

und besonders pathologischen Zustände durch die Gewichtszunahme des Körpers.

Indem man die Techniken der Entfettungskuren betrachtet, so gibt der Autor an, dass alle in irgend einer Weise Probleme des dem Körper nötigen Oxidations materiales sind, und dass die Reduktion der Calorienwerte - verschieden je nach der Schnelligkeit mit der man die Abnahme des Gewichtes erlangen will - berechnet werden soll, in dem man die Höhe des zu behandelnden Individuums zu Grunde legt und die Coefficienten des Körperoberfläche. Es wechseln gleicherweise bei den verschiedenen Ernährungsarten, welche als Muster oder Schemata der Gutfettung angeschaut werden die fettbildenden Substanzen, die von der Ernährung ausgeschlossen werden müssen.

Ein kostbares Hilfsmittel der Entfettungskuren ist das Klima, und besonders das Höhenklima, dasjenige der hohen Berge. Es ist nötig, die Muskelarbeit zu dosieren, indem man sie in angemessener Form anwendet.

Die Medikamente haben einen begrenzten oder gar keine Wert bei den Magerheitskuren. Mit den opotherapischen Kuren erlangt man einige Resultate; die Substanz der Tyriodea steuert unmittelbar den Metabolismus, daher wird sie in den Fällen endogener Obesität verwandt, welche eine Störung der inneren Sekretion zur Folge haben und welche wahrscheinlich zu einem Erfolge in den anderen Fällen führt.

PRÁCTICA MÉDICA

CONDUCTA ANTE UN CASO DE EMBARAZO EXTRAUTERINO

por el doctor

J. VANRELL

Se designa con el nombre de *embarazo extrauterino* o *ectópico* el que apartándose de la normalidad, se desarrolla fuera de la cavidad uterina.

La relativa frecuencia del embarazo ectópico así como los graves fenómenos que puede suscitar en un momento dado, exigen del práctico una exacta penetración de su mecanismo determinante, para poder sentar con conocimiento de causa, en trances de urgencia, un diagnóstico acertado y una oportuna indicación terapéutica.

Se distinguen tres variedades de embarazo extrauterino: el *embarazo tubárico*, el *ovárico* y el *abdominal*.

En el embarazo tubárico, el más frecuente, la inserción del huevo en la trompa puede asentar a nivel del pabellón (*embarazo infundibular*); de la porción externa del cuerpo (*embarazo ampular*); de la porción interna (*embarazo ístmico*) y en el trayecto intrauterino de la misma (*embarazo intersticial o intramural*).

Los embarazos primitivos en la cavidad del abdomen o en el ovario son excepcionales. El embarazo abdominal puede presentarse secundariamente a la expulsión de un saco ovular vivo de la cavidad de la trompa; también constituye un hecho insólito.

Las causas determinantes de la nidación extrauterina del huevo son mal conocidas. Se ha incriminado: a la estrechez tubaria que produce la salpingitis gonocócica o banal; a lesiones específicas (sífilis, tuberculosis); a la descamación del epitelio tubario de revestimiento con pérdida de sus cilios; a deformidades congénitas: atresias, torsiones, sinuosidades, etc.; a inflexiones y deformaciones de la trompa por bridas de pelvi-peritonitis

pelviana; a la existencia de divertículos tubarios o de trompas accesorias; a la precoz maduración del óvulo que determina su nidación anticipada; a la superemigración del espermatozoide o del óvulo (*superemigración interna*), etc., sin que nada pueda precisarse con certeza sobre el particular. Las observaciones repetidas de embarazo ectópico en una misma mujer son frecuentes en la bibliografía.

En principio, la actuación del médico ante un caso de embarazo ectópico estará condicionada por dos factores: la edad del embarazo y la existencia o inexistencia de complicaciones en el momento del examen.

La fecha del embarazo constituye un factor de importancia; si se trata de una gestación reciente, de pocas semanas, cabe contemporizar hasta asegurarnos del diagnóstico. Por otra parte la vida del embrión no cuenta para nada; lo importante es librar de un peligro inminente a la embarazada.

Por encima de los 5 meses de embarazo entran en juego otras circunstancias que deben ser tomadas en consideración. Interesa asegurar la viabilidad del feto siempre que ello no implique grave riesgo para la madre. Apresurémonos a decir que aunque la literatura registra casos de embarazo tubárico, tubo-abdominal y abdominal con feto viable en los que una intervención retardada salvó la vida del producto, el hecho es rarísimo y no se presenta en la práctica diaria, porque el embarazo ectópico tiende a interrumpirse en una o otra forma en los primeros meses de la gestación.

Conviene, por lo tanto, distinguir entre los signos diagnósticos del embarazo ectópico *no complicado* es decir en evolución yaquellos que coinciden con el momento, más o menos aparatoso, que marca el término de la gestación.

Signos clínicos del embarazo ectópico en evolución.—

En sus comienzos, suelen apreciarse, más o menos acusados los signos de presunción de un embarazo normal: supresión de las reglas, turgencia de las mamas, trastornos digestivos nerviosos, línea morena, pigmentaciones, etc.

La mayor parte de las veces, las enfermas confiesan en sus conmemorativos la existencia de una falta menstrual, seguida, luego de varias semanas de intervalo, de pequeñas hemorragias periódicas con dolores atribuidas a subsiguientes menstruaciones. En ocasiones, sin embargo, no puede precisarse por la anamnesis la existencia de una falta menstrual.

La aparición en una mujer joven de pequeñas hemorragias luego de una falta menstrual, debe ponernos siempre en guardia.

La vaguedad de los signos de embarazo hace que, aun reconociendo cuidadosamente a las enfermas pueda confundirse el embarazo ectópico en sus primeros tiempos con tumoraciones parauterinas que ofrecen datos físicos parecidos: salpingitis, fibromas subperitoneales del útero y tumores sólidos del ovario. Las dificultades diagnósticas pueden ser mayores cuando se trata de la asociación de un tumor yuxta-uterino a un útero grávido con síntomas poco acusados de embarazo.

Por el contrario si los fenómenos de embarazo son bien netos y el tumor se halla caído en el Douglas es fácil la confusión de un embarazo ectópico joven con un útero grávido en retroflexión.

Es por ello que debemos prestar la atención más cuidadosa a los conmemorativos y al examen del aparato genital.

El tacto vaginal comprueba que el útero tomentoso, movable y algo aumentado de volumen no ocupa su sitio normal; se halla rechazado hacia delante y hacia arriba percibiéndose su fondo por detrás del pubis; el cuello se encuentra también ascendido y con ligero reblandecimiento.

En uno de los fondos de saco vaginales, lateralmente o en el Douglas, hace relieve un tumor renitente que unas veces forma cuerpo con el útero pero que más a menudo se halla distintamente separado del mismo; puede estar dotado de latidos vasculares y en los embarazos algo más avanzados ofrecer zonas de consistencia distinta que incluso dan sensación de peloteo. Si se explora el tumor a prudentes intervalos se aprecia su progresivo crecimiento. *Todo aumento rápido de una tumoración yuxta-uterina con útero grande e independiente de la misma, y signos más o menos velados de embarazo, acompañados de pequeñas pérdidas sanguíneas periódicas, pero no mensuales y dolores, debe hacernos pensar en el embarazo ectópico.* Las hemorragias son irregulares, tienen frecuentemente color moreno achocolatado y pueden ser en ocasiones abundantes traduciendo entonces la interrupción del embarazo.

La expulsión de la caduca uterina en forma de membrana que sigue a la aparición de la metrorragia es aceptada por algunos autores como independiente de la interrupción del embarazo. Creemos sin embargo que constituye casi siempre un signo fiel que señala con la mayor probabilidad el aborto del huevo extrauterino.

Pasado el quinto mes existirían ya signos ciertos de embarazo. Sin embargo es excepcional que llegue a alcanzar esta fecha. La exploración abdominal puede reconocer entonces que el quiste fetal no tiene la regularidad de contornos, consistencia elástica y superficie lisa del útero gestante. Se perciben con más relieve y seguridad que en los embarazos normales partes fetales así como movimientos activos del feto, ruidos cardíacos y el soplo materno. *No existen contracciones uterinas de tonicidad.* La exploración determina muchas veces agudos dolores.

El tacto vaginal aprecia el reblandecimiento del cuello; una masa que ocupa el fondo de saco posterior y corresponde al polo inferior del huevo y el cuerpo uterino, separado de aquella por un surco, más o menos individualizable.

Sintomatología en los casos de embarazo extrauterino complicado.—Por regla general el práctico solo es llamado a asistir un embarazo ectópico cuando este determina algún cuadro sindrómico alarmante. Hasta entonces la paciente se cree en curso de un embarazo normal y no recurre al facultativo. Tres casos pueden presentarse: unas veces el embarazo ectópico complicado da lugar a un cuadro sintomático traducido por dolores y hemorragia que se prolonga durante varios días y sobreviene tras de un retardo de las reglas. El estado de la enferma se altera; el pulso asciende; a veces se presentan pequeñas elevaciones térmicas; varios días después todo vuelve aparentemente a la normali-

dad. El tacto combinado, que debe ser practicado con gran cuidado, muestra un fondo de saco ocupado por un tumor de forma alargada y de consistencia pastosa. Al siguiente período menstrual, muchas veces antes, vuelven a reaparecer los dolores y las hemorragias, aumentando correlativamente el tumor anexial: se trata de un *hematosalpinge*, primer tiempo del aborto o de la rotura tubarias.

En otras ocasiones, siempre al principio de un supuesto embarazo, ocurre una crisis dolorosa con irradiación a los lomos y periné acompañada de ligeras metrorragias, timpanismo abdominal, náuseas, o vómitos y pulso frecuente. En los días sucesivos puede presentarse ictericia. La metrorragia va acompañada de la expulsión en todo o en parte de la caduca uterina. Cuando la reacción peritoneal es poco marcada (a consecuencia de que el derrame intraperitoneal es escaso o se trata de enferma poco sensible), todo pasa como si se tratase de un aborto ordinario. La paciente así lo cree y enseña como aseveración paños con coágulos y dolorimiento del abdomen y sobre todo el tacto vaginal restos de la decidua. La frecuencia de pulso, el nal contribuirán a esclarecer el diagnóstico, a veces difícil de precisar. El tacto vaginal acusa un empastamiento doloroso del fondo de saco de Douglas más o menos marcado según la importancia del derrame intraperitoneal. Se trata del *aborto tubárico* o mejor tubo-abdominal que puede evolucionar en distintas formas: unas veces el aborto del huevo ha sido completo; expulsado a la cavidad abdominal y confundido con el derrame, el peritoneo forma a su alrededor una membrana limitante constituyéndose el *hematocele*. Este es ordinariamente de poco volumen, simula una masa anexial que ocupe el Douglas y produce dolores y metrorragias durante algún tiempo. El hematocele puede enquistarse definitivamente y ser reabsorbido sin otras consecuencias: más de una vez *no son diagnosticados* y pasan por simples abortos.

Cuando la expulsión del huevo no es completa la reacción peritoneal puede ser más marcada. Las metrorragias son mayores pero no se hallan en proporción con la anemia ostensible y el estado general alarmante. En ocasiones el hematocele crece por saltos, evolucionando en el espacio de varios días o semanas y pudiendo contaminarse secundariamente con gérmenes venidos del útero o del intestino, lo que determina la supuración con altas pirexias y fenómenos peritoneales y septicémicos. Otras veces el cuadro es mucho más dramático. Subitamente acusa la embarazada dolor intenso que algunas enfermas explican como sensación de desgarrar que se generaliza rápidamente a todo el abdomen, presentándose síntomas de hemorragia interna grave (zumbidos de oídos, vértigos, lipotimias, pulso rápido y filiforme, mucosas exangües, dilatación pupilar, sudores fríos, taquipnea, etc.) y fenómenos de reacción peritoneal (náuseas, vómitos, timpanismo abdominal).

Por palpación se aprecia un vientre sensible a la presión y meteorizado. La percusión muestra matidez en las zonas declives y, si el derrame es abundante, por encima del pubis. Puede ir acompañado de metrorragias y *es frecuente la expulsión de la caduca uterina.*

Por último, en el caso rarísimo de transcurrir seis

NÓME
mese
persi
gar a
falso
parto
zos
vés
resol
Co
facto
actua
Si
rida
ñala
ción.
a la
mien
admi
raro
la re
Al
por
que
saria
N
razo
rara
A
nue
toló
E
tene
inter
rica
ha
cons
gia.
sobr
la c
E
prep
en
tran
mid
ace
clor
got
de
lina
vas
mer
Lo
El
sea
tím
gru
ver
her
ver
tra
I
tan

meses sin que ocurra alguno de los hechos mencionados, persistiendo el embarazo ectópico, éste puede dar lugar a un feto viable que termina la gravidez con un *falso trabajo*: dolores uterinos, análogos a los de un parto normal, derrames sanguíneos, expulsión de trozos de caduca, etc. El tacto vaginal comprueba, a través del orificio del cuello entreabierto, el útero vacío, resolviendo el problema diagnóstico.

Conducta terapéutica.—Como vemos, son varios los factores que en tales casos deben condicionar nuestra actuación.

Si el embarazo ectópico es diagnosticado con seguridad antes de ocurrir alguna de las contingencias señaladas, debemos decidirnos *ipso facto* por la intervención. En caso de duda será prudente esperar, vigilando a la enferma y comprobando cuidadosamente el crecimiento de la tumoración que hemos descubierto; admitida la posibilidad de un embarazo ectópico, raro será que una observación atenta no conduzca a la resolución del problema.

Algunos autores se deciden siempre, aun en la duda, por la intervención ya que la experiencia ha demostrado que una intervención en los anejos no interrumpe necesariamente la gestación.

Nada diremos de la conducta a seguir en el embarazo ectópico avanzado porque esta contingencia es tan rara que no se presenta en la práctica.

Ante un caso de embarazo extrauterino complicado nuestra actuación variará según la forma anatómo-patológica de la complicación.

En la rotura tubaria es ante todo imprescindible detener la hemorragia, tratar el shock y la anemia. La intervención debe ser rápida. Algunos autores americanos aconsejan diferir el acto quirúrgico hasta que ha desaparecido el estado shock; juzgamos que ello constituye una mala táctica en casos de gran hemorragia. En las pequeñas hemorragias, cuando predomina sobre todo la inhibición nerviosa por reflejo peritoneal, la expectación podría hasta cierto punto defenderse.

En tanto que se dispone el acto quirúrgico, debe prepararse a la enferma calentándola, manteniéndola en posición semi-declive, ejecutando la llamada auto-transfusión mediante apretados vendajes en las extremidades, administrándole tónicos cardíacos, sobre todo aceite alcanforado, coagulantes (Zimema, Coaguleno, cloruro de cal, etc.), y suero fisiológico con algunas gotas (X a XX) de adrenalina. No es prudente abusar de los vaso-constrictores (ergotina, ginergeno, adrenalina, etcétera), que al disminuir el calibre de los vasos y con ello la tensión, dificulta paradójicamente las probabilidades de hemostasis espontánea. Lo mismo diremos de las dosis masivas de suero. El proceder ideal que debe practicarse siempre que ello sea factible es la transfusión sanguínea; 400 ó 500 centímetros cúbicos de sangre pura de un dador de grupo hemático compatible, determinan a veces una verdadera resurrección. La transfusión es por sí misma hemostásica; por estas circunstancias no debiera intervenir ninguna rotura tubárica sin haber previamente transfundido a la enferma, de ser ello posible.

Los casos de hematosalpinge deben ser intervenidos tan luego como son diagnosticados.

En lo que respecta al tratamiento de los hematoceles pelvianos cabe hacer distinciones. Si se trata de un hematocele reciente, no vemos inconveniente alguno en intervenir rápidamente. Nada podemos asegurar sobre la posible evolución del proceso y la intervención libra a la enferma de lo que, por varios conceptos, puede resultar peligroso.

Si el hematocele tiene varios días de fecha lo mejor es decidirse por la expectativa. Algunos hematoceles bien enquistados se reabsorben completamente. Además se hallan muchas veces en estado de microbismo latente y la manipulación en el peritoneo puede ser peligrosa. Por esta circunstancia, siempre que intervengamos quirúrgicamente en estos casos especiales, dejaremos drenaje. *Todo derrame sanguíneo acumulado en el peritoneo durante algún tiempo es sospechoso de infección.*

Si el hematocele evoluciona por brotes sucesivos, si aumenta de volumen y determina en la enferma intensos fenómenos de reacción, es de regla la intervención previa punción diagnóstica del Douglas en caso de duda, después de un período de prudente terapéutica expectante.

La vía abdominal es, a pesar de los mayores riesgos, la más adecuada para el tratamiento del foco hemorrágico.

En los caso de hematocele infectado la única solución es la colpotomía.

OTALGIAS

por el doctor

L. VILA ABADA

Médico del Hospital Clínico, de Barcelona

El síntoma dolor es uno de los que más molestan al paciente. Si el sitio de localización es un punto tan sensible como el órgano de la audición la molestia llega al paroxismo. Por esto vemos a los enfermos afectados de otalgia extremadamente susceptibles y anonadados.

El dolor lancinante, persistente, que irradia a la cabeza y a la región inervada por el trigemino es violento y reduce al paciente a la impotencia.

La otalgia es más frecuente de noche, durante el día desaparece o se atenúa la mayoría de veces para recurrir en la noche siguiente.

Hay diferentes procesos que determinan la otalgia, los unos tienen su localización en el oído, otros tienen su desarrollo en la faringe o laringe.

La enfermedad que produce con más frecuencia otalgia es la otitis media aguda catarral o purulenta.

La otalgia en la otitis media aguda se presenta frecuentemente en los niños, que son los que pagan mayor tributo a las infecciones agudas por la facilidad con que tienen adenoiditis y por extensión del proceso salpingitis y otitis.

El niño afecto de otitis media aguda con derrame seroso o purulento tiene una fuerte congestión de la mucosa de la trompa y del oído medio con infiltración de la misma y obstrucción tubárica consecutiva. El