

# REVISTA ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA ≡≡≡ ≡≡≡ Y GINECOLOGÍA

□ □ □

## DIRECTORES

P. NUBIOLA

de Barcelona

S. RECASENS

de Madrid † Agosto 1933

P. ZULOAGA

de Valladolid

## SECRETARIO DE REDACCIÓN

DR. VITAL AZA

de Madrid

□ □ □

AÑO XXI — AGOSTO 1936 — NUM. 248

□ □ □

SUSCRIPCIONES, ANUNCIOS Y PAGOS, AL  
SR. ADMINISTRADOR, CALLE DE MACÍAS  
PICAVEA. NÚMEROS 38 Y 40, VALLADOLID

AGENCIA GENERAL PARA LOS ANUNCIOS  
FRANCESES, MR. LOUIS VIDAL.—  
107, RUE DE LAFAYETTE.—PARIS (10)

Suscripción anual para España, 20 ptas.—Extranjero, 24 ptas.

Portugal y América, 22 ptas.

Número suelto del año, 2,50 ptas.—De años anteriores, 3 ptas.

Colección completa, 25 ptas.

# SUMARIO

## ARTÍCULOS ORIGINALES

	Págs.
<i>Las hormonas sexuales ante los hechos genitales y gravídicos</i> , por el profesor P. Nubiola. . . . .	281
<i>Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta</i> , por el doctor Carlos Colmeiro Laforet. . . . .	286
<i>Distocia por prociencia de los dos miembros inferiores en una presentación cefálica</i> , por E. Weber y T. Sánchez-Araña. . . . .	289
<i>La mastalgia del período premenstrual</i> , por Carlos Stajano. . . . .	293

## REVISTA DE LA PRENSA MÉDICA

I.—PUBLICACIONES EN ESPAÑOL.—Diagnóstico positivo y diagnóstico diferencial del embarazo intrauterino, por los doctores V. Adalberto Maldonado y Vicente Marino Donato.—La placenta zonaria en la especie humana, por el doctor Jorge Luis Ahumada.—Quiste de vagina, por los doctores Antonio Falsía y Miguel V. Falsía. . . . . 300

Dirijase la correspondencia concerniente a la Redacción de esta REVISTA a sus Directores  
**Dr. Pedro Zuloaga, Regalado, 12, Valladolid.**  
**Dr. Pedro Nubiola, Avenida 14 Abril, 430, Barcelona.**

TALLERES TIPOGRÁFICOS «CUESTA». — VALLADOLID

**SECACORNINE "ROCHE"**

Toda la acción del cornezuelo de centeno

**ISACENE "ROCHE"**

Laxante suave y fácil de tomar

**ÓVULOS "ROCHE"  
AL THIGENOL**

Tópico sulfuroso, antiséptico, queratoplástico, descongestionante y analgésico

**TÓNICO "ROCHE"**

Reconstituyente de las fuerzas físicas y estimulante de la actividad cerebral

BARCELONA

Caspe, 26

**PRODUCTOS ROCHE, S. A.**

MADRID.— Santa Engracia, 4

LEÓN

Avenida de Méjico, 4

### A LOS AUTORES Y EDITORES NACIONALES Y EXTRANJEROS

Se anunciarán dos veces todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Sólo se hará artículo crítico cuando se reciban dos ejemplares.

REVISTA ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA annoncerá pendant deux mois tout oeuvre envoyé a nos bureaux: si deux exemplaires nous sont parvenus, nous ferons l'analyse bibliographique.

All professional work forwarded to the REVISTA ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA will be advertised during the space of two months; and if two copies are send work will receive a critical examination.

Wir werden jedes Werk, welches man uns zu Rezensenszwecken einschickt, in unserer Zeitschrift bekanntgeben, sowie dasselbe eingehend besprechen, falls das Werk entsprechenden Wert fuer unsere Leser besitzt, und uns in zwei Exemplaren zugeschickt wird.

Di tutti libri di cui si ricevano in questa Amministrazione due esemplari, será dato un resoconto bibliografico nella REVISTA ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

LOS ENVÍOS DIRECTAMENTE A LA ADMINISTRACIÓN:  
MACÍAS PICAVEA, 38 Y 40 - VALLADOLID

**ÍNDICE****BIBLIOGRÁFICO  
DE MEDICINA**

**1936**

(Enero de 1927  
a Diciembre de 1935)  
Apéndice II.

conteniendo, además, las principales obras de FARMACIA, QUÍMICA, FISIATRÍA O NATURISMO, HOMEOPATÍA, ODONTOLOGÍA, MAGNETISMO, HIPNOTISMO Y VULGARIZACIÓN CIENTÍFICA

**LIBRERÍA SINTES**  
4, Ronda de la Universidad, 4  
**BARCELONA**

**HEMOGLOBINA**  
**DESCHIENS**

ANEMIA  
CONSUMPCION  
NEURASTENIA  
CONVALECENCIAS

HIERRO VITALIZADO  
OXIDASAS DE LA SANGRE

**OPOTERAPIA  
HEMÁTICA**

JARABE y  
VINO

**DESCHIENS**

á la Hemoglobina

Admitidos en los Hospitales de París

Proporcionarán á los  
Médicos resultados que  
agradecerán sus enfermos

**DOSIS :**

*Jarabe* : Una cucharada de las de  
sopa en cada comida.

*Vino* : Un vaso de madera en cada  
comida.

**SUSTITUYE LA CARNE CRUDA  
Y EL HIERRO**

Deschiens, Doctor en Farmacia  
9, Rue Paul-Baudry, Paris.

J. G. Salinas y C<sup>ía</sup>, 111, Claris, Barcelona

**Vías  
respiratorias**

**JARABE FAMEL**  
à base de Lactocreo-sola soluble

**ACCIÓN  
RÁPIDA  
Y SEGURA**

**calma la tos  
facilita la expectoración  
reanima el estado general**

*Deposito general para España  
Curiel y Morán-Aragón 228 - Barcelona*

# REVISTA ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

AGOSTO  
DE 1956

AÑO XXI  
NÚM. 248

## Las hormonas sexuales ante los hechos genitales y gravídicos <sup>(1)</sup>

POR EL PROFESOR P. NUBIOLA

Los sorprendentes fenómenos de la generación han suscitado de antiguo la curiosidad científica en todos sus aspectos y siempre se ha querido obtener de los mismos una explicación que se ha confeccionado a medida de las opiniones reinantes, aun cuando se presentara como basada en los datos obtenidos por el estudio y la investigación.

A medida que fueron conociéndose la estructura del ovario y del útero y sus cambios, pudo parecer ya resuelta la cuestión, pero en ocasión de los trabajos de Fraenkel acerca del cuerpo amarillo, ocurrió que durante años, relacionándolos con los adelantos en endocrinología, fué impuesto dicho cuerpo lúteo como factor y explicación de los hechos menstruales y gravídicos.

Más tarde los trabajos de Ancel y Bouin y Sta Niskoubina, hincharon el perro a base de una glándula intersticial femenina, que a pesar del vano empeño posterior de muchos autores, aún ahora ni sabemos que exista, ni dónde radique.

Recientemente los trabajos de Iscovesco y de Aschner y más tarde de Allen y Daisy y de Zondek, han sido el motivo de que se construyera una complicada hormonología genital, que es manejada a diario para establecer afirmaciones y deducciones; creo necesaria una desapasionada revisión del estado actual en lo concerniente a las hormonas llamadas genitales o gonadotropas, para después de recordar los hechos sexuales femeninos y gravídicos ver en cuánto se puede establecer conexión entre ambos.

Las hormonas a considerar son la foliculina, la luteína y el prolán o los prolanes A y B; las llamo así, prescindiendo de los diversos nombres que se han ido dando a las mismas y que forman ya lista.

La foliculina, según nos dice Marañón en su Ginecología endocrina (Espasa-Calpe, Madrid, 1935), «se produce en las células de la granulosa de los folículos de De Graaf,

(1) Lección inaugural del curso breve dedicado a «Actualidades Obstétricas» profesado en la Clínica de Obstetricia de la Universidad Autónoma de Barcelona. Mayo de 1956.

según unos; según otros, Zondek principalmente, en las células de la teca; vertiéndose en el líquido del quiste folicular». Si no sabemos dónde se elabora, sabemos que existe en la mujer, en el hombre, en animales, en vegetales, en flores, en aceites minerales. Butenand nos habla de ser una oxiketona y de una fórmula probable  $C_{18}H_{22}O_2$ . No insisto en más detalles ni ahora nos interesa la manera de obtenerla los isómeros de la misma, sus propiedades químicas, etc.

La acción biológica consiste en provocar celo en los animales (rata, ratona), estimular el crecimiento del útero y suscitar en los animalitos impúberes una maduración genital precoz. La demostración se efectúa porque dichos animalitos en época de celo tienen en su secreción vaginal copos o escamas formados por el desprendimiento de células del epitelio vaginal queratinizadas. Si se insiste en dar foliculina crece también el útero y la mucosa de este órgano. A base de estos datos se ha establecido la unidad rata o ratona. (Decimos ratona del ratón hembra siguiendo el acertado consejo de Marañón).

La luteína sólo se ha podido obtener del cuerpo amarillo de los animales y parece que también existe en el de la mujer. Allen y Hisaw afirman haberla obtenido cristalina, y Butenand y Fernholz el año pasado afirmaron haberla producido sintética, de la semilla de soja.

El efecto de la luteína es transformar la mucosa uterina en decidua pregravídica, conforme a la prueba ideada por Corner y Allen, como resultado de sus trabajos en conejas.

Prolán o prolanes A y B son de origen hipofisario (lóbulo anterior), se han conocido por los descubrimientos de Smith y Engle, y de Zondek y Asheim, y han sido el fundamento de la reacción que lleva el nombre de los últimos, propuesta en 1928, para el diagnóstico biológico de la gestación y las sucesivas reacciones de Brouha-Hinglais-Simmonet, la de Friedman, Binet-Verne y Sta Luxembourg.

El prolán es excretado por el riñón en la mujer en cantidad ascendente desde el período preplacentario hasta últimos del 5.º mes de embarazo, que llega al doble, y después va disminuyendo. Se acepta que son idénticas dichas sustancias y la que puede obtenerse del lóbulo anterior de la hipófisis, pero no existe conformidad en el asunto y se pueden oponer hechos que inclinan a negarlo.

El efecto es: maduración de folículos y celo; hemorragia folicular y formación de cuerpos amarillos, que muchos se caracterizan por tener incluido el óvulo en tejido luteínico según dice Zondek.

Si recordamos los hechos genitales desde la formación de la glándula genital y la evolución del ovario fetal e infantil, llegamos a la época prepuberal y surge la pubertad, en la que aparte de los caracteres sexuales secundarios, el hecho esencial es la instauración del período sexual, con ovulación y aptitud de procreación y secundariamente menarquia; el útero evoluciona a compás de la actividad ovárica. Destaca la sucesión de los fenómenos tan interesantes y concatenados de foliculación, ovulación y cuerpo amarillo.

Los más culminantes hechos gravídicos que nos interesan analizar son: la formación decidual, la implantación del huevo y la constitución y funcionalismo placentarios.

No basta examinar un óvulo en el ovario, sino el tránsito de dicho elemento desde que se formó hasta llegar a adquirir las condiciones para la fecundación; además, es innegable que el folículo es regido por el óvulo, así el folículo primordial, como el complejo aparato

folicular; así la corona radiante al polarizar sus células en torno del óvulo y también las comunicaciones protoplásmicas a través de la membrana vitelina.

Por otra parte, el folículo no se rompe sino cuando el óvulo es apto para la concepción; en otro caso el folículo resulta atrésico; igualmente, si no se abre el folículo, no hay cuerpo amarillo.

Aún más notable es que la suerte del óvulo, liberado ya, condicione la vivencia o evolución del cuerpo amarillo, pues de no ser fecundado, de morir o de ser expulsado el huevo, degenera en seguida el cuerpo lúteo, y en cambio sigue pujante en los primeros meses de la gestación normal.

Lo mismo puede decirse de la mucosa que pasa a decidual y deja de serlo de no estar presente el huevo en evolución.

En cuanto a la placenta no puede olvidarse que es derivación de la parte extraembrionaria del huevo y descende de aquella primitiva célula noble, que en el ovario conservaba y podía transmitir las esencias de la especie, que sus elementos iniciales tienen cualidades extraordinarias, tanto para la reproducción celular como para su compleja actuación biológica.

Pues bien, quíerese hoy, que el óvulo, el huevo y los genitales sean elementos supeditados a la actuación hormonal, en el papel de obediencia pasiva.

Así, se dice: por una pequeña producción de prolán en la hipófisis se determina la formación de folículos y son éstos entonces obligados a fabricar foliculina; se produce más prolán y sobreviene la pubertad; hay más producción de foliculina y crece el endometrio; se rompe, no sabemos por qué efecto hormonal, el folículo, y, actuando el prolán luteinizante, surge el cuerpo amarillo; por obra de la luteína hay decidua y se favorece la implantación del huevo; más tarde, por acción hipofisaria (lóbulo posterior), ocurrirá el parto.

La cosa no puede ser más sencilla; además, por si surgieran dificultades, se concede una acción inhibitoria de una sobre otra hormona, y así por el mismo juego de hormonas, se llega aún a explicar el reblandecimiento del istmo del útero, que se aprecia con el signo de Hegar.

Quien no lo encuentre todavía bastante claro, puede recurrir a la actuación del centro nervioso primordial que Dohrn y Junckman sitúan en el suelo del 3.<sup>er</sup> ventrículo encargado de velar por el orden.

Pero si se estudia el asunto se observa que no es comparable la maduración óvulo-folicular con el desorden o trastorno que se ocasiona al ovario con la administración de prolán, o cuando se irradian ovarios infantiles, o se administra talio, o se hace diatermia de onda corta.

Para Zondek el óvulo carece de valor, no tiene actuación propia, todo lo debe al prolán y la foliculina, pero no puede negarse cuando menos que sin óvulo no hay folículo posible y que la maduración folicular se hace en proporción a las condiciones del óvulo.

La ovulación o puesta ovular, no se la explican los autores, porque, por más prolán que se inyecte, los óvulos no salen de su nido.

Por otra parte, es fisiológico que, la maduración de uno o más folículos, inhiba la formación de los restantes; en los hechos experimentales se movilizan los folículos de una manera desordenada sin participación del óvulo.

De manera que no existe, repetimos, comparación entre una excitación artificial de los elementos gonadales del ovario y la función que lleva a cabo foliculación y ovulación.

Lo mismo podemos decir de las transformaciones del endometrio, que son sincrónicas con la actividad ovárica, y cosa muy distinta de una cornificación y descamación de los animales en celo, que por otra parte también se produce en cierta enfermedad de los ratones.

Respecto de la luteína, ya puede producir la hipófisis hormona luteinizante que, en la fisiología de la mujer y asimismo en la coneja, no hay cuerpo amarillo hasta haberse evacuado el folículo.

¡Acaso la hipófisis recibe aviso de haberse liberado el óvulo para entonces intensificar su fabricación de hormona que formará el cuerpo lúteo, que construirá la decidua, que determinará la nidación del huevo y aun la continuidad del embarazo!

Y nos encontramos con la paradoja de tener la hipófisis, para su cometido que apelar al auxilio del mismo cuerpo amarillo, y por ser éste tan poquita cosa se les ha ocurrido a los autores reclamar la colaboración de la placenta, así dice Zondek textualmente: muchos hechos indican que la placenta se encarga también durante el embarazo de la producción de hormonas hipofisarias, sin que se haya aún obtenido la completa demostración.

Estas hormonas hipofisarias, que según se afirma inundan el organismo de la grávida y son eliminadas, en su exceso, por la orina, son las que sirven para las reacciones de Asheim, Zondek, Friedmann, Brouha, etc., pero, entendiéndose bien, se basan, para el caso positivo en la aparición de cuerpos amarillos y sobre todo hemorrágicos.

El hecho de que con la orina de una embarazada o con suero de la misma se puedan obtener tales reacciones, es un fenómeno de suma trascendencia y representa un considerable adelanto biológico preñado de sugerencias; pero téngase en cuenta que no hacen aquellas sustancias en el organismo de la misma mujer y tampoco animal lo que vemos en la experimentación. Precisamente el cuerpo amarillo después de los primeros tiempos de gestación va siendo cada vez más pobre, en el resto de ovario no aparece luteinización por parte alguna, y existen dos hechos experimentales que los autores ya indican, pero no explican: uno es la luteinización del folículo sin su previa dehiscencia, quedando el óvulo aprisionado por células lúteas; es el otro la dilatación de los capilares ováricos y producción de hemorragias intrafoliculares y también en el estroma y aun en la cubierta del ovario.

Zondek mismo da a entender que la célula placentaria es la productora de hormonas, y a la vez, por otra parte, que no ha encontrado prolán A en la placenta de vaca y marrana.

Por mi parte, investigando con tejido placentario de vaca y oveja, obtuve hace muchos años foliculación y modificación de la mucosa uterina de la coneja análogas a las que produce el prolán, por lo que denominé se trataba de *harmozonas* placentarias (1).

El *quid* de la cuestión está, pues, en la averiguación del exacto y complejo papel biológico que realiza el huevo primero y después la placenta desde que se constituye hasta el último momento de la gestación.

En cuanto al valor de la hipófisis respecto de las ocurrencias genitales, deben tenerse en

(1) REV. ESP. DE OBST. Y GIN., año II, número 15, marzo, 1917.



cuenta los hechos que recuerda Clauberg, entre ellos, que el ovario infantil de los animales se atrofia extirpando la hipófisis, que la hipofisectomía, en seguida del coito, impide la ovulación de la coneja, pero no si se hace una hora después, y también que la extirpación de ovarios determina atrofia genital a pesar de que conserven intacta la hipófisis.

No puede, pues, negarse, que la existencia de la hipófisis y la normalidad de este órgano sean condición importante para una buena función genital.

Lo mismo podemos decir del ovario, del tiroides y de otros órganos, del desarrollo anatómico, de la atrofia del timo, etc.

Marañón, después de analizar en su ginecología endocrina los hechos referentes a hormonas ováricas e hipofisogonadales, no encuentra su espíritu satisfecho, y con aquella su fina percepción y expresión clara y aguda, nos habla de un complejo hormonal, en el que intervendrían, además de los ovarios y la hipófisis, el tiroides y la suprarrenal.

Siendo la función de reproducción la función cumbre, todos los órganos han de contribuir a su posible realización, como en un rosal se forma el capullo y se abre la rosa merced a la actividad de todos los elementos del vegetal, sin que sea necesaria una inyección de prolán.

Como complemento de la revisión de hechos que hemos intentado, establecemos las siguientes consideraciones:

1.<sup>a</sup> Que las sustancias obtenidas de orina y de sangre de una embarazada han permitido establecer un diagnóstico biológico de gestación de grandes resultados por la reacción de Asheim-Zondek, Friedmann, Brouha, etc., y a la vez interesa en gran manera poder aclarar cuanto se refiere al origen de tales sustancias en el organismo y el papel que desempeñan en el mismo.

2.<sup>a</sup> Que no puede perderse de vista la actividad ovular, y se ha de considerar la ovulación como un hecho favorecido por diversas acciones, pero supeditado esencialmente a la existencia del óvulo y a que éste adquiriera las condiciones necesarias para realizar su cometido.

3.<sup>a</sup> Que todos los hechos genitales y gravídicos están vinculados y en dependencia de la ovulación, la concepción y la implantación y desarrollo del huevo, y se producen sincrónica y armónicamente con éstos.

4.<sup>a</sup> Y última. Que las afirmaciones y deducciones que a diario se leen en libros y publicaciones profesionales entrañan un doble peligro; por una parte dar por resueltos problemas que están sólo vislumbrados, y por otra, que por desaprensión comercial se utilicen los hechos científicos para propagandas encaminadas no a una experimentación concienzuda, sino puramente a beneficiar de un negocio.

SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE LA CORUÑA

## Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta

POR EL DOCTOR CARLOS COLMEIRO LAFORET

Se admite generalmente que el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (que llamaremos abreviando D. P.), es un acontecimiento poco frecuente y se reconoce por la mayoría de los clínicos que es una de las más graves complicaciones que pueden sorprender al tocólogo. Sin embargo, estudiando atentamente la marcha de los partos en toda su duración y no limitándose el tocólogo a observar a la parturiente más que durante algunos momentos, como se hace generalmente en la práctica de la asistencia domiciliaria, desgraciadamente tan difundida en España, en la que se deja la labor pesada de espera y observación en manos de una matrona que avisa al tocólogo ante cualquier anomalía, y de no haberla, solamente en el período expulsivo, se puede notar que el D. P. no es una eventualidad extraordinaria, sino que se da en casos leves con más frecuencia de lo que generalmente se admite. Lo que es evidentemente raro es el encontrar casos graves de desprendimiento total con todo su cortejo de shock, anemia aguda, etc.

Como es sabido, los casos de D. P. se clasifican clínicamente en tres grupos: 1.º, con hemorragia externa; 2.º, con hemorragia interna, y 3.º, combinación de los dos.

Los casos del primer grupo se manifiestan clínicamente por una pérdida más o menos grande de sangre, generalmente poco antes de que se establezcan las contracciones propias del parto de una manera regular. La hemorragia cede al comenzar las contracciones y es sustituida por un flujo achocolatado. Frecuentemente en estos casos la exploración más minuciosa no permite descubrir ninguna anomalía. La presentación está fija o desciende bien en la excavación y la hemorragia tiende a desaparecer espontáneamente.

A casos del segundo grupo, en los que la hemorragia no es muy grande, se atribuyen muchas muertes de fetos, ya que puede haber un derrame sanguíneo retroplacentario que pase desapercibido para la madre y que despegue la placenta en una superficie tal que haga imposible la vida del feto, sin que a pesar de ello se note ninguna hemorragia al exterior.

Muchas veces hay una hemorragia interna primitiva ocasionada por el desprendimiento placentario, que se hace externa cuando la sangre logra llegar al cuello, insinuándose entre la cara externa de las membranas y la pared del útero. La gran mayoría de estos casos

se corrigen espontáneamente tan pronto como se establecen las contracciones de una manera regular.

Cualquiera de los tres grupos de casos pueden adquirir caracteres de gravedad si la hemorragia es intensa, pero como la mayoría de las veces no es así, no se interpretan las pequeñas hemorragias que se observan con tanta frecuencia como desprendimientos prematuros de placenta, sino que se atribuyen a desgarros de cuello durante la dilatación (?), a inserciones bajas de la placenta, etc. También es muy frecuente que el tocólogo no se ocupe de buscar una interpretación a estas pequeñas hemorragias, a las que generalmente no concede importancia.

Creemos, pues, que el criterio de considerar el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta como un acontecimiento excepcional, debe de ser revisado cuidadosamente. Admitimos que es raro un desprendimiento total con gran hemorragia interna, externa o combinada, pero tenemos la impresión de que son mucho más frecuentes de lo que se admite generalmente los desprendimientos parciales que cursan clínicamente sin síntomas ostensibles o con manifestaciones poco aparatosas y de escasa gravedad.

El estudio anatómico de los úteros en los que ha tenido lugar un D. P., muestra generalmente una serie de alteraciones degenerativas de la pared uterina, que van desde una ligera infiltración leucocitaria de la masa muscular a la necrosis total de las fibras, con pérdida de las afinidades colorantes, lisis nucleares, etc. A esto se unen lesiones vasculares que ocasionan endoteliosis y extravasaciones sanguíneas. Las lesiones de la capa muscular, unidas a las alteraciones de los vasos, facilitan la hemorragia y por tanto el desprendimiento de la placenta, por un mecanismo en cierto modo análogo al alumbramiento normal, según Schultze.

A las lesiones uterinas de tipo degenerativo se unen casi siempre alteraciones hepáticas en forma de degeneración grasosa, y atrofia aguda amarilla y renales, que dan lugar a degeneración parenquimatosa. En tales casos, ya clínicamente se encuentran síntomas evidentes de toxemia gravídica, traducida por estados de eclampsismo, albuminuria, hipertensión, cefaleas y hasta eclampsia genuina.

Sin embargo, no todos los casos de D. P. se pueden atribuir a toxemias y parece que en una tercera parte de los casos hay otras causas ajenas a ellas, como son los procesos inflamatorios crónicos de la mucosa uterina, la sífilis, los traumas directos sobre la pared abdominal, etc.

En la observación que exponemos a continuación no nos ha sido posible encontrar la etiología del D. P. y nos parece que en él puede descartarse la teoría toxémica:

Aurora R. F., de 34 años. Primera menstruación a los 12; tipo, 29/6. Seis partos espontáneos, uno de ellos de nalgas. Un aborto. Última menstruación 20 de agosto de 1934. Primeros movimientos fetales a principios de enero de 1935. Comienzo de los dolores el 24 de mayo a las 23 horas. El día 25 a las nueve horas, o sea diez después de la iniciación de los dolores, siente un dolor agudo en el centro del vientre, y a partir de entonces, el dolor no cede y va aumentando paulatinamente. A las once horas somos llamados porque la familia, contra el parecer de la comadrona, encuentra a la enferma con mal aspecto. Recogemos los siguientes datos: temperatura, 36° 5; pulso, 130; respiraciones, 40; extremidades, frías; vientre, imposible de explorar, pues el útero, muy voluminoso,

está extraordinariamente duro y la enferma se queja de un dolor muy intenso al intentar palparla. No se encuentra foco de auscultación. No tiene al exterior hemorragia perceptible. Inyectamos cardiazol y espasmalgine y disponemos su traslado a la Maternidad municipal con el diagnóstico de probable desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.

Llega allí, historia núm. 1294 (1935), con pulso incontable; presión sanguínea máxima, 85 mm. Hg., gran disnea, mala facies y muy fría. Se le inyectan 600 gr. de suero glucosado, adrenalina, aceite alcanforado, etc. Anestesia ligera con éter. Encontramos un cuello dilatado con 8 cm., presentación cabeza, que está movable, y bolsa de las aguas íntegra. Punción de la bolsa, se rechaza la cabeza y se hace fácilmente presa en un pie. Extracción podálica lenta sin particularidad. Al mismo tiempo que se desprende la cabeza última sale la placenta. Inyección intravenosa de cinco unidades clínicas de pituitrina disueltas en 5 cm. de suero fisiológico. Al inspeccionar el cuello con ayuda de valvas de Doyen anchas, como hacemos sistemáticamente después de toda intervención obstétrica por vía vaginal para descartar algún desgarro de cuello, siempre posible, nos encontramos que salía por él un gran coágulo. Retiramos las valvas, y mediante ligera presión a través del vientre, se desprendió un coágulo que recogimos en una batea previamente colocada ante la vulva. El cuello estaba íntegro. Inyectamos gravitol y nuevamente suero glucosado. Vendaje de las extremidades, posición de cabeza baja, cardiotónicos, etc.

Pesó el feto, que nació muerto, 3.240 gr. La placenta, 500 gr. El coágulo retroplacentario, 830 gr. La orina, obtenida por cateterismo antes de la intervención, no contenía albúmina ni glucosa y en el sedimento no había elementos anormales.

Durante el puerperio se la trató con preparados de hierro, arsénico, hígado, etc., y fué dada de alta a los 20 días.

Las normas más generalmente aconsejadas para el tratamiento del D. P. tienden a facilitar la contracción uterina y con ella la necesaria hemostasia. En casos leves de cualquiera de los tres tipos clínicos citados anteriormente se aconsejan los sedantes y el reposo. Si a pesar de ello la enferma tiende a agravarse y las contracciones del parto no hubieran aún comenzado, debe procurarse iniciarlas con preparados de quinina. Al mismo tiempo se aconseja colocar un vendaje abdominal compresor y romper la bolsa de las aguas para hacer descender la presión intrauterina. Todo ello, naturalmente, independientemente del tratamiento adecuado a la toxicosis, si la hubiere.

En los casos graves, la tendencia más general es a no aumentar el shock en que frecuentemente se encuentra la enferma, con intervenciones que con toda probabilidad agravarían su estado. Como la única forma de conseguir algo útil es lograr una hemostasia lo más rápida y perfecta posible, la tendencia en tales casos, prácticamente desesperados, es a terminar el parto cuanto antes procurando, de la mejor forma posible, no aumentar simultáneamente el shock. Para ello, si es posible, debe terminarse el parto por vía vaginal como forma menos peligrosa, y si no se pudiera, recurrir a la sección cesárea que en tales casos da una mortalidad extraordinaria.

En el caso que motiva estos comentarios ha sido, por fortuna, posible resolver el problema por vía vaginal y probablemente la mayoría de las veces debe ser así, ya que el D. P. se da con mucha mayor frecuencia en multíparas que en primíparas. En éstas el establecer un juicio pronóstico del caso es muchas veces extraordinariamente difícil, ya que en ellas el D. P. coincide frecuentemente con toxicosis que ya de por sí ensombrecen el pronóstico.

# Distocia por procidencia de los dos miembros inferiores en una presentación cefálica

POR

E. WEBER y T. SÁNCHEZ-ARAÑA

(Strasbourg).

Al mismo tiempo que el relato de nuestro caso, haremos un breve estudio de esta rara distocia.

Se habla con relativa frecuencia en la literatura, de la procidencia de los miembros superiores en presentaciones cefálicas, pero de una manera excepcional, de la procidencia de los miembros inferiores en dichas presentaciones, tratándose siempre, en estos últimos casos, de feto prematuro o muerto; no obstante Mauriceau y de la Motte, ya citan casos personales de esta anomalía, observada por ellos, en feto vivo y a término; igualmente Mme. Lachapelle en su libro «La Pratique des Accouchemens» habla de los diferentes mecanismos del parto en procidencia de las piernas; sin embargo, hasta la fecha de nuestra publicación, solamente hemos encontrado en la literatura nueve casos de esta variedad de procidencia, que esquematizamos a continuación:

Casos	N.º del parto	Pelvis	Momento de la rotura de la bolsa	Cantidad de líquido	Posición de los pies en relación a la cabeza	Particularidades	Terminación del parto	Estado del niño
HARTMANN . . . .	—	—	—			Con procidencia de una mano	—	—
WORTSMANN 1.º	2.º	Ancha	—		A la izquierda y atrás	Procidencia del brazo izquierdo	Versión y extracción	Vivo.
WORTSMANN 2.º	—	Normal	—		Delante	Procidencia mano y cordón	Versión y extracción	Vivo «gigante».
HECKSCHER . . .	1.º	Ancha	Comienzo del parto	Hidramnios	A la izquierda	Procidencia de una mano	Cesárea transperitoneal	Vivo 2.500 grs.
OPPENHEIMER . .	2.º	Muy ancha	Comienzo del parto	Hidramnios		Procidencia de una mano	Expulsión espontánea del feto en su actitud intrauterina	† a las 14 horas de su nacimiento, 2.250 gramos.

Casos	N.º del parto	Pelvis	Momento de la rotura de la bolsa	Cantidad de líquido	Posición de los pies en relación a la cabeza	Particularidades	Terminación del parto	Estado del niño
GREGROIRE....	—	—	Dilatación completa		Lateralmente	Segundo gemelo	Enso. de versión fórceps	Muerto.
MARTINSEN....	2.º	—	—			Circulares del cordón	Parto espontáneo	Muerto.
KAESER.....	10.º	Generalmente estrecha	Momento de la intervención			—	Reposición manual, parto espontáneo	Vivo.
SPIRITO.....	12.º	Normal	Dilatación completa	Hidramnios	Lateralmente	—	Parto espontáneo	Muerto poco después, 2,300 gramos.
EL NUESTRO...	3.º	Normal	Comienzo de las contracciones	Hidramnios	Delante y a la izquierda	—	Reposición fórceps	Vivo 3,250 grs.

Tratándose de una distocia poco frecuente, creemos de interés relatar de una manera resumida la historia clínica de *nuestro caso*. El día 1.º de julio del 35, a las nueve de la mañana, se nos llama cerca de una parturiente de treinta años, la que, excepción hecha de una constitución no muy sólida, había gozado siempre de una perfecta salud. Dos partos: el primero a término con niño vivo; el segundo, prematuro de siete meses, niño muerto. El embarazo actual (tercero) había transcurrido normalmente y era a término. Comienzo de las contracciones a la una de la noche, habiendo perdido aguas en gran cantidad.

A la exploración externa: Contracciones débiles y espaciadas. No se percibe ningún polo fetal en la entrada de la pelvis. Tonos cardíacos fetales normales, con su foco máximo a nivel de la línea media, a tres traveses de dedo por debajo del ombligo. Diámetros pélvicos normales.

Al tacto vaginal: Cuello, no completamente borrado. Dilatación, de pequeña palma. Bolsa rota. En la vagina se encuentran, la parte inferior de ambas piernas y los pies cruzados, con los dedos dirigidos hacia la derecha.

Creyéndonos ante una presentación pelviana en su variedad de pies, no insistimos en el tacto vaginal y reforzamos las contracciones con pequeñas dosis de hipofisina y spasalgine alternas; durante la noche, como la parturiente se encuentra algo fatigada y no existiendo por otra parte ninguna indicación de acelerar el parto, suspendemos esta medicación; a la mañana siguiente, hacia las diez (habiendo mostrado la paciente tendencia a ayudar las contracciones uterinas, con las de la prensa abdominal) hacemos un segundo tacto y encontramos con gran sorpresa, que el polo cefálico se encuentra ya en la pelvis en O. I. D. P., estando cubierto de un enorme tumor del parto; delante de él y a su izquierda, se tactan los miembros inferiores fuertemente edematosos, conservando la posición descrita líneas antes. No viendo la posibilidad de un parto espontáneo, intentamos bajo narcosis al Evipan, la reposición

manual de los miembros, lo que conseguimos con una facilidad no frecuente, a continuación hacemos una intravenosa de hipofisina, después de la cual, avanza rápidamente la cabeza, encontrándose al cabo de unos minutos a nivel del tercer plano de Hodge, viéndonos obligados a hacer una aplicación de fórceps, por debilidad secundaria de las contracciones.

El niño fué extraído vivo, pesando 3250 grms., y con una flexibilidad exagerada de sus articulaciones, aún al día siguiente de su nacimiento se pudo observar en él tendencia manifiesta a conservar su actitud intrauterina. Sus piernas, aumentadas de volumen por el edema, presentaban entre el tercio medio e inferior de sus caras tibiales, sendas impresiones de decúbito, rigurosamente simétricas, producidas al comprimirse fuertemente una contra la otra. En la cabeza, veíase igualmente, una lesión semejante, aunque no tan intensa, a nivel de la parte lateral izquierda de la sutura coronaria.

*Etiología:* Los factores que conducen a la procidencia de los dos miembros inferiores en caso de presentación cefálica, son los mismos que predisponen a las procidencias en general, teniendo todos ellos como mecanismo íntimo la falta de oclusión de la pelvis por el polo fetal.

Dichos factores son: Pelvis anormalmente estrecha o ancha. Presentación anormal del polo cefálico. Tamaño relativamente pequeño del feto. Hipotonía del segmento uterino inferior. Relajación de la pared abdominal (multíparas), polidramnios, etc. Factores a los que se une casi siempre, la rotura prematura de las membranas.

Señálase además, como condición indispensable, una disposición anormal del feto a adoptar esa actitud intrauterina y que consiste en una flexibilidad exagerada de la columna vertebral, así como en una hipotonía de su masa muscular dorsal. Por los exámenes radiológicos hechos por Warnekros del feto *in utero*, sabemos que su actitud durante el período de dilatación es la de la flexión y durante el período de expulsión la de la extensión, razones por las que hay que creer, que la procidencia que describimos, tiene lugar en el primer período del parto. Spirito, en la autopsia de un niño muerto en procidencia de piernas, comprobó una contracción y acortamiento anormales de los músculos rectos del muslo, creyendo por ello el autor, que la causa de la actitud viciosa, debe buscarse en alteraciones anatómicas del feto. La gran flexibilidad de la columna vertebral del feto, al parecer condición indispensable para que la distocia se produzca, nos explica que en la mayoría de los casos citados por nosotros, se trate de niños prematuros o muertos, salvo el caso de Wortsmann (niño gigante) y el nuestro, niño a término y de 3.250 grms.

*Diagnóstico:* Hacer el diagnóstico de la procidencia de los miembros inferiores al principio del parto no es frecuente, pues siendo una distocia rara, no se piensa en ella. Si se sospecha, debe eliminarse antes de nada el embarazo gemelar.

*Mecanismo del parto:* Cuando en las condiciones expuestas se produce una procidencia de los miembros inferiores, el parto se termina por uno de los mecanismos siguientes:

a) Expulsión del feto en la misma actitud que guardaba en el útero, posibilidad bastante rara, pero que ha sido observada en algunos casos de pequeño volumen fetal (Spirito, Oppenheimer).

b) Los pies pueden ascender espontáneamente permitiendo así el descenso de la cabeza, o bien continuar procidentes y permitir que la cabeza se deslice y descienda delante de ellos, cosa que se facilita grandemente al encontrarse los pies hacia atrás, en la cavidad del sacro.

c) En otros casos es el polo cefálico quien asciende, transformándose la presentación en una podálica incompleta, variedad de pies.

d) Casos de verdadero interés práctico son aquellos en los que el progreso del occipucio es impedido por los miembros procidentes, presentándose entonces la cabeza por la frente, la cara, o de un modo asinclítico, condiciones en las que se produce una gran compresión y un fuerte edema de las partes procidentes que hacen imposible todo progreso y reducción ulterior, pues sólo una intervención obstétrica puede salvar a la madre, y a veces, también al hijo.

*Pronóstico:* Si el parto no se lleva a cabo de una manera espontánea, cosa la más frecuente, el pronóstico para el hijo es francamente malo, no sólo por la gran dificultad de las maniobras obstétricas practicadas después de la rotura de la bolsa, sino también, porque la procidencia de los miembros va acompañada casi siempre de la procidencia del cordón.

La mortalidad infantil se eleva según la estadística de Kaeser y Kuhn a un 40 por 100, pues además las lesiones graves por compresión de los miembros y de la cabeza fetal son muy frecuentes, encontrándose en la literatura hasta el caso de una gangrena del pie.

Por parte de la madre, las infecciones, roturas de útero, vagina y periné, no son excepcionales.

*Terapéutica:* Si se diagnostica la procidencia antes, o poco tiempo después de la rotura de las membranas, debe intentarse la corrección espontánea haciendo acostar a la mujer sobre el costado en que se encuentra el dorso fetal.

Si, por el contrario, ha pasado algún tiempo ya desde el momento de la rotura de la bolsa, o bien, la maniobra anterior fracasa, debe hacerse la reposición manual bajo narcosis y activar luego las contracciones, dando ligeras dosis de hipofisina, ayudando así la expulsión espontánea, o, si existe alguna de las indicaciones que lo justifican, hacer una aplicación de fórceps.

Cuando la reposición manual fracasa, puede intentarse la versión, desconfiando siempre, de una posible rotura uterina.

En los casos desgraciados, en que todas las maniobras anteriores fracasan, por encontrarse la cabeza fuertemente encajada en la pelvis al lado de los miembros, si bien puede intentarse, en caso de feto vivo, la extracción con el fórceps sin reposición previa, casi siempre es inevitable terminar por una embriotomía.

Citemos en último lugar la cesárea segmentaria, hecha con éxito por S. Heckscher a una primípara vieja.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Mauriceau.**—Traité des Maladies des femmes grosses.  
**Lachapelle.**—Pratique des Accouchements.  
**Brindeau.**—En Bar. La pratique de l'art des accouchements.  
**K. Wortsman.**—Über den Vorfall mehrerer Extremitäten bei Schädellage. Dissertation, Bern. 1915.  
**Gregoire.**—«Zentralblatt für Gynäkologie». 1890.  
**Kaeser.**—Über Extremitätenvorfall bei Kopflage. Disertation, Ber. 1920.  
**F. Spirito.**—(Nápoles). «Arch. di ost. e Gin.». 1921.  
**S. Heckscher.**—Vorfall beider Füße und einer Hand bei Schädellage mit lebendem Kind «Zbl. f. G.». 1929.  
**K. Oppenheimer.**—Ein weiterer Fall von Vorfall beider Füße und einer Hand bei Schädellage. «Zbl. f. G.». 1929.



TRABAJO DE LA POLICLÍNICA ESPECIAL DE ENFERMEDADES DE LA MAMA  
DEL SERVICIO DEL PROFESOR POUHEY

## La mastalgia del período premenstrual <sup>(1)</sup>

POR CARLOS STAJANO

Es con particular satisfacción que en una de las circunstancias del intercambio Ríoplatense me entero que el doctor Edgardo Nicholson presentó en el año 1924, un caso de tumefacción dolorosa menstrual de la mama, a la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires, y llega entonces a las mismas conclusiones a que arribamos nosotros en nuestra comunicación, que recién traemos a la publicidad, y cuyos fundamentos e historias clínicas documentadas, se han ido acumulando, desde varios años atrás, según consta en los archivos correspondientes, particular — de la clínica — y de la policlínica especial de mama a nuestro cargo.

Agradecemos asimismo al doctor Nicholson, el habernos facilitado una serie de fichas bibliográficas que nos han resultado valiosas para nuestra documentación. En el mismo sentido al doctor Morató, que colaboró con nosotros en el año 1933, catalogando los datos recogidos en nuestras primeras 500 observaciones, y a la doctora Figueroa, que ha colaborado en la Policlínica de la mama del Pabellón del profesor Pouey, como eficaz auxiliar de esta labor, que aún continúa.

El traer a la Sociedad de Ginecología de Montevideo este tópico, a nuestro juicio sumamente interesante, responde a una doble necesidad. Primeramente la de tratar un punto, sobre el cual los libros clásicos, nada dicen, constituyendo una laguna en el conocimiento del médico práctico.

No sabe, en efecto, cómo tratar a las numerosas mujeres, que con este motivo de consulta asisten a Policlínicas o Consultorios. Como veremos, no hay como ignorar las cosas, para no verlas casi nunca o raramente. Eso es lo que hemos certificado en nuestra encuesta clínica iniciada hace 8 años y cuyos datos hemos transmitido en nuestro curso de Patología, de acuerdo con la ordenación que hemos impreso a la Patología de la mama. En segundo término, por constituir este capítulo la base de numerosos otros tópicos, relacionados con la patología quirúrgica de la glándula, vinculándose estrechamente con el concepto dinámico y cambiante de los tumores benignos del seno. He aquí las etapas de nuestra investigación:

(1) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires.

1.<sup>a</sup> ETAPA

FASE CLÍNICA DE OBSERVACIÓN: a) En este período acumulamos observaciones de toda mujer que nos consulta por cualquier proceso e investigamos lo que sucede en la mama.

b) Hacemos una encuesta en la mujer sana, de toda edad, y acumulamos 1000 observaciones catalogadas en formularios especiales.

c) En el mismo tiempo estudiamos el tipo menstrual y otros datos referentes a los trastornos generales, psíquicos y somáticos relacionados con la menstruación y que interesan desde varios puntos, al médico general, al ginecólogo, al cirujano.

En este sentido y en esta primera etapa nos impresiona lo frecuente de un síndrome, que a fuer de ser común, es por completo ignorado. Me refiero a la tensión dolorosa de la mama en el período premenstrual.

En realidad su frecuencia es extraordinaria.

He aquí los números: en 1000 observaciones.

a) Mujeres con mama turgente y dolorosa en el período premenstrual 566. 56,6 por 100.

b) Mujeres que no sienten nada en sus senos 434. 43,4 por 100.

De los 566 casos positivos hemos subclasificado y hemos comprobado varias modalidades o tipos.

*Tipo A.*—Fluxión mamaria premenstrual irregular en su aparición. Unos meses aparece y otros no: 8 casos.

*Tipo B.*—Fluxión mamaria premenstrual sin especificar cuántos días: 26 casos.

*Tipo C.*—Fluxión premenstrual, especificando el número de días. De 15 a 1: 362 casos.

*Tipo D.*—Fluxión premenstrual intensa y perdurando, aunque disminuida el 1.<sup>er</sup> día: 160 casos.

*Tipo E.*—Durante la menstruación (rarísimo): 10 casos.

Total: 566.

Detalle del Tipo C, especificando el número de días de la fluxión premenstrual.

Cuántos días antes de la menstruación se inicia la fluxión:

1 día .....	28 casos.	7 días .....	26 casos.
2 » .....	52 »	8 » .....	38 »
3 » .....	98 »	9 » .....	16 »
4 » .....	48 »	10 » .....	6 »
5 » .....	16 »	15 » .....	4 »
6 » .....	30 »		
			362 casos.

Cesación brusca desde el momento de la menstruación.

*El interrogatorio sistemático*, en toda enferma genital, aparte de nuestra encuesta en la mujer normal sobre (1000) casos, nos impone de una serie de circunstancias coincidentes, que al considerarlas en conjunto, nos permite vislumbrar mecanismos fisiológicos que se desenvuelven con toda precisión en el ambiente glandular mamario y cuyo estímulo

procede de glándulas distantes. Es así como toda una serie de investigaciones, pueden polarizar la atención de clínicos y fisiólogos. En realidad: la foliculina, en la glándula mamaria, condiciona un ciclo reaccional del mismo modo que en el endometrio éste modifica su constitución y su función de acuerdo con las distintas hormonas ováricas determinantes.

La foliculina, hormona que alcanza su tenor máximo en la sangre en el período premenstrual (1), influye en la glándula mamaria, ingurgitándola y haciéndola dolorosa, 56,6 por 100 de los casos, manifestando, cuando así lo hace, una acción fisiológica, que en la mujer normal pasa clínicamente inadvertida en el 43,4 por 100 de los casos. (Nuestra estadística personal).

La exageración de este estímulo es motivo de consulta médica, y hemos comprobado que en general esta molestia no es interpretada, o es desoída, porque no se interpreta el fenómeno siendo habitualmente maltratada por muchos otros, que utilizan empíricamente toda la opoterapia imaginable, obteniendo a veces resultados casuales, en otras agravaciones del síndrome, aumentando a veces el fenómeno que se pretende amenguar, según surge de nuestra documentación.

Hemos recogido de nuestras observaciones, que son ya numerosas, algunos casos que han sido tratados por radioterapeutas, y han hecho la herejía de radiar esas glándulas, con un criterio organicista y de afección local, no sabemos con qué consecuencias futuras, aunque descontamos desde ya lo excesivo e impensado de tal procedimiento.

No puede ser de otro modo, por cuanto la radiación no modifica la causa primera. Es del estado general y del conjunto del complejo endocrino, que es permitido encontrar el tipo clínico, que trae consigo aparejado el síndrome mamario de turgescencia congestiva y mastalgia bilateral del período premenstrual.

La clínica nos dice:

1.<sup>er</sup> *Tipo*.—Que hay un conjunto de enfermas que desde la primera menstruación, inician su síndrome perdurando durante toda su vida genital: turgescencia y dolor mamario en un plazo de días del premenstruo que se ve especificado en el cuadro analítico adjunto, y que no repetiremos (Tipo C).

2.<sup>o</sup> *Tipo*.—Mujeres que hacen episódicamente su síndrome mamario coincidiendo con causas generales debilitantes, como por ejemplo: «surmenage», gripes, períodos de decaimiento general, hipotonía, desapareciendo en períodos de bienestar general.

3.<sup>er</sup> *Tipo*.—Mujeres que en distintas épocas de la vida, de acuerdo con cambios fundamentales de su vida glandular, han visto aparecer o desaparecer el síndrome.

\* \* \*

Es excepcional que la fluxión mamaria persista una vez establecido el corrimiento

---

(1) Trabajos de dosificación de la foliculina en la sangre. Ciclo de foliculina y de la hormona gonado estimulante del lóbulo anterior de la hipófisis. (Frank-Goldberger-Speldman).

menstrual (10 por 1000). (Ver el cuadro analítico). Al iniciarse la menstruación, cesa en general el síndrome en forma brusca (1).

**MAMA Y MENOPAUSIA.**—Es por otra parte interesante el comprobar que la supresión menstrual por la menopausia fisiológica, trae aparejada progresivamente la menopausia de la glándula mamaria y la senilidad glandular se dibuja, no sólo en los acini glandulares atróficos, sino en los caracteres de senilidad concomitante del tejido conjuntivo. En esta época de la vida, la mastalgia y el síndrome reaccional descrito, tiende a desaparecer, por cuanto se va extinguiendo el estímulo ovárico que lo condiciona. La mama se hace inactiva y ya sin estímulo es condenada a la atrofia.

Ese ambiente si no fatal, se hace por lo menos muy propenso a la cancerización, repitiendo lo de otros órganos glandulares, donde los procesos de involución senil patológica, de atrofia y de cancerización, están íntimamente relacionados. Es ésta una de las modalidades genéticas del cáncer de la mama, en la cual no hay participación de etiologías externas, como sucede en la cancerización post-traumática, cuyo antecedente y ritmo evolutivo es diferente al que nos ocupa.

**La castración quirúrgica.**—Cuando nos hemos visto obligados a practicar, por indicaciones ginecológicas, la castración bilateral, hemos comprobado, experimentalmente, la supresión definitiva y brusca del síndrome mamario, silenciándose las fluxiones de esa glándula. (Casuística elocuente).

Inversamente hemos estudiado enfermas, cuyas observaciones detalladas conservamos, en las cuales —los médicos consultados— trataron empíricamente con diversas opoterapias. También de esos errores hemos sacado enseñanzas.

La administración del medicamento femenino universal al parecer de muchos, la ovarina, cuya administración es hecha con la prodigalidad de la ignorancia, no hace nada en general, hace poco en muy pocos casos o hace mal en muchos otros. En el mismo sentido hablo de la hipófisis, que desplazó en la moderna terapéutica a la ovarina y hoy todo el mundo se cree con derecho a manejar los prolanes con desconocimiento de su acción, y como medicación de prueba en cualquier caso, que tenga relación con lo genital. La hormonoterapia a base de foliculinas y cuerpo amarillo, es otra modalidad de la terapéutica, que encandila a los que ven de lejos los asuntos de esta índole, pero que pese a la opinión de muchos, conservo en ese sentido el escepticismo mayor, en lo que concierne a sus resultados eficientes, en la práctica corriente, bien entendido a pesar de su pretendida y correcta indicación.

*Pues bien.* Todo producto, ya sea de ovario integral, ya sea hormonoterápico a mayor o menor concentración de unidades, ya sea el lóbulo anterior de todas las procedencias, *obra agravando el síndrome mamario que nos ocupa y esa falsa ruta terapéutica,*

(1) Es sabido que el nivel de la foliculina en la sangre cae bruscamente con el corrimiento menstrual, siendo posible dosificarla en los primeros 5 c. c. de sangre menstrual, desapareciendo luego paulatinamente, después de las primeras horas, del comienzo de las reglas. Es poco frecuente encontrarla al 2.º ó 3.º día. Diversos autores difieren en datos referentes a la intensidad de la eliminación en el ciclo sanguíneo y urinario.

*numerosas veces comprobada en nuestras notas, nos ha fortalecido en nuestra interpretación semiológica y en la guía terapéutica (1).*

1.<sup>a</sup> CONCLUSIÓN CLÍNICA.—Es evidente que numerosas mujeres sufren en el período premenstrual y lógicamente es en los fenómenos que se suceden en el ovario que es menester buscar la causa. Esos fenómenos cesan en el momento del corrimiento menstrual. Asimismo ellos no aparecen y se extinguen con la supresión del ciclo ovárico menstrual, ya por menopausia fisiológica, así como por castración quirúrgica o por radiaciones.

2.<sup>a</sup> SERIE DE HECHOS.—La reacción fluxionaria de la glándula mamaria por la foliculina se reproduce experimentalmente en la especie animal y presentaremos en la próxima sesión el detalle de nuestra experimentación personal, con sus documentos anatómicos y que en resumen expresan lo siguiente:

Que la fluxión es bilateral y simétrica en todas las glándulas del animal utilizado.

Es rápida en su aparición desde las primeras inyecciones de foliculina.

Cesa en su actividad y retrocede a lo normal, una vez suspendidas las inyecciones.

Todo el ambiente glandular, adeno-conjuntivo-vascular, reacciona en forma específica a la inyección de foliculina. (Fluxión neurotrófica).

Dando una reacción glandular con su representante: la adenosis; la reacción conjuntiva con su representante: reacción conjuntiva; la reacción vascular con su representante vasomotor: la congestión y el edema.

3.<sup>a</sup> SERIE DE HECHOS.—El estudio clínico endocrinológico que realizamos sistemáticamente en todas las mujeres que estudiamos y la importancia que damos al trastorno funcional tiroideo grande o pequeño, nos ha conducido inesperadamente a comprobar un hecho trascendente, que cobra un valor práctico indiscutible al verlo repetir y confirmar al través de pruebas y contrapruebas confirmatorias.

En efecto: nuestra primera observación fué casual. En 1925, en el curso del tratamiento de una monometrorragia de origen tiroideo en una joven, fuimos sorprendidos por la satisfacción de la enferma que nos dice que desde la iniciación del tratamiento, modifica a la vez que su menorragia dolorosa, la tensión mastálgica que la atormentaba en los 4 ó 5 días antes de su regla, ésto, desde su primera menstruación. Desde entonces a hoy hemos acumulado casuística y de ella se deduce que la ligera insuficiencia tiroidea existe siempre en el tipo de las enfermas mastálgicas que nos ocupa.

Demás estaría aclarar que no nos referimos a la gran insuficiencia del tiroides, vecina al mixedema, por cuando en ese grado no hay función genital, hay amenorrea y silencio mamario total por consiguiente y es a la ligera insuficiencia tiroidea o en inestabilidad funcional bien especificada por Levy y Rostchild. Debemos aclarar de que este tipo es de una frecuencia abrumadora en la mujer normal y de nuestras 1000 observaciones recogemos nada menos que el 56,6 por 100 de casos de este tipo. La dismenorrea espasmódica del

(1) Cotte en reciente trabajo llega a conclusiones diametralmente a las nuestras. Nuestra casuística clínica es elocuente y proscribte radicalmente el uso de la foliculina en el síndrome que nos ocupa.

1.<sup>er</sup> día, las reglas prolongadas 6, 7 y 8 días, la abundancia de menstruación, la insuficiencia venosa progresiva, que hemos observado con gran frecuencia en nuestros casos y premonitora de las várices, dando la frialdad cianótica de pies y manos y los sabañones como episodio frecuente de estos casos, son unos de los tantos pequeños grandes síntomas de esa insuficiencia.

El espasmo intestinal o gástrico, dando síndromes de hiperkinesia gastro-cólica, con constipación rebelde, cargando la etiqueta de colitis muco-membranosa que el gastroenterólogo le dedicará para toda la vida. La friolencia general, la episódica caída del cabello, y como consecuencia de ese fondo endocrino, la tendencia a las congestiones pélvico-abdominales, contribuyendo a esos síndromes que tanto despistan a médicos, cirujanos y ginecólogos desprevenidos. El gastroenterólogo para tributo en gran forma a este proceso, que poco cuenta en la lista etiológica de las posibilidades para él. Distiroidismo discreto. Ligera insuficiencia. Viejo neuroartritis, etc., etc.

**Dos palabras sobre los datos del metabolismo basal.**—En los últimos tiempos hemos recabado el sello numérico de la falla tiroidea, y llegamos a la conclusión práctica de que, en la inestabilidad tiroidea, unos días se comprueba un metabolismo subnormal, otros días un metabolismo netamente bajo o más o menos alto y si sacamos conclusiones por un dato de laboratorio aislado, con menosprecio de la clínica, seguramente cometeremos falsas rutas, como cometen aquellos que basan sus diagnósticos en los datos exclusivos del laboratorio. El metabolismo basal con todo su valor lo reservamos para guiarnos en la terapéutica del Basedow o del bocio tóxico, no influyendo para nada en la terapéutica diaria de los casos que nos interesan hoy. A pesar del metabolismo normal o subnormal, en varios casos mejoramos estas situaciones con las pequeñas dosis de tiroides en forma permanente, bien entendido que bajo estricta vigilancia.

La operatoria tiroidea, modifica el estado general, los pequeños síntomas, incluso la mastalgia premenstrual, consiguiendo normalizar funciones en déficit.

He aquí en síntesis distintos grupos de hechos:

- 1.º Enfermas con metabolismo basal en déficit, desde  $-30$  a  $+1$ .
- 2.º Enfermas con un metabolismo basal considerado normal, desde  $-5$  a  $+5$ , que sin embargo han obedecido admirablemente a la opoterapia tiroidea, en lo que respecta a la mastalgia y a los otros síntomas clínicos.
- 3.º Enfermas que hemos tratado no opoterápicamente, sino con medicación neurotónica indiferente, normalizando un sistema neuroglandular inestable que había caído en déficit transitoriamente, y en las cuales el metabolismo basal dió cifras desconcertantes: días de hipometabolismo en  $-20$  y días sucesivos de  $+10$  y  $+15$ ; casos éstos de inestabilidad neurotónica evidente, dando estas resultancias en las investigaciones del metabolismo basal.

*Como síntesis final*, diremos que el síndrome de mastalgia del período premenstrual, que dentro de límites discretos puede considerarse por su alta frecuencia como normal,  $56,6$  por  $100$  de los casos, parece ser en realidad la manifestación clínica de la acción fisiológica de la foliculina sobre la glándula mamaria.

Es la glándula mamaria el barómetro biológico, que acusa la hiperfoliculinemia circulante, en un momento dado del ciclo menstrual. Son los síndromes anatomo-clínicos de origen ovárico, donde domina la hiperfunción foliculínica, ya en cantidad (hipotiroidismo discreto), ya porque el ciclo se hace monofásico por ausencia de la fase luteínica, los que concurren aunque en situaciones distintas a la misma resultante: la hiperfoliculinemia.

*Como conclusión terapéutica* también afirmamos que: es al través de las falsas rutas terapéuticas que hemos visto se han realizado en numerosos de nuestros casos, así como de los resultados que hemos obtenido en otros, así como del conjunto de datos recogidos del estado general de nuestras enfermas y de sus reacciones, de que el único medicamento que nos permite frenar la hiperfoliculemia, es por hoy *la opoterapia tiroidea*.

No sabemos si en el proceso de conquistas de la endocrinología actual, no surgirá dentro de pocas horas, días, o meses una hormona nueva —que modifique nuestra opinión puramente clínica— pero que en el momento actual, nos proporciona satisfacciones, como ninguna otra, solucionando conflictos terapéuticos evidentemente [sin salida hasta el momento actual.

\* \* \*

Seguiremos en próximas comunicaciones exponiendo con numeroso material clínico, otros capítulos que hemos estudiado con predilección e íntimamente relacionados con el actual.

NOTA. Leemos en el número de *Gynécologie et Obstétrique* del mes de febrero de 1936, un interesante trabajo de G. Coffe y G. Pallot, titulado «Hiperplasies mammaires prémenstruelles», que estudia el mismo asunto que nos ocupa hace tantos años, y dejamos constancia de que no coincidimos en las conclusiones de los distinguidos autores.

Como ningún esfuerzo se pierde para dilucidar la verdad es que queda planteada la duda y las divergencias serán motivo de un mayor ahinco en la investigación, tanto clínica como experimental.

# Revista de la Prensa Médica

## I.—Publicaciones en Español

**Diagnóstico positivo y diagnóstico diferencial del embarazo intrauterino**, por los doctores V. Adalberto Maldonado y Vicente Marino Donato. (*La Semana Médica*, número 19, Buenos Aires, 1936).

Es siempre de actualidad tan importante tema.

La mujer que concurre al consultorio para cerciorarse de su estado, espera casi siempre, que en el primer examen se decida el diagnóstico. Es sabido que esto a veces es imposible en razón de las dificultades que existen para el diagnóstico del embarazo, en su primera mitad, dando margen a errores múltiples y que en más de una ocasión exigen la repetición del examen, con días de intervalo, para emitir un juicio fundado. Pero el tocoginecólogo tiene el deber de saber orientar su criterio.

Clásicamente se dividen los síntomas del embarazo normal en: signos de la primera mitad, de presunción o probabilidad, y signos de la segunda mitad o de certeza.

Analicemos los mismos.

*Diagnóstico positivo del embarazo uterino en la primera mitad* (primeros cuatro meses y medio).—El examen consta de:

Interrogatorio.

Inspección.

Palpación.

Tacto vaginal y palpación abdominal combinados.

Examen instrumental.

Pruebas biológicas.

*Interrogatorio*.—En principio, toda mujer amenorreica, en período de actividad genital, bien reglada ordinariamente, que no está lactando y en buen estado de salud, debe suponersele embarazada. Existen, según los clásicos, mujeres embarazadas que «menstrúan», pero en tales casos, la emisión sanguínea se halla modificada en cantidad y calidad, lo que pondría en evidencia un minucioso interrogatorio. Por lo demás, esto es tan poco frecuente, que tal eventualidad puede considerarse excepcional en la práctica. El profesor Chamorro dice no haber observado tal hecho jamás en su larga práctica obstétrica, y que las hemorragias genitales, aun las periódicas en una mujer que se halle gestando, debe hacer agotar el examen físico, en procura de descubrir alguna anomalía en la marcha del embarazo o en su radicación (embarazo ectópico).

A la amenorrea acompañan los llamados «trastornos simpáticos»: náuseas y vómitos mucosos o biliosos, matinales especialmente, pero que pueden repetirse durante las 24 horas hasta hacerse incoercibles. Cesan habitualmente hacia el tercer mes, espontáneamente. Se constata, asimismo,



escozor y algunos dolores lancinantes en los pechos; trastornos del gusto y la olfacción, después de ingerir un determinado alimento o repulsión por alguno que antes era apetecible («antojos» a los que las mujeres confieren tan injustificada importancia), vértigos, astenia, somnolencia, pesadez e hinchazón de las piernas, polaquiuria, pruritos, cefaleas y neuralgias dentarias.

*Inspección.*—A medida que el médico interroga debe ir practicando la inspección. De ambos procedimientos combinados se sacan juicios insospechados y se ejercita la destreza del «ojo clínico».

La inspección comenzará por la cara. Adviértese a veces desde el comienzo del embarazo el «cloasma gravídico» o «máscara de la gestación» que tiene asiento principal en la frente, mejillas y mentón. En la boca se observará la remoción de piezas dentarias por la decalcificación que impone el crecimiento fetal y la agudización de las caries existentes, como así la coloración amarillenta de la bóveda palatina. En el cuello percíbese la turgencia del tiroides debido al hiperfuncionamiento. Este hecho, que alcanza en algunas embarazadas caracteres alarmantes debido al hipertiroidismo funcional, con todo su cortejo sintomático tan poco grato, impone la intervención del médico para tratar la hiper o disfunción; el suero antitiroideo logra verdaderas mejorías.

En las mamas se verá, mayor vascularización venosa, pigmentación de la areola primitiva y del pezón, formación de la areola secundaria y tubérculos de Montgomery. La expresión de la glándula deja salir un líquido de aspecto seroso: calostro.

En el abdomen, según el tiempo de la gestación, se advertirá el aumento de tamaño y la «línea morena abdominal». En el pubis y miembros inferiores, varicosidades que en la segunda mitad podrán mostrarse como verdaderas várices.

*Palpación.*—Por encima del pubis, a partir del segundo mes, pálpase un tumor blando, redondeado, elástico, que crece 4 cm. por mes; según Fabre, su aumento podría esquematizarse así:

Segundo mes:	4	cm.	por	encima	del	pubis.
Tercer	>	8	>	>	>	>
Cuarto	>	12	>	>	>	>

creciendo 4 cm. por mes hasta alcanzar 32 cm. a fin del embarazo, noveno mes, por encima del pubis.

*Tacto y palpación abdominal combinados.*—Colocada la mujer en posición ginecológica y evacuada la vejiga por micción voluntaria o cateterismo, entreabrimos la vulva. Adviértese una coloración violáceo-rosada del introito vaginal y la mucosa vulvar, que se ha comparado con justeza al color de la hortensia. Los dedos vaginales perciben el reblandecimiento del cuello que marcha de la periferia al centro. La mano abdominal encontrará el útero ocupado, blando, elástico. A veces entre ambas manos se percibirá un cambio de consistencia y forma transitorios: es una contracción.

Signo de Noble y de Budin: Los dedos vaginales hallan a través de los fondos de saco una tumoración globulosa dada por el útero ocupado. Este signo sería perceptible recién después de la décima semana. Para algunos autores sería un signo relativamente precoz.

Signo de Hegar: La mano abdominal, rasando el pubis, trata de contactar con los dedos vaginales que en el fondo de saco vaginal posterior deprimen el istmo, reblandecido por el embarazo, advirtiéndose entre ambas, la escasa interposición de tejidos. Este signo es más precoz en su aparición que el anterior, siendo apreciable desde la quinta semana.

Signo de Gauss: Por reblandecimiento ístmico, el hocico de tenca se mueve ampliamente en sentido sagital y lateral.

*Examen especular.*—Abierta la vagina por el aparato y exhibido el cuello, se encontrará: color hortensia de las mucosas vaginal y cervical y cuello esponjoso en lugar del tenso, liso y reluciente, de color rosado, de la mujer no embarazada.

Se debe recordar que hecho el diagnóstico de gestación por toda la sintomatología precedente están proscritas: la histerometría, las cauterizaciones cervicales, la prehensión con pinzas, la aplicación de taponos curativos o de óvulos, por excitar la contracción uterina y determinar el aborto o parto prematuro.

*Pruebas biológicas.*—Son numerosas las propuestas. La mayor parte de los autores están concordes en aceptar que el examen objetivo único o repetido, realiza el diagnóstico en gran porcentaje de casos. A veces, sin embargo, para corroborar una gestación dudosa, se recurrirá a ellas.

De entre las pruebas propuestas, enumeramos:

- a) Aumento de velocidad de sedimentación de los hematíes.
- b) Prueba de la floridzina.
- c) Reacción de Abderhalden.
- d) Reacción de Friedman.

Dada la agrupación sintética de la sintomatología que tratamos de presentar, excluirémos el estudio de las reacciones que por dificultosas o por inseguras, no han entrado en la práctica corriente. La última, la reacción de Friedman, es la que se acepta en nuestro Servicio y a la que juzgamos de un valor importantísimo. Se practica de la siguiente manera: A una coneja impúber se inyecta en las venas de la oreja —algunos autores practican la inyección subcutánea o intracardíaca o intraperitoneal— 15 c. c. de orina de la mujer en cuestión, retirada por sondaje aséptico, en ayunas, recomendándole no beber líquidos durante la noche y poco durante la comida de la víspera; y a las 24 horas (algunos experimentadores repiten las inyecciones tres días y sacrifican al animal al cuarto día) se comprueban las reacciones ováricas. Se observan fenómenos congestivos y hemorrágicos visibles macroscópicamente en los ovarios. Su autor asegura un 99 por 100 de seguridad para diagnosticar embarazo, pero es bueno recordar que como toda reacción biológica tiene causas de error, entre ellas la mola hidatiforme, el epiteloma uterino y el embarazo ectópico, que dan resultados positivos. Otro hecho interesante es que la reacción de Friedman positiva mientras viva el feto, se torna negativa a su muerte. Se puede calcular fácilmente el alcance de esta experiencia biológica.

*Diagnóstico del embarazo uterino normal en su segunda mitad.*—Los métodos de examen son análogos a los usados para el diagnóstico del embarazo en su primera mitad, siendo en este período, lógicamente, los síntomas más ostensibles.

*Interrogatorio.*—Amenorrea, es completa. Aparece en este tiempo un síntoma importante: los movimientos activos del feto, que las multiparas reconocen bien, pero que es necesario discriminar bien en las primigestas de poca sensibilidad y experiencia nula, quienes pueden confundirlos con simples contracciones de la pared abdominal o el pasaje de gases intestinales, induciendo al médico al error. La mujer los nota mejor en reposo que en la marcha o estado de actividad. Su lugar de percepción es el opuesto al de ubicación del polo cefálico.

*Inspección.*—Puesta la mujer en decúbito supino, en reposo, con la pared abdominal totalmente descubierta, pueden evidenciarse algunas veces los movimientos activos del feto en forma de elevaciones y depresiones bruscas.

Se hallará un tumor abdominal mediano, que evagina progresivamente el ombligo y distiende de igual manera la pared, produciendo el veteado cianótico característico de la ruptura de fibrillas

elásticas, al lado, en las multíparas, del veteado antiguo de coloración nacarada. Se le observa en el hipogastrio, fosas ilíacas, cara antero-superior y externa de muslos y más lejos, en las mamas. Línea morena abdominal bien pigmentada. En las mamas percíbese su crecimiento, la proliferación glandular dada por lobulaciones arracimadas, la pigmentación y vascularización marcadas de que hablamos en la inspección al tratar del diagnóstico en la primera mitad. Si se palpa el hueco axilar se hallará ganglios hipertróficos, algo dolorosos, que asisten al trabajo de hiperplasia e hipertrofia galactófora. El cuerpo tiroides agrandado algunas veces.

La facies es característica: con pigmentación parduzca, veteada, como atigrada, a veces transformada en sus rasgos habituales: es la «máscara del embarazo», como se ha dicho con justeza.

*Palpación.*—La mano aplicada de plano sobre el vientre, percibirá casi siempre los movimientos activos fetales y podrá individualizar el contenido uterino, un cuerpo duro, consistente, desplazable en un medio líquido que corresponde a las diferentes porciones del feto, las que el médico reconoce por sus caracteres.

*Tacto y palpación combinados.*—Cuello reblandecido, como de terciopelo o trapo mojado, cilíndrico, más o menos largo, orificio externo puntiforme en las primigestas. Cuello corto, irregular, hendido transversalmente, con cicatrices de desgarros en las multíparas.

A través de los fondos de saco vaginales y entre ambas manos, gran tumor.

Por el séptimo mes se percibe el peloteo vaginal: si los dedos que tactan, rechazan bruscamente la parte fetal, ésta escapa y regresa, golpeando a los mismos. A pesar de estar muy entreabierto el cuello (multíparas), el tacto intracervical debe ser totalmente rechazado por peligroso e inútil (aborto posible).

En época avanzada del embarazo, el tacto a través de los fondos de saco vaginales y del segmento inferior distendido y adelgazado, ayuda a la palpación a efectuar el diagnóstico de presentación.

*Auscultación.*—El oído percibe ruidos maternos y ruidos fetales, además los movimientos activos del feto.

Ruidos maternos: Soplo uterino, isócrono con el pulso materno, suave, con refuerzo sistólico, no tiene valor diagnóstico para el embarazo (recuérdese su patogenia), escuchándose mejor en las partes laterales e inferiores, con predilección a la izquierda.

Ruidos fetales: «Latidos fetales». El corazón fetal late de 120 a 150 veces por minuto, término medio 140 veces. Son latidos de igual duración, intensidad y tonalidad, sin intercalación del gran silencio del corazón del adulto; es el ritmo fetal o pendular; pueden percibirse estos latidos, como sopladados, por endocarditis fetal o por vueltas del cordón alrededor de una parte fetal (circular).

A través del estetoscopio se perciben los movimientos activos fetales como golpes intermitentes; sensación que es más que auditiva, de golpe o choque.

*Diagnóstico diferencial.*—Para hacer el diagnóstico de embarazo, no debe olvidarse, el médico se basará ante todo en la exploración objetiva. Esto tiene capital importancia, pues en algunas ocasiones, no podrá contarse con la buena fe de la paciente, que tratará de negar un embarazo existente, induciendo al médico a practicar una exploración abortiva, histerometría, cauterización del cuello, con objeto de librarse de una gestación que contraría sus planes. Tal es el caso de la embarazada por un coito extramatrimonial, de la mujer que no quiere un hijo porque su llegada complicaría su vida social o sus dificultades económicas, el de la madre soltera, etc. }

Existe una variedad infinita de embarazadas, entre ellas, unas que comprenden bien la grandeza sublime de su estado, otras que no pararían en medios para suprimir o eliminar el producto de la concepción, a cuyo fin imprimen un sello personal a los datos anamnésticos. La habilidad psicológica

del médico esgrimirá sus mejores armas tratando siempre de calmar, aconsejar o sentar con severidad una indicación prudente.

¿Con qué se diferenciará el embarazo intrauterino normal?

1.º Con la *amenorrea*: Esta puede observarse en la menopausia, la clorosis, la tuberculosis, a raíz de un trauma moral, de un simple cambio de residencia y clima, o en las recién casadas sin hallarse embarazadas. Pero en estos casos la edad, el cuadro hemático, el aspecto clínico y los conmemorativos nos pondrán en camino.

2.º Con los *embarazos falsos*: Las gestaciones ilusorias de las que quieren ser madres a toda costa, pueden acompañarse de la sintomatología funcional de tal estado. Un caso interesante fué el presentado en clase por el profesor Chamorro, que historió uno de nosotros (Maldonado), para presentar un trabajo en colaboración con el doctor H. Cuello. Se trataba de una mujer casada hacía dos años, que aumentó desde su matrimonio 33 kilos de peso y que estuvo amenorreica 9 meses, con síntomas funcionales concomitantes de la gravidez. Al término de su amenorrea (9 meses), como se presentaran dolores hipogástricos irradiados hacia los lomos, muy fuertes, una partera le recomendó internarse en una maternidad, pues se hallaba en trabajo de parto. Grande sería su sorpresa y la del médico que la examinara, cuando se demostró que no había tal gestación y que sus órganos genitales eran pequeños, hipoplásicos. La mujer, joven de 20 años, inexperta como mujer y como grávida, tan creyó hallarse embarazada que tenía preparado el ajuar para su hijo. Pero en este caso, como en otros embarazos fantasmas, faltaba el cloasma gravídico, las modificaciones de las mamas; la evaginación del ombligo y el tacto y la palpación dieron la noción exacta de la vacuidad uterina. Friedman negativa.

3.º Con las *metritis*: La triada sintomática de las metritis es: flujo, dolor y trastornos menstruales. Una *metritis aguda* podría dar amenorrea y aumento de volumen uterino, pero existe entonces dolor local e irradiado, leucorrea, fenómenos generales, fiebre, escalofríos, polaquiuria y diarrea. El tacto vaginal, muy doloroso, demuestra una vagina caliente, fondos de saco empastados y sensibles y la movilización del útero despierta dolores intensos.

Con las *metritis crónicas*: Existen aquí dolores hipogástricos, lumbares y sacrocóxigeos, espontáneos y exacerbados por la marcha, la estación de pie, el coito, la aparición de las menstruaciones, flujo (con los caracteres del gonorreico en un gran porcentaje) y el tacto vaginal halla el cuello grueso, cónico, en barrilito, en tapón de champagne o tapiroide, el útero algo grande y doloroso, signos de Noble y Budin y Hegar negativos; al examen con el espéculo hallaremos una erosión o ulceración periorificial, huevos de Nabott y una secreción filante, como clara de huevo (hipersecreción de glándulas cervicales: cervicitis). Recuérdese que una gestación puede coexistir con una metritis crónica.

4.º Con los *fibromas*: Los fibromas grandes, subserosos, múltiples, abollonados, podrían dar la sensación, en determinados casos, de partes fetales, pero la auscultación es negativa, no hay movimientos activos fetales, existen menorragias y frecuentemente metrorragias. Debe recordarse que un fibroma puede presentarse en una multípara con mamas abultadas, vascularizadas y cuya expresión deja salir calostro o leche y que el crecimiento del tumor, por compresión mecánica, origina náuseas, vómitos, várices de los miembros inferiores, constipación, polaquiuria. Pero el útero y el cuello son duros, Hegar y Friedman negativas, cavidad uterina aumentada a la histerometría. Además la mujer «no se siente embarazada», frase hecha que los tocoginecólogos conocen como de positiva importancia.

5.º Con los *quistes del ovario*: El diagnóstico puede llegar a ser delicado, si se trata de un quiste pelviano, pues puede existir aquí amenorrea, modificaciones de las mamas, algunos de los

llamados trastornos simpáticos, reblandecimiento del cuello y se pueden palpar partes pseudofetales en los quistes dermoideos.

Se basará el diagnóstico en la percepción de un tumor parauterino, de tamaño variable, que desplaza al útero, a quien se le encuentra de tamaño normal, sin caracteres gestatorios. Friedman negativa. En alguna ocasión el problema quedará en suspenso, para observar la evolución del caso.

6.º Con la *ascitis*: Existe aquí el vientre de batracio, circulación superficial supletoria, cabeza de Medusa, matitez a concavidad superior, que cambia con los desplazamientos del cuerpo, «sensación de oleada» cuando se combina la percusión a la palpación. No existen las modificaciones uterinas de la gestación.

7.º Con una *vejiga en estado de plenitud*: El cateterismo vesical resuelve la duda. Por lo demás, nunca se hará el examen ginecológico ni obstétrico sin evacuación previa, espontánea o por cateterismo, de la vejiga.

8.º Con *tumores abdominales*: Los tumores del mesenterio son paramedianos, mates a la percusión, rodeados por timpanismo intestinal y eminentemente desplazables en todo sentido, aunque con mayor facilidad en el vertical. Como los quistes del páncreas, se esconden bajo el diafragma, colocando a la enferma en posición de Trendelenburg. Los tumores del hígado y del bazo forman cuerpo con estos órganos, presentan otro cuadro clínico y se acompañan de ictericia hemorragia, anemia, etc.

9.º Con los *tumores del ligamento ancho*: Ya se trate de tumores sólidos o líquidos, éstos, o quedan en situación pelviana, o evolucionan hacia el abdomen. Los tumores de esta naturaleza, de evolución pelviana, originan dolores por compresión nerviosa (dolores lumbares o ciáticos, que han hecho alguna vez tratar a la enferma como portadora de una neuralgia ciática). Se observa, además, polaquiuria, disuria, retención de orina, constipación o diarrea, fenómenos todos de irritación o compresión.

El tacto vaginal halla el cuello uterino rechazado hacia el lado opuesto del tumor, y algunas veces muy elevado en la pelvis. A través de un fondo de saco lateral percíbese, ayudándose con la palpación abdominal, la tumoración inmóvil y el surco de separación entre útero y tumor.

Los tumores del ligamento ancho de evolución abdominal, distienden el vientre en forma asimétrica. Se dice que los quistes del paraovario dan el vientre de batracio y la sensación de oleada de la ascitis. El tumor abomba un fondo de saco vaginal y el Douglas, rechazando el útero hacia el lado opuesto.

El médico recurrirá a todos los procedimientos exploratorios, físicos y biológicos, para establecer el diagnóstico, ya que los tumores imponen la laparotomía y enucleación de la masa tumoral, previa consulta del estado general de la enferma, el que deberá ser realizado hasta los límites fisiológicos posibles.

10. Con el *embarazo extrauterino*: Téngase presente la importancia de este diagnóstico diferencial y la gran frecuencia con que se observa, en nuestros días, el embarazo ectópico, hecho observado por todos los ginecólogos.

La verdad es que corren riesgo grave la vida de la paciente y la reputación del médico, cuando la gestación ectópica no se diagnostica. El interrogatorio debe ser muy minucioso, como el examen, en toda mujer que tiene *amenorrea, dolores abdominales y pérdidas sanguíneas*.

Se dice que los síntomas del embarazo ectópico difieren en los cinco primeros meses y en los últimos cuatro.

En los cinco primeros meses existen los síntomas de la gestación, con algunas irregularidades llamativas. En lugar de amenorrea, existen hemorragias uterinas o flujos sanguíneos, como posos de

café o chocolate, las que pueden ser muy abundantes. Hay edemas, dolores de hipogastrio, fosas ilíacas, lumbares o sacrocoxígeos que obligan a guardar cama. El útero y el cuello se encuentran aumentado de tamaño y reblandecido, respectivamente; puede constatarse el tumor yuxtaterino. Hablamos del embarazo ectópico que evoluciona sin complicaciones (hematocele, aborto o rotura), complicaciones que pueden dar lugar al cuadro de hematocele o inundación peritoneal, con síntomas de hemorragia interna. La gestación ectópica alcanza raras veces la segunda mitad de su curso.

Los clásicos repiten que si pasa del séptimo mes sin complicaciones, llega frecuentemente al término. Llegada la fecha del parto, sobrevienen los dolores del trabajo, *sin expulsión*. El útero se entreabre, a veces como para permitir el tacto intrauterino, lo que demuestra su vacuidad. Se producen hemorragias, el feto muere, aparecen fenómenos análogos a los del puerperio, flujo loquial, subida de la leche. El tumor fetal se endurece (litopedion) y enquistado o reblandece y supura, evolucionando como un absceso y amenazando la vida de la mujer.

Para terminar, recuérdese el aforismo de Pinard: «Todo embarazo extrauterino diagnosticado requiere la intervención quirúrgica; todo embarazo extrauterino debe ser considerado como un tumor maligno y extirpado como tal»; sin duda con el propósito laudable de inquietar el espíritu del médico que tiene la ocasión de enfrentarse con una gestación anómala de tal naturaleza.

**La placenta zonaria en la especie humana**, por el doctor Jorge Luis Ahumada. (*La Semana Médica*, número 23, Buenos Aires, 1936).

El hallazgo de una placenta en anillo es extremadamente raro en el hombre. Así, el número de casos publicados hasta 1932, sería, según Abraham, de 25, estimando dicho autor su frecuencia en 1 por cada 5 a 6000 partos. Igualmente Klaffen, de la Clínica de Peham, observa 4 casos, en 20.000 partos. En la Clínica Eliseo Cantón se han presentado desde el año 1903 hasta el presente, en un total aproximado de 50.000 partos sólo 3 casos de placenta en anillo, lo que daría una frecuencia de 1 cada 17 000 partos.

El resumen de los casos observados es el siguiente:

*Caso 1.*—H. Cl. 1669-1935. XXI para, 37 años. Quince abortos provocados, de 2 a 4 meses, siete de ellos seguidos de curetaje por metrorragia. Varios de ellos se acompañan de fiebre, de duración variable. Seis embarazos de término, con partos y puerperios normales. El presente embarazo transcurre sin particularidades. Parto espontáneo. De inmediato se inicia una pérdida discreta y continua, que después de diversas maniobras obliga a efectuar el alumbramiento artificial, en el curso del cual se encuentra un útero de forma normal y a la placenta insertada circularmente en el segmento inferior, alrededor del orificio uterino. Examinados los anexos ovulares, se encuentra que la placenta presenta una masa principal, de forma casi redondeada (20 × 17 cm.), de aspecto normal. De la parte inferior, de ambos bordes laterales de esta masa principal, parten dos prolongaciones laterales, que rodeando el saco ovular en sentido casi horizontal, pero algo ascendente, van a encontrarse en el punto opuesto al de inserción folicular, punto de inserción que se encuentra casi en el centro de la masa principal. Los extremos de ambas prolongaciones no se unen, sino que están netamente separados entre sí por un puente membranoso de 7 mm. de longitud, desprovisto en absoluto de tejido placentario y de vasos. La altura de ambos apéndices es de 10 cm. en su base y se van estrechando poco a poco hasta su extremidad. Su espesor es también menor que el de la masa central y va también disminuyendo desde la base hasta el extremo.

Las membranas están compuestas únicamente de amnios y corion, sin restos de vellosidades y se encuentran divididas por el anillo placentario en dos polos, uno superior, que recubre el fondo

uterino, y otro inferior, más pequeño, donde se encuentra la abertura del saco ovular para el pasaje del feto. El desgarro se encuentra al borde de la masa placentaria principal, pero se va alejando paulatinamente de ambos apéndices hasta estar separada 6 cm. de la placa de cierre o hebilla del cinturón.

Los vasos umbilicales se distribuyen en forma radiada por la placenta y las ramas laterales pasan a los apéndices, sin que se observe paso a través de la placa de cierre.

*Caso 2.* - H. Cl. 226-1905. I para, 24 años. Parto anterior espontáneo y dos abortos (¿provocados?) Ingresa en trabajo de parto con embarazo normal de término. Parto espontáneo. Retención simple de placenta (2 horas) que obliga a extraerla manualmente. La placenta se encuentra insertada alrededor del orificio uterino.

La placenta pesa 750 gr. y tiene forma anillada. Su dirección es horizontal. Su altura máxima es de 18 cm. en el punto de inserción funicular y desde allí va decreciendo paulatinamente hasta el punto opuesto, donde sólo mide 4,5 cm. También el espesor de los cotiledones, que es de 10 a 15 mm. en el sitio de inserción funicular, va decreciendo hacia el punto opuesto, donde sólo es de 5 mm. El polo membranoso superior, que es mayor, está intacto y formado sólo por amnios y corion. El inferior, que muestra en una pequeña zona restos de vellosidades atróficas, es menor y presenta el desgarro del saco ovular, desgarro que en una parte llega al borde inferior del anillo placentario y en parte está separado de él por 3 a 5 cm. de membranas. Del punto de inserción funicular parten los vasos placentarios: dos arterias, a las que acompañan dos venas, tienen a su cargo la irrigación de las zonas laterales del anillo. A través de la parte más estrecha de éste, pasan dos ramas arteriales de pequeño calibre que se continúan directamente con otras dos ramas provenientes del lado opuesto. El anillo vascular resulta así cerrado.

*Caso 3* - H. Cl. 459-1907. V para, 28 años. Cuatro embarazos anteriores de término, con partos y puerperios normales. Niega abortos. El presente embarazo no ofrece particularidades. Parto espontáneo, seguido de discreta hemorragia, que cesa con el alumbramiento que se hace por simple presión.

Placenta de 600 gr. de peso. Sus caracteres son casi idénticos a los del caso 1, siendo la separación entre ambos extremos bastante mayor (7 cm.).

La única particularidad que se observa, es que en la parte media de ambas prolongaciones laterales, el anillo se presenta netamente estrangulado, pareciendo corresponder dichas zonas a ambos bordes del útero.

La patogenia de las placentas en anillo o en cinturón ha sido objeto de múltiples controversias durante los últimos diez años, especialmente en Alemania. Varias son las teorías que han tratado de explicarla.

El origen a expensas de una implantación ovular doble, invocado en 1919 por Bumm, fué luego decididamente apoyado por Schiffmann, quien basándose en la comprobación de Grosser, de una implantación doble en los monos inferiores de Europa, acepta un mecanismo semejante, con fusión ulterior de ambos esbozos placentarios, para explicar la formación de una placenta anillada. Dicha teoría no ha tenido aceptación alguna, debido en primer lugar a que no es compatible con la implantación intersticial propia de la especie humana, como lo prueba el hecho de que nunca haya sido descrita en el hombre. Además, si dos placentas originariamente aisladas, con circulación bien diferenciada, llegaran a unirse, debería observarse en los anillos placentario y vascular una doble interrupción, lo cual no ha sido observado hasta ahora.

También ha sido invocado como posible origen la fusión de las dos placentas de un embarazo gemelar, pero nunca se han hallado vestigios de otro feto ni de otra inserción funicular.

El origen a expensas de un mecanismo idéntico al que se observa en los animales de presa o carnívoros, no es siquiera discutible. En efecto, sabido es que en los carnívoros la implantación es central. El huevo, que permanece en la luz del cavum uteri hasta adquirir su madurez de implantación, toma contacto directo con todo el contorno uterino, originándose así la placenta en anillo. En cambio, en el hombre, el huevo se implanta en el espesor de la decidua (nidación intersticial) quedando separado de la luz uterina por la parte superficial (decidua capsular o refleja) que le impide tomar contacto con la que reviste las otras paredes del cavum. Además, la placenta zonaria de los animales es del tipo endoteliocorial, lo que la distingue específicamente de la del hombre, que, como es sabido, es hemocorial (Grosser).

Desechadas casi unánimemente estas teorías, es necesario aceptar una anomalía del desarrollo y formación de la placenta humana. El origen o «*primum movens*» de esta anomalía, debe buscarse en los graves insultos que ha sufrido anteriormente el endometrio y que han sido encontrados en la casi totalidad de los casos de placenta zonaria. En efecto, salvo los casos de Abraham, Schiffmann y nuestro caso 3, en todos los demás se encuentran endometritis post-abortum y post-partum, curetajes post-abortum y post-mola hidatiforme (Philipp), miomas intramurales (Klaften), etc. Un ejemplo típico al respecto es nuestro caso 1, en cuyos antecedentes existía la cifra poco común de 15 abortos provocados, siete de ellos seguidos de curetaje y algunos de endometritis.

Varias son las teorías que aún hoy se discuten y las cuales pueden dividirse en tres grupos:

1) Proliferación de las vellosidades coriales de la zona basal del huevo, las cuales, circundando el cavum uteri, originan una placenta en anillo.

2) Formación de una placenta originariamente discoidal, la cual, por atrofia secundaria de su porción central, origina una placenta en anillo.

3) Conservación de las vellosidades, que corresponden a la refleja, con inserción secundaria de dichas vellosidades sobre la decidua parietal (Philipp).

1. Los autores que creen en un crecimiento en superficie de las vellosidades de la zona basal del huevo, atribuyen dicho crecimiento, a dos causas diferentes que obrarían por un mecanismo semejante:

a) Algunos afirman que dicha proliferación tendría un fin vicariante, dado que la decidua, originada en un endometrio que ha sufrido intensos traumatismos, ofrece a las vellosidades condiciones o posibilidades insuficientes de nutrición. A este grupo pertenecen Klaften, Siedentopf y Bumm

b) Otros autores creen que al factor anterior, que es para todos de importancia, debe agregarse la nidación en ciertos y determinados sitios del útero. Así, Schatz sólo concibe la formación de una placenta zonaria en el segmento inferior, alrededor del orificio uterino, donde el corto camino que deberían recorrer las vellosidades para cerrar el anillo, hacen especialmente factible la formación del mismo.

A esta opinión se adhiere Strassmann, quien no admite la formación de una placenta en anillo en el cuerpo uterino normal. Según él, sólo podría producirse si la implantación se hace sobre un borde, lo que obligaría a las vellosidades a extenderse sobre ambas caras, buscando una nutrición más favorable, pudiendo llegar así a unirse en el otro borde, o bien si la implantación se efectúa en el segmento inferior o en un útero unicornis. Análogas razones invoca Burg para justificar un caso de placenta anillada, con inserción alrededor del ángulo tubario, observado por él.

Fränkel y Granzow invocan un mecanismo algo diferente. Creen estos autores que las endometritis que han padecido las enfermas y que según ellos atacan con especial predilección el fondo de la cavidad uterina, obligan al huevo a implantarse más abajo, más o menos en el tercio medio del cuerpo. Como el tercio inferior también es poco apropiado para el desarrollo placentario, quedaría el ecuador del útero como zona de elección para la implantación del huevo. Ahora bien,



esa zona, aunque no tan dañada como el fondo, también ha sido atacada por el proceso inflamatorio y por ello la decidua no ofrece al huevo un nido normal. Debido a ello, las vellosidades de la basal irán avanzando por el ecuador del útero hasta rodearlo por completo. Esta explicación, ingeniosa si se quiere, pero puramente teórica, no permite explicar la formación de la placenta en anillo en el segmento inferior, que es su localización de elección.

Todas las teorías enumeradas, basadas en la proliferación de las vellosidades basales del huevo, permiten explicar el origen de la anomalía en todos aquellos casos en que el anillo vascular está interrumpido en un punto. En efecto, no es verosímil ni está de acuerdo con lo que hoy se conoce sobre el modo de formación de los vasos placentarios, que dos territorios coriales, con sus vasos ya formados y diferenciados, sean capaces de fusionar dichos vasos entre sí. Sin embargo, para los numerosos casos de anillo vascular incompleto, a los cuales Hinselmann incluye entre las placentas en herradura, esta explicación es inobjetable.

Para las placentas en anillo con circuito vascular cerrado, es necesario buscar otra explicación.

2. Algunos autores invocan como patogenia para estos casos, la atrofia secundaria del centro de una placenta primitivamente discoidal. Stieve, en 1929, basándose en investigaciones propias sobre úteros extirpados en diversos períodos de la gestación, afirma que en ciertos casos de inserción previa primitiva, ésta se efectúa antes del despliegue del istmo y de que éste entre a formar parte del cavum uteri, constituyendo el segmento inferior. Al ocurrir dicho despliegue del istmo, y estando ya la placenta inserta alrededor del orificio interno, las vellosidades se ven obligadas, para tapizar esta nueva superficie, a una proliferación muy acentuada o en su defecto se van separando entre sí en forma excéntrica, de tal modo que en el centro de la placenta queda una zona desprovista de ellas. Aunque con algunas reservas, Antoine se adhiere a esta misma opinión.

Otros autores, a los cuales se adhiere recientemente Siedentopf, sin llegar a invocar un mecanismo tan complejo, creen que cuando la placenta se desarrolla en el polo inferior del cavum, su porción central, que rodea al orificio interno se atrofia secundariamente a causa de las malas condiciones de nutrición que le ofrece la decidua de esta zona.

Burg, casi al mismo tiempo, invoca para su caso de placenta en anillo, insertada alrededor del ángulo tubario, un mecanismo similar.

Todas estas teorías, que en el fondo equipara la placenta en cinturón a una placenta fenestrada, son capaces de explicar la génesis de una placenta con anillo vascular cerrado. A su favor habla el hecho de que a veces en la parte central membranosa se observan vestigios de vellosidades atróficas, cosa que, por otra parte, dista de ser constante.

3. La última teoría que mencionaremos, es la enunciada en 1930 por Philipp, de la Clínica de Stoeckel. Dicho autor supone que las vellosidades recubiertas por la decidua refleja, serían, en ciertos casos capaces de sobrevivir a ésta, es decir, de conservar su vitalidad más allá del segundo mes. En estas condiciones, dichas vellosidades, una vez involucionada la decidua refleja, se pondrían en contacto con la vera y se implantarían en ella, dando así origen a una placenta en anillo. Cuanto más superficial sea la nidación del huevo, es decir, cuanto más delgada sea la refleja, mayores serán las probabilidades de realización de este mecanismo. Ahora bien, en una decidua de calidad inferior, como es la originada en estos endometrios, el huevo no suele penetrar en la profundidad y se forma, por lo tanto, una refleja delgada, que degenera prematuramente y favorece así el contacto del huevo con la vera. A esta patogenia refiere Philipp la mayoría de las anomalías de forma de la placenta, como ser las placentas difusa, zonaria, bipolar, etc., según sea la distribución topográfica de las vellosidades que finalmente sobreviven. En favor de una

patogenia unicista habla también la comprobación de Thaler, quien observa una placenta en cinturón y una placenta bilobada en dos partos sucesivos de una misma enferma.

Esta teoría es capaz de explicar la formación de un anillo vascular completo, siendo, por otra parte, éste el objeto con que fué ideada. En efecto, si bien no existen en el caso de Philipp anastomosis visibles, existe, sin embargo, un anillo vascular completado por la existencia de una zona de transfusión, descrita ya en 1886 por Schatz y constituida por cotiledones que reciben arterias y emiten venas hacia ambos lados del anillo placentario. Esto se ve bien en las radiografías de la placenta inyectada con sustancias opacas. Como ya hemos dicho, la existencia de un anillo vascular cerrado sólo se concibe cuando todo el complejo placentario se ha formado en un tiempo. La explicación de Philipp, por más teórica que sea, llena esta condición satisfactoriamente.

El primer intento de clasificación fué hecho en 1886 por Schatz. Este autor, basándose en la diferencia del tipo de implantación y de placentación del hombre y de los animales, hace una distinción neta entre las placentas de ambas especies, designando a la humana con el nombre de pseudozonaria. Las subdivide a su vez en externa, cuando el anillo placentario es completo e interna cuando está interrumpido y sólo es cerrado el anillo vascular. En 1930 propone Philipp una nueva clasificación. Este autor hace notar que con su explicación del origen de las placentas con anillo vascular completo, dichas placentas pueden casi identificarse con la verdadera placenta zonaria de los carnívoros, motivo por el cual reserva para ellas el nombre de placenta zonaria humana.

En cambio, para las placentas con anillo vascular incompleto, para las cuales acepta una simple proliferación de las vellosidades basales, propone el nombre de placenta pseudozonaria. Las de la primera categoría las divide en completas e incompletas, según el grado de integridad del anillo de tejido placentario.

Esta explicación, basada en la patogenia del proceso, merece, a nuestro juicio, ser conservada. En resumen, tendríamos:

1) *Placenta pseudozonaria*, o sea con anillo vascular interrumpido: a esta categoría pertenecen los casos de Schiffmann, los tres de Klafien, los nuestros 1 y 3, y la mayoría de los casos publicados.

2) *Placenta zonaria*, o sea con anillo vascular cerrado.

a) Completa: los casos de Fränkel, Burg, Philipp (número 1) y nuestro caso 2.

b) Incompleta: casos de Schatz, Katz, Philipp (número 2), Abraham, Siedentopf y Graubner.

La placenta en anillo tiene su importancia clínica. En 14 casos de la literatura, en los cuales se describe la sintomatología, hemos encontrado en 11, o sea en el 78 por 100 hemorragia más o menos abundante del período de alumbramiento. También es frecuente la retención placentaria.

En 1932 llama la atención Philipp sobre el peligro que para la vida fetal representan las placentas zonarias incompletas, en las que a veces gruesos vasos corren por un puente membranoso. El mismo año, en efecto, publica Siedentopf un caso, en el cual a causa del desgarro de uno de esos vasos, sobreviene la muerte del feto por anemia aguda.

En resumen, pueden distinguirse en el hombre dos clases de placenta anillada, diferentes no sólo por su anatomía, sino probablemente también por su patogenia.

La primera es la de las placentas con anillo vascular interrumpido. A ellas reservamos hoy el nombre de pseudozonarias y se originan muy probablemente por el avance de las vellosidades basales alrededor del huevo.

La segunda clase agrupa a las placentas con circuito vascular cerrado, las cuales reciben el nombre de zonarias y que dos teorías, la de Philipp y la de Stieve, son capaces de explicar. (Bibliografía).

**Quieste de vagina**, por los doctores Antonio Falsía y Miguel V. Falsía. (*La Semana Médica*, número 26, Buenos Aires, 1936).

Según Schroeder, los quistes de vagina, dentro de las ginecopatías, se encuentran en una proporción del 1 al 2 por 100. Veit (en Halban y Seitz) dice que la vagina constituye a menudo el asiento de formaciones quísticas en todas las edades de la vida, incluso inmediatamente después del nacimiento y que pueden localizarse en cualquier punto del órgano, desde el introitus hasta las cúpulas, con preferencia en la pared anterior.

Historia clínica núm. 7, año 1934. E. M. de T., de 42 años, italiana, casada. Ingresó el 10 de enero.

*Antecedentes hereditarios.*—Padre sano. Madre falleció, ignora la causa. Son ocho hermanos, que viven y sanos.

*Antecedentes personales.*—No recuerda enfermedad digna de mención. Menarquia a los 12 años: reglas periódicas, abundantes, 8/30, a veces dolor el primer día. Se casa a los 22 años; tuvo tres partos a término, puerperios normales. El último parto data de 15 años. Posteriormente, esterilidad voluntaria. Última regla, 4 al 9 de enero actual.

*Enfermedad actual.*—Desde hace varios meses, no sabe precisar, siente molestias en la región perineal.

*Estado actual.*—Mujer bien constituida. Abundante panículo adiposo. El examen somático de sus diversos aparatos de la vida orgánica no ha revelado ninguna anormalidad.

Abdomen: Ligeramente globuloso, flácido, indoloro. Hígado en sus límites normales. Bazo no se palpa. Ligeró gorgoteo cecal.

*Aparato genital.*—Desgarro superficial de periné. Vulva ligeramente entreabierta. En la pared anterior de la vagina y próximo al fondo de saco anterior se nota la presencia de una tumoración del tamaño y forma de un huevo de gallina, de consistencia quística; la mucosa vaginal que la recubre es casi lisa. Dicha tumoración es fija e indolora. Al hacer pujar a la enferma se manifiesta un ligero prolapso vaginal anterior y posterior. Cuello y cuerpo uterino, nada de anormal. Parametrios libres. Examen cistoscópico: vejiga normal. Ambos orificios ureterales bien situados. No se perciben orificios diverticulares. Examen cistorradiográfico: inyectado en la vejiga 200 c. c. de líquido opaco y efectuadas dos radiografías, una decúbito dorsal y la otra en oblicua, aparece la sombra vesical redondeada y sin prolongaciones diverticulares. Los análisis de orina y de sangre practicados dieron resultado normal.

Basados en el examen consignado y sentado el diagnóstico de quiste de vagina, intervenimos a la enferma. Anestesia local. Incisión longitudinal en la pared anterior de la vagina y línea media. Se encuentra un buen plano de clivaje que permite liberar en gran parte la bolsa quística. Al terminar el desprendimiento en la parte profunda, la tenue pared quística se rompe, dando salida a un mucus claro. Extirpación total del saco. Hemostasia perfecta. Se reseca un colgajo de vagina a ambos lados de la incisión y se sutura. Alta en buenas condiciones a los 20 días.

El examen histológico de la pieza extirpada, practicado por el profesor Mosto, informa que la pared está constituida por tejido conjuntivo, revestida interiormente por un epitelio cúbico simple.

Con respecto a la patogenia de los quistes de vagina, excluidos los de origen equinocócico, las vaginitis enfisematosas, los hematomas, las linfangiectasias, los divertículos de uretra, uréteres y vejiga. Veit estudia dos grupos: los desarrollados a expensas de las glándulas de la vagina, que según las experiencias de Herff y Widmer, son de existencia real, con contenido mucoso y detritus celulares y no ramificadas, de tal suerte que obliterado el único conducto excretor se dilatan por

referenciación de la secreción originándose de esta manera el quiste. El segundo grupo comprende los desarrollados a expensas de restos de los conductos excretores de los cuerpos de Wolff y del conducto de Gartner. Sabido es que persisten algunos restos en las paredes vaginales.

Cuando los quistes asientan en las paredes laterales, se podrían atribuir a restos del conducto de Gartner. Para Cullen y Frankel algunos quistes proceden de inclusiones epiteliales en cicatrices de partos anteriores y éstos radicarían de preferencia en el periné y el introitus. Horming describe un caso desarrollado después de una colpoperineorrafia.

Schroeder, respecto a la patogenia de estos quistes, diferencia varios grupos: los dependientes de formaciones glandulares de las paredes vaginales, los por introflecciones epiteliales separadas en la fusión de los canales de Müller, los formados a expensas de restos del canal de Gartner y los quistes linfáticos.

Generalmente únicos, pueden ser múltiples, variando el volumen desde el de un grano de mijo al de una cabeza de feto a término, y aún más (Kelly).

Por lo general se desarrollan debajo de la mucosa vaginal y cuando radican en la parte superior de la vagina pueden invadir el tejido conjuntivo paravaginal y a veces insinuarse entre las hojas del ligamento ancho.

La mucosa vaginal que los recubre pierde sus arrugas, se estira y adelgaza a veces a tal punto que se transparenta el contenido quístico.

La consistencia por lo general es francamente quística, con contenido de mucus límpido, a veces turbio, otras veces achocolatado. Rara vez son de consistencia dura; en estos casos la cavidad está ocupada por contenido dermoideo (Fischer).

La pared quística está formada por tejido conjuntivo y algunas fibras musculares, revestida interiormente por epitelio plano, a menudo estratificado, otras veces cúbico simple.

La sintomatología es muy pobre; a veces molestias subjetivas comparables a las del prolapso vaginal. Cuando son de pequeño volumen, sólo el tacto vaginal los descubre ocasionalmente. Los grandes quistes entreabren la vulva y alguna vez se exteriorizan. Otras veces se descubre su existencia con ocasión del parto y pueden ser causa de distocia.

Como complicación podría observarse la infección y rara vez la degeneración maligna.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el cistocelo, con el hematocele simple, que casi siempre tiene un origen traumático, con el uretrocele, con el hematocolpos unilateral, que puede acompañar otras anomalías dependientes de los conductos de Müller. Con los divertículos de uréter podrían confundirse los quistes desarrollados en la cúpula vaginal. Para despistar el diagnóstico prestan buen servicio la cistoscopia y la cistorradiografía.

El tratamiento debe ser quirúrgico. Schroeder aconseja una técnica simple que pone a cubierto de las hemorragias. Consiste en la decapitación de la parte del quiste que hace proeminencia en la vagina, marsupializando luego el resto de la cavidad quística en la mucosa plana por medio de unos cuantos puntos. La cavidad se epidermiza y desaparece totalmente. También se puede hacer una colpotomía, buscar un plano de clivaje y enuclear el quiste, teniendo cuidado de reparar la vejiga, la uretra o el recto, según los casos. Los quistes altos, los que invaden el parametrio, indican formalmente la vía laparotómica.

Por su situación topográfica en la pared anterior de la vagina y próximo al fondo vaginal anterior, más que por su constitución histológica, consideramos que el quiste que presentaba nuestra enferma puede ser encuadrado dentro del grupo de los desarrollados a expensas de las glándulas de la vagina y cuyo origen puede ser variable, tubos glandulares verdaderos procedentes del epitelio vaginal o glándulas heterótomas emigradas del cuello o del vestíbulo.

# "BIOLOGÍA Y PATOLOGÍA DE LA MUJER"

(TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA)

**POR LOS PROFESORES HALBAN Y SEITZ**

con la colaboración de los doctores

Adler, I.	Fischer, I.	Hitschman, F.	Lindig, P.	Reiflersch, K.	Sternberg, C.
Albrecht, H.	Fraenkel, L.	Hochne, O.	Linzeumeier, G.	Reuss, A.	Stickel, M.
Albrecht, O.	Freund, H.	laschke, K. Th. v.	Lubochs, W.	Schade, H.	Stransky, E.
Aschner, B.	Freund R.	Kehrer, E.	Marthius, H.	Schifflmann, I.	Stratz, C. H.
Baisch, K.	Fülh, H.	Keller, K.	Martin, E.	Schumaltz, R.	Taler, H.
Dietrich, H.	Grosser.	Kermanner, Fr.	Mathes, P.	Schmidt, H. H.	Wagner, G. A.
Dietrich, H. A.	Guggisberg, H.	Knauer, E.	Matzpaner, R.	Schmidt, H. R.	Walthard, M.
Drahn, F. R.	Guthman, H.	Koger, H.	Mayer, A.	Schöder, R.	Weibel, W.
Eckelt, K.	Halban, J.	Röhler, R.	Neurath, R.	Schur, H.	Weinberger, M.
Enfinger, H.	Hammerschlag, S.	Krukenberg, H.	Novak, I.	Schwarz, E.	Wiesel, I.
Engenhorn, E.	Heynemann, Eh.	Labhardt, H.	Nürnbergger, L.	Seitz, L.	Winter, G.
Essen, E.	Heynemann, Th.	Lahm, W.	Oertel, O.	Sellheim, H.	Ingle, N.
Ewal, G.	Hinselmann, H.	Lapueur, A. L.	Pancow, O.	Seuffert, E. v.	
Eymer, H.	Hirsch, M.	Len, Fr.	Palano, O.	Sigmart, W.	

Acaba de ponerse a la venta el **TOMO XV** traducido directamente del alemán por **Joaquín Núñez Grimaldos**, con la colaboración técnica del

**DR. D. ARCADIO SÁNCHEZ LÓPEZ**

Consta este tomo de 590 + 12 páginas, impresas en magnífico papel couché, con 319 figuras en el texto, algunas en color, y 31 láminas policromadas, y contiene las siguientes materias:

Desarrollo del ser humano desde el estado de célula germinal hasta el de configuración de las formas externas del cuerpo, teniendo en cuenta los estudios de embriología comparada. Teoría de la placentación humana y comparada, por el *Prof. Dr. Otto Grosser*, de Praga.  
Anatomía y fisiología del feto y biología de la placenta, por el *Prof. Dr. H. Dietrich*, de Gottingen.  
Comportamiento normal y patológico de la placenta y del líquido amniótico, por el *Prof. Dr. Hams Hinselmann*, de Altona, Elba.

**CONDICIONES DE LA PUBLICACIÓN.**—La obra consta en alemán de ocho tomos, de más de 1.000 páginas cada uno, profusamente ilustrados con grabados en negro y láminas policromadas.

Sería pretencioso aspirar a resumir en pocos renglones el contenido de este Tratado, porque no en vano han destinado al mismo en la edición alemana los miles de páginas de que consta. Pero sí puede afirmarse que es obra única en su género y la primera que, bajo una misma denominación, comprende todas las materias que los estudios sociales, la experimentación y la clínica han señalado como procesos característicos de la mujer, no sólo durante la plenitud de su vida, sino desde que el sexo femenino se inicia en el útero, hasta que, después del nacimiento, el transcurso de los años apaga su existencia.

Y no es exclusivamente desde el punto de vista patológico desde el que han concebido su libro los Dres. Halban y Seitz. Conceden, en efecto, gran importancia a los fenómenos biológicos, fisiológicos y psíquicos de los distintos períodos de la vida femenina, sin omitir el estudio de las cuestiones sociales que la emancipación progresiva de la mujer ha ido planteando cronológicamente.

La obra, que interesa, por consiguiente, tanto al especialista como al médico general y al médico práctico, es una empresa admirable de los Dres. Halban y Seitz, que se ha visto coronada por el éxito, gracias también a la intervención de un plantel de colaboradores, que tan en alto pone el prestigio de la ciencia austroalemana.

La edición española del Tratado Halban y Seitz no desmerece en presentación de la alemana.

En español se publica la obra en tomos de unas 600 páginas, tamaño 25 × 17 centímetros, apareciendo un tomo cada tres meses, al precio de 45 pesetas en rústica y 52,50 lujosamente encuadernado en piel y tela.

El pago de la obra se efectúa por tomos, a medida que van éstos publicándose, cargando al suscriptor 1,50 pesetas por cada letra que se pone en circulación para hacerlos efectivos.

*Se admiten suscripciones a la obra de Halban y Seitz en todas las librerías de España y del extranjero, y en*

**EDITORIAL PLUS-ULTRA, Eloy Gonzalo, 5, MADRID**