

23

centro médico

órgano de la sociedad médica
del hospital clínico
"centro médico de caracas"

- TRATAMIENTO DE LA
ESTERILIDAD MASCULINA

Dr. Francisco Baquero González

- EMERGENCIAS EN
GINECOLOGIA

Dres. Adán Hermoso C.,

Fernando Rodríguez M.

y Manuel Penso T.

- PATOGENIA DE LA ASCITIS
EN LA CIRROSIS HEPATICA

Dr. Antonio Sanabria



E N E R O

1966



Tratamiento de la Esterilidad Masculina

Dr. FRANCISCO BAQUERO GONZALEZ (*)

Del Departamento de Urología del Hospital Universitario de Caracas

GENERALIDADES: (24)

Si bien es verdad, grandes han sido los progresos en relación a la etiología y al diagnóstico de la esterilidad masculina, no podemos decir lo mismo con respecto al tratamiento, el cual la mayor parte de las veces, es ineficaz.

Contamos con una serie de factores en nuestra contra y el primero de ellos, es la falta de colaboración, de la mayor parte de los maridos infértiles por consultar al especialista. A veces son llevados a la fuerza por sus esposas, pero en cuanto logran zafarse del yugo conyugal, no vuelven a la consulta, perdiéndose todas nuestras exploraciones.

Otras veces las lesiones determinantes de la esterilidad son definitivas, irreversibles, de allí que el tratamiento debe ser en primer lugar preventivo, comenzando en la infancia y es el pediatra quien debe realizarlo.

Pero la prevención supone un conocimiento exacto de la etiología y desgraciadamente tenemos que convenir que esta etiología es aún oscura y otras veces hipotética.

Entre las causas más frecuentes de azoospermia tenemos las orquitis, a la cabeza de las cuales mencionaremos las urlianas. No hemos visto orquitis urlianas antes de la pubertad.

Tanto los pediatras como las mamás les tienen terror a las enfermedades infecciosas y cuando hay epidemia de parotiditis aíslan a sus hijos o les inyectan gamma-globulina para que no les de. ¡Grave error! Evitan que contraigan la enfermedad en la primera infancia, cuando no corren ningún peligro y en cambio los dejan expuestos en la edad adulta a la complicación testicular, que si es bilateral los dejará la mayor parte de las veces definitivamente estériles.

Otro factor que debemos de tomar en cuenta es el de los testículos ectópicos. Hay que luchar para que sean operados antes de que se inicie la pubertad.

La mayoría de las veces nos envían criptorquídicos de 10 o más años después que el pediatra o el médico de la familia los ha inyectado con toda una

(*) Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Urológica de la Universidad Central de Venezuela. M.T.S.V.C., M.T.S.V.U.

gama de hormonas sin lograr que el testículo descienda, cuando ya desde el punto de vista de fertilidad no hay nada que hacer.

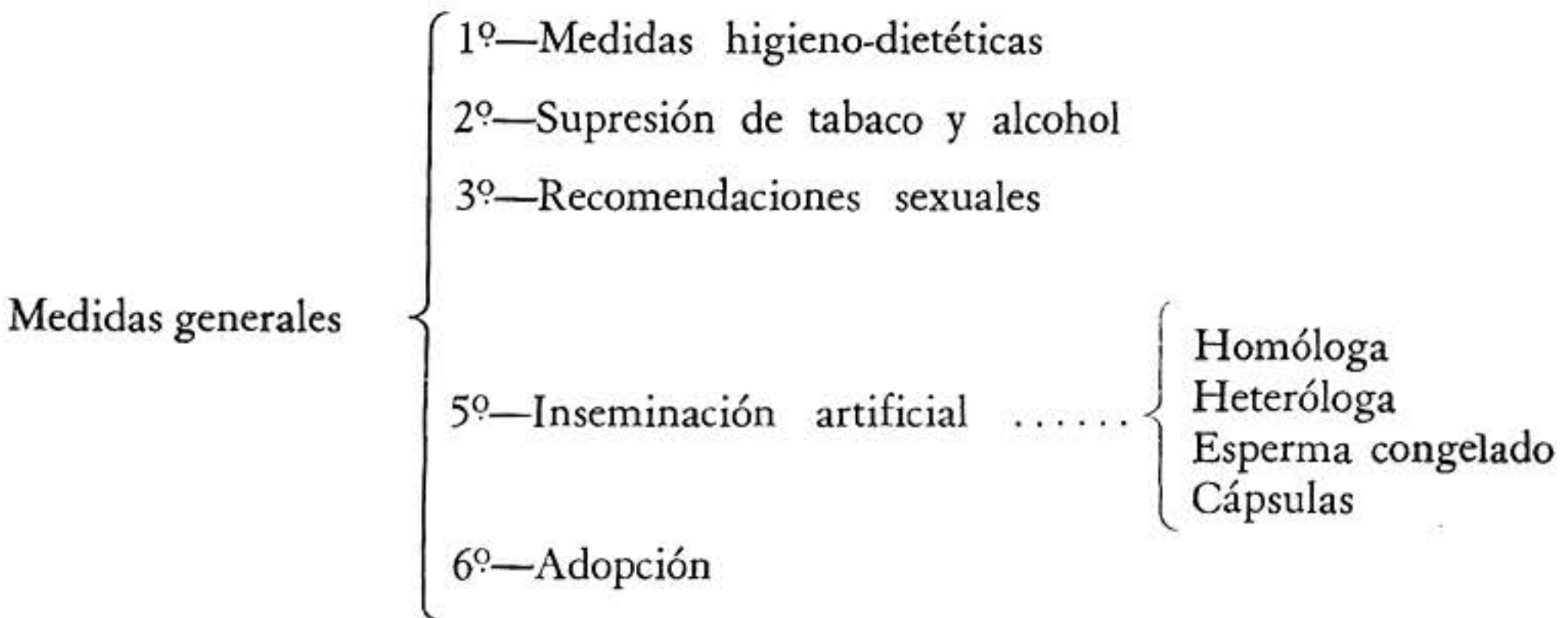
Hay otro punto sobre el que quiero insistir refiriéndome todavía a la prevención de la esterilidad y es a la del certificado médico prenupcial.

La mayor parte de los certificados médicos prenupciales contemplan el estado general de salud de los contrayentes y en especial la del varón, sin considerar el fin primordial del matrimonio que es el de tener hijos.

Filosóficamente hablando el matrimonio es la unión de un hombre y una mujer con el fin de tener, criar y educar hijos y si bien no podemos impedirles a un hombre o a una mujer estériles que se casen, por lo menos que si lo hacen, lo hagan a sabiendas de que no podrán tener hijos, para que no vayan después de médico en médico haciéndose tratamientos que posiblemente no les van a dar ningún resultado.

Entrando en materia y para tener una orientación, dividiremos el tratamiento de la esterilidad masculina en dos partes, en la primera vamos a considerar una serie de medidas generales aplicables a casi todos los casos de esterilidad y en la segunda hablaremos del tratamiento propiamente dicho.

TRATAMIENTOS DE LA ESTERILIDAD MASCULINA



1º. — MEDIDAS HIGIENO-DIETÉTICAS: (17)

Entre las cuales podemos considerar:

La regulación de las horas de trabajo.

Evitar la fatiga y el esfuerzo tanto físico como mental.

Mejorar el programa de recreación y ejercicios al aire libre.

Procurar que los pacientes duerman de 7 a 8 horas diarias y aún si es posible un reposo suplementario.

Una alimentación adecuada, rica en proteínas y con todo el abecedario vitamínico especialmente de A, B, C, E, y complejo vitamínico T.

Debe suministrarse un aporte adecuado de amino-ácidos habiéndose demostrado que las deficiencias de algunos de éstos como la Argininalcucina,

Fenilalanina e Histicina disminuye la espermatogénesis en el hombre y por otra parte amino-ácidos lipotróficos del tipo de la betaína, colina y metionina aumentan y mejoran la espermatogénesis.

Por otra parte la dieta debe ser baja en hidratos de carbono y pobre en grasas para que no aumente el peso. Evitar la obesidad ya que los esteroides solubles en las grasas podrían quedar almacenados en ellas.

Levantar la moral, evitar toda intoxicación, suprimir todo calor excesivo especialmente a nivel del escroto, evitar el uso frecuente del suspensorio que traería un aumento del calor local e impide la libre circulación en el testículo.

2º. — SUPRESION DE TABACO Y ALCOHOL:

La influencia del alcohol es adversa, a pequeñas dosis actúa como afrodisíaco, pero cuando se consume en grandes cantidades disminuye el deseo sexual.

El fumar en exceso también atenúa el deseo sexual y disminuye la potencia viril, especialmente cuando se fuman cigarrillos mentolados.

La mayoría de las veces, el fumar excesivamente va asociado a un estado de ansiedad y posiblemente a esta ansiedad más que al tabaco se deba la disminución de la potencia sexual.

3º. — RECOMENDACIONES SEXUALES:

Evitar el exceso de coitos.

Realizar éste en las proximidades de la ovulación, especialmente 12 horas después; que la mujer permanezca acostada y que no utilice duchas después de la realización del coito.

Cuando el paciente tiene un contaje espermático bajo puede recomendársele, si es posible, que tenga relaciones cada 8 ó 12 horas después del momento de la ovulación. Debe de igual manera recomendársele restringir los coitos 4 ó 5 días antes del día de la ovulación, el cual de una manera aproximada, debe haber sido ya previamente establecido.

4º. — ELIMINACION DE INFECCIONES:

Los trastornos de la actividad del epitelio germinal pueden ser determinados por enfermedades crónicas generales que actúan directa o indirectamente sobre los testículos, tales como la sífilis, la tuberculosis, el paludismo, etc., afortunadamente estos trastornos no son necesariamente irreversibles y un tratamiento apropiado puede restablecer la espermatogénesis.

Así mismo los focos sépticos deben ser eliminados.

La presencia de piocitos en el líquido espermático debe llevarnos a investigar su exacto origen, ya que él disminuye la capacidad fertilizante del esperma.

5º. — INSEMINACION ARTIFICIAL:

La inseminación artificial es el proceso por el cual se deposita el semen de una manera instrumental dentro de la vagina, del cuello o de la cavidad uterina.

Se denomina **homóloga** cuando el semen utilizado es el del marido y **heteróloga** cuando el semen proviene de un donante.

La Iglesia Católica condena de una manera categórica la inseminación artificial heteróloga y por tal motivo no la recomendamos.

Con respecto a la inseminación artificial homóloga creo que debe ser más del dominio del ginecólogo o del obstetra y que no deba ser el urólogo quien la realice.

En relación a la inseminación artificial homóloga dos nuevos aportes han venido a enriquecerla, el primero es la utilización de **cápsulas de material plástico** en el cuello uterino conteniendo un concentrado de espermatozoides o del eyaculado total después de 4 ó 5 días de abstinencia. (58, 68).

El segundo es la utilización del **esperma congelado**, lo cual ha sido posible gracias al descubrimiento de Jean Rostand (1946) que ha permitido a los autores americanos de Iowa (1954) congelar el esperma humano a una temperatura de -79°C en la nieve carbónica mezclando una parte de glicerina con 9 partes de esperma liquidificado. Tyler, de Los Angeles, ha obtenido por acumulación en los oligospermicos una concentración de espermatozoides necesarios para la fecundación, colocándolos luego en un cuello uterino por medio de una cápsula de material plástico.

Esto abre nuevos horizontes sobre todo para la inseminación artificial homóloga.

Se ha podido observar en el microscopio una gran movilidad después de 7 semanas de haber sido congelado el esperma humano.

En los mamíferos el esperma congelado se conserva activo por años.

En la práctica se le pide al marido 3 ó 4 muestras con intervalos de 4 días comenzando preferentemente durante el período menstrual de la mujer, y finalmente 2 semanas después, en el día de la inseminación y se le agrega una última muestra reciente, de la primera porción del eyaculado.

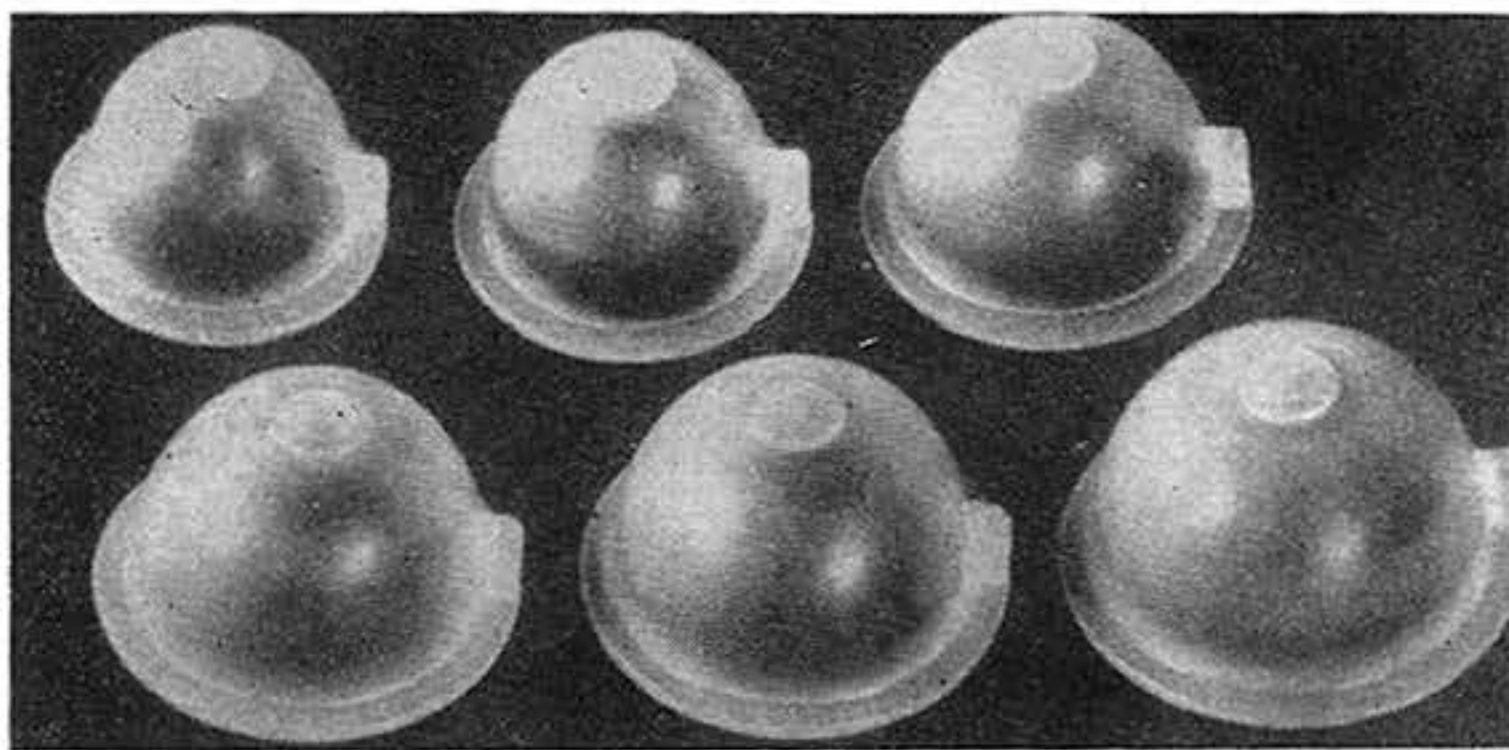


Figura No. 1.—Cápsulas de material plástico. (Polietileno)

6º. — LA ADOPCION:

En virtud de los principios morales que predominan actualmente, el único camino del hombre estéril deseoso de la paternidad es la adopción.

Contrariamente a la hétéro-inseminación, la adopción en su principio no trae ninguna crisis de conciencia.

Al considerar las indicaciones para la adopción debemos pensar en dos condiciones, a saber:

a) Condición absoluta, sólo hay una: la esterilidad de la mujer. La esterilidad del hombre no es una condición absoluta, para la adopción, ya que esta dificultad podría vencerse por la inseminación artificial de donante, la cual no recomendamos.

b) Condiciones relativas. Pueden ser médicas o eugenésicas:

Esterilidad relativa por aborto habitual, por ciertas condiciones de la madre, bien sean ginecológicas o de carácter médico general que produzcan un embarazo peligroso, casos de extrema eritroblastosis, y otras enfermedades hereditarias como la hemofilia, retinitis pigmentosa, ataxia cerebelar, etc.

CONTRADICCIONES DE LA ADOPCION:

Al considerar la adopción, debemos pensar en la felicidad y en el porvenir del niño, y las mejores condiciones son llenadas cuando todavía la pareja es joven, síquicamente bien equilibrada y en buenas condiciones de salud.

Desaconsejamos la adopción:

a) En los solteros.

La presencia del padre al lado de la madre es indispensable en la construcción de una familia idéntica a las familias normales. La parte masculina es necesaria, pero cuando es aislada debe ser rechazada. La solicitud de adopción de un hombre o por un hombre soltero es rara y debe hacer sospechar un estado neurótico y de tendencias homosexuales.

b) En las parejas de edad avanzada.

Las estadísticas han demostrado el fracaso en las adopciones en parejas que pasan de los 50 años. Al principio puede que todo marche bien, pero a medida que el niño crece y llega a la edad de la turbulencia se convierte en una verdadera tragedia al encontrar unos padres inadaptados, viejos y egocentristas. La edad más aconsejable para la adopción es cuando el marido tiene 35 años y después que hayan pasado 10 años sin descendencia.

c) Inestabilidad síquica. Constituye otra contraindicación de la adopción.

No hay que olvidar que la adopción de un niño siempre debe hacerse llenando todos los trámites legales, ya que muchas veces se ha prestado al chantaje por parte de los donantes.

Otro factor muy importante a considerar con relación a la adopción es la **fertilidad de la pareja estéril después de la adopción**, muchos son los casos citados en la literatura y en mi práctica profesional tengo varios de matrimonios estériles sin causa aparente, que después que adoptaron un niño o que pensaron o hicieron los trámites, la esposa salió embarazada (12).

Muchas hipótesis han tratado de explicar este hecho, tales como: Que el subconsciente de la mujer puede afectar la fisiología de la ovulación o de la implanta-

ción de tal manera que impide la concepción, la segunda hipótesis es que la mujer por un temor inconsciente evita el coito durante el período de la evolución, una tercera hipótesis trata de explicarlo diciendo que los conflictos emocionales producen trastornos hormonales trayendo como consecuencia un aumento de la viscosidad del moco cervical y vaginal disminuyendo por lo tanto la movilidad espermática.

Pero indiscutiblemente al adoptar un niño una pareja estéril, desaparecen una serie de tensiones síquicas que posiblemente eran la causa de la esterilidad.

La mente humana es sumamente compleja y a pesar de todos nuestros progresos y adelantos es muy poco lo que sabemos de ella y por lo tanto cuál es su repercusión en nuestra economía.

TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD MASCULINA

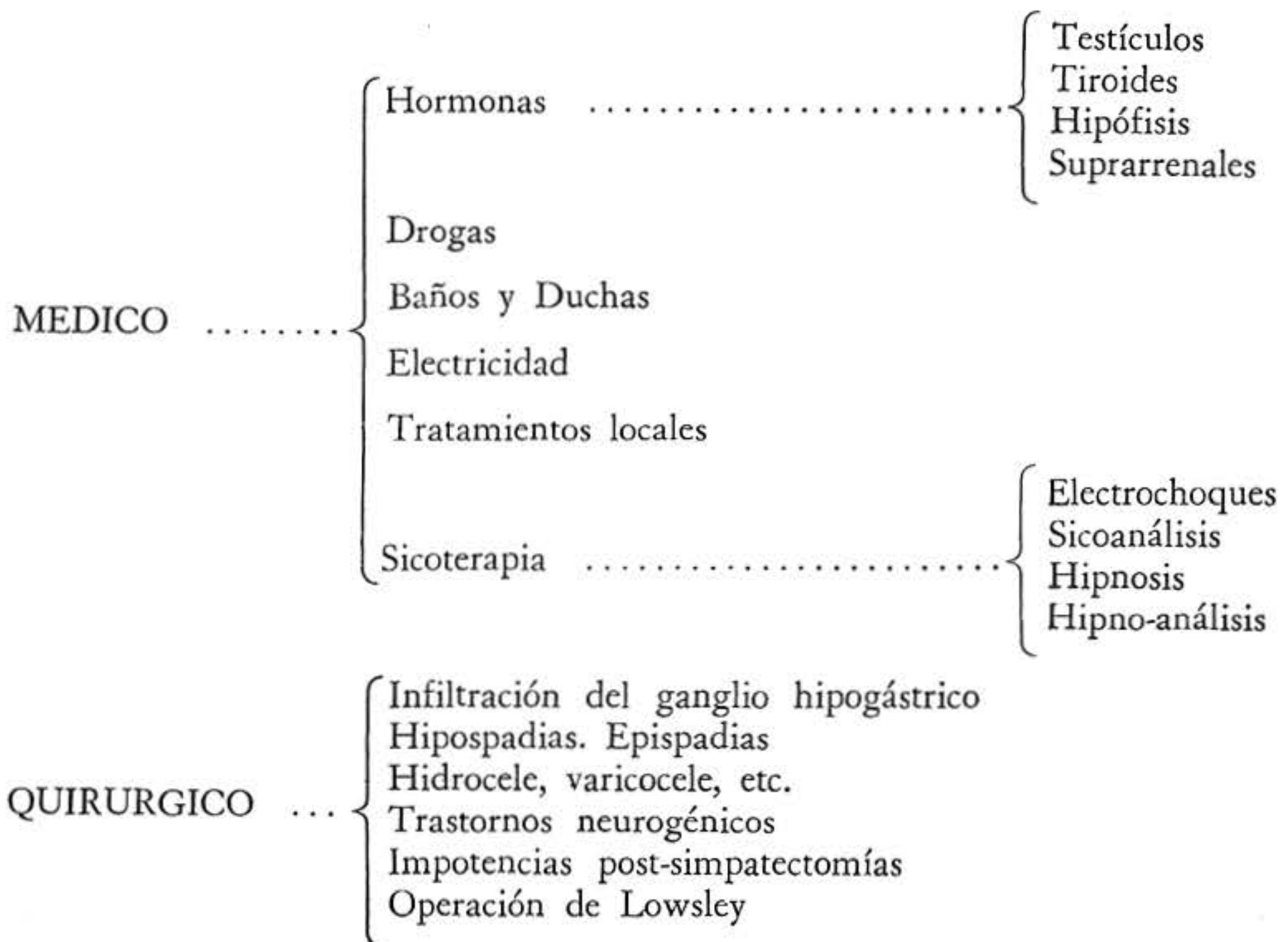
El tratamiento de la esterilidad masculina, podemos dividirlo a su vez en dos, el tratamiento de la impotencia coeundi y el tratamiento de la impotencia generandi.

Entendemos por impotencia coeundi en el hombre a "La incapacidad completa o parcial para iniciar, mantener y concluir satisfactoriamente el acto sexual", e impotencia generandi a la incapacidad para reproducirse.

La impotencia coeundi puede ser de 2 tipos:

Orgánica, la cual sólo se observa en un 10 por ciento, y la funcional, que representa un 90 por ciento.

TRATAMIENTO DE LA IMPOTENCIA COEUNDI



TRATAMIENTO DE LA IMPOTENCIA COEUNDI: (13, 14)

Al hablar del tratamiento de la impotencia coeundi debemos pensar que la impotencia es un síntoma, más que una enfermedad. Que tratamos a un paciente por un trastorno en el que una de sus manifestaciones es la impotencia.

Lo primero que debemos averiguar es la naturaleza exacta de la impotencia. Ninguna intervención quirúrgica o ningún tratamiento médico dará resultado si antes no suprimimos el temor y la ansiedad de estos pacientes, debemos hacer que el paciente tenga fe en el médico y hacer que sienta que comprendemos su problema.

TRATAMIENTO MEDICO:

La potencia proviene de dos factores, un factor sicosensorial y otro hormonal. La organoterapia se ha utilizado ampliamente en el tratamiento de la impotencia.

HORMONAS MASCULINAS:

El uso está indicado cuando existe una deficiencia testicular, pero hay razones para creer que su uso no debe estar únicamente restringido a las deficiencias, ya que la hormoterapia masculina tiene también cierto efecto sicoterápico y sobre todo si le decimos al paciente que éste es uno de los productos endocrinos más potentes.

EXTRACTO TIROIDEO:

Es bien conocido que el hipotiroidismo está generalmente asociado con pérdida o disminución del deseo sexual y que la potencia y la vida sexual y emocional están íntimamente relacionados con la actividad tiroidea.

Aunque pocos casos de impotencias están asociados a signos clínicos de hipo-tiroidismo, esto significa que el tiroides sea poco indicado. Es probable que la administración de pequeñas dosis de tiroides repercuta a través de todo el sistema endocrino.

Los pacientes se benefician generalmente tomando pequeñas dosis de tiroides aún sin ningún signo de deficiencia tiroidea. El tiroides puede administrarse conjuntamente con la hormona testicular.

EXTRACTOS DEL LOBULO ANTERIOR DE LA HIPOFISIS:

El animal hipofisectomizado pierde su actividad sexual. Por tal motivo se han utilizado las hormonas pituitarias en el tratamiento de la impotencia, desgraciadamente sus resultados no han sido muy halagadores.

EXTRACTOS SUPRARENALES:

Lo mismo podría decirse de los extractos suprarrenales. La corteza suprarrenal indudablemente ejerce una acción sobre la sexualidad y el tratamiento con la desoxicorticosterona es algunas veces indicado.

DROGAS:

Casi toda la farmacopea ha sido utilizada para la cura de la impotencia y el gran número de drogas indicadas muestra su ineficacia. El empleo de los afrodisíacos no es una particularidad de los tiempos modernos, desde las épocas más remotas se han utilizado. Los filtros del amor de la edad media, píldoras de cuernos de rinoceronte, e infinidad de talismanes vendidos por brujas y astrólogos.

Entre las drogas más comúnmente utilizadas tenemos el fósforo, el opio, la damiana, el arsénico, la ergotamina, la yohimbina, la estriquina, la nuez vómica y el alcohol.

Ninguno de estos medicamentos debemos utilizarlos ya que en vez de favorecer al paciente lo perjudican, excitándolo más.

BAÑOS Y DUCHAS:

Se han utilizado como estimulantes y asociados a otros tratamientos diversas formas de baños, así como duchas alternas frías y calientes en el escroto y genitales.

Creo que aparte del efecto psicológico no sean de gran importancia.

LA ELECTRICIDAD:

La electricidad también ha sido utilizada como tratamiento de la impotencia sin haberse llegado a ningún acuerdo en la manera de aplicarla, se ha recomendado el uso de la corriente galvánica, o farádica colocando el electrodo positivo en el recto o en el periné, también se han utilizado las aplicaciones de corriente galvánica en la columna, la diatermia con electrodo rectal, los baños eléctricos para el mejoramiento general de los sujetos.

Todos estos tratamientos aparte del efecto sicoterapéutico que pudieran tener sobre el paciente, no tienen ningún valor.

TRATAMIENTOS LOCALES:

Las instilaciones o aplicaciones de sales de plata y otros medicamentos sobre la uretra posterior y el verumontanum. Hemos visto pacientes que de tanto fulgurarles el veru les desapareció quedando exactamente iguales. Creo que aparte del efecto sicoterapéutico no tienen ningún otro. Lo mismo podría decirse de los masajes prostáticos o los tratamientos con sondas o beniqués.

SICOTERAPIA:

Considero que es la única manera de tratar la impotencia funcional en el hombre, que representa aproximadamente el 90 por ciento de los casos. No olvidemos que la impotencia la mayor parte de las veces es la expresión específica de un conflicto moral y que el éxito en la terapéutica dependerá de la comprensión y solución del problema moral de la persona y que si no podemos solucionarle su problema tratemos por lo menos de cambiar este síntoma neurótico por otro de menos envergadura.



INDULAC PONE A DISPOSICION DEL CUERPO MEDICO
UNA GAMA COMPLETA DE LECHEs MODIFICADAS
PARA LA ALIMENTACION ESPECIFICA DEL LACTANTE

nan

Alimento que suple a la leche materna, reproduciendo sus características esenciales.

Dextrogeno

Ideal para implantar un régimen equilibrado, completo y suficiente desde edad temprana.

Nestogeno

Específico para los períodos de mayor crecimiento, por su generoso aporte de glúcidos y proteínas.

DRYCO

De alto tenor proteico, permite flexibilidad en el contenido glucídico de la fórmula.

LACTOGENO

Confiere mayor resistencia a las infecciones, gracias a su alto tenor en crema.

Pelargon

Ofrece la mayor seguridad en todo clima, gran valor nutritivo y excelente digestibilidad.

Eledon

Especialmente indicado para prematuros y trastornos digestivos del lactante.

ELABORADAS Y DISTRIBUIDAS EN VENEZUELA POR

INDULAC

Por eso la sicoterapia empleada de una o de otra manera debe ser el tratamiento racional de la impotencia funcional en el hombre, así podemos utilizar el psicoanálisis, los electroshocks, la hipnosis, y aquí quiero hacer un paréntesis, no debemos utilizar la hipnosis para dar órdenes post-hipnóticas y decirle al paciente: usted se sentirá una maravilla, estará mejor que nunca, su potencia sexual será como cuando tenía 20 años, porque fracasaremos, debemos emplearla de una manera más racional, debemos utilizar el hipno-análisis para investigar cuál es el problema del paciente y de esta manera realizar una sicoterapia racional, debemos aplicar nuestros conocimientos a través de la hipnosis y no creer que la hipnosis es una panacea que va a solucionar todos nuestros problemas.

INFILTRACION DEL GANGLIO HIPOGASTRICO:

La infiltración con novocaína del ganglio hipogástrico ha dado un discreto número de curaciones y su acción es más que todo antiespasmódica. Algunos han utilizado también la infiltración de los ganglios lumbares.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA IMPOTENCIA: (60)

La cirugía tiene un valor muy limitado en el tratamiento de la impotencia a excepción de que exista una incapacidad para realizar el acto sexual por causas mecánicas y una operación adecuada pueda curar al paciente. Pero tampoco hay que olvidar que muchas veces el factor mecánico no es el único responsable de la impotencia y que la operación puede tener un gran efecto sugestivo sobre el paciente. Muchas veces puede justificarse un acto quirúrgico para corregir un pequeño defecto que el paciente considera como responsable de su dificultad, aunque sepamos que la operación no tendrá un efecto directo sobre su condición. El hombre impotente está obsesionado por la idea de que es diferente a los demás, él mismo se examina y encuentra qué tiene ya sea un testículo más grande que el otro, o que el pene es más pequeño que el de los demás, o que padece de varicocele y posiblemente, si le corregimos estos pequeños trastornos, puede que devolvamos al paciente la paz de su mente, tan necesaria para corregir estos defectos.

Enumeraré una serie de condiciones capaces de ser corregidas por el tratamiento quirúrgico, tales como:

1º — **Ausencia de pene, congénita o adquirida:** Congénita es la anomalía más rara, La adquirida es más frecuente y debida a una emasculación o amputación total o parcial del pene por neoplasias o heridas graves de los genitales externos, su tratamiento únicamente podrá ser realizado por la cirugía, o la inseminación artificial homóloga.

2º — **Pene encarcelado:** Se trata de un pene rudimentario y escondido debajo del escroto o en la piel del perine. Se confunde a veces con la malformación anterior, implica cirugía plástica.

3º — **Pene adherente:** El escroto se encuentra adherido a la cara inferior del pene, frecuentemente asociado a una hipospadia, también la cirugía es el único tratamiento indicado.

4.º — **Pene doble:** Es raro. Tratamiento: Cirugía.

5.º — **Hipospadias:** Provoca impotencia en algunos casos, generalmente el pene es pequeño, corto o incurvado, hay impotencia coeundi especialmente en el tipo de hipospadias escrotales. Tratamiento: Cirugía.

6.º — **Epispadias:** Cirugía.

7.º — **Enfermedad de Peyronie:** (Induración plástica de los cuerpos cavernosos del pene). Podemos utilizar la cirugía aunque últimamente hemos tenido muy buenos resultados utilizando la cortisona, hialuronidasa, vitamina E y potaba.

8.º — **Fimosis:** Muchas veces provoca dolor en la erección o en la introducción del miembro. Se tratará por medio de la fimosectomía.

9.º — **Hidrocele:** Provoca muchas veces el encarcelamiento total o parcial del pene, la trataremos con muy buenos resultados, por la hidrocelectomía.

10.º — **Varicocele:** Provoca impotencia coeundi en algunos sujetos, debido a que éstos acusan depresión marcada, nerviosismo, pérdida de la concentración, en algunas ocasiones dolor referido al escroto. Si existe reflujo y dolor, lo trataremos por medio de la intervención quirúrgica, si no, emplearemos medidas sicoterapéuticas.

11.º — **La elefanciasis:** Debida al crecimiento e hipertrofia de la piel penoescrotal imposibilita el coito. Las enfermedades tropicales (filariasis e infecciones crónicas a repetición de los genitales, linfangitis) constituyen la etiología más frecuente. Tratamiento: Cirugía.

12.º — **Orquialgia:** Es una sensibilidad total o parcial del testículo o epidídimo que se aprecia después de un trauma, el tratamiento dependerá de la causa que lo originó.

13.º — **Priapismo:** La erección permanente y dolorosa no acompañada de deseo sexual constituye ya de por sí una patología fuera del alcance de este trabajo.

14.º — **Trastornos neurogénicos:** El mecanismo normal de la erección puede ser interrumpido por un trauma, una infección o un tumor. En pacientes parapléjicos, paraparéticos que tenían trastornos de la erección y de la eyaculación, se apreció que después de un período más o menos largo de impotencia recobraban su poder sexual, porque se establecía un arco reflejo independiente de las conexiones suprasegmentales.

El tratamiento en este caso será de la afección que determinó la interrupción del arco reflejo de la erección.

15.º — **Impotencias post-simpatectomías:** Aparecen en los casos en que se reseca el primer ganglio lumbar de ambos lados.

Para conservar la función sexual, erección y eyaculación debe evitarse la supresión de cualquier ganglio por debajo del primer nervio lumbar de un lado y del 12º dorsal del lado opuesto.

16.º — **Síndrome de Leriche:** Cuadro obstructivo de la aorta terminal con trastornos tróficos y de otra índole en los miembros inferiores y órganos pelvianos, con trastornos de la erección. Un injerto arterial propiamente realizado podría tratar con éxito estos pacientes.

17.º — **Impotencia post-cirugía prostática:** (Especialmente la vía perineal o uretral, post-biopsia prostática perineal).

Debemos tratar en lo posible de no lesionar los filetes nerviosos y tratar de no ser demasiado traumatizantes en nuestras intervenciones.

18.º — **Quistes sebáceos del escroto:** No es una impotencia estrictamente orgánica, ni tampoco funcional, es lo que podría llamarse impotencia emocional porque el paciente, al darse cuenta del desagradable aspecto de sus genitales, evita el coito y termina por acusar impotencia.

OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPOTENCIA: (1)

Indicaciones: Esta operación ha tenido éxito en los casos de impotencia por traumas de la región perineal, impotencias debidas a cirugía perineal o a lesiones inflamatorias del periné con extensa formación de escaras. No está indicada en las impotencias por deficiencias glandulares o de origen neurológico, así como tampoco en las impotencias de origen síquico.

TECNICA

Anestesiado el paciente lo ponemos en posición exagerada de litotomía, colocamos una sonda N.º 18 ó 20 en la uretra y hacemos una incisión vertical en la región bulbar del periné llegando en su parte posterior hasta 10 centímetros del margen anal, esta incisión debe ser de 5 centímetros, luego se completa con dos nuevas incisiones laterales, una de cada lado, semejando una Y invertida. La incisión se profundiza incidiendo la grasa y el tejido celular, hasta llegar a los cuerpos cavernosos, descubriendo éstos y los músculos bulbo-cavernosos de cada lado. Las suturas se hacen con Ribbon Gut provistas de aguja atraumática las cuales se introducen en los bordes laterales de los músculos bulbo-cavernosos tratando de hacer una especie de cincha por debajo de los cuerpos cavernosos, con el objeto de aumentar la presión y reforzar la contracción necesaria que ayuda a producir la erección, pueden colocarse hasta 3 puntos según lo requiera el paciente, la herida se cierra sin drenaje la mayor parte de las veces. Luego se hace una incisión de 3 centímetros de longitud sobre el ligamento suspensorio del pene y una sutura comprensiva es colocada en los dos labios de este ligamento. Esta presión moderada previene el rápido vaciamiento del órgano.

Tuvimos la suerte de verle practicar esta operación al propio Dr. Lowsley en el New York Hospital y lo que provoca es un estado como de semi-erección permanente, que no se hasta qué punto pueda ser considerado como una curación de la impotencia.



Figura No. 2.—OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPOTENCIA. 1) Incisión en Y invertida en la zona bulbar del periné. 2), 3) y 4) Profundización de la incisión, incindiendo la grasa y el tejido celular hasta llegar a los cuerpos cavernosos, así como los músculos bulbo e isquio-cavernosos de cada lado. 5) Músculo isquio-cavernoso relajado.

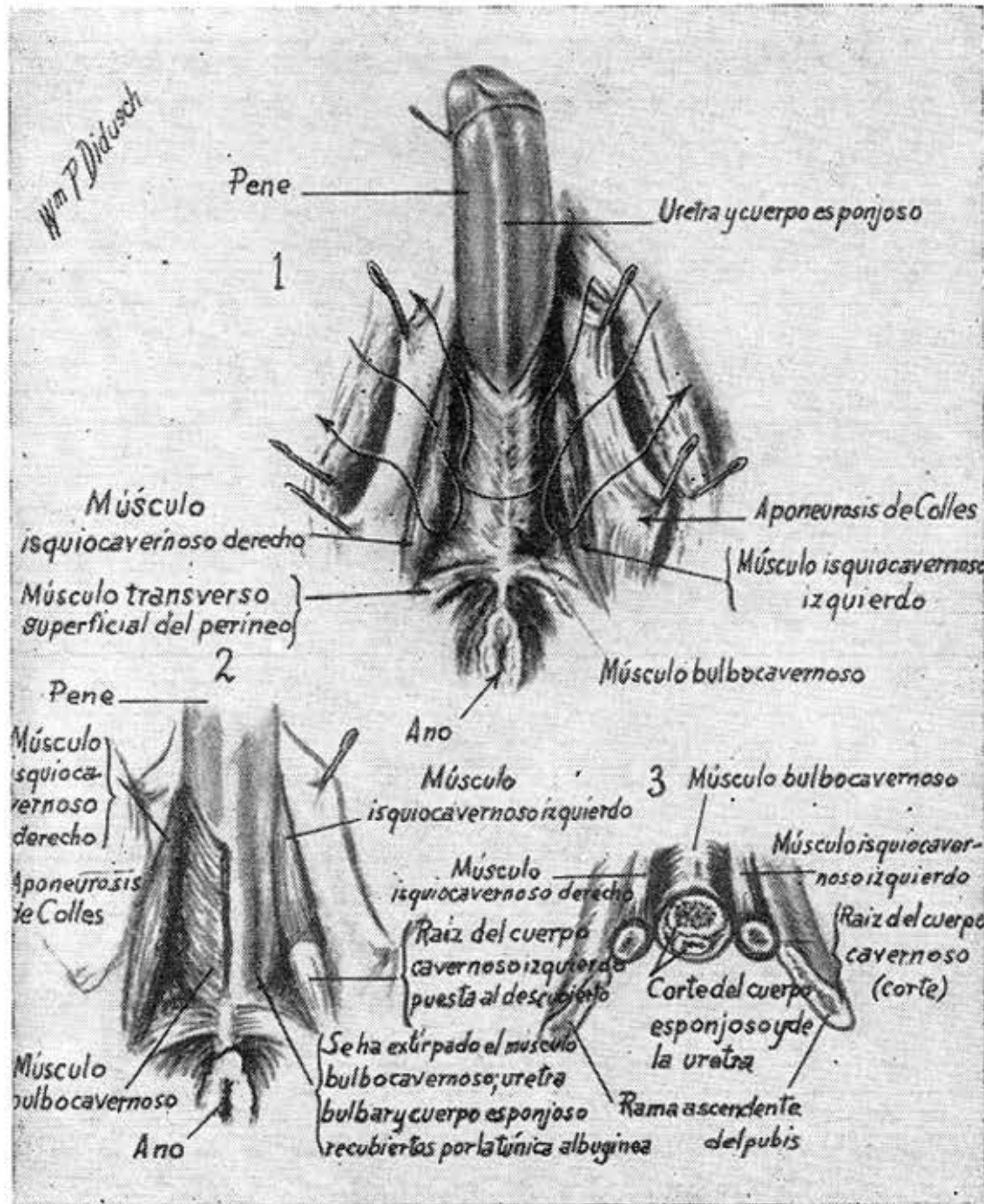


Figura No. 3.—OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPOTENCIA. 1) Anatomía del periné y de los músculos comprendidos en el procedimiento. Manera de colocar las suturas. 2) Parte del músculo bulbo-cavernoso y del isquio-cavernoso izquierdo, estirpados para exponer el bulbo y cuerpo esponjoso 3) Sección transversal mostrando la relación entre los músculos, el cuerpo esponjoso y la uretra.

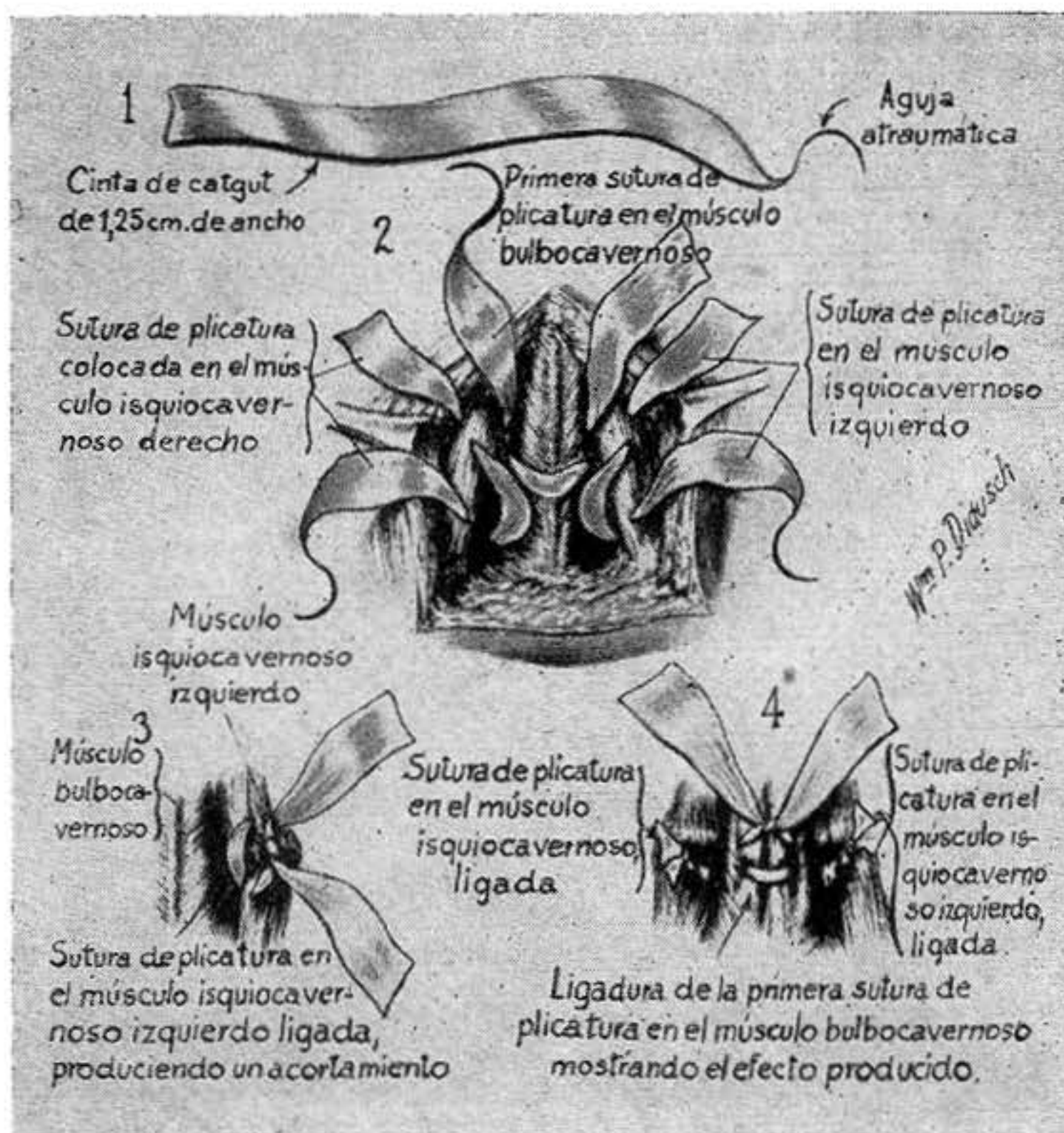


Figura No. 4.—OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPOTENCIA. 1) Ribbon Gut enhebrado con aguja atraumática usado en el procedimiento. 2) Muestra la manera de colocar la sutura de Ribbon Gut en los músculos bulbo-cavernosos e ischio-cavernosos. 3) Efecto de acortamiento determinado por la ligadura del músculo isquio-cavernoso izquierdo. 4) Suturas de acortamiento colocadas a derecha e izquierda en los músculos isquio-cavernosos y el engrosamiento producido por las suturas de acortamiento en el músculo bulbo-cavernoso.

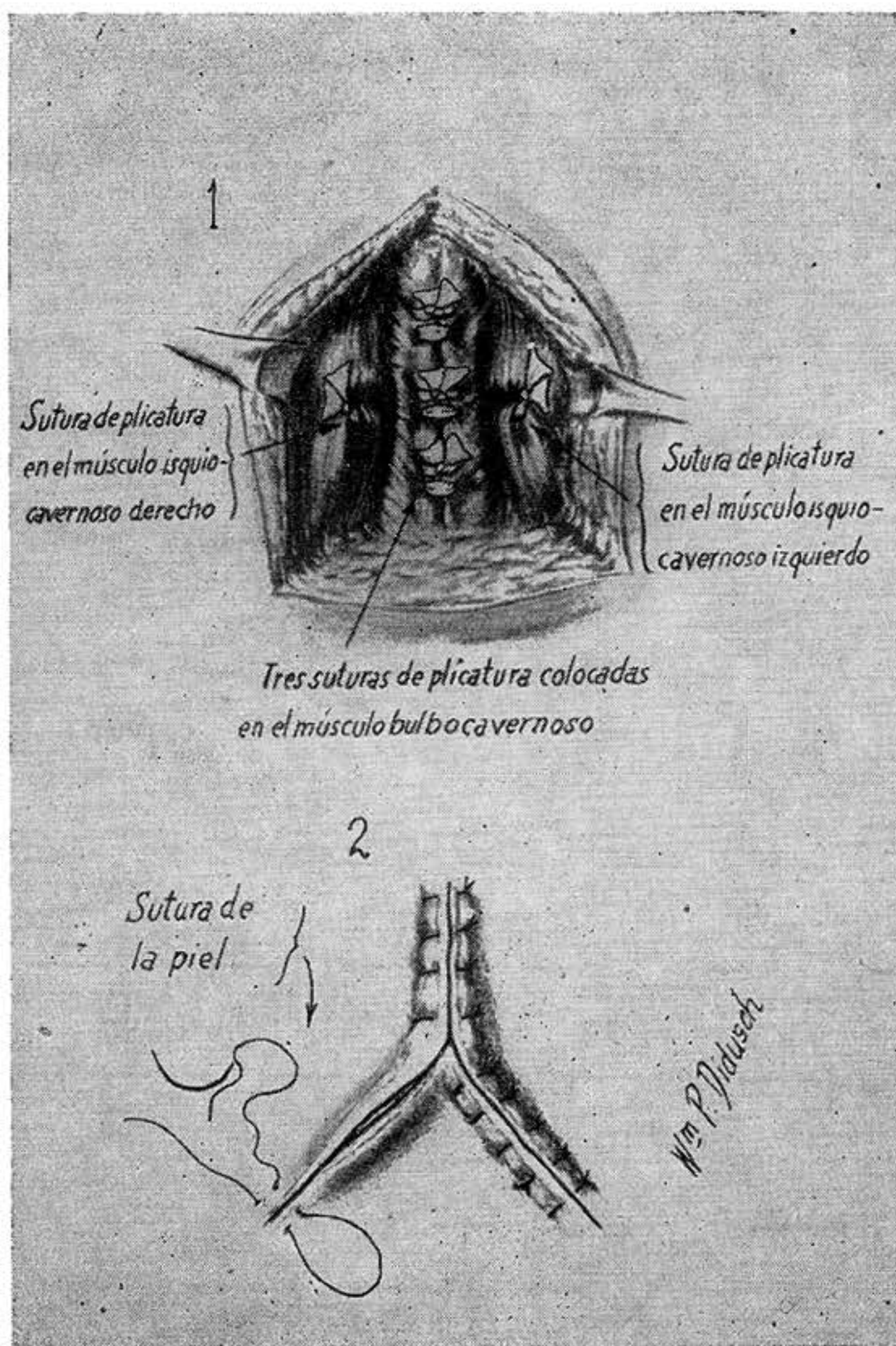


Figura No. 5.—OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPOTENCIA. 1) Todas las suturas de acortamiento colocadas y anudadas. 2) Cierre de la pared.

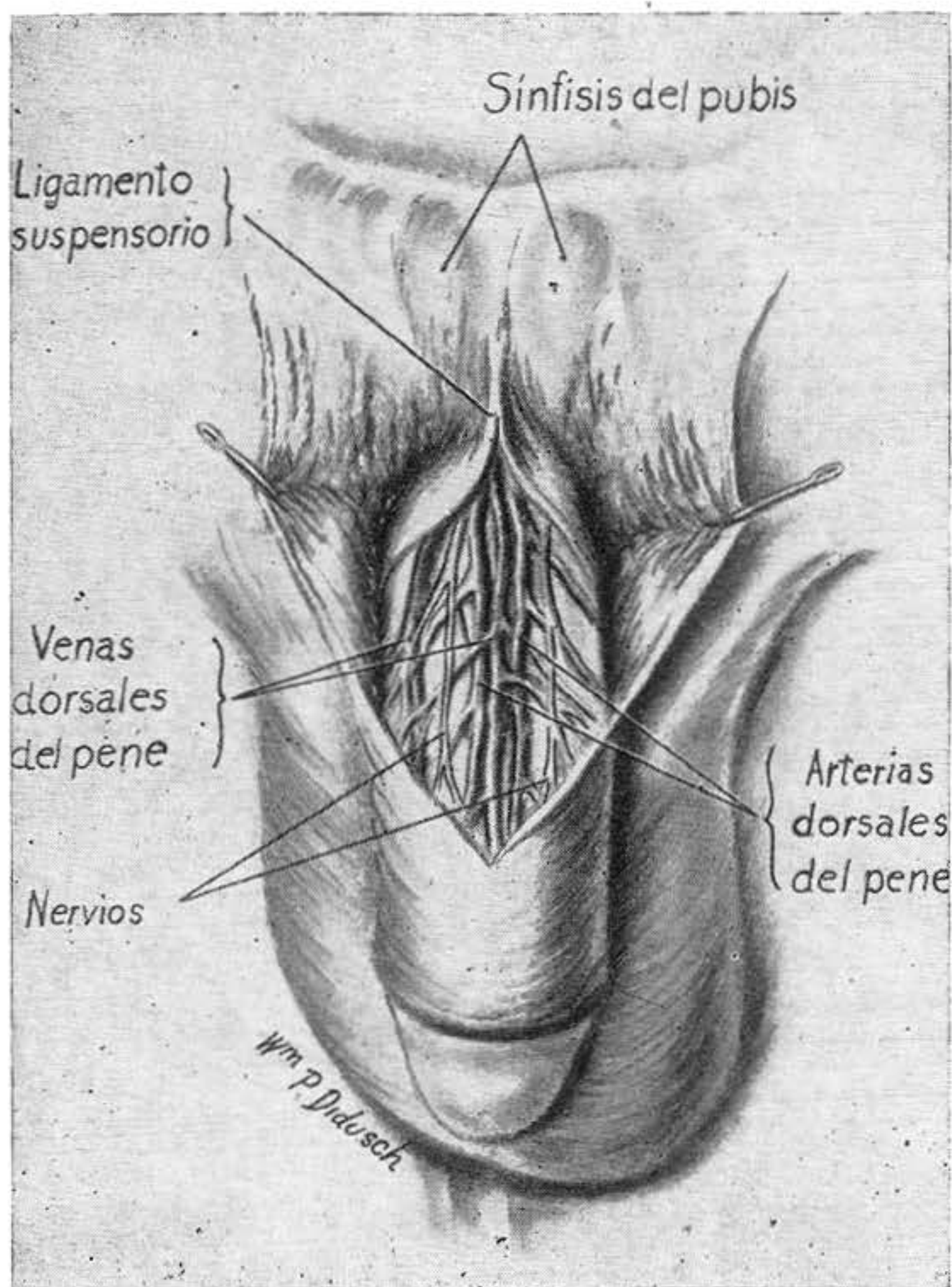


Figura No. 6.—OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPO-
TENCIA. 1) Mostrando el ligamento suspensorio del pene,
arteria, venas y nervios.

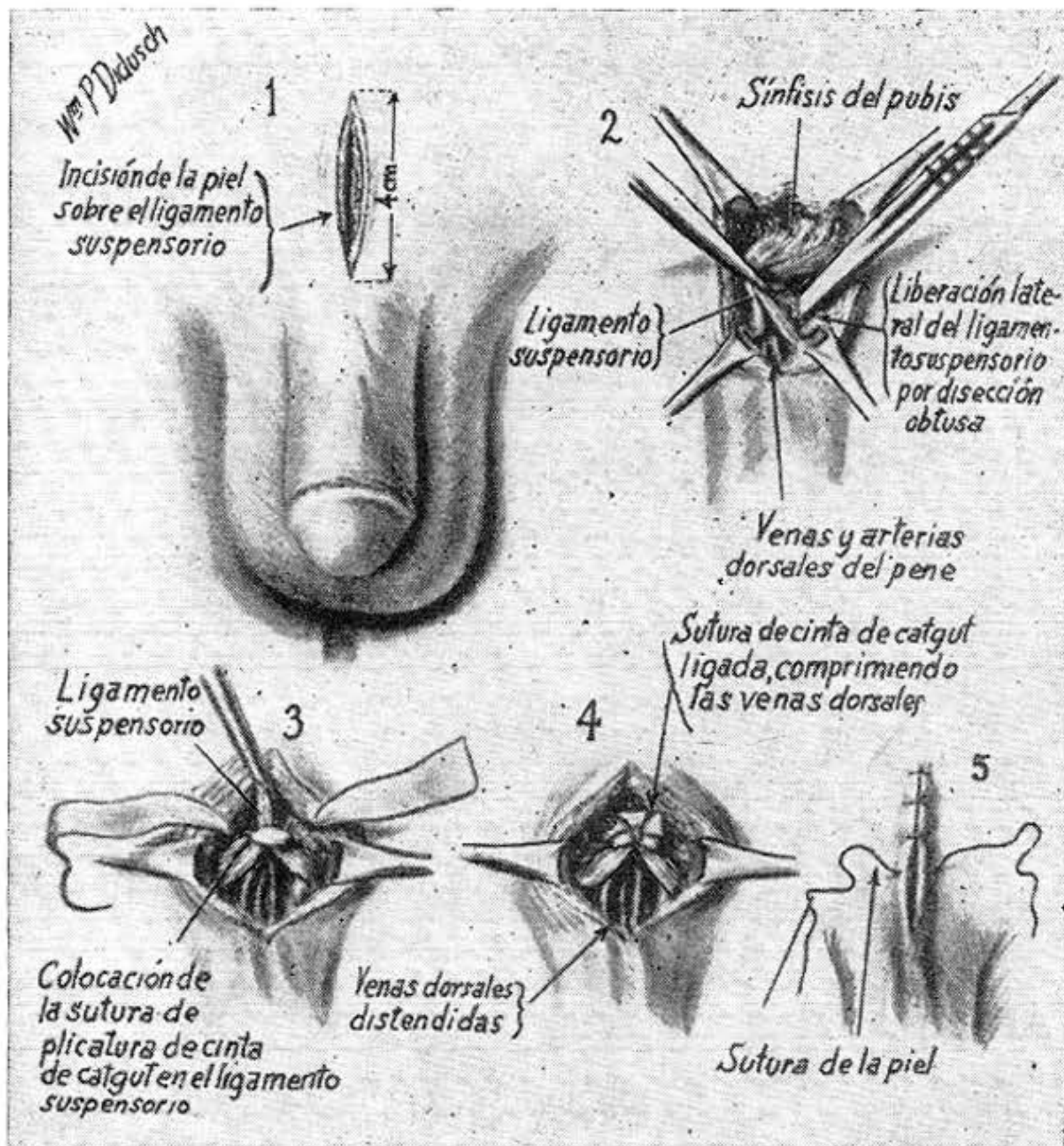
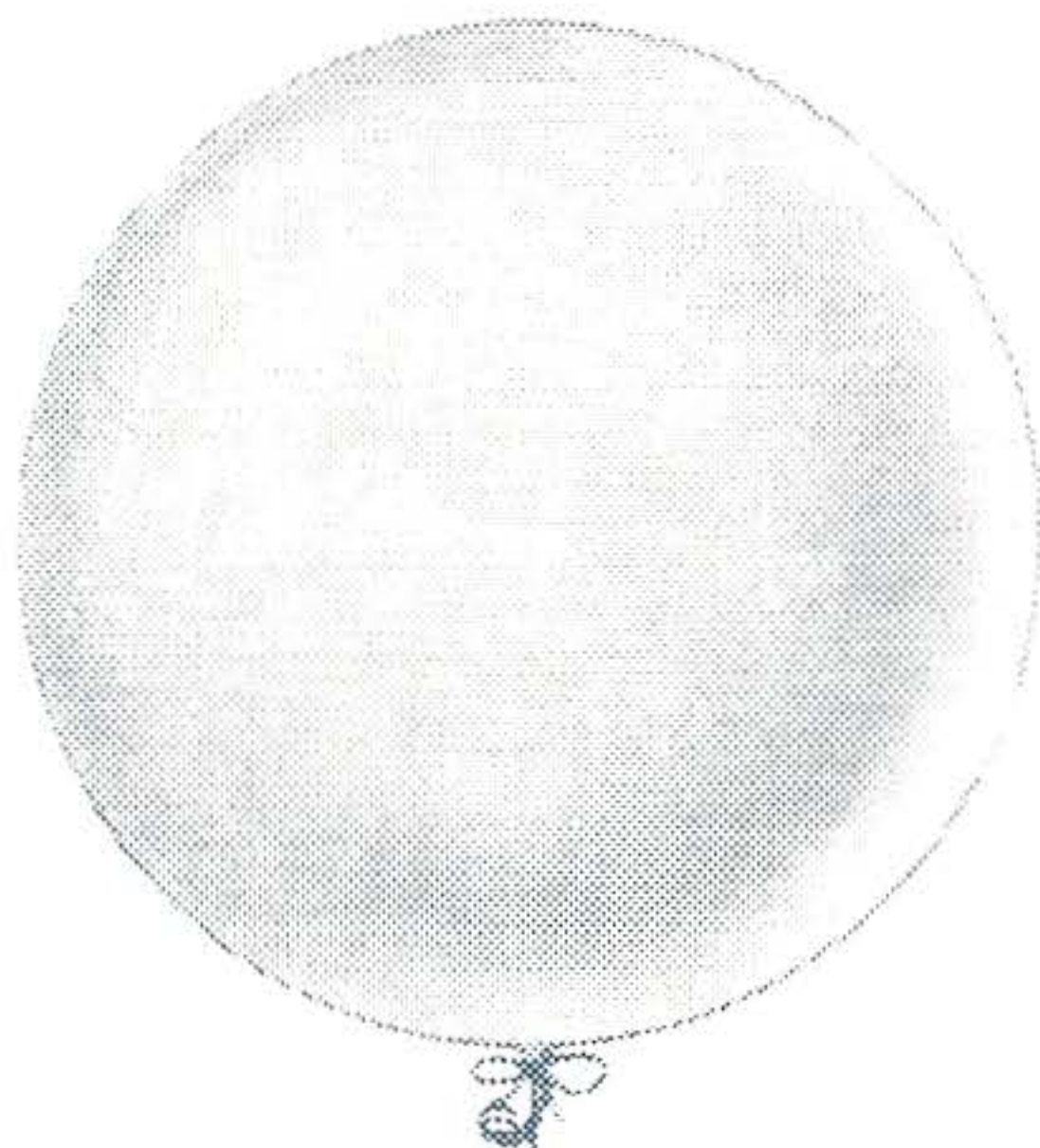


Figura No. 7.—OPERACION DE LOWSLEY PARA LA IMPOTENCIA.—Colocando suturas de compresión en el ligamento suspensorio del pene. 1) Incisión de la piel. 2) Disección del ligamento suspensorio. 3) Colocación de ligaduras constrictivas en el ligamento suspensorio del pene, alrededor de los vasos. 4) El Ribbon Gut es anudado comprimiendo la vena dorsal del pene. 5) Sutura de la piel.

Debido a la extensión de este trabajo, la segunda parte o sea el tratamiento de la impotencia generandi o tratamiento de la esterilidad masculina propiamente dicha saldrá en el siguiente número de esta misma revista "Centro Médico".

En la úlcera péptica, la gastritis... y siempre que un antiácido esté indicado



MYLANTA®

Rompe la *barrera de espuma* y favorece la acción antiácida

ANTIACIDO

Los *hidróxidos de magnesio y aluminio* aseguran una acción antiácida y demulcente más eficaz.

Y ANTIFLATULENTO

La *simeticona* (metilpolisiloxano activado), agente espumolítico, combate la flatulencia y aumenta la eficacia de la terapéutica antiácida.

POSEE LOS ATRIBUTOS DEL ANTIACIDO IDEAL

TABLETAS

fáciles de masticar

LIQUIDA

de sabor agradable

PARKE-DAVIS



Royandomicina

- TRIACETILOLEANDOMICINA -

AMPLIO COMO NINGUNO
SEGURO COMO EL QUE MAS

Laboratorios **ROYAL C.A.**

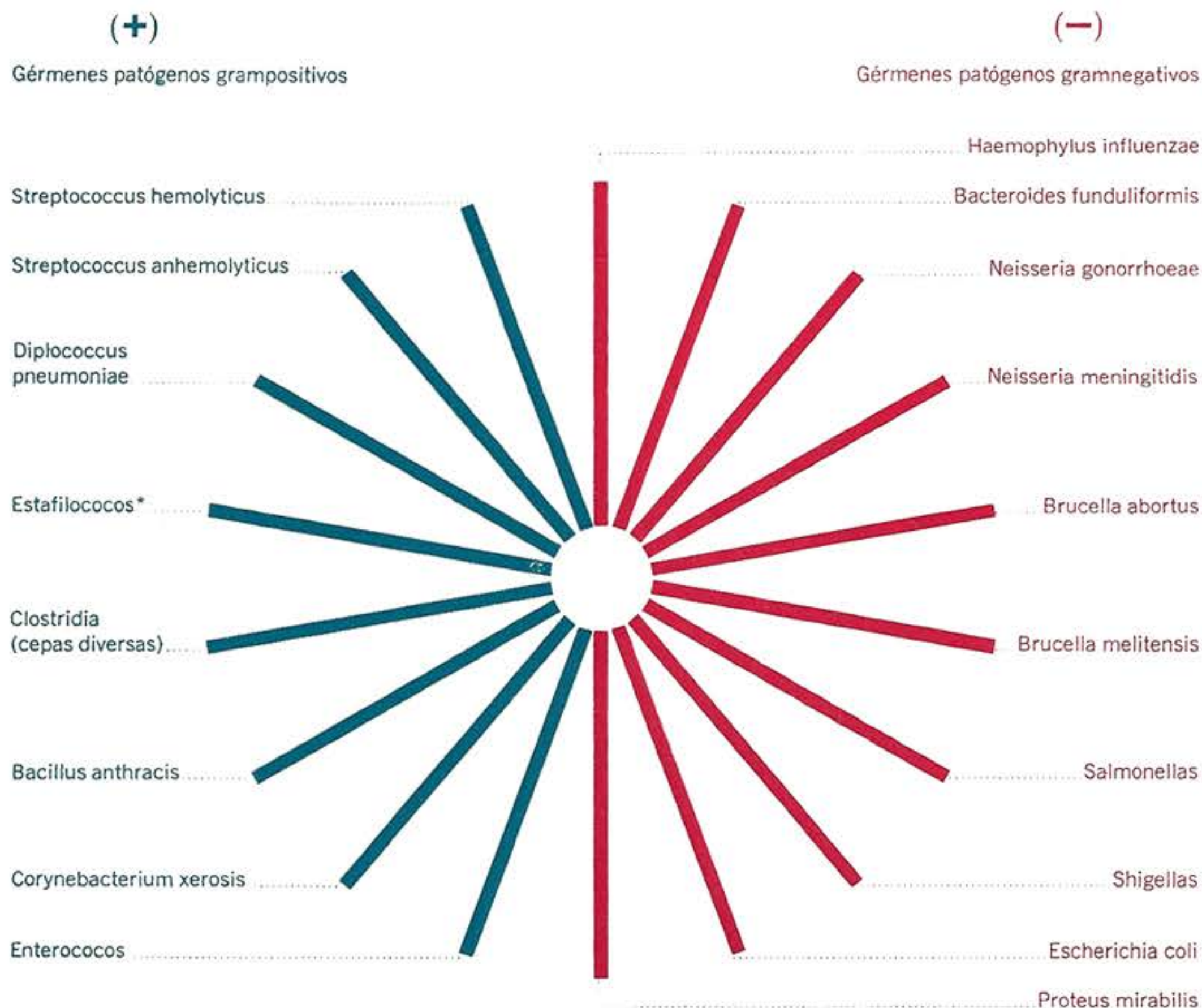
Piedras a Bárcenas, 2-1 - Apartado 3370
Teléfono 42.27.72
Caracas - Venezuela



LA PRIMERA PENICILINA DE AMPLIO ESPECTRO

Pentrexyl

ejerce su acción bactericida sobre todos estos gérmenes grampositivos y gramnegativos:



*Los estafilococos productores de penicilinas son resistentes a Pentrexyl (ampicilina).

Presentaciones:

PENTREXYL ORAL: Fcos. x 8 y 16 cápsulas de 250 mgs.

PENTREXYL PARENTERAL: Fco. ampolla x 250 mgs.



Una Sola Gota.....!



EDULCORANTE
SINTETICO

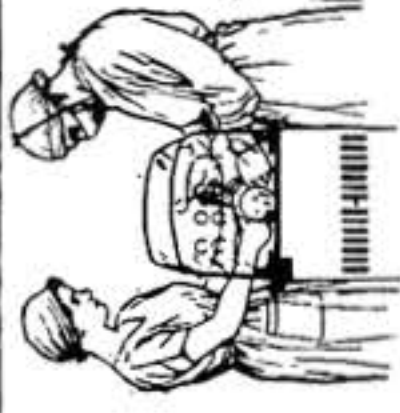


NCG

TODA CLASE DE EQUIPOS PARA OXIGENOTERAPIA

* Incubadoras:

Proveen aislación completa para infantes con controles precisos de calor, humedad y oxígeno.



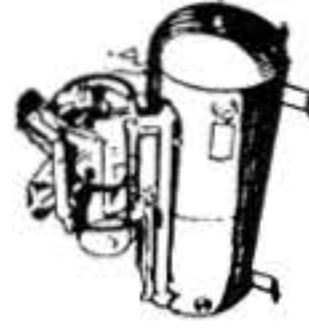
* Tiendas de oxígeno refrigeradas por hielo:

El "VAPO₂ - TENT" de NCG para terapia de aerosol y/u oxígeno. Puede alistarse en pocos minutos, para uso en niños y adultos.

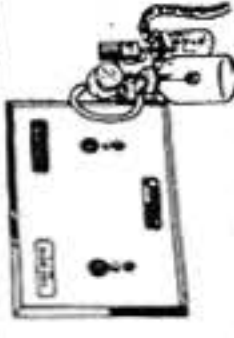


* Resucitadores:

De oxígeno para uso en cilindros o en hospitales con instalación central.



Instalaciones completas de sistemas centrales de oxígeno, succión, óxido nitroso etc. Consulte nuestro departamento técnico sin ningún compromiso.



GI-12

GIN

Servicios Medicinales

C.A. GASES INDUSTRIALES CARACAS: Telfs.: 33.60.38 - 33.61.09 y 33.83.01
MARACAIBO - VALENCIA - MARACAY - BARQUISIMETO
DE VENEZUELA PUERTO ORDAZ - PTO. FIJO - SAN JOSE DE GUANIPA

Emergencias en Ginecología

- 1) Dr. ADAN HERMOSO C.
- 2) Dr. FERNANDO RODRIGUEZ M.
- 3) Dr. MANUEL PENSO T.

RELACIONES ENTRE LA GINECOLOGIA, OBSTETRICIA Y CIRUGIA ABDOMINAL

Cualquier cirujano ginecólogo que efectúe una laparatomía, debe estar capacitado suficientemente para poder resolver los problemas que se le presenten de cirugía abdominal urgente. Es por eso que hay que insistir en que el ginecólogo debe ser un especialista solo cuando hubiese completado su entrenamiento en cirugía abdominal. La mayor parte de las operaciones ginecológicas están en estrecha relación con las operaciones del abdomen inferior y en muchas ocasiones hay casos en los cuales es necesario operar por vía vaginal y abdominal. Existen trastornos digestivos íntimamente relacionados con una lesión pélvica y que deben ser investigados en el momento de la operación.

El ginecólogo competente, debe explorar la cavidad abdominal; pues de lo contrario tiene el riesgo de que su paciente continúe acusando molestias, tales como las producidas por litiasis vesicular, etc. Y todo debido a que han pasado desapercibidas durante el acto operatorio, lo cual duplica la permanencia en el hospital, aumenta los riesgos que implican otra operación y en los momentos actuales, épocas de economía, ocasiona doble gasto y aumento de las prestaciones sociales con las pérdidas de horas de trabajo, etc.

En resumen el ginecólogo debe tener:

- 1.—Un buen conocimiento de anatomía patológica y de patología ginecológica.
- 2.—Conocedor de lesiones ginecológicas y abdominales.
- 3.—Competente en cirugía ginecológica y abdominal.
- 4.—Capaz de resolver y tener hábito de considerar sus casos de una manera integral.

De esa manera se forma un ginecólogo capaz de hacerle justicia a sus pacientes y de efectuar labores docentes y de investigación de gran utilidad.

-
- 1) Jefe del Servicio de Cirugía No. 2 del Hospital General del I.V.S.S.
 - 2) Residente del Instituto Oncológico Luis Razetti.
 - 3) Interno del Servicio No. 2 del Hospital General del I.V.S.S.

CLASIFICACION DE LAS URGENCIAS GINECOLOGICAS

Comenzaremos por las urgencias ginecológicas partiendo de la vulva y vagina hacia el tracto ginecológico superior.

A. Traumatismos vulvo-vaginales:

1. Desgarros del himen { accidental
violación
coito

2. Desgarros vulvo-vaginales { traumatismos
coitos
heridas por empalamiento

Vagina - Quiste vaginal - Complicaciones { Infección
Ruptura
Degeneración maligna
Picolpos

Hemangiomas

Várices

Hemangiomas cavernosos

Aneurismas de la arteria vaginal

B. Abscesos vulvo-vaginales { Bartolinitis
Flegmones
Abscesos sub-uretrales

C. Hematocolpos { Atresia de himen
Himen imperforado
Estenosis del cervix

Hematometrio — causas adquiridas como sucede con las estenosis cervicales consecutivas a electroconificaciones del cervix o implantaciones de radium.

Neubiión
Combinación de las
vitaminas neurotropas

B₁
100 mg.

+

B₆
100 mg.

B₁₂
1000 mcg.

Neuritis
Neuralgias

NEUBIION

NEUBION

Combinación vitamínica neurotrófica

1 ampolla contiene:

Vitamina B₁ 100 mg.

Vitamina B₆ 100 mg.

Vitamina B₁₂ 1000 mcg.

Neubión posee una acción muy intensa sobre el metabolismo neuronal y un pronunciado efecto analgésico.

Está indicado en el tratamiento parenteral, sintomático y causal, de neuritis, neuralgias, herpes zóster, paresia facial, síndrome hombro-mano, migraña, etc.

Presentación: Ampollas - Caja de 3



DARMSTADT
ALEMANIA

V

10/763/20/764

- D. Anexos
- a) Hemorragias ..
 - 1. gravídicas
 - Ectópico roto
 - Ectópico no roto
 - 2. no gravídicas ..
 - ovárico
 - tubárico
 - b) Torsiones
 - anexos sanos
 - anexos patológicos - Flegmones
 - c) Pelvi-peritonitis
 - 1. Absceso del Douglas
 - 2. Flegmones del ligamento ancho
 - 3. Salpingitis sin perforación o Salpingitis con perforación.
 - 4. Ruptura de quiste no infectado
 - 5. Ruptura de piosalpingo
 - 6. Ruptura de abscesos pélvicos

- E. Utero
- 1. Traumatismos - contusiones
 - útero grávido
 - útero no grávido
 - heridas o perforaciones

- 2. Hemorragias
 - Funcionales
 - 1. Metropatía
 - 2. Hiperplasia endometrial
 - 3. Endometriosis
 - Orgánica
 - Tumores benignos
 - 1. Fibromas complicados
 - 2. Pólipos
 - 3. Endometriosis
 - Tumores malignos
 - Carcinoma del cuerpo
 - Cuello
 - Cervicitis
 - Pólipos
 - Carcinoma del cuello

- F. Infecciones
- Metritis
 - Parametritis

- G. Urgencias varias
- Inversiones uterinas agudas y crónicas
 - Vólvulos de útero grávido

A. Laceraciones o desgarros del cérvix (administración prematura de pituitrina en los casos obstétricos), dilatación instrumental, rigidez del cervix, abortos provocados.

Casi siempre los desgarros son unilaterales pero pueden ser bilaterales.

Sintomatología: Hemorragia y luego leucorrea.

B. Laceraciones Perineales y Rectales.

Perineoplastia (urgente)

M i s c e l á n e o s

Inversiones uterinas.— Es una condición poco frecuente. El fundus pasa por el cervix. Puede ser a. completa o incompleta

b. aguda o crónica

La más frecuente es la inversión completa; toda inversión de menos de un mes es aguda.

Puede ocurrir como una complicación del trabajo ocasionalmente asociada o coexistiendo con tumores uterinos. Es más frecuente en primíparas.

El retinaculum se relaja y existe un área localizada de relajación especialmente el fondo o el sitio donde se inserta la placenta. El útero se contrae como para expulsar un cuerpo extraño.

Los síntomas principales son shock y hemorragia. Estrangulación del fondo invertido. El shock es intenso si se compara con la cantidad de sangre. La mortalidad es 15 por ciento.

Fístulas a. Urogenitales

{	1. vésico-vaginales
	2. vésico cervico vaginales
	3. vésico uterina
	4. vésico uretro vaginal
	5. uretero vaginal
	6. uretro vaginal

b. Recto-genitales.

Hemorragias uterinas.—Estas constituyen quizás el síntoma más frecuente y alarmante, así como la “señal de peligro” que debe tenerse siempre presente en toda afección ginecológica. Es urgente su tratamiento, así como también su diagnóstico etiológico. Sin embargo, debido a que las mujeres presentan en ocasiones reglas irregulares, en muchos casos las pérdidas sanguíneas vaginales son relegadas a un segundo plano y no se les da la importancia que se merecen; lo cual retarda el diagnóstico precoz y agrava el pronóstico.

Etiología: 1. Causas dependientes del embarazo

2. Causas independientes del embarazo o embarazo reciente.

- Hemorragias dependientes de embarazo reciente
- 1. Separación prematura de la placenta, aborto.
 - 2. Retención de membrana
 - 3. Mola hidatiforme
 - 4. Corio epitelioma
 - 5. Embarazo ectópico
 - 6. Embarazo en cuerno

Hemorragias uterinas.—Independientes o consecutivas a un embarazo de comienzo:

- 1. Hemorragia debida a factores constitucionales.
- 2. Hemorragia debida a cambio de la mucosa del cervix y cuerpo del útero - Polipo cervical.
- 3. Hemorragia debida a cambios malignos en la mucosa del cervix y cuerpo del útero.
- 4. Debida a tumores uterinos.
- 5. Debida a condiciones mórbidas en los anexos.

- Hemorragias debidas a cambios malignos ..
- 1. Carcinoma de células escamosas.
 - 2. Adenocarcinomas del cervix.
 - 3. Adenocarcinoma del cuerpo.
 - 4. Sarcoma del endometrio.

Heridas de la Vulva y la Vagina

- Herida de la vulga y vagina
- a) caída a horcajadas o empalamiento
 - b) durante el coito

a) 1. **Caídas a horcajadas:** Son más que todo heridas vulvares. Su localización es la cara interna de los pequeños y grandes labios. Sangran mucho y la hemorragia se explica por la ruptura del bulbo vaginal sobre la rama isquiopúbica.

2. **Empalamiento Vaginales:**
- Ruptura del fondo saco posterior
 - Ruptura de la vagina.
 - Perforación vesical.
 - Perforación rectal.
 - Perforación peritoneal.
 - Hernia traumática de la vagina.

b) **Durante el Coito.**

- Sus localizaciones son:
- 1. La región vulvo perineal.
 - 2. Las paredes de la vagina.
 - 3. El recto, el cual puede perforarse.

- a) 1. **Caídas a horcajadas** — Tratamiento mantenido por un ventadaje en T y acercamiento de los muslos.
2. **Empalamiento** — La conducta será el cierre de las heridas de las paredes vaginales y las reparaciones de las lesiones viscerales.
- b) **Durante el coito** — Sutura de las heridas cogiendo bastante tejido para hacer una buena hemostasia; en caso de fisuras sangrantes de la vulva y la vagina. En las heridas profundas de la vagina, se hará una buena exploración para determinar la profundidad de la lesión. Se hará la hemostasia y se procederá al cierre metódico de la pared.

ABSCESOS VULVO VAGINALES

Abscesos Vulvo Vaginales { a) Barthdinitis aguda supurada
 b) Flegmón del labio mayor
 c) Absceso sub-uretral

Conducta a seguir: Drenaje

Hematocolpos y Hematometras

Causas: Hematocolpo { Himen imperforado

Hematometra { Congénita — atresia del cuello.
 Adquirida — 1. Aplicación de radio.
 2. Tratamiento prolongado por electrocoagulación o agente caústico de una metritis crónica.
 3. Esclerosis del cuello.

Mecanismo:

La colección de sangre en la vagina, trae una distensión de ésta. Detrás del hematocolpo, el cuello uterino se dilata más o menos, quedando el útero indemne. En los hematometras la cavidad del útero se distiende. La retención menstrual puede ocupar las trompas dando lugar al hematosalpinx.

Clínica:

Dolores abdominales tipo cólico mensuales.

Dolor de aparición brusca, de mucha intensidad en hipogastrio y fosas iliacas.

Náuseas.

Al examen abdominal:

Se aprecia y se palpa en hipogastrio una tumoración redondeada, dura, tensa. fluctuante con movilización lateral.

Al examen ginecológico:

Grandes labios entreabiertos. No hay orificio vulvar.

Se aprecia un abombamiento negruzco, distendido, de continuidad con la tumoración abdominal y limitado por una membrana que cierra completamente

la vagina que se encuentra en la zona himeneal. En los hematometras adquiridos, el tacto vaginal con la palpación abdominal descubrirán un útero grueso, aumentado de volumen y doloroso. El especulum nos enseña un cuello sin orificio.

Complicaciones:

1. Una de las principales complicaciones es la ruptura intra peritoneal de cualquier segmento del canal genital dilatado. Generalmente son los hematosalpinx los que se rompen antes o después de la intervención.

2. La infección puede complicar un hematocolpo o hematometra debido a una fisura en la membrana limitante.

Conducta a seguir:

1. Asepsia rigurosa, no usar trocar y bisturí.

Hematocolpos:

2. Incisión pequeña de 1 cm. de la membrana himeneal.

3. Hay que vaciar la bolsa sanguínea lentamente y progresivamente ya que pueden romperse los hematosalpinx coexistentes; trayendo como consecuencia una hemorragia intensa la cual debe tratarse con una laparotomía ginecológica de inmediato.

4. Agrandar la incisión después de vaciar los $\frac{2}{3}$ del hematocolpo .

5. Se coloca un pequeño dren.

Hematometras:

Usar el histerómetro y practicar una dilatación de cuello después del drenaje de la cavidad uterina.

VAGINA

Tratamiento de los Quistes Vaginales. Los quistes vaginales se pueden clasificar en: quistes de la glándula de Bartholino y abscesos o quistes de las glándulas de Skeene los cuales son mucho más raros. El tratamiento de los quistes vaginales infectados de la glándula de Bartholino es abertura y drenaje, pues en estos casos es bastante difícil poder extirpar completamente la glándula. Como sabemos estos quistes se reproducen con frecuencia y hay que aprovechar el momento en el cual no están infectados para entonces practicar la extirpación completa de la glándula de Bartholino. Respecto a las Bartolinitis agudas como ya hemos dicho su tratamiento es incisión y drenaje. El mismo tratamiento se aplica a las Skenitis agudas. La degeneración maligna de los quistes vaginales es rara. Los piocolpos requieren drenajes por colpotomía. Respecto a los hemangiomas cavernosos o aneurismas de la arteria vaginal son igualmente afecciones sumamente raras y prácticamente su frecuencia es mínima.

Entre las afecciones de los anexos encontramos:

- A. Hemorragias.
- B. Torsiones
- C. Pelvi-peritonitis.

Entre las hemorragias encontramos. Hemorragias del tipo gravídico como son: los embarazos ectópicos rotos y no rotos. Hemorragias no gravídicas; de origen ovárico y de origen tubárico, de origen peritoneal y de origen uterino.

El embarazo ectópico roto y no roto será objeto de otro artículo debido a lo extenso del mismo y a su importancia.

1. Hemorragias no gravídicas de origen uterino:

- a) Reflujo útero-tubo peritoneal con o sin hematometra.
- b) Fibroma con vena gruesa sub-serosa rota.
- c) Nódulo fibromatoso, torcido, desprendido.
- d) Fibroma traumatizado.
- e) Corioepitelioma perforante.

2. Hemorragias no gravídicas de origen tubárico:

- a) Complicación de una torsión de la trompa.
- b) Salpingitis hemorrágica.
- e) Tumor maligno de la trompa.
- f) Várices tubaricas.

3. Hemorragias no gravídicas de origen peritoneal:

- a) Paqui Peritonitis Pelvica.
- b) Angiomatosis Peritoneal.
- c) Metástasis Maligna del Douglas.

4. Hemorragias no gravídicas de origen ovárico:

- a) Hemorragia del estroma ovárico (apoplexia ovárica).
- b) Hemorragias foliculares.
- c) Hemorragias del cuerpo amarillo.
- d) Quistes torcidos, rotos.
- e) Quistes endometriales (quiste perforante de Sampson).
- f) Fibromas y tumores malignos del ovario.

Clínica:

Estas hemorragias pelvi-peritoneales son de una sintomatología atenuada, las cuales se pueden confundir con una apendicitis aguda. Pueden también tener una sintomatología dramática parecida al embarazo ectópico roto.

No hay que olvidarse que en los hemoperitoneos, así sean abundantes, hay ausencia de contractura parietal. La paciente puede presentar:

1. Tendencia sincopal.
2. Palidez.
3. Dolor escapular o clavicular.
4. Pulso débil.
5. Percusión dolorosa en hipogastrio.
6. Matidez suprapúbica o en ambas fosas iliacas.
7. Douglas doloroso.
8. Cifras bajas de glóbulos rojos.

TORSIONES

A. Torsión de un quiste de ovario.

- Clínica:
1. Dolor de aparición brusca en hipogastrio.
 2. Vómitos alimenticios o biliosos.
 3. Temperatura aumentada y taquicardia.

Al examen se aprecia la tumoración que puede ser de aumento progresivo de tamaño. Es un tumor fácilmente desplazable, muy doloroso, menos móvil, aunque algunos conservan su movilidad, se encuentra matidez a la percusión de forma cóncava hacia abajo. Hay que hacer el diagnóstico diferencial si no se tiene el conocimiento de la existencia de un quiste de ovario con la estrangulación interna, con la perforación de un úlcus, con una apendicitis perforada, o con un infarto intestinal. El diagnóstico se simplifica en caso de conocer anteriormente la existencia de un quiste de ovario.

Complicaciones:

1. Formas hemorrágicas — por estallido de venas distendidas o por estancamiento de sangre.
2. Formas Oclusivas

{	paralítica o espasmódica
	mecánica por compresión o acodadura adherente.
3. Formas peritoníticas — por ruptura.

Torsión de Fibromas Uterinos:

Clínica: Hay un dolor abdominal violento acompañado de vómitos, distensión abdominal, taquicardia, aumento de la temperatura, cambio en la situación del tumor debido a que éste es fácilmente desplazable. Entre las formas clínicas tenemos las pseudooclusivas y las formas pseudohemorrágicas.

Torsión anexial (trompa)

Puede ocurrir en cualquier edad, especialmente en la edad de actividad genital.

En las adultas aparecen durante la menstruación. Se han observado casos después de traumatismos.

Clínica: Es un dolor de comienzo brutal, violento, sincopal, situado primero en una de las fosas iliacas, irradiándose a regiones lumbares, vesical, vulvar, rectal crural, etc. Hay agitación, vómitos, retención de orina; polaquiuria, hemorragias rojas u oscuras. El período de acalmia es relativo. El dolor persiste pero se agrava con los paroxismos.

Examen: Un abdomen distendido, meteorizado. Hay hiperestesia cutánea y discreta defensa. El examen ginecológico revela la presencia de una masa latero uterina en el Douglas o bipolar, o sea en el Douglas e ilio-pelvíca. Hay latero-posición uterina del lado de la torsión.

- Formas clínicas:
1. Forma febril.
 2. Forma con meteorismo.
 3. Forma con metrorragias.
 4. Forma con hemoperitoneo abundante.

Torsión de Anexos Sanos:

Ocurre en pacientes jóvenes. Los órganos pueden ser trompa o trompa y ovario.

Forman una masa voluminosa que se encuentra caída en el Douglas. La evolución comienza generalmente por un infarto proseguida de isquemia para finalmente terminar en gangrena.

La clínica es similar a la descrita en las torsiones de trompa.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con una apendicitis aguda.

Torsión de Anexos enfermos:

Se han visto torsiones de hematosalpinx, piosalpinx, hidrosalpinx, abscesos tubáricos, salpingitis hipertróficas. La clínica es parecida a toda torsión de pedículo. Los contornos de la tumefacción son importantes; si es perfectamente redondo, esférico, muy voluminoso, casi siempre mediano es un quiste. Si es ovoide, de aspecto bilobulado, latero o retrouterino es una trompa torcida.

Conducta a seguir:

1. Cuando se trata de los anexos, es importante saber el sitio de la torsión; algunas torsiones de la trompa pueden permitir la conservación del ovario.

La mayoría de las veces los anexos enfermos deben ser extirpados.

2. La torsión del fibroma pediculado:

a) Si hay gestación hay indicación absoluta de dejar el útero.

b) Si no hay gestación se practica una Histerectomía.

3. No manipular el pedículo torcido, después de la detorsión, ya que productos sépticos o coágulos pueden pasar dentro de los pedículos útero ovariarios y de ahí a la circulación general, produciendo flebitis, infarto pulmonar o embolia mortal.

Peritonitis de Origen Ginecológico.

Clasificación general:

a) Peritonitis sin perforación.

b) Peritonitis con perforación.

A. Peritonitis sin perforación:

En ésta clase de peritonitis encontramos la peritonitis gonococcica observada en niñas o mujeres adultas. Generalmente aparece después de inoculación accidental o del coito infectante.

Clínica: Casi siempre el comienzo es brusco, con síntomas abdominales agudos. A los tres días se observa una súbita regresión espontánea de las manifestaciones. Puede aparecer fase cianótica con labios azulados. El dolor es-



EN
MICOSIS

Jadavit

Jadit®

el antimicótico absolutamente nuevo
y con mayor eficacia

No mancha... no huele... no irrita

Jadit® Spray

la aplicación novedosa
en el tratamiento de la dermatomycosis

Una suave capa curativa para zonas muy extensas

Jadit® H Ungüento

un antimicótico potente + hidrocortisona
unidos en una sola presentación
para su mayor comodidad

Jadit

nuevo, potente, de acción rápida y
aplicación cómoda.

Jadit

acorta por su eficacia, cualquier
tratamiento.



FARBWERKE

HOECHST AG

vormals Meister Lucius & Brüning FRANKFURT (M) - HOECHST
(ALEMANIA)

Fabricantes y Representantes para Venezuela:

HOECHST REMEDIA S. A.

Teléfono 72 77 31 - Apartado 3754 - Caracas

IMPRESO EN VENEZUELA

pontáneo puede ser difuso, localizándose generalmente en el bajo vientre. Aparecen vómitos los cuales son poco abundantes, diarrea frecuente, tenesmo vesical y rectal, temperatura elevada y ligera defensa sub-umbilical.

- Examen ginecológico:
1. Vulva roja, drenando pus verdoso.
 2. Vagina caliente.
 3. Fondos de sacos dolorosos y empastados.
 4. No se palpa masas parauterinas.
 5. Movilización del útero dolorosa.

Examen de laboratorio: Leucocitosis e hiperleucocitosis.
Velocidad de sedimentación elevada.

Examen bacteriológico del pus genital se debe hacer de rutina buscando el gonococo.

Diagnóstico diferencial:

El cuadro que se asemeja con la salpingitis es la apendicitis aguda. El diagnóstico diferencial se hará tomando los siguientes datos:

a) Historia. En la apendicitis aguda aparecen crisis de apendicitis anterior generalmente. En la salpingitis hay antecedentes de infecciones genitales.

b) Comienzo. El comienzo es más brusco en la apendicitis que en la salpingitis.

c) Temperatura. Este síntoma no nos ayuda ya que ambos cuadros presentan la temperatura elevada.

Examen físico: Dolor máximo en fosa ilíaca derecha acompañándose de defensa de la apendicitis. Tacto vaginal muy doloroso, fondo de saco derecho ingurgitado, útero más o menos fijo doloroso a la movilización con frecuencia en la salpingitis izquierda. Pero estos signos existen también en las apendicitis pélvicas y faltan en las salpingitis altas que hayan contraído adherencias y se hayan fijado al estrecho superior.

B. Peritonitis por perforación.

a) Ruptura de un quiste no infectado. Esta ruptura se explicaría por una hemorragia intraquistica que hubiera aumentado el contenido del quiste, el cual se hubiera roto en una zona frágil debido a la falta de elasticidad de la pared, producida por adherencias o por la inflamación periquística.

La sintomatología es la que recuerda toda perforación o sea de aparición brusca seguida de reacción peritoneal; otras veces es una sintomatología de mediana intensidad. Las rupturas más graves son aquellas en que preceden prodromos de varios días de evolución (torsión, distensión hemorrágica e infección).

Perforación o Ruptura de un Piosalpinx.

El piosalpinx puede romperse por:

- a) traumatismos (curetaje, parto, maniobras abortivas, etc.).
- b) Tacto brusco.
- c) Esfuerzo al levantar pesos.
- d) Lavados ginecológicos, etc.

El gonococo, estreptococo son en general los responsables de la infección.

Aunque también se encuentran colibacilos, bacilos de Eberth, etc. Lo importante a recordar es que la ruptura de un piosalpinx siempre es una peritonitis muy grave y de una evolución muy rápida.

Clínica:

1. Dolor de aparición brusca en hipogastrio. Intenso, continuo, con agudizaciones atroces. Excepcionalmente dolor alto, sub-umbilical, torácico o clavicular.

2. Fascie peritoneal.

3. Cuadro de colapso.

4. A la palpación, dolor muy intenso en hipogastrio; contractura generalizada.

5. Examen ginecológico sumamente doloroso.

Vagina caliente.

Utero inmóvil.

Fondos de saco empastados

Douglas muy doloroso.

Douay positivo

Tumefacciones del Douglas permite en ciertos casos verificar la inundación purulenta y rechazar la hipótesis de embarazo ectópico roto.

6. Laboratorio: se encuentra una leucocitosis.

Diagnóstico Diferencial.

Apendicitis aguda.

Pelvi-Peritonitis.

Embarazo ectópico.

Ruptura o perforación de los abscesos pélvicos.

Las rupturas de hematoceles infectados, abscesos del Douglas, mal drenados o no drenados, o desconocidos, de bolsas pélvicas, pelvi-peritoníticas altas; suprauterinas supra anexiales, interrumpen el tratamiento médico conservador de éstas modalidades clínicas de la infección ginecológica trayendo como consecuencia una peritonitis grave.

Abscesos del Douglas y flegmones del ligamento ancho.

Clínica: La sintomatología es parecida a los cuadros clínicos anteriores. El examen del abdomen da dolor y defensa en hipogastrio. En el examen ginecológico encontraremos una masa gruesa que abomba en la vagina, algo fluctuante, muy dolorosa. El tacto rectal percibe muy fácilmente esta masa situada en la cara anterior del recto, siendo este rechazado en la concavidad sacra.

Etiología:

La infección de las trompas es la más frecuente. El absceso se desarrolla en el curso de la evolución de un piosalpinx, de un absceso del ovario o de una pelvi-peritonitis. Hay que tomar en cuenta los hematoceles supurados. Las perisigmoïditis y los abscesos apendiculares pueden dar abscesos pélvicos.

La punción del Douglas nos podrá ayudar a reconocer la naturaleza del pus y a orientar el diagnóstico. El pus cremoso, verdoso es de la salpingitis; la mezcla de pus y sangre es de un hematocele supurado, el pus de olor colibacilar orientaría el diagnóstico de una apendicitis.

Flegmones del ligamento ancho.

Sus caracteres clínicos y las causas son parecidas al absceso del Douglas. En la forma típica la supuración se localiza en la base del ligamento ancho.

El tacto vaginal muestra un útero rechazado del lado contrario al flegmón, cuya movilización es dificultosa, sobre el flanco de la vagina se palpa una tumefacción sumamente dolorosa que al principio será solamente un empastamiento. También encontramos inflamación del parametrio. Los antibióticos y las vacunas pueden desaparecer progresivamente la tumefacción, dejando una zona endurecida más o menos adherida a la pared vaginal. Al contrario, si la temperatura se hace oscilante y la supuración se precisa, la tumefacción puede hacerse remitente y fistulizarse. Cuando la localización del flegmón está en la parte alta del ligamento ancho, entonces se transforma en un adenoflegmón ilíaco externo. La tumefacción también podría aparecer en la región retrocruval en su parte interna, palpándose entonces una masa dura más o menos dolorosa, en tanto que el tacto vaginal tocaría el polo inferior de la tumefacción.

Absceso Tubo-Ovárico.

Esta afección se encuentra en mujeres de 16 a 46 años, ocasionando una tumoración dolorosa en la pelvis junto a hiperpirexia. El 50% de los casos es bilateral.

La ruptura es una complicación que hay que tomar en cuenta. Esta ruptura ocurre con más frecuencia en el lado izquierdo que en el derecho, probablemente porque el absceso se rompe como consecuencia de la ingestión de un purgante o administración de un enema.

Clínica: Dolor muy intenso en abdomen inferior seguido de escalofríos. Vómitos poco frecuentes además de la sintomatología que ocurren en todos los casos de peritonitis de origen ginecológico, que hemos ya descrito en los cuadros anteriores.

Conducta a seguir en las peritonitis de origen ginecológico.

A. En la Salpingitis o Pelvi-peritonitis tratamiento médico.

1. Reposo en cama.
2. Hielo en hipogastrio.
3. Vacunas y antibióticos.

B. Ruptura de piosalpinx.

En las mujeres jóvenes
Salpingectomía y drenaje.

En las mujeres menopáusicas:

- a) Con buen estado general Histerectomía y drenaje a la Mickuliez.
 - b) En malas condiciones, salpingectomía o simple drenaje a la Mickuliez.
- C. Abscesos del Douglas.
Colpotomía posterior.
- D. Flegmón del ligamento ancho.
- a) Si está situado en la base, colpotomía posterior.
 - b) Si está situado en la parte alta, incisión supra-crural extra peritoneal.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—BROQ, P.—Traite des Urgences en Chirurgie. Toray Mason S. A. Vol. 2. 1956.
- 2.—CLAVEL, CH.—Strategie et tactique en chirurgie abdominale. D'Urgence Toray Ma-son S. A. 1955.
- 3.—DOMENECH, A.—Diagnóstico y terapéutica quirúrgica de urgencia. 2º E. Salvat 1951.
- 4.—MONDOR, H.—Diagnostic urgent Toray Mason 8º E. 1960.
- 5.—SPIVACK, J. L.—Cirugía de urgencia. Editorial Hispanoamericana. Vol. 1. 1948.



estrategia dual

ACCION

ANTISEROTONINICA

ACCION

ANTIHIISTAMINICA

ALERGIA

PERIACTIN*

(clorhidrato de ciproheptadina)

PERIACTIN

(clorhidrato de ciproheptadina) es un potente antagonista sistémico de la histamina y de la serotonina, con propiedad moderadamente sedante sin ser una fenotiazina.

EN ALERGIA: PERIACTIN

actúa contra los efectos de la histamina y la serotonina, que según se ha observado clínicamente están involucrados en los fenómenos de sensibilidad.

EN PRURITO: PERIACTIN

ha probado su eficacia en más del 80% de pacientes en tratamiento, en algunas series clínicas.

EN MIGRAÑA: PERIACTIN

actúa profilácticamente contra ataques inminentes. En caso de que la migraña se haya presentado ya, mejora la cefalea característica y la sensación de malestar, con frecuencia en una o dos horas.

PRESENTACION:

PERIACTIN Tabletas se presenta en frascos con 20 ó 50. Cada tableta contiene 4 mg. de clorhidrato de ciproheptadina.

PERIACTIN Jarabe se presenta en frascos de 118 c.c. Cada cucharadita (5 c.c.) contiene 2 mg. de clorhidrato de ciproheptadina.

NOTA: Información detallada a solicitud del médico.



MERCK SHARP & DOHME DE VENEZUELA, C. A.

Aliada de Merck Sharp & Dohme International
DIVISION OF MERCK & CO., INC.
Rahway, New Jersey, U.S.A.

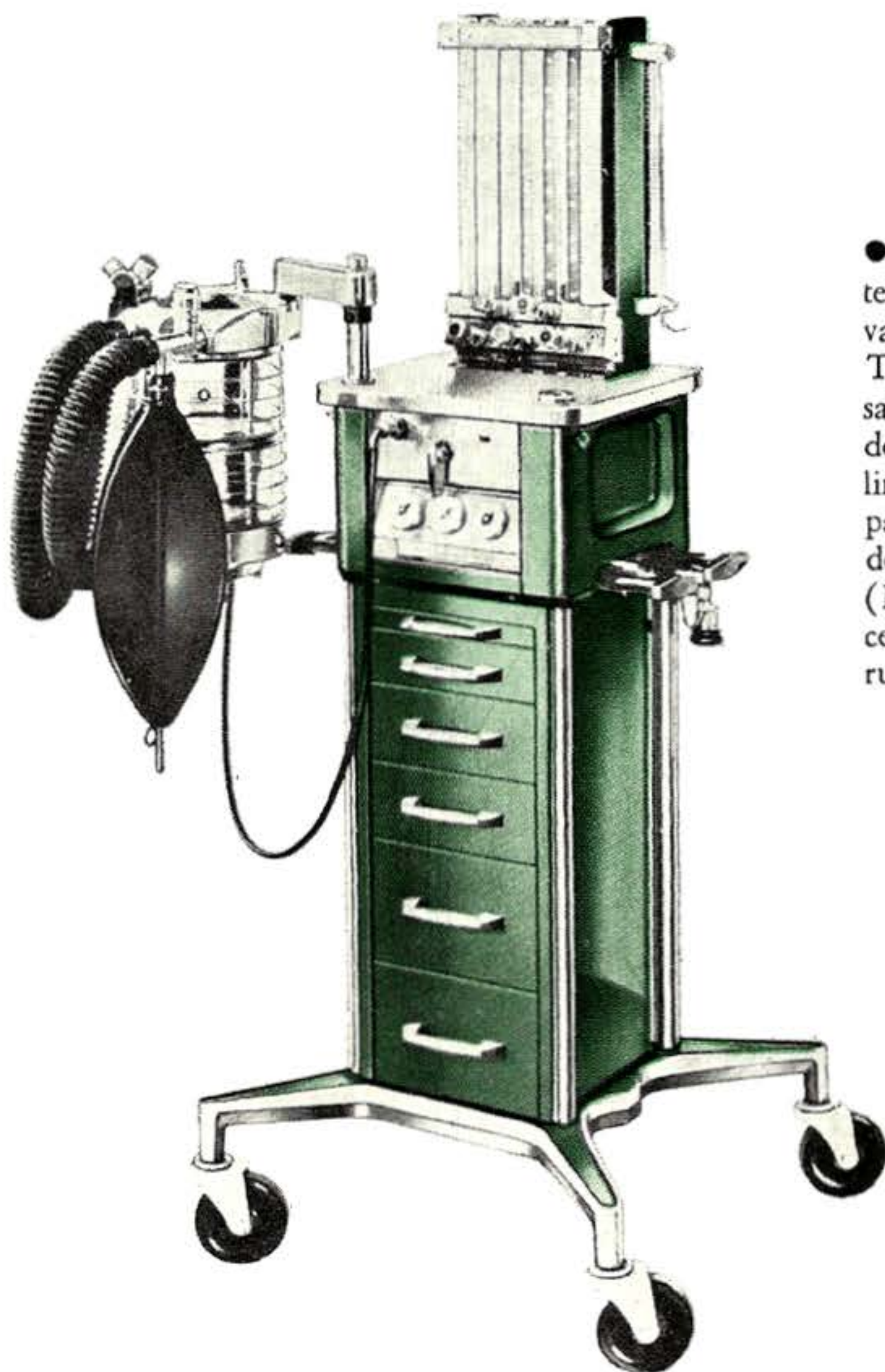
*Marca registrada por Merck & Co., Inc., N. J., U.S.A.

PRT-TJ6-31-I

HEIDBRINK

"Kinet-O-Meter"

LA MARCA DE CONFIANZA ENTRE
LOS ANESTESIOLOGOS



● Un aparato de anestesia COMPACTO, con vaporizador "Verni-Trol", es ideal para salas de operación donde el espacio es muy limitado. La base ocupa sólo 48 cm. (19") de ancho por 46 cm. (18") de fondo (de centro a centro de las ruedas giratorias).

Distribuidores Exclusivos

COLIMODIO S. A.

Este 2 y Sur 21 N° 148 - Apartado 1053

Tel 55.80.71 al 75


Ohio Chemical

ALFITRIPSIN

c h o a y

(Alfa-quimotripsina pura)

FRACCION ENZIMATICA ANTIINFLAMATORIA DE MAYOR POTENCIA

Tratamiento de los estados inflamatorios agudos y crónicos del adulto y del niño en: TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA GENERAL Y PLASTICA, GINECOLOGIA, OBSTETRICIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, FLEBOLOGIA, ODONTOLOGIA.

POSOLOGIA..... Adultos: 1 frasco liofilizado de 25 unidades C. Hb. (5 mg.) cada 12 a 24 horas, por vía intramuscular. Mantenimiento: 1 fco. cada dos días. Niños: 1 Unidad C. Hb. por Kg. de peso y por día, o según criterio del facultativo.

PRESENTACION... Frascos de 25 unidades C. Hb. (5 mg.), liofilizado (pueden disolverse desde en 2 hasta en 5 c. c. del solvente acuoso adjunto).

I. V. S. S. P-661

D I S T R I B U I D O R E S

G. & C. MUSKUS

C A R A C A S

TELEFONO: 62 40 60

Bayrena-[®] gotas

una verdadera sulfonamida
de acción sostenida
presentada especialmente
para lactantes y niños

Acción bacteriostática
sobresaliente

Absorción rápida y elevados
niveles de sulfonamida libre
activa en suero, tejidos,
líquido cefalorraquídeo,
bilis y orina

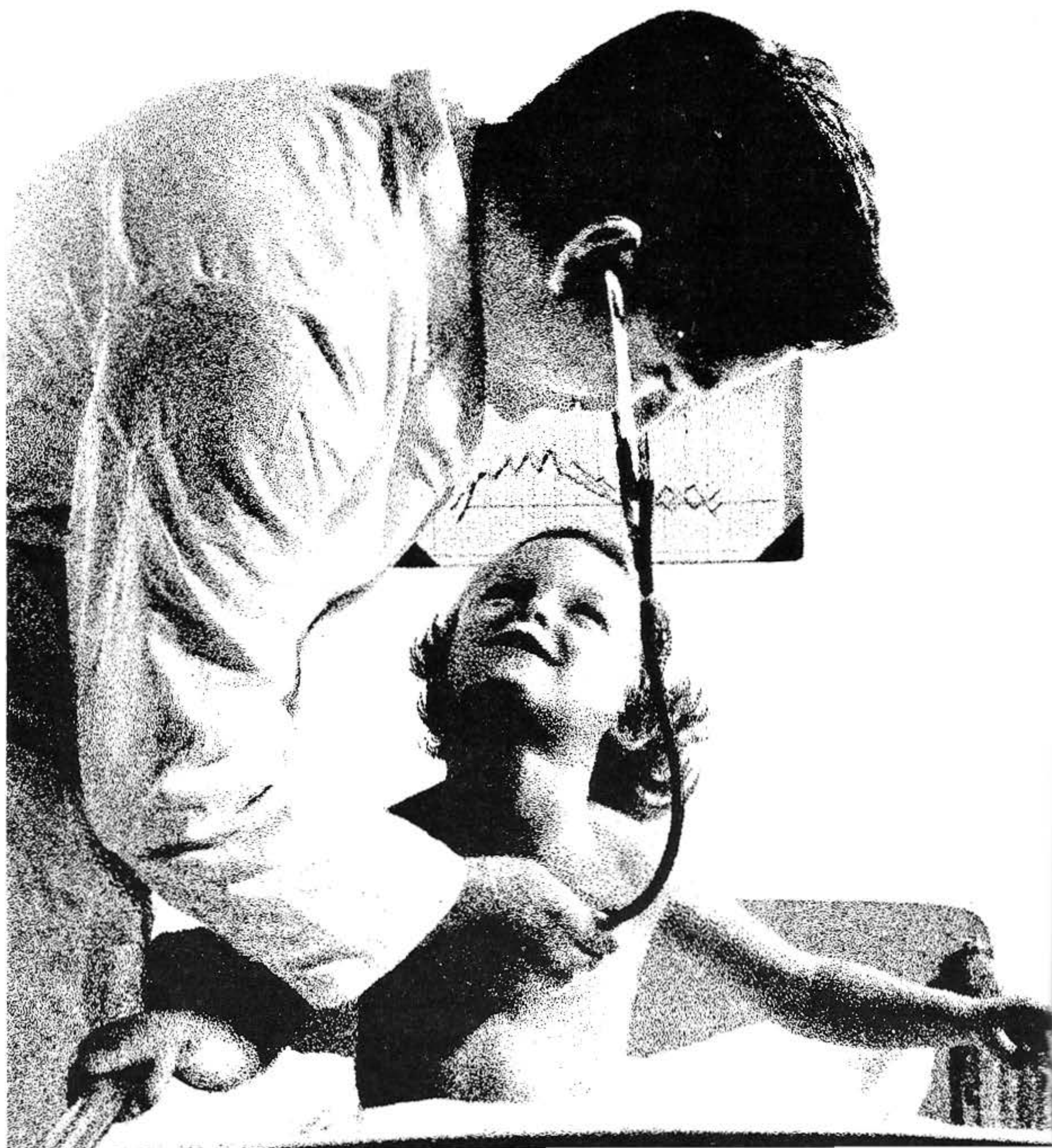
Dosificación exacta y
tolerabilidad excelente

Acción prolongada a pequeñas
dosis de sostenimiento

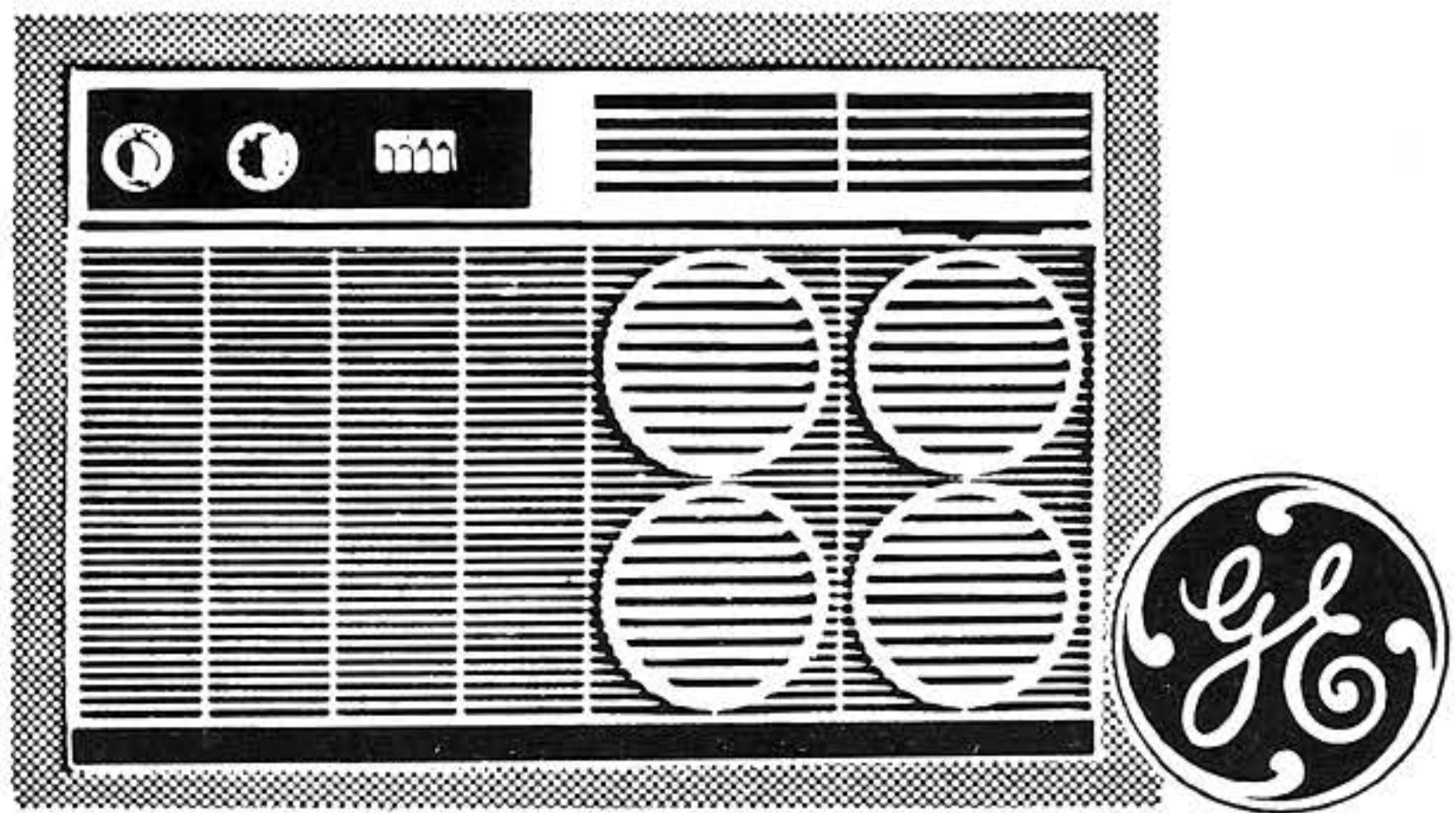
Sulfonamida indispensable
en la terapia de las
infecciones bacterianas



» *Bayer* «Químicas Unidas
Caracas – Venezuela



IMPRESINDIBLE
PARA
ARQUITECTOS
INGENIEROS
ABOGADOS
EJECUTIVOS
MEDICOS



AIRE ACONDICIONADO
GENERAL ELECTRIC

eficiente, silencioso y de bajo costo, proporciona el clima idealmente fresco y sano imprescindible en su ambiente profesional. General Electric tiene el modelo que Ud. necesita y a precios más convenientes.

GENERAL  **ELECTRIC**

Nuestro principio:

Colaborar con el Honorable
Cuerpo Médico elaborando
productos de óptima calidad
y de eficacia comprobada

Klincosal - Klinos

Antiácido Amortiguado

Composición

Subcarbonato de Bismuto	10 gr.
Carbonato de Calcio	10 gr.
Caolín Coloidal	45 gr.
Pectina	10 gr.
Carbometilcelulosa sódica	1 gr.
Excipiente c.j.p.	100 gr.

Une la acción antiácida del Sub-carbonato de Bismuto y del Carbonato de Calcio con la acción absorbente y protectora del Caolín Coloidal, con la acción amortiguadora de la Pectina y de la Carbometilcelulosa.

Indicado: En la hipercloridia, en las gastritis, en la úlcera gastroduodenal. En forma de enema para las colitis sigmoiditis y rectitis.

Presentación: Pote de 100 gr.

Laboratorios KLINOS C. A.

Telf. 71-46-01 y 02

Caracas

Patogenia de la Ascitis en la Cirrosis Hepática

Dr. ANTONIO SANABRIA

Para comprender la patogenia de la ascitis en la cirrosis hepática es menester estudiar primero la producción de la ascitis experimental.

ASCITIS EXPERIMENTAL: La producción de congestión hepática experimental ha sido el método más efectivo de provocar ascitis permanente. Ya desde 1.669 Richard Lower, provocó ascitis experimental en los perros con una ligadura parcial de la vena cava inferior por encima del diafragma, estas viejas experiencias fueron repetidas con éxito por Bolton a principios de este siglo.

El procedimiento más apropiado es el usado por Mc Kee y colaboradores (1.950-52) quienes provocaron la reducción de la luz de la vena cava inferior a la mitad de su calibre en perros, utilizando bandas de aluminio plegables colocadas inmediatamente por encima de las venas suprahepáticas; la ascitis se produce una o dos semanas después de la operación y persiste cuatro a seis meses para desaparecer luego espontáneamente. Una Hipertensión Portal transitoria puede aparecer, pero cesa muy rápidamente debido a la gran velocidad con que se forma una circulación colateral. Cuando se produce este tipo de ascitis, hay un rápido paso de las proteínas plasmáticas al líquido ascítico, por lo que ha sido designado el fenómeno con el nombre "Plasmoforesis interna".

Las funciones hepáticas son normales en estos perros a pesar de la ascitis masiva, y el hígado está ensanchado con distensión del sistema porta.

Existe otro procedimiento experimental para provocar ascitis, que consiste en provocar constricción de la vena porta y vena cava abdominal inferior (Volviler y colaboradores 1.950) y reduciendo además la presión oncótica del plasma con plasmaforesis. Aquí el hígado no está congestionado y las venas portas están distendidas debajo de la ligadura. El contenido de proteínas del líquido ascítico de estos animales es más bajo que el de las ascitis humanas y por eso es un tipo más "Seroso" de ascitis que el producido por el procedimiento anterior. Hay gran similitud entre este tipo experimental de ascitis y el de la cirrosis hepática humana.

MECANISMO DE FORMACION Y ORIGEN DEL LIQUIDO ASCITICO

1.º) Hyatt, Lawrence y Smith, en los perros con ascitis experimental provocada por constricción de la vena cava superior, observaron la formación de

gotas de líquido en la cápsula del hígado. Estos autores después de amplia laparatomía, colocaron bolsas de celofán, no irritantes, debajo del lóbulo izquierdo del hígado que se encontraba muy congestionado, y recogieron el líquido exudado, lo mismo que muestras de linfa hepática. Demostraron que el líquido que se exuda de la superficie del hígado congestionado, posee una concentración de proteínas igual al de la linfa hepática (oscilando entre 3,4 a 4,5 grs. %). Es bien conocido que el contenido de proteínas de la linfa hepática es el más alto del cuerpo, incluso del de origen intestinal, lo que sugiere que los capilares hepáticos son mucho más permeables a las proteínas que los de otros territorios. Además el contenido de proteínas del líquido ascítico de estos perros es mucho mayor que el que se halla en otros tipos de edemas superficiales de congestión o por hipoprotidemia (el contenido osciló entre 2 a 3,3 grs. %). Con todos estos datos experimentales Hyatt y Smith (1.954) creen que algo del agua y mucho de las proteínas del líquido ascítico provienen de otra superficie serosa. Creen que esta patogenia puede aplicarse a las ascitis humanas asociadas a cirrosis portal o congestiva humana, aunque todavía falta la confirmación clínica.

Aiello y colaboradores (1.960) han confirmado experimentalmente los resultados de Hyatt y colaboradores hallando también exudación de grandes cantidades de linfa hepática en la cavidad peritoneal, en perros con ligaduras que reducen el calibre de las venas hepáticas.

Baggenstoss y Cain (1.957) han hallado en pacientes con cirrosis dilatación de los canales linfáticos en el hilio hepático. También en cirrosis humanas con ascitis Dumont y Mulholland (1.960), han demostrado recientemente un aumento del flujo linfático hepático.

Freeman (1.953), en perros con ascitis producida por constricción de la vena cava superior por encima de la desembocadura de las suprahepáticas, han colocado el hígado de estos animales encima del diafragma y el acúmulo de líquido se produce entonces en la cavidad torácica.

Madden y colaboradores (1.956), creen que este mecanismo de obstrucción hepática y de exudación de linfa hepática en el peritoneo sea la causa de la ascitis en la cirrosis humana, pues la hipertensión portal de la cirrosis resulta de obstrucción hepática o post-sinusal y no de obstrucción de la vena porta.

Taylor y Myers (1.956), hallan en cirróticos elevación de la presión dentro de los sinusoides hepáticos y Mena y colaboradores (1.960), han demostrado utilizando Acetrioato Sódico Radioactivo, que el tiempo de tránsito desde la arteria hepática a la vena hepática se encuentra aumentada en pacientes con cirrosis.

En las figuras N.º 1 y 2 se explica la formación de la ascitis siguiendo esta patogenia.

Eisenmenger y Nickel (1.956), no han encontrado exudación de líquido de la cápsula hepática en pacientes con cirrosis y ascitis, tampoco hallaron congestión macroscópica ni microscópicamente.

El contenido de proteínas del líquido ascítico de estos animales es relativamente alto, variando entre 60 y 80 % del nivel del suero y su relación albúmina-globulina es similar a la del suero (Mc Kee y colaboradores), lo que no sucede en el líquido ascítico humano (Myers y Keefer, 1.935; Rovelstad y colaboradores 1.958; y Atkinson y Losowsky 1.961).

FIG. Nº 1

CIRCULACION HEPATICA NORMAL

(Las flechas indican la circulación de la sangre)

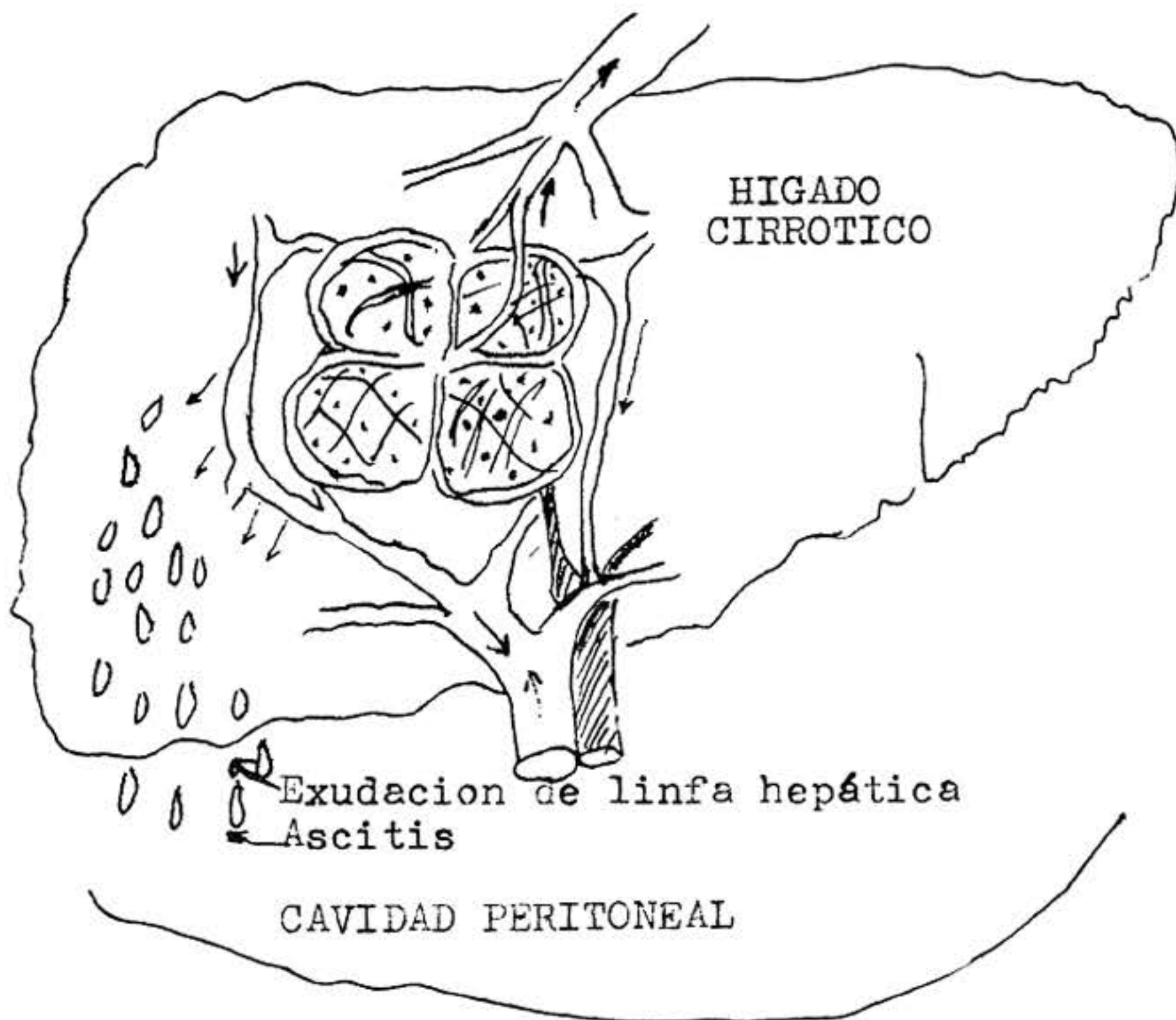
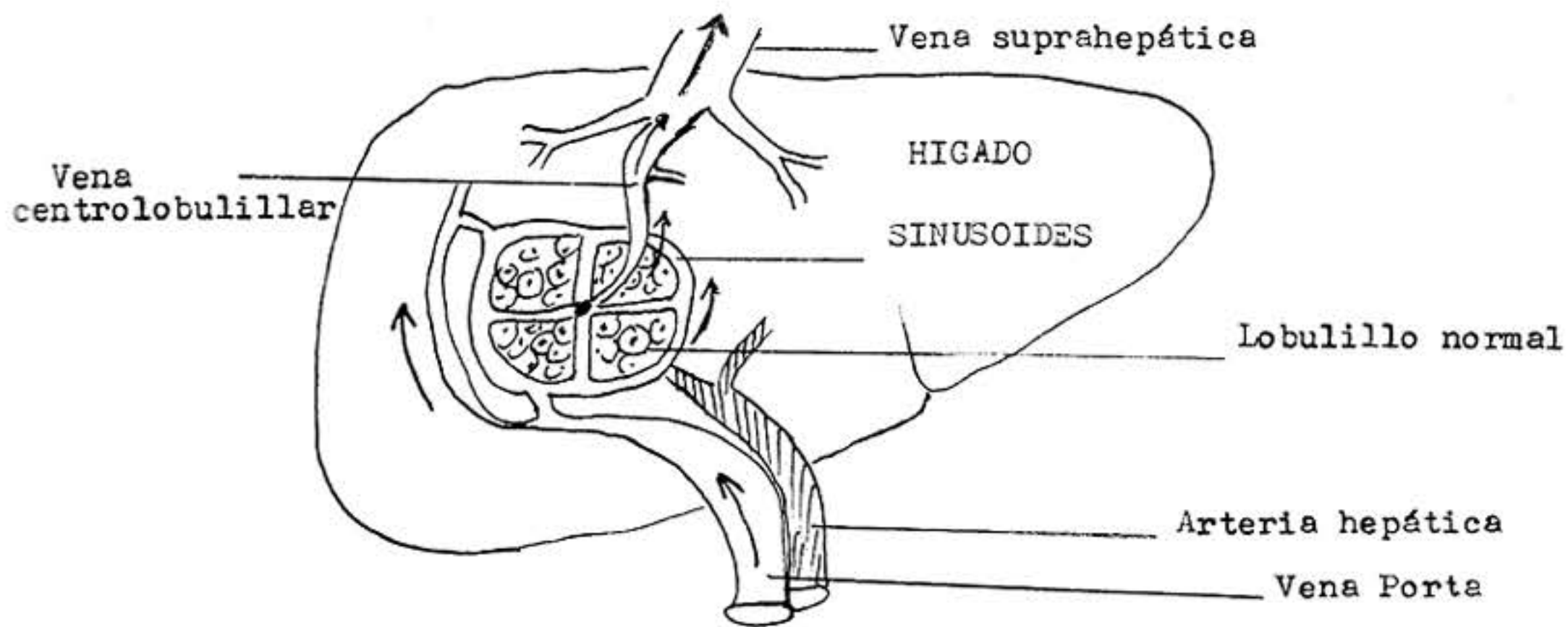


FIG. Nº 2

CIRCULACION EN CIRROSIS

Finalmente la anastómosis porto cava en casos de oclusión de la vena hepática ha desencadenado la ascitis (Wantz y Payne, 1.961), mientras que en cirrosis prontamente se obtiene remisión de la ascitis con este procedimiento (Mac Pherson, 1.951; Ekman, 1.957; Eisenmenger y Nickel, 1.956).

Gleidman y colaboradores (1.962) han descrito recientemente un caso con cirrosis y ascitis cuyo hígado estaba enteramente cubierto de una espesa cápsula de tejido fibroso lo que hace difícil la explicación de una exudación de linfa en su superficie.

Por último la ascitis puede existir sin obstrucciones extrahepáticas de la vena porta (Baggentoss y Wallaeger, 1.956 y Reynolds, 1.960).

Eisenmenger y Nickel (1.956) creen que esta patogenia de la ascitis no explica su aparición en la cirrosis de Laennec y solamente explicaría ciertos tipos de ascitis que se producen por obstrucción de las venas suprahepáticas como son: 1.º Insuficiencia cardíaca congestiva, 2.º Pericarditis constrictiva 3.º Insuficiencia tricuspídea y 4.º Síndrome de Chiari. Todos estos cuadros pueden presentar ascitis masiva en ausencia de hipertensión portal.

2º) Como ya hemos visto existe otro procedimiento experimental para provocar ascitis: constricción portal y plasmaforesis. Este tipo de ascitis tiene gran similitud con el de la cirrosis hepática humana, que tiene hipertensión portal e hipoproteinemia, aunque el líquido ascítico de la cirrosis humana es más alto en proteínas. En este tipo de ascitis no se sabe con certeza el origen del líquido, pero ya que el intestino es el único órgano congestionado debe ser probablemente el sitio de su origen.

Wantz (1.958) ha observado exudación de líquido del sistema esplácnico en pacientes con **Hipertensión portal extra e intrahepática y ascitis.**

Eisenmenger y Nickel (1.956) y Aron (1.960) han hallado edema en las paredes intestinales de pacientes muertos con cirrosis con ascitis; el mismo autor lo ha diagnosticado radiológicamente y Astaldi y Strosselli (1.960) lo han demostrado utilizando biopsias perorales de la mucosa intestinal en cirróticos con ascitis.

Lieber y Lefebre (1.958) han encontrado que el contenido de amonio del líquido ascítico es a veces más alto que el venoso e incluso que el arterial, lo que sugiere que el líquido ascítico está al menos parcialmente en equilibrio con sangre rica en amonio como es la sangre portal.

Es bien conocido que una hemorragia al disminuir el poder oncótico del plasma, puede precipitar la formación de ascitis.

Por último la trombosis portal aguda puede desencadenar ascitis con o sin cirrosis hepática.

Todos estos datos hablan en favor de un origen extra hepático del líquido ascítico y señalan como su punto de origen el intestino y el mesenterio.

Todos los estudios experimentales y clínicos hacen pensar en la actualidad que el poder oncótico del plasma parece ejercer un efecto secundario en la formación de la ascitis.

CONCLUSION.—Todavía no está zanjado el origen del líquido ascítico en las cirrosis hepáticas, pues como ya hemos visto existen fuertes y considerables argumentos en favor del origen hepático o intestinal.

FACTORES EXTRAHEPATICOS EN LA GENESIS DE LAS ASCITIS

En el capítulo anterior hemos estudiado las anormalidades locales en la patogenia de la ascitis, mencionando además la hipoproteïnemia como causa general secundaria, ahora estudiaremos los factores extrahepáticos.

Una retención anormal de sodio y agua por los riñones es un factor esencial en la génesis de la ascitis, Herrington y Hadfield (1.905) fueron los primeros en señalar la escasa excreción de sal en la orina de los pacientes con ascitis.

Farnsworth y Krakusin (1.948) demostraron la inhabilidad de excretar sodio en los cirróticos con ascitis. Eisenmger y colaboradores (1.952) han citado casos de eliminación urinaria de sodio en pacientes con cirrosis y ascitis de 1 meq (23 mgrs.) por día.

Estudios similares se han hecho en perros con ascitis experimental observándose la marcada eliminación de sodio urinario y la marcada disminución de la ascitis con restricción de sodio.

La adrenalectomía en estos animales (Davis citado por Hyatt y Smith 1.954) produce una copiosa diuresis en perros con ascitis experimental y la ascitis se reabsorbe, estos animales pueden sobrevivir con Doca (0,5 mgrs. al día); pero si se le aumenta la dosis de Doca a 10 ó 25 mgrs diarios, la ascitis se forma y hay gran retención renal de sodio, de donde se deduce que la ascitis se mantiene por la acción mineralocorticoide de la doca.

En pacientes con cirrosis y ascitis se ha visto que el contenido de sodio no solo disminuye en la orina sino en las heces, saliva y sudor lo que habla en favor de un exceso de mineralocorticoides en los cirróticos con ascitis.

La sustancia mineralocorticoide que produce el exceso de retención de sodio en los cirróticos es la Aldosterona la cual actuando en exceso sobre los túbulos renales produce este efecto. Como es sabido se segrega en la capa Glomerulosa de la corteza suprarrenal.

Dyrenfurth y colaboradores (1.957) han hallado una excesiva eliminación de aldosterona en los pacientes cirróticos con ascitis. Ulick y colaboradores (1.950) han hallado en cirróticos con ascitis una elevada secreción de aldosterona, 1.570 a 1.630 mcgrs. diarios, y Peterson y colaboradores 1.500 a 3.000 mcgrs. diarios, estos últimos autores han hecho la prueba de sobrecarga sódica, mientras que en pacientes normales la secreción diaria de aldosterona desciende de 230-250 mcgrs. por día a 50 mcgrs. con disminución de la reabsorción tubular de sodio, en el cirrótico no se observa casi esta caída de la producción de aldosterona (1.990-2.080 mcgrs. diarios) con la sobrecarga sódica, lo que demuestra una retención sódica considerable. Un papel secundario juega la dificultad de inactivación de la hormona por la hepatopatía. Este hiperaldosteronismo secundario explica la gran tendencia a la hipokalemia de los cirróticos con ascitis, en especial con cierto tipo de diuréticos. El hiperaldosteronismo secundario en la cirrosis viene a ser el factor general más importante en la génesis de la ascitis, mientras que la hipertensión portal es el factor localizador de ella en la cavidad peritoneal.

El **Hiperaldosteronismo secundario de la ascitis** se debe a una **Hipovolemia arterial** que estimula los receptores de volumen en el seno carotideo y aparato yuxtglomerular del riñón, con excesiva producción de **Adrenoglomerulotrofina**

y de **Hipertensina II**; las cuales estimulando la zona glomeruloesclerosa de la corteza suprarrenal provocan el exceso de producción de aldosterona que ocasiona excesiva retención de agua y sodio por el riñón y perennizan la ascitis y el edema predisponiendo a la hipokalemia cuando se usan diuréticos. Davis y colaboradores (1.962) han hallado hipergranulación en las células del aparato yuxta-glomerular en perros con ascitis provocada por la ligadura de la vena cava inferior dentro del torax. Reeves y colaboradores (1.962) han hallado también hipergranulación en dichas células en pacientes con ascitis por cirrosis hepática. Esta hipergranulación indica hiperactividad secretoria de renina por dichas células.

Los receptores de volumen situados a nivel del seno carotídeo han sido puestos en duda en la actualidad, lo mismo que la existencia de la **Adrenoglomerulotrofina**.

La evacuación mecánica de la ascitis determina un movimiento líquido, del medio vascular a la serosa peritoneal, con baja de la volemia arterial y agravación del hiperaldosteronismo (Wolff y colaboradores 1.957).

La prevención de la formación de ascitis, en los perros, provocada por la congestión hepática, por la aplicación de un molde de yeso, impide el hiperaldosteronismo (DAVIS y BELL 1.957-58), lo que prueba que este es desencadenado por el traslado de líquido asociado a la congestión hepática y la ascitis.

En los esquemas I y II se sintetizan las ideas actuales acerca de la génesis de la ascitis.

DINAMICA DEL LIQUIDO ASCITICO

Las sustancias que componen el líquido ascítico (agua, proteínas y electrolitos) no están estancadas y estáticas, sino por el contrario en equilibrio dinámico que varía con cada constituyente, con el plasma. Los cambios acuosos se producen a una rata de 40 a 80 por ciento por hora y las proteínas al 4 por ciento por hora (PRENTICE y colaboradores 1.952 y SCHOENBERGER y colaboradores 1.956), por lo tanto la formación y desaparición del líquido ascítico no es el resultado del traslado del líquido siguiendo una sola vía, sino que es el resultado de una ganancia o pérdida en el curso de múltiples reacciones de equilibrio que se suceden a diferentes ratas. Por esto los diuréticos pueden ser efectivos en el control de la ascitis aún cuando la anormalidad primaria suministre el líquido en la cavidad peritoneal. LEEVY y colaboradores (1.958) y REYNOLDS y colaboradores (1.960) han demostrado recientemente la disminución de la presión porta después de la diuresis y mejoría de las condiciones generales del paciente. ATKINSON y colaboradores (1.959) han demostrado una marcada caída de la presión portal en las 24 horas que siguen a la administración de un diurético, sugiriendo que la caída resulta de una disminución del volumen sanguíneo esplácnico debido a la acción renal del fármaco.

HIPONATREMIA EN CIRROTICOS

En los cirróticos avanzados con ascitis es frecuente hallar hiponatremia, no debida a la deficiencia de sodio corporal, sino a un exceso de agua extracelular añadida a un exceso de sodio corporal, por lo tanto su terapia reside en la restricción acuosa y no en dar sodio.



Pelargon

Leche acidificada, conteniendo agregados de glúcidos en proporción equilibrada, vitaminas y hierro orgánico.

Para la alimentación normal o mixta del lactante sano desde el nacimiento.

Se obtiene modificando una leche entera a la que se añade ácido láctico que le confiere todas las ventajas de la acidificación, así como sacarosa, maltosa-dextrina y fécula de maíz precocida para completar el aporte calórico y equilibrar la acción fisiológica y grado de asimilación de los azúcares.

De gran valor nutritivo y excelente digestibilidad proporciona una elevada resistencia a las infecciones y una eficaz profilaxis a los trastornos gastrointestinales del lactante.

PELARGON contiene vitaminas A, B₁, B₂, PP, B₆, C y D₃ y hierro orgánico en cantidades fisiológicamente útiles.

Se recomienda generalmente reconstituir Pelargón al 17%, que se obtiene disolviendo una medida (5 g) por onza (30 cm³) de agua hervida, tibia y añadiendo 1/2 medida más por cada 3 onzas.

Serie de cunas antiguas.

“Cuna Siria” del “Djebel Druze”
Hecha de madera pintada.

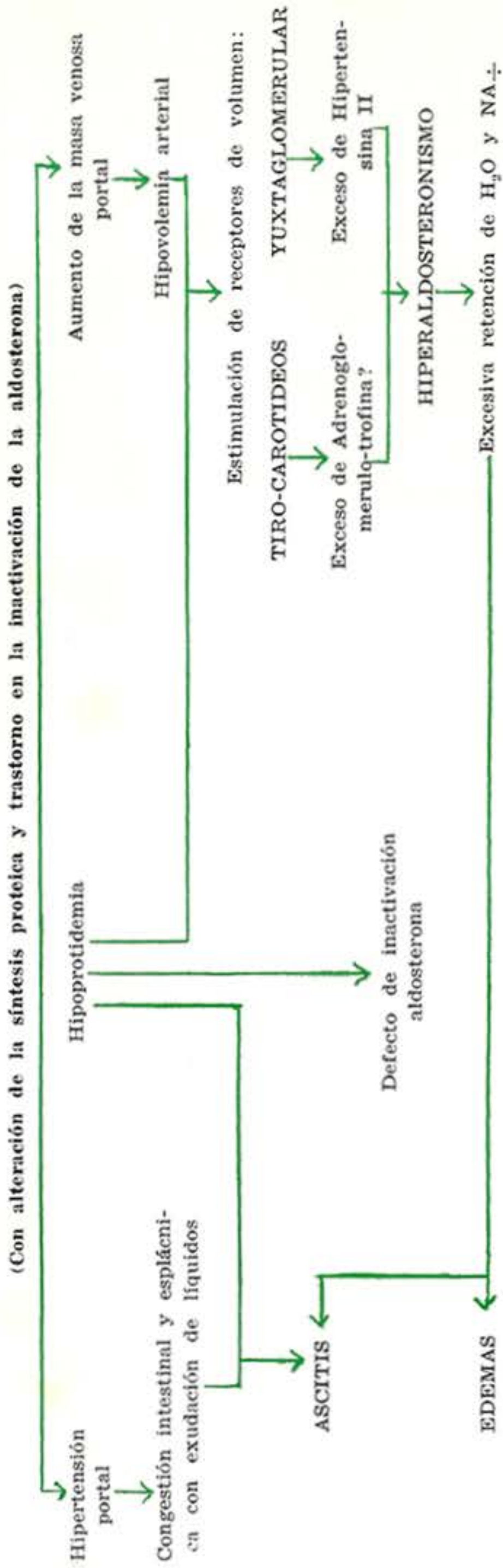
(Museo del Hombre, París)

Ref. IND · CA3 · A · NA · A000



ESQUEMA I

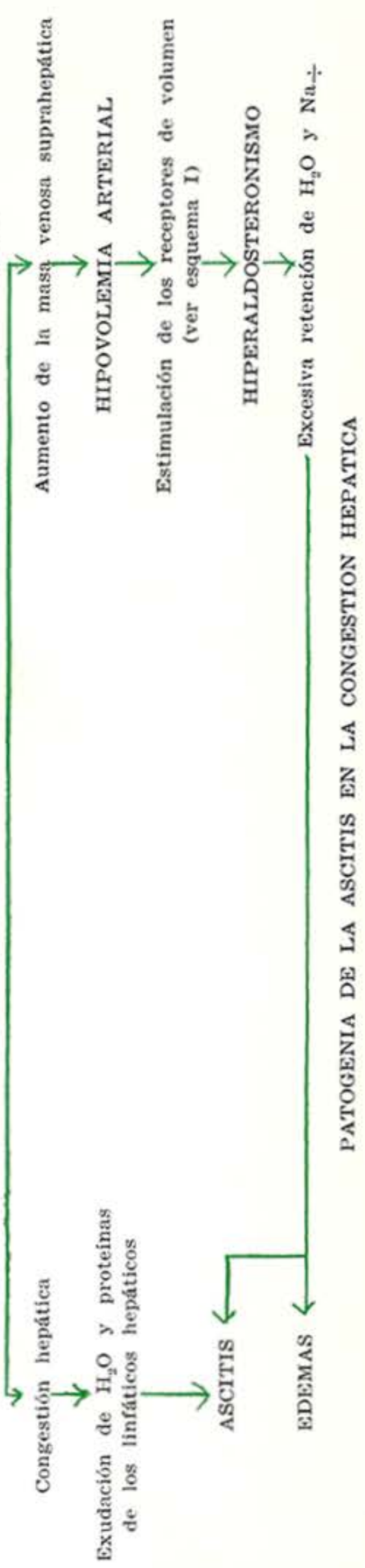
ESCLEROSIS E INSUFICIENCIA HEPATICA



PATOGENIA DE ASCITIS EN CIRROSIS DE LAENNEC

ESQUEMA II

DIFICULTAD DE DRENAJE DE LAS VENAS SUPRAHEPATICAS (I.C.C. PERICARDITIS CONST)



Dificultad en eliminar agua es un fenómeno ya conocido en los cirróticos (BIRCHARD y colaboradores 1.956) y esto no se debe a la inhabilidad de destruir la VASOPRESINA (SCHEDEL Y BARTER, 1.960) por pacientes donde hay insuficiencia suprarrenal y los glucocorticoides producen diuresis. Los pacientes con cirrosis avanzada no producen cantidades normales de 17-HIDROXISTEROIDES y esta puede ser la causa de la excesiva retención de agua.

NICTURIA EN CIRROTICOS

Los cirróticos como los cardíacos presentan NICTURIA cuando están descompensados. JONES y colaboradores (1.952) explican su patogenia por una alteración en la regulación de la filtración glomerular: en los pacientes normales se constata que durante la noche hay una reducción de la tasa de FILTRACION GLOMERULAR y una ELEVACION DEL FLUJO PLASMATICO RENAL, en el cirrótico con nicturia se eleva de noche el FLUJO PLASMATICO pero por el contrario hay elevación de la FILTRACION GLOMERULAR y tendencia a la reducción de la FRACCION FILTRADA, por lo tanto hay menos reabsorción de agua y sodio proximal y diuresis nocturna.

BASES FISIOPATOLOGICAS DEL TRATAMIENTO DE LA ASCITIS

En el esquema III vemos las bases fisiopatológicas del tratamiento, cada uno de los eslabones de la cadena fisiopatológica que la desencadena o perpetúa y que podemos actuar, han sido señalados en el esquema con los números del 1 al 8. Ahora explicaremos brevemente la terapia fisiopatológica de la ascitis.

1º) La hipertensión portal puede ser tratada quirúrgicamente por la anastomosis PORTO-CAVA, que en casos seleccionados produce una desaparición de la ascitis.

2º) La HIPOPROTEINEMIA es una causa secundaria en la génesis de la ascitis, puede corregirse por la administración de albúmina sin sodio.

3º) La HIPOVOLEMIA ARTERIAL se corregiría por transfusión de sangre, plasma o DEXTRAN. Cuando existe hemorragia con hiperaldosteronismo secundario marcado, acentuación de la hipoproteinemia y anoxia hepática, la transfusión sanguínea es el mejor diurético cuando, logra establecerse a tiempo el volumen sanguíneo.

4º) La estimulación EXCESIVA de la zona GLOMERULOSA SUPRARRENAL, se puede contrarrestar por la adrenalectomía, método cruento y peligroso, o por un nuevo fármaco, la METOPIRONA que bloquea la síntesis de la aldosterona.

5º) El HIPERALDOSTERONISMO se contrarrestaría con la ESPIROLATONA la cual como veremos contrarresta los efectos de la aldosterona en el túbulo renal. Según MAJOOR y colaboradores (1.960) la heparina actuaría como anti aldosterónico provocando NATRIURESIS. Existe una nueva droga que actúa como antialdosterónica, el TRIAMTERENO, diurético pteridínico que posee además un efecto diurético propio, se utiliza asociada a un diurético tiazídico y se administra generalmente en días alternos para evitar trastornos electrolíticos.

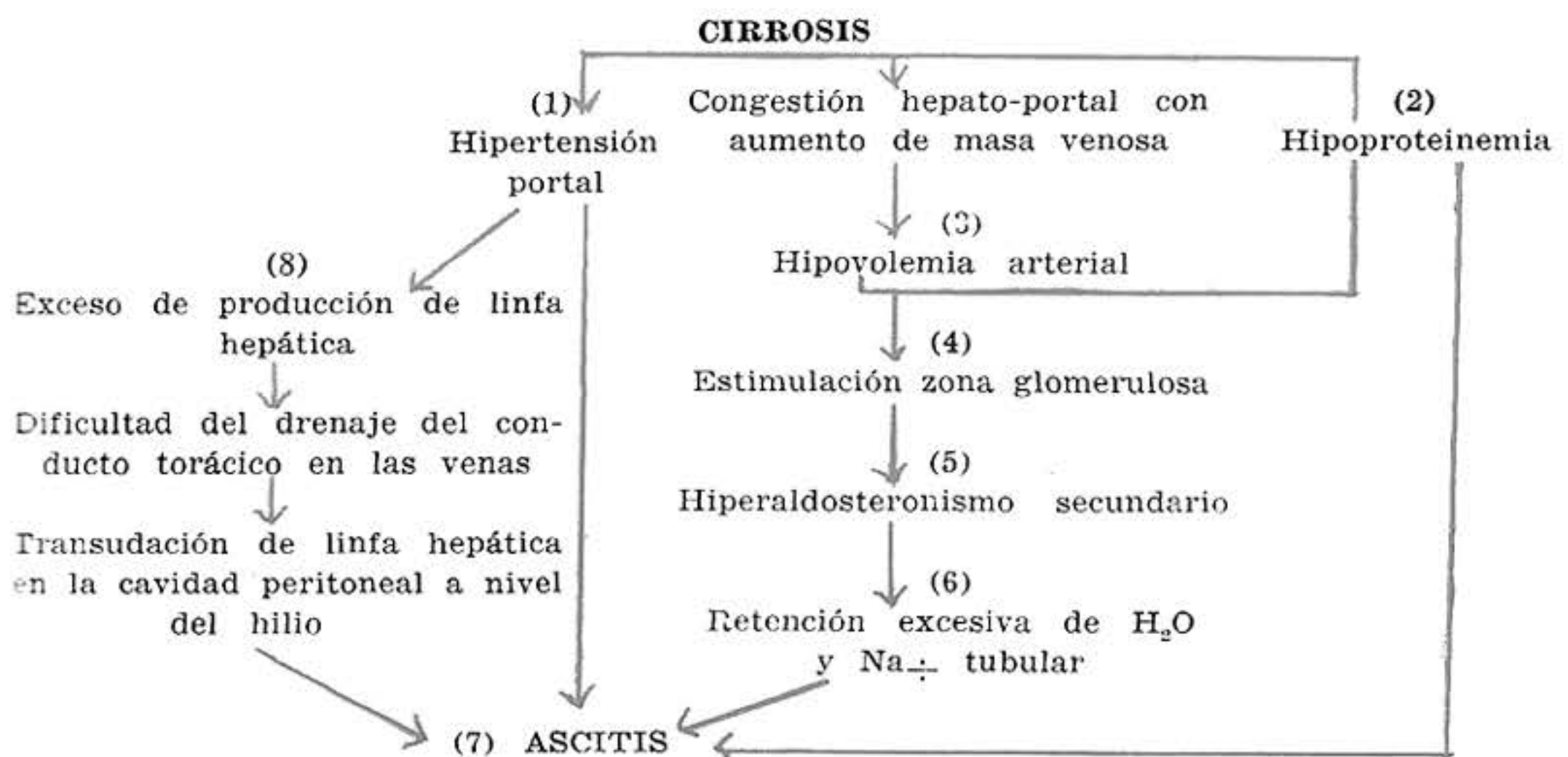
6º) RETENCION EXCESIVA DE SODIO Y AGUA por el riñón, contra este eslabón actúan los diuréticos mercuriales, tiazídicos y glucósidos cardio-activos. Contra la excesiva retención acuosa (HIPONATREMIA POR DILUCION) se emplean los GLUCOCORTICOIDES y el MANITOL al 10 por ciento en infusión para obtener una diuresis osmótica.

7º) Contra la ascitis propiamente actuarían las PARACENTESIS con todos sus inconvenientes.

8º) Modernos estudios de ALLAN E. DUMONT (1.964) acerca de la linfa hepática en cirrosis con o sin hipertensión portal, han demostrado que la canalización del conducto torácico en estos casos bajo anestesia local, demuestra que el diámetro de dicho conducto es 2 a 4 veces mayor que lo normal. La linfa fluye a una presión que oscila entre 15 a 70 cm. de agua es decir 3 a 12 veces más que el flujo normal (1 cc. x min). Después de la canalización de dicho conducto y dejando fluir la linfa libremente, cesó la ascitis, la esplenomegalia, disminuyó la presión portal cesando la hemorragia por las várices esofágicas. BOWER (1.963) y otros, han citado casos análogos. Estas observaciones ponen de manifiesto que la resistencia al flujo linfático en el conducto torácico en los pacientes con cirrosis está dificultado por exceso de producción de linfa hepática en esta afección. Cuando este drenaje es insuficiente la linfa se transuda en el peritoneo provocando ascitis, especialmente a nivel de los linfáticos del hilio hepático (BAGENSTOSS, 1.960 lo demostró). El aumento de la presión intersticial por dicha dificultad de drenaje linfático comprime y dificulta el drenaje venoso facilitando la formación de várices esofágicas que pueden romperse. El procedimiento este es muy importante pues puede efectuarse como una operación de cirugía menor, como se ve en el trabajo de DUMONT y MULHOLLAND (ANN. SURG/ 156:668, 1.962).

Cuando se permite el flujo libre de la linfa hepática abocando dicho conducto al esófago (DUMONT y MULHOLLAND, AM. J. OF PHYSIOL, 204:289. 1.963) cesa la ascitis y no se pierden linfocitos, anticuerpos ni proteínas como sucede a la larga si se deja drenaje linfático hacia el exterior.

ESQUEMA III



SULFOBARINA (ORAL)

Lata de 150 grs.



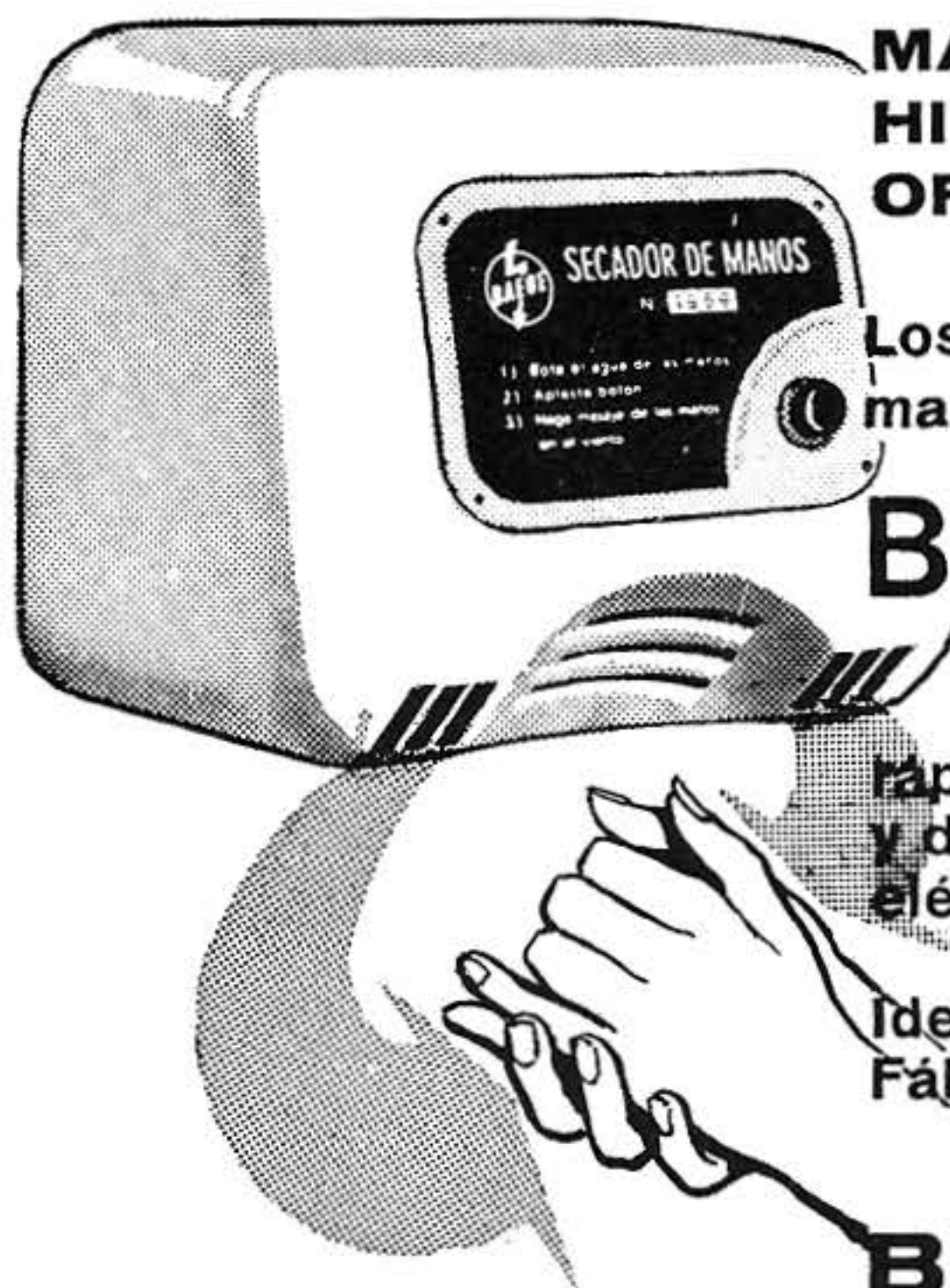
Comida opaca a base de Sulfato de Bario purísimo, aromatizado con cacao, para radio-diagnóstico del tracto gastro intestinal.

La calidad especial del Sulfato de Bario empleado permite obtener imágenes de contraste preciso que facilitan el cometido del radiólogo. El medio emulsionante contribuye a la perfecta distribución del Bario.

Laboratorios Tecno - Químicos, C. A.

Capital Bs. 500.000,00

C A R A C A S



**MAXIMA
HIGIENE en su
OFICINA**

Los secadores de
manos, eléctricos

B A E G E

(alemanes)

Rápidos, eficientes
y de mínimo consumo
eléctrico.

Ideales para Oficinas,
Fábricas, Clínicas, etc.

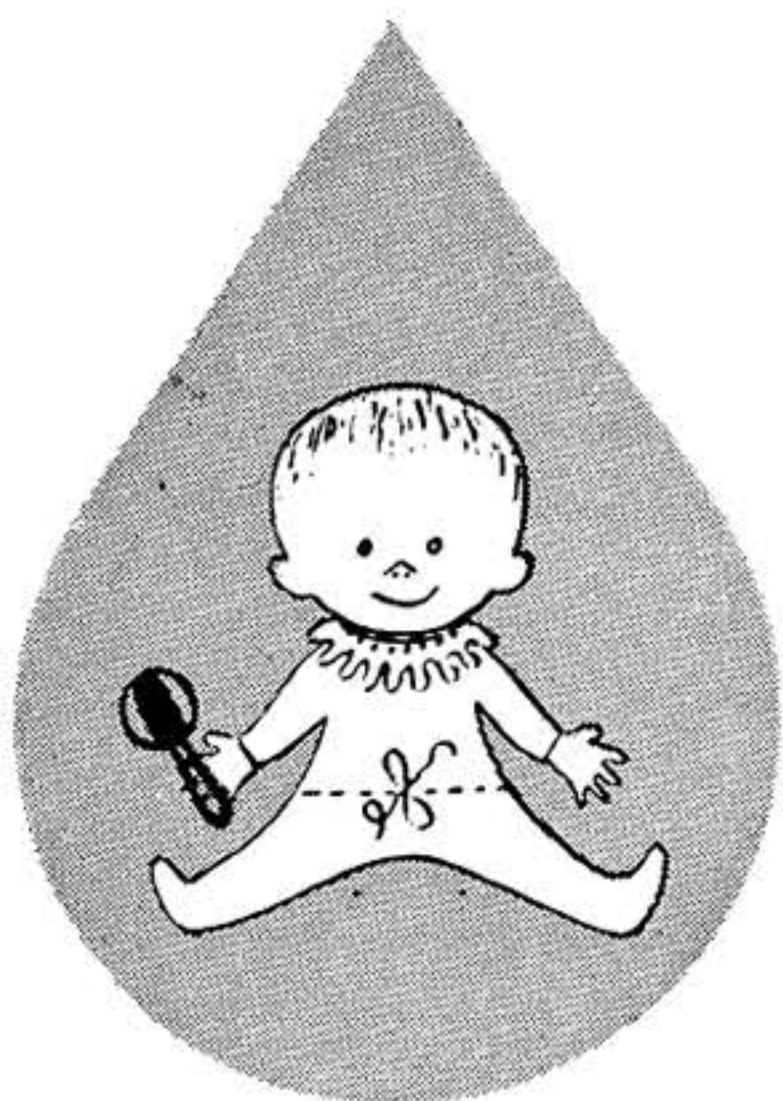
Precio

Bs. 350.00

instalación incluida

Distribuidores
exclusivos:

GEORGES ROCHE S.A.
Santa Teresa a Cipreses, 69 Caracas
Teléf. 41.15.64 - 41.70.67



COMPOSICION

Cada 3 c.c. contiene:

MECLICINA EQUIVALENTE A 25 Mg. DE CLORHIDRATO DE MECLICINA

Como acción anticolinérgica y antihistamínica para detener los espasmos de la musculatura lisa, aliviar posibles alergias, calmar al niño y facilitarle un sueño tranquilo.

Y PIRIDOXINA EQUIVALENTE A 50 Mg. DE CLORHIDRATO DE PIRIDOXINA

Como protección adicional contra cólicos y desórdenes convulsivos de la infancia, debidos a deficiencia de Piridoxina.

BONADOXINA

Gotas

VENTAJAS E INDICACIONES

Proporciona un tratamiento seguro y eficaz en los casos de vómitos del lactante, cólico infantil y o píloro-espasmo en niños y adultos.

- LAS GOTAS DE BONADOXINA "actúan casi inmediatamente".
 LAS GOTAS DE BONADOXINA "detienen los cólicos infantiles en un 84% de los casos".
 LAS GOTAS DE BONADOXINA proporcionan sueño tranquilo al bebé, libre de espasmos y cólicos.
 LAS GOTAS DE BONADOXINA tienen un GUSTO DELICIOSO.
 LAS GOTAS DE BONADOXINA son ideales para los pacientes adultos que tienen dificultad en deglutir tabletas.

DOSIFICACION

Menos de 6 meses	0.5 c.c.	2 ó 3 veces
6 meses a 2 años	1.5 a 2 c.c.	al día en la
2 a 6 años	3 c.c.	lengua en
Adultos y niños		jugo de fru-
mayores de 6 años	5 c.c.	tas o en
	(una cucharadita)	agua.

PRESENTACION

Frascos cuenta-gotas de 10 c.c. y 30 c.c.

Pfizer

Ciencia para
el bienestar de
la humanidad

mannheim
boehringer

Compirid®

ANTIGRIPAL

ETOXIBENZAMIDA - QUININA
ACIDO ASCORBICO - ORFENADRINA

Frasco de 20 grageas

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE GMBH
MANNHEIM - ALEMANIA

Distribuidores Exclusivos para Venezuela:

LABORATORIOS LETI S. A. V.
C A R A C A S

A. GARCIA S. & Cía. Suc. C. A.

FERRETERIA - METALES - ESCALERAS - MADERAS - CARTONES

Cipreses a Hoyo N° 105

Tel. 41 83 15 al 17

LAMINAS DE ACERO INOXIDABLE

LAMINAS DE BRONCE

LAMINAS DE COBRE

LAMINAS DE PLOMO PURO

LAMINAS DE ALUMINIO PURO

LAMINAS DE ZINC PURO

LAMINAS DE METAL EXPANDIDO

LAMINAS DE VIDRIO PLASTICO

LAMINAS PLASTICAS ACANALADAS PARA TECHOS

LAMINAS AISLANTES Y ACUSTICAS

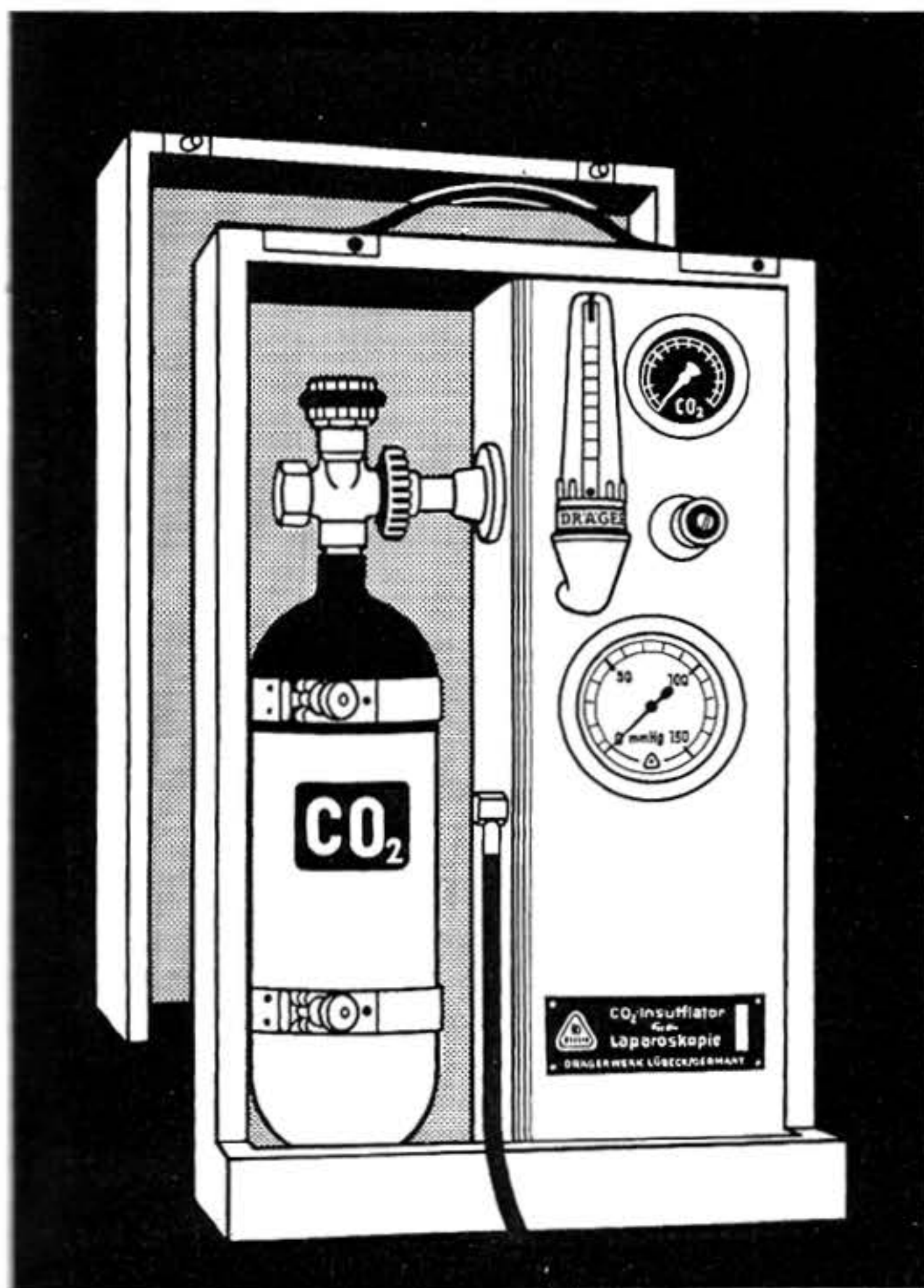
LAMINAS PLASTICAS PARA DECORACION

MAS DE 28 AÑOS SIRVIENDO MEJOR CALIDAD A MENOR PRECIO

Insuflador de CO₂

según el Dr. Frangenheim

para laparoscopia



DRÄGERWERK LÜBECK

Distribuidores J. R. Heymann K.
Ave. Vollmer
T. 55.84.44

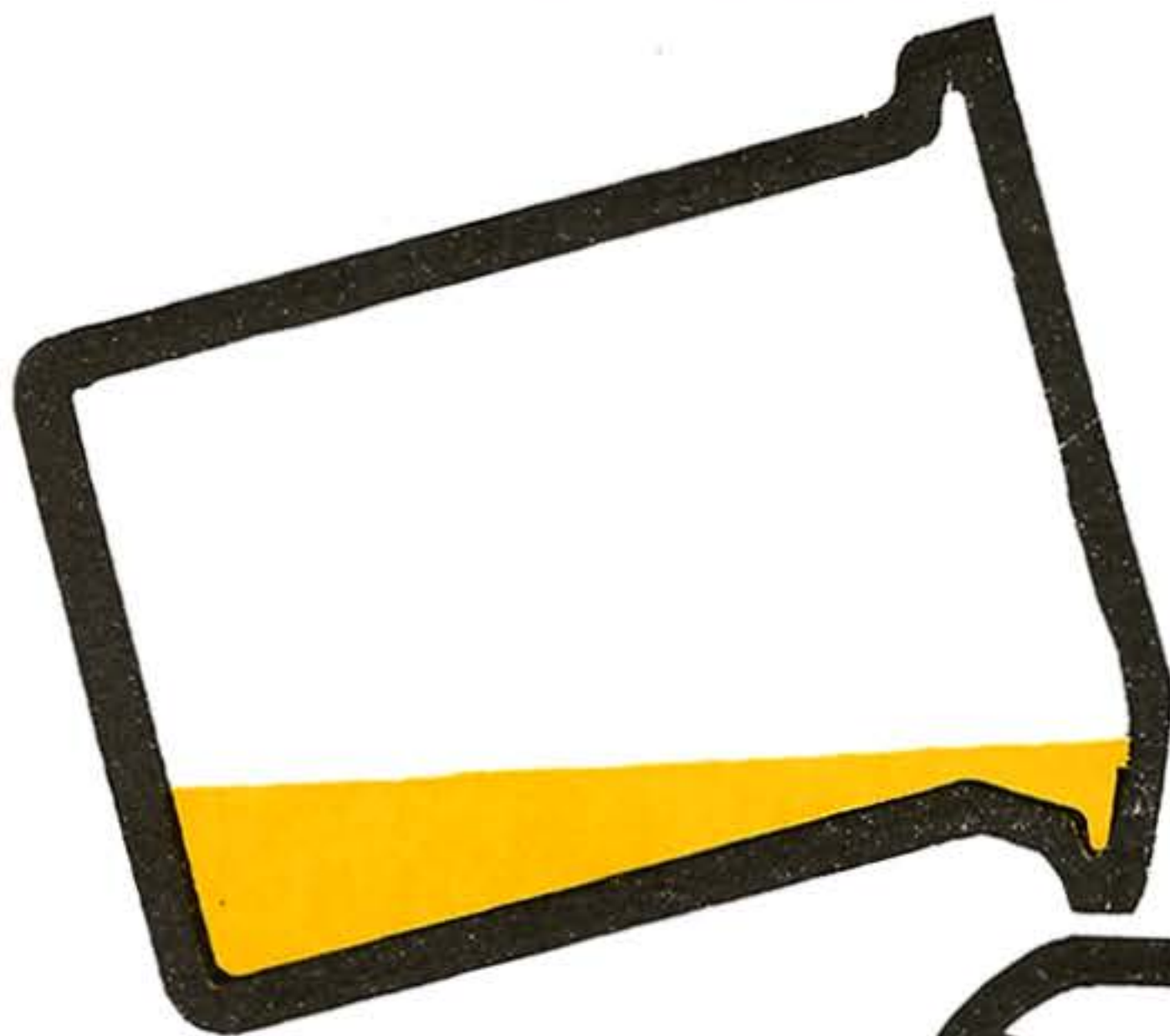
Cortesía

de

Laboratorios UPJOHN

du-fortan

Frascos de 20 tabletas ranuradas, cada una con 4 mg. de
Triclorometiazida



Un diurético que por sus ventajas supera a todos sus antecesores. Mayor potencia hidrosalurética que la clorotiazida y todos sus posteriores derivados.

La más alta potencia diurética con la dosificación más baja.

Acción hipotensora



PRODUCTOS LAZAR C. A.

Distribuidores Exclusivos: Higía, C. A.,

Apartado No. 768 · Caracas



Excelente
comida y
un ambiente
favorable...

A black and white illustration. A hand in a suit sleeve holds a pen, with the pen tip pointing towards the text. To the left, a profile of a man wearing a hat is shown. Below the illustration is the restaurant's name and a slogan.

... Para sus negocios
Para su familia
Para sus amigos

RESTAURANT
LA ESTANECIA

Con la mejor carne venezolana, la mejor parrilla argentina

AV. PRINCIPAL, LA CASTELLANA, ESQUINA URDANETA — TELEFONO: 33-19-37 — CARACAS - VENEZUELA