



Hace 55 años

Selecciones de Prensa Médica Mundial*

EFECTOS DE LA FUNCIÓN Y ENFERMEDADES DEL BAZO EN LA FISIOLOGÍA DE LA MUJER, CON UN ANÁLISIS BREVE DE 182 CASOS DE EMBARAZO DESPUÉS DE ESPLENECTOMÍA. Effect of Splenic Function and Splenic Disease on Female Physiology, with a Brief Analysis of 182 Gestations after Splenectomy).- T. W. MCELLIN y R.D. MUSSEY.- Surg., Gyn. and Obst.- 91, 2: 105-120, Agosto, 1950.

Los autores hacen una revisión total de la literatura sobre el tema (196 referencias bibliográficas) estableciendo, al parecer por primera vez, todas las relaciones comprobadas o hipotéticas entre el bazo y las funciones genitales de la mujer. Desde el punto de vista de la fisiología, recuerdan que durante el embarazo el bazo sufre una reducción de tamaño, semejante a la que se observa por excesivo calor y durante la lactancia; esta reducción durante el embarazo es de origen neurogénico y alcanza su máximo en las últimas semanas (15% más pequeño). Existen en la actualidad pruebas evidentes de que el bazo tiene un importante papel en el funcionamiento del sistema endócrino, pero a pesar de todas las investigaciones al respecto, no ha llegado a demostrarse que sea él mismo una glándula de secreción interna. El acuerdo es general en el sentido de que este órgano es mucho más importante desde el punto de vista de su patología que de su fisiología. Las relaciones entre las funciones esplénicas con la hipófisis y las gónadas han tratado de ser establecidas por numerosos trabajos experimentales, pero los resultados de los mismos no han logrado precisarlas de una manera acorde. Es indudable por otra parte que la patología esplénica determina en ocasiones esterilidad e infertilidad por parte de la mujer, ya sea a través

de una diátesis hemorrágica o bien por medio de factores esplénicos demostrados que actúan como anti-diuréticos y depresores del metabolismo basal; estos mismos factores actuarían en la retención de agua durante la tensión premenstrual, en trastornos menstruales de origen tiroideo y en la patogenia de la toxemia gravídica. Los padecimientos del bazo deben siempre ser tenidos muy en cuenta por el gineco-obstetra, ya que durante la vida genital de la mujer existen sangrados fisiológicos tanto durante el estado grávido puerperal como fuera del mismo, sangrados que pueden ser profundamente alterados en el curso de esos padecimientos; algunos autores han sugerido inclusive la existencia de un factor hemorrágico de origen esplénico que influiría en el determinismo de la menstruación.

La púrpura trombocitopénica es la enfermedad del bazo que con más frecuencia complica las funciones genitales de la mujer. Su acción es particularmente interesante en la producción de la menorragia postpuberal y en las situaciones a las que da lugar su asociación con el embarazo. Existen numerosos casos en los que las primeras manifestaciones de la púrpura son trastornos menstruales e inclusive con frecuencia se llevan a cabo tratamientos enfocados al aparato genital cuando una fórmula hemática aclararía su origen esplénico. La asociación con el embarazo ofrece siempre un problema serio según el consenso general; en la actualidad, sin embargo, parece ya acla-

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1950;V:319-330.

rado que la esplenectomía debe realizarse, se trate de una púrpura trombocitopénica o de una trombocitopenia esencial, siempre que esté indicada, desde el punto de vista hematológico, pues de esta manera se protege lo más posible a la madre contra la posibilidad de la hemorragia en el parto y al producto con la trombocitopenia congénita.

Los casos en los cuales el embarazo se ve complicado por anemia esplénica, enfermedad de Banti e ictericia hemolítica son raros y parece comprobado que se agravan cuando la coexistencia se realiza; esto hace deseable que se evite el embarazo. La esplenectomía debe practicarse en forma liberal siempre que el curso del padecimiento lo indique y debe efectuarse, además, un control muy minucioso del cuadro hemático. Es siempre aconsejable que en el manejo de estos casos intervenga un hematólogo.

Los casos de ruptura del bazo y de ruptura de aneurisma del bazo que complican al embarazo son verdaderas curiosidades médicas. La situación ectópica del bazo puede dar lugar a confusiones; en ocasiones se le ha tomado por un tumor genital y no pocas veces la torsión de su pedículo o simplemente su situación intrapélvica ha dado lugar a errores diagnósticos y a complicaciones gravídicas de importancia.

El hecho de que el bazo en rarísimas ocasiones sea asiento de neoplasias malignas primarias o metastásicas ha sugerido la bien fundada hipótesis de un antagonismo entre ambos tejidos. Si bien el empleo de extractos esplénicos para combatir el desarrollo canceroso ha tenido resultados poco uniformes, debe continuarse la investigación sobre el tema. Se estudian la trasplatación intraesplénica de tejidos y la inclusión de "pellets" hormonales; la utilización práctica de estos recursos es pobre. La radiación del bazo a propósito de algunos trastornos ginecológicos es peligrosa y sólo debe ser manejada por personas ampliamente experimentadas.

Los autores relatan los hallazgos obtenidos del estudio de 182 embarazos ocurridos en 103 mujeres esplenectomizadas en la Clínica Mayo. El estudio de estos casos muestra como principales conclusiones las siguientes: la fertilidad es aproximadamente de 65%, la supervivencia fetal es de 75% y la mortalidad materna es del 3%; aun cuando las complicaciones

hemorrágicas no fueron raras, el manejo obstétrico de las pacientes no se dificultó en forma notable; no hubo muertes maternas en el grupo de operadas por púrpura trombocitopénica; los riesgos de la madre y el producto son mayores que lo normal en pacientes esplenectomizadas por anemia esplénica y enfermedad de Banti.

DR. LUIS CASTELAZO AYALA

REPORTES DE MORTALIDAD MATERNA CASO NÚM. 80

Paciente privada, de 36 años, raza blanca, I gesta, sin estudios serológicos ni pelvimétricos, sin determinación de factor Rh, y cuya última menstruación principió el 26 de septiembre, esperándose el parto para el 3 de julio. Se presentó a la consulta prenatal el 11 de marzo (final de las 24 semanas de embarazo), consulta en la que no quedaron registrados el peso, la T. A. ni ningún otro dato de carácter específico. Las siguientes consultas las hizo con intervalos de dos semanas hasta que aparecieron las manifestaciones patológicas gruesas en el curso de su embarazo. Estas consultas incluyen el requerimiento mínimo de datos para una vigilancia prenatal adecuada. Entre la 28ª y 30ª semanas hubo un aumento de peso excesivo (3.288 Kgr.) sin manifestaciones patológicas previas a excepción de discretos edemas maleolares que fueron tratados con "cápsulas nutritivas"; la T. A. se había mantenido desde un principio alrededor de 130/80. A la consulta siguiente no se registró el peso ni se hizo análisis de orina. En la 34 semana la hipertensión era de 140/88, apareció una pequeña cantidad de albúmina en orina y no se notó aumento de peso excesivo; se prescribió sulfato de magnesia. Dos semanas después la T. A. era de 160/100, continuaba albuminuria discreta y no se hizo el registro del peso; se ordenó "Nephretin". A la semana siguiente la T. A. subió a 170/100 y aumentó la albuminuria; se prescribió ácido ascórbico. Una semana más tarde (37ª del embarazo) la T. A. era de 200/130, hubo un aumento franco de la albuminuria y no se registró el peso. Hasta entonces parece haber principiado el médico a darse cuenta de que el caso no marchaba bien y envió a la paciente a su casa prescribiéndole aceite de ricino para

inducir el parto. Como esto fracasara, al día siguiente (T. A. de 220/140, albuminuria abundante, peso no reportado) fue internada en el hospital para inducir el parto por medio de pitocín intramuscular.

Administrado el Pitocín en dosis de 0.114 cc. cada 30 min. por 9 ocasiones, no se logró despertar el trabajo de parto. Al parecer como resultado del reposo, ya que no se indicó ningún tratamiento antitoxémico, ocurrió un descenso moderado de la T. A. al día siguiente de su ingreso, circunstancia que hizo pensar al médico que el embarazo podría dejarse continuar. Sólo hay unas cuantas anotaciones de su T. A. después de su hospitalización. Al cuarto día de ésta (sensiblemente 3 1/2 semanas antes de la fecha en la que se esperaba el parto) fue consultado un Médico Asociado quien, dice el reporte, recomendó que se practicara una operación cesárea. Fue realizada la intervención con la técnica clásica, habiendo administrado la anestesia de óxido nitroso y éter otro médico de la familia; se usó Demerol (0.57 cc.) como medicación preoperatoria inmediata. Las condiciones de la paciente durante la anestesia se dice que fueron aceptables: 136 pulsaciones y 28 respiraciones por minuto con T. A. de 190/115. Al final de la operación se reporta su estado como satisfactorio: 92 pulsaciones por minuto, sin registro de T. A. La siguiente anotación de la T. A. fue hecha hasta el día siguiente: 150/110. El producto sobrevivió y aún cuando no se tomó el peso, se calcula que éste haya sido de unos 2.9 Kgr.

El post-operatorio inmediato se vio complicado por una hemorragia de la herida abdominal, la cual fue nuevamente abierta y llenada con gasa hemostática. No se hizo a la paciente ningún análisis de laboratorio hasta el 7° día de su ingreso (2° de su operación); abundante proteinuria y gran cantidad de pus en la orina: 48% de hemoglobina y 2.22 millones de glóbulos rojos. Se aplicó ese día una transfusión de 400 cc. de sangre total, la cual se afirma que era compatible aún en cuanto al factor Rh, pero no se asienta ese mismo factor; el grupo sanguíneo fue A. Al día siguiente fueron tipificados dos nuevos donadores a cada uno de los cuales se hizo "prueba cruzada", pero no se llegó a aplicar ninguna otra transfusión a pesar de que la paciente sobrevivió 8 días después de la primera.

El único estudio de química sanguínea se le practicó 5 días antes de su muerte y reveló 40 mgr. por 100 cc. de nitrógeno no proteico. No hay otros muchos datos de interés consignados acerca del curso posterior de la enfermedad. Se aplicó Penicilina en los primeros días del post-operatorio. Se usó sondeo duodenal y prostigmine y algunas otras medidas terapéuticas de importancia. Desde la operación hasta la muerte hubo oliguria acentuada (100 cc. diarios) en los días en que fue medida la diuresis, y dos días antes de la muerte tuvo una de orina con abundante sangre.

El día de su muerte (14° en el hospital y 8° de su operación) la paciente desarrolló un cuadro convulsivo que, de acuerdo con el tiempo de duración, puede ser calificado de origen urémico. El permiso para el examen post mortem no fué solicitado por encontrarse ausente el médico tratante.

CAUSA DE LA MUERTE: Uremia con preeclampsia severa no tratada, seguida de operación cesárea con hemorragia abdominal post operatoria, en una I gesta de edad avanzada que presentaba un embarazo de 37 semanas.

EVITABILIDAD DE LA MUERTE: Evitable.

RESPONSABILIDAD DE LA MUERTE: Primer Médico.

Crítica

Es fácil apreciar que se trató de una muerte evitable de cuya ocurrencia fue responsable directamente la atención prenatal por el médico. Difícilmente habría podido ser peor si hubiera estado a cargo de una partera. Casi nada se registró en la primera consulta. Las siguientes estuvieron bien espaciadas y los datos de bilirrubinas fueron en general bien anotados y completos. Indigna y desalienta, sin embargo, el modo como se permitió que la toxemia progresara desde el simple aumento de peso hasta dejarla culminar en una preeclampsia severa y fulminante, sin que se tomara ninguna medida terapéutica siquiera aceptable. La indiferencia con que se contempló el ascenso progresivo de la T. A. parece mostrar que el médico estaba esperando el estallido de la eclampsia para actuar enérgicamente. La atención después de la hospitalización fué tan negligente y errónea como la anterior. Aún

cuando la ocurrencia del parto era realmente deseable, difícilmente puede aceptarse para su inducción el empleo de la fracción de la pituitrina que se presume está desprovista del factor vasopresor; la severidad del cuadro exigía medidas más drásticas para la terminación del embarazo por vía vaginal o aún por vía abdominal. La cesárea, que al fin fue realizada, no es un recurso terapéutico malo, salvo por la pérdida sanguínea cuando se opera con descuido o inexperiencia. A pesar de que fué conocida la oliguria, no se hizo nada para combatirla. El reporte médico es tan malo como el mismo estudio de la paciente. Las consultas con otros médicos no quedaron debidamente registradas. Por último, la razón por la que no fue practicada la autopsia es inaceptable.

CASO NÚM. 81

Paciente originalmente privada, de 35 años, raza negra, VII gesta, nulípara, con pelvis normal, serología negativa, factor Rh positivo, cuyo último período menstrual principió el 4 de octubre, presumiéndose por tanto para el 11 de julio la fecha de su parto. En ninguno de sus embarazos anteriores pasó más allá del 4° mes, pero ni en los registros del médico ni en los del hospital constan los datos de sus antecedentes obstétricos. Sus antecedentes familiares y menstruales carecen de importancia. Desde su primer embarazo acusa ligera disnea. Con motivo de un bocio no tóxico le fué practicada en 1943 una tiroidectomía, después de la cual presentó cierto "trastorno" no especificado en su voz, alteración que sugería la lesión quirúrgica del nervio laríngeo recurrente. No se menciona si la disnea continuó después de la operación. La paciente relató haber tenido aumento de volumen del cuello cada vez que ocurría su menstruación, fenómeno que se acentuaba durante el embarazo. No se menciona ninguna otra enfermedad de importancia.

La primera consulta prenatal la hizo el 25 de febrero (21. semana del embarazo). A pesar de que el médico que la aceptó en su consulta no admite habitualmente enfermas de raza negra, parece haberlo hecho a favor de una súplica especial que le hizo una cliente de raza a blanca que estaba preocupada por la historia obstétrica de la paciente negra. En esa oca-

sión no fué observada ninguna alteración del corazón o los pulmones. La única anotación relativa al tiroides fue la voz ronca y de emisión difícil, dato que fue tomado como una secuela de la operación practicada 4 años antes. Las investigaciones de laboratorio—muy completas—revelaron como único dato anormal una anemia muy marcada: 8.5 gr de hemoglobina (55%) y 2.75 mill. de glóbulos rojos. No vuelve a hacerse alusión a estos datos ni se menciona ninguna medida terapéutica contra la anemia, lo cual autoriza a pensar que dicha anemia fue ignorada o menospreciada. La paciente no fue vista sino hasta 5 semanas después, ocasión en la que no se registró el peso. Tres días más tarde consultó nuevamente por presentar disnea desde el día anterior; como no se hace mención de ningún hallazgo de exploración torácica, puede pensarse que no fue explorada. Como se pensara que padecía asma, se le prescribió Benadryl. Este diagnóstico fue erróneo: ingresó al hospital 4 días después con dolor torácico, tos y disnea de 3 ó 4 días de duración. No había sido consultada desde que se prescribió el Benadryl.

El examen de admisión reveló T.A. de 100/50, 130 pulsaciones y 22 respiraciones por minuto, temperatura de 37.9° y estertores bronco vesiculares en las caras posterior y lateral del hemitórax derecho. Las anotaciones de este examen demuestran que el padecimiento databa de 10 días y que el Benadryl produjo una ligera atenuación de los síntomas. El diagnóstico fue de asma y neumonía. En el mismo día de su admisión la temperatura subió a 38.9°, con pulso de 110 y 36 respiraciones. Un estudio radiológico del tórax mostró infiltración de la base del pulmón derecho y del área cardiofrénica izquierda. Se notaba una zona de densidad homogénea extendiéndose por la periferia desde el área paratraqueal derecha que se continuaba con la sombra del arco aórtico y que, asociada con una desviación de la tráquea hacia la izquierda, hizo sospechar la presencia de un aneurisma de la aorta. La anemia persistía (61% de hemoglobina) y había una leucocitosis de 24,700 glóbulos blancos. Además del embarazo, el diagnóstico completo de admisión señala: 1) hipertiroidismo, 2) bronconeumonía y 3) obstrucción laríngea con edema, debido a un aneurisma aórtico o a un tiroides subesternal.

Se aplicó una dosis inicial de 100,000 U. de penicilina, seguida de 50,000 U. cada 3 horas, y se dió fenobarbital, benadryl y vitaminas, pero ningún tratamiento antianémico. Bajaron la temperatura y el pulso, pero la respiración se hizo más laboriosa y la dificultad respiratoria pudo definirse de tipo inspiratorio. Aún cuando no está reportada ninguna consulta con otros médicos, se dice que el servicio de cirugía afirmó que la obstrucción era demasiado baja para que la traqueotomía resultara útil. Se dice también que fué insertada cánula endotraqueal, a pesar de lo cual la paciente murió algunas horas después. Al parecer no se administró oxígeno.

Se obtuvo la autorización para el examen post mortem y se llevó a cabo la autopsia, sin abrir la cavidad craneal. Su relación constituye uno de los pocos reportes que este Comité ha visto científicamente elaborados; es un placer poder dar lectura al informe de otro moderno patólogo. Los hallazgos más importantes de la autopsia fueron: 1) bronconeumonía en los lóbulos medio e inferior derechos, 2) tiroides subesternal, bocio coloide nodular de tamaño tres veces superior al tiroides normal, que llegaba hasta el gran bronquio derecho causando 3) compresión del mismo con atelectasia parcial del lóbulo superior derecho, 4) edema pulmonar bilateral, 5) exudado purulento en la cavidad pleural derecha y 6) embarazo de 26 1/2 semanas. No fué abierto el útero.

CAUSA DE LA MUERTE: Asfixia debida a la obstrucción de uno de los grandes bronquios por un bocio coloide subesternal y por neumonía con empiema inicial y edema pulmonar, en una embarazada de 26 1/2 semanas.

EVITABILIDAD DE LA MUERTE: Evitable.

RESPONSABILIDAD DE LA MUERTE: Médicos, principalmente el Primer Médico.

Crítica

Es sabido que el tejido tiroideo tiene tendencia a crecer durante el embarazo. En el caso presente la paciente señaló que sentía un ligero crecimiento en el cuello durante cada periodo menstrual, pero mayor durante sus embarazos. El parecer de este Comité es que fueron los cambios que el embarazo determinó

en la glándula tiroides de la paciente, los responsables de su muerte, y que según todas las probabilidades ésta no hubiera ocurrido de no haber existido el embarazo.

Los datos que se conoce sugieren fuertemente que se trató de una muerte evitable y que cada médico que tuvo conocimiento del caso pudo hacer algo para prevenir esa fatalidad innecesaria. El primer médico obtuvo el dato de disnea crónica. Sin profundizar esto, concluyó que la voz ronca y apagada resultaba de la lesión del nervio laríngeo recurrente. La consulta con un laringólogo y el examen de las cuerdas vocales podrían haber demostrado fácilmente la falsedad de esa conclusión y hubieran sugerido una broncoscopia. Hecho esto cuando las condiciones de la paciente aún eran buenas, habría podido intervenir quirúrgicamente. El descuido para tratar la anemia de la enferma pasa a segundo plano. La segunda oportunidad la tuvo el médico algunas semanas después, cuando principió la infección respiratoria. Puede comprenderse la equivocación sufrida al hacer el diagnóstico de asma, pero la ineptitud mostrada a seguir el curso del padecimiento hasta su agravación extrema, es inexcusable. El obstetra debe reconocer los síntomas que requieren los servicios de un laringólogo y/o un internista. La hospitalización, que fue tardía, no lo fue tanto para no estar en tiempo de hacer algo más enérgico para tratar la obstrucción de vías respiratorias altas. Por ejemplo, ¿por qué no se empleó nunca oxígeno y por qué se esperó hasta el último momento para aplicar la cánula endotraqueal? El diagnóstico equivocado de aneurisma de la aorta y la inoperabilidad del momento no son excusas para no haber empleado todos los recursos médicos y de pequeña cirugía hasta hacer pasar la infección aguda. El descuido para tratar la anemia, también en el hospital, ocupa asimismo un lugar secundario. La excelencia del estudio realizado en la autopsia debe ser encomiada.

DR. LUIS CASTELAZO AYALA.

INFLUENCIA DEL DIETILETILBESTROL EN EL PROGRESO Y TERMINACIÓN DEL EMBARAZO, BASADO EN LA COMPARACIÓN DE PRIMIGRÁVIDAS TRATADAS CON LAS NO TRATADAS.-

SMITH, OLIVE WATKINS Y SMITH, GEORGE VAN S. *Am Jour Obstec & Gynec.* Vol. 58, Pág. 994, Nov, 1949. (Extracto y traducción del Dr. MANUEL URRUTIA RUIZ).

El trabajo reporta los continuos progresos en la evaluación clínica del concepto que tienen los autores respecto a la acción del Dietiletilbestrol en el embarazo humano. En primer término recuerdan que el uso del Dietiletilbestrol en el embarazo, y su evidente efecto estimulante de la progesterona, ha sido objeto de comunicaciones anteriores, en las cuales ha quedado debidamente demostrado su efecto preventivo en la amenaza de aborto y en la prevención del mismo. Pero que el presente trabajo se va a referir especialmente sobre la prevención de las complicaciones del último tercio del embarazo, es decir, la pre-eclampsia, la eclampsia, el parto prematuro y de los niños nacidos muertos. Para ello escogieron dos grupos de primigrávidas, uno de control otro al que se le dio tratamiento. Y partiendo de la base de que las toxemias del último tercio del embarazo, el parto prematuro y la muerte del feto, en el útero, son precedidas por una prematura deficiencia de estrógenos y progesterona recalcan los autores que ellos han podido presentar evidencia de que esta deficiencia hormonal, una vez establecida, puede ser parte de un círculo vicioso, en que la falta de soporte hormonal, deficiencia vascular y formación de toxinas, aumenta una de ellas a la otra, y que cualquiera de estos factores, a menos que sean corregidos, pueden dar lugar al desencadenamiento de los restantes.

La elevada proporción de las complicaciones en el último tercio del embarazo en las primigrávidas, comparadas con las multigrávidas, ha sido adscrito más bien a factores mecánicos, que puedan causar una relativa deficiencia en la irrigación sanguínea del útero. Los estudios de los autores les han señalado que cualquier situación que afecte adversamente la irrigación sanguínea del útero interfiere la producción normal y el metabolismo de las hormonas esteroides de origen placentario: estrógeno y progesterona. En cambio, es característica la acción del estrógeno y de la progesterona, en la hiperplasia del miometrio y del desarrollo vascular. Y por la administración de dietiletilbestrol, aunque se proporciona un estímulo

en la producción de estrógeno y progesterona, no esperan los autores impedir y evitar completamente todas las complicaciones de las postrimerías del embarazo en todas las primíparas, pero sí piensan que si su teoría es correcta, la iniciación de tales complicaciones puede ser retardada. Su gravedad reducida, y en cierta proporción de pacientes, en los que ordinariamente no tienen perturbaciones sino hasta el final del embarazo, casi pueden ser prevenidas totalmente.

El estudio se realizó en el Boston Lying-in Hospital, comenzándolo en abril de 1947 y terminando el 1° enero de 1949, y se seleccionaron a todas las primigrávidas que en su primera visita, antes de la 20ª semana de la gestación, se consideraron perfectamente normales, excluyendo a aquellas enfermas que presentaran hipertensión esencial, diabetes o nefritis. Y de las primigrávidas seleccionadas por normales, alternativamente a unas se les dio tratamiento y a otras no, para control. En total se les dio tratamiento a 387 primigrávidas y sirvieron de control 555. Pero a excepción del etilbestrol, la atención obstétrica fue idéntica para los dos grupos.

La dosis fue administrada en dosis gradualmente crecientes, desde la 12ª y 20ª semana hasta la 36ª semana (75% de los casos tratados lo fueron entre las 12 y 16 semanas de gestación y el resto a la 20ª semana). Se principió dándoles media tableta de Dietiletilbestrol de 25 mgrms, durante las semanas 12 y 13, para darles la tableta entera durante las semanas 14, 15 y 16. Al principio de la 17 semana la dosis fue aumentada al doble 50 mgrm. y sostenida hasta la semana 20. Posteriormente se les aumentó a 75 mgrms (3 tabletas), de la semana 21 a la 25, 100 mgrms (4 tabletas), de la semana 26 a la 30 y 125 mgrs (5 tabletas), de la semana 31 a la 35, en la que se discontinuaba el tratamiento. Este tipo de dosificación número 1 fue utilizado en las primeras 132 primigrávidas, con 283 primigrávidas de control sincrónico, y formaron la Serie A.

Posteriormente se cambió la dosificación y se estableció la Núm. 2, en la siguiente forma: durante las semanas 16, 17 y 18, tableta y media de 25 mgrs (37.3 mgrms.); durante las semanas 19, 20 y 21 dos tabletas (50 mgrms.); durante las semanas 22, 23 y 24 dos y media tabletas (62.5 mgrms.); durante las semanas 25

y 26 tres tabletas (75 mgrms.); durante las semanas 27 y 28, 3 y media tabletas (87.5 mgrms.); en las semanas 29, y 30, cuatro tabletas (100 mgrms.); en las semanas 31 y 32, cuatro y media tabletas (112.5 mgrms.); en las semanas 33 y 34, cinco tabletas (125 mgrms.); y en la semana 35, cinco y media tabletas (137.5 mgrms.). Con este sistema de dosificación se estudiaron 235 primigrávidas y se compararon con 272 primigrávidas de control, para formar la Serie B.

La proporción de toxemias en el último tercio del embarazo resultó muy baja, 2.3% en las pacientes tratadas con etilbestrol, comparándola con la cifra de 6.8 por ciento en las series de control. Además, en aquellas contadas enfermas, sometidas al tratamiento, en las que se desarrolló la gestosis, ésta fue retardada en su principio y mucho menos grave que en el grupo de control.

El análisis de los datos del parto prematuro espontáneo, reveló que los niños prematuros de madres tratadas por el etilbestrol, fueron desusadamente mayores en tamaño y peso, que lo que les correspondía en relación con su edad gestacional. Y si la prematuridad se definiera en función del peso de los niños, la proporción de esta anomalía sería definitiva y significativamente disminuida en las pacientes tratadas en relación con las de control. Pero tomando tan sólo en relación la semana del alumbramiento, realmente no se encuentra gran diferencia entre ambos grupos.

La postmadurez fue significativamente menos frecuente en las pacientes tratadas con etilbestrol que en las de control.

La proporción de nacidos-muertos inexplicables fue de 1.1% en los controles, y de 0.5% en las pacientes tratadas.

Hubo 4 muertes fetales en las pacientes tratadas con etilbestrol, es decir una proporción de 1.0%, contra 21, o sea el 3.8% en las pacientes no tratadas; lo que señala una elevada y significativa diferencia. Esta reducción en la mortalidad fetal, podría parecer que es debida a dos factores: (1), la baja proporción y principio tardío de la toxemia, y (2), el mayor tamaño y madurez de los niños nacidos prematuramente.

Un análisis completo de los datos de las gestaciones a término no complicadas, en pacientes tratadas y en las de control, no reveló grandes diferencias por lo

que respecta a la madre (por ejemplo: duración del trabajo de parto, inercia uterina, hemorragia intra o post-partum, aumento de peso). Pero en cambio el análisis de los datos de los productos de término, reveló que un significativo número de niños de madres tratadas con etilbestrol pesó más de 8 libras y medían más de las 21 pulgadas de longitud al nacer, que se destacaba claramente sobre las cifras arrojadas por los niños nacidos de las madres no sometidas a tratamiento.

DR. MANUEL URRUTIA RUIZ.

REVISIÓN DE 445 EMBARAZOS COMPLICADOS POR FIBROMIOMAS.- GRANDIN, DEAN J. Am J Obst & Gynec Vol. 57, Marzo, 1949.

Se presenta una revisión de 20,763 admisiones obstétricas. De éstas, 445 presentaron miomas, dando lugar a una incidencia de 2.1 por ciento.

La edad media de las pacientes fue de 32 años, 75 por ciento de las mismas tenían más de 30 años. La edad, y el grado de importancia no estaban de acuerdo. La paridad y la gravidez son incluidas considerablemente, 51 por ciento de las enfermas fueron primigravídicas. Infertilidad relativa y fibromas parecen ir de la mano.

El tiempo de labor no fue prolongado por los fibromas. El término medio de las primíparas fue de 15 horas y 42 minutos, el de las multíparas de 10 horas 6 minutos.

El crecimiento del fibroma en el embarazo es frecuente. Solamente uno de cada 4 evidenció degeneración. La degeneración fue variable en los embarazos múltiples, 6 por ciento de los casos que degeneraron en el primer embarazo, no degeneraron subsecuentemente. 10 por ciento que no evidenciaron degeneración en el primero, degeneraron subsecuentemente.

Durante el embarazo, el 28 por ciento presentaron dolor. En los embarazos sucesivos, el 15 por ciento que había tenido dolor en el primer embarazo no lo presentó en los siguientes. Cuatro, o sea el 7.5 por ciento, no tuvo dolor en el primer embarazo, pero sí en los subsecuentes. El 11 por ciento tuvo grados variables de hemorragia. El nivel de la hemoglobina no fue alterado por los fibromiomas.

El 5 por ciento de los casos abortaron (un promedio muy bajo). Toxemia y enfermedad hipertensiva mostraron una incidencia de 10 y 5 por ciento respectivamente, la misma que la media general.

Cuarenta y cuatro (10 por ciento) de las enfermas fueron operadas durante el curso del embarazo. A 40.9 por ciento se practicó histerectomía, y a 18.1 miomectomías. De éstas tres últimas a las que se les había practicado miomectomía, solamente una llegó a término y se le hizo cesárea.

Presentaciones defectuosas, ocurrieron con una incidencia mayor de dos o tres veces más de lo usual. El 90 por ciento de los casos llegaron al parto; de éstos 247 dieron a luz espontáneamente y 55 fueron operadas. De éstas últimas, a 95 se les practicó cesárea y a 29 forceps. Nueve, o sea el 31 por ciento, de los forceps fueron de variedad media. La incidencia operatoria total llegó a 49.9 por ciento.

De 24 pacientes en las cuales se practicó miomectomía, 11 se embarazaron posteriormente; a 10 se les efectuó cesárea y una dio a luz espontáneamente.

La operación cesárea se efectuó en el 21.3 por ciento de los casos.

La extirpación de los fibromas como parte de la total indicación quirúrgica, se tomó en cuenta en 12.8 por ciento.

El promedio de la morbilidad fue de 26 por ciento. Esto significa tres veces más del promedio habitual de Sloane. El promedio de operaciones cesáreas más miomectomía, fue menor que los de cesárea-histerectomía. La morbilidad permanece como un hecho prominente para los fibromas y el embarazo.

Tres pacientes murieron, dando lugar a una mortalidad del 0.067 por ciento, esta cifra es significativamente más baja que la reportada previamente por Sloane.

Tomando en cuenta los abortos terapéuticos y espontáneos, la mortalidad fetal fue de 150 por 1,000.

El promedio de subinvolución post-parto fue de 10.3 por ciento. El promedio de estancia hospitalaria fue de 14 y medio días.

Dr. JOSÉ M. SEPTIEN.

EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA PLACENTA PREVIA. W. C. MILLS. Brit M J, 2:896-899, (Nov. 20, 1948).

En toda discusión sobre el tratamiento de la placenta previa hay dos problemas fundamentales que resolver: ¿qué hacer? y ¿cuándo hacerlo? El primero, afortunadamente, ha sido simplificado con la creciente seguridad que da la sección cesárea en el segmento inferior y el procedimiento de elección usualmente puede ser la ruptura de las membranas o el alumbramiento abdominal. Sin embargo, el tiempo óptimo para esta intervención es todavía controvertido y el tratamiento expectante que previamente se había pensado rechazar, está ganando adeptos. La ruptura de las membranas puede ser ejecutada con una gran dosis de confianza, cuando ha sido posible retardarla hasta que el útero entre en contracción y el cuello se encuentre abierto. Además, por el camino conservador, las tremendas pérdidas fetales, debidas a la pre-madurez, pueden ser reducidas.

Los campeones del tratamiento expectante y conservador fueron Macafee y Johnson, ambos lados del Atlántico. Ellos sostuvieron que en ausencia de manipulaciones vaginales, la hemorragia nunca llegaba a ser fatal si la paciente era cuidadosamente observada. Por este tratamiento, ambos autores alcanzaron un marcado descenso en las pérdidas de vidas fetales. El uso de la sección cesárea en asociación con el tratamiento conservador, ha variado grandemente en diferentes clínicas. En subsecuentes reportes se ha podido comprobar el descenso de la mortalidad fetal por esta terapéutica, y por otro lado la mortalidad materna no parece haber aumentado.

El autor resume los resultados obtenidos en 100 casos de placenta previa tratados por seis diferentes médicos, pero siguiendo un tratamiento conservador. Desde luego todos estuvieron de acuerdo en que ningún niño debía ser extraído antes de la 37ª semana de la gestación hasta donde es posible. Una grave hemorragia después de la 37ª semana con hemorragia, fueron puestas en reposo absoluto en cama y se les administraron sedantes, después de que el cuello fue examinado con el espejo. Si la hemorragia se detenía, las pacientes regresaban a su hogar para mayor reposo, también en cama y lo mismo se hacía con las enfermas que sangraban muy ligeramente. En las más graves hemorragias, todas las manipulaciones fueron

evitadas hasta la 37ª semana. Por esa fecha se repetía el examen vaginal, y se tenía todo preparado para la sección cesárea si acaso se hacía necesaria. Si se palpaba la placenta bien salida del margen o haciendo prociencia por el orificio del cuello, inmediatamente se procedía a la cesárea. Para aquellos casos mucho menos graves, se procedía a la ruptura de las membranas y frecuentemente se aplicaba la pinza de Willet.

El tratamiento conservador.

De los 100 casos vistos, no fue posible llevar un régimen conservador más que en 24 por el período de la gestación en que se encontraban o por manipulaciones previas. En la serie total, la pérdida de vidas fetales fue de 1% y no hubo defunciones maternas que lamentar. En ninguna ocasión la vida de la madre fue puesta en peligro por el tratamiento conservador. Las pérdidas fetales asociadas con la pre-madurez se encontraron en 6 casos, y 4 de ellos habían tenido exámenes vaginales antes de la admisión que precipitaron la hemorragia. En los dos casos restantes no pudo ser realizado el tratamiento conservador. De los 10 casos restantes de defunción fetal.

DR. JOSÉ MANUEL SEPTIEN

ANEURISMA DE LA ARTERIA Y VENA UTERINAS (Arteriovenous aneurysm of uterine artery and vein). - R. P. REYNOLDS, C. I. OWEN y M. O. CANTOR; J. A. M. A. Vol. 141. Núm. 12. 841-842. 19 Nov. 1949.

Los autores refieren un caso con historia clínica, intervención quirúrgica y estudio anatómico-patológico y hacen algunas consideraciones sobre otros dos casos descritos y llegan a las siguientes conclusiones:

1.- El aneurisma cirsoide del miometrio es una condición extremadamente rara.

2.- El útero es generalmente blando, tanto que el diagnóstico de embarazo con retención de secundinas no es raro.

3.- La dilatación del cérvix, generalmente da por resultado una hemorragia profusa e incontrolable, que requiere histerectomía.

4.- Por el grado extremo de tortuosidad de los vasos en los ligamentos anchos y en el útero y el engrosamiento de sus paredes, el control de la hemorragia es difícil y una hemorragia secundaria puede ocurrir.

5.- Todos los casos de aneurisma cirsoide del miometrio requieren histerectomía si el diagnóstico se sospecha. La dilatación y el raspado, están definitivamente contraindicados.

6.- La fibrosis del útero y la esclerosis pronunciada de los vasos uterinos, parecen ser el hallazgo microscópico, más prominente de esta condición.

2 Referencias bibliográficas.

DR. BORIS RUBIO L.

MORTALIDAD EN LOS NIÑOS PREMATUROS. (Prematura Infant Mortality). E. S. TAYLOR, J. R. PHALEN y H. L. DYER.; J. A. M. A. Vol. 141. Núm. 13. 904-908. 26 de Noviembre de 1949

Los autores hacen el estudio de 76 niños muertos entre 477 casos de Prematuros. Sus conclusiones concuerdan con las de otros autores en cuanto a que en mucho la sobrevida de estos niños depende de su peso al nacimiento, pero además muestran que condiciones maternas tales como toxemia, placenta previa, otras condiciones patológicas de la placenta, presentación podálica y procesos infecciosos de la madre, influyen en el pronóstico del prematuro en grado definido. En niños prematuros nacidos de madres sin factores de complicación excepto el parto prematuro, el índice de mortalidad es de 8%. Este índice es la quinta parte del correspondiente a niños prematuros nacidos de madres con complicaciones obstétricas o médicas serias. Cuando el niño prematuro nació en presentación cefálica de un embarazo no complicado, el índice de mortalidad fue de 5%. En casos complicados, el índice alcanzó 26%.

En conclusión: En las series estudiadas, los niños prematuros nacidos de madres con enfermedades médicas severas o con serias complicaciones obstétricas, el índice de mortalidad fue 4 a 5 veces mayor, que en aquellas sin complicaciones. El peso del niño es importante, pero también lo son las condiciones patológicas de la madre, sobre todo placenta previa, toxemia, desprendimiento prematuro de placenta y presentaciones anormales. Muchas condiciones maternas si no pueden prevenirse, pueden ser controladas para mejorar el pronóstico del feto. 5 Tablas. 11 Referencias bibliográficas.

DR. BORIS RUBIO L.

HEMORRAGIA POR RUPTURA DE UN TUMOR OVÁRICO DE CÉLULAS GRANULOSAS. (Hemorrhage from rupture of a granulosa cell tumor of the ovary). J. H. BOGLE.; J. A. M. A. Vol. 141. N° 14. 988-990. Dic. 3, 1949.

El autor reporta un caso, con Historia Clínica, informe quirúrgico y estudio anatomopatológico. Dadas las condiciones especiales de gravedad de la enferma, la intervención consistió en una salpingo-ooforectomía derecha; más tarde se le instituyó tratamiento con Rayos X, por rechazar una segunda intervención. La causa de la hemorragia fue atribuida a necrosis vascular.

DR. BORIS RUBIO L.

LINFOMA SIMPLE DEL ESFÍNTER RECTAL EN GEMELOS. (Simple lymphoma of the sphincter rectum in identical twins).- E. GRANET; J. A. M. A. Vol. 141. N° 14. 990-991. Dic. 3, 1949.

El autor reporta dos casos y hace los siguientes comentarios: Las lesiones de la región ano-rectal de aspecto benigno clínicamente, pueden ser potencial o actualmente malignas. Refiere que de 54 casos reportados en las últimas dos décadas, 26 fueron malignos:

linfomas y linfosarcomas; sugiere la conveniencia de practicar estudio anatómo-patológico en todas las lesiones ano-rectales, dada la aparente benignidad de muchas de ellas.

DR. BORIS RUBIO L.

MONILIASIS GENITAL CANINA, POSIBLE FUENTE DE REINFECCIÓN EN LA MUJER, (Canine genital moniliasis as a source of reinfection in the human female). W. J. REICH y M. J. NECHTOW; J. A. M. A. Vol. 141. N° 14. 991-992. Dic. 3, 1949.

Los autores reportan un caso de moniliasis, en el que a pesar de un cuidadoso tratamiento durante un año, presentaba frecuentes recidivas. Se practicó un estudio cuidadoso y quedó aclarado que la enferma poseía varios perros, algunos de ellos dormían en su misma cama o frecuentaban el baño, etc. Se practicó cultivo de la secreción vaginal de la paciente, así como cultivos en varios perros y perras que presentaban lesiones similares a las humanas, obteniéndose desarrollo de *Candida* (*Monilia canina*). Se recomendó aislamiento y tratamiento habitual, desapareciendo el cuadro, sin recurrencias posteriores.

DR. BORIS RUBIO L.