

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.

Si asistimos a este primer *dolor* y este es fuerte, no veremos a la enferma revolcarse por la cama, tomando actitudes extrañas, como el que tiene un cólico nefrítico, sino en decúbito dorsal, con las mucosas decoloradas, pupilas dilatadas, obscurecimiento de la visión, respiración frecuente con sensación de ahogo, de que se va la vida; no hay fiebre, el pulso es hipotenso y frecuente (100 o más por minuto) y a veces apenas perceptible en la radial; todo haría pensar en una anemia aguda si se viera fluir sangre por alguna parte. Interróguese entonces si hay alguna falta menstrual; la contestación puede ser afirmativa y el caso resulta claro; pero a veces, y téngase esto bien presente, *no hay falta o sólo hay un retraso de 4 ó 5 días*, el cual no menciona la enferma si no se le interroga debidamente; estos casos que antes parecían raros aparecen bastante frecuentes desde que se diagnostica mejor y yo los estimo por lo menos en un 10 %; de los 70 que llevo operados, en los dos casos más graves (sin pulso en la radial) sobrevino la rotura a los 3 días de un retraso menstrual y hubieran sido mortales a no intervenir a las pocas horas en pleno estado lipotímico.

Puede el dolor no ser tan ejecutivo manifestándose entonces en forma de ataques de intensidad y duración variable de una o varias horas, separados por intervalos de calma de 1 ó 2 días que permiten a las enfermas levantarse y hasta trabajar, pero que repiten sin la menor causa aparente dejando cada vez mayor molestia hasta hacerse permanente, sobre todo después de un ataque fuerte. Esta forma sub-aguda menos grave que la otra, da más tiempo al concurso del ginecólogo, pero es también diagnosticable con ayuda del segundo síntoma capital.

Hemorragia por los genitales externos. Coincidiendo con el primer ataque doloroso, o pocas horas después, aparece por la vulva una pequeña cantidad de sangre que a veces se interpreta como la vuelta de la menstruación y otras como el principio de un aborto; esta metrorragia es constante, pequeña en cantidad y dura mientras está en actividad la hemorragia tubárica, de modo que puede durar hasta un mes o más, detalle que le distingue de las pequeñas metrorragias que a veces se presentan durante la agudización de una anexitis y que duran pocos días. Si el retraso menstrual que ha precedido a la rotura es de 1 ó 2 meses, con la metrorragia hay la expulsión de una membrana o falsa caduca uterina; pero si no ha habido retraso menstrual, ésta no se presenta. Siempre notaremos que la cantidad total de sangre vertida al exterior es pequeña y no explica la gran anemia de la paciente.

Omito tratar de los datos que proporciona la exploración abdomino-genital, porque sobre no ser más que corroborantes (excepto la punción del Douglas) su apreciación pertenece al especialista. Dejo también de lado las reacciones de laboratorio (ABDERHALDEN, KOTTMANN) espectroscopio, rayos X, inyecciones de lipiodol, que solo sirven de estorbo en estos casos. En general, no será difícil hacer el diagnóstico con solo lo expuesto.

Durante el primer ataque podrá pensarse en un cólico hepático o nefrítico, pero el dolor de éstos es dife-

rente; el enfermo grita y se mueve o se sincopa y su dolor está localizado en el órgano enfermo.

Más corriente es la confusión con una apendicitis o una perforación intestinal; pero en éstas hay fiebre, y si las extremidades están frías búsquese la temperatura rectal y se verá aumentada, gran timpanismo, y vómitos y no se observan en la cara los signos de anemia aguda. En la torsión del pedículo de un quiste ovárico y de un mioma subseroso, todavía serán la falta de los signos de anemia aguda junto con la presencia de un tumor abdominal bien definido desde el primer momento los que nos permitirán hacer el diagnóstico; a mayor abundamiento, no nos olvidemos de interrogar sobre el retraso menstrual.

Si el caso se prolonga ya de algunos días, el diagnóstico no es tan apremiante. De la apendicitis y la anexitis se diferenciará por la falta de fiebre en el comienzo; y si no tenemos datos precisos de ello, por la metrorragia pequeña y continua aparecida desde el primer dolor, por el posible retraso menstrual, por la falta de antecedentes morbosos y quizás también por la palidez de las mucosas. El aborto uterino puede prestarse a confusión; pero téngase presente que en éste la hemorragia precede al dolor y es siempre más importante que él; al paso que en el aborto tubárico el dolor es lo primero y principal, la hemorragia exterior es continua pero pequeña y no nos explica por sí sola la palidez de las mucosas; la exploración directa nos permitirá encontrar la colección hemática si existe.

Si insisto en decir que *el diagnóstico de la rotura del embarazo ectópico se hace por el interrogatorio* y se corrobora con la inspección de la enferma, siendo por tanto asequible al clínico poco versado en exploraciones ginecológicas, es para que éste tome la primera indicación: *Vejiga de hielo en el hipogastrio; nada de compresas calientes*, que aumentan la congestión y la hemorragia; *nada de inyecciones masivas de suero* que hacen lo mismo; *nada de morfina para calmar el dolor* porque sólo esconde el peligro pero no lo ahuyenta.

La segunda indicación a tomar corresponde exclusivamente al ginecólogo y se refiere a la oportunidad de la laparotomía.

Desde el primer accidente, está planteada; pero como hay casos en que aún siendo aparatosos, cesa la hemorragia, muere el embrión sin formarse gran colección sanguínea y ésta puede reabsorberse fácilmente, casos de curación espontánea, no raros, podemos permitirnos un primer plazo de 1 ó 2 horas para observar el curso del mal; durante este tiempo prepararemos lo necesario para la operación. Si el pulso se hace más frecuente y pequeño y la respiración más fatigosa, hay que operar. En tal caso no se debe temer el pretendido choc; no es éste equivalente al choc traumático, de patogenia muy distinta (hemorragia nerviosa, entrada en la circulación de productos tóxicos de desintegración albuminoidea, inhibición suprarrenal, etcétera) ni contraindica la operación inmediata; la enferma soporta admirablemente el traumatismo operatorio y la anestesia cloroformo-éter que está facilitada por la disminución de la sangre circulante (la anestesia

lumbar es una equivocación) y la operación no es grave; para muestra, de entre varios casos resumiré el siguiente:

N. N., de 23 años, múltipara. Retraso de la regla de 3 días; dolor fosa il. izq. que se hace intolerable, postración rápida de la enferma, signos de hemorragia interna; a las pocas horas, pulso imperceptible en las radiales, contado por auscultación 140 por minuto; respiración 46, estado hipotérmico, apenas contesta lo que se le pregunta. Laparotomía sobre una mesa cualquiera; ligadura y excisión rápida de la trompa enferma, vaciado de la sangre todavía líquida en gran cantidad; sutura de la pared abdominal, durante la cual la enferma está ya despierta y pregunta si se la cose, sin sentir dolor; suero y cafeína. La operación ha durado 15 minutos, la anestesia 10. El huevo, que era de menos de un mes, pequeño como una avellana, estaba implantado en la parte media de la trompa, y ésta rajada sangrando gota a gota. Consecuencias operatorias normales; después de la operación ha retornado rápidamente el pulso de la radial; atribuyo esta mejora inmediata, digna de tenerse en cuenta, a la supresión de la sangre que irritaba el peritoneo y al ligero Trendelenburg en que se puso a la enferma al final de la operación. La enferma no conservó recuerdo de estas horas trágicas.

Sirva este caso de ejemplo para que nunca se desdée de intervenir por el temor de que la enferma no resista la intervención; puedo afirmar por éste y varios casos parecidos, que *la operación no agrava en nada el estado de la paciente.*

Si las condiciones de la enferma mejoran y el hematocoele se calcula bastante grande para no contar con su fácil reabsorción, puede aplazarse la operación por 24 ó 48 horas, pero no conviene más por varias razones: 1.ª. Porque aunque las adherencias peritoneales que convierten el departamento pelviano en cavidad cerrada hacen ya difícil la muerte por hemorragia, la repetición de éstas debilita a la enferma. 2.ª. La formación de adherencias dificulta la operación y la hace más larga, cuanto más antiguas son, obligando a veces a dejar un taponamiento siempre lleno de inconvenientes. 3.ª. Posibilidad de infección del hematocoele; si ésta es manifiesta, hay que hacer una colpotomía, que a veces resulta una operación incompleta; si la infección está en estado latente (y esto es más probable cuantos más días pasen) al hacer la laparotomía nos exponemos a provocar inconscientemente una peritonitis séptica.

En cambio la operación pronta tiene las ventajas de encontrar un terreno de fácil acceso a la trompa enferma, con sólo romper débiles adherencias; de poderla aislar y extirpar rápidamente; de poder sacar bien los coágulos, que todavía no están adheridos al peritoneo, dejando a éste limpio y sin sangrar; de no tener que dejar drenaje; de operar con seguridad en un terreno no infectado.

En estas condiciones *la laparotomía en el embarazo ectópico es una operación tan sencilla e inocua como la más simple laparotomía.*

* * *

He llegado a estas afirmaciones diagnósticas y terapéuticas, que a alguno le parecerán demasiado rotundas, después de analizar más de un centenar de casos que han pasado por mis manos y de haber ope-

rado 70; de éstos he perdido sólo 4: uno por bronconeumonía, dos por infección probable del hematocoele de muchos días que no se había exteriorizado todavía por fiebre, y uno atribuible a un cambio total de personal auxiliar novel. Si en lo dicho hay alguna rara excepción, más conviene no mentarla en un estudio genérico, porque a los ojos del médico general y del especialista novel, corre peligro de convertirse en obsesión que impida para otros casos una observación fría y una terapéutica saludable. Todavía mueren demasiadas enfermas de embarazo ectópico.

LA NEUMONIA CENTRAL EN LA INFANCIA. SU FRECUENCIA, ERRORES, DIAGNÓSTICOS Y MANERA DE EVITARLOS

por el doctor

M. RODRÍGUEZ PORTILLO

de Barcelona

Sucede con la neumonía central de la infancia lo que con la pleuresía interlobular, considerada por algunos como rara entidad nosológica a pesar de las afirmaciones en contrario expuestas por muchos, entre ellos DULCET y HUCHART, que con mucha frecuencia la han observado en el campo de la clínica. A este respecto, expone el primero en la Sociedad de Patología Comparada los siguientes conceptos: "Al lado de las *interlobulitis supuradas* con signos fingidos enmascarando la lesión primitiva, se encuentran muy a menudo inflamaciones interlobulares serosas, a veces indistinguibles sin un examen minucioso; color mate con topografía especial, signos de auscultación difíciles de poner en evidencia en los casos ligeros, egofonía y pectoriloquia bastante características en el canal escapulo-vertebral; todos ellos, son síntomas llevados al máximo, cuando el pus ha invadido el interlóbulo pero que están con frecuencia bastante escondidos en casos semejantes por el ruido congestivo pulmonar de alrededor."

¡Cuántas pleuresías interlobulares escapan a nuestra observación y son muy a menudo confundidas con procesos congestivos pulmonares o con simples pleuritis!

Una cosa semejante sucede con la pneumonía central, por la escasez de notas aportadas por los Tratados de Patología infantil y la poca importancia concedida a esta enfermedad. La Clínica con su irrefutable elocuencia, nos ofrece casos que a juzgar por su comienzo, sintomatología especial evolución y modo de terminar, encuadran de lleno en el marco de los procesos intrapulmonares agudos.

Por el exiguo valor que la Patología concede a la neumonía central, considerada hasta ahora de origen aéreo (cortical) cuando estudios recientes la conceptúan de origen hemático; y teniendo en cuenta la fértil estadística ofrecida por la clínica, me creo en el deber de exponer mi modesta opinión, señalando los datos clínicos recogidos durante mi larga experiencia y no menos pro-