

Diagnóstico del embarazo extrauterino.

Entre las diferentes enfermedades ginecológicas hay una, el embarazo extrauterino, que muy a menudo no es diagnosticado en tiempo oportuno por la generalidad de los médicos y cuyo diagnóstico prematuro es de los más importantes porque el desconocimiento de esa enfermedad implica peligros tan grandes para la vida de la enferma, que sólo son comparables a los que trae consigo el diagnóstico tardío del cáncer de la matriz, de una perforación intestinal o de un estrangulamiento del mismo tubo digestivo; de allí que, con objeto de hacer resaltar el cuadro clínico del embarazo ectópico, la mayor parte de las veces bien claro y característico, y hacer hincapie en la imperiosa necesidad de que todo médico sepa, cuando menos, sospecharlo, voy a hacer algunos comentarios sobre unos cuantos casos de mi práctica, eligiendo los más demostrativos y probantes desde este punto de vista.

A mediados de agosto de 1913 fué a la consulta la Sra. T. V. de R., de 24 años, múltipara; había tenido dos hijos, el último cuatro años antes, quedando después de ese parto con algún padecimiento genital que le ocasionaba dolores en el vientre y la cintura, escurrimiento mucopurulento y menstruación medianamente dolorosa.

Enfermedad actual.—Suspensión del período en julio y agosto. En días después de la época en que debiera haber tenido la menstruación, ligero escurrimiento sanguíneo que se ha prolongado hasta la fecha de la consulta. Molestias en el vientre, sobre todo del lado izquierdo, desde la suspensión de la menstruación, que han ido en aumento hasta transformarse en los últimos días en verdaderos cólicos.

Examen.—Abdomen con su apariencia normal, doloroso a la presión en su porción inferior, con dolor exquisito en la fosa ilíaca izquierda. Vulva y vagina normales; matriz ligeramente crecida, blanduja y dolorosa; anexo izquierdo tan grande como un limón, muy doloroso; anexo derecho sano.

Diagnóstico.—Embarazo tubario. Indicación urgente de operar antes de la ruptura.

Operación.—El 1º de agosto celiotomía vaginal anterior. Extirpación de la trompa con un pequeño óvulo. La operación no presentó ninguna dificultad. Curación sin incidente. La enferma se levantó a las setenta y dos horas y salió curada del sanatorio a los diez días.

Extracto.—Señora regularmente menstruada, múltipara, estéril durante cuatro años por padecimientos genitales, suspensión del período, molestias en el vientre desde esa época, cólicos salpingianos, ligera metrorragia, tumor doloroso en la trompa izquierda.

En enero del año pasado, fuí llamado en consulta por el Sr. doctor Vilchis para ver a la Sra. S. R. de Z., de 35 años, buena constitución, unípara. Su menstruación siempre había sido regular, habiéndose suspendido solamente durante el embarazo anterior tres años antes, del que dió a luz una niña. En los tres años trascurridos desde el parto había sufrido ligeras molestias en el sistema genital.

La historia de la enfermedad para que fuí consultado es la siguiente: faltó la menstruación correspondiente al mes de diciembre; en el mes de enero en que ví a la enferma tuvo algunos días después de la fecha en que debería haber venido el período una metrorragia que la enferma consideró como la menstruación normal que se había retrasado; uno o dos días después del principio de esta metrorragia, fuerte cólico en el lado izquierdo del vientre que fué diagnosticado por el médico que la atendió como cólico salpingiano debido a la menstruación; como se repitiera el cólico en los días siguientes, algunas veces con suma intensidad, el Dr. Vilchis que fué llamado después del otro médico, solicitó el concurso de un especialista quien diagnosticó un estado inflamatorio de la trompa y aplicó el tratamiento antiflogístico y calmante de rutina. Como se continuara este tratamiento sin resultado apreciable durante ocho días, fuí llamado por el mismo Dr. Vilchis, médico de la familia.

Examen de la enferma.—Pálida, con la expresión de gran sufrimiento que había tenido y tenía en el momento del examen, por la repetición de los cólicos salpingianos. Defensa muscular en todo el bajo vientre, intensa principalmente en el cuadrante inferior izquierdo. Vulva y vagina normales, la matriz grande, fija, continuándose bajo el lado izquierdo con un tumor blando, doloroso, que ascendía hasta un poco abajo de la mitad de la distancia del ombligo al pubis. Fondo de saco posterior ocupado y doloroso. Todos los demás órganos normales.

Diagnóstico.—Embarazo extrauterino con ruptura de la trompa y aborto incompleto. Indicación urgente de operar.

Operación.—Al día siguiente, laparotomía. La cavidad pélvica llena de coágulos antiguos y sangre recientemente derramada, trompa izquierda embarazada y rota, el óvulo que había caído a la cavidad abdominal se encontró entre los coágulos. Salpingectomía, canalización por el fondo de saco de Douglas y en la extremidad inferior de la herida.

Extracto.—Señora que siempre había menstruado con regularidad. Tres años de esterilidad. Falta de la menstruación en dos meses consecutivos. Metrorragia acompañada de cólicos intensos en el vientre con duración de ocho días. Tumor blando y doloroso en el anexo izquierdo.

En octubre del mismo año, fuí llamado violentamente por el Dr. Hitzig y el médico de cabecera de la Sra. C. de M. advirtiéndome que se encontraba sumamente grave la enferma. La Sra. de M., de 38 años, múltipara, constitución regular, siempre había menstruado con exactitud en la fecha correspondiente, con suspensión del período sólo durante sus embarazos, que habían

sido tres, el último hace quince años. Su esposo había estado en Europa durante dos años habiendo regresado en junio pocos días después de pasada la menstruación de ese mes. En julio, agosto y septiembre, faltó el período y hubo síntomas de embarazo. El 16 de octubre fué sorprendida la señora por un dolor intenso en el bajo vientre, acompañado de vómitos y fenómenos lipotímicos. El médico que fué llamado diagnóstico peritonitis, instituyó el tratamiento médico correspondiente. Durante ocho días continuaron los fenómenos abdominales cada vez más intensos, añadiéndose en el transcurso de esa semana ligera metrorragia a la que no se le concedió importancia, hasta la madrugada del 24 en que un dolor más agudo que todos los demás acompañado de vértigo, sudores fríos, alteración de las facciones y alarmante palidez hicieron que se llamara violentamente al médico de cabecera y al Doctor Hitzig, quien en vista de los fenómenos alarmantes que presenció, sospechó que se trataba de un embarazo extrauterino o de alguna hemorragia interna, y se me llamó entonces en consulta.

Estado de la enferma.—Extremadamente pálida. Pulso apenas perceptible en la radial y latiendo a ciento sesenta por minuto; casi inconsciente la enferma e incapaz de responder a las preguntas que se le dirigían. Abdomen tenso con un ligero abultamiento en el cuadrante inferior derecho. Fuerte defensa muscular. Vulva y vagina normales, matriz inmovilizada, tumor difuso muy doloroso en el lado derecho, tensión arterial 90 m. m. de mercurio.

Diagnóstico.—Embarazo extrauterino; ruptura de la trompa, con inunación peritoneal y peligro inminente de muerte por hemorragia. Indicación urgente de operar sin demora.

La enferma fué transportada en el acto al Sanatorio. Se le practicó una inyección intravenosa de suero, lo que levantó la tensión arterial a 105. Se abrió el vientre, y se encontró enorme cantidad de sangre en la cavidad. Se colocaron dos clamps antes de vaciar la sangre, uno en el cuerno de la matriz y otro en el ligamento infundibulopélvico correspondiente a la trompa embarazada; procediéndose después a extraer la sangre, el feto que ya estaba libre en la cavidad abdominal y a practicar la salpingectomía. Canalización por el Douglas y por la extremidad inferior de la herida. Curación.

Extracto.—Señora que había menstruado con regularidad, estéril desde hacía quince años. Suspensión de la menstruación por tres meses. Dolor intenso en el vientre acompañado de lipotimia y ligera metrorragia. Tumor en la trompa derecha y fenómenos de hemorragia interna que pusieron en inminente peligro la vida de la enferma.

En septiembre del año pasado, a solicitud del Sr. Dr. Landa ví en junta con él a la Sra. L. P. de G., de 44 años, múltipara, había tenido cuatro hijos, el último ocho años antes, quedando enferma de los órganos genitales internos después de su último parto, enfermedad que se manifestaba por frecuentes inflamaciones y metrorragias. Comenzó a menstruar a los dieciocho años (edad en que aparece generalmente la menstruación a las jóvenes de la región de España de donde es nativa), la menstruación fué ligeramente irregular hasta el matrimonio, regularizándose por completo desde entonces. Durante los ocho años transcurridos después del último parto nunca llegó a faltar el período, que era menorrágico.

Enfermedad actual.—El 31 de mayo tuvo el período en cantidad casi in-

significante, contrastando con la abundancia que siempre había tenido; en junio faltó y a principios del mes siguiente tuvo el primer cólico en el bajo vientre que fué atendido por el Dr. Landa; se alivió en unos ocho días; el período de julio también faltó y a fines del mes un segundo cólico que la hizo estar en cama por diez días. En agosto tampoco hubo período, presentándose el 13 de ese mes, un tercer cólico más fuerte que los anteriores, acompañado de fenómenos lipotímicos graves, de vómitos y de la expulsión de algunos cuábulos por la vagina. Desde entonces ya no pudo abandonar la cama por el constante dolor en el vientre, el abultamiento progresivo de él y los fenómenos intestinales correspondientes a la reacción peritoneal que se verificaba.

Examen de la enferma.—El 28 de agosto que la ví con el Dr. Landa presentaba los signos siguientes: extremada palidez, pulso pequeño y frecuente, vientre abultado en todos sus diámetros, con una elevación mayor, bien perceptible en el hipogastrio, fosa ilíaca y flanco del lado derecho, llegando hasta el nivel del ombligo y siguiendo una línea más o menos transversal. Defensa muscular en todo el abdomen, con especialidad en la parte más abultada. Vulva y vagina normales, matriz fija formando cuerpo con el tumor difuso, difícil de palpar que llenaba la porción inferior del abdomen; macidez en toda la porción abultada.

Diagnóstico.—Embarazo extrauterino abortado en el peritoneo. Indicación de operar a la enferma.

Operación.—El 2 de septiembre, ayudado por el Dr. Landa se procedió a hacer una laparotomía: al hacer la incisión del peritoneo se dividió la placenta que ya había invadido esa parte de la pared abdominal, originándose una hemorragia muy abundante que obligó a practicar un taponamiento temporal. Unos cuantos minutos después se retiró el tapón extrayendo rápidamente de la cavidad, donde flotaba entre coágulos y sangre, el feto vivo. Se intentó, con la misma rapidez, hacer la extracción de la placenta; pero la hemorragia de la herida primitiva y de los lugares que se intentaba desprender era tan intensa, que puso en serio peligro la vida de la enferma, por lo que en el acto se suspendió la operación taponando las partes que sangraban y suturando el resto de la herida. Poco después de llevada la enferma a su cama tuvo fenómenos de colapso por la enorme pérdida de sangre, siendo necesario combatirlos con inyecciones intravenosas de suero y todos los demás medios aconsejados en estos casos. La convalecencia se efectuó sin incidente, aunque un poco larga por la expulsión de la placenta que se verificó poco a poco por la canalización, durando en total cuarenta y seis días.

Extracto.—Mujer múltipara, menstruando con toda regularidad, estéril durante ocho años, con padecimientos genitales después del último parto. Suspensión del período durante tres meses, cólicos en la parte baja del vientre acompañados de lipotimias, fenómenos peritoneales y expulsión de coágulos por la vagina. Tumor difuso llenando la pelvis y el tercio inferior del abdomen.

En diciembre del mismo año pasado, me fué enviada del Estado de Michoacán, por el Sr. Dr. Cortés Ruiz, la Sra. Y. C, aldeana de 30 años de edad, bien constituida, con el diagnóstico de tumor de la matriz.

Antecedentes.—Menstruación siempre regular, nunca se suspendió sino

durante los embarazos, que fueron dos, el último cinco años antes del principio de la enfermedad. En febrero suspensión del período, lo mismo que en marzo; a fines de ese mes dice la enferma haber tenido un aborto, que principió por un dolor muy agudo en el vientre que le hizo perder el conocimiento, pequeña cantidad de sangre entre la que no se encontró el producto, pero con fenómenos de tal manera intensos en el vientre que casi estuvo a punto de morir, y la obligó a estar en cama varias semanas; poco a poco se restableció de esa enfermedad aguda pero continuó padeciendo del vientre, de tal suerte que no podía hacer ninguno de sus trabajos habituales. El período volvió pero con irregularidad, prolongándose a veces hasta por un mes y repitiéndose cada dos o tres semanas; así estuvo durante ocho meses, hasta diciembre que vino al Sanatorio.

Examen.—Mujer fuerte, bien conformada. Abdomen con su apariencia normal, doloroso a la presión en la parte inferior, sobre todo del lado izquierdo. Vulva y vagina normales, matriz enteramente fija, de tamaño normal, pero dolorosa. Anexo del lado izquierdo voluminoso, no quístico, muy doloroso, caído y adherido al fondo de saco posterior; anexo derecho aparentemente sano.

Diagnóstico.—Embarazo extrauterino abortado en el peritoneo a los dos meses con muerte del producto.

Operación.—Laparotomía. Matriz y anexos envueltos en una masa compacta de adherencias, que obligaron a practicar la histerectomía supravaginal. Trompa del lado derecho conservando todavía un pequeño feto retraído y ligeramente deformado. Curación.

Extracto.—Mujer menstruada regularmente, estéril después de cinco años del último parto. Suspensión del período por dos meses. Metrorragia simulando un aborto, acompañada de síntomas peritoneales graves en los que dominaban el dolor y la parálisis intestinal. Matriz de tamaño normal. Tumor doloroso en la trompa izquierda.

Como podrán ver los señores académicos por la comparación de las cinco historias que brevemente acabo de referir, es de absoluta importancia el diagnóstico precoz del embarazo extrauterino, pues en tanto que en los cuatro últimos casos no diagnosticados en tiempo oportuno, en todos ellos estuvo la vida de la enferma en serio peligro llegando hasta ser necesario en los casos tercero y cuarto recurrir a inyecciones intravenosas, inyecciones tónicas de estricnina, cafeína, adrenalina y otros de los recursos aconsejados en casos semejantes, como vendaje de los miembros, calefacción artificial, etc., para poder salvar a la paciente; en el primer caso diagnosticado a tiempo se pudo con una simple operación vaginal sin grave peligro para la enferma extirpar la trompa embarazada, obteniendo una convalecencia enteramente sencilla, que permitió a la enferma levantarse a las setenta y dos horas y salir curada a los diez días, contrastando con las convalecencias difíciles y prolongadas de los otros casos que en uno, el cuarto, se prolongó hasta cuarenta y seis días.

Comparando también dichas historias, se ve por los extractos que al final las acompañan, que el cuadro clínico, con especialidad los conmemorativos, son, como decía al principio, bastante característicos de la enfermedad, para poder diagnosticarla o cuando menos presumirla fácilmente.

El diagnóstico del embarazo extrauterino tiene que hacerse en cinco etapas o condiciones diferentes, de las que cada uno de los casos citados constituye un ejemplo: (1) Antes de la ruptura de la trompa: caso núm. 1. (2) Durante la ruptura de la trompa, efectuada entre el primero y segundo meses y seguida de pequeña hemorragia o pequeñas hemorragias repetidas: caso núm. 2. (3) Durante la ruptura de la trompa, efectuada después del segundo mes, seguida de hemorragia profusa, que sin exageración puede calificarse de mortal: caso núm. 3. (4) Después de la ruptura de la trompa, seguida de pequeña o mediana hemorragia y muerte del producto: caso núm. 5. (5) Después de la ruptura con persistencia de la vida del producto, caso núm. 4. Los otros casos de diagnóstico de embarazo extrauterino, o bien son de tal manera raros, como el litopedión, o bien entran en cuadros clínicos distintos como la peritonitis generalizada o los abscesos peritoneales localizados, consecutivos a la infección de la sangre derramada durante la ruptura y por lo mismo no encuentran cabida en los límites de este trabajo, destinado a vulgarizar el diagnóstico oportuno del embarazo ectópico.

Antes de la ruptura.—En los conmemorativos de la enferma se encuentran casi de una manera sistemática padecimientos pélvicos anteriores, uno o varios partos seguidos de un período más o menos largo de esterilidad, durante el cual la menstruación se ha presentado con regularidad y caracteres normales, o haciéndose un poco más frecuente se ha vuelto a la vez más o menos menorragica pero sin llegar a faltar. Sin causa aparente falta la menstruación un mes, a la vez que se exacerban o aparecen molestias en uno de los lados del vientre, que a menudo suelen ser simplemente sensaciones de quemadura o ardor o bien de presión interior, interrumpidas de tiempo en tiempo por dolores más agudos o semejando cólicos a veces muy intensos. Con estos fenómenos suelen aparecer, aun cuando menos frecuentemente algunos síntomas subjetivos de embarazo, semejantes a los que esa misma enferma ha padecido en embarazos anteriores; otras faltan por completo esos fenómenos reflejos o tóxicos. Al examen, que debe hacerse con mucha delicadeza y cuidado (en este caso más que en ningún otro en la posición invertida, es decir, con el tronco ligeramente doblado por el respaldo de la mesa pero mucho más bajo que la pelvis, para que las vísceras abdominales, gravitando hacia el diafragma dejen libres los órganos pélvicos), se encuentra la trompa abultada en alguna de sus porciones, muy dolorosa, y la uterina latiendo con mucho mayor vigor que la del lado opuesto. Puede confundirse el embarazo ectópico en este momento, con una salpingitis aguda; pero si se tiene en cuenta que las afecciones inflamatorias nunca dan lugar a la suspensión de la menstruación, sino más bien a menorragias y que muy a menudo se acompañan de elevación de temperatura, aunque ligera, se podrá hacer fácilmente la distinción.

En el momento de la ruptura, verificada antes del segundo mes y acompañada de pequeña hemorragia o pequeñas hemorragias repetidas.—A los conmemorativos anteriormente citados, se añade la aparición poco tiempo antes, de un dolor en el vientre extremadamente agudo, que ha alcanzado su máximo en unos cuantos minutos, acompañado de una sensación de vértigo que algunas veces llega hasta determinar la caída de la enferma, y siempre la imposibilidad de levantarse. Al examen se encuentra la enferma pálida, más por el

dolor y el choque, que por la pérdida de sangre; ansiosa, sudorosa, en una palabra con síntomas que caracterizan el síncope. El abdomen tenso con fuerte defensa muscular que impide la palpación bimanual, el cuello de la matriz y los fondos de saco muy dolorosos, sobre todo el del lado correspondiente a la trompa embarazada. No es posible en este momento apreciar, ni el abultamiento de la trompa, ni el derrame de sangre intraperitoneal. Casi siempre comienza a la vez un escurimiento de sangre por la matriz más o menos abundante, que pudiera hacer confundir este estado con una menstruación dolorosa o con un aborto, si no fueran tan exagerados los fenómenos peritoneales y generales. Algún tiempo después los síntomas alarmantes se calman, para repetirse al cabo de algunas horas o de uno o dos días, cuando el aborto tubario no ha sido completo desde la primera vez.

Durante la ruptura efectuada después del segundo mes, seguida de hemorragia abundante.—El aborto tubario efectuado en estas condiciones, casi siempre da lugar a una hemorragia interna que pone en inminente peligro la vida de la enferma, predominando entonces los síntomas de este accidente y el dolor abdominal. La palidez de la enferma es extrema, no sólo no puede levantar la cabeza, sino ni aun moverse en su cama sin sentir vértigo o que se hunde; la enferma aunque semiinconsciente, aprecia la gravedad de su estado y la inminencia de muerte en que se encuentra. El pulso muy frecuente, latiendo a más de 140 ó 150 por minuto, es apenas perceptible en la radial, y en los casos más graves no se siente en dicho lugar. A los fenómenos abdominales señalados en el párrafo anterior, se añade una zona de macidez en el hipogastrio y las fosas ilíacas que subirá más o menos según la cantidad de sangre derramada y que no debe confundirse con la vejiga distendida o la matriz crecida, porque en tanto que estos órganos dan una macidez cuyos límites afectan una forma elíptica o circular mediana, el límite de la otra es más o menos transversal extendiéndose de un lado a otro del vientre. Este es el caso de diagnóstico urgente mas apremiante; porque en muchos casos la vida de la enferma depende de la oportunidad y prontitud de la operación, y seguramente que en la actualidad el ginecólogo no debe contar con las probabilidades de que los vasos desgarrados se cieguen espontáneamente por la disminución de la presión sanguínea.

Después de la ruptura de la trompa seguida de mediana hemorragia o hemorragias repetidas y de muerte del producto.—En este caso el conmemorativo acusará los datos señalados en los párrafos anteriores. Si la enferma se ve pocos días después del accidente, presentará cólicos semejantes a los de la ruptura aunque de menor intensidad; si ésta se ha efectuado a intervalos podrá asistirse todavía a un cuadro semejante a los descritos en segundo y tercer lugar, como sucedió en la Sra. de Z., quien a los ocho días aún presentaba fenómenos de estar verificándose el aborto; o bien los fenómenos de la ruptura han pasado y entonces la enferma acusará un dolor constante pero soportable, extendido a todo el vientre, acompañado de parálisis intestinal y dolor durante la defecación provocada por purgantes o lavativas, substituyéndose los fenómenos sincopales por los que acompañan a las infecciones intestinales, debidos en este caso a la intoxicación por la parálisis del tubo digestivo. Ya en este tiempo la exploración bimanual puede demostrar la presencia de un verdadero tumor envolviendo todos los órganos genitales, fijando la matriz y ocupando el fondo de saco de Douglas, que a veces puede sen-

tirse fluctuante; pero en otras las adherencias, los coágulos y los depósitos fibrinosos ocultan la fluctuación. En estas circunstancias, el aborto tubario se ha transformado en un hematocele y ha pasado la urgencia del diagnóstico. Si la enferma se explora mucho tiempo después de pasado el accidente (historia referida en último lugar), los signos locales se confundirán con los de cualquier otro estado inflamatorio crónico de la trompa o del ovario y sólo el conmemorativo permitirá hacer el diagnóstico, que en este caso tampoco reviste ninguna urgencia.

Después de la ruptura de la trompa con persistencia de la vida del producto.—

Este caso, un poco más raro que los anteriores, da lugar antes y durante la ruptura a fenómenos iguales a los ya descritos y que se encontrarán en el conmemorativo. Además, como la placenta no encuentra sitio bastante para desarrollarse en su lugar primitivo de implantación, se extiende sobre los lugares vecinos, ovario, cara posterior de la matriz, intestinos o pared abdominal, ocasionando fenómenos dolorosos y compresivos, perturbaciones intestinales y hemorragias más o menos abundantes por los constantes despegamientos que se hacen, ya sea por la movilidad de los lugares de implantación, ya por lo inadecuado de los tejidos para el sostenimiento y nutrición del nuevo órgano. Estas hemorragias ocasionan síntomas semejantes a los de la ruptura pero muy atenuados, excepto cuando son de consideración, en cuyo caso además del choque hay abultamiento rápido del vientre y zona de macidez. A la exploración se siente el tumor formado por la placenta, el feto y las adherencias. Generalmente no es posible distinguir las partes fetales, que en algunos casos pueden sentirse. A estos síntomas se añaden todos los correspondientes a la compresión, variando en intensidad según el órgano más directamente comprimido.

Los pormenores del diagnóstico del embarazo ectópico, basados en matices de intensidad del dolor, intensidad del choque y en variantes sólo apreciables al especialista, de las sensaciones que por la exploración se obtienen, queda indudablemente fuera del dominio del médico general, siendo el ginecólogo el único llamado a hacer este diagnóstico, del que dependen las indicaciones de operar con urgencia dentro de las primeras horas, o poder esperar uno o dos días, o bien dejar pasar los accidentes agudos, para hacer una intervención que en muchos casos se reducirá a la canalización por el fondo posterior, de un hematocele más o menos grande. Pero el diagnóstico en conjunto, basado más que en los datos de exploración en el cuidadoso estudio del conmemorativo, siempre tan elocuente y siempre tan característico, indudablemente que sí cae bajo el dominio del médico general, y nunca encontrará dificultades para hacerlo éste, si de una manera constante y rutinaria investiga el estado y caracteres de la menstruación, en toda enferma que se le presente quejándose de algún padecimiento de la mitad inferior del abdomen, cualquiera que sea. Muy a menudo sucederá que una enferma quejosa de un dolor agudo, verdadero cólico, en la fosa ilíaca derecha, con parálisis intestinal, defensa muscular y vómitos, cause desde luego la impresión de una apendicitis, y el médico, preocupado por este diagnóstico de impresión, se empeñe en buscar los antecedentes intestinales y olvide informarse sobre los de la menstruación, o bien si la enferma los inicia no les conceda la importancia que tienen. Bastará este olvido para exponerse a un error de diagnóstico, a veces

de graves consecuencias para la paciente y siempre de funestos resultados para la reputación del médico. De allí que es de gran importancia vulgarizar y hacer que todo médico se penetre bien de la necesidad de buscar siempre los antecedentes de la menstruación en las afecciones abdominales inferiores. Si siempre se siguiera esta práctica, seguramente que el número de errores de diagnóstico, tratándose del embarazo ectópico, sería casi insignificante, pues apenas hay enfermedad en que el cuadro acusado por el conmemorativo sea más elocuente y característico.

Para terminar, en vista de que este escrito está dirigido, no a los especialistas, sino a los médicos que se ocupan de ramos distintos a la ginecología, creo que se pueden asentar como conclusiones las proposiciones siguientes:

1ª—En toda enferma que se queje de algún padecimiento de la mitad inferior del abdomen investiguense los antecedentes de la menstruación.

2ª—En toda mujer que ha menstruado con regularidad y falta el período, piénsese en un embarazo.

3ª En toda mujer regularmente menstruada que ha tenido hijos y después de un período de esterilidad, falta el período y acusa molestias en un lado del vientre, piénsese en la posibilidad de un embarazo extrauterino.

4ª —En toda mujer con las condiciones anteriores y que después de uno, dos o tres meses de suspensión del período tiene un cólico fuerte en el bajo vientre, continuado y no intermitente como el de las contracciones uterinas y acompañado de escurrimiento de sangre por la vagina, piénsese en las grandes probabilidades de que existe un embarazo extrauterino.

5ª—En toda enferma que para las condiciones de la proposición cuarta se añadan fenómenos sincopales, un estado de choque intenso y un tumor abdominal, asegúrese, con muy pocas probabilidades de error, que tiene un embarazo ectópico.

México, abril 14 de 1915.

U. VALDÉS.