

EL OVARIO ESCLEROQUÍSTICO EN COLOMBIA

(su frecuencia, sus formas clínicas y sus asociaciones morbosas habituales).

por el doctor MIGUEL JIMÉNEZ LÓPEZ (de Boyacá).

(Trabajo presentado al Cuarto Congreso Médico Nacional reunido en Tunja).

INTRODUCCIÓN

Seis años de práctica ginecológica en la capital de la República me han convencido de que la ovaritis escleroquística es la afección que con mayor frecuencia se presenta al estudio del especialista. Las numerosas intervenciones ginecológicas o simplemente abdominales que me ha sido dado presenciar durante los mismos años me han permitido comprobar *de visu* que tal degeneración del ovario sólo falta por excepción en las enfermas de otras afecciones de vecindad. Algunas autopsias me han revelado la misma lesión en mujeres en quienes jamás fue sospechada. Estos diversos hechos han llamado mi atención hacia un mal tan generalizado, tan cambiante en sus manifestaciones clínicas—cuando las tiene,—y en lo general, de tan diversas reacciones a los tratamientos usuales.

Deseando, en primer término, saber si los muy respetables facultativos que en nuestro país cultivan el mismo ramo abrigaban una opinión análoga en cuanto a la profusión y a la importancia especiales en nuestro medio de esta entidad morbosa, he pedido su concepto sobre algunos asuntos relacionados con este punto de ginecología. Muy generosamente han accedido a mi solicitud, y hé aquí algunas

opiniones en cuanto al número de enfermas de ovariitis escleroquística, en relación con el total de la población femenina:

Doctor Pompilio Martínez (de Bogotá), un 60 por 100;

Doctor Zoilo Cuéllar Durán (de Bogotá), un 60 por 100;

Doctor Rafael Ucrós (de Bogotá), muy frecuente;

Doctor M. Canales (de Bogotá), un 60 por 100;

Doctor Corpas (de Bogotá), un 10 por 100;

Doctor Montoya y Flórez (de Medellín), un 10 por 100;

El doctor Manuel F. Obregón, de Cartagena, opina que en nuestro litoral del Atlántico no es tan frecuente esta afección; en cambio, en Puerto Limón (Costa Rica) la ha hallado con excesiva frecuencia. El doctor Emilio Robledo, de Manizales, juzga que en la región de Caldas tampoco abunda mucho el ovario escleroquístico; allí no se le diagnostica sino en un 2 por 100 de las mujeres. En una estadística operatoria cuidadosamente levantada por este distinguido observador, sólo se anota la ovariitis escleroquística cuatro veces en 118 intervenciones; en cambio, el quiste común del ovario figura en 35 casos sobre la misma cifra total;

Doctor Jorge Calvo (Barranquilla), 65 por 100; en las operadas ginecológicas, 100 por 100;

Doctor Miguel Arango (Barranquilla), no halla exagerado el cálculo del 45 al 50 por 100;

Doctor Pablo García Aguilera (Cali), excesivamente frecuente.

Como se ve, el cálculo aproximado de la mayor parte de los ginecologistas antes citados señala la cifra del 60 por 100. Los doctores Montoya y Flórez y Corpas coinciden, por su parte, en anotar el 10 por 100. La diferencia se explica fácilmente: estos dos últimos cirujanos han tomado como base de su evaluación las estadísticas hospitalarias de Medellín y Bogotá, respectivamente, en tanto que los especialistas que señalan el 60 por 100 han tomado principalmente en cuenta la clientela civil. Y como to-

dos lo hemos observado, la ovaritis microquística es una afección que predomina en nuestras clases elevadas y en el personal urbano, donde las condiciones etiológicas que analizaremos más adelante actúan de preferencia.

Tomando pues en consideración todas estas opiniones que en el fondo no están en desacuerdo, y balanceando los diversos porcentajes de la afección en las distintas clases sociales, se puede proponer un promedio de frecuencia total del ovario escleroquístico, entre nosotros, de 35 a 40 por 100. Esta cifra, como se ve, es superior a la de cualquiera otra afección del ovario; merece de consiguiente tal entidad nuestra atención detenida, concienzuda, así para evitarla como para combatirla.

En cuanto a la proporción en que el ovario se encuentra invadido de microquistes, como se ha visto en el curso de diversas operaciones abdominales, la mayor parte de los observadores ya citados están acordes en que es de un 80 a 90 por 100. Esto confirma una vez más el hecho de que a pesar de ser excesivo el número de casos diagnosticados de esta afección, es preciso aún adicionarlo con todos los que no se diagnostican y que vienen a acrecentar en grandes proporciones las cifras arriba admitidas.

Hechos son estos que justifican una vez más un estudio concienzudo de la degeneración ovárica. Se trata, por otra parte, de una afección que entraña consecuencias de inmensa significación para la enferma misma y para su potencialidad materna; suele presentarse con modalidades clínicas que muy a menudo engañan al práctico, y finalmente, suele ser tratada por los médicos no especializados, con medios dirigidos al síntoma tan sólo, sin tener en cuenta el elemento causal.

El presente estudio no pretende avanzar un paso más en el conocimiento íntimo del mal, que ha sido y continúa siendo objeto de trabajos de incalculable interés en los medios científicos extranjeros. Intenta solamente señalar las causas que entre

nosotros lo originan y lo hacen tan frecuente; exponen las formas clínicas que predominan en este país y las asociaciones morbosas que con mayor frecuencia se hallan en la práctica; aventura algunas reglas de diagnóstico que pueden ser útiles a los médicos no especializados, y propone una síntesis de los tratamientos seguidos, basada en alguna experiencia personal, para que se opte por el que parezca más apropiado.

En todo ello, a más de mi escasa labor personal, he puesto a contribución a muchos de mis ilustrados colegas cuyas opiniones he anotado con el mayor interés, testificándoles desde luego mi reconocimiento.

ETIOLOGÍA DEL OVARIO ESCLEROQUÍSTICO

Sabido es que los diferentes autores señalan como causa principal de la afección que nos ocupa *la congestión pelviana*. Y en efecto, el ovario escleroquístico acompaña o sucede con frecuencia a todos aquellos estados que en la mujer determinan un aflujo o un estancamiento de la sangre en el territorio de la vena cava inferior y de las ilíacas; esto es, en todos los casos en que se produce una *congestión activa o pasiva* en la región del bajo vientre. Entran naturalmente aquí, ante todo, las diversas afecciones de los órganos genitales internos, especialmente las desviaciones de la matriz—con una mención especial para la retroflexión,—y los fibromas y demás tumores del mismo órgano. Son condiciones que determinan también, como las anteriores, un estado habitual de congestión pasiva, los embarazos repetidos, la constipación y el varicocele pelviano.

Considérase, sin embargo, como de mayor importancia causal respecto a la ovaritis escleroquística la *congestión activa* de los órganos del bacinete. Pero a su vez, ¿qué factores originan esta congestión? Incriminan muchos observadores los ejercicios corporales exagerados, como las marchas, el baile, el manejo de las máquinas de pedal, la es-

tación en pie muy prolongada. Es esta una manera de ver que, en su forma absoluta, no puede ser admitida. El ejercicio muscular, por el contrario, es un elemento de desarrollo normal y de conformación sexual perfecta, así en la mujer como en el hombre. Recuérdese cuán rara es la afección que nos ocupa, así como las otras enfermedades del aparato genital en las mujeres del campo, habituadas desde la niñez a los ejercicios más fuertes y aun fatigantes. En ellas la vida de movimiento y de esfuerzo muscular ha producido una conformación armónica de los diversos órganos; ha estimulado la nutrición de los huesos, de los músculos y de los ligamentos de la pelvis y sin duda ha favorecido la circulación en los órganos internos y ha contribuído a desarrollar ovarios y matriz sanos y vigorosos.

Sería más admisible la hipótesis opuesta, que asigna un papel etiológico de positiva importancia a la falta de ejercicio, a la vida sedentaria y reclusa de la mayor parte de las mujeres de las clases acomodadas. Esta manera de ver corresponde en la práctica a un mayor número de hechos, y en este caso, el *sedentarismo* de la mujer obraría para producir la congestión ovárica—principio de la esclerosis—de consuno con otras condiciones hiperemiantes que ordinariamente la acompañan, como son: el uso del corsé, las posiciones escolares defectuosas y prolongadas, las retenciones de orina y las constipaciones voluntarias que son tan a menudo impuestas por la vida social; las fatigas y las ocupaciones escolares, la colitis, etc.

Son estas, a no dudarlo, causas coadyuvantes en el género del ovario escleroquistico, o si se quiere, causas de orden ocasional. Pero tras ellas hay alguna otra a que debe asignarse el papel de causa primera. A mi modo de ver, esta afección *es un simple signo de degeneración biológica*, y por mi parte no vacilo en admitir que en cada caso pueden fácilmente señalarse los elementos hereditarios que le han dado origen.

Todos los tratadistas que hasta hoy han estu-

diado la ovaritis escleroquística han dado a la *diatésis artrítica* el primer lugar entre las causas que la engendran. Y en efecto, los más de los casos se hallan en personas cuyos antecedentes hereditarios o personales revelan alguna de las afecciones de la gran familia artrítica. Es muy común que los síntomas de la ovaritis escleroquística coincidan y alternen con las colitis, con las gastralgias, con los cólicos hepáticos o renales, con eczemas, asma o jaqueca. Recuérdese que a las crisis dolorosas del ovario escleroquístico se las ha llamado también *jaqueca uterina*; con esta denominación se ha querido establecer tanto la naturaleza diatésica de esta afección como sus manifestaciones periódicas, sus alternativas y su modo de reaccionar a los tratamientos, que en todo recuerdan las otras expresiones de la misma serie constitucional.

Establecido este punto, apenas tengo para qué anotar el hecho de que el artritismo, cualquiera que sea la concepción que de él se tenga, es siempre un estado de los organismos revelador de una desviación del tipo fisiológico transmisible por la herencia; en otros términos, es un estado degenerativo. En consecuencia, los casos de ovaritis microquística que reconozcan como sola causa averiguada una constitución artrítica, son casos de decadencia orgánica, que se manifiesta de manera especial en el ovario.

En pos de esta gran categoría de hechos, que son sin duda los más numerosos, vienen otros, que han sido cuidadosamente anotados en mis observaciones, y en que la afección se ha mostrado desde edad temprana en jóvenes hijas de tuberculosos, de sifilíticos y especialmente de alcohólicos. En este último grupo entran cuatro casos de ovaritis de forma intensamente dolorosa y que—todos cuatro—impusieron por sí solos y sin la coexistencia de ninguna otra afección genital, la intervención quirúrgica.

Dentro de este orden de ideas me permito recordar la excesiva frecuencia de la ovaritis esclero-

quística en nuestras razas y en nuestros diversos climas; asociado este hecho a la frecuencia igualmente considerable en las mismas razas y zonas de muchos otros estigmas que la ciencia considera como reveladores de degeneración, me ha llevado a formular el hecho de que nuestro país y los países similares presentan signos evidentes de una decadencia biológica colectiva. De la memoria que sobre este punto tuve el honor de presentar al tercer Congreso Médico Nacional reunido en Cartagena, destaco los siguientes conceptos que vienen en apoyo de la naturaleza esencialmente degenerativa del ovario escleroquístico, que desde entonces admitía. Al tratar de los signos patológicos de la degeneración de la raza, menciono la frecuencia en ella de los síndromos poliglandulares, con las siguientes consideraciones:

«Estrechamente vinculados con el estado precedente, deben señalarse, como disposiciones morbosas dominantes entre nosotros, diversas perturbaciones de las funciones endócrinas, que empiezan a ser caracterizadas y descritas por nuestros clínicos. Al segundo Congreso Médico Nacional de 1913 presentó el doctor Luis Felipe Calderón, con el título de *Síndromos poliglandulares de la altiplanicie*, un importante trabajo en que señaló la frecuencia en las localidades altas de Colombia de los casos de infantilismo con puerilismo mental, atribuibles, según el autor, a insuficiencias hipofisarias o tiroideo-hipofisarias. Anótase allí mismo la profusión de casos de infantilismo hepático en los habitantes de las regiones frías, y de bocio en los declimas cálidos, engendrados uno y otro, en concepto del Profesor Calderón, por perturbación de las secreciones internas.

«Es quizá este el capítulo de nuestra patología nacional que más preciosas comprobaciones reserva a los futuros investigadores. La alteración o insuficiencia de los diferentes productos que en el organismo vierten los órganos endócrinos darán quizá

la clave de muchas particularidades de nuestra raza. Vimos atrás que la cifra media de la tensión arterial es superior entre nosotros a la cifra media de las otras latitudes; esta modalidad—generadora en parte de las numerosas cardopatías de nuestra zona y quizá también del nervosismo de la raza—¿no podrá provenir de una perturbación del funcionalismo suprarrenal? La astenia muscular señalada de tiempo atrás por los observadores, ¿no podrá tener idéntico origen y ser, en consecuencia y dentro de límites fisiológicos, análoga a la observada en los síndromos adisonianos? La excesiva emotividad característica de estos países, y que se echa de ver en todas sus reacciones, así en lo individual como en lo colectivo, ¿no sería imputable a un hipofuncionamiento tiroideo? Esa sexualidad precoz y vehemente que distingue al latinoamericano del trópico, ese despertar tan prematuro del instinto genital, con aparición de signos púberos, orgánicos y psíquicos, desde los once, diez y nueve años, ¿no vendrán a ser simplemente resultado de alguna hiperplasia congénita de la hipófisis, con exaltación de las funciones correspondientes? Hé aquí otros tantos puntos de vista fecundos para la labor del mañana.

«Por ahora anotaremos simplemente como condiciones morbosas propias a nuestra zona—y que implican, a no dudarlo, un estado de decadencia orgánica—los casos cada día más numerosos de *insuficiencias glandulares*. A más de los estados ya mencionados, citaremos las insuficiencias ováricas, que son un estado casi universal en este país y que se traducen por todas las turbaciones posibles del ciclo sexual, desde los cólicos menstruales—de que sufre el 95 por 100 de nuestras mujeres jóvenes—hasta las más completas detenciones de desarrollo genital. La obesidad de la segunda juventud y de la edad madura, la hipertricosis facial en las mismas épocas y en la menopausia, que con tanta frecuencia se observan en las mujeres de nuestras ciudades especialmente, son simples signos de un ovario de-

ficiente en su secreción interna. En cuanto al hombre, los casos tan numerosos de neurastenias, de psicosis depresivas, de obesidad, que se presentan a partir de los treinta a treinta y cinco años, traducen, según toda probabilidad, una insuficiencia testicular endócrina, una especie de menopausia masculina anticipada; cualquier médico podrá dar fe de la excesiva frecuencia de tales estados en nuestro país.

«De tiempo atrás han venido observando los médicos antioqueños que en esa región, que es, sin duda, la que hasta hoy se ha defendido mejor contra la decadencia, el desarrollo de las glándulas mamarias es deficiente, con una frecuencia cada vez más sensible en el promedio de la población. ¿Obedece esto a una modificación étnica del tipo femenino que va perdiendo lentamente sus caracteres peculiares del sexo, como sucede en Inglaterra, o hay allí una influencia nociva sobre los organismos, proveniente de intoxicaciones alimenticias, de factores climáticos u otros? Hé aquí un punto importante de estudio para nuestros colegas de la Cordillera.»

El vigor decreciente de nuestra raza es pues —para resumir la etiología del ovario escleroquistico— el factor primordial de esta afección entre nosotros. Así se explica su frecuencia insólita —mayor sin duda que en los países de las zonas templadas, — y así se aclaran sus relaciones hereditarias con las enfermedades que más a menudo vician la descendencia: alcoholismo, sífilis, tuberculosis y artritis.

ANATOMÍA PATOLÓGICA Y PATOGENIA

Apenas tengo para qué hacer notar que en este capítulo nada podré agregar a las nociones adquiridas. El nombre sólo de la afección de que trato da a entender las dos lesiones que la caracterizan: el *quiste* y la *esclerosis*; el quiste pequeño, que rara vez pasa de la dimensión de un guisante, múltiple e irregularmente distribuido en la superficie y en el espesor del ovario; y la esclerosis difusa, extendida de manera

conjunta a las porciones cortical y medular de la glándula. Al lado de esto, la compresión y la atresia de los óvulos y las otras modificaciones de textura que ordinariamente acompañan a la esclerosis, como son la alteración de las arteriolas, las varicosidades de las vénulas, etc.

Es conveniente recordar también que el microquiste tiene uno de dos orígenes: o el folículo de Graaf o el cuerpo amarillo, diferencia de origen que es posible precisar con el solo aspecto de los quistes; los que han tenido por punto de partida un folículo presentan un contenido blanco, transparente, ligeramente viscoso; los que se deben a cuerpos amarillos transformados encierran, por el contrario, un líquido amarillento, moreno o francamente hemático. En una de mis observaciones, un quiste de esta última variedad había alcanzado en el ovario derecho el volumen de un huevo de gallina, con un contenido hemorrágico. Hago notar que el ovario en que estaba situada esta lesión había dado lugar a crisis muy dolorosas de forma mensual, que fueron las que determinaron finalmente la intervención en tal enferma.

De estas dos lesiones, *esclerosis y quiste*, ¿cuál es el fenómeno primitivo? En esto, como en toda materia de difícil investigación, todas las hipótesis han sido sostenidas. Creen algunos observadores en un vicio primordial del folículo de Graaf que no pudiendo llegar a su dehiscencia normal, degeneraría en quiste, habría además, una superinvolución del cuerpo amarillo que lo convertiría en vacuolo; en uno y otro caso, constituida la lesión regresiva que tiene como última expresión el microquiste, se formaría secundariamente en sus contornos una degeneración esclerosa de la trama ovárica como fenómeno enteramente reaccional. Dicen otros que viciado primitivamente el estroma conjuntivo de la glándula bajo alguna honda perturbación constitucional, las tramas fibrosas que de allí resultan estrangulan, uno tras otro, bien los ováricos, bien los

cuerpos amarillos, comprometiendo la nutrición de estos elementos y haciéndolos llegar, así, al estado de pequeños quistes: el quiste, en este último concepto, no sería sino un fenómeno mecánico consecuencial a la esclerosis. Opínase, finalmente, por una tercera categoría de histólogos que la esclerosis y el quiste son hechos independientes; en efecto, el examen microscópico revela con bastante frecuencia pequeños quistes ováricos alejados de toda esclerorria, y viceversa, islotes de esclerosis en la glándula que no guardan la menor conexión con los quistes; unos y otros han evolucionado por su cuenta. Apenas hay para qué decir que el hecho anatómico sería bastante comprobatorio de la última manera de ver.

Sea como lesión inicial, sea como resultado de la presencia de los microquistes, hay pues un estado de esclerosis en la afección ovárica que nos ocupa. Siendo, como lo anotamos en otro lugar, la ovaritis escleroquistica una lesión que se inicia desde el principio de la pubertad o quizá antes, cabe preguntarse: ¿porqué esta transformación fibrosa, propia de los tejidos seniles, aparece en un órgano nuevo y en vía de desarrollo? Este es quizá el único ejemplo en la historia de los procesos orgánicos en que, sin haber las lesiones destructivas de un traumatismo o de una infección, el parénquima de una glándula joven se ve ahogado por la esclerosis. Queda aquí abierta la puerta a todas las hipótesis.

Como muchos otros órganos, el ovario necesita de la acción estimulante de una secreción interna u hormona, venida de otro órgano, para llegar a su forma y desarrollo completos; y así como una hormona partida del ovario preside a su vez, según se ha demostrado, a la evolución completa del tractus genital accesorio: trompas, matriz, vagina, mamas, etc., de la misma manera la glándula genital femenina está subordinada en su desarrollo al funcionamiento de otra glándula endócrina.Cuál sea ésta, si la hipófisis, como parece probable por las correlaciones genitohipofisarias averiguadas hasta hoy, o

alguna otra de fisiología aun inexplorada, es cosa que el futuro nos dirá. Aceptada esta manera de ver, la esclerosis juvenil del ovario sería tan sólo un hecho secundario: la consecuencia de una insuficiencia endócrina; habría que buscar la enfermedad primitiva en alguno de los órganos que tienen bajo su dependencia la morfogenia sexual. Esta turbación originaria explicará quizá la paradoja biológica de una esclerosis tan precoz.

Por razón de ser el receptáculo de los óvulos, el ovario es en cierto modo un órgano de doble estructura y de doble función en que unos elementos representan al individuo y otros representan la especie. Sábese, según la doctrina mendeliana, que en la intimidad del huevo de todas las especies vivientes, hay porciones del núcleo destinadas a constituir los órganos del nuevo sér que de ese huevo ha de formarse, en tanto que otras porciones quedan aparte como depositarias de los caracteres hereditarios y pasan intactas, después de cada fecundación del óvulo generador al óvulo engendrado. El ovario con sus óvulos es pues, en una hembra en desarrollo, un órgano en parte joven—en aquella porción de su estructura que representa al individuo—y en parte viejo, esto es, en aquella porción de sus elementos que dicen relación a la especie. No es, desde luego, extraño que sea la primera de las glándulas que se esclerosan y se envejecen y que sea él el punto donde las diátesis y las degeneraciones aparecen de manera evidente y precoz.

SINTOMATOLOGÍA

Esta afección existe en gran número de mujeres, especialmente en las mujeres de nuestra raza. Sin elementos estadísticos para apreciar con alguna exactitud la proporción de personas atacadas, puede sin embargo inferirse por la impresión de nuestros más reputados especialistas que no menos de un veinticinco por ciento de las mujeres de nuestro

país tienen su ovario en estado escleroquistico. No en todas, sin embargo, la afección se revela sintomáticamente. Sucede con el ovario escleroquistico, como con el riñón móvil, con la litiasis biliar o con las desviaciones uterinas, que puede evolucionar silenciosamente durante toda la vida y sea tan sólo un hallazgo de autopsia o se registre ocasionalmente en el curso de una intervención para otra afección cualquiera. Hay pues, fuera de la lesión misma, una disposición especial del organismo para que el mal dé lugar a sus síntomas conocidos.

Antes de describir las modalidades clínicas que entre nosotros presenta el ovario escleroquistico, hablaré de estas diversas *causas coadyuvantes* que sirven de punto de partida al mal para revelarse sintomáticamente.

Es ante todo el *artritis* y especialmente el *neuroartritis*; en este caso, la ovaritis se presenta ya sea como síntoma único en una niña nacida de padres litiásicos, asmáticos, eczematosos, etc., o bien aparece como manifestación sustitutiva o alternante, cuando en la misma persona ha desaparecido total o parcialmente una jaqueca, una gastralgia u otra manifestación de la diátesis.

Sirve también con frecuencia de punto de partida a esta afección un cambio de régimen, bien sea el paso de la vida de quietud a la de movimiento, o, con mayor frecuencia, el cambio de la vida activa por el sedentarismo; este último caso es bien frecuente en las niñas que ingresan a los internados o a los monasterios, las que más o menos pronto empiezan a presentar los fenómenos conocidos de este mal.

Otras veces es la iniciación matrimonial la que hace aparecer los primeros síntomas de una esclerosis hasta entonces desconocida. Esto me ha hecho proponer la creación de una variedad que mis colegas ginecologistas conocen de sobra y para la cual puede reservarse el nombre de ovaritis *postnupcial*. Aquí la aparición del mal se explica ya por las con-

gestiones activas más intensas que las nuevas costumbres producen en el territorio útero-ovárico, ya por las frecuentes infecciones de origen conyugal que obran como causa excitadora de una esclerosis latente. Es más frecuente, sin embargo, que en una mujer joven el matrimonio y los primeros embarazos hagan desaparecer los síntomas hasta entonces muy penosos de una ovaritis esclerosa. Es natural pensar entonces que las nuevas actividades del ovario que anteceden y presiden al proceso concepcional, hayan normalizado la circulación y la nutrición de un ovario mal irrigado y en vía de esclerosis. Cada uno de nosotros conoce infinidad de ejemplos en jóvenes enfermizas, dolientes y perennemente inválidas, incapaces del menor ejercicio, devoradas por las neurosis y por la anemia, que al iniciarse en la vida conyugal, recobran frescura y alegría, se ven libres de las incesantes «inflamaciones» que las condenaban al reposo y a la clausura, y después de uno o de varios embarazos quedan definitivamente normalizadas en sus funciones orgánicas.

Hay casos en que el ovario microquístico revela su existencia con ocasión de alguna otra afección de vecindad, bien sea dentro de la esfera genital o fuera de ella. En esta categoría de hechos deben mencionarse las ovaritis quísticas que aparecen en el curso de los pólipos uterinos, de las cervicitis, de las vaginitis; naturalmente a consecuencia de las anexitis, de las desviaciones uterinas, en la evolución de diferentes afecciones urinarias, como en las litiasis vesicales y renales, en la tuberculosis del riñón, en la ectopia renal, en las diferentes variedades de cistitis, y con mucho mayor frecuencia en el curso de las afecciones crónicas del intestino o de sus anexos, especialmente en las apendicitis (forma *catamenial de la apendicitis*, que veremos adelante); en la colitis mucomembranosa, en la constipación habitual, en las hemorroides, en las ptosis intestinales, y de manera especial en el *hepatismo familiar*.

Tales son las condiciones generales y locales que favorecen, no la producción, sino la aparición de las manifestaciones clínicas del ovario escleroquístico.

Empero, al lado de estos casos en que la afección se revela a la observación del médico, hay muchos otros—la mayor parte quizá—en que el estado microquístico del ovario pasa desconocido durante toda la vida y en que no puede diagnosticarse sino simplemente sospecharse, en razón de ciertas comprobaciones negativas, como es una esterilidad no imputable a obstáculo mecánico en la matriz o en las trompas, o como son los diferentes signos más o menos vagos de la insuficiencia ovariana: obesidad precoz, alteraciones tróficas de la piel (arrugas precoces, hipertrichosis facial, etc.), *oligomenia* o menstruación escasa, amenorrea, infantilismo del carácter, con otras turbaciones psíquicas que pueden llegar a ser de cierta importancia (ideas de persecución, pérdida de los afectos familiares, tendencia a la soledad, etc.).

Fuera de los diversos casos mencionados hasta aquí, lo ordinario es que la ovaritis escleroquística haga su aparición clínica en la preadolescencia, esto es, en la época que precede inmediatamente a la instauración puberal: entre los trece y los catorce años en nuestros climas fríos y hacia los once y medio, en los climas cálidos.

Podría señalarse un período de incubación caracterizado por ciertos fenómenos congestivos hacia el bajo vientre, con dolores lumbares e hipogástricos intermitentes, con ligeros flujos leucorreicos y por cierto grado de depresión intelectual y moral, fácilmente apreciable en las colegialas; pero pienso que este período no presenta mayor interés práctico, y que ordinariamente se confunde—salvo su mayor intensidad—con los fenómenos que casi siempre anuncian la llegada de la pubertad.

Es casi una regla constante que en la mujer que ha de tener la ovaritis escleroquística, las funciones menstruales no se inician de una manera regular.

Después de varios molímenes frustrados, en que hay todo el cuadro del estado catamenial, menos el flujo sanguíneo, al fin este aparece, acompañado de dolores intensos y de una reacción general muy acentuada. En seguida, cada mes se va reproduciendo el mismo cuadro, en que el dolor es la nota dominante. Este dolor reviste la forma que ha servido en todo tiempo para caracterizar la *dismenorrea de origen ovdrico*; aparece con frecuencia algunas horas o algunos días antes del flujo, y una vez establecido éste, cesa el dolor en el curso de unas pocas horas o de los dos primeros días de las reglas. No hay, sin embargo, regla absoluta a este respecto, y es posible ver dismenorreas de origen netamente ovariano que duran todo el tiempo del flujo menstrual.

Tenemos, pues, que el síntoma capital, el más saliente del ovario escleroquistico en sus primeras etapas es el *dolor*. Los diferentes caracteres de este síntoma pueden servirnos para distinguir diferentes variedades clínicas en esta forma dolorosa de la afección.

La primera variedad, que podemos llamar *catamenial* propiamente dicha, se caracteriza por los dolores abdominales y lumbares que acabamos de ver y que no se presentan sino cada mes acompañando a las reglas. Estos son los conocidos cólicos menstruales que revisten en ocasiones una intensidad considerable. Pasada la época menstrual todo entra en lo normal.

La segunda variedad es *quincenal*. En la mitad del intervalo que separa los dos períodos menstruales se anuncia un nuevo molimen, con los mismos dolores y el mismo malestar, aunque de menos intensidad. Esto es lo que algunos ginecologistas llaman las *reglas de quincena*. Suele en algunos casos presentarse al mismo tiempo con los fenómenos dolorosos, un ligero flujo mucoso o mucosanguinolento o aun francamente sanguíneo, pero, en lo general, todo pasa en el curso de unos dos días sin que haya lugar a secreción ninguna. Hay ciertas

enfermas que presentan el mismo fenómeno a cada septenario, aunque con menos intensidad. Es esto, sin duda, lo que ha hecho señalar por algunos observadores las llamadas *ondas útero-ovaricas*, o molímenes que se presentarían fisiológicamente en todas las mujeres cada siete días, esto es, cuatro veces al mes; concepto que tiene su importancia desde el punto de vista de la oportunidad de las intervenciones ginecológicas.

En la tercera variedad el malestar es *continuo*: se extiende sin interrupción de uno a otro período, adquiriendo solamente mayor intensidad en los días del flujo menstrual.

Y, finalmente, hay la cuarta variedad de las formas dolorosas de ovaritis *microquistica*, que es la de los dolores *anómalos*: aparecen de manera irregular, a veces inesperada, con ocasión de las reglas o lejos de ellas y a propósito de las causas más variadas: ejercicios corporales, emociones, acción de ciertos alimentos, influencia del frío, de la humedad en los pies, etc.

En cualquiera de las variedades anotadas el sitio de los dolores es siempre el mismo, esto es, en las fosas ilíacas, hacia la zona ovárica, con irradiaciones a la cintura, a la región del pubis y a la parte interna de los muslos. Casi siempre más intenso sobre el ovario izquierdo, salvo el caso, bastante frecuente de asociaciones con la apendicitis o con el riñón móvil, en que presenta su *máximum* a la derecha. El dolor es espontáneo y su intensidad varía desde un simple malestar que la enferma puede disimular, hasta las violentas crisis de cólico que reclaman morfina o cloroformo. En esta última variedad se acompaña de una viva reacción general: agitación, náuseas, vómitos, calambres, crisis convulsivas histeriformes o epileptiformes, el delirio, etc. Estos cuadros se observan sobre todo en las adolescentes neuroartríticas. Toda presión, todo contacto sobre el vientre exageran los sufrimientos; las paredes del abdomen se ponen tensas pero depresibles;

el aspecto de la enferma revela un estado claro de *peritonismo*, que es lo que las mujeres llaman comúnmente «inflamaciones.» Sin embargo, como lo observan con gran acierto Faure y Siredey, «las enfermas, lejos de inmovilizarse, como en las afecciones peritoneales, tienen una tendencia muy marcada a agitarse y a desalojarse en todos sentidos.» Entre los dos extremos señalados, los dolores de la ovaritis pueden presentar todos los grados posibles.

Antes de seguir adelante se deben señalar, en calidad de síntomas generales de la ovaritis escleroquística, las otras modificaciones de la función menstrual y los fenómenos psíquicos que a veces la acompañan y caracterizan, especialmente en las enfermas de nuestra zona.

Al mismo tiempo que los dolores, las reglas ofrecen irregularidades de todo orden. Ya hemos dicho que pueden presentarse cada quince y cada ocho días; pueden igualmente retardarse por uno o varios meses y aun desaparecen por seis meses, un año o mayor tiempo aún. Varían también en cuanto a su cantidad; unas veces demasiado abundantes en términos de constituir verdaderas *menorragias*, otras veces se escasean considerablemente. Es casi constante que antes del período se presente un flujo mucoseroso, el que persiste también por algunos días después y en ocasiones por todo el período intermenstrual. La cloroanemia es un estado que con gran frecuencia se asocia a estas perturbaciones y que muchas veces se considera como causa de las irregularidades menstruales, cuando no es sino una consecuencia del ovario escleroquístico.

Por creerlas de gran importancia clínica señalaré, aunque sea de paso, algunas turbaciones nerviosas y psíquicas que se presentan en las mujeres atacadas de esta afección. A mi modo de ver, se deben distinguir en esta materia dos casos. Los síntomas psíquicos que se deben a la falta de depuración que una menstruación insuficiente determina,

y aquellos que son producidos por la insuficiencia e involución prematura de la glándula que compromete su secreción interna. En la primera categoría entran todos aquellos fenómenos conocidos desde hace mucho tiempo y que son propios de las mujeres nerviosas y escasamente menstruadas. Ellos se presentan en la época de las reglas, son transitorios y consisten en modificaciones del humor y del carácter. Se tornan las mujeres, en los días en que su período se aproxima, caprichosas, irritables, de una exuberancia y de una volubilidad insólitas, presas de cierta excitación sexual, a veces inquietas y bromistas, en otros casos se encierran en un estado de indiferencia y de apatía. En estas condiciones son frecuentes las impulsiones, especialmente al robo, al homicidio, al incendio. A esto se agregan síntomas nerviosos diversos, como son inapetencia, insomnio, pesadillas, cefalagia y fatiga cerebral. Son muy frecuentes en las mismas épocas algunas turbaciones sensoriales que creo no han sido mencionadas por los autores. Las principales son, respecto a la visión: hemianopsias, moscas volantes, halos luminosos y otras sensaciones subjetivas de igual naturaleza; en cuanto al oído: ruidos diversos y tendencia a vértigo auditivo; en el sentido del gusto: malos sabores, repulsión por ciertos alimentos, a veces una resistencia absoluta a todo alimento, estado nauseoso, avidez por los ácidos, especialmente por las frutas; y, finalmente, en el tacto y en la cenestesia, se notan en esas épocas la obtusión y la inhabilidad manual, la ruptura y caída de objetos, torpeza en las diferentes maniobras, sensaciones internas de cambio y de alteración de órganos, etc.

En un grado más avanzado de esta reacción psiconerviosa de la época catamenial, se tienen ya las diversas psicosis menstruales: el *delirio agudo*, la *confusión*, el *estupor* con sus caracteres agudos y transitorios. Todos los anteriores pueden considerarse como fenómenos tóxicos, por supresión o disminución del enductorio menstrual.

En la segunda categoría de turbaciones psíquicas, es decir, en las que son originadas por un ovario degenerado que no secreta ya sus hormonas, quedan comprendidas todas aquellas modificaciones propias de la menopausia, pero que por el hecho de la ovaritis escleroquística pueden presentarse desde temprana edad. No haremos sino mencionarlas: irritabilidad del humor, infantilismo mental, tendencia al misticismo exagerado, al erotismo anómalo, a los celos absurdos; y, en mayor grado, la hipochondría, las ideas de persecución, el odio familiar, las obsesiones a ideas fijas y las locuras confirmadas, especialmente la melancolía ansiosa, la confusión mental, la predemencia.

No es raro que las enfermas escleroquísticas de nuestra zona, particularmente las de las altiplanicies, presenten, desde temprana edad—a los veinte años o antes,—algunos o muchos de los signos somáticos y psíquicos de lo que se ha llamado *masculinismo regresivo* o *hirsutismo*; ya hemos mencionado el fenómeno de la barba en la mujer o hiperloicosis facial; al lado de este síntoma se anotarán: la voz hombruna, los relieves musculares exagerados en los miembros, los gustos, las inclinaciones y aun los vicios propios a los hombres. Hechos son éstos fácilmente explicables, si se tiene en cuenta que el proceso escleroquístico compromete desde temprano la función endócrina del ovario, que, como se ha demostrado, tiene bajo su dependencia la morfología sexual.

Esbozados así los síntomas generales del ovario escleroquístico, pasemos ahora al resultado del examen físico.

La palpación abdominal, practicada fuera de las crisis dolorosas, revela un punto sensible a nivel de cada ovario, a veces sobre uno solamente, sea que el mal esté exclusiva o principalmente localizado en un solo lado, y éste es con mayor frecuencia el izquierdo. El tacto vaginal, en los más de los casos, imposible, pues que se trata casi siempre de

niñas o de adolescentes, permite igualmente comprobar en los fondos de saco laterales la misma sensibilidad ovárica, que consiste en un dolor fino, localizado en un solo punto y acompañado de cierta resonancia central que lo ha hecho llamar dolor *exquise*. Esta comprobación es más clara empleando a la vez la palpación abdominal y el tacto. El ovario, aprisionado de este modo entre los extremos de las dos manos, se desliza libremente hacia arriba o hacia abajo, ofrece un ligero aumento de volumen, y en ocasiones se siente deformado e irregular, y da lugar, al ser ligeramente comprimido, al dolor vivo con los caracteres ya descritos. Cuando ha habido lugar a una de esas distensiones foliculares hemáticas que se forman a expensas de los cuerpos amarillos, se halla naturalmente por el tacto la tumefacción correspondiente.

Creo poder señalar un pequeño signo que siempre me ha servido para juzgar si el ovario está afectado. Así que ya se ha llegado por el tacto vaginal a tocar el ovario sensible, y con mayor razón si no se ha logrado palparlo, se vuelve la pulpa del índice (con el derecho para el lado derecho y con el dedo izquierdo para el lado izquierdo) sobre la cara interna de la pared, o sea de la pelvis, poco más o menos hacia la unión de las ramas ascendente del isquion y descendente del pubis y se desliza con alguna presión de atrás hacia adelante y de abajo hacia arriba; si el ovario del mismo lado es presa de algún estado inflamatorio o irritativo, esta maniobra es más dolorosa aún que la compresión del ovario mismo. Claro está que este síntoma existe también, y muy intenso, en el caso de una anexitis; pero aquí la palpación de la masa flemgásica y los otros síntomas propios de tal afección permiten caracterizarla. Cuando la compresión dolorosa de la cara interna del isquion existe solo sin plastrón ni tumor anexial, puede tenerse como un buen indicio de ovaritis crónica. Es bien probable que este punto doloroso a la presión que corresponde con

bastante exactitud al trayecto de la rama superior del nervio pudiendo interno, se debe a una relación anatómica estrecha del ovario con alguna de las ramas de este nervio, y entonces se trata de una reacción sensible por vecindad, como sucede, por ejemplo, con el punto cervical en las aortitis.

El tacto rectal confirma los resultados del vaginal y es más demostrativo aún, cuando el ovario escleroquistico está en prolapso sobre el fondo de saco de Douglas.

MARCHA Y PRONÓSTICO

Es esta una afección que, iniciada en la pre-adolescencia, o quizá en los años de la niñez, no hace sino ir acentuándose en sus síntomas y en sus lesiones durante toda la vida. Hay solamente un reducido número de casos en que se le ve retroceder y aun curarse, los cuales se pueden reducir a dos categorías:

1º Aquellos en que un cambio oportuno y total de régimen de vida ayudado por un buen tratamiento antidiatésico modifica sustancialmente la constitución de la enferma: esto se observa, por ejemplo, en las mujeres que cambian la vida de la ciudad por la del campo, o que se trasladan a un clima totalmente diferente del que han tenido; en las que dejan la vida de quietud y de clausura por la de movimiento al aire libre, y finalmente los casos que hemos señalado ya de una iniciación nupcial, con sus embarazos consiguientes, que introduce condiciones biológicas nuevas en un ovario que principiaba a esclerosarse.

2.º La otra categoría de hechos de curación del mal son los que han sido tratados convenientemente por aplicaciones directas sobre la lesión, como lo veremos a propósito de la terapéutica.

Lo ordinario, fué de estas excepciones, es que los diferentes síntomas: los dolores y las otras turbaciones del ciclo menstrual, los flujos, las inflama-

ciones pelvianas, vayan aumentando a cada mes y cada año, hasta que crean un estado general de invalidez por sus resonancias sobre los sistemas digestivo y nervioso. Esto dura hasta la menopausia, la que casi siempre es precoz y llega acompañada de grandes fenómenos nerviosos. No es raro que las secuelas del mal se extiendan más allá de la edad crítica, pues las deficiencias y perturbaciones creadas en los diferentes órganos han constituido un estado de inferioridad irremediable.

El ovario escleroquístico es pues por su frecuencia, por los síntomas que de ordinario lo acompañan, por sus asociaciones morbosas de todo orden y por las consecuencias que entraña para la generación, la gran enfermedad de la mujer, la que más a menudo halla el médico en su práctica. Ya hemos visto en las consideraciones anteriores que, a menos de ser convenientemente tratado, el ovario escleroquístico amenaza a la mujer de invalidez y de esterilidad: a la vez compromete el bienestar del individuo y la vida de la especie.

DIAGNÓSTICO

De todas las consideraciones precedentes se desprende ante todo el hecho importantísimo de que el ovario escleroquístico es una afección que, conveniente y oportunamente tratada, retrocede, en tanto que abandonada a sí misma, es de un pronóstico severo. Es pues esencial el diagnosticarla en una época de su evolución en que pueda ser eficazmente combatida. Por fortuna esto no es en manera alguna difícil, y si en los más de los casos no se hace el diagnóstico de la ovaritis microquística, es realmente porque no se ha pensado en ella.

El gran síntoma son las *dismenorreas juveniles*, cuando no son de origen mecánico o producidas por una endometritis exfoliante; las otras turbaciones menstruales, como son escasez o exageración del flujo, anticipaciones o retardos de su aparición;

los dolores e inflamaciones pélvicomenstruales, la sensibilidad a la presión en las regiones ováricas, asociada a los resultados del examen interno y a los síntomas generales ya descritos, forman un conjunto que permite el diagnóstico en la mayor parte de los casos.

Las dismenorreas por estenosis del cuello o por desviaciones uterinas son fácilmente reconocibles por el espéculo y por el tacto, y la dismenorrea membranosa debida a una endometritis exfoliante se determina naturalmente por el solo aspecto del flujo menstrual. No se olvide, sin embargo, que tanto las estrecheces del cuello como el estado infantil de la matriz son un epifenómeno de la ovaritis escleroquistica por razón de la perturbación del papel morfogénico del ovario; así es que en los más de los casos se hallará una asociación de todos estos estados.

En la práctica se puede seguir pues esta regla: *una dismenorrea juvenil que no es explicable aun por un obstáculo mecánico para la salida del flujo menstrual, debe ser atribuida a un ovario escleroquistico en evolución.*

Quedarían como excepción a este postulado clínico los casos que se han designado con los nombres de *nerviosismo menstrual*, de *neurastenia úterovariana*, de *dismenorrea esencial*. Estos serían dolores menstruales *sine materia*, debidos simplemente a una exquisita susceptibilidad nerviosa en los órganos genitales de ciertas mujeres. Los hechos de este género tienden hoy a ser considerados por los ginecólogos como simples casos de ovario escleroquistico. La circunstancia de presentarse estas dismenorreas en niñas y en jóvenes a quienes, por su estado virginal, no es dable de ordinario practicar un examen ginecológico completo, hace aceptar, para la comodidad del diagnóstico, la idea de un estado puramente funcional sin lesión; pero cada vez que el tacto vaginal o que la intensidad de los sufrimientos obliga a intervenir quirúrgica-

mente, se encuentra el ovario con los microquistes característicos. Y por lo demás, a la luz de la fisiología patológica, no es posible admitir que un órgano o conjunto de órganos presenten reacciones dolorosas y funcionales tan persistentes y tan manifiestas como las de la dismenorrea habitual, sin tener un punto de partida lesional, una base anatomopatológica que los origine. Si en algunos de estos estados llega un momento en que los síntomas se calman y desaparecen definitivamente, siempre se podrá creer que un cambio de régimen y de costumbres o un tratamiento apropiado ha hecho detenerse y aun repararse las lesiones poco avanzadas de la ovaritis escleroquistica, como lo hemos anotado a propósito del pronóstico. La *dismenorrea esencial* es pues uno de aquellos conceptos teóricos destinados a desaparecer de la patología.

Es en ocasiones difícil establecer el diagnóstico diferencial entre una apendicitis crónica y una ovaritis escleroquistica cuando ésta reside en el lado derecho. No temo decir, sin embargo, que fué de los fenómenos generales, un buen examen ginecológico impide el error. La enferma de apendicitis crónica es una digestiva más clásica y neta: la constipación es en ella un estado más constante; las crisis agudas o subagudas están más directamente relacionadas con causas de orden intestinal; transgresiones de régimen alimenticio, estancamientos estercolares, etc.; en tanto que la enferma ovariana ve venir su crisis con ocasión de las épocas menstruales, de los ejercicios immoderados, de los excesos sexuales.

La palpación abdominal, único medio de exploración en gran número de casos, permite localizar fácilmente el punto apendicular o la sensibilidad ovárica; son regiones bien distintas para quien esté medianamente ejercitado en explorarlas; y si es el caso de poder hacer un examen interno, las impresiones recogidas en el fondo del saco vaginal derecho—nulas en la apendicitis y muy caracterizadas en la ovaritis,—permitirán diferenciar las dos afecciones.

Hay, sin embargo, una forma de apendicitis aguda, que he propuesto llamar *apendicitis catamenial*, que tiene como carácter el aparecer en el momento y con ocasión de las reglas. No es rara en Bogotá esta variedad, y en el personal de provincia he observado también varios casos, todos en jóvenes de menos de veinte años. Aquí el problema se complica un tanto, pero solamente a primera vista. Un examen atento permite distinguir estas variedades de apendicitis de una simple crisis dismenorreica, por violenta que sea. En el primer caso, el estado general es el de infección: fiebre, ansiedad, lengua seca, subicteria, pulso frecuente, vómitos biliosos, etc; el vientre está duro, las diferentes maniobras exploradoras resuenan sobre la región apendicular; la enferma se mantiene en quietud; en tanto que en la crisis ovárica, el estado general es más el de una reacción nerviosa que el de una toxinfeción: la temperatura es normal, los vómitos pueden ser muy frecuentes pero nunca porráceos, el pulso rara vez alcanza a 100; el vientre está sensible y distendido, pero no contracturado; el máximum de dolor corresponde al bajo vientre; no hay sobre este punto resonancia dolorosa a la presión sobre puntos distantes del abdomen; finalmente, la enferma, en vez de preferir la quietud, está agitada y busca sin cesar diferentes posiciones. Claro está que el tacto vaginal, caso de ser posible, daría por su parte comprobaciones concluyentes.

Hay también casos de asociación de apendicitis con ovaritis derecha, los que, como la apendicitis catamenial, pueden explicarse por adherencias y conexiones vasculares entre el ovario y un apéndice excepcionalmente largo, que hace reaccionar conjuntamente los dos órganos cuando uno de ellos se afecta. Estas asociaciones morbosas tampoco son difíciles de diagnosticar cuando se analizan con cuidado los diferentes síntomas. Se tiene entonces una superposición de los dos cuadros trazados en las líneas precedentes, y la noción de su coexistencia es

muy importante para el tratamiento quirúrgico, que debe dirigirse a los dos órganos para ser completo y eficaz. Esta asociación morbosa, a menudo observada en nuestros climas de altiplanicie, es igualmente frecuente en el Departamento de Antioquia. El Profesor Montoya y Flórez declara que «por lo general la ovaritis escleroquistica acompaña a la apendicitis crónica *a' emblé.*»

En presencia de ciertos casos de ovaritis escleroquistica en que el dolor hipogástrico es continuo y gravativo, con crisis de peritonismo a cualquier pequeño ejercicio y con la invalidez correspondiente, se siente uno muy inclinado a pensar en la tuberculosis de los anexos, sobre todo si el mal existe en personas un tanto enflaquecidas y con un estado general mediocre o francamente decaído. El error, fácil cuando apenas se inicia uno en la práctica ginecológica, es bien evitable, sin embargo, en razón de los fenómenos generales y locales que caracterizan cada una de estas dos afecciones. La tuberculosis anexial rara vez es un estado primitivo y aislado; con bastante frecuencia se hallan estigmas y manifestaciones en el pulmón, en los ganglios o en el peritoneo; el estado general es el de un agotamiento manifiesto; la fiebre y los síntomas de metritis concomitante son frecuentes; la complexión general y las demás reacciones son características. Por parte del estado local, en la palpación abdominal se halla un empastamiento profundo bien a menudo bilateral que corresponde a los anexos y con frecuencia algunos ganglionares ilíacos; y por el tacto vaginal se encuentra en los fondos de saco laterales la masa tuberculosa anexial voluminosa, anfractuosa, extendida en el sentido de la trompa, e inmóvil, impresión ésta bien distinta del ovario relativamente pequeño, móvil y exquisitamente sensible de la degeneración escleroquistica. En un período avanzado de la tuberculosis de anexal, la ascitis y los otros fenómenos de reacción peritoneal no son para dejar lugar a la duda. En casos muy dudosos y los períodos inicia-

les del mal podrá naturalmente dilucidarse el diagnóstico por la tuberculina, especialmente por la intraderonorreacción.

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

La profilaxis de la ovaritis escleroquística debe empezar desde los primeros años de la vida de la niña, sobre todo cuando haya en ella estos elementos hereditarios: dismenorrea, artrismo, tuberculosis, sífilis y alcoholismo. Son reglas generales de buen desarrollo el ejercicio corporal metódico, pero nunca excesivo; el evitar el sedentarismo en el hogar y en los planteles de educación, que entre nosotros es de una frecuencia lamentable; una niña no debe estar quieta y en una misma posición más de media hora seguida; evitar las fatigas y las preocupaciones escolares deprimentes; buscar el aire libre, los baños frecuentes, la alimentación sana.

Para las artríticas es preciso combatir esa predisposición por el régimen alimenticio y las diversas medicaciones antidiatésicas; para las de cepa tuberculosa, el aire libre y todos los medios que combaten el linfatismo y robustecen el pulmón; para las heredosifilíticas, la medicación específica, y para las heredoalcohólicas levantar y depurar su organismo por todos los medios higiénicos y medicamentosos apropiados. Si es que se acepta la hipótesis de que el estado microquístico de los ovarios es un signo de degeneración de raza, es el caso de formular como profilaxis esencial de esta afección todo lo que tienda a contener la decadencia biológica de la colectividad. La reforma de cada una de las condiciones de vida y de todos los factores climatéricos y sociales que están aminorando el vigor de nuestra población, y especialmente el mejoramiento de la raza por medio de una inmigración fresca, sana y vigorosa, serán los medios por excelencia para obtener organismos femeninos regulares y aptos para el gran acto de la procreación. Para completar estas nocio-

nes, me remito a las conclusiones de mi estudio sobre la *Degeneración Colectiva*, ya citado.

Una vez establecida la función menstrual, la madre y el médico deben prestar atención minuciosa a toda alteración o irregularidad que la afecte: dolores, retardos, anticipaciones, flujos, cada uno de esos fenómenos puede ser un signo de esclerosis principiante.

La terapéutica causal propiamente dicha es de orden *higiénico, medicamentoso y quirúrgico*.

Sobre los medios higiénicos ya nos hemos extendido lo bastante en las consideraciones anteriores, en donde se hallan contenidas las diversas indicaciones respecto a ejercicios, régimen alimenticio, balneación, etc. No creemos inútil insistir sobre los reales beneficios que en muchos casos se obtienen con un simple cambio de ambiente y de costumbres: una sola salida al campo con el olvido de las preocupaciones habituales, la influencia del aire libre, la acción de un clima suave y ligeramente templado, el abandono de los hábitos sedentarios, han producido por sí solos gran número de curaciones. Esto se ve especialmente en las jóvenes de nuestras localidades altas y frías, quienes suelen tener una saludable y definitiva reacción al ser enviadas por tiempo suficiente a los lugares templados de las vertientes occidental u oriental de la cordillera.

Entre los otros medios de tratamiento no tengo para qué entrar a enumerar las diferentes medicaciones preconizadas contra este mal. Me remito a los tratados clásicos, donde se hallarán detalladamente expuestas. Deseo solamente detenerme en los medios que en mi práctica he visto tener verdadera eficacia.

Estos se reducen a cuatro: la *medicación antiartrítica, los masajes, los medios opoterápicos y las intervenciones quirúrgicas*.

1. He tenido en mi práctica un caso de crisis dismenorreicas violentas desde la primera menstruación, inexplicables por otra causa que un ovario es-

cleroquístico, el que por el examen interno, en el caso en cuestión, revela los signos característicos. Esta enferma, hija de un gotoso y de una diabética, ha sufrido alternativamente de diabetes, de gota, de jaquecas y albuminuria; sus crisis mensuales son de una intensidad extraordinaria y no han cedido sino a la morfina, cada vez a mayor dosis. Tiene treinta y dos años, casada desde hace doce, y estéril. Hace cuatro años le fue practicada una estómatoplastia, con raspado de la matriz, sin el menor resultado para sus dolores menstruales. Venida a mi cuidado unos meses después de su operación y habidos en cuenta sus antecedentes hereditarios y personales intensamente artríticos, la he tratado de *larga manu* por todos los eliminadores más activos del ácido úrico: régimen lactovegetariano, citarina, urolisina, urodonal, piperacina, yódicos y cólchico, metódicamente alternados. Esta enferma, aunque no ha querido salir a tratarse con una temporada de campo, fue mejorando desde e. principio, y hoy tiene ya más de tres años de no haber vuelto a sufrir sus crisis. En el curso del tratamiento, y sobre todo con ocasión de la gripa, ha vuelto a tener, por épocas, albúmina o azúcar, pero de manera transitoria. La esterilidad persiste. Tengo este caso por un ovario escleroquístico en el que la afección, sin haberse reparado, se ha estacionado al menos, y me pregunto, si tratado al principio de su desarrollo, no hubiera retrocedido la esclerosis, habiendo quedado también evitada la esterilidad.

Guiado por este resultado, he seguido el tratamiento antiartrítico intenso en muchos otros casos en que he comprobado los mismos antecedentes diatélicos muy recargados, varios de éstos en la iniciación de la pubertad; en la mayor parte he obtenido resultados satisfactorios. Debo agregar que casi siempre en las enfermas de esta categoría he hallado la asociación de colitis, con constipación tenaz, y que al tratamiento y a las modificaciones de este último estado he atribuído una parte de los resultados obtenidos.

II. Tuve ocasión de observar en Londres, en la consulta del reputado masajista sueco doctor Lindskog, numerosos casos de dismenorreas tratados felizmente por los masajes ginecológicos. La disminución y aun la desaparición de las crisis dolorosas eran muy frecuentes merced a la aplicación seguida de dos masajes por semana. No ha sido fácil entre nosotros la implantación de este modo de tratamiento, por razón de la carencia de masajistas científicos—ya que al médico no siempre le es fácil practicar personalmente el tratamiento,—y en razón también de la falta de iniciación de nuestro público en estas maniobras, que la mayor parte de las mujeres hallan extrañas y molestas. Sin embargo, en uno que otro caso en que he podido emplear el método de los masajes, he comprobado serias mejorías. Este tratamiento no debe ser aconsejado al azar, sino personalmente practicado o dirigido por el médico. No produce sus efectos sino a condición de ser un masaje técnico y anatómico; deben emplearse, según reglas precisas establecidas por los especialistas, las diferentes formas de masajes: fricción superficial, percusión, fricción profunda, compresión, etc., y deben hacerse en los puntos y trayectos especiales por donde van las vías aferentes y eferentes de la circulación ovárica, como son los ligamentos anchos, los repliegues ovarouterinos, úterosacros. Aplicando con acierto y constancia este método—el más poderoso quizá para regularizar la circulación de los órganos internos,—producirá resultados que sorprendan a los que no lo hayan empleado,

III. Es un poco más extensa mi experiencia en la medicación opoterápica. La he usado en las ovaritis escleroquisticas en que no está muy clara la influencia artrítica. No es precisamente la opoterapia ovárica la más eficaz contra el síndrome dismenorreico; ella guarda toda su importancia para un período ulterior del mal, cuando, por una degeneración, avanzada de la glándula empiezan a presentarse los fenómenos generales de insuficiencia ovárica. Al prin-

cipio son de mayor utilidad los extractos, hipofisarios y especialmente los mamaros. Con respecto a estos últimos, he observado un caso bastante demostrativo: una señora ovárica y dismenorreica, a quien también se practicó sin beneficio alguno la estómato-plastia, usó por muchos meses la preparación francesa llamada *mamelina*. En el curso de unos cuatro meses sus crisis llegaron a ser nulas. Después de un año de tratamiento dejó de tomar el extracto, y las crisis reaparecieron. Parece bastante probable que aquí la medicación entraba a reemplazar una secreción interna, deficiente. No sorprende, por lo demás, que los extractos hipofisarios y mamaros obren sobre un síndrome ovárico, conocidas como son las correlaciones funcionales de estas diferentes glándulas. Cuando el mal ha producido ya sus efectos destructivos sobre el ovario y que sobrevienen los síntomas de una menopausia precoz, con obesidad e hipotensión, adinamias y depresión nerviosa, encuentran su aplicación los extractos ováricos, los de *corpora lútea* y los de cuerpos tiroideos, aunque solamente como medicación paliativa. (Ucrós). El doctor Manuel F. Obregón, de Cartagena, ha obtenido algunos buenos resultados en formas amenorreicas con el producto italiano llamado *endovarina*, en inyección subcutánea.

IV. Existe, finalmente, el tratamiento quirúrgico, el que debe proponerse, según el sabio consejo de Faure y Siredey cuando concurren estas dos condiciones: que el diagnóstico esté bien y debidamente establecido y que el insuceso de la terapéutica médica esté suficientemente demostrado. Claro está que esto no puede suceder sino después de años y años de observar y de tratar a la enferma.

Tres son los medios quirúrgicos empleados contra el ovario escleroquistico: la *ablación total*, la *resección* de las porciones alteradas y la *ignipuntura*.

En la ablación total no podría pensarse, cuando se trata de una mujer en su etapa sexual, sino en el

caso de que uno solo de los ovarios esté afectado. Este caso, si existe, sería muy excepcional. Si en las primeras épocas de la cirugía ginecológica se quitaban corrientemente los ovarios, hoy, por el contrario, se tiene grandísimo interés en conservar la mayor cantidad posible de parénquima glandular. Excepción hecha pues del caso en que un solo ovario esté profundamente afectado y el otro sano, caso más bien hipotético que real, no se puede aconsejar la ablación unilateral. En cuanto a la ablación de los dos ovarios, sólo podrá tener aplicación cuando se trate de enfermas en la edad de la menopausia, con síntomas dolorosos de grande intensidad y que presenten sus ovarios llenos de microquistes. En ellas ya no hay lugar a temer la pérdida de la fecundidad ni los accidentes de la supresión de la secreción interna del ovario, agotada ya por la degeneración de la glándula.

Quedan como recursos para los casos intensos y rebeldes al tratamiento médico y que se presenten en el pleno período sexual de las enfermas, la ignipuntura de los quistes y la resección de las porciones alteradas. La opinión de los especialistas colombianos (Martínez, Ucrós, Montoya y Flórez, Cuéllar Durán, Canales y Corpas) es favorable a la ignipuntura, siempre, dice Montoya y Flórez, «que la intervención sea rápida y delicada y que se practique no con una punta ordinaria de termocauterio sino más bien con el extremo fino de un galvanocauterio, en vista de evitar adherencias epiploicas ulteriores que ocasionan atirantamientos y dolores.» Cuéllar Durán (Z.) resume su opinión así: «En las lesiones bilaterales, que son las más frecuentes, soy partidario de extirpación de la glándula más lesionada y de la ignipuntura de la menos afectada. En caso de afección unilateral muy avanzada, extirpación total de dicha glándula.»

Pozzi, que fue el iniciador de la ignipuntura de los microquistes, la abandonó posteriormente, por haberla hallado ineficaz en la mayor parte de los casos. Por lo que me revela mi propia experiencia, tengo

como cierto que con la ignipuntura no se detiene la degeneración de los ovarios. En una pequeña estadística de cinco intervenciones emprendidas exclusivamente para esta afección, y en que se hizo la termocauterización de los microquistes, hallo cuatro casos en que los síntomas han continuado en todo su vigor durante años. Debo advertir que en el quinto caso el resultado fue muy favorable, y que en la estadística hospitalaria de los doctores Ucrós y Corpas he registrado tres ignipunturas seguidas del mismo buen efecto sobre los dolores y las hemorragias. No hay duda de que la técnica tiene en esto su gran importancia y que las sabias indicaciones de Montoya y Flórez arriba transcritas deben seguirse con el mayor cuidado.

Con todo, siempre me atrevo a preconizar de preferencia la resección de las partes afectadas, como tratamiento el más seguro e inocuo del ovario escleroquistico. Parto del principio que esta intervención debe emprenderse oportunamente, esto es, en las primeras etapas del mal, cuando el ovario no está profundamente invadido por degeneración. En este caso, y aun en los que se hallan algo avanzados, siempre se encuentran porciones sanas de la glándula suficientes para asegurar su funcionalismo, y sobre todo, según lo observa Pozzi, se hallará, en casi todos los casos, hacia la base del ovario, una lengüeta de tejido intacto que basta para conservar la menstruación y para evitar los fenómenos de insuficiencia ovariana. Hay en mis observaciones dos, tratada la una en asocio del doctor Pompilio Martínez, en que fue practicada esta resección de la porción más invadida de esclerosis y de quistes; se suturó en seguida, con todo cuidado, y se peritonizó el muñón ovárico. Los resultados han sido altamente satisfactorios desde el punto de vista de los diversos síntomas que motivaron la intervención. Aunque en estas dos observaciones no se han podido apreciar las consecuencias desde el punto de vista de la fecundidad, por tratarse de enfermas que no han estado en condición de comprobarlo, creo que llega-

do el caso, no se mostrarían estériles. El ginecologista Walter ha observado que mujeres infecundas durante mucho tiempo, han tenido uno o varios embarazos después de esta intervención de la ablación parcial de la glándula ovariana. Aunque el punto requiere más estudio, me permito considerar, en el estado actual de la ciencia, esta operación de la osforectomía como la más indicada para el ovario escleroquístico en sus primeras etapas.

CONCLUSIONES

Compulsadas las opiniones de varios ginecólogos colombianos, residentes en diferentes zonas y climas, se puede establecer el ovario escleroquístico en un 35 a 40 por 100 de las mujeres de nuestro país. Aunque sin estadísticas precisas, es justo admitir que dicha afección es entre nosotros más frecuente que en los países de las zonas templadas de los diversos continentes.

La ovaritis escleroquística se comprueba ocasionalmente en un 90 por 100 de las intervenciones para otras afecciones ginecológicas. Es pues ella una asociación habitual en las enfermedades del sistema genital.

Quedando establecida como condición próxima y ocasional de esta afección la congestión activa o pasiva del tractus genital, pueden señalarse hoy como causas provocadoras principales: la falta de higiene muscular en la primera edad, especialmente el sedentarismo y la clausura; el neuraartrismo y diversos factores hereditarios, como son alcoholismo, sífilis y tuberculosis.

Admito—salvo rectificación ulterior—que el ovario escleroquístico con su inusitada frecuencia en Colombia y países similares, es simplemente un capítulo del gran conjunto de signos degenerativos que presentan las diversas razas pobladoras de la América tropical.

El estado microquístico del ovario es ordinariamente el origen de ciertas distrofias genitales que a menudo lo acompañan: estado infantil de la matriz, estrecheces del cuello, desviaciones diversas, estenosis vaginales, etc. Esto se explica por la función motogénica que el ovario ejerce sobre el tractus genital, en virtud de su secreción interna.

A su vez, la degeneración escleroquística del ovario parece depender de una insuficiencia endócrina que afecta a otra glándula distante ¿glándulas mamarias, hipófisis, cuerpo tiroides o cápsulas suprarrenales? La ciencia se halla a este respecto en una etapa de investigación.

Hay muchos casos en que la degeneración microquística del ovario no se manifiesta por signo alguno positivo durante toda la vida.

Son factores que hacen manifiesta la afección: los cambios de régimen, las crisis artríticas, la iniciación matrimonial (forma *postnupcial*), la internación, las otras afecciones del aparato genital y muchas del aparato digestivo, especialmente las que tienen relación a las porciones distantes del intestino (colitis y apendicitis).

Esta degeneración del ovario se inicia en lo general al momento de la instauración puberal.

Las formas más frecuentes en nuestro medio son las dolorosas, y sus variedades usuales, la mensual, la quincenal, la continua y la anómala.

Son muy frecuentes entre nosotros los fenómenos psíquicos originados por esta afección, y, entre ellos, hemos establecido dos síndromos: el de la intoxicación menstrual y el de la insuficiencia endócrina del ovario.

En cuanto al examen físico podemos señalar a más de los signos clásicos uno que ha sido muy útil en nuestra práctica: el punto doloroso isquiático; como revelador de las ovaritis.

Por su frecuencia, por las asociaciones clínicas y por sus resultados para el individuo y para la especie, el ovario escleroquístico es la grande entidad que domina la práctica ginecológica.

Se puede tener como regla clínica en ginecología el enunciado siguiente: toda dismenorrea juvenil que no es explicable por un obstáculo mecánico a la salida menstrual, debe ser atribuido a un ovario escleroquistico. La dismenorrea esencial tiende a desaparecer del cuadro nosológico.

Es bien frecuente entre nosotros la asociación de crisis ovaritis escleroquistica derecha con ataques de apendicitis aguda (*apendicitis catamenial*) y de formas continuas y subagudas de ovaritis derecha con apendicitis crónica (Montoya y Flórez).

La profilaxis del ovario escleroquistico debe dirigirse a las condiciones higiénicas de la niñez, de la adolescencia y de la juventud, y, más que todo, debe tener en cuenta los diferentes factores de medio y de raza que están determinando la degeneración colectiva en nuestros países.

Como tratamientos de cierto valor para esta afección señalamos: la medicación antiartrítica en los casos que reconocen ese origen; los masajes ginecológicos; la opoterapia, especialmente la hipofisaria y la mamaria y la intervención quirúrgica; en esta última categoría preferimos para la mayor parte de los casos la resección de las porciones afectadas a la ignipuntura.