2999

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ABORTO

TÉSIS INAUGURAL PARA OPTAR AL GRADO DE

DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ B. ARANDA

Ex-Interno por concurso de los hospitales San Roque y Rivadavia

BUENOS AIRES

Imprenta—A. Villafañe—Calle Belgrano 3018

1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ABORTO

TÉSIS INAUGURAL PARA OPTAR AL GRADO DE

DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ B. ARANDA

Ex-Interno por concurso de los hospitales San Roque y Rivadavia

BUENOS AIRES

Imprenta—A. Villafañe---Calle Belgrano 3018

1898

La facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tésis . (Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice-Decano

Doctor D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTON

Académicos Honorarios

Doctor D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

Secretario

Doctor D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Doctor D. ZENÓN AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naón
Anatomía topográfica.	„	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-prática.	„	Rodolfo de Gainza
Fisiología general y humana	„	Pedro J. Coronado
Catología general y ejercicios clínicos..	„	Roberto Wernicke
Matería Médica y Terapéutica.	„	Justiniano Ledesma
Higiene pública y privada.	„	Melitón G. del Solar
Patología externa	„	Obdulio Hernández
Patología interna	„	José Penna
Anatomía patológica	„	Telémaco Susini
Bacteriología	„	Carlos C. Malbrán
Medicina operatoria...	„	Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica..	„	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica..	„	Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	„	Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su Clínica.	„	José M. Ramos Mejía
Enfermedades mentales y Clínica respectiva.	„	Domingo Cabred
Clínica Quirúrgica..	Doctres.	Julián Aguilar Antonio C. Gandolfo
Clínica Médica...	Doctres.	Abel Ayerza Gregorio N. Chaves Luis Güemes
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Samuel A. Molina
Medicina legal.	„	Eduardo M. Pérez
Genito Urinario	„	Federico Texo
Toxicología	„	Juan B. Señorans
Química aplicada á la Medicina	Doctres.	Pedro N. Arata Atanasio Quiroga
Física médica	Doctor	Jaime R. Costa
Zoología médica...	„	Eliseo Cantón
Enfermedades venéreas y dermatología.	„	Baldomero Sommer
Botánica	„	Martin Spuch
Laringología, otología, rinología	„	Eduardo Obejero
Farmacia teórica	„	Juan A. Boeri
Farmacia práctica..	„	J. Manuel Irizar
Botánica médica..	„	Adolfo Mujica
Obstetricia para alumnas parteras	„	Juan R. Fernández
Odontología.	„	Nicasio Etchepareborda

ESCUELA DE MEDICINA

Asignatura	Catedrático sustitutos	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero
Anatomía topográfica	„	Avelino Gutiérrez
Histología (teórico-práctica)	„	Samuel de Madrid
Fisiología general y humana	„	Pedro J. Coronado
Higiene pública y privada.	Doctres.	Enrique Revilla Ricardo Schatz
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro
Matería Médica y Terapéutica..	Doctres.	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Patología externa	„	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna..	Doctor	Marcial V. Quiroga
Anatomía patológica..	„	José Badía
Medicina operatoria.,	„	Alejandro Posadas
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Doctres.	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica.	„	Facundo Larguía Antonio F. Piñero
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	„	Francisco Barraza Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su Clínica	„	José A. Esteves José R. Semprun
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	Doctor	Benjamín T. Solari
Clínica Quirúrgica..	Doctres.	Juan B. Justo Alejandro Castro Diógenes Decoud
Clínica Médica..	“	Julio Méndez Francisco Sicardi Ignacio Allende
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctres.	Luis F. Vila Ramon Velarde
Física médica..	„	Vacante
Medicina legal y Toxicología	Doctres.	F. de Veyga Domingo Cavia
Quimica aplicada á la Medicina		Vacante
Farmacia práctica..		Vacante
Laringologia, otología, rinología.	Doctor	Wenceslao Tello
Enfermedades venéreas y dermatología..	„	Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	„	Enrique Pietranera
Odontología	„	León Pereyra

Padrino de Tésis

Doctor Enrique del Arca

A la memoria de mi padre

A mi madre

A mi hermano político

Fenelon Arias

Gratitud

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Al someter á vuestra consideración mi trabajo inaugural, cumplo con una prescripción reglamentaria. Os pido seais benévolos para juzgarlo.

Interno de un Hospital de Mujeres, he tenido oportunidad de ver frecuentemente ingresar á él enfermas con síntomas de aborto ó con alguna de las complicaciones que se observan en esta afección. He seguido con verdadero interés la terapéutica instituida y el resultado obtenido, y es esto que me ha inducido á elejirlo como tema para mi disertación.

Antes de terminar, permitidme una íntima satisfacción, la de hacer público mi agradecimiento hácia todos los que han contribuido para que adquiera los conocimientos que poseo y especialmente hácia el Dr. Bozetti, que ha sido para mí, no sólo un Profesor ilustrado, sino también un amigo sincero.

ETIOLOGÍA

Si todas las causas productoras del aborto tuvieran eficacia infalible muy pocos serían los óvulos que fecundados llegarían al término de su evolución. Pero esta eficacia no es en manera alguna absoluta, y muy al contrario, todos los días tenemos la oportunidad de observar la infidelidad de su acción y de convencernos que el útero grávido es un órgano muy caprichoso en su manera de reaccionar contra las causas que solicitan la expulsión de su contenido.

Una mujer aborta por una causa trivial, una emoción, un viaje prolongado son suficientes, otra experimenta un traumatismo considerable y su útero no reacciona, sin embargo. Una misma mujer recorre el período secundario de su sífilis abortando hoy para llevar mañana el producto de la concepción al término de su desarrollo.

Las enfermedades agudas provocan el aborto en muchos casos y en otros tantos el embarazo sigue su evolución, permaneciendo el útero indiferente mientras ella recorre su peligroso y muchas veces largo período.

Y no se diga que estas son causas aisladas, pues su frecuencia está en la conciencia de todos.

Estos hechos nos indican el distinto modo de ser de cada organismo y en el mismo organismo el dife-

rente modo como él reacciona bajo la influencia de la misma causa: al mismo tiempo que nos inducen á ser reservados respecto á las probabilidades de aborto en un caso determinado.

En la formación del nuevo sér dos elementos concurren, el padre y la madre. Cada uno de ellos contribuye con elementos de su organismo para darle fuerza y vida.

Si los elementos con que cada uno contribuye á su formación no son buenos, pero sí capaces de llenar la primera parte de su cometido, la fecundación, el óvulo se desarrollará en malas condiciones y se mantendrá á la espectativa, por decirlo así, esperando una causa cualesquiera para demostrar que su fuerza vital es insuficiente, y que su vida no puede prolongarse por la mala calidad de su origen. El aborto sobrevendrá.

El óvulo ha sido fecundado en buenas condiciones. El rol del padre ha terminado. Pero el huevo tiene que permanecer largo tiempo en el organismo materno tomando sus materiales de nutrición de éste y sometido á todas sus eventualidades y alternativas. Allí encontrará en muchas ocasiones una nueva fuente de destrucción por tener que ser su vida tributaria de la de otro sér y á pesar de su orígen excelente.

Pero hay más todavía, el huevo es susceptible de experimentar enfermedades y de ser herido por los traumatismos ya intencionalmente, ya por casualidad.

Es, pues, necesario para estudiar las causas del aborto, considerar separadamente las que dependen del padre, las que dependen de la madre, y aquellas que se podrían atribuir á enfermedades del huevo.

Causas que provienen del padre.—Podemos decir de un modo general que toda causa capaz de modificar profundamente y de una manera duradera la constitución del padre, es susceptible de aportar su contingente desfavorable en la formación y evolución del nuevo sér. Sentada esta proposición, no me detendré á examinar detenidamente cada una de ellas; me limitaré á señalar las más frecuentes. Las afecciones venéreo-sifilíticas, la tuberculosis, las intoxicaciones, los excesos desenfrenados, la vejez, la mayor parte de las afecciones crónicas ó de larga duración; todas influyen á su manera y muchas veces conjuntamente para producir el mismo efecto: la expulsión del feto antes de ser apto para la viavilidad.

Causas que provienen de la madre.—En ella las mismas causas pueden obrar, pero pueden aparecer y aparecen á menudo otras nuevas, y las mismas causas anteriormente mencionadas obran de una manera más patente y más eficaz, puesto que es en su organismo que el feto se desarrolla y que él tiene que suministrarle los materiales de nutrición.

He dicho que otras causas nuevas aparecen, y voy á explicarme.

El feto se desarrolla dentro de la cavidad uterina, pero el útero no es un órgano aislado é indemne de de todo mal. Su funcionamiento es influenciado por las afecciones de todo el resto del organismo y con mayor razón por las afecciones de los diversos órganos del aparato genital. Los ovarios pueden ser atacados de enfermedades diversas en la época de la preñez ó cuya existencia ha sido anterior á la gestación: las trompas lo mismo. El útero grávido puede

permitir el desarrollo de tumores, ó inversamente, un tumor del útero no excluye la pasibilidad del embarazo. Adherencias contraídas por el útero con los órganos vecinos, tumores de los órganos pelvi-abdominales, desviaciones del útero preexistentes ó producidas después del embarazo pueden existir.

Todas estas causas pueden influir para la producción del aborto, ya impidiendo y luchando contra el desarrollo que le es necesario al útero, ya produciendo en su al rededor procesos inflamatorios, ya en fin, por mecanismos que no siempre podemos explicar.

Emociones violentas son susceptibles de producir el aborto, como también lo pueden producir excitaciones genésicas y coitos demasiado frecuentemente repetidos. Serres dice que á estas dos últimas causas se debe referir el aborto que se observa con frecuencia en las prostitutas, en las primeras semanas del embarazo.

La albuminuria como causa productora del aborto es indiscutible, como también lo son las enfermedades agudas é infecciosas.

El aborto puede ser producido por traumatismos de los cuales los unos recaen sobre la madre y los otros obran directamente sobre el contenido uterino.

El huevo puede ser expulsado por la acción de ciertas sustancias, purgantes drásticos, cornezuelo de centeno, ruda sabina, etc., que aunque de acción infiel, su empleo en muchos casos es seguido de éxito.

Por otra parte, hay mujeres embarazadas, que en las épocas correspondientes á las épocas menstruales, están sujetas á congestiones uterinas que las exponen al aborto, y otras que tienen útero *irritable*. Las

hay, en fin, que tienen la costumbre de abortar sin que el exámen más prolijo haga descubrir en ellas una explicación del hecho: en estas mujeres se observa frecuentemente este hecho curioso, que los abortos se producen cada vez á épocas más avanzadas de la preñez, llegando al fin después de varios ensayos de gestación á parir un hijo á término.

Causas que proceden del huevo. — Resta aún por examinar un último grupo de hechos: aquellos en que el aborto parece depender de enfermedades del huevo. Afecciones de la caduca, del corión, del amnios, de la placenta, han sido constatadas, pero si se examina detenidamente, la mayor parte de las veces se ve que ellas dependen de afecciones del padre ó de la madre.

La inserción viciosa de la placenta tiene una importancia indiscutible en la génesis del aborto.

De todas las consideraciones que preceden saco la conclusión de que si es exacto decir que la preñez es como un certificado de buena salud que se concede á la mujer, no es menos exacto que el producto de la concepción puede ser influenciado por mil causas y que para atribuir el aborto á tal ó cual causa, es necesario hacer un estudio muy delicado, y que aún después de esto, su orígen permanece envuelto en el misterio en muchos casos.

SINTOMATOLOGÍA

En el largo espacio de seis meses, término fijado para que su expulsión se llame aborto, el huevo ha recorrido una escala progresiva en su desarrollo y al hacerlo ha presentado faces diferentes en su evolución. Al hacer el estudio de la sintomatología del aborto no es posible abarcar ésta en un conjunto. Las divisiones se imponen. Es necesario seguir el huevo en su evolución desde el principio hasta el fin, considerarlo en las épocas sucesivas de su desarrollo, por que cada una de ellas vá á modificar de diferente moda el organismo materno y la constitución del huevo, modificando también por esto mismo los síntomas del aborto. Al estudira el cuadro sintomatológico del aborto conforme á la división que me parece la mejor, me ocuparé del estudio del huevo mismo, pues su conocimiento es indispensable para la explicación de muchos hechos.

Auvard divide el aborto en: aborto embrionario y aborto fetal, considerando embrionario el que se produce en el primer trimestre y fetal el que se produce en el segundo trimestre.

Esta división cómoda en apariencia, tiene el inconveniente de reunir en una misma descripción hechos muy desemejantes, puesto que clínicamente es muy diferente un aborto que se verifica dentro del pri-

mer mes del embarazo y otro que se efectúa al final del tercer mes; como es diferente también el aborto del principio del cuarto mes, del que tiene lugar al final del sexto mes.

La división de Guillemot es susceptible de los mismos reproches. El considera tres clases de aborto: el ovular que tiene lugar en los primeros veinte días del embarazo, el embrionario del vigésimo día al final del tercer mes y el fetal del cuarto al sexto mes.

Satisface más y se presta á una descripcion más científica la clasificación de Tarnier, quien distingue en el aborto: 1º el que se produce en el primer mes del embarazo; 2º el que tiene lugar en el segundo mes; 3º el aborto del principio del tercer mes al final del cuarto, y 4º el del quinto y sexto mes. Será esta la división que nos servirá de guía en el estudio de la sintomatología del aborto y de su diagnóstico diferencial.

Y ante todo, ¿tiene el aborto un período prodrómico como lo quieren ciertos autores, es decir, antes de que aparezcan los grandes síntomas del aborto, hay algún conjunto de signos que nos permitan sospechar la inminencia de su producción? Esta cuestión no puede ser resuelta de un modo absoluto ni en un sentido ni en el otro porque si hay muchos casos en los cuales el aborto es precedido de trastornos diversos, sensación de peso en el bajo vientre y en las caderas, malestar general, cansancio, etc., hay otros tantos en los que éstos fenómenos iniciales faltan y el aborto se anuncia por la aparición de cualquiera de sus grandes síntomas.

Aborto en el primer mes.—Una mujer ha tenido su menstruación en condiciones normales, su abundancia y su duración han sido las mismas de siempre. Algunos días después sobreviene un lijero malestar, dolores lumbo-abdominales de intensidad variable y una pérdida sanguínea ordinariamente bajo la forma de coágulos. Según el período del aborto en que se practique el exámen, se podrá constatar ó no modificaciones del lado del cuello del útero. Añádase que que las modificaciones producidas en el organismo de la madre por una preñez tan poco avanzada son casi insignificantes y se comprenderá cuán pobre es la sintomatología del aborto en esta época.

Cuando el aborto sobreviene en el primer mes, el huevo es expulsado generalmente intacto entre los coágulos que la mujer ha perdido. Su expulsión no ha sido muy dolorosa, porque el huevo es bastante pequeño y encuentra salida fácil. Es en esta época en que se puede observar la forma de aborto instantánea, descripta por Caseaux, en que el único síntoma es la salida del huevo acompañado de una pérdida sanguínea más ó menos abundante.

Aborto en el segundo mes.—Acá interviene ya un nuevo elemento sintomático: la supresión de la menstruación. Además el organismo materno ha tenido ya más tiempo para ser influenciado por la gestación; los pechos pueden haber experimentado una congestión bastante grande y haberse desarrollado de manera á llamar la atención de la enferma, el aumento de volúmen del útero será manifiesto para un dedo ejercitado en la palpación, los fondos de saco vaginales están más tensos consecutivamente al lijero

descenso del útero, muchos de los síntomas de órden reflejo del lado del aparato digestivo ó nervioso han podido hacer ya su aparición. Nótese que estos síntomas son comunes al embarazo y al aborto, pero es necesario señalarlos porque el diagnóstico del aborto reposa sobre el diagnóstico del embarazo.

A estos síntomas que nos indican el embarazo se reunen otros que caracterizan el oborto: pérdida sanguínea más ó menos abundante y dolores lumbo-abdominales más ó menos intensos y que revisten una forma intermitente. Por el tacto vaginal se puede percibir si la dilatación ya se ha iniciado, el cuello del útero más ó menos entreabierto y reblandecido y que permitirá si la dilatación es suficiente tocar el huevo dentro de la cavidad uterina ó en cualquiera de las faces de su migración hácia afuera

Pero los síntomas del embarazo en esta época son inconstantes y la mayor parte de ellos no pueden ser percibidos sino por personas acostumbradas á las exploraciones ginecológicas y estos síntomas se van haciendo tanto más inconstantes y tanto más difíciles de percibir cuanto más se aproxima uno al principio del segundo mes.

El huevo en esta época es más ó menos del tamaño de un huevo de gallina, su expulsión se efectúa la mayor parte de las veces conservando el huevo su integridad y se presenta como un cuerpo de forma ovoidea, de superficie lisa y de coloración rosada debida á que el huevo ha arrastrado consigo la caduca ovular. Las cubiertas del huevo están formadas entonces por la caduca ovular, el corion y sus vellosidades, el amnios y su cavidad.

Otras veces la superficie del huevo expulsado está cubierta de vellosidades porque la caduca ovular ha sido desgarrada y permanece unida á la caduca uterina y la cubierta más externa del huevo está formada entonces por el corion y sus vellosidades.

En fin, si la regla en el segundo mes es que el huevo sea expulsado en bloc y en un sólo tiempo, no es raro de observar su ruptura produciéndose la expulsión del embrion y la salida del líquido amniótico en un primer tiempo, quedando dentro de la cavidad uterina sus envolturas desgarradas.

Aborto en el tercer y cuarto mes.—En el transcurso del tercer mes los síntomas del embarazo son algo más manifiestas, téngase presente, sin embargo, que esto lo decimos refiriéndonos al final del tercer mes, pues la transición entre un período y otro se opera por grados insensibles y los mismos síntomas de embarazo que se encuentran en el segundo mes se encontrarán en el tercero. La diferencia radicará únicamente en que la menstruación habrá faltado dos veces seguidas y en que los fenómenos observados en el tercer mes serán más manifiestos y de más fácil percepción que en el segundo.

El dolor y la pérdida sanguínea, los dos grandes síntomas del aborto presentarán los mismos caracteres que en el segundo mes, lo que sí el dolor podrá ser más intenso y la pérdida sanguínea más abundante. El tacto nos permitirá darnos cuenta de las modificaciones que han tenido lugar del lado del cuello del útero, pero no hay ningún elemento sintemático propio á este período.

El primer trimestre del embarazo ha terminado.

Sobreviene el cuarto mes. El diagnóstico de preñez puede ser establecido sobre bases más sólidas. Sobrevienen dolores lumbo-abdominales á los cuales no tarda en acompañar una pérdida sanguínea más ó menos abundante: estos dolores sobrevienen por intérvalos ya largos, ya más aproximados; durante el dolor la pérdida sanguínea aumenta. El dolor puede desaparecer durante muchas horas para reaparecer otra vez. La palpación practicada en el tumor formado por el útero grávido permite percibir las contracciones uterinas en el momento del dolor y esto por la diferencia de consistencia que se observa en la superficie del tumor, pudiéndose percibir también la contracción por el masaje delicado practicado al través dc la pared abdominal y sobre la superficie uterina. El tacto vajinal suministra datos diferentes según el momento en que se lo practique. Cuando se ha iniciado recién el aborto y se practica el tacto se encuentra el cuello del útero reblandecido, su orificio externo estará generalmente entreabierto en la multípara, cerrado en la primípara y todo lo más podremos constatar un borramiento más ó menos pronunciado del cuello. Si ya la dilatación se ha iniciado y según el grado de ella se puede introducir el dedo más allá del orificio interno y tocar con el dedo el huevo y á través de él las partes fetales, muchas veces el tacto vajinal nos permite encontrar encajada en el cuello del útero una parte fetal. En fin, si la dilatación es ya bastante grande, si la bolsa de las aguas está rota, no es raro de encontrar el feto en su mayor parte descendiendo en la vajina.

Todavía en esta época del embarazo la expulsión

del huevo intacto puede observarse, pero en la mayoría de las cosas el aborto se verifica en dos tiempos, el primero representado por la salida del feto y el segundo por la expulsión de la placenta y sus membranas.

Aborto en el quinto y sexto mes.—El aborto producido en esta época se asemeja casi por completo á un parto. He ahí los hechos que se observan. El interrogatorio de la enferma nos enseña que su menstruación falta hace 4 ó 5 meses, que coincidiendo con esta ausencia de menstruación ella ha sufrido de trastornos digestivos ó nerviosos variados, que desde poco tiempo atrás siente los movimientos fetales. Como este conjunto sintomatológico es de conocimiento vulgar ella misma dirá que está embarazada. En esta época se puede fácilmente ratificar su aseveración, pues los síntomas de certidumbre del embarazo han hecho ya su aparición y se puede fácilmente, en la mayor parte de los casos, constatarlos. A estos síntomas que caracterizan el embarazo se reunen los pertenecientes al aborto: dolor y hemorragia. El dolor es intenso y reviste claramente la forma de contracciones intermitentes, puede hacerse continuo, pero ofreciendo entonces exasperaciones manifiestas. La contracción uterina puede ser fácilmente percibida por la palpación abdominal. La sangre perdida no es en general muy abundante. Las modificaciones del cuello uterino y las diversas sensaciones suministradas por el tacto vajinal son las mismas que en un parto. Nótese solamente que en el caso de aborto predominan las presentaciones pelvianas con sus diferentes modalidades, encontrándose también las de vértice y de hombro.

Si en el quinto y aún en el sexto mes, en algunos casos raros, se ha observado la expulsión del huevo en su totalidad en un sólo tiempo, es en dos tiempos como sucede en un parto que se observa en la casi totalidad de los casos.

Vemos, pues, por el estudio que precede que la sintomatología del aborto reposa en la sintomatología del embarazo, á la cual se han añadido dos elementos nuevos, dolor y pérdida sanguínea. De la acción de estos elementos han surgido otros nuevos, los suministrados por el tacto en lo referente á dilatación del cuello del útero y á las diferentes sensaciones que por él se pueden percibir y que se refieren al huevo ó al feto.

Estos dos elementos, dolor y hemorragia, se combinan de diferentes maneras: en la mayoría de los casos marchan paralelamente los dos, pero otras veces se disocian y aún en algunos casos los dos pueden faltar y el aborto anunciarse por la salida del huevo y de una pequeña cantidad de sangre después.

DIAGNÓSTICO

Cuando los signos del embarazo existen de un modo evidente y que no deja lugar á ninguna duda, cuando las contracciones uterinas y el escurrimiento sanguineo pueden ser constatados con seguridad y cuando por el tacto se pueden percibir las modificaciones del cuello uterino, nada es más fácil que el diagnóstico de aborto. Pero al lado de estos hechos cuya simplicidad es tan grande, hay otros en los que las dificultades son extremas y aún en muchos casos completamente insuperables. Tomemos ejemplos.

Es seguro que un gran número de óvulos son expulsados en el primer mes del embarazo y en la mayor parte de estos casos ni la mujer misma se ha dado cuenta del hecho y ella se ha explicado lo sucedido de una manera cualesquiera otra que la producción de un aborto. La sintomatología del aborto en esta época se reduce á un escurrimiento sanguíneo más ó menos abundante y á dolores lumbo-abdominales generalmente poco intensos. Los síntomas de preñez no son casi perceptibles, todo lo más si podremos constatar algunos trastornos reflejos y un aumento de volumen del útero más teórico que perceptible. ¿En qué fundar, pues, un diagnóstico de aborto en casos de esta naturaleza?

Dolor y escurrimiento sanguíneo son síntomas que

se observan en la mayor parte de las afecciones del útero y de los anexos, y estos elementos sintomáticos si bien es cierto que en algunas de estas afecciones toman caracteres particulares no siempre es así y en muchos casos su apreciación más exacta no permite encontrar diferencias.

Se ha dicho que en caso de aborto el dolor es intermitente como la contracción uterina, pero el dolor es un elemento cuya intensidad en caso de aborto de poco tiempo es muy variable, siendo por consiguiente su intermitencia muy difícil de percibir, y dolores intermitentes existen en muchas afecciones gineológicas otras que el abierto. Pérdidas sanguíneas son sintomáticas de muchas afecciones uterinas ó de los anexos; excitaciones genésicas, coitos demasiado frecuentemente repetidos, pueden modificar las épocas menstruales ó alterar su aparición á intérvalos regulares.

El exámen detenido de la mujer permitirá eliminar muchas de estas afecciones. El tacto combinado á la palpación permitirá excluir del diagnóstico los tumores del útero, de los ovarios ó de las trompas; pero siempre quedará un cierto número de ellas cuya diferenciación con el aborto será imposible por tener idéntica sintomatología y por no ser posible á esa época el diagnóstico de preñez. La dilatación del cuello del útero cuando puede ser constatada es entonces un elemento de gran valor, pero como el aborto no siempre se inicia, por ella pierde mucho de su mérito. Es pues, en esta época muy difícil el diagnóstico y en la mayor parte de los casos en que el aborto tiene lugar durante el primer mes del emba-

razo, nos contentaremos con tener sospechas de que se trate de tal cosa.

Las consideraciones que preceden son aplicables al aborto que se produce en la primera quincena del segundo mes del embarazo, pero acá interviene un nuevo elemento de diagnóstico, la falta de menstruación. Pero que el aborto se produzca en los primeros días que siguen á la época en que debían aparecer las reglas, figurando una menstruación retardada y nos encontraremos en la misma incertidumbre. Es lógico suponer que este elemento, la falta de menstruación, tendrá mucho más valor sintomático en una mujer bien reglada hasta entonces, que en otra frecuentemente de trastornos menstruales. Después el aborto del segundo mes participa de las dificultades de diagnóstico del aborto en el tercer ó cuarto mes.

En el tercer y cuarto mes el diagnóstico puede ser establecido con más seguridad, pero aún en esta época él ofrece á veces dificultades reales.

Cuando el aborto se inicia por dolor, él puede ser confundido con el cólico hepático, pero el asiento del dolor es muy distinto y la confusión no puede resistir á un exámen prolijo de la mujer, por ser la sintomatología tan distinta en los dos casos. El cólico nefrítico puede producir dolor que irradie en el gran lábio, pero á él se puede aplicar lo que he dicho del cólico hepático. La apendicitis y los cólicos intestinales tienen de común únicamente el dolor y eso con localizaciones muy distintas. Voy á pasar ahora en revista las afecciones que verdaderamente pueden simular el aborto del tercer ó cuarto mes.

Preñez extra uterina.—Una mujer ha tenido suspensión de la menstruación dos ó tres meses, ella cree estar embarazada por los trastornos reflejos que ha sentido y sin causa ninguna ó por una causa insignificante pierde sangre: esta pérdida sanguínea coincide con dolores lumbo-abdominales y un malestar general. Al exámen se nota los pechos abultados, la coloración de la areola del pezón más pronunciado y hay secreción en los pechos; la vulva, la vajina y el cuello del útero tienen una coloración violácea, el cuello del útero está reblandecido. Este cuadro sintomatológico es el del aborto y es también en muchos casos el de la preñez extra-uterina. El tacto combinado á la palpación va á suministrar los elementos para el diagnóstico. En caso de aborto esta exploración nos permitirá limitar un tumor globuloso incluído en el útero, blando, depresible en el intérvalo de las contracciones y suceptible de endurecerse cuando ellas se producen: este tumor será poco sensible y móvil. Los fondos de saco vajinales aunque algo tensos serán perfectamente depresibles y á través de ellos se podrá palpar los anexos sin ocasionar á la enferma mayores sufrimientos. El volumen de este tumor corresponderá á la época probable del embarazo. En la preñez extra-uterina, el tacto muy delicadamente practicado, permite limitar el útero grande, pero cuyo desarrollo no corresponde á la época presumida de la preñez, el útero estará ya en la línea media, ya inclinado á la derecha ó á la izquierda ó empujado hacia adelante ó hacia atrás según la posición que ocupe el feto. El exámen practicado á través de las fondos de saco laterales de la vajina permitirá li-

mitar un tumor adherente al útero, ó independiente de él según el punto en que se haya desarrollado el feto: la exploración de este tumor será penosa para la mujer. Si el diagnóstico teniendo en cuenta estos elementos, puede ser hecho la mayor parte de las veces, hay casos en que es difícil pronunciarse y entonces hay que esperar, pues el aborto siguiendo su curso traerá un conjunto de síntomas que sanjarán todas las dificultades: me refiero á la dilatación del cuello y á las sensaciones diversas suministradas por el tacto.

Fibroma del útero.—Cuando el fibroma reviste la forma poliposa y es manifiestamente pediculado el diagnóstico no presenta grandes dificultades y puede ser hecho fácilmente por un exámen un poco prolijo: pero cuando el fibroma es insterticial las dificultades son mayores. Un médico es llamado para atender una mujer que ha tenido una gran hemorragia, él constata que esta sangre procede del útero; practica el exámen de la enferma y se encuentra con un útero voluminoso correspondiendo por su desarrollo al tercer ó cuarto mes de una preñez. El diagnóstico entre aborto y fibroma del útero debe ser hecho y he aquí los elementos en que él se puede apoyar.

Los antecedentes de la enferma, la mayor parte de las veces, son sensiblemente diferentes en los dos casos. En caso de fibroma, la enferma dirá que hace tiempo su menstruación se ha modificado haciéndose más abundante, de más larga duración y apareciendo generalmente á intérvalos más aproximados: un fibroma llegado á este desarrollo es raro que no haya dado lugar á metrorragias que no podrán haber

pasado desapercibidas para la enferma y acerca de las cuales ella podrá dar datos.

No son estos los antecedentes en el segundo caso. Acá habrá habido suspensión de la menstruación ó modificaciones de ésta en el sentido de su disminución.

Es indudable que el interrogatorio, si en la mayoría de los casos puede ilustrar, no siempre sucede así y muchas veces los datos que él suministra no tienen gran valor. Hay fibromas uterinas que adquieren un gran desarrollo sin haber modificado en modo alguno la menstruación y sin haber señalado hasta entonces su presencia por metrorragias, su síntoma dominante. Si la producción del aborto es en la gran generalidad de los casos precedida de amenorrea, no es menos cierto que muchas mujeres recorren estados avanzados del embarazo con persistencia de su menstruación, y á más en una mujer embarazada puede haber de tiempo en tiempo pérdidas sanguíneas de orígen diferente y que no interrumpen le preñez.

Pasemos al exámen de la enferma. En caso de fibroma del útero las modificaciones del lado de los senos y que caracterizan el embarazo podrán existir, pero nunca serán ellas tan pronunciadas como en este último. No sucede así con los trastornos reflejos de orden variado que pueden presentarse con iguales caracteres en ambos casos. En caso de fibroma que ha provocado fuertes hemorragias la vulva y la vajina se presentarán con una coloración pálida que contrastará con la coloración violácea de estos mismos órganos en el embarazo. Al tacto el cuello del útero es de consistencia normal ó más bien

aumentada, no hay dilatación, cuando el fibroma es á desarrollo abdominal, en muchos casos el cuello del útero no podrá ser alcanzado por los dedos exploradores. El tacto combinado á la palpación, en caso de fibroma á desarrollo pelviano, permite limitar un tumor enclavado en la pelvis, duro, inmóvil que ocupa cualquiera ó todos los fondos de saco vajinales; cuando este tumor es á desarrollo abdominal él puede conservar la forma del útero, pero puede no presentar una forma tan regular, casi siempre él es también duro, pero hay un grupo de fibromas los muy vasculares que tienen una consistencia blanda.

En el aborto el tacto nos demostrará el reblandecimiento más ó menos pronunciado del cuello del útero y se podrá constatar un cierto grado de dilatación. El tumor limitado por el tacto combinado á la palpación es de forma globulosa, de consistencia poco dura, depresible y suceptible durante la exploración de contraerse y modificar por esto su consistencia.

Hay, en fin, un elemento diagnóstico de gran importancia entre el aborto y el fibroma del útero: el dolor, ordinariamente las metrorragias producidas por el fibroma no van acompañadas de dolor, y cuando éste existe, nunca reviste los caracteres de agudes é intermitencia que se observan en la gran mayoría de los casos de aborto.

Pero así mismo, hay casos en que la reunión de los antecedentes y los síntomas observados no permiten llevar un diagnóstico inmediato y en que éste será hecho recién á la aparición de los otros síntomas más claros de aborto y que se manifiestan del lado del cuello del útero.

Quiste hidático del útero.—Es esta una afección muy poco frecuente y cuya sintomatología ha sido muy poco estudiada, y que sin embargo, como se verá por los casos que voy á referir, merece ser distinguido del aborto. Un día ingresó á una sala del Hospital Rivadavia una enferma de nacionalidad argentina, de 19 años de edad, nacida y criada en un pueblo de la provincia de Buenos Aires. El aspecto de la mujer denota un gran sufrimiento: interrogada refiere que ha sido completamente sana hasta hace 6 meses, que desde entonces está enferma y que ésta comenzó por dolores poco intensos en el bajo vientre y en las caderas: su menstruación regular hasta el principio de su enfermedad persistió así los tres primeros meses, pero después y desde hace tres meses no ha visto nada de sangre. Que hace ocho días y sin causa alguna tuvo una abundante pérdida sanguínea acompañada de dolores en la parte inferior del abdómen y este estado persiste en el momento de su ingreso al Hospital. La enferma no ha tenido hijos ni abortos. pero sí relaciones sexuales. Al exámen se nota. Los pechos no están abultados, pero sí hay una pigmentación bastante manifiesta de la areola del pezón y en el abdómen hay línea parda claramente perceptible. La compresión del pezón en ambos senos hace escurrir en ellos un líquido claro. La porción infra-umbilical del abdómen está distendida y simula un embarazo de cuatro y medio meses. Al tacto llama en seguida la atención la proximidad del cuello del útero del orificio vulvar siendo tan corta la distancia que les separa que entreabriendo los pequeños lábios se puede ver el orificio del cuello úterino. El cuello del útero como tal

verdaderamente no existe: él está completamente borrado y el orificio del cuello uterino colocado en el centro y cuyos bordes son tan delgados como una hoja de papel, permite la introducción de la pulpa del dedo. La exploración practicada por la vajina da las mismas impresiones que las suministradas en un parto, cuando el cuello estando borrado, pero el orificio interno no estando dilatado, la cabeza fetal desciende y llega en su descenso hasta ponerse en contacto con el cuello uterino. El tacto combinado á la palpación demuestra que este tumor que se extiende desde el orificio vulvar hasta dos dedos por debajo del ombligo es de superficie lisa, de forma globulosa, que él está incluido en el utero y que su fondo es perfectamente móvil. No hay sensación de fluctuación. El dedo introducido en la vajina al contacto del tumor percibe una sensación de plenitud y de tensión tan exajerada que uno teme que el tumor estalle, añádase á esto que la mujer tiene esfuerzos expulsivos idénticos á los que sobrevienen en el momento de la expulsión de un feto y se comprenderá las dudas que habría para formular un diagnóstico preciso. La enferma fué colocada en observación y como al día siguiente su estado era el mismo sin haberse modificado en nada la sintomatología se practicó el cateterismo útero y se encontró 12 ctms. de cavidad uterina.

Era tan prominente el tumor por la vajina que invitaba á hacer una punción, la que se practicó con un trocar delgado: un líquido límpido, líquido de quiste hidálico salió, se agrandó la abertura con el bisturí, se dió salida á una gran cantidad de líquido y se extrajo con una pinza la membrana quística. El tumor desapareció completamente.

Esta mujer murió de una afección ajena á su afección uterina y á la autopsia se constató la cavidad del quiste desarrollado á expensas de la pared anterior y posterior del útero pasando por el borde derecho.

Después he tenino oportunidad de observar un caso completamente igual en su sintomatología al anterior y fundado en ella fué diagnosticado desde el primer momento: se hizo el mismo tratamiento y la enferma curó. Hay, pues, que tener presente esta afección en el diagnóstico diferencial del aborto. Hay sin embargo suficientes elementos de diagnóstico. El desarrollo del quiste habrá sido lento, la mujer durante todo el tiempo que ha durado su amenorrea habrá sufrido de dolores lumbo-abdominales poco intensos, pero que habrán existido. Los dolores de la mujer en el quiste son continuos y moderados: los dolores del aborto cuando el embarazo es bastante avanzado son intensos é intermitentes, y si son continuos ellos se exasperan por momentos. La contracción uterina en el aborto puede ser percibida bajo la forma de endurecimiento del tumor, en el quiste hidático ella no existe, el tumor conserva siempre la misma consistencia. En el aborto si el cuello se ha borrado y permite el paso del dedo, se tocará el huevo ó una parte fetal, en el quiste esta misma maniobra no permite tocar nada. Esa tensión exajerada del lado de la vajina y propia del quiste podrá existir en el aborto en el momento de la contracción pero nunca será tan grande en el intérvalo de ellas: ese grado pronunciado de prolapso del útero pertenece al quiste hidático y no hay razón para que se produzca en el aborto si él no ha existido ya anteriormente, lo que el interrogatorio de la mujer nos hará conocer.

Las demás afecciones que pueden presentar alguna semilitud con el aborto como el cáncer, la retroversión del útero grávido, etc., presentan un conjunto sintomático que hace fácil su diferenciación.

En el quinto y sexto mes el diagnóstico no presenta en general dificultades. Los ruidos fetales, los movimientos activos del feto, las partes fetales susceptibles de tocarse y las modificaciones que se pasan del lado del cuello del útero, son otros tantos elementos de gran valor en el diagnóstico diferencial.

Pero si los ruidos fetales y los movimientos activos del feto no existen, por haber muerto este, entonces los otros síntomas ancemitantes servirán para establecer el diagnóstico.

Después de haber hecho un estudio prolijo de la sintomatología presentada por la mujer y haber eliminado una á una las afecciones que presentan semejanza más ó menos grande con el aborto, se llega al diagnóstico preciso de él, pero aún quedan por resolver muchas cuestiones y ante todo ¿en qué conoceremos que el aborto vá á producirse infaliblemente y que cualquier tratamiento que hagamos será ineficaz para detener la expulsión? Hay casos en que la respuesta es muy fácil: si por el tacto se encuentra el orificio del cuello uterino dilatado ó dilatable, la bolsa de las aguas rota y que permite tocar directamente una parte fetal; la duda no puede existir, el aborto vá á producirse en un plazo más ó menos próximo, pero fatalmente.

Si una mujer ha llegado al cuarto ó quinto mes de su embarazo, notándose en ella la série de modificaciones y trastornos propios de él y que han podido

ser constatadas en un primer exámen y este cuadro se desvanece más ó menos lentamente de tal modo que los signos de preñez han casi desaparecido, se está en el derecho de considerar todo esto como el resultado de la muerte del embrión; y el aborto que se inicie en estas circunstancias será seguido casi con seguridad de la expulsión del feto.

Pero al lado de estos hechos cuya apreciación es fácil, hay otros que ofrecen serias dificultades: en los primeros meses del embarazo es sobretodo muy difícil pronunciarse respecto de si un aborto iniciado vá á terminar por la expulsión del huevo ó si este podrá ser combatido eficazmente y por este medio hacer que la preñez siga su evolución. No es posible basarse sobre la dilatación del cuello, pues con cuellos extremadamente dilatados y bajo la influencia de un tratamiento apropiado se ha visto detenerse el aborto, y así Tarnier dice con mucha razón que mientras un huevo íntegro no ha franqueado en su mayor parte el cuello uterino se puede conservar la esperanza de combatir eficazmente el aborto. La intensidad de las contracciones uterinas no puede tampoco servir de base á esta apreciación y la abundancia de la hemorragia si bien nos indica en muchos casos el grado de decollamiento del huevo ó de la placenta no puede suministrar datos suficientes para nuestra afirmación.

Así en estos casos es necesario mantenerse en una prudente reserva y esperar los acontecimientos que sobrevengan.

Producido un aborto es necesario todavía determinar si él ha sido completo ó no, pues en el caso de respuesta afirmativa y si ninguna complicación ha

sobrevenido hasta entonces, se puede estar relativamente tranquilo, en tanto que cuando hay retención la mujer debe estar sometida á una severa vigilancia para ponerse en guardia contra la hemorragia y la infección. En los primeros meses del embarazo cuando uno puede examinar la sangre perdida por la mujer, por haberla guardado la familia cuidadosamente es posible encontrar allí el huevo ya intacto y las más frecuentemente roto. Nuestra preocupación no debe ser tanto la busca del embrión, pues la retención del embrión solamente es una cosa excesivamente rara explicándose algunos hechos citados como tales por errores de diagnóstico debidos á una falta de exámen de los productos expulsados ó á la presencia de un huevo diáfano: son las envolturas las que deben ser buscadas teniendo en muchos casos que recurrir al exámen microscópico para determinar su naturaleza, tal es la modificación que las hace experimentar la sangre y tal en muchos casos su semejanza con un coágulo sanguíneo. Pero cuando la sangre expulsada no ha sido conservada por una causa cualesquiera y no se puede por esta razón encontrar nada del huevo, es imposible pronunciarse muchas veces sobre si el aborto se ha producido, con mayor razón será el determinar si él ha sido completo ó nó. Cuando el aborto se produce en una época más avanzada de la gestación es más fácil conseguir datos precisos y la enferma se encarga generalmente de suministrásnoslos. Pero en ambos casos si el útero permanece grande en lugar de disminuir paulatinamente después de la salida del feto, si su cuello permanece entreabierto y si el escurri-

miento sanguíneo persiste, se está en el derecho de sostener que el aborto no ha sido completo.

Se trata ahora de determinar en qué signos se puede reconocer que un aborto se ha producido y esto en los primeros días que siguen á él, pues pasado cierto tiempo todo signo desaparece. En los primeros meses del embarazo no es casi más que por el exámen de los productos expulsados que este diagnóstico puede ser hecho, y todo el interés se concentra en el exámen minucioso de los coágulos, en los cuales se encuentra muchas veces el huevo intacto ó roto, y en los casos en que el huevo como tal no es encontrado es el microscópio el único que puede darnos datos ciertos; tan es así que Tarnier, refiriéndose á este punto, dice: «En tanto que no se haya tenido bajo los ojos el huevo abortivo, el médico deberá permanecer en una gran reserva, recomendando á las personas que rodean á la enferma de conservar todo lo que sea expulsado. No obstante, al cabo de un tiempo cuando se constata que todos los fenómenos reflejos han desaparecido y que el útero disminuye progresivamente de volúmen, cuando sobretodo se asiste á la vuelta regular de la menstruación se hace evidente que el aborto ha tenido lugar.

Cuando el aborto se produce en una época más avanzada de la preñez, el feto y la placenta raramente pasan desapercibidos, las modificaciones consecutivas al aborto y que se producen del lado del cuello del útero son más manifiestas y más persistentes, la disminución marcada del volúmen del útero con relación á la época de la preñez, determinada por el interrogatorio son otros tantos elementos de diagnóstico.»

COMPLICACIONES

Son tres las complicaciones que dominan en el aborto: la hemorragia, la retención y la infección.

Hemorragia.—He dicho al hablar de la sintomatología del aborto que uno de sus síntomas es un escurrimiento sanguíneo más ó menos abundante; y para que él se trasforme en una complicación es necesario que amenace la vida de la madre, sea por su intensidad, sea por su persistencia. No es posible fijar la cantidad de sangre que una mujer puede perder en un aborto, ella varía considerablemente de una á otra; tampoco es posible determinar la cantidad que sobre pasada puede constituir un peligro para la vida de la mujer. Reposa en el estudio de la constitución de la mujer el criterio para juzgar de la gravedad de una hemorragia.

De un modo general esta complicación se observa más frecuentemente en los abortos que se producen al final del tercer y durante el cuarto mes del embarazo.

La hemorragia puede manifestarse con caracteres alarmantes desde la iniciación del aborto ó sobrevenir en un momento cualquiera del tiempo comprendido entre la iniciación del aborto y la expulsión del feto, ó en fin, cuando el aborto se efectúa en dos tiempos, aparecen recién cuando se ha verificado el primero.

La sangre puede ser vertida al exterior ya bajo la forma líquida, ya bajo forma de coágulos más ó menos voluminosos, su salida puede ser contínua ó intermitente y en este último caso ella se acrecenta en el momento de las contracciones. Las hemorragias internas graves, es decir, aquellas en las que la sangre se acumula en la vajina y en el útero distendiendo estos órgnnos, no se observan casi en el aborto y es frecuente por el contrario observar un coágulo voluminoso y resistente que se forma en la vajina y que hace allí el papel de tapón, impidiendo desde entonces el escurrimiento sanguíneo; pero si sobreviene una hemorragia fuerte este tapón es expulsado de la vajina y la sangre se derrama al exterior, lo mismo sucede si él es disgregado al practicar el tacto. Los síntomas generales que caracterizan la hemorragia en el aborto no presentan ninguna particularidad respecto á las que se observan en otras hemorragias graves.

Retención.—Es esta otra complicación del aborto. Ella puede sobrevenir en todo aborto y á cualquier época que él se produzca, pero se la encuentra más á menudo en las que tienen lugar entre el tercer y cuarto mes del embarazo. Pero ¿cuánto tiempo después de la expulsión del feto la permanencia de la placenta ó de las membranas dentro de la cavidad uterina puede considerarse como retención? Hay casos en que la salida de la placenta ó de las envolturas ovulares sigue de muy cerca á la salida del feto y hay otras en que por el contrario ella se hace esperar; pero si es necesario fijar un plazo, diré que en un aborto verificado en dos tiempos hay retención cuando 12 horas después de expulsado el feto la placenta

y las membranas no han sido expulsadas en totalidad.

En los dos y medio primeros meses del embarazo la retención es poco frecuente, la regla es que el huevo sea expulsado en un solo tiempo, pero aún entonces se puede observar la retención de las cubiertas del huevo en totalidad ó en parte. Más tarde, cuando la placenta ya está formada, la retención puede revestir diferentes modalidades: ella puede ser completa, es decir, el feto ha sido expulsado, pero la placenta y las membranas en su totalidad permanecen dentro de la cavidad uterina, en este caso la placenta puede estar completamente desprendida de las paredes uterinas, y la retención ser debida á la poca dilatación del cuello que, habiéndose estrechado después de la salida del feto, ha aprisionado á la placenta, ó bien ella se encuentra todavía adherida á la pared uterina en toda ó parte de su extensión; la retención puede ser incompleta y estar constituída por la placenta sola, ó las membranas solas, ó por fragmentos más ó menos grandes de ámbas.

El porvenir de las partes retenidas es muy variable.

Algunos autores han citado observaciones en que la placenta retenida en totalidad dentro de la cavidad uterina y adherente á su pared ha permanecido allí durante muchos días, y aún durante meses, sin producir trastorno ninguno, estrechándose el cuello del útero y volviendo todo en órden hasta que en un tiempo variable se inicia un trabajo que produce su expulsión; otras veces se observa su expulsión en bloc y cuando uno menos se espera, otras, en fin, se disgrega

poco á poco su masa y estas detritus son acarreadas con las demás secresiones hacia afuera. Estas son terminaciones favorables, pero no siempre se puede contar con ellas, y por el contrario en un gran número de casos la retención es fuente de hemorragias y los productos retenidos se putrefactan, despiden un olor fétido y de esto á la infección no hay más que un paso.

Infección. — La infección bajo sus diferentes formas se puede manifestar en el aborto. No entraré en el estudio de ella por ser un tema demasiado importante para poder ser abarcado en pocas palabras: diré únicamente que estando su orijen en la penetración de gérmenes infecciosos, nunca serán demasiado en un aborto las precauciones antisépticas que se tomen, sea para desinfectar los órganos genitales de la mujer, sea para desinfectar todo lo que puede estar en contacto con ellos.

PRONÓSTICO

Si para el feto el pronóstico del aborto producido es fatal, para la madre y de un modo general el pronóstico es benigno, para convencernos basta considerar que pocas son las mujeres que han tenido hijos y que no han tenido uno ó mas abortos. Pero si queremos examinar un poco más detenidamente los hechos, tendremos que distinguir el pronóstico cuando el aborto es completo, y el pronóstico cuando el aborto no es completo y que considerar cada una de estas modalidades en relación con las diferentes épocas en que el aborto se puede producir.

El aborto que sobreviene en los dos primeros meses del embarazo tiene un pronóstico ordinariamente benigno, la expulsión del huevo se hace casi siempre completamente, la hemorragia que le acompaña es generalmente moderada, la infección grave si no han intervenido circunstancias especiales que puedan provocarla no se produce: la vida de la madre es así muy raramente amenazada por el aborto que se produce en los dos primeros meses; pero él deja en pos de sí y con mucha frecuencia trastornos diversos; pérdidas sanguíneas á repetición, enfermedades diversas del útero y de los anexos son muchas veces la consecuencia de un aborto producido en esta época.

En el quinto y sexto mes el pronóstico es también

relativamente benigno, pero téngase presente que en esta época la mujer está sometida á todos los accidentes que se pueden observar en un parto y cuya intervención modificará á veces el pronóstico de una manera absoluta.

Son los abortos que se verifican en el tercer ó cuarto mes del embarazo que tienen el pronóstico menos favorable y esto por ser en esta época cuando predominan las complicaciones.

Lo que un médico no debe olvidar, si no quiere ver oscurecerse á veces el pronóstico del aborto por su culpa, es que salvo indicación especial nacida de la aparición de una complicación, su intervención en el aborto debe ser lo más limitada posible.

TRATAMIENTO

Resta por hablar del tratamiento del aborto. Pero la acción del médico bajo este punto de vista no debe limitarse á impedir el aborto una vez iniciado ó á evitar ó combatir sus complicaciones; ella puede ser mucho más eficaz y ejercitarse en el sentido de evitar que el aborto se inicie.

Frecuentemente el médico es consultado por una mujer que ha tenido dos ó más abortos, y que deseando ser madre y que temiendo que los abortos persistan, exige del médico su opinión sobre lo que debe hacer, y para formular esta opinión sobre bases sólidas y para que el tratamiento que se oponga á esta tendencia al aborto produzca resultados satisfactorios, es indispensable el conocimiento exacto de las causas productoras del aborto. Descartando por un exámen detenido cada una de ellas, se llegará á referir el aborto á su verdadera causa y una vez en conocimiento de ella se instituirá la terapéutica conveniente. Es indudable que algunas de estas causas estarán por encima de nuestros recursos terapéuticos ó escaparán á nuestra investigación, pero otras podrán ser dominadas y el éxito coronará nuestros esfuerzos. Examinaré aquellas en las cuales la intervención médica puede ser más eficaz y ante todo la más frecuente: la sífilis. El tratamiento mercurial pronta y

convenientemente instituído es capaz de evitar la producción del aborto, y como esta causa puede depender del padre ó de la madre, será sobre ambos que tendrá que recaer nuestro exámen para saber á quién aplicarlo ó si se aplica á los dos á la vez.

La albuminuria, como causa productora del aborto, será combatida eficazmente por la dieta láctea. Las afecciones de los órganos genitales de la mujer capaces de producir el aborto, serán tratadas. La moderación en los placeres sensuales será recomendada si el aborto puede ser atribuido á su exceso. En casos de abortos que se producen á la misma época y sin causa determinada que los justifique, el tratamiento mercurial ha sido preconizado y con buenos resultados. Cuando el aborto puede ser atribuído á congestiones producidas por constipación habitual, remediando ésta se prevendrá aquél. Mujeres expuestas á las congestiones uterinas en las épocas en que deberían tener la menstruación, deberán evitar en lo posible los esfuerzos y las fatigas, suprimir las relaciones sexuales y si es posible guardar cama á la aproximación de estas épocas, someterse á una dieta moderada y si la mujer es manifiestamente pletórica y si se observan algunos trastornos premanitores del aborto, recurrir á los derivativos.

En fin, en aquellos casos de difícil diagnóstico en que el aborto parece únicamente depender de un modo de ser especial del útero, llamado irritable, la mujer debe suprimir completamente durante todo el tiempo del embarazo las relaciones sexuales y las excitaciones genésicas, someterse á una tranquilidad física y moral absoluta, y si es posible guardar cama todo

el tiempo que su embarazo dure, y esto de una manera rigurosa, no exponiéndose á comprometer el éxito obtenido hasta una época ya bastante avanzada del embarazo por una causa nímia, como el hecho citado por Tarnier.

En este último caso se podría aplicar también las opiaceas, pero su acción no es eficaz si á su empleo no acompañan las prescripciones anteriores, y por lo demás su uso no puede ser prolongado largo tiempo sin ver aparecer trastornos que obligan á suspenderlos.

Lo mismo diré del cloral, bromuro, etc.

Una vez iniciado el aborto, es necesario impedir su producción, es decir, es necesario instituir un tratamiento que tenga por objeto impedir la expulsión del embrión ó feto y este tratamiento será tanto más eficaz cuanto más al principio de los fenómenos abortivos él sea aplicado. He dicho que son dos los síntomas por los cuales se anuncia ordinariamente el aborto: la hemorragia y las contracciones uterinas dolorosas, es la hemorragia ordinariamente la primera que hace su aparición y luego se reune á ella la contracción uterina; pero la inversa puede observarse y el aborto iniciarse por el dolor, en fin, y en muchos casos los dos síntomas aparecen simultáneamente.

Cuando el aborto comienza por pérdida sanguínea más ó menos abundante, la mujer debe guardar cama y en ella un reposo absoluto, no permitiéndosele ni aún incorporarse en el lecho: la pérdida sanguínea moderada como síntoma inicial del aborto, podrá ser combatida por la administración del vivurnum-prunifolum, dándose la preferencia á la tintura de dicha

sustancia, se puede administrar dósis de 100 gotas al día repartidas convenientemente y á intérvalos regulares. Pero si este estado persiste, si las contracciones uterinas hacen su aparición ó el aborto se ha iniciado por ellas ó si los dos síntomas han aparecido á la vez es á las opiaceas á las que hay que recurrir.

El ópio puede usarse ya bajo forma de morfina en inyecciones hipodérmicas, ya bajo forma de láudano y en enemas. Es de notar que el embarazo da á la mujer una tolerancia marcada por este medicamento, como lo atestiguan los hechos citados por Tarnier, pero acá como en todos los casos no hay que contar de antemano con esta tolerancia, sino que es necesario mantenerse en las dósis medias.

Es ordinariamente el tratamiento por el láudano que se emplea, pero si se quiere emplear la morfina se comenzará por hacer una inyección hipodérmica de un centígramo, la que se podrá repetir dos horas después si las contracciones persisten continuándose desde entonces y cada dos horas con inyecciones de medio centígramo, procurando no sobrepasar las dósis de cinco centígramos en las 24 horas, sino en los casos de estar cierto de la tolerancia de la enferma. Pero generalmente sucede que después de la primera ó segunda inyección hipodérmica de morfina, las contracciones uterinas disminuyen y entonces se puede combinar el tratamiento de la morfina con el del láudano.

El tratamiento por enemas de láudano debe hacerse del modo siguiente: Evacuación del recto como medida preliminar y destinada á favorecer la absorción del láudano, se consigue practicando á la mujer un

enema de 500 gramos de agua á la cual se añade 50 gramos de glicerina. Una vez que el recto está desocupado, se hace un enema de 20 gotas de láudano de Sydenham diluídas en 60 ú 80 gramos de agua: no debe emplearse mayor cantidad de vehículo porque eso dificultaría la rapidez de la absorción y la replesión del recto impediría la retención del enema. Se debe recomendar y vigilar que el enema sea retenido. Si las contracciones uterinas persisten con igual intensidad una hora después, se administrará otro enema de 20 gotas, si ellas se han moderado se puede continuar practicando estos enemas cada dos horas y cada una de 10 gotas de láudano hasta su cesación completa, pudiendo administrarse á la enferma en las 24 horas hasta 100 gotas de láudano; las dósis por encima de ésta deben ser muy vigiladas. Se puede también combatir las contracciones uterinas por el empleo del hidrato de cloral sólo ó asociado á los bromuros, pero su acción es menos eficaz que la del ópio; sin embargo, en aquellos casos en que el aborto es largo y en que el uso de las opiaceas no parece dar resultado, se puede recurrir á su empleo.

El tratamiento por el ópio, sobre todo bajo la forma de láudano, produce constipación; reúnase á esta causa la inmovilidad en el lecho y se comprenderá que es necesario vigilar las funciones del intestino y regularizarlas por medio de enemas evacuantes, pues la acumulación de materias fecales en el recto aumentaría la congestión de los órganos pelvianos y facilitaría la producción del aborto.

Además debe tenerse presente que toda exploración

que se practique en la mujer para darse cuenta de los fenómenos que se pasan del lado del cuello del útero, debe conformarse á las reglas más estrictas de la antisepsia y como estas exploraciones excitan ias contracciones uterinas, ellas deben ser lo más raras posibles.

Si se reconoce que el aborto es imposible de evitar ó si es llamado á atender una mujer que acaba de tener un aborto, es á impedir las complicaciones que tenderán nuestros esfuerzos. En el primer caso se hará una desinfección rigurosa de la vulva y de la vagina para evitar que los gérmenes que pueden existir en ella sean el origen de una infección; se pueden emplear para este objeto las soluciones débiles de bicloruro de mercurio (1 por 3000), de ácido fénico (2 °/o) ó de permanganato de potasio (3 por 1000) ó de lisol (5 á 10 por 1000). Una vez practicada la desinfección, se deja que los acontecimientos se produzcan evitando toda intervención que no tenga por objeto llenar una indicación urgente. Cuando se es llamado en el momento que se ha producido el aborto, nuestro primer deber es constatar si él ha sido completo ó no; en el primer caso se procederá á la desinfección de la vulva y de la vagina, como lo he indicado anteriormente, después la mujer será acostada en la cama manteniendo por delante de la vulva, entre los muslos, un pedazo de algodón en buenas condiciones; se recomendará de cambiar frecuentemente este algodón para evitar que las secresiones útero-vaginales de las cuales se impregna, no constituyan por su descomposición un peligro de infección. En los primeros días que siguen al aborto la mujer será sometida á una dieta mo-

derada, se vigilará la regularidad de las evacuaciones intestinales y si ningún síntoma que llame la atención aparece, se contentará con practicar inyecciones vaginales débilmente antisépticas todos los días, pero éstas sólo se harán cuando puedan ser hechas en buenas condiciones de asepsia, pues en el caso contrario y cuando después del aborto se ha hecho una desinfección prolija las considero más nocivas que útiles.

Si el aborto es incompleto y no hay indicación especial que llenar, se tomará las mismas precauciones para la desinfección de la vulva y de la vagina. En seguida es necesario esperar á ver si la expulsión se hace por ella misma, y si se efectúa, se volverá á hacer después de ella un nuevo lavaje de la vulva y de la vagina. Si la expulsión no se verifica, la conducta que se deberá observar es la que indicaré á propósito de la retención.

Pero el capítulo más importante del tratamiento del aborto es el del tratamiento de sus complicaciones. Me ocuparé de cada una de ellas, estudiando especialmente dos: la hemorragia y la retención, y examinaré brevemente lo que se refiere al tratamiento de la infección.

Tratamiento de la hemorragia.—He dicho que la hemorragia puede constituir desde la iniciación del aborto una complicación capaz de poner en peligro la vida de la mujer. Si el médico es llamado cuando la mujer se encuentra en buenas condiciones porque la hemorragia no es muy abundante ó porque siendo abundante recién se ha iniciado, debe recurrir para combatirla á las inyecciones vaginales calientes (45° ó 50°), ó bien frías y acompañarlas de la aplicación

de compresas calientes ó frías en la parte inferior del abdómen: al mismo tiempo no debe descuidar el estudio de las contracciones uterinas, pues combatiendo éstas se domina á menudo la hemorragia. El grupo de los medicamentos empleados para combatir la hemorragia y á la cabeza de los cuales figura el viburnum prunifolium, podrán ser empleados, pero con pocas esperanzas de éxito: el uso del cornezuelo de centeno en estas circunstancias está absolutamente contraindicado. Pero si á pesar del empleo de estos medios la hemorragia no disminuye y la vida de la mujer se encuentra amenazada, ó si se trata de una mujer que por su constitución no puede soportar una pérdida sanguínea que, aunque no muy abundante, se prolonga, es necesario recurrir al taponamiento vaginal.

El empleo de este medio ha elevado muchas discusiones: unas se han pronunciado en su favor; otras, fundándose en que él despierta ó exagera las contracciones uterinas, lo han condenado terminantemente. Creo que es justo colocarse en un término medio. Es indiscutible que el taponamiento vaginal solicita las contracciones uterinas y su empleo disminuye por consiguiente las probabilidades de impedir la producción del aborto, es por esto que él no debe ser empleado sino en aquellos casos que revisten verdadera gravedad y sólo después de haber escapado la acción de los otros medios citados anteriormente. Pero si se trata de una hemorragia que amenaza terminar con la vida de la mujer, la incertidumbre no es posible, el taponamiento debe practicarse inmediatamente.

El taponamiento vaginal para producir el resultado buscado, debe ser bien practicado. Prefiero á todos los otros medios servirme de gasa esterilizada, y á falta de ésta, de gasa iodoformada. Antes de hacerlo es necesario practicar una desinfección lo más minuciosa posible de la vulva y de la vagina, sirviéndose de cualquiera de las soluciones citadas anteriormente; las manos del operador deberán estar también perfectamente asépticas. Creo que para hacer un taponamiento como es debido, es indispensable el empleo de una valva para deprimir la horquilla de la vulva y entreabrir los pequeños lábios y de una pinza de curación para llevar las primeras porciones de gasa al punto que se desea, las cuales serán también el objeto de una prolija desinfección. Las primeras porciones de gasa serán depositadas en el fondo de saco posterior para levantar el cuello del útero, que rechazado hacia arriba se va á encontrar más ó menos comprimido entre éste y la sínfesis pelviana; después que se ha colocado bastante gasa en el fondo de saco posterior y que el cuello está bastante levantado, se continúa el taponamiento por los fondos de saco laterales y después en el recto de la vagina hasta el orificio vaginal. La gasa deberá estar bien apretada, pues que es mecánicamente que va á obrar, se procurará que toda ella esté en continuidad, para que al sacar el taponamiento no ofrezca dificultades el encontrar los extremos de la gasa. Se mantendrá este taponamiento colocando por delante de la vulva un pedazo de algodón y por encima de él una venda en T; como la uretra puede experimentar una compresión más ó menos grande, y la consecuen-

cia ser la retención de orina, se vigilará esta función y la retención será combatida por el cateterismo vesical.

El taponamiento deberá permanecer en lugar 12 ó 24 horas: al cabo de este tiempo se le retira y se hace un nuevo lavaje vaginal. Muchas veces se observa que al retirar el taponamiento se encuentra el huevo ó el feto por detrás de él. Pero si la hemorragia se reproduce al sacar el taponamiento, es necesario practicar otro inmediatamente y mantenerlo en la vagina el mismo espacio de tiempo. Estos taponamientos sucesivos son generalmente suficientes para cohibir la hemorragia que se produce antes de la salida del embrión ó feto, la enferma deberá ser en seguida sometida á un reposo absoluto, y si la pérdida sanguínea ha sido considerable se puede recurrir desde este momento á las hipodermiodisis.

Hay casos que se pueden prestar á indicaciones especiales, como ser aquellos en que la hemorragia es debida á una incersión viciosa de la placenta, entonces teniendo en cuenta el grado de dilatación del cuello del útero y la variedad de placenta previa se pueden poner en práctica indicaciones especiales.

En otros casos no es á la iniciación del aborto ó durante el tiempo comprendido entre su iniciación y la salida del feto que se producen las hemorragias graves, es más tarde, después que el feto ha sido expulsado que ellas sobrevienen. Estas hemorragias son debidas casi siempre á un desprendimiento parcial de la placenta, y si ellas se manifiestan en un aborto que tiene lugar en el sexto mes del embarazo, entonces es que la dilatación del cuello del útero puede

permitir el pasaje de la mano, y que han escapado las inyecciones vaginales calientes y la expresión del útero por el procedimiento de Credé, es al alumbramiento por la introducción de la mano dentro de la cavidad uterina que hay que recurrir.

Pero en aquellos casos en que el cuello del útero no permite el pasaje de la mano, se puede poner en práctica los medios citados al hablar de la hemorragia antes de la expulsión del feto, y si ellos no son suficientes para cohibir la hemorragia, es á la extracción de la placenta seguida de un curataje uterino que hay que recurrir. Describiré esta operación á propósito de la retención.

Los mismos medios deben ser aplicados para aquellas hemorragias que sobrevienen después de una expulsión, al parecer completa.

Antes de terminar con el estudio del tratamiento de la hemorragia, quiero narrar un caso que tiene interés, porque demuestra la rapidez con que puede verse comprometida la vida de la mujer, y el éxito que se obtiene por una terapéutica bien conducida.

Dolores N., española, 28 años. Ingresa al hospital Rivadavia el 13 de Mayo de 1896. Sus antecedentes hereditarios no ofrecen importancia. No ha tenido hijos ni abortos; sus reglas han sido regulares en su aparición y en su duración hasta que se hizo embarazada.

Su preñez, según los datos que da ella, era de próximamente tres y medio meses.

El 12 de Mayo de 4 á 5 de la tarde fué atacada de muy fuertes dolores en el vientre y en las caderas, y pocos momentos después se inició una pérdida san-

guínea poco abundante: comprendiendo que se trataba de un aborto, llamó á una partera, la que le dió una bebida obscura para tomar por gotas. Este estado continuó hasta las 12 de la noche, momento en que se produjo la expulsión del feto: desde este momento los dolores cesaron y la enferma se durmió. A las 2 de la mañana se despertó y se encontró inundada en sangre; la partera le hizo inyecciones vaginales calientes, pero como la hemorragia continuaba, se mandó buscar un médico. El médico llegó más ó menos á las 4 de la mañana y le hizo un taponamiento vaginal, quedando de volver á las 11 para ver como seguía. En todo este intérvalo de tiempo la mujer no sintió ningún dolor. A su vuelta, como el médico notara que á pesar del taponamiento se escurría sangre, lo sacó, y esto fué seguido de otra pérdida considerable, volvió á taponar y la enferma fué conducida al hospital.

Examinada á su ingreso, se nota: Mujer bien desarrollada y en muy buen estado de nutrición; se encuentra en un estado de postración extrema, no puede absolutamente tenerse en pie, aún acostada el menor movimiento le es sumamente penoso y responde fatigosamente á las preguntas que se le dirigen. Su cuerpo está frío, pálido, las conyuntivas exangües, los labios, encías, y demás mucosas decoloradas completamente. El abdómen no es sensible. Temperatura 36º, pulso frecuente, 145 pulsaciones por minuto, pequeño y de muy escasa tensión. Como el taponamiento practicado en el público fué hecho en malas condiciones, se le sacó, la gasa está impregnada de sangre. Se procedió á la desinfección de la vulva y de la

vagina con una solución caliente de bicloruro de mercurio al 1 por 3000. La pérdida sanguínea continúa, se hace un taponamiento vaginal y mientras se preparan los instrumentos para la extracción de la placenta y el raspado del útero, se hace á la enferma una hipodermodisis de 500 gramos de suero artificial esterilizado. Se procedió á la operación, el útero está relajado, su cuello dilatado permite la introducción del dedo y se puede tocar la placenta en parte desprendida: durante el desprendimiento de la placenta la hemorragia fué bastante abundante, pero conforme la operación avanzaba la sangre disminuía y al terminar había cesado completamente. Se hizo un taponamiento vaginal con gasa iodoformada, se colocó la enferma en su lecho y se practicaron en las 24 horas que siguieron á la operación tres dermodisis cada una de 350 gramos de suero artificial, se le administra á intérvalos regulares pociones alcohólicas. A la noche del día de la operación, la enferma tiene 130 pulsaciones, estado general satisfactorio. Al día siguiente se saca el taponamiento y previa inyección vaginal, se coloca una pequeña cantidad de gasa en la vagina.

En los días siguientes la enferma no ha presentado novedad, la temperatura ha sido siempre normal, el estado general se ha rápidamente restablecido y doce días después de su ingreso la enferma abandona el hospital completamente sana, pero conservando todavía un cierto grado de decoloración de las mucosas, vestigio de la anemia aguda que ha padecido.

Tratamiento de la retención.—Existen dos opiniones distintas en lo que se refiere á la conducta que el médico debe observar en caso de retención.

La primera es contraria á toda intervención y fundándose en que los productos retenidos son expulsados, aunque esta expulsión sea á veces tardía. Tratan la retención de la manera siguiente: desinfección rigurosa de la vulva y de la vagina aplicable á todos los casos, inyecciones vaginales antisépticas y calientes, repetidas dos ó tres veces por día si no hay fetidez de los lóquios y si los primeros síntomas de infección no han hecho su aparición. Combaten las hemorragias por inyecciones vaginales ó intro-uterinas calientes y por el taponamiento tantas veces repetido como sea necesario; si existe fetidez en los lóquios ó si la mujer experimenta escalofríos ó elevación de temperatura aunque sea ligera, hacen inyecciones intro-uterinas antisépticas, calientes y abundantes con cualquiera de los desinfectantes usuales, y estas inyecciones las repiten tres ó cuatro veces por día si los síntomas de infección persisten ó se agravan. Los partidarios de este procedimiento citan á su favor estadísticas importantes y de las cuales se desprende que aún en los casos en que los fenómenos infecciosos han aparecido y han sido bastante intensos, han sido casi siempre dominados, y que la aparición de estos fenómenos cuando se procede de acuerdo con las reglas de la antisépsia, tiene lugar muy rara vez.

La segunda opinión preconiza la intervención, pero acá no todos opinan del mismo modo en cuanto al momento en que la intervención debe tener lugar; los unos quieren intervenir inmediatamente que la retención se produce porque la consideran como fuente de hemorragias y de infección y quieren ponerse desde luego al abrigo de estas complicaciones; los otros

intervienen únicamente cuando hay hemorragia, ó cuando los productos retenidos despiden mal olor ó cuando sin que exista fetidez boquial aparecen en la mujer los primeros síntomas de infección manifestándose bajo la forma de escalofríos ó de elevación aunque lijera de la temperatura. Ellos esperan la aparición de estos fenómenos, tomando las precauciones antisépticas necesarias, practicando lavajes vajinales, preparando en una palabra el terreno para la expulsión expontánea; no se apresuran á intervenir porque tienen la seguridad de dominar estos fenómenos á su aparición por una intervención activa en ese momento. Estas dos últimas opiniones tienen también su base en estadísticas notables.

En presencia de ideas tan contradictorias es necesario que el médico defina su situación y sepa como él debe proceder en casos de esta naturaleza.

Establezco como base de la discusión una verdad admitida por todos y es que la intervención para ser eficaz es necesario que sea bien practicada, es decir, que llene en un todo su objetivo; la deplesión del útero de los productos en él retenidos y esto en medio de una antisepsia ejemplar. No es raro de ver intervenciones incompletas cuyo único resultado es la reagravación de los síntomas y que si no se repite la intervención en buenas condiciones terminan con la vida de la mujer; tampoco es raro de observar intervenciones iniciadas en una retención sin hemorragia y sin fenómenos infecciosos y que termina por la aparición de aquella ó de estos.

Ahora bien; ¿todo médico puede practicar esta intervención como es indispensable, es decir, en buenas

condiciones de asepsia y de una manera casi completa?

No lo creo. Pero esto no quiere decir que la intervención debe ser condenada, quiere decir que ella no debe ser considerada por todos como el procedimiento obligado y único al que hay que recurrir, y que un médico antes de decidirse por ella debe considerar la capacidad de sus conocimientos al respecto; si no hubiera otro tratamiento ó si él fuera tan malo que mereciera la pena de considerarlo, pase; por el otro tratamiento puede producir buenos resultados, su técnica es fácil y se encuentra al alcance de todos. Sin embargo, cuando en un caso de retención el tratamiento por inyecciones intra-uterinas no produce el descenso de la temperatura y los síntomas de infección se acentúan, es necesario intervenir procurando hacer lo mejor posible.

Pero la intervención, cuando se trata de un médico práctico en estas maniobras, es indudable que es el mejor tratamiento de la retención y en estas circunstancias no hay necesidad de esperar la aparición de hemorragias ó de fenómenos infecciosos para actuar; en pocos momentos y sin peligros verdaderos la enferma será desembarazada de su retención y puesta al abrigo de toda complicación si se ha procedido de acuerdo con las reglas de la asepsia.

Es, pues, la preparación práctica del médico en la técnica de esta operación, que á mi juicio debe servir de base para determinar la conducta que debe seguir. No es que la operación sea peligrosa, porque procediendo con tino no tiene peligros verdaderos, no quiere decir tampoco que cuando esta operación es

practicada por manos hábiles no queden en el útero pequeñas porciones de placenta ó de membranas, pero estas porciones si son pequeñas no ofrecerán peligros y si son grandes los peligros subsistirán y temo que este último sea el resultado, en la mayor parte de los casos, de una intervención practicada por un novicio.

Diferentes procedimientos han sido indicados para extraer del útero las partes retenidas. Se ha recurrido al curetaje dijital, es decir, á la introducción de dos dedos dentro de la cavidad uterina y con la otra mano deprimiendo el fondo del útero hacer accesible á los dedos la cavidad uterina en todas sus partes; los dedos entonces desprenden la placenta ó sus restos, cuando se cree que todos los fragmentos han sido desprendidos y arrastrados hácia afuera se introduce envuelta en una pinza bastante larga un pedazo de gasa con la cual se frota las paredes uterinas para arrastrar los fragmentos que pueden quedar allí adheridos. Se ha practicado la extracción de la placenta con pinzas y se hace seguir esta primera parte de la operación de un escovillonaje de la cavidad uterina; en fin, actualmente se practica la extracción de la placenta con pinzas especiales, algunas muy ingeniosas y esto es seguido de un curetaje instrumental de la cavidad.

El curetaje dijital solo, lo mismo que el escovillonaje de la cavidad uterina, son procedimientos que no se usan porque tienen el inconveniente de dejar adheridas á las paredes uterinas una gran cantidad de las partes retenidas, es pues el procedimiento de extracción de las partes retenidas seguido de curetaje ins-

trumental que debe practicarse y es el único que voy á describir tal como se practica en el Hospital Rivadavia.

Siempre que no haya contraindicación especial para la anestesia clorofórmica, se recurre á ella. Se afeita previamente la vulva de la mujer, se hace una desinfección minuciosa de la vulva y de la vajina sirviéndose de una solución de bicloruro de mercurio al 1 por 4000.

Las manos del operador y los instrumentos que se van á emplear están perfectamente asépticos. Se toma el lábio superior del cuello del útero con una pinza herina, si el cuello no está suficientemente dilatado para permitir el pasage de un dedo se lo dilata, para esto se puede servir de los dedos si él es fácilmente dilatable ó sino del dilatador á ramas de Scanzani; para hacer la dilatación hay que tener cuidado de hacerla muy progresivamente y sin emplear demasiada fuerza, pues el reblandecimiento del cuello puede hacer muy fácil una desgarradura más ó menos extensa. Una vez el cuello dilatado se práctica con una sonda intra-uterina de Bayeman Fritsch un lavaje de la cavidad uterina bastante abundante y serviéndose para ello al principio de una solución de bicloruro de mercurio al 1 por 4000 de la cual se hace pasar unos 500 gramos é inmediatamente después de agua filtrada y hervida de la que se deja pasar mil gramos; con esto se consigue desinfectar la cavidad uterina, en parte al menos, y arrastrar afuera los detritus que ya se encuentran desprendidos. Con el dedo introducido dentro de la cavidad uterina se puede entonces dar cuenta del punto en que la placenta se encuentra; y

para hacer que esta exploración llegue lo más arriba posible se toma con la otra mano la pinza que fija el cuello del útero y se tira de ella hácia abajo; se coloca una valva que deprime la horquilla de la vulva y entreabre los pequeños lábios. Para extraer la placenta se sirve de pinzas á falso enjendro especiales ó de una pinza cualesquiera lisa y cuya parte prensora es fenestrada y bastante ancha; la pinza es introducida cerrada dentro de la cavidad uterina y una vez allí se abre y se dirije á tomar la placenta en el punto donde está insertada; el trabajo de la pinza debe ser vigilado por el dedo introducido de tiempo en tiempo para darse cuenta de los progresos del desprendimiento ó contribuir á él si esto es posible.

A intérvalos se practica una irrigación intra-uterina de agua filtrada, hervida y bastante caliente (45º ó 50º) y que tiene dos objetos: arrastrar los fragmentos desprendidos y cohibir la hemorragia bastante abundante en este momento.

Cuando la pinza no arrastra más placenta y que el tacto intra-uterino no descubre en sus paredes pedazos grandes de ella se completa la operación practicando un curetaje de la cavidad uterina é insistiendo sobre todo en el raspado del lugar donde la placenta se insertaba: este raspado será practicado delicadamente llevando la cureta sin ninguna fuerza á lo largo de la pared uterina y procurando que ella actúe en todos los puntos de su cavidad. Después de él se hace otra inyección intra-uterina como la anterior, es decir, con agua filtrada, hervida y bastante caliente, y si la mujer ha tenido síntomas de infección ella es precedida de otra de bicloruro de mercurio

al 1 por 3000 y en pequeña cantidad: considerando la operación terminada, si no hay hemorragia se coloca un pedazo de gasa en la cavidad cervical, sóbrepasando un poco el orificio interno del cuello, y en continuidad con la que se deja en la vajina; si la sangre es algo abundante este drenaje de la cavidad uterina siendo colocado, se tapona la vajina.

A las 24 horas la gasa es retirada, si no hay temperatura se lava por última vez la cavidad uterina con agua esterilizada y se coloca otro poco de gasa en la vajina únicamente, la cual se saca al día siguiente continuando desde entonces practicando inyecciones vajinales diarias.

Si hay retención de membranas únicamente, sea parcial, sea total, es al curetaje practicado con las mismas precauciones que hay que recurrir.

He visto practicar más de cincuenta operaciones de esta naturaleza y en todas el resultado ha sido altamente satisfactorio: muchas enfermas han sido operadas cuando presentaban síntomas pronunciados de infección y el resultado ha sido la caída casi inmediata de la temperatura y con ella la desaparición de todos los otros síntomas. La hemorragia que acompaña el desprendimiento de la placenta si bien al principio es algo abundante, va disminuyendo y desaparece conforme la operación avanza ó se termina.

Tratamiento de la infección.—En dos circunstancias distintas se pueden manifestar los primeros síntomas de infección; cuando habiéndose producido la expulsión del feto hay retención y cuando siendo la expulsión completa la infección ha sobrevenido por una causa cualesquiera. En el primer caso la conduc-

ta que se debe seguir es la que he indicado á propósito de la retención; réstame sólo añadir que si después de la extracción de los productos retenidos los fenómenos infecciosos persisten es necesario combatirlos por medio de inyecciones intra-uterinas hechas con sustancias antisépticas y repetidas tres ó cuatro veces por día; pero hay que tener cuidado cuando se emplea para esto sustancia tóxicas, como el bicloruro de mercurio que aun en la proporción de 1 por 3 ó 4000 ha producido accidentes, de hacer seguir su empleo de una inyección intra-uterina de agua filtrada y hervida para impedir que él acumulándose en la cavidad uterina sea absorvido en demasiada cantidad, y suspender su uso á la aparición de los menores síntomas de intoxicación.

Es por esto que muchos condenan su empleo y lo reemplazan por sustancias menos peligrosas (lisol 5 á 10 por 1000 permanganato de potasio al 3 por 1000 etcétera.)

Cuando los síntomas de infección van disminuyendo se disminuye el número de inyecciones intra-uterinas, pero se debe seguir con el empleo de una por día hasta su desaparición completa.

Cuando la infección sobreviene sin que exista retención es también á las inyecciones intra-uterinas que hay que recurrir. En ambos casos se puede emplear al interior el sulfato de quinina á la dósis de dos gramos al día.

Pero si es fácil dominar una infección que recién se inicia, es muy difícil por no decir imposible el obtener resultado cuando ella es muy avanzada. Todos los tratamientos preconizados hasta la fecha escapan

y la mujer sucumbe. Por suerte poniendo en práctica en el aborto las sábias leyes de la antisepsia no encontraremos estos casos desgraciados.

Buenos Aires, Julio de 1898.

José B. Aranda.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1

La aplicación tópica de tintura de iodo es el mejor tratamiento curativo de la estomatitis mercurial.

2

En los primeros meses del embarazo ¿puede el raspado del útero constituir un método racional para la provocación del aborto?

3

En los abcesos de la mama no hay que esperar la fluctuación manifiesta para practicar la incisión.

Buenos Aires, Julio 29 de 1898.

Nómbrase á los señores Académicos: Dr. Luis Güemes, profesor titular; Dr. Samuel Molina, profesor suplente, y Dr. Alfredo Lagarde para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta Tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.

Luis M. Acuña,
Secretario.

Agosto 12 de 1898.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la Tésis presentada por el ex-alumno D. José B. Aranda.

«En el local de la Facultad, á 11 de Agosto de 1898, »reunidos los que suscriben encargados de dictami- »nar respecto de la admisibilidad de la Tésis presen- »tada por el ex-alumno D. José B. Aranda que versa »sobre «Aborto», resolvieron admitirla. Con lo que »terminó el acto.—Firmado: L. GÜEMES.—S. MOLINA. »—ALFREDO LAGARDE.—Firmado: *Zenón Aguilar,* »Pro-Secretario.»

Luis M. Acuña,
Secretario.

Agosto 12 de 1898.

Entréguese al interesado esta Tésis para su impresión debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

MALLO.

Luis M. Acuña,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1

La aplicación tópica de tintura de iodo es el mejor tratamiento curativo de la estomatitis mercurial.

2

En los primeros meses del embarazo ¿puede el raspado del útero constituir un método racional para la provocación del aborto?

3

En los abcesos de la mama no hay que esperar la fluctuación manifiesta para practicar la incisión.