

Embarazo tubario; ruptura; laparatomía.

El día 3 de noviembre del año pasado fué solicitado para atender a una enferma como de 18 años de edad, de buena constitución, estatura mediana, casada dos años antes, nulípara, con menstruación regularmente periódica hasta últimas fechas, y sin antecedentes patológicos personales ni hereditarios dignos de mencionarse.

Esta persona refirió que estando de visita en uno de los suburbios de la ciudad cinco días antes, es decir el 30 de octubre, había sentido de improviso un dolor de mediana intensidad en la región correspondiente a la fosa ilíaca derecha, el cual fué muy pasajero, no volviendo por esto a pensar más en el incidente. Pero treinta y seis horas más tarde, en la mañana del 10 de noviembre, estando en la iglesia de repente fué atacada de un dolor mucho más intenso en la misma región, que la trastornó a grado tal que con trabajo fué llevada a su domicilio distante sólo dos cuadras del templo. Desde luego guardó cama y llamó a un facultativo, quien le calmó el dolor con inyección de morfina, prescribió algún desinfectante intestinal y una dieta moderada. El dolor aunque menos intenso persistía acompañado a veces de vómitos de alimentos y a veces biliosos; la temperatura había permanecido normal, según la afirmación de la enferma; mediante algunos enemas había evacuado algo de materia fecal, y aunque con dificultad seguían su curso natural los gases intestinales.

La paciente, en decúbito supino, tenía un aspecto relativamente tranquilo; el color de sus mejillas de ordinario sonrosado, apenas había disminuído, la expresión de la fisonomía no indicaba un gran sufrimiento. La temperatura era normal, el pulso regular, fuerte, lleno, latía de 80 a 85 veces por minuto.

La inspección del vientre no ofrecía nada particular, pero la palpación despertaba marcado dolor, sobre todo en el punto de Mac-Burney; no había hiperestesia cutánea ni defensa muscular. La percusión denunciaba una obscuridad evidente en la fosa ilíaca derecha extendiéndose hacia el flanco. El resto del vientre era de sonoridad normal y permanecía francamente depresible e indoloro. El dolor sólo se propagaba en la dirección del muslo, cuyos movimientos lo despertaban.

Se había averiguado por el interrogatorio, como ya se dijo, que la menstruación siempre se había presentado periódicamente hasta últimas fechas. En efecto, el período que debía haber venido a fines de septiembre, se presentó hasta el 11 de octubre, habiendo tenido después algunas pérdidas hacia fines del propio mes.

La exploración de los genitales, no despertó dolor en ninguno de los fondos de saco vaginales; orificio del cuello cerrado; matriz movable en posición normal, no pudiéndose palpar bimanualmente este órgano y los anexos, sino muy imperfectamente a causa de la sensibilidad del vientre.

Como con los datos obtenidos no fuera posible establecer un diagnóstico, se aplicaron algunas medidas terapéuticas de orden general: reposo, refrigeración, dieta hídrica, opiáceos, enemas.

Al día siguiente el dolor había disminuído notablemente en extensión e intensidad, concretándose más en la fosa ilíaca; persistían la apirexia y el mismo estado del pulso; las lavativas habían traído algo de heces; los vómitos habían cesado por completo; la enferma pedía de comer.

Se mitigó la dieta con media leche, se retiró la refrigeración, siguiendo la expectación.

La mejoría se acentuó el día siguiente y sobre todo en la mañana del 6 en que el dolor casi había desaparecido, mientras el estado general se presentaba en las mejores condiciones. La enferma anunció que se sentía con algo de sangre menstrual, pero no tenía otra molestia.

Eran las primeras horas de la tarde cuando había visitado a mi enferma, y apenas había regresado a casa cuando se me llamó de nuevo con gran urgencia. Sin motivo aparente la enferma había sido presa súbitamente de un dolor muy intenso que partiendo del lado enfermo se propagaba hacia el lado opuesto y hacia el epigastrio; las extremidades frías, la cara pálida, más bien lívida, la respiración ansiosa, los ojos hundidos, el sensorio deprimido; temperatura en la axila, apenas subnormal, pulso un poco retardado.

Mediante un inyección morfínica la paciente comenzó a recobrase; entonces fué posible explorar de nuevo el vientre, no encontrándose más que dolor a la palpación en las zonas mencionadas, ligero grado de meteorismo, pero nada de contractura muscular. Sin embargo aquel cuadro desde ese momento me sugirió fuertemente la idea de una ruptura interna, esperando que más tarde se desarrollarían fenómenos que plenamente la confirmasen y definiesen.

Pocas horas después el dolor se había calmado suficientemente, habían cesado los vómitos con la privación de alimentos, se mantenía la temperatura en los límites de la normal, el pulso no era sino de 85 a 90, de volumen y ritmo normales, apenas un poco blando. Los fenómenos de colapso se habían disipado; el vientre permanecía doloroso a la palpación, y comprobé cuidadosamente ausencia de contractura muscular.

Volví a explorar los genitales, encontrando entreabierto el orificio del cuello, la matriz sensible y menos móvil, y doloroso el fondo vaginal derecho. De la vagina retiré una membrana relativamente voluminosa y dos o tres fragmentos pequeños. Todas estas membranas tienen un espesor de varios milímetros, un anverso liso y un reverso desigual y algo veloso; llama la atención la consistencia de su tejido que es muy blanda, casi flúida, lo que explica cómo puede haber pasado aquel fragmento voluminoso a través del cuello apenas dilatado. El conjunto de estos caracteres confirmó la idea de que lo que tenía en la mano era una caduca.

En efecto, aquellos fragmentos gruesos, esponjosos, no se parecían a los delgados desechos de la dismenorrea membranosa; menos podían tomar-

se por la placenta de un aborto, la cual es más consistente, por lo que requiere mayor dilatación de la canal cervical y que cuando no hay torpes manobras de por medio, de ordinario se expulsa en masa.

La expulsión de aquella caduca, unida a la metrostaxia irregular y a los fenómenos abdominales, estableció con claridad en mi espíritu el diagnóstico de un embarazo ectópico, probablemente tubario con ruptura abdominal.

La terapéutica era terminante: había que abrir el vientre antes que pudiera repetirse una hemorragia interna de carácter mortal.

Fué así como ante la familia quedó por mí establecida la cuestión; mas como quiera que el estado general de la paciente, a pesar de dos irrupciones sanguíneas en la cavidad peritoneal, se mantenía en buenas condiciones, sin duda por la fuerte constitución de la enferma, fué posible que los interesados consultasen otras opiniones, lo que en otras circunstancias pudiera haber sido de graves consecuencias por la pérdida de tiempo.

El día 7 se celebró una junta facultativa en la que prevaleció la opinión de que se debía operar lo más pronto posible, contra la que proponía dejar que se formase un hematocele retrouterino para proceder entonces a una simple colpotomía posterior.

La verdad es que no fué necesario mucho esfuerzo para traer aquella reunión a una uniformidad de criterio. Salvo alguien a quien hubo de convencerse de que el tejido extraído de la vagina era una decidua y no la placenta de un aborto común, todos estuvieron contestes en el diagnóstico de embarazo ectópico tubario con ruptura intraperitoneal. En cuanto a disidencias relativas al tratamiento desaparecieron cuando se llamó la atención sobre el inminente peligro de la hemorragia profusa que podría presentarse en cualquier momento, obligando a una intervención atropellada en condiciones gravemente adversas.

En aquel momento la indicación formal era operar pronto y por la vía abdominal.

Seguramente nadie ignora que Martin y sus discípulos, sobre todo Dürsen, Ortmann y Mackenroth, han hecho la extirpación de la trompa grávida por la vía vaginal; pero esto sólo está justificado cuando excepcionalmente se ha podido diagnosticar el embarazo tubario antes de la ruptura, o después de ésta cuando de pluríparas se trata, en condiciones a propósito para llevar pronto a cabo una celiotomía vaginal.

No había que pensar en ello en el caso a que vengo haciendo referencia en el que, fuera de lo ordinario, se presentaba un embarazo tubario en una nulípara, con canal vaginal muy estrecha.

No había más que una contraindicación para la temprana intervención abdominal, es a saber: que el derrame sanguíneo intraseroso evolucionara hacia la supuración, caso en el cual habría que esperar que el proceso peritonítico calmase su agudeza, para operar con más garantía para la enferma por la vía vaginal.

Mientras se preparaba lo necesario para la operación, esa misma noche después de un ligero calofrío, la temperatura que hasta entonces había permanecido, cuidadosamente observada, en los límites de la normal, ascendió a 38.8 y el pulso latió 120. Este movimiento febril vino a paralizar tales preparativos, por el temor que inspiró aquella elevación térmica de significar la

tendencia a la supuración del derrame sanguíneo, y juzgué prudente esperar observando atentamente.

Al acceso febril siguió un sudor abundante, y al día subsecuente la enferma estaba apirética, habiendo bajado la cifra del pulso, mas quedando un poco más alta que en los días anteriores.

No habían vuelto los vómitos, la paciente soportaba la leche; el dolor se había calmado, persistiendo en la zona subumbilical; la metrorragia había disminuído notablemente. Se continuaba la refrigeración abdominal y al interior se ministraban pequeñas dosis de opio y ciertos desinfectantes intestinales satisfaciendo una indicación preoperatoria.

Por la noche de este día 8 y de los siguientes se produjo el acceso febril, pero cada vez con menor intensidad; el pulso se conservaba amplio, francamente dicoto y no muy frecuente; mientras la orina muy cargada de sedimento al principio se hacía más clara cada día. Por otra parte el estado del vientre no mostraba aumento en la reacción peritoneal, y sobre todo nada de defensa muscular. Por todo esto pensé que sólo se trataba de una fiebre de reabsorción aséptica y me resolví a operar.

El 12 a la 1.30 p. m., practiqué la operación como sigue: laparotomía mediana subumbilical, que dejó ver desde luego la sangre coagulada encima del epiplón y entre los intestinos, ocupando la masa de los coágulos las fosas ilíacas y los flancos, particularmente en el lado derecho, como era de esperarse; extirpación de la trompa derecha, la cual mostraba un desgarró cerca de su extremidad uterina; resección de una porción de epiplón endurecido y adherente al anexo derecho; evacuación de gran cantidad de sangre coagulada, que me pareció enorme en relación con los síntomas poco marcados de anemia aguda en el momento de la irrupción más abundante y también en consideración de lo pequeño del desgarró del oviducto; gran lavado peritoneal con cinco litros de suero; oclusión del vientre sin canalización.

Noviembre 12, 7 p. m.—La enferma no ha tenido vómitos, no hay dolor en el vientre más acentuado. Temperatura 38°; pulso 114; respiración 32.

Noviembre 13, 7 a. m.—La enferma ha dormido algo y se siente mejor; ha arrojado gases. Temperatura 37.2; pulso 96; respiración 30.

Noviembre 13, 7 p. m.—Temperatura 37.8; pulso 102.

Noviembre 14, 7 a. m.—Temperatura 36.5; pulso 98.

Noviembre 14, 7 p. m.—Temperatura 37.5; pulso 98; la enferma ha evacuado materias fecales.

Noviembre 15, 7 a. m.—Temperatura 36.5; pulso 96.

Desde este momento el curso postoperatorio es completamente apirético, sin accidente alguno. La enferma se levantó a los cinco días de operada y los hilos se retiraron dos días más tarde, obteniéndose una completa cicatrización al primer intento.

Tengo el gusto de presentar en un frasco los fragmentos de la decidua y en otro la trompa y el epiplón extirpados.

La trompa ofrece una incisión que penetra en la cavidad ovular.

Sin duda en el caso presente, se hizo una hemorragia entre la pared del oviducto y las membranas del huevo y causó el primer fenómeno doloroso de poca intensidad y corta duración; la hemorragia continuó y bajo su presión

rompió la pared del oviducto produciendo sucesivamente dos irrupciones del líquido hemático en la cavidad abdominal.

México, marzo 10 de 1915.

M. GODOY ALVAREZ.

La curación de la tuberculosis pulmonar crónica.

A males crónicos, remedios crónicos.

Para obtener éxito en el tratamiento de estos enfermos, es preciso, ante todo, conocer muy pormenorizadamente no sólo las diferentes condiciones patológicas de un sujeto: antecedentes personales y de familia, estado anatómico-fisiológico de sus principales órganos y aparatos; es, además, necesario, de absoluta necesidad, determinar con igual precisión otras particularidades de orden no patológico, como son el carácter y educación del enfermo y de sus familiares, el grado de afecto que éstos le tienen, los recursos materiales de que dispone, lugar donde reside, condiciones higiénicas de su habitación, etc.

Porque la curación de la tuberculosis depende no solamente de la oportunidad del diagnóstico, como se pensaba antiguamente, sino principalmente de la absoluta y constante sujeción del enfermo y las personas que lo atienden a las prescripciones de higiene terapéutica; empresa en que el médico el enfermo y sus familiares son tres factores de distinto carácter, pero de igual valor para el resultado final que se persigue.

Voy a presentar a ustedes la conducta que sigo con mis enfermos de tuberculosis pulmonar crónica, no con la mira de ilustrarlos, sino más bien con el deseo de recibir acertadas indicaciones.

Unas personas ocurren al médico con el temor de ser tuberculosos, sin que en realidad lo sean. Llamaré a éstos *falsos tuberculosos*. Otras personas tuberculosas en realidad, solicitan la asistencia médica para una supuesta afección no tuberculosa: éstos son *los tuberculosos que ignoran su enfermedad*. Finalmente un tercer grupo de enfermos que acuden a la consulta, sabedores de la naturaleza de su mal, constituyen *los tuberculosos declarados*.