LA INSUFICIENCIA DE DESARROLLO DEL APARATO GENITAL, ELEMENTO BASICO DE LA GINECOLOGIA JUVENIL*

*Prof. Robert Contamin, M.D.***

I - Introducción

La hipotrofia o la hipoplasia del aparato genital femenino no han llamado suficientemente la atención de los ginecólogos, y lo que pareciera una paradoja, menos aún en sus manifestaciones leves, muy a pesar de ser ellas las que encontramos con mayor frecuencia en la práctica diaria.

Si bien en los textos y enciclopedias las formas graves de malformaciones son minuciosamente descritas y estudiadas, no sucede lo mismo con los estados aparentemente benignos a los que solo se les dedican unas líneas vagas e imprecisas, algunas veces con errores y sin conclusiones prácticas.

Es el resultado de la elección habitual del estudio de las lesiones raras que llaman particularmente la atención de especialistas un poco indiferentes por la observación corriente, y la indiferencia por los casos benignos que no llenan de entusiasmo a los investigadores.

Y cabe aquí una consideración: no debemos reservar nuestros esfuerzos únicamente a los pacientes que despiertan nuestro interés científico por ser problemas difíciles de resolver, sino que debemos también consagrar-

nos a trabajos más silenciosos y modestos, y dedicar nuestro tiempo y entusiasmo a estudios que no desperditarán la misma admiración ni proporcionarán a sus autores la misma consideración.

El ginecólogo no se encuentra colocado en la alternativa dramática del cirujano en tiempo de guerra que debe hacer una selección, a veces dolorosa, entre los actos operatorios simples que asegurarán el máximo de curación a un mayor número de heridos de poca importancia, renunciando en cambio a los más largos y difíciles que no salvarían sino a un reducido número de heridos graves.

Pero felizmente al ginecólogo le llega la oportunidad, sin abandonar el estudio de las malformaciones mayores ya comprendidas en la Ginecología Infantil, de dedicar la misma atención a las distrofias menores que va a encontrar en un gran número de pacientes quienes, por falta de consejo, asisten no muy oportunamente al primer examen médico. Son ellas

* Conferencia pronunciada en el Simposio sobre Ginecología juvenil el 10 de mayo de 1969 en la Universidad de Lausana.

** Profesor de clínica y cirugía ginecológica en la Universidad de Grenoble, Francia. Traducción del Dr. Alberto Duarte Contreras.

quienes constituirán por su "cantidad" la Ginecología Juvenil.

Una experiencia ya muy larga nos ha llevado a la convicción de que la mayor parte de las afecciones del aparato genital de la mujer adulta tiene su origen en el desarrollo insuficiente o retardado de sus órganos genitales durante la adolescencia.

Un gran número de las pacientes adultas que asiste a nuestra consulta privada u hospitalaria presentan perturbaciones ya manifiestas desde la niñez o la adolescencia; ello ha hecho, después de muchos años, que nos interemos por este problema capital tan olvidado o abandonado por largo tiempo.

Y hemos llegado a la concepción de que la hipotrofia o hipoplasia genital constituye un síndrome bien diferenciado y cuyos elementos constitutivos vamos a analizar de inmediato.

II Estudio anatómico fisiológico de la hipotrofia genital

Según la distinción establecida por Peter, el gran Maestro desaparecido de la escuela de Praga, a cuyo eminente sucesor el Profesor Vasely saludamos hoy con agrado, la hipotrofia genital correspondería a la conservación tardía del tipo puberal, mientras que la hipoplasia sería la reducción de las proporciones de un útero en relación con el tipo morfológico que normalmente observamos a una edad determinada; ello presenta un interés no solamente teórico sino sobre todo práctico en el establecimiento del pronóstico de los esfuerzos terapéuticos.

El diagnóstico anatómico del retardado de desarrollo del aparato genital

es esencialmente positivo: la certeza nos la dará la exploración clínica.

El aspecto somático general nos da alguna orientación ya que son dos los tipos netamente opuestos los observados con mayor frecuencia en las jóvenes y mujeres que sufren retardado o insuficiencia de desarrollo del aparato genital:

Bien sea una silueta longilínea,seudomasculina, con hipotrofia mamaria y pelvis poco desarrollada; o una morfología baja con notoria adiposidad y perturbaciones circulatorias muy aparentes. Tanto la hipotrofia de los senos, muchas veces sin grasa, como la de la vulva y de los grandes y pequeños labios y los defectos de la pilosidad hacen prejuzgar el resultado del examen de los genitales internos, el que debemos practicar en las vírgenes por tacto rectal y en algunas pocas veces por tacto vaginal prudente.

Esta investigación nos permite constatar un útero de pequeño tamaño, netamente antiflejado como aguja de croché o en arco de círculo o en retroversión de grado variable hasta poder encontrar totalmente invertido el útero aún en pacientes muy jóvenes. La sensación de la mucosa vaginal, la consistencia más o menos firme del útero y la coloración vulvar son igualmente dignas de observar. Estas lesiones anatómicas están evidentemente bajo la dependencia de una alteración fisiológica por parte probablemente del eslabón superior diencefalohipofisario y en la cual el eslabón inferior u ovárico juega un papel más o menos determinante.

La aparición de las reglas es por lo general tardía, y se produce entre los 12 y los 14 años en nuestro medio; se puede decir con mucha seguridad, que las jóvenes cuya menarca

no se ha presentado a los 14 años están abocadas a consecuencias más o menos serias en su vida genital y aún general.

Aun cuando algunas jóvenes hayan menstruado a la edad normal bien pueden presentar más tarde anomalías menstruales en especial ciclos largos o ciclos cortos y aún amenorreas, o por el contrario menstruaciones hipermenorreicas y aún verdaderas hemorragias. Las menstruaciones se presentan, la mayoría de las veces sin dolor, pero pueden acompañarse de dismenorrea y de fenómenos reflejos muy acentuados que obligan al reposo.

Podríamos hablar mucho al respecto, pero lo que interesa en nuestra exposición es el retardo o la insuficiencia secundaria del desarrollo genital a pesar de una menarca en edad normal.

Según la edad en que se manifieste la disfunción glandular, su complejidad y su intensidad, será diferente la respuesta anatómica de cada joven. Es así como el desarrollo somático puede ser normal o bien puede estar severamente retrasado tanto el de las glándulas mamarias y el de los órganos genitales externos como el de los genitales internos. Todas las variantes son posibles y caracterizan a cada paciente en particular.

III Etiología y patogenia

Tomando como base las consecuencias que hemos observado en las mujeres que presentan estos fenómenos distróficos encontraremos un desorden del aparato endocrino en diferentes grados y en diversas glándulas, de las cuales casi siempre una estará más directa e intensamente afectada que las demás.

Este desorden de origen general, nervioso y circulatorio, obedece a una insuficiencia secretora de las glándulas endocrinas, ováricas en particular, cuyo aporte hormonal es insuficiente para asegurar el desarrollo normal de los órganos colocados bajo su estrecha dependencia. Todo esto merecería un largo análisis basado sobre dosificaciones biológicas y otros medios de investigación pero nos llevaría muy lejos en la exposición general del problema tal como lo hemos concebido y del cual queremos insistir de manera preferencial en la pauta que debe guiar nuestra acción en este campo, al cual, muy a pesar nuestro, podemos calificar de novedoso.

Aun cuando no queremos extendernos en las consideraciones patogénicas, de por sí muy interesantes, citaremos brevemente, y en esto estamos trabajando, los factores etiológicos que parecen determinar o favorecer las carencias en el desarrollo genital:

1º La herencia. Juega un papel importante en la génesis de esta deficiencia y repercute con mucha frecuencia en todos los miembros de una misma familia.

2º De tiempo atrás se tiene muy en cuenta el bajo nivel de higiene al cual ha podido ser sometida la niña y da testimonio de ello la experiencia de las últimas guerras.

3º Las enfermedades infecciosas de la infancia, del período prepuberal o de la pubertad y particularmente las paperas, (cuya predilección de localización al complicarse son las glándulas genitales aun cuando en menor escala en la joven que en la niña) merecen lugar de predilección en la etiología de la distrofia que estudiamos.

4º Por último agregaremos la influencia desfavorable de ciertas perturbaciones de orden psicológico que sobrevienen muy frecuentemente en el gran número de familias desunidas, si bien en ellas podremos encontrar otras causas.

Todos estos factores pueden ser bien invocados y seguramente muchos otros en la etiología de lo que llamaremos con cierta reserva "el síndrome de insuficiencia en el desarrollo del aparato genital femenino" y cuyas consecuencias estudiaremos centrándolas en el período de vida en que se manifiestan con aspectos propios bien diferenciados.

IV Estudio clínico

Aun cuando no represente más que el valor de un esquema para claridad de la exposición, dividiremos este estudio en tres fases que corresponden a la vida de la niña y de la joven, luego a la vida genital y por último al período obstétrico.

En cada uno de estos períodos estudiaremos la naturaleza de los síntomas funcionales encontrados y en particular aquellos que obligan a la paciente a pedir consejo médico.

1º Para la niña impúber los más frecuentes son las leucorreas que la llevan con frecuencia al ginecólogo acompañada por su madre preocupada por esta alteración que es, como lo veremos más adelante, altamente significativa.

Luego, la ausencia del desarrollo a la edad habitual o su aparición más o menos tardía por la afinidad de modalidades que alteran la menstruación y de manera especial por los fenómenos dolorosos y reflejos generales que la acompañan.

Por otra parte llaman la atención los fenómenos hormonales y circula-

torios y de manera especial aquellos que alteran la estética de la joven que llega a la edad de hacerse atractiva. Citaremos la adiposidad, las infiltraciones celulíticas de las caderas y de los miembros inferiores, la eritrocianosis, el principio de formaciones varicosas, el acné juvenil que daña el cutis y deja en él cicatrices indelebiles. En fin, en ciertos casos se encontrará afectado el siquismo desde el simple nerviosismo hasta los estados depresivos o melancólicos que pueden llevar a la anorexia mental. Paralelamente se podrá notar un retardo intelectual, una persistencia del estado de espíritu infantil, dificultad en el dominio de la concentración y de la memoria, responsables de la falta de éxito en los estudios.

2º La joven que haya presentado estas alteraciones en el curso de la adolescencia no podrá tener hijos cuando llegue a la vida del hogar, contrariamente a la creencia popular y desafortunadamente a la de muchos médicos.

Y en este preciso momento es cuando los síntomas se empiezan a agravar. Se constata de inmediato una dispareunia y una frigidez que trastornan las primeras relaciones sexuales y crean una causa primordial de desaveniencia conyugal. Se desarrolla luego la inflamación crónica que corre parejas con la hipotrofia y aparecen en seguida las vulvovaginitis, las cervicitis, y aún, en los casos extremos, las metritis y parametritis, de las cuales el esposo, casi siempre acusado de causante, está muy lejos de cualquier responsabilidad.

3º Y llega por fin el problema obstétrico. Ciertas jóvenes entre las más afectadas quieren catalogarse infecundas y esta esterilidad primaria arruina muchos hogares recién formados; y luego la pareja, después de un

período de espera más o menos largo según su paciencia y su esperanza, recurre a la consulta médica la que hubiese sido ventajosa si se hubiese efectuado mucho antes.

Otras, relativamente más favorecidas, quedan encinta, pero su gestación es frágil, molesta y aún anormal. Observaremos en ellas el aborto espontáneo que puede repetirse y hacerse aún habitual, los embarazos extrauterinos favorecidos por el estado distrófico ovárico y tubárico, disminuyendo así, por sus inconvenientes propios, la posibilidad de la maternidad futura.

El embarazo se desarrolla con frecuencia de manera penosa si no se le presta eficaz ayuda y termina con frecuencia en partos prolongados y laboriosos que exigen a más de una estricta asistencia médica del trabajo, el uso de difíciles maniobras obstétricas y quirúrgicas.

La distrofia de partes blandas, mucho más frecuente que la distocia ósea, unida a la estrechez pélvica es una verdadero problema para la madre y el hijo quienes conservarán a través de toda su existencia las marcas indelebles de uno o varios partos desafortunados como lo observamos con bastante frecuencia en nuestros días.

Los tejidos de la mujer, mal preparados por su pobreza anatómica y sobre todo fisiológica no recobrarán después del parto su valor funcional anterior; esta pobreza anatómica y fisiológica es la causante de la frecuente y molesta distocia de partes blandas.

El obstetra constatará de inmediato la dilatación vaginal precursora del futuro prolapso genital de consecuencias nefastas bien conocidas y estudiadas, como también la insufi-

ciencia muscular abdómino perineal, síndrome éste muy ignorado, el que me he permitido exponer recientemente en esta ciudad gracias a la hospitalidad de nuestros colegas de la Suiza francesa.

No nos extenderemos en la presentación de todos los accidentes posibles que trae la hipoplasia genital, los que pueden presentarse desde la adolescencia hasta la edad madura y la vejez. Estos, si se les busca, son fácilmente atribuibles a su verdadera etiología pero desafortunadamente para el futuro de las pacientes casi siempre demasiado tarde.

Ni insistiremos sobre las nefastas consecuencias que agravan pesadamente el porvenir del niño así procreado y lanzado al mundo.

Esta interdependencia nos coloca en el dominio de la pediatría, si bien el obstetra y mejor aún el ginecólogo aportan una mayor contribución que yo diría indispensable, para la plenitud de la atención pediátrica; este acercamiento ya realizado en algunos países tales como en Checoslovaquia representa una tendencia que se irá afirmando progresivamente y que constituirá a no dudarlo, un progreso determinante en la orientación médica en los próximos años hacia una vida física mejor.

V Diagnóstico

El diagnóstico, ya lo hemos dicho, es esencialmente positivo. Basta pensar en él para encontrar más o menos todos los signos de examen que hemos señalado al principio de esta exposición y entre los cuales la ante-flexión del cuerpo sobre el cuello uterino es uno de los más fieles a pesar de los cambios sufridos en el curso de la existencia.

Es casi inútil agregar que todos los exámenes complementarios radiológicos y biológicos podrán ser utilizados con largueza.

VI Evolución

Abandonada a sí misma, la evolución de la hipotrofia genital tiene muy poca posibilidad de mejorar una vez pasados los años de la niñez y de la adolescencia. Se presenta por lo general una agravación rápida y llamativa de los síntomas, lo que conduce a la mujer, desafortunadamente deteriorada en su psiquismo y en su moral en relación con la esperanza en su maternidad, a consultar por fin al ginecólogo y con alguna frecuencia a un gran número de representantes de muy variadas especialidades entre los cuales el siquiatra nunca está ausente.

Será preciso para la mujer en este lance no abandonarse al mito de la "buena suerte" movida frecuentemente por un remordimiento tardío, ni a la virtud benéfica del matrimonio y de la vida sexual que casi milagrosamente vayan a borrar las consecuencias de una larga negligencia que ha permitido agravaciones orgánicas, anatómicas y fisiológicas las que primitivamente hubieran sido más fáciles de curar.

Es entonces, ante las amenazas inevitables que van a ensombrecer el porvenir de la niña y de la joven, cuando el médico instruido y consciente de su deber debe tomar una posición activa ante la ignorancia y el descuido. El problema de la hipotrofia genital responsable de numerosos males en el curso de la vida debe ser considerado con mejor criterio del que comunmente se le da.

Las medidas que nuestra experiencia nos ha enseñado y que son sin lugar a dudas eminentemente útiles,

son las que vamos a exponer en el siguiente capítulo, consagrado a la terapéutica.

VII Tratamiento

El tratamiento debe seguirse con perseverancia pues no se debe esperar que donde la naturaleza ha empleado varios años para llegar a la maduración genital, podamos conseguir nosotros un desarrollo en pocas semanas o meses tal como desafortunadamente lo hemos visto anunciado bajo el efecto mágico de terapéuticas milagrosas!

Ciertos principios de tratamiento se aplican de manera particular, y a veces únicamente, a un período determinado de la vida: otros son comunes a diferentes fases de la vida genital.

1º Veamos en primer lugar el tratamiento de la hipotrofia genital en la niña.

Hace algún tiempo se limitaba a algunas prescripciones médicas y a la observación de ciertas reglas dietéticas. Se le agregaba en la clase pueril, cambios de clima y curas termales. Una gimnasia racional, y la práctica moderada de deportes eran preferibles en conjunto en aquellas niñas pues podían seguir cómodamente sus estudios y sus labores sin interrupción alguna.

Esta línea de conducta que no acarrea riesgo alguno, no dejaba de dar ciertos resultados favorables.

Llega luego la era moderna más activa con la hormonoterapia: abre grandes esperanzas y parece anunciar muchos éxitos. Parecía infinitamente lógico tratar las insuficiencias glandulares endocrinas por la substitución de productos hormonales naturales en un principio y sintéticos más

tarde, y a precios muy al alcance de todos.

Pero en la misma forma que cuando en el tratamiento de la diabetes se aplica únicamente insulina o en las deficiencias de algunas glándulas endocrinas se suministran solamente sus extractos propios, tampoco se puede llegar con la sola hormonoterapia a la curación radical y completa de serias alteraciones ováricas ni de la hipoplasia genital.

Los productos de estructura química forman una larga y variada lista de hormonas naturales o sintéticas, incluyendo la "célebre píldora" cuyos inconvenientes se han pretendido encubrir.

Se obtiene en general después de la primera aplicación, un éxito notable y algunas veces espectacular que parecería un estímulo para seguir un tratamiento tan precioso. Pero la desilusión sobreviene muy rápido y nos vemos abocados a recurrir entonces a grandes y repetidas dosis del agente terapéutico para, después de una fase estacionaria llegar al fracaso y aún, con mucha frecuencia, a la agravación del estado inicial aun cuando parezca reaccionar de mes en mes favorablemente a los esfuerzos terapéuticos.

La esclerosis glandular más o menos curable, o más o menos definitiva es con mucha frecuencia la respuesta a la terapia hormonal.

Así recomendamos, como lo hacen muchos autores con verdadera experiencia en la materia, una gran prudencia en la prescripción de la terapéutica hormonal y de otras que pueden conducir algunas veces a catástrofes felizmente raras aun cuando de ellas poco se habla pero que en todo caso llevan inmanejablemente, después de una aparente mejoría transitoria,

al fracaso más o menos completo y definitivo.

Si podemos decir que desde el punto de vista funcional hemos alcanzado, gracias de manera especial a la progesterona y al estradiol y al gran poder del estradiol a muy bajas dosis, notorias mejorías de alteraciones funcionales secundarias, no hemos obtenido jamás tanto en nuestras experiencias personales como en las de algunos colaboradores nuestros una mejoría franca en el desarrollo genital retardado o insuficiente. Pero estas constataciones más pesimistas que algunas comunicaciones un poco inspiradas por sentido comercial, no son para incitar al ginecólogo a proscribir de plano algo que mañana bien puede estar justificado.

No hago más que un llamado a la prudencia terapéutica en el estado actual de nuestras posibilidades y una puesta en guardia contra los tratamientos aventurados que pueden perjudicar al paciente constituido así en su víctima, y desencadenar en la opinión una gran desconfianza que ya ha comenzado y cuyos rumores nosotros ya escuchamos.

También hemos dado preferencia de tiempo atrás en la indicación terapéutica a la electroterapia, la que al obrar sobre la vasomotricidad circulatoria estimula directamente las secreciones de las glándulas internas. Entre las diversas modalidades de aplicación, y después de una larga experiencia que sobrepasa a los tres mil casos, hemos fijado nuestra elección en los rayos infra rojos de 4 a 6 micrones de longitud de onda, en las ondas cortas de 11 a 12 metros y en las ondas ultracortas centimétricas. La elección de longitud de onda es de una importancia capital tal vez un poco desconocida aun cuando fue tratada con toda claridad en el

ya viejo estudio de Shliephake de Glessen.

Son indispensables veinte a treinta sesiones de veinte minutos cada una y espaciadas uno, dos o tres días. La mejoría no aparece de inmediato pero se establece progresivamente en un lapso de uno a dos años. En los casos más severos, especialmente en aquellos que han sufrido la influencia nefasta esclerosante de los estrógenos, las sesiones pueden y aún deben repetirse a intervalos más o menos distantes.

Para la inflamación sobreagregada, favorecida y sostenida por la deficiencia hormonal, como lo expresamos al comienzo, debemos contentarnos frecuentemente con simples cuidados locales tales como la aplicación de óvulos vaginales seguida al otro día de una ducha ligeramente antiséptica por medio de una cánula muy fina. La antibioticoterapia y la sulfamidoterapia son útiles en los procesos agudos pero carecen de acción en los procesos crónicos.

Estos tratamientos expuestos, totalmente inofensivos no nos han dado jamás en treinta años el menor incidente y menos aún el menor accidente y son de fácil aplicación en las jóvenes pues son indolores y no necesitan instrumental alguno. Es inútil insistir una vez más que serán tanto más eficaces cuanto más precozmente se empleen, asociándolos así estrechamente al proceso de desarrollo natural de laparato genital en el curso de la adolescencia.

Hay un pequeño corolario para agregar a este plan de tratamiento en las jóvenes: el de la retroversión uterina que es contemporánea del período puberal a punto tal que en ciertos casos no hace su manifestación total sino después del embarazo y del

parto. Cuando alcanza ya su tercer grado o sea cuando la retroversión es completa y se acompaña además de retroflexión, el único recurso es de orden quirúrgico. Y hay sorpresas que se constatan en el curso de la ligamentopexia, (la que prescribiremos formalmente aún sin que haya síndrome doloroso o funcional): la extensión de las lesiones visibles macroscópicamente, tales como varicocele infundíbulo pélvico marcado, ovarios escleroquisticos bilaterales, hipotrofia uterina acompañada algunas veces de hipoplasia de las trompas las que se encuentran rudimentarias y poco adaptadas para la capacitación del óvulo en una fecundación futura. Casi todos los procedimientos de pexia pueden ser usados y no insistiremos, no es el caso, que sean ejecutados convenientemente asegurando la conservación del anexo igualmente prolapsado como también la del útero, y dejándolos en posición fisiológica sin hipercorrección.

Si no hay posibilidad de tratamiento operatorio en la retroversión de primer y segundo grado, o sea para el útero en posición horizontal e intermedia, se puede tentar la aplicación del tratamiento electroterápico que hemos aconsejado anteriormente: los resultados son bastante satisfactorios en el primero de los casos.

Necesariamente se deberá practicar la electroterapia después de la pexia ya que recaemos en la indicación habitual del tratamiento del retardo del desarrollo del útero hipotrófico en posición normal.

Pasemos ahora al problema terapéutico tal como lo vamos a encontrar más tarde en la joven.

2º Tratamiento de la hipoplasia genital en las jóvenes.

En ellas las primeras relaciones sexuales frecuentemente aceleran los fenómenos de inflamación crónica concomitante, latentes hasta entonces en la niña.

Veremos aparecer las vulvovaginitis, las cervicitis y aún las parametritis, excepcionalmente las anexitis. Las formas agudas serán rápidamente controladas por la antibióticoterapia, pero no habrá interés alguno en seguir su aplicación cuando se ha alcanzado la cronicidad, pues como bien sabemos y ya lo hemos dicho, no tienen entonces acción alguna aún a dosis fuertes y prolongadas.

Si ha existido la crisis aguda y ya ha sido reducida, aplicaremos de inmediato el tratamiento físico aconsejado, el que por su acción circulatoria tendrá el doble efecto de mejorar la secreción endocrina del ovario y eliminar la exudación inflamatoria.

Una de las grandes posibilidades terapéuticas será la práctica de la electrofulguración del cuello, exo y endocervical, de la cual ya hemos hablado en un trabajo presentado hace algunos años con 2.500 casos, muy sobrepasados hoy en día. Pero aquí también, con miras a obviar ciertos reproches justificados, insistimos en que este acto de pequeña cirugía debe ser perfectamente ejecutado por un operador experimentado y no sea confiado a manos más ávidas que expertas, como se ve desafortunadamente con mucha frecuencia.

En este período de la vida es muy frecuente que las jóvenes consulten por primera vez, no ocultando ya aquel sentimiento de tortura que antes de su matrimonio les hacía soportar en silencio la infinidad de molestias y dolores a los cuales ellas atribuían inconscientemente un cierto carácter tímido. Este estado de espíri-

tu, herencia de un triste pasado de violencia y de una moralidad más rigurosa que razonable, se borra poco a poco, si bien persiste aún de manera muy sorprendente en una época sin duda alguna más emancipada. Las madres instruídas por su desafortunada experiencia son más innovadoras y modernas que sus hijas.

En esta época nueva de acceso a la vida sexual debemos tratar las alteraciones menstruales anteriormente descuidadas hasta la negligencia, la dispareunia, la frigidez y las alteraciones de la fecundación y aún de la fecundidad.

El tratamiento oportuno para quienes hayan presentado aborto espontáneo, único o de repetición, embarazos extrauterinos, partos prematuros o distócicos, con niños problemas o mortinatos preparará para futuras maternidades felices con niños sanos y robustos como los desean las madres y los padres; y permítaseme decir que en nuestra época juzgada por algunos como moralmente en decadencia, el amor del padre hacia los hijos ha ido aumentando en progresión.

3º El tratamiento de la mujer encinta que presenta una hipotrofia genital constituye el último párrafo de este capítulo eminentemente práctico consagrado a la terapéutica.

No debería suceder, pero desafortunadamente cuando la joven está encinta es cuando se presenta por primera vez a consulta bien donde el ginecólogo o donde el obstetra.

Si esto ocurre, se puede sospechar la hipotrofia genital después de un interrogatorio bien orientado y se le puede confirmar luego con facilidad en el curso del examen clínico. Y en estos casos deberemos temer la dis-

trofia de la fibra muscular uterina para el trabajo del parto, su falta de contractilidad y de elasticidad que conducirán a una distocia severa de partes blandas con las consecuencias nefastas tanto para la madre como para el feto.

En este caso no se aplicarán los tratamientos de larga y paciente espera que propusimos atrás.

Si no son muy llamativos los fenómenos inflamatorios crónicos concomitantes con la gestación, puede ser de utilidad la prescripción de algunos cuidados locales, pero en todo caso debemos estar prevenidos para los trastornos de contractilidad de la fiebre uterina. Y después de veinte años de experiencia somos defensores de la preparación hormono-vitámica para el parto eutósico.

Este método chocará con las creencias erróneas pero generalmente admitidas, sobre la fe en la experimentación en animales, muchas veces mal interpretada y por lo tanto sin valor alguno; y estamos ahora en capacidad de refutar los resultados de esta experimentación animal pues solo hay un verdadero ser al que se puede recurrir para tal fin cual es la misma mujer. Ella utiliza la acción sinérgica de la vitamina E y de la Progesterona en el curso de la gestación y sobre todo al final del embarazo, lo que llena de indignación a muchos.

No nos demoraremos en este tópico pues, dado su interés primordial, nos llevaría muy lejos y aún nos sacaría del tema que estudiamos. Digamos solamente que en la actualidad y en las pacientes aludidas, gracias a una sola inyección semanal de progesterona ordinaria o de progesterona y vitamina E bajo su forma retardada, obtendremos regularmente, aún

en casos relativamente desfavorables de hipotrofia genital acentuada, partos perfectamente eutócicos, rápidos y sin complicaciones y de ordinario sin necesidad de maniobras especializadas. La madre escapará así a los defectos físicos que transforman, muchas veces por efecto de un solo parto, a una joven feliz y elegante en una mujer prematuramente envejecida que da la impresión de que la suerte injusta le ha hecho pagar muy caro el goce de su maternidad.

Los niños procreados en estas condiciones se desarrollan en perfección fisiológica y crecen fácilmente y su progreso corporal y síquico es particularmente notorio, lo que nos hace partícipes de los esfuerzos hechos por los pediatras para una raza más fuerte y más sana.

VIII Conclusiones

Vamos a concluir ya la exposición del tema de la hipotrofia genital. Hemos tratado de estudiar las formas clínicas más avanzadas de la hipoplasia, si bien la importancia puede ser mayor para las formas menos avanzadas y cuyo concepto puede variar un poco de acuerdo al optimismo o pesimismo del ginecólogo en relación con el tipo ideal de maduración genital.

Las niñas y las jóvenes que presentan esta alteración en grado variable son una verdadera legión y su suerte ha sido ignorada hasta ahora y cuando ha sido reconocida, ha habido negligencia en la mayoría de los casos desde el punto de vista terapéutico.

Diariamente se presentan jóvenes a la consulta por síntomas aparentemente benignos, y digo benignos solo en apariencia pues ellos condicionan un porvenir incierto ya que sus alte-

raciones y aún más sus pequeñas molestias con frecuencia no son muy manifiestas por desgracia, ni relacionadas desde un principio a su verdadero origen.

Para el médico es suficiente escuchar, observar, examinar y comprender. Pero esto, tan fácil como parece, no ha entrado aún en la práctica médica corriente. Es preciso pensar en el conjunto de síntomas de la hipotrofia y de la hipoplasia genitales para buscarla y descubrirla pues se le descubre tanto más cuanto más se le busca. Y a este propósito podríamos traer la célebre frase de Goethe, citada en el libro de Ginecología infantil de Peter y Vesely, y tomada de los precursores de Praga:

Lo más difícil de todo
es lo que parece más simple,
ver con los ojos
lo que está delante de ellos.

(Goethe 1819)

Es una tarea primordial que nos incumbe a quienes somos pioneros de la ginecología infantil y juvenil abrir los ojos a aquellos que no ven o que no han visto jamás pero que verán en el porvenir. Y no solo los ginecólogos deben estar prevenidos sino todos los médicos deben saber orientar a las jóvenes que le son confiadas.

Y digo jóvenes, pues después de la juventud es cuando todo comienza en bien o en mal y cuando ya han debido ser tomadas todas las medidas terapéuticas requeridas. Y es que debemos inclinarnos con mayor solícitud y atención a la importancia capital que representa en el futuro la ginecología infantil y sobre todo la juvenil las que deben constituir una de las ramas maestras de nuestra especialidad.

Y la Clínica Universitaria de Lausana ha comprendido muy bien este problema, con su maestro el profesor Merz y su agregado la Dra. Irmi Rey-Stocker y sus asistentes a la cabeza, al inaugurar el primer centro de Ginecología infantil y juvenil de Suiza, país siempre listo al progreso, sobre todo cuando se trata de mejorar la condición humana.

Que los iniciadores de esta magnífica y útil fundación sean vivamente felicitados y que llegue a ellos la gratitud de todas aquellas que han asegurado un radiante porvenir.

Pero su tarea no ha finalizado pues queda mucho por cumplir, y ellos cumplirán al promover la difusión de los nuevos conceptos de Ginecología que llevan no tanto al tratamiento del sin número de lesiones genitales encontradas, sino más que todo a prevenir su peligrosa aparición.

Y por ello es preciso reconocer lo más rápido posible la amenaza que pende sobre el destino de la mujer cuando presenta retardo o insuficiencia en el desarrollo de su aparato genital. Los tratamientos propuestos que son fruto de una ya larga experiencia personal y que en el futuro se beneficiarán con los aportes de nuestros colegas y amigos del mundo entero, contribuirán a dar a quienes hacen su debut en la vida, dos de los bienes que nuestras esposas aprecian en sumo grado, la salud y la felicidad, etapas hacia el bienestar.

Nosotros vemos con emoción la edificación de este recinto levantado en la célebre Universidad de Lausana y puesto en la ruta del progreso que nosotros estimamos determinante en la evolución de la Ginecología moderna, la que abandona en parte su aspecto dominante actual curativo por una orientación resueltamente preventiva.

Este Centro no será solamente de tratamiento destinado a preservar el porvenir de la mujer, de las niñas y de las jóvenes, sino más que todo un Centro de enseñanza y de difusión que hará conocer y comprender los conceptos que nosotros hemos propuesto no solo ante estudiantes y médicos sino también ante el público en general.

Las niñas y las jóvenes liberadas de sus complejos ancestrales^a y sus familias aprobando y reconociendo la justicia de nuestro esfuerzo, responderán a nuestro llamado, seguirán nuestros consejos y direcciones y se beneficiarán tanto en su vida personal como conyugal de las extraordinarias ventajas que les asegura la ini-

ciación del ejercicio de la Ginecología infantil y juvenil, la que rápidamente ocupará el lugar primordial que se merece en el marco ya tan amplio de nuestra Especialidad.

Y hacemos votos porque nuestros deseos se realicen todos en un futuro próximo y que la juvenil generación femenina pueda iniciar la vida embellecida, libre de la triste servidumbre a la que han estado sometidas sus progenitoras de manera injusta hasta nuestros días.

Que mis palabras desinteresadas recompensen a todos aquellos que han puesto su corazón, su espíritu y sus inquietudes a la realización de esta obra eminentemente humana!