

EXTRACTOS DE REVISTAS

CIRUGIA DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO

Doctor CONRADO ZUCKERMANN.— Rev. Mex. de Cirugía Ginec. y Cáncer, 8:227. 1954.

Analiza el autor en primer lugar el problema del cáncer cérvico-uterino, y opina que la extirpación quirúrgica del blastoma del cuello del útero tiende a tener mayor importancia si se consideran los siguientes hechos: frecuencia dominante del cáncer del cuello uterino, la rebeldía de algunos casos al tratamiento por rayos X o a la terapéutica quirúrgica (no radical), las recidivas frecuentes después del tratamiento, la dificultad en usar radiaciones en algunos casos y, por último, los avances técnicos de técnica operatoria, etc., que permiten hacer cirugía más amplia.

Más adelante, analizando las indicaciones y contraindicaciones, señala que en cuanto a clasificación, ésta solamente es precisa con el examen histológico de lo extirpado, y que lo mejor es intervenir en casos grado I, o cuando más en grado II. Da bastante importancia al estado general de la paciente, a la excesiva obesidad de la misma, al estado funcional cardiovascular, hepático, renal, etc., y por último al examen radiográfico pélvico y torácico para descartar la presencia de metástasis a distancia, pues en ese caso contraindica la intervención.

Después de analizar las diversas modalidades de cirugía, aboga por la linfadenohisterectomía amplia, la linfadenohisterectomía con cistectomía parcial o total en las etapas I, II y III, y los vaciamientos pélvicos parciales o totales en los casos de grado IV con invasiones vesicales o rectales.

Da como estadística en cinco años 81 linfadenohisterectomías amplias y 7 linfadenohisterectomías con cistectomía parcial, 3 con cistectomía total, 1 linfadenohisterectomía con extirpación del recto, y 2 vaciamientos pélvicos. De estos 94 casos, uno

falleció en el acto operatorio (vaciamiento), 16 han fallecido posteriormente y se reprodujeron en total 34. De los 94 casos, 22 eran grado I, 38 grado II, 21 grado III y 13 grado IV.

M. A. F. B.

INDICACIONES Y METODOS DE INDUCCION DEL PARTO

D. STANLEY PATTISON M. D.— *Medicine Hat, Alberta Am. Jour. Obst. Gyn.* 69: 2, 1955.

El autor, en cuanto a las indicaciones, las agrupa en tres: indicaciones maternas, indicaciones fetales e indicaciones electivas.

Las indicaciones maternas:

A.— Por toxemias del embarazo: preeclampsia leve, preeclampsia severa, eclampsia y enfermedad vascular hipertensiva.

B.— Enfermedades renales: glomerulo-nefritis, pielitis y pielonefritis.

C.— Hemorragia antepartum: placenta previa (marginal y lateral) y abruptio placentae.

D.— ¿Desproporción céfalo-pélvica?

E.— Hidramnios: agudo o crónico asociado a anormalidad fetal.

Como indicaciones fetales, el autor señala:

La diabetes de la madre.

La post-madurez o el feto pasado de término.

La muerte habitual del feto in-útero.

Por último, las indicaciones electivas obstétricas o de conveniencia materna.

El autor comenta cada una de ellas y al hablar de la indicación por desproporción céfalo-pélvica, señala ésta como tal, al ser utilizada la inducción antes del término con el fin de obtener un parto fácil; conducta según él seguida en las Islas Británicas.

Los métodos de inducción los agrupa en tres denominaciones: inducción médica, utilizando el clásico método del aceite de ricino, de un enema dos horas más tarde, seguido de extracto pitui-

tario en la forma de Pitocín 0,5 c. c. en 500 c. c. de sol de dextrosa al 5% en sol. Salina o agua destilada, aplicada por vía endovenosa, a razón de 10 a 12 gotas al minuto, por períodos de 30 minutos, aumentando a 20 o 30 gotas por minuto hasta lograr la iniciación del trabajo.

La inducción operatoria: es simplemente la amniotomía seguida de la ampliación de la brecha alrededor del cuello, practicada por el autor por medio del cateter de Drew Smith.

El método compuesto: utilizando la amniotomía y la infusión endovenosa de Pitocín, considerado por el autor como el método de elección.

EL MICROLEGRADO ENDOMETRIAL EN LAS VIRGENES

Por G. RIOS.— Rev. Esp. Obst. Gin., 13:367, 1954.

Se presentan las experiencias realizadas en 35 mujeres vírgenes entre los 15 y 42 años, que consultaron por: a) Trastornos menstruales; b) Sospecha de T. B. C. genital; c) Endocrinopatías diversas que requerían la investigación de la función genital.

El hallazgo más interesante fue el relacionado con la tuberculosis ya que en las 35 enfermas encontró tres casos que hubieran quedado ignorados de otro modo; en cambio, de los 8 casos en los cuales sospechaba clínicamente la tuberculosis, sólo en uno hallaron tubérculos.

Se empleó el espéculo vaginal bivalvo introducido lentamente y con suavidad hasta el fondo vaginal; el himen se deja distender cuando la presión se ejerce en sentido radial, y sólo se presentan desgarros cuando ésta se ejerce en otro sentido o se manobra con brusquedad.

Por último, observa que en ningún caso hubo que recurrir a la inyección de hialuronidasa en la base del himen, técnica que facilita la dilatación.

MELANOBLASTOMA DEL OVARIO CATORCE AÑOS DESPUES DE UN BLASTOMA OCULAR

Por los doctores N. CONTRERAS ORTIZ, R. SANMARTINO y A. S. ZUCOTTI
Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires.
Año 1954, número 470.

Los autores discuten primero la rareza del melanoblastoma del ovario, extractan según la revisión bibliográfica de Sanmartino y Guizá: 8 melanoblastomas ováricos primitivos en un total de 164 melanoblastomas de los órganos genitales, inclusive la mama, lo que representa el 4,9%, y 27 secundarios en un total de 65 localizaciones genitales, lo que representa una proporción del 41,5%.

La localización del tumor primitivo era la siguiente: vulva, vagina, ovario opuesto, piel, matriz ungueal del dedo índice y coroides.

Desde el punto de vista anatómo-patológico el tumor ovárico puede presentar aspecto variable; desde un pequeño tumor abollonado que al corte mostraba la presencia de uno o varios nódulos, algunos pigmentados, otros acrómicos, hasta la formación de masas hasta del tamaño de una cabeza de adulto con superficie externa abollonada, consistencia blanda y que al corte presentaba un color negruzco con estrias blancas de tejido conjuntivo.

En cuanto a la clínica, los autores recuerdan que el Melanoblastoma metastásico del ovario no tiene un carácter clínico particular, dando la sintomatología común de un tumor abdominal o pelviano.

Las metástasis, inclusive las del ovario, se manifestaban a veces a los pocos meses de la extirpación del tumor primitivo, en algún caso hasta los dos años; en cambio en cierto número de observaciones está caracterizado por aparición muy tardía de la localización ovárica; en el caso de Novak a los seis años de una afección ocular diagnosticada como sarcoma, pero cuya naturaleza maligna y melánica se descubrió en el momento de la autopsia a los 31 meses de la extirpación del ovario.

Luego presentan los autores un caso personal de una enferma de 46 años, cuyo antecedente más importante era el de que 10 años antes había sido sometida a la enucleación de un ojo por tumor blastomatoso, había tenido tres hijos y su historia menstrual era negativa. Tres meses antes de la admisión empezó a

sentir dolores intermitentes en el bajo vientre, que fueron haciéndose más intensos; al examen tan sólo se anotaba la presencia de un tumor ovárico quístico derecho, del tamaño de una naranja, fijo y doloroso. Anexo izquierdo y matriz normales. Operada la enferma se confirmó: "Útero engrosado, asiento de endometriosis interna, y el anexo derecho sitio de un blastoma del tamaño descrito, fijo en su sitio, con adherencias intestinales sólidas de coloración negruzca en gran parte. Se efectuó anexo-histerectomía supravaginal".

El post-operatorio fue esencialmente normal. A los 16 meses de la operación inicia dolores cefálicos, manchas pigmentadas en la piel profusamente diseminadas por todo el cuerpo; el examen genital demuestra infiltración parametrial de tipo tumoral. El proceso tanto local como las distantes metástasis evolucionan rápidamente y la enferma fallece con el cuadro de tumor cerebral a los dos años y medio de la operación.

Como comentario único que hacen los autores se destaca el que parece como si el acto quirúrgico acelerara la diseminación del proceso.

Alberto Gómez T.

NUEVA VISION DEL PROBLEMA DE LAS ANEXITIS

(Excluidas las tuberculosas)

Doctor LORENZO ABAD COLOMER (Rev. Esp. Obst. Gin).

Basado tanto en su experiencia personal como por encuesta a varios ginecólogos españoles, el autor enfoca el problema de las anexitis, analizando los siguientes puntos: 1º Frecuencia; 2º Etiología; 3º Clínica y 4º Tratamiento.

1º *Frecuencia.*— Ha disminuído después del uso de los anti-bióticos. Sobre un total de 2.456 historias encontró 268 anexitis (10.8%), material que corresponde casi en su totalidad a formas subagudas y crónicas.

2º *Etiología.*— El concepto etiológico clásico que establecía en orden de frecuencia primero la gonocócica, después las infecciosas sépticas post-parto y post-aborto y por último la tuberculosa, debe sufrir una revisión completa, pues de la encuesta se deduce que se han incrementado las anexitis sépticas disminuyendo las gonocócicas y aumentando las tuberculosas.

3º *Clinica*.— El cuadro clínico también se ha modificado por el tratamiento antibiótico, consistiendo los principales cambios en disminución de los síntomas, acortamiento de los estados y muchas veces decapitación de los mismos. Además, se anota su menor duración y la menor frecuencia de complicaciones. En enfermas diagnosticadas como casos de anexitis crónicas se anota la gran frecuencia de ovaritis escleroquistica que, según Botella, no sería tal lesión sino el “ovario anexítico” bien sistematizado por él y su escuela.

En cuanto a las complicaciones, se hace hincapié en la menor frecuencia actual de pelviperitonitis con formación de abscesos del Douglas, pero se anota que la frecuencia de rupturas intra-abdominales de los abscesos tubo-ováricos y de los piosálpinx se mantiene elevada; basado en las estadísticas de Vermeeren y Te Linde concluye que la moderna terapéutica con antibióticos no ha reducido la frecuencia de esta complicación.

4º *Tratamiento*.— En la fase aguda continúan teniendo todo su valor las normas generales de reposo en cama, hielo en hipogastrio, régimen alimenticio bien balanceado y evacuación intestinal, así como también las medidas encaminadas a calmar el dolor y a combatir la infección. Para lo primero, aconseja la novocainización de los parametrios actuando sobre el plexo hipogástrico inferior, abordándolo bien a través de los fondos de saco laterales (método de Daniel) o atravesando el periné por el paracolpo (técnica de Henriette). Aprovechando la inyección al parametrio, algunos aconsejan mezclar al agente anestésico (novocaína al 1% sin adrenalina), o algún antibiótico (generalmente 1000.000 unidades de penicilina). El tratamiento anti-infeccioso comprende el empleo de sulfamidas y antibióticos, según los siguientes principios:

1º Conocer en lo posible la etiología exacta de la anexitis;

2º La sensibilidad del germen al antibiótico o sulfonamida empleado;

3º Una historia retrospectiva sobre la anterior utilización de estas drogas por la paciente, con motivo de otros procesos y la dosis empleada;

4º Empezar la terapéutica con dosis altas, siempre que sean toleradas, para yugular rápidamente el proceso y evitar resistencias;

5º Prolongar suficientemente la acción de las drogas;

6º Combinar éstas teniendo en cuenta los sinergismos y los antagonismos;

7º Controlar periódicamente la fiebre, el hemograma, la velocidad de sedimentación y la desaparición del germen en los cultivos de las secreciones, si esto último es posible.

En cuanto al tratamiento quirúrgico en la fase aguda, resume sus indicaciones a los siguientes estados:

1º Colecciones supuradas en el Douglas;

2º Colecciones supuradas que tienden a la localización inguinal;

3º Ruptura de piosálpinx y de abscesos tubo-ováricos;

4º Peritonitis que se diagnostican como apendiculares y que la laparotomía señala como anexitis aguda.

En las anexitis subagudas están indicados los antibióticos, la novocainización, las ondas cortas y la vacunoterapia.

En las crónicas se emplean los antibióticos para yugular las agudizaciones que periódicamente sufren estos procesos. En cuanto a la cirugía, que ha disminuído considerablemente después de la era antibiótica, se emplea cuando las tumoraciones permanecen intactas después del tratamiento anterior, y se rige por las normas clásicas: conservadora en las mujeres jóvenes (histerectomía fúndica con salpinguectomía unilateral y salpingo-ovaríectomía del lado opuesto) y radical en las pacientes próximas a la cuarentena.— F. P. V.

APLICACION CLINICA DE LA RESERPINA UNO DE LOS ALCALOIDES DE LA RAUWOLFIA SERPENTIN

(Traducción de los "Anales de la Academia de Ciencias de Nueva York").
FRELICK F. YONKMAN, FRANK L. MOHR.— "Annals of The New York Academy of Science Vol. 59. Art. 1º Abril 30/54.

La Reserpina uno de los catorce alcaloides aislados de la planta de la familia de las Apocineas clasificada en la actualidad con el nombre de Rauwolfia Serpentina, fue aislada en el año de 1952 y desde esa época los estudios farmacológicos le han asignado una marcada acción sobre los efectos de la hipertensión arterial.

Sintetizando su acción farmacológica tenemos:

1. La Reserpina ejerce una acción calmante y sedante sobre una gran variedad de animales de experimentación.

2. Posee la droga en su acción un período latente de aproximadamente una hora antes de que el sistema nervioso se muestre influenciado por ella aun en casos en que la droga se ha aplicado por vía endovenosa.

3. Hipotensión muy moderada se observó en perros no anestesiados después de una dosis única endovenosa, y una baja más notoria en la tensión, cuando el reflejo vasoconstrictor se ha atenuado en los animales de experimentación en los que una dosis pequeña de barbitúricos fue empleada antes de ser tratados con Reserpina.

4. Los reflejos presores consecutivos a la oclusión carotídea o estimulación vagal central se disminuyeron o eliminaron con la utilización de la Reserpina en el perro.

5. Todos los efectos observados con la Reserpina, incluyendo sedación, disminución de la respuesta emocional, alteraciones autónomas periféricas, y cambios circulatorios son explicables con base en una alteración del balance simpático-parasimpático, por la supresión parcial del predominio del simpático sobre el hipotálamo.

6. Los animales de experimentación rápidamente respondieron, conservando una buena coordinación motora, después de la administración de dosis sedantes de Reserpina.

La investigación sobre los posibles efectos de la Reserpina sobre el Sistema Endocrino es de interés por la acción que ésta pueda tener sobre la función endocrina al tener efecto inhibitor sobre la actividad hipotalámica. Así pues se llega a la conclusión que la Reserpina probablemente inhibe la secreción andrógena de los testículos solo en los casos en que se empleen dosis altas que causen anorexia y pérdida de peso. En dosis pequeñas sin embargo puede interferir el ciclo ovárico y la capacidad reproductiva de la rata. Al igual que otras drogas que tengan alguna acción "estresante" la Reserpina ocasiona un estímulo pequeño sobre la corteza suprarrenal. La hipertensión asociada con un tratamiento prolongado con Cortisona pudo prevenirse con Hidrazinoftalacina igual que con Reserpina. Juntas drogas, pues, en presencia de Cortisona mantienen un estado de hipotensión, lo cual demuestra el efecto antihipertensivo de estas drogas en los casos en que el paciente pueda estar bajo un estímulo humoral hipertensivo.

El uso clínico de la Reserpina teniendo en cuenta su efecto hipotensor desde la época en que se usó en la India el extracto total de la planta, ha permitido observar los siguientes fenómenos

consecutivos a su aplicación: sedación, bradicardia, hipotensión, vasodilatación nasal, aumento de peso, y en dosis excesivas: diarreas, pesadillas y depresión angustiosa. El efecto más benéfico encontrado ha sido disminuir los síntomas "neuróticos" en todos los pacientes, bajando la presión arterial particularmente en los jóvenes, lábiles, neuróticos hipertensivos con taquicardia. Ha sido empleada con éxito en muy pequeñas dosis con el fin de mantener en su nivel normal la tensión en pacientes en estado "prehipertensivo" y que ya habían sido tratados de manera más intensiva.

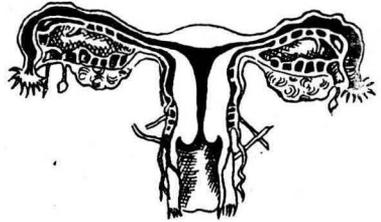
En cuanto a la dosis promedio utilizada como inicial aconsejan la de un miligramo por día; con esta dosis los efectos hipotensivos son observados 48 horas después de iniciar su empleo; después de varias semanas de tratamiento es posible reducir la dosis a 0,2 o 0,5 miligramos por día.

M. A. F. B.

ANEXINA

« BYALA »

Producto biológico
para el tratamiento
de las infecciones mixtas
de los anexos femeninos.



Envases originales:

Anexina «débil»
(Nos. I a VI)

Cajas con 6 ampolletas de 1 c.c.
con 1, 2, 4, 6, 8, y 10 unidades antigénicas.

Anexina «fuerte»
(Nos. VII a XII)

Cajas con 6 ampolletas de 1 c.c.
con 10, 12, 14, 16, 18 y 20 unidades antigénicas.



Instituto Terapéutico «BYALA» Cia. Ltda.

BOGOTÁ, Colombia - Calle 16, No. 8-52.