

jetos fracasó el tratamiento, precisamente en aquellos en que pudo identificarse la presencia del *Trichophyton purpureum*.

Dermatofitosis de las manos y de los pies. Los pacientes de este grupo fueron los más numerosos. Es difícil afirmar la curación completa en esta variedad de dermatofitosis; incluso en los casos de aparente curación clínica es posible el cultivo de hongos patógenos después de cesar el tratamiento. Nuestro criterio curativo fué la desaparición completa del prurito, de las vesículas y de las escamas.

Nuestros resultados en este grupo pueden resumirse de la manera siguiente: 1) En la mayoría de los casos se observó sorprendente mejoría durante las dos primeras semanas, mucho más rápida que la obtenida con los propionatos y los caprilatos empleados por separado. 2) El prurito se dominó con mucha mayor facilidad que con cualquier otra preparación de las usualmente empleadas. 3) El 75 por 100 de los pacientes pudieron darse de alta clínicamente al final de la cuarta o de la quinta semanas de tratamiento. 4) En la mitad del 25 por 100 restante, se observó mejoría manifiesta al final de la quinta semana, pero quedó prueba de actividad patológica por la descamación. 5) Desaparecieron rápidamente las manifestaciones eczematosas de las manos. 6) En aquellos considerados clínicamente curados no se lamentó la recidiva, siempre que el tratamiento se prolongara con aplicaciones bisemanales como medida profiláctica.

Dermatofitosis por el T. purpureum, aparte las de las uñas. Uno de los enfermos de este grupo era una mujer con lesiones del cuerpo que databan de varios meses, las cuales desaparecieron a las tres semanas de tratamiento. En otra mujer con una afección semejante, se requirieron tres meses para alcanzar el mismo resultado curativo. El tercero fué un sujeto del sexo masculino con dermatofitosis por el *T. purpureum* de los pies; había usado pomadas con ácido propiónico sin resultado, solamente obtenido al emplear la mezcla de que tratamos. El cuarto fué otro paciente similar cuya curación se obtuvo en tres meses. El último de estos pacientes había curado aparentemente con los ácidos grasos por separado, pero con frecuentes recidivas; a los tres meses de la pomada mixta se obtuvo la curación clínica sin recidiva.

GINECOLOGÍA

EMBARAZO ECTÓPICO

Dres. W. D. BEACHAM, CONRAD G. COLLINS, E. PERRY THOMAS y DAN W. BEACHAM

De las Secciones de Ginecología y Obstetricia de «Tulane University» y del
«Charity Hospital of New Orleans», Ga.

EL embarazo ectópico, conocido y tratado por BAHUÍN y ABULCASIS, sucesivamente mejorados su diagnóstico y terapéutica, al llegar a nuestro siglo, su literatura es considerable, procedente de todas las instituciones obstétricas y ginecológicas. En el Charity Hospital de Louisiana, a partir de 1906, se han registrado más de mil casos, los cuales merecen el sumario que se intenta en las presentes líneas.

Edad

Entre las mujeres de raza negra, la mayoría de los embarazos ectópicos ocurrió entre los 21 y los 30 años; entre las de raza blanca esta edad se desplaza entre los 26 y los 35 años. La paciente blanca más joven contaba 16 años,

en tanto que la mayor alcanzaba los 42; la mujer negra más joven, con embarazo ectópico, había cumplido sólo 16 años y la mayor los 48.

Embarazos previos

Estos datos se han tomado únicamente en las series de la década entre 1937 y 1946 por no haberse registrado antes con suficiente precisión. De las 381 afectas de embarazo tubárico, sólo 66 eran primigrávidas; como caso extremo se encontraron 17 septigrávidas.

En 26 se registró la historia de un aborto; 7 habían sufrido dos abortos; 55 habían tenido tres o más abortos, hasta el extremo de una que había llegado a los trece.

Trece (el 3.4 por 100) de estas 381 pacientes habían sufrido otros embarazos ectópicos. No se pudo comprobar, como se ha sostenido, que el embarazo extrauterino haya ido precedido de un largo periodo de esterilidad.

La trompa interesada resultó ser la derecha en el 60.1 por 100 de los casos y la izquierda en el 39.9 por 100. La localización más frecuente fué la ampolla, después el istmo y en último lugar la porción intersticial.

Estos embarazos tubáricos fueron, en el 12.8 por 100 intactos; en el 70.8 por 100 con ruptura, y en el 16.4 por 100 considerados como abortos.

La presencia de gestación intraligamentosa resultó con una frecuencia del 1.5 por 100 en el lado derecho y del 0.5 por 100 en el izquierdo.

Se encontraron 4 casos de embarazo doble, extra e intrauterino, y 2 casos de embarazo extrauterino doble bilateral.

El 18.1 por 100 de las enfermas tratadas por embarazo tubárico, habían sido operadas previamente en la porción inferior del abdomen, con mayor frecuencia de apendicectomía.

Según los datos histológicos, el 36 por 100 de las enfermas sufrían salpingitis, aunque ninguna de naturaleza tuberculosa.

Molestias acusadas

El 67.8 por 100 de las enfermas que componen este estudio acusaron el dolor como síntoma principal; el 20.3 por 100 sintieron dolor y se presentó al mismo tiempo hemorragia; en el 8.9 por 100 la hemorragia fué el signo más importante. La sensación de debilidad sólo se manifestó en el 3 por 100 de los casos. En las historias se encuentra también el relato de náuseas, vómitos, síncope y otros signos más secundarios.

Sólo el 8.8 por 100 de las pacientes llegaron al hospital antes de cumplirse 12 horas de haber comenzado los síntomas; el 12.3 por 100 se habían sentido enfermas durante un día y el 4.4 por 100 durante dos días; el 17.2 por 100 dieron una duración de una a dos semanas; el 27 por 100, de dos semanas a dos meses, y el 1.6 por 100, de cuatro a cinco meses.

El dolor del embarazo ectópico puede variar considerablemente en relación al estado del embrión, a la conservación de la integridad de la trompa, a la hemorragia y al carácter de la enferma.

El sitio del dolor es, con la mayor frecuencia, en los cuadrantes inferiores del abdomen; puede ser también umbilical e hipocóndrico; con más frecuencia de la esperada se había señalado en el hombro derecho.

El comienzo del dolor fué súbito en el 68.2 por 100 de los casos, y paulatino en el 31.8 por 100. En el 69 por 100 se presentó sin previa fatiga. La intensidad se apreció como ligera en el 4.8 por 100, moderada en el 11.8 por 100 y fuerte en el 83.4 por 100. Tenía carácter intermitente en el 85.1 por 100 de los casos, y continuo en el 14.9 por 100.

Aunque la historia es de gran importancia para el diagnóstico de la gesta-

ción ectópica, debe procederse al examen pélvico cuidadoso, con todas las precauciones para evitar la ruptura de una trompa o para no agravar la hemorragia. No hay duda que en muchas circunstancias se ha dado de alta a ciertas enfermas con el diagnóstico de amenaza de aborto, para demostrarse la incorrección del diagnóstico al regresar poco después la misma paciente con la ruptura de un embarazo tubárico. Por esto todo caso de abortos incompletos o con la amenaza de sufrirlo, debe examinarse hasta asegurar la corrección del diagnóstico.

Bastantes pacientes llegaron al hospital con fiebre; si ésta pasa de los 39 C. puede asegurarse que hay otra causa intercurrente. Casi todas las pacientes ingresaron en estado de shock más o menos completo.

Procedimientos diagnósticos

En los casos en que se sospecha el embarazo tubárico con hemorragia abdominal, si las observaciones clínicas no son absolutamente concluyentes, debe intentarse la punción del fondo de saco, procedimiento que se llevó a cabo en 74 enfermas durante los últimos diez años. En 69 de estas circunstancias se consideró la prueba como positiva y, consecutivamente, se procedió a la operación. En otros 5 casos la punción se interpretó como negativa, aunque se encontró sangre en el abdomen poco después de la colpocentesis.

Se ha escrito bastante acerca del valor del tiempo de sedimentación para el diagnóstico de la gestación ectópica. Se practicó en 234 de nuestros casos con el resultado concluyente en la mayoría. Desde luego, se examinó el valor de la anemia, medio excelente para determinar el grado de actividad de la hemorragia interna posible.

Diagnóstico operatorio

La recopilación de los resultados obtenidos en el Charity Hospital demuestra el grado de precisión en el diagnóstico preoperatorio del embarazo extrauterino; en el periodo de los últimos 10 años, 82 por 100 de los casos se diagnosticaron correctamente.

Los miomas representan el mayor motivo de errores, pero hay que añadir que en gran proporción estos fibroides uterinos se hallaban presentes junto a la gestación ectópica. Los demás motivos de confusión fueron las enfermedades inflamatorias pélvicas, los quistes ováricos, y las apendicitis.

Se ha llamado síndrome del embarazo ectópico a la reunión del dolor provocado cervical, a la hemorragia vaginal, a la presencia de una masa anexial, a la anormalidad del contenido del fondo de saco y a los fenómenos de shock. El dolor a la manipulación cervical se encontró presente en el 91.1 por 100 de los casos; la hemorragia en el 76.8 por 100; la masa anexial en el 43.3 por 100; la anormalidad del contenido en el fondo del saco en el 39.6 por 100 y el shock en el 13.6 por 100. Sin embargo, LITZENBERG ha señalado lo erróneo de confiar en estos llamados signos cardinales, a causa del gran número de casos que pueden considerarse atípicos.

Procedimientos operatorios

En 133 de los 373 últimos casos se emprendió la salpingectomía, bilateral en 12 ocasiones. Ciento setenta pacientes se sometieron a la oóforosalpingectomía. La histerectomía se llevó a cabo en 63 ocasiones, 46 de la variedad supracervical, en 13 por vía abdominal y en 4 por vía vaginal. En muchos casos de histerectomía se extirparon también los anexos.

Como se comprende, si la paciente está en estado de shock o en evolución hacia él, deberá recurrirse al procedimiento operatorio de menor traumatismo y duración. Pero si la paciente se encuentra en buenas condiciones y la cantidad

de sangre en el abdomen es mínima, el operador procederá sensatamente si emprende la operación más indicada.

La raquianestesia fué el procedimiento más empleado en las operaciones durante los últimos años; en segundo término figura la anestesia inducida con gas y seguida por el éter.

Mortalidad

WILLIAMS y CORBIT, al analizar 101 casos fatales de embarazo ectópico señalaron el hecho de que la proporción es doble en la raza negra, comparada a la blanca.

De las muertes lamentadas en el New Orleans Charity Hospital, 5 no hubieran podido evitarse por los esfuerzos del personal. Dos de las pacientes murieron a los pocos minutos de su ingreso. La tercera murió en la sala de admisión, en tanto recibía una transfusión de sangre; otra sufría peritonitis generalizada y murió en el acto operatorio; la quinta murió de apoplejía cerebral masiva, con embarazo ectópico descubierto a la autopsia.

Pero se debe admitir que ocurrieron 6 muertes que hubieran podido evitarse. Una paciente permaneció en la sala de admisión durante casi dos horas sin transfusión ni intento operatorio. Otra murió de shock mientras se la conducía al quirófano, cinco horas después de la admisión, aunque el diagnóstico era correcto; en aquel momento no había sangre disponible para ser transfundida. Una tercera murió durante la noche, diez horas después de su admisión, porque su diagnóstico resultó incorrecto. La muerte de la cuarta, también debida a la hemorragia, ocurrió dos días después de la admisión. La quinta paciente fué operada y murió tres días después de neumonía, cuya complicación fué correctamente tratada. La muerte de la última paciente se atribuyó a obstrucción intestinal, ocurrida en el vigésimo día postoperatorio.

Si se toman los datos anteriores en consideración, la mortalidad sería sólo del 1.3 por 100. En las enfermas admitidas de urgencia debe señalarse que muy pocas habían consultado la opinión de un médico. Su lamentable estado en el momento de la admisión debe atribuirse a la demora, como es lo corriente en las pacientes que forman la mayoría de las que acuden a un hospital de caridad.

LABORATORIO

RESUMEN ACTUAL DE LOS MÉTODOS DE LABORATORIO EMPLEADOS EN LA ICTERICIA Y LA HEPATITIS (*)

Dr. S. M. RABSON

De la Sección de Patología. «St. Joseph Hospitals», Fort Wayne, Ind.

En este resumen se intenta apreciar el valor de las pruebas y reacciones de laboratorio ante los casos de ictericia y de hepatitis, especialmente para los hospitales con limitación de medios. En primer lugar, hay que reconocer como conveniente la práctica, cada vez más dilatada, de las biopsias del hígado, las cuales suministran el material para coordinar las investigaciones orgánicas, clínicas y de laboratorio. En segundo término, se debe insistir en que las pruebas, cualesquiera sean las elegidas, deben practicarse con sumo cuidado.

(*) «J. Digestives Diseases» Enero 1948.