

REVISTA  
DE LA  
FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XIX,                      Bogotá, marzo de 1951                      Número 9

Director:

Profesor ALFREDO LUQUE B: Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Doctor Rafael Carrizosa Argáez.

*Comité de Redacción:*

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque, Prof Agr.  
Gustavo Guerrero I.

Administrador: José R. Durán Porto

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400

Talleres Editoriales de la Universidad Nacional

CONTENIDO:

	<i>Pág.</i>
I.—DISCURSO del Profesor Agregado doctor José A. Jácome Val derrama. ....	353
II.—CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS OVARIOS POLI- QUISTICOS, por el doctor Rafael Salazar Santos. ....	361

Suplicamos a los profesores y médicos que actualmente estén recibiendo la Revista de la Facultad Nacional de Medicina y que hayan cambiado de domicilio, remitirnos a vuelta de correo el siguiente cupón.

Revista de la Facultad de Medicina  
Apartado 400 — Bogotá, Colombia, S. A.

Estando interesado en continuar recibiendo la REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, sabría agradecerles a ustedes seguir remitiéndola a la siguiente dirección:

Dr. ....  
Dirección....  
Ciudad .... Dpto. ....

# REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XIX,

Bogotá, marzo de 1951

Número 9

Director:

Profesor ALFREDO LUQUE B. Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Doctor Rafael Carrizosa Argáez.

*Comité de Redacción:*

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque. Prof Agr.  
Gustavo Guerrero I.

Administrador: José R. Durán Porto

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400

Talleres Editoriales de la Universidad Nacional.

## DISCURSO

pronunciado por el Profesor Agregado José A. Jácome Valderrama con motivo  
de la entrega de Diploma de Profesor Agregado.

Señor Ministro de Educación Nacional:

Señor Ministro de Higiene:

Señor Rector de la Universidad Nacional:

Señor Decano de la Facultad de Medicina:

Señores Profesores:

Colegas:

Damas y caballeros:

La vida debe entenderse y analizarse como función dinámica, si pretendemos darle su más alta interpretación. Dinamismo que habrá de traducirse unas veces como recibir y otras como dar; dinamismo que ha de hallarse disciplinado o bajo las normas de una organización, si pretendemos que rinda su máxima función creadora; dinamismo que es la base del progreso y del adelanto en las actividades humanas.

Y si enfocamos la vida desde el ángulo de la enseñanza —particularmente, de la enseñanza universitaria— más aún debemos contemplarla como una función dinámica y activa. Porque el permanecer al margen de los tiempos, llevando meramente una actividad vegetativa, aisla de todo factor de progreso o renovación, es algo que no debiera calificarse como cualidad inherente del sér humano inteligente y racional.

Nacer, crecer, reproducirse y morir —constituyen el ciclo habitual de la vida orgánica. Las plantas fructifican, a través de las semillas, crecen con verdor y hermosura, hasta florecer, para luégo morir al cabo de una época más o menos larga. Igual cosa sucede con el reino animal, yendo desde el protozoo unicelular, hasta las especies más elevadas, pero nunca vemos en ellos la sublimación de la función anímica, dada por el Creador solamente al hombre, quien en su órbita de actividades, puede reflejar su dinamismo para sí o para los demás.

La vida espiritual del hombre lo lleva a una esfera de superación e inconformidad, mediante sus actos de inteligencia y voluntad. Y si bien es cierto que muchos individuos carecen —o parecen carecer— de su capacidad creadora, entendida en su más noble acepción, permaneciendo al margen del progreso y llevando una vida de aislamiento y estancamiento, otros, que por fortuna son pléyade, van renovando sus conocimientos, acrecentando su criterio y estimulando el progreso, a través de su actividad inteligente y como penacho vertical que enarbolan su mente y su corazón.

Porque no entiendo la actividad del hombre, como su más noble aspiración, aquella de cultivar solamente su propio sér y su mente, dentro de un egoísmo aislado que sólo le permite mirar su propio yo con criterio un tanto narcisista. La actividad del hombre es tanto más bella y significativa, cuando además de educar su propio sér quiere reflejar esa cultura hacia sus semejantes, para dar generosamente todo aquello que pudo adquirir para sí mismo. Es entonces cuando el dinamismo del hombre se exalta y se acrecenta hasta llegar a los más altos niveles, pues olvidándose aún de sí mismo, desea ofrecer a sus semejantes, sin criterio de lucro, de reciprocidad o de ganancia, lo que pudo tener en su mundo interior, íntimo y callado. Es acaso así como puede interpretarse mejor aquella enseñanza Divina de "Amar al prójimo como a sí mismo", porque así se satisface en forma noble el concepto de igualdad entre los hombres.

De ahí que yo quiera exaltar en cierta forma nuestro arribo al profesorado de la Facultad de Medicina. Bien es verdad que algunos pudieron guardar el pensamiento egoísta de obtener una posición para

su única satisfacción personal, adquiriendo un escalafón más para el curriculum de su vida. Muy humano y además muy razonable, dentro del individualismo que rige nuestras relaciones en este medio áspero y esquivo en que vivimos. Pero yo quiero pensar que dentro de este grupo de Profesores Agregados, que llegan a la docencia universitaria en el día de hoy, a través de una trayectoria de luchas y dificultades, obteniendo paso a paso y en competencias difíciles, los peldaños necesarios para llegar hasta aquí, existe solamente el deseo de dar a las nuevas juventudes colombianas, lo que hemos adquirido en años de estudio y consagración.

Quienes recibimos hoy —a nombre de la República— el título de Profesores Agregados de la Facultad de Medicina, llegamos no con el orgullo de superhombres, que en realidad no somos y que no conduciría a nada distinto del fracaso, sino con el propósito noble de dar generosamente, de enseñar y compartir lo poco que sabemos, de entregar a las mentes abiertas de la juventud, la bandera de progreso que pretendemos hoy llevar en nuestras manos. Al ofrecer esa enseñanza con alegría y gozo, es claro confesar también que el gozo, la alegría y la satisfacción invaden nuestros corazones y ponen una luz en nuestras mentes, porque recibimos esos títulos de las manos nobles y limpias de quienes han sido nuestros maestros y de quienes nos han guiado con su ejemplo y su criterio. Maestros, que son los Profesores de la Universidad y también, en la lejanía del tiempo y del espacio, de aquellos maestros ignotos —desconocidos y discretos— nuestros padres, quienes en la intimidad del hogar modelaron los fundamentos de lo que hoy somos y pretendemos ser.

\* \*

La enseñanza médica, contempla factores difíciles y polimorfos. La ciencia progresa a pasos tan agigantados, que como ejemplo podríamos decir que la última década llena el progreso científico de todo un siglo. Por tal razón, es necesaria la celeridad en la adaptación a los nuevos métodos, la asimilación pronta de los nuevos principios, la disciplina ordenada y fiel, que permita balancear los fundamentos básicos de la ética cristiana, con las innovaciones del progreso científico. La enseñanza médica que comienza cuando el estudiante traspasa por vez primera las puertas de este viejo caserón y termina cuando se le entrega el título de Doctor en Medicina y Cirugía, debe tener como única meta, el producir buenos médicos. Médicos conscientes y sanos en su criterio y en su educación, que vean en la Facultad de Medicina el Alma Mater que los guíe y oriente, no solamente durante la enseñanza universitaria, sino también después de su graduación.

Alguna vez se me increpaba con acritud en una reunión gremial en que discutíamos problemas atañedores a la Facultad de Medicina, con qué derecho participaba en la discusión, si no era profesor, ni ejercía cargo alguno en su docencia. Era ese criterio exclusivista y extraño que quiso dársele alguna vez a la Facultad, cuando se creyó como feudo de unos pocos, con prescindencia de todos los demás. Yo contesté que tenía un título único, que consideraba como el mejor: el ser Doctor de esta Facultad. Porque creo que al recibirse un título de Universidad, se entra de hecho a formar parte de ella, por los lazos espirituales del cariño y la educación y —por qué no decirlo— de la gratitud. El buen médico, salido de estas aulas universitarias, debe sentirse vinculado a ellas de por vida, no como antes se pretendía y aún hoy quiere practicarse, de que una vez recibido el grado de Doctor, el individuo se independiza y mira los claustros donde estudió y aprendió el arte de ejercer la medicina, con desprecio, o al menos con indiferencia. El título de Profesores Agregados es el retorno a la vieja Facultad, que si lo interpretamos sentimentalmente, es lo mismo que el retorno del hijo que salió de la casa en busca de fortuna y nuevos horizontes y al regresar a ella, quiere mimar y venerar a sus padres y dar a ellos y a sus hermanos, cuanto adquirió en su ausencia y conquistó con su trabajo.

Por eso necesitamos promover un avasallador movimiento en torno a la Universidad y particularmente, la Facultad de Medicina; para que todos aquellos que han salido de ella la miren con respeto, la veneren como su Alma Mater educacional y encuentren en ella, el eco y el ambiente necesarios para sus ideales y proyectos.

No creo conveniente implantar en la Facultad de Medicina una determinada escuela científica, que por su exotismo o su simplicidad, no puedan adaptarse a nuestro medio. Necesitamos una escuela moderna, acorde con el progreso actual, y en lo que existe están las bases mejores para ello.

Siempre ha querido explicarse el aparente retraso de la actual Facultad de Medicina en los flacos presupuestos que la sostienen. Yo creo que más que crisis económica es crisis de organización la que nos aqueja. La organización se impone en esta época en que todo pretende sistematizarse y donde el progreso científico ha sido realizado a base de metodización y disciplina.

En la enseñanza médica, deben mantenerse paralelas la teoría y la clínica. Y dentro de las modernas tendencias, cuando más bien que enfermedades aisladas se aceptan afecciones de sistema, es indispensable reformar, o renovar, nuestra enseñanza, en forma tal que el

estudiantado no encuentre en determinadas materias temas en apariencia inútiles o sin importancia. Que materias básicas, como son la Histología, la Anatomía Patológica, la Hematología, la Bacteriología y la Parasitología, no se entiendan como elementos de laboratorio donde todo depende del tubo de ensayo o de la platina del microscopio, sino que se relacionen íntimamente con la clínica y la patología morbosa que atenta contra la integridad del individuo.

Talvez en esa forma se llegara a compenetrar mejor al estudiante con su profesión, quitándole todo criterio de especulación o lucro y haciéndole comprender mejor la magnitud y trascendencia de su papel en la sociedad y en el mundo, donde, como dijera Hipócrates, “es necesario curar algunas veces, aliviar en muchas ocasiones y consolar siempre”.

Talvez en esa forma, pudiéramos defender mejor al médico general, tan necesario en nuestro medio y tan indispensable en la hora que vivimos. Por un error de interpretación, se ha creído en los últimos tiempos, que para tener éxito en el ejercicio de la medicina y la cirugía, es indispensable ser especialista. De ahí que veamos cómo médicos recién salidos de la Facultad, se anuncian ya como especialistas noveles y si vamos a analizar la preparación de los tales, encontramos que han descuidado los fundamentos y las bases del médico general, para entregarse de lleno al estudio de un órgano determinado, causando por consiguiente el mayor perjuicio que pueden acarrear a su profesión, ya que la alegría de los fugaces éxitos del comienzo, habrá de ser ensombrecida por el fracaso posterior.

La especialización se justifica y se hace necesaria, pero en la forma que la aconsejaba algún viejo maestro, quien decía que para ser un buen especialista, es necesario haber sido antes un buen médico general.

Habré de repetir por lo tanto, que la teoría y la clínica —que es la práctica— deben ir paralelas en la enseñanza médica. Desde este punto de vista es necesario reconocer que el Hospital —lugar indispensable para la enseñanza clínica— ha sido olvidado en nuestro medio.

Lo ideal sería que la Facultad tuviera su propio hospital, dedicado exclusivamente a la enseñanza y a donde confluyeran solamente los casos indicados para tal fin. Pero ya que esto no es posible, considero indispensable que a los hospitales dedicados a la enseñanza en nuestro medio, se les dé toda la prelación y organización que necesitan para colocarlos a la altura de las modernas enseñanzas y dentro de un standard apropiado. Es difícil creer que Colombia tenga un hospital organizado de acuerdo con las normas aceptadas por la técnica hospita-

laria moderna. Es por ello que falla allí la enseñanza médica, puesto que se carece de elementos apropiados y muchas veces aún, de los indispensables para dar una siquiera aceptable atención médica a los pacientes. Porque en el hospital de enseñanza, no hay que mirar solamente el factor estudiante, sino también el factor paciente, de modo que si el uno tiene los elementos para acercarse al estudio de la clínica, y asomarse a los fenómenos de la fisiopatología, el otro encuentre los medios para la pronta recuperación de su salud.

Es de justicia que se medite a fondo sobre el problema hospitalario nacional, puesto que si bien es cierto que se ha llamado la atención sobre él en repetidas ocasiones, nunca se le ha querido o se le ha podido dar la solución que merece.

El problema hospitalario se relaciona íntimamente con el problema de la enseñanza médica, no solamente por las lecciones de clínica que allí puedan darse, sino porque en sus claustros habrá de prepararse el médico, antes de recibir su doctorado. El tiempo de Internado que debe exigírsele a un estudiante antes de titularlo como doctor en medicina, es indispensable para la cultura y la práctica médica del individuo y por tal razón, nunca insistiremos suficientemente, para que se le considere como requisito necesario para el grado.

La Medicatura Rural tal como está organizada en la actualidad, no puede ni podrá reemplazar jamás al Internado. Y antes bien, para poder realizarla con pleno éxito, debería exigirse previamente el tiempo de internado, que es cuando el médico nuevo halla la enseñanza práctica que necesita para su ejercicio profesional; donde forjará y ajustará las baterías de su terapéutica frente a la enfermedad. El estudiante que va a ejercer la medicatura rural antes de la práctica del internado, estará con grandes probabilidades de ir al fracaso y muy pocas de alcanzar el éxito. Se sentirá huérfano y desamparado en un campo de batalla que desconoce, sin el consejo de sus maestros ni el auxilio de sus compañeros.

Pero no quiero que se me interprete como enemigo de la medicina rural. Al contrario, considero que el ejercicio médico en provincia es el más tonificante y estimulante factor en la vida del médico. No solamente desde el punto de vista nacional debemos considerar como obligatorio ir a rendir una jornada patriótica en algún rincón de la provincia, en favor de nuestros conciudadanos, sino que me parece indispensable desde el punto de vista práctico, el que el médico joven vaya a librar su primera batalla contra la enfermedad en los frentes donde hay que librarla y no en el medio capitalino, muelle, blanco y almibarado, donde encontrará un ejercicio profesional, muy distinto

a la realidad humana de nuestros pueblos y veredas. Medicatura rural sí, pero a base de médicos y no de estudiantes disfrazados de médicos, que habrán de causar descrédito en nuestra profesión.

Aún mejor, el Internado Rural, debería ejercerse en aquellos sitios donde existiera un hospital de provincia que permita al médico hallar los elementos que ha aprendido a usar en la Universidad y enfocar el medio de provincia con mayor propiedad. Otra cosa es enfrentar al estudiante a la realidad, sin armas y sin medios de defensa; es engañar al pueblo con un profesional insuficientemente preparado para servirlo como lo merece; es favorecer la existencia de médicos improvisados, siendo entonces ellos el peor lastre para el progreso científico nacional.

Tenemos que luchar porque nuestros médicos sean los mejores; que los Hospitales de provincia y con tanta mayor razón los capitales, sean también los mejores, de tal modo que habiendo fábricas organizadas de ciencia y saber, haya también individuos probos, capaces, disciplinados y hábiles que no expongan a nuestra patria a importar la escoria médica de otros países y a relajar el noble ejercicio médico, que hoy, como ayer y como mañana, tiene derecho a ocupar los más altos niveles de ética y superación.

\* \*

Después de divagar sobre el amplio y apasionado tema de nuestra medicina y nuestra enseñanza médica, me pregunto: Qué vamos a ser los nuevos Profesores Agregados?

Cuenta un relato antiguo que en alguna ocasión, quiso engañar un discípulo díscolo a su viejo maestro, y presentándole una avecula aprisionada en su mano, le preguntó:

—Maestro, podrías decirme si está viva o muerta?

El pensaba para sí, porque pretendía engañarlo, que si el maestro le decía que estaba muerta, la dejaría volar libre de sus manos; y que si le respondía que estaba viva, la aprisionaría con mayor fuerza hasta matarla.

Pero el anciano era sabio y era docto, conocía la naturaleza y había dedicado al estudio y a la reflexión muchas noches de vela. Así, pues, respondió:

—Lo que tú quieras.

De igual manera, habremos de concluir que nosotros, los nuevos Profesores Agregados de la Facultad de Medicina, habremos de ser lo que queramos. Vamos a tener en nuestras manos la arcilla blanda y maleable de las mentes juveniles que servirán después a la patria;



vamos a forjar los nuevos criterios clínicos; a crear las personalidades de las promociones del futuro; a orientar sus sentimientos humanos por las rutas de la ética cristiana o del marxismo izquierdizante.

Grave responsabilidad la que vamos a tener, pues no es solamente atañedera a la formación puramente científica sino también a la del criterio de quienes mañana habrán de ser consejeros y depositarios de la confianza de las familias y hogares colombianos. Por eso este acto de entrega de las credenciales que nos identifican como Profesores de la Universidad Nacional, es a la vez un acto por medio del cual nos ofrendamos al servicio de la patria y nos comprometemos a dar de nosotros cuanto podamos, haciendo que nuestro esfuerzo traiga como resultado la formación de buenos médicos y ciudadanos, en quienes el cumplimiento del deber sea norma de sus vidas y el ejercicio de su profesión, un himno perenne de patriotismo y de fe en los destinos de Colombia.

El emblema del Colegio Americano de Cirujanos tiene una leyenda que siempre me ha impresionado y dice: "Nisi Dominus Posumus". —Sin Dios nada podemos—. Quiera El guiarnos en la misión que hoy iniciamos.

A nombre de mis compañeros de Profesorado y en el mío propio, quiero saludar a los viejos maestros, en quienes vemos la más noble expresión de nuestra cultura médica y el símbolo máximo de la docencia universitaria; ofrecer al Gobierno de Colombia y a las Directivas de la Universidad Nacional y de la Facultad de Medicina, nuestra perenne e indeclinable colaboración patriótica y presentar a las juventudes la inquebrantable decisión que tenemos de luchar por su engrandecimiento, ya que es en los hombres jóvenes de hoy y de mañana en quienes habrá de reposar el destino y el futuro de la patria.

Fuí quien menores méritos tenía en este grupo selecto de colegas, para ocupar esta tribuna académica en tan memorable ocasión; pero la bondad de mis compañeros quiso ver en mí —a través del claro cristal de la amistad— a quien teniendo fe en el porvenir de Colombia, cree habrá de ser de éxito y superación.

Hagamos patria grande, dedicados a cultivar las juventudes como artífices del bien y del saber.

He dicho.

*José A. Jácome Valderrama*

# CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS OVARIOS POLIQUISTICOS

Por el doctor Rafael Salazar Santos

## INTRODUCCION

Este trabajo tiene por objeto primordial recordar la existencia de un síndrome ginecológico, poco estudiado y menos conocido entre nosotros, cuya importancia me propongo demostrar a través de estas páginas.

El hecho de presentar más de treinta casos de ovarios escleroquisticos recopilados en el relativamente pequeño lapso de seis meses, es ya bastante diciente como para llamar la atención de los médicos en general, y de los ginecólogos en particular, hacia este síndrome cuyo estudio me propongo realizar en la forma más completa que me sea posible.

Si bien es cierto que algunos autores como Stein, Reycraft, Cohen, y otros, entre los americanos, y Cotte, Pallot, Dupont, Roux, etc., entre los franceses, le han dado la importancia que se merece esta entidad, la gran mayoría no la describe o se limita a señalar su existencia recalcando que no tiene ningún interés clínico. Pero espero demostrar, después de un estudio fisiopatológico y previa una descripción de la sintomatología seguida de la exposición de los resultados obtenidos mediante un tratamiento racional, que no solamente debe tenerse presente este síndrome al examinar cualquier enferma que padezca un trastorno ginecológico, sino que, con un tratamiento, quirúrgico eso sí, pero relativamente sencillo e inocuo, puede lograrse la normalización de muchas enfermas en quienes otros tratamientos empíricos, o puramente sintomáticos, no van a producir ningún efecto curativo o ya siquiera paliativo.

Empezaré por hacer una somera descripción de los conceptos actuales relacionados con la fisiopatología ginecológica, entrando enseguida a considerar, basado en mis observaciones particulares, pero teniendo presentes todos los trabajos importantes que se han publicado al respecto, lo que se refiere a la etiopatogenia, fisiopatología, sintomatología y tratamiento de los ovarios poliquísticos.

Antes de iniciar el trabajo, quiero hacer hincapié en el hecho de que algunos autores dividen el ovario poliquístico en dos grupos distintos: ovario poliquístico propiamente dicho (entidad que consideran fisiológica) y ovario fibroquístico o escleroquístico. La gran mayoría de los casos descritos aquí corresponden al último grupo y por lo tanto las observaciones y las conclusiones se refieren casi exclusivamente a los ovarios escleroquísticos.

## CAPITULO I

### NUEVOS CONCEPTOS SOBRE LA RELACION OVARIO-ENDOMETRIO

#### a) *Origen del folículo.*

Desde los trabajos de Fischel se ha modificado la concepción clásica del origen del folículo primordial y en la actualidad se considera que las células ovulares no provienen del llamado "epitelio germinativo" como se creía anteriormente, sino que tiene un origen puramente endodérmico engendrándose en el revestimiento epitelial del intestino posterior del embrión. "Las células germinales, que se diferencian del revestimiento epitelial del intestino posterior, por su gran tamaño y por la palidez de su protoplasma, tienen poder de movilidad amiboide por medio de la cual emigran de su primera localización en la parte posterior del ovario (el futuro hilio) para ir a localizarse en el centro mesenquimatoso del ovario". (Schiller). Alrededor de estas células germinales, elementos directivos, se organizan las cubiertas del folículo, de las mismas células mesenquimatosas embrionarias, constituyendo, por un proceso de diferenciación específica, primero la granulosa y por fuera de ésta la teca interna. Según esto, es el óvulo únicamente el que tiene origen endodérmico, siendo todos los demás elementos de origen mesodérmico. Una célula germinal, rodeada de las futuras células de la granulosa, es lo que constituye el folículo primordial. En la fase siguiente las células de la granulosa proliferan para formar un nódulo en el cual se ve, excéntrica-

mente, la célula ovular. Más tarde la capa de células de la granulosa, por proliferación y licuefacción, forma una cavidad delimitada por unas pocas filas de células; estas últimas son comprimidas por el líquido folicular y solamente proliferan para formar el cumulus proligens o cúmulo oophoro. En esta fase los folículos toman el nombre de su descubridor De Graaf.

Hasta aquí la moderna concepción del origen embriológico de los folículos primordiales; ahora es necesario agregar que Evans y Swezy han lanzado un nuevo postulado que echa por tierra la idea de que la mujer nace con un número invariable de óvulos, los cuales van madurando desde la pubertad hasta la menopausia: "La ovogénesis ocurre durante todo el período activo del estro"; y más adelante: "No hay fundamento para suponer que los óvulos existen desde el comienzo de la vida; son células que nacen y mueren como las demás y que se están regenerando constantemente". Y Sinkins agrega: "Los nuevos huevos se desarrollan a partir de una zona neogenética que no es formada de células germinales sino de células somáticas que se han transformado en germinales a impulsos de la foliculina y de las hormonas de la hipófisis". Estos autores basan sus teorías en estudios sistemáticos del número de óvulos y de folículos primordiales, encontrados en los ovarios, en las diferentes épocas de la vida, llegando a las conclusiones arriba mencionadas.

En cuanto a los caracteres en los cuales puede basarse una apreciación macroscópica para diferenciar los folículos maduros normales parece que solamente se reducen al tamaño y al número, y así, Thomom dice: "Los folículos maduros tienen 8 a 9 mms. de diámetro; los que tienen un diámetro mayor de 10 mms. son degenerados y no contienen óvulo". Generalmente sólo hay un folículo destinado a la maduración, que es el que va a producir el óvulo, para luego transformarse en cuerpo amarillo. Los demás folículos degeneran hasta atrofiarse completamente y desaparecen (atresia folicular).

#### b) *Endometrio.*

La mucosa uterina o endometrio es una capa de 2 a 5 mms. de espesor representada esencialmente por un epitelio cilíndrico, de células variables en tamaño según el período del ciclo. Las glándulas son tubulares, simples, o rara vez ramificadas, estrechas después de la menstruación, aumentan de tamaño y de espesor a medida que se acerca el final del ciclo menstrual.

La irrigación está asegurada por dos clases de arterias: el tercio

basal recibe la sangre de arterias rectas y cortas (tipo II de Daron) y los dos tercios superficiales de las arterias helicinas o espirales.

c) *Ciclo sexual normal.*

De acuerdo con los nuevos conceptos emitidos por Markee y Bartelmez y teniendo en cuenta las muy modernas teorías de Smith, podemos resumir el ciclo sexual de la manera siguiente:

1º *Un período de reposo* inconstante que empieza con el final de una menstruación y cuya duración es variable pudiendo oscilar entre 0 y 10 días.

2º *Un período primario de crecimiento*: caracterizado por un aumento progresivo del tamaño de las glándulas que se engrosan y se dilatan; hay crecimiento del epitelio que puede doblar su espesor en este período; dura hasta la mitad del ciclo y después puede haber una pequeña regresión de 2 a 4 días.

3º *Período secundario de crecimiento*: comienza enseguida del período transitorio de regresión y dura alrededor de 14 días terminando 5 días antes de la menstruación. En este tiempo el endometrio vuelve a doblar su espesor alcanzando 5 a 7 mms. Las glándulas superficiales se hacen rectas y estrechas mientras que las profundas son tortuosas y marcadamente dilatadas. En este período hay una notoria vascularización y las arterias helicinas son mucho más arrolladas aumentando notablemente el número de vueltas espira.

4º *Regresión*: termina todos los períodos de crecimiento y la menstruación solamente se produce cuando este período es suficientemente rápido y extenso. Se caracteriza por una retracción progresiva del endometrio con disminución del espesor acompañada de cambios vasculares.

5º *Cambios vasculares*. Muy bien estudiados por Markee y Bartelmez, el primero en los monos y el segundo en la mujer. Pueden resumirse así: el tercio basal del endometrio recibe la sangre de arterias cortas y rectas; los dos tercios superficiales están irrigados por las arterias espirales o helicinas, con paredes más gruesas y de diámetro mayor, que termina en manojos capilares. La función de las arterias basales consiste en auxiliar a la capa funcional para que esta sea capaz de soportar la regeneración y el crecimiento del endometrio en el ciclo menstrual siguiente. Las arterias helicinas irrigan los dos tercios superficiales del endometrio. Estos dos tipos de arterias no están definidos

y parece que las arterias rectas son capaces de transformarse en helicinas.

Durante la primera semana premenstrual, las arterias se extienden únicamente hasta la parte media del endometrio, aunque las arteriolas que de ellas parten son más largas. Más tarde, con la evolución del ciclo, la extremidad distal se acerca más y más a la superficie del endometrio; pero como ellas crecen más rápidamente que el espesor del mismo, esta desigualdad causa más desproporción entre la longitud de las arterias y el espesor del endometrio, produciéndose, como consecuencia, un mayor arrollamiento de las arterias espirales que cada vez se vuelven más tortuosas. Cuando empieza la regresión, este fenómeno se hace mucho más notorio obligando a las arterias a hacerse más entorchadas.

Este arrollamiento de las arterias helicinas ofrece aparentemente una explicación mecánica de la estasis premenstrual, y ésta a su vez sería responsable de la necrosis del endometrio y del extenso debilitamiento de los vasos que inevitablemente conducen a la hemorragia.

Ahora bien, según las investigaciones de Smith, se produciría en el tejido endometrial, después de la suspensión del soporte hormonal y como consecuencia de ésta, una substancia de naturaleza pseudo-globulínica, la "menotoxina", que tendría un alto poder de vasoconstricción y que obraría específicamente sobre las arterias helicinas aumentando de este modo la vasoconstricción y contribuyendo de una manera definitiva a la producción de la estasis y necrosis cuya consecuencia es la descamación endometrial.

La constricción de las arterias helicinas persiste durante todo el periodo de hemorragia, siendo interrumpida, en vasos aislados, únicamente durante lapsos cortos; es durante estos lapsos de relajación cuando se produce la hemorragia menstrual.

Las arterias rectas no se contraen durante la menstruación y por lo tanto la irrigación de la capa basal no se altera.

*6ª Fase de hemorragia.* Esta puede producirse de diversas maneras de acuerdo con las investigaciones de Markee en los monos que corresponden a las realizadas por Bartelmez en la mujer. En primer lugar hemorragia arterial o capilar, con formación de hematoma o sin ella, y que es debida a la ruptura de la pared de un vaso sanguíneo cuando se relaja una arteria helicina constreñida. Si se forma hematoma, éste atraviesa el epitelio uterino desprendiéndolo. Si no hay formación de hematoma la sangre fluye libremente hendiendo a través del epitelio o del estroma.

La *diapedesis* contribuye también a aumentar la pérdida de sangre; se hace muy lentamente y es interrumpida por la constricción de las arterias helicinas.

La *hemorragia venosa* se produce por las alteraciones en los vasos ocasionadas por la descamación o por hemorragias anteriores. Aunque dura más tiempo que la hemorragia arterial, es mucho más lenta y, por esto, sólo alcanza a representar el 25% del total de la pérdida hemática.

7º *Descamación endometrial*. Al finalizar el primer día de la menstruación empiezan a separarse lentamente fragmentos de endometrio. Una fisura irregular se extiende de dentro a fuera y contornea un área desigual; una segunda fisura socava el fragmento, el cual generalmente permanece unido por un delgado puente de tejido durante unos minutos. El proceso aparece como un desmoronamiento tisular y rara vez hay evidencia de que sea producido, o "lavado", por la hemorragia, pues cuando se observa la descamación generalmente no hay signos de hemorragia. Todo lo anterior es consecuencia de la descamación y de la necrosis.

8º *Terminación de la menstruación*. Esta se produce cuando se restablece la circulación normal en los vasos sanos. Se cree que las hormonas ováricas (estrógenos) tienen una influencia en la terminación de la menstruación pues el aumento del nivel sanguíneo de estrógenos o de progesterona hace más corto un período menstrual dado.

9º *Regeneración. Regeneración del lecho vascular*. Empieza poco después de que las extremidades necrosadas de las arterias helicinas se hayan cerrado. La porción basal de las arterias se relaja y la sangre comienza a entrar. Esta relajación es gradual y prolongada y, poco después de iniciada, nuevos capilares crecen del tercio medio de la capa funcional. Al principio pocos eritrocitos pasan a través de estos nuevos tubos endoteliales. Más tarde, cuando se agrandan las redes capilares, adquieren paredes más gruesas y entonces pueden llamarse arteriolas.

10. *Reepitelización*. Se hace partiendo de los orificios glandulares que sobresalen después de la descamación y se extiende rápidamente regenerando una gran cantidad de tejido en unas pocas horas.

11. *Cambios endocrinos*. Es sabido que la hormona foliculoestimulante de la hipófisis anterior es la que en realidad inicia el ciclo sexual favoreciendo la formación del folículo y a la vez la producción de estrógeno. Este contribuye a la regeneración endometrial favore-

ciendo el ciclo de crecimiento. Al mismo tiempo tiene una acción frenadora sobre la hormona hipofisaria que solamente se hace efectiva a mediados del ciclo. Pasada la ovulación se forma el cuerpo lúteo, estimulado por la hormona luteinizante de la hipófisis, el cual comienza la secreción de progesterona que favorece la parte secretora del endometrio. Cuando el cuerpo lúteo comienza a degenerar, el estrógeno sanguíneo desciende de 60 U. I. por litro a 30 U. I. por litro. Probablemente el lóbulo anterior de la hipófisis, quedando libre de la acción frenadora del estrógeno, pone en libertad más hormona estimulante folicular. Esto a su turno produce el desarrollo de varios folículos primordiales y en especial el crecimiento continuo del que ha de liberar el óvulo en la mitad del ciclo siguiente. La secreción de estrógenos por estos folículos eleva el nivel de estrógeno sanguíneo, durante el período menstrual. Pronto, en el período premenstrual, la mayoría de estos folículos degeneran, mientras que el que está destinado a madurar sigue creciendo. El pequeño descenso del nivel estrogénico durante el período postmenstrual se debe probablemente a la disminución de la secreción por la degeneración de los pequeños folículos; y el aumento de la secreción, al crecimiento del folículo destinado a madurar.

Por el momento es razonable explicarse el crecimiento del endometrio, como debido casi por completo al estrógeno y presumir que el descenso del estrógeno sanguíneo (no de la suspensión completa del estrógeno) es el causante de la rápida regresión endometrial, y por consiguiente de los móviles que conducen a la menstruación. Los cambios secretorios del endometrio son probablemente debidos a la progesterona más el estrógeno.

La altura y las fluctuaciones del nivel estrogénico sanguíneo, parecen explicar el crecimiento endometrial y la regresión. Del otro lado, la cantidad de progesterona encontrada en forma de pragnandiol en la orina, no es probablemente suficiente para producir este crecimiento y esta regresión. La explicación del ciclo sexual normal presentada aquí, supone únicamente la presencia de una cantidad de progesterona suficiente para producir los cambios secretorios endometriales, la inhibición de la contractibilidad uterina y la sensibilización del endometrio. Se supone que el estrógeno causa casi todo el crecimiento endometrial, y que el descanso de la concentración estrogénica es la causa primaria de la regresión y de los móviles que conducen a la menstruación.

Experimentalmente, el flujo menstrual puede ser inducido por el descenso de la concentración sanguínea de estrógeno o de progesterona y estrógeno, por medio de la sección espinal o del shock qui-



rúrgico. En el mono todos estos procedimientos son seguidos invariablemente por la misma serie de hechos: circulación lenta, rápida regresión, estasis, necrosis y vasoconstricción. Las varias series de observaciones aisladas en material humano indican que esta misma serie, siempre invariable, precede al flujo menstrual en la mujer.

## CAPITULO II

### ETIOLOGIA Y FISIOPATOGENIA

Los autores no están acordes en cuanto se relaciona con la etiología de los poliquistes ováricos, pues son muchas las teorías expuestas para explicar su formación. Sin embargo, para ir ordenadamente, voy a enumerar las distintas causas que pueden hacer parte de la etiología, comentando la mayor o menor influencia que puedan tener.

Es indudable la importancia de la edad, pues la enfermedad se presenta siempre en el período activo de la vida genital de la mujer; todos los casos presentados aquí corresponden a mujeres entre los 16 años, la más joven, y los 50 años (sin entrar en menopausia) la más vieja; de estos he encontrado un 62% de mujeres antes de los 30 años y un 38% de más de 30. Esta última proporción podría aumentar un poco, si se examinara un mayor número de casos, pues todos los autores están de acuerdo en que es más frecuente en las jóvenes.

Me ha sido imposible establecer diferencias respecto a condiciones sociales, raza, etc., pues todas mis enfermas pertenecen a la clientela hospitalaria. Seguramente, las malas condiciones de vida traen como consecuencia estados de menor resistencia, que pueden favorecer la producción de enfermedades que, como más adelante veremos, pueden influir en forma indirecta en la formación de los poliquistes ováricos.

La causa directa de la alteración de los ovarios, hasta el punto de transformar completamente tanto la anatomía como la fisiología del órgano, no se ha establecido en forma definitiva; sin embargo, se han planteado algunas teorías que pueden explicar tal alteración. La primera y la más antigua, es la teoría infecciosa que fue rechazada por algún tiempo, pero que actualmente ha sido puesta en boga por los autores franceses: Petit, Bouilly, Bousier, etc., quienes han encontrado con gran frecuencia la asociación de poliquistes ováricos, o mejor, de ovaritis escleroquistica, con infecciones de la pelvis menor como salpingitis y pelviperitonitis. Otros autores como Bécclére, Cotte y Mlle. Pallot creen en la infección crónica como causa esencial y han encon-

trado en un 80% de los casos reacción inflamatoria, reacción plasmocitaria, edema intersticial y lesiones vasculo-nerviosas. Probablemente no se tratará siempre de inflamación de naturaleza microbiana, pues hay corrientemente otras causas que puedan producir tales cambios en la constitución de los ovarios.

Según Cotte y Mlle. Pallot, la ovaritis escleroquística es un modo de reaccionar de los ovarios a las causas más diversas, tanto de orden general (avitaminosis, trastornos de la nutrición, etc.), como de origen local como infecciones, malposiciones uterinas, etc. De la misma manera piensa Laroche quien agrega: "no se pueden olvidar los numerosos hechos anatomoclínicos de ovaritis escleroquísticas asociadas a infecciones uterosalpingianas (metro-salpingitis a gonococo, enterococo, colibacilo, etc.), a infecciones intestinales (helmintiasis, enterocolitis), apendicitis crónicas o tiftitis, a las toxiinfecciones generales (tuberculosis, heredosifilis, etc.)".

Estas afecciones obrarían sobre los ovarios, por los microbios o sus toxinas, produciendo ligeras alteraciones inflamatorias las cuales podrían evolucionar hacia la esclerosis siendo esta última la base de los futuros ovarios escleroquísticos.

Todo esto constituye la que pudiéramos llamar teoría infecciosa, sin duda verdadera para la gran mayoría de los casos, pero la cual no explica por sí sola otros en los cuales no se encuentran antecedentes de infección, y en cambio sí otras alteraciones que podrían afectar de una u otra manera la fisiología y la anatomía del ovario.

*Teoría hormonal.* Esta teoría explica la producción de los poliquistes partiendo de una alteración endocrina, que muy bien pudiera estar localizada en la hipófisis. En este caso se trataría de una hipersecreción del factor folículo-estimulante de la hipófisis anterior que traería como consecuencia, una hiperexcitación del ovario para la producción de folículos y por consiguiente de foliculina (estrógenos). De esta manera habría una hiperproducción, o mejor, un aumento del número de folículos madurantes los cuales, incapaces de llegar al estado de folículos de De Graaf todos a la vez, se enquistarían. Varangot lo explica de otra manera y dice: "Los ovarios son poco sensibles a las infecciones generales, contrastando así con la sensibilidad de las trompas a todas las infecciones", y que "la hipótesis más aceptable es la que atribuye estos trastornos a una perturbación de las correlaciones hormonales hipófiso-ováricas". Más adelante: "el ovario parece utilizar *cuantitativamente* la secreción gonadótropa de la hipófisis, pues cuando se reduce el parenquima ovárico, el tejido que queda se hipretrofia y sufre una dege-

neración quística. Esta evolución es prácticamente constante después de los injertos de fragmentos ováricos. Se ve también sobrevenir a nivel de los fragmentos ováricos que se dejan a veces voluntariamente a nivel del pedículo utero-ovárico después de las histerectomías difíciles”.

Pero además de las causas infecciosas y de los trastornos hormonales, es evidente que deben existir otros factores que influyan en la producción de los poliquistes, ya que se han encontrado sin antecedentes infecciosos pero acompañando a otras entidades que bien pueden favorecer la aparición de los trastornos ováricos que más adelante van a originar los ovarios escleroquisticos. Tal es el caso, por ejemplo, de cualquier alteración que produzca una disminución de la vascularización normal, ya sea por transformar la posición normal del ovario (retrodesviaciones uterinas, prolapsos, etc.), o bien por alteración directa de los vasos (varicocele pélvico, arterioesclerosis, etc.). En estos casos se trataría de una degeneración del tejido ovárico, por falta de vascularización que traería como consecuencia una esclerosis con la consiguiente evolución que ya hemos anotado.

Creo que las causas de orden general que traen algunos autores (avitaminosis, enfermedades infecciosas crónicas, etc.), vendrían únicamente a favorecer junto con el mal funcionamiento del organismo en general, una deficiente nutrición del ovario.

A mi modo de ver, aunque resulta ecléctico, creo que se pueden reunir, o mejor, escalar los distintos fenómenos que he descrito y explicar de la siguiente manera todo el proceso de formación del síndrome ovarios poliquísticos.

Como primera medida, cualquiera de las causas anotadas que puedan alterar la nutrición del ovario o que produzcan una irritación de sus paredes (causas mecánicas, vasculares o infecciosas) se traduce a la larga por una esclerosis del tejido superficial del ovario; en estas condiciones los folículos madurantes, o maduros, se ven en la imposibilidad de salir a la superficie, y estallar, dando origen al proceso normal de la ovulación, y por esto se enquistan. Cuando el número o el tamaño de folículos enquistados es grande, entonces viene a existir un aumento de la tasa de foliculina presente en la sangre. Esta hiperfoliculinemia va a actuar sobre la hipófisis frenando la producción del factor folículo estimulante indispensable para la formación de nuevos folículos, o para la maduración de los ya formados, alterando así, en forma definitiva, las relaciones hormonales. Si a esto se agrega la ausencia de ovulación y la consiguiente falta de cuerpo amarillo y de su hormona, la progesterona, tendremos entonces un desquiciamiento completo del funcionamiento endocrino seguido, na-

turalmente, de la alteración de las funciones del endometrio y en general de todo el aparato genital.\*

Como hemos visto, la alteración del ovario va a influir directamente sobre la hipófisis frenando en primer término la producción del factor folículo estimulante, y favoreciendo por consiguiente un aumento de la producción de la hormona luteinizante (para hacer más fácilmente comprensible el fenómeno, hago caso omiso de los nuevos conceptos, que reúnen en una sola las dos hormonas, folículo-estimulante y luteinizante, teorías que en realidad de verdad no alteran la concepción vieja de las dos hormonas desde el punto de vista funcional, ya que, según la nueva teoría, aún no demostrada, el mismo factor hipofisario actuaría unas veces favoreciendo el crecimiento del folículo, y, en el momento de la ovulación, actuaría sobre el cuerpo amarillo favoreciendo su formación y estimulando la producción de progesterona. Es decir que, en realidad, el mismo factor actuaría unas veces como folículo-estimulante y otras como lúteo-estimulante; como puede comprenderse, la explicación de la fisiología ovárica se puede hacer más fácilmente, separando en dos componentes distintos el influjo hipofisario, ya sea que en realidad sea uno solo, ya sea que en realidad existan dos o más factores hipofisarios).

La hormona luteinizante obraría sobre los folículos, o mejor, sobre el folículo maduro, para hacerlo estallar y producir la ovulación; esto en condiciones normales; pero como el o los folículos maduros están imposibilitados para romperse, debido a la esclerosis de la corteza del ovario, el influjo luteinizante de la hipófisis se pierde y solamente actúa sobre el endometrio y sobre el resto del organismo pero sin producir su principal efecto, cual es la ruptura del folículo y la formación del cuerpo amarillo.

En estas condiciones el primer trastorno, y el principal, que se produce como consecuencia de los ovarios poliquísticos, es la falta de ovulación y de formación del cuerpo amarillo. Esto naturalmente provoca, cuando la lesión es bilateral, una esterilidad definitiva; y cuando es unilateral, una disminución marcada de la fertilidad, puesto que la mujer no cuenta en realidad sino con un ovario para ovular. Tal es el trastorno más importante que producen los ovarios poliquísticos.

Aunque parezca paradójico, el hiperestrogenismo producido por la retención de estrógenos en los quistes ováricos, puede obrar de dos maneras en el endometrio: cuando hay variaciones en el nivel estrogénico sanguíneo, que sean capaces de producir estasis, necrosis y demás fenómenos vasculares, (teoría de la retirada hormonal), pueden

provocarse menstruaciones anovulatorias, e inclusive metrorragias; si, por el contrario, la tasa estrogénica es elevada, pero se mantiene dentro del mismo nivel, no se altera la constitución del endometrio y entonces el fenómeno que se observa es la amenorrea. Naturalmente, como la lesión no siempre es bilateral, hay ocasiones en las cuales aparecen períodos menstruales normales en cantidad, pero con grandes variaciones en el tiempo, es decir, con ciclos completamente irregulares.

Ahora bien, es sabido que el aumento de estrógenos provoca una congestión pélvica, por vasodilatación, que explica los casos, bastante frecuentes, de menalgia de tipo congestivo y de dispareunia. Tal vez sea el momento de agregar que las perversiones sexuales (coito interruptus, ninfomanía, etc.) pueden ser la causa de congestiones pélvicas a las cuales puede atribuirse también la formación de los poliquistes ováricos.

Por otra parte, el elevado nivel estrogénico permanente viene a perturbar en forma definida el funcionamiento de los órganos genitales femeninos en particular y de todo el organismo en general. Esto es fácilmente demostrable, por la enorme frecuencia de lesiones concomitantes en la matriz, y en los anexos, con los ovarios poliquísticos: tal es el caso, por ejemplo, de los miomas o fibromiomas uterinos, lo mismo que los pólipos, en que la mayoría de los casos se encuentran asociados a los ovarios escleroquisticos. Es por esto que Curtis dice: "En la actualidad se reconoce que la actividad endocrina anormal da lugar a hiperplasia del endometrio y a la formación de pólipos, y puede constituir también, un factor en la etiología de los miomas. Parece probable que la hiperfusión de los ovarios es un factor importante para explicar la pérdida anormal de sangre en enfermas que tienen miomas intersticiales o subserosos". Lo mismo puede decirse del varicocele pélvico, cuya etiología está íntimamente ligada a la congestión pélvica cuya causa probable es el elevado nivel estrogénico. Y por qué no agregar la influencia cancerígena, que podría tener la ovaritis escleroquistica, ya que está demostrada la acción que tienen los estrógenos en este sentido?

### CAPITULO III

#### ESTUDIO CLINICO

*Sintomatología.* Presenta grandes variaciones en los distintos casos y por esto se dificulta en gran manera establecer un cuadro clínico que comprenda toda la gama de trastornos, que pueden aparecer

como consecuencia de los ovarios poliquísticos. En esto están de acuerdo todos los autores, quienes recalcan la gran variedad de síntomas, y, sobre todo, el hecho de que estos síntomas pueden ser diametralmente opuestos en las distintas enfermas estudiadas.

Dividiré el estudio en dos partes para hacerlo comprensible: síntomas generales y síntomas ginecológicos propiamente dichos.

*Síntomas generales.* Se manifiestan especialmente por trastornos del sistema nervioso, que pueden ser referidos a los que describe Frank con el nombre de "tensión premenstrual", con la diferencia que no tienen ritmo ninguno. Son debidos al hiperestrogenismo, no propiamente por que haya una impregnación estrogénica en los centros nerviosos, sino porque esta teoría es la más aceptada, el núcleo esteroide produce una retención del ión sodio en los tejidos que favorece a su vez la disminución de la eliminación de los líquidos; en estas condiciones habría edema de los tejidos en general (demostrado por el aumento de peso) y edema de los centros nerviosos; este último sería directamente responsable de la sintomatología que a continuación se describe: cefalea, irritabilidad, alteraciones de la personalidad, trastornos visuales, trastornos vagosimpáticos y otros difíciles de definir por la vaguedad con que los describen las enfermas; entre estos últimos se encuentra una sensación de "tensión" que seguramente sirvió de base a Frank para bautizar el síndrome por él estudiado.

*Síntomas ginecológicos.* Son extraordinariamente variables, y, como ya la anoté, en ocasiones son diametralmente opuestos.

*Trastornos menstruales.* Se observa toda la gama de alteraciones que se pueden presentar en la menstruación: desde amenorreas prolongadas (caso 50-094 con amenorrea de 19 meses) hasta metrorragias muy abundantes, pasando por todos los estados (reglas frecuentes pero escasas, reglas frecuentes y abundantes, metrorragias, etc.).

Estas variaciones pueden explicarse, ya sea porque las enfermas no presentan alteraciones sino en uno de los ovarios, ya sea por la variable cantidad de hormona activa que contengan los quistes.

*El dolor* es otro de los síntomas que ocampaña con gran frecuencia a estas enfermas y se manifiesta unas veces por menalgias de tipo congestivo, con sensación de peso en el hipogastrio y en las fosas ilíacas, y otras veces, por dolores más o menos agudos localizados ya sea en los ovarios, ya sea en toda la pelvis, pero sin ritmo alguno, ni relación con la menstruación en los casos en que ésta existe. Se ha obser-

vado que estos dolores son más intensos y más frecuentes cuando la ovaritis escleroquística se acompaña de prolapso de los ovarios en el Douglas o cuando son concomitantes con malposiciones uterinas.

Es lógico explicarse estos síntomas, cuando se manifiestan en forma de pesantez en el bajo vientre con irradiación al ano y la cara interna de los muslos, como debidos a la congestión producida por el elevado nivel de estrógenos. Los que se presentan en los períodos intermenstruales, pueden ser debidos a la ruptura del folículo para liberar el óvulo, cuando aún se presenta ovulación, ya que frecuentemente hay congestión de los ovarios y espesamiento de la cápsula que dificulta la ruptura folicular.

*La esterilidad*, relativa o definitiva, según el grado de alteración de los ovarios, o, según qué se trate de uno o de ambos órganos, es talvez el más importante de los trastornos que acompañan a las enfermas afectadas de ovarios escleroquísticos y uno de los que más las intranquiliza llevándolas a consultar frecuentemente por este solo síntoma. Stein, en el síndrome por él descrito, recalca la extraordinaria importancia de la investigación de los ovarios poliquísticos en enfermas jóvenes que se quejan de esterilidad sin presentar otra alteración funcional o anatómica que pueda justificarla. El tratamiento, propuesto por Stein se dirige especialmente a restablecer la fertilidad, obteniéndose resultados muy halagadores.

### *Diagnóstico.*

Para complementar los datos obtenidos al examen clínico se utilizan distintos métodos con el objeto de verificar el diagnóstico de ovarios poliquísticos. Algunos, como la ginecografía, previo pneumoperitóneo, usada sistemáticamente por Stein, aseguran el diagnóstico al hacer fácilmente visibles los cambios de tamaño, de espesor y de posición de los ovarios. Otros, como las curvas de temperatura basal y los exámenes de citología vaginal por frotis seriados, tratan de constatar si se han presentado o no evoluciones. Desgraciadamente no me ha sido posible usar sino en muy contados casos la valiosa ayuda de estos modernos métodos de exploración, pues unas veces por falta de elementos y otras por falta de colaboración de las enfermas; se me ha hecho imposible llevarlos a cabo. Sin embargo, dos de los casos presentados, cedidos gentilmente por el doctor Amoroch, fueron controlados con curvas de temperatura basal y la gran mayoría de los del Servicio tienen exámenes de citología vaginal.

Los datos obtenidos por el examen clínico son los siguientes: al hacer el tacto vaginal, con palpación bimanual, se aprecian, a los lados del útero cuando están en buena posición, o en el fondo del saco de Douglas si están prolapsados, unas masas de un tamaño que varía de un limón grande a una avellana, de consistencia dura, frecuentemente dolorosas a la presión y generalmente móviles y que corresponden a los ovarios poliquísticos. "Igualmente se ha observado (Profesor Aparicio) sensibilidad en el fondo de saco de Douglas y en uno o en ambos fondos de sacos laterales". "Probablemente tales trastornos sean los causantes de dispareunia y de ausencia de orgasmo, bastante frecuentes en estas enfermas". Al mismo tiempo pueden ponerse en evidencia otras manifestaciones que, como ya lo he anotado, acompañan usualmente la mencionada alteración de los ovarios.

Al examen citológico del frotis vaginal puede apreciarse en primer término un gran aumento del porcentaje de células cornificadas, o de células granulosas superficiales, índice del elevado nivel estrogénico producido por la retención folicular.

Los dos casos en que se practicaron curvas de temperatura basal fueron negativos en lo que se refiere a ovulación.

Debo confesar que no me fue en un todo posible tomar ginecografías con pneumopéritoceo para verificar los diagnósticos clínicos, pero al mismo tiempo me es muy grato declarar que los errores de apreciación por el solo examen clínico fueron prácticamente nulos, pues en todos los casos se pudo comprobar, al practicar la operación, la certeza del diagnóstico primitivo.

## CAPITULO IV

### TRATAMIENTO

Son muchos los métodos para tratar los ovarios escleroquísticos. La mayoría de los autores opinan que, en principio, el tratamiento debe ser médico a base de hormonas ya sea de origen hipofisario, ya sea por medio de estrógenos o de progesterona. Sin embargo, nosotros no nos hemos de referir a esta clase de tratamiento, pues en todos los casos presentados en este trabajo hemos optado sistemáticamente por el tratamiento quirúrgico, por parecernos el más racional y el más efectivo. El Profesor Aparicio opina a este respecto: "Sistemáticamente he fracasado en todos los tratamientos médicos; en cambio he obtenido brillantes resultados con el tratamiento quirúrgico". Stein presenta 75 casos de ovarios poliquísticos bilaterales que fueron trata-



dos con los diversos procedimientos médicos recomendados por los distintos autores, y sostiene que, en todos los casos, el tratamiento médico fue un fracaso absoluto. Lo mismo sostiene "Reycraft", quien solamente acepta el tratamiento quirúrgico, único que le ha dado resultados satisfactorios.

El método que seguimos es el siguiente:

Teniendo en cuenta las consideraciones generales de orden quirúrgico para la preparación de las enfermas y para la clase de anestesia usada (el mayor número de casos se operaron con anestesia raquídea a base de escurocaína-percaína). Se practicó en primer término una laparatomía mediana infraumbilical de 12 a 15 cms. de longitud con el objeto de obtener amplio campo visual y facilitar la exploración de ambos ovarios y de los órganos internos en general. Abierto el peritórneo se hala la matriz con unas pinzas de Allis colocadas en la base de los ligamentos redondos; enseguida se exploran los ovarios, los cuales se encontraron, en todos los casos, aumentados de tamaño y con abundantes quistes cuyas dimensiones variaron desde las microscópicas hasta el de una avellana, pero nunca más grandes.

Verificado el diagnóstico clínico en esta forma se procede a practicar la resección cuneiforme, método empleado sistemáticamente en todos los casos. Para llevarla a efecto, se colocan dos pinzas de Allis, una en cada extremo del ovario, como medio de sostén; en estas condiciones el ayudante presenta el ovario al cirujano haciendo tracción suave de las dos pinzas mencionadas. El cirujano, con un cuchillo suficientemente cortante, hace una doble incisión en el ovario, siguiendo el borde de la zona quística y respetando la mayor cantidad de tejido sano. Esta doble incisión en el ovario se debe unir por los extremos, y debe ser lo suficientemente profunda, como para interesar todo el tejido afectado. Completadas las incisiones, se coloca una pinza en uno de los extremos del fragmento así delimitado y se hace tracción, desprendiendo con el bisturí o con las tijeras todo el tejido que se quiera resear. Terminada la resección se obtiene un fragmento en forma de cuña que debe contener todos los quistes apreciables macroscópicamente. Hecho esto, se enjuga con una compresa la superficie y se procede a practicar la reconstrucción. Esta debe hacerse con una aguja fina y con un catgut o seda doble O (OO). La sutura que se usó sistemáticamente fue una de tipo continuo, simple, teniendo el cuidado de no traccionar el hilo con demasiada fuerza para no desgarrar el tejido ovárico, pero procurando poner en contacto lo mejor posible los bordes de la herida, de manera que no quede ninguna superficie cruenta al terminar la operación.

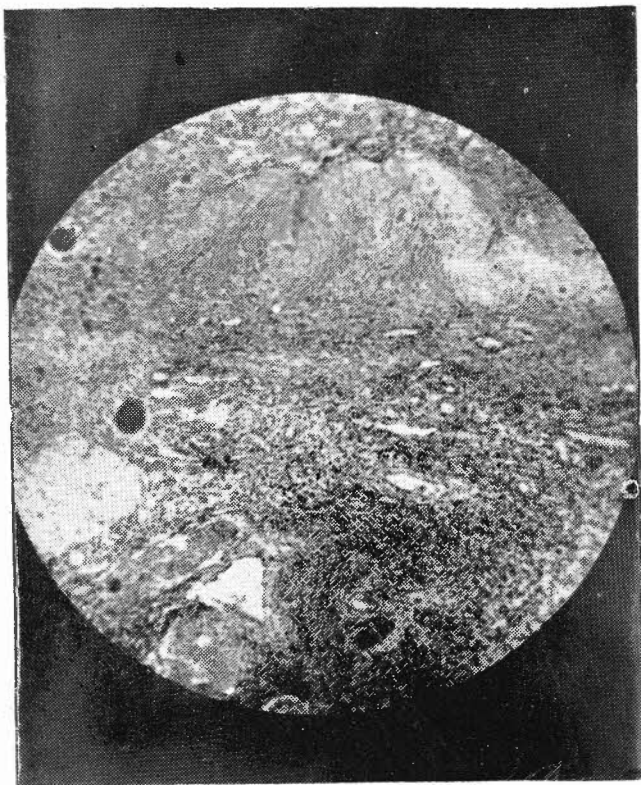
Si la lesión es bilateral se procede de manera semejante en el otro ovario.

Todo esto previa una minuciosa inspección de todos los órganos abdominales que estén al alcance del cirujano para establecer la presencia de las distintas afecciones concomitantes que puedan haber influido en una u otra forma en la producción de la ovaritis o que hayan sido su consecuencia. En tales casos se explorará la presencia de anexitis crónicas, se buscarán pequeños nódulos, miomatosos en la matriz, se constatará el varicocele pélvico o la apendicitis, y en general todas las causas locales ya mencionadas que hayan podido influir en la formación de la lesión ovárica, y se procurará en cuanto sea posible suprimirlos o se anotarán para practicar más tarde el tratamiento que se considere más conveniente si éste es irrealizable en el curso del acto quirúrgico.

Terminada la parte más importante de la intervención se colocarán los ovarios en su lugar tratando de corregir el prolapso de éstos cuando se encuentre, pues con frecuencia se hallan caídos en el fondo del Douglas. Para corregir este prolapso se ha usado un método bastante sencillo que consiste en hacer un fruncimiento del ligamento infundíbulo-pélvico procurando no interrumpir la circulación normal de los vasos sino únicamente acortar el borde del ligamento para fijar en esta forma el ovario e impedir la reproducción del prolapso. Al finalizar la operación se indicó el post-operatorio según las circunstancias, siendo éste por lo general extraordinariamente benigno, haciéndose notar la ausencia de cualquier clase de complicaciones que pudieran tener relación con la operación destinada a restablecer la normalidad anatómica de los ovarios.

## HISTORIAS CLINICAS

*Caso N° 1.*—Historia clínica N° 49-290. Diagnóstico: ovarios poliquísticos. Edad 19 años. Síntoma principal: metrorragias? Antecedentes patológicos: sin importancia. Antecedentes ginecológicos: menarquia a los 13 años. Ciclo 30-3 durante el primer año. Después polihipermenorrea. Menalgia de tipo espasmódico; discreta mastalgia premenstrual. Antecedentes obstétricos: No hay (la enferma se queja de esterilidad). Antecedentes quirúrgicos: No hay. Historia sexual: relaciones desde hace seis meses. Padece de disparunia. Ausencia de orgasmo. Enfermedad actual: Comenzó hace un año por hemorragias cada mes que le duraban 15 días. Después se fue acortando el ciclo y actualmente sangra 10 días con 8 de intervalo. Examen general: Nada especial. Examen ginecológico: Genitales externos normales. En la vagina flujo mucoso abundante. Cuello: pequeño ectropión del endocervix. Cuerpo de caracteres normales. Ovarios aumentados de tamaño.



PLACA N° 1.—Instituto de Radium, N° 2846-49.—Caso N° 1 (Historia 49-290) Pueden apreciarse en esta placa marcadas zonas de esclerosis, congestión de los vasos sanguíneos y zonas de hemorragia. En este campo no se alcanzan a ver quistes foliculares.

Frotis de saco sensibles. Frotis vaginal: (colorante Salmon-Gheist) células cornificadas escasas. Abundantes células del estrato intermedio y algunas basales.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. Pexia de los mismos. 28-IX-49. Anatomía patológica: (Inst. de Radium, Nos. 49-2895-2846). Las preparaciones muestran ovario en el que hay numerosos quistes foliculares, folículos atrésicos y folículos en vía de maduración. Control: 5-XII-49. Después de la operación ha menstruado dos veces con duración de 3 días e intervalo menstrual de 30 días. No hubo menalgia. Acusa únicamente disuria ligera y polaquiuria postmenstrual (3 días). Se administra Arocan. 2-II-50. Consulta por la persistencia del flujo. Al examen se encuentra flujo blanco, aireado, mal ligado, de aspecto tricomoniasis. Se formula ginotrizol y arsona. 16-II-50. Menstruó el 18-I y duró 5 días. Nueva menstruación el 16-II. Aspecto normal. 25-III-50. Menstruación el 15-III-50. Duración 5 días. La menalgia ha disminuido notablemente. No se encuentra nada ginecológico.

*Caso Nº 2.*—Historia clínica Nº 50-094. Diagnóstico: ovarios poliquísticos. Edad: 32 años. Síntoma principal: amenorrea de 19 meses. Antecedentes patológicos: sin importancia. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 17 años. Ciclo 20-28-8-12. Menalgia premenstrual de tipo mixto (congestivo y espasmódico). Flujo blanco lechoso. Antecedentes obstétricos: No hay. Antecedentes quirúrgicos: No hay. Enfermedad actual: La paciente se queja de trastornos menstruales, desde poco después de la pubertad, consistentes en irregularidades del ciclo, menalgia de tipo mixto, flujo blanco lechoso, sensación de malestar premenstrual (tensión), cefalea y mastalgia. Desde hace 19 meses presenta completa amenorrea, síntoma éste, que la ha obligado a consultar. Examen general: Nada especial. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Al tacto se aprecia el útero normal; en el fondo del saco izquierdo se palpa una masa del tamaño de un limón, de consistencia firme, móvil y ligeramente dolorosa. En el fondo del saco derecho se palpa una masa más pequeña con los mismos caracteres. Frotis vaginal: (colorante Salmon-Gheist). Se encuentra una marcada preponderancia de las células superficiales cornificadas y granulosa.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. Anatomía patológica: Los cortes muestran ovario, cuyo parenquima ha sido reemplazado por múltiples quistes de origen folicular. Hay abundantes signos de esclerosis. Control: 23-II-50 comienza a menstruar con caracteres normales. 28-II-50 termina la menstruación. 27-III-50 nueva menstruación normal.

*Caso Nº 3.*—Historia clínica 49-246. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos bilaterales. Edad: 19 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Antecedentes patológicos: No hay. Antecedentes terapéuticos: Dos caídas, una hace 3 años y otra hace 3 meses. Ambas le produjeron metrorragias. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. Ciclo 30-3. Después de la primera caída tuvo metrorragias que cedieron a medicación. Después del último traumatismo tiene metrorragias con ciclo irregular 30/60 Historia sexual: Dispareunia inicial. Orgasmo esporádico. Antecedentes obstétricos: No hay. Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía. Enfermedad actual: Desde hace seis

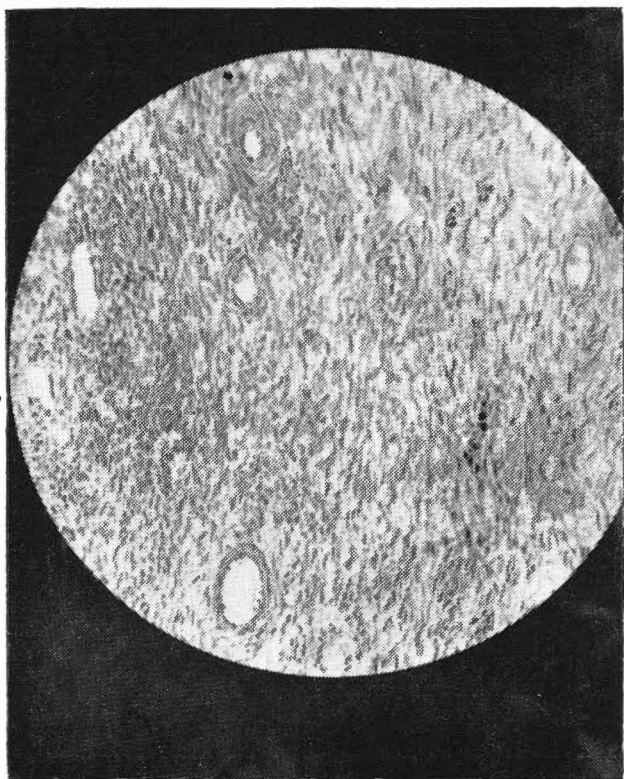
meses dolores en el hipogastrio y en las fosas ilíacas. Menometrorragias. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello desviado a la izquierda. Cuerpo desviado a la derecha. Fondo de saco izquierdo doloroso. Ovarios aumentados de tamaño. Tratamiento: Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. 3-IX-49. Anatomía patológica: Dos fragmentos de tejido ovárico. En ambos se aprecian quistes de contenido seroso; el más grande de los cuales mide 0.8 cms. de diámetro. En uno de ellos hay un cuerpo amarillo hemorrágico. Los cortes muestran ovario. Se encontró un cuerpo hemorrágico, un cuerpo fibroso y algunos quistes pequeños de origen folicular. Control: 14-IX-49. Sale del hospital en muy buenas condiciones. 20-XI-49. Ha desaparecido el dolor. Dos menstruaciones normales.

*Caso N° 4.*—Historia clínica N° 49-174. Diagnóstico: Ovaritis poliquística. Edad 26 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Metrorragias. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 14 años. Ciclo 30-3. Dice que la regla desaparece al tercer día para volver tres días después. Antecedentes obstétricos: Un aborto de 2 meses. Antecedentes quirúrgicos: No hay. Enfermedad actual: Dolor en el hipogastrio y en las fosas ilíacas desde hace un mes. Metrorragias. Examen general: Nada especial. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello sano. Utero en retroversión. Ovarios aumentados de tamaño. Fondos de saco dolorosos.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. Entrecruzamiento anterior de los ligamentos redondos. 27-VI-49. Anatomía patológica: (Inst. de Radium N° 49-1707). Las preparaciones muestran ovario en el que hay numerosos quistes foliculares. Folículos hemorrágicos. Folículos atróficos. esclerosis moderada. Esclerosis de los vasos sanguíneos. Control: 26-VII-49. Sale del hospital en buenas condiciones. Ha presentado una menstruación normal. Han desaparecido los dolores.

*Caso N° 5.*—Historia clínica N° 49-424. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos bilaterales. Edad 19 años. Síntoma principal: Amenorrea. Antecedentes patológicos: Obstétricos y quirúrgicos negativos. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 16 años. Ciclo 30-4-5. Desde hace dos meses y medio está en amenorrea. Examen general: Normal. Examen ginecológico: Monte de venus escaso. Vagina estrecha. Cuello pequeño, infantil de nulípara. Cuerpo pequeño. Ambos ovarios se palpan aumentados de tamaño. Además una masa del tamaño de un limón anexa al ovario izquierdo. Frotis vaginal: Se encuentran células del tipo espinoso profundo y abundantes basales. Escasas células espinosas superficiales. No hay bacilos de Doderlein. Marcada insuficiencia estrogénica.

*Tratamiento.*—Resección de un quiste seroso anexo al ovario izquierdo. Resección cuneiforme bilateral de los ovarios 14-XII-49. Anatomía patológica: (Inst. de Radium N° 49-3571). El estudio histológico de los cortes muestra ovario en el que particularmente llama la atención la presencia de numerosos quistes foliculares. Hay congestión de los vasos sanguíneos. Esclerosis. Se puede apreciar un proceso inflamatorio caracterizado por edema y por la presencia de numerosos polinucleares en el contenido de los capilares. Control: 24-XII-49. Sale del hospi-



PLACA N° 2.—Instituto de Radium, N° 49-3571.—Caso N° 5 (Historia 49-424). En esta placa se pueden apreciar algunos pequeños quistes foliculares. Hay congestión de los vasos sanguíneos.

tal en buenas condiciones. 12-I-50. Ha presentado una menstruación normal. 16-III-50. Ha seguido menstruando normalmente. Ciclo 30-3.

*Caso N° 6*—Historia clínica N° 50-395. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos bilaterales. Edad 25 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Menstruaciones irregulares. Antecedentes patológicos: Viruela, tifo, reumatismo. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. Ciclo 30-3. Desde hace 4 años reglas irregulares con períodos de amenorrea de 2 a 3 meses. Menalgia de tipo congestivo. Flujo blanco. Antecedentes quirúrgicos: No hay. Antecedentes obstétricos: Un aborto de 3 meses. Enfermedad actual: Comenzó hace 4 años por irregularidades menstruales. Desde hace un año dolores abdominales especialmente en el hipogastrio con irradiación a la pierna izquierda. Examen general: Nada importante. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello uterino y matriz normales. Fondos de saco sensibles. Ovario derecho doloroso, del tamaño de un limón. Ovario izquierdo aumentado en tamaño. Frotis vaginal: (colorante Salmon-

Gheist). Marcada insuficiencia estrogénica con gran predominio de células del estrato intermedio.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. 10-VIII-50. Anatomía patológica: (Lab. S. Samper. Nº 09428). Dos fragmentos de tejido ovárico. Se aprecian dos cuerpos hemorrágicos y numerosos quistes de contenido seroso. Los cortes muestran ovario. Se encontraron un cuerpo hemorrágico, un cuerpo amarillo y varios cuerpos fibrosos. Las cavidades descritas anatómicamente son quistes de origen folicular. Los vasos sanguíneos están dilatados. Control: La enferma sale del hospital en buenas condiciones. Ha presentado una menstruación con caracteres normales.

*Caso Nº 7.*—Historia clínica Nº 50-207. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos. Edad 26 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Antecedentes patológicos: Sin importancia. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 12 años. Ciclo 60-8-4. Siempre le viene la regla cada 2 meses. Flujo sanguinolento. Menalgia de tipo congestivo. Mastalgia premenstrual. Antecedentes obstétricos: Dos embarazos. Un parto normal y un aborto de dos meses. Enfermedad actual: Desde la pubertad padece de oligomenorrea. Desde hace un año, dolores abdominales vagos y menalgia de tipo espasmódico. Examen general: Nada anormal. Examen ginecológico: Genitales externos normales; cuello erosionado; deja salir un flujo purulento y sanguinolento. Cuerpo normal. Fondos de saco libres, ligeramente sensibles. Ovarios aumentados especialmente el derecho.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios 4-V-50. Anatomía patológica: (Inst. de Radium Nos. 50-1580-81-82). Tres cortes del ovario muestran numerosos quistes foliculares de varios tamaños. Zonas de esclerosis. Congestión de los vasos sanguíneos. Áreas de hemorragia. Control: 11-V-50. La enferma sale del hospital en buenas condiciones, 25-VI-50. La enferma ha menstruado dos veces. Ciclo 32-30-5-6.

*Caso Nº 8.*—Historia clínica Nº 50-233. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos. Ligera retroversión uterina. Edad 40 años. Síntoma principal: Dolor abdominal. Metrorragias. Antecedentes patológicos: Asma bronquial. Reumatismo. Paludismo. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 20 años. Ciclo 30-3. Desde hace dos meses hemorragias cada 15 o 10 días, abundantes. Menalgia de tipo mixto. Flujo fétido sanguinolento. Dispareunia. Antecedentes obstétricos: Cinco hijos; partos normales. Enfermedad actual: Hace dos meses se inició por dolores abdominales seguidos de metrorragias cada 10 o 15 días. Examen general: Nada especial. Examen ginecológico: Desgarro perineal de 1er. grado. Cistocele y rectocele iniciándose. Cuello: ligera erosión del labio anterior. Deja salir un flujo seromucoso. Cuerpo de caracteres normales en retroversión moderada. Ovarios del tamaño de un limón, sensibles a la palpación. Frotis vaginal: (Salmon-Gheist). Gran preponderancia de células cornificadas y granulosas superficiales.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. Corrección de la retroversión uterina. Control: 21-V-50. Sale del hospital en buenas condiciones. No ha menstruado. 12-VI-50. No se encuentra nada ginecológico. Ha presentado una menstruación normal.

*Caso N° 9.*—Historia clínica N° 50-372. Diagnóstico: Ovario izquierdo poliquístico. Edad 34 años. Síntoma principal: Metrorragias. Hipermenorrea? Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 14 años. Ciclo 20-8. Menstruaciones irregulares en frecuencia y cantidad. Menalgia intramenstrual de tipo mixto. Dispareunia. Ausencia de orgasmo. Antecedentes obstétricos: Once embarazos. Ocho partos. Tres abortos. Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía y raspado uterino hace 3 años. Enfermedad actual: Menometrorragia continua desde hace dos meses. Dolor en el hipogastrio. Examen general: Nada especial. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello y matriz normales. Ovario izquierdo aumentado de tamaño y sensible. Fondo de saco izquierdo sensible.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme del ovario izquierdo. 25-VII-50. Anatomía patológica: (Lab. S. Samper N° 9315). Los cortes muestran ovario. Se encontraron un quiste seroso grande, varios cuerpos fibrosos y pequeños quistes foliculares. Control: 3-VIII-50. Se ha suspendido la hemorragia. Sale del hospital en buenas condiciones.

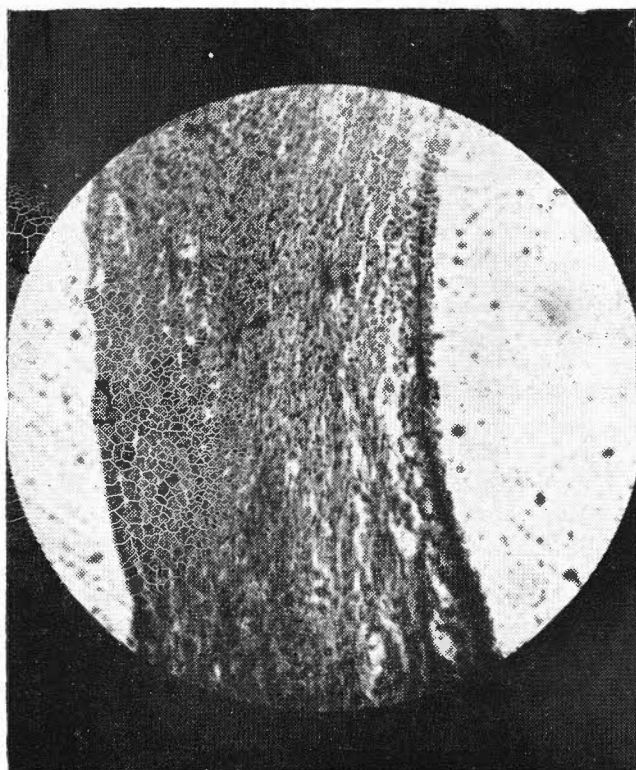
*Caso N° 10.*—Historia clínica N° 49-400. Diagnóstico: Ovario izquierdo poliquístico. Apendicitis. Edad 19 años. Síntoma principal: Dolor F. I. D. Hipermenorrea. Antecedentes patológicos: Tifo, viruela, sarampión. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 15 años. Ciclo 30-3. Ciclo irregular desde hace un año. Desde hace dos meses le dura ocho días. Menalgia de tipo congestivo. Flujo amarillo escaso. Antecedentes obstétricos: Un aborto de cuatro meses. Enfermedad actual: Dolor en F. I. D. desde hace 15 días, fiebre, vómito. Desarreglos menstruales desde hace un año. Examen general: Dolor a la palpación en F. I. D. que se irradia al epigastrio. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Utero y cuello normales. Ovarios aumentados de tamaño, especialmente el izquierdo.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme, ovario izquierdo. Apendicectomía. 1-XII-49. Control: 10-XII-49. Sale del hospital en buenas condiciones. 18-III-50. Ha presentado cuatro menstruaciones con ciclo 28-30-3-4. Ha desaparecido la menalgia.

*Caso N° 11.*—Historia clínica: 50-109. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos. Edad 35 años. Síntoma principal: Metrorragias. Antecedentes patológicos: Tiroides, viruela, sarampión. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 12 años. Ciclo 30-5. Hace 3 meses y medio se suspendió la menstruación. Desde hace 20 días hemorragia dolorosa, con coágulos. Antecedentes obstétricos: Siete hijos. Partos normales. Enfermedad actual: Después de 2 meses de amenorrea se presentó hemorragia genital con coágulos y dolores de tipo cólico. Con coágulos. Examen general: Nada especial. Examen ginecológico: Cuello y cuerpo ligeramente blandos pero de tamaño, forma y situación normales. En el fondo de saco derecho se palpa una masa del tamaño de un limón que parece corresponder a un ovario quístico. Fondos de saco sensibles.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. 3-III-50. Anatomía patológica: Tres preparaciones muestran ovario en el que hay numerosos quistes foliculares de gran tamaño. Abundante esclerosis. Congestión de





PLACA Nº 3.—Instituto de Radium, Nº 50-847.—Caso Nº 11 (Historia 50-109). En este campo se observa, con gran aumento, una banda de tejido ovárico que separa dos quistes foliculares.

los vasos sanguíneos. Edema. Control: 14-III-50. La enferma sale del hospital en buenas condiciones. 28-IV-50. La enferma ha presentado dos menstruaciones de caracteres normales. Ciclo 30-4.

*Caso Nº 12.*—Historia clínica Nº 49-173. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos bilaterales. Retroversión uterina. Edad 40 años. Síntoma principal: Períodos de amenorrea y de metrorragias. Antecedentes patológicos: No hay. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 15 años. Ciclo 30-8. Menstruaciones abundantes e irregulares desde hace 15 años, después de un traumatismo. Desde hace dos años, períodos de amenorrea cuando guarda reposo y polimenorrea cuando trabaja. Antecedentes obstétricos: 11 embarazos. 10 partos. 1 aborto. Enfermedad actual: Períodos de amenorrea seguidos de polimenorrea. Dolores abdominales. Examen general: Adenoma tiroideo. Examen ginecológico: Genitales externos: desgarró perineal de II grado. Cuello: erosión del endocervix. Cuerpo en marcada retroposición. Fondos de saco libres pero sensibles. Ovarios aumentados de tamaño

y sensibles. Biopsia endometrial: Hiperplasia. Los cortes muestran endometrio. Se ve proliferación ordenada y muy moderada, tanto del estroma como del epitelio. Los vasos sanguíneos están dilatados. Hay focos de hemorragia y de infiltración leucocitaria.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. Pexia del útero y de los ovarios. 13-VII-49. Anatomía patológica: (Inst. de Radium Nº 49-1915). Las preparaciones muestran ovario en el que se aprecia un gran quiste folicular y varios quistes más pequeños también foliculares. Hay un cuerpo lúteo y varios cuerpos fibrosos. Control: 25-VII-49. Sale del hospital en buenas condiciones. 17-VIII-49. Ha presentado una menstruación abundante. 20-IX-49. Ha vuelto a menstruar normalmente.

*Caso Nº 13.*—Historia clínica: 50-079. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos bilaterales. Edad 45 años. Síntoma principal: Polimenorrea. Antecedentes patológicos: Enfermedades de la infancia. Viruela, paludismo. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 14 años. Ciclo 30-2-3. Desde hace 3 años ciclo 15-8 con menalgia de tipo espasmódico. Flujo blanco. Mastalgia premenstrual. Antecedentes obstétricos: Cinco partos normales. Enfermedad actual: Desde hace tres años reglas abundantes cada 15 días con 8 de duración. Menalgia de tipo espasmódico. Flujo blanco. Mastalgia premenstrual. Sensación de malestar general antes de la regla, con cefalea y neurastenia. Examen general: Normal. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Vagina amplia con flujo blanco bien ligado. Cistocoele de II grado. Cuello hipertrófico con alteraciones en los labios anterior y posterior. Cuerpo normal. Se palpan ambos ovarios prolapsados, grandes y sensibles.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. 13-II-50. Control: 23-II-50. Sale del hospital en buenas condiciones. 15-III-50. Ha menstruado una vez con 3 días de duración.

*Caso Nº 14.*—Historia clínica: 49-178. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos. Adherencias. Apendicitis. Edad: 22 años. Síntoma principal: Menalgia. Antecedentes patológicos y quirúrgicos: No hay. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 15 años. Ciclo 30-38-4-5. Reglas dolorosas, de tipo espasmódico. Flujo abundante blanquecino, que aumenta especialmente antes de la regla. Mastalgia y cefalea premenstrual. Ausencia de orgasmo. Dispareunia. Antecedentes obstétricos: No hay. (Hace tres años que es casada). Enfermedad actual: Corresponde a los antecedentes ginecológicos. Examen general: Normal. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Flujo blanco amarillento. Cuello de nulípara normal. Cuerpo desviado a la derecha. A los lados del útero se palpan unas masas pequeñas, muy dolorosas al tacto, parecen corresponder a los ovarios.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. Liberación de adherencias al eplipón y al intestino. Apendicectomía. 15-VIII-49. Anatomía patológica: (Lab. S. Samper Nº 07720). Los cortes muestran ovario. Se ven folículos en diferentes estados de desarrollo. Un cuerpo hemorrágico y algunos quistes foliculares pequeños. Dilatación de los vasos sanguíneos. Control: 30-VII-49. Menstruación normal. Ha desaparecido la menalgia y el flujo. Duración 3 días.

*Caso N° 15.*—Historia clínica: 49-393. Diagnóstico: Ovario poliquístico izquierdo. Edad 25 años. Síntoma principal: dolor abdominal. Metrorragias. Antecedentes patológicos: Enfermedades de la niñez. Antecedentes quirúrgicos. Apendicectomía. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 14 años Ciclo 30-3. Desde hace 6 años tiene un ciclo de 15-15 con hemorragia abundante y menalgia de tipo congestivo. Dispareunia. Antecedentes obstétricos: Cuatro embarazos, dos partos normales, dos abortos de origen traumático. Enfermedad actual: Se refiere a los antecedentes ginecológicos. Presenta además dolores abdominales localizados especialmente en el hipogastrio y en las fosas ilíacas que se agudizan al tiempo de la regla. Mastalgia premenstrual. Cefalalgia. Examen general: Abdomen, cicatriz de apendicectomía. A la palpación, dolor en el epigastrio que se refleja hacia atrás; especialmente notorio en el punto cístico. Marcada sensibilidad en las dos fosas ilíacas. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello y cuerpo del útero normales. En el fondo del saco izquierdo se apreciaba una masa del tamaño de una avellana de consistencia blanda, superficie regular, muy dolorosa a la palpación. En el fondo del saco derecho se apreciaba una masa más pequeña con los mismos caracteres. Las dos masas descritas parecen corresponder a los ovarios. Frotis vaginal: Marcada preponderancia de células cornificadas y granulosas del estrato superficial.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme del ovario izquierdo. Resección de dos pequeñas formaciones fibrosas del ovario derecho. Anatomía patológica: (Inst. de Radium N° 49-3384). Las preparaciones muestran numerosos folículos primitivos. Escasos quistes foliculares. Esclerosis. Áreas de hemorragia. Control: 19-12-49. Cinco días después de operada menstruó durante 8 días siendo muy abundante la regla y presentando ligeros dolores especialmente en la F. I. D. El 12-I-50. Volvió a menstruar hasta el 16. Han disminuido los dolores.

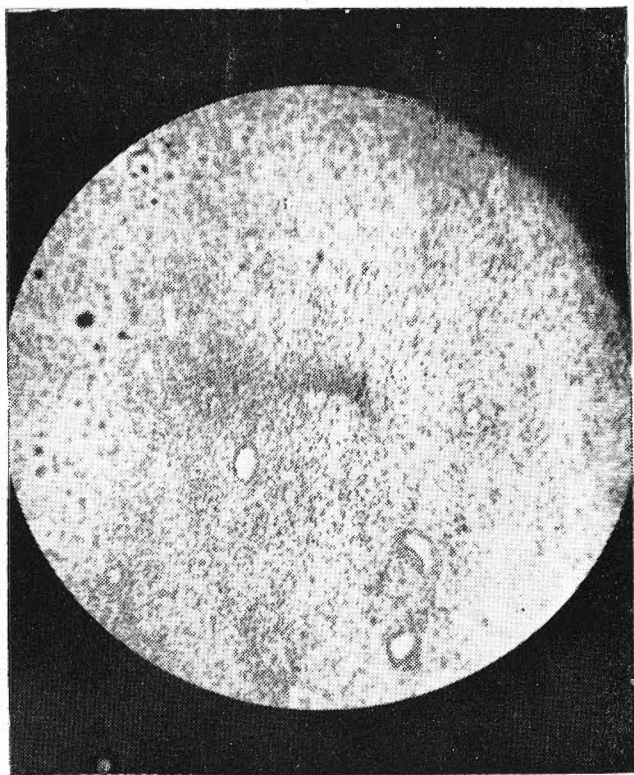
*Caso N° 16.*—Historia clínica N° 49-87. Diagnóstico: Ovario izquierdo poliquístico. Anexitis crónica. Edad: 38 años. Síntoma principal: Metrorragias. Antecedentes patológicos, quirúrgicos y obstétricos: No hay. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 14 años. Ciclo 20-8. Hipermenorrea con menalgia pre e intramenstrual de tipo espasmódico. Anteriormente, desde la pubertad, menometrorragia. Flujo blanco bien ligado, permanente. Hemorragia postcoito y dispareunia. Mastalgia premenstrual. Enfermedad actual: Corresponde a los antecedentes ginecológicos. Ha sido tratada médicamente sin ningún éxito. Examen general: Nada especial. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello de nupura desviado hacia atrás y a la izquierda. Cuerpo desviado a la derecha y atrás. Fondos de saco laterales dolorosos. Se palpan los ovarios aumentados de tamaño y sensibles. Frotis vaginal: Gran preponderancia de células del estrato superficial que denotan una marcada impregnación estrogénica.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme del ovario izquierdo. Salpingectomía derecha. 20-V-49. Anatomía patológica: (Lab. S. Samper N° 07530). Los cortes muestran ovario en el que se aprecian varios quistes foliculares pequeños, esclerosis moderada y signos de inflamación crónica. Control: 1-VI-49. Sale del hospital en buenas condiciones. No ha vuelto a presentar hemorragias.

*Caso N° 17.*—Historia clínica N° 49-337. Diagnóstico: Ovario derecho poliquístico. Retroversión uterina. Edad 29 años. Síntoma principal: Dolores ab-

dominales. Antecedentes patológicos: Enfermedades de la infancia. Tifo, pulmonía. Una hematemesis. Antecedentes ginecológicos: Menarquía a los 14 años. Ciclo 20-8. Hipermenorrea con menalgia de tipo espasmódico. Dispareunia. Antecedentes obstétricos: Tres embarazos. Tres partos normales. Enfermedad actual: Dolores abdominales localizados en el epigastrio y en las fosas ilíacas. Tos con expectoración mucopurulenta. Reacción febril. Examen general: Aparato respiratorio. Expiración soplada. Disminución de las vibraciones vocales a nivel del hilio izquierdo. Submacidez en las bases. Dolor en la región hiliar en ambos lados. Abdomen. Dolor a la palpación especialmente en las fosas ilíacas. Examen ginecológico: Genitales externos Monte de Venus escaso. Cuello normal. Cuerpo en marcada retroposición. En el fondo de saco derecho se aprecia el ovario aumentado de tamaño y sensible.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme del ovario derecho. Pexia del útero y de los ovarios. 21-X-49. Anatomía patológica: Numerosos cuerpos fibrosos; folículos primitivos, quistes foliculares pequeños. Zonas de proliferación conju-



PLACA Nº 4.—Instituto de Radium, Nº 49-3571.—Caso Nº 5 (Historia 49-424). Esta microfotografía, tomada con pequeño aumento, muestra también algunos quistes foliculares muy pequeños. Hay congestión de los vasos sanguíneos y un proceso inflamatorio caracterizado por la presencia de polinucleares.

tiva. (Inst. de Radium N° 49-3093). Control: 4-XI-49. Sale del hospital en buenas condiciones.

*Caso N° 18.*—Historia clínica: 49-191. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos bilaterales. Apendicitis. Edad 18 años. Síntoma principal: Dolor F. I. D. Oligomenorrea. Antecedentes patológicos, quirúrgicos y obstétricos: No hay. Antecedentes ginecológicos. Menarquia a los 17 años. Ciclo 25-½. Dolor premenstrual. Oligomenorrea. Dispareunia. Enfermedad actual: Dolor F. I. D., constipación, vómito. Examen general: Abdomen: palpación dolorosa especialmente en la fosa ilíaca derecha. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello pequeño. Utero hipoplásico. Fondos de saco sensibles. Frotis vaginal: Predominio de las células del estrato intermedio.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. Appendicectomía. 29-VII-49. Anatomía Pat.: (Lab. S. Samper. N° 07778). Ovario. Se ven abundantes folículos pequeños, dos quistes foliculares, cuerpos fibrosos. Control: 8-VIII-49. Sale del hospital en buenas condiciones. 15-IX-49. Ha presentado una menstruación de dos días de duración. Han desaparecido los dolores. Se ordenan estrógenos como tratamiento adyuvante. 23-XI-49. Ha menstruado dos veces con ciclo 29-30-3-4.

*Caso N° 19.*—Historia clínica N° 49-281. Diagnóstico: Ovario izquierdo poliúístico. Retroversión uterina. Edad: 30 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Antecedentes patológicos: Sinusitis. Tifo. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 11 años. Ciclo 15-8. Reglas escasas en cantidad pero de larga duración. Flujo mucoso. Dispareunia. Antecedentes obstétricos: Dos embarazos, dos partos normales. Enfermedad actual: Desde que tuvo el primer hijo tiene dolores abdominales especialmente en la fosa ilíaca izquierda. Además los trastornos menstruales descritos. Examen general: Abdomen: palpación dolorosa especialmente en F. I. I. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello de caracteres normales. Matriz en retroversión forzada. En el fondo del saco izquierdo, que es doloroso, se palpa una masa del tamaño de un limón, elástica, remitente y de superficie lisa que parece corresponder al ovario aumentado de tamaño. Anatomía patológica: No hay.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme del ovario izquierdo. Ligamentopexia de la matriz y de los anexos. 9-IX-49. Control: 3-X-49. Sale del hospital en buenas condiciones. Ha presentado una menstruación de caracteres normales. Han desaparecido los dolores.

*Caso N° 20.*—Historia clínica N° 50-118. Diagnóstico: Ovarios poliúísticos. Mioma uterino. Edad: 38 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Antecedentes patológicos quirúrgicos: No hay. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 16 años. Ciclo 30-25-22-2-3. Las primeras reglas fueron muy abundantes y con menalgia de tipo congestivo. Mastalgia. Después siguió reglando irregularmente hasta hace dos años. Desde entonces el ciclo es 22-2-3. Con reglas escasas, menalgia de tipo congestivo, mastalgia premenstrual. Dispareunia. Antecedentes obstétricos: Un parto normal. Enfermedad actual: Desde hace unos 3 meses presenta dolores abdominales especialmente en F. I. D. Además los trastornos ginecológicos anotados. Examen general: Nada espe...

Examen ginecológico: Monte de Venus escaso. Labios mayores atróficos. Cuello hipertrófico, duro, erosionado en el labio posterior. Cuerpo pequeño, duro, presenta una masa del tamaño de un limón. En los fondos de saco se palpan los ovarios aumentados de tamaño y dolorosos a la palpación.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. Miomectomía. Acortamiento de los ligamentos infundíbulo-pélvicos. Resección del nervio presacro. 14-III-50. Anatomía patológica: (Lab. S. Samper. Nº 08630). Los cortes muestran ovario en el que hay numerosos quistes foliculares. Zonas de esclerosis y algunos signos de inflamación. Se aprecian folículos primitivos y cuerpos fibrosos. Control: 21-III-50. Sale del hospital en buenas condiciones.

*Caso Nº 21.*—Historia clínica Nº 49-433. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos. Retroversión uterina. Edad 19 años. Síntoma principal: Amenorrea de nueve meses. Antecedentes patológicos y quirúrgicos: No hay. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 12 años. Ciclo 30-3. Desde hace 9 meses está en amenorrea. Mastalgia. Antecedentes obstétricos: Tres embarazos, partos normales. Enfermedad actual: Amenorrea de 9 meses. Dolores abdominales difusos. Sensación de peso en el hipogastrio. Dolor en las caderas. Examen general: Nada especial. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello de caracteres normales mirando al orificio vaginal. Matriz de caracteres normales pero en retroversión forzada. En los fondos de saco se palpan ambos ovarios sensibles y aumentados de tamaño. Frotis vaginal: Insuficiencia estrogénica ligera. Hay células del estrato intermedio y escasas células cornificadas.

*Tratamiento:* Resección cuneiforme de los ovarios. Ligamento-pexia uterina. 19-XII-49. Control: 2-III-50. Se encuentra: matriz en buena posición, fondos de saco libres no dolorosos. Está menstruando desde la operación normalmente con ciclo 30-3.

*Caso Nº 22.*—Historia clínica Nº 50-347. Diagnóstico: Ovario derecho poliquístico. Edad: 30 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Antecedentes patológicos: Disentería bacilar. Anginas frecuentes. Paludismo en varias ocasiones. Antecedentes quirúrgicos: Raspado uterino post-aborto hace tres meses. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. Ciclo 15-20. 5-6. A los 13 años tuvo la primera regla y luego duró un año en amenorrea. Regló después tres veces y presentó nueva amenorrea de 8 meses. Desde entonces ha reglado muy irregularmente con menalgia de tipo congestivo. Tensión premenstrual. Antecedentes obstétricos: Un parto normal y un aborto de dos y medio meses. Enfermedad actual: Desde hace 4 años presenta dolores abdominales especialmente en la F. I. I. que se acentúan con la menstruación y se acompañan de síntomas nerviosos con agitación, náuseas y vómito. Examen general: Nada especial. Examen ginecológico: Genitales externos: monte de Venus escaso. Periné con desgarró de II grado. Vagina flujo seroso. Cuello: labio anterior hipertrofiado y erosionado. Cuerpo de tamaño ligeramente aumentado. Ovario derecho aumentado de tamaño y sensible.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme ovario derecho. Anatomía patológica: (Inst. de Radium. Nº 50-1876)). Los cortes muestran ovario en el que hay numerosos y pequeños quistes foliculares. Áreas de esclerosis. Control: 26-VII-50. Sale del hospital en buenas condiciones.

*Caso N° 23.*—Historia clínica N° 49-223. Diagnóstico: Ovario poliquístico. Apendicitis. Edad 26 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Antecedentes patológicos y quirúrgicos. Amigdalectomía. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 18 años. Ciclo 30-4. Menalgia de tipo congestivo. Antecedentes obstétricos: No hay. Enfermedad actual: Desde hace dos meses dolores abdominales, especialmente en F. I. D. con un episodio agudo hace tres días. Constipación. Examen general: Abdomen: punto de Mc Burney doloroso. Pruebas apendiculares positivas. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Útero normal. Ovario derecho aumentado de tamaño y sensible.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme del ovario derecho. Apendicectomía 24-VIII-49. Anatomía patológica: (Lab. S. Samper. N° 08777). Los cortes muestran ovario en el que se aprecian folículos en diferentes estados de desarrollo. Un cuerpo hemorrágico. Varios quistes foliculares. Control: 19-IX-49. Sale del hospital en buenas condiciones.

*Caso N° 24.*—Historia clínica N° 49-360. Diagnóstico: Ovario derecho poliquístico. Retroversión uterina. Edad 43 años. Síntoma principal: Metrorragias. Antecedentes patológicos: Paludismo. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. Ciclo 15-3. Desde hace 4 años padece de hemorragias irregulares que duran hasta 10 días. Menalgia de tipo congestivo. Antecedentes obstétricos: 9 embarazos, 9 partos normales. Enfermedad actual: Se refiere a los antecedentes ginecológicos. Examen general: Nada especial. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello entreabierto, congestionado, erosionado especialmente en el endocervix, flujo amarillo bien ligado. Cuerpo en marcada retrodesviación. Fondos de saco sensibles. Ovarios aumentados de tamaño y sensibles a la palpación.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme del ovario derecho. Ligamentopexia de la matriz. Acortamiento del ligamento infundíbulo-pélvico. 31-X-49. Anatomía patológica: (Lab. S. Samper. N° 08143). Los cortes muestran ovario. Se encuentra un quiste seroso y varios quistes foliculares pequeños. Hay zonas de esclerosis. Control: 17-XI-49. Sale del hospital en buenas condiciones. No se han vuelto a presentar hemorragias. 18-I-50. No se encuentra nada ginecológico. Ha presentado dos menstruaciones de caracteres normales.

*Caso N° 25.*—Historia clínica: N° 49-297. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos bilaterales. Apendicitis. Edad 29 años. Síntoma principal: Polihipermenorrea. Antecedentes patológicos, quirúrgicos y obstétricos: No hay. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 15 años. Ciclo 30-2. Desde hace dos años sufre de hemorragias que duran hasta dos meses, se suspenden por un mes y vuelven a presentarse por dos meses. Las hemorragias son muy abundantes, en ocasiones con coágulos. Algunas veces se acompañan de dolores de tipo congestivo o espasmódico. Enfermedad actual: Corresponde a los antecedentes ginecológicos agregando síntomas de anemia, debilidad general y astenia. Examen general: Piel y mucosas pálidas. Corazón: desdoblamiento del primer ruido en el foco mitral; gran prediastólico en el mismo foco. Abdomen: hay ligera resistencia muscular a la palpación con sensibilidad profunda exagerada. Examen ginecológico: Cuello y cuerpo del útero de caracteres normales. Los fondos de saco laterales son sensibles y a la palpación bimanual se aprecian los ovarios

bastante aumentados de tamaño y también sensibles. Frotis vaginal: Hay una marcada preponderancia de células cornificadas.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. Apendicectomía. 3-IX-49. Control: 10-X-49. Se han suspendido las hemorragias. Sale del hospital en buenas condiciones.

*Caso Nº 26.*—Historia clínica Nº 49-138. Diagnóstico: Ovario izquierdo poliquístico. Retroversión uterina. Edad: 25 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Antecedentes quirúrgicos y patológicos: No hay. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 16 años. Ciclo 28-4-5. La II regla le vino un año después de la I. Después se normalizó la menstruación. Reglas poco abundantes con menalgia de tipo espasmódico el primer día y ligera cefalalgia premenstrual. Desde hace tres meses le vienen con más frecuencia, cada 20 días, de igual duración, pero con menalgia aguda de tipo mixto. Hay flujo blancuzco abundante. Antecedentes obstétricos: Un parto normal. Enfermedad actual: Corresponde a los antecedentes ginecológicos agregando trastornos nerviosos de tipo tensión premenstrual. Examen general: Abdomen: dolor generalizado a la palpación pero especialmente notorio en las fosas ilíacas y en el hipogastrio. Examen ginecológico: Genitales externos: Monte de Venus escaso. Cuello ampliamente erosionado en sus dos labios. Cuerpo dirigido hacia atrás, poco móvil. Fondos de saco laterales sensibles. Ovarios aumentados de tamaño y dolorosos a la palpación, especialmente el izquierdo.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme del ovario izquierdo. Ligamentopexia uterina. 23-VI-49. Control: 3-VII-49. Sale del hospital en buenas condiciones. Han desaparecido los dolores.

*Caso Nº 27.*—Historia clínica Nº 49-407. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos bilaterales. Edad 24 años. Síntoma principal: Hipomenorrea. Dolores abdominales. Antecedentes patológicos: Eczema, viruela, sarampión. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. Ciclo 28-32-3-4. Menalgia premenstrual de tipo congestivo que desaparece el primer día de menstruación. Desde hace un año hipomenorrea con ciclo 40-2. Ha tenido períodos de amenorrea hasta de dos meses. Dispareunia. Ausencia de orgasmo. Enfermedad actual: Corresponde a los antecedentes ginecológicos. Examen general: Dolor a la palpación del abdomen, especialmente en la fosa ilíaca derecha, donde se palpa una masa del tamaño de un limón que parece corresponder al ovario. Examen ginecológico: Genitales externos poco desarrollados. Utero infantil en buena posición. Los ovarios están aumentados de tamaño especialmente el derecho que es duro y lobulado. Ambos son sensibles a la palpación.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. Denervación de los mismos. 6-XII-49. Anatomía patológica: (Inst. de Radium. Nº 49-3492). Los cortes muestran ovario en el que se aprecian varios quistes foliculares, varios cuerpos fibrosos, algunos folículos atrésicos y zonas de esclerosis. Control: 14-XI-49. Sale en buenas condiciones. 10-XII-49. Menstruó el 3-XII escasa con dolor tipo espasmódico. 6-III-50. Ha venido menstruando con ciclo 30-3 escasas. Han cedido los dolores.

*Caso Nº 28.*—Historia clínica: 49-65. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos bi-



laterales. Apendicitis. Edad 28 años. Antecedentes patológicos: Enfermedades de la infancia. Antecedentes quirúrgicos y obstétricos: Negativos. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 12 años. Ciclo 30-3. Menalgia de tipo congestivo. Reglas escasas. Flujo postmenstrual. Enfermedad actual: Desde hace dos años dolores abdominales, especialmente en la fosa ilíaca derecha. Trastornos digestivos y ginecológicos. Examen general: Dolor a la palpación abdominal especialmente en F. D. I. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Himen intacto. Al tacto (con un dedo) se palpá el útero de caracteres normales. Los ovarios aumentados de tamaño y sensibles.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. Appendicectomía 21-XII-48. Control: 23-II-49. Al examen no presenta nada ginecológico. Ha menstruado normalmente.

*Caso N° 29.*—Historia clínica N° 49-113. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos. Miomatosis uterina. Edad: 25 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 14 años. Ciclo 20-3-4. La primera regla fue muy abundante y dolorosa; después ha seguido menstruando cada 20 días y dice que cuando hace cualquier ejercicio le viene la regla. Marcada dispareunia que le impide las relaciones sexuales. Antecedentes obstétricos y quirúrgicos: Negativos. Enfermedad actual: Desde hace un año padece de dolores abdominales, cefalalgia, oleadas de calor, neurastenia, reglas abundantes cada 15 o 20 días muy dolorosas. Examen general: Nada especial. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Flujo blancuzco abundante. Cuello normal. Cuerpo aumentado de tamaño, duro, de superficie irregular. Ovarios grandes, dolorosos. Fondos de saco muy sensibles.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. Miomectomía múltiple. 1-VI-49. Anatomía patológica: (Lab. S. Samper. N° 06833). Las preparaciones muestran ovario en el que se aprecian numerosos quistes foliculares, folículos atrésicos, áreas de esclerosis. Control: 11-VI-49. Sale en buenas condiciones. 27-VIII-49. Al examen no se encuentra nada ginecológico. Ha presentado dos menstruaciones normales sin dolor. 13-X-49 sigue menstruando normalmente.

*Caso N° 30.*—Historia clínica N° 49-85. Diagnóstico: Anexitis crónica. Ovarios poliquísticos. Edad 42 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Antecedentes patológicos: Tumor abdominal operado. Antecedentes quirúrgicos: Histerectomía subtotal? Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 15 años. Ciclo 30-4-5. La primera regla muy abundante. Después siguió menstruando normalmente hasta el año pasado cuando empezó a presentar metrorragias. Fue operada y no volvió a menstruar. Antecedentes obstétricos: Un parto normal. Enfermedad actual: Dolores abdominales especialmente en las fosas ilíacas. Examen general: Dolor a la palpación en las fosas ilíacas. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello normal. No se palpa cuerpo uterino. Anexos dolorosos a la palpación, aumentados de tamaño. Fondos de saco dolorosos.

*Tratamiento.*—Salpingo-ooforectomía bilateral. (Se encontraron los dos ovarios aumentados de tamaño y con múltiples quistes). Anatomía patológica: (Lab. S. Samper. N° 07524). Ovarios: La mayoría del parénquima ha sido reemplaza-

do por cavidades quísticas. Los tubos son de paredes esclerosas y muestran pequeños quistes de contenido seroso.

*Caso Nº 31.*—Historia clínica Nº 50-195. Diagnóstico: Ovario derecho poliquístico y retroversión uterina. Edad 30 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Antecedentes patológicos: Enfermedades de la infancia. Tifo, eripela y reumatismo. Antecedentes quirúrgicos: Artrodesis de la rodilla por tumor blanco. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 17 años. Ciclo 30-8. Desde un traumatismo que tuvo hace 9 meses le viene la regla cada 20 días con 4 de duración. Menalgia de tipo espasmódico. Antecedentes obstétricos: Un parto normal. Enfermedad actual: Desde hace dos años le comenzó por flujo vaginal blancuzco, fétido, bien ligado. Hace 9 meses sufrió una caída y desde entonces presenta alteraciones menstruales. Además, tos, expectoración y disnea. Examen general: Pulmones: signos de bronquitis crónica. Abdomen doloroso a la palpación. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Flujo blanco lechoso, bien ligado. Cuello ligeramente erosionado. Cuerpo en marcada retroversión. Ovarios aumentados de tamaño y sensibles a la palpación. Frotis vaginal: Predominancia de células del estrato intermedio y profundo. Escasas granulosa.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios. Pexia del útero y acortamiento del ligamento infundíbulo-pélvico. Control: 3-V-50. Sale del hospital en buenas condiciones.

*Caso Nº 32.*—Historia clínica: 50-117. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos. Anexitis T. B. C. Edad 20 años. Síntoma principal: Amenorrea de catorce meses. Antecedentes patológicos y quirúrgicos: No hay. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. Ciclo 30-3. Desde hace catorce meses se le suspendió la menstruación sin causa aparente. Dispareunia. Orgasmo muy raro. Antecedentes obstétricos: Un parto normal hace 4 años. Enfermedad actual: Se refiere a los antecedentes ginecológicos. No da ningún antecedente que pueda tener relación con su amenorrea. Examen general: Piel: Acné localizado en la cara y en el tronco. Várices poco pronunciadas en ambas piernas. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuerpo y cuello de la matriz de caracteres normales. En el fondo de saco izquierdo se palpa una masa del tamaño de un limón que parece corresponder al ovario aumentado de tamaño. La trompa del mismo lado se alcanza a palpar gruesa y dolorosa.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme del ovario izquierdo. Salpingectomía, del mismo lado. 13-III-50. Anatomía patológica: (Inst. de Radium. Nos. 50-956-957). Los cortes muestran ovario en el que hay numerosos quistes foliculares y signos de inflamación. Algunas áreas de esclerosis. (Lab. S. Samper. Nº 08-627). Diagnóstico microscópico: Salpingitis tuberculosa.

*Caso Nº 33.*—Historia clínica Nº 49-37. Diagnóstico: Ovaritis poliquística. Salpingitis. Retroversión uterina. Edad 40 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Antecedentes patológicos: Tifo y paludismo. Antecedentes quirúrgicos: Herniorrafia inguinal izquierda. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 12 años. Ciclo 30-3. Dolores intramenstruales localizados en la pelvis y fosas ilíacas. Flujo. Antecedentes obstétricos: Cinco embarazos, cinco partos

normales. Enfermedad actual: Dolores abdominales desde hace tres meses localizados especialmente en las fosas ilíacas que se hacen más fuertes durante la menstruación. Examen general: Tinte anémico de piel y mucosas. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Flujo blanco escaso. Cuello en situación posterior de caracteres normales. Cuerpo de marcada retroversión. Fondos de saco sensibles. Ovarios aumentados de tamaño, prolapsados y también sensibles.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme ovario izquierdo. Salpingooforectomía izquierda. Ligamento pexia uterina. Acortamiento del ligamento infundíbulo-pélvico. Anatomía patológica: Ovario: abundantes quistes foliculares. Signos de inflamación. Algunos cuerpos fibrosos. Trompa: salpingitis subaguda. (Lab. S. Samper. N° 07136).

*Caso N° 34.*—Historia clínica: 49-166. Diagnóstico: Fibromatosis uterina. Ovarios poliquísticos. Edad 25 años. Síntoma principal: Dolores abdominales. Metrorragias. Antecedentes patológicos: Enfermedades de la infancia. Paludismo. Antecedentes ginecológicos: Menarquía a los 16 años. Ciclo 15-20-3-4. Hipermenorrea. Menalgia de tipo espasmódico. Últimamente ciclo 15-20-8, con menalgia intensa y síntomas de tensión premenstrual. (cefalea, malestar general, etc.). Flujo abundante. Antecedentes obstétricos: Dos partos normales. Enfermedad actual: Se refiere a los antecedentes ginecológicos. Examen general: Tiroides ligeramente aumentadas de tamaño y de consistencia dura. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello hipertrófico, erosionado. Cuerpo aumentado de tamaño, de consistencia dura, con algunos nódulos miomatosos. Ovarios aumentados de tamaño y sensibles.

*Tratamiento.*—Histerectomía total. Salpingo-ooforectomía bilateral. Anatomía patológica: (Inst. de Radium N° 49-9204). Los cortes muestran ovario en el que hay numerosos quistes foliculares, algunos cuerpos fibrosos y zonas de esclerosis.

*Caso N° 35.*—Historia clínica: 49.155. Diagnóstico: Fibromatosis ureina. Ovarios poliquísticos. Edad 50 años. Síntoma principal: Polimenorrea. Antecedentes patológicos: Tifoidea. Viruela. Reumatismo. Antecedentes quirúrgicos y obstétricos: No hay. Antecedentes ginecológicos: Menarquía a los 12 años. Ciclo 30-3. Reglas abundantes y dolorosas. Desde hace un año se le están anticipando las reglas y últimamente le vienen cada 15 días. Enfermedad actual: Se refiere a los antecedentes ginecológicos. Examen general: Abdomen: a la palpación profunda se aprecia una masa dura, móvil, que rebasa tres dedos por encima de la sínfisis púbica y que parece corresponder al útero. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello de nulípara, ligeramente desviado a la izquierda. Cuerpo del tamaño de un embarazo de tres meses de consistencia dura. Fondos de saco sensibles.

*Tratamiento.*—Histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral. (Se encontraron ovarios poliquísticos). Anatomía patológica: (Lab. S. Samper N° 07681). Leiomioma múltiple del útero. Anexitis crónica. Los cortes de ovario muestran numerosos quistes de origen folicular. Algunos cuerpos fibrosos y foliculos en diferente grado de desarrollo. Hay zonas de esclerosis y de inflamación.

*Caso Nº 36.*—Historia clínica: 50-147. Diagnóstico: Fibromatosis uterina. Ovarios poliquísticos. Edad 42 años. Síntoma principal: Tumor abdominal. Antecedentes patológicos y quirúrgicos: No hay. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 12 años. Ciclo 30-3. Menalgia de tipo mixto. Tensión premenstrual. Antecedentes obstétricos: Un parto normal. Enfermedad actual: Sensación de peso en el hipogastrio. Menalgia de tipo mixto. Tensión premenstrual. Micciones frecuentes. Examen general: Abdomen: a la palpación se aprecia una masa del tamaño de un embarazo de 7 meses, de consistencia dura, elástica, bastante móvil. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Vagina corta estrecha. Cuello normal. El cuerpo se continúa con la masa abdominal descrita; la superficie es irregular, la consistencia es dura, elástica. Los fondos de saco laterales son sensibles.

*Tratamiento.*—Histerectomía subtotal. Salpingo-ooforectomía bilateral. (Se encontraron ambos ovarios aumentados de tamaño, quísticos y esclerosos). Anatomía patológica: (Lab. S. Samper Nº 08695). Leiomioma simple del útero. Los cortes de ovario muestran numerosos quistes foliculares, algunos cuerpos fibrosos y cuerpos hemorrágicos. Zonas de esclerosis.

*Caso Nº 37.*—(Los dos siguientes casos fueron cedidos gentilmente por el doctor J. Amoroch Carreño de su clientela particular).

N. N. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos bilaterales. Edad 25 años. Síntoma principal: Amenorrea. Esterilidad primaria. Antecedentes patológicos: Parotiditis. Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 14 años. Después se suspendió la menstruación por dos años. Luego ciclo 28-4 hasta los 22 años; en seguida se hizo irregular caracterizándose por oligomenorrea hasta hace un año. Desde entonces períodos de amenorrea de cuatro meses de duración. En algunas ocasiones presentó menalgia de tipo congestivo; otras veces mastalgia y cefalea premenstrual. Antecedentes obstétricos: Casada hace tres años; se queja de esterilidad. Enfermedad actual: Se refiere a los antecedentes ginecológicos. Examen general: Nada especial. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Vagina estrecha y corta. Cuello pequeño, de nulípara. Cuerpo de caracteres normales. En el fondo de saco derecho se palpa una masa del tamaño de un limón, móvil, sensible, de superficie irregular que parece corresponder al ovario. En el fondo de saco izquierdo se palpa una masa de caracteres similares pero más pequeña. Frotis vaginales: Seriados durante ocho ciclos indican que éstos son anovulatorios. Las curvas de temperatura basal, tomadas en serie, fueron constantemente monofásicas.

*Tratamiento.*—Después de una amenorrea de cuatro meses se hizo resección cuneiforme bilateral de los ovarios, seguida de legrado uterino. Anatomía patológica: (Inst. de Radium). Los cortes muestran ovario en el que se aprecian numerosos quistes foliculares, algunos cuerpos fibrosos y marcadas zonas de esclerosis. Control: Seis días después de la intervención presentó una primera menstruación, que duró tres días, de caracteres normales. 23 días después nueva menstruación normal que duró tres días. Nueva menstruación 29 días después, con tres de duración. Las curvas de temperatura basal tomadas durante

estos ciclos fueron de tipo bifásico. 28 días más tarde nueva menstruación de tres días, normal.

*Caso N° 38.*—N. N. Diagnóstico: Ovarios poliquísticos bilaterales. Edad 28 años. Síntoma principal: Amenorrea de 10 meses. Antecedentes patológicos: Enfermedades de la infancia. Antecedentes gineoclógicos: Menarquia a los 16 años. Ciclo 30-4 meses hasta hace cuatro años. Desde entonces presenta hipooligomenorreas que se han ido transformando en amenorreas hasta de diez meses de duración que cedían al tratamiento con progesterona, pero que últimamente se hicieron rebeldes a este tratamiento. Antecedentes obstétricos: No hay. Enfermedad actual: Se refiere a los antecedentes ginecológicos. Examen general: Ningún dato de importancia. Examen ginecológico: Genitales externos normales. Cuello de caracteres normales, de nulípara. Cuerpo pequeño, de caracteres normales. Fondos de saco sensibles; en el derecho se palpa el ovario aumentado de tamaño, como un limón, de superficie irregular y bastante sensible. El ovario izquierdo presenta caracteres semejantes. Los frotis vaginales practicados durante catorce meses indicaron un elevado nivel estrogénico. Las curvas de temperatura basal fueron monofásicas todo el tiempo.

*Tratamiento.*—Resección cuneiforme bilateral de los ovarios con acortamiento de los ligamentos infundíbulo-pélvicos. Anatomía patológica: (Inst. de Radium). Las preparaciones muestran ovario en el que se pueden apreciar varios quistes foliculares de diversos tamaños, folículos atrésicos, cuerpos fibrosos y un cuerpo hemorrágico. Marcadas muestras de esclerosis. Control: Durante cinco meses, después de la operación, ha presentado menstruaciones normales con ciclo 31-4. Las curvas de temperatura basal han sido bifásicas.

## CAPITULO V

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como se dijo al comenzar este trabajo, nuestro propósito fue el de aclarar ciertos conceptos no bien establecidos sobre el funcionamiento ovárico, y, más que todo, el de averiguar en forma cierta todo lo relacionado con la entidad denominada "ovarios escleroquisticos", "ovarios poliquisticos" u "ovaritis escleroquistica", que todas estas denominaciones tiene el síndrome que aquí hemos estudiado.

Los casos aquí presentados, todos ellos autenticados por los Jefes de Clínica y cuyas historias residen en el archivo del Servicio de Ginecología (que es, por cierto, bastante bien organizado y completo), fueron todos estudiados en compañía de mi Jefe de Clínica, el doctor Jorge Amoroch Carreño, a quien en realidad debo en gran parte el haber podido llevar a feliz término este trabajo que, si en verdad tiene algún valor, exclusivamente se debe a la orientación científica y a la extraordinaria gentileza con que se dignó él dirigir esta tesis. Decía que todas las enfermas fueron examinadas en compañía del doctor Amoroch, la gran mayoría operadas por nosotros (las que no hicimos juntos fueron operadas por mí con alguno de mis compañeros) y casi todas controladas después por uno de nosotros dos.

Es evidente que este trabajo tiene deficiencias debidas a la posición social de las enfermas estudiadas (todas pertenecientes a nuestra pobre clientela hospitalaria) pues algunos no pudieron ser controladas el tiempo suficiente como para obtener una conclusión aceptable respecto al éxito o fracaso del tratamiento a que fueron sometidas. Muchas viven en lugares apartados de Bogotá y, una vez salidas del Hospital, no regresaron a control. Pero, afortunadamente, hay un porcentaje bastante elevado de pacientes que fueron sometidas a exámenes durante varios meses después de la operación y son éstas las que nos permitieron establecer las conclusiones que a continuación vamos a enunciar.

En primer término debemos establecer, en forma definitiva, que la entidad denominada ovaritis escleroquistica u ovarios poliquisticos, constituye una realidad clínica diagnosticable tanto por la sintomatología que relata la enferma como por los signos obtenidos al examen clínico. Haciendo un resumen de aquélla y de éstos podemos decir que se encuentran trastornos de orden general y de orden genital.

Entre los trastornos generales podemos mencionar los relacionados con el sistema nervioso que pueden equipararse a los que se presentan en el síndrome denominado tensión premenstrual: cefalea, neu-

rastenia o irritabilidad, oleadas de calor y otras manifestaciones más o menos vagas. Entre los trastornos ginecológicos llaman la atención especialmente los que se refieren a la menstruación encontrándose toda la gama de anormalidades que puedan alterarla.

La esterilidad es el síntoma más importante y el que obliga a las enfermas a consultar con mayor urgencia.

El dolor, síntoma bastante frecuente, es variable tanto en intensidad como en la manera de manifestarse (punzadas, cólicos, etc) y no presenta en lo general periodicidad ninguna.

El diagnóstico clínico se basa en el síndrome descrito, agregando el hallazgo de ovarios voluminosos y frecuentemente sensibles al tacto vaginal.

Se usan distintas pruebas para asegurar el diagnóstico tales como las curvas de temperatura basal y los frotis vaginales seriados. Se verifica el diagnóstico en todos los casos en el curso de la intervención y se confirma por la anatomía patológica.

El tratamiento es quirúrgico, teniendo en cuenta los fracasos con los variados tratamientos médicos obtenidos por los distintos investigadores americanos y el éxito alcanzado con la cirugía. No se rechaza el uso de la hormonoterapia post-operatoria para regularizar el ciclo.

La operación que se realizó, sistemáticamente, fue la resección cuneiforme de los ovarios, uni o bilateral, seguida de reconstrucción. Además se procuró corregir cualquier defecto que se observó en el curso de la intervención.

No se puede decir que los resultados fueron ciento por ciento satisfactorios, pues, si bien es cierto que en gran parte de los casos se obtuvo una desaparición absoluta de los síntomas, y en otros una mejoría muy notoria con recuperación de las principales funciones, en otros casos, afortunadamente los menos, hubo fracasos absolutos que son sin embargo explicable por la presencia de alteraciones concomitantes con el síndrome ovárico, imposibles de controlar o de suprimir. Tal es el caso, por ejemplo, de una de nuestras pacientes que presentaba, junto con ovarios poliquísticos bilaterales, una peritonitis T. B. C. que invadía todo el tracto genital interno.

He procurado presentar las historias clínicas de manera que las primeras se refieren exclusivamente a los ovarios poliquísticos. Enseguida presento las diferentes asociaciones que encontré: con anexitis, con retroversión, con apendicitis, con anexitis T. T. C., con fibroma, etc. Por último dos casos, cedidos por el doctor Amoroch, por parecerme muy típicos y estar con curvas de temperatura basal y frotis vaginales seriados.

## BIBLIOGRAFIA

### Libros:

*Text Book of Gynecology*, Emil Novak.

*Tratado de Ginecología*, Curtis.

*Esentials of Gynecology*, Willard R. Cooke.

*Tratado de Ginecología*, V. Conill.

*Menstrual disorders and esterility*, Mazer & Israel.

*Ginecología operatoria*, Crossen y Crossen.

*Progress in Gynecology* (The morfological and endocrine basis for menstrual bleeding). J. E. Markee.

*Progress in Gynecology* (Evidence for and the significance of Menstrual Toxin), Smith & Smith.

*Principios y práctica de obstetricia*, De Lee & Greenhill.

*The esentials of Obstetrics and Gynecology*, Scott & Van Wyck

*Terapéutica Ginecológica*, Calatroni-Ruiz.

*Traité de Medicine* (Maladies des Glandes Endocrines). Guy Laroche.

*Enciclopedia Médico-quirúrgica* (El ovario escleroquistico), Ed Chomé.  
y otros...

### Revistas:

*Results of Bilateral Ovarian Wedge Resection in 47 cases of sterility*. Am. J. of Obst. & Gin., J. L. Stein, Cohen & Elson.

*"Operative procedures for the treatment of sterility and ovarian dysfunctions"*. Am. J. of Obst. & Gin., J. L. Reycraft.

*Bilateral polycystic ovaries, Stein-Leventhal Syndrome*. Am. J. of Obs. & Gin, Ingersoll & Mc Dermott.

y otras...