeres poco

fecundas ó estériles, ni agotadas ó poco desarrolladas físicamente.

Además, manifiéstanse irregularidades menstruales en calidad y en cantidad desde muy temprano, es decir, mucho antes de llegar á la menopausia.

Voy á hacer un breve repaso sobre amenorreas, que tienen grandes correlaciones con la menopausia precoz y que es menester conocer bien, sobre todo para hacer los diagnósticos diferenciales, máxime si se tiene en cuenta las dificultades que se presentan para deslindar ó limitar netamente á una y á otra.

La clasificación más vulgar es la siguiente: se dividen en permanentes y transitorias y ambas pueden subdividirse en primitivas y secundarias.

Dejemos sentado, ante todo: 1.º que primitiva ó secundaria, no atacan el organismo en especial ni tampoco reagravan enfermedades anteriores; 2.º no dan lugar á perturbaciones de mayor ó menor importancia, sino salvo en los casos en que la edad crítica se halla inmediata; 3.º en las enfermas excesivamente nerviosas se puede observar la eclosión de desórdenes múltiples de carácter más grave.

La desaparición de las reglas en las menopáusicas, coinciden con una cantidad de síntomas propios que la caracterizan. En primer lugar, se establecen por lo general en mujeres de excelente salud, aspecto vigoroso y sin causa apreciable alguna, más el cortejo de síntomas subjetivos, casi todos de origen nervioso, como ser, «bouffées»

de calor, con ó sin vértigos, tan característicos de esta afección, cefáleas, diarreas, náuseas, etc. Como síntomas objetivos, aunque tardíos, se pueden señalar la atrofia uterina, que se instala progresivamente desde cierto tiempo más ó menos variable, lo más comúnmente después de varios años de iniciada la enfermedad y, finalmente, los hábitos exteriores de la senilidad, que arrebatara todos los ideales juveniles de estas pobres enfermas y que completa el cuadro sintomático de esta afección.

La evolución de la menopausia precoz es tal, que permite al clínico establecerla inmediatamente, tomándola desde su comienzo. Esta se inicia por una pubertad tardía, más ó menos á los 16 años. Las primeras reglas se establecen en una forma tan irregular y tan defectuosa que llaman inmediatamente la atención; su fecundidad es mínima ó resultan fatalmente estériles. Además, los antecedentes hereditarios y de familia pueden coadyuvar á establecer el diagnóstico, pues no es extraño observar en la familia hermana mal regladas y aún estériles. Ese aspecto de salud que poseen estas enfermas, no es sino la expresión de una obesidad que se desarrolla en ellas y que es tan característica, de una disposición casi constante, que además de un síntoma importante, sirve de base para uno de los muchos pronósticos que de esta afección pueden hacerse.

La desaparición de las reglas se hace en forma tal que se le atribuye generalmente á un embarazo, pues las perturbaciones de orden nervioso son tan poco marcadas, que

pasan desapercibidas para la enferma; dicha cesación se hace en su «insu», y apenas se producen algunos «boufées» de calor, aturdimiento, etc., que no la inquieta en lo más mínimo. Las diferencias entre la menopausia precoz y la quirúrgica ó artificial, que también así se llama, bajo el punto de vista del sistema nervioso son grandes, pues según el maestro Siredey, los fenómenos nerviosos son tan intensos en las menopausias quirúrgicas, que á veces requieren un tratamiento *ad hoc* y prolongado, pues se hacen insoportables, con gran predominio de las alteraciones digestivas.

Entre los síntomas locales que constituyen un verdadero signo, merece ser citado el apagamiento del cuello uterino, que es infaltable en todas las enfermas observadas.

Por lo visto, la involución comienza solo por el cuello, que después de varios meses del último flujo menstrual progresa lenta pero constantemente, de tal suerte que el cuello no aparece sino haciendo una pequeña prominencia en la vagina, hasta que invade el cuerpo uterino, aunque mucho más tarde al generalizarse la involución senil precoz.

En esta descripción del síndrome se notan las analogías que presenta con las amenorreas de otros orígenes y cuán difícil puede ser, en ciertos casos, el diagnóstico diferencial.

Las amenorreas primitivas son verdaderas detenciones del desarrollo y se acompañan de distrofías diversas y otras manifestaciones del infantilismo.

En la mayoría de los casos, el examen local de los órganos genitales da la clave de los fenómenos observados, pues se trata, generalmente, de malformaciones que pueden existir en diferentes grados, pues es dable suponer que desde la ausencia completa de órganos hasta el completo desarrollo, toda una gama interminable puede concebirse; además, puede suceder que los caracteres sexuales secundarios estén ausentes ó débilmente desarrollados y entonces el error de sexo es posible. Hay que cuidar también de no confundir los embarazos que se producen antes de la aparición de la primera regla, con una amenorrea. También es preciso prevenirse de las aplasias de órganos genitales internos, pseudo-hermafroditismo, etc. El examen genital bimanual, por vía vaginal ó rectal, permitirá conocer el estado en que se halla el útero, sea infantil, globuloso, flexionado, etc.; y el del ovario, que puede presentarse aplastado, poco sensible, doloroso, duro si es quístico y excepcionalmente grueso.

Fuera de estos casos, en que la confusión es imposible, se presentan otros en que, por su etiología, patogenia y sintomatología, es á veces dificultoso establecer el verdadero diagnóstico; máxime si se tiene en cuenta lo enunciado en el capítulo de la etiología y patogenia, que dice: si bien es difícil ó imposible decir el momento en que una mujer que jamás ha reglado se hará amenorreica, sucede lo mismo en una amenorreica precisar cuándo será menopáusica.

De allí, pues, la necesidad de estudiar sinceramente

las enfermas y precisar bien los síntomas y datos recogidos por el examen, para evitarse situaciones violentas.

Es, pues, entre las amenorreas secundarias, transitorias ó permanentes en que la confusión es fácil; tan es así, que presentan en semejantes condiciones los mismos síntomas que los que se producen en las menopausias precoces; mujeres de aspecto normal dejan de menstruar transitoria ó definitivamente.

Pueden invocarse como causas, las dismenorreas; la esterilidad antigua ó escasa fecundidad; el síndrome de las glándulas vasculares sanguíneas, especialmente el hipotiroideo y los Basedow, que explican el retardo en la nutrición y deficiente eliminación. Se suspenden las hiperemias cíclicas, á base de esclerosis del útero y de los ovarios, que dan razón, juntas ó aisladamente, cada una de las causas invocadas, de la supresión temporaria ó definitiva de las reglas. Forman un grupo aparte las neuro-artríticas, que tienen la particularidad de poseer una tendencia marcada hacia la obesidad, á los procesos intensos de congestión, pudiendo llegar también á la supresión de las reglas. Además, la influencia del sistema nervioso central ó periférico es evidente.

La psicosis, como las lesiones orgánicas del cerebro y la médula y, sin ir muy lejos á buscar lesiones tan graves, puede verse, á consecuencia de una impresión intensa, producir la conmoción nerviosa resultante, capaces todas ellas de producir la cesación.

Aún puede buscarse en causas más simples, á raíz de

un enfriamiento por falta de aclimatamiento, como también la acción del agua fría en el período menstrual, en personas esencialmente predispuestas. Otras veces se observa consecutivamente á una autosugestión en histéricas, obsesionadas, etc.

Si es fácil diagnosticar la ausencia de la menstruación, no es posible, en cambio, en muchos casos, determinar la causa de ella, puesto que dicha ausencia es el efecto y no la causa de las enfermedades con quienes hacen su aparición las amenorreas.

Pasaré ahora á hacer una breve descripción, más detallada por cierto, y aisladamente, de los síntomas que se observan frecuentemente en el síndrome de la menopausia precoz.

Perturbaciones de la menstruación.—Está suprimida y acompañada, á veces, de dolores abdominales y leucorreas.

Perturbaciones nerviosas.—Son los síntomas más importantes y numerosos; se pueden dividir en cuatro grupos:

1.º *Vasomotores.*—Son los más comunes y consisten en bouffées de calor, que cambian frecuentemente de dirección, y consecutiva á ellos una traspiración más ó menos abundante, poussées congestivas, etc.

2.º *Perturbaciones motoras.*—Astenia invencible, temblores y parálisis de carácter fugaz, etc.

3.º *Perturbaciones simpáticas.*—Pulsaciones aórticas,

á veces paroxísticas, dolores epigástricos, palpitaciones, falsos síncope, etc.

4.º *Perturbaciones sensitivas.*—Son las más ingratas, pues ellas amargan la vida de las que la soportan y las hacen insoportables á quienes las rodean.

Cefalalgias.—Raramente intensas, localizadas en la región frontal, pero periódicamente repetidas; en ciertas enfermas reaparecen todas las mañanas neuralgias también periódicas, náuseas, dolores, etc.

De parte de los órganos de los sentidos, tenemos fenómenos subjetivos poco comunes:

Oído.—Ruidos, sonidos de campana, etc., que coinciden con las congestiones que se producen en las poussées.

Nariz.—Es el más interesante, pues parece reconocer un reflejo nasogenital, y tiene como consecuencia las alteraciones olfativas, como ser: parosmia, anosmia, cacosmia, etc.

Ojos.—Diplopia y vértigo.

Estado mental.—Este complementa la astenia física de que son víctimas; es una verdadera depresión, se parece á una psicastenia.

Por otra parte son irascibles, con ideas tristes, perversas; ensimismadas, repiten eternamente sus males y desgracias; es un continuo lamento y en un verdadero círculo vicioso.

Sueño.—Profundo, fácil y tranquilo; durante la vigilia se inclinan hacia el sopor.

Fenómenos hísticos.—Los caracterizan los estigmas, parálisis con hemianestias, puntos mamarios, ataques nerviosos, etc.

Obesidad.—Esta toma un incremento asombroso; además, es igual á la que se produce en la insuficiencia ovárica y, por consiguiente, en ambas es debida á la supresión funcional del ovario.

Las ovariectomizadas presentan la misma distribución, caracteres y marcha.

En cuanto se refiere á la época de aparición, ella se produce en la menopausia poco tiempo después de la desaparición de las reglas, ó en momentos en que está próxima á cesar.

La insuficiencia ovárica produce una adiposidad en las niñas púberes, cuando esa insuficiencia tiene alguna relación con el desarrollo; pero eso no implica que no se produzcan verdaderos excesos de polisarcia cuando se suprimen las reglas, hayan tenido ó no que ver con el crecimiento.

La distribución que habitualmente toman es la siguiente: la cara aparece con doble mentón, ancha, etc. Los miembros parece que fueran menos grasosos; pero en cambio ésta aumenta considerablemente en las extremidades, lo que es muy visible. Luego, siguiendo en orden, le toca el turno á los senos, pared abdominal, principalmente en

la línea blanca, y finalmente las caderas y la región glútea; son todos sitios de predilección para el desarrollo de la obesidad, que le hace adquirir un sello especial.

Y finalmente, á pesar de tanta grosura, son en su mayoría de un color pajizo, pálido, anémico, que da la impresión de mujeres enteramente débiles: impresión que muchas veces es la expresión de la verdad, pues no es raro ver desarrollarse una clorosis en plena obesidad.

Aparato digestivo.—Aun este sistema parece responder á una influencia nerviosa y se observa, generalmente, una constipación bastante rebelde, quizás consecutiva á las digestiones tan laboriosas de que son víctimas, y se presenta, además, una verdadera anorexia, un estado nauseoso y un vómito fácil de producirse.

Toda esta sintomatología que antecede se manifiesta en su período de estado; faltan algunos, sin embargo, que aunque carecen de trascendental importancia, tienen la virtud de indicar ó cerrar el paréntesis final del cuadro clínico, como el de la evolución de la enfermedad, es decir, que el organismo todo le acompaña y completa el proceso de la involución senil uterina.

Sistema piloso.— Se desarrollan bigotes y barba; el cutis de la cara, en general muy velludo y los cabellos pierden su elasticidad, se hacen frágiles y ralos.

Funciones termógenas.—Son enteramente friolentas.

Senilidad.—Arrugas, masas musculares sin tonicidad, en consecuencia flácidas y blanduzcas; finalmente, desarróllanse las canas, que vienen á completar el aspecto de envejecimiento precoz, que ataca á estas enfermas.

Síntomas objetivos.—Examen local.—El útero se presenta generalmente en estado infantil, el cuello con un orificio puntiforme y excesivamente reducido de volumen, que los especialistas le llaman «cuello de tapir»; muchas oportunidades hay en que se halla el útero en retroflexión!

Además, la disminución de volumen del cuello se inicia primero, para seguir después la regresión del cuerpo del útero. Síntomas son estos de capital importancia, sobre todo para el diagnóstico diferencial con ciertas amenorreas que se producen en todas las edades y en todas las circunstancias posibles, que no traen consigo modificación ninguna de parte de los órganos genitales, lo que las distingue netamente de la menopausia precoz.

También es menester conocer los síntomas propios de la menopausia precoz, según la causa originaria; tan es así, y sirva esto de diagnóstico diferencial, que el útero super-involucionado presenta su atrofia en una forma muy difusa y mucho más acabada, tanto en el cuello como en el cuerpo; en la insuficiencia ovárica trae los síntomas propios del cuello en tapir, y las de origen nervioso pueden presentarse con las modificaciones propias del super-involucionado, cuello en tapir ó también normales, sin

haber sufrido alteración orgánica, no funcionales sobreentendido, para adquirir muy tardíamente toda la apariencia de la verdadera involución senil.

En conclusión: las menopausias precoces, tanto de origen ovárico, como post-partum por super-involución, como de origen nervioso, jamás presentan perturbaciones de carácter grave, que pongan en peligro la vida de la enferma; las bouffées de calor, las poussées congestivas, los sudores, palpitaciones, etc., síntomas habituales de la regresión de la menopausia, no se observan sino muy atenuados, excepto en las menopausias artificiales, en que se exageran. Además, Jayle dice: «que la supresión del útero está lejos de producir las alteraciones de la castración ovárica, aunque produzca la desaparición de las reglas».

En cualquiera de ellas no es sino la supresión anticipada de las funciones ováricas, consecutiva sea á una distrofia primitiva, sea á una secundaria; el final es el mismo: la primera por escasez de desarrollo; la segunda por regresión del mismo.

Farabeuf dice que es la edad en que «el epitelio no habla más».

PRONÓSTICO

Sin ningún absolutismo, se puede presumir, más ó menos según los síntomas presentados por la enferma, la evolución de la enfermedad, como el final de la misma, pues se trata de una afección de larga evolución que puede ó no seguir completamente todos los ciclos ó detenerse en la mitad del camino, para hacer entonces más ó menos normal.

Podemos considerar los pronósticos de dos clases: los que pueden emitirse dentro de la afección misma, es decir, pronosticar, dada la condición de una enferma, si se hará ó no menopáusica; y, finalmente, la consecuencia última de la menopausia precoz.

1.º La reglas instaladas tardíamente, dan ya un sombrío pronóstico, y la consecuencia final es la menopausia precoz. Esta está tanto más próxima cuanto más tarde, más irregulares y dolorosas fueron las menstruaciones, lo que representa tantas menos aptitudes para la mater-

nidad; ahora, dado este enunciado, es fácil concebir toda una graduación entre las afectadas y las normales.

2.º Las amenorreas secundarias, en que el elemento principal del pronóstico es la atrofia regular y progresiva del útero. Observado dicho fenómeno á raíz de un shock nervioso, de la insuficiencia ovárica ó post-partum, se le puede pronosticar una menopausia precoz.

3.º A una mujer en quien la aparición de la menstruación se hizo tardíamente, se le puede pronosticar que, si se fecunda, lo será en cantidad mínima y tardará en fecundarse el tiempo proporcional á la instalación de la primera regla, ó en su defecto, la menopausia precoz es casi fatal.

4.º La menopausia precoz trae fatalmente la esterilidad absoluta.

5.º El estado infantil de los órganos genitales de las menopáusicas, antes ó después de haberse establecido, explica y pronostica la menopausia precoz.

6.º Colocaré en este grupo toda una serie de fenómenos observados en mujeres con menopausia precoz, en que si bien algunos son de aparición tan precoz que son considerados como síntomas, otros, en cambio, sólo aparecen tardíamente y entran entre los accidentes de la menopausia precoz.

a) *Nutrición*.—Hay una desnutrición comprobada por el aumento del ácido úrico en la orina, disminución de fosfatos, urea, etc., debida á la disminución de las com-

bustiones y del coeficiente de oxidación por la desaparición de las funciones orgánicas del aparato genital.

b) *Obesidad*.—Con la misma característica que ha sido descrita en la sintomatología. Además, la enfermedad de Dercus, ó sea obesidad dolorosa en castradas, observada por Sicard y Bercovitch. Enflaquecimiento, casi siempre á consecuencia de las alteraciones digestivas. Caquexia de Basedow, observada por Vinay, etc.

c) *Reumatismo*.—Parece depender de la hipotiroides y confúndese con reumatismo crónico; la gota es excepcional.

d) *Várices, hemorroides*.—Desarrollo exagerado de las venas, que se hacen turgescenles en las épocas menstruales; son bastante frecuentes.

e) *Erupciones*.—Urticarias, eczema, prurito; este último principalmente con crisis nocturnas con modificaciones de la piel.

f) *Renales*.—Insuficiencia renal, con ataques de uremia, aunque pequeñas, que han sido estudiadas por Le Gendre.

g) *Clorosis*.—A veces consecutivas á hemorragias, combinadas con la obesidad frecuentemente, etc.

h) *Alteraciones digestivas*.—Consecuencias más que de la insuficiencia ovárica son debidas á alteraciones vasculares y nerviosas, según Dalche, Robin y otros.

Coinciden con las *pousées* fluxional. Puech ha señalado hematemesis supletorias.

i) — *Perturbaciones cardiacas.*—Son iguales á las referidas anteriormente en los síntomas, que son debidas á la ausencia de la acción hipotensiva de la secreción ovárica; se desarrollan fenómenos de hipertensión y alteraciones nerviosas. Lo mismo sucede con la hipertiroidización, cardiopatías de Huchard y Clement, la hipostenia de Pawinski, etc.

j) *Perturbaciones nerviosas.*—Fenómenos vasomotores, histeria, neurastenia, etc., ya descriptos.

k) *Vesania.*—Son consecutivas al estado moral de estas enfermas.

l) *Ereclismo.*—El delirio con alucinaciones ó no, platónico ó no, con separaciones de la conducta. Con eczema ó prurito, ó consecutivo á ellos, etc.

m) *Místico.*—En relación siempre con la sexualidad y alucinaciones celestes, etc.

Finalmente, pueden ser melancólicas, perseguidas, perseguidoras, etc.; no son originarias de la menopausia, sino simplemente influenciadas.

TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser sintomático, patogénico y mixto, que es el más usual.

En el primero, como su nombre lo indica, úsanse los medicamentos ya conocidos para cada manifestación. Se debe, dentro de lo posible, prevenir los accidentes, y en caso de no serlo, tratar de mejorarlas.

Usase, por ejemplo, varios días por mes, por lo menos de 8 á 10, unos sellos de:

Benzoato de litina..... 0.25 grs.

Teobromina..... 0.50 »

En un sello.

A tomar unos 20 minutos antes del desayuno, en un poco de agua mineral cualquiera.

En su defecto:

Benzoato de sodio 20 grs.

Bicarbonato de sodio..... 40 »

Una cucharadita en agua mineral, en la misma forma que la anterior.

Además, se ha observado que todos los síntomas se mejoran por el tratamiento opoterápico, que describiré más adelante; sólo quiero hacer notar su eficacia como terapéutica sintomática.

La terapéutica patogénica, que es base de la opoterapia, tiene por objeto introducir en el organismo los productos de la secreción interna del ovario.

Se usan varios productos obtenidos por diversos procedimientos y además, el injerto ovárico cuyos resultados precisos son dudosos y no bien conocidos.

Entre los productos tenemos la ovarina y la ocreína obtenida del cuerpo amarillo mismo, donde reside la substancia activa.

Usanse los siguientes:

Glándulas frescas, poco usadas por que pueden dar lugar fácilmente á intoxicaciones, por las dificultades de la dosificación, de 10 á 20 gramos por día.

La ovarina, en polvo, de 0.25 á 0.50 gramos por día en sellos, pastillas, etc. Se puede usar á altas dosis hasta 0.80 y 1 gramo por día, tomado en varias veces.

Jugos ováricos, en soluciones al 10 %, acuosas, alcohólicas ó glicerínadas, se suministran en inyecciones y son poco usados.

La ocreína se da en píldoras de 0.02 grs., hasta 0.12 grs. por día, en gotas, en la proporción de 0.02 grs. en 20 gotas de vehículo, en ampollas, etc.

Tabletas de Fraenkel, dos ó tres por día,¹ son de 0.30 gramos cada una.

Luteo-ovarina de Dessy, producto argentino, en comprimidos ó en ampollas, con soluciones inyectables.

Si los resultados no son absolutos, por lo menos disminuyen las inclemencias de la afección y debe, en todos los casos, agotarse esta reducida terapéutica.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Observación I

HOSPITAL RAWSON.—SALA 12.—CONSULTORIO EXTERNO

SERVICIO DEL DR. MARTIN REIBEL

Marzo 3 de 1913

R. M. de L., 32 años, argentina.

Antecedentes hereditarios.—Padre y madre vivos y sanos; 4 hermanos vivos y sanos.

Antecedentes personales.—En su infancia fué atacada de sarampión y escarlatina, complicada de otitis media supurada.

Regló á los 14 años; las reglas fueron regulares, un poco dolorosas, duraban tres días. Entre 19 y 20 años empezó á notar algunas irregularidades en su menstrua-

ción, á las que no dió importancia, y se casó á los 22 años. No ha tenido hijos ni abortos.

A los 24 años de edad perdió á su esposo, y á raíz del disgusto producido, cesaron las reglas. En la creencia de que fuera un embarazo, dajó pasar el tiempo necesario; pero en vista de que el parto no se verificaba, se fué á consultar.

Estado actual.—La enferma presenta todos los caracteres de la obesidad, arrugas en la cara, canosa, dice sentir palpitaciones, bouffées de calor, etc., todos los síntomas de la insuficiencia ovárica.

Al examen médico, presenta los caracteres siguientes: los aparatos respiratorio y circulatorio, fuera de algunas perturbaciones subjetivas más bien que objetivas, son más ó menos normales.

En el aparato digestivo presenta, dispepsia, constipación con algunas poussées diarréicas (que no sabe precisar si coinciden con las épocas menstruales), hiperclorhidria, etc.

Sistema nervioso.—Los reflejos normales. Presenta un estado mental algo deficiente, con marcada tendencia al histerismo; ataques de nervios por cualquier causa nimia; habla mucho; duerme algo intranquila y padece á veces de insomnios, etc.

El examen y análisis de la sangre y orinas no dieron datos importantes. El aparato genital presenta sequedad

de la vulva y vagina, con flacidez marcada y algo desaparecidos los pliegues de la mucosa, etc.

El útero atrofiado en su totalidad; los ovarios no se perciben.

Diagnóstico.—Menopausia precoz por choc nervioso.

Observación II

HOSPITAL RAWSON.—SALA 12.—CONSULTORIO EXTERNO

Marzo 23 de 1913

E. Z. de J., 27 años, italiana.

Antecedentes hereditarios.—Padre alcoholista, fallecido no sabe de qué. Madre viva y sana. Tiene 5 hermanos, uno de ellos epiléptico.

Antecedentes personales.—Tuvo en la infancia sarampión y varicela. Regló á los 13 años; bien, regular, sin dolor, de cinco días de duración. Casó á los 17 años. Ha tenido un hijo á los 20 años y lo amamantó 16 meses. Tuvo otro á los 23 años y lo amamantó 18 meses. Desteñada la criatura, las reglas no aparecieron. Extrañada por ello se fué á consultar.

Estado actual.—Siente palpitaciones, bouffées de calor, taquicardia; ha aumentado de peso. Dice haber pasado muy mala vida durante el embarazo y el destete. Los senos atrofiados; signos de senilidad, etc.

El análisis de la orina ha dado vestigios de albúmina.

En el examen de la sangre aparece un poco disminuida la cantidad de glóbulos rojos.

Las vías digestivas en mal estado; tiene náuseas y vómitos, ptialismo por la mañana y otras alteraciones que le dan todo el sello de las dispépticas.

Los demás órganos más ó menos normales.

En el aparato genital se observa una atrofia del útero, difusa, aunque algo blanda. La piel de la vulva es dura, seca, gruesa, especie de liquenificación; padece de prurito que la mortifica.

Diagnóstico.—Menopausia precoz por super-involución.

Observación III

HOSPITAL RAWSON.—SALA 12.—CONSULTORIO EXTERNO

Mayo 10 de 1913

M. G., 28 años, argentina.

Antecedentes hereditarios.—La madre vive y es alcoholista. El padre murió de tuberculosis. Dos hermanos, un varón sano, una mujer débil y enfermiza, casada y estéril.

Antecedentes personales.—Tuvo viruela, tifoidea y varicela. Regló á los 16 años en forma deficiente. Las reglas eran irregulares, dolorosas, en muy poca cantidad, duraban unas veces unas cuantas horas, otras veces uno ó dos días, pero siempre en poca cantidad. Soltera.

Estado actual.—Muy gruesa, voz ronca, senil; hace 6 años que empezaron á faltarle las reglas y recurrió entonces á los tratamientos médicos sin obtener resultado. Más tarde la cesación se hizo absoluta.

Como síntomas subjetivos, todos los de la insuficiencia ovárica. Es histérica, obesa, con todos sus caracteres, tiene apetito, mucha sed, padece de colitis y dispepsia.

Estado mental.—Algo atolondrada, muy conversadora, mala memoria, etc.

El examen somático de la enferma dió por resultado muy pocos síntomas de importancia.

El aparato genital, por el tacto rectal, reveló un útero atrofiado. Además presentaba todos los caracteres exteriores de la involución senil.

Diagnóstico.—Menopausia precoz por insuficiencia ovárica en una vírgen.

Observación IV

HOSPITAL RAWSON.—SALA 12.—CONSULTORIO EXTERNO

Junio 22 de 1913

P. S. de H., 33 años, argentina.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto, era alcoholista y madre viva é idiota.

Una hermana es casada, sin hijos, sana.

Antecedentes personales.—No tuvo ninguna enfermedad infecciosa en su niñez.

Regló á los 13 años, bien, regular, sin dolor, con tres días de duración, siempre la misma cantidad. Casó á los 18 años; no tuvo hijos ni abortos; á los tres años de casada empezó á notar alteraciones en su menstruación, que se agravaron bien pronto.

Estado actual.—Los síntomas de la insuficiencia ovárica acompañados de obesidad, etc.

Esta historia tiene por objeto presentar una enferma que padece de insuficiencia ovárica, es casada y que no

se ha fecundado, en contraposición á la otra anterior que era vírgen.

Los exámenes psíquico y somático son semejantes á la anterior.

Su diagnóstico el mismo.

Observación V

Este caso ha sido observado por el Dr. Lucio O. Durana quien tuvo la gentileza de comunicármelo.

N. N., argentina, casada, de 41 años de edad.

Antecedentes hereditarios.—Familia de neuro-artríticos, madre y tres tíos fallecieron de diabetes grave; uno de ellos asmático; un hermano de la paciente pesa 135 kilos.

Antecedentes personales.—Sarampión y viruela en la infancia; regló por primera vez á los 12 años, reglas regulares y dolorosas, de tres á cuatro días de duración. A la edad de 15 años, fué atacada de litiasis biliar, afección que aún sufre en la actualidad.

Al poco tiempo de casada tuvo una salpingitis catarral, que curó completamente, puesto que sobrevino su primer embarazo á los dos años de casada, coincidiendo con el parto un cólico hepático; hubo necesidad de aplicar el forceps por inercia uterina.

Después de este primer parto, siguen cinco embarazos de los cuales tres fueron partos á término y dos fueron abortos.

Hace cinco años, teniendo la enferma treinta y seis años de edad é ignorando un embarazo que comenzaba, tiene de nuevo otro aborto que exigió esta vez el raspado, porque no se producía.

Enfermedad actual.—Después de haber sufrido la paciente la intervención quirúrgica que motivó su último aborto, comenzaron sus reglas á aparecer con irregularidad. Al principio cada tres meses y más tarde cada seis meses, hasta que cesaron por completo. En este estado de amenorrea absoluta, sin molimen menstrual, se embarazó nuevamente teniendo un parto normal.

Estado actual.—No tiene síntomas de involución senil precoz del útero y no se queja de síntomas de insuficiencia ovárica.

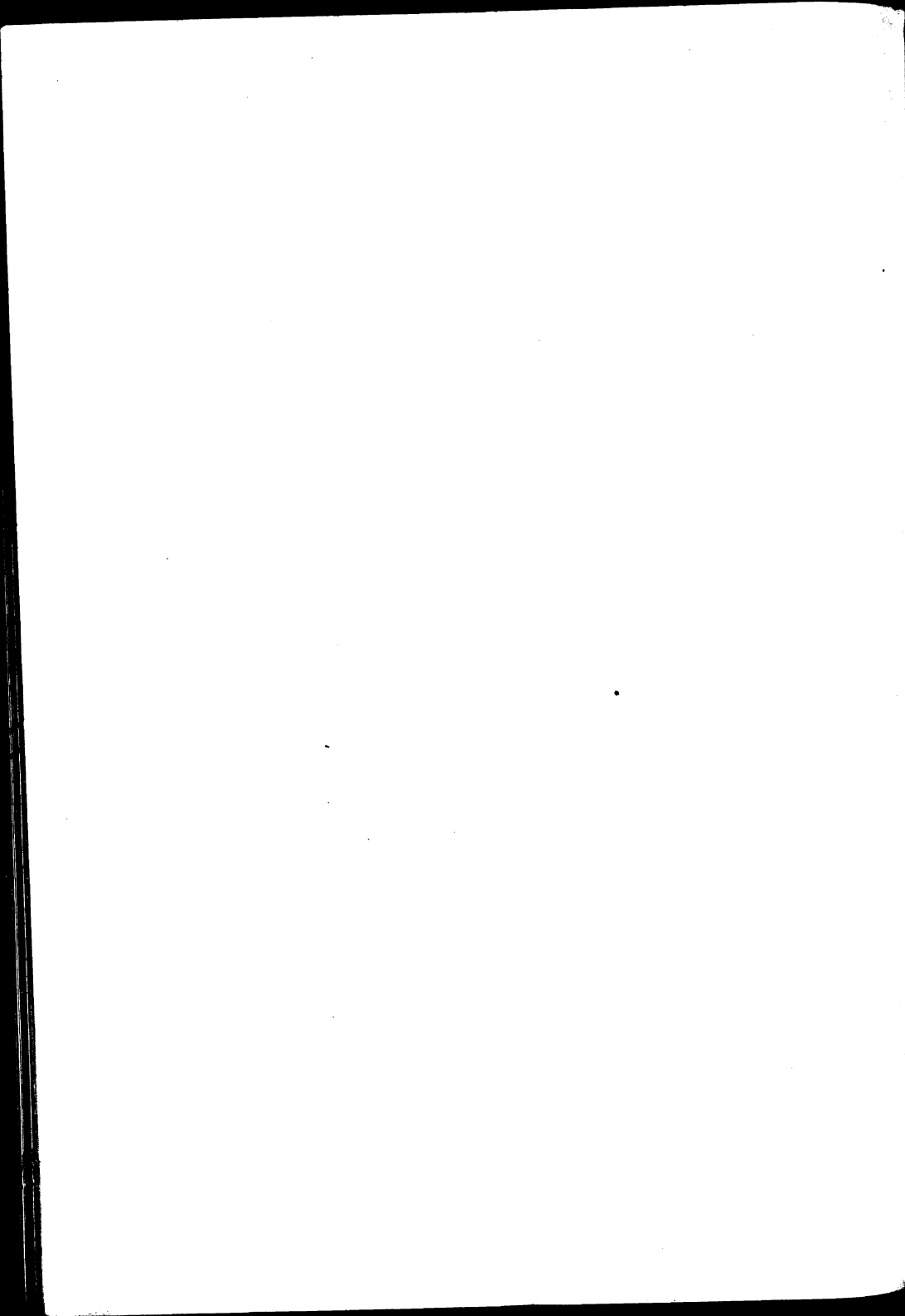
Diagnóstico.—Menopausia precoz, cuya patogenia es de difícil explicación.

A. G. ARMANI

Setiembre 1.º de 1914.



30779



Buenos Aires, Setiembre 1.º de 1914

Nómbrese al señor Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al profesor titular Dr. Lucio Durañona y al profesor suplente Dr. Faustino J. Trongé para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen 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, Setiembre 8 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2878 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial de la «Menopausia Precoz», segun su origen.

E. Bazterrica.

II

Estado actual de nuestros conocimientos respecto á las relaciones que existen entre la ovulación y la menstruación.

Lucio Durañona.

III

Diagnóstico diferencial entre la «Menopausia Precoz» y la amenorrea.

Trongé.

