1359

Año 1904 N.º 1487

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE

EL ABORTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DERMIDIO GOMEZ

Ex-interno de los Hospitales



BUENOS AIRES

"LA SEMANA MÉDICA„ Impr. de Obras de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1904

CONSIDERACIONES SOBRE EL ABORTO

Año 1904 N.º 1487

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE

EL ABORTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DERMIDIO GOMEZ

Ex-interno de los Hospitales



E 173901

BUENOS AIRES

"LA SEMANA MÉDICA„ IMPR. DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1904

La Facultad no se hace sólidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. PEDRO LAGLEYZE

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
" " JOSÉ T. BACA
" " RAFAEL HERRERA VEGAS
" " JACOB DE TEZANOS PINTO
" " EUFEMIO UBALLES
" " JUAN R. FERNANDEZ
" " ENRIQUE E. DEL ARCA
" " PEDRO N. ARATA
" " MANUEL BLANCAS
" " ROBERTO WERNICKE
" " PEDRO LAGLEYZE
" " JOSÉ PENNA
" " LUIS GÜEMES
" " ELISEO CANTÓN
" " GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
" " EDUARDO WILDE
" " MARTIN SPUCH
" " TELÉMACO SUSINI
" " EMILIO R. CONI
" " OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretarios

Dr. D. ZENÓN AGUILAR
Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	„ Jaime R. Costa
Química Médica	„ Atanasio Quiroga
Botánica Médica	„ Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	„ Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	„ Rodolfo de Gainza (con lic.)
Anatomía Descriptiva	„ Juan José Naon (con lic.)
Anatomía Descriptiva	„ Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	„ Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	„ Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	„ Vacante
Anatomía Patológica	„ Telémaco Susini
Bacteriología	„ Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	„ Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica	„ Justiniano Ledesma
Patología Externa	„ Obdulio Hernandez
Medicina Operatoría	„ Adalberto Ramaugé (con lic.)
Clínica Ginecológica	„ Enrique Bazterrica
„ Oto-rino-laringológica	„ Eduardo Obejero
„ Dermatológica y Sifilográfica	„ Baldomero Sommer (con lic.)
„ Epidemiológica	„ José Penna
„ Quirúrgica	„ Juan B. Justo
„ Neurológica	„ José M. Ramos Mejia
„ Médica	„ Luis Güemes
„ Médica	„ Francisco A. Sicardi
„ Oftalmológica	„ Pedro Lagleyze (con lic.)
Patología Interna	„ Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	„ Francisco de Veyga (con lic.)
Clínica Quirúrgica	„ Antonio C. Gandolfo
„ Médica	„ Gregorio N. Chaves
„ Obstétrica	„ Samuel Molina
Toxicología Experimental	„ Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	„ Manuel Blancas
Patología General	„ Roberto Wernicke
Clínica Médica	„ Abel Ayerza
„ Genito-urinarias	„ Federico Texo
„ Psiquiátrica	„ Domingo Cabred
„ Quirúrgica	„ Diógenes Decoud
„ Obstétrica	„ Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. GREENWAY
Física Médica	„	JUAN JOSE GALIANO
Química Médica	„	FRANCISCO B. REYES
Botánica Médica	„	ROBERTO S. KOLBE
Química aplicada á la Medicina	„	VACANTE
Histología teórico-práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Anatomía Descriptiva	„	JOAQUIN L. FIGUEROA (en ejer.)
Anatomía Descriptiva	„	VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	„	VACANTE
Anatomía Topográfica	„	AVELINO GUTIERREZ FRANCISCO LLOBET
Fisiología General y Humana	„	HORACIO G. PIÑERO (en ejerc.) MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	„	JOSÉ BADÍA MARCELO VIÑAS
Bacteriología	„	JUAN CÁRLOS DELFINO LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	„	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	„	ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	„	NICOLÁS REPETTO LEANDRO V. VALLE (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	„	ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
„ Oto-rino-laringológica	„	WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
„ Dermatológica y Sifilográfica	„	M. ABERASTURY (en ejerc.)
Patología externa	„	PASCUAL PALMA
Patología interna	„	VACANTE
Clínica Oftalmológica	„	FRANCISCO C. BARRAZA TEÓFILO A. MORET (en ejerc.)
Clínica Médica	„	PATRICIO FLEMING
„ Epidemiológica		VACANTE
„ Quirúrgica	„	ENRIQUE CORBELLINI DANIEL J. CRANWELL
„ Neurológica	„	JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
„ Médica	„	RICARDO COLON
Medicina Legal	„	DOMINGO S. CAVIA (en ejer.) PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	„	IGNACIO ALLENDE
Clínica Obstétrica	„	FANOR VELARDE ENRIQUE A. PARDO
Toxicología Experimental	„	J. ALBA CARRERAS
Clínica Pediátrica	„	FACUNDO LARGUÍA ANTONIO F. PIÑERO
„ Médica		VACANTE
„ Génito-urinaria	„	PEDRO BENEDIT
„ Psiquiátrica	„	BENJAMÍN T. SOLARI JOSÉ T. BORDA
„ Obstétrica	„	ENRIQUE ZARATE
Patología General		VACANTE

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.	Dr.	ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada . . .	„	MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal . . .	„	JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia .	„	PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica) .	„	J. MANUEL IRIZAR
Higiene	„	RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica . . .	„	ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas . .	„	J. MANUEL IRÍZAR
Química orgánica y analítica	„	FRANCISCO P. LAVALLE

Asignaturas		Cated. sustitutos
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Química inorgánica aplicada.....		VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr.	JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)...		VACANTE
Higiene.....		VACANTE
Química Analítica y Toxicológica.....		VACANTE
Ensayo y determinación de drogas		VACANTE
Química orgánica y analítica.....		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. .	Dr. JUAN R. FERNANDEZ (con lic.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejer)
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas		Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología, . . .	Dr.	LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	„	NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología, ...	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	VACANTE

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO TITULAR

DOCTOR ELISEO CANTÓN

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

A MIS HERMANOS

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Para cumplir con el deber que impone el Reglamento de esta ya ilustre Facultad, para optar al grado de doctor en medicina, he elegido un tema de alto interés científico y gran importancia práctica; él no será tratado como lo exigiría los vastos conocimientos de vosotros, encargados de juzgarlo, pero espero seréis benévolos al considerar que son los primeros pasos que en el camino de la ciencia dá vuestro muy agradecido discípulo.

Me es muy satisfactorio agradecer en esta ocasión al Dr. José Cordeyro por los conocimientos que me inculcó y la amistad con que me honra.

El Dr. Cantón obliga mi gratitud por el honor que me dispensa acompañándome como padrino en este acto solemne de mi vida.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Se llama aborto á la expulsión del producto de la concepción antes de ser viable, es decir, anatómicamente organizado y fisiológicamente preparado para la vida extra-uterina.

La ley argentina admite la viabilidad del feto desde los 180 días siguientes á las últimas reglas, pero este tiempo no puede ser sino aproximativo, desde que hay casos en que es imposible fijar la fecha del embarazo y por ser diferente la resistencia individual de un feto y otro, pudiendo suceder que uno de edad determinada sea apto para la vida, mientras que otro del mismo tiempo no lo sea.

Hasta hace poco tiempo estaban en desacuerdo la ciencia y la ley, estableciendo aquella como mínimum para la viabilidad siete meses, pero desde que gracias á las incubadoras y al *gavage* se ha conseguido hacer vivir fetos de seis meses, se tiende á aceptar el término legal.

El aborto difiere del parto prematuro en que éste

es la expulsión de un feto ya viable, pero antes del tiempo ordinario del embarazo. Esta distinción no es muy neta en la realidad por la imposibilidad en que se está, como ya hemos dicho, de fijar un término preciso de viabilidad fisiológica, pero no insistiré en esta cuestión que no ofrece otro interés que bajo el punto de vista médico-legal que dejo á un lado en este trabajo.

El aborto puede ser *espontáneo*, es decir sobreviniendo por sí sólo, y debido á una causa que puede quedar mas ó menos obscura, y *accidental* en el que la causa es perfectamente evidente; puede ser también *provocado* y en este caso podría ser con un objeto terapeútico para salvar la vida de la madre, ó con un fin criminal, definido y castigado por la ley.

Basándose en la fecha del embarazo se han hecho diferentes divisiones del aborto: Guillemont lo dividía en ovular, embrionario y fetal, el primero era el que se producía en los veinte primeros días de la gestación, el segundo desde esta época hasta el final del segundo mes y el tercero el que se efectuaba á partir del tercer mes.

La clasificación de Tarnier y Budin reune hoy el mayor número de partidarios pues á mas de ser muy cómoda es mas clara y exacta; estos autores dividen en: 1º aborto que se produce en el primer mes, 2º el que se efectúa en el segundo mes; 3º desde principios del tercer mes hasta fines del cuarto; 4º durante el quinto y sesto mes.

La frecuencia del aborto es grande dadas las múltiples causas que influyen en su producción. Una proporción exacta es imposible fijar por las dificultades de todo género que para ello se presenta, entre las que podemos apuntar el hecho de que el aborto que se produce en el transcurso del primer mes, casi siempre pasa desapercibido ó el interes que en ciertos casos tiene la mujer de ocultarlo ó también por considerarselo á veces como un accidente de tan poca importancia, que no vienen á consultar al médico.

Las estadísticas nos dan datos muy diferentes.

Según Mme. Lachapelle sobre 21 960 embarazadas se produjeron 116 abortos ó sea 1 por 189, esta proporción es extremadamente baja, se la explica al saber que ha sido tomada en una maternidad donde no entran mujeres por abortos de los primeros meses. Para Deubel la proporción sería 1 por 12; para Busch y Moser 1 por 7 y dada la cantidad de casos en que está basada, como asimismo la existencia de otras estadísticas igualmente autorizadas, suponemos que ésta última proporción sea la que mas se aproxime á la verdadera.

ETIOLOGÍA

Además del interés científico que tiene la investigación de la causa de un aborto, tiene un fin esencialmente práctico cual es su utilidad para el tratamiento; por este motivo trataremos de hacer un estudio un tanto detenido, dentro de los límites restringuidos del plan que nos hemos diseñado para este trabajo.

Las causas del aborto son exesivamente numerosas, todos los estados morbosos tienen su influencia sobre el producto de la concepción, siendo posible que hagan sentir su acción en el acto mismo de la generación y pudiendo el óvulo desde entónces llevar en gérmen ó en predisposición, un estado mórbido cuyos efectos funestos pueden manifestarse desde los primeros momentos de la vida intra-uterina.

El huevo puede abortar no solo á consecuencia de un estado patológico de la madre, en cuyo cuerpo se desenvuelve y del cual toma los materiales

nutritivos que necesita para vivir y crecer, sinó también bajo la influencia de estados análogos del padre que, fuera de toda duda, es capáz de tansmitir sus caracteres físicos, morales y mórbidos.

Si la intervención materna puede ser tenida como preponderante por su acción contínua sobre el embrión, es menester no perder de vista que el producto del ovario está más al abrigo de las enfermedades que el producto del testículo, como que éste es más á menudo viciado por las afecciones de su órgano secretor que el primero y las degradaciones orgánicas diversas que hacen del hombre infecundo ó solo capáz de animar el óvulo de una vida efímera, permiten por lo general á la mujer en igualdad de circunstancias no solamente concebir, sinó llevar á buen fin el producto de la concepción.

Por último el huevo puede ser de excelente orígen y desarrollarse en buen terreno, pero él es susceptible de experimentar enfermedades y de ser herido por traumatismos intencionales ó casuales.

Es pues necesario para estudiar las causas del aborto, considerar separadamente las que provienen del padre, las que provienen de la madre y las que son debidas al huevo.

Aborto de orígen paterno.—El número de las causas que obran de parte del padre en la producción del aborto es menor que las de la madre, hemos dicho. Vamos á enumerar las principales.

El alcoholismo es la causa de muchas concepcio-

nes imperfectas, de productos incompletos destinados á ser expulsados ó á perecer en los primeros meses del embarazo; en efecto, se ha observado en el curso del alcoholismo la atrofía de los testículos, alteraciones de los tubos seminiferos y la degradación del sentido y potencia genésica.

La sífilis paterna aunque no en igual grado que la materna juega un rol importante en la producción del aborto, así lo aseveran Trousseau, Fournier y otros contra la opinión de algunos autores que lo ponen en duda ó que llegan á negar; por nuestra parte podemos decir que hemos tenido oportunidad de ver casos en que el aborto era debido exclusivamente á la sífilis del padre, siendo la madre completamente sana y en los que no se podía negar el orígen específico del accidente por corroborarlo la maceración del feto y la desproporción enorme de la placenta con aquel, hecho que según Pinard corresponde á los embarazos sifilíticos.

La tuberculosis. Está probado que esta afección produce algunas veces la muerte del feto, en cuyo caso éste, actuando como cuerpo extraño dentro del útero, favorece ó provoca sus contracciones y es arrojado en los primeros meses del embarazo. Pero ¿cómo se produce la infección que tiene por resultado la muerte del producto de la concepción? hay varias teorías para esplicarla pero ninguna suficientemente satisfactoria ó plenamente confirmada, sinembargo la observación de mujeres que casadas con tuberculosos paren solo hijos muertos y que

vueltas á casar con maridos sanos, tienen partos á término, es bastante concluyente.

Para no seguir citando otros procesos patológicos que influyen en el fracaso de la gestación, diremos de una vez, que todas las enfermedades crónicas que repercuten sobre la constitución del padre, tienen su más ó menos marcada influencia nefasta.

Otro factor que debe tenerse en cuenta es la edad, se puede dar por sentado que los casamientos prematuros, es decir aquellos que se efectuan antes de que el marido tenga veinte años, exponen más que los otros á la producción del aborto. La edad avanzada igualmente tiene su influencia sobre el desarrollo del huevo, Guillemont ha tenido oportunidad de conocer una mujer que casada con un anciano, todos sus embarazos tenían como meta el aborto, y que muerto el marido y vuelta á casar con un hombre jóven, tuvo numerosos hijos y ninguna interrupción en sus preñeces.

Por último debemos contar también como factores debidos al padre en la producción del aborto, los exesos de todo género, la fatiga física que atenua, la intoxicación satúrnica que aunque negada por algunos, hay casos precisos que permiten afirmarla y la intoxicación por el sulfuro de carbono de la cual Delpech ha tenido ocasión de observar algunos casos, atribuyendo su acción á la impotencia absoluta ó relativa que ella produce.

Aborto de orígen materno.—Casi todas las causas

que influyen de parte del padre, vamos á ver que influyen también de parte de la madre, siendo más potentes dado el rol preponderante que ésta juega; á más hay muchas otras que le son propias.

La sífilis cuando proviene de la madre, tiene una influencia tan marcada, que es la que produce el mayor número de los abortos que observamos. Según datos suministrados por Fournier, sobre 53 mujeres sifilíticas embarazadas, 17 abortaron, 8 tuvieron su parto prematuramente y solo 25 llegaron á término, lo cual nos demuestra que la enfermedad produjo sus efectos desastrosos en la mitad de los casos. La influencia de la sífilis varía según que date de antes ó después de la concepción, en el primer caso el aborto es la regla y en el segundo hay tantas más probabilidades, cuanto ménos distante está el momento de la infección de la época de la fecundación. Antes de pasar diremos que el aborto de orígen sifilítico es debido siempre á la muerte del feto.

La tubercolisis de la madre se comprende que debe tener una influencia mas dañosa sobre el embarazo que la del padre.

La viruela enfermedad mortífera para el embrión, actúa en grado diferente según que se trate de la de forma discreta menos peligrosa o de la he morrágica y confluente en que el aborto es la regla.

El sarampión aunque poco común en la preñez, ha dado oportunidad para observar á Gautier cuatro

abortos sobre once casos de mujeres atacadas de esta enfermedad,

La escarlatina y la erisipela produciendo la muerte del feto interrumpen el curso del embarazo.

La fiebre tifoidea cuando afecta á la mujer en cinta, produce frecuentemente el aborto; sobre 22 embarazadas y atacadas por esta enfermedad, Bourgeois ha visto abortar 14; Virrag basándose en el promedio de gran número de estadísticas, concluye que en el 65 °/₀ de las veces la dotienteria interrumpe el curso de la gestación, produciéndose este contratiempo por lo general en el segundo septenario. (1)

El cólera es de entre todas las enfermedades infecciosas la mas mortal para el feto.

La gripe produce el aborto entre otras causas por la frecuencia y la violencia de las quintas de tos y por las hemorragias que se ha constatado pueden producirse en el útero, debido á este proceso patoló gico. Siendo ésta quizas las mas frecuente de las enfermedades infecciosas, es probable que sea también de entre todas ellas la que mas abortos provoca.

En el paludismo la expulsión del feto antes de tiempo es la regla.

La neumonia es siempre fatal al huevo, se observa la interrupción de la preñez en la mayoría de los casos.

---

(1) Observación III.

Existen varias teorías para explicar la causa mediante la cual, se produce el aborto en las enfermedades que acabamos de estudiar: unos la atribuyen á la hipertermia, que tendría por efecto matar al feto, pero la mayoría de los autores creen que ella juega un papel secundario; otros suponen que es debida á una endometritis que la enfermedad traería; mas la verdadera causa está en la infección misma, es decir en la acción del microbio y de sus toxinas que actúan sobre el músculo uterino favoreciendo las contracciones ú obran sobre el feto mismo produciendo su muerte.

Citaremos también como motivo de aborto las afecciones crónicas del corazón, que obran yá á consecuencia de hemorragias que se efectúan entre la placenta y la pared uterina, yá por muerte del feto, ocasionada por falta de oxigenación de la sangre ó por exeso de ácido carbónico.

La albuminuria, la intoxicación satúrnica, esplicada por impregnación de los tejidos por el plomo y las intoxicaciones por el óxido de carbono, el tabaco y el alcohol son otras tantas causas de efectos funestos para el proceso gestativo.

El hábito de abortar, es tenido por muchos como factor importante, nosotros somos con otros de parecer distinto, y creemos que siempre hay alguna causa bien definida, pero cuya acción es permanente en lugar de ser temporaria como en otros casos; lo mas á menudo, este hábito abortivo está bajo la influencia de una infección á evolución lenta.

El temperamento nervioso que favorece la contractibilidad uterina, el temperamento sanguíneo que predispone á las hemorragias activas y el linfático á las pasivas por la débil resistencia de los vasos, son causas más ó menos eficaces en la expulsión antes del sexto mes, del producto de la concepción.

Pueden obstaculizar también el curso de la preñez, los cambios bruscos de temperatura, los desvelos prolongados, las fatigas excesivas, las privaciones y miseria, y las edades extremas.

Además de todos estos factores de orden general, hay otros que ocasionan el aborto por acción local sobre el aparato de la generación; mencionaremos: todos los desplacamientos de la matriz, descensos, versiones, flexiones, capaces de impedir el desenvolvimiento de la víscera ó de influir perturbando la circulación; las enfermedades agudas ó crónicas de la mucosa uterina, de la matriz y de sus anexos, fibromas, quistes del ovario, etc.; los exitantes del útero y de su cuello, el traumatismo conyugal, por ejemplo; el uso de vestidos y en particular del corset muy ajustados; las violencias exteriores, golpes sobre el vientre, caidas sobre los pies ó las rodillas, la equitación, el baile, los viajes largos, las marchas forzadas y hasta la tos y los vómitos.

Algunos tratamientos terapéuticos hay que pueden dar lugar al aborto, como ser las cauterizaciones del hocico de tenca, las laparotomias y á veces cateterismos hechos ignorando la existencia del embarazo.

Citaremos por último los llamados medicamentos abortivos, ruda, sabina, ajenjo, cornezuelo, azafrán, ápio, etc., etc., respecto á los cuales diremos que son incapaces para que por sí sólos, puedan determinar el aborto.

Aborto de origen ovular.—De parte del huevo pueden influir numerosas causas en la marcha del embarazo, pudiendo acarrear su interrupción.

Los estados de la placenta que la hacen menos permeable á la sangre y que Simpson ha descrito bajo el nombre de tisis ó apnea placentaria, así como también su insersión en el segumento inferior, donde es causa frecuente de hemorragias capaces de hacerla desprender, son suficientes razones para aborto.

El hidramnios por las contracciones uterinas que puede traer y por las exageradas dimensiones que adquiere el útero, interrumpe tambien muy seguido la marcha de la preñez, así como la mole hidatiforme, las malformaciones fetales y las enfermedades del cordón ó sus nudos ó circulares muy cerrados.

El embarazo gemelar es por sí mismo una causa común de aborto. Muchos fetos contenidos en la matriz, hace que éstos sean solidarios unos de otros; que la provocación del trabajo sea el efecto de un exceso de distensión del útero, de un desprendimiento de la placenta ó de la muerte de uno de ellos, la expulsión es generalmente total, pero esta

regla sufre numerosas excepciones; sucede con frecuencia sobre todo en los primeros meses del embarazo, que uno de los huevos perturba el desarrollo del ó de los otros; mientras que uno continúa desenvolviéndose, otro vejeta ó aborta, al nacimiento del que sobrevive se encuentra sobre un punto de la placenta el huevo abortado reducido á ese estado de conservación propio de los que no son expulsados, es mas raro ver al expulsado que sea arrojado sólo y que el embarazo continue su curso.

La enumeración que acabamos de hacer de las causas que influyen en el aborto, nos enseña que cuando una mujer nos es confiada para cuidar de su embarazo, debemos tenerlas presentes para evitar el aborto, y que cuando se nos ha llamado para él, es nuestro deber hacer una prolija investigación de su etiología para prevenirlo en las preñeces siguientes:

SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas del aborto difieren según la época del embarazo en que este accidente tiene lugar, son tanto más marcados cuanto más se alejan del momento de la concepción y presentan todas las gradaciones intermedias que separan una simple menstruación de un parto verdadero. Sin embargo, hay dos síntomas constantes en todas las epocas, éstos son: la hemorragia y el dolor.

«Se debe dirigir la atención á los pródromos,—dicen los autores antiguos—cuyo conocimiento permite á veces intervenir á tiempo para impedir el aborto. Estos pródromos—continúan—se asemejan sobremanera á los síntomas de la congestión del útero, sensación de peso en el vientre, dolores en la región sacro-lumbar, las ingles, el recto y la vejiga, acompañados por un estado de inapetencia, escalofríos, malestar general, etc., etc.» Pero, ¿existe realmente dicho período prodrómico? Los autores modernos en su gran mayoría tienden á

negarlo; es una cuestión que hoy por hoy no puede ser resuelta de un modo absoluto, pero es conveniente tener presente, que si bien parece existir en muchos casos, hay otros tantos en que falta completamente.

Siguiendo la clasificación de Tarnier y Budin, estudiaremos la sintomatología del aborto: 1.° durante el primer mes, 2.° el que se produce en el segundo mes, 3.° cuando tiene lugar en el tercer y cuarto mes, y 4.° el del quinto y sexto mes.

Aborto del primer mes.—Siendo frecuentemente ignorado el embarazo de este tiempo, sucede que el aborto pasa gran número de veces completamente desapercibido; además, suele producirse con tanta sencillez, que más que otra cosa parece un simple retardo de la menstruación. La expulsión del producto de la concepción en esta época se realiza de la siguiente manera: aparece desde luego un derrame mas ó menos sanguinolento, que poco á poco toma los caracteres de una verdadera hemorragia, conjuntamente con ésta, sobreviene en las regiones pubiana y sacro-lumbar, un dolor algo vivo y contínuo que raramente se prolonga por muchas horas; poco después se entreabre el cuello del útero dejando escapar algunos coágulos sanguíneos, entre los cuales se distingue, prestando atención, pequeños colgajos de membrana caduca ó el embrión muy difícil de encontrar ó el óvulo entero con sus vellosidades coriales. Después de esta expulsión los

dolores y el derrame sanguíneo cesan rápidamente, no dejando tras sí más que un ligero *suintement* seroso que no se prolonga más allá del tercer día. Después todo entra en orden y el útero vuelve á tomar su tamaño normal.

Aborto del segundo mes.—Aquí es más posible conocer la existencia del embarazo desde que ha hecho falta ya un periodo menstrual, y por hacer su aparición los fenómenos simpáticos que acompañan á aquél, náuseas, vómitos, mareos, los senos se han puesto turgesentes, etc.; examinando á la mujer se encuentra el útero aumentado de volumen y el cuello resblandecido. La hemorragia en el aborto de este tiempo es más considerable que en el del primer mes y los dolores más pronunciados, debido no á que las adherencias entre el huevo y la matriz sean mas fuertes, sino á que siendo ya el embrión del tamaño de un albaricoque, tiene que forzar más el canal cervical en su paso hacia fuera.

El aborto que estudiamos en este párrafo se hace en un sólo tiempo también, pero sucede raras veces que debido á ruptura de las membranas, éstas son arrojadas después que lo ha sido ya el embrión.

Aborto del tercero y cuarto mes.—En estas dos épocas del embarazo el aborto se produce con caracteres casi iguales, por lo que agrupamos la descripción de su sintomatología.

El embarazo de este tiempo es mas ó menos fácil de diagnosticar. Practicando la palpación se pue-

den sentir las contracciones uterinas, y el tacto nos hace conocer que hay dilatación del cuello á través del cual se pueden tocar las membranas cubriendo las partes fetales. El dolor en el aborto de esta época, pierde la continuidad que tiene en el de los meses anteriores y se hace un tanto intermitente, asemejándose así más al que existe en el parto á término; el derrame por lo común es poco considerable.

El acto de la expulsión se lleva á cabo en dos tiempos, primero tiene lugar la salida del feto y luego, tras un lapso de tiempo variable, es expulsada la placenta que desde mediados del tercer mes está constituida. Ocurre aunque ciertamente con rareza, que el huevo es echado en bloc, haciéndose así todo el trabajo en un sólo tiempo.

Aborto del quinto y sexto mes.—Aquí la sintomatología se asemeja mucho á la del parto á término. Los primeros síntomas son siempre el derrame sanguíneo y los dolores uterinos que son francamente intermitentes, y por lo tanto, exactamente iguales á los del trabajo de la parturición.

La ruptura de la bolsa de las aguas se efectúa mas ó menos pronto según su resistencia. Ordinariamente el feto es expulsado el primero y á causa del pequeño volumen que aún tiene, la modalidad de la presentación y de la posición son sin influencia marcada sobre su expulsión; después del feto tiene lugar la salida de la placenta. Solo en raras

circunstancias y generalmente en las multíparas, sucede que el huevo es echado entero y sin que se hayan roto las membranas.

El aborto de esta época es acompañado de menor hemorragia que el de los meses anteriores, debido á que las adherencias vasculares del útero y la placenta, no se rompen sino después que el feto ha sido expulsado y cuando ya comienzan las contracciones uterinas que tienen por objeto hacer que la placenta se desprenda para ser librada, hacemos excepción de los casos en que está implantada en el segmento inferior y cuyo hecho puede dar lugar á una hemorragia fulminante desde el principio del trabajo.

COMPLICACIONES

Las complicaciones del aborto son tres: retención de la placenta ó de sus membranas, hemorragia é infección; consideramos á la primera como la mas importante por ser ella la que frecuentemente origina las otras dos.

Retención.—Esta complicación se la observa más habitualmente en las expulsiones que se producen en el tercer y cuarto mes del embarazo y tiene lugar según estadísticas de Tarnier una vez por cada cinco abortos. Según este mismo autor y Budin, la expulsión espontánea de los anexos se efectúa dentro de las seis horas siguientes á la salida del huevo, de modo que puede tenerse por retención la permanencia por mayor tiempo en la cavidad uterina.

En la gran mayoría de los casos, la placenta retenida es expulsada espontáneamente por el útero que tiende á desembarazarse en un lapso de tiempo variable de cuatro á siete días, pero otras veces esta

evacuación no tiene lugar y la placenta ó sus membranas permanecen en el útero durante mucho tiempo; nosotros hemos tenido en el Hospital Bosch la oportunidad de constatar una retención de quince días, y hay veces en que dura cuatro y seis meses.

Se citan casos de mayor tiempo aún: Vandam habla de uno en que fué retenida mas de seis meses y medio; Kerkringius y Prost refieren una retención de ocho meses; Guido una de catorce, y recientemente Puech nos cita un caso de retención de la placenta y de las membranas de quince meses. Mas extraordinarios aún son los hechos de Pasta y Schenck, citados por Rambaud en su tesis; el primero había constatado una retención de tres años, y el segundo una de cerca de diesisiete años. Debemos aceptar con beneficio de inventario éstos dos últimos que no son confirmados con suficientes datos científicos, no así los primeros que están plenamente ilustrados.

La permanencia por largo tiempo de la placenta en la cavidad uterina, puede ser debida á la fácil separación de la parte fetal, que hace que el huevo debilmente adherido á la parte materna, sea arrancado por contracciones que, debido al poco desarrollo muscular de la matriz, son incapaces para hacer desprender la masa placentaria mas solidamente unida, y podría ser debida también al hecho de que siendo el volumen de los anexos superior al del feto en los primeros cuatro meses de la gesta-

ción, la dilatación del cuello suficiente para dar paso al feto, es insuficiente para ser franqueada por la placenta.

La retención puede presentarse en distintas formas: á veces la placenta está completamente desprendida de la pared uterina; su eliminación se hace entonces en bloc ó de una manera insensible, por pequeños pedazos, siendo acomqañada de una hemorragia por lo común poco abundante; muy raramente es dado observar accidentes de septicemia. Otras veces la placenta es en parte adherente y en parte desprendida; es una disposición frecuente y que se presenta bajo formas variadas: un solo borde es el desprendido ó bien un simple pedículo la sujeta y el resto está destacada. Estos diferentes estados pueden prolongarse por muchos días y son de ordinario la fuente de hemorragias repetidas á cada esfuerzo del útero para arrojar su contenido y que hacen correr verdaderos peligros por su gran abundancia. En estas circunstancias se vé á veces eliminar la mayor parte de la placenta y otra parte quedar adherente á la pared uterina; nuevo peligro de pérdida de sangre ó de septicemia. Puede suceder en fin que la placenta quede completamente adherida en cuyo caso son más raras las complicaciones, no habiendo ni hemorragia ni infección; al cabo de un tiempo, que ya dijimos puede variar, se contrae el útero y arroja la placenta con caracteres perfectamente normales y como si fuera fresca, ó algo encogida ó marchita, pero siempre sin olor pronuncia-

do; el desprendimiento se hace acompañado por una ligera pérdida sanguínea, pero que podría hacerse muy abundante y llegar hasta poner en peligro los días de la enferma.

En algunos casos pasa que después de una retención más ó menos larga, se encuentra un día con que el útero está perfectamente vacío sin que se haya notado la salida de la placenta; este hecho se ha explicado por un fenómeno de reabsorción, idéntico al que ocurre con ciertos cuerpos orgánicos encerrados en el organismo, ó por exfoliación, haciendo que sea eliminada poco á poco en pequeños colgajos que salen insensiblemente; es probable que esto último sea lo cierto.

Hemorragia.—Hemos establecido ya que el derrame sanguíneo es un síntoma constante del aborto; para que tome el carácter de complicación, es menester que sea tan abundante que ponga en peligro la vida de la enferma.

La hemorragia es más copiosa por lo general en el caso de un aborto accidental ó rápido, que en el que se produce espontanea ó lentamente, sobre todo si es precedido por la muerte del feto.

Esta complicación puede producirse en cualquier tiempo del accidente, ya durante el desprendimiento del huevo, ya poco después de expulsado, ó más tarde aún, cuando la decolación placentaria se hace largo tiempo después de la expulsión del feto.

La hemorragia puede ser interna, externa ó mix-

ta; en el primer caso la sangre se acumula en la cavidad uterina donde se coagula sin mostrarse en el exterior, en cuyo caso solo puede ser conocida por los signos generales á toda pérdida sanguínea; la hemorragia externa es la más común, cuando ella existe, la sangre se escapa del útero pudiendo coagularse en la vagina, donde forma una masa de coágulos que la llena más ó menos completamente.

Cuando la pérdida sanguínea toma proporciones considerables, puede dar lugar á los síntomas generales, fineza y frecuencia del pulso, sumbidos de oído, sudores fríos, decoloración de los tegumentos, cierta sensación de peso en el hipogastrio, pérdida de conocimiento, etc., fenómenos que nos deben hacer vigilar muy de cerca á la mujer, tanto por los peligros que la pérdida de sangre por sí sola tiene, como por lo expuesto que son las infecciones en estas circunstancias.

Infección.—Las causas que motivan esta complicación son varias: falta de asepsia de los dedos que han practicado el tacto ó de los instrumentos usados, demora en el cierre del cuello del útero, coexistencia con el aborto de alguna enfermedad infecciosa, en cuyo caso la matriz quedando un sitio de menor resistencia es facilmente infectable etc. etc., pero lo que más comunmente dá lugar á este accidente, es la retención de la placenta ó sus membranas, la cual si está en parte desprendida, se putrefacta y se vuelve así una fuente de infección.

Los síntomas por los cuales se manifiesta esta complicación son:

La fetidez de los loquios que por lo general es el que primero se manifiesta pero que puede hacer falta.

El *escalofrio* tampoco constante pero que cuando se presenta agrava el pronóstico notablemente.

La *fiebre* es el principal y más constante de los síntomas de la infección, su aparición después del aborto revela casi siempre este accidente.

La *frecuencia* del *pulso*, otro signo, aparece conjunta ó anteriormente á la fiebre.

Los dolores abdominales son también considerados como síntoma de la complicación que estudiamos.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del aborto se hace generalmente con gran facilidad, pero hay casos en que se presta á verdaderas dificultades.

Las cuestiones á dilucidar son muchas; en frente de una mujer que se la supone en peligro de abortar, debemos resolver varios problemas cuya solución es tanto más difícil cuanto menos tiempo tiene la preñez.

Establecer la existencia del embarazo es lo que desde luego debemos hacer, pero son conocidas las dificultades que para ello se presenta en los primeros meses de la gestación, llegando hasta ser imposible si se trata de menos de un mes; si es pasado este tiempo y la mujer habitualmente era bien reglada, la supresión del flujo menstrual es un buen signo de diagnóstico que puede ser comprobado por modificaciones de los senos, la aparición de los fenómenos simpáticos y el aumento de volúmen del útero comprobado por el tacto y la pal-

pación combinadas; pero si la mujer es mal reglada, los obstáculos son tantos que nos ponen en condiciones difíciles de resolver y es sólo á los signos físicos que en estos casos debemos recurrir.

Un útero vacío en retroflexión ó los fibromas de este órgano, pueden al principio hacer confundir con un embarazo de poco tiempo, es la ausencia de síntomas funcionales y de modificaciones de parte de los senos y del cuello, que pueden ponernos en la falta de las reglas sobre la vía del diagnóstico.

La dismenorrea simulando frecuentemente el aborto hace decir á Devilliers: «Vanamente ciertos autores han tratado de dar el diagnóstico diferencial del aborto de las primeras semanas y de la menstruación difícil de la siguiente manera: en el primer caso la hemorragia aparece antes del dolor que aumenta con el derrame; el cuello es entreabierto, el coágulo que se presenta es de una forma irregular ó bien se percibe una vegija de forma redondeada aumentando su volumen durante las contracciones dolorosas del útero. En el segundo caso (dismenorrea) los dolores tienen lugar antes del derrame sanguíneo y disminuyen ó cesan cuando éste es establecido; el coagulo que se presenta en el cuello tiene una forma triangular que conserva y queda sólido sin aumentar de volumen durante la contracción. Estos diferentes signos son evidentemente muy variables para ofrecer un valor y una precisión suficiente al diagnóstico y este no puede realmente establecerse mas que á la ayuda de los conmemorativos».

Charpentier es de igual opinión respeto á conclusiones parecidas de Mme. Lachapelle.

Si de nuestra investigación y por los signos constatados sacamos probabilidades para suponer que la mujer está en cinta y existen dolores y hemorragia, es necesario precisar el orígen y caracteres de estos síntomas, para concluir que son el indicio de un próximo aborto.

El dolor producido por las contracciones uterinas, debe ser distinguido del originado por el cólico hepático, en cuyo caso el sitio es diferente, tiene irradiaciones hacia la espalda derecha y por lo común es acompañado de ictericia; no debe ser confundido con el del cólico nefrítico que es unilateral y con propagación hacia el gran lábio correspondiente, ni con el del cólico intestinal, ni tampoco con el satúrnico en que hay retracción del abdómen y dolor periumbilical. Por otra parte, conjuntamente con el dolor, pueden ser percibidas las contracciones uterinas á travéz de la pared abdominal, en cuyo caso, no habría ya lugar á duda.

En cuanto al derrame sanguíneo, es necesario asegurarse de que es proveniente de la matríz y no de orígen hemorroidario, ú ocasionado por alguna lesión orgánica del cuello. La presencia de coagulos tiene mucho valor y si al par que ellos, existe dilatación del cuello del útero, las probabilidades de que estamos en presencia de un aborto, son grandes. En otro órden de ideas, es menester saber si la hemorragia existente es capáz de producir la expul-

sión del producto de la concepción; naturalmente que esto se puede calcular por la abundancia y por la causa productora. En efecto, cuanto más abundante es ella, tanto más posible es que el aborto sobrevenga. Por otra parte, si la hemorragia es debida á la albuminuria, á una cardiopatia, á una enfermedad grave ó á la inserción viciosa de la placenta, las probabilidades son considerables.

Cuando la mujer ha presentado los signos del aborto, es bastante difícil precisar si este accidente ha tenido ya lugar ó nó, sucediendo esto sobre todo en los primeros meses del embarazo, en que los síntomas son muy obscuros y en que siendo el huevo tan pequeño, puede facilmente pasar desapercibido; esto último, bien entenido, en el caso de que nos sea dado examinar los coágulos, pero frecuentemente puede suceder que ellos, por cualquier causa, estén fuera de nuestro alcance, en cuyo caso las dificultades aumentan sobremanera.

Si los coágulos están en nuestras manos, trataremos de encontrar entre ellos el producto de la concepción que, ó será reconocido á la simple vista ó sólo por intermedio del microscopio, debido al trabajo que suele costar distinguir un simple coágulo fibrinoso de las vellosidades coriales y vice-versa.

Además es preciso interrogar á la enferma con sumo cuidado: la desaparición de los disturbios funcionales que se observan durante la gestación, debe hacer temer el aborto, mientras que su persistencia es un signo en favor de que el embarazo existe aún.

Si la embarazada ha tenido contracciones uterinas dolorosas y ha perdido sangre coagulada ó nó y si el cuello está algo abierto y blando, pero, como sucede muy seguido, el cuerpo del útero está aun grueso, es muy difícil sentar el diagnóstico de si se ha hecho ó nó el aborto, y para conseguirlo sería necesario, como lo más conveniente, hacer un detenido exámen de los coágulos expulsados; si estos han sido tirados y por lo tanto no se ha visto el huevo, es prudente ser muy parco en nuestras conclusiones. Sin embargo, si al cabo de algún tiempo se constata que todos los fenómenos reflejos han desaparecido, que el útero ha vuelto á tomar su volúmen normal y que de nuevo han aparecido las reglas, el aborto queda evidente.

Un diagnóstico difícil es cuando habiendo sucumbido el feto, el huevo marchito permanece largo tiempo en la cavidad uterina sin que su presencia sea supuesta.

Cuando hay amenaza real de aborto, cuando toda su sintomalogía se ha hecho ver, se impone la pregunta de si aquel será evitable ó nó. De una manera general se puede decir, que mientras el huevo no está muerto, es posible detener la expulsión prematura del producto de la concepción; pero si es cierto que después del cuarto mes se tienen signos de certidumbre sobre la vitalidad del feto, no sucede así en los primeros meses, precisamente la época en que ya dijimos era más frecuente el accidente estudiado. La muerte del feto bien comprobada, trae

forzosamente el aborto en un lapso de tiempo más ó menos cercano.

Que la pérdida sanguínea tenga caracteres típicos, que las contracciones uterinas sean de cualquier intensidad, que los dolores sean vivos, que el cuello haya sufrido las modificaciones conocidas y que esté dilatado, no son razones que nos deban llevar al diagnóstico seguro de aborto, porque siempre que el huevo esté intacto, lo mismo que las membranas, puede ser evitable, conclusión ésta comprobada con muchos casos prácticos.

El tacto practicado en estas circunstancias nos puede suministrar enseñanzas útiles, véase lo que nos dice al respecto Brindeau en los Archivos de medicina de 1903.

« En ciertos casos nada de anormal se encontrará, el cuello es largo y cerrado, el cuerpo redondeado y poco doloroso; se puede esperar que el embarazo continúe si la pérdida no ha sido muy abundante. En otros casos el cuerpo es duro y doloroso, en forma de trompo, el cuello plenamente permeable pudiéndose penetrar hasta el huevo que se siente bajo el dedo. La mujer en estas condiciones se encuentra en trabajo de aborto y es posible que el accidente tenga lugar. Por último, en otro órden de circunstancias, se puede afirmar que el aborto se producirá, es cuando se encuentra la placenta encajada en el cuello ó cuando el huevo es descendido en el segmento inferior, produciéndose lo que los antiguos autores habían llamado el embarazo cervical.

En este caso especial el cuello es completamente borrado y el orificio muy delgado. Si se introduce el dedo índice en este orificio, se siente el huevo completamente desprendido y recubierto solamente por el segmento inferior distendido. El aborto está por así decir, hecho, bajo el punto de vista fisiológico, después tiene lugar la expulsión del producto de la concepción».

Producido un aborto, se debe determinar si él ha sido completo ó no, pues en el caso de que sea completo y si ninguna complicación ha sobrevenido hasta entónces, se puede estar relativamente tranquilo, en tanto cuando hay retención la mujer debe estar sometida á una severa vigilancia para ponerse en guarda contra la hemorragia y la infección.

En ciertos casos sucede lo siguiente: el aborto se ha producído en dos tiempos, feto ó embrión desde luego, después placenta y membranas y todo parece entrar en orden; la hemorragia es detenida, la matriz ha disminuido notablemente de volumen, el cuello se ha reformado, la mujer se cree definitivamente librada; cuando al cabo de un tiempo que varía, es presa de pérdidas sanguíneas con contracciones uterinas etc.; después todo se detiene y parece nuevamente terminado, cuando al cabo de un nuevo intervalo de tiempo, reaparecen pérdidas, coágulos etc., pudiéndose repetir este ciclo muchas veces. Cuando se examina á la enferma, se nota que la matriz está sensiblemente mas voluminosa que nor-

malmente, el cuello más ó menos grueso, mas ó menos blando, á menudo permeable hasta el orificio interno que queda cerrado. De otro lado, la salud de la mujer no es mayormente perturbada y como este estado puede prolongarse durante muchos meses, cuanto mas tiempo trascurre mas difícil se hace el diagnóstico. La causa de todos estos accidentes podría ser la retención de algun cotiledon placentario que no es expulsado sino al cabo de un tiempo mas ó menos largo y previa hemorragia y contracciones, dando así la prueba de que el aborto estaba incompletamente terminado.

Muy frecuentemente puede suceder que se nos pregunte por la causa del aborto, por cuyo motivo y por la importancia que tiene para el tratamiento, como también para ver de evitar accidentes igua-les en lo sucesivo, debemos tener muy presente lo que en el capítulo correspondiente dijimos sobre la etiología.

Otra cosa necesaria, es saber precisar aunque sea aproximativamente la edad del embrión, lo que nos permitirá también en caso de feto muerto, calcular la fecha en que probablemente ha sucumbido.

La tabla siguiente resume según Hecker una ley mediana de crecimiento en longitud en los primeros seis meses de la gestación.

Meses lunares (1)		Longitud del vertice al coxis	Longitud total
1er. mes	2ª semana	0m0022	0m0022
	3ª »	0m004 á 0m0045	0m004 á 0m0045
	4ª »	0m007	0m007
2o. mes	5ª semana	0m013	0m013
	8ª »	0m025	0m025
3er. mes	9ª semana	0m03	»
	12ª »	0m07	0m100
4o. mes	13ª semana	0m09	0m119
	16ª »	0m12	0m168
5o. mes	17ª semana	0m14	0m19
	20ª »	0m18	0m275
6.o mes	21ª semana	0m19	0m28
	22ª »	0m24	0m348

(1) Los alemanes cuentan el embarazo por meses lunares.

PRONÓSTICO

La gravedad del aborto, aunque á menudo acrescentada por la causa que lo provoca, no es grande si ha sido bien atendido; pero su descuido, sea por ignorancia del hecho, como sucede á veces en ciertos abortos ovulares, por indolencia, por poca importancia que se le atribuye, ó en fin, por circunstancias especiales en que el accidente tiene lugar, como por ejemplo, en el aborto criminal en que por ocultarlo se prescinde de todo cuidado, agrava el pronóstico.

De una manera general un aborto es tanto más serio en sus consecuencias posibles cuando es de mas tiempo; menos grave al principio del embarazo en que la expulsión se produce en un sólo tiempo, lo es mas á partir del tercer mes.

El pronóstico es *inmediato*, *consecutivo* y *tardío*.

El pronóstico *inmediato* es en relación con las hemorragias, mas abundantes en el aborto del tercer y cuarto mes que en los otros.

El pronóstico *consecutivo* está bajo la dependencia de la retención placentaria y de sus dos accidentes: la hemorragia y la infección.

El pronóstico *tardío* varía según la complicación del aborto y la manera como ha sido tratado; las metritis, anexitis, pelvi-peritonitis son consecuencias del aborto.

Las metritis hemorrágicas son frecuentemente la consecuencia de abortos de las primeras semanas que han pasado desapercibidos ó han sido mal cuidados; pequeños restos de caduca quedan en el útero, irritando su mucosa y trayendo pérdidas contínuas; puede también producirse una inflamación crónica de esta mucosa, que no permitirá á un nuevo embarazo llegar á término, interrumpido como será por pequeñas hemorragias.

Las metritis catarrales y otras pueden resultar de una infección de la mucosa debida á un aborto.

Igual cosa sucede con la mayor parte de las anexitis, salpingitis ú ovaritis, siendo éstas últimas capaces de traer la esterilidad definitiva de la mujer.

En cuanto á la pelvi-peritonitis produce algunas veces adherencias que provocan dolores muy fuertes y persistentes; es también á menudo causa de desviaciones uterinas que perturban al útero en sus funciones.

TRATAMIENTO

El estudio del tratamiento del aborto, tiene mucha importancia dada su frecuencia y la gravedad que en ciertos casos puede adquirir.

Nuestra conducta no debe limitarse á evitar ó prevenir las complicaciones á que puede dar lugar, ó á tratar de impedir un aborto iniciado, sino también á hacer lo posible para que la expulsión prematura del feto no se produzca.

En la profilaxia del aborto entra como base principal la investigación causal; si una mujer ha sufrido una ó mas veces este accidente, es preciso para encontrarse en condiciones de prevenirlo en embarazos subsiguientes, estar al cabo de las causas que han obrado en su producción.

Es indiscutible que algunas de ellas escaparán á nuestra inteligencia ó estarán por encima de los recursos terapéuticos de que disponemos, pero otras podrán ser dominadas y el éxito coronará nuestros esfuerzos.

En la sífilis este tratamiento profiláctico obra con eficacia indiscutible, maravillosa; el mercurio convenientemente instituido, es capaz de evitar la producción del aborto y como la enfermedad puede ser del padre ó de la madre ó de ambos á la vez, es necesario saber á cual corresponde dicho tratamiento ó si es el caso de administrarlo á los dos.

Pinard recomienda la conducta siguiente: abstención de las relaciones conyugales durante seis meses; en este lapso de tiempo administrar cuotidianamente en cada comida una cucharada de sopa de la poción siguiente que tomará el cónyuge sifilítico, ó los dos si el caso corresponde:

Biioduro de mercurio .	0.10	gramos.
Ioduro de potasio . .	10	»
Jarabe de c. n. a. . .	200	»

Al cabo de seis meses de llevado este tratamiento, las relaciones podrán ser permitidas y si sobreviene un embarazo la madre deberá continuar con el uso del mercurio y del ioduro. Este tratamiento será aplicado en todos los casos de aborto á repetición y aún en ausencia de todo accidente específico paterno ó materno. «Es preciso saber, dice Fournier, que el aborto puede sobrevenir en ausencia de toda manifestación sifilítica á título de fenómeno aislado y que una sífilis cuyos accidentes han desaparecido hace mucho tiempo, que una infección sifilítica aún latente, es susceptible de determinar el aborto.»

Se debe buscar en una mujer que haya tenido algún aborto la existencia de lesiones uterinas, en cuyo caso se instituirá el correspondiente tratamiento antes de que una nueva preñez se efectúe.

En fin, se tratará siempre la enfermedad causal cualquiera que sea, y hasta su curación es conveniente proscribir las relaciones.

Cuando la mujer está en cinta y es predispuesta, hay que tomar una serie de precauciones casi todas de orden higiénico.

El reposo es muy importante, no sólo será prohibido todo ejercicio violento, sino que se tratará de evitar los viajes, los paseos en carruaje, automóvil, etc., y en general toda suerte de fatiga corporal. Estas precauciones serán aún mas severas en las épocas correspondientes á la menstruación y en el período del embarazo durante el cual ha tenido lugar el ó los abortos anteriores; en estas épocas se exigirá el reposo mas completo en el lecho. En ciertos casos será necesario hacer guardar cama á la mujer durante todo su embarazo, y no es sino á este precio que se llegará á evitar la expulsión prematura.

Los cuidados de limpieza son también convenientes; ésta se practicará por medio de inyecciones tibias, de corta duración y poca fuerza.

La constipación debe evitarse por medio de enemas ó del sulfato de soda. La albuminuria será combatida por la dieta lactea.

Las mujeres en cinta evitarán acercarse á las

personas atacadas de enfermedades infecciosas, y en caso de epidemia de viruela es prudente la revacunación.

Una vez el aborto iniciado, es menester instituir un tratamiento que tenga por objeto impedir que aquel se realice, tratamiento que será tanto más eficaz cuanto mas al principio de los fenómenos abortivos sea aplicado.

Es claro que si el feto está muerto no se procederá así, pero si por el contrario está vivo y las membranas son intactas, debemos buscar por los medios á nuestro alcance detener la hemorragia y las contracciones uterinas dolorosas ¿cuáles son estos medios? El reposo en el lecho, las inyecciones calientes pero suaves, destinadas á contener la hemorragia, ó el viburnum prunifolium dado en forma de extracto fluido y á la dosis de cinco gramos en varias veces.

Las contracciones uterinas pueden ser contenidas por el láudano administrado en enemas, prévio lavage intestinal y á la dósis de 50 á 60 gotas en dos ó tres veces, con media hora de intervalo una de otra; es bueno hacer presente que este medicamento aún á altas dósis es bien tolerado por las mujeres en cinta, en ocasiones acarreará un poco de cefalalgia, pero esta se disipa espontaneamente ó por ingestión de un poco de café. Debe vigilarse el estado del vientre cuando se dá láudano, pues es frecuente que se produsca constipación que será combatida por medio de enemas.

El uso de la morfina es también muy extendido, teniendo sobre el láudano la ventaja de la prontitud con que actúa.

Si las contracciones, después de un tiempo de administradas estas substancias, reaparecieran, no hay inconveniente para volverlas á dar.

Repetimos, la mujer debe permanecer en el lecho, acostada sobre el dorso, rodeada de aire fresco y sometida á dieta y á las bebidas frías; cuando los alimentos sean permitidos, durante algunos días serán líquidos y fríos mas bien que sólidos.

Si el aborto fuera inevitable y ninguna complicación ocurriera, nuestra misión será hacer la asepcia, no la antisepcia, pues según Pinard las mujeres en trabajo de aborto tienen una susceptibilidad especial por los antisepticos y en especial por el bicloruro de mercurio. Expulsado el huevo se hace una inyección vaginal y se coloca una curación vulvar.

Pero si nuestro papel es secundario en el caso anterior, no sucede lo mismo cuando se presenta alguna de las complicaciones de que hemos hablado en el capítulo correspondiente.

Recordaremos que la retención era la más importante, puesto que es la que origina las otras dos, describiendo el tratamiento á seguir en caso que ella se presente, habremos descripto el de las otras.

Si el aborto no ha tenido lugar mas que parcialmente y la placenta ha quedado detenida en la cavidad uterina, ante todo la asepcia y si fuera necesario la antisepcia serán practicadas minuciosamente.

Pero la cuestión importante, es saber si se procede ó nó á la extracción inmediata de la parte retenida del huevo.

Cuando hay hemorragia ó temor de infección, no debe haber absolutamente duda y la intervención es lo indicado.

Se recurrirá desde luego á las inyecciones de agua hervida caliente, las cuales serán vaginales si el cuello está cerrado, en cuyo caso á más de las propiedades hemostaticas que tienen, obran según Pinard como octócicas, favoreciendo las contracciones uterinas y contribuyendo á la abertura del conducto cervical y á la expulsión de los anexos retenidos; pero si el cuello está permeable, la irrigación será intra-uterina, en cuyo caso obra también en su doble carácter de hemostatico y octocico, siendo de más segura acción puesto que vá á la superficie sangrante misma.

La cantidad de agua caliente que se puede hacer pasar en ambos casos, varía de 10 á 30 y más litros, según la necesidad, pues el efecto hemostático del calor se produce recien después de prolongado contacto. El grado de calor no es indiferente, es necesario al menos 40°, pudiéndose llegar si el caso lo requiere á 50°.

La inyección intra-uterina puede ser repetida, pero si no dá rápidamente el resultado querido, es decir: la detención de la hemorragia y la expulsión de la placenta, y sobre todo si los caracteres del pulso hacen temer por la enferma, hay qae recurrir

desde luego al pequeño balon de Champetier de Ribes, que determinando la contracción, será expulsado algunas horas más tarde, trayendo generalmente atras de él la placenta. Si esta última no ha sido arrojada ó lo ha sido incompletamente, procederemos á practicar el curetaje digital del útero.

Después de la evacuación del recto y de la vejiga, después de hacer la toilette de la vulva y de la vagina, la mujer será cloroformada. El operador coloca su mano izquierda sobre la región hipogástrica, para mantener el útero á través de la pared abdominal anterior y descenderlo tanto como sea posible en el pequeño basinete; la misma mano sirve para enderezar el órgano cuando está desviado. La mano derecha es introducida entera en la vagina, el índice y medio derechos van en busca del cuello y tienden á penetrar. Si no ha habido necesidad de usar el balon y se encuentra que está cerrada la vía, debe recurrirse á la dilatación por medio de los mismos dedos y de un poco de paciencia, ó sinó por las bugias de Hegar. En seguida se introduce un dedo ó mejor el medio y el índice hasta el fondo del útero, mantenido por la otra mano; se reconoce la placenta y se empieza á arrancarla por medio de una especie de descorticación. Antes de extraerla se debe fijar si está completamente libre de toda adherencia. Se destaca con el dedo los restos de caduca, de membranas y los coágulos unidos á la pared. Esto hecho, se pasa al tiempo de la extracción, propiamente dicho.

Un procedimiento muy cómodo es el que Budin ha descrito bajo el nombre de *expresión abdómino vaginal* que consiste en lo siguiente; se asegura que la cavidad del cuello está dirigida en el mismo eje que el cuerpo, si hay necesidad se endereza el útero á la ayuda de las dos manos. Después los dedos de la mano derecha son colocados en el fondo de saco posterior de la vagina, toman apoyo por su cara palmar sobre la cara posterior de la matriz y ejercen una presión de abajo á arriba y de atras á adelante, mientras que la mano izquierda á traves de la pared abdominal, ejerce una presión análoga sobre la cara anterior del órgano á vaciar pero dirigida de arriba á abajo y de adelante á atrás. La placenta tomada entre las dos manos es hechada hacia el cuello y hacia la vagina «como una pepa de cereza se escapa de los dedos que la comprimen». Esta maniobra muy simple dá mejor resultado que la que tiene por objeto atraer fuera del útero la placenta desprendida á la ayuda del índice encojido en forma de gancho. Cualquiera de los dos procedimientos es preferible á la introducción de pinzas que ha dado á veces lugar á accidentes desgraciados.

Una vez la placenta extraida se vuelve á introducir el dedo para asegurarse bien que nada queda, terminado lo cual se practicará una inyección intrauterina con agua hervida caliente y se colocará después una curación con gaza esterilizada.

Si la indicación que acabamos de describir ha

sido llenada á consecuencia de síntomas que hacían suponer una infección, es necesario si la temperatura después del curetaje digital no ha descendido practicar el curetaje instrumental.

Sin ser nuestro ánimo describir los diferentes métodos operatorios, lo hemos hecho con el curetaje digital, guiados por su enorme importancia en el tratamiento del aborto y por la frecuencia con que nos veremos obligados á practicarlo.

Respecto á la cuestión de si se debe ó no intervenir cuando la retención no es acompañada de hemorragia ó fiebre, opinamos afirmativamente: Cuando se supone la posibilidad de maniobras criminales, cuando por cualquier causa se crea inminente la infección y cuando la retención es cérvico-segmentaria; creyendo que la espectación es sólo permitida cuando todo peligro de infección parece eliminado ó cuando la mujer puede quedarse en el lecho por largo tiempo y rigurosamente vigilada; aún así nunca estaremos seguros que la infección no sobrevendrá y menos aún que la expulsión de la placenta no se hará con una profusa hemorragia que puede ser terrible. Sin embargo, fundándose en estadísticas que muestran que la expulsión espontánea tiene lugar dentro de los seis primeros días que siguen al aborto, se podría, sobre todo si hay algun motivo, esperar este tiempo. Pero en general y considerando la inocuidad del curetaje digital, es recomendable obrar tan pronto como posible sea.

Dedicaremos dos palabras á los medicamentos que suelen usarse para acelerar el trabajo abortivo.

El cornezuelo de centeno está fulminado por el axioma de Pajot admitido por Pinard: «Mientras el útero contenga algo, nada de cornezuelo».

El sulfato de quinina obra sobre la fibra uterina en trabajo excitándola, su acción no siempre es suficiente, pero al menos tiene la ventaja sobre la ergotina de no ser peligrosa; se la puede prescribir por cachets de 50 centigramos, á tomar cuatro con una hora de intervalo uno de otro.

Por último debo hacer presente que intencionalmente he pasado en silencio sobre el taponamiento vaginal y uterino, hasta hoy muy usado por algunos como medio para acelerar el trabajo y contener el derrame sanguíneo y proscrito absolutamente por Pinard á causa de lo peligroso que se hacia una infección en una cavidad cerrada como quedaría el útero taponado, lo doloroso que es y lo difícil de practicarlo como sería necesario etc. etc.

OBSERVACIONES

HECHAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SAN ROQUE

OBSERVACIÓN 1

Victoria T., nacionalidad Suiza, edad 28 años, entró con síntomas de aborto el 15 de Abril de 1903.

Antecedentes hereditarios.—Los padres viven son sanos, no ha habido en la familia embarazo gemelar.

Antecedentes fisiológicos.—Ignora á la edad que empezó á caminar, ha caminado siempre bien, las reglas hicieron su aparición á los 17 años, han sido siempre regulares y de 3 días de duración.

Antecedentes patalógicos.—Sarampión, Viruela, angina pultácea, caida de cabello, cefaleas nocturna, sífilis.

Embarazos y partos anteriores.—Ha tenido dos abortos, el primero de 4 $^{1}/_{2}$ meses atribuido á una caida, el segundo de 5 meses sin causa apreciable según la onferma.

Fecha de las últimas reglas, del 18 al 22 de Enero.

EMBARAZO ACTUAL

Accidentes y complicaciones.—Vómitos, dolores de estómago, mareos, constipación. El 8 de Abril empieza á perder un poco de sangre y dura á su entrada al servicio.

Exámen.—Exqueleto bien desarrollado, línea parda poco marcada, corazón y pulmones normales, no hay edemas ni varices, senos bien desarrollados, vientre poco voluminoso, útero en la línea media, paredes tensas.

A su entrada esta mujer tiene, contracciones dolorosas, bastante hemorragia, fiebre y 100 pulsaciones. La bolsa de las aguas está rota, los loquios, de olor pronunciado; en vista de lo cual y no produciéndose la expulsión del huevo se procede á practicar un curetaje digital extrayéndose el huevo en completo estado de descomposición, en seguida se hace lavaje intrauterino de 20 litros; la hemorragia cesa, los signos de infección desaparecen y la mujer sale de alta pocos días después.

OBSERVACIÓN II

Julia G., nacionalidad argentina, edad 18 años, profesión sirvienta, entra en trabajo el 1° de Noviembre de 1903.

Antecedentes hereditarios.—El padre ha muerto, ignora la causa, la madre vive y es sana, no ha tenido embarazo gemelar.

Antecedentes fisiológicos.—Ignora la edad á que empezó á caminar, ha camidado siempre bien.

Antecedentes patológicos.—Sarampión, sífilis.

Embarazos y partos anteriores.—Ha tenido un aborto de dos meses y un parto prematuro de 8 meses, cuyo hijo vivió 10 días falleciendo no sabe porque causa. El padre del actual embarazo no es el mismo que el de los anteriores.

Fecha de las últimas reglas.—Ignora.

EMBARAZO ACTUAL

Edad del embarazo.—4 $^{1}/_{2}$ meses.

Accidentes y complicaciones.—Náuseas y dolores de vientre.

Orinas.—Normales.

Examen.—Esqueleto bien constituido, corazón y pulmones normales, no hay edemas ni várices, los senos regularmente desarrollados, vientre poco voluminoso, el útero en la línea media, paredes tensas. Hay latidos fetales.

A su entrada había hemorragia, contracciones uterinas dolorosas, bolsa íntegra y dos centímetros de dilatación del cuello; se hace lo necesario para impedir el aborto administrándosele enemas de láudano, etc., pero á pesar de todo, el accidente se verifica en dos tiempos; en el segundo se expulsó parte de la placenta, pero como el resto no saliera se procedió á hacer el curetaje digital, conteniéndose una gran hemorragia que se declaró; en seguida lavaje intra-uterino.

Al día siguiente temprano fué enviada á la Casa de Aislamiento por sospecharse la viruela, diagnóstico que después fué confirmado.

OBSERVACIÓN III

Cipriana N., nacionalidad argentina, edad 22 años, ocupación cocinera; entra al servicio el 17 de Mayo de 1903.

Antecedentes hereditarios. — Padres muertos, no sabe de que enfermedad.

Antecedentes fisiológicos.—Ignora á que edad empezó á caminar, pero sabe que siempre lo hizo bien. Las reglas no sabe á que edad aparecieron, pero han sido regulares.

Antecedentes patológicos—Sarampión en su niñez; dice la enferma que desde hace dos meses se siente los pulmones muy doloridos, lo mismo que los riñones.

Embarazos y partos anteriores.—Ha tenido un hijo á término, parto espontáneo de vértice, falleció á los seis mees. El padre del actual embarazo es el mismo que el de los anteriores.

EMBARAZO ACTUAL

Fecha de las últimas reglas.—Ignora.

Aparición de los movimientos activos. — No ha sentido.

Edad del embarazo.—5 meses.

Accidentes y complicaciones.—Vómitos, cefalalgia, dolores de estómago, mareos, constipación, zumbido de oidos, calambres en los miembros inferiores y superiores, perturbaciones de la vista, dolores de los riñones, dolor en las espaldas, hemóptisis.

Examen. — Esqueleto bien desarrollado; línea blanca, pigmentada; corazón, aórtica; pulmones congestionados; edemas en la cara; várices, no hay; senos, aureola pigmentada, calostro; vientre poco voluminoso; útero en la línea media; paredes tensas; presentación movible; pelvis A. T. 30 ctm., B. E. 24 ctm., B. I. 28 ctm., S. P. 19 ctm.

Esta mujer ingresa al servicio con síntomas renales; 40° de temperatura, 140 pulsaciones. Se le prescribe purgante, reposo; se hace un análisis de orina que revela la presencia de $^1/_2$ por 100 de albúmina; se le instituye regimen lacteo, cafeina, digital. El día 20 expulsa el producto de la concepción en dos tiempos simples.

El 21 se hace diagnóstico de fiebre tifoidea, pocos días después fallece.

DERMIDIO GOMEZ.

Buenos Aires, Junio 28 de 1904.

Nómbrase al académico Dr. José T. Baca, al Profesor titular Dr. Samuel Molina y al Profesor suplente Dr. Enrique Zárate, para que, constituidos en comision revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el Art. IV de la «Ordenanza vigente sobre exámenes».

E. Uballes.
Zenón Aguilar

Buenos Aires, Julio 19 de 1904.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Dermidio Gomez.

« En el local de la Facultad á 18 de Julio de
« 1904, reunida la Comisión que suscribe, encarga-
« da de dictaminar respecto de la admisibilidad de
« la tesis presentada por el ex-alumno Sr. Der-
« midio Gomez, que versa sobre «Aborto», resolvió
« admitirla». Con lo que terminó el acto.

Firmado: José T. Baca.—Samuel Molina.—Enrique Zárate.—*Carlos Robertson*, Secretario.

Buenos Aires, Julio 19 de 1904.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

E. Uballes
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Mola, sus sintomas.

II

Aborto del primer trimestre, las hemorragias que produce.

III

Indicación real del aborto terapéutico.