

logía neurógena de la precocidad sexual puede sospecharse, pero no demostrarse.

Es lo que sucede en este caso, que para nosotros es primariamente hipotalámico y secundariamente endocrino.

RESUMEN.

Describen los autores un caso de pubertad precoz en un niño de siete años de edad. Se discuten las diferentes posibilidades etiológicas en

relación con los hallazgos exploratorios y se llega a la conclusión de ser una lesión hipotalámica la causa más probable del cuadro descrito.

BIBLIOGRAFIA

- M. SHACHTER.—Rev. Clin. Esp., 7, 324, 1942.
 M. BUSTAMANTE, H. SPATZ y E. WEISSCHEL.—D. Mediz. Wschr., 298, 292, 1942.
 G. MARASÓN.—Bol. Inst. Pat. Med., 6, 207, 1951.
 SMITH, P. G., J. WARKANY y A. T. SVANS.—J. Urol., 64, 781-790, dic. 1950.

REVISIONES TERAPEUTICAS

LAS AMENORREAS

Esquema fisiopatológico y terapéutico.

A. PAREDES POSADAS.

El descubrimiento de las hormonas relacionadas con el ciclo menstrual indujo en un principio a su empleo como "emenagogos". Mas, los desalentadores resultados obtenidos desde este punto de vista, han reforzado la idea de que la "inducción" de la hemorragia menstrual, en la mujer amenorreica, es de importancia secundaria. Lo más importante, a tal efecto, es: 1.º Una cuidadosa determinación de su causa. 2.º Tratamiento de la misma, cuando ésta sea hallada; y 3.º La puesta en práctica de ciertas medidas generales, probablemente, más beneficiosas que el teórico tratamiento endocrino.

Una investigación sobre la causa de la amenorrea, en una enferma determinada, condiciona un estudio profundo, exactamente igual al que se ve obligado a realizar el internista ante un proceso complicado o mal definido.

La primera investigación es, si se trata de una "amenorrea primitiva", es decir, si afecta a una paciente que no ha menstruado nunca, o, por el contrario, si habiendo menstruado previamente, durante más o menos tiempo, se suspendieron las menstruaciones, en cuyo caso se habla de "amenorrea secundaria".

Sobre esta primera división de la amenorrea, y desde un punto de vista clínico, siguiendo a FLUHMAN y NOVAK, estimamos conveniente establecer los subgrupos siguientes:

1. *Amenorrea fisiológica.*—En este tipo de amenorrea la falta de menstruación representa un fenómeno normal. La menstruación se halla vinculada a la época de la madurez sexual, la cual abarca desde la pubertad (menarquia) hasta el climaterio (menopausia). Admitiendo como pubertad y climaterio fases amplias de la evolución orgánica y gonadal en las que menarquia y menopausia marcan el comienzo y final, como puntos de referencia concretos, en la aparición y supresión de los ciclos menstruales. Por lo tanto, habrá amenorrea fisiológica

en la edad prepuberal y después de la menopausia. Frecuentemente, también hay períodos de amenorrea, de mayor o menor duración, después de la menarquia y antes de la menopausia.

Asimismo, es fisiológica la amenorrea de la gestación y, durante un tiempo variable, en el puerperio. Desde un punto de vista práctico, y ante una amenorrea secundaria en la edad madura, siempre debe sospecharse la posibilidad de una gestación.

La duración de la amenorrea en el puerperio es muy variable. No obstante, en dos tercios de todas las puerperas puede decirse que sus menstruaciones reaparecen entre dos y cuatro meses después del parto. Sin embargo, de todos es conocido que la lactancia prolonga el período de amenorrea.

Hay dos procesos, por fortuna poco frecuentes, con un marcado carácter patológico, que determinan una amenorrea persistente después del parto, y son de tal gravedad, que incluso pueden poner en peligro la vida de la paciente. Nos referimos al llamado "síndrome de Sheehan", determinado por una degeneración del lóbulo anterior de la hipófisis, que se describirá más detalladamente en su oportuno lugar, y el cuadro descrito por J. YOUNG SIMPSON, en 1872, con el nombre de "hiperinvolución uterina", caracterizado por debilidad general, caquexia, amenorrea y marcada atrofia de las estructuras genitales, principalmente del útero. Algunos atribuyen el síndrome a una lactancia prolongada, y, en algunas circunstancias, se caracteriza por una galactorrea que dura años, integrando el llamado "síndrome de Chiari-Frommel". Aunque de etiología desconocida, en el mecanismo de producción de estos cuadros clínicos se ha imputado la existencia de tumores en la región hipotalámica, o en el lóbulo anterior de la hipófisis, sin que se haya obtenido una comprobación de los mismos.

2. *Criptomenorrea o pseudoamenorrea.*—La criptomenorrea no es una verdadera amenorrea, ya que el ciclo útero-ovárico se conserva indemne, y lo que ocurre es que, debido a un obstáculo mecánico en alguna parte, ya sea a nivel del himen, vagina o canal cervical, no se exterioriza la pérdida hemática. Esta obstrucción puede crearse a raíz de un parto complicado por vía vaginal, operatorio o espontáneo, como consecuencia de traumatismos directos, esteno-

sis vaginales aparecidas después de algunas colpitis sépticas, después de operaciones plásticas, cauterizaciones del cuello uterino, aplicaciones de radium, etcétera.

Como consecuencia de esta interferencia con la eliminación de sangre menstrual, pueden originarse grandes acúmulos de sangre en la vagina, útero o trompas, dando lugar a los llamados hematocolpos, hematometras e incluso hematosalpinx. No es raro ver fenómenos de infección secundaria de estos acúmulos hemáticos. El tratamiento es quirúrgico.

3. *Amenorrea de origen uterino.*—La ausencia de un endometrio capaz de reaccionar al estímulo hormonal, no obstante el normal funcionamiento de los ovarios, necesariamente tiene que determinar una amenorrea. Tal es lo que sucede a raíz de una histerectomía, o de la atrofia del endometrio subsiguiente a una necrosis extensa del mismo en los casos de infecciones puerperales graves, endometritis tuberculosa, aplicaciones de radium, o después de extensas caustificaciones, como era frecuente ver antiguamente. La persistencia de la función ovárica en estos casos puede ponerse de manifiesto, fácilmente, por el control de la temperatura basal, mostrando la típica curva bifásica, y por la determinación de pregnandiol en la orina.

4. *Amenorrea subsiguiente a la castración.*—En este tipo de amenorrea los ovarios han sido extirpados o anulados funcionalmente por causas externas.

La castración quirúrgica o radiológica, así como la que pudiera derivarse por la compresión y atrofia del parénquima ovárico en casos de tumores ováricos o de extensos procesos necróticos, condiciona una amenorrea por supresión de la función gonadal. Esta amenorrea suele acompañarse de una marcada atrofia de las estructuras genitales.

5. *Amenorrea funcional.*—En ella, tanto los ovarios como el útero se hallan indemnes, y la amenorrea surge por la interferencia de factores locales o generales. Las causas de "amenorrea funcional" son muy diversas y no es raro que, algunas veces, su mecanismo patogenético sea difícil de esclarecer.

El ciclo menstrual normal requiere un estado perfecto de salud, y es frecuente ver cómo trastornos físicos y alteraciones mentales pueden determinar su interrupción. Por lo tanto, dentro de este capítulo habrá que tomar en consideración: a) factores nutritivos; b) intoxicaciones; c) factores psicógenos; d) factores neurógenos; e) enfermedades sistematizadas; f) endocrinopatías.

a) *Factores nutritivos.*—Es frecuente ver amenorreas como consecuencia de una hipoalimentación, con déficit en el aporte de proteínas y vitaminas, sobre todo la A, C y el complejo B.

El estudio de los ovarios, en algunos casos desgraciados de inanición, ha permitido comprobar la ausencia de cuerpo lúteo y la presencia de pequeños folículos en diversas fases de atresia (FRAENKEL, L. y STEFKO, W. H.). En otras ocasiones se observaba una marcada atrofia con una ausencia total de folículos.

Las anemias ferropénicas han sido argumentadas como causa de "amenorrea funcional", integrando las bases de lo que, los antiguos, describían como "clorosis" de las jóvenes.

La asociación de obesidad y amenorrea es un hecho frecuente, así como que, la reducción y adecuación de la dieta, en tales pacientes, conduce a la normalización de la función gonadal con reaparición

de la menstruación. FLUHMANN y MURPHY estiman que el 58 por 100 de las mujeres amenorreicas tienen tendencia a la obesidad, y si bien es cierto que en muchos casos resulta difícil determinar la relación de causa a efecto, en muchos otros tienen como causa común el hipotiroidismo. Asimismo, merece tomarse en consideración la posibilidad de que, procesos diversos que afecten la región del hipotálamo determinen amenorrea y obesidad, simultáneamente.

b) *Factores tóxicos.*—Algunas intoxicaciones crónicas son capaces de determinar amenorreas secundarias, sobre todo la morfomanía, el alcoholismo y la intoxicación por el plomo. No está claro el mecanismo íntimo por el cual actúan, pero lo más verosímil es que, a la acción tóxica sobre la hipófisis y las gonadas, se suma la desnutrición acompañante.

c) *Factores psicógenos.*—La amenorrea debida a trastornos emocionales o mentales es más frecuente de lo que en principio pudiera parecer. El papel que el hipotálamo juega en esta modalidad de amenorrea es muy discutido. No obstante, parece que se limita a ser una mera "estación de paso" ("way station" de los autores anglosajones), por así decir, transmitiendo estímulos anormales de la periferia o de la esfera psíquica. Entre estos estímulos "agresores" se cuentan el shock, miedo, terror, preocupaciones, disarmonía sexual, cambios de trabajo, clima, etc.

El examen histológico de ovarios procedentes de un grupo de mujeres con amenorrea psicógena reveló la presencia de folículos atrésicos, acompañándose de un endometrio atrófico (STIEVE, H.).

ch) *Factores neurógenos.*—Este grupo incluye una gran variedad de lesiones intracraneales que afectan directamente al hipotálamo o se hallan en su proximidad y, en consecuencia, interfieren con la función gonadotrófica del lóbulo anterior de la hipófisis. Estos procesos pueden ser neoformaciones, hemorragias, quistes o procesos inflamatorios del diencefalo.

Se incluyen en este grupo las amenorreas acompañantes al "infantilismo diencefalo-hipofisario primitivo", con sus variantes "eunocoidismo hipofisario e infantilismo sexual", y el "hipogonadismo hipofisario". Asimismo, se incluyen las amenorreas que acompañan al "síndrome de Fröhlich" y al "síndrome de Lawrence-Moon-Biedl".

Algunos autores incluyen en este grupo de hipogonadismos hipofisarios el "síndrome de Klinefelter femenino", debido a que, en todos los casos descritos, la excreción de FSH estaba disminuida o anulada.

d) *Enfermedades sistematizadas.*—La amenorrea es un acompañante frecuente de la estenosis mitral descompensada y de la insuficiencia aórtica, así como de la tuberculosis. Muy raras veces la parotiditis epidémica determina atrofia de los ovarios, con amenorrea subsiguiente.

GEILPEL y BRAKEMANN han descrito casos de amenorrea secundaria con atrofia genital, consecutivos a la infiltración linfática de la zona medular del ovario en el curso de la leucemia linfática y enfermedades afines.

e) *Endocrinopatías.*—Teniendo en cuenta que el ciclo sexual se halla sometido, fundamentalmente, a un control endocrino, así como la interrelación existente entre las diversas glándulas de secreción interna, no puede extrañar que la amenorrea sea un acompañante frecuente en las diversas endocrinopatías.

"Adenohipófisis".—Cualquier deficiencia del llamado "motor glandular" de la función sexual puede determinar amenorrea (ya se han mencionado, anteriormente, parte de los procesos diencéfalo-hipofisarios capaces de originar este cuadro). Este déficit funcional puede ser determinado por traumatismos directos sobre su lóbulo anterior, hemorragias, infecciones, tumores y defectos constitucionales. La amenorrea es un acompañante frecuente de los tumores eosinófilos y basófilos, así como de los tumores no funcionales, tales como adenomas cromóforos y craneofaringiomas que comprimen la adenohipófisis (DAVIDOFF). En los casos de acromegalia, los valores de FSH son muy variables, dependiendo del grado de destrucción concomitante experimentado por las células basófilas de la adenohipófisis (KLINEFELTER-ALBRIGHT).

Una destrucción masiva de la adenohipófisis conduce al pan-hipopituitarismo o enfermedad de Simmonds. El ya mencionado síndrome de Sheehan, que se inicia en el puerperio en algunos casos de shock obstétrico y hemorragia post-partum, con subsiguiente necrosis y atrofia del lóbulo anterohipofisario. Una inhibición selectiva de la función gonadal de la hipófisis puede estar determinada por anormales cantidades de hormonas ováricas o testiculares. Este es, probablemente, el mecanismo por el cual se explica la amenorrea del embarazo, de igual modo que puede ser determinada por la administración experimental o terapéutica de estrógenos o andrógenos en dosis adecuadas.

"Tiroides".—Es indudable, como se deduce de los trabajos de GILLMAN, GILBERT y otros autores, que una función normal del tiroides es fundamental para la normal evolución del ciclo sexual y, aunque el mecanismo íntimo por el cual ejerce esta función "homeostática hormonal" se desconoce, parece seguro que la acción de la hormona tiroidea sobre la gonada femenina es, sobre todo, una acción trófica que permite o facilita la acción estimuladora de la FSH, y que mantiene el desarrollo fisiológico del folículo y del óvulo en él contenido.

Independientemente de los datos experimentales, la observación clínica demuestra una gran irregularidad de comportamiento de la gonada femenina en los desórdenes funcionales tiroideos. Tanto en el hipotiroidismo como en el hipertiroidismo puede haber fases de amenorrea alternando con otras de hemorragias atípicas.

"Cápsulas suprarrenales".—La amenorrea es frecuente en el síndrome de Cushing, si bien, a veces, en lugar de amenorrea puede haber hipermenorrea. Más frecuente es en el síndrome adrenogenital y en la enfermedad de Addison.

"Páncreas".—En la diabetes mellitus es frecuente la amenorrea, a veces asociada a edema, descenso de los 17-cetosteroides y aumento de FSH (WHITE, P.). LEVAL, M., insiste en la acción depresora que, sobre la función ovárica, ejerce la administración continuada de insulina, llegando a determinar la supresión de las menstruaciones.

"Ovarios".—En la agenesia ovárica o síndrome de Turner a la amenorrea se añaden otros síntomas diversos, el aspecto clínico de las mujeres es el de muchachas anidadas o retrasadas en su desarrollo; las mamas están sin desarrollar; el vello pubiano no ha crecido, e igualmente el vello axilar. El aspecto somático infantil es más acusado en el aparato genital. También presentan otras anomalías constitu-

cionales, como "cubitus valgus", cuello corto congénito ("pterygium colli" de FUNKE), espina bífida, sindactilia, deformación del cuello tipo Madelung; estrabismo, ausencia de pigmento del fondo de ojo, catarata y estrechamiento del campo visual, coartación aórtica, etc. La eliminación de FSH suele estar aumentada y la proyección radiográfica de la silla turca es normal.

En las anomalías de desarrollo y soldadura de los conductos de Müller, la amenorrea primitiva es un síntoma obligado.

Al margen de estos casos, por otra parte poco frecuentes, el "climaterio precoz" o déficit funcional prematuro de los ovarios, no es un fenómeno tan raro. Los seguidores de la teoría de WALDEYER creen que, en tales casos, hay una depleción prematura de folículos primordiales, en tanto que, para otros, se trataría de una incapacidad del ovario para "elaborar nuevos folículos".

En casos de tumores o quistes, neoformaciones frecuentes en el ovario, puede no haber amenorrea, excepto en aquellos "tumores funcionales" con elaboración de estrógenos o andrógenos: "tumores de células de la granulosa", "tecomas", "arrenoblastomas", "luteomas", denominados por NOVAK "tumores derivados de los primitivos cordones germinales", que quedaron más o menos atróficos en el hilio ovárico y que, en determinadas circunstancias, recobran su actividad funcional, orientándose en un sentido estrogénico o androgénico.

La amenorrea consecutiva a un "cuerpo lúteo persistente", aunque mencionada en casi todos los libros, es un proceso tan raro, que uno casi se siente tentado a dudar de su existencia, y, con relación a esto, hay que tener mucho cuidado en no confundir una amenorrea por gestación reciente, intra o extrauterina, con un cuerpo lúteo persistente.

También la persistencia del folículo conduce a un cuadro de amenorrea con hiperplasia del endometrio. Finalmente, describamos otro síndrome que también se acompaña de amenorrea, el síndrome de Stein-Leventhal, en el que, además de amenorrea, hay obesidad, hirsutismo con distribución masculina del vello y escaso desarrollo de las mamas. En la exploración manual combinada se palpan unos ovarios aumentados de tamaño. Al corte, presentan un aspecto característico, como "ostras", ("oyster ovaries"), con una albugínea engrosada y fibrosa y múltiples folículos atróficos. La eliminación de 17-cetosteroides no suele hallarse aumentada, aunque, a veces, puede haber discretas elevaciones; la eliminación de FSH suele ser normal, así como la radiografía de silla turca. La eliminación de 11-oxicorticosteroides presenta valores muy bajos. El mecanismo íntimo, por el cual se desarrolla este síndrome, ofrece muchas dudas, así como su causa primitiva.

Al amparo del precedente esquema fisiopatológico, trazaremos la marcha en el diagnóstico y, consecuentemente, formularemos el esquema terapéutico.

Una historia clínica, correctamente interpretada, nos dará, frecuentemente, la respuesta al interrogante formulado respecto a la causa de la amenorrea. Es obligada una exploración ginecológica, y ésta, unida al examen físico general, con especial atención en lo que se refiere a estigmas endocrinos, puede aclarar toda duda diagnóstica.

En casos aislados pueden ser necesarias determinadas pruebas de laboratorio, investigaciones hematológicas, radiografías de silla turca y tórax, determinación del metabolismo basal, etc. Es indudable que, en determinados casos, existen muchas y muy

variadas pruebas a realizar en la investigación de las causas de amenorrea; algunas son practicables por el clínico, otras son difíciles de realizar por el clínico no especializado y aun otras corresponden exclusivamente al dominio del investigador puro.

En las amenorreas secundarias de corta duración es fundamental conocer si existe o no un embarazo. La prueba de Aschheim-Zondek, o una de sus múltiples variantes o modificaciones, puede practicarse, y de hecho se practica, en casi todos los laboratorios.

Circunstancialmente, y aunque no pueda considerarse como sustituto de la "prueba biológica", en determinadas ocasiones puede suponer una ayuda la "prueba de la prostigmina" y la del "Duogynon". Estas pruebas suelen ser útiles, sobre todo en casos de amenorreas psicógenas de corta duración. La primera consiste en la administración de 1 c. c. de Prostigmine (0.55 mg.), en inyección subcutánea, durante tres días consecutivos. La menstruación suele reaparecer dos-tres días después de la última inyección, si la paciente no se halla embarazada. El mismo efecto suele obtenerse con el Duogynon (20 mg. de proluton, más 2 mg. de benzoato de estradiol), una inyección intramuscular, repetida en dos días consecutivos; la menstruación suele reaparecer seis-ocho días después, si no hay embarazo.

La determinación de estrógenos en sangre u orina no presta gran utilidad en el diagnóstico de la mayoría de las amenorreas, aparte de sus dificultades analíticas. La falta o déficit de función ovárica es mejor estimada a través de las biopsias de endometrio y frotis vaginales, ayudando también, en este sentido, los hallazgos obtenidos en la exploración bimanual de los órganos pelvianos. ALBRIGHT y colaboradores consideran que la persistencia de la amenorrea después de la inyección de progesterona (5 miligramos), repetida durante cinco días consecutivos, es prueba evidente de que el endometrio no se hallaba en fase de estimulación estrogénica. KUPPERMAN, BLATT, WIESBADER y otros proponen usar dosis mayores de progesterona con el mismo fin.

La demostración en sangre u orina de cantidades de gonadotropinas, principalmente FSH, anormalmente aumentadas, es prueba evidente del déficit funcional ovárico, y constituye un hallazgo habitual después de la castración y de la menopausia. Algunos autores valoran este fenómeno como prueba de un déficit "primitivo" de la función ovárica. Sin embargo, creo vale la pena reseñar las observaciones de FLUHMANN y MURPHY sobre un grupo de mujeres con irregularidades menstruales preclimáticas, de las que, un tercio, presentaban valores altos de gonadotropinuria. En consecuencia, aunque su presencia en amenorreas de larga duración (más de seis meses) constituye un pronóstico muy desfavorable, su existencia en casos aislados no quiere decir que siempre sea consecuencia de una pérdida total de la función ovárica.

La observación de la temperatura basal puede prestar ayuda en los raros casos de criptomenorrea, así como en la valoración de la función ovárica después de la histerectomía.

La valoración funcional del ovario, a través de los frotis vaginales, requiere un gran hábito en la interpretación de la citología vaginal, prestando una ayuda considerable, desde dicho punto de vista, en el diagnóstico de las amenorreas. Lo mismo puede decirse de la biopsia de endometrio en cuanto a su utilidad y perfecta interpretación.

La determinación de los 17-cetosteroides en la ori-

na de veinticuatro horas es una prueba informativa valiosísima en la estimación de la función córtico-suprarrenal.

La creencia de que la amenorrea funcional va acompañada de una serie de síntomas, más o menos desagradables, se halla muy arraigada, sobre todo en los profanos.

Este concepto erróneo se debe, en primer lugar, al desconocimiento de que, tanto la amenorrea como los síntomas concomitantes, pueden estar condicionados por una causa común, y, por lo tanto, estos últimos no deben ser atribuidos a la amenorrea. En segundo término, todavía perdura en algunas personas la idea de la menstruación como fenómeno "depurativo", y, en ellas, la falta de menstruación les hace temer el riesgo de una hipotética "autointoxicación". Al margen de estas ideas, totalmente erróneas, podemos decir que, la amenorrea no se acompaña de síntomas colaterales más que en las excepcionales circunstancias siguientes: 1) Cuando la amenorrea es originada por causas extrínsecas, enfermedades sistematizadas, etc., las cuales, por sí mismas, determinan manifestaciones patológicas. 2) Cuando la paciente, por falta de comprensión o temor, experimenta cambios o manifestaciones psicógenas; y 3) En casos de amenorreas prolongadas, en las que puede haber una total supresión de la función ovárica, haciendo su aparición síntomas vasomotores, endocrinos, etc., que caracterizan al climaterio precoz.

La perspectiva de reaparición de los ciclos menstruales en pacientes amenorreicas depende de factores diversos, siendo los más importantes aquellos que afectan a la causa original. Es decir, de comprender que, en casos de enfermedades sistematizadas o de los órganos pelvianos, endocrinopatías definidas o trastornos psíquicos, la evolución de la amenorrea se hallará supeditada a la del proceso determinante.

El pronóstico, por otra parte, se halla influenciado por la edad de la paciente, la duración de la amenorrea, estado del útero y el resultado de algunas pruebas hormonales. Un pronóstico desfavorable surge en amenorreas de más de un año de duración, en pacientes por encima de los treinta y cinco años, con atrofia del útero y endometrio, ausencia de estrógenos en sangre y aumento en la eliminación de gonadotropinas. Por el contrario, el pronóstico es más favorable en amenorreas de corta duración, en pacientes jóvenes, en presencia de endometrio y útero normales y con niveles normales de gonadotropinas. Además, no hay que olvidar que, en un 35 por 100 de pacientes con amenorrea funcional, la menstruación reaparece durante la primera semana después de la consulta, simplemente como consecuencia de la conversación o consejos recibidos del especialista (FLUHMANN).

Una vez convencidos de que se trata de una amenorrea funcional, el primer paso es eliminar los procesos orgánicos generalizados, neurológicos o endocrinos. Los casos restantes pueden hallarse condicionados por una hipoalimentación, intoxicaciones o causas psicógenas, dentro de las cuales, a veces, resulta difícil hacer un diagnóstico exacto. Pero es, precisamente en estas pacientes, en las que las medidas terapéuticas generales son más eficaces.

Una alimentación correctamente establecida, con el aporte vitamínico y mineral requeridos, así como una vida al aire libre, con ejercicios físicos moderados, serán suficiente en muchas ocasiones.

Cuando la amenorrea se presente asociada a la obesidad, debe intentarse reducir el peso de la pa-

ciente, utilizando "dietas reducidas", e incluso tratando de disminuir el apetito mediante derivados de la anfetamina. En determinados casos, cuando exista un componente hipotiroideo, debe asociarse un tratamiento con hormona tiroidea.

Los casos simples de amenorrea psicógena pueden ser fácilmente resueltos con la ayuda del Duogynon o la Prostigmina; no así en los casos de profundos complejos psicógenos, en los que puede ser necesario el auxilio del psiquiatra.

La administración de hormonas ováricas, con el fin de estimular la reaparición del ciclo menstrual, ha dado lugar a grandes controversias entre distintos autores; no obstante, su empleo se prodiga, a veces incorrectamente, sin tener en cuenta los principios antes apuntados.

En general, en su administración se sigue el llamado "método de Kaufmann", basado en el principio "uno-dos" de la acción estrógenos-progesterona, formulado por HISAW y colaboradores. Este método consiste en la administración de una inyección de

benzoato de estradiol de 1,66 mg. administrada por vía intramuscular, repetida cada tercer día, hasta ponerse un total de cinco inyecciones, seguidas de una inyección de 10 mg. de progesterona, repetida en cinco días consecutivos. Este tratamiento se repite durante tres-cuatro meses.

BIBLIOGRAFIA

- BISHOP, P. M. F.—Modern Trends in Obstetrics and Gynecology. London, Butterworth & Co., 1950.
 CARTER, F. B.—Am. J. Obst. & Gynec., 62, 794, 1951.
 DAVIDOFF, L.—Endocrinology, 10, 461.
 FLUHMAN, C. F.—The Management of Menstrual Disorders. Saunders, Philadelphia, 1956.
 GREENHILL, J. P.—Year Book of Obstetrics and Gynecology. Chicago, Year Book Publishers, 1952.
 KAUFMANN, C.—J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp., 42, 409, 1935.
 KLINEFELTER, H. F.; ALBRIGHT, F., and GRISWOLD, G. C.—J. Clin. Endocrinol., 3, 529, 1943.
 RUBIN and NOVAK, J.—Integrated Gynecology. McGraw-Hill Book Company, Inc. New York, 1956.
 SHEEHAN, H. L.—Am. J. Obst. & Gynec., 68, 202, 1954.
 STEIN, I. F., and LEVENTHAL, M. L.—Am. J. Obst. & Gynec., 29, 181, 1935.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Quinidina en la fibrilación auricular.—FRIEDBERG y SJOESTROEM (*Acta Med. Scandinav.*, 105, 293, 1956) han tratado con quinidina 133 enfermos con fibrilación auricular. Se consiguió la regularización del pulso y la presencia de ritmo sinusal en el electrocardiograma en 46 enfermos (35 por 100). No se vió relación entre el éxito del tratamiento y la edad y peso de los enfermos, fiebre reumática o difteria previas, causa de la cardiopatía, presión arterial, ritmo del pulso y grado de insuficiencia cardíaca. En cuanto a efectos desfavorables, los encuentran en 60 enfermos, viéndose que la cantidad de quinidina no era responsable de los mismos; murieron 16 enfermos en el curso o poco después del tratamiento y nueve de estas muertes las relacionan con la quinidina. Aconsejan como la dosis más conveniente 0,20 g. cada cuatro horas, aumentándola en 0,6 g. diarios hasta una dosis máxima de 0,5 g. seis veces al día durante cinco días; esta dosis es suficiente para regularizar el pulso en la mayoría de los enfermos que toleran bien la droga y no se obtienen mejores resultados por un aumento ulterior en la dosificación. El tratamiento con quinidina es peligroso en enfermos con extrasístoles ventriculares, bloqueo de arborización pronunciado o manifestaciones embólicas recientes.

ACTH y córticoesteroides en la peritonitis.—De un total de 50 enfermos en situación grave con peritonitis, HENEGAR, HUMMIGUTT y KINSELL (*A. M. A. Arch. Surg.*, 73, 804, 1956) seleccionan 31 para un tratamiento combinado hormonal, antibiótico y quirúrgico, dejando los 19 restantes para el tratamiento habitual. El tratamiento combinado consistió en administrar 100 mg. de hidrocortisona por vía intravenosa en 500 c. c. de glucosa al 5 por 100 al ritmo de 250 c. c. por hora; al mismo tiempo se introducen en la solución intravenosa 40 unidades

de ACTH; a los niños y ancianos, en los que los líquidos pueden crear problemas, administran hidrocortisona hemisuccinato directamente en la vena en 2 c. c. de solución acuosa. Simultáneamente se inyectan 300 mg. intramusculares diarios de acetato de cortisona en dosis divididas que se van reduciendo gradualmente y también ACTH intramuscular en dosis progresivamente decrecientes. La administración de ACTH se continuó durante por lo menos dos días más que la de cortisona y los antibióticos una semana como mínimo después de la suspensión de la terapéutica hormonal. Se realizó el tratamiento quirúrgico en cuanto se logró una mejoría en el estado clínico. Los esteroides y la ACTH se administraron durante cuatro o siete días para combatir los efectos tóxicos generales y permitir que pase el tiempo para que los antibióticos produzcan su efecto. Al estudiar los resultados se encuentra que sólo sobrevivieron 3 de los 19 enfermos en los que se realizó la terapéutica habitual y, además, tuvieron una convalecencia postoperatoria tormentosa. En cambio, sobrevivieron 12 de los 31 enfermos con el tratamiento combinado. Consideran que la ACTH y los esteroides suprarrenales son eficaces para preparar los enfermos, que de otra manera no podrían someterse a la intervención, y el tratamiento quirúrgico definitivo no debe demorarse por la presencia de una mejoría clínica.

Cortisona en la polineuritis aguda.—GRAVESON (*Lancet*, 1, 341, 1957) ha tratado 8 ataques de polineuritis aguda en 7 enfermos mediante la administración de cortisona. Sólo en uno de los casos no pudo detenerse rápidamente la enfermedad, lo que atribuye a que probablemente la cantidad de cortisona administrada fué inadecuada. En 7 ataques se produjo la recuperación total en un período de dos semanas en aquellos músculos que no estaban