

no hay tal favorecimiento es una simple "coincidencia" de infecciones.

RESUME

L'auteur fait en son travail d'amples considerations sur le diagnostic étiologique et la thérapie des meningites aiguës. Ensuite il nous fait part d'un cas de méningite, causé par le Diplocoque Crassus. Il s'agissait d'un malade saisi d'une méningite d'origine otique, consecutrice d'une otite interne chronique, lamentablement negligée par le malade—jeune homme robuste de 24 ans—malgré les conseils de l'otorrino-laringologue. Le malade était luetique, insuffisamment pourvu de medicaments, avec Wassermann négatif dans le sang et positif dans le liquide céphalo-rachidien. L'auteur appelle à faire un diagnostic bactériologique, pratiqua la ponction lombaire en obtenant un liquide très hypertendu, sortant lentement, trouble, duquel on avait besoin de 25 ccm., pour arriver à la pression normale. Par la meme canule on injecta 5 ccm. d'électrargol. Interrompu par des dérangements momentanés, le malade expérimenta une sensation de bien-etre et put dormir. Le liquide céphalo-rachidien, soumis à l'examen, donna les renseignements suivants: chlorures 8,5 0, glucose 0,30, albumine 1,05, globulines, 2nd. degré de Pandy positif. Leucocytose extrêmement haute avec une polynucléose. Exposée aux frottements centrifuges, on ne put observer le bacille de Koch; cependant quelques peu de diplocoques Gram positif étant présents, d'un type méningocoque, mais un peu plus grand de volume et plus irrégulier de forme. La réaction de Wassermann fut positive d'intensité moyenne.

Les cultures révélèrent le meme germe observé pendant les frottements, lequel, soumis à tous les examens biologiques d'identification, fut absolument reconnu comme Diplocoque Crassus. Deux jours plus tard, nouvelle ponction rachidienne, suivie d'une injection d'électrargol. Le liquide est également hypertendu, mais les albumines sont descendues à 0,80 et les globulines au premier degré de Pandy, cependant la quantité des germes augmentée.

Le malade se rétablit après cette nouvelle intervention, étant seulement soumis à des décompressions sans autre recours thérapeutique. Le liquide céphalo-rachidien se normalisa, demeurant positives la Wassermann et le globulines. L'auteur considère que le cas mentionné ne se présente pas pur, car il s'agissait d'un malade avec infection luetique évidente.

AUSZUG

Der Autor betrachtet in seiner Arbeit eingehend die aetiologische Diagnose und die Therapie der akuten Meningitis. Er erwähnt weiter einen Fall durch Diplococcus Crassus erzeugter Meningitis. Der Patient—ein kräftiger junger Mann von 24 Jahren—litt an otogener Meningitis infolge kronischer Mittelohrentzündung, die von dem Kranken trotz ärztlichen Rates vernachlässigt worden war. Der Kranke war luetisch, ungenügend behandelt, Wassermann negativ im Blut und positiv im liquor cerebro-spinalis. Der Autor wurde zwecks bakteriologischer Diagnose gerufen und erzielte durch Lumbarpunktion eine hypertense, im Strahl heraustretende, trübe Flüssigkeit, von der 25 ccm. nötig waren, um den normalen Druck herzustellen. Mittels derselben Röhre wurden 5 ccm. Electrargol injiziert. Nach augenblicklichen, schnell vorübergehenden Beschwerden fühlte sich der Kranke erleichtert und konnte schlafen. Die Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit ergab folgendes Resultat: Chloride 8,50, Glykose 0,30, Eiweiss 1,05, Globuline, Pandy-positiv zweiten Grades. Starke Leucocytose mit Polynucléose. In den Verreibungen des Zentrifugierten befanden sich keine Kochschen Bacillen und nur sehr wenige Gram-positiv Diplokokken von Meningokokkentyp, aber etwas grösser und nicht so regelmässiger Form als jene. Die Wassermannreaktion war positiv, von mittlerer Stärke. Die ausgesäten Kulturen zeigten denselben Keim wie bei der Verreibung, der sich bei allen biologischen Identifizierungsproben unverkennbar als Diplococcus Crassus zeigte. Zwei Tage später wurde ein neuer Einstich und darauf eine neue Einspritzung von Electrargol vorgenommen. Die Flüssigkeit erschien noch übermässig gespannt, aber der Eiweissgehalt war auf 0,80 gesun-

ken und die Globuline waren Pandy-positiv ersten Grades; andererseits erschienen die Keime zahlreicher.

Der Zustand des Kranken besserte sich nach diesem neuen Eingriff und ausser Dekompression wurde kein weiteres therapeutisches Mittel angewandt. Die Cerebrospinalflüssigkeit wurde normal, verblieb aber Wassermann-positiv ebenso wie die Globuline. Der Autor meint, der erwähnte Fall sei nicht als "rein" zu betrachten, da es sich um ein luetisch infiziertes Individuum handelte.

A propósito de la "Automorbografía" de Mira

LA CONTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS AL ESTUDIO DE LA GENÉTICA

La anamnesis familiar en las Hemopatías

por

G. PITTALUGA

Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid.

El doctor MIRA ha dado un nuevo impulso, merecedor de todo encomio, al estudio de los datos anamnésticos de los enfermos, haciendo resaltar la enorme importancia del interrogatorio y sistematizándolo con el método de la "automorbografía" (1). La renuncia a un interrogatorio detenido por parte de los clínicos, durante los últimos lustros, debe achacarse a dos causas fundamentales: por un lado al apresuramiento con que se ven los enfermos, por otro lado a la especialización excesiva de los médicos. Este gravísimo defecto comienza a subsanarse en estos años recientes. Pero la realidad, durante mucho tiempo, ha sido la siguiente: que la recogida cuidadosa de los datos anamnésticos no parecía necesaria, ni siquiera útil, porque el médico carecía de la conciencia de saberlos enlazar e interpretar debidamente. Sobre los fundamentos de una cultura médica general muy deficiente, injertábase de pronto, con un año o dos de práctica especializada, la cultura técnica del laringólogo, del dermatólogo, del oculista, del cirujano, del cardiólogo o del gastropatólogo; y la evidencia de las lesiones actuales de un enfermo, o la relativa facilidad de la intervención o el atractivo de los diagnósticos encomendados a los procedimientos técnicos (Rayos X, Laboratorio) o la obtención de la propia especialidad, hacían olvidar la compleja unidad del organismo humano, en sus etapas evolutivas, en su historia, en su determinismo ancestral.

Es oportuno recordar—MIRA lo hace con acierto—que los clínicos de fines del siglo XIX han otorgado siempre gran atención al anámnesis, y han insistido en la importancia del estudio de la historia personal y familiar de los enfermos, con una insistencia que entonces parecía excesiva a los jóvenes, y que ahora parece sobradamente justificada a aquellos mismos jóvenes, los cuales han alcanzado aquel período de la vida que con benévola ironía se llama la madurez.

Esta madurez—considerada no como una etapa en la vida de una generación, sino como un momento en la evolución espiritual de una doctrina científica y de sus prácticas aplicaciones—aconseja ahora aprovechar con seriedad, eliminando lo supérfluo e intensificando la investigación de lo útil, todos los datos de la historia

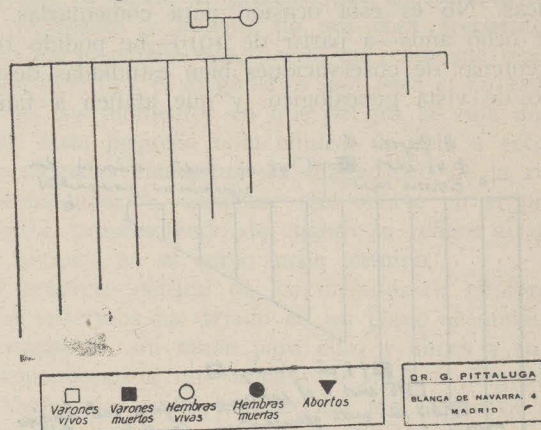
personal y familiar de los enfermos, obtenidos por el interrogatorio. Era natural que esta nueva valoración de los datos anamnésicos llegara por el camino de la *psiquiatría* y de la *patología de la constitución*. Y es a mi entender evidente que la falta de apreciación del verdadero rendimiento que el interrogatorio puede proporcionar en clínica, se debe en gran parte, en España, a la inaudita y dolorosa realidad de que no existen las enseñanzas de la psiquiatría y de la neuropatología—más que como incidencias de otras disciplinas, y por tanto sin autoridad científica ni jerarquía espiritual—entre las indispensables para llegar a ser médico.

Los psiquiatras han tenido que vérselas siempre con la incógnita de la herencia: y por otro lado saben de suyo—porque esta forma parte interesante de su bagaje técnico—lo que puede dar de sí desde un punto de vista propiamente psicológico—como medio de exploración—un interrogatorio bien dirigido, atento y detenido del enfermo. Son estos los dos resortes que, sin duda, han movido el ánimo de MIRA para sugerir la aplicación de una hoja autobiográfica—o interrogatorio *automorbográfico*—a las pesquisas anamnésicas de todos los enfermos en general. Los breves comentarios y los ejemplos que aduce son en extremo convincentes y no pueden suscitar otra objeción más que la del nivel escasísimo de cultura con que se tropieza en los enfermos hospitalizados y en general de las clases menesterosas, que les impide contestar directamente, por escrito al interrogatorio. Este grave inconveniente debería ser subsanado, en el ambiente hospitalario y en las clínicas en general, por la diligencia de internos y alumnos: aunque siempre se corre un riesgo y se eliminan algunas de las ventajas enumeradas por MIRA al encomendar a un tercero la redacción de la hoja. De todos modos, no será pequeña la aportación que se logre al esclarecimiento de muchos problemas clínicos y en ocasiones patogenéticos, si los médicos adoptan para los casos más interesantes de su clientela el tipo de hoja automorbográfica sugerida por MIRA o una pauta parecida. Si un clínico puede seleccionar, al cabo del año, entre 100 enfermos, 10 casos en que la hoja automorbográfica haya proporcionado datos capaces de encauzar resueltamente un diagnóstico o de enlazar el proceso actual con factores patógenos personales o ancestrales (herencia), el resultado obtenido puede considerarse como muy importante.

Por mi parte, creo llegado el momento de insistir acerca de la conveniencia de adoptar un método relativamente sencillo para reunir los datos que ptañen a los *caracteres de la descendencia*. Para el estudio de la patología de la constitución, estos datos son imprescindibles. Y es inútil añadir palabras para demostrar la importancia enorme—directa e indirecta—de la fisiopatología de la constitución y su influencia en la clínica general. Desde hace diez años yo empleo en la *consulta pública de enfermedades de la sangre* de la Facultad de Medicina de Madrid y en mi práctica privada, una ficha genealógica que permite inscribir, con breves indicaciones, al lado del signo correspondiente a cada uno de los hijos, los datos acerca de su estado de salud, de los accidentes patológicos salientes, etc.

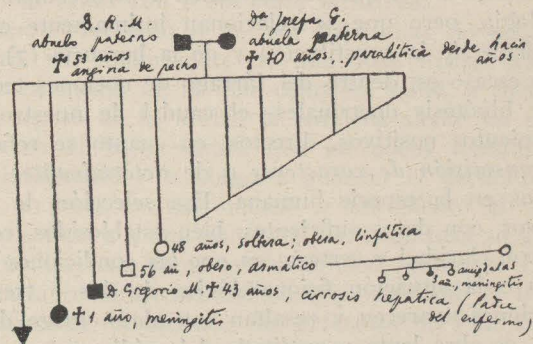
Siempre procuro establecer *las tres fichas* correspondientes a la familia paterna (abuelo, abuela y sus hijos), a la familia materna (abuelo, abuela y sus hijos) y a la familia actual (enfermo o enferma, su mujer o su marido, y sus hijos). En ocasiones se logra establecer una genealogía más completa, de cuatro generaciones. Estos casos son raros. Pero con los datos cuidadosamente recogidos de las tres familias (ascendientes paternos y hermanos del padre; ascendientes maternos y hermanos de la madre; descendientes del enfermo) se logran datos de gran interés, que en el estudio de los factores etiológicos o patogénicos de las Hemopatías, muy especialmente de las Hemodistrofias, son imprescindibles (2), sobre todo si queremos contribuir en algo, desde el punto de vista biológico, a fiar las leyes que regulan la Genética o cuando menos a conocer algunos de los fenómenos relacionados con la herencia de caracteres en la especie humana.

Las fichas que yo empleo son de este modelo:



Los signos adoptados no corresponden a los signos zoológicos o botánicos, naturalísticos, macho y hembra; son más asequibles y hacederos. El signo de los abortos es imprescindible. Escojo algunas de las hojas genealógicas de mis historias, muy en particular de familias hemopáticas. El lector apreciará fácilmente el enorme interés, por ejemplo de las dos siguientes:

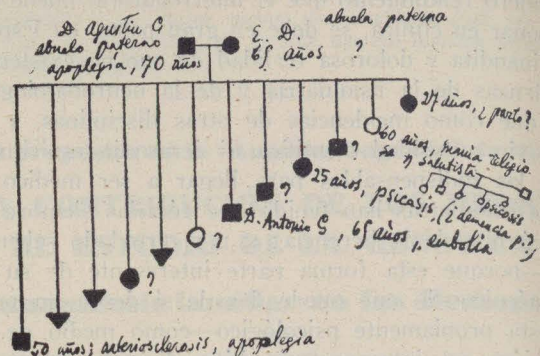
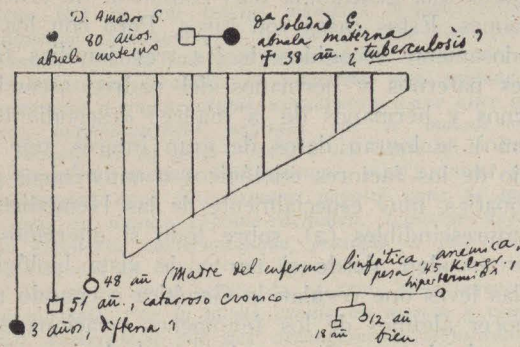
I. Enfermo, Gregorio M., 15 años; *linfosis sub-
leucémica esplenomegálica*.



II. Enferma, Montserrat G., 25 años. *Púrpura hemorrágica (hemogenia de WEIL; púrpura trombocitótica de KAZNELSON; trombopenia esencial de FRANK; tromboastenia hemorrágica de GLANZMANN; hemodistrofia hemorrágica trombopénica de PITTALUGAJ.*

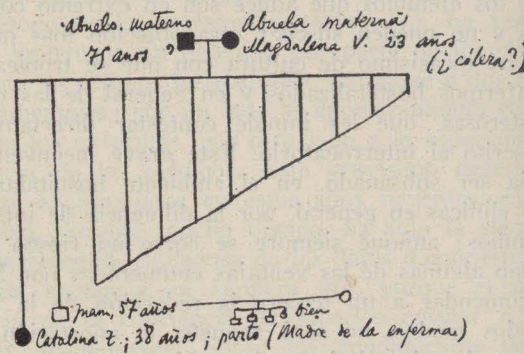
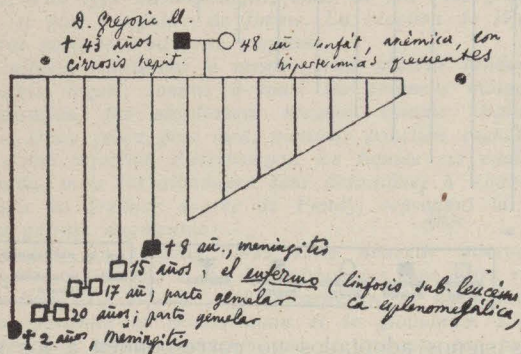
Es inútil repetir que solo a título de ejemplo, para dar al lector la impresión directa de los módulos adaptados por nosotros para nuestras fichas, y de los resultados que se pueden lograr con una investigación de esta naturaleza, llevada a cabo con este procedi-

absurda de encauzar esta labor (forzosamente apresurada) en un sentido estrictamente biológico, podríamos lograr una aportación más intensa, y de suyo muy útil, de aquel grupo de médicos que ejerciendo la profesión con más sosiego, y con el auxilio de cola-



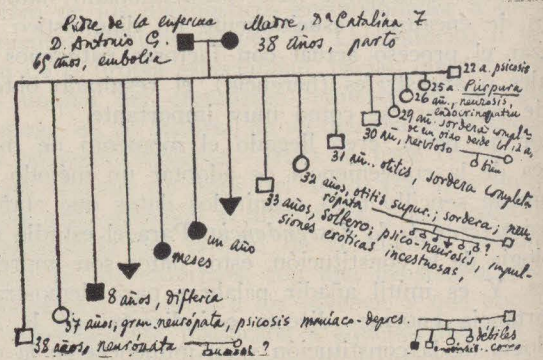
miento, he reproducido aquí estas dos historias genealógicas. No es esta ocasión para comentarlas. Durante ocho años—a partir de 1919—he podido reunir un centenar de observaciones bien estudiadas desde el punto de vista genealógico, y que atañen a familias

boradores y subordinados, pueden recoger en un cierto número de los casos que observan los datos de la ficha genealógica, tal como la hemos sugerido y la empleamos nosotros, o en forma parecida, asociándola a la "automorbografía". Debo declarar a este propósito



hemopáticas (muy especialmente hemodistróficas (3). Para seleccionar estas cien historias familiares, capaces de aportar datos interesantes al estudio de la herencia patológica, es preciso perseguir la pesquisa en un gran número de casos. El que conozca el libro de DAVENPORT (4) y algunas otras publicaciones más recientes—las mismas de KRESCHMER (5) o la de W. SIEMENS (6) que corresponden a otro campo de la patología, pero que se relacionan íntimamente con el problema de la constitución y de la herencia (7), sabe cuan escaso es, dentro del farrago de nociones teóricas y de hipótesis doctrinales—el caudal de nuestros conocimientos positivos, directos, en cuanto se refiera a la transmisión de caracteres o de determinantes patológicos en la especie humana. Esa selección de casos seguros, con datos suficientes, bien establecidos, referidos con claridad y certeza, en que las condiciones morbosas o la situación fisiopatológica de dos o tres generaciones aparecen y resaltan con algún rasgo de interés, es obra lenta y meditada del médico que se preocupa de antemano, intencionalmente, de ese problema general y lo aplica a su especialidad. Pero no cabe dudar de que un inmenso caudal de hechos de posibles observaciones interesantes, se pierde en la labor común de los médicos en general; y que sin la pretensión

que muchas veces los datos genealógicos han sido también obtenidos por medio de fichas entregadas a los enfermos o a sus familiares, que han escrito personalmente, siguiendo la indicación de los signos adecuados, sin dificultad alguna, cuanto se refiere a los



hermanos o hijos, a la familia paterna y materna, a los colaterales, en raras ocasiones a los ascendientes también de la tercera generación (bisabuelos). En los mismos casos, pues, en que puede lograrse una buena "automorbografía" puede esta completarse con el mismo procedimiento, con una historia genealógica.

En la hoja "automorbográfica" sugerida por MIRA hay, ciertamente, una página destinada a la inscripción de los "Antecedentes familiares", cuya finalidad, desde el punto de vista clínico, coincide desde luego por completo con la de los módulos adoptados por mí. Para establecer la posible etiología hereditaria de procesos constitucionales, estos datos, recogidos en la forma comúnmente empleada y reproducida en la página correspondiente de la "hoja automorbográfica" de MIRA, responden en absoluto al fin deseado. Sin embargo, desde el punto de vista biológico, para que de ellos pueda desprenderse alguna conclusión acerca de la transmisión de caracteres patológicos, y esta conclusión—en los contados casos en que los hechos ofrezcan suficiente claridad y certidumbre—pueda cotejarse con las leyes que rigen los fenómenos mendelianos de la herencia, me parece extraordinariamente útil la presentación sinóptica que se logra con los módulos que yo he adoptado para el estudio genealógico de las familias hemopáticas.

BIBLIOGRAFIA

- (1) MIRA (Emilio).—Un nuevo auxiliar de la investigación clínica: la Automorbografía. (*Ars Medica*, Abril de 1927).
- (2) PITTALUGA (G.).—Las hemodistrofias y las leyes mendelianas de la herencia. (*Real Acad. de Medic.*, Madrid. Conferencia pronunciada el 24 de Marzo de 1920).
- (3) PITTALUGA (G.).—Una nueva clasificación de las Hemopatías. (*Soc. de Biología de Barcelona*, 1915).
- (4) DAVENPORT (Ch. B.).—Hereditity in relation to Eugenics. (London, Williams and Norgate, edit., 1912; con extensa bibliografía).
- (5) KRETSCHMER (Dr. E.).—Körperbau und Charakter. (Berlín, Jul. Springer, ed., 6.ª ed., 1926).
- (6) SIEMENS (Dr. H. Werner).—Einführung in die Allgemeine Konstitutions und Vererbungs pathologie. (Berlín, J. Springer, ed., 1921).
- (7) Muy interesantes, en relación con estos problemas, son los estudios de *Tipología humana* iniciados por N. PENDE, Director de la Clínica Médica de la Universidad de Génova, en su Nuevo Instituto.

RESUMÉ

L'auteur donne le commentaire de la méthode de l'automorbographie de MIRA, et se référant aux antécédents de famille, il nous fait voir, que du point de vue biologique la représentation synoptique, qu'on reçoit par les modules adoptés par l'auteur pour l'étude généalogique des familles hémopathiques, est extraordinairement utile. C'est ainsi qu'on peut dériver des antécédents une considération au sujet de la transmission de caractères pathologiques qui peut-être comparée—s'agissant des cas racontés dans lesquels les faits offrent assez de clarté et de certitude—aux lois, qui dominent les phénomènes d'hérédité d'après Mendel.

AUSZUG

Der Autor kommentiert die Methode der Automorbographie nach MIRA und bemerkt in bezug auf die Krankengeschichte der Familie, dass, vom biologischen Standpunkt aus betrachtet, die synoptische Darstellung, die mit den vom Autor vorgeschlagenen Fragenbogen erzielt wird, ausserordentlich nützlich beim genealogischen Studium hämopathischer Familien ist, namentlich um Anhaltspunkte zu erhalten bezüglich des Uebergangs pathologischer Merkmale, die—in den wenigen Fällen der Automorbographie, die genügend Klarheit und Gewissheit bieten—eine Beurteilung nach den Mendelschen Vererbungsgesetzen zulassen.

PRACTICA MEDICA

NOTAS GINECOLÓGICAS

DIAGNÓSTICO Y NORMAS
DE TRATAMIENTO DE LA ROTURA
DEL EMBARAZO ECTÓPICO

por el doctor

F. TERRADAS

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Pocas enfermedades hay en ginecología que más necesiten ser conocidas por el médico internista, y pocas hay también que tan a menudo pasen indiadgnoscadas aun para ginecólogos, en el momento de su más grave accidente, la rotura; por su especial sintomatología es aquel, el primero que acostumbra a ver tales enfermas, y aunque no sea cosa frecuente, de día en día lo parece más, por lo que conviene recordar que no es difícil el diagnóstico *aun para el no especialista*, en los momentos en que pelagra la vida de una mujer. Esta pequeña nota clínica, va solo a recordar los principales elementos del diagnóstico de la rotura o aborto tubárico, accidente que ocurre en el primer trimestre, prescindiendo de cuanto se refiere al embarazo ectópico en su curso hasta término.

El progreso natural de los métodos de exploración de los enfermos ha dejado en un plano secundario al interrogatorio, sin razón para ello; y ahora a su vez, la preponderancia que toman los medios diagnósticos de laboratorio, ejerce una acción tan sugestiva a los ojos de los noveles médicos, que amenazan hacer tabla rasa de la exploración directa del enfermo y sobre todo del interrogatorio; y sin embargo hay enfermedades como la de que trato en que el interrogatorio es la base y a veces el único fundamento del diagnóstico.

Dos síntomas, que no requieren ningún hábito especial de exploración, pero sí minuciosidad en el interrogatorio, apoyados por otros secundarios, son la base del diagnóstico de la rotura del embarazo tubárico: El dolor, y una pequeña hemorragia por los genitales externos con o sin falta menstrual.

Dolor. Precedido o no por unos días de pequeña molestia sin importancia en una fosa iliaca, súbitamente en medio de la más completa salud, a menudo en el reposo de la noche, la enferma siente un dolor agudo en el bajo vientre que en pocos minutos se hace intolerable y la obliga a guardar el decúbito supino; a veces es tan intenso y tan súbito el dolor que se compara a una puñalada; otras alcanza su grado máximo en una hora; estableciéndose entonces cierta tolerancia o mitigación del síntoma en tanto la mujer está acostada. A menudo las enfermas no localizan el dolor y lo refieren a todo el abdomen; entonces es preciso recurrir a la palpación suave con uno o dos dedos para descubrir el sitio de máxima intensidad en una fosa iliaca; de paso podremos notar que el vientre está poco timpanizado y sin defensa muscular marcada.