

lentificación limitada al íleon, pero el aspecto morfológico de las asas era distinto. En el caso segundo nos habla en favor de una localización amebiana o por lo menos inflamación secundaria del íleon terminal el dolor que provoca su palpación y el aspecto anormal de su relieve mucoso que aunque debe interpretarse con reservas por la atonía del asa, es demasiado acentuado y constante en las diversas radiografías para no concederle cierto valor diagnóstico.

En cuanto a las alteraciones encontradas en el caso tercero indican ya la existencia indudable de una ileítes con lesiones profundas de pared con lo cual se puede excluir la existencia de una ileítes superficial. Tampoco presenta el aspecto, que hemos descrito en otro trabajo, de la lesión tuberculosa ni el de la ileítes terminal de Crohn, procesos que, además, se excluyen clínicamente. Por otra parte, el aspecto tan típico del nicho situado en su contorno inferior, más el resto de las alteraciones morfológicas señaladas anteriormente, nos parecen tan específicas, que no nos cabe duda de la existencia de una amebiasis localizada a ese nivel.

RESUMEN

Se estudian tres casos de amebiasis intestinal, explorándose radiológicamente el intestino delgado y con atención especial la marcha del tránsito intestinal y sus alteraciones morfológicas. En los dos primeros casos se observa un aspecto morfológico normal del yeyuno; en el segundo ligeras alteraciones de mucosa en el íleon terminal con tránsito, en cambio, retardado a expensas del paso por el íleon pélvico y terminal, lo que se atribuye a una disminución del tono y de la motilidad en dichos segmentos. En el tercer caso existen alteraciones morfológicas del íleon terminal caracterizadas: por desviación del íleon y fijación que impide todo intento de desplazamiento pasivo, por su aspecto infiltrativo que dificulta el estudio de su mucosa, por el carácter difuso de sus bordes y por la presencia en su contorno inferior de una formación diverticular o nicho que ofrece todos los caracteres de la úlcera en "botón de camisa" considerada por la mayoría de autores como patognomónica de la amebiasis.

BIBLIOGRAFÍA

- ACANFORA. — Policlínico, 845, 1942.
 ANDREWS. — Am. J. Med. Sc., 181, 102, 1931.
 BASSLER. — Jour. Am. Med. Ass., 106, 1965, 1936.
 BEDROGI y MAKARA. — Med. Klin., 1, 917, 1939.
 BORLAND. — Am. J. Dig. Dis., 7, 401, 1940. Salvat, 1942.
 FERNÁNDEZ FIDEL. — Parasitosis intestinal. Salvat, 1942.
 GALLART. — Tercer Congr. Esp. Pat. Digest. y Nutr. Madrid, 1941.
 GUNN, RERBERT y HOWARD. — Journ. Am. Med. Ass., 97, 166, 1931.
 HENKE y LUBARSCH. — Handbuch der Sp. Path. Anat. u. Hist. Springer, 1928.
 IKEDA. — Journ. Am. Med. Ass., 101, 1944, 1933.
 IKEDA. — Lancet, 54, 1934.
 JAMES. — Journ. Am. Med. Ass., 89, 1469, 1927.
 KNOTHE. — Die Dickdarmschleimhaut, ihre norm. u. Path. funktion im Röntgenbilde. Thieme, 1932.
 KUHLMANN. — Fortsch. Röntgenstr., 433, 1936.
 MARINA-FIOL, C. — Rev. Clín. Esp., 7, 379, 1942.
 MARINA-FIOL, C. y ROD. CARBALLO. — Rev. Clín. Esp., 8, 97, 1941.
 MARINA-FIOL, C. — Rev. Clín. Esp., 11, 278, 1943.
 MASSON. — Presse Med., 167, 1936.
 MZVES. — Fortsch. Röntgenstr., 60, 175, 1939.
 MOHR. — Fortsch. Röntgenstr., 60, 14, 1939.

ZUSAMMENFASSUNG

Drei Fälle intestinaler Amöbiasis wurden beobachtet und der Dünndarm in Bezug auf die Darm-

passage und morphologischen Veränderungen roentgenologisch untersucht. Bei den ersten beiden Fällen war das Jejunum morphologisch normal, beim 2. Fälle sah man am Ende des Ileums leichte Schleimhautveränderungen, während die Passage verlangsamt war. Die Verzögerung beruhte auf einer Verlangsamung im Becken- und Endileum und wird auf eine Verminderung des Tonus und der Motilität zurückgeführt. Beim dritten Fall bestanden morphologische Veränderungen am Ende des Ileums in Form von Verlagerungen und Verwachsungen, die eine passive Verlagerung unmöglich machen. Ein infiltratives Aussehen machten ebenso eine Schleimhautuntersuchung unmöglich. Es bestanden diffuse Ränder und eine Divertikelbildung oder Nische am unteren Ende mit allen Zeichen eines "Hemdenkopf" Ulcus, das von den meisten Verfassern als für die Amöbiasis pathogenetisch ange prochen wird.

RÉSUMÉ

On étudie trois cas d'amoebiasis intestinale, faisant une exploration radiologique de l'intestin grêle et prêtant une attention spéciale à la marche du transite intestinal et à ses altérations morphologiques. Dans les deux premiers cas, on observe un aspect morphologique normal du jéjunum: dans le 2°, légères altérations de la muqueuse dans l'ileon terminal; par contre le transite intestinal est retardé, ce retard s'effectuant au dépend du transite par l'ileon pelvique et terminal, et on l'attribue à une diminution du ton et de la motilité de ces segments. Dans le troisième il existent des altérations morphologiques de l'ileon terminal qui se caractérisent par une déviation de l'ileon, et fixation qui empêche toute tentative de déplacement passif, par son aspect infiltratif qui dificulte l'étude de sa muqueuse, à cause du caractère diffus de ses bords et par la présence dans son pourtour inférieur d'une formation diverticulaire ou niche qui présente tous les caractères de l'ulcère en "bouton de chemise" considérée par la plupart des auteurs comme pathognomonique de l'amoebiasis.

ELECCIÓN DE TRATAMIENTO EN LA ECLAMPSIA

(Estudio de 187 casos)

F. ORENGO DÍAZ DEL CASTILLO

Maternidad de Santa Cristina. Madrid.

Director: DR. BOURKAIB

El objeto de este trabajo es presentar los resultados obtenidos en el tratamiento de la eclampsia mediante el uso de varios procedimientos, examinarlos de modo crítico y aconsejar el método más apropiado, a la luz de los modernos estudios y de nuestra experiencia. El tratamiento profiláctico será ex-

cluido. Las referencias a la literatura se limitarán al mínimo, porque no se trata de hacer un resumen de conjunto sobre el problema, y la discusión se referirá tan sólo a los métodos usados en estas enfermedades, excluyendo a propósito aquellos otros antiguos o modernos de los cuales carecemos de experiencia.

MATERIAL Y RESULTADOS. — Los 187 casos de eclampsia son todos los habidos en la Maternidad de Santa Cristina, de Madrid, desde su inauguración en el año 1924 hasta el 8 de mayo de 1943, fecha de cierre de este trabajo. De acuerdo con las distintas tendencias terapéuticas del momento y de los varios Directores que han regido este Establecimiento, se siguieron en ese lapso varios tratamientos. El grupo más numeroso lo constituyen los casos en que se usó el proceder de STROGANOFF-ZWEIFFEL, es decir morfina, cloral y sangría y eventualmente fórceps o versión. Un segundo grupo comprende aquellas mujeres que fueron auxiliadas mediante la cesárea abdominal. Sigue un conjunto de casos en que por las circunstancias favorables en que se encontraban fueron curadas tan sólo mediante una aplicación de fórceps. Un cuarto grupo incluye la terapia con sulfato magnésico como base y alguna vez morfina y suero glucosado. El quinto y último grupo abarca casos heterogéneos, cesárea vaginal, basiotripsia, etc., y su consideración es de menos valor.

Mediante el llamado clásicamente método de STROGANOFF-ZWEIFFEL, fueron tratados 107 casos, se obtuvieron 90 curaciones y 17 muertes, lo que equivale a una mortalidad materna de 15,8 por 100. La infantil fué de 41 por 100.

El tratamiento radical se usó en 36 mujeres, hubo seis muertes y en tres casos la historia clínica no nos permitió, por falta de datos, asegurar la vida o muerte de la paciente; excluidos en el cálculo estos tres casos, resulta una mortalidad de 18,1 por 100. No se salvaron el 11,4 por 100 de los niños.

Se empleó sólo la extracción con fórceps en diecisiete casos; una mujer murió. Mortalidad = 5,8 por 100. Mortalidad infantil = 37,5 por 100. Los casos de este grupo suelen ser de este tipo: Mujer en período expulsivo, cabeza en IV plano, ataque de eclampsia seguido de fórceps bajo anestesia. Recuperación rápida del sensorio tras la operación. No obstante, creemos que un tratamiento farmacológico adicional, aunque ligero, sería aconsejable. Las características de este grupo no lo hacen apto para comparación. En sentido opuesto sucede lo mismo con el último grupo.

Recibieron sulfato magnésico en las condiciones expuestas más arriba 16 casos. Dos no curaron, es decir una mortalidad materna de 12,5 por 100. Murieron el 23,5 por 100 de los niños.

Incluye el último grupo 11 casos; no recibieron un tratamiento sistemático. A veces faltaban datos en las historias, otras veces se empleó sólo ya cesárea vaginal, ya basiotripsia, ya fórceps y versión en un caso gemelar: en una ocasión no se pudo establecer la vida o muerte de la paciente. Excluido este caso y contando las tres muertes habidas, resulta una mortalidad materna de 30 por 100. Se perdieron

el 50 por 100 de los niños. Todos los datos citados hasta aquí se hallan expuestos en la tabla 1.*

TABLA 1.^a

Método	Núm. de casos	Muertes	Curación ignorada	Mortalidad materna %	Mortalidad infantil %
Stroganoff . . .	107	17	0	15,8	41,0
Cesárea . . .	36	6	3	18,1	11,4
Sulfato Mg.. .	16	2	0	12,5	23,5
Fórceps . . .	17	1	0	5,8	37,5
Otros. . . .	11	3	1	30,0	50,0
<i>Total</i>	<i>187</i>	<i>29</i>	<i>4</i>	<i>15,8</i>	<i>34,2</i>

Resulta, pues, que en estos casos el uso de la cesárea abdominal ha proporcionado los peores resultados para la madre, obteniéndose en cambio la cifra más baja de mortalidad materna con la terapia a base de sulfato (excluidos los casos de fórceps sólo). Sin embargo, puede argüirse, y con razón, que no sabiéndose la proporción que en cada grupo guardan los casos graves, mal puede valorarse la eficacia de un método, puesto que la acumulación de casos leves en un grupo conduce invariablemente a un porcentaje menor de mortalidad, en independencia del proceder terapéutico usado. La revisión efectuada por STANDER del material de la Clínica de STROGANOFF, en Rusia, es un ejemplo de lo que acabamos de decir, puesto que los casos de eclampsia cuyas historias allí revisó el ginecólogo norteamericano resultaron ser en su inmensa mayoría del grupo leve. Este hecho restó valor a las mínimas cifras de mortalidad presentadas en conjunto por STROGANOFF. Si esto es así refiriéndonos a un único proceder terapéutico, con mayor motivo será indispensable la distinción entre casos leves y graves cuando de la comparación de varios métodos se trata. Como índice de la gravedad del caso hemos es-

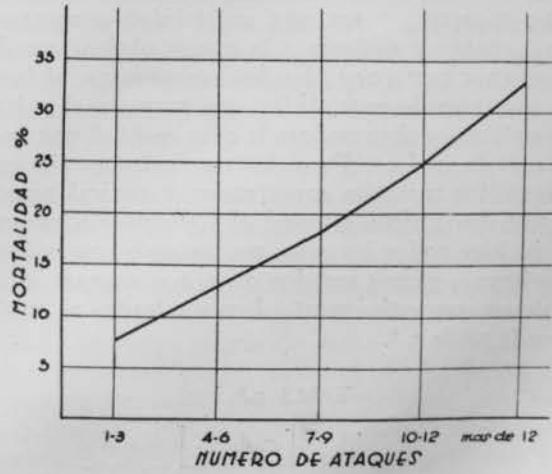


Fig. 1

cogido en esta ocasión el número de convulsiones, después de habernos asegurado que existía una relación estrecha entre el número de ataques y la mortalidad (según demuestra la fig. 1). Actualmente nosotros usamos varios índices, referentes a la albuminuria, a la tensión arterial, al pulso, etc.,

para la clasificación de las enfermas eclámpicas, pero en las historias cuya revisión constituye este trabajo, el número de convulsiones resultaba el dato

bemos eliminar la cesárea de nuestro arsenal terapéutico para tratar la eclampsia? No. Hay casos en que se puede, en que se debe emplear. La sistematiza-

TABLA 2.^a

MÉTODO	NÚMERO DE ATAQUES												Todos casos			
	1 a 9				10 o más				Ignorado				Todos casos			
	N.º de casos	Muertes	Ignorado	Mort. materna %	N.º de casos	Muertes	Ignorado	Mort. materna %	N.º de casos	Muertes	Ignorado	Mort. materna %	N.º de casos	Muertes	Ignorado	Mort. materna %
Stroganoff	76	8	0	10,5	12	4	0	33,3	19	5	0	26,3	107	17	0	15,8
Cesárea	24	3	0	12,5	3	2	0	66,6	9	1	3	16,6	36	6	3	18,1
Sulfato Mg. . . .	14	2	0	14,2	2	0	0	0,0	0	0	0	—	16	2	0	12,5
Fórceps	11	0	0	0,0	1	0	0	0,0	5	1	0	20,0	17	1	0	5,8
Otros	5	1	0	20,0	1	0	0	0,0	5	2	1	50,0	11	3	1	30,0
Total	130	14	0	10,7	19	6	0	31,5	38	9	4	26,4	187	29	4	15,8

mejor. De acuerdo con esto hemos construido la tabla 2.^a, que correlaciona la mortalidad, el número de convulsiones y el método terapéutico empleado.

Vemos, pues, comprobando nuestras afirmaciones anteriores la notable diferencia existente en la mortalidad según el número de convulsiones. Haciendo caso omiso de la terapia empleada, vemos que el grupo que padeció de 1 a 9 convulsiones presenta una mortalidad de 10,7 por 100; en cambio la cifra asciende hasta 31,5 por 100 cuando el número de ataques fué 10 ó más. El grupo que incluye los casos con número ignorado de convulsiones y que se presenta sólo para completar la estadística, carece naturalmente de valor comparativo. Pero la conclusión más importante que obtenemos de la tabla 2.^a es que afirma nuevamente la superioridad del método conservador; en efecto, en los casos leves se obtuvieron los mejores resultados con el método de STROGANOFF, y aunque con el sulfato magnésico fueron peores que con la cesárea, uniendo los dos grupos de terapia conservadora resultan 90 casos con 10 muertes, o sea una mortalidad procentual de 11,1, inferior todavía a la que se obtiene con la cesárea (12,5 por 100). En los casos graves, al lado del 0 por 100 de mortalidad que presenta el sulfato magnésico, es abrumadora la cifra de 66,6 por 100 propia de la cesárea. Para destacar más las diferencias entre los métodos conservador y radical hemos formado dos únicos grupos; el llamado "conservador" incluye todos los casos no tratados con cesárea. Casos leves o graves son los de 1 a 9 ataques, o de más de 10, respectivamente. Los resultados se exponen en la tabla 3.^a.

TABLA 3.^a

Método	Casos leves, mortalidad %	Casos graves, mortalidad %
Conservador	10,3	25,0
Radical	12,5	66,6

La superioridad del método conservador resulta así claramente destacada. ¿Quiere esto decir que de-

zación a ultranza no es buena en Medicina, mucho menos en Obstetricia; cada caso requiere su tratamiento; pero la experiencia dice que la eclampsia se cura mejor médicaamente la mayoría de las veces, mas también enseña que no faltan enfermas que exigen el tratamiento radical.

DISCUSIÓN. — El tratamiento mejor de una enfermedad es sin duda el causal. Como la causa de la eclampsia persiste desconocida, se comprende la diversidad de criterios existentes para su tratamiento. Sin embargo, adquisiciones efectuadas estos últimos años nos permiten un mejor conocimiento de esta dolencia y consecuentemente modificaciones sustanciales en el tratamiento que han de conducir muy probablemente a un descenso de la mortalidad.

Desde luego que la causa remota de la eclampsia radica en el propio embarazo. Ninguna mujer no grávida padece la enfermedad. Muchas veces la mejoría de un estado eclámpico, o preeclámpico, se inicia cuando los latidos fetales cesan, es decir cuando prácticamente el embarazo terminó. La eclampsia más grave es la del embarazo y la más leve la del puerperio. Cuantas más horas pasan desde la iniciación de los ataques hasta la expulsión fetal y conforme crece el número de convulsiones, aumenta proporcionalmente la mortalidad materna y fetal. Por todos estos y otros motivos se comprende el tratamiento radical de la eclampsia. DUHRSEN defendió ese punto de vista ya en 1893, puesto que proponía la terminación inmediata del embarazo, a través de las vías naturales, pero mediante intervención quirúrgica. Y con él se inicia la tendencia activa del tratamiento de la eclampsia, cuyo partidario más entusiasta en la actualidad es STOECKEL que considera la eclampsia como un embarazo extrauterino y precisa con toda exactitud y exige que antes de nada hay que vaciar el útero en los primeros quince minutos después del primer ataque, y luego tomar todas las demás medidas. LLAMES MASSINI apoyando también el tratamiento radical indica que cuando se presenta un ataque de eclampsia nada puede predecirse sobre la evolución posterior y por lo tanto debe iniciarse el tratamiento como si fuera un caso muy grave. Ahora bien, ¿cuántas veces es posible

efectuar una cesárea con tal premura? Además conviene advertir, aunque la posibilidad sea infrecuente, que procediendo con la prontitud con que actúa STOECKEL puede operarse con un diagnóstico erróneo, hecho que ya señalaba SACHS, como es el caso en ocasión de ataques epilépticos, es más, cabe admitir que el embarazo crea una predisposición para poner de manifiesto epilepsias ya hace tiempo latentes. Debe pensarse asimismo que ciertos casos de eclampsia de embarazo evolucionan de modo intercurrente y puede privarse al niño si se opera de las ventajas de su madurez. Y como por otra parte hay que contar en la operación cesárea siempre con una mortalidad de 2-4 por 100 y el porvenir obstétrico de la mujer cesareada posee ciertas desventajas, resulta que la decisión de efectuar una cesárea en una eclámptica no puede tomarse sin una sólida justificación.

Pero, sobre todo esto, se encuentran los datos estadísticos. Son muy pocos los autores que como STOECKEL, LLAMES MASSINI, y algunos otros, encuentran cifras favorables de mortalidad. STOECKEL indica el 8 por 100, GREENHILL el 12 por 100, LLAMES MASSINI hasta el 0 por 100 en una serie de casos. Acabamos de ver que en la Maternidad de Santa Cristina la cesárea en la eclampsia ha tenido una mortalidad de 18 por 100, o sea mayor que con cualquier otro método. La estadística de EDEN más numerosa que la nuestra, que exponemos en la tabla siguiente, aporta adicional confirmación.

TABLA 4.^a — Estadística de EDEN
(mortalidad por 100 en 706 casos de eclampsia)

	Eclampsia grave	Eclampsia leve
Parto normal	37	5
Fórceps	32	6
Provocación de parto	26	7
Cesárea abdominal	46	11
Accouchement forcé	63	18

Estas cifras son muy significativas, y aún podríamos multiplicar las citas de muchos autores que presentan cifras parecidas y aún peores (por ejemplo, 53 por 100 de mortalidad según POLLAK). Estos hechos han impresionado a la opinión mundial y como consecuencia la cesárea en la eclampsia tiende a disminuir de frecuencia. El 10,3 por 100 de las cesáreas, se efectuaron a causa de eclampsia en 1932, según PREISSECKER; DE DONNO, en 1938, indica el 7,7 por 100 (estadísticas mundiales de frecuencia de la cesárea). Algunos autores de relieve llegan recientemente a consignar la eclampsia como contraindicación de cesárea (por ejemplo, ADAIR). TITUS escribe: "Evidentemente la cesárea es un tratamiento inadecuado para la eclampsia." MIGLIAVACA: "En general la cesárea en la eclampsia parece que tiende a mejorar más el pronóstico fetal que el materno." ALFIERI la justifica sólo en casos graves, y NUBOLA indica humorísticamente que cómo hará cesárea en las eclampsias *postpartum*. La indicación de cesárea en la eclampsia, según VIGNES, ponente al Congreso Internacional de Obstetricia en Amsterdam,

en 1938, sobre el tratamiento de la eclampsia, se orienta hoy día según tres directrices diferentes (MIGLIAVACA):

1.^a Algunos reservan la cesárea para los casos en los cuales existe otra indicación asociada (por ejemplo, eclampsia más estrechez).

2.^a Otros intervienen sistemáticamente, lo más pronto posible, (STOECKEL, SEITZ.) La intervención precoz daría los mejores resultados. A aquéllos que objetan la posibilidad de crisis convulsivas después de la operación, BIDOIRE responde que en casos de operación realmente precoz, no se observan convulsiones ulteriores. Pero nosotros tenemos un caso de amaurosis preeclámptica que horas después de la cesárea inició su primera convulsión y tuvo luego ocho más.

3.^a A una y otra tendencia, se oponen los partidarios de la *mittlere Linie* que reservan la cesárea para los casos rebeldes al tratamiento médico. Después de un tiempo pre establecido, o tras un cierto número de convulsiones el tratamiento médico es abandonado por la intervención. A los partidarios de la cesárea se les objeta que ésta es una intervención grave, en la cual el *shock* es frecuente por la intoxicación gravídica y sus efectos secundarios (lesiones hepáticas, renales, etc.). Por otra parte ha sido señalado por numerosos autores que las eclámpticas están particularmente expuestas a la infección.

Esto corresponde a las tres clásicas formas de tratar la eclampsia que se expresan así:

1.^a Método radical que exige la inmediata evacuación del útero (STOECKEL).

2.^a Método expectante, que usa drogas sedantes, sangría, etc., y que aguarda en caso de parto a la dilatación completa para intervenir. (STROGANOFF, método del Rotunda Hospital de Dublín, sulfato magnésico, etc.)

3.^a El método de la "línea media" (ENGELMAN) que trata en sentido expectante, pero que recurre a la terminación del parto por el método más rápido si la mejoría no ocurre.

Conviene advertir a todo esto, que las diferencias en el criterio de tratar la eclampsia se presentan únicamente cuando el cuello del útero está cerrado o insuficientemente dilatado. En este momento se diferencian netamente el método expectante y el tratamiento radical. El partidario del método conservador permanece a la expectativa a pesar de las convulsiones, utilizando el fórceps cuando la dilatación es completa. El partidario del método radical en cambio procede al parto mediante la cesárea. Pero también este último esperará en aquellos casos en que la dilatación como palma de mano y los dolores energéticos permiten prever la total dilatación en breve plazo, y entonces aplicará el fórceps. Los autores más intervencionistas admiten que el riesgo de una cesárea en estos casos es mayor que permanecer a la expectativa por corto tiempo.

El método llamado de la "línea media" según esto, puede en ocasiones ser difícil individualizarlo como tal, pues se confunde con los métodos radical o expectante, y quizás a los efectos de estudio estadístico se preste más a confusión, se dice además que mientras se espera una mejoría, que tal vez no llega, se pierde un tiempo precioso y que operando sólo

casos graves se obtienen los peores resultados; recordemos, en efecto, que la norma que preconizó ENGELMAN reside en tratar conservadoramente, pero si las convulsiones no cesan, o en general si la enferma no mejora, se actuará de manera que el embarazo sea terminado en el plazo más breve posible, esto es, mediante la cesárea si no existe otro medio mejor. SEITZ que hace la crítica del método de la línea media llega a decir: "Conviene resolver si es mejor permanecer tranquilamente a la expectativa a pesar de haberse ya declarado las convulsiones, usando las medidas farmacológicas usuales, o si cabe esperar mejores resultados cuanto se hace la operación cesárea." E interroga en estos términos: ¿Qué se considera más peligroso, la intoxicación por la eclampsia o la operación cesárea? SEITZ preguntaba esto en 1930, y aunque partidario del método radical exigía para el futuro estadísticas que aportasen la respuesta. Creemos que ésta ha sido ya dada. La cesárea como tratamiento inicial y sistemático de la eclampsia debe ser abandonada por los motivos que antes hemos expuesto, pero ¿podemos cruzarnos de brazos ante una mujer que no mejora ante un tratamiento farmacológico? ¿Debemos llevar la expectación hasta ver morir la enferma con su hijo *in utero*? Evidentemente no, pero se debe reflexionar ante el argumento expuesto por los detractores del método de la línea media, es decir, sobre si el período de espera fué una pérdida de tiempo y no hubiera sido mejor operar antes, y vemos entonces que quizás en otros tiempos fuera así, pero hoy día que el tratamiento médico de la eclampsia se dirige a modificar el trastorno metabólico causante de la enfermedad, no puede sostenerse dicha afirmación. Lo mismo que un enfermo de obstrucción intestinal va en mejores condiciones a la operación si antes se " pierden" varias horas en modificar el trastorno electrolítico y del balance acuoso propios de dicha dolencia mediante una terapia conservadora, de la misma manera la mujer eclámptica soportará mejor una operación si previamente un tratamiento inteligente ha estimulado su resistencia procurando restaurar su metabolismo perturbado. La pregunta de SEITZ que conducía a un tratamiento rígidamente expectante o rígidamente radical según la correspondiente respuesta, no puede enunciarse hoy día en tales términos. Nos parece tan peligrosa la situación eclámptica, como la cesárea inmediata. *La mujer eclámptica no es buen sujeto para una operación quirúrgica. Siendo así, resulta indispensable prepararla con un tratamiento adecuado para tal operación a fin de modificar previamente su trastornado metabolismo.* Como esa preparación constituye por otra parte el tratamiento médico o conservador de la enfermedad, puede resultar y de hecho así sucede casi siempre, que la operación no sea necesaria al mejorar rápidamente el cuadro convulsivo que exigía la terminación del embarazo. Si esto no ocurre entonces se operará en las mejores condiciones y el retraso en el acto quirúrgico no habrá empeorado la situación, sino al contrario, entregará al operador una enferma cuyo metabolismo ha sido en lo posible restaurado. Este nuevo concepto constituye para nosotros la base del tratamiento de la "línea media" o mejor del método ecléctico de curar la eclampsia.

Expuesto este criterio nos queda la elección del tratamiento expectante que habrá de usarse, la mayoría de las veces como método único, y en algunos casos como precedente de la terminación del embarazo. Según los datos estadísticos antes presentados, el resultado más favorable para la madre y para el niño parece haber sido obtenido, en conjunto, con la terapia a base de sulfato magnésico. El método de STROGANOFF-ZWEIFFEL, en efecto, junto a una mortalidad materna de 15.8 por 100 ofrece la elevadísima cifra de 41 por 100 de mortalidad infantil. Aunque pensar en salvar a la madre es siempre lo primero, la vida del hijo debe recibir la suficiente consideración. La cesárea es sin duda el método que mayores garantías ofrece al feto, pero descartado su uso intensivo por las razones ya expuestas, debemos elegir para el tratamiento de las eclámpticas aquel procedimiento que ofrezca las máximas probabilidades de vida tanto a la madre como al hijo.

Sin embargo, queremos decir que los resultados de este estudio estadístico no hubieran tenido fuerza por sí solos para fundamentar nuestro criterio de tratar la eclampsia, y las razones son obvias. Hemos aludido antes al derrumbamiento del metabolismo de la enferma y a la necesidad de que nuestros esfuerzos se dirijan a combatir tal trastorno. Antes de conocer las cifras aquí presentadas y que apoyan nuestra manera moderna de actuar, era ya nuestra convicción que el tratamiento de STROGANOFF-ZWEIFFEL no cumplía los requisitos necesarios y por consiguiente estábamos dispuestos a desaconsejar su uso. La sangría, por ejemplo, nos parece hoy día sólo indicada en aquellos raros casos de insuficiencia cardíaca o edema pulmonar. La extracción de hipotéticos tóxicos mediante sangría es una práctica ya en desuso en medicina y en este caso tanto más cuanto que estas enfermedades son anémicas y propensas a la infección. Si la sangría se hace para disminuir la hemoconcentración llevando líquidos tisulares a los vasos, este propósito puede cumplirse de manera más elegante inyectando en las venas suero glucosado a elevada concentración. La morfina, otro de los componentes del tratamiento de STROGANOFF, la culpamos sobre todo de un efecto perjudicial sobre el feto, pues estamos convencidos que esta droga es una causa importante de asfixia *neonatorum*, sobre todo cuando la extracción del feto se efectúa antes de las cuatro horas de la inyección, lo cual es la regla en una mujer eclámptica. Aparte de esto, un efecto pernicioso sobre la diuresis materna, ha sido también descrito. El hidrato de cloral es positivamente nocivo y esto ha sido reconocido por STROGANOFF que ahora emplea en su lugar el sulfato magnésico. El cloroformo, finalmente, causa en el experimento animal lesiones hepáticas parecidas a las propias de la eclampsia. Por otra parte, las mínimas cifras de mortalidad obtenidas por STROGANOFF no han podido ser duplicadas por ningún otro autor. Este proceder no puede resistir una crítica moderna.

Por todos estos motivos hemos abandonado el método de STROGANOFF y adoptado el uso del sulfato magnésico. Esta droga cuya utilidad en la eclampsia es hace tiempo reconocida, baja la tensión arterial, aumenta la diuresis, detiene las convulsiones, disminuye los edemas y no influye sobre la evolu-

ción del parto ni sobre la vida fetal. Se añadió en algunos de los casos aquí presentados un tratamiento con suero glucosado hipertónico, sin embargo, no con la constancia, ni en la cuantía que ahora lo hacemos. Es más, el suero glucosado lo consideramos hoy día de tanta o más importancia que el sulfato magnésico. Esta convicción la hemos fundamentado en los estudios de TITUS, DIEKMANN, y otros autores norteamericanos, en los cuidadosos trabajos de ALBERS, y en nuestra propia experiencia clínica. La solución hipertónica inyectada en la vena, actúa tanto como aporte de glucosa como osmóticamente. Por el aumento de la concentración molecular en la sangre se atraen hacia ella los líquidos de los tejidos y también sucede lo mismo en el líquido cefalorraquídeo, es decir, se produce, a fin de cuentas, una disminución de la presión intracranial. Otros efectos colaterales de la mayor importancia son también el aumento de la eliminación urinaria de cloruros y de la diuresis, la vasodilatación y el almacenamiento de glucógeno en el hígado. Con la combinación de suero glucosado y sulfato magnésico, además de las medidas generales indispensables como la administración de oxígeno, se ataca directamente el trastorno metabólico causante de la enfermedad y por ello aun en el caso de ausencia de mejoría e indicación operatoria, la enferma gana siempre, pues va a la operación en condiciones de reaccionar mejor que si este tratamiento no se hubiera efectuado.

Así pues, toda enferma eclámptica que llega a nuestras manos, es tratada ahora con suero glucosado y sulfato magnésico. Los efectos de este método sobre la evolución de la enfermedad son generalmente buenos. Las enfermas recuperan, a veces espectacularmente, el sensorio coincidiendo con la inyección endovenosa hipertónica, la diuresis aumenta y las convulsiones cesan. Pero a todo esto podrá argüirse que en el tratamiento de los casos leves presentados en la tabla 2.^a el método de STROGANOFF dió mejores resultados que la terapia con sulfato magnésico, lo que contradice nuestros argumentos. Como contestación diremos que las diferencias a favor del sulfato magnésico en los casos graves fueron notables. Pero ni en un caso ni en otro estas diferencias poseen demasiada significación habida cuenta del exiguo número de casos que recibieron el sulfato magnésico. Para apoyar el tratamiento con esta última droga no nos apoyamos tanto en la estadística como en los razonamientos antes expuestos. Como los casos presentados aquí recibieron suero glucosado en cantidades insuficientes y algunos ni siquiera eso, consideramos la cifra de 12,5 por 100 de mortalidad materna consignada en la tabla 1.^a susceptible de ser mejorada cuando el método por nosotros elegido sea puntualmente ejecutado. Esto incluye la administración repetida y suficiente de suero glucosado hipertónico, y si hasta ahora se obtuvieron los mejores resultados, en conjunto, con el sulfato magnésico, puede, *a priori*, suponerse que serán todavía mejores en el futuro, y esto vale también para la mortalidad infantil. Pero es inevitable que aun con el procedimiento terapéutico más perfeccionado existan enfermas que no respondan satisfactoriamente. En tal caso debemos pensar que la mortalidad crece rápidamente conforme asciende el

número de ataques, y cuantas más horas pasan desde la iniciación de la enfermedad a la expulsión fetal, por ello si pasado un tiempo prudente — 12 horas — siguen las convulsiones, continúa el coma, persiste la oliguria o la anuria, y el valor hematócritico no desciende, entonces el continuar con el tratamiento médico sería absurdo y se impone la terminación del embarazo, ya por las vías naturales, ya mediante la cesárea abdominal.

Con esto queremos expresar que terminación del embarazo no equivale siempre a cesárea. Existe un parentesco tan íntimo entre el cuadro hormonal eclámpico y el desencadenante del parto que la interrupción del embarazo suele producirse espontáneamente, o en todo caso la posibilidad de provocar su iniciación no es difícil. Sean las que fueren las circunstancias, el procedimiento elegido para interrumpir la gestación debe ser aquel que pueda realizarse lo más rápidamente posible y con el mínimo trauma para la madre y para el hijo. Así pues, si la paciente está de parto, éste se acelerará, a veces por la rotura de las membranas, otras por la administración de orastín o pitocín cada media hora si las contracciones son defectuosas, no olvidando que estos preparados no están completamente libres de hormona antiurética. Por otra parte como cada contracción uterina aumenta el edema cerebral, el suero glucosado hipertónico deberá seguir usándose para contrarrestar este efecto. En cuanto las condiciones para una aplicación de fórceps estén presentes, se usará siempre, pues ya hemos visto su inocuidad. Cuando la paciente no está de parto, o se encuentra apenas en sus comienzos, se empleará la cesárea sólo en aquellos casos graves en los que urja la terminación del embarazo, cuando el cuello uterino esté firmemente cerrado o exista alguna indicación asociada de cesárea, como estrechez, y se carezca de contraindicación. La anestesia local es la indicada, y el feto debe estar vivo.

En los demás casos, por ejemplo, en multíparas con cuello blando y dilatable, la inducción del parto estará aconsejada.

El tratamiento de elección en la eclampsia es un método expectante, pero si la enferma no mejora el embarazo debe ser terminado. Si el tratamiento médico combate con eficacia el trastorno metabólico productor de la enfermedad, habrá pocas ocasiones de operar, pero si es necesario hacerlo, el tiempo empleado en la terapia conservadora no será nunca tiempo perdido, sino al contrario, tiempo ganado y aprovechado en beneficio de la madre y del hijo.

(Nota. — Nuestra manera de tratar la eclampsia no incluye sólo el sulfato magnésico y el suero glucosado, sino también otras medidas generales que hemos omitido deliberadamente. En un próximo trabajo se describirá con detalle todo lo referente a este respecto, con mención de dosis, cuestionario especial para estudio estadístico, las normas de clasificación, y otros aspectos. El objeto del presente trabajo queda cumplido al discutir en líneas generales los resultados obtenidos en la maternidad de Santa Cristina en el tratamiento de la eclampsia, para de ese modo fundamentar con un criterio moderno el tratamiento de elección de esta enfermedad.)

RESUMEN

Los 187 casos de eclampsia habidos en la maternidad de Santa Cristina de Madrid, en un período de 23 años son estudiados a los efectos de tratamiento. Se obtuvieron los resultados siguientes: Con el método de STROGANOFF-ZWEIFFEL una mortalidad materna de 15,8 por 100 y fetal de 41 por 100. Con la cesárea abdominal una mortalidad materna de 18,1 por 100 y fetal de 11,4 por 100. Con el sulfato magnésico una mortalidad materna de 12,5 por 100 y fetal de 23,5 por 100. Se establece también una comparación entre los distintos métodos, agrupando los casos según su gravedad, y se examinan en conjunto los resultados obtenidos con el método radical y la terapia conservadora. Se deduce de todo esto la superioridad del método conservador, aunque se reconoce asimismo la absoluta necesidad de cesárea en ciertos casos. Entre las distintas posibilidades de terapia conservadora, se elige el tratamiento con sulfato magnésico y suero glucosado como el más adecuado para combatir el trastorno metabólico causante de la enfermedad, considerando la técnica de STROGANOFF-ZWEIFFEL de poco valor a este respecto. Si el caso no mejora después de doce horas de tratamiento conservador, el embarazo debe ser terminado en beneficio de la madre y del hijo, pero este tiempo empleado en esperar no debe considerarse como tiempo perdido, según dicen los detractores del método de la "línea media", sino al contrario debe estimarse como un tratamiento preoperatorio de gran valor y de absoluta necesidad, de una manera análoga a lo que sucede en los enfermos de obstrucción intestinal que se benefician extraordinariamente de un tratamiento conservador, previo al acto operatorio. Las normas generales de tratamiento son también expuestas.

BIBLIOGRAFÍA

- ADAIR, F. L. — *Obstetrics and Gynecology*. Philadelphia. Lea & Febiger, 1940.
 ALBERS, H. — *Geburtsh. u. Frauenhk.*, 2, 78, 1940.
 ALFIERI, E. — *Le indicazioni attuali del taglio cesareo*, 1933.
 DE DONNO, E. — *Ann. di Os. e Gin.*, 60, 1.361, 1938.
 DIECKMANN, W. J. — *Amer. J. Surgery*, 48, 101, 1940.
 DUHRSEN, — *Arch. f. Gynäk.*, 43, 124, 1893.
 EDEN, T. W. — *Jour. Obst. and Gynaec. Brit. Emp.*, 29, 386, 1922.
 GREENHILL. — *Citado por MIGLIAVACA*.
 LLAMES MASSINI, J. C. — *Rev. Esp. Obs. y Ginec.*, 15, 269, 1930.
 MIGLIAVACA, A. — *Ann. di Os. e Gin.*, 62, 959, 1940.
 NUÑOLA, P. — *Tratado de Obstetricia*, 1940.
 POLLAK. — *Citado por MIGLIAVACA*.
 PREISSECKER. — *Zbl. Gynäk.*, 56, 64, 1.387, 1932.
 SACHS. — *Monatsschr. f. Geburtsh.*, 32, 667.
 SEITZ, L. — *Zbl. Gynäk.*, 54, 2.562, 1930.
 STANDER, H. J. — *Amer. J. Obst. Gynec.*, 9, 827, 1925.
 STOECKEL, W. — *Zbl. Gynäk.*, 51, 141, 1927.
 TITUS, P. — *Management of Obstetrics Difficulties*. Mosby, 651, 1937.
 VIGNES, H. — *Citado MIGLIAVACA*.

ZUSAMMENFASSUNG

Die innerhalb von 23 Jahren in der Frauenklinik Santa Cristina von Madrid vorgekommenen Eklampsiefälle werden auf ihre Behandlung hin studiert. Man erhielt folgende Ergebnisse: Nach der Methode von Stroganoff-Zweiffel eine Mortalität der Mutter in 15,8 % und des Foetus in 41 %. Der abdominale Kaiserschnitt ergab eine mütterliche Mortalität von 18,1 % und eine fötale von 11,4 %. Mit dem Magnesiumsulfat erhielt man eine mütterliche Mortalität von 12,5 und eine fötale von

23,5 %. Es wird ein Vergleich über die verschiedenen Methoden angestellt, wobei die Fälle je nach Schwere klassifiziert werden. Die mit der radikalen und konservativen Therapie erhaltenen Resultate werden zusammenfassend besprochen. Aus der Darstellung geht der Vorteil der konservativen Methode hervor, wenn auch die unbedingte Notwendigkeit des Kaiserschnittes bei gewissen Fällen anerkannt wird. Bei den verschiedenen Möglichkeiten einer konservativen Methode entschliesst man sich zur Magnesiumsulfatbehandlung und zur Therapie mit Traubenzucker, die am geeignetsten sind, um die vorliegende Stoffwechselstörung zu beseitigen. Die Technik nach Stroganoff-Zweiffel wird als wenig wertvoll angesprochen. Wenn nach 12 Stunden konservativer Behandlung keine Besserung eingetreten ist, so muss die Schwangerschaft unterbrochen werden. Die vergangene Wartezeit darf, wie die der "linea media" sagen, nicht als schädlich betrachtet werden. Es handelt sich vielmehr um eine wertvolle, unbedingt notwendige präoperatorische Behandlung, in Analogie zu den Fällen mit Darmverschluss, die ebenfalls durch eine der Operation vorangehende konservative Behandlung Vorteile gewinnen. Die allgemeinen Maßregeln der Behandlung werden ebenfalls mitgeteilt.

RÉSUMÉ

On étudie les 187 cas d'éclampsie présentés dans la Maternité de Santa Cristina de Madrid dans une période de 23 ans, pour des effets de traitement. On obtint les résultats suivants: avec la méthode de Stroganoff-Zweiffel une mortalité maternelle de 15,2 % et fœtale de 41 %. Avec la césarie abdominale une mortalité maternelle de 18,1 % et fœtale de 11,4 %. Avec le sulphate magnésique une mortalité maternelle de 12,5 % et fœtale de 23,5 %. On établit au si une comparaison entre les diverses méthodes, groupant les cas selon leur gravité, et on examine dans l'ensemble les résultats obtenus avec la méthode radicale et la thérapie conservatrice. De tout cela on déduit la supériorité de la méthode conservatrice, bien qu'on connait de même le besoin absolu de pratiquer la césarie dans certains cas. Parmi les diverses possibilités de thérapie conservatrice, on choisit le traitement au sulphate magnésique et à l'érum glucosé comme étant le plus convenable pour combattre le trouble métabolique cause de la maladie, considérant la technique de Stroganoff-Zweiffel avec peu de valeur à ce sujet. Si le cas ne s'améliore pas après les 12 heures de traitement conservateur, la grossesse peut finir avec du bénéfice pour la mère et l'enfant, mais ce temps employé dans l'attente ne doit pas être considéré comme du temps perdu, selon disent les detracteurs de la méthode de la "ligne moyenne", mais au contraire on doit l'estimer comme un traitement préopératoire de grande valeur et absolument nécessaire, d'une manière analogue à ce qu'il arrive chez les malades avec une obstruction intestinale qui sont bénéficiés extraordinairement par un traitement conservateur, préalable à l'acte opératoire. Le normes générales de traitement son aussi communiquées.

LA ELECCIÓN DEL MÉTODO OPERATORIO EN LA PERFORACIÓN LIBRE DE LA ÚLCERA GASTRODUODENAL

J. P. RODRÍGUEZ DE LEDESMA

Cirujano del Hospital Provincial de Cáceres

En un total de 208 casos quirúrgicos de úlcera gástrica he asistido en mi servicio de Beneficencia y en mi sanatorio particular, cincuenta y seis casos de perforación libre.

La mortalidad total de 26 casos (46 por 100) comprende 47 casos intervenidos con 17 muertes (35 por 100) y 9 casos no intervenidos por su gravedad de muerte próxima.

Los casos intervenidos antes del año 1941 están resumidos en el cuadro I. En esta época, trataba yo

Por lo demás, la frecuencia con que veo antiguos gastroenterostomizados, bien sea por mí o por otros cirujanos, que acuden con molestias sospechosas de úlcera péptica, o con nichos secundarios visibles en pantalla, me ahuyenta de la práctica de la G. E. en los perforados y espero que no pase mucho tiempo para que mi conducta operatoria quede reducida a la resección en casos favorables, o al simple cierre de la úlcera en los graves.

ANESTESIA. — Hasta el 1941, operaba todos los casos de perforación con anestesia etérica, previa inyección de algún preparado de morfina y escopolamina. En dos casos empleé raquianestesia distal con pantocaína y anestesia de esplácnicos, conforme a la técnica que vi emplear a Haberer, en el año 1933, para resecciones por úlceras no perforadas.

En otros dos casos empleé el Perseoctón como anestesia de base, completando la narcosis con éter. En

Cuadro I. — HASTA EL AÑO 1940 INCLUSIVE

	0-6 horas		6-12 horas		12-24 horas		Más de 24 h.		Totales		Mortalidad por 100
	Núm.	+	Núm.	+	Núm.	+	Núm.	+	Núm.	+	
Sutura simple .	3	1	2	0	8	3	5	4	18	8	44,4
Sutura y G. E. .			2	0	1	1			3	1	33,3
No operados. .					2	2	7	7	9	9	100
<i>Totales</i> . .	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>11</i>	<i>6</i>	<i>12</i>	<i>11</i>	<i>30</i>	<i>18</i>	<i>60</i>

los enfermos con preferencia con la simple sutura, reservando la gastroenterostomía para algunos casos de úlcera pilórica o duodenal con gran edema de los tejidos o estrechez pilórica manifiesta, o que, por ser los tejidos muy friables, se cortaban al aplicar los puntos de sutura de la perforación. En este último caso cerraba con omento y realizaba una gastroenterostomía de boca amplia, generalmente retrocólica, pero en un caso antecólica, a fin de reducir las manipulaciones, por el estado de gravedad del enfermo.

En 1941 realicé una resección en un perforado reciente, con buen estado general, sin frecuencia de pulso y con un peritoneo escasamente contaminado. Se trataba de un estómago fácil, con una úlcera pilórica perforada y duodeno móvil. La sugestión había nacido de una conversación con el doctor PUIG

otro caso utilicé el Eviplán y continué con éter. A partir de 1941 he empleado exclusivamente la anestesia local precedida de un narcótico (narcofín, escofedal, sedofrén o simple morfina). En los últimos tiempos he suprimido el narcótico previo. En cuanto a la anestesia de esplácnicos, la practico siempre que espero maniobras complicadas. No prescindo nunca de ella en estómagos pequeños y difícilmente extirrables, en úlceras de curvadura menor altas con gran retracción de epiplón menor; en úlceras callosas pilóricas que tienen intensa peridiuodenitis retráctil; cuando existe invasión por proceso retráctil del ligamento hepatoduodenal, cuando existen adherencias fuertes con hígado, o cuando hay participación de vías biliares.

La anestesia exclusiva de pared me ha permitido operar sin dolor o con dolor muy tolerable, en casos

Cuadro II. — DESDE EL AÑO 1941 HASTA LA FECHA

	0-6 horas		6-12 horas		12-24 horas		Más de 24 h.		Totales		Mortalidad por 100
	Núm.	+	Núm.	+	Núm.	+	Núm.	+	Núm.	+	
Sutura simple .					2	1	1	0	3	1	33,3
Sutura y G. E. .			5	0	3	2			8	2	25
Resección . .	6	3	6	1	3	1			15	5	33,3
<i>Totales</i> . .	<i>6</i>	<i>3</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>8</i>	<i>4</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>26</i>	<i>8</i>	<i>30,7</i>

SUREDA, quien hablaba de las ventajas de la resección primaria en casos elegidos. Realicé un Polya con amplia boca y quedé impresionado de la evolución excepcionalmente buena del caso. Desde esta fecha, mi inclinación a la resección primaria de los perforados aumenta.

de estómagos grandes, de fácil desplazamiento, con largo duodeno, que son los que con menos frecuencia ha encontrado en los perforados. En general, la ligadura de la gastroepiploica izquierda duele siempre algo, pero si se empiezan por aquí las ligaduras, las del resto de la curvadura mayor no suelen doler.