

REVISTA

DE

Medicina y Cirugía prácticas

PABELLÓN MÉDICO (1860) ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATIA Y PEDIATRIA (1890)

Fundador: D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

Director: D. FEDERICO TOLEDO DE LA CUEVA

TOMO CXXIV

MADRID

IMP. DEL ASILO DE HUÉRFANOS DEL S. C. DE JESÚS

Calle de Juan Bravo, 3.

1919

a las numerosas causas que originan estas diátesis (tóxicas, auto-intoxicaciones, insolación, frío, humedad, impresiones psíquicas, ponosis, etc.).

Pronóstico.—Gravísimo desde el primer examen y mortal de aparecer las múltiples hemorragias, y si el enfermo pudo sobrevivir algunos días a la enorme disminución de supresión arterial, creo fué debido a la relativa lentitud de las hemorragias y a la probable integridad de su aparato vascular.

Tratamiento.—En primer lugar dispuse quietud absoluta en el lecho, alimentación láctea y fría, y bebidas abundantes (gaseosas y limonada sulfúrica), agua oxigenada a 10 volúmenes en colutorio y taponamientos nasales; también utilicé localmente la solución de antipirina al 10 por 100 y la gelatina. Al interior, desconociendo el origen de la hemorragia, utilicé sin resultado notable los vaso-constrictores (ergotina, adrenalina y pituitrina), los dilatadores (inyección de emetina); los coagulantes, cálcio, gelatina, y el suero fisiológico en bebida y enemas. En vista de la dificultad para la absorción hipodérmica, desistí del suero fisiológico, así como tampoco creí del caso la transfusión sanguínea. Al final prodigué las inyecciones tónicas-cardíacas, pero nada sirvió, y el pobre enfermo sucumbió rápidamente a consecuencia de su púrpura hemorrágica de forma aguda.

Tendencias actuales en el tratamiento del aborto

POR LOS

DRES. P. CONVERT Y H. VIGNES

Cuando hay *amenaza de aborto* todo lo que podemos hacer en el estado actual de nuestros conocimientos consiste en moderar el número y la intensidad de las contracciones uterinas:

1. Permanencia en el lecho.
2. Inmovilidad.
3. Abstenerse del reconocimiento vaginal, cuyo efecto es aumentar las contracciones (De Lee) (1).
4. No hacer inyecciones calientes, que tienen el mismo inconveniente (Wallich).
5. Vejiga de hielo aplicada al hipogastrio.

(1) *Principis and Practice of Obstetrics.*

6. Opio: unos emplean la morfina, otros prefieren los enemas de láudano (15 gotas en 60 c. c. de agua tibia, cuatro veces por día). Estos productos tienen el inconveniente de producir estreñimiento. De Lee recomienda no purgar a la mujer durante los tres días primeros, y después administrarla aceite de ricino; pero un enema de aceite de oliva tiene la ventaja de evitarla el esfuerzo inicial necesario para expulsar el primer bolo fecal endurecido en el recto.

Hace algunos años se recomendó emplear en vez del opio la tintura de *viburnum prunifolium*, que no estriñe, pero su uso no se ha extendido al parecer mucho.

Cuando a pesar de este tratamiento los dolores frecuentes, regulares e intensos hacen prever un *aborto inevitable*, debe dejarse al útero el cuidado de expulsar el huevo, porque lo expulsa de un modo más completo que todo otro medio terapéutico. Si la evacuación es incompleta, se completa después. Pero al lado de estos casos existen otros en los que es necesario intervenir con rapidez a causa de la hemorragia, y además algunos en los que se interviene por temor a que la lentitud excesiva con que es expulsado el huevo motive su infección.

Brindeau aconseja esperar 12 a 15 horas para vaciar el útero si no se vacía espontáneamente, porque el huevo desprendido se infecta con la mayor facilidad. Los restos ovulares se infectan mucho antes de reaccionar el organismo. Es, por lo tanto, peligroso dejar que el útero se contamine a su contacto. Es preciso, por lo tanto, hacer el cuello bastante permeable para vaciar completamente el útero, y esto sin lesionarle ni infectarle.

Podemos utilizar con este fin el taponamiento, los dilatadores, la cucharilla, el raspado digital, las pinzas de falsos gérmenes y los agentes ocitócicos.

El taponamiento uterovaginal excita las contracciones uterinas y favorece la dilatación y la expulsión. Muchas veces, al extraerse el tapón, sale detrás el huevo. Combate, además, la hemorragia, sobre todo cuando, bien hecho en su tiempo vaginal, comprime la arteria uterina, según han demostrado los tocólogos de la escuela irlandesa. Tiene el inconveniente de ser doloroso y de exponer a la infección si no se adoptan todas las precauciones ordinarias de asepsia.

Los globos (modelo pequeño de Champetier, globo de Boisard) son agentes excitadores de gran utilidad para la dilatación, pero menos eficaces que en el parto de término.

Los dilatadores del cuello (Bossi, Hegar, etc.) son más bien peligrosos, aunque sólo determinan pequeños traumatismos del cuello.

La cucharilla permite intervenir estando el cuello insuficientemente dilatado. Tiene la desventaja de lesionar el tejido uterino y de ser incompleta su acción. Algunos autores emplean la cucharilla cortante (W. S. Gardner) (1).

El raspado digital es el método menos ofensivo para el útero, pero bastante laborioso, sobre todo cuando la dilatación es insuficiente. Exige la anestesia general; se emplea tan poco, que muchos tocólogos desconocen sus resultados.

Las pinzas de gérmenes falsos (pinza de Bonnaire, por ejemplo) son excelentes para extraer los fragmentos de nuevo desprendidos. Empleadas para desprender el huevo, pueden ser peligrosas, si no son manejadas por manos muy hábiles.

Los agentes ocitócicos (quinina, jarabe simple, pituitrina) pueden algunas veces acelerar el trabajo del aborto. La quinina, administrada antes del raspado, es de gran utilidad, porque retrae la cavidad uterina y endurece sus paredes. La pituitrina pasa por producir el mismo efecto. H. Dawson Furniss (2) inyecta debajo de la piel 1 c. c. de pituitrina antes de practicar el raspado después del aborto. De este modo se producen contracciones enérgicas, que favorecen la intervención y la hacen exangüe: la cavidad del útero se hace muy pequeña y las paredes más resistentes a la cucharilla. El tiempo preferible para la inyección es 15 minutos antes del raspado.

Algunos tocólogos han substituído por la inyección postoperatoria de pituitrina el taponamiento que acostumbraban a emplear (Broadhead).

En estos casos de aborto inevitable, la mejor conducta, dice el Dr. De Lee, es la expectativa armada. Pero si la hemorragia es continua, sea abundante o no, debe practicarse el taponamiento cérvico-vaginal, a pesar de las objeciones que se le hacen (peligro de infección, dolor, retención de orina). El taponamiento debe comprimir de preferencia la bóveda de la vagina. Conviene adoptar, al hacerle, todas las precauciones habituales de la asepsia. Es necesario que permanezca colocado de diez y seis a veinticuatro horas, aunque haya hipertermia. No se administrará medicamento alguno para calmar el dolor, ni cornezuelo de centeno, ni pituitrina.

1. Cuando se extrae el tapón, ocurre muchas veces que sale detrás el huevo completo. De Lee cree conveniente completar la evacuación uterina con una cuchilla, roma, sobre todo hacia los cuernos del útero: un útero vacío por completo cura antes y mejor.

(1) *West Virginia Medical Journal*, Julio, 1914.

(2) *Surgery Gynecology and Obstetrics*, Octubre, 1916, pág. 365.

2. Si el cuello continúa cerrado, después de extraerse el tapón es mejor principiar de nuevo que recurrir a la dilatación forzada.

3. Si el cuello es permeable, se anestesia la enferma con éter y se practica el raspado digital. Puede utilizarse una pinza de falsos gérmenes, pero sólo para extraer lo que está desprendido, porque es peligroso emplearla para desprender los fragmentos adheridos. Se termina haciendo con precaución un raspado en las regiones que el dedo señala como sospechosas. Si la gestación está muy avanzada, se coloca un globo, y si la dilatación no es suficiente, se fragmenta el feto antes que extraerle con fuerza.

4. Finalmente, si el cuello es impermeable en absoluto, se practica la colpotomía anterior y una incisión de la pared anterior del útero, como en la cesárea vaginal.

Darnall (1) es también partidario de esta sección uterina en los abortos de más de tres meses.

Sin desconocer las dificultades que presenta de un tiempo a otro la dilatación del cuello, y sobre todo de un cuello escleroso, parece que la histerectomía vaginal sólo debe estar indicada en casos excepcionales.

La conducta que debe seguirse en el *aborto incompleto* puede ser la expectativa, porque aun en este caso conviene que el útero se desprenda espontáneamente de su contenido.

La mayoría de los autores son partidarios de la intervención inmediata, por las razones siguientes:

1. Es necesario, dice Polak (2), considerar como infectado todo aborto incompleto. Esta opinión, a nuestro entender exclusivista en demasía, se funda en que casi todos los abortos criminales son del tipo huevo abierto, y que, al contrario, los de causa hematógena son de huevo muerto, cerrado, completo y exponen poco a la infección.

2. El tejido placentario es un *medio particularmente propicio a la infección* pero, objeto De Lee (3), la experiencia no ha demostrado que el medio placentario sea un medio especialmente adecuado para el estreptococo. Conviene, en cambio, indicar que las porciones importantes de la placenta, privadas de riego sanguíneo, están, como todo tejido muerto, muy expuestas a la infección.

3. El músculo uterino, en este período, se contrae mal y su

(1) *Interstate Medical Journal*.

(2) *Medical Record*, 24 Febrero 1914.

(3) *Chicago Medical Record*, 1916, t. 38, pág. 314.

contenido se desprende, por lo tanto, de una manera insuficiente.

4. Este desprendimiento es más difícil para todo lo que constituye la *caduca*, la que no se separa de la pared del útero, como lo hace siendo de término. En ciertos casos, y particularmente en la endometritis, la masa de *caduca* tiene más importancia y su expulsión espontánea en bloque puede constituir un verdadero tercer tiempo del aborto, como dice Bonnaire. Ahora bien, este tiempo puede ser tardío, en lo que se funda la costumbre que tienen ciertos tocólogos de reconocer el útero en todos los casos de aborto, aunque el huevo esté completo.

Por todas estas razones, por el peligro de hemorragia e infección debidas a dichas causas, la mayoría de los autores son intervencionistas. Añaden, además, que aunque dichas complicaciones no son constantes, no por eso debe dejarse de intervenir siempre, porque la abstención exige la vigilancia continua, difícil de realizar. Este último argumento tiene su valor práctico, pero no debe ser el único que dicte nuestra conducta. Aunque es mejor no intervenir, debemos someter la enferma a la vigilancia constante, sin detenernos ante esta dificultad extra-científica.

En realidad, el útero no infectado tolera muchas veces la placenta durante semanas después de la expulsión del embrión. S. Remy (1) cita ejemplos interesantísimos. Con frecuencia, dice, «después de expulsado el embrión, el útero queda en calma, el cuello se cierra, no hay incidentes ni hemorragia, y los que asisten a la enferma creen que todo ha concluido... La interesada se dedica de nuevo a sus ocupaciones hasta que de repente, y de una manera inesperada, se presenta una hemorragia» y el útero expulsa una placenta fresca, sonrosada e inodora.

Por consiguiente, varios días o semanas después de expulsado el embrión «sobreviene una hemorragia, signo de un desprendimiento placentario por un segundo trabajo retrasado, y esta placenta es expulsada en pocas horas. Es fresca, sonrosada e inodora, prueba de que ha vivido como un parásito injerto en la mucosa materna: además, la hemorragia de que va acompañado su desprendimiento demuestra la persistencia de las conexiones vasculares utero-placentarias... Se comprende fácilmente que la porción materna de la placenta siga nutriéndose. Cuanto a las vellosidades fetales, es preciso admitir que

(1) *Bull. de la Soc. de Méd. de Nancy*, 1 Enero 1918, pág. 38.

viven por una especie de inhibición de jugos maternos. Es, por lo tanto, un verdadero parasitismo».

Moralaja: La placenta es tolerada por el útero si no hay infección concomitante.

¿Quiere esto decir que debe abandonarse a la naturaleza todo aborto? Indudablemente no. La intervención rápida se impone, por las razones siguientes:

1. La hemorragia, aunque no es muy frecuente, al menos en las formas graves. (Frangotte jamás ha visto una hemorragia de aborto que exija la intervención, ni tampoco Hegar, en cuarenta años de práctica obstétrica.)

2. Los casos de placentas múltiples que, según Maygrier y Demelin, (1) exponen con rapidez a accidentes graves a causa del gran volumen de la masa placentaria.

3. Los casos en que es imposible la vigilancia eficaz, los de enfermas que ingresan en el hospital y necesitan ser dadas de alta.

En todos los demás casos conviene ser relativamente abstencionista y, excepto indicación, esperar dos o tres días para intervenir. La intervención (taponamiento, evacuación, quinina-píutrina) será la misma que la indicada anteriormente para el aborto inevitable. Pero conviene entenderse bien sobre esta abstención provisional. Debe ser absoluta, y, aunque según Bumm, los abortos de larga duración tienen una gravedad especial, debe atribuirse a las intervenciones incompletas, a los «cuartós de intervención».

En el *aborto séptico* se ha aconsejado extraer lo antes posible el contenido séptico del útero, y hasta se ha intentado modificar por agentes químicos la infección parietal. Es la conducta adoptada por casi todos los clásicos franceses e ingleses y por muchos autores alemanes (Bumm, Walther) (2) y americanos (Witridge, Williams) (3). El único motivo de abstención es la existencia de la paramiritis. Los medios que se emplean son los que hemos indicado para las otras formas de aborto, y además las inyecciones uterinas antisépticas (acción de anti-sepsia) o las inyecciones no antisépticas (acción de desagü), las mechas yodadas o trementinadas, que hemos visto emplear con éxito a nuestros maestros Bonnaire y Fabre. las mechas de aceite alcanforado al 10 por 100 (Walther). Algunos autores alemanes terminan administrando cornezuelo de centeno con

(1) *Archives de tologie*, Febrero de 1892; pág. 81.
(2) *Beitrag. Zur geburtsn und gynäk*; 1914, núm. 9.
(3) *Obstetris*, edición de 1912.

la idea de bloquear los vasos uterinos y de impedir toda penetración microbiana.

Es interesante indicar las elevaciones térmicas medias, después de estas diversas intervenciones, tal como figuran en la estadística de Ries:

Raspado digital.....	33°
— con la cucharilla.....	38°,1
— digital y tapón.....	38°,2
— con la cucharilla y tapón.....	38°,6
— digital con la cucharilla y tapón....	39°,2

Se han sostenido recientemente discusiones numerosas sobre los méritos relativos del raspado con el dedo y con la cucharilla. Esta lesiona más fácilmente que el dedo, pero es más eficaz en algunos casos y puede introducirse con mayor facilidad. Holmès (1) dice que es imposible raspar completamente un útero con la cucharilla, puesto que ésta «rara vez alcanza más que a la mitad de la superficie», y aunque en la hemorragia permite vaciar la cavidad uterina, de lo que produce la pérdida de sangre, es insuficiente en la sepsia para desprender todo lo que está infectado.

No insistiremos más sobre la tesis intervencionista, tesis clásica y bien conocida, limitándonos a citar como ejemplo la práctica que siguen en la actualidad Vineberg y Wiener (2): evacuación, después segundo raspado con la cucharilla cuando la fiebre persiste más de dos días; si la temperatura vuelve a elevarse después de la difervescencia, es prueba de que hay retención, dilatación y lavado uterino.

La conducta aconsejada por algunos autores desde hace una docena de años, es completamente distinta: según Winter, las intervenciones en un útero infectado favorecen la penetración de los gérmenes en los tejidos y en los vasos, mientras que la evacuación espontánea deja sólo heridillas superficiales en la caduca. Con la abstención ha obtenido resultados favorables en los casos de infección grave, y las complicaciones locales o generales han disminuido, dejando el órgano infectado en reposo, sin perturbar la defensa natural. En las observaciones publicadas por Winter, Walthard y Trangott, la fiebre descendió y los calofríos disminuyeron. En una estadística con la abstención (138 casos) se obtuvo el 94 por 100 de curaciones completas, el 4 por 100 de casos graves y el 2 por 100 de muertes; y con la intervención (99 casos) se obtuvieron, respectivamente, 67 por 100, 14 por 100 y 18 por 100.

(1) Sociedad de Ginecología de Chicago, 1918.
(2) *American Journal of Ob.etrics*, Junio 1917.

Si después de esta defervescencia el útero no se ha vaciado, se espera para intervenir a que el examen bacteriológico no revele la presencia del estereptococo (1), porque así no se provoca ni reacción febril ni calofrío.

Finalmente, por paradójico que parezca, la permanencia en el hospital es menor después de la abstención que después de la intervención.

De Lee no es intervencionista. El traumatismo hecho por el dedo y por la cucharilla puede convertir en profunda una infección que era superficial. La paramitritis es consecutiva más veces a la terapéutica intervencionista que a la abstención. Cuando no hay hemorragia la enferma es colocada en la posición de Fowler, se la purga, se la alimenta, se la airea y se espera. El pulso y la temperatura tardan pocos días en descender. A los diez o quince días de ser normal la temperatura se vacía el útero, si para entonces no se ha vaciado espontáneamente. Si hay hemorragia se extrae con la pinza todo lo que esté desprendido, y después se hace un taponamiento útero-vaginal. A las veinticuatro horas se extrae el tapón, y muchas veces sale a la vez el huevo. En el caso contrario se tapona de nuevo. Si después de esto persiste la hemorragia, se vacía el útero con el dedo, y con la pinza mejor que con la cucharilla. Ha seguido esta práctica desde 1897, porque en aquella época estaba a su cargo una clínica importantísima y le sorprendieron los buenos resultados de su negligencia forzada.

Broadhead y Polak son también abstencionistas, al menos en los casos graves.

Ries (2), en un trabajo interesantísimo, se declara partidario de la abstención. Refiere varias observaciones de aborto con fiebre y calofrío que pueden resumirse así: abstención, expulsión, defervescencia inmediata—curación completa—; en otras observaciones, abstención, defervescencia, intervención después de la defervescencia, consecuencias operatorias perfectas. En algunos casos fué preciso operar aunque la defervescencia no era completa. En una estadística de 156 casos, en las enfermas abandonadas a la naturaleza, la temperatura media fué de 36°,6, y en las operadas, sea cual fuere el procedimiento, excedió por término medio de 38°.

Goldstime (3) insiste sobre la frecuencia de la piemia y de los abscesos pélvicos después de la terapéutica activa. Se declara

(1) Esta evacuación tardía es indispensable para evitar en las retenciones importantes las metrorragias y las recidivas infecciosas, y en las retenciones parciales las hemorragias graves (Polak).

(2) *Surgery Gynecology and Obstetrics*, Abril 1918.

(3) Sociedad de Ginecología de Chicago; 1918.

conservador, y sólo interviene cuando se presenta una hemorragia grave.

Por revolucionario que sea este método abstencionista, la serie de casos en que se fundan merecen llamar nuestra atención. Es indudable, por otra parte, que, desde hace varios años, la terapéutica de algunos de nuestros maestros de París va siendo cada vez menos intervencionista, y quizá los beneficios clínicos de la seroterapia, de los diversos tratamientos generales, del hielo, sean debidos en parte a la moderación consecutiva en las maniobras locales.

Conviene abrir un paréntesis para comparar la terapéutica de la infección abortiva con la de las heridas de guerra. Un golpe de cucharilla que arranca algunos cotiledones equivale a dos o tres tijeretazos que desprenden los tejidos más lesionados de una herida: operaciones incompletas en ambos casos. Las olas de antisépticos no mejoran los resultados. Abriendo extensamente una herida, extirpando *todo* lo que está enfermo, se obtiene un resultado excelente. En la herida uterina no puede hacerse lo mismo porque hay que practicar la histerec-tomía, que es peligrosa y mutiladora.

Entre la tesis abstencionista y la intervencionista debe colocarse la opinión de los autores, para quienes el examen bacteriológico de las secreciones uterinas y el hemocultivo rigen la conducta que deba seguirse: hay microbios que permiten la intervención precoz y otros que exigen la abstención. Los primeros son los microbios que determinan la endometritis bacteriológica, los cuales revelan su existencia por la fiebre saprofitaria, debido a la absorción de las toxinas o a una *bacilemia* sin importancia; los segundos son los agentes de la endometritis séptica y de la *septicemia*.

Se citan entre los primeros: el coli, el tetrageno, los pseudodiftéricos, el estafilococo y la anaerobios, y entre los segundos, los estreptococos y los estafilococos hemolíticos.

Toda una serie de autores niega el valor práctico, útil, de los datos obtenidos por el examen bacteriológico, por las razones siguientes:

1. Un examen negativo de las secreciones no prueba la falta de estreptococos en el útero.
2. Algunos estreptococos producen fiebres muy benignas.
3. El carácter hemolítico no es un carácter de raza, sino adquirido, y que muchas veces se pierde.
4. Los bacilos llamados saprofitos, por ejemplo, el coli, pueden producir una infección mortal (Gurchod) (1).

(1) *Revue Suisse de Méd.*, 28 Septiembre 1915.

Los resultados de la bacteriología no son, hasta ahora, lo suficientemente constantes para fundar en ella el pronóstico y el tratamiento de las infecciones uterinas.

Nos encontramos, en resumen, ante dos tesis: la abstención y la intervención.

1. Aunque en el aborto de marcha normal la abstención es el método preferible, cuando puede ejercerse una vigilancia suficiente, en el aborto complicado no es fácil decir qué método debe seguirse.

2. A la intervención, aceptada antes por todos en las retenciones placentarias con hemorragia o infección, excepto en el caso de paramitritis o de complicaciones viscerales, se la considera como agente de diseminación microbiana, de complicaciones graves y hasta de septicemia. La abstención, por el contrario, permite la resolución espontánea del proceso infeccioso y disminuye el número de las complicaciones.

3. Entre estas dos tesis, demasiado absolutas, parece que hay sitio para una opinión media: la que distingue, en las endometritis abortivas, las infecciones benignas, que curan con rapidez después de evacuado el útero, y, por el contrario, las infecciones primitivamente graves que un nuevo traumatismo, raspado con la cucharilla y hasta con el dedo, convierten, quizá, en septicemia mortal. En estos últimos casos, de los que es responsable casi siempre el estreptococo, el tratamiento menos ofensivo para el útero, es decir, la abstención, es el que da mejores resultados y produce menos accidentes.

(Traducido de *Le Progrès Médical* por F. TOLEDO.)