La Crónica Médica

APARTADO POSTAL 2563 LIMA - PERU

COMITE DE REDACCION

CARLOS A. BAMBAREN
Director

REDACTORES

EDMUNDO ESCOMEL — CARLOS MORALES MACEDO
LUIS D. ESPEJO — RAFAEL M. ALZAMORA — JOSE MARROQUIN
ERNESTO EGO-AGUIRRE — JORGE AVENDAÑO HUBNER
LUIS QUIROGA QUIÑONES — HUMBERTO PORTILLO
JOSE B. JIMENEZ CAMACHO
GUILLERMO KUON CABELLO

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
BIBLIOTECA CENTRAL
Perú

Año 69.–Núm. 1072 Octubre 1952

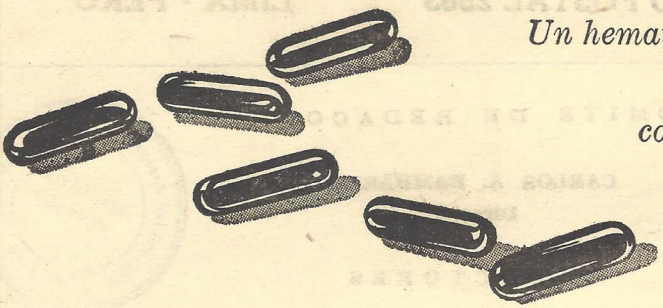
SUMARIO

Amigdalitis y enfermedad reumática, por el Dr. Guillermo Kuon Cabello, pág. 173

Síndrome de Schickelé, de Peralta Ramos y parto médico de Kreis, por el Dr. José B. Jiménez Camacho, pág. 178

Prensa médica.— Lucha antireumática infantil, por el Dr. A. S. Gamboa.— Derrame subdural y meningitis aguda purulenta, por el Dr. J. Meneghello.— El cloramfenicol en el tratamiento de las meningitis purulentas, por el Dr. Agustín Castellanos, pág. 187

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

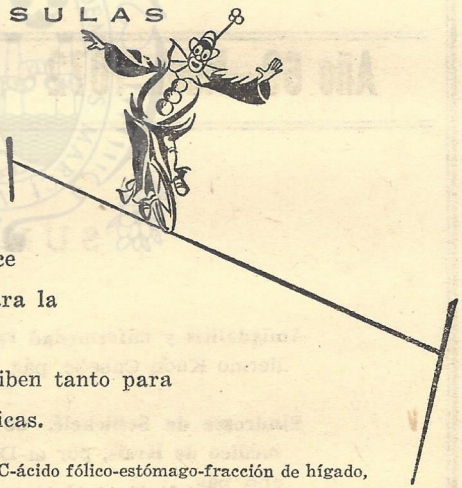


Un hematínico equilibrado con B_{12}

Lederle

LEDERMON*

EN CAPSULAS



Porque su fórmula es tan perfectamente equilibrada en lo que al contenido de vitaminas, minerales, ácido fólico y B_{12} se refiere, esta droga goza cada vez de mayor aceptación entre los médicos. Produce resultados notables cuando se la emplea para la regeneración de las células rojas en las anemias simples. Los facultativos la prescriben tanto para las anemias hipoférricas como las macrocíticas.

Las cápsulas de Ledermon *Lederle* hierro-B_{12}-C-ácido fólico-estómago-fracción de hígado, se envasan en frascos de 25, 100 y 1.000, ya sea en *fórmula para adultos o fórmula infantil.*

*Marca de fábrica

Lederle . . . UN TIMBRE DE HONOR

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY • 30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N.Y.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Amigdalitis y enfermedad reumática

Por el Dr. GUILLERMO KUON CABELLO

La relación etiológica infección-enfermedad reumática, se acepta frecuentemente.

Aunque no se señala siempre el mismo agente etiológico de la enfermedad reumática, fué el estreptococo hemolítico el más frecuentemente incriminado. Se admite la posibilidad, que el estreptococo hemolítico, grupo A, alojado en algún foco actúe como desencadenante en el momento que una infección intercurrente, condiciones atmosféricas apropiadas, etc., cambien la bioestasis orgánica.

Entre los focos sépticos que albergan el estreptococo hemolítico, se han citado las amígdalas, a las que se atribuye importante actuación en la génesis reumática. Esta noción hizo que los partidarios de la teoría del "foco infeccioso" propugnasen una orientación terapéutica, sin que se sepa a ciencia cierta si esa conducta es acertada o errónea.

¿Qué argumentos existen en pró y contra de la teoría focal?.

1o.— Los cultivos de sangre y exudados reumáticos son con frecuencia negativos. Los cultivos hechos con productos amigdalianos, dan con frecuencia resultado positivo para estreptococos de diversos tipos. Swift y colaboradores, determinando infección focal en animales, una vez que se hacen sensibles al estreptococo, han desencadenado lesiones articulares. semejantes a las reumáticas. Igualmente se ha encontrado en el corazón formaciones anátomopatológicas parecidas al nódulo de Ashoff. Experiencias similares, han hecho que otros investigadores concluyan que "la presencia de estreptococos en la amígdala, es factor causal o desencadenante de reumatismo".

Sin embargo, se oponen las siguientes objeciones: el estreptococo hemolítico se encuentra en amígdalas de reumáticos y también en sujetos normales. Proteínas de origen no bacteriano, inyectadas experimentalmente, pueden determinar manifestaciones semejantes a las reumáticas (Klinge y Vaubel).

2o.— Los partidarios de la etiología estreptocócica, encuentran también argumento, en el hallazgo en la sangre de reumáticos, de gran cantidad de anticuerpos estreptocócicos, mayores que en sanos (Top, Myers, Keefer), mientras Wilson no

Universidad del Perú. Decana de América

encuentra paralelismo alguno: sujetos sanos, pueden tener anticuerpos estreptocócicos y reumáticos los tienen en pequeña cantidad o ninguna.

Esto conduce a negar relación etiogénica absoluta entre infección a estreptococo y reumatismo. Puede que coexistan ambas infecciones en el mismo sujeto, sin que haya relación de causa a efecto.

3o.— Las pruebas terapéuticas con antibióticos a los que el estreptococo es sensible, no demuestran concluyentemente que esta etiología sea única. Puesto que diversas bacterias pueden desencadenar el cuadro morboso, todo lo que puede admitirse en casos de éxito, es que los antibióticos suprimen la acción de ciertos agentes desencadenantes sensibles a estas drogas.

Consideraciones parecidas, surgen al buscar entre otros agentes bacterianos el factor causal. El grupo de virus filtrables encuentra objeciones en el hecho que no producen enfermedad que tenga las características de las originadas por ellos.

Lo que puede inferirse de las pruebas aportadas hasta hoy, es que si el estreptococo no es agente directo, juega en forma preponderante algún papel en la génesis del reumatismo.

La enfermedad reumática, puede interpretarse como expresión anatomo-patológica de la "reacción hiperérgica del mesénquima" (Jiménez Díaz). ¿A qué se debe esta reacción hiperérgica? ¿Es predominante la etiología infecciosa? ¿O es enfermedad constitucional, con terreno especialmente diatésico, que por acción de noxas diversas internas o externas es susceptible de desarrollar el cuadro morboso? ¿Porqué en la historia de la enfermedad reumática cada investigador ha sido partidario de tan distintos microbios?.

Jiménez Díaz ("Lecciones de Patología Médica" Madrid 1942), cita las diversas experiencias que conducen a pensar en la importancia del terreno en la génesis de esta enfermedad, pues cuadros clínicos similares aparecen con bacterias diversas. Las mismas sensibilizaciones con proteínas heterólogas no bacterianas, desarrollan cuadros morbosos, si no idénticos, por lo menos muy semejantes. Por este camino se llega a "la teoría alérgica del reumatismo".

Estas consideraciones obligan a tener en cuenta factores muy diversos en la constelación etiológica, que en términos invertidos, según los investigadores, son preponderantemente infecciosos, climáticos, paralérgicos o constitucionales.

Jiménez Díaz, ligeramente parcializado con la teoría infecciosa, habla que la infección amigdaliana, puede estar encapsulada o abierta a la corriente sanguínea, originando distintas posibilidades de infección-inmunidad, que determina reacciones normo-hipo o hiperérgicas.

Observaciones personales en una masa renovable de más de 2,500 niños de 0 a 7 años, la edad escolar, verificadas desde 1938 a 1947 en el "Centro Materno Infantil y Servicio de Hi-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

giene Escolar de Tacna, Perú, permite comunicar alguna aportación derivada de observación sistemática. Nuestras comprobaciones fueron:

1o.— Frecuencia de amigdalitis en la infancia tacneña.

2o.— Las formaciones linfáticas del anillo de Waldeyer ofrecen evolución natural. Las amígdalas son poco o nada ostensibles entre los pilares desde los 0-2 años de edad. Crecen desde los 2-5 años. A partir de los 5, las infecciones amigdalianas son muy frecuentes, aproximadamente hasta los 13 o 14 años, período en el cual, las amigdalas parecen involucionar, alcanzando su tamaño definitivo. Consideramos, que la hipertrofia más allá de los 14, puede calificarse como carácter definidamente patológico.

3o.— Al estudiar la climatología tacneña ("Apuntes sobre la Geografía Médica de Tacna" ("La Crónica Médica".— Lima abril 1948), dedujimos " que el clima tacneño es suave, variable, medianamente húmedo y con escasas oscilaciones barométricas".

4o.— La frecuencia de amigdalitis y existencia de clima local medianamente húmedo, no constituyen en Tacna, factores de incidencia reumática, enfermedad que ahí no es problema clínico, ni social.

Extraña entonces, que en prolongada observación, no se encuentren casos de reumatismo, como sugieren teorías en boga. En cambio, los hechos anotados, especialmente lo que se refiere a evolución fisiológica de las amígdalas, encuentran soporte en muchas observaciones extrañas. El Dr. Antonio Prado Vértiz, entre otros,, ("Revisión de las indicaciones de la amigdalectomía en Pediatría"), recuerda la importancia de las amigdalas palatinas en su función de barrera defensiva contra la invasión de microorganismos patógenos; su rol inmunológico; la invasión de las criptas por linfocitos que fagocitan microbios; la gran formación de anticuerpos a este nivel, según investigaciones de Digey, Kelemen Dougherty, Chang y White, hechos todos, que pueden tener importancia para explicar el hallazgo frecuente de bacterias a este nivel, sin que forzosamente sean causa de enfermedad.

Este rol fisiológico de la amígdala, frecuentemente olvidado, ha suscitado últimamente una reacción en contra del abuso de las amigdalectomías. Desde los trabajos de Osler la amigdalectomía se preconizó como auxiliar útil en la prevención de la enfermedad reumática. Para quienes aceptan ésto, hay que recordar, que toda infección respiratoria de la porción inferior, es capaz de albergar estreptococos, y si esto es así, poco se consigue con la simple extirpación de las amígdalas palatinas.

Los médicos de Rochester enseñan que en 4,400 niños amigdalectomizados, 1.1 % y 1.3 % de no amigdalectomizados contraen fiebre reumática. Prado Vértiz, señala que en el Hospital Infantil de Méjico, en 500 niños se observa algo semejan-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tc. Deduce que "la amigdalectomía no previene la fiebre reumática, ni las recaídas en niños ya afectados".

Gino Frontali, Director de la Clínica de Roma, (Anales Nestlé- nos. 42-43), desde 1933, ha tenido en consideración el importante rol de la constitución en la génesis reumática. Reconociendo la dificultad de aislar un agente microbiano, se inclina a conocer el fundamento etiológico interno, capaz de explicar porqué la disposición individual o familiar es capaz de reaccionar frente a agentes exógenos con manifestaciones reumáticas.

Datos de Wilson, señalan que la predisposición reumática se trasmite como carácter mendeliano recesivo.

Para Frontali hay una diátesis reumática o neuro-artrítica. Anatómicamente se manifiesta por estigmas análogos a los de la constitución asténica hipoplásica irritable, capaz de sensibilizarse a estímulos varios, lo que la aproxima a la diátesis alérgica.

Por capilaroscopia encuentra que en esta enfermedad mesenquimal hay particularidades morfo-funcionales en capilares superficiales y profundos, serosas articulares y en la barrera hemato-encefálica. En esta "constitución endotelial", hay constantemente "alargamiento de las asas capilares, tortuosidad de su extremo y de la rama venosa, anastomosis anormales, persistencia de los arcos capilares, también tortuosos, fragilidad capilar aumentada que no se modifica con ácido ascórbico, rutina o citrina".

Estos elementos mesenquimales tienen unidad morfo-funcional, o sea que, membrana sinovial de una lado, y elementos vasculares, de otro, constituyen una trama de conjunto. Derivan ambos, de una misma hoja embrionaria, y de este modo, es explicable que las alteraciones en un sector lejano o por noxas variadas susciten reacciones funcionales o patológicas semejantes. Esto explica también, por el carácter peculiar del sistema retículo-endotelial, la importante actividad bacteriopéxica y el poder fijador sobre distintos antígenos, así como la electividad de acción de ciertos microbios, toxinas y productos de inter-reacción antígeno-anticuerpo.

Esta fecunda teoría, de base biológica, concilia distintos puntos de vista, inclinando al aclécticismo.

Toda modificacióin del tejido retículo histiocitario por causas bacterianas, tóxicas o alérgicas, debe producir modificaciones en la red de capilares que recorren la sinovial, dando lugar a la trasudación y exudación, que modifica la composición de la sinovia, lo que constituye la sintomatología más ruidosa de la enfermedad reumática. Esto mismo sería la base de formación del nódulo de Ashoff, sin que sepamos exactamente, el porqué de su preferente localización cardíaca.

La labilidad constitucional del capilar, puede extenderse como en toda predisposición constitucional, a uno a varios sectores orgánicos. Así, se le encuentra en la mucosa intestinal,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

glomérulos renales, ganglios linfáticos, superficies articulares internas y barrera hemato-encefálica. Este dato, puede constituir un esbozo de explicación de ciertas correlaciones funcionales o fisiopatológicas, entre focos distantes, tales como, amigdalitis-glomérulo-nefritis, reumatismo escarlatinoso-glomérulo nefritis; glomérulo nefritis post- anginosa; poliosis reumática o púrpura reumatoide de Schoenleim Henoch, y como ejemplo típico de una enfermedad no bacteriana producida por proteínas heterólogas, la "enfermedad sérica". Es que hay en todas estas afecciones, una sensibilidad común entre capilares superficiales y profundos; una solidaridad de origen embriológico entre derivados de la misma hoja.

Estudios recientes, conceden gran importancia a la histamina y hialuronidasa como factores originarios de inflamación, pues aumentan la permeabilidad capilar y tienen acción quimiotactica sober los leucocitos. Estas dos sustancias pertenecen a la categoría de noxas endógenas. No conocemos exactamente todo el proceso de su formación, pero es hecho conocido que la producción de leucotoxinas aumentan la permeabilidad capilar. Este es el mismo fenómeno que ocurre en la serosa articular, que se caracteriza por la migración de albúminas del plasma hacia el líquido intersticial. Frontali afirma, que esta extravasación de albúminas provoca procesos degenerativos y fibroplásticos de tipo escleroso en el tejido intersticial.

La hialuronidasa es una enzima encontrada en testículos de mamíferos, ciertas bacterias y tumores malignos. Destruye el ácido hialurónico que mantiene coherentes las células del tejido conjuntivo. Permite el fácil pasaje de numerosas sustancias a través del tejido conjuntivo, por lo que le llaman también, "difusina". Ciertos autores, encuentran que el enfriamiento y ciertos microbios como el estreptocococ aumentan el tenor de hialuronidasa. En el Congreso Internacional de Pediatría (Zurich, julio 1950), Stroppelman, de Amsterdam, señaló que en niños en fase aguda de la enfermedad reumática aumentan sus títulos sanguíneos de anti-hialuronidasa, y en cambio, disminuyen en la fase de remisión o curación.

Otros datos clínicos, referentes a resistencia capilar, microscopía capilar, así como alteraciones en la coagulación sanguínea en reumáticos, son concordantes en hacer concluir que en la etiología de esta enfermedad existen factores permanentes o internos de índole constitucional y factores contingentes o desencadenantes representados por agentes indeterminados y variables, como bacterias, virus, clima o de índole anafiláctica.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Síndrome de Schickelé, de Peralta Ramos y parto médico de Kreis

Por el Dr. JOSE B. JIMENEZ CAMACHO

La medicina, en general, tiende a hacerse cada vez más profiláctica en base y consideración a las necesidades de la colectividad, vale decir, en base a las necesidades sociales. Por eso casi la mayoría de las innovaciones en el campo de la Medic na tienen orientación de prevención. La Obstetricia, una de las ramas principales, y sobre todo fundamentales en el cu dado de la vida y de la salud de la humanidad, ha seguido también ese ritmo, y en la historia de ella en los últimos tiempos, el nuevo capítulo que trata del "Parto médico", ocupa evidentemente su sitial de preferencia dada su importancia y trascendencia. Como el conocimiento del "Parto médico", se ha difundido por sus excelentes beneficios, no existe, estamos seguros, lugar civilizado y de cultura obtétrica avanzada que no lo utilice, estando nítidamente marcado en la Historia de la Obstetricia de cada pueblo o nación, como un jalón más de progreso en los conocimientos científicos del "Arte de partear". No se explica, pues, en la actualidad, relatar la historia de la Obstetricia de un pueblo o de una nación civilizada si no se tiene en cuenta el capítulo que corresponde al "Parto médico".

Como sobre el tema existe una abundante literatura, no es difícil referirse a los trabajos iniciales en el mundo, y en particular en la América del Sur. Si se revisa con atención la bibliografía, se está de acuerdo que fué, en Europa, el Profesor Schickelé de Strasburgo, quien inició las primeras observaciones sobre trastornos en la contractilidad uterina en el acto del parto, su explicación por trastornos de la inervación uterina y la creación del concepto de un Síndrome por alteración funcional de las contracciones del útero durante el parto. Kreis, también de Strasburgo, completó el cuadro patológico indicando el tratamiento de estas alteraciones de la contracción uterina, mediante la técnica del "Parto médico". Por eso dice Kreis textualmente: "El mayor esfuerzo aportado en la Clínica de Strasburgo, bajo la dirección de Schickelé, fué el

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tendiente a hacer el parto de más en más normal, abreviar la duración del trabajo y reducir las intervenciones vaginales". En América del Sur los maestros y profesores de la Escuela Obstétrica Argentina, tomando el puesto en la vanguardia, han sido los iniciadores de las observaciones, estudios y divulgación científica del "Parto médico" como nuevo procedimiento terapéutico en Obstetricia. En efecto, es el profesor Dr. Alberto Peralta Ramos, a la cabeza de la Escuela de Obstetricia de la Argentina, que singulariza aspectos particulares de alteraciones funcionales de la contracción uterina en el parto y que designa con el nombre de "Síndrome de Schickelé", en recuerdo del Profesor de Strasburgo, a esas alteraciones funcionales localizadas en el orificio externo del cuello uterino, en los instantes de su dilatación para el parto. El Dr. Manuel Luis Pérez, en su excelente y no superado "Tratado de Obstetricia", edición 2a., pág. 432, al hacer el estudio de las "Distocias de Contracción" y en la parte que toca a los "Espasmos parciales", ubica el Síndrome de Schickelé" en el "Espasmo del Orificio Externo" (Trismus Uterino).

La bibliografía que acompaña a los trabajos publicados sobre el "Parto médico", en su mayoría en la Argentina, demuestran que en este país se ha hecho una verdadera escuela de estudios sobre este tema de Obstetricia moderna. Los trabajos de Moragues Bernat en su libro sobre "Contracción Uterina y Parto Médico" precisan bien la necesidad y utilidad de observar y verificar la "Clínica de la Contracción" para hacer un buen diagnóstico del "Síndrome de Schickelé" y seguir su atención con la técnica del "Parto médico" de Kreis, Borghi, de Rosario, reconoce, y en esto están de acuerdo todos con él, que los estudios de Schickelé han sido bien encuadrados por el Profesor Alberto Peralta Ramos, de Buenos Aires, por lo que sugiere nombrar a la alteración uterina funcional en referencia con el nombre de Síndrome de Schickelé y de Peralta Ramos así como se designa y se dice "Parto médico" de Kreis. La tesis de Profesorado del Dr. Miguel V. Falsía sobre la "Asistencia de Parto" abunda en casuística y hacer ver las ventajas y éxitos del "Parto médico" y "Parto dirigido". Al lado de estos trabajos existen una serie de interesantes e importantes acotaciones de otros distinguidos obstetras argentinos, completándose así la labor de un fuerte equipo de tocólogos que han hecho con sus trabajos del "Parto médico" un procedimiento de técnica obstétrica, expresión positiva de avance en los campos de la Maternología.

Recibiendo orientaciones de esa distinguida, pujante y comprensiva Escuela de Obstetricia Argentina, y atentos a la cultura médica propagada por "El Día Médico" y "La Semana Médica" de Buenos Aires, hemos podido, modestamente, ser en Lima los primeros observadores del "Síndrome de Schickelé", en la Maternidad de Lima, conforme aparece en "La Crónica Médica". Lima, Marzo 1934, No. 849; en "El Día Médico". Buenos

Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Universidad del Perú. Decana de América

Aires, 1934, No. 34, y en la "Actualidad Médica Peruana". Lima, Octubre de 1944, No. 6. Conforme hemos ido observando los casos, y de los que podíamos dar informes, hemos dado cuenta en publicaciones científicas de Lima y Buenos Aires, en artículos de observaciones enviados desde Lima y Azángaro, capital de provincia esta última donde hasta hace poco residíamos. Hoy, con nueva residencia en la capital del departamento de Puno, no hemos querido dejar pasar la oportunidad de informar, entre otros, de dos casos más, observados en clientela particular de "Síndrome de Schickelé", atendidos siguiendo las técnicas del "Parto médico".

Recapitulando nociones fundamentales referidas al "Parto médico", terminábamos uno de nuestros trabajos anteriormente publicados con las siguientes conclusiones, que nunca es demás reiterar: Estos casos de distocia uterina funcional, con su consiguiente atención el "Parto médico", deben ser seleccionados por los obstetras y esta selección la fundaríamos en los conceptos claros del doctor Thwaites Lastra, cuando dice: "Hoy no es el período expulsivo el que prolonga el parto: el uso de la hipofisina y el forceps aceleran y permiten su tratamiento. Hoy nuestro interés reside en evitar los inconvenientes del primer período: dilatación del cuello y encaje de la presentación; esas anomalías del trabajo de parto en que la hipofisina es peligrosa y el forceps no puede resolverlo satisfactoriamente. El parto se prolonga por obstáculos mecánicos del lado de la pelvis, del feto, del piso pelviano, de la vulva; pero el interés actual radica especialmente en las causas de orden dinámico uterino; en la disociación de las funciones dinámicas". En Italia, Scarpitti y Grossi presentaron al Congreso Italiano de Obstetricia y Ginecología en 1933, un informe bien documentado de observaciones de "Parto médico", según el procedimiento de Kreis, aconsejando su diagnóstico y su verificación por el especialista, debiendo ser limitados estos trabajos a las clínicas y Maternidades. Por su parte Kreis autor del "Parto médico", en un trabajo sobre "Rendimiento del Parto médico" en los casos de "dilatación difícil", termina diciendo que no comparte la preocupación restrictiva de algunos, de que el "Parto médico" sea reservado a los servicios hospitalarios. Manifiesta que debe ser justamente un instrumento maravilloso para todo médico práctico: "Todos los médicos deberían aprender a hacer el parto lo más normal posible y el "Parto médico" les dá los medios para todas las distocias funcionales que componen la mayor parte de los partos difíciles y prolongados" (Kreis, 1936). Para terminar esta información sobre el "Síndrome de Schickelé", vamos a hacer conocer los conceptos del doctor Moragues Bernat, discípulo de Peralta Ramos, cuando textualmente dice: "La primera impresión que debe recojerse de lo dicho sobre el "Parto médico" es que, desde su iniciación hasta su fin no debe obedecer a un esquema rígido, sino que la rotura de las membranas y la apli-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

cación del antiespasmódico o del ocitócico, debe ser una consecuencia del contralor de la dinámica uterina, del estado del cuello y del dolor del parto; del mismo modo que las acciones del campo de batalla se rigen por las exigencias del combate y la apreciación objetiva de la lucha. El médico convertido en estratega, debe poner a prueba su pericia y para ello sólo precisa criterio y observar, observar siempre, gobernar el parto, orientarlo por la buena senda, respondiendo así a las exigencias de la hora actual en obstetricia, que ya no ostenta el forceps como símbolo y hace que sea mejor especialista quien obtiene en su estadística más eutocias y no quien bate récords de aplicación de forceps. En 1935 el Dr. O. Julian, presentó en la Facultad de Medicina de Strasburgo, como Tesis Facultativa, un trabajo sobre "Principios de Parto médico y sus resultados", en ese trabajo se dice que es una actualización de lo demostrado por Schickelé y Kreis, quienes fueron los que inicialmente aclararon la posición y la frecuencia de las contracciones hiperquinéticas, tanto orificiales como corporales, durante el período de dilatación del cuello uterino, y del tratamiento médico antiespasmódico indicado como la necesidad de un gran número de partos, precisándose que en este órden de ideas y conocimientos modernos, la Spasmalgine (Roche), en inyecciones intramusculares, ha encontrado una amplia aplicación. Se explica con claridad que, después de la publicación de los resultados de la Escuela de Strasburgo (Parto médico) que ha abreviado la duración del trabajo, reduciéndose el número de intervenciones en medida apreciable, el empleo de la Spalmalgine se ha adoptado en numerosas clínicas obstétricas de Francia y del extranjero (Profesores Voron, Jeannin, Bruindeau, Pigeaud, Vermelin, Schwaab y Dres. Jurus, Meyer, Held y otros).

Ultimamente el Dr. Miguel V. Falsia, en su interesante y nutrido libro "Parto médico y parto dirigido" (Buenos Aires 1938), en una breve llamada de atención sobre el "Gobierno y dirección del parto", en el VII Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología, dice al comenzar: "Al hacerme cargo de la Dirección del Instituto de Maternidad y Asistencia Social Pedro A. Pardo, implanté la práctica sistemática del "Parto dirigido" de Voron y Pigeaud, aplicación racional del "Parto médico" de Kreis. La adopción de esta conducta estaba respaldada en mi experiencia personal adquirida en el Instituto de Maternidad "Samuel Gaache", que dirige el profesor Palacios C sta, cuya expresión es mi tesis de profesorado, y en mi vasta práctica, no sólo en el medio hispitalario sino también en mi actividad privada. He considerado oportuno y de interés traer a esta discusión el pensamiento de mis colaboradores sobre el gobierno y dirección del parto. Ellos me han confesado que cuando implanté las directivas para la conducción del parto, no se sintieron atraídos por dicha conducta, la conducta activa, procediendo sistemáticamente a la rotura artificial precoz de la bolsa de las

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

aguas, sin que existiera una causa que lo justificara, sin que esa bolsa fuera la que motivara una distocia dinámica (por su adherencia anormal a la caduca, pongamos por caso), provocó en ellos una resistencia subconciente, que les costó vencer, porque como dice Desceus Font: "El respeeto a la evolución normal del parto eutócico ha llegado hasta nosotros a través de infinidad de generaciones y de una enseñanza que, considerándolo como acto netamente fisiológico, no admite ni puede admitir intromisiones que no estén reclamadas por un hecho anormal o de un riesgo evidente para la madre o el feto. Las infinitas legiones de mujeres que han parido y paren a diario, bajo esta consigna del respeto a la evolución natural del trabajo, representan una fuerza inconmensurable que pesa enormemente en el ánimo de las gentes y de los mismos profesionales. ¿Por qué entonces obstinarse en aquella actitud? La respuesta es categórica: la rotura precoz de la bolsa de las aguas, seguida de una dosis profiláctica de medicación antiespasmódica, acorta la duración del parto normal y con ello no sólo disminuye el sufrimiento de la parturiente, sino que también el riesgo materno-fetal es menor, y, lo que es más importante, se hace con ese proceder una verdadera profilaxis de distocias del parto. Hoy, después de dos años y medio de experiencia, la impresión de mis colaboradores no puede ser más favorable. De la primitiva posición escéptica han pasado a la de francos defensores del método: rotura artificial precoz de la bolsa de las aguas, seguida de la inyección inmediata de una ampolla de Spasmalgine, a título profiláctico, para prevenir el espasmo cervical y luego utilización de la medicación antiespasmódica u ocitócica, según la evolución del parto. Parto atentamente vigilado mediante el tacto vaginal que se produce sin temor". ("La Semana Médica", 22 junio, Buenos Aires, 1950).

Al terminar la publicación de nuestro caso. "Parto prolongado y síndrome de Schickelé" (1936), decía: tenemos la impresión que, con el andar de las observaciones, el "Parto médico" será un capítulo de la Medicina Obstétrica preventiva, pues, por un lado salva a la madre de los accidentes que aun el que se crea hábil operador pueda hacer sufrir con una aplicación de forceps sin dilatación completa, y por otro lado salva al feto de la acción traumática que implica el forceps para todo niño y su porvenir mental. Y si la medicina, hoy por hoy, tiende a ser cada vez más preventiva que curativa, razón de más existe para seleccionar los casos de parto prolongado, los casos de distocia uterina funcional, hacer su diagnóstico y verificar el "Parto médico". En este último trabajo publicado, que acabamos de referir, también llamamos la atención sobre la importancia del conocimiento del "Síndrome de Schickelé", por el alumnado especialmente de provincias, refiriéndonos tanto a los médicos como a obstetrices, desde el momento que se trata de establecer una norma de conducta que ha de salvar dificultades que ponen en peligro la vida de la madre y del hijo en el acto del parto, y

Universidad del Perú. Decana de América

repito de provincias porque en ellas los pocos médicos que trabajan generalmente, apenas si tienen una noticia lejana del arte de los partos. Entonces las obstetrices tienen que resolver solas los problemas que se les presentan, y, frente a un parto prolongado por "Síndrome de Schickelé" que se puede y se debe presentar en Buenos Aires, en Lima, en Arequipa, en Azángaro, en Puno, en el Cuzco, en Huancané o en Ilave, las obstetr ces deben estar orientadas para actuar. Está demás decir que los médicos obstetras están en la obligación de conocer el cuadro clínico del "Síndrome de Schickelé" y la práctica del "Parto médico", una nueva arma en defensa de la madre y del hijo por nacer.

En ocasión de las fiestas del IV Centenario de Lima, tuvimos la oportunidad de presentar a la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión", un trabajo sobre "La distocia uterina funcional" y el "Síndrome de Schickelé" (Lima 1935). Ultimamente, en el mes de abril de 1951, el Doctor Juan José Báez, de la Argentina, en una sesión extraordinaria de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología" (Lima), desarrolló una interesantísima conferencia intitulada "Gobierno y dirección del parto". En esta ocasión se resaltó los trabajos fundamentales de Schickelé y sus discípulos, de Kreis, y en particular de la Escuela Argentina bajo la dirección del profesor Alberto Peralta Ramos, uno de los más grandes obstetras de ese país.

HISTORIA CLINICA Nº 1 (21, enero 1950, Puno), N.M.P., 26 años de edad natural de Mollendo, mestiza, soltera.

Antecedentes familiares: Madre muerta en su primer parto (¿parto prolongado?). Padre vivo y sano. Son tres hermanos, todos ellos sanos (hermanos paternos).

Antecedentes personales: Nacida de 9 meses de embarazo. En su infancia tifoidea, amigdalitis y supuración del oído izquierdo con sordera temporal.

Antecedentes obstétricos: Menarquia a los 13 años, tipo regular, 3-28. Primigesta. Fecha de la última regla: a fines de abril de 1949. Náuseas en los primeros meses del embarazo. A los 7 meses ligero Hidrops Gravidarum que atendimos indicando reposo, suero glucosado hipertónico, sulfato de magnesio intramuscular y régimen alimenticio lactovegetariano predominante, limitando la sal (cloruro de sodio).

Estado actual: Estatura 1.60, conformación general normal, fácies ligeramente vultuosa y estado ansioso. Hay preocupación de fondo psicológico: la madre murió en el primer parto dándole vida, precisamente a la parturiente, y existe un temor por su parto. Aparato circulatorio normal y sólo signos del Hidrops Gravidarum. Presión máxima 14, mínima 8. Aparato respiratorio normal. Aparato urinario normal. Aparato digestivo normal. Sistema nervioso sensorial normal. Aparato locomotor normal. Ligero edema en los miembros inferiores. Evacuaciones post-digestivas, intestinales, normales.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Examen obstétrico: Inspección abdomen globuloso, resquebrajaduras de la piel y línea bruna manifiesta. Palpación: situación longitudinal, presentación cefálica, posición derecha anterior, cabeza fija. Auscultación: latidos fetales regulares y a la derecha. Tacto: vulva y vagina normales. No se aprecian tumoraciones del aparato genital. Dilatación uterina 2 ctms., membranas gruesas, planas, adherentes al polo cefálico fetal (estos datos son tomados el día 20 de enero, hora 9 p. m.). Los dolores de parto se han iniciado desde el día anterior, haciéndose manifiestos por la mañana de ese día, o sea el 19 de enero. Pelvimetría: diámetro biespinoso anterior 24 ctms.; diámetro bicrestal 28 ctms.; diámetro bitrocantereo 32 ctms.; diámetro bi-isquiático 10.5 cms. Baudeloque 19 ctms. Al tacto no se toca promontorio. Total: pelvis normal.

Trabajo de parto: El día 19 de enero acúsanse dolores vagos. El día 20 siguiente en la mañana se hacen manifiestos y somos llamados ese día por la noche a las 9 p. m. Hay idea en el ambiente familiar que el parto debe producirse de inmediato. Sin embargo, por nuestro examen diagnosticamos trabajo de parto con dos centímetros de dilatación y dolores francamente irregulares, observados sobre todo en su localización uterina. A las 3 horas siguientes volvemos a examinar a la parturiente (12 de la noche) y la dilatación no ha avanzado a pesar de que la intensidad de los dolores ha aumentado, con desesperación de la gestante y preocupación del ambiente familiar. Pero por la misma declaración angustiosa de la parturiente, localizamos los dolores más en el sector supra-púbico y en la zona sacro-coxígea. El cuerpo del útero casi no duele. Observamos y concluímos que se trata de un caso de "Síndrome de Schickelé y de Peralta Ramos", procediendo a orientar el curso del parto mediante el "Parto médico" de Kreis. Aplicamos una ampolla de Spasmalgine Roche. En seguida entran en calma los dolores. Se reinician éstos a las 1 a. m. y a las 2 de la mañana, la dilatación a pesar de seguir intensos los dolores, no ha avanzado. Aplicamos una segunda ampolla de Spasmalgine y procedemos a romper las membranas. Sale líquido en poca cantidad. A las 3 de la mañana, recién ha avanzado la dilatación un centímetro más, pero vuelven las contracciones irregulares, por localización: los dolores son más intensos en la parte baja del útero. A las 4 de la mañana aplicamos otra Spasmalgine, vigilando los latidos fetales, y después, y sólo después, se observa una franca regularización de las contracciones uterinas: el cuerpo uterino se contrae de una manera manifiesta que se conoce por la sensación objetiva visual del fenómeno y por su dolorabilidad manifiesta en su sitio, en los momentos de las contracciones. Se ha normalizado el curso de las contracciones uterinas, avanzando la dilatación del cuello del utero en forma manifiesta. Se ha normalizado, pues el curso de las contracciones uterinas, y a las 6 de la mañana (día 21 de enero de 1950) se verifica el parto del niño en

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

condiciones normales. No hubieron irregularidades en el alumbramiento, ni posteriores.

HISTORIA CLINICA Nº 2 (30 enero 1950, Puno). L. P. de C., 25 años de edad, natural de Arequipa, mestiza, casada, maestra de escuela.

Antecedentes familiares: Padres vivos. La madre padece de uretrotrigonitis (colibacilo). Tiene 4 hermanos, todos sanos.

Antecedentes personales: Nacida de 9 meses de embarazo, ocupa el tercer lugar entre sus hermanos. En la infancia gripe. Apendicectomizada hace 4 años.

Antecedentes obstétricos: Menarquía a los 14 años, tipo regular, primigesta. Ultima menstruación a fines de mayo de 1949. Náuseas discretas en los primeros meses del embarazo. A los 8 meses trastornos como expresión de ligera toxemia que recibió tratamiento especial.

Estado actual: Estatura 1.57. Conformación general regular. Estado ansioso y angustia. (Le han dicho que tiene un embarazo gemelar, que las criaturas en el útero estaban atravesadas, que necesitaba de urgencia la Cesárea y que esto era peligroso. Es la labor de las comadronas profanas; labor negativa que crea reacciones psíquicas de angustia, que a su vez desencadenan reacciones desfavorables en la evolución de un parto). Aparato circulatorio normal; no hay edema en las piernas. Aparato respiratorio normal. Aparato urinario normal. Aparato digestivo normal. Sistema nervioso y, sensorial normal. Aparato locomotor normal.

Examen obstétrico: Inspección: abdomen globuloso, requebrajaduras de la piel y línea bruna media manifiesta. Palpación: situación longitudinal, presentación cefálica, posición derecha posterior, cabeza fija. Auscultación: latidos fetales regulares y a la derecha; tacto: vulva y vagina normales; no se aprecian irregularidades del aparato genital interno. Dilatación del cuello uterino 1 cm. (28 de enero de 1950). El día que fuímos solicitados, a las 4 p. m., hacemos diagnóstico de parto con un centímetro de dilatación del cuello uterino, habiéndonos asegurado antes de que la pelvimetría arrojaba cifras normales. Al tacto: promontorio no se toca.

Trabajo de parto: Con las indicaciones anteriores, a las 2 de la mañana siguiente, es decir 12 horas después de nuestro primer examen, la dilatación no se modifica en contraposición a los dolores que han sido cada vez más intensos, marcándose estos de una manera ostensible sólo en la región supra-púbica, sin manifiesta contracción del cuerpo uterino. Son la región de la cintura y la región pública las señaladas por la parturiente como asiento dominante de los dolores. Hay evidente inversión funcional en las zonas de contracción, siendo la zona del cuello uterino el lugar de las contracciones. No dudamos estar frente a un Síndrome de Schickelé y de Peralta Ramos. Al día siguiente domingo 29, la parturiente ha amanecido con dos centí-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

metros de dilatación y así pasa hasta muy tarde sin avance de la dilatación. Llegada la noche administramos una Spasmalgine a las 9 p. m., y como no hay respuesta favorable, a las 2 horas damos otra Spasmalgine. La perturiente entra en calma y como no ha avanzado la dilatación e iniciándose otro ciclo de contracciones irregulares, a la una de la mañana damos otra Spasmalgine, observando los latidos fetales. A las 3 de la mañana se anota un ligero avance de dilatación: medio centímetro y resolvemos hacer la ruptura de las membranas, aplicando de seguida otra Spasmalgine, haciendo constar que durante todos estos momentos anteriores las contracciones situadas en la parte inferior del útero siguen siendo intensas y expresadas por el dolor. Después de la ruptura de las membranas sale poco líquido, pero en cambio se puede notar que después de una media hora se regulariza el trabajo de parto. Comienza éste a hacerse sensible en el cuerpo uterino. Indicamos todavía otra Spasmalgine (pero que no ha sido suministrada por la obstétriz que ignora lo que se está haciendo; tiene temor y contagia su pánico a los familiares). A las 5 de la mañana somos solicitados con insistencia para ver a la parturiente y con gran satisfacción constatamos 6 centímetros de dilatación, cabeza bien baja y manifestamos a la obstetriz que no tenga temor ninguno, pues, el parto está evolucionando, ahora, en forma regular. Sigue el curso y a las 10 de la mañana del día 30 de enero se produce el parto de un niño perfectamente desarrollado y normal. El alumbramiento fué normal y después no hubieron mayores irregularidades. En este caso, las contracciones espasmódicas del útero en la zona del cuello fueron más intensas y más sguidas (sin efecto util), que las contracciones espasmódicas del caso de nuestra primera historia clínica. Por eso, en la evolución de este segundo caso nos vimos obligados a administrar hasta 4 ampollas de Spasmalgine.

BIBLIOGRAFIA

1o.)— "Distocia Uterina por Disociación de la Sinergia Funcional". Dr. Alberto Peralta Ramos. Primer Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires, 1931.

2o.)— "El Parto Médico". Dr. Borghi (de Rosario). "El Día Médico". Buenos Aires, noviembre, 1932.

3o.)— "Un caso de Síndrome de Schickelé". Dr. J. B. Jiménez Camacho. "La Crónica Médica", marzo 1934, y "El Día Médico", Buenos Aires, 1934.

4o.)— "Tratado de Obstetricia". Dr. Manuel Luis Pérez. Buenos Aires, 1936.

5o.)— "Parto Prolongado y Síndrome de Schickelé". Dr. J. B. Jiménez Camacho: "El Día Médico". Buenos Aires, 1936.

6o.)— "Contracción Uterina y Parto Médico". Dr. Jaime Moragues Bernat. Buenos Aires, 1936.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

7o.)— "El Parto Médico en la Estrechez Pelviana". Dr. F. A. Uranga Imaz. Boletín del Instituto de Maternidad. Buenos Aires, 1936.

8o.)— "Asistencia del Parto. Conceptos Clásicos e Ideas Modernas". Dr. Miguel V. Falsía, Buenos Aires, 1938.

9o.)— "El Sistema Neuro-Vegetativo y la Dinámica Uterina en el Parto". Dres. Manuel Luis Pérez y J. Soosenvaser. Anales del Instituto de Maternidad y Asistencia Social. T I. Buenos Aires, 1940.

10o.)— ""Sindrome de Schickele y Parto Médico". Dr. J. B. Jiménez Camacho. "Actualidad Médica Peruana". Lima, Octubre, 1944.

Prensa médica

Lucha antirreumática infantil, por el doctor A. S. Gamboa ("Pediatría de las Américas", México febrero de 1951).

La administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires, organiza y realiza la lucha contra el reumatismo infantil en la siguiente forma:

1. Profilaxis de la enfermedad cumplida por medio de la educación sanitaria que comprende difusión por intermedio de radiodifusión, cartillas sanitarias, afiches, avisos murales, conferencias, etc. En este plan de educación popular se resaltan las características clínicas del mal y el peligro que significa la enfermedad por las secuelas que se producen.

2. Tratamiento de la enfermedad impartida desde 14 servicios de clínica infantil, dependientes de la repartición en días y horas prefijados atendidos por médicos especializados. Estos servicios están coordinados con la sede central de la lucha contra el reumatismo infantil, que funciona en el Hospital Pirovano. La internación se cumple cuando la indicación médica lo establece.

3. Asistencia social del niño reumático y cardiorreumático.

Cuando el niño llega a la pubertad se realiza el estudio de la orientación profesional que hasta el presente se efectúa en el Museo Social Argentino.

De acuerdo a sus aptitudes y capacidad física de su afección cardíaca se le orienta hacia la profesión u oficio para el cual es apto.

Los resultados alcanzados en la práctica son realmente alentadores en todo sentido.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Derrame subdural y meningitis aguda purulenta, por J. Meneghello y C. Angul ("Revista Chilena de Pediatría", Santiago marzo de 1951).

Estudian siete casos de meningitis purulenta, en cuya evolución se descubre, además derrame subdural. Se estima que en estos casos el derrame es probablemente secundario a la meningitis. Se hace hincapié en la necesidad de tener presente que, parece ser frecuente y de importancia en la persistencia o en la aparición de algunos síntomas una vez curada la infección meníngea como en el pronóstico mismo de la misma. Se plantea el diagnóstico diferencial con cuatro observaciones de enfermos, en los cuales el derrame subdural es probablemente primitivo en relación con la meningitis purulenta.

El chloramphenicol en el tratamiento de las meningitis purulentas, por el profesor Agustín Castellanos y doctores Otto García y E. Prado. ("Revista Cubana de Pediatría", volumen 22.— núm. 11.— Habana 1951).

Dan a conocer un caso de meningitis purulenta a neumococo y otro a hemophilus influenza, tratado con chloramphenicol exclusivamente, con un resultado rápido y completo, sin secuelas en ambos pacientes.

En ambos casos se hicieron dosificaciones seriadas del antibiótico en la sangre, y el L. C. R. por el método colorimétrico, existiendo en un caso una relación entre ambas concentraciones y en otro caso no.

Estiman que el Choramphenicol es medicamento efectivo contra las meningitis purulentas del niño, y que tiene su lugar en la terapáutica de estas infecciones al lado de la áureomicina.

La comparación de los resultados logrados en el Hospital Municipal de Infancia de La Habana, con el uso de la áureomicina y el chloramphenicol permite concluír que el tratamiento de las meningitis aguda y purulenta, especialmente las producidas por el hemophilus influenza, por la dihidroestreptomicina, no tiene lugar en la actualidad, ya que los otros antibióticos son tan rápidos y seguros como ella sin la complicación técnica y los grandes inconvenientes de la dishidroestreptomicina.

Llaman la atención sobre la importancia del tratamiento actual de las infecciones meníngeas purulentas del niño por medio de los antibióticos inofensivos, haciendo más fácil y más económico el tratamiento, y pudiendo inclusive realizarse el tratamiento sin necesidad, y sin la cual era imposible salvar la vida del enfermo.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América