

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 — JULIO 1936 — NUM. 247

□ □ □

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 aguas termales radioactivas y oligometálicas en las ginecopatías</i> , por el doctor E. Macías de Torres.	241
<i>Urgencia obstétrica: indicaciones</i> , por el doctor José M. ^a Mascaró y Porcar.	248
<i>Los efectos de la hormona folicular en el embarazo y el parto</i> , por el doctor Ricardo Schwarcz.	255

REVISTA DE LA PRENSA MÉDICA

I.--PUBLICACIONES EN ESPAÑOL.—Varios casos mortales de aborto complicado, por el doctor E. Macías de Torres.—Alumbramiento manual. Comentarios sobre una estadística, por los doctores Rodolfo G. Schmidt y Diego Taylor Gorostiaga.—Rotura silenciosa del segmento inferior del útero en el curso del embarazo a nivel de una cicatriz de operación cesárea. Implantación secundaria de la placenta previa recidivada en la cara posterior de la vejiga, por los doctores Manuel Luis Pérez y Federico Tallaferro.—Quiste del cuello uterino, por los doctores Antonio Falsfa y Miguel V. Falsfa. 269

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

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

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 annoncera 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 PICAVERA, 38 Y 40 - VALLADOLID

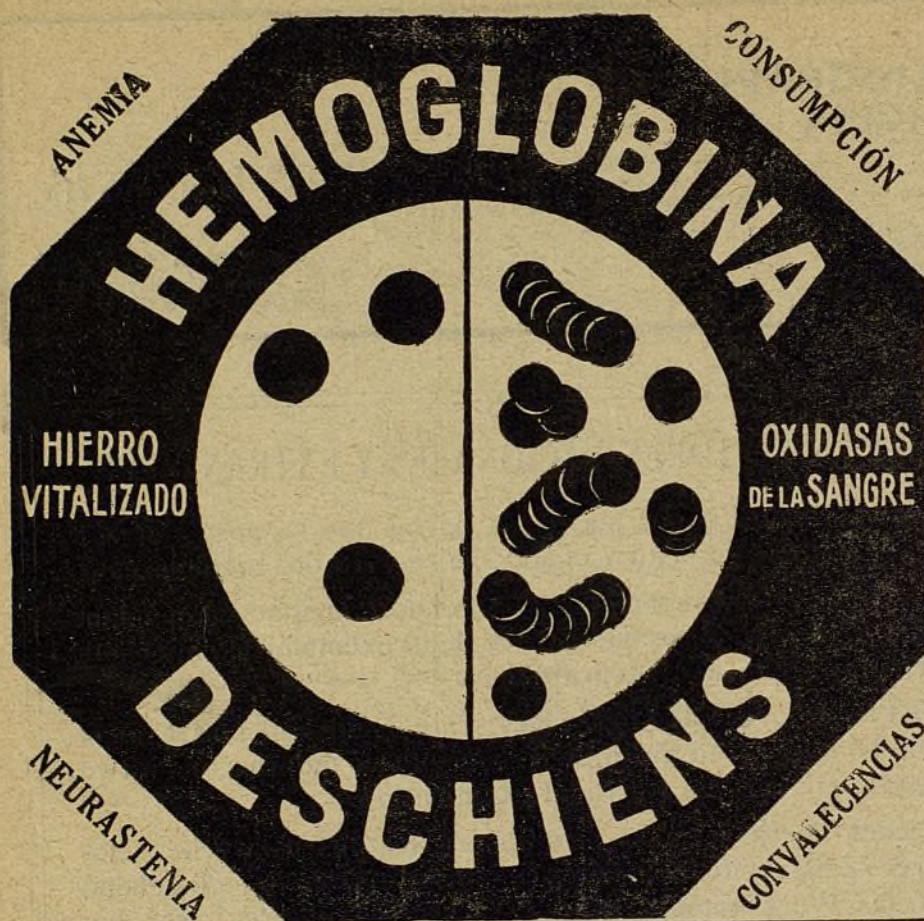
AVISO A NUESTROS LECTORES

Acaba de aparecer el «Índice Bibliográfico de Medicina 1936» (enero 1927 a diciembre 1935) de la conocida Librería Sintes, de Barcelona (España), Ronda de la Universidad, 4, magnífico volumen de más de 400 páginas conteniendo las obras de medicina en todas sus especialidades publicadas en este lapso de tiempo, así como una completa lista de la prensa profesional de España, América y Portugal, todo lo cual hace que sea utilísimo a cuantos quieran estar al corriente de las fuentes científicas de medicina, cirugía y además Farmacia, Química, Fisiatría o Naturismo, Homeopatía, Odontología.

Magnetismo, Hipnotismo, Sugestión y vulgarización científica pídase catálogo especial.

Precio de venta: 3 pesetas.

Nuestros lectores lo recibirán GRATIS si hacen constar al pedirlo su condición de suscriptor de nuestra revista.



OPOTERAPIA HEMÁTICA

JARABE y
VINO

DESCHIENS á la Hemoglobina

Admitidos en los Hospitales de París

Proporcionarán á los
Médicos resultados que
agradecerán sus enfermos

DOSES:

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^{ia}, 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

JULIO
DE 1936

Año XXI
Núm. 247

HOSPITAL PROVINCIAL DE OVIEDO
CLÍNICA DE GINECOLOGÍA

Las aguas termales radioactivas y oligometálicas en las ginecopatías

POR EL DOCTOR E. MACÍAS DE TORRES

Jefe de Clínica.

El empleo de las aguas minero-medicinales en las afecciones ginecológicas, tiene una larga y fecunda tradición; pero forzoso es reconocer que, en nuestro país y en el momento actual, su empleo se halla poco menos que abandonado, o, lo que es peor aún, sólo se usan de una manera puramente empírica y las más de las veces sin consejo médico.

Hace unos cuantos lustros acudían preferentemente a los balnearios dos categorías de enfermas ginecológicas, las afectas de miomas uterinos y las estériles; estas últimas iban a tomar las aguas como podían ir en peregrinación a un Santuario, buscando la curación por un milagro, pues casi ocioso es decirlo, no se había establecido un diagnóstico etiológico, ni por consiguiente se había podido sentar una indicación científica.

Si en las aguas minero-medicinales no hubiera efectos más útiles que los apuntados, bien justificado estaría el olvido, pues hoy la variedad de recursos con que contamos para tratar los miomas uterinos que precisan tratamiento es tal, que podemos adaptarnos a cada caso particular y lograr siempre la necesaria eficacia con el riesgo mínimo para la paciente; así pues, el tratamiento en los balnearios de esta clase de pacientes rarísima vez puede considerarse necesario, aunque en alguna ocasión pudiese ser de cierta utilidad.

En la esterilidad, la misión de las aguas minero-medicinales es más restringida aún. Este síndrome es la resultante de una porción de afecciones ginecológicas, o de alteraciones humorales, o de dolencias masculinas, sin cuyo previo diagnóstico es imposible sentar ninguna indicación terapéutica. Claro está que la balneoterapia, aun empíricamente empleada, ha logrado éxitos en este terreno, que nos recuerda la historia; así, por ejemplo, Ana de Austria, hija de Felipe III de España y casada con Luis XIII de Francia, logró sucesión después de muchos años de matrimonio estéril, mediante una cura de aguas en Forgues; parece lo más probable que la reina padeciese una hipoplasia genital que pudo ser corregida

con la cura climática y balneoterápica a que se sometió. En cambio ningún efecto produjo la cura en el balneario de Trillo en M.^a Amalia de Sajonia, esposa de nuestro Fernando VII; cosa natural, pues después se averiguó que la esteridad de las tres primeras esposas de este monarca era debida a un defecto (más bien a un exceso) del rey.

No se crea, por lo que acabamos de decir, que el uso de las aguas medicinales en ginecología es algo anacrónico y desterrado; en Alemania y en Francia (por no citar más que aquellas dos naciones que más intervienen en la formación médica española contemporánea) se hace amplio uso de esta clase de recursos.

En Alemania se emplean, en ginecología, los baños salinos, añadiendo al agua del baño común sal de Stassfurt, y entre los manantiales naturales gozan de gran fama las aguas ricas en ácido carbónico de Kissingen, Nauheim, Oyenhause, etc., y también las clorurado-sódicas ricas en yodo, como Kramkeheil, Kreuznach, y otras. La manera de actuar de estas aguas ha sido bien estudiada por Frankenhauser, Rochig y Zuntz, Langstein y Ritschel. La balneoterapia de aguas salinas ha sido calurosamente recomendada por Freund en las parametritis crónicas, en cuyas afecciones nosotros también hemos obtenido buenos resultados, aunque con aguas naturales de otro tipo, como diremos después; pero las aplicaciones ginecológicas que gozan de mayor predicamento, son los baños de lodo y fangos, sobre los cuales han resultado particularmente demostrativas las investigaciones de Winternitz; este tratamiento resulta particularmente eficaz en las afecciones inflamatorias crónicas. (Jivatoff, Epstein, Khaskine y Mazo).

Para el objeto que nos proponemos al escribir este artículo, el interés preferente se concentra en el empleo ginecológico de las aguas radioactivas naturales, cuyos efectos sobre los procesos metabólicos han sido bien resumidos por Laqueur en su monografía. Los resultados que con este tratamiento es posible lograr en las inflamaciones crónicas ginecológicas, han sido comunicados por Lachmann a base de observaciones realizadas en el balneario de Landeck, en las cuales se buscó el efecto exclusivo de la radioactividad despreciando el efecto termal posible. La mejoría subjetiva no fué tenida en cuenta para el resultado de las aplicaciones, comprobando el profesor Küstnez objetivamente que la mejoría lograda lindaba con la curación total.

En Francia se emplean en las afecciones ginecológicas tres tipos de aguas minero-medicinales naturales: las oligo-metálicas radioactivas, las aguas clorurado-sódicas y las aguas sulfurosas, las cuales tienen, como es natural, indicaciones diversas. Las aguas oligo-metálicas hipertermales dan buen resultado en las anexitis crónicas en pacientes deprimidas, atónicas y anemiadas. Las aguas salinas las utilizan preferentemente en pacientes linfáticas, atónicas con adenopatía, lográndose efectos apreciables en algunos miomas uterinos y sobre todo en lesiones tórpidas. Las aguas sulfurosas sedantes se hallan particularmente indicadas en las algias pelvianas. Recientemente Macrez, ha comunicado los buenos resultados que se obtienen en esta clase de pacientes en el manantial de Saint-Sanveur, que es del último tipo de los enunciados, y Suzte, en el mismo balneario ha tratado con éxito casos de afecciones inflamatorias crónicas de los anexos.

Siredey ha descrito minuciosamente los efectos que pueden esperarse de las aguas salinas del tipo de las de Salies de Bearne, en muchos trastornos funcionales, como

amenorreas, dismenorreas, menorragias y aun alteraciones bien acusadas anatómicamente, como las desviaciones uterinas, las ptosis y en las afecciones inflamatorias crónicas del útero y de los anexos, fibromiomas y tuberculosis genital. El mismo autor, en otro trabajo, señala más de 50 estaciones balnearias de su país que pueden ser utilizadas en el tratamiento de las afecciones ginecológicas, señalando las múltiples afecciones que pueden ser influidas favorablemente en cada tipo de balneario y también los casos y enfermedades en los cuales nada es posible esperar de esta clase de tratamiento.

Cotte en el Congreso de hidrología y climatología médicas, expuso las líneas generales del tratamiento hidromineral que puede emplearse en ciertas desviaciones uterinas, en las afecciones inflamatorias, fibromiomas, trastornos funcionales diversos, esterilidad, etc., y los ponentes, David, Macé de Lépinay, Macrez y Pierra, llegaron a conclusiones muy parecidas.

Sappey ha dedicado recientemente varios trabajos a los efectos que ha logrado con las aguas de Uriage, en las afecciones ginecológicas, a las que concede indicaciones muy extensas, tal vez demasiado extensas, y con las que ha logrado resultados poco corrientes con esta clase de tratamiento.

Millet también ha publicado un trabajo sobre los resultados que ha obtenido en el balneario de La Léchère (aguas radioactivas de mineralización débil) en el tratamiento de las flebitis de origen obstétrico y ginecológico.

Girard ha utilizado la proyección sobre las mucosas genitales de los gases radioactivos desprendidos en los manantiales de aguas sulfurosas hipertermales, con éxito, en las infiltraciones inflamatorias periuterinas, metritis, dermatosis y neuralgias pelvianas, habiendo comprobado una acción particularmente eficaz sobre el elemento dolor.

En el II Congreso francés de Ginecología, Langenhagen, Turpault y Dansset, comunicaron los buenos resultados que pueden lograrse en las afecciones inflamatorias y en las algias pelvianas con la cura de aguas en Luxeuil (aguas oligometÁLicas radioactivas).

Muy recientes son también diversos trabajos de Tanzin sobre los tipos de aguas minero-medicinales aplicables a los casos ginecológicos y los resultados que con ellos es posible lograr.

Hemos hecho esta breve excursión por la bibliografía ginecológica más conocida sobre esta cuestión para demostrar que en el extranjero y en países vecinos al nuestro y bien conocidos, estas cuestiones ocupan a los ginecólogos; en cambio la literatura nacional, en este asunto, es extremadamente pobre a pesar de la variedad de aguas minero-medicinales con que cuenta la Península. Tal vez los ginecólogos desdeñan un poco esta clase de tratamiento, que en muchos aspectos no hay duda que se presta a interpretaciones variadas por la oscuridad de muchos de los fenómenos que se presentan después de una cura de aguas de esta naturaleza.

Los médicos de los balnearios quizá como tienen que atender a un número muy crecido y variado de casos clínicos, tampoco parecen haber prestado en nuestro país una atención preferente a los casos ginecológicos que a ellos acuden, de modo que en las revistas españolas recientes no encontramos trabajos importantes sobre esta cuestión.

De una manera general, como ya hemos dicho, en ginecología son aplicables tres variedades de aguas minero-medicinales. Las aguas sulfurosas, las aguas hipercloruradas y

las aguas radioactivas. Por lo que a mí hace, tengo una experiencia escasa de las dos primeras, en cambio he ensayado en casos algo numerosos de enfermas ginecológicas las últimas. Para ello he aprovechado la circunstancia de tener en el Hospital de Oviedo cuatro camas destinadas a su exclusivo servicio durante la temporada oficial en el balneario de Caldas de Oviedo.

Sumariamente recordaremos que estas aguas son acrato-termas, oligometálicas y radioactivas, y como en todas las de su tipo, la importancia terapéutica depende más que de la composición química, de su constitución física molecular, termalidad, de la abundancia del nitrógeno y gases raros que espontáneamente desprenden y de su crecido poder radioactivo. Químicamente su escasa mineralización depende del carbonato ácido de calcio, del carbonato ácido de magnesio, del sulfato magnésico, cloruro magnésico, hidróxido silícico, sulfato aluminico, carbonato ácido de hierro y cloruro sódico, en total, 375 mlgrs. de sustancias sólidas por litro de agua. Los gases disueltos en un litro de agua son 22 c. c. de nitrógeno, 13 de anhídrido carbónico y 2 de oxígeno. Los gases desprendidos espontáneamente en el manantial tienen la siguiente composición centesimal: nitrógeno y gases raros, 93,2 por 100; oxígeno, 4,3; anhídrido carbónico, 2,5. En la composición centesimal de la mezcla de gases raros entran los gases ligeros (helio con neón) en la proporción de 1,745 por 100 y los gases pesados (argón con indicios de kriptón y xenón) en la proporción de 98,255 por 100. La radioactividad del agua es de 3000 voltios hora litro. Diez litros de agua tienen en disolución una cantidad de emanación rádica equivalente a la producida por 2056 mlgrs. de bromuro de radium anhidro en un minuto de tiempo. Los gases desprendidos espontáneamente de las aguas son aún mucho más radioactivos que éstas. Diez litros de gases contienen 13,37 miligramos minutos de emanación.

Ocioso nos parece decir, pues estas aguas son en España sobradamente conocidas, que siempre han sido utilizadas de un modo preferente, casi exclusivo, por los enfermos reumáticos y de afecciones respiratorias. Verdad es que casi todos los autores que de ellas se han ocupado las han considerado indicadas de diversas afecciones del aparato genital femenino (Salgado y Guillermo, Bonilla, Carretero y Muriel). Y parece ser que hasta Gaspar Casal hace ya más de dos siglos conocía sus virtudes terapéuticas en este aspecto.

Pero no menos cierto es que hasta la fecha sus aplicaciones ginecológicas no se habían sistematizado y el tratamiento de esta clase de afecciones en el balneario se hallaba en el momento actual abandonado.

Nosotros en nuestras pacientes hemos utilizado exclusivamente hasta la fecha el baño de asiento con agua circulante progresivamente recalentado, hasta llegar a la máxima temperatura que permite la termalidad natural de las aguas (43°) y con una duración de media hora diariamente. Aunque nos parece lo más probable que los beneficiosos efectos que hemos observado sean debidos en primer término a la radioactividad, nos parece que debe aprovecharse su efecto termal, el cual contribuye de un modo indudable a la curación, aunque no sea fundamental, como ya demostró Lachmann, particularmente en las afecciones inflamatorias y en las dolorosas en que el beneficioso efecto del calor local en todas sus formas es de eficacia siempre reconocida desde antiguo. En cambio nos ha parecido ventajoso prescindir del agua en bebida o en inyección subcutánea o intramuscular que han

utilizado Sappey y otros autores, por parecernos en el caso particular de Caldas de Oviedo y de las enfermas que nosotros hemos enviado, que los inconvenientes habían de superar a las ventajas.

Asimismo hemos prescindido de los baños generales y de las duchas vaginales, porque desde el primer momento hemos preferido hacernos una experiencia básica sobre los efectos del baño de asiento caliente con agua circulante; también hemos prescindido en nuestras pacientes de todo otro tratamiento físico o medicamentoso, con el fin de que los resultados logrados sean únicamente achacables al efecto de las aguas. En el porvenir nos proponemos ensayar la emanoterapia local con los gases desprendidos espontáneamente de las aguas o baño ginecológico de vapor, ya empleado en Plombières y en otras estaciones termales.

Hasta la fecha hemos tratado tres grupos de enfermas ginecológicas con el baño de asiento termal de agua circulante.

- 1.º Las afectas de anexitis crónicas.
- 2.º Las dismenorreicas.
- 3.º Las de prurito vulvar esencial.

Van enumeradas por el orden de mayor a menor número de casos que hemos tratado, que coincide además con el de mayor eficacia.

En las enfermas afectas de anexitis crónicas los resultados nos parecen altamente favorables porque los casos que hemos enviado han sido aquellos en que el tratamiento físico, hospitalario y domiciliario había sido ya probadamente ineficaz o al menos no había producido más que un alivio pasajero, de modo que las enfermas iban allí, por decirlo así, en última instancia y como recurso final para librarse de una operación que en la mayor parte de los casos hubiese tenido que ser radical, mutiladora. En todas las enfermas de esta clase hemos logrado la desaparición total de los dolores y de todas las molestias subjetivas; claro está que no en todas ellas se ha logrado la curación anatómica de las lesiones, porque pretender eso es imposible; pero sí hemos de decir que en muchas de ellas los engrosamientos de los anexos, que eran perceptibles a la palpación bimanual antes de comenzar el tratamiento, habían involucionado de tal modo que equivalían a la mejor curación clínica que nos proporcionan los demás medios físicos de tratamiento cuando resultan eficaces; en una minoría de enfermas los datos objetivos de la exploración acusaban una mejoría escasa o nula, pero los efectos subjetivos eran igualmente buenos y no puede desconocerse que en las flogosis anexiales el elemento dolor es el más importante y para muchos efectos del tratamiento casi el único al que hay que conceder importancia. En este aspecto los resultados que hemos logrado con la crenoterapia, revelan que al lado del efecto local producido por el baño de asiento termal de agua circulante y que es enteramente análogo al que se logra con los otros tratamientos físicos, hay un efecto general sobre el terreno morbozo y que tiene una importancia igual o mayor que aquél y que los medios físicos que habitualmente manejamos no nos pueden proporcionar. Para podernos explicar estos hechos basta recordar algo que todos los ginecólogos de alguna experiencia han podido comprobar repetidas veces. Encontramos pacientes afectas de lesiones anexiales inflamatorias, que parecen mínimas en la exploración clínica y que, sin embargo, aquejan grandes dolores y a las cuales, naturalmente, nadie puede convencer de que tienen una afección de poca

importancia, al menos mientras tales dolores no desaparecen, o se atenúan. Al revés, nos sorprende a veces encontrar grandes bolsas anexiales de origen inflamatorio en enfermas que acusan molestias escasas o nulas y en cuya historia no encontramos antecedentes de grandes dolores. Esto, aparte de otras circunstancias de menor importancia, depende sin duda del terreno orgánico, el cual resulta modificable por la cura termal, aunque no sea susceptible de cambiarse de una manera absoluta y radical.

Por consiguiente, nos permitimos recomendar que en aquellas pacientes afectas de anexitis crónicas no tuberculosas, en las cuales los resultados del tratamiento físico habitual no haya sido suficiente y en que por razones médicas, o por expresa voluntad de la propia enferma, no se considere indicada la intervención quirúrgica, sean enviadas a un balneario de las características del de Caldas de Oviedo, para realizar la cura en la sencilla forma que hemos indicado, con lo cual se podrá evitar el éxodo al extranjero de pacientes que van en busca de un tratamiento con fangos o lodos termales y radiactivos poco usados en los balnearios españoles, y que pueden ser sustituidos con ventaja por el baño de asiento termal y radioactivo de agua circulante, muy fácil de ejecutar técnicamente.

Con ser importante el problema que la crenoterapia puede resolver en el tratamiento de las anexitis crónicas, puesto que un cierto número de enfermas podían lograr su curación clínica, mayor es aún el beneficio que se puede lograr en las dismenorreicas y no porque el tanto por ciento de curaciones en ellas resulte mayor que en aquéllas, puesto que ya hemos dicho que no es así, sino porque el problema de la dismenorrea tiene en el aspecto del tratamiento soluciones menos eficaces que el de las anexitis.

Ya sabemos que desde el punto de vista científico la dismenorrea no puede considerarse como una entidad nosológica, sino más bien como un síndrome, susceptible de presentarse en muchas ginecopatías y en afecciones extragenitales, pero aún quedan bastantes casos en los cuales no encontramos afecciones, uterinas, ováricas o de otros órganos, que nos expliquen el síndrome, que sin embargo se repite con una tenacidad desesperante y a veces creciente en cada nueva menstruación; son los que los antiguos llamaban dismenorrea esencial. En este particular hemos de decir que los modernos tratamientos por las hormonas ováricas que actualmente nos suministra el comercio en condiciones de pureza cada vez más perfecta, no han proporcionado los resultados que muchos autores se habían prometido. Asimismo el tratamiento medicamentoso a base de analgésicos y antiespasmódicos por una parte, es de resultados puramente momentáneos y sintomáticos, y en ciertos casos resulta más perjudicial que útil. Si recordamos además que el mayor número de dismenorreicas son jóvenes vírgenes, en las cuales el tratamiento local resulta difícilmente aceptado si se considera preciso, se comprende que un tratamiento como el crenoterápico resulta de un gran valor práctico, puesto que por una parte no exige manipulaciones directas en el aparato genital y además las mismas intervenciones quirúrgicas por vía abdominal, como la operación de Cotte u otras formas de simpatectomía, por hoy han de considerarse —a mi juicio— como de dudosa eficacia y casi empíricas toda vez que nuestros conocimientos acerca de la verdadera función de los filetes simpáticos que integran estos nervios son aún rudimentarios.

Finalmente, también hemos logrado resultados alentadores en algunos casos de prurito vulvar psicógeno; claro está que en el tratamiento por las aguas minero-medicinales

radioactivas de este síndrome hay que eliminar cuidadosamente los casos de prurito sintomático, como los debidos a vaginitis tricomonas o a otros flujos irritantes; pero me parece que la orientación actual en el prurito psicógeno, achacándole a déficit hormonal, lo que lleva aparejado el tratamiento con dosis crecidas de foliculina, es una orientación errónea, impuesta sencillamente por la moda, pero desprovista de base real y por tanto de eficacia; nosotros al menos pocas veces hemos tenido éxito en los casos en que hemos tratado con foliculina y en cambio sí lo hemos logrado, cuando menos parcial, con los medios físicos, como la insolación artificial y los rayos Röntgen; el baño de asiento con el agua de Caldas de Oviedo sustituye con ventaja a estos tratamientos físicos, y a mi parecer, en este caso particular del prurito psicógeno, puede prescindirse de la cualidad termal del agua, porque los beneficiosos efectos observados deben atribuirse exclusivamente a los gases radioactivos que obrarían como analgésicos directos de las terminaciones nerviosas en la piel; abonan esta interpretación los resultados que algunos autores han logrado en esta afección con la emanoterapia por gases radioactivos procedentes del radium metálico.

Naturalmente que al lado de estas ventajas que en ciertas afecciones ginecológicas hemos encontrado con el tratamiento en Caldas de Oviedo, tropezamos con el inconveniente de su limitación para las clases menesterosas, pues como hemos dicho, el Hospital de Oviedo sólo dispone en el Balneario de cuatro camas para sus pacientes y aun éstas han de estar ocupadas durante lo más de la temporada por enfermos afectos de otras dolencias; ello nos ha impedido hacernos una experiencia dilatada acerca de su eficacia; pero los casos cada día más numerosos que vamos enviando de la clientela particular, nos afirman en el concepto acerca de su eficacia que ya nos hemos formado, y que señalamos en este artículo como aportación previa a otro más extenso y con casuística numerosa.

BIBLIOGRAFÍA

- Cotte. XII Congrès Intern. d'Hydrol. et Climat. Med., 1927.
Dausset.—«Rev. Franç. de Gynéc. et d'Obst.», 1935.
Doleris.—«La Gynécologie», 1924.
Epstein.—«Journ. Accouch. i Jems Bolezny», 1931.
Girard.—«Arch. de la Soc. de Sciences Med. de Montpellier», 1931.
Jivatoff.—«Journ. Accouch. i Jems Bolezny», 1930.
Khaskine y Mazo.—Id., id., 1935.
Langerhagen.—«Rev. Fran. de Gynéc. et d'Obst.», 1935.
Macé de Lepinay, Macrez, David, Pierra.—XII Cong. d'Hydrol. et Clim. Med., 1927.
Millet.—«La Gynécologie», 1929.
Sappey.—Id., id., 1929-1930.
Surle.—«Journ. de Med. et Chir. Prat.», 1924.
Tauzin.—Id., id., 1935.
Turpault.—«Rev. Franç. de Gynéc. et d'Obst.», 1935.

HOSPITAL DE BADALONA. SERVICIO DE TOCO-GINECOLOGÍA
DIRECTOR: DOCTOR MASCARÓ Y PORCAR

URGENCIA OBSTÉTRICA: INDICACIONES ⁽¹⁾

POR EL DOCTOR JOSÉ M.^A MASCARÓ Y PORCAR

Urgence, que de crimes on comet en
ton nom!

METZGUER.

Infinitas veces se habla en obstetricia de *urgencia*, y todos sabemos que la llamada urgencia no es en muchas ocasiones más que una *precipitación*. Por urgencia se entiende también el *intervencionismo quirúrgico*. Única y exclusivamente nos proponemos, compañeros que nos honráis escuchándonos, desvanecer estas dos confusiones, tan corrientes y extensas en nuestros días.

El tocólogo, por excepción rara en la Medicina, se encuentra situado en condiciones casi siempre favorables a la intervención. No tiene que aguantar las luchas del cirujano con el paciente y los familiares, difíciles de convencer al acto quirúrgico, al cual siempre miran como un ataque a la integridad orgánica o una horripilante mutilación. En obstetricia, la paciente y los familiares suplican la intervención, proponen el acto quirúrgico como a final heroico de un estado insostenible y de una moral deshecha.

Este estado de cosas se ha agravado, como hace notar Vital Aza (1), por influencias del propio tocólogo, al dejar éste de hacer un repetido reconocimiento genital interno, por miedo a la infección. El ilustre autor madrileño, recuerda cómo era una sedación para la paciente y los familiares, aquel tocólogo vetusto que iba enumerando el grado de dilatación como si cantase las estaciones de un largo viaje en ferrocarril. Acostumbrada la madre o la suegra de la paciente a este hecho, no comprenden cómo el especialista mira con tanta calma y pasividad el enojoso drama por el que está pasando su deuda.

* * *

La urgencia, forzosamente tiene que ser impuesta por uno o varios de los tres únicos factores que deben determinarla: *fetal*, *materno* y *anexial*. Entremos, pues, de lleno en el tema que nos proponemos desarrollar, analizando cada uno de los factores citados.

(1) Comunicación presentada al IX Congreso de Médicos de Lengua Catalana (Perpignan).

Factor fetal.—¿Cuándo hay verdadera urgencia impuesta por el feto? Siempre que éste esté pasando un peligro vital. Conviene tener presente, en lo que al sufrimiento fetal hace referencia, que no debemos fiarnos de signos engañosos. Con razón dice Metzguer (2), que el feto «in utero» no muere súbitamente en curso de parto, sino que sufre algún tiempo antes de morir, pues excepto los heredolúéticos y los prematuros, son bastante resistentes. No debe darse valor al escape de meconio, ya que este signo no aparece sino después de rota la bolsa de las aguas y el feto podía haber sufrido con anterioridad a este hecho. Por otra parte, en presentaciones cefálicas bien encajadas, las aguas posteriores, que son las teñidas de meconio, no aparecen hasta después del parto de la cabeza. También puede suceder que el feto, sufriendo, haga meconio en un momento determinado del parto, y que después, pasada la causa del sufrimiento se rehaga. El líquido teñido de meconio no indica, pues, un sufrimiento fetal *actual*, que es precisamente lo que interesaría para motivar la urgencia. El latido cardíaco fetal es un signo bueno e infalible del estado fetal en curso de parto. La frecuencia, ritmo y regularidad del latido fetal, será el único signo al que daremos valor para tomar correctamente indicaciones. El sufrimiento fetal es motivo de urgencia; pero... ¿qué debe hacerse en tal caso? Si hay dilatación completa y comprobamos un evidente sufrimiento fetal, no dejemos llevarnos por la sugestión agradable y fácil, ante una buena presentación y posición, de hacer una extracción artificial. Fijémonos en las contracciones uterinas; si éstas son espaciadas y poco eficientes o subinfrantes, ya que en el primer caso la hipofisina ($1\frac{1}{2}$ a $3\frac{1}{4}$ de c. c.) y en el segundo la morfina (1 centg.) o la espasmalgina (1 c. c.) resolverán casi siempre el caso sin correr peligro. En casos en que el sufrimiento fetal se atribuye a mala presentación o posición, prolapso de cordón, etc., la urgencia existe, pero la indicación no será la extracción fetal sin haber antes fracasado en el intento de paliar o corregir el defecto (flexión de la cabeza, reposición del cordón, etc.). Por último, si el sufrimiento fetal viene impuesto por un obstáculo del conducto del parto, la indicación será francamente quirúrgica y urgente y consistirá en salvar el obstáculo de la forma que sea menos peligrosa para la madre. Cuando el sufrimiento fetal acontece con dilatación iniciada solamente, conviene tener presente que no estamos autorizados a imponer un riesgo considerable a la madre para ensayar el problemático salvamento de un feto comprometido.

Constituyen también motivos de urgencia impuestos por el factor fetal, la procidencia de cordón y las presentaciones llamadas distócicas.

Procidencia de cordón.—Debe intentarse la reposición, claro es que con poquísimas esperanzas. Si la dilatación es completa y fracasa la reposición, hay una indicación de urgencia a cumplir: la rápida extracción fetal (fórceps o versión). Cuando la dilatación no es completa, si late el cordón, se ha propuesto la cesárea abdominal. Nosotros disentimos de ello y nos inclinamos en tal caso bien al Delmas, bien a las incisiones cérvico-vaginales de Dürsen.

Presentación transversa.—El primer dato que interesa conocer es el estado de la bolsa de las aguas. Cuando la bolsa está entera, y no hay dilatación, debe intentarse la versión externa bajo anestesia general y si fracasa, dadas las óptimas condiciones del caso, cesárea segmentaria. Cuando hay dilatación, aunque ésta no sea ni con mucho completa, debe

hacerse un Delmas y versión, y cuando la dilatación es completa, ruptura de la bolsa y versión podálica seguida de extracción. Cuando la bolsa de las aguas está rota y no hay dilatación, sin dilaciones debe hacerse una cesárea baja. Por fin, con la bolsa rota y dilatación, la indicación a tomar depende del encajamiento fetal y de la retracción uterina. Cuando el feto no está encajado y el útero no retraído, puede intentarse la versión bajo anestesia general y previa una inyección de espasmalgina. Si el feto está encajado y el útero retraído, no hay más que dos caminos a seguir, impuestos por el estado fetal: la cesárea o la brefofistomía.

No debe esperarse nunca la evolución espontánea de una presentación transversa, ya que los peligros que corre la madre de ruptura uterina, son considerables. En las presentaciones de tronco, la urgencia existe siempre, lo que es mudable son las indicaciones.

Presentación de nalgas.—Decía el profesor Fargas, que son presentaciones que requieren mucha expectación y poca precipitación. Una presentación de nalgas en una pelvis capaz, no es motivo de urgencia «per se»; en todo caso la urgencia impónenla más tarde otros factores añadidos al cuadro. Anderodias y Percy (5) han propuesto la cesárea en las nalgas recidivantes con feto voluminoso, pelvis límites y fetos muertos anteriores. Debe proscribirse en absoluto la prueba del parto en las estenosis pelvianas y presentación de nalgas como absurdo proceder de expectación que no conduce a nada.

La hidrocefalia, la ascitis, los tumores fetales, el enganche de dos gemelos, etc., etc., son otros tantos motivos fetales de intervención, aunque no siempre son urgencias si no hay peligro materno o fetal en curso de parto. La resolución de tales casos se hace por vía baja cuando tenemos el convencimiento de que el parto no evolucionará espontáneamente y el criterio que debe privar es el del máximo respeto a la integridad materna.

Factor materno.—La urgencia impuesta por el factor materno es compleja y extensa. Encontramos en primer lugar los trastornos quinéticos del motor del parto. La inercia uterina es una urgencia relativa, ya que muchas veces no se trata de un fallo del motor uterino, sino de un reposo del mismo antes de reemprender, quién sabe si con mayor intensidad, su cometido. La inercia puede ser expresión de una fatiga uterina ante los esfuerzos estériles sobre un obstáculo insuperable del conducto del parto, pero puede ser también un cansancio consecutivo a un esfuerzo inútil debido a una mala orientación del móvil dentro el conducto del parto. La indicación es, pues, compleja y nunca urgente. Corrección de la mala situación fetal, excitación de las contracciones por medios químicos (azúcar, quinina, pituitrina), ruptura del círculo vicioso, tan frecuente, distensión uterina —inercia, mediante la efracción de la bolsa de las aguas...— y por fin, fracasados todos los recursos, intervención quirúrgica condicionada por el estado del cuello (dilatación) y teniendo en cuenta que no conviene precipitarse si no hay sufrimiento fetal.

La hiperquinesia uterina con su fatal consecuencia: ruptura del órgano, por retracción del anillo de Bandl, es siempre un motivo de urgencia que merece una serena meditación. En primer lugar hay que averiguar cuál es el motivo por el cual, a pesar de la intensidad de las contracciones, el parto no avanza. Según Bogdanowa (4), tanto por insensata espera, como por imprudentes maniobras, puede producirse en tales casos la ruptura uterina por nuestra causa y esto debe prevenirse. La apreciación de que el anillo de Bandl remontó,

hecho fácil de comprobar por inspección (un surco que separa transversalmente dos tumores, una suprapúbica y otra centro abdominal) o palpación, es motivo *siempre* de urgencia. Calmado el estado de hiperquinesia médicamente, debe evacuarse el útero por el medio menos violento y sin hacer distensión uterina, como aconseja Stoeckel. *Nunca* debe intentarse la versión, sino limitarnos, según otras condiciones obstétricas del caso, a una cesárea baja, un fórceps suave o una brefoestomía cuidadosa.

La rigidez del cuello cuando es cicatricial, puede llegar a ser motivo de urgencia, siendo precisas las incisiones cervicales de Dursen. El cuello perezoso en dilatarse no constituye nunca un motivo de urgencia mientras no se presenten otras indicaciones impuestas por el factor materno o fetal. Regulando la intensidad de las contracciones con medios farmacológicos, lograremos muchas veces que se dilate un orificio inicialmente rígido en apariencia. En cuanto al edema del cuello, no es nunca un motivo de urgencia «per se». Tanto la variedad blanda, como la dura del edema del cuello (Cathala) (5), indican una desproporción pelvi-fetal que es donde deben dirigirse nuestras indicaciones. Josué A. Beruti (6), habla del aflojamiento del segmento inferior al final del período dilatante del parto con contracciones normales del cuerpo uterino, como causa de prolongación patológica del parto. Al aflojarse el segmento inferior (el autor lo compara gráficamente a la red protectora de una pera de Richardson) disminuye la presión intrauterina y la bolsa, sin que sea resistente, no se rompe, la cabeza no se encaja y no progresa. En tales casos, la urgencia relativa del caso impone una indicación paliativa, o sea, deshacer el círculo vicioso rompiendo la bolsa.

Estenosis pelviana.—La urgencia en este caso, es un problema que requiere una seria y cuidadosa consideración. Más de una vez se ha visto que intentado un fórceps o una versión para extraer un feto que no salía, sólo se obtuvo después de una laboriosa intervención, un feto muerto y se habían infringido a la madre serias y evitables lesiones. La medicina no es una ciencia exacta, por cuyo hecho a nadie debe extrañar que miremos con escepticismo las cifras límites que señalan algunos autores para decidirse por tal o cual intervención ante una desproporción pelvi-fetal. Tengamos en cuenta que no tratándose de desproporciones enormes, tiene un inmenso valor el papel del motor uterino capaz de parir fetos que según mediciones escrupulosas no podían pasar por el conducto pelviano. En tales casos, la prueba del parto de Cœuvelaire tiene grandes aplicaciones. Koenig (7) se declara partidario de la numeración de los dolores propuesta por Waltard y Frey para señalar los límites de la expectación. Después de rota la bolsa, ordinariamente se señalan 101 contracciones de dilatación y 51 de expulsión. Si la ruptura de la bolsa tuvo lugar prematuramente, tienen forzosamente de contarse más contracciones de dilatación. Koenig y Held (8) emplean siempre el mentado proceder de la escuela de Zurich; si el parto no tiene lugar con el número regular de contracciones, siendo éstas eficientes, es que un obstáculo lo impide y es preciso intervenir.

La maniobra de Munro-Kerr, la palpación mensuradora de Pinard, y el tacto nos darán conocimiento del grado de desproporción pelvi-fetal, mejor que las cifras de los diámetros de la pelvis.

En los casos de estenosis pelviana no puede pedirse al fórceps la extracción violenta de una cabeza enclavada, sino solamente una orientación, flexión o deflexión de la misma. Algo

semejante puede decirse de la extracción de la cabeza última. La cabeza última, es más fácilmente extraída, entre otras causas, por la facilidad en que por tanteo se coloca orientada en el sentido del diámetro más practicable..., pero tanto el Mauriceau como el Martin-Wiegant, no deben dar más de lo que pueden y no creemos preciso decir que empleados brutalmente y sin reflexión previa, son felicitados, traumatizantes para la madre y no conducen a nada.

Cuando por los medios anotados, llegamos a la conclusión de que el parto por vía baja no es posible o peligroso para madre y feto, se plantea el problema de si debe hacerse una ampliación del cinturón pelviano, o una laparotomía. La decisión por tal o cual procedimiento, depende de un solo factor, que todos deberíamos tener siempre en cuenta. Las pelvitomías, tienen límites de practicabilidad, la cesárea no tiene. Siempre que el paso del feto requiera una separación ósea del cinturón pelviano superior a cuatro o cinco centímetros, no puede emplearse esta intervención, que de anodina se convierte en gravemente peligrosa para la madre (desgarros vaginales, etc.). Por tanto, prescindiendo de medidas de diámetros, cuando el Munro-Kerr nos señala un grado de desproporción que presumamos difícilmente corregible con la separación ósea límite mentada, no deben intentarse pelvitomías, sino directamente ir por vía alta. La clase de pelvitomía es indiferente, todas son buenas si no se pide a la intervención más de lo que puede dar y si se tiene técnica y experiencia. Beruti (9) ha propuesto la punción precoz de la bolsa de las aguas en el parto de prueba de las estenosis pelvianas (método de Kreis). De esta forma, si el motor uterino es potente, puede amoldarse la presentación y salir sin ayuda tocúrgica. Los obstáculos no óseos del conducto del parto (tumores previos) deben tratarse resolviendo en cada caso según las peculiaridades concretas del mismo. Sólo es bueno dejar sentado que ante un obstáculo evidente y previsto, no debe intentarse ninguna maniobra por vía baja, sino recurrir a la vía alta con la esperanza de producir un riesgo mínimo a la madre.

Las enfermedades respiratorias y cardíacas de la madre, pueden motivar la urgencia obstétrica. En tal caso no somos precisamente nosotros los responsables de la decisión: cuando el internista reclama que la paciente no pase por la dura y fatigosa prueba del parto, debemos intervenir ayudándola, sin que la precipitación nos conduzca a grandes intervenciones. Mientras dura el período de dilatación, es mejor sedar los dolores, y decidir solamente un fórceps o una extracción manual, cuando ésta es completa. Si el internista reclama nuestra ayuda cuando la dilatación no se ha hecho todavía, tiene que discutirse entonces si conviene más un Delmas, un parto dirigido, médico, o una intervención por vía alta. En las evacuaciones uterinas por vía baja, en cardíacas, debe pensarse en los graves peligros de una deplección abdominal rápida.

Intoxicación gravídica: eclampsia.—En la eclampsia la urgencia existe siempre. La indicación puede ser médica y tocológica. Kourad (10) en una estadística de 448 eclámpicas, encuentra que el tratamiento médico no da buenos resultados. Bourne (11) afirma que la mortalidad materna de 12,3 por 100 en el parto espontáneo de las eclámpicas, se eleva a 14,5 por 100 en los casos en que se hizo un fórceps bajo, o una versión, y a 23,8 por 100 en los casos resueltos por cesárea. En cambio, esta cifra desciende a 9,6 por 100 cuando la única intervención practicada fué la provocación del parto. De todo esto deducimos que el

tratamiento médico de Lezard (sulfato magnésico y glucosa) y el método de Stroganof o el de la escuela de Dublín, asociados en los casos graves a la provocación del parto, constituyen la única indicación en la urgencia obstétrica por eclampsia. De idéntica opinión es Falls (12), ya que de cesarista sistemático no conocemos más que a Waltard, de Zurich. La intervención obstétrica pura, queda reservada a los casos en los que a más de la eclampsia, hay una indicación tocológica neta (alargamiento del período expulsivo, sufrimiento fetal, etc., etc.).

Hematoma retroplacentario de Couvelaire o apoplejía génito-placentaria o gravídica de Mouriz de Aragao. La urgencia obstétrica impuesta en tal caso por el factor materno, es evidente. En lo que hace referencia a la indicación no debe haber vacilación en el empleo de la vía alta, pues aquí no se trata simplemente de hacer el parto, sino de comprobar la naturaleza y extensión de las lesiones para obrar con el radicalismo conveniente. Si las lesiones son extensas y el útero no se retrae, es forzosa la histerectomía. A pesar de la opinión de los detractores de la vía alta (peligro de hemorragia, infección, etc.), no podemos ser partidarios ni de la expectación ni de la evacuación por vía baja, procedimientos ciegos que no dan idea de la extensión ni naturaleza de las lesiones.

Factores anxiales. Bolsa de las aguas.—La ruptura intempestiva de las aguas, no es nunca un motivo de urgencia si es prematura. Beruti (13) adaptándose al criterio de Bouquet, cree que en muchas ocasiones la ruptura prematura de las aguas (natural o artificial) sin dilatación, da lugar a que la presentación, descendiendo, desempeñe un rol más activo en la dilatación y el parto avance con mayor rapidez. La cabeza dilataría, según Bouquet, el orificio uterino, igual que dilata el vulvar.

La ruptura tardía, puede ser motivo de urgencia. Cuando la bolsa no se rompe porque es resistente, a cada contracción uterina se retrae y sólo se logra un aumento infructuoso de la presión intrauterina y la posibilidad de una inercia secundaria a la fatiga. En otros casos (6) el aflojamiento del segmento inferior al final del período dilatante, da lugar a que disminuyendo la presión intrauterina, la bolsa se retrae, ensanchándose en sentido esférico y la presentación no progresa, estacionándose el parto. La indicación a tomar, es la ruptura de la bolsa esperando a que pasado un período de calma o reposo, reemprendan las contracciones su trabajo hasta que tenga lugar el progreso primero y el parto después de la presentación.

Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta.—La urgencia viene indicada por el factor fetal. La indicación es el vaciamiento uterino condicionando el proceder a emplear al estado del cuello uterino. Si la dilatación es completa, fórceps o extracción manual. Si no hay dilatación, las incisiones de Dürsen y la rápida evacuación, es el camino a seguir. Se ha aconsejado como a paliativo, en tales casos, mientras se decide el proceder a emplear, la ruptura prematura de la bolsa, ya que al disminuir la presión de la misma, se evita que la placenta medio desprendida, sea estirada y se despegue más.

Placenta previa.—La urgencia es evidente. Lo que no resulta tan evidente, es la indicación a tomar. Nosotros no somos partidarios ni del taponamiento ni de la dilatación artificial de un orificio uterino forzosamente friable. Tanto un proceder como otro, desinsertan más porción placentaria de la desprendida (peligro fetal) y nos llevan a maniobrar en una zona tan ávida de infectarse como es la herida placentaria. Si se trata de una primípara con el cuello cerrado, debe hacerse una cesárea baja. En una múltipara, con buena pelvis y cuello

cerrado, cesárea vaginal. Si la dilatación está iniciada, método de Puzos, aconsejado por Pinard (ruptura de la bolsa de las aguas). Si la dilatación permite hacer un Braxton, obtendremos también un buen resultado. Todo lo demás que se ha aconsejado, no creemos que con un criterio imparcial, pueda admitirse.

Alumbramiento.—La urgencia sólo puede ser motivada por la hemorragia. Si la placenta no ha salido aún, fracasado el método de Credé, el desprendimiento manual, con todas las precauciones asépticas, se impone. Si la hemorragia sobreviene después de haber salido la placenta, conviene ante todo tener el convencimiento de que la hemorragia es realmente intrauterina y que no viene de laceraciones cérvico-vaginales. Hecha una exploración con valvas y convencidos de que la hemorragia es intrauterina, puede suceder solamente bien que la hemorragia sea por atonía y falta de retracción uterina, hecho fácil de comprobar (globo de seguridad), bien que haya retención, en cuyo caso la revisión intrauterina aconsejada por Ecalle (14) se impone.

Desgarros cervicales y del periné.—Los desgarros cervicales, aunque no den mucha hemorragia, deben suturarse. Aconsejamos después de todo parto comprobar, mediante valvas, el estado del cervix uterino. De esta forma nos evitaremos la desagradable sorpresa de las bridas cérvico-vaginales y el ectropión tan frecuentes en mujeres en que por olvido o por abreviar, no se hizo en su tiempo la revisión y pasó desapercibida una laceración traumática consecutiva al parto.

Los desgarros del periné no son nunca motivo de urgencia. Pueden transcurrir varias horas desde el momento del traumatismo obstétrico, hasta su reparación por sutura. En algunos casos (cuando hay edema vulvo-perineal) este espacio de tiempo es beneficioso para dar lugar a que los tejidos regresen y la sutura tendrá mayores probabilidades de éxito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vital Aza.—«Actas de Obs. y Gin.», vol. I, núm. 1, 1936.
2. Metzguer.—«Lessons du jeudi soir...», 1932, pág. 11.
3. Anderodias, J. y Percy, G.—«Gyn. et Obs.», vol. XXXII, núm. 2, 1935.
4. Bogdanowa, A.—«Rev. Franc. de Gyn. et Obs.», Octubre, 1934.
5. Cathala.—«Lessons du jeudi soir...», 1934, pág. 60.
6. Beruti, Josué A.—«La Semana Médica». Febrero, 1935, pág. 408.
7. Koenig, K.—«Rev. Franc. de Gyn. et Obs.», Junio, 1934, pág. 661.
8. Held, F.—«Rev. Franc. de Gyn. et Obs.», Junio, 1934, pág. 675.
9. Beruti, Josué A.—«La Semana Médica». Abril, 1935, pág. 1033.
10. Kourad.—«Arch. fur Gyn.», vol. 157, cuaderno 3, pág. 344.
11. Bourne, Alek W.—«Recientes adquisiciones en Obs. y Gin.», pág. 143, 1932.
12. Falls.—«Amer. Jour. Obs. and Gyn.», 29-316, 1936.
13. Beruti, Josué A., Leon, Juan y Diradourian, J.—«Rev. Esp. Obs. y Gin.», Febrero, 1936, pág. 58.
14. Ecalle, G.—«Lessons du jeudi soir», 1934, pág. 38.

LOS EFECTOS DE LA HORMONA FOLICULAR EN EL EMBARAZO Y EL PARTO ⁽¹⁾

POR EL DOCTOR RICARDO SCHWARCZ

H. Clínica núm. 1.—En el mes de enero del año 1933, examiné en mi consultorio a la señora de un colega, doctor R. P., primigesta, que se encontraba en el noveno mes del embarazo, sin antecedentes patológicos dignos de mención. El motivo de la consulta fué una dermatosis de aparición reciente, a tipo descamativo y seco, con asiento sobre los dedos de los pies y de las manos, acompañada de un prurito molesto, que obligaba a la paciente usar sedantes nervinos.

Instituí un tratamiento foliculínico, con el cual el proceso desapareció totalmente al cabo de algunos días.

El 15 de febrero a las 8 horas fué llamado al domicilio de la paciente por un colega especialista (doctor Lavarello), quien me enteró que ésta se hallaba en trabajo de parto desde el día anterior, y hacía varias horas que el parto no progresaba, a causa de una inercia secundaria. Tuvimos que terminar el parto mediante una aplicación de fórceps.

H. Clínica núm. 2.—En junio del año 1934 vi en mi consultorio a la señora L. de V., secundigesta, en el octavo mes del embarazo. Su primer embarazo y parto fueron normales. El actual evolucionó sin novedad hasta la fecha. Presentaba en las regiones del cuello y senos una erupción papulosa, no pruriginosa. Pápulas de color rojo vinoso, del tamaño de una lenteja.

Un tratamiento a base de foliculina hizo desaparecer en el término de una semana la dermatosis, sin dejar rastros.

El 26 de julio atendí el parto de mi cliente. Su duración fué de 24 horas, debido a una alteración de las contracciones (hipersensibilidad, hipertonia, con hiposistolia). Mediante una combinación de antiespasmódicos (Spasmalgine) y ocitócicos (Thimofisina), el parto se produjo espontáneamente.

¿Cómo debemos relacionar los distintos fenómenos que presentaron estas embarazadas?

Ambas tuvieron una dermatosis bien manifiesta en el último período de la gestación, que respondió sorprendentemente al tratamiento foliculínico. Más tarde, durante el parto, nos llamó la atención la coincidencia de una distocia uterina pura, en las dos parturientes.

Comencemos por el estudio de las dermopatías producidas en el embarazo.

Es un hecho bien conocido, que la piel, a consecuencia de cualquier intoxicación, puede sufrir alteraciones patológicas. Dice v. Jashke, que no es de extrañar, que a veces, como única manifestación de la intoxicación gravídica, aparezca una dermatosis. Su relación directa con el estado de la gestación se deduce de la observación corriente, que todas estas

(1) Comunicación presentada a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires.

afecciones cutáneas sufren una agravación a medida que el embarazo progresa y desaparecen prontamente después de efectuado el parto.

Mayer y Linser han conseguido la curación rápida de un «herpes gestationis» grave y rebelde a toda medicación, con inyecciones de suero normal de embarazada. Con este caso creyeron aportar un argumento valioso a favor del origen ovular de las dermatosis gravídicas.

Desde entonces dichos resultados han sido confirmados por varios autores (Rübsamen, Freund, Weil, Rissmann, Eichmann, Hoffbauer y Franz).

Entre nosotros J. Bazán refiere una observación semejante.

En desacuerdo con las observaciones mencionadas, Freund pudo demostrar que el suero de embarazada no era específico en el tratamiento de las «dermatosis gestationis». Obtuvo también curaciones en casos análogos con el suero de caballo. Franz cita los efectos curativos de la sangre del cordón umbilical; Levy y Sola, de la autohemoterapia; Bittmann, utilizando inyecciones de leche.

Seitz cree que se podría atribuir a la sangre de la embarazada una propiedad específica y al suero de caballo efectos antitóxicos. Pero esta hipótesis se disvirtúa por la influencia igualmente benéfica en algunos casos de las sales minerales, suministradas bajo la solución de Ringer (Rissmann).

Seitz admite, que la acción de las soluciones salinas y sueros, se relacione con una alteración de los compuestos minerales y concentración de iones del organismo, con repercusión sobre el sistema neurovegetativo.

Entrado ya en el terreno de las hipótesis, nosotros siempre creímos que las múltiples modificaciones gravídicas del organismo, debían estar subordinadas al complejo desequilibrio endocrino, observado durante la preñez, es decir, a una influencia hormonal, que constituiría su «primum movens» dentro del estado actual de nuestros conocimientos.

La sustancia hormonal, sobre todo la foliculina, es tan primitiva y generalizada en el mundo mineral, vegetal y animal, que posiblemente no exista en la naturaleza otro elemento químico de mayor difusión.

Partiendo de este principio y basado en otros argumentos que expondré más tarde, instituí el tratamiento hormonal foliculínico en las dermatosis gravídicas de mis enfermas.

En todos los estados, en los cuales existen cambios en el tenor hormonal del organismo, se observan a menudo lesiones variadas de la piel.

Durante las distintas fases del ciclo menstrual, la concentración de las hormonas cambia. En la primera fase es la foliculina, en la segunda es la lutina, que predominan. Zondek demostró, que el cuerpo lúteo algunos días antes de la menstruación, en la época de su florecencia, contiene hormona sexual femenina en gran cantidad y que durante la menstruación desaparece la producción hormonal. Ahora bien, existen casos de acné, urticaria, prurito, foliculitis, eczemas, herpes labiales, etc., que aparecen durante las reglas o que empeoran en el curso de las mismas, mejorados o curados con el tratamiento por la foliculina.

Resulta difícil demostrar si estas afecciones son debidas siempre a una hipofoliculinización del organismo. De todas maneras las variaciones durante la época menstrual y su mejoría o curación con la foliculina, son hechos bastante sugerentes.

Buschke y Curth curaron con foliculina (menformon) un caso de impétigo herpetiforme, dermatosis maligna, que la mayoría de las veces provoca la muerte y cuyo pronóstico en sí es muy grave.

Walinsky modificó favorablemente la psoriasis, utilizando el prolán. Esta última afección, tan rebelde a todo tratamiento, suele mejorar durante el embarazo, época en que sabemos que la concentración hormonal aumenta notablemente.

Zondek y Aschheim observaron buenos resultados en los eczemas rebeldes del climaterio con un tratamiento hormonal asociado, foliculina (80 U.) y prolán (100 U.) inyectadas diariamente. Es conocido, que en la segunda fase del climaterio, el llamado oligohormonal, hay deficiente producción de foliculina, pudiendo emplearse esta hormona con éxito en dicha época.

Volviendo a nuestras enfermas, ¿cómo interpretar la aparición de las lesiones cutáneas al final del embarazo y su curación con la foliculina?

Normalmente, la concentración hormonal varía durante el período del embarazo de una manera constante. Esto se ha podido demostrar por las investigaciones de los valores séricos (Frank y Goldberger) en la sangre de la mujer embarazada y por la eliminación de las hormonas por la orina (Zondek y Aschheim). Estas constataciones evidenciaron, que en el primer período del embarazo el valor de la foliculina es pequeño, de 200 a 300 U. R. por litro de sangre total en el primer mes, siguiendo en proporción creciente, hasta alcanzar 800 a 1000 U. R. en los últimos meses. La hormona del lóbulo anterior de la hipófisis se encuentra desde las primeras semanas del embarazo en una concentración mucho mayor que la foliculina, decrece en cambio, hacia el final de la gestación.

Creemos, que si en nuestras enfermas nos hubiera sido dada la posibilidad de practicar investigaciones biológicas sobre el valor hormonal, habríamos hallado cantidades de foliculina menores a la normal, hacia el final del embarazo.

La curación de las dermatosis por la sola influencia de la foliculina fué indudable en las enfermas mencionadas.

¿Cómo en el estado de la gestación, en el cual el contenido hormonal es tan elevado (6000 a 20000 U. R. de foliculina eliminadas por litro de orina), cantidades relativamente pequeñas (300 U. R. por día) administradas por vía bucal, pueden haber tenido efectos tan sorprendentes? Este hecho es más difícil de dilucidar.

Si experimentalmente no logramos desentrañar el complejo mecanismo hormonal en la producción de ciertas dermatosis del embarazo, los hechos evidentes anotados en las enfermas, cuyas observaciones encabezan la presente comunicación, admiten interpretar estas lesiones cutáneas, como producidas por una hipofoliculinización del organismo en los últimos meses de la gestación.

Analizaré ahora el segundo fenómeno observado en las enfermas en cuestión, es decir, la distocia uterina aparecida en ambas, durante el parto.

¿Podríamos atribuir la disfunción del músculo uterino a la misma etiología hipofolicular, que admitimos para las dermatosis?

Para este objeto debemos estudiar el rol de la foliculina en la excitabilidad y la contractilidad de la fibra muscular uterina.

He aquí el motivo de nuestras experiencias sobre la acción oclifónica de esta hormona, que luego expondremos.

Pero antes, debemos remontarnos a la relación hormonal del organismo femenino durante el embarazo y parto.

El embarazo significa una prolongación de la fase lútica del ciclo hormonal. El cuerpo amarillo persiste (*corpus luteum verum*), la lutina activa la transformación decidual de la mucosa uterina, que favorece la nidación del huevo y formación de la placenta e impide la maduración ovular.

Con el embarazo se inicia una mayor producción de las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis: el prolán A, que condiciona el aumento de la foliculina, y el prolán B, el de la lutina. Hay quienes discuten la división de la hormona antehipofisiaria en prolán A y B.

Durante el embarazo la producción de estas hormonas tiene lugar en la placenta, llamada por este motivo glándula de la gestación.

Zondek y Aschheim en sus investigaciones biológicas sobre la hormona sexual femenina y hormona de lóbulo anterior de la hipófisis durante el embarazo, llegan a la conclusión, que la característica del embarazo humano es la inundación brusca del organismo de hormonas de maduración folicular y luteinización (prolán A y B) y el incremento progresivo de la producción de foliculina.

Vemos, por lo tanto, que la foliculina, escasa en los primeros meses, va en aumento a medida que la gestación progresa, para llegar a su máximo valor al final del embarazo. Contrariamente a las hormonas antehipofisiarias, que disminuyen en los últimos meses y existen en abundancia en la primera mitad del embarazo.

Esta relación constante de la foliculina durante la gestación y su producción masiva en el último período, debe responder a alguna razón fisiológica y desempeñar un rol importante en la iniciación del trabajo del parto.

Con este fin, recordaremos algunas reacciones biológicas de la foliculina.

La provocación del estro precoz en los animales infantiles por la foliculina, su poder estimulante sobre el crecimiento del útero, su influencia desencadenante del celo en el animal maduro, su acción sobre la mucosa uterina, glándula mamaria y su efecto antimasculino, son hechos bien demostrados y de menor interés obstétrico.

De mayor importancia para nosotros es la influencia de la hormona sexual femenina sobre el útero gestante.

Ya mencionamos, que el embarazo en el sentido hormonal significa una prolongación de la fase lútica del ciclo menstrual, lo que quiere decir, que la producción elevada del prolán B y lutina al final del intermenstruo no decae, como ocurre fuera del embarazo. La lutina favorece la transformación decidual de la mucosa y por ende la nidación del huevo; por otra parte, impide nuevas ovulaciones. Este efecto inhibitorio de la lutina sobre la ovulación y su rol protector sobre el huevo se ha podido destruir con el prolán A, según experiencias realizadas en animales (Loeser, Zondek y Aschheim).

Por consiguiente, el desarrollo normal del embarazo parece depender de una relación cuantitativa entre la lutina y la foliculina.

Mientras la lutina conduce al aumento de las células musculares del útero (hipertrofia), la foliculina tiene por efecto su multiplicación (hiperplasia).

Esta *nueva formación de los elementos musculares del útero*, es propiedad de la hormona folicular. Sabemos por la fisiología obstétrica cuán importante es para la función clónica del útero, su riqueza en mio-fibrillas.

Pregunto entonces, ¿si una hipofoliculinización de la embarazada, no podría tener por consecuencia, un desarrollo deficiente de los elementos musculares del útero grávido, manifestado por una hiposistolia durante el trabajo del parto?

Es indudable que la insuficiencia muscular es con frecuencia el principal elemento de la debilidad contráctil (Vignes). La misma causa reconoce la falta de excitabilidad, que se observa en ciertos partos prematuros provocados. Dice Vignes, que la fibra en estos úteros no está madura, no está a término; el parto dura indefinidamente con fases pasajeras de reacción hipertónica.

Demelin, orientándose más hacia la posible etiopatogenia hormonal, declara que: «Las hormonas no han madurado aún suficientemente el útero y el parto no se declara».

Las experiencias de Athias sobre los movimientos automáticos del útero después de la castración, parecen hablar también en favor de la misma causa. Sus gráficos enseñan lo siguiente:

- a) «La amplitud de la contracción está disminuida.
- b) La fase de contractura inicial es más larga y presenta oscilaciones del tono. La fase clónica es corta, las contracciones son muy poco amplias y pronto se ve aparecer el estado de tono terminal que dura bastante tiempo.
- c) Estas modificaciones aparecen con tanta más claridad, cuanto más antigua es la castración.
- d) Si la castración ha sido hecha en la fase prepúber, sólo hay oscilaciones del tono, sin contracciones clónicas.
- e) Si la ovariectomía ha sido realizada durante la gestación, después del parto las contracciones clónicas son mejores que en la hembra adulta virgen.
- f) Una corriente de oxígeno aumenta el tono.
- g) El injerto ovárico impide las modificaciones consecutivas a la castración».

Anotemos entonces, que la etiopatogenia del estado de inercia por hiposistolia, puede estar condicionada por una disminución del tenor en foliculina del organismo durante la gestación.

Otra modificación de importancia del embarazo, en que la foliculina ejerce una influencia indudable, es el *reblandecimiento de los tejidos maternos*, llamada «Relaxinwirkung» por los autores alemanes.

Möhle demostró, que este efecto puede ser provocado mediante la foliculina, que una vez iniciado por esta hormona, es posible continuarlo por la lutina. El relajamiento de todos los tejidos conjuntivos e interarticulares de la pelvis ósea, de la pared del vientre, de los uréteres, la desaparición del tejido grasoso en el interior de la pelvis y las modificaciones de la vagina y vulva, para formar parte del canal del parto, caen bajo esta acción.

En los fenómenos preparatorios del parto la «Relaxinwirkung» es de capital importancia. Aschner recalca con mucho acierto, que la mayoría de las distocias en el curso del parto, no son ocasionadas por la angustia ósea, sino debidas a inconvenientes de las partes blandas.

A veces la falta del efecto de relajamiento se constata por signos bien evidentes. La elasticidad de la vagina, vulva y periné son insuficientes, la imbibición y reblandecimiento de los tejidos, que se traduce por la coloración lívida característica de las mucosas del cuello y vagina, es apenas pronunciada. Los tejidos de la embarazada o parturiente no se diferencian de aquéllos, que se hallan fuera de este estado. En estos casos el cuello del útero durante el trabajo es muy poco dilatable y necesita muchas horas para cumplir su dilatación (Walterd y Frey).

A veces en lugar de esta falta de imbibición y relajamiento de los tejidos maternos, observamos embarazadas en las cuales existe una exageración de estos fenómenos. Todos hemos tactado mujeres multíparas y aun primigestas, que en el último mes del embarazo y sin que influyera ninguna causa conocida (hidramnios gemelares, etc.), presentaban un cuello borrado, algunas hasta con varios centímetros de dilatación y marcado reblandecimiento de los tejidos vagino-vulvo-perineales. Es común que en estas mujeres el parto se efectúe con suma facilidad y rapidez.

Si en el primer caso la falta de la «Relaxinwirkung» es motivada por una hipofoliculinización, ¿no podrá su aumento ser debido a la hiperfoliculinización del organismo de la gestante?

La foliculina tiene también una participación importante en la *irritabilidad del músculo uterino*. Esta propiedad de la fibra muscular uterina los alemanes la denominan «Wehenansprechbarkeit», término que en la literatura francesa corresponde a la «reponse de l'uterus a des excitants».

La irritabilidad uterina se pronuncia, a medida que el embarazo avanza, hasta llegar a su grado máximo en el período de la gestación y durante el trabajo de parto. Este fenómeno bien conocido en obstetricia, ha sido registrado gráficamente, hace ya muchos años, por Fabre y Rhenter.

Las observaciones clínicas sobre el aumento de la excitabilidad uterina, se hallan en íntima relación con la elevación progresiva de la foliculina, hasta su tenor máximo hacia el final del embarazo. En los primeros meses del embarazo, período hipofoliculinico, el músculo uterino es de una marcada torpeza.

Brouha y Simonet han logrado demostrar, que las modificaciones del ritmo uterino en el curso de un ciclo estral, son concomitantes con las variaciones del contenido en foliculina del organismo.

Los mismos autores, después de experiencias interesantísimas concluyen, que: en cobayas impúberes o púberes una inyección de extracto del lóbulo posterior de la hipófisis produce una contractura violenta del útero, seguida de una serie de pequeñas sacudidas clónicas y regulares con elevación del tonus. Esta misma experiencia la repiten inyectando previamente durante algunos días, extracto de líquido folicular, y los úteros así preparados, reaccionan a la inyección de hipofisina con *contracciones clónicas caracterizadas por su amplitud y regularidad del ritmo*.

La foliculina sensibilizaría al músculo uterino a los efectos ocitócicos de la hormona del lóbulo posterior de la hipófisis.

Parece sin embargo, que esta última reacción no depende solamente de la influencia de la foliculina, sino que es necesario también, que desaparezca para ello el efecto inhibitor de

la lutina. Por este motivo, al tratar de la irritabilidad del músculo uterino, debemos considerar la relación hormonal foliculina-lutina-hipofisina.

Knaus, con experiencias muy elocuentes, realizadas en animales, demostró, que bajo la influencia del cuerpo lúteo, el músculo uterino pierde su sensibilidad, frente al extracto del lóbulo posterior de la hipófisis.

Desde mucho tiempo se sabe, que durante el embarazo no se consigue inducir el parto con los ocitócicos. Fekete, citado por Stemmer, encontró en el suero de la embarazada una substancia, que neutralizaría el efecto de las hormonas ocitócicas. Esta propiedad inhibidora del suero, falta fuera del embarazo y es debido probablemente a la influencia de la lutina.

La lutina inhibe al músculo uterino para las contracciones, mientras que la foliculina lo sensibiliza para las excitaciones.

Miklós, Mandelstamm, Tschaikowsky y otros, consiguieron prolongar el embarazo en animales por la administración de hormonas del cuerpo amarillo.

El parto se inicia con el regreso del efecto inhibidor lutínico. Según Tschaikowsky, durante el parto persistiría el efecto de la foliculina, que intensificaría la sensibilidad del útero, frente a la hormona ocitócica del lóbulo posterior de la hipófisis.

Stemmer cree, que la inercia uterina podría ser motivada por una insuficiencia de la foliculina, como ser debida también a un efecto lutínico reforzado. Las atonías post-partum pueden interpretarse en el mismo sentido hormonal. Las hormonas, que en su conjunto contribuyen al parto, circulan en la sangre de la mujer en trabajo y son eliminadas principalmente por la orina.

Estos conocimientos nos lleva a considerar una nueva función de las hormonas, su *propiedad ocitócica*, tan interesante en el estudio de la inducción del parto y en el del trabajo. Esta propiedad se encuentra representada en gran parte por la foliculina.

Ya mencionamos el hecho, que durante el embarazo no se consigue inducir el parto con los ocitócicos. El método de Stein, como los demás procedimientos de inducción, fallan durante este período, lográndose un efecto positivo solamente al término del embarazo o muy próximo a éste. Cuando durante el embarazo se consiguen provocar movimientos uterinos con los extractos post-hipofisiarios, trátase de cambios de consistencia del músculo, pero jamás de verdaderas contracciones uterinas rítmicas.

La maduración de la fibra muscular y su sensibilización para los ocitócicos, recién llega a completarse hacia el término del embarazo.

Que durante el trabajo del parto debe circular en la sangre una hormona ocitócica, lo demuestran varias experiencias.

M. L. Pérez, suministrando por vía endovenosa sangre de mujer en trabajo a gestantes llegadas a términos, consiguió en todas despertar signos precursores del parto (cien observaciones), en un porcentaje menor contracciones rítmicas y en un 50 a 60 por 100 la inducción del parto hasta la expulsión del feto. La experiencia realizada con la misma técnica, pero con sangre de mujeres embarazadas, dieron casi constantemente resultados negativos.

Con el objeto de comprobar la existencia de una substancia ocitócica en la sangre de la mujer en trabajo de parto, Figueroa Casas realizó una serie de experiencias, en el Instituto de Fisiología de la Facultad de Medicina de Rosario, que dirige el profesor Lewis. Para ese

objeto utilizó úteros «in vitro» de cobayas, siguiendo la técnica de Dale, Laidlaw y Burn, sin poder sacar ninguna conclusión afirmativa respecto a la existencia de la sustancia buscada. El mismo autor, obtuvo igualmente resultados negativos, en las investigaciones que practicara, con el objeto de hallar una sustancia inhibidora de las contracciones.

Estos últimos resultados no deben desorientarnos, si los interpretamos de acuerdo con ciertas leyes de experimentación:

Ley de las especies animales: El mismo medicamento puede actuar de modo diferente, según las especies animales.

Ley de las conexiones anatómicas: Ciertos medicamentos actúan de manera diferente, según que el útero esté «in vitro» o «in situ».

Las hormonas, cuyo efecto conjunto y relación constante parecen ser necesarios para que el trabajo de parto se declare, son eliminadas por la orina de la parturiente. Barjactorovic logró inducir el parto en algunas mujeres, en la segunda mitad de la gestación, mediante grandes cantidades de orina (hasta 4 litros) de mujeres en trabajo, administradas por enema rectal.

Guerin y Valmale tuvieron resultados positivos con enemas rectales, de orina de mujer en trabajo, en dos embarazadas, que se encontraban a diez días del término.

Barjactorovic, experimentando en ratas preñadas, llegó a los siguientes resultados: La inyección de orina de la mujer en trabajo, provocaba siempre el parto con todos los signos precursores. La inyección de orina de embarazadas no tuvo influencia sobre el embarazo. Tampoco pudo notar ninguna influencia con inyecciones de hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis o del ovario. Basado en estos resultados, el autor afirma, que en la mujer en trabajo de parto circulan hormonas ocitólicas.

Ultimamente Fukushima y Kameda constataron efectos semejantes de la orina de embarazadas hacia el final de la gestación.

Sellheim declara, que con el suero sanguíneo de embarazada, logró detener las contracciones uterinas, en mujeres amenazadas de parto prematuro. Esta experiencia constituye el revés de las de Pérez y Barjactorovic.

Idéntico resultado al de Sellheim, obtuvimos en una gestante tratada en el consultorio externo de la Maternidad del Hospital Centenario, de Rosario:

25-XII del año 1932. R. de V. 30 años. Regló a los 15 años, polimenorreas. Se casó a los 19 años, tuvo 3 partos espontáneos de término. Dos niños murieron a los 2 1/2 y 1 1/2 años, de bronconeumonía; uno vive y es sano. Después del último parto no consiguió llevar sus embarazos a término, a pesar del vivo deseo de tener otro hijo. Los dos embarazos que le siguieron, terminaron por interrupciones espontáneas alrededor del quinto mes. Con el fin de evitar un nuevo aborto, nos consultó estando embarazada de 1 1/2 meses. Refirió, que sentía los mismos dolores intermitentes en la región anexial izquierda, que experimentaba en los dos embarazos malogrados anteriores. Tacto: útero en anteversión, su tamaño corresponde a la edad del embarazo; regiones anexiales libres. Reacción de Wassermann negativa. Reacciones de Friedmann y de Hoffman francamente positivas.

Después de una serie de 10 inyecciones de luteo-ovarina, la paciente dijo haberse mejorado de sus dolores, sin que éstos hubieran desaparecido totalmente.

El 20 de diciembre comenzamos la hemoferapia, utilizando para este objeto sangre de embarazadas internadas en la citada maternidad, previas reacciones serológicas. Hasta el 10 de mayo, es decir, hasta el séptimo mes del embarazo, practicamos dos inyecciones semanales de 10 a 12 c. c. de sangre por vía intramuscular. Desde las primeras inyecciones la enferma no sintió más los dolores descritos y manifestó haberse mejorado de los demás trastornos generales de la gestación. Al término del embarazo tuvo un parto espontáneo con feto vivo, según informes de la partera de la guardia obstétrica, quien la asistió.

Siedentopf niega el valor de las últimas investigaciones de Barjactarovic, sosteniendo que las interrupciones de los embarazos en animales por la orina, fueran debidos a la acción tóxica de este líquido.

Ritcher, Küstner, Vogt y Sellheim, en el Congreso de Obstetricia y Ginecología de Leipzig del año 1933, opinaron, que en la iniciación del trabajo del parto es innegable la gran influencia del cambio de la relación hormonal. Mayer (Tübingen) indujo partos con el líquido cerebro-espinal de mujeres en trabajo.

Estaría fuera del margen de la presente comunicación, la cita de las numerosas experiencias realizadas, con el objeto de revelar la influencia hormonal en la iniciación del trabajo de parto, caracterizado por las contracciones ritmadas del útero. Bástenos con saber, que hoy las causas hormonales en la mencionada función del útero, ocupan un lugar de primer plano.

Dentro de las relaciones tan complejas de las hormonas, resulta difícil dilucidar el efecto específico de la foliculina sobre la contractilidad del músculo uterino. ¿Ejercerá una influencia directa o indirecta sobre la contracción?

Indirectamente: ¿Sensibilizará al músculo frente al efecto de la hormona ocitócica; excitará el lóbulo anterior y posterior de la hipófisis; o contrarrestará el efecto inhibitor del cuerpo amarillo?

Directamente: ¿Poseerá una propiedad ocitócica que excite el músculo uterino?

Currier, buscando el efecto directo de la hormona folicular sobre la contracción uterina, consiguió provocar el aborto en animales en todos los meses del embarazo.

Brouha y Simonnet, después de una serie de experiencias sumamente interesantes en ratas y cobayos, llegan a los siguientes resultados: 1.º, un simple lavado del músculo uterino en estado de contracción, entraña una substancia capaz de determinar los fenómenos vaginales del oestro en la hembra castrada, substancia que sin duda es la foliculina; 2.º, la extracción de esta substancia coincide con la desaparición del ritmo uterino característico de la fase oestral; 3.º, el líquido del lavado es capaz de devolver al músculo uterino llevado al reposo, el ritmo que presentaba antes; 4.º, el líquido folicular o su extracto hidrosoluble poseen igualmente esta propiedad.

Estas constataciones permiten concluir, que la foliculina misma o una substancia íntimamente ligada a ella, actúa sobre la modalidad del ritmo espontáneo del útero.

Acabamos de realizar un somero estudio de las distintas propiedades de la foliculina, que nos interesan desde el punto de vista obstétrico: su influencia sobre la maduración del músculo uterino, su efecto de reblandecimiento de los tejidos maternos (Relaxinwirkung), su rol sensibilizador para las contracciones ritmadas (Wehenansprechbarkeit) y su posible poder ocitócico directo.

En honor a la brevedad de esta comunicación, hemos omitido una cantidad de experiencias y opiniones, que con el tema se relacionan.

Personalmente realizamos algunas experiencias con la hormona folicular, que pasaremos a describir:

En el Instituto de Fisiología, que dirige el profesor Houssay, con el objeto de investigar el poder sensibilizador de la foliculina sobre el músculo del útero grávido de la rata, procedimos en la siguiente forma: aislamos doce ratas hembras adultas durante 20 días. Al cabo de este tiempo, colocamos durante una noche dos machos en la jaula. La mitad de las ratas, las separamos, para que sirvieran de testigo. A los siete días comenzamos a inyectar a las ratas de la jaula núm. 1 (entre las cuales había dos preñadas) 5 U. R. diarias de foliculina durante 15 días. Los animales de la jaula núm. 2 (una preñada) quedaron sin foliculinizar.

Al cabo de los 15 días practicamos a todas una inyección de hipofisina (25 U.). Esta inyección no tuvo ningún efecto sobre las ratas preñadas previamente foliculinizadas; tampoco sobre los animales testigos, que no han recibido foliculina. Las tres ratas preñadas, llegaron después de una semana al término de su preñez y parieron en condiciones normales.

Esta experiencia demuestra, que en las ratas la foliculina a las dosis administradas (5 U. diarias durante 15 días) no sensibiliza al músculo uterino para una reacción ecbólica de la hipofisina.

No podemos sacar ninguna conclusión general de esta experiencia, considerando la ley de las especies animales ya mencionadas.

Durante el año 1934 en la Maternidad del Hospital Pirovano, que entonces dirigía el profesor Boero, nos hemos dedicado al estudio de la influencia de la foliculina sobre las contracciones del útero grávido de la mujer y sobre las contracciones durante el trabajo de parto. Para el registro gráfico de estas experiencias, utilizamos el histerógrafo externo del profesor Iraeta, quien para ese objeto nos lo cedió gentilmente.

La hormona folicular empleada en todas las experiencias fué el Menformon, cuya abundante provisión agradecemos a los señores Szabó.

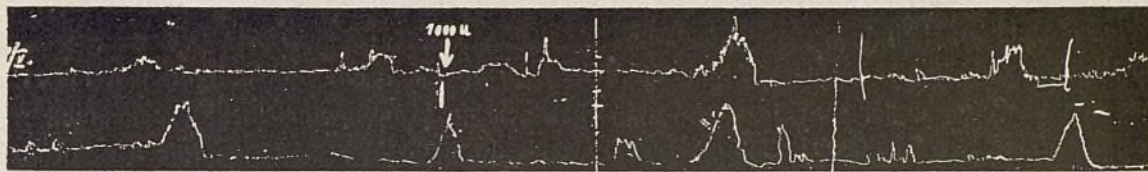
Influencia de la foliculina durante el embarazo y en la inducción del parto.

El trazado número 1, pertenece a una embarazada de la Maternidad en el 8 $\frac{1}{2}$ mes de gestación.

El día 16-VI estando la mujer en reposo en cama, pudimos registrar pequeñas contracciones indoloras e irregulares en intensidad y frecuencia. Una inyección endovenosa de 2.000 U. de foliculina tuvo el efecto inmediato del aumento marcado de la frecuencia de las contracciones, que se sucedieron con mayor regularidad, sin ningún cambio de la contractilidad y con conservación del carácter indoloro.

El día 20-VI, el útero se hallaba en reposo, registrándose algunos cambios de consistencia insignificantes. 2.000 U. de foliculina endovenosa no modificaron el estado de pasividad muscular. Lo mismo sucedió con la repetición de esta dosis a los 30 minutos.

El día 21-VI: contracciones irregulares e indoloras. Después de una inyección de 2.000 U. de foliculina endovenosa, se registraron contracciones de regular intensidad, acompañadas por una



sensación dolorosa, entre las cuales se intercalaban contracciones pequeñas indoloras.

El día 26-VI, observamos un efecto parecido, menos pronunciado.

Los días 28-VI y 30-VI muy próximos al parto, ya se registraron contracciones uterinas pronunciadas, irregulares en intensidad y frecuencia, sobre las cuales la foliculina inyectada en las dosis anteriores no demostró tener ningún efecto.

Esta enferma tuvo un parto espontáneo el día 1-VII.

Histerografía núm. 2: embarazada en el último mes de la gestación, contracciones irregulares e indoloras del embarazo. Día 10-VI. 2.000 U. de foliculina por vía endovenosa aumentaron ligeramente las grandes contracciones con desaparición de los pequeños cambios de consistencia de útero.

Día 1-VI: 3 000 U. de foliculina endovenosa aumentó las contracciones.

Histerografía núm. 3: embarazada, que se halla en el día anterior al del comienzo del trabajo. 20-VII. 3.000 U. de foliculina endovenosa no indican modificación alguna en el trazado.

Histerografía núm. 4 a): secundípara, que, según nuestros cálculos, se hallaba a una semana del término. Útero fácilmente irritable. Refirió haber sentido hacía pocos días, algunas contracciones dolorosas espontáneas muy alejadas. 30-V: se registran contracciones de poca intensidad, ligeramente dolorosas. Una inyección de foliculina (1.000 U.) por vía endovenosa tuvo una influencia marcada sobre la contractilidad uterina: las contracciones se hicieron más intensas, se sucedieron con regularidad y se acompañaron de dolor, desapareciendo al cabo de 6 horas.

Tratándose de un caso, que por la fácil irritabilidad de músculo y su proximidad al término nos pareció muy favorable para la inducción del parto, iniciamos el método de Stein, al cual agregamos la administración previa de la foliculina. Con la preparación del músculo mediante la hormona folicular creímos aumentar su receptibilidad frente a los efectos ocitócicos de la hipofisina y mecánicos del aceite de ricino.

1-VI: a las 12 horas inyección endovenosa de 1.000 U. de foliculina más 1.000 U. por vía bucal (véase histerografía IV b).

A las 15 horas, 1.000 U. por boca. A las 17,30 h., 1.000 U. endovenosas. A las 21 h., 40 gramos de aceite de ricino. A las 22 h., 1.000 U. de foliculina endovenosa. A las 23,40 h., media ampolla de hipofisina. A las 24 h., 1.000 U. de foliculina por boca.

La embarazada acusaba contracciones que siguieron hasta las 7 horas del día 2, disminuyendo poco a poco en su intensidad.

2-VI: la enferma presenta pequeñas contracciones alejadas.

A las 10,30 horas: 1.500 U. de foliculina endovenosa. Inmediatamente las contracciones se intensifican repitiéndose con 3 a 4 minutos de intervalo.

A las 11 horas una ampolla de Thimofisina. Las contracciones se hacen muy enérgicas y dolorosas. A las 13 h., 1.000 U. de foliculina por boca. A las 16 h., 1.000 U. foliculina endovenosa, las contracciones siguen con intensidad y ritmo normales hasta las 6 horas del día siguiente cuando comienzan a elejarse.

3-VI: a las 8 horas practicamos un tacto vaginal por el cual constatamos la integridad del cuello uterino. En vista de la ineficacia de las contracciones provocadas sobre la dilatación del cuello uterino, resolvimos dejar la embarazada en reposo, administrándole durante el día 2.000 U. de foliculina por vía bucal en dos dosis.

4-VI: el trazado histerográfico indica contracciones irregulares, que son indoloras. A las 11,15 horas: considerando que las dosis anteriores de foliculina eran insuficientes, practicamos una inyección endovenosa de 3.000 U. Como se ve en el trazado, las contracciones se hacen dolorosas. A las 12 h. se administró un purgante de aceite de ricino. A las 14 h. hipofisina, cada media hora $\frac{1}{5}$ de ampolla. Las contracciones se hacen enérgicas (ver trazado). Un tacto vaginal indica que la dilatación del cuello alcanzó 4 centímetros y que las membranas son gruesas y resistentes.

Durante todo el día 2.000 U. de foliculina por boca.

5-VI: a las 5,30 horas las contracciones disminuyen algo de intensidad. La dilatación llegó a 6 centímetros. 2.000 U. de foliculina endovenosa, $\frac{1}{4}$ parte de hipofisina cada media hora. El trabajo de parto sigue. A las 12 h. 7 centímetros de dilatación. Rompimos artificialmente las membranas. A las 16 h. se produce el parto espontáneamente. Feto vivo de sexo masculino de 3.000 grs.

En dos embarazadas más que se hallaban próximas al término de la gestación y cuyo útero era menos irritable, la inducción del parto mediante el método de Stein combinado con la foliculina pudo despertar contracciones ritmadas durante algunas horas, sin lograr ninguna dilatación.

Del análisis de estos gráficos se desprenden las siguientes constataciones:

En el primer caso se trata de una mujer en el 8 $\frac{1}{2}$ mes de la gestación. 2.000 U. de foliculina inyectadas por vía endovenosa el día 16-VI, ejercen una influencia bien notable sobre las contracciones del embarazo, que se traduce por una mayor frecuencia y regularidad de las contracciones, sin aumento de la contractilidad ni sensibilidad.

El día 20-VI, el músculo uterino en reposo, se muestra inalterable con 4.000 U. (2 veces 2.000 U.) de foliculina endovenosa.

El día 21-V, las contracciones del embarazo aumentan de intensidad, haciéndose ligeramente dolorosas con 2.000 U. de foliculina endovenosa.

Los días 28 y 30, próximos al parto, las contracciones no son influidas por la foliculina administrada a las dosis anteriores.

En el gráfico III a de una embarazada que se halla a una semana antes de la fecha probable del parto, con útero irritable, 2.000 U. de foliculina endovenosa, despiertan contracciones ritmadas algo dolorosas que duran de 5 a 6 horas.

Ley de la excitabilidad: Existen grandes diferencias en la sensibilidad y la reactividad, según las mujeres. Confirman esta ley las experiencias anteriores, en las cuales observamos tan variadas reacciones de la foliculina, según el estado de irritabilidad del músculo uterino. En la mayoría de las gestantes en las últimas semanas del embarazo, la foliculina administrada a las dosis de 2.000-3.000 U. por vía endovenosa, actúa sobre las contracciones del embarazo, regularizando los intervalos con o sin aumento de la contractilidad. En ningún caso observamos modificaciones del tonus uterino.

Influencia de la foliculina durante el trabajo de parto.

Durante este período la foliculina demostró ejercer muy poca influencia sobre las contracciones:

Histerografía núm. 5: Pertenece a dos parturientes distintas en el período de dilatación. 3.000 U. de foliculina endovenosa parecen haber aumentado algo la frecuencia de las contracciones.

Histerografía núm. 6: Parturiente en el período de dilatación 3.500 U. de foliculina endovenosa parecen haber aumentado ligeramente la frecuencia y la intensidad de las contracciones.

Las demás experiencias realizadas con la hormona folicular durante el trabajo de parto son semejantes a los trazados que reproducimos.

Estas últimas experiencias indican que durante el trabajo de parto la hormona folicular inyectada por vía endovenosa a las dosis de 3.000 a 3.500 U., parece no influir mayormente sobre las contracciones del útero.

En conclusión, diremos: 1.º Que durante el último mes del embarazo, en la mayoría de las mujeres la foliculina inyectada por vía endovenosa a las dosis de 2.000 a 3.000 U. regulariza las contracciones del embarazo, asemejándolas a las del trabajo de parto, con o sin aumento de la contractilidad y sin influenciar el tonus muscular del útero. 2.º Que la foliculina a las dosis de 3.000 a 3.500 U., administrada por vía endovenosa, no parece modificar las contracciones del trabajo de parto.

Antes de finalizar este trabajo, deseo reconocer, que contiene muchas teorías insuficientemente apoyadas por la investigación científica. Ello es debido, a que abordamos un tema nuevo en la obstetricia, terreno en el cual las experiencias realizadas son escasas e imprecisas.

Sin embargo, dado los conocimientos tan importantes de la hormonología moderna y su práctica en otras especialidades, creo que ha llegado el momento de su mejor estudio y aplicación también a la obstetricia.

Mucho tenemos que experimentar aún en este sentido: el dosaje de las hormonas en el embarazo normal y patológico; durante el parto eutócico y distócico; establecer una constante de las relaciones hormonales y determinar su modificación en los casos anormales.

Está demás decir, que estas investigaciones requieren métodos muy perfectos y laboratorios bien montados, como los poseen muy pocas de nuestras maternidades.

Persiguiendo esta finalidad, tal vez se lleguen a individualizar las etiopatologías de ciertas distocias uterinas y a establecer sus tratamientos racionales por las hormonas correspondientes.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. **Yashke u. Pankow.**—Lehrbuch der Geburts.
2. **Linser.**—Über Hauterkr. bei der Schwangersch. «Dermat. Zetschrift», 1911.
3. **Mayer u. Linser.**—Ein versuch Schwangerschafts. toxikosen durch Einspritzungen von Schwang. Serum zu heilen. «Munch. Med. Woch.», 1910. Núm. 52, 1913. Núm. 25.
4. **Walinsky.**—«D. Med. Woch.», 1930. Núm. 20.
5. **Rissmann.**—Intramusk. Infusionen v. Ringerscher Lösung b. Toxikoderm. v. Schwang u. Wöchnerinnen. «D. Med. Woch.», 1912.
6. **Bazán, J.**—Dermatosis tóxico-grav. recidiv. Prurigo gestationis. «Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de B. Aires», 1928.
7. **Zondek.**—Las hormonas del ovario y del lob. ant. de la hipóf. Edic. 1934.
8. **Stemmer.**—«Klinik der Weibl. Geschl. Hormone».
9. **Knaus.**—Zur Physiolog. des Corps, luteum. «Arch. f. Gyn.», 1930, I, 140.

10. **Courrier.**—«Cpt. rend.», 1952 y 1954.
11. **Kourrier y Kehl.**—Sur avortmt. follic. chez la lapine. «Cpt. rend.», 1955.
12. **Seitz.**—Die Schangerschafts toxikosen. «Halban u. Seitz.», I, VII.
13. **Athias.**—Effets de la castration sur les mouvements automat de l'uterus chez le cobaye. «Journ. de physiolog. et path. gen.». T. 18/1920. Extracto: Berichte üb. die Gesamte Phys. u. Exp. Pharmak.
14. **Athias.**—Action d'extraits et produits dérivés d'organes a secr. int. sur l'uterus isolé. «Arch. internat. de pharmacodyn. et therap.», 1921 (Lisbonne). Extracto en: Berichte u. die Gesamte u. Exp. Pharmak.
15. **Vignes.**—Fisiología obstétrica normal y pat.¹
16. **Möhle.**—Hormon. Auflockerung u. Verbreit. der Symphyse b. nichtgrav. Meersch. «Zentralblatt f. Gyn.», 1955.
17. **Brouha et Simonnet.**—Influence de l'inj. prealable d'extr. de liquide follic. sur la réponse de l'uterus a l'hypoph. «Cmpt. Rend. des seances de la Soc. de Biol.». T. 95, núm. 27, 1926.
18. **Brouha et Simonnet.**—Action du liq. follic. s. la contract. uterine. «Cpt. rend. des seances de la Soc. de Biol.». T. 96, núm. 2, 1927.
19. **Brouha y Simonnet.**—Contract. uterine, oestrus et follic. «Cpt. rend. des seances de la Soc. de Biol.». T. 96, 1927.
20. **Brouha y Simonnet.**—Recherches sur la regul. horm. de la contract. ut. «Arch. Internat. de Phisiol.». T. 29, año 1927.
21. **Schickelé.**—Devellopm. de l'ut. grav. Bar. Brind. et Chamb. «La Pratique de l'art. des accouchements»,
22. **Knaus.**—The action of pituit. extr. upon the pregnant ut. of the rabbit. «Journ. of physiol.». T. 61, 1926.
23. **Hinselmann.**—Die Registr. der Kontr. des nichschwang. Mensch. Uterus. «Klin. Wochens.», núm. 47, 1925.
24. **Barjaktorowicz.**—Die Ursache des Geburts beginnes. «Zentralbl. f. Gyn.», núm. 11, 1955.
25. **Pérez M. L.**—Invest. sobre las causas del parto. «La Semana Médica», 1950.
26. **Siedentopf.**—Über die Ursache des Geburtsbeginnes. «Ges. f. Geb. u. Gyn.», Leipzig, 1955. «Zentralbl. Gyn.», núm. 2, 1954.
27. **Mandelstamm u. Tchaikowsky.**—Exper. Untersuch. u. den Einfluss des Corp. lút. Horm. auf. die Schwangerschaftsdauer. «Zentralblatt. f. Gyn.», núm. 39, 1952.
28. **Miklos.**—Üb. die Ursachen d. Geburtseintrittes. «Zentralbl. f. Gyn.», núm. 3, 1955.
29. **Figuerola Casas.**—Causas de la iniciación del parto. «Rev. Méd. del Rosario», núm. 1, 1955.
30. **Sellheim, Richter, Kürstner, Vogt.**—Diskussion. Ges. f. Geb. u. Gynak. Leipzig. «Zentralbl. f. Gyn.», núm. 2, 1954.
31. **Rossenbeck.**—Der gegenwart. Stand unserer Kenntnisse v. den natürlichen Ursachen des Geburtseintr. «Wiener klin. Wochens.», núm. 6, 1951.
32. **Mayer.**—Über horm. Ursach. des hab. Aborts. «Zentralbl. f. Gyn.», núm. 45, 1955.
33. **Sommer.**—Exper. Unters. zur Physiol. der Uterusmusk. der Kuh. «Zentralbl. f. Gyn.», núm. 50, 1952.
34. **Fachezy.**—Über die Reakt. des Ut. auf Pituitr. «Zentralbl. f. Gyn.», núm. 45, 1954.
35. **Almagia.**—Sobre las causas que determinan el trabaj. de parto. «La Clín. Obst.», pág. 120, año 1950.
36. **Dixon y Marshall.**—The infl. of the ovary on pituit. ser. «J. Physiol.», LIX, 276-288, año 1924.
37. **Keiffer.**—Recherches sur les prop. contract. des fibr. lisses de l'uterus. «Jeudi soir. 1926, pág. 22.
38. **Fabre y Renther.**—Contrac. ut. del embarazo. Reun. de Obst. y Gyn. de Lyon. Mayo 19 de 1915.
39. **Del Castillo.**—La foliculina. «Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Bs. Aires», núm. 11, 1952.
40. **Vignes.**—La durée de la grosses et ses anomolies.
41. **Clauberg.**—Acciones horm. visibles en el útero humano. «Rev. Latino Americana de Hormon. y Organoterap.», núm. 6, 1954.
42. **Fukushima y Kameda.**—Ueber den Einfl. v. Schwangerenharn. auf den uberleb. Kaninchen uterus. «Zentralbl. f. Gyn.», núm. 7, 1956.

Nota: Por falta de espacio se reproduce un solo gráfico de los presentados.

Revista de la Prensa Médica

I.—Publicaciones en Español

Varios casos mortales de aborto complicado, por el doctor E. Macías de Torres, (*Gaceta Médica Asturiana*, números 3 y 4. Oviedo, 1936).

Hace algunos años, con motivo de un trabajo que publiqué, hice una estadística general de las enfermas hospitalizadas en mi clínica oficial de Ginecología. De ella resultaba que aquí, como en todas las clínicas ginecológicas del mundo, las afecciones más frecuentes eran las inflamaciones de los anexos uterinos, y que éstas venían a representar el 10 ó 12 por 100 del total de las pacientes ingresadas.

En la actualidad esta proporción ha sido modificada, porque en los últimos años, los casos de complicaciones inmediatas del aborto se han elevado de tal manera, que en el último año transcurrido ellas solas representan el 18 por 100 del total de hospitalizadas, de modo que próximamente de cada cinco enfermas que entran en nuestra clínica, una padece alguna complicación más o menos grave debida a un aborto en curso o reciente. Si tenemos en cuenta que el 90 por 100 de los abortos que vemos allí han sido provocados, y que sólo una ínfima parte de los que se provocan llegan a hospitalizarse, se comprenderá fácilmente la importancia del estrago.

Algunos espíritus acomodaticios pensarán que cito una manifestación del progreso de los tiempos, y que las corrientes mundiales van por ahí; yo, al contrario, veo en ello, no sólo una manifestación de egoísmo y de moral depravada, sino también un exponente de ignorancia. Para llegar al fin propuesto, la limitación de la natalidad, no se precisa acudir a un procedimiento repugnante y delictivo, como es el aborto criminal. Como sobre estos asuntos hemos hablado ya en otra ocasión, nos limitamos a recordar que en estos últimos seis años hemos tenido ocasión de observar en nuestra clínica de Ginecología los siguientes casos de complicaciones inmediatas del aborto (prescindimos de las tardías porque el cálculo resultaría poco menos que imposible):

Año 1930	30 casos.
— 1931	42 —
— 1932	78 —
— 1933	92 —
— 1934	112 —
— 1935	151 —
<i>Total.</i>	505

Las cifras anteriores a 1930 son mucho más bajas aún que las de este año.

Entre este medio millar de casos observados tenemos 15 mortales, es decir, una mortalidad global de 3 por 100. En la mayor parte de estos casos, la causa de la muerte ha sido la infección,

septicemia o séptico-piohemia, algunas veces con manifestaciones locales de pelvipertonitis. A este grupo pertenecen las observaciones siguientes:

I. H. C. Núm. 75-1930. I. A., de 22 años, soltera, sirviente, natural de Quirós. Menarquia normal a los 15. No tuvo más embarazo que el actual. Hallándose embarazada de algo menos de dos meses, comenzó con hemorragia y dolores de vientre, ingresando en el Hospital con temperatura que oscilaba entre 39° y 40°. A la exploración dolorosidad en el hipogastrio, cuello uterino dilatado, perfectamente permeable al índice, cuerpo engrosado y blando, secreción sanguinolenta achocolatada fétida. Leucocitos, 3500. Hemocultivo, negativo. Vaciamiento uterino bajo anestesia etérea. Vacunoterapia local uterina a lo Besredka, con compresas empapadas en caldo-vacuna. Absceso de fijación con 5 c. c. de esencia de trementina, que resultó negativo. Inyección de sangre hemolizada por el método de Descarpentiers. Muerte al sexto día sin que remitiese la fiebre. En la autopsia, útero grande y blando sin perforación. No hay reacción inflamatoria anexial ni del peritoneo, ni trombosis pelviana.

II. H. C. núm. 227-1930. L. P., de Oviedo, de 33 años, casada. Menarquia dolorosa y escasa a los 14 años. Ocho partos de término, todos laboriosos. Hallándose embarazada, aunque dice no saber de cuánto tiempo, se presentó una hemorragia que duró ocho días, sin cohibirse, por lo cual decide ingresar en la clínica. Cuando la exploramos, el pulso era rapidísimo y débil, la temperatura de 39°,5 y el útero reblandecido y con el cuello permeable al índice, dejaba escapar flujo pardo fétido, no se apreció reacción anexial. La enferma fué tratada con los estimulantes habituales, hielo al vientre y sellos de cornezuelo-quina, pero falleció a las 48 horas de su ingreso.

III. H. C. núm. 403-1930. V. G., de León, 29 años, casada. No se pudieron averiguar antecedentes personales, salvo que hallándose embarazada de unos tres meses, se presentó el aborto 15 días antes de su ingreso en el Hospital, y fiebre desde el día tercero de comenzar el aborto. A la exploración, taquicardia. Tmx. 10. 38°,5. Dolorosidad en ambas fosas ilíacas y en el hipogastrio, útero engrosado, blando, cuello permeable al índice, los anexos de ambos lados son algo dolorosos, pero no se palpan engrosados. Secreción sanguinolenta-parda abundante. Bajo ligera anestesia etérea, se hace un vaciamiento digital que extrae restos placentarios pútridos. La fiebre remitió por tres días por bajo de 38°, pero después se elevó de nuevo y la paciente falleció al octavo día de sepsis.

IV. H. C. núm. 283-1931. F. C., de 38 años, de Colunga. Tres partos de término normales. En la actualidad, y después de dos meses y medio de amenorrea, aborto muy hemorrágico, ingresando unos días después en el Hospital. En el momento de la exploración, temperatura 40°. Tmx. 9. En la exploración genital, cuello uterino reblandecido y dilatado, permeable al índice, en el interior se tocan restos ovulares, el cuerpo del útero ligeramente engrosado, ocupa el douglas, los anexos normales. V. S. 120 a la hora. Bajo anestesia etérea, legrado uterino que extrae restos abortivos abundantes y pútridos. Los primeros días, la temperatura remitió, pero al quinto día se volvió a elevar, y al sexto, después de la intervención, la paciente falleció, a pesar de haberse puesto en práctica diversos tratamientos contra la sepsis.

V. H. C. núm. 446-1933. A. G., de Oviedo, ingresó en la clínica en período preagónico, lográndose averiguar únicamente que le había sido provocado su aborto unas semanas antes, comprobándose en la exploración una profunda sepsis y los signos locales habituales en estos casos. No se empleó tratamiento ninguno dado el gravísimo estado de la paciente, que falleció pocas horas después.

VI. H. C. núm. 659-1933. A. A., de 23 años, de Zaragoza. Menarquia normal a los 15 años. Un parto de término normal, dos abortos de seis y cuatro meses (como se ve era reincidente). En la actualidad, y hallándose embarazada de cuatro meses, abortó en su domicilio, pero quedó retenida

la placenta, por lo cual ingresó pocos días después en el Hospital. Cuando se la explora T. 38°,5, taquicardia. Tmx. 9/4. V. S. 95 a la hora, hemoglobina 40 por 100. Útero con el cuello reblandecido y dilatado permeable a dos dedos, por el que fluye líquido sanguinolento fétido, el cuerpo engrosado llega cerca del ombligo. Los anexos no se palpan. Fué tratada con hielo y cornezuelo hasta lograrse la apirexia; cuatro días después de normalizada la temperatura, se interviene bajo anestesia etérea, extrayéndose con pinza y cucharilla los restos placentarios. Pocos días después, nuevo ascenso de temperatura (el estado general continuaba siendo malo), y fallecimiento al catorce día de su ingreso, a pesar del tratamiento habitual.

VII. H. C. núm. 424-1934. N. F., de 41 años, de Pravia. Menarquia normal a los 16 años. Cinco partos de término normales. En la actualidad, después de dos meses de amenorrea, dolores de vientre y riñones y metrorragia, ingresando seis días después en el Hospital. A la exploración, palidez. T. 38°, taquicardia. Tmx. 11/6. El orificio del cuello reblandecido y dilatado, por el que fluye secreción puriforme fétida, el cuerpo engrosado y blando, los anexos normales. Se le aplicó hielo al vientre, ocitócicos y una inyección de vacuna por el método Spirito. La paciente falleció a los tres días de su ingreso.

VIII. H. C. núm. 93-1935. A. F., de 29 años, de Oviedo. Un parto de término y después un aborto de tres meses. En la actualidad, después de casi tres meses de amenorrea, metrorragia y dolores, ingresando en el Hospital cuatro días después. T. 38°,2. Útero engrosado y blando, con el cuello permeable al índice, fué tratada con hielo y sellos de cornezuelo-quinina, esperándose la defervescencia para intervenir, pero ésta no se produjo y la paciente falleció al octavo día de su ingreso.

IX. H. C. núm. 137-1935. R. G., de 32 años, de Laviana. Menarquia normal a los 14 años. Nueve partos de término normales, después tres abortos de dos a tres meses. En la actualidad, después de tres meses de amenorrea, metrorragia y dolores de vientre, unos días más tarde fiebre moderada e inflamación de la pierna izquierda. A los quince días de haber comenzado el aborto, ingresa en la clínica, temperatura oscilante entre 38°,5 y 39°,5. Palidez cérea de la piel y mucosas, flebitis de la pierna izquierda. Tmx. 8 y medio por 5 y medio. V. S. 110. Hemoglobina 35 por 100. Hematíes 2.100. Los signos locales, de exploración, los habituales en estos casos. No hay reacción anexial. Reposo, hielo, ocitócicos. Vacunoterapia Spirito, de la que se aplicaron dos inyecciones. La paciente falleció a los siete días de su ingreso.

X. H. C. núm. 427-1935. G. N., de 34 años, de Siero. Menarquia a los 13, normal. Diez partos de término normales. Un aborto de tres meses hace un año. En la actualidad, después de dos meses de amenorrea, metrorragia, que ya dura desde un mes antes de ingresar en la clínica, y desde hace unos días fiebre moderada. A la exploración, T. 38°,2. Tmx. 12/7. V. S. 60 a la hora. Signos objetivos locales, los de costumbre, sin reacción anexial. Bajo anestesia etérea, legrado uterino, extrayéndose restos placentarios; pocos días después la fiebre, que no había remitido totalmente, se eleva más; además del tratamiento habitual, se empleó el carbonnil por vía intravenosa. La enferma falleció a los catorce días de la intervención.

XI. H. C. núm. 531-1935. I. S., de 34 años, de Lugones. Ingresó de urgencia, pudiendo averiguarse que dos semanas antes de su entrada en el Hospital, y hallándose embarazada de tres meses, se le había provocado un aborto. Falleció antes de que en la visita ordinaria de la mañana se la pudiese explorar. En la autopsia encontramos una extensa peritonitis purulenta, con útero grande y con signos de flogosis, que aún contenía restos placentarios pútridos. No existía perforación.

Todos estos casos que hemos señalado, y algunos más que podríamos aportar, y que habiendo estado en la clínica por los mismos motivos, fueron llevadas a su casa en estado desesperado y

fallecieron en su domicilio, son los que podríamos llamar casos banales de muerte por infección post-abortiva; desde que se provoca el aborto de una manera mecánica, son frecuentísimos en todos los países, y su reseña no tiene más interés que el hacer llegar al gran público el convencimiento de que el provocar un aborto no es una cosa tan inofensiva como propalan los interesados en seguir explotando ese comercio inmoral. Los casos que van seguidos de muerte de la paciente distan mucho de ser excepcionales.

Desde el punto de vista puramente científico, hemos de hacer algunos comentarios basándonos en estos casos. Lo primero, a la ausencia de lesiones traumáticas graves, perceptibles a la exploración o en la autopsia, tales como perforaciones; esto es debido indudablemente a que la mayor parte de estos abortos criminales son provocados con sonda blanda o por inyección intrauterina, mediante ella, de algún líquido.

Otro asunto de importancia para el comentario es el tratamiento. Los ginecólogos que llevan la dirección del movimiento científico mundial en este aspecto están divididos y siguen conductas diferentes, muchas veces sistemáticas, por estar influidos por doctrinas que juzgan incontrovertibles. En resumen, los tratamientos preconizados para las retenciones abortivas infectadas, son los siguientes: 1.º, conservador: hielo al vientre y ocitócicos; 2.º, operatorio: vaciamiento uterino sistemático, bien sea digital o instrumental; 3.º, oportunista, que consiste en seguir el tratamiento médico mientras persiste la fiebre e intervenir operatoriamente cuatro o cinco días después de desaparecida ésta.

Como se puede apreciar por la reseña de nuestros casos, todos estos tratamientos hemos empleado, y con todos hubo casos de muerte. Si aportamos la estadística completa, resultaría que con todos ellos se obtienen también éxitos; de modo, que en conjunto, tenemos que admitir que el pronóstico en las retenciones abortivas infectadas depende de factores en los que podemos influir muy poco o nada, tales como la virulencia de los gérmenes, las resistencias locales y generales de la paciente y la extensión de la infección en el momento que llega a nuestras manos. Como elementos para el pronóstico, las pruebas de laboratorio, incluso la de Ruge-Phillip, no dan mayores seguridades que las que se pueden sacar del examen atento del cuadro clínico.

Como línea de tratamiento hemos sacado de nuestra experiencia la conclusión de que menos en los casos en que la fiebre data de 48 horas, el vaciamiento instrumental inmediato debe ser empleado sistemáticamente. Cuando la fiebre dura ya más de dos días, pero no existen signos de reacción anexial o peritoneal, puede también emplearse la misma terapéutica, aunque sus resultados son mucho más dudosos, y, finalmente, cuando en la exploración apreciamos signos de flogosis anexial o peritoneal, la intervención se halla rigurosamente contraindicada por muy suave que se quiera hacer, y aunque se practique el vaciamiento digital, que es bastante más difícil de realizar de lo que dicen los tratados.

A pesar del temor que en general tienen las pacientes y sus familiares a que se produzca la muerte por hemorragia con motivo de un aborto, lo cierto es que esta contingencia es muy remota; entre nuestros 500 casos, sólo una vez ocurrió esto; la historia clínica resumida es la siguiente:

H. C. núm. 545-1933. B. S., de 42 años, de Mieres. Menarquia normal a los 16 años. Siete partos de término normales. Un prematuro y dos abortos de dos y tres meses. En la actualidad, hallándose grávida de unos cuatro meses, tiene pérdidas hemorrágicas desde hace dos, muy copiosas últimamente, y que la obligaron a ingresar de urgencia en el Hospital, a donde debió llegar moribunda, pues a pesar de los estimulantes y el taponamiento practicado por el médico de guardia, la enferma falleció a las pocas horas, antes de la visita reglamentaria de la mañana.

Esta enferma, como se desprende de la historia clínica, no llegó a ser vista por mí, y aunque con todo género de reservas, emito la hipótesis (dada la fecha de que databan las hemorragias) que no se tratase de un embarazo embrionado, sino tal vez de una mola vesicular.

Personalmente, sólo he visto morir de hemorragia debido a un aborto, a una paciente de la clientela particular residente en uno de los pueblos de la cuenca minera, y para la que fui llamado a fin de celebrar una Junta con otros compañeros de la localidad. Cuando llegué, la paciente estaba ya sin pulso, y falleció a los pocos momentos, a pesar de que los médicos de cabecera habían empleado todos los medios procedentes en el caso, salvo la transfusión, por falta de instrumental para ello.

Así pues, de nuestros casos hemos de sacar la consecuencia que las pacientes con motivo de un aborto intencionado tienen diez veces más probabilidades de morir de infección que de hemorragia.

Vamos ahora a relatar otros casos de muerte debida a complicaciones del aborto provocado, que son aún menos frecuentes:

H. C. núm. 192 1932. P. D., de 38 años, de Mieres. Menarquia a los 18 años, normal. Once partos de término normales. En la actualidad, y después de haberla faltado la regla durante algo más de un mes, dice que comenzó a notar grandes molestias al orinar, vómitos y dolores en ambas fosas ilíacas y región dorso-sacra. En la exploración, se encuentra una paciente con grave estado general. Tmx. 16; dolorosidad a la palpación en el hipogastrio y en ambas fosas ilíacas; el cuello uterino y parte alta de la vagina, con placas de esfacelo blanquecinas y alguna pérdida de substancia; el cuerpo uterino engrosado, pero la presión en los fondos de saco es dolorosa. La orina, escasa en cantidad, presenta albúmina en dosis considerable. Estrechada a preguntas en los días sucesivos, confesó que se había dado una irrigación, que ella calificaba de muy profunda (con el intento de que fuese intrauterina), con una solución muy concentrada de sublimado (tres pastillas de gramo en un cuarto de litro de agua caliente), y observando que no abortaba, por consejo de una vecina, dejó colocadas en el fondo de la vagina, durante la noche, otras dos tabletas de sublimado. En los días sucesivos, la oliguria se fué acentuando hasta llegar a ser anuria; presentó también dolor en el costado y esputos hemoptoicos, y falleció de la intoxicación mercurial ocho días después de su ingreso en el Hospital.

Los casos análogos a éste que he podido encontrar en la literatura reciente, no son muy abundantes; hay uno de Reeb en que la paciente se dió una inyección intrauterina con solución concentrada de sublimado y a fuerte presión, la cual pasó probablemente a las trompas y al peritoneo; la investigación en los humores dió resultado negativo, en cambio, se encontró mercurio combinado con las albúminas en los puntos afectos del aparato genital, análogamente a lo que sucedió en nuestro caso. En una paciente de Planche y Vayssiere, los fenómenos de gangrena y esfacelo local no se observaron, sino anginas, gingivitis y albuminuria masiva; el resultado también fué mortal en breve plazo. En estos casos, aunque el sublimado no haya penetrado en el peritoneo, sin duda alguna es absorbido y determina la muerte por lesión del riñón, aunque la mayor parte del tóxico queda fijado *in situ* y combinado con las albúminas locales.

Se citan también otros casos parecidos, aunque la substancia empleada no fuese precisamente el bicloruro de mercurio y que suelen tener consecuencias menos graves para la paciente, porque la toxicidad de la substancia empleada es menor. Así, por ejemplo, Bernardbeig y Fournier, aportan un caso en que la mujer, para hacerse abortar, se practicó una inyección intrauterina de tintura de yodo pura; la paciente falleció, así como otra de Muller y Paucot; en cambio logró curar una cuya historia clínica aportan Dcunic y Lyon. En la paciente de Fulconis se produjo con la inyección de tintura de yodo una perforación uterina; se practicó una histerectomía, pero la enferma falleció. Ahumada ha comunicado un caso de gangrena del cuello uterino consecutiva a una inyección

vaginal de solución concentrada de sublimado en que la paciente logró curar. Voson, Rochet y Contamin, relatan el caso de una mujer que con fines abortivos introdujo en el fondo de la vagina tres comprimidos de permanganato potásico, a consecuencia de lo cual se presentaron extensas escaras de la portio y fondos de saco vaginales, pero la enferma curó. Indudablemente, la toxicidad del permanganato no admite comparación con la del bicloruro de mercurio. Quirauden comunicó el caso de una multipara que intentando autoprovocarse el aborto por medio de una inyección intrauterina, se hizo una inyección de vinagre concentrado en la vejiga de la orina, siendo la consecuencia una grave cistitis hemorragia que al fin curó. Como se ve, las mujeres que deciden abortar, recurren a los procedimientos más estrambóticos y brutales que se pueden imaginar, y que no relatamos aquí porque queremos circunscribirnos a los que tienen alguna semejanza con casos observados por nosotros.

Otro caso de muerte consecutiva a un aborto infectado, en la cual la causa próxima de la muerte nos parece de interpretación dudosa, es el siguiente:

H. C. núm. 696-1935. R. S., de 29 años, de Oviedo. Menarquia normal a los 13 años. Cuatro partos de término normales. Un aborto de dos meses. En la actualidad, después de una amenorrea de algo más de mes y medio de duración, comenzó con metrorragias, y el día antes de su ingreso en el Hospital, fiebre moderada e ictericia de bastante intensidad. En la exploración, aparte del tinte icterico y los signos locales acostumbrados en las retenciones abortivas, encontramos: T. 38°,2 a 38°,5. Tar. 9 y medio y 6 y medio. V. S. 120 a la hora. Por consejo del señor García Morán, se la trató con suero glucosado e insulina, con lo cual el tinte icterico se fué atenuando, así como la fiebre. A los seis días, bajo ligera anestesia etérea, se extrajeron los restos placentarios, pero los vómitos biliosos, que ya existían antes de la intervención, se fueron acentuando, y falleció a los once días de la intervención, a pesar del tratamiento empleado. Es de advertir que el curso de heces y gases fué siempre normal, de modo que se puede rechazar en absoluto la hipótesis de una obstrucción intestinal. Cabe suponer que el estado de insuficiencia hepática que desde su ingreso existía, se fuese agravando progresivamente (a esta hipótesis nos inclinamos), pero en contra de ello está el hecho de que la ictericia y la fiebre habían mejorado considerablemente. Como la paciente fué llevada a su domicilio el día antes del fallecimiento, no se pudo hacer autopsia, con lo cual es lo más probable que se hubiera esclarecido el caso.

Para finalizar esta macabra estadística de mujeres que queriendo huir de las pequeñas molestias y quebrantos que supone el tener un nuevo hijo toparon con la muerte, vamos a reseñar un caso en el que la retención de restos abortivos se complicó con un tétanos de evolución fatal y que tuvo su puerta de entrada por el útero:

H. C. núm. 410-1934. L. G., de Mieres, de 36 años. Menarquia a los 18, normal. Cuatro embarazos con partos de término normales. Hallándose embarazada de unos tres meses, y por consejo de una vecina, se introdujo, para hacerse abortar, un grueso tallo de perejil por el orificio de la matriz, valiéndose para ello de un espejo inclinado y colocándose en cuclillas; cuatro días después ingresa en la clínica por hemorragia algo copiosa, habiendo eliminado parcialmente el huevo. En la exploración se encuentran los signos de costumbre en estos casos. Bajo anestesia etérea se hizo un legrado uterino, extrayéndose algunos restos placentarios. A las 48 horas de la intervención, presenta trismus apreciable y unas décimas de temperatura. Inmediatamente se la inyectan 20 c. c. de suero por vía intrarraquídea, 40 por vía intravenosa y 60 por vía subcutánea, dosis que se repiten al día siguiente sin que se apreciase mejoría. Al tercer día fué trasladada al pabellón de aislamiento del señor Buylla, donde continuaron e intensificaron el tratamiento específico. A pesar de todo, la enferma falleció a los pocos días. En la autopsia extrajimos el útero, pero en

numerosos cortes practicados y examinados por el señor Tapia, no se encontraron los bacilos de Nicolaier. No se practicaron siembras ni inoculaciones.

Los casos de tétanos post-partum en los países tropicales no son exclusivamente raros, pues las mujeres paren en el suelo de la choza o en cuclillas, siendo fácilmente explicable la posibilidad de contaminación dada la suciedad del medio y la convivencia con los animales domésticos; más frecuentes todavía son los casos de tétanos neonatorum de origen umbilical, habiendo publicado recientemente un caso Rossi (de Dakar), en el que enfermaron simultáneamente la madre y el hijo, consiguiéndose la curación de aquélla. En nuestros climas y en nuestro medio los casos de tétanos puerperal son rarísimos, y los consecutivos al aborto intencionado, del todo excepcionales. En la literatura reciente, sólo he encontrado un caso de Auvray, en que consecutivamente a una retención de restos abortivos se presentó el tétanos, falleciendo la enferma sin confesar que el aborto fuese provocado; la inoculación de los restos extraídos al cobaya determinó en el animal tétanos mortal.

Laffont, Ezes y Merean, relatan un caso enteramente análogo al nuestro, en que una mora se provocó el aborto con un tallo de perejil, se presentaron ataques tetánicos típicos; además del tratamiento específico intenso se practicó una histerectomía vaginal; la enferma falleció de absceso pulmonar cuando ya había mejorado del tétanos. Bernarbey relata un caso de tétanos mortal post-abortum, en el que a consecuencia del intenso trismus se luxó la mandíbula.

Esta lista de enfermas, fallecidas a consecuencia de abortos intencionados, se cierra con el año 1935. En el curso del año actual, hemos observado alguno más, y otros que aunque por fortuna no tuvieron tan fatal terminación, revelan hasta qué términos tan verdaderamente brutales llegan algunas mujeres en el intento de acabar con una gestación indeseada.

Alumbramiento manual. Comentarios sobre una estadística, por los doctores Rodolfo G. Schmidt y Diego Taylor Gorostiaga. (*La Semana Médica*, número 6. Buenos Aires, 1936).

Quince años de actividad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital P. Piñero, permiten extraer de su archivo de historias, 63 casos de alumbramiento artificial manual. Nótese que excluimos toda maniobra de alumbramiento, para referirnos únicamente a la extracción manual de la placenta. Sesenta y tres casos no son muchos ni pocos. Permiten, sobre una base firme, sacar conclusiones estadísticas que confirman, como se verá luego, las cifras contenidas en los tratados clásicos; y decíamos que no son pocos, porque las cifras estadísticas más grandes que conocemos, que proceden de clínicas alemanas de larga tradición, no abarcan más que 300 casos. (Leo, 309; Ploeger, 172; Königsberg, 185).

Recuérdese, de paso, que tratándose de la intervención obstétrica de peor pronóstico post-operatorio, se llega a practicarla después de haber fracasado todas las demás maniobras, que, indudablemente, gozan de mayor favor y simpatía. (Mojon-Gabastou, Credé, etc.).

Y entrando ya en materia, establezcamos la primera cifra: se efectuaron en nuestro Servicio 63 extracciones manuales sobre un total de 11 180 partos, es decir, que la proporción de esta intervención ha sido de 0,56 por 100. Comparativamente, la Clínica de Königsberg ha acusado un porcentaje de alumbramientos manuales de 2,30 por 100 (185 casos sobre 7.986), la de Leipzig 0,62 por 100 (18 casos sobre 2.900), la de Berlín 1,08 por 100 (172 sobre 15 886), la de Halle 0,52 por 100 (52 sobre 10.000). Nuestra estadística porcentual alcanza las cifras mínimas publicadas.

Nótese que frecuentemente la distocia del alumbramiento es una consecuencia de la distocia del parto, de tal manera que mencionaremos primero una estadística global y a continuación una «depurada», que se refiere, naturalmente, a los casos en que la única intervención efectuada ha sido la que motiva este trabajo.

El porcentaje de morbilidad «no depurada» (sobre 63 casos) es de 51,61 por 100; Ploeger acusa 43 por 100; Leo, 24 por 100; Rosenthal, Hegar, Seyffarth, Guttmann, Mattheus, Ihm, Mathar y Baisch (1) dan cifras de morbilidad que oscilan entre 39 y 77 por 100; Winter da 46 por 100 (2). Como es fácil consignar, nuestro porcentaje alcanza una cifra promedia entre las extremas de los autores consultados.

Apresurémonos a manifestar que el pesimismo del pronóstico a que aludimos más arriba, es categóricamente confirmado por estas cifras; ninguna otra intervención obstétrica asigna tal número porcentual de morbilidad.

La mortalidad, sobre igual número de observaciones, ha sido de 3,17 por 100. Los autores antes citados, obtienen cifras que oscilan entre 2 y 5,50 por 100, de manera que podemos aceptar como normal nuestra cifra.

En cuanto a la estadística «depurada» (48 casos de extracción manual como única intervención), ha arrojado un porcentaje de morbilidad de 43,75 por 100. No comparamos con otra estadística por no haber hallado el tipo de estadísticas depuradas.

Esta cifra de 43,75 por 100, acusaría respecto de la total, que es de 51,61 por 100, una discreta disminución en la morbilidad, que sin embargo no alcanza a disminuir, sensiblemente, el pronóstico serio de esta intervención.

La mortalidad «depurada», que por las mismas razones antedichas, no podemos comparar con otras estadísticas, es de 0 por 100. Esta cifra expresa un descenso promisor.

No tenemos que lamentar ningún fallecimiento por alumbramiento manual; y la cifra anteriormente citada de 3,17 por 100 comprende casos en que la extracción manual de la placenta seguía a intervenciones graves y accidentadas del parto.

Nuestra estadística de morbilidad y mortalidad confirma las consideraciones teóricas que sobre su riesgo consignan los trabajos clásicos de la materia. La mano operadora en contacto directo con las partes maternas, ricas en senos venosos, «en contacto con la herida placentaria», impone sobre la facilidad de las infecciones con su natural cortejo de morbilidad. Pero un dato de esos tratados clásicos, la disminución de la resistencia y defensa orgánica por la hemorragia, secuela tan frecuente de la distocia del alumbramiento, facilitando, justificando la elevada cifra de morbilidad, ha sufrido en nuestra estadística un rudo desmentido. Nuestra casuística consigna en cada historia clínica la apreciación de la cantidad de sangre perdida, y nos ha parecido oportuno clasificar nuestras observaciones diferenciando los casos de pequeñas y grandes hemorragias. Hemos tomado, como cifra promedio, para separar estos dos grupos, un poco arbitrariamente, la cantidad de 700 gramos, que correspondería en la triple división que hacen los tratados, a las hemorragias medianas.

La morbilidad referida a aquellos casos en los que la pérdida sanguínea ha sido menor de 700 gramos, arroja, sobre 37 casos, el 79,41 por 100. La mortalidad de los mismos ha sido de 2,94 por 100.

La morbilidad, en 24 casos, en que las hemorragias fueron abundantes o graves (más de 700 gramos) es de 16 por 100. La mortalidad de 0 por 100.

Apenas si será necesario hacer hincapié sobre la notable diferencia porcentual de morbilidad y mortalidad, tan notable, que es difícil escapar a la sugestión que produce tan llamativa diferencia.

Siguiendo el procedimiento general de división estadística que hemos adoptado en este trabajo, referimos estas mismas cifras a la estadística «depurada» (extracción manual como única intervención). Pequeñas o nulas hemorragias hasta 700 gramos, dan una morbilidad de 73,91 por 100 y

(1) A. Döderlein. «Tratado de Obstetricia».

(2) Manuel Luis Pérez. «Tratado de Obstetricia».

una mortalidad de 0 por 100. Grandes hemorragias, más de 700 gramos, dan una morbilidad de 16,66 por 100 y una mortalidad de 0 por 100.

La diferencia grande que media entre 73,91 y 16,66, ¿es atribuible a mera casualidad?

Lamentamos, de veras, no haber hallado en los autores consultados, ninguna alusión al pronóstico condicionado por la intensidad de la hemorragia; solamente, en los tratados aludidos, hemos encontrado consideraciones teóricas sobre la influencia de la hemorragia como agravante del pronóstico de esta intervención.

No se nos escapa la trascendencia de los datos de nuestra estadística a este respecto, y muy escépticos de nuestra observación, trataremos de confirmarla o desmentirla en nuevos trabajos sobre otras intervenciones en que la hemorragia es factor frecuente. Hasta entonces dejaremos en pie como un interrogante al que no queremos, todavía, asignar ningún valor. La abundancia de la hemorragia, compatible con la vida, ¿mejora el pronóstico infeccioso puerperal?

Respecto de la influencia predisponente de la multiparidad a la distocia del alumbramiento, ella resulta claramente expresada en nuestra estadística, que da el 65 por 100 de intervención en las multíparas.

En cambio, no hallamos ninguna influencia respecto de la edad de la paciente. Adoptando la división de 30 años, ya tradicional en Obstetricia, nuestra estadística da igual número de casos para las mayores y menores de tal cifra.

Rotura silenciosa del segmento inferior del útero en el curso del embarazo a nivel de una cicatriz de operación cesárea. Implantación secundaria de la placenta previa recidivada en la cara posterior de la vejiga, por los doctores Manuel Luis Pérez y Federico Tallaferro. (*La Semana Médica*, número 19. Buenos Aires, 1936).

El comentario de la historia clínica que hoy exponemos nos parece interesante desde distintos puntos de vista, y sobre todo, por la extremada rareza del accidente que lo motiva.

La historia clínica es la siguiente:

Boletín clínico núm. 1303, año 1934, R. G. 27482.

A. D. de G., italiana, 28 años. Ingresa el 2 de septiembre de 1934.

Sus antecedentes hereditarios, personales, fisiológicos y patológicos, no se prestan a mayores comentarios.

A la inversa, sus antecedentes obstétricos corresponden ser detallados. De seis embarazos, sólo dos se siguieron de partos espontáneos con fetos vivos; los restantes fueron motivo siempre de intervenciones: dos aplicaciones de fórceps por hipomotricidad uterina; una gran extracción pelviana por asfixia, y por último, una operación cesárea por metrorragias a repetición consecutivas a la implantación oclusiva de la placenta.

Esta operación, practicada en el mismo Servicio que uno de nosotros dirige (R. G. 25624), se ejecutó según la técnica de Opitz, no habiendo ofrecido, en su evolución inmediata como alejada, ningún inconveniente, salvo una temperatura subfebril que duró solamente dos días. Durante la operación cesárea pudo verificarse que el desarrollo placentario se había hecho a expensas, sobre todo, de la cara anterior del segmento inferior.

Los antecedentes del embarazo en el que nos tocó intervenir, y que corresponden a una última menstruación aparecida el 21 de noviembre, se refieren a dos metrorragias de poco valor y a trastornos urinarios que, aparecidos a partir del quinto mes de la gestación en forma de disuria, polaquiuria y tenesmo, continuaron hasta el fin de ella.

El examen clínico general, practicado a las pocas horas del ingreso, no ofrecía nada de

especial; ni siquiera el análisis de orina. Sólomente la palidez de los tegumentos y de las mucosas llamaba la atención, aunque el pulso se mantenía alrededor de 106, la temperatura en la normal y la tensión arterial en 11 y 6.

Del examen obstétrico se recogieron los siguientes datos: gestación del octavo mes; feto vivo y en presentación cefálica muy alta; pelvis normal; ausencia de trabajo de parto y de signos que señalaran la probabilidad de una inserción baja de placenta, a no ser el discreto líquido sanguinolento que resumía por los genitales.

En estas condiciones y coincidiendo con la iniciación de las contracciones uterinas de un parto prematuro, se produjo una hemorragia genital tan copiosa y con caracteres de tanta alarma —por su repercusión en el estado general— que decidimos la evacuación quirúrgica del útero simultáneamente al empleo de todos los elementos de lucha contra la anemia aguda, inclusive la transfusión de sangre citratada (700 gramos).

Se hizo laparotomía mediana e infraumbilical, resecaando de paso la cicatriz de la operación anterior. Abierto el abdomen pudimos contemplar, con la sorpresa consiguiente, los detalles que se mencionan: el útero estaba en la línea media, pero era sólo visible en la porción del cuerpo, porque hasta allí llegaba una masa rojo-vinosa que se transparentaba del peritoneo visceral, desprendido en toda su zona despegable inclusive el tabique vésico-uterino, y que se corría hacia las regiones retroperitoneales lumbares e ilíacas.

Mientras observábamos esos detalles, un esfuerzo de vómito —provocado por la anestesia etérea (aparato de Ombredanne)— precipitó lo que era de prever: la serosa que cubría a ese enorme hematoma se desgarró y la sangre fué invadiendo la cavidad del abdomen en forma líquida y en coágulos.

Era tan abundante su cantidad que, presintiendo el final, decidimos extraer el feto por un corte cesáreo a nivel del cuerpo, lo que coincidió con la muerte de la operada.

En el afán de investigar el origen del hematoma nos dirigimos, después de recoger los coágulos y la sangre líquida que oscurecían todos los detalles, hacia el segmento inferior disecado parcialmente por la hemorragia. Allí encontramos a la pared segmentaria —en su parte superior y a nivel de la antigua cicatriz— convertida en una lámina de tejido transparente, y dando paso —en su parte media e inferior— a masas carnosas que correspondían a cotiledones placentarios. Esos cotiledones, estaban: unos, desprendidos totalmente; otros, haciendo cuerpo con los bordes más bajos de la solución de continuidad, y otros, por fin, sólidamente adheridos a la pared posterior de la vejiga.

Esto último nos llamó tanto la atención que extrajimos el reservorio vesical con las vellosidades adheridas y, llenándolo de líquido, pudimos ratificar la exactitud de nuestra presunción. Abierto, también, el útero por su pared posterior, nos mostró a la placenta previa reflejada en la cara anterior y haciendo «hernia» por la cicatriz, cuya integridad había cedido.

Posteriormente remitimos para su estudio las piezas anatómicas a nuestro distinguido amigo el doctor D. Colillas, quien nos informó sobre los siguientes detalles:

«En un corte de conjunto de la vejiga puede verse a la pared mucosa intensamente congestionada; y a la pared externa, la que corresponde a la inserción de la placenta, con una reacción decidual típica.

Estos detalles pueden apreciarse con mayor nitidez observando ambas paredes a gran aumento. Así, en la mucosa es posible percibir, además de su congestión, una discreta infiltración leucocitaria que se exagera a medida que se aproxima a la superficie; y en la cara externa de la vejiga, además de la reacción decidual, una membrana basal bien típica y las vellosidades coriales adheridas a ella.

Por último, estudiando a la placenta en su inserción vesical, se comprueba que ella es anatómicamente normal y con su lámina basal característica; lo que permite excluir a la placenta áccreta».

Reflexiones.—Esta observación constituye, en realidad, un hecho insólito en la nosografía obstétrica. Encierra en sí la coincidencia de tres accidentes que explican el proceso de su evolución, y que tomado cada uno de ellos en forma aislada, merecería, de por sí, algunos comentarios. Nos referimos: a la poca frecuencia de la recidiva de la inserción baja de la placenta; a la rareza de las rupturas de una cicatriz de operación cesárea hecha sobre el segmento inferior; y, menos común todavía, a la implantación secundaria de las vellosidades en la pared externa de la vejiga.

La recidiva de la placenta previa es de observación poco frecuente y los casos conocidos, como el que refiere R. Bello de repetición por cuarta vez, son excepcionales.

La rotura de la cicatriz de una histerotomía, si bien se observaba más a menudo cuando la operación se hacía sobre el cuerpo del útero —alcanzando hasta el 4 por 100 (Holland)— explicándose por la frecuencia con que esa cicatriz se constituía a expensas de un tejido inextensible (15 por 100, Essen Möller; 17 por 100, Couvelaire); hoy, que se practican casi sistemáticamente las técnicas segmentarias, no se descubre sino como rareza. Y la rotura «silenciosa» de esa cicatriz —según lo ocurrido en nuestra observada— debe figurar como algo excepcional.

Pero lo que merece, a nuestro juicio, un análisis más detenido, es la inserción de los cotiledones fuera del útero; inserción hecha posible tan sólo por la dehiscencia cicatrizal realizada paulatinamente en el curso del embarazo.

Hemos recorrido todo lo que nos ha sido posible consultar de la bibliografía extranjera y nacional, no habiendo encontrado en ninguna parte una observación semejante. Lo más que hemos hallado, para vincularlas a nuestro caso, son algunas escasas publicaciones de rotura del segmento inferior a nivel de la cicatriz histerotómica, favorecida o determinada por la placenta que se desarrolló en ese sitio; pero todas, determinando de inmediato el accidente agudo.

En la observación que comentamos se han tenido que reunir, para hacer posible su realización: el desarrollo de los cotiledones en el sitio correspondiente a una cicatriz, o sea la recidiva de la placenta previa, ya que esa cicatriz estaba en el segmento inferior; la dehiscencia gradual de la pared segmentaria determinada por los factores concurrentes de un pésimo tejido de cicatrización, de la «usura» que significa el desarrollo de las vellosidades coriales a su nivel —por más que no se pudo comprobar el accretismo— y de una pared uterina ya anteriormente enferma (endometritis) que explicaría además la repetición de las placentas bajas; y por último, la salida fuera de la matriz de un discreto número de cotiledones que al encontrarse libres hicieron su implantación secundaria en el tejido más próximo, provocando en él una neta reacción decidual.

Las primeras contracciones de un trabajo de parto prematuro rompieron ese equilibrio y el silencio con que se habían ido produciendo los accidentes; determinando a su vez una hemorragia fulminante que tuvo salida simultánea hacia el abdomen y el exterior, dando cuenta de la vida de la enferma.

Quiste del cuello uterino, por los doctores Antonio Falsía y Miguel V. Falsía. (*La Semana Médica*, número 25. Buenos Aires, 1936).

Sección Ginecología. Consultorio Externo. Ficha número 345. Junio 15 de 1935:

Sara M. de B., polaca, de 44 años, casada. Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes personales.—En la infancia, sarampión. Menarquia a los 11 años; reglas abundantes, regulares, 2/28. Se casó a los 22 años. Tuvo cuatro partos a término, normales. Desde hace seis meses, pérdidas sanguíneas intermenstruales. Última regla el 17 de mayo próximo pasado.

Estado actual. — Aparato genital: desgarró superficial de periné; prolapso vaginal de primer grado. Cuello muy aumentado de tamaño, presenta en el labio anterior una tumoración del tamaño de un huevo de paloma, de consistencia quística, fijo, indoloro. La mucosa que lo recubre es de aspecto normal, pero sumamente adelgazada. En el labio posterior nótase algunos huevos de Nabot. Orificio externo con ligero desgarró bicomisural. No se constata ninguna ulceración ni ectropión. Cuerpo uterino de tamaño y posición normal, de superficie lisa, indoloro, móvil. Parametrios libres. Histerometría: 8 cm. Diagnóstico: quiste de cuello uterino.

Aconsejamos a la enferma se interne, con miras a practicar una amputación del cuello, pero no acepta este temperamento en vista que su mal no le produce ninguna molestia. Por tal motivo practicamos una punción del quiste, extrayendo unos 5 c. c. de un líquido filante y opalescente. Evacuado el quiste, practicamos una electrocoagulación de toda la zona afectada, como así también del labio inferior y del endocérnix. La escara tarda más de un mes en desprenderse y en la actualidad, transcurridos ya más de dos meses, el cuello se presenta muy reducido de tamaño, de superficie lisa y un epitelio de aspecto normal.

El líquido extraído fué estudiado en el laboratorio de la Clínica y dió el siguiente resultado: aspecto opalescente; color blanco ligeramente amarillento; consistencia cremosa; reacción de Rivalta positiva. Por la observación directa sin coloración se observó: algunos hematíes y algunos glóbulos de grasa. Coloreado el preparado por el método de Gram, se observó: bacilos tipo, Gram positivos. Tratada la preparación por una mezcla de alcohol y éter, la substancia se disolvió en gran parte, quedando unos restos insolubles constituidos por una substancia elástica y adherente.

Para explicar la patogenia de estos quistes, Adler dice que el cuadro microscópico de la hipertrofia folicular demuestra que se trata del crecimiento de las glándulas de la mucosa dentro del tejido muscular, originadas por activos procesos de proliferación del epitelio cervical que siempre continúa siendo típico y de una sola capa. La estrangulación de algunas partes glandulares origina quistes por retención que al distenderse condicionan trastornos circulatorios e hipertrofia del hocico de tenca. Por este mismo mecanismo se formarían los grandes quistes.

La etiología es oscura; a veces se pueden invocar desórdenes inflamatorios; otras veces hallándose un contenido no mucoso y el hecho de que el epitelio resulte unas veces plano y otras cilíndrico alto y resalte claramente en el epitelio cervical, demuestran que son los restos del conducto de Gartner el punto de partida de la formación. Henkel refiere un caso en el que no había ninguna modificación inflamatoria.

El epitelio de revestimiento de estos quistes es esencialmente cúbico uniestratificado, con protoplasma intensamente coloreable. El contenido habitualmente escaso constituido de grumos de albúmina coagulada y de epitelio descamado (Schroeder).

Creemos que un factor inflamatorio pudo ser el causante del quiste cervical que relatamos. Abona esta interpretación el resultado del examen practicado en el líquido extraído y la existencia de los huevos de Nabot en el labio inferior del cuello. Quizá podríamos interpretarlo como un huevo de Nabot enormemente desarrollado y de rara observación.

La conducta terapéutica que hemos adoptado en nuestra enferma, conducta de emergencia podríamos decir, dada la oposición de la interesada a la operación que creíamos la más indicada, nos ha dejado la impresión no sólo de suficiente, sino que, por otra parte, siendo ella sin riesgos frente a los que importa la amputación quirúrgica del cuello, como un medio terapéutico que debe tenerse presente por su simplicidad, inocuidad y buen resultado.

"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.	Hitschmam, 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.	Schiffmann, 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.	Walther, M.
Drahn, F. R.	Guthmam, 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.	Nürnberg, 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 placenta 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 periodos 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