

por síntomas nerviosos simulando, en un momento, la parálisis ascendente.

POINCLoux, en su artículo de *Bruxelles Médical*, relata los resultados del tratamiento en 50 enfermos: siete casos de encefalitis aguda y cuarenta y tres de secuelas encefalíticas. Ha obtenido tres curaciones completas y dos mejorías considerables, en el grupo de las agudas; en el caso de las secuelas, el tanto por ciento no es tan bueno y ha podido escribir: "...han sido siempre mejorías, a veces mínimas, a veces muy evidentes. En ningún caso puede hablarse de curación. Los más mejorados de nuestros enfermos, continúan parkinsonianos. Esperamos que, en ellos, la evolución de la enfermedad se habrá detenido."

Esta conclusión nos parece la más prudente; los medios que poseemos actualmente para luchar contra la encefalitis nos dejan inermes en tal forma, que en presencia de una afección de evolución fatal nos creemos autorizados para emplear el virus-vacuna de LEVADITI, aún sin esperar una mejoría notable, y recordando que su empleo no está exento de peligros. La esperanza de un paro en la evolución de la enfermedad, de su fijación en el estado actual, especialmente cuando el tratamiento ha podido empezarse precozmente, debe ser considerado como un verdadero éxito.

LOS ACCIDENTES DE LA PROTEINOTERAPIA LACTICA

por los Profesores

M. CHIRAY

J. MARIE

Agregado de la Facultad de Medicina Médico interno de los Hospitales
Médico de los Hospitales

de Paris

Las indicaciones la proteinoterapia láctica se han extendido de una manera notable en estos últimos años. No nos debe asombrar, dado que la terapéutica por las albúminas naturales está actualmente en voga y la leche, junto con la sangre, representan los dos principales agentes de este método. Además, los éxitos de la galactoterapia, aportados por autores entusiastas, son innegables, a menudo notables y en ocasiones extraordinarios.

Utilizáanse, principalmente, las inyecciones de leche para tratar grandes infecciones: fiebres del grupo tífico, gripes y septicemias de diversos gérmenes, particularmente meningocócicas y estreptocócicas. Dos grupos de especialistas emplean, también esta terapéutica en gran escala. Son los oftalmólogos y los urólogos, que obtienen con ella resultados a menudo inesperados en casos donde toda otra terapéutica había fracasado hasta el punto de que uno de ellos ha podido hablar del "milagro de la leche". De todas maneras, si es justo reconocer los beneficios de la galactoterapia, no es inútil, sin embargo, señalar los incidentes o accidentes de que puede ser responsable. El práctico y el experimentador deben conocer los peligros del método y los medios de evitarlo.

Hay toda una categoría de sujetos que no deben recibir, por ninguna causa, inyecciones de leche. Son los tuberculosos pulmonares, los cardíacos descompensados, los nefríticos, anémicos y caquéticos y, finalmen-

te, las mujeres en cinta. En todos ellos agrávanse los síntomas y precipítase la evolución de la enfermedad, razón por la cual no debe ser empleada la galactoterapia. Hay, todavía casos de apreciación más delicada: son aquellos en quienes estando indicada la medicación por la leche, puede provocar incidentes o accidentes. Unos y otros están lejos de ser raros e intentáremos exponerlos, sumariamente, en este trabajo.

I. Los *incidentes* de la galactoterapia sobrevienen, de ordinario, después de las primeras inyecciones y desaparecen rápidamente. Pueden reaparecer, sin razón aparente, en el curso de una cura prolongada y se caracterizan por tres órdenes de reacciones que nosotros clasificaremos en *reacciones locales*, *reacciones generales* y *reacciones focales*.

a) La *reacción local*, la más banal de las tres, es siempre benigna. Se traduce por un dolor que persiste durante 24 horas, irradia a lo largo de los grandes troncos nerviosos vecinos, si la inyección fué practicada en los músculos, y se acompaña de un ligero brote inflamatorio, cuando el líquido se inyectó bajo la piel.

b) La *reacción general*, más impresionante, se caracteriza por un conjunto de trastornos que se refieren, clásicamente, al choque protéico. Entre la segunda y la sexta hora después de la inyección la temperatura sube, alcanzando su acmé hacia la quinta hora. A menudo la fiebre no excede de 39 grados, pero no es raro observar hipertermias de los 40 e incluso de 41 grados. Un gran escalofrío o escalofríos repetidos, un malestar intenso, un estado de agitación con insomnio y delirio, acompaña entonces, la elevación térmica. Puede observarse, una ligera cefalalgia, artralgiyas y herpes naso-labial; en ocasiones, la presión arterial baja, el pulso huye y sobrevienen lipotimias. Después de un cierto espacio de tiempo los síntomas disminuyen en intensidad y la temperatura baja en lisis, alcanzando la altura normal a las 24 horas. Esta reacción general, más o menos intensa, parece ser frecuente sin que sea absolutamente constante. Lejos de temerla algunos autores la buscan y aconsejan aumentar progresivamente las dosis, después de las primeras inyecciones, a fin de provocar con mayores probabilidades la reacción febril. Tales autores creen haber observado, en efecto, que las reacciones febriles intensas reportan mejores resultados. Es posible, pero también es cierto que mejorías muy notables pueden ser obtenidas sin la hipertermia. Esta no parece desempeñar pues, un papel exclusivo, ni esencial, en el proceso curativo. Nos falta todavía señalar, en cuanto a las reacciones febriles, que las primeras inyecciones las provocan con la mayor intensidad; tanto que en ocasiones inquietan al enfermo y al médico. A la cuarta o quinta inyección la reacción desaparece, como si el organismo se hubiera acostumbrado a las albúminas heterogéneas de la leche. Sin embargo, cuatro o cinco inyecciones no son a menudo necesarias para alcanzar el fin apetecido.

c) La *reacción focal* tiene como característica el ser precoz en su aparición y rápida en su evolución. Después de la primera inyección puede haber como una exageración de las inflamaciones focales que la inyección se proponía combatir. Bien pronto, sin embargo,

la mejoría se hace manifiesta y progresa de una manera extremadamente rápida. El dolor se calma, el edema y la tumefacción inflamatoria se atenuan, el pus, si lo había tiende a reabsorberse o a cambiar de caracteres y no tarda en producirse la curación.

2.º Al lado de los incidentes sin gravedad que frecuentemente acompañan a las inyecciones de leche, es preciso colocar los *accidentes* imputables al método, accidentes locales y accidentes generales.

a) Los *accidentes locales* tienen solamente un interés restringido. Se trata en efecto de abscesos cuya frecuencia varía según los autores y, sobre todo, según las técnicas. Los abscesos se fraguan a nivel de la zona inyectada y encierran pus, unas veces estéril y otras séptico. Su significación es esencialmente benigna. No solamente no perturban jamás los resultados terapéuticos, sino que parecen favorecerlos. Su rareza está probada por las estadísticas de distintos autores. Se encuentran dos entre 3.000 enfermos tratados por BARGY, cuatro entre un número considerable de inyecciones practicadas por PURTSCHNER y OHM, en millares de inyecciones hipodérmicas, no ha observado jamás un solo absceso. Este accidente local, cuya mayor molestia es el necesitar una incisión, no es de temer cuando se sigue la técnica clásica; es decir, cuando se emplea leche de vaca fresca, desgrasada, homogenizada o no, esterilizada a 100 grados al baño maría durante cuatro minutos y utilizada a la dosis de cuatro a cinco centímetros cúbicos, sea en inyecciones intramusculares, sea en inyecciones hipodérmicas. De estas, si la segunda es la más dolorosa, la primera es la que más molesta cuando se forma un absceso, debido a la situación más profunda del pus.

b) Los *accidentes generales*, mucho más raros pero muy interesantes, plantean múltiples y discutidos problemas patogénicos. Sin prejuzgar acerca de su patogenia, nos parece racional clasificarlos según el horario de su aparición en: accidentes inmediatos, accidentes de las primeras horas y accidentes de la proteínoterapia láctica prolongada.

Los *accidentes generales inmediatos* son los menos frecuentes. Aparecen inmediatamente después de la inyección y consisten en cianosis intensa de la cara, náuseas, disnea con pequeñez y frecuencia del pulso y hormigueos en las extremidades. Todas estas manifestaciones desaparecen, en general, bastante rápidamente y pertenecen al cuadro clásico del choque anafiláctico, tal como es observado, de vez en cuando, inmediatamente o poco después de una inyección de suero antitetánico o antidiftérico. Este tipo de accidentes ha sido señalado por diversos autores. DOMEC, en particular, ha relatado la observación de un enfermo que, inmediatamente después de la séptima inyección de leche, presentó el estado de choque anteriormente indicado.

Los *accidentes generales de las primeras horas* parecen menos raros y no son sino la exageración de la reacción general que se observa habitualmente después de las primeras inyecciones de leche. La intensidad del síndrome es entonces tal, que llega a temerse una terminación fatal, como en el caso relatado últimamente por HALLÉ. El aspecto del enfermo es extremadamente impresionante y recuerda el del colapso car-

díaco de las miocarditis, de las suprarrenalitis agudas, del gran choque coloidoclásico. Pueden sobrevenir síncope que, por excepción, determinen la muerte. Entre millares de inyecciones de leche, sólo han sido comunicados tres casos de muerte en estas condiciones. Es el primero el caso de BONCHUT y BONAFÉ, quienes acusan a la inyección de leche como determinante de la muerte de uno de sus enfermos. Otro caso es el de DARIER quien, en la *Clinica Oftalmológica* de febrero de 1924, ha relatado la observación extraordinariamente precisa del Dr. B... Se trataba de un hombre robusto, que recibió una inyección de 4 cm. c. de leche bien hervida. La inyección fué perfecta y no fué retirada sangre antes de inyectar. A media noche el dolor en la nalga era intensísimo. El día siguiente, a las 7, el enfermo estaba pálido, con los rasgos acentuados, agitado, disnéico. La temperatura había alcanzado 38'4 grados, con pulso pequeño, muy rápido y casi incontable. La afección ocular que había motivado la inyección estaba, por el contrario, casi curada. Bruscamente a las cinco de la tarde del mismo día, sobrevino un síncope que mató al paciente. El tercer caso de muerte ha sido comunicado por KERF en la discusión que siguió a la ponencia de BARTELS en el Congreso de Oftalmólogos de Renania. Se refiere a un lactante que recibió una primera inyección de leche, seguida de una elevación térmica, y que después de la segunda inyección presentó una fuerte exacerba- ción febril y sucumbió.

Los *accidentes generales observados después de cierto número de inyecciones de leche* son de dos órdenes. De una parte, pueden sobrevenir en el curso de la galactoterapia prolongada manifestaciones paroxísticas calcadas de las que se han señalado como inmediatas o en las horas a las primeras inyecciones. Parecen producirse sin motivo aparente, en pleno tratamiento, y pueden no reaparecer ulteriormente. De otra parte, diversos autores han relatado manifestaciones completamente diferentes de las anteriores. Son estas, bien fenómenos de sensibilización y de anafilaxia en su forma habitual, bien fenómenos de intoxicación más o menos importantes. Los *fenómenos de sensibilización en los sujetos sometidos a la galactoterapia*, han sido puestos en evidencia después de la absorción, sea por vía digestiva, sea por vía parenteral. En ciertos casos, ni parece ser necesaria la especificidad de las albúminas ingeridas. Así es como albúminas alimenticias distintas de la caseína, son capaces de determinar, tanto como la leche, escalofríos, urticaria, prurito. Marcel LABBÉ ha expuesto a la Sociedad de Medicina de París la observación de un enfermo sometido a la galactoterapia y que padecía un trastorno anafláctico permanente, no solo para la leche, sino para otros alimentos protéicos, en tal forma que cuando tomaba una alimentación ordinaria, incluso sin leche, presentaba accidentes de urticaria, extremadamente penosos. JACQS ha relatado otra observación de anafilaxia por la leche. Después de la octava inyección el estado general se hizo inquietante; el enfermo perdía el apetito, sintiendo incluso repulsión por los alimentos y presentando en ocasiones, después de las comidas, enrojecimientos en distintas partes del cuerpo. En este enfermo había por consiguiente, no solo una sensi-

bilización, sino un principio de intoxicación. Nosotros mismos hemos observado, con el doctor FANGERON, de París, un accidente de este género, particularmente inquietante, que nos creemos con el deber de exponer con algunos detalles:

D..... Pablo, 19 años. Presentó en 3 de febrero de 1925, una orquiepididimitis gonocócica aguda, para tratar la cual se instituyó un tratamiento mixto, de vacunas Pasteur antigono y antiestafilocócicas a la dosis de 1/3, 3/4, 1 y 2 centímetros cúbicos, e inyecciones intramusculares de lacto proteido a la dosis de 2, 3, 4 y 5 centímetros cúbicos.

El 7 de febrero, 5 horas después de la inyección de leche, el enfermo es presa de escalofríos, que duran 20 minutos, y la temperatura alcanza 40,2 grados.

El 9 y el 10 de febrero se inyectan 2 centímetros cúbicos de leche. En este momento el estado local mejora notablemente, y permaneciendo la temperatura a 37 grados, son suspendidas las inyecciones de leche. El día 11 por la tarde y apesar de que la orquiepididimitis continúa en vías de curación, la temperatura alcanza 38,1 grados.

El 12 de febrero sobreviene, a primeras horas de la tarde, un escalofrío que dura 10 minutos. El interrogatorio del enfermo nos revela que ingirió, de una sola vez, más de 1/2 litro de leche pura. La temperatura asciende a 38,5 grados, por la noche del mismo día.

El 14 de febrero, cuatro días después de la última inyección de leche, se produce un nuevo escalofrío, de una violencia extremada, que dura dos horas y media. La temperatura sube a 40,3 grados. Al terminar el escalofrío, hacia las 2 y 1/2 de la tarde, el enfermo está intensamente pálido y presenta un vómito bilioso. A las 7 de la tarde, la palidez se acentúa todavía más y el enfermo da la sensación de haber sido sangrado hasta quedar exangüe. La hiperpirexia alcanza su acmé, 40,9 grados, con un pulso de 120 y una tensión de 8 1/2-6 del Vaquez-Laubry. Los tonos cardíacos son sordos y blandos, la orina clara y poco abundante (100 gramos). Localmente, las lesiones han experimentado una regresión notable. El flujo ha desaparecido casi totalmente, la próstata es normal, no dolorosa, la orquiepididimitis está en vías de resolución y no puede ser acusada del grave estado del paciente. Temiendo una septicemia gonocócica, se prescribe aceite alcanforado, hielo en la región precordial, digitalina y adrenalina.

A las 8 del mismo día, los síntomas persisten casi sin diferencia. La temperatura permanece a 39,9 grados, el pulso sube a 130, la tensión baja a 7 1/4-5. El enfermo está bañado por sudores profusos.

El día 15 de febrero a mediodía, todo ha terminado. La temperatura ha vuelto a 36,2 grados, el pulso a 84, la tensión a 11-8, la orina a un litro.

El enfermo visto de nuevo, en 12 de mayo, en perfecto estado de salud, con una tensión de 12 1/2-9. Localmente, sólo persistía un pequeño núcleo residual en la cabeza del epidídimo derecho.

Se trataba, pues, en este caso, de una orquiepididimitis aguda, gonocócica, que presenta accidentes en el curso de una serie de inyecciones simultáneas de vacuna y leche. La cuarta inyección fué seguida de un escalofrío de 20 minutos, con elevación térmica a 40,2 grados. En los dos días siguientes fueron practicadas dos inyecciones de leche, sin provocar reacción alguna. Después fué suspendida la galactoterapia. El 12 de febrero, en que el enfermo absorbió por la mañana medio litro de leche, presentó pasado el medio día un escalofrío de duración unos diez minutos. El 14 de febrero, es decir, cuatro después de cesar la proteínoterapia y once días después de comenzarla (6 inyecciones de leche en total), sobrevino un gran síndrome de colapso con hipertemia de 40,9 grados, hipotensión, pulso rápido y filiforme, vómitos, palidez, oliguria. Este síndrome, que debutó bruscamente y desapareció completamente en 24 horas, recuerda en

todos sus puntos la reacción general, intensa, que sigue a veces a la inyección de leche, pues tiene también un escalofrío, su hipertermia, su estado de malestar extremo y su terminación rápida. Difiere de ella, sin embargo, por un carácter esencial, cual es el de no sobrevenir, como es habitual, entre la segunda y sexta hora, sino cuatro días después de la última inyección. Entre millares de inyecciones de leche practicadas por innumerables médicos, jamás fué observada parecida incubación de cuatro días para la enfermedad de la leche. Es pues un fenómeno de naturaleza particular, el que nos fué dable constatar. Habríamos podido suponer, y lo admitimos por un instante, que este incidente dramático no tenía nada que ver con la galactoterapia y que el enfermo había presentado, en el curso de su orquiepididimitis aguda, una exacerbación gonocócica de naturaleza septicémica. Pero si esta hipótesis podía ser defendida el día del incidente, pronto perdió verosimilitud, pues la evolución de la enfermedad falló el problema. Se concibe bastante mal, en efecto, una septicemia que realice en un solo día el ciclo evolutivo, bajo la forma de una hiperpirexia pseudopalustre, y que desaparezca definitivamente a las 24 horas. Contrariamente, todo nos lleva a pensar que el sujeto estaría sensibilizado para la leche. Le bastó, la primera vez, ingerir medio litro de leche para tener escalofríos durante las horas que siguieron y cuando absorbió, al día siguiente algunas albúminas alimenticias, realizó rápidamente el cuadro alarmante del estado de choque.

La existencia de *accidentes de intoxicación debidos a la proteínoterapia láctica prolongada*, no es dudosa y la tendencia actual, más o menos justificada, de prolongar el tratamiento lácteo de ciertas afecciones durante meses a dosis elevadas, nos proporcionará, ciertamente, nuevas pruebas de ello. Ciertos enfermos así tratados pierden el apetito, enflaquecen y se vuelven asténicos. Presentan además, cefalea, sufren diarrea y realizan, a fin de cuentas, una especie de caquexia proteínógena crónica. Es en estas condiciones que DOMEK vió obligado a interrumpir la galactoterapia, después de 6 inyecciones, en un sujeto que presentaba insomnio, adelgazamiento, y un estado de malestar general. MASCHLER ha observado igualmente, después de una serie de inyecciones de leche, la persistencia anormal de una elevación térmica durante varias semanas. Sería interesante analizar, desde el punto de vista experimental, la patogenia de estos accidentes tóxicos de la proteínoterapia láctica.

BIBLIOGRAFIA

- BARGY.—Las inyecciones de leche en más de 3.000 enfermos. *Clinique Ophth.* Febrero, 1922.
 BUSSY.—Las inyecciones de leche en terapéutica ocular. *Jour. de Méd. de Lyon.* 20 Marzo, 1922.
 CASSAN.—Proteínoterapia. Tesis. París, 1919.
 CASSIMATIS.—Sobre el valor terapéutico de las inyecciones de leche. *Soc. d'Ophth. d'Egypte.* 5 Marzo, 1921.
 DARIER.—En favor y contra las inyecciones de leche. *Clinique Ophth.* Febrero, 1924.
 DOMEK.—Tratamiento de diversas afecciones oculares por la leche de vaca esterilizada. *Clinique Ophth.* Septiembre, 1917 y Febrero, 1919.
 GOLDENBERG y PARISSET.—Inocuidad de las inyecciones de

leche. Estudio experimental. *Paris Médical*. 29 Noviembre, 1924.

HALLION.—Los resultados de la lactoproteínoterapia. *Rev. pratique de biologie appliquée a la Cli. et a la Therap.* Marzo, 1924.

JENDRALSKI.—Galactoterapia. *Zeitsch. f. Ang.* Vol. 46, fascículo 1-2. 1921.

JACQS.—Sobre dos casos de anafilaxia consecutivos a inyecciones de leche. *Clinique Ophit.* Febrero, 1925

KERF.—Discusión de la comunicación de BARTELS. Congreso de Oft. de Renania. *Klin. Mon. f. Ang.* Noviembre, 1922.

LABBÉ.—*Soc. de Méd. de Paris*. 27 Diciembre, 1924.

MASCHLER.—Resultados obtenidos con las inyecciones de leche en la segunda clínica de Viena. *Soc. Ophit. de Vienne*. 10 Enero, 1920.

PARA.—Estudio clínico sobre el valor terapéutico de las inyecciones de leche. Tesis. París, 1919.

PUTTSCHER.—Inyecciones de leche. *Zeitsch. f. Ang.*, 1920.

PENTYAGLÉ.—El envenenamiento protéínico crónico. *Klin. Woch.*, 11 Noviembre 1924.

SELTER.—Contribución al estudio de las inyecciones de leche en terapéutica ocular. Tesis. París, 1925.

NOTAS Y RESEÑAS

IV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE GINECÓLOGOS Y TOCÓLOGOS DE LENGUA FRANCESA

En el pequeño anfiteatro de la Facultad de Medicina de París se celebró durante los tres primeros días del pasado Octubre el IV Congreso de la Asociación de Ginecólogos y Tocólogos de lengua francesa; presidió el venerable SREDEY, Miembro de la Academia de Medicina, y actuó de Secretario el profesor BRINDEAU, quien tuvo para con nosotros toda suerte de atenciones, que sinceramente le agradecemos, facilitando nuestra tarea de informadores.

Vamos a intentar facilitar a los lectores de ARS MEDICA una relación resumida de las ponencias y de lo más sobresaliente en materia de discusión y comunicaciones, pero como nota previa nos permitiremos exponer nuestra modesta opinión de conjunto sobre las tareas del Congreso y sobre la evolución que se inicia en la Tocoginecología francesa.

Lo más interesante del Congreso fueron: la ponencia de SCHICKELÉ (de Strasbourg), la discusión de la ponencia sobre pelvitomías y la sesión dedicada a las comunicaciones sobre curie y roentgenoterapia ginecológica.

SCHICKELÉ, con su magnífico trabajo sobre biología ovárica, su intervención en el tema de pelvitomías, su réplica en favor del tratamiento roentgenoterápico del adenomioma de la mucosa uterina y del fondo de saco posterior, en la discusión de la comunicación de VIOLET y MICHON (de Lyon) sobre adenomas retrouterinos, se nos mostró tal como debe ser el especialista completo: no un cirujano que opera y perfecciona técnicas de cirugía ginecológica, ni un tocólogo que hace ginecología de especulum; sino un personaje científico completo, un biólogo del aparato genital femenino, conocedor de la función procreadora y de toda su patología y terapéutica, desde la puericultura intrauterina hasta la más alta tocurgia, capaz de estudiar, diagnosticar y tratar toda la patología genital con los más adecuados medios terapéuticos.

No quiere esto decir que compartamos en absoluto las ideas del profesor de Strasbourg sobre las cuestiones que trató, pero la orientación que su personalidad marcó a los ginecólogos y tocólogos franceses es la que nosotros hemos sentido y seguido siempre y la única que creemos racional para nuestra especialidad. Las discusiones del Congreso se resintieron mucho de esta duplicidad de la especialidad en Francia: Ginecólogos (mejor, los cirujanos) y tocólogos y ello impidió que en muchas ocasiones el debate alcanzara la altura que era de esperar en una reunión de personalidades de tan grande valía.

En el próximo Congreso (Vº) que debe celebrarse en Lyon en 1927 esperamos poder asistir a la cristalización definitiva en Francia de una especialidad única, lo que sinceramente deseamos para el mayor aporte de progreso por parte de la ciencia francesa a la obra mundial de adelanto científico y rendimiento práctico de nuestra especialidad.

En la primera sesión del Congreso discutióse el tema: *Acción biológica del cuerpo amarillo y de la glándula intersticial del ovario*. El ponente profesor SCHICKELÉ, de Strasbourg, nos expuso una de las más notables lecciones de fisiología del ovario, aclarando muchos puntos dudosos y sentando conclusiones algunas de ellas demoleadoras, fundamentadas, hay que reconocerlo, en minuciosas investigaciones histológicas, en hechos experimentales y en observaciones clínicas de la fisiopatología ovárica.

No parece demostrada una acción bien manifiesta del ovario sobre el metabolismo del calcio. En cambio la experimentación en los animales y la observación en la mujer, parece demostrar que el ovario ejerce una cierta influencia sobre el metabolismo de los hidratos de carbono.

Lo más notable del trabajo de SCHICKELÉ es el estudio de la evolución folicular:

El folículo que no llega a su madurez, sufre una atresia con regresión; la teca interna de estos folículos se ensancha y vasculariza notablemente y sus células adquieren los caracteres y disposición de un tejido glandular endocrino que no es otra cosa que la llamada glándula intersticial del ovario, y que SCHICKELÉ propone sea llamada *glándula tecal*.

Ese origen tecal de la glándula intersticial, a expensas de la proliferación de la teca interna de los folículos atrésicos, nos explica la abundancia de glándulas tecales en algunos pequeños mamíferos en los que, gracias a lo muy numerosos que son los folículos atrésicos, llega a formar la mayor parte del tejido ovárico. Siendo en la mujer antes de la pubertad y durante el embarazo, cuando el cuerpo amarillo camina hacia la regresión, los dos momentos de su vida en que mayor es en el ovario el número de folículos atrésicos, es también cuando mayor es la abundancia de glándulas tecales.

¿Cuál es la procedencia de estas células de la glándula intersticial o tecal que generalmente se consideran conjuntivas o epiteloides? RAMUSSEN, COORMAYHTIGH y BELL piensan que podrían provenir del mesodermo, como la porción cortical de las suprarrenales o también del epitelio germinativo, como el cuerpo amarillo.

Existe un antagonismo evidente de desarrollo entre el cuerpo amarillo y la glándula tecal: cuando el uno está en plena vida, la otra se halla en máxima regresión. ¿Cuál es el valor funcional de la glándula intersticial o tecal?

Los exámenes histológicos e histoquímicos no han podido establecer el valor funcional de la glándula tecal. Experimentalmente se ha demostrado que una dosis mediana de rayos X que provoque una hiperplasia de la glándula intersticial va seguida de un aumento de las glándulas mamarias, acompañado de secreción láctea en la cobaya virgen, el útero sufre aumento de volumen y modificaciones gravídicas.

De estos hechos y de una serie de observaciones sobre injertos ováricos deduce SCHICKELÉ que no se puede negar a la glándula tecal (intestinal) su valor hormosecretor: su desarrollo exuberante en determinadas condiciones y períodos, la estructura histológica del tejido y sus condiciones particulares en los ovarios injertados, son valiosos argumentos en favor de la importancia secretoria de las células tecales.

Cuerpo amarillo: PRENANT en 1898, inspirado por los trabajos de SOBOTTA, emitió la hipótesis de que el cuerpo amarillo es una glándula de secreción interna, caracterizada por su abundante vascularización, apariencia glandular de sus células que recuerda la célula hepática, tiroidea o pituitaria. BORN, casi