# Revista de Revistas

## LA ATENCION DEL NIÑO PREMATURO

(The American Journal of Obstetrics and Ginecology. Vol. 65. Nº 1. Elisabeth Larsson. M. D.).

Hace pocos años los obstétras dedicaron su atención a salvar el mayor número de madres, mediante el tratamiento adecuado de las toxemias y las infecciones. Por estas razones se ha abandonado un poco la atención a los niños prematuros.

El autor sostiene que cada año nacen 250.000 niños prematuros en los Estados Unidos.

Según la Academia Americana de Pediatría, un niño prematuro es aquél que pesa 2.500 gramos o menos, mide menos de 47 centímetros y nace antes de la 37ª semana de embarazo.

La mitad de las muertes de los niños prematuros durante el primer mes de vida se debe al mismo hecho de ser prematuros.

En los trabajos de Anderson sobre prematurez, se establece que son más frecuentes los partos prematuros en las madres muy jóvenes y primíparas. Se puede decir, en general, que siempre se encuentran antecedentes de enfermedades durante la gestación en las mujeres que tienen niños bajos de peso. La enfermedad materna está asociada en 65% de los casos en los partos prematuros y en un 85% en los casos de nacidos muertos.

El parto prematuro ocurre en el 5% de los embarazos llamados normales y en un 7% de los casos con toxemias leves, en el 17% con toxemias severas y en el 38% en las eclampsias.

Según Andersson las entidades que producen hemorragias durante el embarazo, tienen mayor influencia que ninguna otra entidad asociada al embarazo en la producción de partos prematuros.

Eastman sostiene que en el 60% de los casos no se puede descubrir la causa del parto prematuro, pero no cabe duda que una dieta pobre es la causa más común en esta complicación.

aunque las cápsulas y píldoras no pueden reemplazar a los minerales y vitaminas de los alimentos naturales.

Ellos encuentran que el parto prematuro se presenta en el 8% de las mujeres que tienen dietas pobres y solamente en el 2.2% cuando suplementa la dieta adecuadamente.

La prevención del parto prematuro se ha hace con un buen control prenatal. Cuando se presentan los síntomas de parto prematuro, la enferma se debe sedar y poner en reposo en la cama. En muy pocos casos la hormonoterapia está indicada. Si no se puede detener el parto prematuro, se deben tener especiales cuidados en su conducción y en los primeros cuidados del niño. No se deben dar anestésicos por inhalación y la analgesia se debe reducir y aun mejor suprimirla. Se debe conservar la integridad de las membranas hasta el final del parto, con el fin de proteger al máximum la cabeza fetal. La resistencia perineal se debe evitar mediante episitomía amplia. Es más favorable para el niño el parto espontáneo, pero en los casos en los cuales haya alguna demora del segundo período del parto es preferible la aplicación de un forceps. No se debe ligar el cordón sino hasta que deje de pulsar. La succión de las vías aéreas superiores debe hacerse rutinariamente y colocar al niño en oxígeno y en condiciones adecuadas de temperatura.

El autor establece las siguientes conclusiones:

1ª El 7% o sea 250.000 niños nacen prematuros en los Estados Unidos.

2ª La prematurez es responsable de la mitad de las muertes en el primer mes de vida y de una tercera parte durante el primer año.

3ª La mitad de los partos prematuros pueden ser explicados; en la otra mitad no se halla la causa.

4ª Existe un gran interés entre los obstetras, pediatras e higienistas para salvar la vida de los niños prematuros.

5ª La incidencia del parto prematuro puede ser disminuída mediante un buen control prenatal, una dieta adecuada, un pronto y adecuado control de cualquier complicación que se presente durante el embarazo.

6ª Si se presentan signos de parto prematuro, se debe prescribir reposo en la cama, sedantes y hormonoterapia en algunos casos.

7ª La conducta durante el parto debe ser:

a) Poco o ningún analgésico;

b) La anestesia por inhalación debe evitarse;
c) Las membranas deben conservarse hasta el final del parto;
d) La episiotomia se debe hacer para evitar la resistencia del perine.
e) El parto debe ser espontáneo o mediante forceps bajo;
f) El cordón no se debe ligar sino hasta cuando deje de pulsar.
g) Se debe hacer succión de las vías aéreas superiores. La intubación traqueal deberá hacerse con sumo cuidado.

8ª Los principales cuidados del niño deben ser:
a) Limpieza de las vías aéreas;
b) Oxígeno;
c) Temperatura adecuada, y
d) La menor excitación posible.

J. A. R.

---

## EL DOLOR COMO SINTOMA EN LAS ALTERACIONES VASCULARES Y EN LOS DESORDENES DEL SISTEMA SIMPATICO PELVICOS

Howard C. Taylor Jr. M. D. New York N. Y. Am. J. Obs. y Gynec. 67: 6.

El autor correlaciona la presencia del dolor pélvico con alteraciones vasculares y con fenómenos dependientes del sistema nervioso autónomo. Hace referencia a los ciento cinco casos publicados anteriormente y presenta cien casos más del llamado "Síndrome de congestión pélvica", dando las conclusiones siguientes:

Los casos clínicos dan sintomatología y signos físicos característicos; son de frecuente ocurrencia en la consulta ginecológica y hace pensar en dicho síndrome, al que describe diciendo que: "a una molestia principal que puede tener varias formas de manifestarse, se agregan síntomas secundarios dependientes bien del exceso de secresión cervical, de pequeños cambios en las reglas, o irritabilidad vesical".

Afirma que muchas son las hipótesis que se han lanzado sobre su etiología y patogenia, y que la más verdadera es la que achaca su aparición a disturbios de fisiología vascular; por éste motivo, dice el autor, el término de "congestión pélvica" parece ser el apropiado. Agrega que las alteraciones circulatorias no son más que una exageración de los fenómenos normales, producidos

por impulsos vasomotores recibidos sobre el sistema simpático y parasimpático pelviano; y concluye que la congestión pélvica es en esta forma un desorden "Psicosomático". Admite sin embargo, que otros factores pueden afectar la circulación pélvica, tales como las hormonas esteroides, los deficientes medios de sostén del útero y la posición de la paciente, concluyendo que desde que sean valederos dichos factores, su origen no será completamente "Psicosomático". El tratamiento dice: debe ser conservador, con atención a los factores que puedan producir "stress" o inestabilidad emocional que pueda afectar el sistema autónomo autónomo pélvico; debe incluir el cuidado del cérvix, si es del caso, o la corrección de la relajación o descenso del piso pelviano. En algunos casos observados por el autor, en que el dolor estaba asociado a ovarios hipertróficos, especialmente si la paciente era estéril, justificó la cirugía conservadora sobre anexos. En unos pocos casos de mujeres viejas, con alteraciones de larga data, y ante el fracaso de otros métodos, considera en cambio el autor la histerectomía como el tratamiento de elección.

M. A. F. B.

---

## INVESTIGACIONES BACTERIOLOGICAS DEL BACILO DE KOCH EN EL ENDOMETRIO

Dr. Humberto Elgueta. E. Bol. de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. 17: 2.

El gran mérito de este trabajo reside en el minucioso estudio que el autor llevó a cabo en asocio con el Instituto Bacteriológico de Chile, logrando llegar al diagnóstico etiológico de muchos casos que de otra manera no hubieran sido reconocidos precozmente.

Hace notar la importancia del diagnóstico bacteriológico, no sólo para el correcto tratamiento médico con estreptomicina, sino la ventaja de poder practicar en algunos casos cirugía ginecológica conservadora con éxito.

Ciento doce casos componen la casuística, siendo curioso el hecho de que varias enfermas consultaron por esterilidad y en las que se llegó al diagnóstico de T. B. C. endometrial ocasionalmente. Ochenta y siete enfermas consultaron por primera vez y veintisiete eran portadoras de T. B. C. útero-anexial y que concurrían a control; las primeras las distribuye así: cincuenta y

siete en las que se descartó dicha etiología por resultados negativos, tanto en la biopsia como en el examen bacteriológico; dos casos en que el examen negativo fue falso; cinco casos en los que únicamente se utilizó investigación bacteriológica en la sangre menstrual, y ventiún casos, en los que se aclaró la etiología tuberculosa por resultado positivo de ambos exámenes o de uno solo de ellos; éstas últimas fueron tratadas así: once únicamente con estreptomicina; siete controladas después del tratamiento quirúrgico exclusivo, y nueve controladas después de estreptomicina y cirugía. De las once primeras, en seis el resultado fue positivo después del tratamiento (tres habían recibido menos de 30 gramos de estreptomicina) con dosis promedio de 50 gramos. En los casos previamente tratados por cirugía, dos dieron biopsia positiva, con cultivo e inoculación al curí negativa; y en las tratadas con estreptomicina y cirugía: seis curaron y tres se tuberculizaron por contaminación endometrial demostrable por su aparición en controles tardíos.

En cuanto a la sensibilidad "in vitro" del bacilo de Koch aislado del endometrio, a la estreptomicina, el autor concluye: que de doce pruebas practicadas, la sensibilidad del bacilo se mantuvo por debajo de 10 microgramos, cifra máxima aceptada como límite, y que sólo dos casos de marcada resistencia se requirieron medios con más de 20 microgramos por c. c.

M. A. F. B.

---

## CORIOCARCINOMA UTERINO

Emil Novak, M. D. Baltimore y C. S. Seah, M. D. Singapore Malaya. Am. J. Obst. and Gynec 67: 933.

Estudio presentado por los autores de la 64ª Reunión de la Asociación Americana de Obstetricia y Ginecología de Host Spring, con setenta y cuatro casos estudiados plenamente y con diagnóstico comprobado por el mismo equipo de patólogos.

Los analizan desde el punto de vista de la anatomía patológica, diferenciación al microscopio, diseminación y pronóstico.

El asunto tan debatido de su nomenclatura, lo tienen en consideración. El diagnóstico microscópico para ellos es el que debe ser tenido más en cuenta, dando menor importancia a la evolución clínica y a los medios biológicos. La vía de diseminación del coriocarcinoma más frecuente: la sanguínea; propaga-

ción más a la manera de los sarcomas que de los carcinomas que lo hacen por lo general por vía linfática; existiendo sin embargo casos en los que como en las metastasis vaginales éstas se propagan invadiendo ambos sistemas. Del concepto de propagación sanguínea deducen que en relación con tratamiento, no tiene razón de ser la irradiación que después de la histerectomía acostumbran aplicar sobre el piso pélvico, pues la metastasis más frecuente es la pulmonar a distancia; igualmente no hallan justificada la resección ovárica, pues la aparición de metastasis en este órgano son raras; aunque a la laparatomía se encuentren grandes formaciones quísticas, de común aparición aun en los casos de mola benigna. Al examen radiológico pulmonar no le dan un valor absoluto; relatan seis casos de treinta y cuatro, en los que el diagnóstico de metastasis fue hecho por Rayos X y que al no coincidir con diagnóstico positivo anatomopatológico fallecieron no por tales supuestas metastasis, sino por enfermedades intercurrentes (generalmente hemorragias).

En cuanto al tratamiento, los autores comentan que la cirugía radical sería la única que podría garantizar a la paciente su supervivencia.

En la gran mayoría de los casos el diagnóstico preoperatorio fue seguro, pero en trece casos el examen microscópico dejó alguna duda sobre la existencia de coriocarcinoma, y en treinta y dos el diagnóstico se hizo imposible hasta que el útero no fue extraído.

Resumiendo dicen: el clínico, ante un diagnóstico de mola, debe hacer la evacuación de ésta, seguida de titulaciones hormonales; repite el curetaje si persisten niveles altos de titulación hormonal, hemorragias vaginales y subinvolución uterina; practica la histerectomía, cuando después de haber hecho el segundo raspado los hallazgos de titulación hormonal siguen siendo ascendentes.

De los setenta y cuatro casos, cuarenta y dos fueron tratados con histerectomía; con veintitrés muertes, una supervivencia de un mes, dos de dos años y dos de diez años (seis casos perdidos de vista); el resto fueron casos tratados por histerectomía e irradiación pélvica o pulmonar, histerectomía y lobectomía; curetaje e irradiación, o irradiación sola, que reunidos no dieron sino dos casos de supervivencia después de un mes, y ninguno de más tiempo (veintisiete muertes).

M. A. F. B.

# EXPERIENCIAS CON HIDRAZINOFTALAZINA (APRESOLINA) EN ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

R. L. Sherman. M. D. H. L. Riva. M. D. Walter Reed Army Hosp. Was.
Am. J. Obst and Gynec. 67: 1.074. 54.

Los autores presentan 34 observaciones logradas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Militar Reed, de Washington, D. C. Dichos casos eran de toxemia y enfermedad hipertensiva. Fueron estudiados en la siguiente forma: 21 pacientes recibieron la droga por vía endovenosa; cinco pacientes recibieron la droga por vía oral o subcutánea; 8 pacientes recibieron la droga por vía endovenosa y oral o subcutánea.

Las pacientes fueron clasificadas de la siguiente manera: 16 pacientes pre-eclámpticas con hipertensión, albuminaria o edema; cinco casos de pacientes hipertensas sin albuminaria o edemas; un caso de enfermedad hipertensiva con preeclampsia sobreagregada; veinte pacientes con "hipertensión durante el parto".

La droga se inyectó vía endovenosa a la dosis de 20 a 40 miligramos lentamente (5 a 10 minutos de duración); los efectos máximos se lograron a los 10 o 20 minutos de la iniciación de la inyección. La tensión fue controlada por un ayudante cada 10 a 20 segundos, mientras se hizo la aplicación; de tal manera que en la aplicación intervinieron dos médicos. El descenso tensional se observó primero en la diastólica, en tanto que la sistólica en un principio se le vio subir para bajar más tarde. Luego chequearon la presión cada 5 minutos durante media hora, y luego cada 15 minutos en la media hora siguiente.

Concluyen los autores que el uso de esta droga hipotensora es de gran utilidad en el tratamiento de las toxemias, por no haber alteración en la eliminación renal y sí un aparente aumento de la excresión de ion sodio. La administración oral y subcutánea no dio respuesta uniforme satisfactoria sobre la hipertensión.

M. A. F. B.

# INCISION DE PFANNENSTIEL MODIFICADA EN CESAREAS

JULIO CALCANO

Reimpreso de Rev. Obst y Ginec (Venez) 12: II.52

El autor comenta 38 casos operados, siguiendo la técnica de Pfannenstiel, modificada por Te Linde y que él adapta a la operación cesárea.

Entre los casos observados, 22 fueron cesáreas hechas en primigestantes y 16 en multíparas, 32 en embarazo a término, de las cuales dos fueron de embarazo múltiple y 6 casos con embarazo prematuro. Diez fueron cesáreas con membranas íntegras y 28 con membranas rotas. La mayor indicación fue por estrechez pélvica, 12 casos; siguiendo las toxemias 5 casos (no comentados); las distocias de dilatación, y la placenta previa, 4 casos cada una, quedando el resto para otras complicaciones médicas y obstétricias. La anestesia usada fue en un 57% de los casos Ciclopropano-éter oxígeno, el resto éter (Ombredanne) y solamente dos casos con raquianestesia.

Durante el post-operatorio, hubo un 18,4% de morbilidad; 10.5% correspondiente a endometritis. Un total de 41 fetos se obtuvieron (un embarazo gemelar y uno triple), con un 19% de mortinatalidad.