

## Conferencias del Dr. Raúl G. Audenino

Del 25 al 30 de julio, la Sociedad recibió la visita del Dr. Raúl G. Audenino, Profesor de la Universidad de Córdoba, Argentina, quien dictó una serie de conferencias sobre los siguientes temas de la especialidad.

**Histerosalpingografía con medio líquido de contraste.** — Se refirió al empleo de las sustancias hidrosolubles de tipo Endografina, cuyo uso aconseja por ser más inocuo que el de las sustancias liposolubles y especialmente por permitir mucosografías (imágenes de la cavidad endometrial empleando doble contraste, con aire) de gran utilidad en el diagnóstico de las neoplasias endometriales.

**Histerectomía vaginal.** — Demostró gráficamente la técnica empleada por él desde hace 5 años, que consiste esencialmente en practicar la histerectomía antes de tratar el cistocele, y en dejar dos pedículos de lado y lado del útero que involucran, el primero los ligamentos redondos úteroováricos y trompas y el segundo los ligamentos anchos, pedículos uterinos, ligamentos transversos y ligamentos uterosacos. Respecto al exceso de la mucosa vaginal, aconseja no extirpar sino las zonas traumatizadas por la disección, siendo por lo tanto muy escaso el tejido resecaado. Llama la atención la falta absoluta de morbilidad en la totalidad de los casos tratados.

**Radiografía de la glándula mamaria.** — Llamó especialmente la atención este tema por ser novedoso en nuestro medio. Consiste en tomar por técnicas especiales, radiografías simples de la glándula mamaria que permitirán obtener los siguientes datos de interés diagnóstico:

a) — Una diferencia neta, considerada normal, entre el tejido glandular y la grasa paramamaria.

b) — Sombras de diferente densidad al parénquima y de límites variables ya se trate de tumores benignos, caso en el cual son netos, o de cánceres, en los cuales es difusa y con extensiones que, especialmente en los escirros, adquieren forma de prolongaciones o pies que irradian de la sombra tumoral siendo uno de ellos francamente predominantes (pie principal).

c) — Sombras pequeñas diseminadas en forma de gránulos, que se encuentran en el interior del tejido parenquimatoso y que representan retención de la secreción. Son particularmente frecuentes en las displasias.

d) — En los casos de carcinoma se encuentran dos signos muy importantes: La franca retracción del pezón y un engrosamiento de la piel inmediatamente por encima o por debajo de la aréola.

**Tratamiento hormonal del cáncer del seno.** — Se refiere al tratamiento paliativo de los cánceres mamarios utilizando los Andrógenos en dosis sostenidas y prolongadas. Obtiene resultados benéficos (especialmente desde el punto de vista anabólico) en aquellos casos de pacientes de edad avanzada y con metástasis óseas.

**Displasias mamarias.** — Hace una revisión del tema en cuanto a terminología, diagnóstico, sintomatología, procesos asociados y tratamiento. Adopta la clasificación, ya clásica de Mastodinia, Adenosis y Enfermedad Quística, y en cuanto a normas de conducta sigue las trazadas por Geschickter. No presenta casuística pero sus conclusiones concuerdan con lo publicado en nuestro medio.

F. P. V.

---

## LA EYECCION LACTEA EN LA MUJER

*Dr. Yamandú Sica-Blanco*

En la Clínica de Maternidad "DAVID RESTREPO" de Bogotá se llevaron a cabo 3 conferencias a cargo del Dr. YAMANDU SICA-BLANCO, del Servicio de Fisiología Obstétrica de la Facultad de Medicina de Montevideo, Uruguay.

Hizo la presentación del conferencista el Dr. Alberto Cárdenas Escobar, Director de la mencionada clínica.

La primera conferencia versó sobre: "**Bases fisiológicas para la inducción del parto con ocitocina**".

El Dr. Sica-Blanco hizo una síntesis de los conceptos de la escuela uruguaya sobre la contractilidad uterina a través del estado grávido puerperal, registrada por los métodos por ellos ideados; la valoración cuantitativa de la actividad uterina medida en unidades

De acuerdo a dichas bases, el conferencista analizó los peligros en la administración de la ocitocina por vía intramuscular, peligros atribuibles a la irregularidad de su acción y la taquisistolia provocada, capaces de determinar sufrimiento y muerte fetal.

También puso de presente los riesgos inherentes a su aplicación rápida por vía venosa no solo sobre la contractilidad uterina sino también sobre el aparato cardiovascular ya que en esta forma de administración se obtiene hipotensión arterial por vasodilatación, hipotensión que trata de compensarse con taquicardia lo cual puede ser grave en pacientes con corazón previamente deteriorado.

Explica la manera lógica de practicar las inducciones del parto con ocitocina lentamente por vía venosa mediante el aparato inyector o por el sistema de goteo de la infusión, dosificando la administración en miliunidades y utilizando diluciones de 2 U. en 1 litro de suero o aún inferiores.

Los efectos de la ocitocina se manifiestan, según el Dr. Sica-Blanco, de acuerdo con algunos factores como son: el estado del cuello (inmaduro, intermedio, maduro o del parto), la edad de la gestación, el estado de las membranas, la paridad, etc.

Recalca sobre el efecto de la ocitocina sobre la contractilidad uterina en las pacientes toxémicas en la cual se encuentra aumentada al contrario de lo que ocurre en los polihidramnios en los cuales distingue dos formas de respuesta según que a la distensión acompañe sensación de tensión o flacidez uterina percibida por palpación abdominal.

En relación con las inducciones practicadas con feto muerto, demostró como la contracción uterina responde en tres formas que dependen de la época en que ocurrió la muerte y de su causa. Clasifica los fracasos en la inducción en 2 grupos: absolutos y aparentes. Los primeros son muy raros si la inducción se hace técnicamente; sólo reporta 3 casos en 500 inducciones y explica sus causas.

Entre las conclusiones de su exposición está la de que la velocidad de la infusión de ocitocina debe adaptarse a la sensibilidad del útero que es muy variable de un caso a otro.

La segunda conferencia "**La eyección láctea en la mujer**" se inició con el recuento anatomopatológico del tejido mioepitelial de la glándula mamaria, basado en los estudios histológicos de Richardson mediante la tinción con plata. El Dr. Sica-Blanco explicó cómo ese tejido mioepitelial es el segundo efector de la ocitocina en la gestante. Describió la técnica de investigación de la actividad contráctil de la glándula mamaria introduciendo catéteres de polietileno a través de los canales galactoforos, varios durante la experiencia, para observar cómo cada unidad histológica trabaja independientemente de las demás, de esta manera se puede decir que en relación con la actividad contráctil hay una rotación de unidades.

Los investigadores han observado que durante la etapa gestacional a glándula mamaria tiene actividad contráctil espontánea. Durante el parto las contracciones se hacen rítmicas y aunque concomitantes con las contracciones uterinas, no guardan con ellas ninguna relación de sincronismo. A medida que progresa el parto, las contracciones de la glándula mamaria se hacen cada vez más frecuentes e intensas. Pasado el parto las contracciones de la glándula se van distanciando.

Explicó el conferencista cómo el reflejo desencadenado por la succión ejercida por el niño alcanza los núcleos diencefálicos e hipofisarios a nivel de los cuales se liberan ocitocina y prolactina lo que equivale a decir que tanto la eyección como la secreción láctea son favorecidas por la succión. De lo ante-

rior es fácil también deducir el por qué del aumento de la contracción uterina durante la succión de la glándula mamaria.

Haciendo diferentes diluciones de la ocitocina y variando la velocidad de infusión se ha llegado a encontrar que el umbral de sensibilidad o respuesta es de 1 UI por minuto y que la solución ideal para obtener una respuesta del galactóforo es la de 5 Miliunidades. Demuestra también con diferentes gráficas practicadas con las soluciones, cómo el galactóforo no es una estructura estática sino por el contrario dinámica y activa.

De las bases anteriores concluye que la administración de la ocitocina por cualquier vía pero mejor por la intramuscular es recomendable en los casos de agalactia o hipogalactia y en los procesos de ingurgitación mamaria y procesos inflamatorios de la glándula en donde junto con los antibióticos hace más fácil y rápida su resolución. Explica además como por vía nasal utilizando una solución que contenga 40 U. de ocitocina se puede hacer el "spray" o especie de nebulización, que también resulta útil.

La tercera conferencia dictada por invitación especial de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología y titulada "**La contracción uterina en los estados de toxemia y en el desprendimiento prematuro de placenta**" se inició con la demostración gráfica del aumento de la contractilidad uterina durante la preeclampsia con conservación de tono uterino normal. Durante las convulsiones eclámpicas se ha observado que el tono uterino aumento discretamente y no hay contracción. El conferencista demostró luego el efecto de distintos fármacos sobre la contracción tales como el sulfato de magnesio, la papaverina, la dihidroergotamina, la hidergina y las combinaciones de Demerol, clorpromazina y fenergán para concluir que a diferencia de lo que se pensaba antiguamente, estas drogas no solo no disminuyen la contractilidad sino que por el contrario la pueden aumentar con el agravante de que algunas de ellas elevan también el tono uterino. En relación con el beta-glicerofosfato de sodio demostró cómo esta droga que es antiespasmódica en el útero de rata no lo es en la mujer como lo sostenía el español Velásquez. El Dr. Sica pasó luego a explicar el efecto del desprendimiento prematuro de la placenta sobre la contractilidad uterina para plantear luego el interrogante de si la hipertonia era la causa o el efecto del desprendimiento placentario. Emitió la posibilidad un tanto teórica de que podría ser primero la hipertonia y luego el desprendimiento como lo pudo comprobar experimentalmente inyectando altas dosis de ocitocina. El autor además ha hecho experiencias usando el Yodo 131 para demostrar el retardo en la corriente sanguínea placentaria provocado por la hipertonia uterina que aumentando la presión intramiométrial determina también una hipertensión de los vasos venosos placentarios. Luego el Dr. Sica-Blanco explicó el efecto morboso y letal para el feto de la hipercontractilidad uterina por los fenómenos de anoxia ocasionados por la disminución del gas-placentario.

A continuación el Profesor Santiago Lleras, presidente de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología y a nombre de ésta, entregó al Dr. Yamandu Sica-Blanco el diploma de Miembro Correspondiente. En elocuentes palabras el Dr. Sica agradeció la distinción conferida.

J. A. G.