

Contribución al Estudio y Tratamiento del Aborto Simple y Complicado

TESIS



PRESENTADA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA

Y CIRUGÍA

POR

Alberto Lemus Alarcón

EX-INTERNO DE LOS HOSPITALES

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

OCTUBRE DE 1923

GUATEMALA, C. A.

IMPRENTA "CASA COLORADA"

MARROQUIN HERMANOS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO Y TRATAMIENTO

DEL ABORTO SIMPLE Y COMPLICADO

DEFINICIÓN Y DIVISIÓN

Aborto, en general, es la interrupción del embarazo, antes de que el producto de la concepción sea viable.

Para su estudio seguirá la división de Tarnier y Budin que es la siguiente:

- a) Aborto del primer mes.
- b) Aborto del segundo mes.
- c) Aborto del tercer y cuarto meses.
- d) Aborto del quinto y sexto meses.

FRECUENCIA

En cuanto a su frecuencia, según Hégar, por cada diez partos se verifica un aborto, pero hay que tomar en cuenta, que los que se verifican el primer mes y aún durante el segundo, pasan muchas veces desapercibidos y lo mismo sucede con los que se deben a maniobras criminales.

Así, de varias estadísticas resulta que la frecuencia del aborto, es de un doce por ciento.

CAUSAS.

Las causas que determinan el aborto son muy variadas, y para su estudio las dividiremos en dos grupos.

- 1.º Causas Paternas.
- 2.º Causas Maternas.
- 3.º Causas Oculares.

a) Causas Paternas. No basta que un óvulo sea fecundado para que se desarrolle de una manera normal; es necesario que la semilla sea buena, que el espermatozoide sea sano, que provenga de un organismo desprovisto de taras muy marcadas. (Ribemont, Dessaignes y Lepage.)

La edad avanzada del padre, puede constituir causa de aborto, y frecuentes son los casos en que éste se verifica cuando el padre es ya viejo; Jacquemier cita el de una mujer que tuvo muchos abortos debidos a esta causa y esta misma mujer ya viuda y vuelta a casar con un individuo joven, llevó a término todos sus embarazos.

La fatiga física, y sobre todo los excesos venéreos constituyen causas de aborto muy frecuentes; el coito repetido, puede determinar en el hombre una alteración de la esperma, capaz aún de fecundar un óvulo, pero no permitiendo llevarlo hasta el término del embarazo.

El alcoholismo es causa de aborto, pues según Laureaux, determina la atrofia del testículo, la alteración de los tubos seminíferos y de la esperma, la degradación de los sentidos y la impotencia genésica, y por este motivo el producto de la concepción es imperfecto y predispuesto a ser expulsado antes de llegar a su término.

El saturnismo y la intoxicación por el sulfuro de carbono, son otras causas que pueden determinar el aborto, según los diferentes autores.

La Sífilis, la Tuberculosis y el Cáncer del padre, determinan también el aborto; pues producen la muerte del feto desde los primeros meses del embarazo; y éste, desempeñando en el útero el papel de cuerpo extraño, es expulsado en breve tiempo. De estas tres causas de aborto, es la sífilis la que tiene el papel más importante. Es evidente que gran número de abortos revelan una sífilis paterna, las más de las veces ignorada por la madre. El Profesor Pinard, da una gran importancia a la desproporción entre el peso de la placenta y el del feto, en relación con la edad del embarazo, y si esto, va unido a la presencia de feto muerto y macerado, es síntoma inequívoco de sífilis en uno de los procreadores; si la madre no presenta ningún estigma de sífilis se puede acusar al padre de ser el portador de esta enfermedad.

b) Causas Maternas.

La corta edad de la mujer, constituye causa de aborto, y a este respecto el Dr. Rouvier ha observado: que en 79 mujeres casadas antes de 16 años, ha habido 76 abortos en 316 embarazos; siendo muy frecuentes los abortos en las mujeres fecundadas antes de los veinte años.

Jacquemier, dice: "que la edad tiene influencia muy marcada en el curso del embarazo. No es raro ver a las mujeres abortar con tanta mayor facilidad, cuanto más se aproximen a la edad en que cesa de ordinario la actitud de la fecundación; esta época parece llegar más pronto, para las mujeres que se casan a una edad más avanzada, que para las que se casan siendo aún jóvenes y tienen luego niños. Las mujeres que se casan muy jóvenes, cuando el desarrollo no ha llegado aún a completarse y cuando la menstruación no es regular todavía, comienzan por tener muchos abortos antes que el embarazo pueda tomar su curso regular. Es muy verosímil, que en estos dos periodos opuestos, el útero haya en parte perdido o no haya aún completamente adquirido la aptitud a dejarse distender regularmente."

El temperamento ha sido invocado por algunos como cau-

sa de aborto y así, a este respecto, dice Devilliers, que: "el aborto sobreviene en general, en las mujeres cuyas reglas son abundantes, o en las cuales el movimiento menstrual goza de una gran energía, entretenida o aumentada por las costumbres, el género de vida, los placeres, los amores, sobre todo en los primeros meses del embarazo."

Puede existir en ciertas mujeres una predisposición particular al aborto, capaz de transmitirse por herencia. El aborto mismo puede constituir causa de otros abortos, y así, Schultz, refiere la historia de una mujer que abortó 22 veces, a los tres meses de embarazada; y Stolz cita el caso de dos mujeres que abortaron 7 veces cada una, a la misma época del embarazo.

Cuando la involución uterina no es completa y la mujer queda en cinta de nuevo, es muy común que aborte, porque el útero no está en condiciones de poder nutrir al nuevo ser.

Los matrimonios consanguíneos, pagan un pesado tributo al aborto, o dan lugar al nacimiento de seres imperfectos.

Las mujeres muy gordas, son propensas al aborto y más si son al mismo tiempo pletóricas y tienen sus reglas abundantes.

Los excesos y cambios bruscos de temperatura, obran de una manera desfavorable sobre el curso del embarazo.

El aborto puede aún ser producido por la constricción que produce el corsé, los vestidos apretados, los cinchos al rededor del talle, que molestan la circulación de la sangre y provocan las contracciones uterinas.

La miseria, la privación de alimentos, de aire, de luz, la aglomeración y las vigiliias prolongadas, son causas evidentes de aborto.

Los viajes en ferrocarril, en carruaje, las carreras, los bailes, el uso de la bicicleta, la permanencia de pie prolongada y la fatiga física, son causas de aborto.

En las mujeres predispuestas, el menor traumatismo o el dolor más insignificante, puede determinar el aborto.

Las conmociones morales, las emociones vivas, el temor, puede determinar también el aborto a causa de los trastornos nerviosos y circulatorios que producen.

Las enfermedades agudas y entre ellas las fiebres eruptivas, son causa muy frecuente de aborto.

La viruela es de todas las enfermedades eruptivas e infecciosas, la que más predispone al aborto. La gravedad de éste, hallándose en razón directa de la gravedad de la afección; siendo así que, en la viruela hemorrágica, la madre sucumbe antes que el aborto se haya verificado.

En cuanto a la causa que determina el aborto en esta enfermedad, las opiniones de los autores no están de acuerdo, y mientras unos y entre ellos Serres, atribuyen a la metrorragia que se produce, la causa del aborto, los otros, con Gariel, creen que es debido a la raquialgia intensa y a las lesiones medulares,

sin tomar en consideración que el centro de las contracciones uterinas está en la parte superior de la médula y en el encéfalo, según lo ha demostrado Wernich. Se ha pensado también en la acción de los venenos que circulan en la sangre, (ácido carbónico y óxido de carbono). El aborto produciéndose más a menudo al fin del período de la erupción, en el momento en que la temperatura asciende de nuevo, al principiar la supuración.

El Sarampión, la Escarlatina y la Erisipela, son raras en la mujer embarazada, pero al aparecer, si son causa de aborto.

La Fiebre Tifoidea determina con suma frecuencia el aborto, y Vinay, reuniendo diversas estadísticas, halla que el embarazo es interrumpido en esta enfermedad en un 65% de los casos. La frecuencia y la gravedad del aborto siendo proporcionales a la intensidad de la fiebre.

El aborto en esta enfermedad se produce en la segunda semana; cuando se verifica más tarde el tratamiento por los baños fríos, parece determinarlo. Brand, ha observado 17 abortos en 22 casos en estas circunstancias; y Vinay, reuniendo varias estadísticas, ha encontrado una proporción muy elevada, casi igual a la que da la enfermedad sin el tratamiento hidroterápico. Si en los casos benignos, el aborto no tiene ninguna influencia sobre el curso de la fiebre, en los casos graves empeora el pronóstico de ésta.

El Paludismo, tiene acción muy marcada sobre el embarazo, ya produciendo el aborto, ya el parto prematuro. (Vinay)

El Cólera es de todas las enfermedades infecciosas, la que tiene mayor acción mortal sobre el feto. La interrupción del embarazo se produce en la mitad de los casos y en todos ellos el feto es expulsado muerto. Queirel dice: "que el trabajo se verifica sin que la enferma se dé cuenta de él y que la expulsión del huevo es completa, con membranas intactas, bajo el menor impulso de la matriz."

La acción abortiva de la Pneumonia ha sido señalada en todos los tiempos y esta acción parece tanto más marcada, cuanto el embarazo está más cerca de su término. (Vinay)

Respecto a la Gripe, que es de las enfermedades infecciosas la más frecuente, las opiniones están muy divididas; pero Jacquemier, dice: "que la Gripe produce el aborto, solamente en los casos graves y en aquellos en los que la enfermedad es acompañada de quintas de tos muy frecuentes."

Respecto a como obran todas las enfermedades infecciosas para producir el aborto, los pareceres son muy diversos; así, mientras los unos conceptúan la hipertermia como causa determinante, los otros acusan a la endometritis hemorrágica, que aparece en el curso de ciertas enfermedades, tales como el cólera y la fiebre tifoidea; o a los cambios en la circulación uterina, producidos en las enfermedades, como la gripe, la pneumonia y el sarampión, que se acompañan de disnea y tos.

Pero la verdadera causa del aborto en el curso de las enfermedades infecciosas, según la opinión más aceptada, es la infección misma, la acción de los microbios y de las toxinas. Ya obrando directamente sobre el músculo uterino y tendiendo a provocar lenta o rápidamente la contractilidad del mismo y la expulsión del huevo vivo y completamente sano; ya causando la muerte del embrión o del feto, que se vuelve un cuerpo extraño cuya presencia también excita la contractilidad uterina; o ya produciendo lesiones en la placenta capaces de determinar por sí mismas la contractilidad del útero. (Vinay).

La insuficiencia ovárica y la alteración de los cuerpos amarillos pueden también ser causa de aborto.

Las afecciones del corazón, según las estadísticas diferentes, producen 35% de abortos. Esta expulsión se verifica siguiendo dos mecanismos: ya produciéndose entre la placenta y la pared uterina una hemorragia, que provoca el desprendimiento del huevo, seguido de su expulsión; o ya esta expulsión es el resultado de la muerte del feto, causada por la falta de oxigenación de la sangre; en este caso el exceso de ácido carbónico, al mismo tiempo que mata al feto, obra provocando la contractilidad del músculo uterino. (Brown, Sequard). La influencia nefasta de las enfermedades del corazón sobre el embarazo se manifiesta en los casos en que la lesión es mal compensada. La fórmula de Vinay a este respecto es la siguiente: "La interrupción del embarazo es tanto más frecuente, cuanto la lesión cardíaca es más antigua y la compensación insuficiente." El estado del hígado y del riñón, tienen igualmente una importancia capital, sobre la que insiste el Profesor Pinard.

Es raro que las mujeres atacadas de nefritis crónica, resulten embarazadas, y cuando ellas lo están, es muy corriente que aborten; pues su enfermedad es agravada a causa del exceso de trabajo que para el riñón representa el embarazo.

La Tuberculosis de la mujer, aún en los casos avanzados, no es causa de aborto, según el parecer de varios autores y entre ellos Delestre.

La sífilis materna paga un tributo considerable al aborto. Ya he tratado anteriormente de la sífilis paterna, como causa de éste; pero la sífilis de la madre es mucho más nociva al producto de la concepción, y cuando no se administra un tratamiento adecuado, termina casi siempre por expulsarse.

Si se trata de una mujer atacada desde un tiempo más o menos largo, y en quien sobreviene un embarazo, la influencia de la infección sobre éste, será tanto más funesta, cuanto más antigua sea aquella. Si la mujer está ya en el período secundario, el aborto es casi seguro.

Pero es importante saber que el aborto puede sobrevenir fuera de toda manifestación sifilítica, a título de fenómeno aislado, y así Fournier, dice: "Que una sífilis, de la cual todos los ac-

cidentes han desaparecido desde largo tiempo; lo mismo que una infección sífilítica latente, son susceptibles de determinar el aborto. Cuando la infección sífilítica es posterior al embarazo o ha tenido lugar al mismo tiempo que éste, el aborto o el parto prematuro es la regla, fuera de todo tratamiento adecuado.

En cuanto al mecanismo que determina el aborto en los casos de sífilis, los unos opinan que es debido a las alteraciones de la sangre, como en todas las enfermedades infecciosas; los otros, conceden una gran importancia a las lesiones que determinan la muerte del feto; otros, que el aborto es debido a las lesiones placentarias, y que ellas son las que originan su expulsión. Cualquiera que sea la verdadera causa, es de una observación corriente, que el feto es expulsado muerto y macerado, y que hay una hipertrofia placentaria manifiesta, al mismo tiempo que un espesamiento muy marcado de la caduca.

El Cáncer es otra de las causas del aborto, no tanto por las lesiones uterinas, cuanto por el estado general que produce. (Delestre).

La Auto-intoxicación o hepato-toxemia gravídica de Pinard, es una intoxicación particular de las mujeres embarazadas, resultando de la insuficiencia funcional del hígado, que es incapaz de destruir o transformar todos los venenos que le son llevados por la circulación. Se manifiesta de múltiples maneras: desde las náuseas, el ptialismo, las odontalgias, los edemas y la albuminuria, hasta los accidentes más graves, tales como los vómitos incoercibles y los accesos eclámpticos.

La relación de estos diferentes síntomas con la hepato-toxemia gravídica, es ya conocida, y el régimen lácteo obra con una eficacia tal, que aquella tiende ya a desaparecer como causa de aborto.

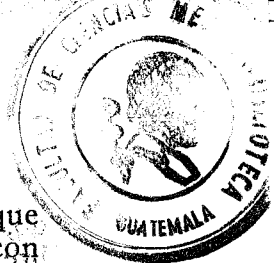
El alcoholismo, que de día en día se generaliza más en la mujer, constituye una causa de aborto muy marcada, y Frank cree, que el abuso del licor en las mujeres cuyo sistema nervioso es muy excitable, es una de las principales causas de aborto, sobre todo en los países productores de vinos.

Si las profesiones juegan un papel muy importante en la etiología de todas las enfermedades, dice Wehlin que tienen mucha influencia también sobre el aborto.

Se observa con frecuencia que el aborto se produce en las ciudades más que en el campo, donde las condiciones de vida son otras.

Las ocupaciones diarias de la mujer, cuando son efectuadas en buenas condiciones de salud, no perjudican para nada el embarazo; no sucede lo mismo cuando estas condiciones faltan. Pero un trabajo excesivo, más si la alimentación es insuficiente, viene a ser una causa de aborto.

Ciertas profesiones poco higiénicas y ante todo las que exponen a la absorción de elementos tóxicos, pueden ejercer una



influencia fatal sobre el embrión, aún en aquellos casos en que la madre no parece estar atacada por el veneno. Tal sucede con el Plomo, el Mercurio, el Sulfuro de Carbono y el Tabaco. El Oxido de Carbono parece jugar un papel en la etiología del aborto, pues frecuentes son los casos en las cocineras, que durante una parte del día absorben este gas, y Pinard dice: "que el Oxido de Carbono, no obra excitando las contracciones uterinas, sino impidiendo al glóbulo sanguíneo fijar el oxígeno."

Las enfermedades del útero, de la mucosa en particular, son una causa frecuente de aborto. Las rasgaduras extensas del cuello han sido señaladas por Schwartz como pudiendo provocar la expulsión del huevo, a causa de su permeabilidad que protege insuficientemente el polo inferior del embrión.

Los Fibromas, las Desviaciones y en particular la Retroversión; las malformaciones congénitas o adquiridas, las adherencias peritoneales, que Mme. Boidin considera como una de las causas más frecuentes y la menos conocida del aborto. Las lesiones de los anexos, los tumores de vecindad, (Quistes del Ovario), obran de una manera más o menos eficaz. La infección gonocócica obra de la misma manera.

Las operaciones quirúrgicas practicadas en la matriz o en el cuello; las cauterizaciones y los cateterismos del útero, llevados a cabo cuando el embarazo es desconocido o el individuo no tiene ninguna experiencia.

El traumatismo conyugal es una causa frecuente de aborto, o de parto prematuro. Se trata sea del traumatismo del pene sobre el cuello de la matriz, sea porque la excitación genésica determine en la mujer una congestión uterina produciendo una pequeña hemorragia de la caduca, susceptible de desprender el huevo. Baudelocque, que ha llamado la atención sobre esta causa de aborto, dice: "que es a consecuencia del abuso del coito o al poco cuidado que se tiene con ciertas mujeres por lo que no pueden verificarlo sin dolores, sin espasmos, sin que la matriz que está colocada a veces muy baja, sea fuertemente agitada". Parent, citado por Defestre, atribuye al coito muy repetido, la esterilidad, o el aborto en las mujeres públicas, y Pajot, añade: "que en las jóvenes recién casadas es una causa de aborto, más frecuente de lo que se cree generalmente."

Pajot insiste sobre la deplorable costumbre de los viajes de Bodas: "Sucede en efecto, que a las fatigas nuevas que incumben a la joven esposa y que a veces le son impuestas, se añade la de un largo viaje, paseos a pie o en ferrocarril, automóvil, carruaje, tranvía, bailes, teatros, vigiliias, etc."

Son numerosas las víctimas de los viajes de bodas, cuántas jóvenes que al regresar de su "luna de miel", han consultado a su médico por una hemorragia sobrevenida después de una aparente suspensión de sus reglas. ¡Y a falta del niño concebido!

do,—qué de afecciones uterinas deben su origen a esta costumbre tan absurda como esparcida entre nosotros!

Referente a las sustancias que como abortivas han circulado desde los mas remotos tiempos, no dire mas, que lo que a este respecto dicen los autores de mayor renombre; Que estas sustancias pueden a veces producir del lado del útero, una congestión mas o menos intensa por la acción emmenagoga de que realmente gozan; pero que el aborto no se verifica, sino muy raras veces y esto con daño muy grande para la mujer, que en la mayoría de los casos sucumbe o es victima de la acción netamente tóxica de todas estas sustancias.

Las sales de quinina han gozado durante mucho tiempo de esta acción abortiva; pero las observaciones diarias que se hacen tanto en el Hospital General de Guatemala, como en las diferentes zonas palúdicas de la República, han demostrado: que la quinina no ejerce ninguna acción abortiva, en ninguna época del embarazo y que su acción sobre el útero se ejerce únicamente cuando el trabajo está iniciado. Estas observaciones están de acuerdo con las ideas de Pinard, Manquant, Arnozan y otros más.

3° Aborto de Origen Ovular

El aborto puede ser causado por las enfermedades o alteraciones del huevo o de su contenido.

La inserción de la placenta sobre el segmento inferior del útero es causa de hemorragias que producen el desprendimiento de la misma y provocan la expulsión del huevo con mucha frecuencia.

La Mola Hidatiforme provoca el aborto en el curso del tercer mes, casi siempre.

El Hidramnios, produciendo una distensión exagerada del útero, puede provocar las contracciones uterinas y la expulsión del feto antes de término; lo mismo sucede con el embarazo múltiple.

Las malformaciones fetales, además de acompañarse de hidramnios, determinan la muerte del feto y su expulsión mas o menos pronta.

SINTOMATOLOGÍA

La marcha y los síntomas del aborto difieren según que se produzca en las primeras semanas del embarazo, época en la cual se manifiesta por una pérdida mas o menos abundante de sangre, o que sobrevenga en el curso del sexto mes, evolucionando como un verdadero parto. Entre estos dos extremos hay todos los intermedios.

Guillemont, había propuesto la división de los abortos de la manera siguiente: Aborto Ovular, produciéndose durante los primeros veinte días del embarazo; aborto embrionario, sobrevi-

niendo de los veinte días al final del tercer mes; y aborto fetal, teniendo lugar desde el tercero al sexto meses.

Yo seguiré la división de Tarnier y Budin, que está basada en la Clínica y de la cual he hablado al principio.

1°. El aborto del primer mes.

El aborto del primer mes es más frecuente de los que se piensa, pero es generalmente ignorado pues el principio del embarazo puede pasar desapercibido. La mujer no tiene sus reglas a la época habitual; ella cree en un simple retardo de aquellas y no le da ninguna importancia, sobre todo cuando es de ordinario mal reglada; cuando más, indica que el derrame sanguíneo es más abundante que de costumbre y que hay presencias de coágulos. En cuanto a los dolores, son amenudo simples cólicos, muy comunes en las mujeres dismenorreicas.

El aborto del primer mes se caracteriza por los dos síntomas siguientes: la hemorragia y los dolores. Ya da hemorragia aparece primero ya son los dolores los que indican el aborto; y a veces son ambas cosas, teniendo una intensidad más o menos variable.

La sangre expulsada es generalmente clara al principio y después se vuelve más y más obscura en los días o las horas siguientes, llegando a la coloración de la sangre pura.

Esta pérdida se acompaña a menudo de la expulsión de pequeños coágulos sanguíneos en medio de los cuales se encuentra el embrión, del tamaño de una haba, envuelto por las vellosidades coriales y por los pedazos de caduca.

Los dolores son de dos clases: los dolores lumbares, con sensación de pesantez en el bajo vientre y los cólicos uterinos, semejantes a los entuertos y que numerosas mujeres padecen en el momento de sus reglas.

Estos dos síntomas pueden mostrarse en todos los grados; pasan a veces desapercibidos, o son insignificantes y pueden igualmente adquirir una gran intensidad. Estos síntomas duran dos o tres días; la mujer continúa perdiendo un líquido sanguinolento, poco abundante, por espacio de otros tres días y después todo entra en orden.

2°. Aborto del segundo mes.

Al segundo mes, el aborto pasa ignorado con menos frecuencia. Los fenómenos sintomáticos del embarazo han sido percibidos por la mujer: modificaciones del lado de los senos, malestar, náuseas, vómitos, etc. La hemorragia abundante que se produce, no es ya comparable al derrame menstrual, y los dolores más violentos y más prolongados, se presentan a intervalos regulares.

Si se examina a la mujer en medio de este cortejo sintomático, se observa: por la palpación y el tacto combinados, que el aumento del volumen del útero es manifestado; el cuerpo uterino siendo arredondeado, globuloso.

Ya las contracciones son muy potentes, para desprender el huevo entero y lanzarlo en totalidad de la cavidad uterina, los dolores son entonces predominantes y la hemorragia poco abundante.

Ya, al contrario, el aborto se hace en dos tiempos: las envolturas ovulares se rompen y el cuello se entreabre para dar paso al embrión y después a las membranas. No siempre sucede así: el cuello se cierra a veces después de la expulsión del embrión y hay entonces retención de placenta y de membranas, hasta que nuevos dolores y nuevas contracciones vienen a producir la expulsión, después de varias horas o días, con pérdida abundante de sangre. Este mecanismo en dos tiempos es la excepción en este período.

3°. Aborto del tercero y cuarto meses.

A esta época el embarazo no puede ser puesto en duda; el globo uterino es perceptible por la palpación, a unos 12 o 15 centímetros por encima de la sínfisis pubiana; hay sensación de movimientos pasivos del feto, el baloteo del mismo al fondo del útero se obtiene al cuarto mes, y si a esta época no se oyen los latidos del corazón fetal, se perciben ya los movimientos activos.

Por el tacto se percibe el reblandecimiento del cuello, el aumento de volumen del útero y también el baloteo fetal.

Desde el tercer mes las vellosidades coriales comienzan a atrofiarse, salvo en un punto donde se hipertrofian; es sobre este punto, donde va a formarse la placenta; no constituyéndose ésta verdaderamente sino más tarde, pero desde esta época, ya las inserciones del huevo a la caduca espesada son más resistentes. Resulta de esta disposición particular, que el huevo no presenta sobre toda su superficie la misma fuerza de resistencia. Bajo la presión de la pared uterina contraída, su contenido líquido es lanzado sobre la parte de su envoltura membranosa donde las vellosidades coriales están en vía de atrofia y que no adhieren a la caduca. Si ésta resiste suficientemente, el huevo, del grosor de una naranja, termina por ser expulsado en bloc, como en el primero y segundo meses, aunque a precio de mayor esfuerzo, pero sin complicaciones fatales. En el caso contrario, si el huevo no resiste y se deja desgarrar, el líquido amniótico corre y arrastra al embrión, que por su pequeño volumen, pasa fácilmente a través del cuello a penas dilatado, mientras que la placenta fijada por sus adherencias y más que todo por sus dimensiones mucho mayores, queda retenida en la matriz. (Miscarâchis)

Cuando el aborto se verifica en esta época, se ve generalmente manifestarse los dolores al mismo tiempo que las contracciones uterinas, con intervalos regulares como en el trabajo del parto; del lado del cuello existe un verdadero período de borramiento; el orificio externo se dilata y pone a descubierto el huevo, que puede ser tocado con el dedo. Cuando las membra-

nas se rompen, una parte fetal viene a encajarse, a veces, en el cuello.

Si el desprendimiento del huevo ha precedido al trabajo o comienza con él, se produce una hemorragia más o menos abundante; de otro modo la pérdida sanguínea puede ser insignificante.

La expulsión de la placenta y de las membranas se verifica muy a menudo inmediatamente después de la expulsión del feto; pero el desprendimiento puede ser incompleto, o lento y dar entonces lugar a las hemorragias graves.

Puede suceder, aunque rara vez, que el trabajo se detenga después de la expulsión del feto, retenidas, la placenta y las membranas y dar entonces lugar a las complicaciones consiguientes.

4°. Aborto del quinto y sexto meses.

El aborto en esta época es un verdadero parto. La hemorragia es mucho más rara; las adherencias vasculares del útero y de la placenta no se rompen, hasta el momento en que el útero, desembarazado del feto, se contrae para efectuar el alumbramiento.

Si la placenta se inserta sobre el segmento inferior, puede haber una hemorragia abundante desde el principio del trabajo. Puede suceder que la hemorragia se produzca entre la placenta y la pared uterina, en cuyo caso se manifiesta por los síntomas de hemorragia interna.

En el aborto del quinto y sexto meses, puede el feto nacer vivo; pero sus órganos incompletamente formados no le permiten una larga existencia.

El aborto se verifica en dos tiempos y la placenta y las membranas pueden ser retenidas, en cuyo caso hay que proceder a su extracción inmediata para evitar las complicaciones.

MARCHA Y DURACIÓN

El aborto no tiene una marcha uniforme ni una duración determinada. Se observan grandes variaciones según la época de la gestación y según cada caso en particular.

Bajo la influencia de cualquiera de las causas del aborto, éste puede producirse de una manera veloz, sin que la enferma se dé cuenta de ello. Otras veces no sucede así y entonces puede producirse de una manera veloz, sin que la enferma se dé cuenta de ello. Otras veces no sucede así y entonces puede tardar, desde varias horas a algunos días, con alternativas de dolores, hemorragias y contracciones, hasta que el aborto se verifica.

El huevo puede igualmente ser retenido en la cavidad uterina por las adherencias del útero con la placenta, o por la debilidad de las contracciones, o porque se quede fijo en el cuello dando lugar a las complicaciones consiguientes.

COMPLICACIONES

Dos complicaciones principales pueden manifestarse con motivo del aborto: la Hemorragia y la Infección.

Estas complicaciones pueden sobrevenir en el aborto de todas las edades; pero son más frecuentes desde el tercero al quinto meses; cuando el aborto se verifica en dos tiempos y la retención placentaria es muy frecuente, y en particular la retención de la caduca, siendo esto causa de infección y de hemorragias.

La hemorragia puede sobrevenir como primer síntoma del aborto; la hemorragia, produciendo el desprendimiento del huevo, precede los dolores. Es esto lo que sucede en los traumatismos; y el útero, contrayéndose, hace cesar el derrame sanguíneo.

A veces esta complicación, puede pasar inadvertida, cuando la hemorragia es retroplacentaria y la sangre, acumulándose, puede dar lugar a los síntomas de hemorragia interna.

El principio del aborto puede ser marcado por las contracciones que provoca el desprendimiento del huevo. "Este desprendimiento y expulsión del mismo, son acompañados desde que se inician, por un derrame sanguíneo muy abundante, que toma los caracteres de una verdadera hemorragia."

"Hay entre el trabajo del parto y del aborto, esta diferencia: que en el primero, las contracciones no desprenden la placenta ni la mayor parte de la caduca, sino hasta después de la salida del feto, mientras que en el aborto, este desprendimiento comienza desde luego, ya sea que el huevo sea expulsado, entero o por partes. El trabajo del parto sangra al final; mientras que el del aborto, sangra en toda su duración." (Jacquémier)

Si la hemorragia precede o acompaña algunas veces a la expulsión del huevo en bloc, se muestra mucho más frecuente cuando hay retención de placenta. Esta retención es la complicación que más debe temerse, pues es la que produce el mayor número de las grandes hemorragias; y por otra parte, es el origen de las infecciones post-abortum.

El mecanismo de la retención placentaria se explica fácilmente, si se considera lo que pasa cuando el aborto se verifica en dos tiempos: En un primer tiempo, las contracciones uterinas son muy fuertes, para romper la bolsa de las aguas y en seguida expulsar el embrión o el feto; pero bien pronto después de la salida de éste, los fenómenos que se verifican dependen de la relación más o menos íntima de la placenta con la pared uterina. A veces, la placenta desprendida viene a encajarse en el cuello del útero que no tarda en expulsarla hacia afuera.

Pero a menudo este desprendimiento no tiene lugar, o si se efectúa, la placenta y las membranas son muy voluminosas para poder salir y quedan aprisionadas en la cavidad uterina, constituyendo entonces la retención placentaria. Dos circunstancias puede favorecer esta retención: 1°. El volumen de la placenta,

que es superior al del feto durante los cinco primeros meses. Si pues, durante el aborto, el cuello se dilata tanto cuanto sea necesario para dar salida al feto de un cierto volumen, esta dilatación no siendo suficiente para el paso de una placenta más voluminosa, el cuello vuelve sobre sí mismo cerrándose tanto más pronto, cuanto que la dilatación haya sido menor.

2°. Del lado del útero, la estructura muscular no está aún muy modificada en los primeros meses del embarazo y las contracciones, siendo suficientes para expulsar el huevo, no lo son para desprender las adherencias placentarias, no habiendo sufrido el cuello el reblandecimiento característico del final del embarazo. Cuando la placenta es retenida en la cavidad uterina, puede hallarse en las condiciones siguientes: (a) La placenta está completamente desprendida, (es en el tercero y cuarto meses, que esto se verifica con más frecuencia). En este caso la hemorragia es poca, pues la placenta no tiene ninguna conexión con los vasos uterinos y la retención es debida a la impotencia de las contracciones para vencer la resistencia del cuello.

Si los dolores son muy fuertes, la placenta puede ser expulsada en totalidad y muchas veces sin hemorragia, o bien su salida se hace en muchos tiempos, por pequeños pedazos; pero esta expulsión puede tardar, necesitando de la intervención, cuando el útero se fatiga y el cuello se cierra enteramente.

b) La placenta está completamente adherida. Puede suceder que después de la expulsión del embrión o del feto, las contracciones uterinas se suspenden, o no son muy enérgicas para desprender la placenta. En este caso, se observa un ligero derrame sanguíneo durante tres o cuatro días y después todo parece normal y la placenta perfectamente tolerada; pero llega un momento en que la mujer siente dolores, contracciones y hemorragia, y entonces expulsa la placenta retenida.

Un cierto número de autores admiten que la placenta continúa con vida y aún crece, después de la expulsión del feto. "El hecho es poco probable dice Tarnier, pues la circulación feto-placentaria debe ser considerablemente reducida, sino totalmente suprimida. Es más fácil admitir, para explicar este estado, una especie de vida oscura, manteniéndose por inhibición, como sucede con los órganos o los tejidos desprovistos de vasos."

A veces la placenta así retenida presenta lesiones de degeneración grasosa. Al lado de éstos hechos, existen otros en los cuales la placenta es absorbida o reabsorbida, no viéndose salir ésta en ninguna fecha después de la expulsión del feto. Es muy probable entonces que haya sido eliminada con los loquios por pequeños pedazos.

c) La placenta está en parte desprendida y en parte adherente. Puede encontrarse, ya unida al útero por un pequeño pedículo, como un pólipo, ya al contrario, está desprendida en un

solo punto y lo es habitualmente sobre el borde, mientras que está adherida en su mayor parte. (Tarnier)

En este caso es cuando aparecen las grandes hemorragias. Cada vez que las contracciones se producen, la parte libre de la placenta tira de la parte adherente y un nuevo fragmento de ésta se desprende, los vasos sanguíneos son desgarrados y la hemorragia se reproduce hasta el momento en que el desprendimiento es completo. Estas hemorragias son graves por su abundancia y además por la anemia tan intensa que producen, haciendo correr a la enferma un riesgo mayor de infección.

La hemorragia que acompaña al aborto, puede producirse: ya al principio, ya en el curso, o ya después de la retención de la placenta.

En este último caso puede manifestarse de diferentes maneras: el huevo, desprendiéndose en bloc desde el principio, o la placenta desgarrándose súbitamente en una gran extensión, pueden dar lugar a una hemorragia fulminante. Rápidamente las extremidades se enfrían, los tejidos se decoloran, la cara se vuelve de una palidez cadavérica, el pulso es pequeño y frecuente, la boca seca, la sed ardiente; a éstos síntomas vienen a añadirse la ansiedad y la agitación, zumbidos de oídos, obnubilación, falta de aire y tendencia al síncope, que la mayor parte de las veces se lleva a la enferma.

Estos casos son felizmente muy raros y se producen en ausencia de todo cuidado. En muchas circunstancias la hemorragia es continua, interminable; la sangre corre por la vulva irritando los órganos genitales y poniendo a la mujer en un estado de debilidad muy marcada. Otras veces son pequeñas hemorragias, repetidas con intervalos más o menos largos, que ponen a la mujer en peligro si no se interviene a tiempo.

A veces la sangre es expulsada bajo forma de coágulos de mayor o menor volumen, y con intervalos regulares, coincidiendo con las contracciones uterinas que ellos provocan. Esta intermitencia que se encuentra en los diferentes casos de hemorragia, parece ser la característica de la retención, indicando el trabajo excesivo del útero. (Garban)

INFECCIÓN

a) La infección viene a complicar el aborto y esto por las razones siguientes: Un cierto número de abortos sobrevienen en el curso de las enfermedades infecciosas y el útero, constituyendo un lugar de menor resistencia, se infecta con facilidad.

b) Los abortos consecutivos a maniobras criminales, practicadas frecuentemente con las manos o instrumentos sucios, dan lugar a infecciones graves.

c) En los casos en que el huevo está abierto y la expulsión

tarda en verificarse, sobre todo cuando se trata de feto muerto y macerado, la infección puede venir de afuera, ya por tactos repetidos, como por falta de asepsia.

d) Cuando hay retención de la placenta desprendida en totalidad o en parte, siendo frecuente la anemia de la mujer por las hemorragias anteriores, se comprende con qué facilidad se verifica la infección, por ser los coágulos sanguíneos retenidos, un excelente medio de cultivo para los microbios.

e) La retención de una parte o de la totalidad de la caduca, así como se produce en los casos de feto muerto y macerado, es también una condición favorable a la infección.

Los síntomas infecciosos pueden mostrarse desde el principio del aborto, en el curso de éste, o inmediatamente después.

Aparecen al principio, en los casos de enfermedad de la madre, pero se hallan entonces confundidos con los síntomas de tal enfermedad.

También se muestran de una manera precoz cuando el aborto es el resultado de maniobras criminales.

Durante el trabajo, la infección aparece en los mismos casos anteriores y además cuando el huevo está ya muerto y en estado de putrefacción.

La infección que sobreviene después es debida a las mismas causas, más las ocasionadas por la retención de la placenta y de la caduca.

La infección se manifiesta por un cierto número de síntomas; los principales son: frío, elevación de la temperatura, frecuencia del pulso y fetidez de los loquios.

El frío no se observa de manera constante y falta muy a menudo; cuando se produce, denota una intoxicación grave del organismo. El frío puede aparecer desde el principio, como señal de la infección; o un poco más tarde, como un signo de agravación o de extensión. El frío puede ser único, como síntoma de invasión, o puede repetirse dos o tres veces, como señal de nuevas invasiones o exacerbaciones. La temperatura, elevándose al mismo tiempo que aparece el frío, puede llegar hasta cuarenta o cuarenta y un grados centígrados. En los casos en que el contenido del útero es pútrido, o cuando ha habido maniobras criminales, es más frecuente el frío.

La fiebre es constante en el curso de la infección y aparece más o menos pronto. En ciertos casos se observa desde el principio y se eleva de manera veloz. La fiebre puede aparecer sin frío. Cuando la infección no es muy intensa y cuando el útero está desembarazado de su contenido, la temperatura vuelve a la normal inmediatamente.

Cuando se trata de un aborto incompleto y no se sabe con

be hacer pensar en que han quedado en el útero restos de placenta.

La frecuencia del pulso que acompaña a la elevación de la temperatura tiene una gran importancia en cuanto al pronóstico; pues el examen del pulso, mejor que el de la temperatura, nos indica su gravedad o su mejoría. Cuando el pulso sea acelerado y al mismo tiempo suave e irregular, nos hará pensar en un desenlace fatal.

La fetidez de los loquios es muy amenudo el primer síntoma que nos permite sospechar la infección uterina; y en los casos de retención placentaria dudosa, es un signo cierto de que hay fragmentos de placenta en la cavidad uterina. Este olor de los loquios puede ser muy pronunciado, a veces repugnante e insoportable.

La fetidez de los loquios puede faltar, aún en los casos sumamente graves en que hay septicemia precoz.

A estos síntomas que podríamos llamar capitales, se unen otros desde que la infección tiene cierta intensidad, tales son: cara roja y vultuosa en las formas atáxicas, o al contrario, terrosa y pálida en las formas adinámicas; sequedad de la lengua y sed viva, piel seca y brillante, orinas raras y con frecuencia albuminúricas; palabra breve y entrecortada, insomnio con delirio y agitación.

Si la retención placentaria es un peligro serio de hemorragia y de infección, la retención de las membranas solas y aún de la caduca, determinan muy frecuentemente los peligros serios, y más si a ello va unida la presencia de feto muerto, macerado y ya en principio de putrefacción. Otra complicación aunque felizmente más rara, es la peritonitis por perforación uterina, resultando de maniobras abortivas mal ejecutadas. Esta perforación hecha en condiciones de asepsia, podía pasar desapercibida; pero la mayor parte de las veces los instrumentos empleados son sucios, o bien la perforación es el resultado de una gangrena de la pared y una peritonitis mortal es la consecuencia.

Citemos también las lesiones de metritis, anexitis y pelvi-peritonitis, que dejan con frecuencia los abortos. La metritis hemorrágica post-abortum es muy frecuente. Las metritis catarrales pueden resultar de la infección de la mucosa a consecuencia de un aborto.

Las anexitis, salpingitis y ovaritis, pueden tener la misma causa y aún determinar la esterilidad de la mujer.

Los restos de placenta o de membranas retenidos en el útero, pueden ser el origen de: Mola Hidatiforme, Sarcoma Corión Celular y Deciduoma Maligno.

Cuando se trata de un aborto incompleto y no se obtiene la totalidad de los productos de la gestación, debe buscarse la causa de la retención de los restos.

DIAGNÓSTICO

Con el diagnóstico de aborto, que en la mayoría de los casos es fácil de establecer, se presentan a menudo un cierto número de problemas difíciles, que requieren por parte del médico una sagacidad particular.

Cuando es llamado para asistir a una mujer que pierde sangre o que tiene dolores abdominales violentos en la región uterina, el médico debe resolver las cuestiones siguientes:

- a) Está la mujer en cinta?
- b) Se trata de un aborto?
- c) Se ha efectuado éste?
- d) Si no se ha efectuado, es evitable?
- e) Si se ha llevado a cabo, es completo?
- f) Diagnóstico de las complicaciones.
- g) Diagnóstico de la edad del embarazo.
- h) Diagnóstico de la causa del aborto.

1°. Está la mujer en cinta?

Cuando la mujer ha sido examinada anteriormente y se notan los síntomas del embarazo ya sospechado en el primer examen, el caso no presenta dificultades. Pero puede tratarse de una mujer que se ve por primera vez y mientras que las unas sospechan el embarazo y guían al médico hacia ese diagnóstico, las otras lo niegan y lo creen imposible o tratan de disimularlo.

Si la mujer es joven, habitualmente bien reglada, y ha visto desaparecer sus reglas desde hace dos o tres meses, es muy probable que esté en cinta; si además, con esta supresión de la menstruación han aparecido las modificaciones de los senos y a menudo los trastornos funcionales, y en fin, si el tacto combinado con la palpación, nos hace apreciar el estado del cuello y el volumen del útero, entonces el embarazo es seguro.

La mujer puede ser habitualmente mal reglada o no tener sus reglas como las que lactan, por ejemplo. Son entonces los signos físicos los que permiten hacer el diagnóstico, con frecuencia muy difícil en los primeros meses y en las multiparas.

Un útero en retroflexión, ligeramente hipertrofiado, o un útero fibromatoso, pueden tomarse por un embarazo al principio, cuando solo los síntomas funcionales pueden dar el diagnóstico.

Ciertos autores, y entre ellos Devilliers, han tratado de dar el diagnóstico diferencial entre el aborto de las primeras semanas y la dismenorrea, de la manera siguiente: En el aborto, la hemorragia aparece antes que el dolor, que aumenta con el derrame; el cuello está entreabierto; los coágulos que se presentan son de forma irregular, o bien aparece una bolsa también irregular que se distiende con las contracciones dolorosas del útero. En la dismenorrea, los dolores tienen lugar antes que la hemorragia y cesan cuando ésta se establece; el coágulo que se presenta tiene una forma triangular, que conserva, y sale sin

aumentar de volumen durante las contracciones. Estos diferentes signos son muy variables para ofrecer un valor y una precisión suficientes para el diagnóstico, que no puede establecerse sino que con el auxilio de los conmemorativos.

2.º. Se trata de un aborto?

Es la pregunta que hay que resolver cuando se presenta una hemorragia que la mujer cree provenir de las vías genitales y que además se supone embarazada. Es necesario saber que esta hemorragia puede muy bien venir de otra parte, distinta de la cavidad uterina: un flujo hemorroidario, una lesión orgánica del cuello, pueden ser la causa. Si es verdad que algunas mujeres en los primeros meses del embarazo pueden perder cierta cantidad de sangre en la época habitual de las reglas, está absolutamente demostrado que esta pérdida de sangre no es jamás semejante, ni en la periodicidad, ni en la cantidad, ni en la calidad, a las reglas habituales. (Delestre).

"Jamás, dice el profesor Pinard, una mujer en cinta tiene sus reglas"; y es penetrándose de este parecer como se evitan gran número de errores. La hemorragia del aborto posee caracteres un tanto particulares; contiene coágulos sanguíneos, y Tarnier llama la atención "sobre la importancia de los signos suministrados por el aspecto de la sangre y el estado del cuello. Si la sangre es líquida y el cuello está cerrado, la existencia del embarazo es dudosa; es al contrario probable, cuando el cuello está entreabierto y da paso a coágulos de un cierto volumen." Es razonable pensar en aborto cuando hay hemorragia con coágulos y modificación del cuello uterino.

Al lado de los signos descritos, es necesario colocar los dolores que los acompañan casi siempre. Importa no confundir estos dolores con los cólicos intestinales, provocados por la constipación del principio del embarazo, si la mujer dice haber perdido agua, es necesario saber si realmente se trata de líquido amniótico, pues la incontinencia de orina, o una secreción abundante de las glándulas vulvo-vaginales, pueden hacer creer en un derrame amniótico.

Es más difícil hacer el diagnóstico entre una hidrorrea decidual y una hidrorrea amniótica, pues ambas provienen de la cavidad uterina. "Es sobre todo la abundancia del derrame, dice Tarnier, lo que en este caso nos guía: si la cantidad es de unos quinientos gramos, es probable que la hidrorrea sea amniótica y que las membranas estén rotas. Si la primera cantidad no es abundante, es muy difícil saber el origen, pero la cuestión podrá ser resuelta, según la manera como el derrame se produzca ulteriormente. Si después de una o varias apariciones consecutivas, el derrame se suspende, se trata de una hidrorrea decidual; si la hidrorrea es amniótica, el derrame se repite algunos días después."

En algunos casos el examen del líquido recogido da el diag-

nostico cierto. El diagnóstico de aborto no presenta dificultad si en medio de los coágulos se halla el embrión expulsado.

3°. Se ha efectuado el aborto?

Muy a menudo el diagnóstico se hace en presencia del huevo expulsado en totalidad, o en parte. Otras veces, entre los coágulos, se encuentra el pequeño embrión, o los restos de la caduca.

El tacto suministra las indicaciones siguientes: o el cuello está abierto y se observan las membranas o el feto encajado en él, o el dedo penetra en la cavidad uterina sin ninguna dificultad.

Algunas veces el cuello está absolutamente cerrado y cabe entonces preguntarse, si se ha ocluido después de la expulsión del huevo o si no ha estado abierto; en la duda hay que abstenerse de toda maniobra. Además, cuando el aborto se ha efectuado poco tiempo antes, es raro que el cuello no esté más o menos permeable; si ha sido completo, la hemorragia y los dolores han ya desaparecido.

La palpación bimanual puede hacer apreciar el grado de vacuidad o de plenitud del útero, pero este medio no da siempre una indicación absoluta, y en la duda, la expectación armada es lo conveniente. Una causa de error muy frecuente, aparece cuando el producto de la concepción ha muerto y la mujer ha perdido sangre, habiendo coágulos y dolores y cuando además todos estos síntomas han desaparecido al mismo tiempo que los fenómenos simpáticos del embarazo. Algunos días después, la mujer expulsa el huevo muerto y macerado, o momificado y a veces claro.

“Los casos en que el huevo está muerto, hacen muy difícil el diagnóstico de aborto, pudiéndose pensar en la vacuidad del útero, mientras que en realidad contiene todavía el huevo” (Ribemont, Dessaignes, Lepage).

4°. Si el aborto no se ha efectuado, es evitable?

La respuesta a tal pregunta es muy delicada, puesto que en caso de observar en una mujer los síntomas del principio del aborto, es dable preguntarse si se trata de una simple alerta y el embarazo va a continuar su curso.

Cuando la mujer ha perdido no solamente sangre, sino también líquido amniótico, que las membranas están ciertamente rotas y que hay contracciones uterinas dolorosas, el aborto es inevitable y se verificará en breve tiempo. Se ha visto a veces que el embrión no es expulsado, sino después de algunos días, o de algunas semanas, cuando ya la hemorragia y los dolores han desaparecido.

La muerte del niño provoca generalmente su expulsión en los días o las semanas que siguen; es raro que sea retenido largo tiempo en la cavidad uterina; y cuando el trabajo principia en estas condiciones, el aborto es inevitable. Cuando el feto está vivo y las membranas intactas, el pronóstico es difícil.

La mujer puede tener una fuerte hemorragia acompañada de contracciones uterinas violentas, puede también existir un cierto grado de borramiento del cuello sin que el aborto se verifique. Bajo la influencia del reposo el trabajo se detiene y retrocede y el embarazo sigue su curso normal. (Tarnier)

“En ciertos casos no se halla nada de anormal al tacto; el cuello está ancho y cerrado, el cuerpo redondo y poco doloroso; si la pérdida de sangre no ha sido muy abundante, se puede esperar que el embarazo continúe. En otras oportunidades el cuerpo del útero está duro y doloroso, el cuello permeable y se puede tocar el huevo encajado; en estas circunstancias, el aborto es casi inevitable. En último caso, se halla la placenta encajada en el cuello o el huevo ha descendido en el segmento inferior, el cuello estando permeable y completamente borrado; el aborto es inevitable”. (Roisard.)

5°. Si se ha llevado a cabo, es completo?

Podrá uno guiarse para este diagnóstico por el estado del cuello y por los síntomas que aparecen en los días que siguen al aborto. Es raro, en efecto, que el cuello se cierre cuando el útero contiene algo y que no conserve cierto grado de permeabilidad constante, a lo menos en los primeros días que siguen al aborto. En la duda, es necesario vigilar a la mujer atentamente, pues si hay retención, la hemorragia o la infección no tardan en aparecer. En los casos de retención de placenta, sin complicaciones, es por medio de la palpación bimanual como se hace el diagnóstico: el útero presenta un volumen superior al normal y su consistencia es también diferente.

6°. Diagnóstico de las complicaciones.

La observación de una hemorragia o de un derrame loquial fétido, harán sospechar la retención de placenta o de membranas; la aparición de la temperatura y la irregularidad del pulso nos indicarán el principio de la infección y la necesidad de intervenir.

7°. Diagnóstico de la edad del embarazo.

Se establece en vista de las dimensiones del embrión o del feto y tiene una gran importancia en los casos en que el embrión está ya muerto en la cavidad uterina; pues por las dimensiones se puede averiguar aproximadamente en qué fecha del embarazo ha dejado de vivir.

Según Demelin, las dimensiones son las siguientes: a los doce o quince días, el huevo tiene la forma de una pequeña esfera de tres milímetros de diámetro y está erizado de pequeñas prolongaciones o vellosidades; el embrión mide un milímetro de longitud. A las tres semanas, el huevo tiene seis milímetros de diámetro, y el embrión dos milímetros de longitud. (Coste)

Durante el primer mes el huevo posee ya un amnios y un corion; está como perdido en los repliegues de la caduca y es muy raro encontrarlo en los casos de aborto, en medio de los

coágulos que lo rodean. Al fin del primer mes el huevo humano tiene el volumen de un huevo de paloma, el embrión tiene la longitud de un centímetro.

A partir de la quinta semana las vellosidades coriales están provistas de vasos, que pertenecen a la alantoides, y rodean al huevo en todas direcciones. A la sexta semana el embrión mide un centímetro de longitud y pesa un gramo.

Al fin del segundo mes su longitud es de tres centímetros y su peso de doce gramos; el huevo entero tiene el volumen de un huevo de gallina. (Jacquemier).

Al tercer mes el feto ha tomado su forma humana, tiene una longitud de 54 a 67 milímetros y pesa de 32 a 40 gramos. El huevo entero está aún rodeado de vellosidades vasculares; pero, poco a poco, la placenta va localizándose en la serotina, por atrofia de las vellosidades de la caduca ovular. Esta caduca ovular no se ha fusionado con la caduca uterina, el huevo adhiriéndose sólo al nivel de la serotina. La placenta pesa ya 40 gramos y el cordón tiene una longitud de 15 centímetros.

Al cuarto mes los anexos del feto están constituidos; hay una placenta distinta de las membranas, pero es muy voluminosa con relación al saco membranoso, y todo adhiere sólidamente al útero. El feto mide de 162 a 215 milímetros y pesa de 184 a 214 gramos; la placenta pesa ya 80 gramos y el cordón mide 25 centímetros.

A partir del quinto mes, el huevo se asemeja, en pequeño, a lo que será al término del embarazo.

He aquí en forma de tabla, los pesos comparativos del feto y de la placenta en los diversos meses del embarazo, según Jacquemier, Hecker y Vibert.

Edad del embarazo	Dimensiones del feto	Peso medio del feto en gramos	Peso medio de la placenta	Longitud media del cordón
De 12 al 13 días.....	Huevo de 3mm. de diámetro. Embrión de 1mm. de longitud.....			
A las 3 semanas	Huevo de 6mm. de diámetro. Embrión de 2mm. de longitud.....			
Fin del 1er. mes.....	Del tamaño de un huevo de paloma. Embrión de 1cm. de longitud.....			
A las 6 semanas	Embrión de 2cm. de longitud.....	1 grmo.		
Fin del 2o. mes.....	Embrión de 3 a 4 cm. de longitud. Huevo del grosor del de gallina.....	12 grms.		
Curso del 3er. mes.....	Feto de 5 cm. de longitud.....	35 a 45 grms.		
Fin del 3er. mes.....	Feto de 13 a 15 cm. de longitud.....	100 a 125 grms.	40 grms.	15 cm. de lngtd.
Fin del 4o. mes.....	Feto de 16 a 20 cm. de longitud.....	190 a 220 grms.	80 grms.	25 cm. de lngtd.
Fin del 5o. mes.....	Feto de 21 a 27 cm. de longitud.....	400 a 500 grms.	180 grms.	25 cm. de lngtd.
Fin del 6o. mes.....	Feto de 29 a 32 cm.	800 a 1000 grms.	275 grms.	40 cm. de lngtd.

8° Diagnóstico de la causa del aborto.

Es de gran interés, no solamente científico sino práctico, el poder hacer el diagnóstico de la causa del aborto. El conocimiento de esta causa permite a menudo, por un tratamiento adecuado, impedir la repetición del accidente.

Al lado de los casos en que el diagnóstico es dado por la enferma misma (caída, maniobras abortivas), o en los que se efectúa con suma facilidad (en las enfermedades infecciosas); hay otros en los cuales es necesario un interrogatorio minucioso y un examen detenido de la enferma, de la placenta o del feto, y de los coágulos expulsados, para llegar a él.

Por el interrogatorio conocemos el estado de salud anterior al embarazo o en el curso de éste, la profesión, las intoxicaciones y la frecuencia de las relaciones conyugales.

El examen de la enferma nos dejará a conocer una enfermedad orgánica ignorada por ella (Hígado, Corazón, Riñones); o una lesión de los órganos genitales o para-genitales. El examen de las membranas o del huevo nos indicará las lesiones que éstos presenten.

TRATAMIENTO

Al exponer el tratamiento del aborto es muy conveniente pasar en revista las diversas modalidades Clínicas de éste, insistiendo en cada una de ellas, en los puntos más importantes relacionados con aquel.

- a) Aborto habitual.
- b) Aborto evitable.
- c) Aborto inevitable aseptico.
- d) Aborto inevitable séptico.
- e) Aborto incompleto.

Aborto habitual. Es casi siempre originado por una infección luética y su tratamiento puede ser preventivo y curativo.

El tratamiento preventivo ha manifestado ya sus efectos y merece ser tenido en lugar preferente cuando es bien dirigido. Los arsenicales, el mercurio, las sales de bismuto, administrados por el médico en la forma y dosis más conformes con su criterio, deberán ser la base del tratamiento del aborto habitual, antes de la época en que se verifica.

En el Servicio de Maternidad del Hospital General de Guatemala, se alternó el biyoduro de mercurio con el neosalvarsán en una mujer que con antecedentes específicos evidentes, había tenido un primer aborto en el curso del sexto mes de su embarazo, naciendo el feto en condiciones de maceración bastante acentuadas. Gracias al tratamiento impuesto, el segundo embarazo evolucionó sin contratiempos y se obtuvo un niño de peso normal y exento de manifestaciones de heredo-sífilis, hasta la edad de seis meses en que lo perdimos de vista. Cuando el aborto habitual obedece a una causa local: endometritis, retroversión etc., hay que tratar estas afecciones en el intervalo de los períodos menstruales, concretándose en el caso de sobrevenir el embarazo con persistencia de las causas locales apuntadas, a aconsejar el reposo sexual y físico, especialmente en el tiempo en que se produce habitualmente el aborto. El aborto habitual debido a una insuficiencia ovárica es justificable del tratamiento opoterápico en la forma debida.

Aborto evitable. El término de aborto evitable debe, según nuestra opinión, aplicarse a los casos en que sin haber llegado al desprendimiento ovular total, es posible por un tratamiento

adecuado, conjurar el peligro y obtener que el embarazo continúe su curso normal. Pero, prácticamente, es difícil establecer los caracteres propios del aborto evitable, así como bosquejar los límites de separación entre éste y el inevitable.

El término de evitable es relativo, por que si no ha existido el desprendimiento ovular total mencionado antes, puede ser que de la solución de continuidad producida, emane una hemorragia considerable que ponga en peligro la vida de la mujer y que obligue al tocólogo a verificar el desprendimiento operatorio total y la evacuación de la cavidad uterina. Es por eso, que en el tratamiento de todo aborto, la terapia inicial es por decirlo así, sistemática, considerando todos los casos como evitables a menos que una complicación obligue a modificar nuestra conducta.

Las indicaciones que parecen más recomendables en el aborto evitable son: reposo absoluto, hielo en el vientre, enema con quince gotas de láudano de Sydenham, inyecciones de morfina con atropina, graduando la tolerancia individual.

El reposo en la cama es de imprescindible necesidad, debiendo la mujer permanecer en ella por lo menos cinco días terminados los cuales se puede permitir que se levante, debiéndose acostar inmediatamente a la menor amenaza de repetición de la hemorragia. No se puede fijar exactamente el término de esta terapéutica de expectación, por que las hemorragias repetidas pueden obligar al vaciamiento uterino. Como tratamiento complementario de estas hemorragias repetidas se puede usar el suero normal de caballo y el cloruro de calcio. Es necesario hacer un recuento globular, para apreciar el grado de la anemia causada por el aborto. No es oportuno usar purgantes en los primeros días de una amenaza de aborto, sino hasta la cesación de los síntomas, eligiendo de preferencia los purgantes mecánicos (aceite de ricino, nujol, etc.), precedidos de un enema aceitoso para evitar los esfuerzos que pudiera hacer la enferma para expulsar las materias fecales endurecidas.

Aborto inevitable. Está caracterizado porque el cuello se halla borrado y a veces dilatado o dilatable, el óvulo es accesible al dedo que explora o se reconoce una parte de él, expulsado con los coágulos.

Los dos peligros que se tienen en el aborto inevitable son: la hemorragia y la infección.

El aborto inevitable de conjunto, así como el aborto inevitable secundariamente, necesitan la oportuna intervención del médico, sobre todo por la hemorragia considerable que lo acompaña. Las indicaciones dadas anteriormente tienen su aplicación en este caso, añadiendo un nuevo recurso: El taponamiento mixto de DE LEE.

Este taponamiento de que vamos a hacer referencia, es un método del todo inofensivo y en extremo ventajoso en el tratamiento del aborto.

La técnica que se ha seguido en el Hospital General para hacer el taponamiento es la siguiente: se coloca a la enferma en la posición ginecológica; se hace una limpieza rigurosa del perineo y órganos genitales externos, con la solución lisolada al 15 por mil y benicína yodada al 1%. Se procede en seguida a la limpieza de la vagina con un tapón de algodón esterilizado empapado en la solución lisolada; habiendo vaciado de antemano la vejiga y lavado el recto con un enema jabonoso. Se coloca un espéculo vaginal de Cusco fijo y se busca el orificio externo del cuello uterino; al encontrarlo, con una pinza de curación de Mayer se coloca una pequeña gasa esterilizada en el cuello, teniendo cuidado de que penetre un poco en la cavidad uterina; después de lo cual se llena la vagina con algodón hidrófilo esterilizado, procurando que la primera porción que ocupa más o menos la tercera parte de la longitud de la vagina, quede perfectamente distendida para asegurar el contacto con la gasa, así como que la última parte, que tiene aproximadamente la misma longitud contada desde el tubérculo vaginal anterior, quede menos distendida para evitar que se comprima mecánicamente el canal de la uretra, obstaculizando así la micción. Se coloca después una gasa en la vulva y se cubre de algodón sosteniéndolo con un vendaje en T. El taponamiento se deja por un término de 16 a 24 horas, debiéndose renovar antes si se nota algún movimiento febril. Es de suma utilidad evacuar cada 4 horas la vejiga, para evitar los dolores que produciría este reservorio distendido, presionado por el taponamiento vaginal.

Como es fácil suponer, el contacto íntimo de la gasa con el cuello uterino estimula su dilatación al mismo tiempo que la contractilidad, de manera que, prosiguiendo el desprendimiento oxular, el contenido uterino es empujado hacia la vagina y expulsado en seguida, la mayoría de las veces de manera completa. En algunos casos observados, al remover el taponamiento, el útero ha dejado salir su contenido y en otros la expulsión se ha efectuado rápidamente (media hora a dos horas después), sin que hubiera continuado la hemorragia. En cambio, hubo casos en que, después de repetir el taponamiento no se consiguió suspender la hemorragia; ni dilatar totalmente el cuello. En casos como éstos, en donde la hemorragia es tenaz y el desprendimiento no se realiza del todo de manera espontánea, o que después de la expulsión del embrión o del feto los anexos quedan retenidos, es precisamente en los que hemos recurrido al **Legrado Dignial**.

Esta pequeña operación debe en éstos casos sustituir al raspado instrumental, que aparte del peligro de una perforación debida a la friabilidad uterina peculiar al estado gravídico, destruye la barrera defensiva, formada especialmente cuando los microbios piógenos han invadido la cavidad uterina; en otros términos, el raspado instrumental tiene contra indicaciones relati-

vas en el aborto aséptico y contra-indicaciones casi absolutas en el aborto séptico.

El legrado digital requiere: la anestesia general de la mujer, el aseo cuidadoso y aséptico de los órganos genitales externos, como si se tratara de una operación ginecológica, pudiendo utilizarse para ello el método expuesto al hablar del taponamiento mixto. En casi todos los casos en que se ha practicado el legrado digital, el taponamiento útero-vaginal ha sido, el primer tiempo operatorio, con el objeto de lograr una dilatación que haga accesible el contenido uterino. Esta dilatación puede ser muy escasa, en los casos de aborto ovular o embrionario, en los que regularmente basta introducir un solo dedo para verificar el desprendimiento. En los abortos fetales, es necesario obtener una dilatación mayor y más todavía si se practica el legrado por retención anexial post-abortum. Hay casos, especialmente en las primíparas, en que se necesita hacer la dilatación instrumental (bujía de Hegar, dilatador de Sims, balón de Champetier des Ribes, etc.), pero en la generalidad, la dilatación manual lenta y progresiva es suficiente, y muchos autores sostienen, y la práctica nos lo ha demostrado, que la mano es el agente de dilatación más favorable y de efectos traumatizantes mínimos.

Desprendimiento ovular. Desprendimiento placentario. Una vez obtenida la dilatación apropiada, se introduce (si se trata de un aborto ovular especialmente), un solo dedo, se busca el plano de clivaje, teniendo cuidado para facilitar esta maniobra, de sostener el fondo del útero con la otra mano. Este desprendimiento deberá ser muy cuidadoso para evitar que los fragmentos adheridos (particularmente membranas), ocasionen trastornos que se agrupan para constituir las metritis hemorrágicas post-abortum.

Cuando por circunstancias especiales existen adherencias que obstaculicen el desprendimiento, podrá recurrirse ventajosamente al raspado con gasa, que consiste en envolverse al rededor de los dedos introducidos en la matriz, una gasa esterilizada cuyas rugosidades se deben utilizar para llevar a cabo el desprendimiento. Hemos usado este recurso en los casos de retención placentaria y realmente se hace recomendar.

Vaciamiento de la matriz. Terminado el desprendimiento, hay que proceder a la evacuación uterina. Algunos autores dejan que este órgano realice la expulsión espontánea de su contenido para lo cual se concretan a estimular la contractilidad con el extracto hipofisiario en inyección al 1%. En nuestra práctica hemos preferido hacer la evacuación inmediatamente después del desprendimiento. Comieste fin el médico puede recurrir:

- a) A la evacuación instrumental.
 - b) A la evacuación manual.
- 1º. Evacuación instrumental. Se hace con el auxilio de la pinza de falsos gérmenes de Wallich, con la de Doederlein, o con

la pinza de aborto de Winter. Para utilizar cualquiera de todas, es muy necesario servirse de una valva de Doyen mediana, para deprimir el piso perineal y hacer descender el cuello con una pinza de garfios; de esta manera la extracción se facilita y no hay peligro de arrancar fragmentos del tejido uterino. Al verificar la prehensión del contenido del útero, es indispensable imprimir a las pinzas movimientos de rotación hacia la derecha e izquierda con el objeto de salvar las paredes uterinas y concluir el desprendimiento si no fuera completo.

2. Evacuación manual: esta maniobra complementaria tiene sus dificultades, debidas al reducido tamaño del contenido uterino; en cuyos casos es siempre conveniente hacer la prehensión con una pinza.

Pero a la extracción manual sustituye con ventaja la expresión bi-manual, que se practica introduciendo el índice y el medio de la mano derecha en el fondo de saco anterior, para que sirvan de apoyo a la presión que la mano izquierda hace sobre el fondo del útero. La expresión para ser completa debe verificarse en dos condiciones: con desprendimiento completo y con dilatación también completa.

Ya el útero evacuado, no queda nada por hacer. Durante mucho tiempo se empleó en el Servicio de Maternidad el escobillonaje lisolado y yodado después de la extracción, pero se obtuvieron los mismos resultados con la abstención de su empleo; contentándose únicamente con poner una curación de gasa aséptica en los órganos genitales externos.

Como tratamiento complementario del legrado digital o del simple taponamiento seguido de expresión o no, administramos a la enferma, desde el momento de la intervención y repetidas tres veces al día, veinte gotas de la fórmula siguiente:

Extracto fluido de Cornezuelo de Centeno

Extracto fluido de Hidrastis Canadensis

Extracto fluido de Viburnum Prunifolium

Tal medicación tiene por objeto aprovechar las contracciones uterinas que estas sustancias provocan, para conseguir la expulsión de los restos de membranas que pudieran haber quedado y para acelerar la involución del útero.

Al tercer día, purgante oleaginoso.

A los seis u ocho días, según las circunstancias, la enferma se levanta.

A los once días, la enferma sale del servicio.

El aborto séptico evitable o inevitable: La evitabilidad del aborto se destruye al entrar en escena la infección; en estas circunstancias la evacuación uterina se impone, pero: ¿cuál es en este caso el mejor método para llevarla a cabo?

La observación número 1, al final de la tesis, nos demuestra el beneficio efectivo obtenido por el taponamiento mixto, merced

a él, los peligros de agravación del estado infeccioso, se conjuraron.

Los casos de aborto séptico tratados por el raspado instrumental, dan casi un ciento por ciento de infección de los anexos, uni o bilateral. Todas las enfermas raspadas de urgencia, por aborto séptico, pasaban en seguida al Servicio de Ginecología con anexitis supurada.

Teniendo en cuenta la opinión y la experiencia de muchos autores que consideran a la cucharilla como una arma de dos filos, que de una manera ciega abre las puertas de entrada a los microbios y destruye la barrera formada por el propio organismo, llevando a esos microbios no sólo a los anexos sino también a toda la economía y produciendo a veces las septicemias mortales. De Lee, dice: "que la cucharilla es un verdadero bisturí y que debe ser manejada con los mismos cuidados que éste."

OBSERVACIÓN NÚMERO I

Rosa M., de 18 años de edad, empleada, originaria de Quetzaltepeque, ingresa al Servicio de Maternidad del Hospital General de Guatemala el 30 de Mayo del corriente año, por indicación de su médico, para que se le practique "un raspado de urgencia."

Antecedentes Hereditarios: sin importancia para la observación.

Antecedentes Personales: ninguna enfermedad en la primera infancia, ni en la niñez. Reglada a los 14 años. Caracteres de la menstruación: irregular, abundante, indolora, de tres días de duración. No ha padecido de ninguna enfermedad.

Historia.

Hace tres meses y medio, poco más o menos, que desapareció su regla y sintió por primera vez todos los síntomas subjetivos de un embarazo, sin alteración apreciable de su salud. El 25 de Mayo a consecuencia de una caída, tuvo una fuerte hemorragia indolora que cedió al principio con un corto reposo. Al levantarse al día siguiente, la hemorragia continuó, aunque en menor grado y sintió algunos dolores en el bajo vientre.

Como no se suspendiera esta vez la salida de sangre con el reposo y aumentarían los dolores en intensidad y frecuencia, después de 48 horas, requirió los servicios del médico de su casa, quien previo examen (tacto vaginal), le recomendó reposo, lavativa laudanizada, etc. etc.

Por la noche del 28 le sacudió un gran frío, después del cual tuvo fiebre. El 29, volvió a tener hemorragia, más dolores, otros calofríos, temperatura de 38° grados centígrados; ante esa sintomatología, su médico decide que se traslade al Hospital, para que se le practique un "raspado de urgencia" a efecto de vaciar cuanto antes la matriz y prevenir la sepsis puerperal.

Examen de la enferma a su ingreso:

Presenta los signos de una anemia producida por las hemorragias repetidas que ha tenido. La piel húmeda, recubierta de abundante sudor. Temperatura en la boca: 38° C. Pulso radial: 100 por minuto, regular.

Utero lleno, de 9 cm. de altura, presentando alternativas de contracción y relajamiento, perfectamente apreciables con la mano. La vejiga contiene más de 30 centímetros cúbicos de orina, cuyo examen no revela nada anormal. Lavado intestinal con agua tibia para vaciar la ampolla rectal. Después de una limpieza rigurosa de la vulva con solución lisolada al 15 por mil y bencina yodada al 1%, se procede a hacer un tacto vaginal que nos da el resultado siguiente: el cuello borrado, pero no dilatado, fondos de saco libres a excepción del derecho que está empastado. Movilidad uterina normal. Parametrio normal.

Tratamiento:

Con los datos obtenidos y tomando en consideración:

- 1°. Tratarse de una primípara (nulípara)
- 2°. No haber hemorragia actualmente.
- 3°. No haberse iniciado la dilatación del cuello uterino.

4°. La presencia de frios y fiebre, que hace pensar inmediatamente en un aborto séptico.

Se decide no practicar el raspado, de urgencia en la forma propuesta, sino poner un taponamiento utero-vaginal, según el método de De Lee.

Curso de la enfermedad: en la mañana del día 31, sacude otro frío muy fuerte y la temperatura se eleva a 39 y medio grados C. El pulso llega a 120, débil pero regular.

A las 24 horas se remueve el taponamiento, lo que no produce hemorragia y se deja únicamente una curación vulvar. En la tarde de ese día, la temperatura desciende velozmente.

Al día siguiente por la mañana, al cambiarle curación, no se nota que haya habido hemorragia y la poca serosidad que sale no tiene mal olor. Por la tarde del día primero de Junio (48 horas después del taponamiento), se verifica la expulsión espontánea de un embrión de seis centímetros de longitud y cuyo peso no se pudo determinar.

Con las mayores precauciones de asepsia, se hace un nuevo examen, porque los anexos del embrión no han salido después de 75 minutos de expulsado este. Se encuentra el cuello con una dilatación de 4 centímetros, la pequeña placenta no es accesible al dedo y la matriz se siente como a 7 cm. por encima de la sínfisis púbica. Con el dedo, introducido en la cavidad uterina, se procede a desprender los anexos embrionarios conforme a la técnica del "Legrado Digital", pero siendo esta maniobra un poco dolorosa, se administra a la enferma éter con el aparato de Ombredanne. A los 15 minutos se logra desprender totalmente dichos anexos y se empujan a la vagina, de donde se extraen con

la mano. En este momento se inyecta subcutáneamente 1 cc, de Pituitrina al 1%. El útero desciende a 4 cm. No hay hemorragia.

Se cubre la vulva con gasa y algodón esterilizados y se traslada a la enferma a su cama. Se le coloca en el vientre una bolsa con hielo y se recomienda mantener la inmovilidad. Temperatura 37° C. Pulso 100 por minuto, después de la operación. En los días siguientes la temperatura continúa normal.

Purgante de aceite de ricino al tercer día de expulsado el embrión.

Al octavo día se levanta la enferma y al undécimo se le da el alta, siendo su estado general satisfactorio y habiendo encontrado en el examen previo, la movilidad uterina y la sensibilidad normales.

El empastamiento del fondo lateral derecho, persiste.

Es auténtica.

Guatemala, 10 de Junio de 1923.

Guillermo CRUZ.

OBSERVACION NUMERO 2

Maria L., de 39 años de edad, lavandera y originaria de Guatemala.

Ingresa al Servicio de Maternidad del Hospital General, el 23 de Junio del corriente año, por amenaza de aborto.

Antecedentes Hereditarios: su madre murió a consecuencia de una hemorragia, de la que no sabe determinar el origen y su padre por herida con arma de fuego.

Antecedentes Personales: padeció de viruela a los 7 años, de paludismo y de neumonía después. Reglada a los 15 años. Caracteres de la regla: regular, abundante, dolorosa y de 5 días de duración. Ha tenido 6 partos normales y a término. De los 6 niños, cuatro han muerto de enfermedades del estómago a la edad de 11 meses a 1 año y medio. Los otros dos viven y son sanos; todos han sido del mismo padre.

No recuerda la fecha de su última regla.

Historia: la primera hemorragia la tuvo en Mayo próximo pasado, y le duró 15 días, poco abundante, con poco dolor y se le suspendió sin ningún tratamiento. El 13 de Junio siguiente, vuelve a aparecer la hemorragia con fuerte dolor en el bajo vientre y muy abundante. La causa de la primera hemorragia dice haber sido una caída.

El 23 ingresa al servicio donde es examinada y presenta los síntomas siguientes: palidez, temperatura normal, pulso 75 por minuto, débil pero regular. Se le hace la desinfección de los órganos genitales externos y de la vagina, con la solución lisolada al 15 por mil y bencina yodada al 1% y se practica el tacto vaginal, que da los resultados que siguen: cuello borrado y con 4

centímetros de dilatación; se toca el polo inferior del huevo, que está móvil y se notan contracciones muy marcadas, con dolores y hemorragia persistente aunque no muy abundante.

El útero se toca por la palpación, a 12 cm. de la sínfisis púbica. El análisis de la orina no muestra ninguna anormalidad.

Por los síntomas anteriores se piensa en aborto inevitable y se practica el taponamiento útero-vaginal, según el método de De Lee, ya descrito.

El taponamiento se coloca a las 7 p.m. del día de su ingreso.

El 24, a las 5 a.m. expulsa espontáneamente el huevo completo, sin ningún dolor.

El feto expulsado, tiene 12 cm. de longitud y está envuelto en un barniz amarillento; su peso es de 40 gramos y el cordón mide 20 cm. de longitud.

El estado de la enferma es satisfactorio; el pulso es regular, la temperatura normal. Se ordena el reposo y al tercer día se le da un purgante de aceite de ricino; a los 8 días la enferma deja la cama y a los 11 sale del Hospital, completamente curada.

Es auténtica Guatemala, 8 de Julio de 1923.

(f) Guillermo CRUZ

OBSERVACIÓN NÚMERO 3

Adela G., de 28 años de edad, de oficios domésticos y originaria de Escuintla.

Ingresó al Servicio de Maternidad del Hospital General, el 13 de Julio del corriente año, por "amenaza de aborto."

Antecedentes Hereditarios: su madre murió a consecuencia de un parto y su padre de contusiones.

Antecedentes Personales: ha sido siempre sana, fué lactada artificialmente por carecer de leche la madre. Sus reglas le aparecieron a los 13 años, los caracteres de estas han sido: regulares, abundantes, indoloras y de 4 días de duración. Ha tenido 4 partos a término, del mismo padre; 3 de los niños viven y son sanos y el cuarto murió de 3 meses sin precisar de qué. El último embarazo es de otro hombre. No sabe la fecha de su última regla. No hay antecedentes específicos.

Historia: a consecuencia de haber andado en ferrocarril, le vino una fuerte hemorragia el 10 del corriente por cuya causa decidió trasladarse al Hospital, donde llega el 13 por la tarde, sin que la hemorragia haya cesado; además tenía algunos dolores.

Antes de su examen expulsa el huevo completo, de 6 cm. de diámetro, abierto éste, no se pudo encontrar el embrión dentro de las membranas.

Se procedió a hacer una desinfección de los órganos genita-

les externos y de la vagina con la solución lisolada al 15 por mil y bencina yodada al 1% y se le puso una curación vulvar.

La enferma presentaba un estado de anemia muy marcado a causa de la hemorragia; el pulso era débil, aunque regular, la temperatura normal.

Se aconsejó el reposo, inyección de suero y el cambio de la curación vulvar. La evolución fue regular, sin haber ninguna alteración en la enferma. Se le dio purgante al tercer día y se levantó al quinto; pidió su alta al octavo.

El examen de la orina fue hecho sin que diera nada anormal.

Es auténtica Guatemala, 10 de Agosto de 1923

(f) **Guillermo CRUZ**

CONCLUSIONES

1a. En el aborto evitable, el tratamiento profiláctico, bien aplicado, logra su objeto.

2a. Los cuidados de asepsia en materia de aborto deben ser excesivos, tanto cuando no haya infección como cuando esta exista.

3a. El raspado instrumental del útero, con el objeto de extraer restos de placenta o de membranas, debe practicarse lo menos posible y sustituirse por el lavado digital o el escobillonnaje con gasa.

Alberto LEMUS ALARCÓN

Vo. Bo.

Imprimase

M. ZECENA M.

M. SANTA CRUZ.

Catedrático de la Facultad

Decano

BIBLIOGRAFIA

- E. Bumm. Tratado Completo de Obstetricia.
- M. Delestre. L'Avortement, Clinique, Thérapeutique.
- Ribemont, Dessaignes, Lepage. Traite D'Obstétrique.
- Jeannin y Guéniot. Terapéutica Obstétrica y Ginecológica.
- Las Endocrinopatías en sus relaciones con la Obstetricia.
Revista Española de Medicina y Cirugía. Marzo de 1923.
- Michailse, Hiess y Hirschenhauser. Revista Médica de Hamburgo. Abril de 1922.
- H. Vignes, The Journal. Enero de 1921.
- A. Debay. "La Juventud Médica". Septiembre de 1922.
- W. Liepmann. Lesiones en el aborto. The Journal. Diciembre de 1922.
- DE LEE. Principles and Practice of Obstetrics.
- Recasen Girol. Tratado de Obstetricia.
- Fabre. Précis D'Obstétrique.
- Vibert. Los abortivos. Medicina Legal.

PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva	El Utero.
Anatomía Patológica	De la Enteritis Crónica.
Botánica Médica	Digitalis Purpúrea.
Bacteriología	Estreptococo.
Clínica Médica	Examen del Hígado.
Clínica Quirúrgica	Punción Lumbar.
Física Médica	Termómetros.
Fisiología	Hematosis.
Farmacía	Pomadas.
Ginecología	Metritis Hemorrágica.
Higiene	Del Embarazo.
Histología	Del Utero.
Medicina Operatoria	Resección de la cadera.
Medicina Legal	El Aborto.
Obstetricia	El Aborto.
Patología Interna	Enfermedad de Basedow.
Patología Externa	Fractura de la clavícula.
Patología General	Anafilaxia.
Química Médica Orgánica	Cloroformo.
Química Médica Inorgánica ...	Calomel.
Terapéutica	Ergotina.
Toxicología	Morfina.
Zoología Médica	Necator Americano.