CSIS DR
06
V11
B.E
01
13177

ERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS

TRATAMIENTO
DEL
ABORTO INCOMPLETO

TESIS

PRESENTADA ANTE LA FACULTAD DE MEDICINA

PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

POR

EDUARDO BELLO

LIMA

IMPRENTA Y LIBRERIA DE SAN PEDRO

Calle de San Pedro N.º 96

1898

Biblioteca
de la
Facultad de Medicina
de la
Universidad Nacional Mayor de S. Marcos

Tesis Doctor 6

Universidad Mayor de San Marcos

TRATAMIENTO

DEL

ABORTO INCOMPLETO

TESIS

PRESENTADA ANTE LA FACULTAD DE MEDICINA

PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

POR

EDUARDO BELLO

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
No. de ingreso.....
No. de la clasificación .....

LIMA
IMPRENTA Y LIBRERIA DE SAN PEDRO
Calle de San Pedro N. 96
1898

BIBLIOTECA
DE LIMA

Señor Decano:

Señores Catedráticos:

El adelanto y la vulgarización de la Ginecología ofrecen, hoy, á buena parte de la humanidad doliente inesperados horizontes de salud: al lado de aquellas grandes intervenciones que alcanzan tumores que se sospechó inaccesibles, que extirpan un órgano sexual porque sus irremediables lesiones caquectizarán todo un organismo, y le salva, que tendiendo á ese fin, realiza lo que sólo cupiese dentro de lo maravilloso é increíble si no se contase ya por millares los éxitos que coronaron su provechoso atrevimiento; al lado de esa gran Cirujía—que ya establecieron definitivamente nuestros maestros—alienta otra que no alardea tan gran atrevimiento operatorio, pero que es, en la pluralidad de los casos, tan salvadora como ella. Las operaciones menores precisan en todo momento, son, ó deben ser, la labor diaria del que practica en los hospitales de mujeres, y no por ser más modestas disputan con energía menor sus derechos á la muerte.

Y tiene esta cirujía sobre la primera prioridad para

un estudio individual obligado porque combate temidos accidentes de los que casi nunca se ve libre la mujer en la época de actividad de sus órganos genitales.

El curetaje es una de las más antiguas, simples y generalizadas entre estas intervenciones, y quizá también más importante. En efecto, de todas las afecciones genitales femeninas es la endometritis crónica post-abortum la que con mayor frecuencia se nos presenta; muy numerosos son los medios tópicos que contra ella se emplean, todos tienen entusiastas defensores, todos han curado muchas enfermas; pero en la práctica todos fallan también muy á menudo, y se comprende: se trata de una infección encerrada en un órgano cavitario, abrigada por una mucosa difícilmente accesible á cáusticos y antisépticos é hipertrofiada por la acción irritante de los agentes morbígenos. Si antes de la extirpación de la mucosa enferma resultan insuficientes los medios terapéuticos locales, tampoco tiene valor la higiene ni la medicación general hasta que se haya llenado este requisito; después que la cureta haya suprimido el foco que envenenaba el organismo todo cambia. Valdrán los antisépticos para impedir que se infecte la mucosa de nueva formación, el régimen tónico y la higiene para favorecer el desarrollo normal del nuevo endometrio.

No es mi intención ocuparme detenidamente, en el presente trabajo, de esta operación ya antigua y de todos conocida; pero, como quiera que al estudiar la mejor manera de tratar el aborto incompleto entra ella como uno de los medios más seguros con que contamos para exonerar el útero de los resíduos del huevo, y su técnica presenta en este caso ciertas particularidades, le dedicaremos algunos acápites en el capítulo reservado al tratamiento.

———

Para poner de manifiesto la importancia y ventajas del método intervencionista, designación dada por los partidarios da la expectación á la manera de proceder de los prácticos que valorizando los peligros del aborto incompleto se empeñan en evacuar el útero lo más pronto posible, método que con algunas restricciones hemos adoptado, comenzaré ocupándome de las generalidades del aborto y de su mecanismo para deducir de allí la frecuencia de las expulsiones incompletas antes de término y las malas condiciones en que se encuentra la matriz para desembarazarse de los resíduos del huevo.

Después pasaré en revista las consecuencias de la retención prolongada.

Discutiré en seguida los diversos tratamientos preconizados contra esta complicación del aborto, señalando las objeciones que se han hecho al método evacuador y exponiendo las razones que á mi juicio invalidan esos argumentos.

Comprobadas las ventajas del método intervencionista, describiré la manera como hemos procedido, en el hospital de Santa Ana, al tratar las enfermas confiadas á nuestros cuidados, asunto que especialmente motiva mi trabajo.

Por último, señalaré los resultados obtenidos comprobándolos con diez historias clínicas escojidas al acaso entre un número cinco veces mayor de enfermas, tratadas y curadas por la evacuación instrumental de la matriz.

ENTRE los accidentes que ocurren durante la preñez, el aborto es, sin disputa, uno de los más graves y frecuentes. Sus peligros no solamente son inmediatos: hemorragias é infección, sino que es el punto de partida de la mayor parte de las afecciones genitales crónicas de la mujer que convierten su vida en un martirio prolongado.

Con el nombre genérico de aborto se comprende "la expulsión del producto de la concepción en la época en que el feto no es viable." Casi todos los autores clásicos aceptan la antigua división del aborto de Guillemot en: *ovular*, que se verifica en los veinte primeros días que siguen á la concepción; *embrionario*, de los veinte á los ochenta días; y *fetal*, que se efectúa entre el cuarto y sexto mes. Tarnier y Budin, y con ellos Ribemot Dessaignes en su novísimo tratado de partos, distinguen hasta cuatro grupos de expulsiones prematuras del feto, fundándose en particularidades de sintomatología y marcha propias de cada grupo.

No me detendré en exponer las múltiples causas del aborto que se hallan señaladas en todos los tratados de partos, y explican la frecuencia de este accidente, estimada de de muy diversa manera según las estadísticas, llegándose á avaluar en algunas en la enorme cifra de

un aborto por cada cinco ó seis partos (1) (Guillemot y Devilliers, citados por Tarnier); Charles estima como media la proporción de un aborto por cada doce ó quince expulsiones á término. (2) No es mi mente y considero inútil para el fin que me he propuesto hacer un estudio completo del aborto; tampoco me ocuparé detalladamente de su sintomatología, tratando sólo la parte que se relaciona con el accidente retención. Expondré el mecanismo de esta, sus causas, su diagnóstico y consecuencias para deducir de allí las ventajas del método evacuador.

Cuando el producto de la concepción se aproxima á su completa madurez, es decir en el último tercio del embarazo, se establece una separación gradual entre las envolturas del huevo y la mucosa uterina, que partiendo de la vecindad del cuello asciende progresivamente hasta alcanzar el contorno de la placenta. En el segundo trimestre, por el contrario, existe una fusión completa entre las dos caducas y firme adherencia de estas membranas á la pared muscular. Durante el primer trimestre las caducas ovular y uterina son completamente distintas y se hallan separadas una de otra, pero la mucosa uterina — caduca uterina—sufre desde el principio del embarazo modificaciones tales que si se interrumpe la preñez debe ser expulsada junto con el huevo.

Ahora bien, considerando la época en que la expulsión del producto de la concepción—óvulo, embrión ó feto—lleva el nombre de aborto, vemos que este accidente se verificará en condiciones anatómicas enteramente distintas segun que se efectúe en el primero ó en el segundo trimestre de la gestación. En el primer trimestre el huevo no tiene grandes adherencias con el órgano en que se desarrolla, y son tanto menores á medi-

(1) Tarnier y Budin. Traite de l'Art des Accouchements. T. II pag. 474.

(2) N. Charles. Cours d'Accouchements Tomo II, pág. 58.

da que mas reciente es el embarazo; en el segundo trimestre las cosas cambian por completo, la unión entre las caducas se convierte en soldadura, la placenta está bien desarrollada y forma cuerpo con la pared uterina; se hace pues muy difícil que el órgano gestador por sus propios esfuerzos se desembaraze enteramente de su contenido, mucho mas si se recuerda que sus fibras musculares constituyentes no han adquirido todavia el desarrollo suficiente, propiedad exclusiva de la preñez á término. Estas solas consideraciones bastan para explicar la frecuencia del aborto incompleto en el segundo trimestre del embarazo.

Durante los tres primeros meses es tambien comun esta complicación del aborto. Por los datos anatómicos referentes á las caducas que llevamos apuntados, parece á primera vista que debería suceder lo contrario; pero fijándonos en el estado de la matriz y de sus relaciones con el huevo en esa época, tenemos: Un útero que no ha sufrido todavía la hipertrófia fisiológica que debe dotarlo de enérgicas fuerzas expultrices, á dificultades menores se opondrán esfuerzos débiles, subsistirá pues en el fondo la misma causa de retención que en segundo trimestre. Por otra parte, si la placenta existe ya—segundo y tercer mes—sus adherencias son relativamente demasiado fuertes para que basten á desprenderla las débiles contracciones del útero en este período; la caduca uterina no se halla bien diferenciada del resto de la mucusa; simplemente engrosada y de consistencia gelatinosa, esta membrana que sin pertenecer todavia al huevo debe sufrir su misma suerte, no podrá seguirlo inmediatamente en su salida, el órgano gestador solo se desembarazará de ella poco á poco, marchita é inútil, sin cohesión, se fragmentará á medida que se desprende y será lentamente arrastrada con el flujo loquial. Sin considerar pues la placenta, el aborto en el segundo trimestre será con frecuencia incompleto por

retención de parte ó de totalidad de la caduca uterina, y esto desde el primer mes.

Hasta aquí hemos señalado solamente las causas fisiológicas, por decirlo así, que determinan en el aborto la retención de los anejos del huevo. Además de ellas existen otras patológicas que nos contentaremos con numerar, porque ello basta para significar su impoatancia, tales son: la endometritis, que determina adherencias anormales entre las caducas; la ruptura del huevo y salida del líquido amniótico, que reduciendo considerablemente su volumen hace ineficaces, por falta de punto de apoyo, las contracciones uterinas expulsadoras; la inserción de la placenta en el segmento inferior, que modificando el mecanismo de desprendimiento del huevo—casi siempre iniciado al nivel de la placenta—y efectuándose en este caso por un proceso análogo al modo de alumbramiento de Duncan: mientras el hnevo en su descenso hacia el cuello desprende la parte inferior de la caduca uterina, arrastra solo la parte superior de esta membrana, la cual sin resistencia suficiente se rompe en el mayor número de casos. Las lesiones sifilíticas del útero y todas las demás alteraciones de estructura que puede sufrir este órgano, son otras tantas causas de adherencias anormales del huevo y por consiguiente capaces de generar la retención. Y debe tenerse presente que el aborto es determinado casi siempre por alguno de estos estados patológicos.

Mecanismo del aborto incompleto.—La prática ha enseñado que el aborto es más frecuente en el tercer mes de la gestación. Tomarémos pues como tipo de este accidente, para describir el mecanismo de la retención, el que se efectua en esta época; de allí con los datos anteriormente expuestos podremos deducir lo que

FACULTAD DE MEDICINA DE L
BIBLIOTECA

pasa en los períodos extremos, es decir en el primero y el segundo mes, y despues del cuarto.

El tercer mes de la gestación, según el doctor Fraisse (1), constituiría una época de transición, poco estable, en la cual el huevo se encuentra muy vulnerable desde el punto de vista de sus conexiones con el órgano gestador: "las vellosidades coriales, lazo de unión primitivo, han sufrido una atrofia casi completa, la placenta recientemente constituída es poco adherente, las caducas uterina y refleja no estan soldadas." Una mujer sifilítica, una alcolística, una anémica, etc. tendrá pues mayores probabilidades de abortar en este mes que en cualquier otro, y mucho mas si á esto se agrega una causa determinante, por decirlo así, un coito que estimula el útero ó lo congestione, una sacudida ó caída que ponga á prueba los delicados y débiles lazos que unen la matriz á su contenido, un purgante drástico, un emenagogo, etc.

Sea bajo la influencia de una hemorragia que lo desprende mecanicamente, ó en virtud de contracciones uterinas que dan el mismo resultado, el huevo libre de sus principales medios de sosten desciende y se aproxima al cuello que, en virtud del mecanismo bien conocido, se abre para dejarlo pasar. Por efecto de las contracciones uterinas, en esta época ya bastante enérgicas, y actuando sobre envolturas muy delicadas, se rompen estas y escapa primero el embrión. Aquí puede detenerse el trabajo y tendremos ya un aborto incompleto por retención de la placenta y la totalidad de las membranas.

En otros casos, ó bien el huevo sale entero, aborto en un solo tiempo, ó la placenta es expulsada después del embrión junto con la caduca ovular por nuevas contracciones acompañadas de prolongada hemorragia. La caduca uterina sigue al huevo desprendida por su descenso, pe-

(1) Doctor G. Fraisse—Essai sur le traitement rationel de la fausse-couche.—Revue Clinique d'andrologie et de gynecologie — Agosto 1898.

ro como es muy friable, como sus adherencias al útero son demasiado fuertes, ordinariamente se rompe y sus restos quedan en la cavidad y hacen incomple o el aborto.

Durante el primero y segundo mes la expulsión se efectúa por lo general en un solo tiempo, el huevo se escapa íntegro de la cavidad uterina; pero no por esto queda vacía la matriz, su mucosa profundamente modificada es ya caduca; y como decíamos antes, aunque no pertenece todavía al huevo debe sufrir su misma suerte: si él es expulsado debe serlo también ella. El aborto solo se hará completo cuando la caduca uterina haya abandonado la cavidad del órgano gestador.

En el cuarto mes, y particularmente en el quinto y sexto, asistimos á un parto en miniatura: será expulsado el feto, lo será también después de más ó menos tiempo la placenta y las caducas ya soldadas; pero debe recordarse que placenta y caducas no han sufrido todavía el trabajo de separación preparatorio del parto, que por consiguiente son muy adherentes y el mecanismo de su retención muy fácil de explicar.

Diagnóstico.—Complejo es el problema que debe resolverse cuando se trata de diagnosticar un aborto incompleto, y sin embargo es tanta su importancia que no podría ni debería darse un paso en el tratamiento sin que antes se haya determinado las condiciones en que el útero se encuentra.

En presencia de una mujer con hemorragias ú otros síntomas de aborto, debe determinarse primero si se halla en cinta; esto se consigue mediante los datos que suministran las investigaciones sobre sus reglas, los fenómenos simpáticos de la preñez, aumento de volumen del vientre y del útero, estado del cuello, etc., que no es del caso discutir aquí.

Comprobada la preñez y seguros de que un aborto ha venido á interrumpirla, llegamos al asunto esencial, el útero ha quedado completamente vacío? Ya sabemos cuantas probabilidades hay de que no lo esté, veamos de que signos debemos aprovecharnos para reconocer su incompleta evacuación.

Examinaremos en primer lugar lo que ha sido expulsado. Desgraciadamente esta investigación es muchas veces imposible, cuando se llega donde la enferma todo ha desaparecido; en el caso contrario podremos encontrar entre cóagulos sanguíneos más ó menos grandes, si el aborto es de pocas semanas, un huevo entero; ó bien, lo que es más frecuente cuando se trata de una preñez adelantada, un embrión, una placenta y caducas más ó menos fragmentadas. Que un huevo de pocas semanas se encuentre intacto—aborto en un solo tiempo—ó separado el embrión de sus envolturas—aborto en dos tiempos—es asunto para nosotros de poca importancia; sabemos por lo ya expuesto, que en estos casos queda como resíduo dentro del útero su propia mucosa, la caduca uterina, susceptible de determinar las consecuencias de la retención. Tiene más importancia como elemento diagnóstico una placenta con sus caducas; se comprende que nos referimos al aborto en periodo avanzado de la preñez, Auvard dice: "Cuando los anejos son expulsados se puede ordinariamente concluir en la vacuidad del útero."

En presencia de un aborto tienen mucho valor para diagnosticar la complicación de que tratamos, en los primeros meses, la prolongación de las pérdidas sanguíneas; en la gestación avanzada, la repetición de contracciones uterinas dolorosas. Lo primero significan que hay un obstáculo para la retracción natural en un útero sano y vacío, medio hemostático fisiológico y el único eficaz en estas condiciones. Lo segundo, revela la presencia de un cuerpo extraño intrauterino.

Cuando han trascurrido varios días de la inicia-

ción del aborto, es signo importante la fetidez de los loquios, y más todavía la presencia en ellos de resíduos en descomposición. Es esto uno de los primeros fenómenos que después del resultado del interrogatorio, encamina á la verdad nuestro examen, en el hospital, donde casi siempre llegan las enfermas cuatro, seis ó más días después de comenzado el aborto, presentando ya fenómenos de infección.

Los datos precedentes se obtienen antes de practicar el exámen de la paciente, veámos que elementos diagnósticos podemos recojer de este exámen.

La exploración bimanual—tacto combinado á la palpación—nos dará enseñanzas positivas respecto al volúmen del útero y su consistencia, estado del cuello, etc. Cuando junto con loquios fétidos y persistencia de la hemorragia ó reaparición de los dolores, se encuentre un útero voluminoso con su cuello abierto y blando, dice Charles, (1) se puede estar casi seguro que el útero no está vacío. Estos síntomas podrían ser originados por una endometritis anterior ó consecutiva al aborto, error sin importancia porque el mismo tratamiento les es aplicable.

Consecuencias del aborto incompleto.—Todos los autores clásicos señalan como complicaciones graves y vulgares del aborto las hemorragias y la septicemia; pero á decir verdad, la expulsión prematura del producto de la concepción, por si sola, raras veces da lugar á copiosas hemorragias si es completa y se realiza de una manera rápida. Tampoco es frecuente que el útero se infecte cuando queda vacío, está enérgicamente contraído, tiene su cuello cerrado, y el poco líquido que de él se escapa arrastra hacia el exterior los gérmenes vagina-

(1) Loc cit.

les lejos de llevarlos á la cavidad del endometrio. Por el contrario, si restos placentarios ú otros permanecen en la cavidad de la matriz se tendrá todas las condiciones propicias para que continue escapándose la sangre, para el desarrollo de una septicemia.

Una placenta retenida puede hallarse parcialmente separada de su inserción ó desprendida del todo. En el primer caso, esa separación lenta por los vasos que sucesivamente va dejando abiertos es una fuente prolongada de hemorragias; en el segundo su presencia impide la contracción hemostática, por decirlo así, del cuerpo uterino. Esta última consideración es enteramente aplicable á las membranas.

Por lo que respecta á la infección, todos sabemos que si el cuerpo uterino no se retrae regularmente cuando está ocupada la cavidad del órgano, el cuello queda también por lo regular abierto, resultando de ello muy facil la penetración de los gérmenes morbosos al endometrio. Bastará pues, la menor falta de asepsia para que se desarrolle una infección, y es bien conocida la gravedad que puede adquirir y de cuantas complicaciones es suceptible. Los restos del huevo si están libres constituyen otra amenaza, son cuerpos organizados muertos y por consiguiente entran pronto en descomposición dando origen á productos tóxicos, que absorvidos por la superficie cruenta del órgano gestador explican los numerosos signos de intoxicación que presentan las enfermas en estas condiciones.

Pero no son estos los únicos peligros de la retención. Supongamos que afortunadamente la hemorragia no sea bastante para amenazar la vida; que la infección quede leve, sea temporalmente vencida por la antisepsia ó no se presente; permanecerá siempre en la cavidad uterina un cuerpo extraño cuya suerte es variable, y que puede hacerse el punto de partida de muchas afecciones genitales. Entre ellas tenemos:

La subinvolución ó sea el retardo de la involución

regresiva del útero después de la gestación, ocasionada muchas veces por la retención parcial de los anejos del huevo que constituyen nn obstáculo material para la retracción fisiológica de la matriz, su tonicidad muscular no se despierta oportunamente y quedan los órganos genitales en un estado de flacidez, "que aumenta su receptividad mórbida y puede hacerse el punto de partida de modificaciones profundas en la estática pelviana" (1).

Estas condiciones de los órganos genitales internos son muy favorables para el desarrollo de una infección tardía del endometrio, la endometritis crónica post-abortiva de Schröder, la afección ginecológica que con mayor frecuencia encontramos en nuestra práctica hospitalaria; esta endometritis es muy hemorrágica, caracter que se explica por la influencia irritativa de los fragmentos deciduales adherentes, que determinan formaciones hiperplásicas muy vasculares.

Por la misma flacidez del útero y de sus ligamentos combinada al estado inflamatorio, por la subinvolución, se generan las flexiones, según mecanismo bastante conocido.

Se ha dicho que el aborto predispone al aborto, y esto se debe á las endometritis que tienen en él su punto de partida. La inferioridad funcional de la matriz será más manifiesta si su mucosa se encuentra cargada de restos adventicios persistentes del embarazo, y peores sus condiciones para regenerarse y sufrir la evolución de una preñez ulterior.

Por último, si los resíduos del huevo quedan adherentes y vivos, como otros tantos parásitos pueden dar lugar á múltiples trastornos que variarán según la naturaleza del órgano retenido; así, los fragmentos de caduca con vellosidades coriales inclusas en su tejido pueden continuar vejetando y determinar verdaderos pólipos,

(1) G. Fraisse loe. cit.

la endometritis poliposa con todo su cortejo sintomático. Si son cotiledones placentarios, por su desarrollo darán ya la mola carnosa, ya los deciduomas malignos de pronóstico tan grave y evolución más rápida que el cáncer; ya en fin, si no se acrecientan, constituirán una espina permanente y una fuente de hemorragias inextinguible.

Tales son descritas muy sumariamente las consecuencias del aborto incompleto. Sabemos la frecuencia con que se presenta este accidente, así no es raro que llene con sus víctimas las salas de ginecología. En "Santa Ana", en el servicio del Dr. Néstor Corpancho, bajo cuya acertada dirección sigo hace dos años mi práctica de esta especialidad, ingresan casi todos los dias mujeres anemizadas por metrorragias tenaces, enfermas atacadas de violenta y muchas veces ya incurable infección, metríticas crónicas, sufrimientos cuya causa principal es, además de faltas contra la asepsia, el abandono punible después del aborto ó del parto de grandes trozos de caduca, cotiledones placentarios y hasta placentas completas en la cavidad del órgano gestador. Es pues evidente que la idea de pronta evacuación del útero después de un aborto ó de un parto que no se termine por los solos esfuerzos de la naturaleza, la de asepsia en obstetricia no están bien arraigadas en muchos de los que en Lima se dedican á la práctica de esta importantísima rama de la cirujía. Felices somos de poseer verdaderos maestros del arte obstétrico que con sus enseñanzas y su ejemplo nos señalan el camino que debemos seguir para volver la salud á nuestras enfermas, ó mejor dicho impedir que se altere; nuestras clínicas de partos y de ginecología son inagotables fuentes de ciencia y de verdad; pero en el terreno de la práctica urbana muchos olvidan tan saludables lecciones, la inexperiencia ó el temor detienen su brazo, é infecciones ú otros accidentes que se evitarían ó vencerían con una intervención sencilla pero inmedia-

ta, anonadan existencia útiles á la sociedad y á la patria. Otro factor de estos desastres, y ciertamente el de mayor influencia, es la costumbre que tiene la gente del bajo pueblo de hacerse asistir en sus partos por las que llaman *aficionadas*, mujeres por lo general tan sin instrucción como sus clientes, que no entienden de asepsia ni siquiera de aseo, siendo por eso y por su falta de conocimientos en el arte á que tan atrevidamente se dedican una verdadera plaga social.

Si en todo país, en todo lugar es deber del médico salvar el mayor número de existencias que le sea posible, en el Perú cuya población es tan poco densa é insuficiente cada individuo salvado significa una esperanza, cada mujer libertada de la muerte por septicemia ó hemorragia un triunfo para el ginecólogo-partero y quizá una familia más para la labor del porvenir. Si pues, el aborto es tan frecuente, más frecuente talvez entre nosotros que lo que indican las estadísticas francesas, y la retensión de parte del huevo su complicación ordinaria y causa principal de sus peligros, un tratamiento que asegure la marcha regular del aborto y prevenga sus consecuencias inmediatas y futuras merece ser estudiado detenidamente. Esta es la razón que me ha decidido á someter á vuestro elevado criterio los resultados que hemos obtenido en el hospital de "Santa Ana" siguiendo el sistema intervencionista que, en la actualidad, cuenta con mayor número de partidarios; pero antes de exponerlos y describir el método adoptado, voy á resumir el estado de la cuestión en los grandes centros científicos europeos, tal como se deduce de las últimas publicaciones pertinentes; así, con argumentos y pruebas, no mías pues mi escasa experiencia les daría poco valor, sino de los grandes maestros enemigos de la expectación, apoyado en sus brillantes éxitos y en mis propios resultados, trataré de evidenciar las ventajas que obtienen las enfermas con el empleo esclusivo del sistema evacuador.

Como debe tratarse el aborto incompleto.—Existen hasta ahora en los países que gobiernan los adelantos científicos, dos escuelas que se llaman expectante é intervencionista.

La escuela expectante francesa se apoya en la gran autoridad del profesor Tarnier y está formada por sus discípulos. Temeroso de los accidentes á que puede dar lugar el raspado del útero, teniendo en consideración las dificultades de la extracción completa de los resíduos por medio de la cureta, dando poco valor á la influencia de estos en las complicaciones del post-abortum, y por último, fundándose en sus estadísticas, concluye el citado profesor "que la expectación y la asepsia rigurosamente hecha bastan para salvar la vida de las enfermas." (1) Sin proscribir de una manera absoluta la evacuación del útero con la cucharilla, que reserva para los casos graves, preconiza las irrigaciones uterinas en la infección y el taponamiento contra las hemorragias. Para comprobar la ineficacia del curetaje como medio evacuador, cita el profesor Tarnier casos en que después de practicada esta operación fueron expontáneamente eliminados trozos de placenta, embriones mutilados, etc.

Tal es también en síntesis la opinión de M. Budin, discípulo y coloborador del ilustre tocólogo, si bien modificada en el sentido de emplear la extracción digital de los restos placentarios y la limpieza del útero con el escobillón de Doleris. (2).

Esta práctica se acerca á la de M. Pinard, inventor del *curage digital* ó sea la evacuación sistemática de la matriz por medio del dedo, de cuyo detalles no hablaré por no hacer demasiado extenso este trabajo.

De entre los más modernos ginecologistas franceses figura en este grupo Lavadie-Lagrave que, confesando

(1) Tarnier-Traiéd te l' Art des accouchements. T. II pag. 507.

(2) Sesión del 10 de Dic. de 1896 de la Sociedad Obstétrica y Ginecológica de París—"La Semaine Ginecologique". N.º 46.

los brillantes éxitos que da el curetaje, exagera sus peligros y atribuye gran importancia á la irrigación continua de Schücking. (1)

En Belgica, Charles (2) sin declararse en contra de la intervención instrumental, que reserva á determinados casos, prefiere la *abstención* en el aborto embrionario, el *curage digital* en la retención de placenta. Puede pues llamársele ecléctico.

Este modo de tratamiento cuenta también con adherentes en otros paises europeos, entre los cuales podemos citar á Müller (3) de Berna y Abel (4) en Alemania.

La segunda escuela ha sido fundada en Francia por el profesor Doleris, que desde 1885 preconizó el curetaje contra los accidentes post-abortívos, y el cual hasta ahora defiende con entusiasmo la evacuación instrumental del útero en los casos de retención de placenta ó membranas después del aborto.

Son intervencionistas la mayor parte de los ginecólogos y muchos parteros franceses, que ven en los resíduos del embarazo una fuente de peligros para la mujer que los lleva, evitables por una intervención sencilla y segura; así el eminente Pozzi, uno de los vulgarizadores del método, en su lección clínica de 11 de Febrero del presente año, publicada en La Semaine Gynecológique (5) se expresa de la manera siguiente: "Después del aborto ó el parto á término cuando existe una elevación de la temperatura, cuando se haga diagnóstico de infección uterina, debe procederse sin demora á limpiar cuidadosamente esta cavidad." Considera la inyección intra-uterina como medio insuficiente para detener la infección.

(1) Lavadie-Lagrave et Leguen-Traité Medico.--Chirurgical de Gynecologie.

(2) N. Charles---Cours d'Acouchements 1892. T. II.

(3) La Presse Medical oct. 10 de 1896,

(4) Discusión de la "Sociedad de Medicina de Berlin", "La Crónica Médica", mayo 31 de 1897.

(5) La Semaine Gynecologique Febrero 22 de 1898.

Y más adelante agrega: "Es al curetaje que debe recurrirse. Puede ser explorador ó curativo. Podrá ser inútil en algunos casos, pero nunca peligroso; y basta que sane una mujer entre ciento para que estemos autorizados á practicar sistemáticamente esta pequeña operación."

Pozzi emplea al efecto la cureta obtusa, recomendando que la operación se haga rápidamente y con suavidad, y terminándola por una irrigación caliente y el taponamiento con la gasa iodoformada.

Se muestra todavía mas afirmativo y convencido al tratar del asunto en la última edición de su obra de enfermedades de señoras, así en la página 217 puede leerse lo que sigue: "Por poco que haya lugar para creer en la existencia de un resíduo fetal en la cavidad uterina es preciso apresurarse á explorarla, limpiarla y desinfectarla, sin esperar á verse obligado á hacerlo por la aparición de hemorragias, cuando estas se producen la mucosa está ya infectada. La cureta obtusa de Rècamier y las inyecciones débiles de sublimado son los mejores medios." (1) La práctica de este ginecólogo es muy extensa, ha tratado millares de enfermas, así tienen gran valor sus argumentos.

Charpentier y Pichevin en la última discusión sobre esta materia de la "Sociedad Obstétrica y Ginecológica de París", que tuvo lugar en Diciembre del año 1896,(2) juzgan también el raspado como la mejor manera de intervenir después de un parto ó aborto contra las hemorragias ó los accidentes infecciosos; asegurando que de otra manera no se pueden extraer completamente los resíduos de la gestación que se encuentran en el útero é infectan á la paciente. Difieren unicamente en el instrumento empleado y algunos detalles de técnica; así mientras Charpentier se sirve de curetas cortantes y no suspende la intervención hasta sentir la capa

(1) S. Pozzi. Traité de Gynecologie.
(2) Loc. cit.

muscular, Pichevin teniendo en cuenta la friabilidad y adelgazamiento de las paredes de la matriz en el puerperio, se contenta con la gran cureta de bordes obtusos, guardándose de provocar el famoso grito uterino.

La opinión del profesor Bonnet, expresada en la misma sesión, es también favorable á la evacuación instrumental en los casos de hemorragia ó accidentes sépticos, y su técnica se semeja mucho á la de Pichevin.

Auvard (1) se manifiesta intervencionista cuando se trata de placenta retenida; pero si el aborto es de poco tiempo y son las membranas las que han quedado dentro del útero, espera la aparición de los primeros accidentes y entonces aconseja la intervención rápida. En otro lugar declara que el método evacuador da mas seguridad de curación que todo el bagaje de los antievacuadores, y que practicada la operación [curetaje] con todas las precauciones necesarias carece casi completamente de peligros.

M. Ribemot Dessaines recomienda también el curetaje contra la infección incipiente, ocasionada ó no por la descomposición intrauterina de resíduos del embarazo, prefiriéndolo al llamado *curaje digital* de Pinard. Dice así: "cada vez que después de un aborto, el alumbramiento no sea completo y la temperatura alcance 38° ó pase de allí, es necesario intervenir, sin esperar á que los loquios se hagan fétidos ó que se produzca un escalofrío."

La práctica del profesor Maygier lo coloca también al lado de los intervencionistas moderados. Está resumida en la tésis de su alumno el doctor Lucas. [2] El notable tocólogo considera la evacuación del útero

(1) A. Auvard. Traité Pratique d'Accouchements. P. 580 y 581.

(2) Ch. Lucas.---Etude sur le traitement de la delivrance dans l'avortement incomplet---Tesis de Paris 1896---La Presse Medical---oct. 1896.

como el medio mas seguro de prevenir la hemorragia post-abortum ó detenerla; se vale de ella en los casos metrorrágias de prolongadas por mas de tres días y cuando se inicia una infección, sirviéndose al efecto del dedo, ó de la cureta vigilada y ayudada por ese órgano [Bonnaire]. Cuando se trata de infección se vale de la dilatación rápida ó lenta según la urgencia de las indicaciones.

Hasta aquí, con excepción de M. Doleris y de Pozzi, á todos podemos considerarlos como intervencionistas moderados; esperan para vaciar el útero á que se haga oir el primer grito de alarma, que los peligros de la retensión post-abortum se trasformen en daños positivos, aguardan que la pérdida sanguínea sea considerable y de larga duración ó que la infección estalle.

Hay otro grupo de prácticos para los cuales la intervención evacuadora se impone desde el momento en que queda hecho el diagnóstico de aborto incompleto. "Basta que se trate de un *cuerpo caduco* para que deba ser tratado como tal y extraído por los medios apropiados."

Entre ellos tenemos en primera línea al mismo Doleris, inventor del escobillón uterino que lleva su nombre, ardiente partidario de la evacuación instrumental. [1].

Abunda en las mismas ideas la monografía de Chaleix, Vivie y Audebert (2) citada por Ribemot Dessaignes. "Fuera de todo accidente, dicen, la expectación simple es para nosotros imprudencia, es mantener á la enferma en inminencia de hemorragia y de infección." Entre los medios evacuadores dan la preferencia al curetaje.

Opina de la misma manera M. Jacobs, notable ginecólogo belga, un un estudio sobre esa materia que re-

(1) La Semaine Gynecologique---Mayo 1897.

(2) Chaleix, Vivie et Audebert.---Traitement de l'avortement incomplet. París 1896.

sume "La Presse Medical"—"Rechazemos, dice, abandonemos definitivamente esas extracciones manuales tan calurosamente defendidas antes de ahora. Abandonemos también esos preceptos de expectación sin límites, y salvemos á las mujeres, conservemos á las madres de familia por el empleo metódico y regular de la cureta." (1)

El doctor Faisse (2) en un artículo aparecido este año y que titula." Doigt ou Curette" se manifiesta también ardiente defensor del método de evacuación inmediata cualquiera que sea la época de la gestación en que el aborto se presente, considerando toda discusión al respecto ociosa é inutil.

Esto por lo que respecta á Francia.

En Alemania é Italia, salvo uno que otro disidente, la cuestión parece definitivamente juzgada en favor de la intervención precoz. El Dr. C. Carvallo, digno profesor de ginecología de nuestra escuela, me ha referido que el curetaje post-abortum es labor diaria en la clínica de M. Martin, trabajo que confía siempre á sus ayudantes. Conducta semejante siguen Olshaussen, Durhssen y otras eminencias de la escuela quirúrgica alemana.

Nuestros datos son poco numerosos relativamente á Inglaterra y los Estados Unidos, pero á juzgar por los escritos de Terrell, de Texas, (3) Wiener, de New York, (4) etc. podemos inferir que también en estas grandes naciones predomina entre los tocólogos el elemento intervencionista.

Nos hallamos pues en presencia de opiniones contradictorias. Los partidarios de la abstención exageran los peligros de toda tentativa de evacuar el útero y su insuficiencia, asegurando que puede curarse el mayor

(1) La Presse Medical. Oct. 1896.

(2) G. Faisse. Doigt ou Curette. Essai sur le traitement rationel de la fausse-couche-Revue Clinique d'Andrologie et de Gynecologie. Julio 1898 y siguientes.

(3) The Medical Age. Set. 1898.

(4) New York Medical Journal. Julio 1897.

número de las enfermas con solo la expectación ayudada de la antisepsia; se apoyan en estadísticas. Los intervencionistas por el contrario, también con estadísticas, prueban la ineficacia del método anterior, señalan las complicaciones inmediatas y consecuencias tardías que resultan para la mujer del abandono de los resíduos en la cavidad uterina, consideran nulos los peligros de la evacuación manual ó instrumental, y concluyen que debe siempre emplearse el tratamiento evacuador, que mejora el presente y garantiza el porvenir. (Fraisse.) (1)

Todo depende en resumen de la educación médica de cada uno, pero en el fondo existe acuerdo para admitir que hay circunstancias en las cuales la evacuación del útero se impone por ineficacia del sistema expectador. La división subsiste, pero predomina la idea de la intervención. Nuestra práctica nos inclina decididamente en este último sentido.

Ya nos hemos ocupado de las consecuencias del aborto incompleto, la clínica nos ha enseñado que sus peligros son efectivos y las historias que terminan este trabajo son de ello la mejor prueba. Se ve allí casos de hemorragias post-abortum prolongadas semanas enteras, otras, abundantísimas y cuya repetición habría determinado la muerte de las enfermas; infecciones lentas pero rebeldes á la antisepsia sola, otras violentas, casos de subinvolución, de metritis hemorrágicas; afecciones y síntomas cuya causa mecánica ó favorecedora han sido resíduos de la gestación abandonados en la cavidad uterina. En todas estas enfermas hemos empleado la evacuación instrumental, y han curado casi sin excepción, y completamente. Estos éxitos serían suficientes para formar nuestro criterio, pero existen además otras razones.

En primer lugar, cuando después de un aborto la placenta ó parte de las membranas quedan en la ma-

(1) Loc. cit.

triz suelen permanecer en ella semanas y aun meses antes de ser expulsadas, semanas y meses durante los cuales, con el método expectante, debe permanecer la paciente en el lecho y sometida á rigurosa antisepsia. Ahora bien, si en las personas de la clase elevada sería quizá posible conseguir esto, en las desvalidas y de obtusa inteligencia que forman la población del hospital resulta impracticable: no sintiendo nada que las mortifique, se creen curadas y exigen su alta, regresando á los pocos días en un estado deplorable que requiere la intervención inmediata; y entonces los resultados no serán tan completos como si se hubiese practicado antes, cuando la infección no existía y la perdida sanguínea era todavía de escasa importancia; la operación será más peligrosa por el reblandecimiento de la matriz.

Se sabe además, que mientras el órgano gestador contiene algo no se retrae y es inminente el peligro de hemorragia é infección; ¿por qué pues ha de prolongarse la expectación si la *vis medicatriz* tiene poca influencia en estos casos por las condiciones particulares, ya estudiadas, del útero al principio ó al medio de la evolución gravídica? si los lazos que lo unen á su contenido no ha sufrido todavía las modificaciones que deben darles la fragilidad necesaria para que basten á romperlos los solos esfuerzos de la naturaleza? ¿Y qué se obtiene con la expectación en estas circunstancias, aún en los casos más felices? La falta de involución oportuna, la subinvolución con sus consecuencias, flexiones, etc.; la hipertrofia, ó por lo menos hinchazón de la mucosa para llenar el vacío resultante de las porciones ya expulsadas, un terreno eminentemente favorable para el desarrollo de la infección, la endometritis hiperplásica al menor descuido.

Nada mas diré de las hemorragias, su frecuencia en estas condiciones es bien conocida, y he hecho ya bastante hincapié sobre la importancia de evitarlas; no repetiré tampoco lo que he expuesto sobre las otras complicaciones de la retención, que aunque menos co-

munes merecen tenerlas presentes, y son otras tantas consideraciones que deben influir en el tocólogo al elegir la manera de tratar un caso de este género.

Si todos esos peligros son positivos, si la práctica enseña que la expectación ayudada de la antisepsia no produce por lo general sino una *mejoría insignificante ó por lo menos pasajera*—lo dice el mismo Tarnier (1)—y tenemos en la evacuación uterina un medio seguro y sencillo de evitar los accidentes, á ella debemos recurrir Y refiriéndonos solo á las dos complicaciones mas comunes del aborto incompleto, ya tantas veces citadas, hemorragia é infección; sabemos la dificultad con que se reparan las pérdidas sanguíneas, conocemos la debilidad de nuestras razas, su propensión á la tuberculosis que hace fácil presa de esos organismos exangües; seamos pues avaros de su sangre, libertemos á las mujeres lo mas pronto posible del medio nosocomial.

¿Qué diremos de la septicemia? Si se presenta no sabemos como evolucionará, ni si podremos dominarla aun cuando pongamos en obra el método evacuador y el suero de Marmorek, preparado que según los tratados mas modernos (2) y el último Congreso (3) tiene valor dudoso; atenuada ó vencida rápidamente no deja de ser nociva para el organismo, pues Pelliet y Widal (4) han probado que esta infección por benigna que sea deja esteatosis degenerativas en la glándula hepática, secuelas que comprometen el porvenir.

No esperemos pues á que una complicación nos obligue á proceder, no comprometamos el éxito de nuestra intervención por lo tardío de su empleo; hecho el diagnóstico de aborto incompleto, comprobada la impoten-

(1) S. Tarnier. Traité de l'Antisepsie et de l'Asepsie en Obstetrique. 1894. Pag. 503.

(2) Lavadie. Lagrave et Legueu; Traite Médico-Chirurgical de Gynecologie P. 575.

(3) Congrés Periodique de Gynecologie d'Obstetrique et de Pediatrie (II sesión). La Prese Medical. Oct. 15. 1898.

(4) La Presse Med. Oct. 1.° 1898.—Pag. 197.

cia de la matriz para desembarazarse por sus propias contracciones de los resíduos adherentes, debemos proceder sin tardanza á ayudarla en su tarea, la evacuación artificial se impone.

Dos medios tenemos para realizarla: el *curage digital* de Pinard y la cureta, ¿á cuál debemos dar la preferencia?

En los casos de parto prematuro seguido de retención todos los prácticos aconsejan la extracción manual para desocupar artificialmente el útero; aquí como en el parto á término este órgano se halla suficientemente desarrollado para que pueda introducirse en su cavidad varios dedos y aún la mano entera, su cuello abierto ó fácilmente dilatable, la placenta es voluminosa y se deja desprender, las adherencias de las membranas son débiles, todo se presenta favorable para la maniobra. Pero en los casos de aborto, y particularmente si este es consecutivo á una gestación poco avanzada, las cosas cambian completamente: el útero es demasiado pequeño para que la mano pueda evolucionar en su interior; su cuello en los días de espera que aconseja la prudencia vuelve á cerrarse y aún se restablece muchas veces el conducto cervical; las adherencias de los resíduos y su poco volumen hacen la operación insegura no obstante la inteligencia que le atribuyen al *dedo instrumento*.

Debo confesar aquí que no tengo ninguna experiencia de este método operatorio; pero por la gran dilatación del cuello uterino que exige, el *curage* debe ser muy doloroso y necesaria la anestesia general para practicarlo.

La evacuación instrumental del útero es, por el contrario, aplicable y sin dificultades en todos los casos de aborto incompleto cualquiera que sea el período de la gestación en que se verifique la expulsión prematura. El curetaje practicado oportunamente, con prudencia y asepsia, es un medio curativo seguro que favorece poderosamente la involución del útero y le vuelve su tonicidad; seguido de antisepsia y drenado de la cavidad

uterina da éxitos completos aún cuando exista ya la infección. A él hemos recurrido en todas nuestras enfermas sin tener que lamentar hasta ahora, en más de cincuenta casos así tratados, ninguno de los accidentes que se le atribuyen.

Pero antes de describir la manera como hemos tratado el aborto incompleto, y puesto que el curetaje ha sido nuestro principal recurso, debemos pasar en revista y analizar los peligros é inconvenientes que sirven de base á los antievacuadores para rechazarlo.

Se dice que puede ser el origen de infecciones más ó menos graves y generalizadas que sin la acción contusiva de la cureta habían quedado limitadas al endometrio. Indudablemente, si no se ejecuta con todas las precauciones que exige la asepsia esta operación como cualquiera otra puede ser seguida de infección; pero con ellas la objeción queda desvanecida. Si el endometrio está infectado su extirpación se impone como la única manera de suprimir la infección, lo que escape á la cureta fácilmente será anonadado por los antisépticos ó por las células defensoras del organismo. Y la experiencia demuestra que en los casos menos felices todo se reduce á un lijero movimiento febril de corta duración.

Se asegura que el curetaje es insuficiente, que es una intervención ciega, y que nunca puede tenerse la seguridad de haber evacuado completamente el útero. Debemos responder que no hay tratamiento bueno ni seguro sin un diagnóstico bien hecho, y este se alcanza mediante un examen detenido y metódico. Raspar un útero grávido sin haberse dado cuenta antes de su volumen y condiciones, sin dilatar suficientemente su cuello, sin conocer su topografía interior, sería exponerse á practicar una operación incompleta y sin eficacia; pero sabidas con la mayor aproximación posible la dirección, dimensiones y estado de la matriz y de su contenido, y paseando metódicamente la cureta en toda la superficie interna del órgano se puede tener confianza de que la operación llenará su objeto.

Si el estado de reblandecimiento del útero y la gran extensión de su superficie interna hiciesen peligroso insistir mucho en el raspado, y esto diera lugar á que algunos resíduos escapasen á la cureta, ello no significaría en manera alguna insuficiencia del procedimiento. De todos modos el órgano gestador estimulado por la operación tiende á recuperar rápidamente su tonicidad normal, y el drenado de la cavidad uterina, en estos casos de rigor, permite la eliminación fácil de lo que ha escapado al cirujano. Como último recurso, si nuevos trastornos lo exigiesen, puede repetirse el raspado, pero esto será muy raras veces necesario.

Se teme las hemorragias provocadas por la operaración, pero no se tiene en cuenta la sangre que perdería la paciente si esperáramos á que el útero por sus propias contracciones, después de semanas y aún de meses, llegue á expulsar los resíduos que lo obstruyen. La pérdida sanguínea que acompaña la operación es por lo general insignificante y una inyección caliente la detiene en el acto, tanto que en la mayor parte de los casos el tapón, como hemostático, representa un exceso de precaución.

Se ha presentado casos de perforación del útero con el empleo de la cureta, y este es otro reproche que se hace al curetaje post-abortum. Es evidente que la matriz está algunas veces muy friable y presenta puntos débiles; fenómeno que se observa ó bien en los primeros días que siguen al aborto ó parto, época en que no se debe emplear el curetaje; ó bien en úteros muy dilatados, muy infectados, en subinvolución, circunstancias que reconocidas de antemano por la exploración regirán la conducta del operador, permiténdole evitar el accidente. Debe recordarse también que el curetaje evacuador post-abortum difiere del que se aplica contra las metritis crónicas; para raspar un órgano reblandecido bastan instrumentos obtusos y maniobras suaves con las cuales puede decirse que no se hace traumatismo.

En resumen, los peligros de la cureta son, sino ilusorios, evitables por una buena técnica y con un poco de experiencia; en cambio, repetimos, las ventajas del curetaje como medio curativo rápido, como sencillo y seguro procedimiento de exoneración uterina son irrefutables.

Nuestro método — Técnica operatoria — Tratamiento consecutivo. — El mayor número de las enfermas que llegan al servicio del doctor Nestor Corpancho por aborto incompleto están sufriendo ya, á su entrada, alguno de los accidentes que origina la retención; de manera que hecho el diagnóstico, procedemos inmediatamente á evacuar el útero. El tratamiento consecutivo de que luego hablaremos asegura los resultados de la operación, y se prolonga mas ó menos según el estado del endometrio.

Cuando se presenta en las salas una mujer que acaba de abortar, ó por emergencia sobreviene en ellas el accidente, (1) y la expulsión resulta incompleta, nos mantenemos en la expectación durante tres días, sometiendo á la paciente á los cuidados antisépticos más rigurosos y vigilándola atentamente para evitar una complicación súbita. Si trascurrido este período de tiempo la retención de placenta ó membranas continúa, previa evacuación del intestino y prolija desinfección de la vagina y de los órganos genitales externos, procedemos al curetaje.

Seré muy breve en la descripción de esta operación limitándome á lo mas importante. Usamos las valvas de Fritsch, la superior irrigadora. Precedemos el cu-

(1) El servicio del doctor N. Corpancho no solo es de Ginecología, sino también de cirujía general.

retaje de un examen atento por exploración bimanual, á fin de darnos cuenta exacta del volumen y condiciones en que se encuentra la matriz.

Colocadas las valvas y fijo el cuello con una pinza *tira-balas*, hacemos el cateterismo de la cavidad, tomando nota de los detalles de su topografía interna que nos suministra el histerómetro.

El cuello se presenta en general suficientemente dilatado para dar paso á la cureta, ó por lo menos muy fácilmente dilatable con las bugías de Hegar. Este tiempo de la operación, el mas doloroso en los curetapor endometritis crónica, falta ó es de muy sencilla y rápida ejecución, circunstancia que permite casi siempre realizar esta sin necesidad de cloroformizar á la enferma. Queda pues descartado uno de los riesgos de toda intervención quirúrgica de importancia, y disminuído el número de ayudantes lo cual es siempre una ventaja. Esta conducta sigue el profesor Pinard, y la aconseja Ribemot Dessaignes.

Si la sonda uterina ha señalado la situación del fragmento residual se atacará este en primer lugar con la cureta, raspando en seguida metódicamente y con suavidad toda la superficie interna de ambas caras uterinas, y en último lugar los bordes del órgano y sus astas. Procediendo con orden se tendrá la casi seguridad de haber extirpado todo el endometrio junto con los restos de la gestación que han quedado adheridos á él. Nos servimos siempre de cureta obtusa, y siguiendo los consejos del profesor Pichevin no esperamos para estar satisfechos que se haga oír el grito uterino, algo mas, cuando hay infección nos guardamos mucho de procurarlo.

Terminado el curetaje, y con la sonda de Bozeman—Fritsch, hacemos una inyección intrauterina muy caliente de sublimado al 1/4000. Esta irrigación, de dos litros por lo menos, la practicamos sin abrir completamente la llave del irrigador, de manera que el líquido se escape lentamente. El lavado arrastra

los restos desprendidos por la cureta y detiene por completo la hemorragia, que por lo demás es siempre insignificante.

Colocamos en seguida dentro de la cavidad uterina una gruesa mecha de gasa yodoformada, cuyo extremo sobresale en la abertura del hocico de tenca y un tapón de la misma gasa llenando el conducto vaginal, sostenido por un vendaje en T.

La enferma guarda dieta el día de la operación y se le administra pequeñas dosis de opio para evitar las contracciones exageradas de la matriz, que pudiera provocar el cuerpo extraño representado por la mecha introducida en su cavidad, y mantener el vientre cerrado.

Ordinariamente se acostumbra rellenar la cavidad uterina con gasa aséptica ó ligeramente iodoformada; pero la experiencia ha enseñado al Dr. Corpancho que el temor de una hemorragia después del curetaje es pueril; por eso, siguiendo su costumbre, nos contentamos con la mecha de gasa que establece el drenaje desde el primer momento é impide la retracción del conducto cervical.

Si ningún accidente nos obliga á remover antes el apósito, mantenemos la curación por 48 horas. Durante este tiempo, debe vigilarse la evacuación de la orina, pues con frecuencia ocurre tener que usar la sonda para desocupar la vegiga, comprimida como se halla la uretra por el tapón vaginal. Demás me parece manifestar que practicamos este cateterismo siempre con todas las precauciones asépticas.

Al día subsiguiente de la operación quitamos el tapón vaginal y la mecha, y hacemos una nueva irrigación intrauterina que arrastra lo que ha escapado á la primera, colocando una nueva mecha y un tapón vaginal menos voluminoso.

Repetimos este procedimiento cada 48 horas, disminuyendo gradualmente el volumen de la mecha, que suprimimos por regla general al cabo de 8 días. El útero

recupera rápidamente su tonicidad, su cavidad se estrecha y el cuello tiende á cerrarse, de manera que pasado este tiempo ha vuelto casi á su estado normal. A la vez administramos á la enferma tónicos generales asociados á pequeñas dósis de ergotina, medicamento que favorece la involución regresiva de la matriz.

Después del octavo día nos contentamos con prescribir inyecciones vaginales al sublimado, dos veces en el día, seguidas de la aplicación de un óvulo de ictiol. Las enfermas se encuentran ya completamente restablecidas y pueden abandonar el lecho, lo único que se nota algunas veces es la persistencia de un lijero catarro cervical, que desaparece rápidamente bajo la influencia de los antisépticos.

Sabemos que el endometrio tarda en regenerarse veinte á veinte y cinco días, continuamos pues vigilando á la enferma, impedimos que se produzca la constipación por medio de laxantes ligeros ó lavativas glicerinadas, le damos preparaciones marciales y una alimentación susbtancial; solo le permitimos abandonar el hospital pasado este período de tiempo y después que haya evolucionado su próxima menstruación, durante la cual debe guardar reposo absoluto en el lecho.

Pasan de cincuenta, como he dicho antes, las enfermas así tratadas durante los dos años que acompaño al Dr. Corpancho en su servicio del Hospital de Santa Ana, y muy raras veces hemos dejado de conseguir la curación completa. Los casos fatales se refieren á enfermas llegadas á las salas con una septicemia muy avanzada, y en las que la intervención resultó por eso demasiado tardía; en dos ocasiones apesar de esta circunstancia, el curetaje dió éxito, y aunque lentamente las enfermas acabaron por restablecerse. Consignamos una de estas historias (observación n.° 6)

Muy raras veces hemos podido intervenir en abortos incompletos antes de que estallen las complicaciones que constituyen su secuela obligada, la desidia de las pacientes las hace mirar su estado con indiferencia hasta que las hemorragias ó la fiebre vienen á advertirles el peligro; hemos operado pues casi constantemente en terreno infectado, razón por la cual tienen, en mi concepto, mas valor los éxitos obtenidos.

No hemos tenido que lamentar ningún accidente por la acción de la cureta, no obstante que en la mayoría de los casos he sido yo el operador y mi práctica quirúrgica es todavía muy limitada.

En el mayor número de las enfermas el cuerpo extraño ha estado representado por colgajos adherentes de caduca; en otras eran cotiledones placentarios; pocas veces hemos encontrado una retención casi total de los anejos ovulares.

En una enferma (Obs. N.° 6) presa de infección grave hallamos la placenta en descomposición, desprendida y sirviendo de tapón al cuello enormemente abierto. Fué muy fácil extraerla en fragmentos con una pinza apropiada, después de lo cual hicimos el raspado de la cavidad uterina, operación que no obstante lo adelantado de la infección tuvo éxito completo.

Las demás historias, con excepción de dos que representan casos de aborto incompleto en que la intervención fué preventiva, se refieren á hemorragias post abortum prolongadas durante semanas enteras y desapareciendo como por encanto cuando la cureta arrancó la espina provocadora: siempre un cotiledón placentario, un colgajo adherente de caduca. Hemorragia violenta para la expulsión de un huevo de pocas semanas que el útero por si solo no habría podido llevar á término, sojuzgada por el curetaje y también la infección que la acompañaba (Hist. N.° 2); infecciones incipientes por fermentación zimótica de resíduos placentarios, etc.

En suma los resultados de nuestras intervenciones

han sido muy satisfactorios, y unidos á las reflexiones que hemos hecho referentes á las consecuencias de la retención prolongada, nos autorizan, creemos, á considerar el sistema intervencionista como el único aceptable: el útero debe ser inmediata y completamente evacuado; tal es la conducta que la práctica aconseja. Damos la preferencia al curetaje por las razones ya señaladae y que sería inútil repetir.

Siempre he considerado como un deber del que aspira al alto honor de optar el grado de Doctor en Medicina presentar un trabajo que sea fruto de su propia experiencia; ó por lo menos, la aplicación en nuestra localidad de un medio terapéutico sinó enteramente nuevo, en discusión. Por eso, desde que mi buena suerte me proporcionó la ocasión de estudiar prácticamente la ginecología en el hospital de Santa Ana, me dediqué con especial empeño á buscar un tema que siendo de interés general, estuviera á mi alcance por su facilidad, y que por su abundancia me permitiera juzgarlo observando gran número de enfermas.

Llamó desde luego mi atención el aborto incompleto con sus múltiples consecuencias, de que os he hablado ya hasta el cansancio, con su tratamiento no enteramente juzgado, y abundantes sus casos en las salas donde hago mi práctica. Para estudiarlo encontré de parte del Dr. Nestor Corpancho, jefe del servicio, toda clase de facilidades: consejos, asistencia á sus operaciones, permiso para ejecutarlas yo mismo, libros de consulta, etc., por todo lo cual estoy profundamente agradecido á tan digno maestro y amigo. Debo también una palabra de reconocimiento al señor Dr. Carvallo por los datos y obras que bondadosamente me ha suministrado.

Con todos estos elementos he emprendido y llevado

á término este modesto trabajo, si es de alguna utilidad práctica, si llena el fin que me propuesto: alentar á los nuevos parteros y ginecólogos peruanos para que intervengan en el aborto incompleto extrayendo los resíduos del huevo cuando amenace alguna complicación, y aun fuera de este caso si el útero se muestra impotente para realizar por sí solo su tarea, habré colmado mis aspiraciones.

Lima, diciembre de 1898.

EDUARDO BELLO.

V.° B.°
A. Velez.

HISTORIAS CLÍNICAS

I

B. G., negra, natural de Lima, de 24 años de edad, lavandera, de temperamento linfático y constitución débil, ingresó al hospital de Santa Ana el 7 de setiembre del presente año, y ocupó la cama N.° 15 de la sala de San Miguel.

Antecedentes.—Buena salud anterior; multípara, ha tenido cuatro hijos de término nacidos vivos y en partos naturales. El día 4 del presente mes — setiembre — aborto de gemelos, sobrevenido á los 4 meses de embarazo. Asegura que las placentas salieron completas lo mismo que las membranas, terminándose el aborto en 24 horas. Fué asistida por una *aficionada*.

Nunca ha tenido, antes de ahora, flujo ni lesión alguna genital. Sus hijos están vivos y sanos. Atribuye el aborto á la impresión que recibió el día 3, cuando le anunciaron que su marido estaba muriéndose. Se inició la expulsión con violentos dolores y salida de aguas, á las que pronto siguió la hemorragia.

Estado actual.—Febril, temperatura 38°5; pulso frecuente, 108 pulsaciones al minuto; lengua un poco seca, saburrosa; piel y conjuntivas pálidas. Vientre sensible á la palpación en la región hipogástrica. La palpación hace notar el útero aumentado de volumen,

cuyo fondo alcanza la mitad de la distancia entre el ombligo y el púbis. Metrorragia que se continúa desde la época del aborto—día 4.

La exploración bimanual confirma los datos adquiridos sobre el volumen del útero, que conserva su movilidad. Cuello abierto y blando; el dedo penetra facilmente en la cavidad cervical y sale mojado en sangre negruzca y de olor desagradable. El recto se halla ocupado por escretos duros.

Diagnóstico.—No cabía duda en vista de los datos precedentes, de que se había realizado un aborto; también era positiva la existencia de las dos mas temibles complicaciones de este accidente: hemorrágia é infección; de ellas y del estado del útero podiamos presumir la presencia de resíduos en la cavidad de este órgano.

El *pronóstico* era reservado, y debía depender de la rapidez y acierto con que se llenaran las indicaciones del caso.

Tratamiento.—Era indispensable desinfectar los órganos genitales, evacuar el recto, detener la hemorrágia ó atenuarla por lo menos hasta que pudiera atacarse directamente su causa, preparando á la vez nuestra enferma para la intervención.

Se le prescribió: 500 gramos de emulsión de Franck para tomar á pocos, en el curso del día; dos enemas abundantes de agua hervida 500 gramos, jarabe de goma 100 gramos, mañana y noche; un baño tibio, indispensable en estos casos en enfermas desaseadas; una inyección intrauterina de solución de sublimado al 1/4000; é inyecciones calientes vaginales de la misma solución, tres veces por día; dieta láctea.

En la tarde: temperatura de 38°, piel húmeda; cámaras en número de cuatro.

Día 8. Persiste la hemorragia; temperatura de 37°5. El mismo tratamiento, menos el baño.

Tarde.—38°.

Día 9.—Como el estado continuara el mismo, la temperatura siempre elevada y más marcada la anemia por prolongación de la hemorragia y de la toxemia, resolvimos practicar el curetaje del útero, que dió por resultado la extracción de una mucosa engrosada y

además de un cotiledon placentario que se hallaba implantado en la cara posterior de la matriz y cerca de su fondo. Hicimos seguir esta operación, como de ordinario, de una irrigación prolongada (dos litros) de solución sublimada caliente y del respectivo taponamiento útero-vaginal con gasa iodoformada.

En la tarde lijero escalofrío, temperatura de 38°, vientre sensible á la presión.—Sulfato de quinina, ópio.

Día 10.—Apirética.—Sulfato de quinina y ópio, tres veces.

Día 11.—Se quitó el tapón; no hubo hemorrágia. Nuevo irrigación uterina al sublimado y colocación de otro tapón mas pequeño. Ictiol al interior y en pomada; enema glicerinado.

Día 12.—Sin novedad; vientre indolente.

Día 13.—Se quitó de nuevo el tapón. Utero muy retraído; el cuello tiende á cerrarse. Se hace una última inyección intrauterina, dejando sobre el cuello un tapón de gasa al ictiol.

Día 14 y siguientes.—La enferma no acusa dolor ni molestia alguna, salvo lijero flujo de caracter simplemente mucoso. Se prescribe:

Protoxalato de fierro } a a
Polvos de ruibarbo } 20 centígramos

para tomar con los alimentos. Inyecciones vaginales de ácido bórico; óvulos de ictiol.

Día 17.—Pide alta y sale del hospital, apesar de nuestras instancias para que se quedara hasta pasar su próxima menstruación. El útero está bien retraído; sano y cerrado el cuello.

II

M. M., zamba, 19 años, nacida en Cañete, cocinera, casada, de constitución fuerte, ingresó al hospital el 2 de setiembre del año en curso (sala de San Miguel N.° 28).

Antecedentes.—Multípara; ha tenido tres partos, el primero á término, el niño vivió un año; el segundo fué prematuro, de 7 meses, á consecuencia de una contusión que recibió sobre el vientre; el tercero regular y á término, pero nació muerto el niño. No hay antecedentes sifilíticos; sus menstruos son regulares; no padece de leucorrea ni flujo alguno.

Tuvo su última menstruación el 20 de julio. A mediados del pasado agosto comenzó á sentir náuseas en las mañanas, salivación y otros síntomas simpáticos de preñez, análogos á los que ha tenido en sus embarazos anteriores. Adolece de *ataques*, que por la descripción que da parecen ser de hístero-epilepsia; en la mañana del miércoles 21 del presente sufrió uno de estos accesos y cayó sin conocimiento, dándose con el borde de una mesa un fuerte golpe en la región epigástrica. Al recobrar el conocimiento, la acometieron náuseas seguidas de vómitos biliosos, y le sobrevino abundante metrorragia acompañada de dolores en el vientre y la cintura. La hemorragia se continuó todo el día, haciéndose más abundante en la noche, sobrevino escalofrío y fiebre, y en este estado fué trasladada al siguiente día á nuestro hospital.

Ingresada en la tarde del 22, el señor interno la encontró hipotérmica, con tinte anémico muy marcado, pulso frecuentísimo y en estado sincopal. Le puso una inyección subcutánea de 500 gramos de solución salada (7 por 1,000), prescribiéndole estimulantes é inyecciones vaginales calientes de sublimado.

Examiné á la enferma en la mañana del día 23, y comprobé los síntomas generales y locales que me había indicado el señor García, salvo la tención arterial levantada por la inyección de suero artificial hecha en la tarde anterior. La enferma estaba agitada, se quejaba de cefalalgia, tenía 39° de temperatura; otro escalofrío se había presentado en la noche; la piel estaba caliente y seca, húmeda la lengua.

Los cólicos uterinos habían cesado, no así la metrorragia que persistía aunque aminorada.

Vientre sensible á la palpación en su porción infra-umbilical. Al tacto, cuello blando y entreabierto,

su luz estaba ocupada por un tapón membranoso que hacía procidencia en el hocico de tenca.

Era evidente que nos hallamos en presencia de un aborto incompleto, complicado de infección grave y amenazando además matar á la enferma por hemorragia. La indicación era precisa y urgente. desembarazar inmediatamente el útero de su contenido y desinfectarlo lo mejor posible.

Previa evacuación del intestino y de la vejiga y prolijo lavado de la vagina, procedimos al curetaje. Tomamos con una pinza el fragmento de membrana que obliteraba el cuello, dilatamos éste fácilmente sin necesidad de cloroformo, y con el auxilio de la cureta extrajimos entero un huevo claro, cuyo volumen le daba un mes y medio de edad poco más ó menos, estaba éste casi completamente desprendido y alojado cerca del asta derecha. Raspamos en seguida prolijamente toda la superficie interna de la matriz para extirpar los restos adherentes de caduca uterina, terminando la operación por una copiosa irrigación caliente al sublimado y un taponamiento útero-vaginal con gasa iodoformada.

Tarde.—Temperatura 37° 8; lijeras contracciones dolorosas del útero; mejoría notable del estado general.—Opio.

Día 24.—Mañana 37°.—Opio, 2 centígramos tres veces; leche. Tarde 38°.

Día 25.—37° 5 de temperatura. Copioso lavado intra-uterino con la solución caliente de sublimado (1/4000), que arrastró colgajos membranosos y una pequeña cantidad de serosidad opalecente, pero sin olor. Nuevo taponamiento útero-vaginal á la gasa iodoformada.

Día 26.—Apirexia; la enferma se siente bien. Como el vientre no se ha movido se le ordena una lavativa glicerinada, que determina abundantes y copiosas cámaras. Lavado intrauterino y taponamiento como el día anterior; no había casi secreción uterina. Ictiol en pomada y al interior como laxante.

Día 27.—Sin novedad. El mismo régimen ménos la curación local.

Día 28.—Se prescribió oxalato de fierro y ruibarbo

con los alimentos, este último para corregir la acción constipante del fierro. Ultimo lavado intrauterino; el cuello está casi cerrado; se suprime el tapón reemplazándolo por otro simplemente vaginal de algodón aséptico impregnado de glicerolado de ictiol.

En los días que siguieron hasta el 8 de Octubre, en que salió completamente curada, su régimen se compuso de ferruginosos, según la fórmula ya señalada, buena alimentación, inyecciones vaginales de sublimado noche y mañana, después boricadas, seguidas de la aplicación de óvulos de ictiol.

III

A. D. india, natural de Huacho, de 22 años, casada, de temperamento sanguíneo y constitución fuerte, entró al hospital de Santa Ana el 6 de octubre del presente año, ocupando la cama N.° 24 de la sala de San Pedro, servicio del doctor Nestor Corpancho.

Antecedentes.—Buena salud anterior. Múltípara; reglada á las 12 años, menstruaciones regulares de cuatro días de duración; cuatro partos á término con niños vivos. Le faltaron sus períodos por dos meses presentándose además otros signos de embarazo. En 27 de setiembre y bajo la influencia, según ella, de una impresión moral le sobrevino el aborto. La expulsión prematura se inició con accidentes coleriformes, siguiendo después la metrorragia y dolores en el bajo vientre. No sabe si el huevo salió íntegro, de una vez, ó por partes, lo positivo es que desde entónces ha seguido perdiendo sangre, lo cual la ha determinado á venir al hospital.

El examen de la enferma nos reveló lo siguiente: apirexia, piel y conjuntivas anemisadas, vientre sensible á la palpación en su región infra umbilical; el fondo uterino era apreciable á dos traveses de dedo por encima del púbis.

Al tacto: cuello abierto y blando; cuerpo del úte-

ro aumentado de volúmen, muy blando, en anteflexión y muy sensible. Habiendo trascurrido 11 días desde que se inició el aborto, el volúmen del cuello y su estado de flacidez así como los caractéres del cuerpo uterino indicaban la subinvolución; su sensibilidad y las metrorragias revelaban una infección del endomítrio; la causa probable de ambos estados mórbidos era la retención de anejos del huevo.

Procedimos en consecuencia, y sin pérdida de tiempo, á practicar la evacuación y desinfección del útero. Siguiendo el método que adoptamos en los casos de aborto incompleto, y prévia exoneración del recto y disinfección de la vagina, practicamos el curetaje que extirpó una mucosa engrosada, particularmente en la cara posterior del órgano de donde la cureta extrajo un gran trozo adherente de caduca. Irrigación caliente al sublimado y taponamiento útero vaginal con gasa iodoformada.

Cuarenta y ocho horas después se hizo la primera curación; el tapón estaba casi seco.

El resto del tratamiento fué como en el caso anterior, y sin accidente alguno digno de recordarse. La enferma salió completamente curada el día 30 del mismo mes.

IV

En la mañana del 28 de agosto del presente año fué admitida en el hospital de Santa Ana y ocupó la cama signada con el N.° 1 en la sala de San Pedro, la enferma R. A., zamba, lavandera de 27 años de edad, limeña, débil y linfática.

A su entrada se hallaba muy postrada, ligeramente febril, con abundante metrorragia y dolores en el hipogástrio.

Inquiriendo antecedentes, supimos que era multípara y había tenido 3 hijos, el primero á los 15 años de su edad, ninguno de término sino nacidos á los sie-

te meses Sus menstruaciones han sido regulares. No ha adolecido de enfermedad digna de mencionarse.

Le faltó su periodo en julio, y desde los últimos días de ese mes sufrió de náuseas y vómitos en las mañanas, somnolencia y otros fenómenos que le son conocidos por haberlos experimentado en sus anteriores embarazos. El 12 del mes en curso (agosto) y sin causa aparente—ella culpa apetitos contrariados—se vió acometida de abundante metrorragia y dolores de cintura; estos síntomas se prolongaron con ligeras remitencias hasta el día 14 en que el aborto se hizo.

En los días subsiguientes continuó perdiendo sangre en cantidades variables, pero de una manera continua. Dos días antes de su entrada tuvo escalofríos, y está con fiebre desde entonces.

Desde luego, llama la atención en esta enferma que todos sus embarazos se hayan terminado por expulsiones prematuras del producto de la concepción, esto sin que acuse signos de metritis, de sífilis, ni de ninguna otra de las causas ordinarias de este accidente; y es indudable que en ella reside la causa originaria de las interrupciones extemporáneas de sus preñeces: en efecto, si los dos primeros hijos tuvieron el mismo origen paterno, el tercero y el aborto vienen de otro consorte.

El exámen de nuestra enferma manifiesta que su útero está voluminoso, blando é inflamado; cerrado el cuello. Nos hallabamos pues en presencia de un aborto complicado de prolongada pérdida sanguínea y de infección; podíamos suponer además, y con razón, la existencia de resíduos del huevo en la cavidad uterina; ó bien dado el tiempo trascurrido admitir una endometritis crónica y hemorrágica. Estaba pues indicado el curetaje inmediato como evacuador y eliminador de la mucosa infectada. Lo practicamos efectivamente en la mañana del día 29, extrayendo una mucosa muy engrosada, especialmente en la cara posterior (caduca uterina?)

Lo demás del tratamiento fué como en los casos anteriores; la enferma curó completamente á los 40 días de operada, contándose en ellos 20, por lo menos,

durante los cuales le persistía como única molestia un ligero flujo leucorréico

---

V

M. M. india, de 30 años, nacida en Huaraz, cocinera, de constitucion fuerte y temperamento sanguíneo, entró al hospital el 20 de agosto, ocupando la cama N.° 29 de la sala de San Pedro.

Multípara; ha tenido 8 hijos, y un aborto entre los dos últimos. Su salud fué siempre regular hasta el año pasado en que, después de un parto á término, sufrió una infección puerperal que se terminó por metritis crónica; en esta faz de su enfermedad vino al servicio del Dr. Corpancho, asistiéndose en esta misma sala hasta su curación completa.

En los últimos días de julio, y hallándose en cinta de tres meses y medio, accidentalmente cayó sentada, comenzando desde ese momento á perder sangre en pequeña cantidad; esta metrorragia se prolongó durante dos semanas, y como quiera que la M. no hiciese nada por evitarlo sino que al contrario siguió dedicada á sus pesadas labores, se terminó por aborto.

La expulsión del huevo se acompañó de hemorragia abundante, sobrevino escalofrío y fiebre alta, siendo asistida en su domicilio durante 7 días; al octavo, viendo que su estado no mejoraba, se determinó á ingresar al hospital.

A su entrada, el exámen dió los siguientes resultados: cara roja y vultuosa, piel caliente y húmeda; temperatura de 39°, pulso frecuente y lleno; hipogástrio sensible á la palpación, metrorragia ligera pero continua. Al tacto: útero voluminoso, cuello abierto, blando é hinchado.—Sospechando que se trataba de un aborto incompleto con infección puerperal consiguiente, determinamos practicar el curetaje el mismo día. La operación fué efectuada con una cureta obtusa y dió salida á algunos colgajos de caduca en descomposición; el útero medía doce centímetros al histeróme-

tro y era sumamente blando. El resto de la intervención fué como de ordinario.

La fiebre cayó al siguiente día y todo marchaba regularmente. El 22 se hizo la primera curación; la matriz estaba ya bastante retraída, se puso una nueva mecha.

No volvió á elevarse la temperatura ni á presentarse nueva hemorragia; pero notamos que en esta enferma, á diferencia de todas las demás y no obstante la antisepsia más rigurosa, persistían dolores en el hipogástrio, leucorrea y blandura del cuello, que no tendía á cerrarse con la acostumbrada rapidez; por último, en la noche del 10 de Setiembre, al mes exactamente de haber sido operada, se presentó una metrorragia acompañada de violentas contracciones uterinas y fué expulsado un trocito de placenta. La persistencia al siguiente día del síntoma hemorragia, me hizo suponer que el trozo de placenta expulsado no representaba todo lo que había escapado á nuestra intervención, y y estimando necesario un segundo raspado lo efectué inmediatamente.

El éxito me dió la razón, pues la cureta extrajo otro trocito decidual alojado en la asta izquierda. El útero, no obstante que en la primera intervención no había sido completamente desocupado, tenía un volúmen casi normal, ocho centímetros con el histerómetro. La enferma curó completamente sin nada que merezca mención.

Este caso prueba que si algunas veces el curetaje no extrae todos los resíduos ovulares, basta para suprimir la infección aguda, y favoreciendo la involución uterina permite en una segunda intervención, con más prolijidad y firmeza, llegar al resultado apetecido. En la M., la matriz estaba muy reblandecida por la infección y podía ser fácilmente perforada por la cureta, la razón aconsejaba que el primer raspado fuese superficial; si, como sucedió, no evacuaba completamente el útero, salvaba la situación y teniamos el recurso de repetirlo.

VI

J. R. limeña, de 31 años, mestiza, débil, ingresó al servicio el 27 de Abril de 1897 (sala de San Pedro N.° 10.)

Multípara, nueve partos con puerpérios siempre patológicos. El último parto fué prematuro (de siete meses) y se realizó el día 18 de abril, quedando la placenta retenida; le sobrevino fiebre alta y hemorragia que persistió hasta su entrada al hospital.

El examen de la enferma reveló lo siguiente: temperatura de 40°8, pulso muy frecuente, cara pálida, respiración anhelosa; vientre muy elevado, sensible á la palpación; por la vagina se escapaba un olor infecto y nauseabundo y sangre negruzca mezclada con detritus fétidos. Al tacto: cuello enormemente abierto y ocupado por un cuerpo friable y voluminoso. Llevada inmediatamente á la sala de operaciones, procedió el señor doctor Corpancho, prévias las precauciones del caso, á extraer la placenta que se encontraba en putrefacción tapando la abertura del cuello y en parte ocupando la vagina. Hizo después el curetaje del útero, que dió salida á abundantes detritus, terminando la operación con una irrigación caliente al sublimado y el respectivo drenaje del útero.

Al día siguiente, el termómetro marcaba 38°2 en la axila, y el estado general era mejor. Se cambió la curación; el lavado intra-uterino arrastró todavía muchos resíduos, pero la fetidez había casi desaparecido.

En los días que siguieron la temperatura continuó descendiendo hasta llegar á la normal.

Se la sometió al régimen acostumbrado, insistiendo por largo tiempo en el uso de la ergotina. Salió completamente curada el 28 de Mayo.

VII

M. R., india, de 19 años, lavandera, multípara, ha gozado de buena salud anteriormente.

Fué liberalmente contundida por su consorte en estado de embriaguez, ingresando por esto al hospital en los últimos días de febrero del año próximo pasado (sala de San Miguel N.° 14).

Se trataba de contusiones múltiples, pero sin gravedad, presentaba equímosis en la cara y en el pecho, y una pequeña herida contusa en la región occipital. Se hallaba en cinta de dos meses.

Al día siguiente de su ingreso, en la noche, le sobrevino una metrorragia y fué expulsado el producto de la concepción. No pudimos ver el huevo porque en la mañana habían llevado á lavar las soleras de la enferma, y con ellas había desaparecido. La hemorragia continuaba, acusando además la enferma dolores hipogástricos; el cuello estaba entreabierto y blando. La sometimos á dieta, reposo absoluto y le prescribimos inyecciones calientes vaginales de sublimado.

La metrorragia persistió por tres días más no obstante los cuidados que se prodigaron á la enferma, y el cuarto resolvimos practicar la evacuación artificial de la cavidad uterina.

El curetaje fué fácil y dió salida grandes resíduos de caduca; curó sin accidente alguno.

VIII

M. L. G., blanca, de 25 años, costurera, linfática y de constitución débil, ocupó la cama N.° 29 de la sala de San Miguel, el 15 de abril del año 1897.

Delicada y anémica desde su niñez, padece de leucorréa y sus menstruos son dolorosos. En cinta de tres meses, abortó el 12 bajo la influencia, dice ella, de una impresión moral. La expulsión del huevo fué

acompañada de abundante efusión sanguínea, que continúa, aunque en menor cantidad, hasta la fecha; sufre dolores en el bajo vientre. Su temperatura es de 37°7. El cuello está abierto y blando, el cuerpo uterino medianamente contraído. El recto se halla lleno de escretos.—Le ordenamos una lavativa glicerinada, inyecciones vaginales calientes al sublimado y una poción tónica antiespasmódica, alternada con 30 gotas de extracto fluído de hidrastis, cada dos horas. Dice que el huevo fué expulsado en su totalidad.

Día 16. Temperatura de 38°; continúa en el mismo estado que el día anterior. Teniendo en consideración el tiempo trascurrido, la persistencia de la hemorragia, el estado febril que se acentuaba y la probabilidad por todo esto de que el aborto era incompleto, fué conducida á la sala de operaciones. El sondaje de la matriz señaló cerca del fondo y en la cara anterior un cuerpo extraño, que extraído por la cureta resultó ser un fragmento adherente de placenta; se raspó detenidamente la cavidad y se hizo la curación de costumbre. Salió de alta el 10 de mayo, completamente restablecida.

IX

La enferma L. S., india, de 30 años, natural de Yauyos, ingresó al hospital el 14 de Setiembre del presente año (Sala de San Pedro N.° 20).

Multípara; sana anteriormente. En julio y en agosto no se le presentaron sus menstruos y sufrió náuseas y otros signos de embarazo. En los primeros días de setiembre le sobrevino abundante hemorragia, que persistía hasta el día de su entrada. Sufre escalofríos y fiebre en las tardes. Diagnóstico; aborto incompleto. Curetaje el 21; se extraen resíduos de caduca muy adherentes; curación con persistencia de un flujo mucoso cristalino y muy tenaz.

X

G. T., de 17 años, india, natural de Jauja, de temperamento sanguíneo y buena constitución, ingresó al hospital el 20 de setiembre del presente año.

Nulípara y leucorréica, tuvo un aborto en los últimos días de agosto, á los cuatro meses de gestación; desde entonces sufre con frecuencia pequeñas hemorragias y en los intervalos tiene un flujo amarillento; se queja de dolores en la cintura y en todo el vientre; ha enflaquecido mucho.

El examen revela un útero pequeño y blando; cuello reblandecido y entreabierto, con erosiones en su mucosa, y que deja escapar un líquido sero purulento.

Practicamos el curetaje, extirpando una mucosa muy gruesa, principalmente en la cara posterior. La enferma se restableció, persistiéndole un flujo catarral sostenido por profundas lesiones glandulares de que el cuello de la matriz es asiento.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
No. de ingreso 13777
No. de la clasificación

Anatomía Descriptiva..	Arteria Aorta y sus ramas.
Física Médica é Higiene	Higiene de hospitales.
Química Médica.....	Orina albuminosa.— Sus causas.—Su análisis químico.
Historia Natural Médica.....	Convolvulaceas aplicadas en Medicina.
Anatomía General y Patológica.....	Tejido epitelial.—Epitelioma.
Farmacia.....	Composición y preparación del kermes mineral.
Fisiología General y Humana.....	Hígado.
Patología General.....	Metrorragias.
Bacteriología y Técnica Microscópica.....	Microbios piógenos. Métodos de coloración de los cortes.
Nosografía Médica.....	Polineuritis tóxicas.
Nosografía Quirúrgica.	Tratamiento de la apendicitis.
Oftalmología y Clínica Oftalmológica.....	Glaucoma.

CEDULA DE FECHAS

Terapéutica y Materia Médica	Empleo del cloral.
Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria	Región perineal en la mujer.—Ligadura de la arteria iliaca externa.
Obstetricia y Enfermedades puerperales.	Inserción de la placenta en el segmento inferior del útero.
Pediatría y Clínica pediátrica	Dispepsias infantiles.
Medicina Legal y Toxicología	Aborto bajo el punto de vista médico-legal.
Clínica Quirúrgica de hombres	Diagnóstico diferencial entre la luxación y fractura del fémur.
Clínica Quirúrgica de mujeres	Inyecciones vaginales y duchas uterinas.
Clínica Médica de hombres	Cirrosis hipertrófica biliar de Hanot.
Ginecología y Clínica Ginecológica	Indicaciones de los distintos procedimientos de amputación del cuello uterino.
Clínica Médica de mujeres	Enfermedad de Basedow.
Clínica Obstétrica	Conducta del partero en las presentaciones de vértice.

Lima, á 15 de Diciembre de 1898.

Manuel T. Barrios.

V.° B.°
A. Velez.

UNMSM - FM - UBHCD
010000073110

Tesis Doctor 6

Tesis DR 6

Bello Eduardo

IMPRENTA
DE SAN PEDRO
17.092