
EMBARAZO EXTRAUTERINO

En los primeros días de este mes *al-* marzo hice una comunicación verbal a la Asociación Médica Hondureña, en su sesión ordinaria, de algunos casos recientes operados en el Hospital General, de seis meses a esta parte.

Fue mi principal objeto llamar la atención sobre la necesidad imperiosa de pensar, siempre «que se examine a una mujer quejándose de una dolencia genital, en el embarazo extrauterino, para evitar lamentables errores y sobre todo para prevenir grandes catástrofes.

Diferentes y variados son los motivos que llevan a una mujer donde el médico:

1° Una hemorragia interna, llamada cataclísmica, de caracteres graves, manifestada por síntomas de fácil percepción sumados a un dolor agudísimo, brusco, localizado en una fosa ilíaca acompañado de síncope subintrantes con sensación de muerte próxima, que aparecen en una mujer en quien un embarazo se había sospechado por ella o por su médico.

2° Un trastorno menstrual consistente en menorragias más o menos abundantes, de duración prolongada hasta por varios días y que datan de algunos meses.

Recuerda pocas veces, pero generalmente no, que tuvo una suspensión de regías por uno, dos o más meses, pero que luego volvieron un tanto aumentadas. Algunas refieren un episodio doloroso en la fosa ilíaca de duración corta, al que no dieron gran importancia.

3° -Enfermos que llegan que se queja de hemorragia vaginal desde hace 10, 15 o más días. Hubo una suspensión de reglas de uno o dos meses, después vino con violencia y no se le contiene,

4° —Pacientes que buscan alivio para un dolor agudo del vientre sin localización en ninguna de sus áreas inferiores.

5° — Mujeres que llegan por un tumor doloroso de la fosa ilíaca que notaron desde hace algún tiempo.

En muy raras ocasiones se obtienen del enfermo datos preciosos, nociones de tiempo, retardos de reglas por días, semanas o meses, y máxime cuando el interrogatorio no es dirigido hacia esos elementos indispensables para el diagnóstico.

En repetidas ocasiones cometo errores de diagnóstico por falta de esos anamnésticos, y más que todo por no haber pensado

en la posibilidad de un embarazo **ectópico**.

Fue en la mesa de operaciones donde las dudas se disiparon en presencia de las lesiones.

Diagnósticos de salpingitis con gran frecuencia, de tumores uterinos, de apendicitis, de ovariitis se desecharon ante la evidencia de los abortos tubáricos.

En unos casos, al sólo abrir la pared abdominal apareció un feto de dos o tres meses; en otros, grandes coágulos sanguíneos envolviendo la trompa y ovario correspondientes y llevando los fondos de saco interinos. En algunos un gran hematoma del Douglas con lesiones casi imperceptibles de la trompa en los casos antiguos y por último un tumor movable, lateral, doloroso, semejando un fibroma; este es el más raro. Se trataba de un embarazo tubárico que databa de once años, y el feto se encontró en estado de litopedion. En todas las formas se encontró siempre feto cuando eran mayores de un mes; en los demás es difícil encontrar el huevo confundido con los coágulos.

En diez años que tengo de ser Jefe de Servicio de Cirujía General en Hospitales nunca he encontrado un embarazo extrauterino en evolución.

De lo expuesto, y a manera de

Conclusiones, he formulado las normas siguientes;

1°—Pensar siempre que se practique un examen ginecológico en el embarazo ectópico.

2° Hacer un interrogatorio sumamente riguroso en lo concerniente al estado anterior de las reglas, máxime en referencia a los períodos, retardos o duración de ellas.

3° Operar todo embarazo ectópico como si fuera un tumor maligno, porque nadie conoce las consecuencias posibles, excepción del sexto mes en adelante.

4°—Terminar la operación aplicando un drenaje de Mukulicz cuando el tumor tubárico no esté libre.

Como se ve, este artículo debiera llamarse aborto tubárico y no embarazo extrauterino, puesto que no he mencionado ninguno de éstos; pero mi intención al denominarlo así es extender más allá de los fenómenos propios del aborto la idea gravídica para *m* incitar más a buscar el embarazo ectópico en toda mujer embarazada.

La operación nunca debe retardarse más allá del diagnóstico y a veces hay que practicarla aun antes de haber formulado aquél.

S. PAREDES P.

OBSERVACIONES SOBRE LA DIABETES INFANTIL

Antes de la era insulínica, la diabetes de los niños pertenecía a las excepciones clínicas, porque la mortalidad de estos enfermos era enorme. Hasta la edad aproximada de veinte años, la diabetes de los jóvenes no alcanzaba una existencia de más de un año, momento en el cual el coma diabético solía poner término a la tragedia. A la insulina tenemos que agradecerle muy especialmente el que el pronóstico de esta enfermedad haya mejorado de manera incomparable. La insulina no sólo conserva la vida de los niños; según las experiencias acumuladas hasta ahora, podemos admitir ya que en el curso de una insulinización prolongada se pueden presentar aumentos de la tolerancia en una medida que tiene que sorprender dada la gravedad del mal. Además de esta acción curativa de la insulina, es también el aumento general de los casos de diabetes lo que conduce hoy al médico con más frecuencia que antes la diabetes de los niños. Soy del parecer de que en un porvenir muy próximo este aumento ha de ascender todavía más. La insulina permite que lleguen a la edad matrimonial más diabéticos graves que

Antes, con lo que el problema de la diabetes hereditaria tiene que ir adquiriendo cada día más actualidad.

Son numerosas las cuestiones que se anudan a este hecho, y su importancia, por lo menos individual, se hace ya notar. La experiencia nos enseña que los niños y jóvenes diabéticos se encuentran en general por encima del nivel intelectual medio. Durante los últimos dos años he tratado en mi clínica más de 70 casos de diabetes juvenil e infantil, y sólo uno de ellos podía considerarse como por debajo del nivel intelectual ordinario. Entre los absolventes de las escuelas superiores, llamó frecuentemente la atención 3a juventud de los examinados (grado de bachiller), con 17 años. Aunque para mí no hay dudas acerca de la capacidad intelectual de estos niños, no queda resuelto con ello el problema del desenvolvimiento ulterior de la profesión. Todas las profesiones que dependen en alguna manera del Estado, como maestros, jueces, funcionarios, administrativos y curas, parecen cerradas para estas inteligentes personas, pues es claro que las autoridades evitarán el riesgo del

empleo de un diabético juvenil y por lo tanto grave. Sobre las perspectivas profesionales de los diabéticos juveniles en la economía particular, no se puede decir todavía nada de concreto. Desde luego, las capacidades intelectuales no pueden poner aquí obstáculo alguno, pero, dada la naturaleza de la enfermedad, no hay que olvidar que no en todos los casos puede ser asegurada la continuidad del trabajo. Estos problemas sociales son los que adquieren importancia con el tiempo y el creciente número de enfermos. Es, pues, provechoso, el prestar más atención que hasta ahora a las condiciones características de la forma juvenil de la diabetes.

La antes apreciada división de los casos diabéticos en ligeros, semigraves y graves, no puede ser ya mantenida hoy. Los límites trazados entre estas categorías son en su conjunto arbitrarios. Más bien se podría hacer hoy una división en casos necesitados y no necesitados de insulina. Al hacer una revista de los enfermos de los dos primeros decenios, llama la atención que más de 90% de estos casos está necesitado de insulina. La necesidad de insulina se comprueba cuando el desarrollo normal del niño no parece garantizado sin este apoyo artificial del metabolismo. Al diagnosticar la necesidad de insulina, tenemos presente que un niño diabético alimentado con las calorías suficientes y cuyo

metabolismo no está desequilibrado por glucosuria, ni por acetonuria, es capaz de pasar su desarrollo físico y psíquico lo mismo que cualquier sano.

El don perseguido por la terapéutica del niño diabético sólo puede consistir, por lo tanto en una compensación completa del metabolismo y además en asegurar todo lo posible el crecimiento y el desarrollo psíquico. La necesidad insulínica del organismo infantil, existe, pues, en la inmensa mayoría de estos casos. Pero la misma no es igual en todos los tiempos y también difiere gradualmente en los diferentes casos. Si elegimos como medida cuantitativa de la necesidad insulínica el número de unidades de insulina por kilo de peso del enfermo, que es la medida que nos parece más práctica, encontramos que están aquí en mayoría los niños con un cociente I:P {insulina : peso) de más de 1,0. Naturalmente, este cociente depende también de la cantidad de los hidratos de carbono ingeridos con la comida. Las experiencias de mi clínica se apoyan en general en una dieta que contiene 100 a 120 gr. de hidratos de carbono. El exponer una norma de validez general sobre la dieta especial de los niños diabéticos, es cosa bastante difícil. Como es natural, esto depende en alto grado de la tolerancia. En la literatura no se observa acuerdo en muchos sentidos. Para no volver oscura esta exposición.

voy a resumir sólo brevemente mis experiencias particulares. Antes era muy común el reducir notablemente los hidratos de carbono de la comida, cosa acertada, desde luego, antes del descubrimiento de la insulina; acertada, porque entonces, lo mismo que hoy, se trataba de combatir en lo posible o evitar toda glucosuria en el niño diabético. En este sentido el tratamiento insulínico no ha conducido tampoco a nuevos puntos de mira; solamente permite alcanzar la meta de la áglucosuria *más* permanente posible de la orina, con pocas limitaciones dietéticas. Este hecho es ventajoso en primer término para la alimentación con hidratos de carbono. Toda terapéutica debe atenerse al principio de no tener agresividad y de ejercitar la patológicamente lesionada función. Por mi parte, estoy convencido de que una abstinencia exagerada de hidratos de carbono únicamente conduce a una debilitación mayor aún de la función pancreática. A menudo comprobamos que una pequeña cantidad de azúcar o zumo de naranja tomada próximamente un cuarto de hora antes de la comida, vuelve ésta más tolerable, en el sentido de una reducción de la glucosuria. Aunque esta cantidad de azúcar aumenta en algunos gramos la proporción total de azúcar de la comida correspondiente, esta «excitación» de la secreción de jugo gástrico, y el

efecto glucosúrico es mucho menor. Ya por esta razón tenemos que declarararnos partidarios de una administración notable de hidratos de carbono, sobre todo porque el hidrato de carbono con la protección insulínica ofrece la mejor garantía de la reposición de las reservas de glucógeno del hígado. Sólo así puede ser asegurado el predominio del estado normal contra la acidosis. Prácticamente viene a significar esto una cantidad diaria de 100 a 120 gr. de hidratos de carbono. La forma de administración es indiferente, aunque un predominio relativo de la fruta parece influir en sentido favorable sobre la asimilación de] glucógeno. En general prescribimos los hidratos de carbono de la fruta en comparación con los de los cereales en la proporción de 3:2.

En general ha resultado conveniente, también en los niños, el «sistema de los dos alimentos», como lo llama Carla von Noorden. Por eso, junto a los hidratos de carbono, prescribimos en primer término albúmina en buena cantidad, aunque seguramente no es necesario más de un gramo por kilo de peso del paciente. La necesidad de mayores cantidades de carne, no es sentida apenas por los niños pequeños. Serán suficientes, pues, 120 a 150 gr. de carne y 1 a 2 huevos al día, por término medio. En los jóvenes que han pasado ya la pubertad, en-

tran en consideración, desde luego las cantidades de los adultos.

En cambio somos bastante reservados en lo que se refiere a la grasa. Que las grandes cantidades de grasa con simultánea abundancia de hidratos de carbono y albúmina conducen con frecuencia a la acidosis, es cosa bien sabida que ha conducido a Adlersberg y Porges a un régimen especial muy pobre en grasa. Creo que en los niños no hay que exagerar demasiado, como en los casos graves de los adultos, la limitación de las grasas. La razón de que la asimilación de las grasas sea algo mejor en los niños, debe de residir en los procesos del desarrollo. No obstante, es aconsejable una limitación de la grasa a unos 50 gr. de manteca (incluida la empleada en la cocina). Cantidades mayores de grasa son seguramente peligrosas, especialmente si existe ya acidosis.

Es sabido que la intercalación de días de dieta completamente distinta a la normal —progreso que debemos a von Noorden— aumenta notablemente la tolerancia en los adultos, porque en ellos se manifiesta con más claridad el principio de la protección de la función pancreática. Se conocen varios tipos de estos días exentos de hidratos de carbono. En los niños, a menudo no dan resultado. La veleidad del movimiento del azúcar sanguíneo, suele volver en ellos imposible una insulinización segura, y la

aparición de una glucosuria en un día de descanso insuficientemente insulinado destruye para días el buen estado encontrado hasta entonces en los días normales. Sólo no podrá subrayarse lo suficiente el provecho de los días de avena en los casos fuertes de acidosis, sobre todo al principio del tratamiento y en las infecciones repentinas. Estos días, cuya composición es muy conocida, tienen que ser completamente libres de grasa y relativamente pobres en albúmina, si han de cumplir su objeto de la rápida exclusión de la eliminación de quetonas.

Hoy encuentro muy a menudo la razón del fracaso del tratamiento de muchos niños diabéticos, en el método deficiente del empleo de la insulina. Como quiera que muchos de estos niños están necesitados de insulina y lo siguen estando durante largo tiempo, la insulinización sistemática y exacta es uno de los puntos esenciales de todo el tratamiento. En una conferencia pronunciada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, he expuesto la importancia de la exactitud en el método de la aplicación de la insulina. Son dos los puntos de mira que necesitan ser observados con exactitud. La cantidad de la insulina no debe dar lugar a dudas y tiene que estar determinada exactamente; tampoco es menos importante el momento de la inyección. Respecto a la cuestión de cantidad;

podemos atenernos al resultado del análisis cuantitativo de la orina y. al principio de que las cantidades de insulina deben ser suficientes para evitar toda eliminación de azúcar bajo una dieta media. En cambio, la distribución acertada de la cantidad del día no se consigue sin tener en cuenta el curso de la curva del azúcar sanguíneo. Como ya hemos dicho, es cosa del carácter de la diabetes juvenil el que el nivel de la curva sanguínea se encuentre en un equilibrio muy inestable. Como quiera que la ingestión de alimento, el movimiento corporal y las emociones influyen sobre la curva del azúcar de la sangre mucho más que en los casos correspondientes de los adultos, la acción de la insulina es, desde luego, también mucho más pronunciada en los niños. Una de las razones que hacen temer a muchos médicos la administración de grandes cantidades de insulina a los niños, es la aparición repentina y violenta del shock hipoglicémico, En efecto, los síntomas de la hipoglicemia son a veces muy amenazadores en los niños. Pueden producirse con mucha rapidez profundos estados de coma, espasmos motores y hasta transitorias parálisis. Hasta se han publicado algunos casos funestos. Todas estas razones son motivos suficientes para proceder con la mayor prudencia. Para evitar estos accidentes es necesario no aplicar jamás una inyección du-

rante una línea descendente de la curva del azúcar sanguíneo. En la mayoría de los niños, lo mismo que en muchos adultos, el punto máximo del movimiento cotidiano del azúcar corresponde a las primeras horas de la mañana. Otras cúspides se relacionan a las comidas. Pero las irregularidades son muy frecuentes. Hacia el atardecer, la curva revela con mucha frecuencia antes de la comida (entre 17 y las 18 horas) un ascenso, y, por otra parte, la curva del azúcar sanguíneo no es en modo alguno proporcional a la ingestión de la comida. Es necesario, por lo tanto, averiguar la curva sanguínea de cada niño por una determinación efectuada por lo menos cada dos horas. El as: llamado «perfil del día de la curva del azúcar sanguíneo» (2), que tan buenos servicios presta en los adultos para juzgar el caso, no es aquí suficiente, A pesar de ciertas típicas cualidades retornantes de estas curvas, se comprueban con mucha frecuencia divergencias individuales. -Solamente en pocos niños, y esto en casos muy ligeros, será suficiente una sola inyección de insulina. No es admisible el aumentar a más de 20 unidades la cantidad de la dosis, precisamente a causa de la tendencia a la rápida hipoglicemia. Como quiera que la necesidad de insulina pasa con sobrada frecuencia de esta cantidad, hay que inyectar fraccionadamente. El esquema ordinario que fija la in-

yección siempre antes de la comida, es a menudo erróneo, y el hecho de que con este proceder no se consigue la aglucosuria de una porción de orina en otros tiempos del día, demuestra que las inyecciones no se aplicaron en los momentos debidos. Como regla general hay que aplicar las inyecciones, que muchos niños necesitan tres a cuatro veces al día, por lo menos de cuando en cuando, sólo durante el ascenso de **una** de las líneas de la curva. De esta manera se allanan los cúspides de la hiperglicemia y las oscilaciones son compensadas hasta cierto punto.

Aunque no dudamos de que la vida de los niños diabéticos puede ser prolongada mucho, comprendemos que esta ganancia resulta muy reducida por el hecho de que para la mayoría de estos enfermos no hay liberación posible de la insulina. Casi todos ellos parecen condenados por toda su vida al uso de las inyecciones. Este problema debe ser considerado científicamente desde el punto de **vista** de la posibilidad del **aumento** de la tolerancia por el uso prolongado de la insulina. Ya he tratado en otra parte (3) de la actitud que debemos y podemos observar frente a él en la vida práctica. Sobre el problema del aumento de la tolerancia en los jóvenes, nada podemos decir todavía de definitivo. Creo que el tanto por ciento de los niños que mejoran en el curso de los

años con el uso continuo de la insulina, no es, desde luego, grande, pero que puede ser aumentado dedicando a todo niño diabético el indispensable cuidado para llegar a una mejoría así de la función pancreática. Este cuidado es tanto más necesario desde el momento en que de los puntos de vista generales (edad del niño, duración de la enfermedad, etc.) no se puede deducir todavía si la enfermedad puede tomar o no un cambio hacia el lado bueno.

En 37 casos de diabetes juvenil, todos ellos necesitados de insulina, he podido vigilar durante largo tiempo el desenvolvimiento de la alteración metabólica. La observación más breve importa f; el más largo, 7 años. Medido por los cocientes I:P, de estos 37 casos (21 varones y 16 hembras) 19 acusaron con el tiempo un aumento de la necesidad de insulina, 6 casos quedaron **constantes**, y en doce pudo ser compensado el metabolismo con dosis paulatinamente descendentes. La duración media de la enfermedad fue en las tres categorías casi la misma. En los mejorados importó 2.8 años; en los invariables, 2,5; en los empeorados, 2,76;. El término medio de edades al comienzo de la enfermedad, fue el siguiente; en los mejorados, 11,8; en los invariables, 9,1; en los empeorados, 12 años.

Entre los factores que empeoran la tolerancia, merecen las infecciones la mayor consideración.

Cosa extraña, no son siquiera las enfermedades graves las que tienen influencia deletérea, sobre el metabolismo, sino, mucho más a menudo, enfermedades de poca importancia, resfriados, casos ligeros de influenza, y hasta una coriza algo prolongada o una angina ligera, las causas que dañan sensiblemente y por largo tiempo la tolerancia. Una niña de 15 años, fue considerada por mí, durante dos años, como un caso muy ligero. Sin protección insulínica toleraba 80 a 90 gr, de hidratos de carbono, sin glucosuria. Los índices del azúcar sanguíneo no pasaban de 140 a 150 mgr. %. Después de una gripe casi afebril de 8 días de duración empezó fuerte glucosuria y acidosis. Enseguida se necesitaba de insulina. El cociente I:P llegó a importar 0,6. Ahora hace ya casi un año, la tolerancia sigue igual, sin haberse registrado aumento alguno. La necesidad insulínica sigue a la misma altura.

RESUMEN

Dentro de los límites de este breve artículo sólo hemos podido tocar algunos puntos de todo el complejo de cuestiones. El tratamiento de los niños diabéticos con los auxiliares modernos, se debe considerar, según mi convencimiento, desde un punto de vista puramente optimista. Aunque la enfermedad no ha perdido nada de su gravedad, podemos esperar, sin exageración, una notable reducción de la mortalidad,

que antes del empleo de la insulina importaba casi 100% en 1 a 2 años. La condición para este éxito, casi sin ejemplo en la lucha contra la enfermedad, está en el uso acertado de la insulina y en una dietética exacta. Entiendo por dietética no solamente la regulación del régimen alimenticio, sino también, muy en particular, la debida adaptación psíquica de todo el ambiente en que vive el niño. Con sobrada frecuencia comprobamos los efectos desastrosos de la psicosis de miedo que reina en el ambiente de los niños, de modo que el médico experimentado en este dominio atribuirá también la mayor importancia a la dietética de la psiquis del niño y de los padres. En general se advierte que los traumas psíquicos aislados remiten muy rápidamente en cuanto a su acción sobre el metabolismo. El ambiente de angustia que reina en la familia de estos niños es apropiado en alto grado para que estos traumas se vuelvan permanentes. Si se consigue educar al niño diabético y tratarle en todas sus facetas de desarrollo exactamente lo mismo que un niño sano, se habrá ganado la mitad mayor del problema. La base para un plan de vida de este género, sólo puede ser criada por una clínica especialmente experimentada en estas cuestiones. Por lo demás, el niño diabético debe respirar lo menos posible el aire del hospital; comprobaciones de plazo corto, de una a dos semanas de duración, una a

veces al año, son suficientes en general para asegurar el equilibrio metabólico. Toda hospitalización más prolongada, significa un peligro para el niño, por la posibilidad q' se desarrolle una neurosis creándose así una ineptitud

para la vida práctica. Los diabéticos juveniles educados como es debido y sistemáticamente, son ahora mucho más capaces que antes para esta vida práctica.

(*Revista Médica Germano-Ibero Americana*).

Sección del nervio radial.—
Hetero-ingerto por nervio fresco de perro. Resultados tres años y medio después.

El Profesor Gosset relata a la Sociedad Nacional de Cirujía de París la observación siguiente de sus discípulos Thalheimer y Blonden Walther.

Un hombre de 27 años presentó una herida contusa del brazo izquierdo; una sutura primitiva de las partes blandas fracasó a causa de supuración y la sección del nervio radial fue desconocida.

El 28 de julio de 1929 fue operado por presentar todos los síntomas de una parálisis radial. El tronco del radial descubierto, liberado en la cara posterior del brazo es resecado en tejido sano. La pérdida de substancia es reparada por un segmento de nervio ciático de 10 cm. de largo tomado extemporáneamente de un perro.

Hasta en 1930 comienza a sentir una mejoría de sus trastornos paralíticos y a principios de 1931

Aparición de substancias tóxicas después de las intervenciones quirúrgicas

W. König-, de Leipzig, dice que H. Freund designa con el nombre de Fruhgifte una substancia tóxica extraída de sangre desfibrinada; toda destrucción muscular y toda intervención quirúrgica llegarían a la liberación de esta misma toxina que König considera como siendo la base de numerosos problemas importantes: neumonía postoperatoria, trombosis, embolia.

S. P. P.

la recuperación es excelente; persisten sólo algunos trastornos en el 4° y 5° dedos.

El relator insiste una vez más sobre la superioridad de los injertos tornados extemporáneamente en el perro vivo, procedimiento que defiende desde hace mucho tiempo, pero que está lejos de ser universalmente adoptado. I

S. P. P.