

A la exploración se encuentra: tumuración en la fosa ilíaca derecha del tamaño de una naranja grande, su polo inferior se percibe a través del fondo de saco lateral del mismo lado, dolorosa, y está bastante adherida al útero. Laparotomizada de urgencia a los tres días de su ingreso por haberse repetido los signos de hemorragia interna se comprueba la presencia de un *hematocele enquistado* y limitado en su parte superior por el gran epiplón, asas intestinales y apéndice y en medio del cual hallábase la trompa derecha grande con una perforación en su porción ampular. Abierta esta aparece el feto (véase fig. 14) de unos 3 meses o 3 y medio.

A modo de conclusiones vamos a exponer las principales deducciones que se desprenden del estudio de nuestra estadística.

1.^a Rarísimas veces tiene ocasión el ginecólogo de poder diagnosticar el embarazo tubárico durante los primeros tiempos de su evolución antes de aparecer sus episodios y accidentes—*apoplejía del huevo, aborto tubárico, rotura de la trompa*—; o las pacientes ignoran su afección y no consultan, o si son acentuados los signos de gestación creen en un embarazo normal y tampoco reclaman su examen.

2.^a La brusca aparición del síndrome inequívoco de la hemorragia interna es el punto capital del diagnóstico de rotura tubárica.

3.^a El hematocele retro-uterino es una terminación muy frecuente del embarazo tubárico, 8 por 23 de nuestra estadística.

4.^a A más de los tipos clásicos de localización del derrame intra-peritoneal *tipo Nélaton*—localización en el Douglas—y *tipo Barnes*—gran inundación cataclísmica con derrame libre en la gran cavidad peritoneal, variaciones anatómicas o anátomo-patológicas de cada enferma—retro-posición uterina, meso ilíaco largo, ptosis intestinal, adherencias pelvi-peritoneales, etc.—pueden influir en la localización del enquistamiento hemático, dando lugar ya al hematocele ante-uterino, ya al hematoma pelvi-parieto-cólico izquierdo *tipo Chaton*, con doble diafragma patológico de Bernutz, el inferior que lo separa del resto de la cavidad pelviana y el superior del resto de la cavidad abdominal.

5.^a El tratamiento del hematocele infectado y del hematocele antiguo que lleva bastantes días de evolución con señales clínicas evidentes de que el foco hemorrágico está definitivamente apagado, ha de ser la *colpotomía*.

6.^a La espectación en el tratamiento del hematocele reciente, solamente es admisible estando la enferma internada en un servicio quirúrgico, donde en todo momento esté preparado el personal y material necesario en caso de un nuevo avivamiento del foco hemorrágico.

7.^a A menos que el hematocele enquistado sea de tamaño muy reducido, no admitimos hoy su tratamiento conservador, a pesar de haberlo observado nosotros en los casos 1.^o y 4.^o; es tributario de la *colpotomía* cuando reúne las características expuestas en la conclusión 3.^a; guiados por la doble indicación de atacar directamente el foco de la hemorragia interna y de evitar la evolución ulterior del embarazo extra-uterino con exposición a todos sus gravísimos episodios, la vía de elección será la *abdominal* en los demás casos.

8.^a Una nueva indicación que nosotros sentamos del tratamiento quirúrgico del hematocele reciente, es para favorecer su absorción y evitar la persistencia de aque-

llas adherencias peritoneales que lo enquistan, falsas membranas que de blandas y friables que son al principio, por adición de depósitos fibrinosos a su superficie interna no tardan en hacerse resistentes y hasta a veces duras como cartilago que fijan e inmovilizan el útero y anexos ocasionando casi siempre una esterilidad permanente.

9.^a El síndrome de shock peritoneal por reflejo simpático que acompaña a la irrupción del dramático cuadro clínico que caracteriza a los episodios de la gestación tubárica—*aborto, rotura*—es pasajero y el gravísimo peligro de su confusión con la persistencia de la hemorragia interna no autoriza al ginecólogo a abandonar la cabecera de la enferma cual estado general, sobretudo frecuencia y tensión del pulso, no mejora espontáneamente a los pocos minutos o bajo la acción de las primeras inyecciones de caféina o alcanfor.

10.^a Entre las diferentes técnicas de operatoria quirúrgica para el tratamiento del embarazo tubárico y de sus accidentes, la de elección ha de ser la que deje el aparato genital de la paciente con menos mutilaciones y más aptitud para nuevas concepciones; la existencia de recidivas de embarazo extra-uterino (casos de PATEL, COTTE, etc.), no bastan para autorizar una intervención radical y como en cirugía ginecológica debe siempre atenderse al principio del *tratamiento conservador máximo*, si la trompa grávida o rota no está totalmente perdida, intentaremos conservar su porción más interna. *Salpingostomía, ablación de la trompa y castración unilateral*, si no se puede aislar el ovario, es el orden de la técnica operatoria conservadora que debemos seguir.

11.^a Nos cabe el honor de hacer constar que en nuestra estadística consta el *único caso* (núm. 20) existente en literatura ginecológica (hemos revisado a más de las obras clásicas, las más autorizadas revistas nacionales y extranjeras) de *doble rotura en una misma trompa* (véase fig. 10).

VALOR DE LA ANAMNESIA EN GINECOLOGIA

por el Dr. M. GARRIGA ROCA

Médico de la Sección de Toco-Ginecología del Hospital Clínico, de Barcelona.

Dos son los medios de que nos valemos en clínica para venir en conocimiento de una enfermedad; uno, recoje los datos puramente objetivos; es la *exploración clínica*, y el otro los subjetivos y es la *anamnesis*. El primero tiene un valor real, dependiendo su cuantía de la experiencia del observador y de la adecuada interpretación y coordinación de los datos que su atenta investigación le suministre. El segundo, la anamnesis, es muy variable en importancia pues siendo eminentemente subjetiva se presta a torcidas interpretaciones.

Hay enfermedades en que la sola relación de los síntomas es suficiente para deducir de ella un diagnóstico; tal sucede, por ejemplo, con la descripción típica de un caso de neumonía franca. Su importancia llega al máximo en ciertas enfermedades del tubo digestivo, donde al lado de una exploración poco rica en datos,

nos encontramos con una pléyade tal de síntomas subjetivos que con razón se ha dicho, podía hacerse en tales casos el diagnóstico por carta, mientras el enfermo sea un fiel observador y cuente *todos y solo* los datos importantes o que el médico sepa entresacar de ellos los de mayor interés para el diagnóstico.

Pero existen una serie de causas que hacen que pierda gran valor la anamnesia: nos referimos a la mala fé de los enfermos que constituye el cuadro de los simuladores y a la falta de observación o ignorancia de los mismos.

Los simuladores los encontramos distribuidos principalmente en tres órdenes de enfermos, podríamos llamar *sociales*: en los cuarteles o mejor hospitales militares donde estos abundan en demasía, los traumáticos por accidentes del trabajo, puntos estos sobre los cuales no debemos insistir, y en las enfermas ginecológicas sobre todo cuando hay algún proceso de gestación de por medio.

En cuanto a la falta de observación e ignorancia de ciertos enfermos, lo encontramos también en otras clases de enfermedades, pudiendo afirmarse que por regla general, no solo esta última sino principalmente la primera, están en razón inversa al grado de cultura del individuo.

Por si estas causas fueran pocas, hay que añadir otra de capital importancia, hija de aquéllas, y es la incredulidad del médico que hace que muchas veces no dé la importancia ni el crédito debidos a ciertas manifestaciones de la paciente por creerlas hijas de una superchería o mala intención.

Resumiendo diremos que son cuatro los factores que hacen perder valor a la anamnesia en Ginecología: la mala fé de las enfermas, la ignorancia y falta de observación de las mismas y el recelo del médico.

Consecuencia obligada de todo esto es la práctica de gran número de ginecólogos de preguntar poco y explorar mucho, terminando la anamnesia al final de la exploración con objeto de aclarar o interpretar algún detalle observado; pero aquí se cae en otro error craso; siendo los síntomas ginecológicos los mismos para todas las enfermedades (dolor, leucorrea, trastornos menstruales, etc.), se comprende que una idea cualquiera preconcebida pronto recibirá su confirmación con un interrogatorio intencionado si se agrega a esto el que la enferma, muchas veces en el acto de la exploración, no tiene la libertad de espíritu suficiente para indicar clara y escuetamente sus molestias, sino que casi siempre responde automáticamente.

Concretando más el asunto vamos a estudiar a modo de ejemplos una serie de casos en los cuales la anamnesia tiene escaso, nulo, o contradictorio valor para establecer un diagnóstico, a causa de ignorancia o falta de observación de la paciente.

* * *

Es un hecho observado, sobre todo en mujeres del campo que nunca llevan corsé ni faja alguna que sujete su vientre de múltipara, el que se nos presenten afectas de un voluminoso quiste ovárico o de un gran fibroma subseroso; y al preguntarles por el tiempo que, según ellas, ha tardado en desarrollarse, nos dan datos

en absoluto irrisorios: unas dicen que hace 15 ó 30 días que recibieron un golpe en el abdomen, un susto, etcétera, habiéndose encontrado después el tumor: se comprende que ésta fué una circunstancia que motivó el que *fijaran la atención* en un proceso que databa de meses o de años. En otros casos, la diferencia no es tan notable, y por lo tanto más verosímil, lo cual dificulta más el diagnóstico de benignidad o malignidad del proceso, teniendo que echar mano de otros factores, estado general, ascitis, etc., que nos aclaren este punto. Es éste, la evolución de un tumor, uno de los datos difícilmente entresacable en cierta clase de individuos y en los cuales la exploración debe suplir en gran parte a la anamnesia.

Otro punto también oscuro es la intensidad del dolor; mientras unas en extremo sensibles, neuróticas, cualquier molestia la conceptúan como insufrible, otras no les dan importancia ni explican con entera claridad este síntoma de tanto valor semeiológico.

Largo sería que nos entretuviéramos señalando la distinta apreciación de los conceptos: menorragias, etc., y de todos los demás síntomas de naturaleza tan personal como estos y que al claro juicio del lector no se le escapará cuan susceptibles son de exageración consciente o inconsciente.

Vamos a otro ejemplo de lo más típico y que indica hasta qué punto puede llegar la ignorancia que en algunos casos llega a pura fantasía. Hace pocos meses que en el dispensario de la Clínica de Obstetricia del Hospital Clínico, que dirige el Prof. Dr. NUBIOLA, vimos el siguiente caso:

N. P. natural de Barcelona, de 39 años, vino al citado dispensario manifestando su deseo de entrar en la sala de embarazadas, pues según su cuenta le faltaban pocos días para terminar las nueve faltas menstruales.

Interrogada convenientemente, además de los caracteres menstruales, tipo 3/28 oligomenorréica, y de los partos anteriores, 6 normales, a término el último de los cuales databa de unos 4 años, nos dijo que estaba amenorréica desde hacia 9 meses, que el vientre le había crecido enormemente y en fin, que notaba los movimientos fetales con mucha intensidad y frecuencia.

Al reconocer a la paciente apreciamos un útero pequeño, no gestante, normal y nada anxial; el vientre muy distendido y sobrecargado de grasa no apreciando tumoración alguna; estado general normal, ligero exoftalmus y carácter altamente excitable, lo que puso de manifiesto al notificarle que no estaba embarazada, pues aseguraba enérgicamente que notaba los movimientos fetales y nos prometió que al tener el hijo nos lo traería para comprobar lo que ella afirmaba. Excuso decir que no hemos visto más a la indignada paciente.

Como habrán sospechado la mayoría de los lectores, no se trataba más que de un caso típico de embarazo, fantasma acaecido en una mujer neurópata: la amenorrea no era más que la manifestación, podríamos llamar externa, de una insuficiencia ovárica menopáusica, el aumento del tamaño del abdomen era debido a fenómenos distróficos (po'isarcia) que aquí siempre acompañan al *climaterium*, y en fin los movimientos fetales no eran más que borborignos intestinales, hijos principalmente de una intensa arofoagia y secuela de la misma distensión abdominal (múltipara descuidada).

Todo el mundo recordará a este propósito, el caso histórico y tan comentado de la Reina Draga de Servia, esposa de Alejandro, que creyéndose estar embara-

zada vió, y vieron todos los súbditos con sorpresa, que llegados a los 9 meses cumplidos no venían señales de parto. Reconocida por eminentes tocólogos mundiales criticaron el caso de embarazo fantasma.

Otra causa que puede motivar falta de observación o mejor de interpretación, es la coincidencia de distintos procesos, sobre todo el puerperal, que llama la atención sobre los demás y al cual se atribuyen la mayoría de molestias.

M. R. de 32 a. natural de S. Feliu de Llobregat, no cuenta en sus antecedentes individuales y familiares datos de importancia alguna. Menstruó a los 13 años con un tipo 4/29 normal, caracteres que ha conservado hasta que se hizo embarazada por tercera vez. Ha tenido tres embarazos normales con partos eutócicos a término, el último de los cuales hace 6 meses. Los puerperios correspondientes a los dos primeros partos fueron normales pero el último se caracterizó por persistentes aunque ligeras metrorragias que no cedieron ni con ergóticos ni con un tratamiento antiflogístico que diversos facultativos le instituyeron. El cuadro a primera vista parecía puerperal pero... al practicar un reconocimiento detenido nos encontramos con un epiteloma cervical de forma terebrante que se había propagado por el parametrio izquierdo y que ya daba molestias indubitables de inclusiones nerviosas (dolores). Fué entonces que al insistir sobre los antecedentes de la dolencia nos manifestó que durante los 2 últimos meses del embarazo ya había tenido ligeras pérdidas sanguíneas a las que no dió nunca ningún valor.

Finalmente, existen una serie de enfermas que con la mayor buena fé nos explican un acúmulo disparatado de molestias que muchas veces tienen un carácter típico: el que cambian de sitio, son muy exagerados y se fijan en lugares de difícil referencia a órganos: son las histéricas cuya diversidad sintomática y aparatosidad del cuadro clínico ya nos pondrán sobre aviso.

* * *

Si bien en estos casos la anamnesia tiene escaso o nulo valor, no por ello influyen o mejor coaccionan el libre raciocinio del médico como lo hacen las enfermas simuladoras.

Cuantas veces se habrá encontrado el médico general, pues estas nunca recurren al especialista, con muchachas jóvenes que dicen ser recién llegadas del campo y que a esta causa atribuyen una terca y obstinada amenorrea, cuando en realidad están embarazadas de 1, 2 ó 3 meses? Y la clorosis y la anemia cuantas veces han sido evocadas en este estado? El médico general no efectuando casi nunca tactos vaginales, ha perdido no solo la habilidad de hacerlo, si es que la tuvo, sino también la diplomacia que inclina a dejarse reconocer una mujer, lo que hace que muchas veces a ciegas recete emenagogos y abortivos que solo consiguen hacer perder el fruto de una concepción.

Es un hecho comprobado la resistencia que muestran ciertas mujeres a dejarse reconocer por el médico general, el de la familia, y sobre todo en los pueblos, y en cambio no por el especialista; ello es debido al pleno convencimiento que al recurrir a este último tendrán necesariamente que someterse a un completo examen. De ahí que para esconder un embarazo nunca van directamente al tocólogo.

Recuerdo un caso que me sucedió recién salido de

las aulas, que al proponer a una muchacha amenorréica un reconocimiento genital, se negó en absoluto y que otro médico sin previo reconocimiento le administró fuertes emenagogos que le hicieron reaparecer el período catamenial. ¿Estuvieron indicados? ¿Abortó? Todo puede ser; lo cierto es que podemos asegurar que si fué verdad esto último no ha sido el primero que inconscientemente se ha provocado.

Otro caso:

T. S. de 17 a. de edad natural de Barcelona nos refiere que hace 6 meses que tuvo la escarlatina con temperaturas muy altas que le pusieron en peligro la vida (dice); a partir de entonces está amenorréica habiendo sido inútiles cuantos reconstituyentes ha tomado con este fin. Todos los detalles nos los explica su madre mientras la niña calla (¿pudor?). Constatando a nuestras preguntas dice que empezó menstruar a los 13 años con un tipo 4/28 normal, no habiéndole faltado jamás ningún mes antes de caer enferma, que por cierto es la primera enfermedad que ha padecido.

La paciente presenta un estado general muy satisfactorio. En el abdomen observamos unas estrias, *arrugas*, provocadas por el corsé en extremo apretado; al intentar la palpación nos extraña una contractura persistente de los músculos abdominales, quejándose ligeramente la paciente: miramos el pulso que encontramos a 80 p. Por tacto, sin dificultad, como sospechamos, apreciamos un polo céfálico insinuado y poco a poco, la mano abdominal va dibujando un feto. Pos auscultación se nota el latido: no necesitamos más.

Al decir a la paciente que está embarazada se indigna y lo niega en absoluto, pero al ver nuestra intención de decirselo a su madre, nos lo confiesa francamente.

Este ardid de las mujeres embarazadas solo tiene lugar cuando la gestación no pasa de los 4 meses pues cuando el número de faltas llega a 5 ó 6 su claro juicio ya les indica que no es fácil hacer pasar desapercibido un útero gestante. En estos casos la historia que nos cuentan es totalmente distinta y asombra el ver mujeres que llevan, podríamos decir, la lección tan bien estudiada.

En la Clínica de Ginecología a cargo del Prof. Doctor BONAFONTE (curso 1922-1923) vimos el siguiente caso clínico:

M. T. de 35 a. natural de Zaragoza nos refiere los siguientes antecedentes y pormenores de su dolencia. Sarampión en la infancia, tifoidea a los 14 a. no habiendo tenido otra enfermedad hasta la fecha. Menstruó a los 13 a. con un tipo 5/28 normal, indolora. Ha tenido un embarazo con parto eutócico a término hace 6 años y desde hace 2 la menstruación ha adquirido un tipo 10/24 francamente menorragica y dismenorréica quedándole entre los períodos catameniales intensa leucorrea claro mucosa. Última menstruación hace 10 días con expulsión de abundantes coágulos.

La historia tan clara y el encontrar un útero grueso, uniforme y movable, motivaron que se hiciera el diagnóstico de fibroma tanto más, cuanto que el cuello presentaba antiguos desgarros, lo que enmascaraba el reblandecimiento actual. Bajo este diagnóstico se le practicó una laparotomía, y fué entonces, con el útero a la vista, cuando se reconocieron todos sus caracteres gestantes: forma, reblandecimiento, coloración, partes fetales, etc. Cerrado otra vez el abdomen, continuó su curso el embarazo con el sentimiento de la paciente que vió así frustradas sus esperanzas.

Otro caso típico:

A. P. de 26 a. natural de Murcia, sin antecedentes familiares ni individuales de importancia; ingresa de urgencia en el Hospital Clínico por una afección febril que se cree de origen digestivo (¿apendicitis?) (Sala del Dr. FERRER SOLERVICENS). Refiere la paciente que estando en perfecto estado de salud, tuvo, hacia 4 días, un fuerte dolor en el bajo vientre

sin localización precisa y que al insistir en nuestras preguntas sobre si era en la fosa iliaca derecha, contestó afirmativamente. A partir de este instante, ha tenido intensa fiebre, escalofríos, constipación y náuseas, habiendo persistido el dolor en el bajo vientre. Temperatura 39° con 128 p.

Por exploración, se encuentra el vientre timpanizado, principalmente en la parte subumbilical, con defensa muscular, lengua seca y facies ligeramente peritonítica.

Invitado por el Dr. FERRER SOLERVICENS para hacer un reconocimiento genital, solo encontramos un útero pequeño, doloroso, así como también lo es la presión en los fondos de saco pero sin apreciación de tumoración ni empastamiento alguno.

Al preguntar a la paciente sobre si había tenido algún parto o aborto, lo niega en absoluto.

Durante los días siguientes va acentuándose el estado grave de la enferma que fallece al séptimo día de su ingreso en el Hospital, en medio de un cuadro típico de peritonitis séptica generalizada.

Practicada la necropsia se comprobó la existencia de una peritonitis supurada. El apéndice esta íntegro y normal, como también todo el tramo digestivo. El útero algo aumentado de volumen, presentaba una pequeña lesión cerca del asta uterina izquierda (cara posterior) sospechosa de haber sido la causa de la infección. Abierta la cavidad uterina, se encontró precisamente en esta asta, una pequeña masa fungosa que, estudiada al microscopio, nos reveló su estructura esencialmente decidual. No había pues, ninguna duda, que la causa de la peritonitis fué la perforación uterina al provocarle un aborto.

Estos dos casos son muy significativos. Indican hasta qué punto llega a exponerse la mujer para hacerse perder un embarazo y esconder secundariamente el hecho. En el primer caso, vemos a una mujer que simula tener metrorragias, por el conocimiento entre ellas divulgado, que en estos casos, el médico introduce un instrumento (histerómetro) que puede con facilidad romper las membranas del huevo y provocar el aborto; pero como esto no tuvo lugar, prefirió la intervención a confesar la verdad como hizo más tarde.

En el segundo caso llegó más lejos la terquedad de la enferma; prefirió morir antes que confesar el hecho, sin saber si con ello podía salvar su vida.

El médico legista es el que muchas veces haciendo caso omiso de lo que cuenta la enferma, tiene que certificar la época de un embarazo, por ser falsa la fecha de la última menstruación y cuantos datos nos suministra la paciente, para llevar a cabo uno de los tan frecuentes y repetidos *chantages*.

Otros casos podríamos repetir, como la existencia de una gonococia, o sífilis, en una *presunta* virgen y que por los desgarros himenales comprobamos que no lo es; en estos casos, simulamos creer todo lo que nos dice la paciente de ante de su familia, (infección casual, etc.), instituyendo sin más el oportuno tratamiento. No quiere sin embargo cerrar este primer capítulo sin comentar las dos siguientes afecciones: los *vómitos incoercibles de la embarazada* y las *ginatresias*.

El concepto de *vómitos incoercibles* de la embarazada ha sufrido en la actualidad un cambio radical, en el sentido de que jamás los consideraremos motivo suficiente para interrumpir el curso de una gestación. Antiguamente se consideraba como una de las indicaciones del aborto provocado precisamente a estos vómitos, por creer que su persistencia llevaría al marasmo e inanición a la paciente. Conocedoras las mujeres de ello muchas de ellas simulan encontrarse en tal caso para que así de una manera segura y sin ningún peligro, el médico lleve a cabo la interrupción del embarazo. Con tal objeto se

presentan al facultativo después de unos cuantos días de persistentes náuseas (simuladas) y vómitos (provocados) con el objeto de interesar al resto de la familia y no ser solamente la madre la que solicite el aborto provocado, sino también las personas más allegadas a la paciente, las que de una manera directa suplican y casi exigen del facultativo la consumación del mismo. En estos casos el médico debe tener toda la serenidad que el momento requiere, para negarse en absoluto y hacer comprender a la familia cuan transitorio y fugaz es este estado y cuan susceptible es, de una dietética y terapéutica apropiada.

Las enfermas afectas de trastornos del desarrollo de su aparato genital o *Ginatresias*, forman, como dice THOINOT, un grupo que podríamos llamar de simuladoras *per se*, pues casi ninguna de ellas refiere la verdad.

Durante el curso 1923-24 ingresó en la Clínica de Ginecología del Prof. Dr. BONAFONTE (H. Clínico), una enferma J. L. de 48 a. afecta de un colpocele total ulcerado. Al preguntar por sus caracteres menstruales afirmó que la menstruación le correspondía a un tipo 3/30 oligomenorreica e indolora. No encontrándose útero ni ovarios en el contenido del colpocele (por palpación), se le practicó una laparotomía y se comprobó que en lugar de ovarios existían dos masas ovoideas grandes, cuya estructura estaba constituida por numerosos tubos seminíferos. (Ginandroide o Hermafroditismo transverso de Klebs). A posteriori confesó que nunca había menstruado.

* * *

Se comprende por toda esta serie de ejemplos, que el ginecólogo ponga cierto recelo a cuanto finja la enferma y tienda en la exploración a la comprobación de sus afirmaciones, y que muchas veces, dándose las de perspicaz, no crea lo que le cuenta la paciente por suponerlo una superchería. Tal sucedió en los casos clínicos que exponemos a continuación.

En unos, la insuficiente exploración es la causa de que neguemos la veracidad a las afirmaciones de la enferma.

En Julio de 1924 ingresó en la Clínica de Ginecología del Hospital Clínico, por orden judicial, A. S., de 27 a., soltera, natural de Castellón, con el diagnóstico de aborto provocado. Según nos manifestó la paciente el tal diagnóstico no era cierto pues lo que había acontecido fué lo siguiente: se trataba de una intensa hemorragia por desfloramiento acaecida hacia 12 h. por lo que había llamado a un facultativo el cual al ver la cantidad de sangre que salía por los genitales y sin reconocimiento previo hizo la oportuna denuncia de aborto provocado, sin dar crédito a las palabras de la paciente.

Nosotros por nuestra parte, si bien en un principio dudábamos de la enferma, comprobamos la exactitud del hecho al ver la existencia de dos desgarros himenales un poco profundos (hacia 8 horas que no sangraba) y encontrar un útero pequeño, cerrado, duro, y sin señal alguna de gestación. Comprobados estos datos por el médico forense fue rápidamente dada de alta y puesta en libertad.

Otro ejemplo:

J. N., natural de Gerona, de 28 a., en cuyos antecedentes había el haber padecido una metro-anexitis derecha por aborto provocado hacía un año y curada en la misma Clínica (Ginecología del Prof. Dr. BONAFONTE.)

Refiere que estando embarazada de dos faltas, tuvo hace 6 días persistentes metrorragias y dolores en el bajo vientre, escalofríos y vómitos, los que no han cedido en la actualidad

Por exploración se encuentra el vientre ligeramente timpánico, doloroso, el útero reblandecido con el cuello ligeramente entrabierto pero sin permitir el tacto intrauterino y todo él fijo por un empastamiento difuso, doloroso que abarca todo el Douglas y parece insinuarse hacia los parametrios; 37° y 110 p.

Dados los antecedentes de la paciente, creemos encontramos frente un caso de infección puerperal (parametritis y pelviperitonitis) por otro aborto también provocado, y así se lo manifestamos a la paciente la cual lo niega en absoluto; con todo no damos crédito a la enferma.

El estado general va persistiendo con el mismo cuadro de vómitos con ligera temperatura, hasta que a los cuatro días al comprobar más abultada la tumoración retrouterina, practicamos una colpotomía, que dió salida a abundante cantidad de sangre. Se trataba por lo tanto de un embarazo ectópico y tuvimos que confesar que de haber creído a la enferma, fácilmente nos hubiéramos orientado.

Otros casos podríamos exponer, como por ej., de confusiones entre una vulvo-vaginitis banal o gonocócica, etc., pero dejo como final el siguiente caso a tan interesante:

M. N., de 18 a., soltera, sin antecedente patológico alguno. Menstruó a los 17 a., tipo 7/32 francamente menorragia y dismenorréica.

Según refiere la paciente, desde hace 6 meses tiene persistentes metrorragias que no han cedido ni a la medicación ergólica ni a los lavados calientes.

La paciente en cuestión está muy desarrollada, gruesa, apretada de carnes, color y estado general perfectos. Al verificar el reconocimiento llama nuestra atención un marcado veteado en el hipogastrio que nos pone sobre aviso. Con toda cautela intentamos efectuar un tacto vaginal lo que verificamos con mucha facilidad con *dos dedos*, encontrando un útero ligeramente aumentado de volumen con el cuello un poco entrabierto y blando.

En vista del fracaso del tratamiento médico sentamos la indicación de un legrado que a la vez que curativo sería explorador pues nos permitiría examinar las lesiones que localizábamos en el endometrio. Sin decirlo a la familia teníamos el pleno convencimiento que se trataba de una retención placentaria lo cual supusimos con más visos de veracidad cuando después de 24 horas de haber colocado una laminaria, comprobamos por tacto, la cavidad uterina ocupada por unas masas friables.

Nuestro diagnóstico se fundaba: en la existencia de un veteado, de un útero algo grueso y ligeramente reblandecido, ocupado su interior por masas friables y sangrantes, en la entrada vaginal fácilmente dilatada, en las metrorragias persistentes, en la integridad anexial, y en el perfecto estado general de la paciente.

La paciente negó rotundamente tal aseveración; no hicimos por suerte, partícipes de ella a la familia.

Le fué practicado un legrado intra uterino, una cauterización con glicerina creosotada, y un taponamiento que se retiró a las 48 h.

A los 8 días fué dada de alta perfectamente curada.

Examen del endometrio: El estudio de las masas extirpadas demostró que se trataba exclusivamente de una endometritis fungosa sin ningún elemento decidual ni corial.

Al comprobar más tarde que el veteado no sólo era abdominal sino que también existía en los muslos debido al cúmulo excesivo y rápido de grasa, vimos claro el diagnóstico:

Se trataba como se comprende de un caso típico de insuficiencia ovárica que había motivado la hipertrofia e hiperplasia del endometrio por la persistencia en un estado congestivo. El tratamiento opoterápico cuidó de acabar de resolver la afección.

* * *

¿Qué consecuencias tenemos que entresacar de este estudio?

De todo esto se deduce, una vez más, que lo primero que debe hacer el médico es cautivarse la confianza de la paciente. Como dice SAHLI, el médico ha de tener gran diplomacia, mucho tacto, conocimiento y trato de gentes y sobre todo mucha ciencia médica. Si apreciamos escabroso el asunto, es preciso disimular a la enferma la intención de las preguntas, dejando, si así se cree conveniente la resolución de alguna de ellas para otra consulta, pues muchas veces en ésta, la enferma confiere llanamente su dolencia, defecto o lo que sea; y aunque no sea así, ya podemos más claramente dirigirnos al asunto sospechado, bajo la excusa de que, en la anterior consulta ya se nos dejó entrever la verdad, cosa que muchas veces agradecen las enfermas, por querer mejor ser adivinadas que no tener que explicar detalladamente los hechos.

Un ligero interrogatorio superficial servirá ante todo, para darnos cuenta, más que de la dolencia concreta de la enferma, de su carácter o interés en esconder algún punto, o por el contrario manifiesta intención de inculcarnos un hecho, etc.

Sin preguntar por su estado, le pediremos datos de puerperalidad, pues, a una paciente que nos declara su soltería, naturalmente resulta violento preguntarle si ha parido; asimismo, investigaremos los antecedentes blenorragicos (caracteres y molestias del flujo cervical) o sífilíticos (abortos repetidos, cefalalgias, etc.), sin que vea marcado interés o importancia alguna.

Enfocada la dolencia, hacia una parte determinada del aparato genital, vendrá la exploración; preguntaremos durante ella, sin dar importancia y sin indicar la contestación, los datos que nos interesen, y una vez orientado el diagnóstico, unas cuantas preguntas concretas y puntualizadas a las que contestará la enferma categóricamente, nos darán la clave del asunto.

Una vez más se demuestra, que en lugar de enfermedades lo que existen son enfermos, y, que el estudio psico-lógico, de la mujer es lo primero que debe hacer todo médico antes de reconocer a su enferma.

NOTAS Y RESEÑAS

LA VISIBILIDAD RADIOGRÁFICA DE LA VEJIGA BILIAR, POR EL MÉTODO DE GRAHAM

SU IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA

Innegablemente, la visibilidad radiográfica de la vesícula biliar, merced a los trabajos recientemente iniciados por GRAHAM, ha causado verdadera emoción en el campo de la medicina. Es tan grande el valor diagnóstico con que este método ha venido a enriquecer la medicina en relación al diagnóstico de las afecciones del hígado y vejiga biliar que bien justamente se considerará mi deseo de dedicarle esta reseña, como lógica consecuencia de su importancia.

La visibilidad de la vejiga biliar a la exploración radiográfica, merced al uso de sustancias de peso atómico elevado que precisamente se eliminan casi totalmente por el hígado fué iniciada con los trabajos del americano GRAHAM el pasado año, usando las inyecciones del tetrayodofenoltaleina y más tarde el tretrabromo suponiendo que la primera sustancia era fácilmente tóxica. Como luego veremos, GRAHAM partía de un error al suponer mucho más peligrosa la sal poliyódica, debiéndose en parte al uso de productos poco puros, químicamente.