

EXTRACTOS DE REVISTAS

ABORTO ESPONTANEO Y HABITUAL

(Patología y tratamiento)

Carl. T. Javert. Bull. of Marg. H. Maternity Hosp. 9:1

Analiza el autor 2.500 historias de abortos espontáneos acaecidos en el lapso de siete años (1947-1954) en el servicio ginecológico del Hospital de Nueva York, sobre un total de 30.000 casos atendidos (8,3%), de los cuales 2.000 tuvieron control anatómopatológico (78% del total de casos de aborto), llegando a las siguientes conclusiones:

La gran mayoría de los huevos abortados son patológicos, y los que sin serlo presentan signos y amenaza, en el 90% de los casos pueden ser evitados.

Al examen anatómopatológico tanto las alteraciones del cordón como de la placenta y las membranas (ruptura prematura de las membranas placenta previa o abruptio placentae) consideradas por muchos como complicaciones del tercer trimestre de la gestación, pueden presentarse en la primera mitad, y ser causa de aborto. Igualmente el hallazgo de hemorragia en la mayoría de los casos no debe ser interpretada como consecuencia del aborto sino como su causa primera, puesto que la placenta al crecer de manera concéntrica e invadir por medio del trofoblasto más y más la decidua, forma fisiológicamente pequeñas hemorragias, que al existir una alteración en el mecanismo de coagulación llegan a hacerse patológicas. De la misma manera el hallazgo de circulares apretadas en fetos abortados, en contra de la opinión de otros investigadores no es un hallazgo "post-mortem" sino la causa del aborto por ahorcamiento y posterior maceración fetal. Las áreas de vellosidades placentarias avasculares con más o menos degeneración hialina o hidatiforme, fueron también en varios de los casos examinados la causa de la muer-

te embrionaria o fetal con posterior aborto. El examen ginecológico digital poco cuidadoso en los casos de amenaza de aborto, al producir la ruptura de las membranas que hacen hernia en el orificio cervical, fue igualmente, si no la causa primera, la desencadenante de varios de los casos de aborto.

Los porcentajes hallados de las causas enumeradas fueron los siguientes: alteraciones feto-ovuláreas, 34%; complicaciones funiculares, 53%; degeneración avascular de las vellosidades, 44%, y hemorragia decidual, 61%.

En ciento cuatro casos de aborto habitual tres tenían útero doble, uno un mioma submucoso, y uno una retroversión. En diez casos después de practicar curetaje con la idea de que se trataba de un aborto incompleto, se encontró una hiperplasia endometrial, única causa de la metrorragia y explicables por tratarse de pacientes estériles que habían sido tratadas activamente con dietilbestrol y progesterona.

En cien pacientes con un total de 420 embarazos se presentó el aborto habitual, y llegóse tan solo a obtener un 3,6% de fetos viables.

Entre multitud de posibles causas de aborto habitual, tales como el "foco séptico" muy en boga hace algún tiempo (1924), o la infección luética tratada sistemáticamente sin plena demostración por el laboratorio (1935) usando dosis altas de bismuto, o la terapéutica relativamente reciente consistente en la aplicación de pequeñas o grandes dosis de estrógenos, asociados o no a reposo en cama, se escogió una conducta consistente en la administración de grandes dosis de vitaminas C, P. y K, sin ninguna limitación de actividades tales como bailar, montar a caballo, etc., asociando el tratamiento a una terapéutica psico-somática bien dirigida (relajación, placebos, etc.), lográndose obtener en estas mismas pacientes un 84% de éxitos. La influencia de los factores psico-somáticos (hallada en 18 casos) y explicada por otros investigadores demuestra que el miedo y la angustia pueden llegar a producir un aumento en la secreción de epinefrina que al sensibilizar el miometrio predispone a que éste se contraiga excitado por pequeñas cantidades de oxitocina hipofisaria; o por acción indirecta sobre el tálamo o hipotálamo, llegar a hacer efectiva una contracción de poca intensidad.

El gran poder del placebo en la amenaza de aborto es demostrado, siempre y cuando que la paciente tenga un apropiado con-

trol prenatal, asociando su efecto psicoterápico a una apropiada administración de vitaminas C, P, K, y sin tener en cuenta la limitación de actividades de ésta. **M. A. F. B.**

LOS INHIBIDORES DE LAS TROMPAS UTERINAS

Por **E. M. Klploun** y **N. M. Cherchoun**

(Tomado de "Cahiers de Médecine Soviétique". Tomo II, número 3, noviembre de 1955).

La obstrucción tubárica es una causa frecuente de esterilidad, pero cierto número de obstrucciones observadas en el curso de la insuflación son debidas a espasmo tubárico. Existen fibras musculares en la zona intramural de las trompas que constituyen un verdadero esfínter; la menor excitación, por ejemplo la que produce la histerosalpingografía o la insuflación, puede desencadenar un espasmo de ese esfínter.

Los autores estudian los efectos de cierto número de sustancias sobre el tono útero-tubárico. La Atropina tiene una acción depresiva inconstante sobre el útero y las trompas, y cuando el tono se eleva por la Pituitrina o la Foliculina, el efecto depresor de la Atropina no se manifiesta. La Adrenalina disminuye igualmente el tono, pero su empleo en la clínica es delicado. La Testosterona tiene una acción análoga pero débil.

Más interesante es el efecto de la Progesterona. Los autores han realizado experiencias en gatos habiendo podido constatar disminuciones importantes del tono uterino y tubárico. Inyectada junto con la Pituitrina, la Progesterona inhibe los efectos de ésta y frena igualmente el tono de la Foliculina; el tono útero-tubárico depende de la interacción del buen equilibrio estrógeno-progesterona.

Esta propiedad de la Progesterona es utilizada a título de profiláctica antes de toda insuflación o histero-salpingografía por los autores del trabajo, para prevenir el espasmo. Ellos recomiendan la administración de 5 a 10 miligramos de Progesterona por los tres días que preceden al examen. En una serie de diez mujeres sometidas al tratamiento en las que curvas anteriores de insuflación demostraban estenosis lograron demostrar que la gran mayoría de ellas presentaban espasmo tubárico.

La Progesterona merece pues un puesto de relieve en la profilaxis del espasmo útero-tubárico en el curso de las exploraciones instrumentales.

“EL TRATAMIENTO DE LAS NEFROPATIAS GRAVIDICAS”**G. M. Salganik**

(Tomado de Cahiers de Médecine Soviétique”. Tomo III. Nº 1º. Marzo de 1956).

No existe aún un método terapéutico radical para el tratamiento de las nefropatías de la embarazada.

Uno de los principales medios de luchar contra el espasmo vascular y la hipertensión es el sulfato de magnesia. Pero la utilización de grandes dosis de magnesio es inútil: el organismo la elimina rápidamente. Las altas dosis de esta sustancia (inyectadas al animal), provocan modificaciones degenerativas a nivel del hígado y parenquima renal. Por otra parte, las inyecciones prolongadas producen sensaciones dolorosas que es necesario evitar.

Para luchar contra la hipoxia, el autor aconseja la oxigenoterapia por insuflación e inyección subcutánea. Este método mejora la circulación sanguínea periférica, y aumenta la acción del sulfato de magnesia. La perfusión intravenosa de suero glucosado hipertónico ejerce alguna acción diurética, mejora la circulación sanguínea cerebral y disminuye el edema de la corteza. Para favorecer el sueño son útiles dosis pequeñas de barbitúricos. El oxígeno es introducido en dosis de 250, 300 c. c. bajo la piel de la región escapular mediante una fina aguja conectada a un juego de cilindros; luego se retira la cánula dejando la aguja en su lugar, por donde se inyectan 10 c. c. de sulfato de magnesia al 5%. El procedimiento se repite una a dos veces por día según la gravedad del caso.

El autor trató 150 enfermas de las cuales 97 padecían de nefropatías leves y 53 nefropatías graves. La duración del tratamiento fue de 3 a 20 días y los resultados fueron en general favorables.

En conclusión el autor estima que el método combinado de tratamiento de las nefropatías del embarazo merece ser ampliamente empleado. Sin embargo, por razón del número insuficiente de observaciones, no es recomendable su empleo en la eclampsia y pre-eclampsia.

PARTICULARIDADES DE LA SECRECIÓN SALIVAR ESPONTÁNEA E INCONDICIONAL EN LAS MUJERES EMBARAZADAS CON TOXICOSIS

Por N. V. Coboceva

(Extracto del libro "Le Toxicoses Gravidiques").

Se sabe, después de los estudios de la escuela de Pavlov, que los diversos signos de toxicosis tardías tales como hipertensión, edema, albuminuria, deben ser considerados como el reflejo de trastornos neuro-hormonales que se producen en el organismo. El estudio de la secreción salivar y sus modificaciones permite apreciar el proceso patológico a nivel del cerebro. Diversos autores han insistido sobre las modificaciones de la secreción salivar en procesos patológicos tales como tumores cerebrales, sífilis cerebral, epilepsia, etc. El autor se vale de la cápsula de Prasnogorski para estudiar la secreción de la glándula salivar. Esta cápsula se fija en la boca a nivel de la abertura del canal de Stenon. Comunica con tres orificios: uno para la secreción salivar, uno para la introducción del excitante (ácido cítrico) y uno tercero para establecer el vacío que gracias a la presión negativa mantendrá la cápsula aplicada contra la mucosa. Se establecen así diferentes curvas que permiten contar el número de gotas de saliva en las mujeres embarazadas normales y enfermas.

La salivación se modifica luego de la introducción del excitante; se nota el período de latencia, es decir, el intervalo de tiempo después del cual la secreción se modifica en cantidad, y el período de actividad después de la introducción del ácido.

En las embarazadas normales, la secreción salivar espontánea es de 1 a 2 gotas cada 15 minutos. Bajo la influencia del excitante, la secreción se eleva bruscamente. El período de latencia es de 2 a 5 segundos. El período de actividad después de la introducción del excitante es corto y no pasa de 3, 5 minutos. En las mujeres que presentan toxicosis gravídica de la segunda mitad del embarazo, las curvas son completamente diferentes. Así, por ejemplo, en una paciente con edemas la curva será como sigue: secreción espontánea, 7 gotas en 15 minutos. La secreción no condicionada es muy elevada. El período de latencia se alar-

ga hasta 10 minutos, el periodo post-experimental es de 14 minutos.

Parece que la aparición de una secreción espontánea elevada en condiciones patológicas depende de una base de excitabilidad cortical y de una elevación de la excitabilidad de las partes subyacentes de la corteza cerebral .

El autor concluye que en el curso de las toxicosis gravídicas se produce un trastorno de las relaciones funcionales normales existentes entre la corteza y la "sub-corteza" y que la inyección endovenosa de Bromo en estas pacientes permite suprimir los trastornos.

Según Pavlov, el Bromo concentra los procesos de inhibición a nivel de la corteza, equilibra los procesos de excitación y regula así todas las manifestaciones de actividad nerviosa superior. La inyección endovenosa de Bromo produce una baja de la tensión arterial de unos 50 mm., mejoría en el estado general, disminuye las cefaleas y mejora el sueño. Se nota simultáneamente disminución de la secreción salivar no condicionada, acortamiento del periodo post-experimental y disminución de la secreción durante ese tiempo.

(Tomado de "Cahiers de Médecine Soviétique". Tomo III, número 1. Marzo de 1956).