



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

**CONSIDERACIONES SOBRE EL LEGRADO PRECOZ
EN EL ABORTO SEPTICO**

TESIS

**PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR**

ARTURO REYES R.

Ex-practicante interno por oposición del Servicio de Emergencia
del Hospital General durante los años 1950 y 1951.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1951

8ª AVENIDA SUR NÚMERO 30. — TELÉFONO 2707.
TIP. SÁNCHEZ & DE GUISE

INTRODUCCION

En tiempos pasados el tratamiento del Aborto Séptico, consistía en el inmediato vaciamiento del útero, aún valiéndose de la dilatación forzada, método que es aún bastante usual tanto en los Estados Unidos de Norteamérica, como en otros países.

Antes del advenimiento de los antibióticos, la experiencia, no obstante, nos ha enseñado que este método acarrea ciertos peligros. Es sabido que el traumatismo inherente al raspado digital o instrumental, moviliza las bacterias y convierte una infección superficial y no peligrosa en una infección de carácter general fuertemente invasora. El escalofrío y la calentura violenta, que tan a menudo se presentaban después de las manipulaciones intra-uterinas en el Aborto Séptico, indicaban la invasión de todo el organismo por las bacterias y toxinas.

Desde la intraducción en la lucha contra la infección, de los potentes antibióticos, como las sulfamidas y la Penicilina; los graves accidentes observados por la generalización de una infección local en la intervención quirúrgica precoz del Aborto Séptico, han desaparecido por completo.

Este fue el punto de partida para que se iniciara por sugerencia del Dr. Ricardo Alvarez O., Jefe del Segundo Servicio de Maternidad del Hospital General, el tratamiento quirúrgico precoz del Aborto Séptico tan pronto como se establece el diagnóstico. Desde entonces se ha vuelto rutina en dicho Servicio el mencionado tratamiento, habiéndose obtenido magníficos resultados, con una elocuente estadística que se expondrá al final del presente trabajo. Digo elocuente estadística, porque después de 6 años de práctica diaria del citado tratamiento, no se ha observado ningún desenlace fatal y las enfermas se han beneficiado por la rapidez de su recuperación completa, en contra de los largos días de permanencia hospitalaria, siguiendo tratamiento dilatorio o médico, previo a la intervención. Además, en los casos presentados en este trabajo no hemos observado complicaciones tardías que contraindicarían el método seguido.

CAPITULO I

DEFINICION E HISTORIA DEL ABORTO

Definición.—Entendemos por aborto, la expulsión o el desprendimiento, o ambos procesos, del huevo aún no viable. Los límites de la viabilidad fetal, comprenden los seis primeros meses del embarazo (entre 24 y 28 semanas). Stander, prefiere basar en signos objetivos la pre-viabilidad fetal, considerando que un feto que pese menos de 1,500 gramos y mida menos de 35 centímetros es no viable. Taussig, reduce un poco estos límites, estableciendo la pre-viabilidad fetal en cifras menores de 1,250 gramos de peso y 32 centímetros de longitud, que corresponden más o menos a la vigésima sexta semana de gestación.

Después de estos límites la interrupción del embarazo es denominada parto prematuro.

La palabra aborto, deriva del latín Abortus, a su vez del verbo Aboriri, significando “alguna cosa que ha sido desprendida de su sitio.”

Los términos propios a cada país, substituyen en lenguaje corriente al aborto, así tenemos nosotros la expresión “malparto” con el que se designa corrientemente.

Fausse couche, de los Franceses; Miscarriage, en Inglaterra y Estados Unidos; Fehlgeburt, de los alemanes.

Breves datos históricos.—Investigadores muy acuosos han demostrado que desde épocas muy remotas, ha existido el deseo de limitar los nacimientos; y que el aborto se practica hace miles de años.

En un manuscrito chino, de alta antigüedad el “Scheng-Nung pen tsáo ching” que es considerado el trabajo médico más antiguo

de la China, ya que fue escrito en tiempos del Emperador Schen Nung, quien según la Cronología china reinó en los años 2737 a 2696 antes de la Era Cristiana, se encuentra mencionado el shuh yin, o sea el mercurio como abortivo.

En Babilonia no se encuentra ningún dato de interés, pero sí menciona el hecho de que la interrupción del embarazo era debida a espíritus diabólicos que arrancaban a la madre el niño que llevaba dentro de su sér.

En Egipto, encontramos descrito en el Ebers Papyrus, procedimientos para provocar el aborto, y es aceptado que eran muy conocidos.

En la India, se le practicaba en épocas muy lejanas con toda liberalidad. Dice Allan Werb: "Acaso ningún país del mundo ha inmolado tantos recién nacidos, como la India ni raza alguna de la humanidad ha practicado como los indios, el abominable arte de matar al feto en vientre materno." Lo provocaban introduciendo palillos en la matriz, o con brebajes de asa fétida, jengibre, etc.

En los Hebreos y en la raza judía, fueron desde un principio guiados para la multiplicación ilimitada que aumentaría su poderío; la admonición del Génesis: "Sed fértiles y multiplicaos", resumen en ella, la orientación moral de sus vidas. La mujer que se hiciera abortar era muy severamente castigada.

En la Grecia el aborto era casi siempre impune y la ley no aludía a su penalidad.

Hesiodo recomendaba a los labriegos no engendrar más de un hijo. En esta época, los grandes sabios aconsejaban la limitación de los nacimientos, y por primera vez se consideran en la Humanidad las indicaciones eugénicas del aborto terapéutico. Los criterios filosóficos predominantes son los de Platón y Aristóteles, los cuales además de considerar el futuro de la Raza, fueron los primeros en considerar razones económico-sociales en la determinación del aborto.

Aristóteles decía: "Si un matrimonio que tuviera ya el número prescrito de hijos, la mujer fuese de nuevo preñada, antes de mantener esa vida, el niño debiera ser extraído."

Platón en su "República", aconseja la limitación de los nacimientos, y deseaba el aborto obligatorio para toda mujer que concibiera después de los cuarenta años. El, como los otros grandes sabios de su tiempo, establecía la impunidad del aborto, y reflejaba en su filosofía, su Malthusianismo puro, que muchos años después serviría a Tomás Roberto Malthus, de fuentes de meditaciones inagotables.

Existe un epigrama satírico que resume las tendencias de los sabios griegos: "No hay nada más desafortunado que un padre, mientras no exista otro que tenga más hijos."

Las opiniones de los médicos de la época, no estaban del todo de acuerdo con las teorías de los filósofos, y sin embargo, en las lecturas de Hipócrates, se encuentran métodos para provocar el aborto, así como numerosas observaciones respecto a la etiología del aborto espontáneo, algunas de las cuales son aceptadas en la actualidad. El fue quien describió las primeras nociones anatomopatológicas del aborto por observación de los huevos expulsados. Asimismo llamó la atención sobre la disminución del volumen de los senos como signo de muerte fetal. Galeno por su parte, hizo el primer estudio semiológico de los dolores y la hemorragia en el aborto.

Llegamos a la época romana, en la cual, el aborto ha sido practicado con mayor difusión, y libre de toda restricción legal. El feto era considerado como un "*portio viscerum matris*", por consiguiente, la mujer al abortar no hacía sino disponer de su propio cuerpo; solamente si era casada, y no contaba con la aquiescencia del marido, el delito podía ser castigado por abuso de confianza, ya que según la concepción legista romana, la mujer no es sino un objeto más de posesión del marido.

Encontramos como razón principal en la práctica de los abortos, el deseo ferviente de la romana, en mantener la belleza de su cuerpo, y fue la generalización exagerada de esta práctica, una de las causas más notorias en la corrupción moral de aquel pueblo.

En esa situación caótica, en esa depravación moral, se hizo sentir la sublimidad del Cristianismo, que abiertamente se opuso al aborto. Con toda energía los discípulos de Cristo lo calificaron públicamente, no sólo de inhumano, sino como absolutamente criminal, catalogándolo en sus disciplinas penitenciales como un verdadero infanticidio. El principio de que todo ser humano, lleva en sí el pecado original, y que por ello estaría condenado toda la Eternidad, al no intervenir Cristo por medio del bautismo, fue una de sus piedras angulares en esta reivindicación moral. La distinción tradicional entre el cuerpo y el alma, hizo distinguir por parte de la Iglesia, la gestación en dos partes: una primera, en la cual el feto es considerado una substancia puramente vegetativa, desprovista de vida real, que variaba de cuarenta días después de la concepción para el feto varón y ochenta para un feto hembra, sujeto por ello a destrucción sin crimen, ya que se consideraba desprovisto de alma: "*non est homicida, qui abortum procurat antequam anima corpori est infusa*", y lo cual era castigado con penitencias más o menos suaves; y una segunda, cuando el feto tenía ya un alma, era un ser animado: "*corpus formatum*", cuya destrucción constituía un crimen y era castigado con las penas más severas: prisión perpetua, deportación, y la misma muerte. Posteriormente el criterio católico, se hizo aún más rígido en estos asuntos, y la Encíclica Papal de 1931, establece categóricamente la posición de la Iglesia en materia de aborto.

El aborto entre los árabes.—El Korán no lo condena, aunque prohíbe el infanticidio. En el tratado de Avicena, se leen algunas medidas profilácticas del aborto, a la vez que establece el aborto terapéutico en casos de pelvis estrechas. Abulkasis denuncia la frecuencia del aborto criminal.

En el Renacimiento.—Muchas de las hermosas conquistas morales de la Iglesia Católica fueron olvidadas, y no fue sino hasta en la Dieta de Worms (1521) en que volvió a declararse el aborto como un acto criminal, y castigos tan severos como la crucifixión,

llevaban a aquellas mujeres a la muerte; sin embargo, en contraste con tan crueles castigos que la gente pobre y humilde sufría, los todopoderosos culpables obtenían su absolución por sumas de dinero.

En todos los países del Viejo Mundo, en todas las tribus, los historiadores han encontrado los más variados procedimientos de inducción del aborto.

En cuanto al Nuevo Mundo, existen también pruebas que el aborto se ha practicado desde épocas inmemoriales.

En las tribus de las vertientes del Orinoco, el aborto era particularmente difundido. El Padre jesuíta Gili, que vivió entre ellas cerca de 15 años, escribió muchas de sus costumbres al respecto, y Humboldt, cuando visitó esos lugares, se admiró del profundo conocimiento que tenían en las propiedades abortivas de muchas plantas que usaban con toda liberalidad.

Los Mayas, provocaban el aborto, haciendo que la gestante, acostada, soportara el peso de mujeres corpulentas, que le daban luego puntapiés hasta que la hemorragia aparecía. El Padre de Las Casas, refiere muchas muertes por estas brutales maniobras.

En Guatemala, no se encuentran referencias especiales sobre esta cuestión; pero sí se sabe que durante la Colonia, ello constituía un grave escándalo, ya que siendo la influencia católica exclusivamente dominante en la moralidad y en las costumbres, el aborto intencional era severamente condenado conforme a las reprobaciones de la Iglesia. No se conocen, sin embargo, procesos célebres al respecto, influyendo muy posiblemente en ello, que la actividad y el desarrollo de la Inquisición, no alcanzó aquí, el grado superlativo logrado en otros países.

Actualmente, nuestro Código Penal señala las penas que corresponden al delito de aborto y establece una gradación en la gravedad de dicho delito, teniendo como más grave el aborto ocasionado por un extraño intencionalmente; poniendo en seguida el que se provoca sin intención; después el que la misma mujer se procura y luego el que la misma produce con la intención de ocultar su deshonor. Pero el máximo de gravedad lo atribuye al aborto provocado por un facultativo, abusando de su arte.

CAPITULO II

ETIOLOGIA DEL ABORTO

En el estudio de las causas del aborto, deben diferenciarse dos grandes grupos, muy claramente opuestos por su origen, su mecanismo, su cuadro clínico, su pronóstico y diagnóstico, y también por sus consecuencias morales y sociales.

Debemos separar:

- 1º—El aborto espontáneo.
- 2º—El aborto provocado, el cual comprende:

- a) Aborto terapéutico.
- b) Aborto criminal.

El aborto terapéutico, o sea aquél que el médico practica para preservar la salud o salvar la vida de la madre, amenazadas por el embarazo, no entrará en consideración en el presente trabajo, por ser un tema que requiere un estudio propio, muy amplio y muy complejo.

Entre nosotros el aborto ha aumentado considerablemente en su frecuencia, y desgraciadamente, año tras año, cobra más auge el aborto criminal. En razón de su importancia, será por un somero análisis de los métodos y procedimientos de este último, por donde daré principio a este capítulo.

Medios usados en el aborto criminal.—Los medios de que las mujeres se han valido para interrumpir su embarazo, son múltiples y diversos para cada país. Productos vegetales de los más diferentes, sustancias químicas y cuerpos extraños intrauterinos, constituyen otros tantos elementos para lograr los fines perseguidos.

Como cuestión muy importante es de notar que en los últimos años, el auto-aborto ha cedido notoriamente en importancia, al abor-

to practicado por un segundo, desgraciadamente en muchos casos por aborteras, y mucho más penoso aún, por aborteros profesionales.

Los diferentes medios se agrupan en tres clases, a saber:

a) *Drogas.*—Ellas son muy numerosas, más o menos difundidas según los países, y la reputación que gozan; unas veces, que son las menos, es justificada, otras no.

Hay que establecer un hecho de la mayor importancia: las más activas de estas drogas, son siempre muy tóxicas, y cuando el aborto se produce a sus consecuencias, no es en modo alguno por una acción específica sobre la musculatura uterina, sino es más bien un epifenómeno en el cuadro sintomático de la intoxicación general.

Es perfectamente sabido que muchos de los conocimientos científicos que poseemos de Toxicología Humana, son productos de la observación directa de los cuadros morbosos experimentados por desdichadas mujeres, quienes tratando de abortar, han sufrido un grave envenenamiento.

De esta profusa variedad de sustancias abortivas, pertenecen unas al Reino Vegetal, otras son productos animales, y las últimas, sustancias minerales.

Abortivos de origen vegetal.—Son los más usados entre nosotros. Entre los principales que sólo me limitaré a enumerar, sin considerar su acción farmaco-dinámica, pues no sería este lugar para ello, están las siguientes: Ruda, Azafrán, Sabina, Apiol, Cornezuelo de Centeno, Quinina. De todos ellos, sólo las dos últimas pueden tener acción oocitócica en determinados casos. Las restantes o bien son inactivas a dosis no venenosas, bien pueden llegar a actuar por una predisposición particular, que existe en ciertos casos al aborto, y que es algo genuinamente individual.

Abortivos de origen mineral.—Son muy raramente usados en Guatemala. El Plomo, el Fósforo, el Arsénico, el Mercurio, etc., son los principales minerales de esa acción. De todos ellos el más activo es el Plomo, el cual obra por una verdadera alteración de todas las mucosas, y en el caso particular, fenómenos trófico-dege-

nerativos a nivel del endometrio. Sus acciones tóxicas son muy nocivas.

Abortivos de origen animal.—Son aún más raros que los precedentes. En Europa fue usado el extracto de Cantáridas, de tan peligrosa acción sobre el epitelio renal, y en los Estados Unidos, como algo particular, el veneno de serpientes.

b) *Traumatismos.*—Es en verdad un método poco difundido. Sin embargo, muchas de nuestras indias, se someten a recibir golpes fuertes sobre el abdomen, o bien se dejan caer de lugares elevados, se comprimen fuertemente el vientre con fajas muy apretadas, etc., sin lograr ningún efecto, la mayoría de las veces.

Es con todo, la causa más a menudo puesta en juego por las enfermas, atribuyendo el accidente sea a una caída, a un resbalón, a golpes, etc.

c) *Métodos instrumentales.*—Son muy numerosos y en el curso de los años han cambiado.

Estos métodos comprenden medios puramente mecánicos por una parte, y por otra verdaderos procedimientos quirúrgicos.

Los medios simplemente mecánicos, van de la ruptura de las membranas ovulares, lograda con instrumentos a cuales más variados (agujas de crochet, cánulas, ramas de tijeras, varillas metálicas, etc.), a maniobras destinadas a producir la dilatación del cuello y por ende, la expulsión del huevo. (Es la famosa sonda tan difundida por las aborteras nuestras, causa de infecciones y aún perforaciones).

Los procedimientos quirúrgicos, constituyen verdaderas intervenciones y tienen, para vergüenza nuestra, la particularidad que son practicados por verdaderos aborteros profesionales. Son ellos los más difundidos, por ser los más eficaces, los más seguros, aún cuando no los menos peligrosos para la salud de la enferma.

Es el famoso raspado uterino, el que se practica con toda liberalidad por ciertos facultativos poco escrupulosos, que venden su arte a la inmoralidad o a la desesperación de mujeres desdichadas.

ETIOLOGIA DEL ABORTO ESPONTANEO

El aborto espontáneo reconoce dos grandes grupos de causas: causas primarias o fundamentales y causas secundarias.

Causas primarias.—Consideramos en ellas:

1º—Causas ovulogénicas.

2º—Causas maternas.

3º—Causas paternas.

1º—*Causas ovulogénicas.*—Comprenden a su vez:

a) Fetales.

b) Placentarias.

1º—*Causas ovulogénicas fetales.*—Entran en esta denominación, factores muy numerosos, entre los cuales tenemos:

a) Incompatibilidad fisiológica de los elementos sexuales, espermatozoo y óvulo.

b) Detención en el desarrollo del huevo con muerte consecutiva del mismo en las primeras cinco semanas del embarazo.

c) Plasma germinal defectuoso: estudios histopatológicos de abortos ovulares, han evidenciado el hecho de que muchos de esos fetos, si hubieran llegado a alcanzar su desarrollo normal, habrían constituido verdaderas monstruosidades, siendo en este caso, el aborto un fenómeno de defensa de la naturaleza.

d) Vitalidad disminuída del espermatozoo y el óvulo; corresponde a muchos de los abortos observados en casos de una diferencia muy marcada en las edades de los progenitores.

e) Enfermedades infecciosas agudas y crónicas e intoxicaciones sufridas por el propio feto y transmitidas en el plasma germinal.

f) Enfermedades del corion: degeneración hidatidiforme.

g) Enfermedades del cordón: torsiones, nudos y estenosis.

h) Enfermedades del amnios: polihidramnios agudos, oligohidramnios y adherencias amnióticas.

2º—Causas ovulogénicas placentarias:

a) Agenesia placentaria.

b) Apoplejía de la placenta.

c) Sífilis placentaria.

d) Endarteritis hipertrófica.

e) Infarto blanco.

f) Placenta previa y desprendimiento prematuro de la misma.

2º—Causas maternas. a) *Infecciosas*.—Las enfermedades infecciosas agudas de la madre causan muy a menudo la muerte del feto y su expulsión secundaria lo cual es debido:

a) Transmisión de las toxinas microbianas de la madre al feto.

b) Paso de los microbios mismos y desarrollo en el feto de la propia enfermedad.

c) La fiebre que muy frecuentemente tiene un efecto excitador sobre contracciones uterinas.

Entre las principales de estas infecciones están: pneumonía, fiebre tifoidea, gripe, fiebre de Malta, etc.

De mucha importancia son las sepsis focales como factor etiológico del aborto. Los gérmenes alcanzan el huevo sea por vecindad, como por ejemplo, del apéndice y de las trompas uterinas; otras veces a través de un cuello infectado, o bien por vía hematogena, como es el caso de las sepsis orales y amigdalinas.

En cuanto a unas enfermedades crónicas como la sífilis y la tuberculosis, podemos decir lo siguiente: la sífilis muy raramente obra en los primeros meses, y tiene mayor importancia como factor etiológico de partos prematuros. Estas nociones son contrarias al concepto clásico de las relaciones entre sífilis y aborto.

En cuanto a la tuberculosis se sabe que obra muy excepcionalmente como causa de aborto, salvo los procesos agudos que se suceden en el curso de dicha enfermedad como son pneumonía y bronconeumonía tuberculosas.

a) *Pielitis*.—Muy a menudo provoca el aborto sobre todo entre el quinto y sexto mes, debido en parte a las toxinas microbianas y muy especialmente a la existencia de espasmos uretrales que por conexiones vago-simpáticas con el útero, constituyen estímulos excitadores para la contractibilidad del mismo.

b) *Deficiencias nutritivas*.—Una dieta inadecuada, es en muchas ocasiones responsable de abortos, por alteración directa del plasma germinal. Evans demostró el papel fundamental de la Vitamina E; Moore el de la Vitamina K. Además de estas avitaminosis, hay que considerar los estados hipocalcémicos y los déficits en glúcidos, que obrarían por un verdadero estado de hiperexcitabilidad neurogénica a nivel de la musculatura uterina.

c) *Incompatibilidades sanguíneas*.—Los estudios fundamentales de la escuela italiana (Paroli, Leali) pusieron en evidencia el hecho que grupos sanguíneos heterólogos en los padres, representan un factor en la etiología del aborto. A raíz del descubrimiento del Rh, modernos estudios se desarrollan actualmente en los Estados Unidos para evidenciar su determinismo en abortos de esta naturaleza.

d) *Disendocríneas*.—Los trastornos en las secreciones hormonales, especialmente del tiroides y del ovario (falta de Progesterona) causan muchas veces el aborto; su administración puede, en muchos casos, detener abortos en progreso.

e) *Enfermedades del útero*.—Endometritis, fibromas, pólipos, retrodesviaciones, cervicitis; todas ellas son causas más o menos importantes del tema que nos ocupa.

f) *Enfermedades generales.*—Todas las discrasias, las enfermedades abdominales generadoras de dolores paroxísticos tales como cólico hepático, apendicular, intestinal, etc. Enfermedades hepato-vesiculares, diabetes, calculosis vesical, etc., pueden provocar el aborto.

g) *Agentes físico-químicos.*—Entran en causa muchas veces: Plomo, es de los tóxicos externos, el que tiene más importancia en la producción del accidente. En una encuesta del Departamento Francés del Trabajo, entre los trabajadores de las minas de plomo, se demostró que de 1,000 embarazos de las trabajadoras, 600 culminaron en el aborto.

Alcohol.—Desempeña cierto papel en el accidente, en gestantes con alcoholismo crónico muy intenso, salvo este caso particular el alcohol no tiene ningún papel etiológico.

Anestésicos.—El uso de ciertos anestésicos puede causar la muerte del feto si su administración es muy prolongada, los agentes de más importancia al respecto son el cloroformo, y la raquianestesia.

h) *Intervenciones quirúrgicas.*—Ellas desencadenan el aborto en muchas ocasiones sobre todo cuando se trata de operaciones abdominales.

3º—*Causas de origen paterno.*—En muchos casos existe una verdadera debilidad constitucional de los espermatozoos, los cuales son impotentes para generar el huevo. El examen microscópico del semen en estas circunstancias, evidencia sea la escasez de los espermatozoos, sea su deformidad, sea su marcada inactividad.

La sífilis, la tuberculosis, la parálisis general, y también el simple agotamiento sexual por coitos excesivos, por alcoholismos inveterados, son causas responsables en muchas ocasiones.

El semen mezclado con exudados purulentos, tales como focos genitales de T. B. C. y la Blenorragia, ocasionan también el aborto.

Ciertas intoxicaciones crónicas, tales como las producidas por el plomo, fósforo, mercurio, etc., desempeñan gran papel en la esterilidad masculina. Es también el caso de los radiólogos que no han sido protegidos debidamente.

Causas secundarias.—1º—*Trauma físico.*—Es la circunstancia más común que la paciente invoca, para explicar sus abortos. Para unas es una caída, para otras un resbalón, para aquéllas, un golpe, para éstas, un esfuerzo muscular excesivo. A no ser que el traumatismo se haya aplicado directamente sobre la pared abdominal y que su intensidad sea considerable, debemos ser muy escépticos en atribuir al mismo la causa del accidente. De otro modo no se explicaría, cómo una mujer grávida tolera los más graves traumatismos sin llegar al aborto. Se trata en verdad de una causa que obra sobre otra predisponente, y en la cual hay muy amplias variaciones individuales.

En los asuntos médico-legales se presenta a menudo, la necesidad de determinar si el aborto fue ocasionado por el traumatismo. En estos casos, De Lee, da los siguientes criterios: el huevo ha de estar sano tanto macroscópica y microscópicamente; no ha de haber indicio de alguna otra causa de expulsión, y es preciso demostrar que la muerte del huevo y su expulsión, ocurrieron muy poco tiempo después del traumatismo.

2º—*Trauma psíquico.*—Tiene mucho más importancia que la precedente, al decir de Taussig. Es de observación corriente la gran cantidad de mujeres grávidas que abortan después de emociones muy intensas, tales como el terror que producen algunas catástrofes: terremotos, inundaciones, incendios, bombardeos, etc.

En mucho menos grado influye la cólera, que en nuestro medio es muy difundida para la explicación de muchos abortos criminales.

3º—*Irritación térmica.*—Tiene cierto papel y se ha observado en las grandes temporadas de calores excesivos en países tropicales.

CAPITULO III

SINTOMAS.—FORMAS CLINICAS.— DIAGNOSTICO

Síntomas.—Los cuatro síntomas clásicos del aborto, son: dolores, hemorragia, reblandecimiento con dilatación del cuello uterino y expulsión del huevo o partes del mismo.

Como regla general, el primer síntoma está constituido por un dolor lumbar más o menos intenso, y por dolores espasmódicos en el bajo vientre. En las primigestas es un dolor de espalda al cual se asocia muy frecuentemente una secreción mucosa (liga), que precede a todo derrame sanguíneo. Después de horas o aún días, aparece la hemorragia uterina, de intensidad variable con sus coágulos característicos.

La hemorragia.—Es en otras ocasiones el primer indicio de un aborto. Sin ningún trastorno previo, aparece con su aspecto de sangre roja y coágulos. Varía mucho la cantidad de la hemorragia y su persistencia, y, en términos generales se acepta que es más copiosa cuanto el embarazo está avanzado. En ciertos casos ella es tan profusa y persistente que puede crear un estado de anemia aguda y colapso periférico o aún la muerte.

Los dolores.—En algunas mujeres, ellos son muy suaves, y la paciente les presta poca atención. En otras, alcanzan una severidad extraordinaria, y la paciente le parecen más fuertes que los dolores de parto. Entre estos extremos existen todos los intermedios. Son más intensos cuanto más avanzada está la gestación, ya que progresivamente es necesario un mayor grado de dilatación del cuello. Las primigestas sufren dolores más fuertes que las multigrávidas.

Otros síntomas funcionales de alguna frecuencia son: sensación de pesadez pelviana; poliuria con polaquiuria; tenesmo rectal y tendencia muy marcada al estreñimiento.

El derrame del líquido amniótico merece mención particular, ya que en embarazos de más de 10 semanas, sea solo o bien asociado a la hemorragia, indica un aborto inevitable por ruptura del saco amniótico. Sin embargo, como regla general, esta contingencia se observa solamente después de un largo período de intensos dolores.

Signos físicos.—El reblandecimiento del cuello (signo de embarazo), el cual está a veces, entreabierto, pudiendo palparse el fondo inferior del huevo, son los más persistentes. Los datos del tacto varían para cada forma clínica, pero cuando el cuello está cerrado, son los signos de embarazo los que ponen en evidencia, asociados a la hemorragia. Muchas veces en el curso de este examen, el dedo siente la transmisión de una contracción uterina dolorosa, que expone la irritabilidad de la matriz.

Cuando la dilatación avance más, cuanto el aborto trate más a completarse, los datos del examen serán más fáciles de apreciar.

En abortos del cuarto al sexto mes, se observa frecuentemente que después de efectuado, aparece una ingurgitación de los pechos con secreción láctea.

Formas clínicas.—El aborto espontáneo, evoluciona en varias etapas antes de cumplir totalmente la expulsión del huevo. Es por eso que vamos a considerar sucesivamente: la amenaza de aborto; el aborto inminente, y el aborto inevitable y en curso.

1º—*Amenaza de aborto.*—Los antecedentes de la enferma, nos dicen que hay una amenorrea, cuya data es variable, en una mujer que menstruaba normalmente, se encuentra en el período de la actividad genital, y puede haber presentado esos pequeños signos de presunción del embarazo: ptialismo, náuseas, vómitos simples, tensión de los pechos, hiperestesia de los pezones, trastornos del apetito, etc. Bruscamente, han aparecido dolores pelvianos, que se localizan al hipogastrio y al sacro. A tales dolores, suele seguir una discreta metrorragia, indicadora de que a nivel de la zona de

adherencia del huevo se ha producido un pequeño desprendimiento y que el sitio de ese desprendimiento está en comunicación con la cavidad uterina. El pequeño hematoma inter-útero-ovular, crece más o menos rápidamente, y se constituye en centro de estímulos anormales para el miometrio, que se contrae. Créase de este modo un círculo vicioso; el hematoma excita la contracción, ésta desprende el huevo, y el desprendimiento que se acentúa, aumenta la metrorragia.

El tacto vaginal, reconoce un cuerpo uterino, reblandecido, globuloso, móvil, hipertrofiado en relación con la antigüedad de la amenorrea, y un cuello uterino reblandecido, con su orificio externo entreabierto, pero el orificio interno está cerrado. Los dedos se retiran teñidos con sangre, o algún coágulo vaginal.

2º—*Aborto inminente*.—Además de los signos ya citados, se encuentra: dolores más acentuados y rítmicos, metrorragia más abundante, el tacto permite reconocer contracciones rítmicas del útero, estando el conducto cervical más o menos dilatado, permeable al dedo que tacta, y el orificio interno está abierto, permitiendo reconocer el polo inferior del huevo, tenso.

3º—*Aborto inevitable en curso*.—Hay dolores, metrorragia, contracciones uterinas, expulsión de coágulos, y el tacto reconoce el cuello abierto: orificio externo, conducto cervical y orificio interno. El huevo está roto, y los dedos que tactan pueden retirar coágulos, membranas, y a veces el feto pequeño.

En estas condiciones, la mujer corre dos peligros: la hemorragia y la infección. La primera, si es abundante, puede alarmar por la aparición de signos de anemia aguda, aunque excepcionalmente es mortal. La segunda, es el serio peligro, que debe prevenirse, y evitar en lo posible. Ahora bien, si estos dos factores se encuentran asociados, la vida de la paciente se encuentra en inminente peligro de muerte, lo que indica la intervención precoz, y constituyen el fundamento del presente trabajo.

Es en estos momentos, que debe establecerse si el aborto es completo, o incompleto. Excepcionalmente podrá reconstruirse el

huevo gracias a los fragmentos eliminados, y asegurar así que el aborto es completo. Si el conducto cervical lo permite, el tacto intra-uterino, puede asegurar que la cavidad está vacía. Pero si el útero está bien retraído y contraído, y la hemorragia es mínima, puede deducirse que el aborto es completo.

El aborto incompleto, se caracteriza por persistencia de la metrorragia, disminución de los dolores, y aumento de la consistencia del útero.

Si el conducto cervical es permeable, el tacto intra-uterino podrá reconocer restos ovulares retenidos. Si el conducto cervical, está cerrado, y se reconoce el cuerpo relativamente voluminoso, blanduzco, debe deducirse que hay retención y hemorragia intracavitaria.

El diagnóstico, presuntivo o seguro de aborto incompleto, obliga a establecer si se trata de un aborto simple, o de un aborto complicado. Generalmente, el aborto espontáneo, involuntario es simple, apirético. El aborto producto de maniobras abortivas, o aborto provocado, puede ser complicado. La complicación, surge de la infección de la herida endometrial, por gérmenes llevados hasta ella por los dedos del operador, o instrumentos mal asepsizados.

La seguridad de que se trata de un aborto espontáneo, es relativa, dada la posibilidad de que la enferma intente ocultar la existencia de maniobras abortivas, de modo que en principio, conviene pensar que se trata de un aborto infectado.

Sin embargo, la infección también puede aparecer en ausencia de toda maniobra, por ascenso espontáneo de gérmenes que viven habitualmente en la vagina, o por llegada a la herida endometrial de gérmenes, provenientes de focos existentes en el organismo (importancia de la infección focal).

4º—*Aborto séptico*.—Consecuencia de cualesquiera de las formas precedentes, es de la mayor importancia del punto de vista médico, obstetra, social y legal, ya que en una gran mayoría de los casos, corresponde al aborto criminal.

Numerosos esfuerzos se hicieron para definir lo que debe comprender el aborto séptico, ya que la antigua diferenciación de casos afebriles y casos febriles, no se adapta a la exactitud de los hechos.

Muchos abortos son en principio febriles sin que ello represente la infección del huevo, y en otros casos, con temperatura normal, la septicidad se incuba, dando más tarde origen al cuadro que nos ocupa.

Se considera que un aborto es séptico, cuando la temperatura es mayor de 38°C y persiste más de 24 horas.

Diagnóstico.—El diagnóstico positivo de aborto y de cada clase de aborto es fácil deducirlo de las consideraciones anteriores, por lo cual para no caer en inútil repetición no entraré en detalle sobre esta cuestión.

En cuanto al diagnóstico diferencial deberá hacerse con las siguientes afecciones:

- a) Menstruación irregular de origen funcional.
- b) Dismenorrea membranosa.
- c) Fibroma uterino.
- d) Cáncer del útero.
- e) Embarazo ectópico.

El diagnóstico etiológico, es en la gran mayoría de los casos, excesivamente difícil, tanto para el aborto espontáneo como para el criminal.

Saber si un aborto fue natural, o ha sido provocado, es un asunto de la mayor importancia, pero lleno de dificultades. Y es que como se comprende, la mujer que se ha inducido un aborto, tiene todo el interés en ocultarlo.

Sin embargo, por una observación atenta de la paciente en el momento en que se le interroga, pueden sacarse datos con respecto a su estado de ánimo, los cuales nos aproximan a lo que ha ocurrido, ya que el antecedente delictuoso repercute sobre el estado emocional de la mujer, quien no se encuentra con la misma serenidad que aquella que no lleva en su conciencia esa mezcla de ansiedad y de temor.

CAPITULO IV

PRONOSTICO.—TRATAMIENTO.— OBSERVACIONES

Pronóstico.—En los 75 casos observados, el pronóstico fue bueno para la salud de la enferma, no se presentó ninguna complicación que pudo haber puesto en peligro la vida de la enferma, habiendo recuperado rápidamente su bienestar.

Tratamiento.—Siendo la hemorragia y la infección los dos síntomas dominantes, para la indicación de la intervención precoz; el tratamiento se basa esencialmente en la lucha activa contra estos dos factores, ocupando el vaciamiento de los restos infectados el primer lugar, acompañado de medidas terapéuticas adecuadas y de gran valor, para favorecer la ejecución del acto quirúrgico; como son: los antibióticos, transfusiones sanguíneas y de plasma, etc., etc.

Día de ingreso.—Inmediatamente después de haber hecho el diagnóstico de aborto incompleto séptico, procedemos de la manera siguiente: una dosis de 400,000 U. O. de Penicilina; transfusión de 500 c. c. de sangre; 250 c. c. de Plasma; Vitaminas C y K; legrado digito-instrumental cuidadoso, luego un litro de suero glucosado al 5% endovenoso; ocitócicos: ergotrato.

Primer día de hospitalización.—Una dosis de 400,000 U. O. de Penicilina; 500 miligramos de Vitamina C y 4 miligramos de Vitamina K; un litro de suero glucosado al 5% endovenoso y tres pastillas de ergotrato al día. Es de notar el descenso efectuado en la temperatura, que oscila entre 37 y 37.5° C.

Segundo día de hospitalización.—Una dosis de 400,000 U. de Penicilina; 500 miligramos de Vitamina C, y 4 miligramos de Vitamina K, y tres pastillas de ergotrato al día.

Tercer día de hospitalización.—Como la mayoría de las enfermas tratadas cumplían dos días de apirexia, se suspende la Penicilina, únicamente se sigue con las vitaminas y ergotrato y se levanta a la enferma, y no habiéndose presentado ninguna complicación se le da alta al día siguiente.

OBSERVACIONES

- 1.—I. G., de 17 años de edad.—Ingresó el 1º de Sbre.—Salió el 4 de Septiembre de 1949.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 2.—M. L., de 22 años de edad.—Ingresó el 4 de Septiembre.—Salió el 7 de Septiembre de 1949.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 3.—O. G., de 39 años de edad.—Ingresó el 10 de Septiembre.—Salió el 13 de Septiembre de 1949.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 4.—E. A., de 30 años de edad.—Ingresó el 17 de Septiembre.—Salió el 20 de Septiembre de 1949.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 5.—M. L. D., de 33 años de edad.—Ingresó el 23 de Septiembre.—Salió el 26 de Septiembre de 1949.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 6.—I. A., de 32 años de edad.—Ingresó el 27 de Septiembre.—Salió el 30 de Septiembre de 1949.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.

7.—A. V., de 29 años de edad.—Ingresó el 5 de Octubre.—Salió el 8 de Octubre de 1949.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.

8.—M. T. H., de 32 años de edad.—Ingresó el 19 de Octubre.—Salió el 23 de Octubre de 1949.—Cinco días de hospitalización.—Ninguna complicación.

9.—O. S., de 23 años de edad.—Ingresó el 23 de Octubre.—Salió el 26 de Octubre de 1949.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.

10.—G. C., de 24 años de edad.—Ingresó el 8 de Noviembre.—Salió el 12 de Noviembre de 1949.—Cinco días de hospitalización.—Ninguna complicación.

11.—M. B., de 23 años edad.—Ingresó el 14 de Noviembre.—Salió el 17 de Noviembre de 1949.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.

12.—F. O., de 38 años de edad.—Ingresó el 20 de Noviembre.—Salió el 23 de Noviembre de 1949.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.

13.—E. R., de 19 años de edad.—Ingresó el 29 de Noviembre.—Salió el 3 de Diciembre de 1949.—Cinco días de hospitalización.—Ninguna complicación.

14.—Z. M., de 22 años de edad.—Ingresó el 1º de Diciembre.—Salió el 4 de Diciembre de 1949.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.

15.—M. L. H., de 31 años edad.—Ingresó el 16 de Diciembre.—Salió el 20 de Diciembre de 1949.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.

16.—E. R., de 36 años de edad.—Ingresó el 20 de Diciembre.—Salió el 24 de Diciembre de 1949.—Cinco días de hospitalización.—Ninguna complicación.

- 17.—J. R., de 27 años de edad.—Ingresó el 23 de Diciembre.—Salió el 26 de Diciembre de 1949.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 18.—M. de O., de 27 años de edad.—Ingresó el 30 de Enero.—Salió el 3 de Febrero de 1950.—Cinco días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 19.—J. F., de 31 años de edad.—Ingresó el 1º de Febrero.—Salió el 4 de Febrero de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 20.—J. M., de 29 años de edad.—Ingresó el 9 de Febrero.—Salió el 12 de Febrero de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 21.—M. B., de 33 años de edad.—Ingresó el 14 de Febrero.—Salió el 17 de Febrero de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 22.—A. P., de 35 años de edad.—Ingresó el 27 de Febrero.—Salió el 2 de Marzo de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 23.—A. M., de 29 años de edad.—Ingresó el 1º de Marzo.—Salió el 5 de Marzo de 1950.—Cinco días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 24.—H. M., de 30 años de edad.—Ingresó el 4 de Marzo.—Salió el 7 de Marzo de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 25.—A. de M., de 32 años de edad.—Ingresó el 10 de Marzo.—Salió el 13 de Marzo de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 26.—R. G., de 26 años de edad.—Ingresó el 20 de Marzo.—Salió el 23 de Marzo de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.

- 27.—O. R., de 33 años de edad.—Ingresó el 11 de Abril.—Salió el 14 de Abril de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 28.—A. J., de 21 años de edad.—Ingresó el 14 de Abril.—Salió el 17 de Abril de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 29.—P. I., de 36 años de edad.—Ingresó el 30 de Abril.—Salió el 3 de Mayo de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 30.—M. T., de 29 años de edad.—Ingresó el 16 de Mayo.—Salió el 20 de Mayo de 1950.—Cinco días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 31.—J. O., de 34 años de edad.—Ingresó el 2 de Junio.—Salió el 5 de Junio de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 32.—M. M., de 31 años de edad.—Ingresó el 23 de Julio.—Salió el 26 de Junio de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 33.—E. F., de 30 años de edad.—Ingresó el 10 de Julio.—Salió el 13 de Julio de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 34.—A. P., de 36 años de edad.—Ingresó el 2 de Agosto.—Salió el 5 de Agosto de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 35.—M. T. de F., de 33 años de edad.—Ingresó el 9 de Septiembre.—Salió el 12 de Septiembre de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 36.—M. M. U., de 27 años de edad.—Ingresó el 13 de Septiembre.—Salió el 16 de Septiembre de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.

- 37.—G. de U., de 24 años de edad.—Ingresó el 9 de Octubre.—Salió el 12 de Octubre de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 38.—M. A. G., de 21 años de edad.—Ingresó el 15 de Octubre.—Salió el 18 de Octubre de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 39.—L. M., de 22 años de edad.—Ingresó el 8 de Noviembre.—Salió el 11 de Noviembre de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 40.—M. P., de 29 años de edad.—Ingresó el 13 de Noviembre.—Salió el 17 de Noviembre de 1950.—Cinco días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 41.—A. T., de 33 años de edad.—Ingresó el 20 de Noviembre.—Salió el 23 de Noviembre de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 42.—I. A. R., de 24 años de edad.—Ingresó el 9 de Diciembre.—Salió el 12 de Diciembre de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 43.—M. T. A., de 27 años de edad.—Ingresó el 17 de Diciembre.—Salió el 20 de Diciembre de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 44.—E. Y., de 21 años de edad.—Ingresó el 27 de Diciembre.—Salió el 30 de Diciembre de 1950.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 45.—H. A., de 30 años de edad.—Ingresó el 3 de Enero.—Salió el 6 de Enero de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 46.—E. E., de 29 años de edad.—Ingresó el 14 de Enero.—Salió el 17 de Enero de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.

- 47.—L. L., de 39 años de edad.—Ingresó el 19 de Enero.—Salió el 22 de Enero de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 48.—C. J., de 34 años de edad.—Ingresó el 22 de Enero.—Salió el 25 de Enero de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 49.—E. M., de 33 años de edad.—Ingresó el 31 de Enero.—Salió el 3 de Febrero de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 50.—S. R., de 17 años de edad.—Ingresó el 5 de Febrero.—Salió el 8 de Febrero de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 51.—A. S., de 28 años de edad.—Ingresó el 6 de Febrero.—Salió el 9 de Febrero de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 52.—F. S., de 29 años de edad.—Ingresó el 19 de Febrero.—Salió el 22 de Febrero de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 53.—A. M., de 24 años de edad.—Ingresó el 24 de Febrero.—Salió el 27 de Febrero de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 54.—M. de P., de 40 años de edad.—Ingresó el 28 de Febrero.—Salió el 3 de Marzo de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 55.—B. G., de 34 años de edad.—Ingresó el 3 de Marzo.—Salió el 8 de Marzo de 1951.—Cinco días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 56.—I. F., de 26 años de edad.—Ingresó el 19 de Marzo.—Salió el 22 de Marzo de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.

- 57.—E. M., de 27 años de edad.—Ingresó el 4 de Abril.—Salió el 7 de Abril de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 58.—L. M., de 19 años de edad.—Ingresó el 11 de Abril.—Salió el 15 de Abril de 1951.—Cinco días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 59.—A. S., de 27 años de edad.—Ingresó el 26 de Abril.—Salió el 29 de Abril de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 60.—A. M., de 31 años de edad.—Ingresó el 5 de Mayo.—Salió el 8 de Mayo de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 61.—M. C., de 20 años de edad.—Ingresó el 12 de Mayo.—Salió el 15 de Mayo de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 62.—V. O., de 20 años de edad.—Ingresó el 21 de Mayo.—Salió el 24 de Mayo de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 63.—A. M., de 35 años de edad.—Ingresó el 25 de Mayo.—Salió el 28 de Mayo de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 64.—Z. A. R., de 24 años de edad.—Ingresó el 7 de Junio.—Salió el 11 de Junio de 1951.—Cinco días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 65.—R. S., de 32 años de edad.—Ingresó el 15 de Junio.—Salió el 18 de Junio de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 66.—E. B., de 29 años de edad.—Ingresó el 20 de Junio.—Salió el 23 de Junio de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.

- 67.—D. C., de 24 años de edad.—Ingresó el 27 de Junio.—Salió el 30 de Junio de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 68.—M. P., de 22 años de edad.—Ingresó el 5 de Julio.—Salió el 8 de Julio de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 69.—M. C., de 35 años de edad.—Ingresó el 11 de Julio.—Salió el 14 de Julio de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 70.—J. S., de 23 años de edad.—Ingresó el 14 de Julio.—Salió el 17 de Julio de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 71.—A. de A., de 24 años de edad.—Ingresó el 29 de Julio.—Salió el 2 de Agosto de 1951.—Cinco días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 72.—A. M., de 25 años de edad.—Ingresó el 14 de Agosto.—Salió el 17 de Agosto de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 73.—M. C., de 29 años de edad.—Ingresó el 22 de Agosto.—Salió el 25 de Agosto de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 74.—S. O., de 40 años de edad.—Ingresó el 2 de Septiembre.—Salió el 5 de Septiembre de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.
- 75.—C. A., de 34 años de edad.—Ingresó el 15 de Septiembre.—Salió el 18 de Septiembre de 1951.—Cuatro días de hospitalización.—Ninguna complicación.

CONCLUSIONES

- 1ª—El Aborto constituye en Guatemala, un serio problema Médico y social.
- 2ª—Casuísticamente, en enfermas hospitalarias, el Aborto es entre nosotros más frecuente:
- a) Durante el segundo y tercer mes de la gestación.
 - b) En su origen criminal.
 - c) En un 90% en mujeres comprendidas entre los 20 y 35 años.
 - d) En un 95% en mujeres solteras.
 - e) En sus cuadros clínicos, incompleto y séptico.
- 3ª—Es de impostergable necesidad combatirlo en todos sus aspectos.
- 4ª—El tratamiento que motivó este trabajo, demostró:
- a) Lo inocuo del legrado precoz en el Aborto Séptico incompleto.
 - b) En los 75 casos presentados no se observó ninguna complicación.
 - c) El descenso teatral a lo normal de la temperatura en las 12 a 24 horas siguientes al vaciamiento del útero.
 - d) Desde el punto de vista hospitalario, el promedio de estancias oscila entre 4 y 5 días.
 - e) Las enfermas se benefician enormemente por la rapidez del tratamiento.
 - f) Ninguna de las enfermas tratadas, ha regresado por alguna complicación tardía (anexitis crónica, esterilidad, etc.)
 - g) He podido comprobar embarazos ulteriores al raspado, en la Consulta Prenatal del Dispensario Municipal N° 3.

ARTURO REYES R.

Vº Bº,
DR. RICARDO ALVAREZ O.,
*Jefe de la Segunda Maternidad
del Hospital General.*

Imprímase,
DR. CARLOS MAURICIO GUZMÁN,
Decano de la Facultad de CC. MM.

BIBLIOGRAFIA

Crossen.—Diseases of Women.

De Lee y Greenhill.—Principles and Practice of Obstetrics.

Fabre.—Précis de Obstetrique.

Garraud.—Traité medico-legal sur l'avortement.

Metzguer.—Précis de Obstetrique.

Mondor.—Les avortements mortels.

Mora.—Medicina Forense.

Moragues Bernat J.—Clínica Obstétrica.

Dexeus Font.—Tratado de Obstetricia.

Taussig.—Spontaneous and Induced abortions. Medical and Social aspects.

Libros de ingreso del Cuarto de Partos y de salida de la Segunda Maternidad del Hospital General.