

PSIQUIATRÍA

REVERSIBLE ACUTE MUSCULAR SYNDROME IN CHRONIC ACOHOLISM.

Perkoff G. T., Hardy P. y Vélez-García E.

New Engl. J. Med., 1966, 274/23 (1277-1285).

Se describen 3 enfermos con alcoholismo crónico que desarrollaron un síndrome muscular agudo con dolores musculares, calambre y debilidad muscular. La creatinafosfoquinasa del suero estaba elevada en 2 casos; en todos los enfermos se encontró mioglobina o proteínas afines en la orina, mientras que la respuesta del ácido láctico al ejercicio isquémico estaba reducido, en la biopsia muscular reveló modestos aumentos del número de los núcleos del sarcolema, con atrofia focal o difusa de las fibras musculares. Dos de los enfermos tenían una disminución de la fosforilasa muscular. Tras interrumpir la bebida, el síndrome se hizo reversible en un plazo de 2 a 4 semanas. Se llevó a cabo, además un estudio en 18 alcohólicos crónicos, que ingresaron en el hospital a causa de una intoxicación alcohólica grave. Ninguno de ellos presentaba signos musculares o sólo un grado mínimo. En su mayor parte presentaban un aumento de la creatinafosfoquinasa del suero; todos ellos mostraban una respuesta débil del ácido láctico a los ejercicios isquémicos y, a veces, aparecía en la orina mioglobina o proteínas afines. Se practicó una biopsia muscular a 6 enfermos y, en 4 casos, se encontraron anomalías del tipo ya descrito. La fosforilasa muscular estaba descendida en uno de estos enfermos. Excepto la clara relación en el tiempo con el excesivo consumo de bebidas alcohólicas y su reversibilidad al cesar el mismo, se desconoce la patogenia del síndrome. Se examinan algunos posibles mecanismos.

RESPIRATORIO

LA TERAPIA CORTICOSTEROIDE NELLA TUBERCULOSIS PALMONARE. II IL TRATTAMENTO DEL PROCESSI A PREVALENTE COMPONENTE ESSUDATIVO.

Guglielmetti P. y Picone A.

Riv. Pat. Clin. Tuberc., 1966, 39/2 (236-250).

Se comunican los resultados favorables obtenidos en 151 casos de tuberculosis pulmonar postprimaria, ingresados por

primera vez y tratados con terapéutica corticosteroidea, junto con medicamentos quimiobióticos. Se insiste en las ventajas que ofrece el empleo precoz de los derivados cortisonícos en las manifestaciones tuberculosas que se acompañan de exudación marcada, en el momento en que los síntomas de la enfermedad presentan características de reversibilidad completa; esto es, propias de un proceso inflamatorio de tipo agudo. Un análisis de los casos estudiados lleva a la conclusión de que los resultados más favorables se consiguen con más frecuencia cuando el comienzo de la enfermedad es reciente, mientras que no lo son tanto cuando los procesos exudativos derivan de la reactivación de focos previamente estabilizados.

CLINICAL APPLICATION OF FUNCTIONAL TEST AND METHODS OF INVESTIGATION OF PLACENTAL DISORDERS.

Ten Berge B. S. Bull. Soc. Roy Belge.

Gynec. Obstet., 1966, 36/2 (113-124).

En el primer trimestre del embarazo tiene interés clínico el estudio del nivel de la gonadotropina coriónica urinaria para el diagnóstico de la mola vesicular y el epiteloma coriónico. Las cifras de estrógeno y pregnandiól son clínicamente menos importantes que los datos obtenidos por medio de los frotis vaginales según Papanicolaou. Durante el segundo y tercer trimestres, en particular en las 8 semanas últimas, las determinaciones de pregnandiól, y sobre todo de estrógeno, tienen valor clínico en los casos de degeneración fibrinosa de la placenta, de toxemia y de muerte uterina. El tipo de excreción de pregnandiól sigue con retraso las alteraciones patológicas de la placenta. Las curvas de excreción de estriol y pregnandiól siguen un curso diferente. En el embarazo de una anencefalia, el estriol está notablemente reducido, si bien más alto que en una mujer no embarazada. La causa puede ser la ausencia de la zona fetal de las suprarrenales. Son evidentes las alteraciones placentarias (Ten Berge, 1965). Se observan valores normales y bajos en presencia de una mola. El descenso de la excreción de estriol directamente después de la muerte del feto, puede ser la consecuencia de la influencia decisiva de la circulación intervillosa sobre la velocidad de excreción estrogénica. Las observaciones de Diczfalusy y Cassmer en el aborto artificial apoyan esta teoría. Las determinaciones seriadas de estriol constituyen una ayuda diagnóstica útil para juzgar la gravedad de la degeneración fibrinosa placentaria en la toxemia. Cualquier dato de laboratorio debe enjuiciarse siempre en relación con las observaciones clínicas. En caso de alte-

ración de la función hepática puede estar perturbada de forma intensa la proporción estriol/estrona, estradiol. Lo mismo puede decirse de los trastornos de regulación que se presentan en la diabetes. Es aún pronto para formarse una opinión definitiva sobre los métodos simplificados de determinación de las cifras de pregnandiol y estriol en orina, recientemente introducidos. Para que las determinaciones de estrógeno sean satisfactorias, es preciso que permitan la diferenciación entre estriol, estrona y estradiol. En las diabéticas, las determinaciones de estriol son particularmente útiles en presencia de toxemia. En otros casos son más importantes las indicaciones clínicas para la inducción del parto prematuro. En los casos de antagonismo Rh, las cifras obtenidas son difíciles de comprobar, habida cuenta de las considerables fluctuaciones diarias. En el embarazo gemelar es posible que deba recurrirse a las determinaciones de estriol si se inicia una toxemia. Tiene poca importancia la determinación del estriol en el caso de embarazo prolongado. Aquí los estudios citológicos del frotis vaginal proporcionan una información útil.

ARBORIZATION TEST FOR THE DETECTION OF RUPTURED FETAL MEMBRANES. CLINICAL EVALUATION.

Tricoli V., Hall J. E., Bittar A. y Chambers D.
Obstet. and Gynec., 1966, 27/2 (275-279).

Se presenta una valoración de la precisión de la prueba de la arborización en el diagnóstico de la ruptura de las membranas fetales. De las 233 embarazadas a término con una historia de ruptura de membranas, que se examinaron por medio de esta prueba, se comprobó más tarde que 165, en efecto, la habían presentado, mientras que en el momento del ingreso las 68 restantes tenían las membranas intactas. La prueba de la arborización, empleando el líquido vaginal sospechoso, dio una frecuencia 4.8% de reacciones negativas falsas y un 4.4% de positivas falsas. La investigación simultánea del líquido sospechoso, empleando papel de Nitrazine para la determinación del pH, dio un 12.7% de resultados negativos falsos y un 16.2% de positivos falsos. Las diferencias de estos resultados son, estadísticamente, significativas y hablan a favor de la mayor precisión de la prueba de la arborización. El líquido vaginal que ha de estudiarse debe obtenerse de una distancia no superior a los 3 cm. del (introitus). Debe hablarse de prueba de arborización, pues la arborización es morfológicamente distinta de la cristalización. Ante los resultados puede decirse que cuando la prueba de arborización es positiva y el pH es alcalino, las membranas están rotas. Por el contrario, cuando la prueba de arborización es negativa y el pH ácido, las membranas están intactas. Estos resultados respecto a la prueba de arborización para la detección de la ruptura de las membranas son comparables a los comunicados con anterioridad. La prueba de arborización es sencilla de realizar, rápida, no requiere equipo especial y es precisa. Puede utilizarse eficaz-

ALTERNATIVES IN OBSTETRIC ANESTHESIA.

Hartidge V. B.
Postgrad Med., 1966, 39/5 (546-552).

Se dispone de diversas técnicas anestésicas apropiadas para la práctica obstétrica. La elección, en un caso determinado, depende de las facilidades que se tengan y de la situación obstétrica en aquel momento. En obstetricia no cabe adoptar literalmente los procedimientos anestésicos o analgésicos clásicos. Así, la premedicación debe ser mínima, pues todos los medicamentos hipnóticos y narcóticos atraviesan la placenta y afectan al feto en mayor o menor grado. Los sedantes son útiles y parece que no son peligrosos usados de forma adecuada. En el parto vaginal, la anestesia por inhalación sigue siendo la más aceptable; pero tanto el bloqueo paracervical, el bloqueo pudendo, el bloqueo lumbar o epidural caudal, el bloqueo en silla de montar como la hipnosis, pueden tener su aplicación. Cada técnica tiene sus indicaciones y contraindicaciones. El bloqueo anestésico de la pared abdominal es la anestesia más segura y eficaz para la cesárea, pero, en general, es rechazado por la enferma y el cirujano, por ser demasiado incómodo y limitado. De los restantes métodos, e más seguro y eficaz, para la mayor parte de los casos, consiste en una inducción con tiopental sódico, seguida de intubación traqueal y mantenimiento con óxido nítrico, oxígeno y succinilcolina como relajantes. El empleo de vasopresores en anestestesias obstétricas es peligroso, pues suele producir un marcado descenso en la circulación uterina. El uso de vasopresores seguido del de preparados ergotínicos puede producir una hipertensión grave en la madre, que, en general, sin embargo, puede dominarse con pequeñas dosis de clorpromacina.

PARACERVICAL BLOCK FOR FIRST-STAGE PAIN IN PRIMIGRAVIDAS.

Ranney, B.
Obstet. Gynec., 1966, 27/6 (757-765).

Se utilizó el bloqueo paracervical para calmar el dolor de la última parte de la primera fase del parto en 496 enfermas, entre las que figuraban 100 primigrávidas, durante los 14 últimos años. Se ha preferido la lidocaina al 1%, no empleando más de 40 c.c. por hora en una técnica "depot" múltiple, a causa de su seguridad y eficacia. El efecto inparacervical. La narcosis materna y fetal pudo de esta manera ser menor, aumentando el confort para la madre y consiguiéndose relajar la musculatura pélvica (en combinación con el bloqueo pudendo transvaginal). No hubo signos de sufrimiento fetal o del recién nacido ocasionado por el bloqueo paracervical, pero, puesto que un autor ha sugerido esta posibilidad, se va a proceder a un estudio cuantitativo para valorar esta complicación. Las estadísticas indican que el bloqueo paracervical no tiene acción desfavorable sobre la motilidad uterina, duración del parto, hemorragia materna, función urinaria "post partum" o la temperatura en el puerperio. La gran mayoría de las madres agradecieron el alivio del dolor conseguido gracias al bloqueo paracervical.

Por lo tanto, se llega a la conclusión de que el dolor ocasionado por la distensión cervical, durante la parte final de la primera fase del parto, puede eliminarse con seguridad y eficacia por medio del bloqueo paracervical.

DVIJE STOTINE APLIKACIJA VAKUUMES-
TRAKTORA (rezultati i iskustva).

Pavlekovic I., Krisic J. y Hodek B. M.
Stojanovics, 1966, 5/2 (329-336).

Se presentan 200 casos de parto con VE y se describen los resultados. En todos los casos se empleó el aparato de Sokol-Malmstrom. Se muestran cifras comparativas entre los partos con fórceps, VE y por cesárea. El VE se aplicó en el 3,97% de los casos, mientras que el fórceps no se ha aplicado desde 1963. Se informa sobre las indicaciones, la parte que se presenta en el momento de la aplicación, el promedio de tiempo de formación de la ventosa y de la extracción, la proporción de prematuros respecto al de fetos a término y el peso mayor de los niños nacidos con ayuda de un VE, así como de la proporción entre primíparas y multiparas y de algunos casos especiales de parto con VE. En ninguno de los 200 casos hubo de lamentarse una muerte, ni materna ni fetal. Se dan explicaciones de este éxito. Se ha procurado establecer un índice del número de recién nacidos con traumatismos craneales, tanto en los casos de parto espontáneo como en los de extracción instrumental. El repaso de las diversas experiencias EEG, exploraciones del fondo de ojo sobre hemorragias "post partum" y observaciones puramente clínicas de los niños, después del nacimiento, lleva al convencimiento de que el VE muestra ser el instrumento que ocasiona menos traumatismos en el recién nacido. En las conclusiones se hace referencia a la teoría de Knezevic del movimiento de las masas cerebrales en los recién nacidos en el momento del parto. Se recurre a esta teoría para demostrar las ventajas del VE sobre el fórceps y para explicar que no presentan hemorragias intracraneales con la aplicación del VE.

THE EFFECT OF CALCIUM CARBONATE DUST
ON VENTILATION AND RESPIRATORY GAS
EXCHANGE IN NORMAL SUBJECTS AND IN
PATIENTS WITH ASTHMA AND CHRONIC
BRONCHITIS.

Norris R. M. y Bishop J. M.
Clin. Sci., 1966, 30/1 (103-115).

Se han estudiado determinados efectos de la inhalación de polvo de carbonato cálcico en 24 sujetos sanos, en 8 enfermos con asma bronquial y en 11 enfermos con bronquitis crónica. Se midió la distribución de la ventilación por la prueba de la respiración única de oxígeno y se estudió el recambio de gases respiratorios, extrayendo muestras del gas espirado y de la sangre arterial. La ventilación alveolar se distribuyó de forma más desigual, a juzgar por el significa-

tivo aumento de la inclinación de la prueba de la respiración única, tras respirar el polvo, en 10 de los sujetos normales, en la totalidad de los enfermos asmáticos y en 8 bronquíticos crónicos. Este aumento persistió de 43 a 55 minutos. En los sujetos normales, la diferencia alveolararterial en tensión de oxígeno (A-aD O₂) aumentaba después de respirar el polvo y permanecía elevada de 23 a 25 minutos. No se notó una alteración significativa del espacio muerto fisiológico, y solamente un pequeño descenso transitorio del espacio muerto anatómico. Los enfermos asmáticos mostraron una modificación de la prueba de la inhalación única, semejante a la observada en los sujetos normales, pero el aumento de la A-aD O₂ fue más prolongado. Fue difícil comparar las alteraciones ventilatorias en los enfermos con bronquitis crónica, pues la inclinación inicial de la prueba de la inhalación única era mayor de lo normal. La evolución del aumento de A-aD O₂ fue semejante a la de los enfermos con asma. La acetilcolina infundida a la aurícula derecha ocasionó un pequeño aumento de la A-aD O₂ en el estado de control. En 3 ocasiones se repitió la infusión en un momento posterior a la inhalación de polvo, cuando la A-aD O₂ se había normalizado, pero la prueba de la inhalación única seguía siendo anormal; había entonces un mayor aumento de A-aD O₂.

STUDIES OF THE MODE OF ACTION OF
INTRA-AMNIOTIC INJECTION OF HYPERTO-
NIC SOLUTIONS IN THE INDUCTION OF LA-
BOR.

Kerr M. G., Roy E. J., Harkness R. A., Short R. V.
y Baird D. T.
Amer J. Obstet. Gyn. Ec., 1966, 942 (214-224).

En 25 embarazadas se intentó inducir el parto mediante la inyección intraamniótica de una solución hipertónica (al 50%) de glucosa. Las indicaciones fueron, en todos los casos, anomalías graves del feto o su muerte intrauterina. Las duraciones de los embarazos oscilaban entre las 28 y las 42 semanas. La cantidad de solución de glucosa inyectada variaba entre los 150 y los 1000 cc. siendo el promedio de 500 cc. Se produjo el parto después de una inyección en 17 casos y, después de 2, en otros 3. El método fracasó en 5 casos. Además, antes, durante el intento de inducción y después del parto, se llevaron a cabo determinaciones hormonales, es decir, la tasa de excreción de estrona, de 17 B-estradiol, de estriol y de pregnandiol. No se encontró correspondencia alguna entre los grados de excreción y el éxito o el fracaso de la inducción. No pudo observarse ningún descenso de la excreción de hormonas durante la inducción y, por esto, parece improbable que las inyecciones intraamnióticas induzcan el parto por la supresión de la producción de hormonas.

mente en el consultorio, en el dispensario y en las proximidades de la sala de partos.