

especial y substituyó el nombre de deciduoma por el de «*sarcoma deciduocelular del útero*».

Según las investigaciones de MARCHAND, que ha contribuído, más que ningún otro, al estudio de las relaciones etiológicas y patogénicas entre esta clase de tumores y la mola vesicular, la denominación más adecuada de este proceso es la de «*epitelioma maligno del corion*». Como que las masas de células que, en proliferación atípica, destruyen el tejido uterino, se difunden por vía sanguínea formando metástasis en los pulmones, hígado, cerebro, riñones, etc., son una derivación del epitelio corial, no se trata, pues, de un tumor de naturaleza conjuntiva (sarcoma), sino de una proliferación epitelial de carácter carcinomatoso. La observación clínica, lo mismo que la anatómica, de todos los tumores carcinomatosos, reconoce en éste algo extraño al cuerpo y sobrepuesto al mismo. En el epitelioma corial observamos el hecho interesante de que el origen de la proliferación celular es extraño al organismo materno; la infección de este último con células malignas degeneradas de origen fetal es demostrable.

Respecto de las *causas* de la degeneración de las vellosidades coriales y de la formación de la mola vesicular, sabemos tan poco como de la génesis de los tumores en general. La frecuencia con que la mola vesicular se presenta en mujeres de edad avanzada, la repetición de la anomalía en una misma mujer, hasta en embarazos procedentes de distintos hombres, la asociación frecuente con la nefritis y con la degeneración quística del ovario son otros tantos hechos que parecen indicar que el impulso á la proliferación exagerada del epitelio corial es probable que proceda de la madre. Por otra parte, no faltan observaciones—como, por ejemplo, la formación de una mola vesicular en un embarazo gemelar, al lado de un feto normalmente desarrollado—que hablan en favor de la posibilidad de que las causas de la proliferación epitelial residan en el huevo mismo. Es digno de notarse, además, que el epitelio de las vellosidades posee también normalmente propiedades análogas de proliferación, citolisis y erosión de los tejidos. Estas propiedades serían excesivas y perjudiciales en la mola destructora y en el epitelioma corial.

Los *síntomas* de la mola vesicular son bastante característicos: el útero crece con mucha mayor rapidez que en el embarazo normal, y, por lo tanto, se ofrecen al examen mucho más voluminoso de lo que correspondía á la época del embarazo. Desde muy pronto se presentan contracciones, flujo mucoso y hemorragias, que, si van acompañadas de la expulsión de vesículas, no dejan ninguna duda respecto del diagnóstico. Del 3.º al 5.º mes sobreviene la expulsión de la mola acompañada de metrorragias más ó menos abundantes, siendo lo ordinario que no haya peligro para la mujer. El conglomerado de vesículas puede ser eliminado en conjunto, algunas veces hasta rodeado de la caduca (fig. 310).

Si las hemorragias no son abundantes, no hay ningún fundamento para la intervención, y lo mejor será abandonar á la naturaleza la expulsión del producto morboso del embarazo. Las contracciones, que se pueden reforzar mediante fuertes

dosís de cornezuelo de centeno, provocan el desprendimiento de la mola de un modo más completo é inocuo que podría hacerlo la mano más diestra. Si la masa de las

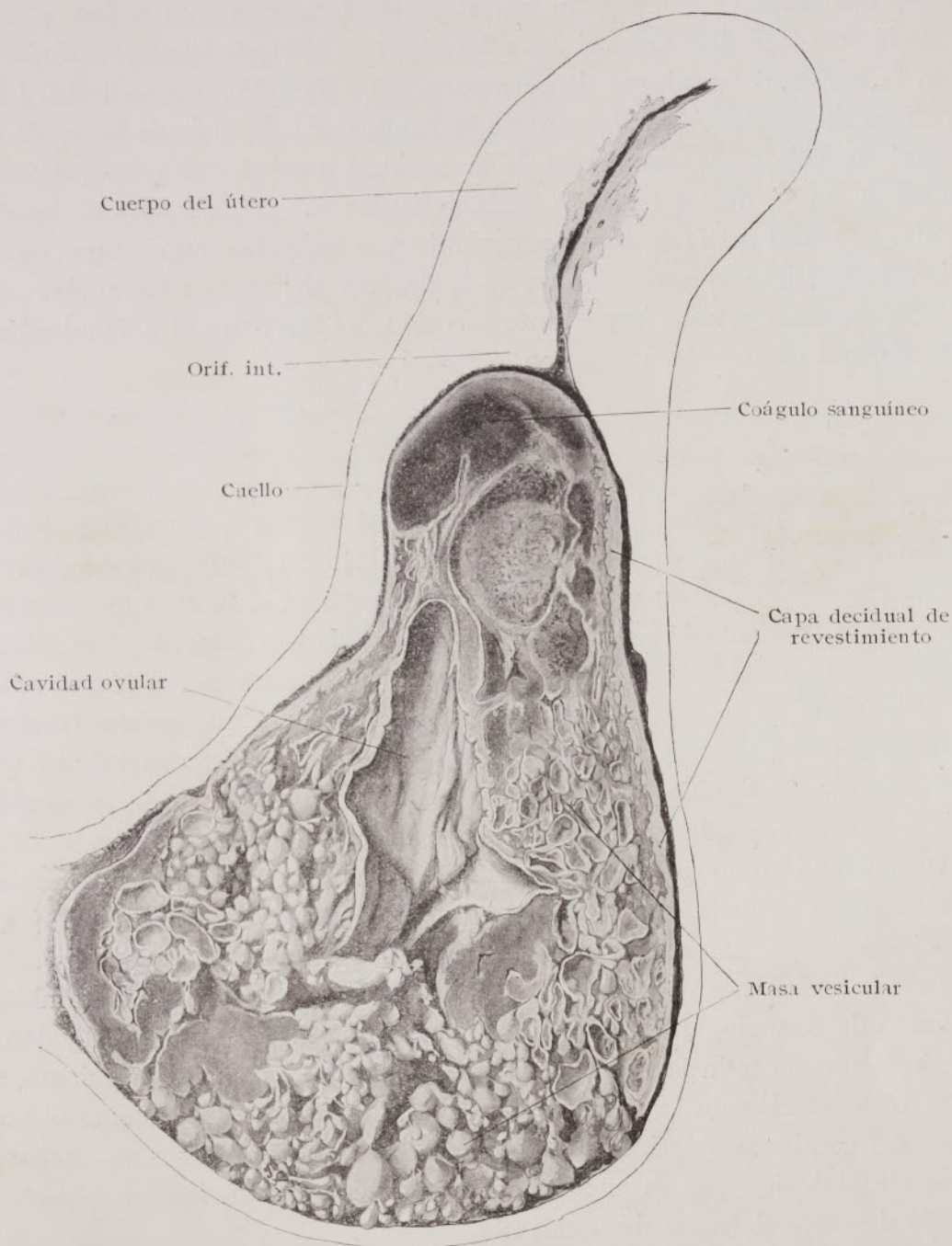


Fig. 310

Mola vesicular expulsada en su totalidad  
De una preparación de la clínica de Halle

vesículas ha penetrado ya en el canal cervical, se puede favorecer la salida al exterior mediante la expresión del útero; por el contrario, las tracciones desde la parte inferior, ejecutadas sobre la mola á medio salir, no tienen ninguna ventaja, sino que



por el contrario, podrían provocar su rotura, por lo que hay que abstenerse de ellas. Cuando la hemorragia sea amenazadora, se hará la enucleación de la mola, comprobando, mediante la compresión externa ejecutada con una mano, el trabajo que presta la otra introducida total ó parcialmente en el útero. El empleo de instrumentos, como la cureta ó las pinzas de gérmenes, debe abandonarse en todos los casos por el peligro de perforación. Si continúa la hemorragia después de la salida de la mola, se hará un sólido taponamiento de la cavidad uterina con gasa viofórmica. Como que en un 15 % de los casos de mola vesicular se agrega á ésta el desarrollo de un epiteloma corial maligno, será conveniente que todas las mujeres que han expulsado molas sean objeto, durante varios años, de una vigilancia extremada.

Una segunda y muy importante afección del huevo es el acúmulo de una cantidad anormal de líquido amniótico, ó sea el

### *Hidramnios*

Lo mismo que otros estados hidróticos, el aumento patológico de líquido amniótico tiene, las más de las veces, su substrato anatómico en *trastornos circulatorios* que se establecen en el organismo materno ó en el fetal, y que acarrearán un aumento de la transudación de líquido en la cavidad del huevo. Esta relación causal demuestra claramente la fácil asociación del hidramnios con el edema y las colecciones hidróticas en las cavidades naturales en mujeres que sufren trastornos respiratorios, anemia, etc. Es necesario admitir, sin ningún género de duda, que el excesivo acúmulo de líquido amniótico depende de un aumento de transudación de la caduca hacia la cavidad ovular, á través del corion y del amnios.

De un modo análogo obran también los trastornos circulatorios fetales si determinan éxtasis en las vías venosas, y sobre todo en la vena umbilical, y en su territorio placentario. Así se comprende fácilmente como una hepatitis sifilítica, que provoca la ascitis por compresión de la vena porta, puede influir también sobre el conducto de Arancio, dificultando la depleción de la vena umbilical y determinando una repleción de toda la red capilar de la placenta, y, por consiguiente, una abundante transudación en la cavidad ovular. Por el mismo mecanismo obran las oclusiones del conducto arterioso ó del orificio aórtico, y las otras anomalías de los órganos circulatorios que se encuentran con frecuencia en los fetos hidroamnióticos al lado de otros defectos de desarrollo.

El «*hidramnios agudo*» que se encuentra, no raras veces, en los gemelos univitelinos, acarreado, en el curso de pocas semanas, una enorme distensión del huevo, puede ser también atribuído á trastornos circulatorios. Casi siempre es uno solo de los gemelos el hidroamniótico, mientras que el otro suele poseer, más bien, escasa cantidad de líquido; es, por lo tanto, muy atendible la opinión de SCHATZ y otros, según la cual la comunicación de los vasos umbilicales de los dos gemelos con la placenta única, determina el polihidramnios de un saco y el oligohidramnios del



otro. En el punto en que coinciden en una placenta común los territorios vasculares de ambos gemelos se encuentra siempre un mayor desarrollo de las vellosidades, las cuales en aquel sitio pertenecen á los dos frutos, suministrando uno de ellos la arteria y el otro la vena; así es que en este territorio de vellosidades la sangre pasa desde las arterias de uno de los fetos á las venas del otro. El gemelo que envía al territorio vascular común una sangre arterial más rica y abundante, suministrará á su hermano mayor cantidad de sangre que la que recibe de él, y á consecuencia de esto se volverá anémico, pobre de aguas y atrófico, mientras que el otro, por el continuo aflujo de sangre, estará pletórico y segregará mayor cantidad de agua por la placenta, la piel y los riñones. La participación de estos últimos en la producción de líquido amniótico está probada por la mayor ó menor cantidad de úrea que éste contiene.

Independientemente de los trastornos mecánicos de la circulación fetal, es indudable que los procesos inflamatorios crónicos de la placenta y de la caduca pueden producir el aumento de la transudación y, por lo tanto, el hidramnios. En tales casos, el feto queda retrasado en su desarrollo y se encuentra atrófico, mientras que sus anexos, y especialmente la placenta, son hipertróficos y de dimensiones desproporcionadas.

El aumento de la cantidad de aguas empieza más pronto en los casos agudos (en el cuarto, quinto ó sexto mes) que en la forma crónica del hidramnios, la cual se desarrolla de preferencia en la segunda mitad del embarazo. La cantidad de agua que llega á acumularse en la cavidad ovular puede ser extraordinariamente grande; KÜSTNER comprobó en un caso 15 litros en el quinto mes, y SCHNEIDER hasta 130 litros! en el sexto. En el caso á que se refiere la figura 311, fueron recogidos 13 litros y algunos más que no se midieron, los cuales fluyeron como aguas posteriores.

Los síntomas del hidramnios, durante el embarazo, están casi exclusivamente en relación con la excesiva distensión del útero. Cuanto más rápido es el aumento y más abundantes las aguas, tanto mayores son los trastornos consiguientes: distensión de las paredes abdominales, sensación de peso, compresión sobre el estómago y los intestinos, y sobre los nervios de la pelvis, dificultad de la respiración diafragmática y pesadez de los movimientos. Los partos prematuros son muy frecuentes, y el feto, que puede moverse libremente en el interior de la cavidad ovular, se presenta con frecuencia en posición viciosa en el momento del parto. Debido al adelgazamiento de la pared uterina, las contracciones son débiles y poco eficaces; en el período de alumbramiento no es raro que sobrevengan hemorragias por la lenta é incompleta retracción de la musculatura que estaba excesivamente distendida.

Respecto del *diagnóstico*, hemos de decir tan sólo que la cantidad normal de aguas oscila entre medio y un litro. Si esta cantidad es excedida en proporción moderada, se dirá solamente que el líquido amniótico es «demasiado abundante». Un aumento de más de dos litros, justifica el diagnóstico de hidramnios. Naturalmente que no existen límites exactamente determinados.

Los grados medios y elevados de esta anomalía pueden ya ser reconocidos durante el embarazo por el desarrollo considerable del abdomen, la hipertensión de las paredes del útero excesivamente voluminoso y la fácil movilidad del feto. Aun cuando todos los signos ciertos del embarazo permanezcan ocultos por la extraordinaria abundancia de líquido amniótico, que impide sean percibidos los movimientos



Fig. 311

Extraordinaria distensión del abdomen en un caso de hidramnios en el séptimo mes

del feto y los latidos de su corazón, la anamnesia, la relajación de los órganos genitales, el soplo uterino, las alteraciones de las mamas y los resultados de la exploración bimanual serán, por regla general, datos suficientes para que reconozcamos con seguridad la existencia del embarazo, distinguiéndolo de otras anomalías, como, por ejemplo, la ascitis ó el quiste del ovario. Una vez que se haya determinado la existencia del embarazo, el diagnóstico del hidramnios viene por sí mismo; todo lo



más, podrá sospecharse un embarazo de gemelos, el cual, según hemos dicho ya, se observa con frecuencia en las formas agudas del hidramnios.

Bajo el punto de vista de la *terapéutica* no hay mucho que hacer. No contamos con ningún medio que oponer á la secreción morbosa del líquido amniótico; tampoco tenemos ninguno para combatir sintomáticamente las molestias existentes durante el embarazo. Cuando los fenómenos producidos por compresión sean tan considerables que determinen una intensa disnea, estará indicada la interrupción del embarazo por la punción de las membranas. La debilidad de las contracciones en el principio del parto puede ser combatida por la prematura expulsión de líquido amniótico. Después de la salida de éste, es conveniente en todos los casos hacer una exploración muy detenida, pues es fácil que con la salida rápida de las aguas se hagan proclives algunas partes. Dada la gran tendencia que tiene el útero á la atonía, el período de alumbramiento requerirá una vigilancia muy cuidadosa. Si la asistencia al parto es la conveniente, el pronóstico es favorable para la madre. En cambio, para los hijos, es siempre muy grave en los grados intensos de hidramnios; una parte de ellos viene al mundo prematuramente, con debilidad congénita ó con atrofia; otros son hidróticos ó están afectados de deformidades congénitas incompatibles con la vida extrauterina.

Condiciones opuestas al hidramnios existen en el *oligohidramnios*, que consiste en la escasez congénita del líquido amniótico.

Según las investigaciones del conde SPEE, la cavidad amniótica se formaría por el acúmulo de líquido en una masa celular antes sólida del área embrionaria. De este modo se explicaría fácilmente que, cuando es escasa la producción de líquido, el amnios se eleva incompletamente al rededor del embrión, y persiste en las conexiones celulares entre el amnios y el ectodermo, las cuales perturban el desarrollo normal del abdomen y favorecen la producción de grietas. Acumulándose después más aguas, estas conexiones entre el amnios y la piel del feto se transforman en cordones y pseudoligamentos. Estas *bridas amnióticas ó ligamentos de SIMONART*, son capaces de producir surcos profundos, y hasta estrangulaciones en los miembros del feto, como lo han demostrado los numerosos ejemplos de *amputaciones espontáneas* intrauterinas. En épocas ulteriores del embarazo, la falta de agua puede ocasionar deformaciones de los miembros del feto, imposibilitando sus movimientos y fijando las articulaciones en situación anormal, tales como el pie varus. En los casos de oligohidramnios la madre siente, de un modo desagradablemente intenso, los movimientos del feto, y también las contracciones son más dolorosas en el «parto seco».

#### *Anomalías de la placenta*

De las anomalías de la placenta, la más importante es su *inserción falsa* en el segmento inferior del útero. De este peligroso estado nos ocuparemos más tarde, cuando hablemos de las hemorragias del parto. Por ahora consideremos brevemente las *alteraciones de forma y estructura* que tienen una importancia secundaria.



La forma típica redondeada de la placenta humana puede algunas veces presentar variaciones. Son frecuentes las formas ovales alargadas. Más raras veces se observan, al lado de una placenta principal, pequeños lóbulos de tejido placentario constituidos por el corion—*placentas sucenturiadas* (HYRTL)—ó bien la placenta está dividida en dos partes iguales, como en los monos—*placenta dimidiata*—ó en tres porciones—*placenta tripartita*—ó finalmente se encuentra separada en muchos lóbulos—*placenta multilobata*.—Todas estas divisiones del tejido placentario dificultan el desprendimiento durante el alumbramiento y las placentas accesorias retenidas en el útero pasan fácilmente inadvertidas cuando no se examina bien la cara uterina y el curso de los vasos sobre su cara fetal.

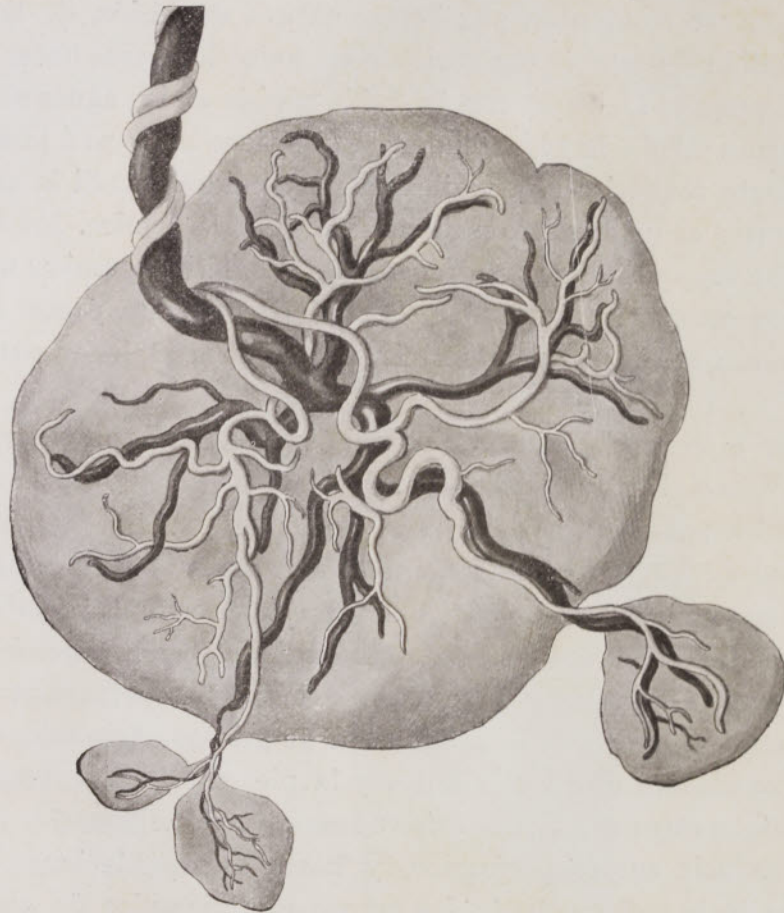


Fig. 312

Placenta con tres placentitas sucenturiadas

Un aspecto característico ofrece la placenta cuando en toda su periferia se forma un reborde blanco. Se habla entonces de *placenta marginata*, ó si el margen está levantado á manera de valla por estratificaciones de fibrina depositadas entre las hojas de la refleja, se llamará *placenta circumvallata*.

Hay muchas clases de placenta marginata ó respectivamente circumvallata. No raras veces el borde blanco es producido por una replegadura de las membranas del huevo. La valla puede entonces llegar á desaparecer por estiramiento y separación de las partes del corion replegadas, en cuyo caso la placenta circumvallata adquiere el mismo aspecto que otra cualquier placenta (véase figura 315). Esta clase de formación marginal se observa con la mayor frecuencia en la inserción del huevo cerca de la desembocadura de las trompas ó en el segmento inferior del útero.

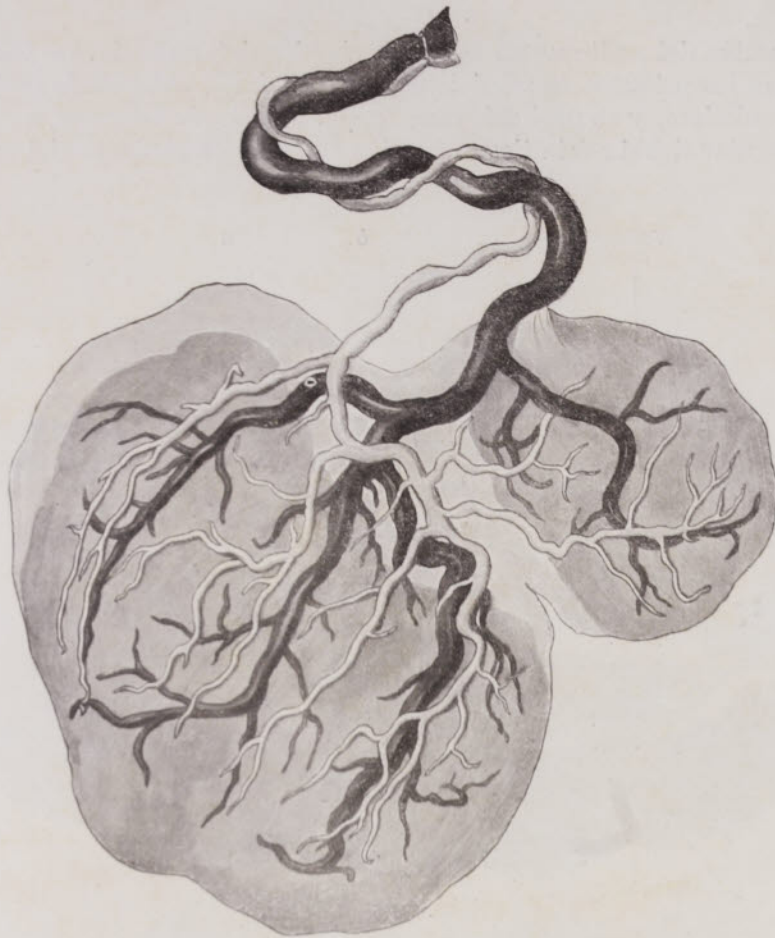


Fig. 313

Placenta con otra secundaria voluminosa, según HYRTL.

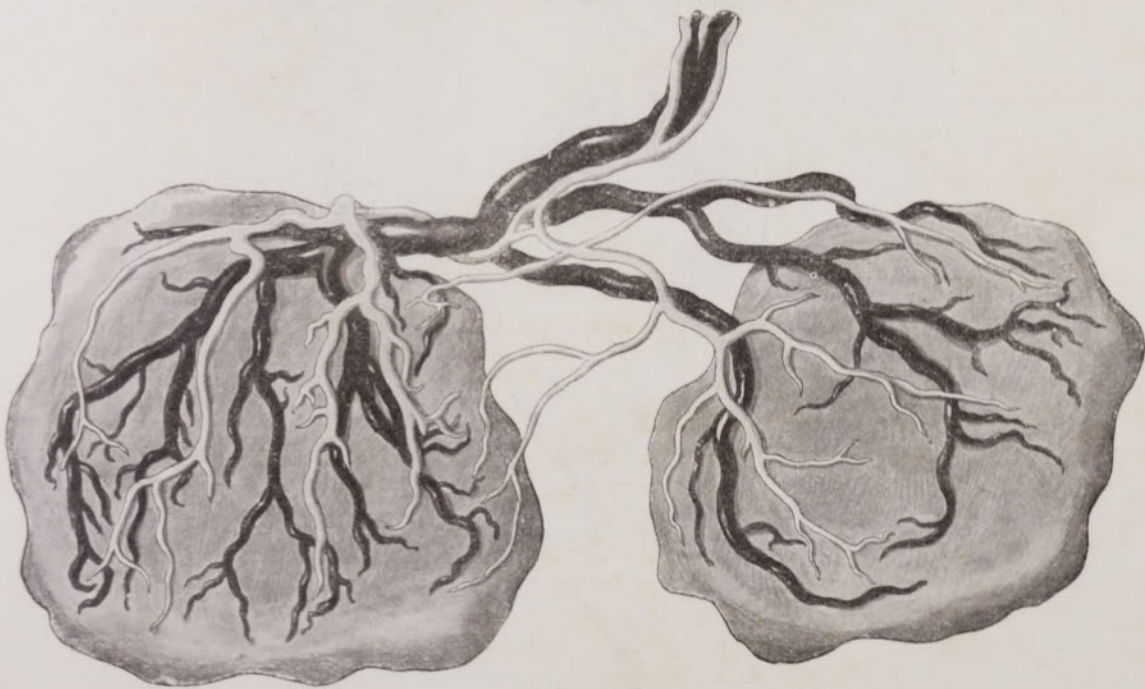


Fig. 314

Placenta dimidiata, según HYRTL. *Los vasos sanguíneos de la placenta humana*



La causa de la producción del repliegue no está todavía bien determinada. De todos modos es seguro que se verifica en los primeros meses del embarazo, todavía antes de la soldadura de la caduca refleja con la verdadera, y es probable que, en la mayoría de los casos, se trate de una replegadura del saco ovular debida á la desproporción entre el crecimiento del cuerno del útero

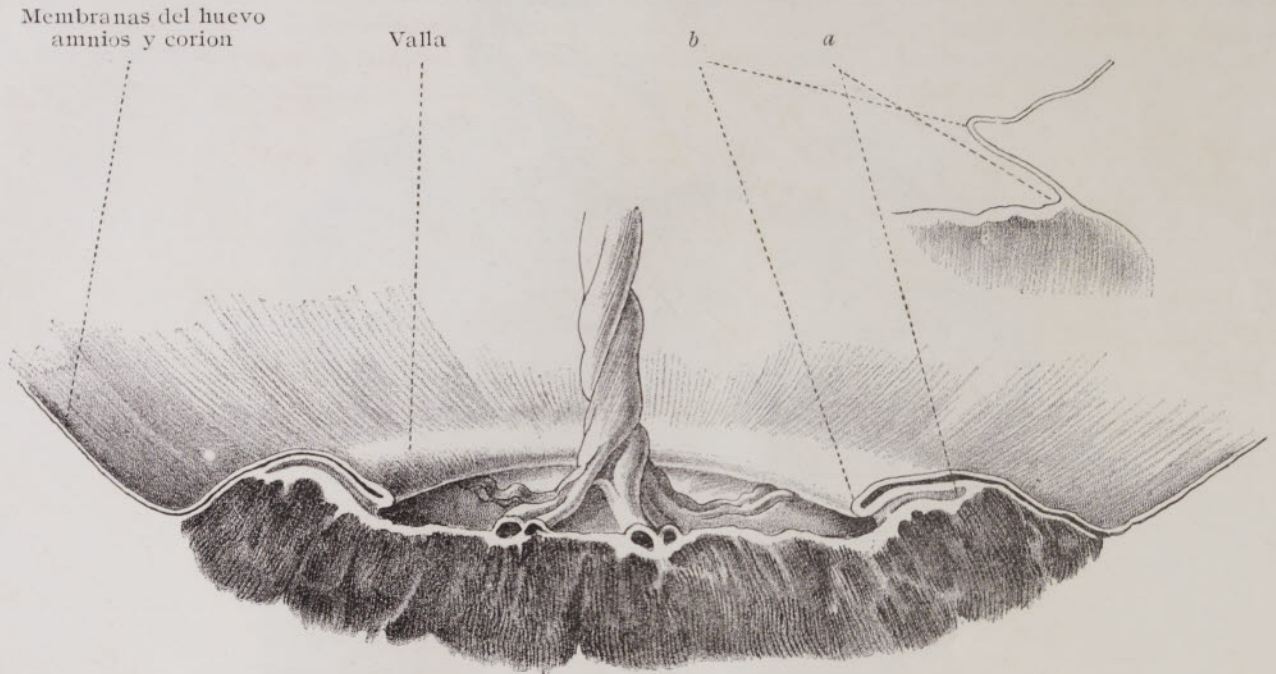


Fig. 315

Sección transversal de una placenta circumvallata

Se ve muy bien el repliegue de las membranas. En *a*, se encuentra el punto de reflexión externa; en *b*, el de la interna, demostrados ambos aisladamente en la parte alta de la figura

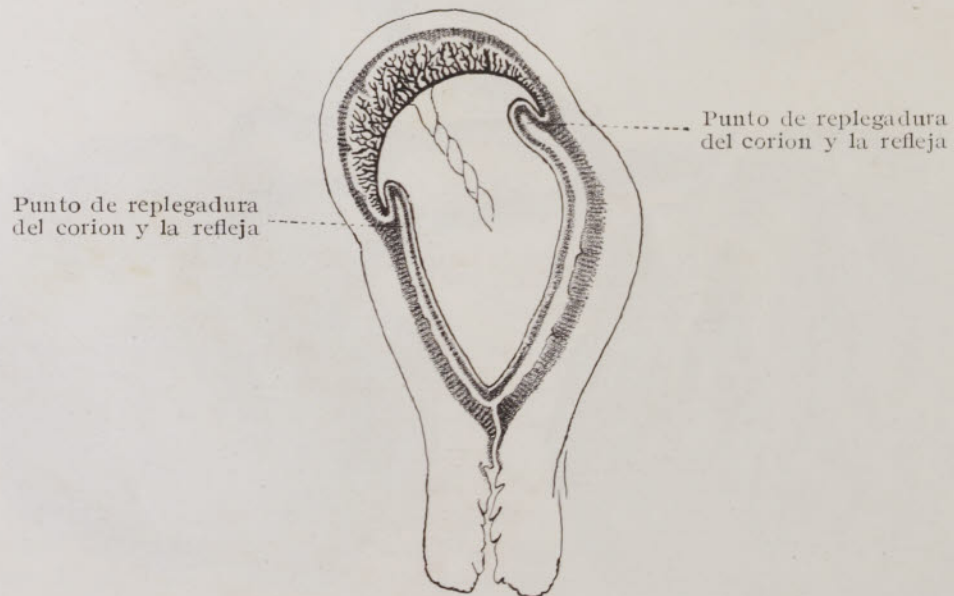


Fig. 316

Génesis de la *placenta marginata* y de la *circumvallata*

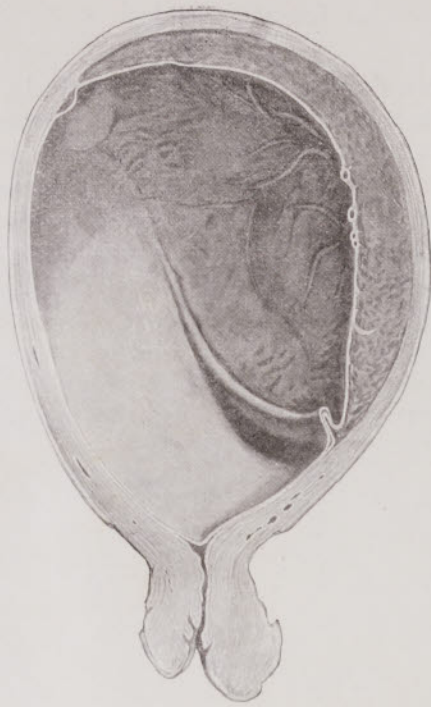


Fig. 317

*Placenta marginata* durante su desarrollo

El repliegue de las membranas ovulares se ve muy claramente en el perímetro inferior, pero no ha llegado todavía hasta la placenta

Preparación de la Clínica de la Caridad

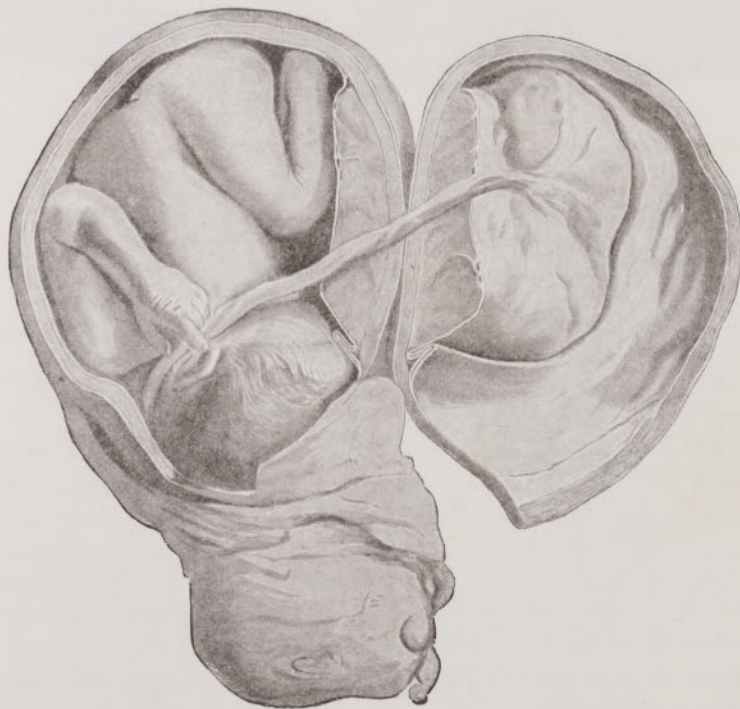


Fig. 318

*Placenta marginata* ya formada

El repliegue de las membranas del huevo ha alcanzado ya por todas partes la placenta, pero todavía no es reconocible como tal en el corte

Preparación de la Clínica de la Caridad



en que está implantada la placenta de una parte y el resto de la cavidad uterina de la otra. Como puede verse en la figura 316, se produce entonces una especie de intususcepción del huevo á nivel de la placenta que, por la resistencia que dicho huevo encuentra en la cavidad uterina poco distensible, se convierte en un verdadero doblez. Que esta explicación es exacta para una serie de casos, lo demuestran las preparaciones representadas en las figuras 317 y 318, en las cuales puede verse el modo de producción de una *placenta marginata* por el repliegue de las membranas ovulares sobre sí mismas, el cual puede verse muy claro en los diferentes periodos de su formación.

En otros casos la formación del margen es debida á que, en un vestigio de *corium frondosum* excesivamente reducido, el desarrollo de las vellosidades progresa en un punto inapropiado y correspondiendo á la necesidad de nutrición siempre creciente que tiene el feto, hay un abundan-

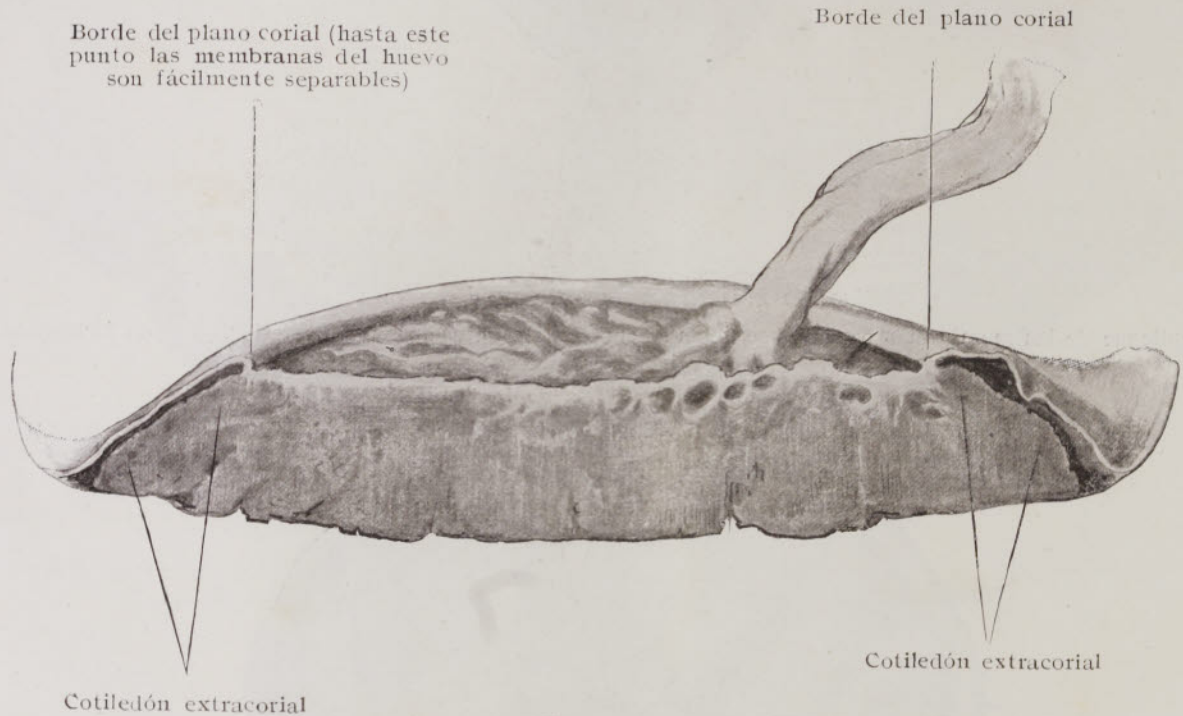


Fig. 319

Placenta marginata verdadera con desarrollo extracorial de los cotiledones marginales  
Sección practicada en una preparación endurecida

tísimo desarrollo de vellosidades que sobrepasando el insuficiente gran plano corial placentario penetran en la caduca verdadera parietal. Como demuestra la figura 319, se forman entonces cotiledones marginales extracoriorales, los cuales invierten la periferia de la placenta, produciendo por proliferación decidual y coagulación fibrinoide una especie de margen blanquecino que también puede colocarse hacia dentro, dando entonces á la placenta el aspecto de «*circumvallata*».

Se sabe de antiguo que el desprendimiento de la placenta marginata es difícil y que al verificarse la separación, se desgarran fácilmente las membranas á nivel del margen.

La *alteración de estructura* más común de la placenta es el llamado *infarto blanco*; con este nombre se designan unos nódulos amarillo blancuzcos que se encuentran en la cara fetal, «casi puede decirse» de todas las placentas y que, como ha observado FEHLING, son particularmente numerosas en los casos de nefritis de la madre. Estos nódulos se encuentran apretados debajo del corion y se hunden en forma de cuña en una cierta extensión del tejido placentario. La parte constitutiva principal del infarto está formada por fibrina dispuesta en haces ó canalizada, la cual llena los espacios intervellosos y comprende en su espesor gran número de vellosidades

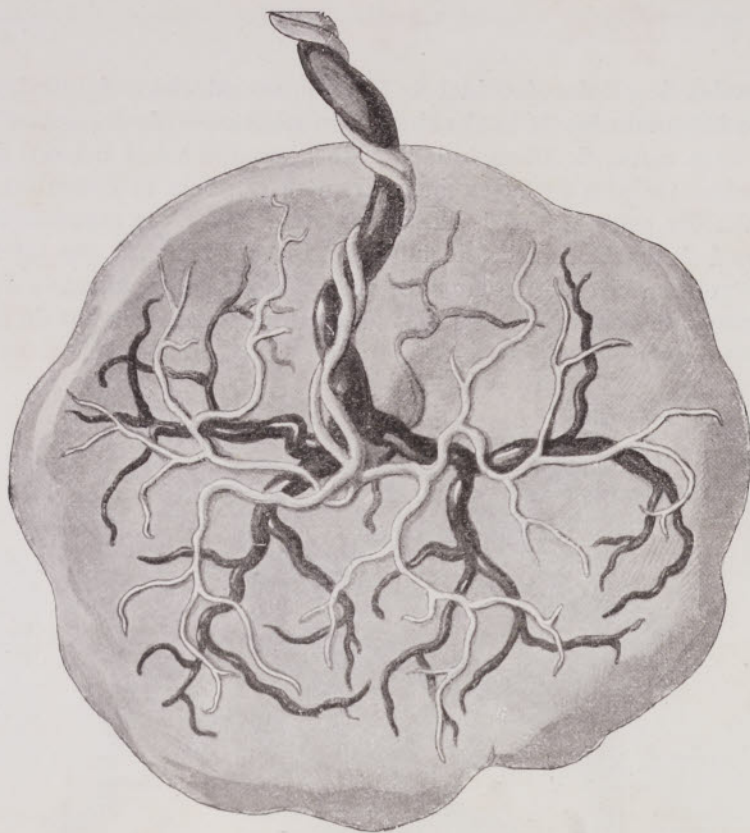


Fig. 320  
Inserción central normal del cordón

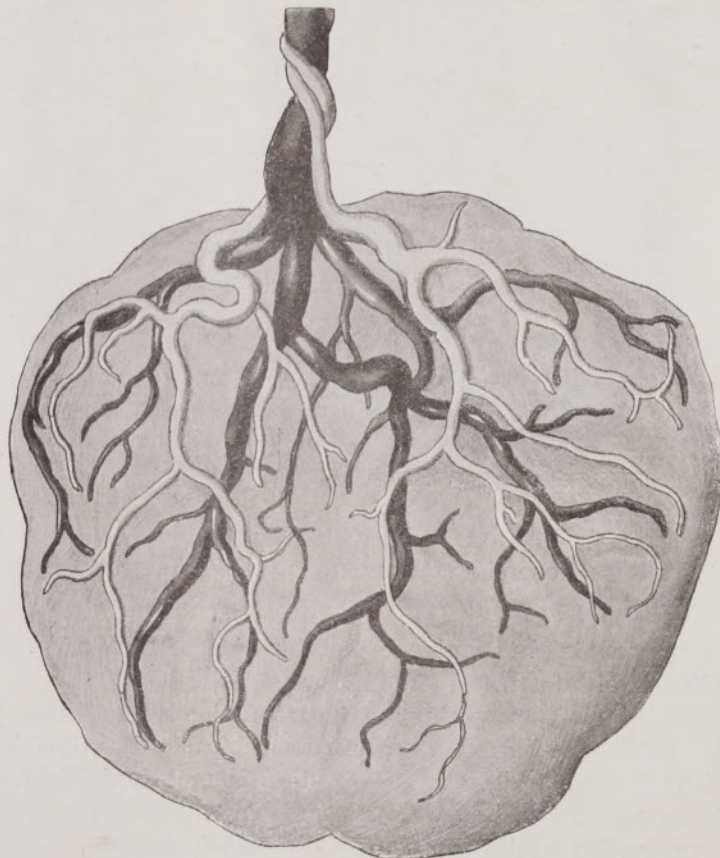


Fig. 321  
Inserción marginal del cordón



el amnios y el corion, antes de alcanzar el borde de la placenta. La inserción velamentosa puede ser peligrosa para el feto, si algunas ramas vasculares correspondientes al polo inferior del huevo se rompen durante el parto, en el momento de la dilatación del orificio uterino, puesto que, si la expulsión no es muy rápida, el feto puede morir desangrado.

Los *nudos falsos* del cordón son dilataciones varicosas de las venas umbilicales (fig. 325) ó circunvoluciones de las arterias que forman espirales y ovillos (figs. 323 y 324). Los *nudos verda-*

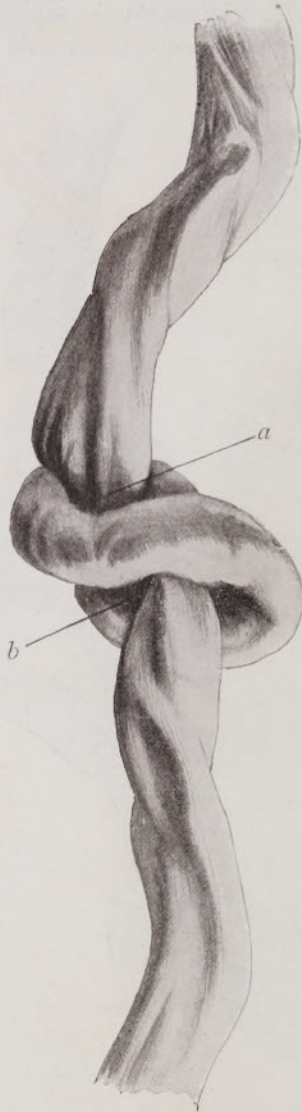


Fig. 326



Fig. 327

#### Nudos verdaderos del cordón

El feto fué expulsado muerto. En la fig. 327 el nudo está deshecho; en *a* y *b*, puede verse la estrangulación de los vasos

*deros*, por el contrario, resultan del paso del feto á través de una asa del cordón. Si este hecho se repite, pueden resultar nudos dobles y hasta «quirúrgicos». Como que el cordón está fijo por sus dos extremos, estos nudos verdaderos pueden constituir una complicación muy seria, y todavía más cuando son dobles. Si valiéndoos del maniquí tratáis de reproducir artificialmente uno de estos nudos, podréis ver inmediatamente que hay necesidad de imprimir al cuerpo del feto un conjunto de diversas rotaciones y movimientos. Hacia el término del embarazo, el feto no

suele gozar de tanta libertad para poder dar origen á la producción de nudos verdaderos. Hay, pues, necesidad de admitir que tales nudos se forman en una época anterior, cuando el cuerpo del feto es todavía tan pequeño en relación con la cantidad de líquido amniótico, que puede disfrutar de extensos movimientos. A medida que avanza el embarazo, ó durante el parto, cuando el cuerpo del feto abandona la cavidad uterina, estos nudos pueden ser estirados. En el primer caso, en los dos puntos en los cuales el nudo ejerce su compresión, desaparece la gelatina de Warton, formándose dos surcos profundos (figs. 326 y 327). Pero esto no sucede naturalmente cuando el nudo empieza á apretarse en el momento del parto y dura poco tiempo.

Los nudos que se aprietan en los últimos momentos del parto, muy poco antes de la expulsión del feto, no tienen importancia. Si, por el contrario, estos nudos son estirados ya durante el embarazo, y se hacen cada vez más estrechos, con los movimientos del feto pueden ocasionar tal reducción del calibre de los vasos que la circulación placentaria queda interrumpida y el feto muere.

Las *circulares del cordón umbilical* al rededor del cuello y de las extremidades del feto son extraordinariamente frecuentes, pues se las viene á observar una vez en cada cuatro partos. De ordinario no causan ningún perjuicio; únicamente cuando son numerosas, ó están muy apretadas, determinan un obstáculo á la circulación del cordón con las consecuencias antes mencionadas. Las fuertes circulares al rededor de las extremidades pueden impedir el desarrollo de la porción del miembro situado por debajo del asa y hasta determinar su separación completa. Por último, las numerosas circulares al rededor del cuello del feto pueden reducir la longitud del cordón hasta tal punto que ofrezca obstáculo á la salida de la cabeza; ésta desciende bajo la acción de las contracciones, pero durante la pausa vuelve á subir atraída por el cordón estirado. En estas condiciones ha sido observado el desprendimiento precoz de la placenta.

Si la salida de la cabeza se retrasa y la circular que rodea el cuello del feto es comprimida entre éste y el borde inferior de la sínfisis del pubis, el feto corre gran peligro de morir por asfixia, cuando el parto toca á su término y el occipital aparece ya en la vulva. En tales casos hay ocasiones en que la resistencia ofrecida por el cordón al desprendimiento de la cabeza, es difícil de vencer hasta con el forceps.

La torsión del cordón en espiral es un hecho normal; pero si las espirales son tan numerosas ó están tan próximas que reducen el calibre de los vasos, constituyen una condición patológica (*torsión exagerada*) que puede costar la vida al feto. Pero en la mayoría de los casos las torsiones exageradas que se encuentran en el cordón de los fetos macerados no son la causa de la muerte, sino que se han producido después de ésta. Hasta se ha observado en tales casos una completa detorsión del cordón reblandecido.

## Bibliografía

### *Anomalías de desarrollo del feto:*

HOHL, Die Geburten missgestalteter, kranker u. toter Kinder. Halle 1850. HERRGOTT, Des maladies foetales qui peuvent faire obstacle à l'accouch. Thèse, Paris 1878. G. VEIT, Ueber d. Leitung d. Geburt b. Doppelmissgeburten. Volk. Samml. klin. Vortr. 164—165, 1879. B. S. SCHULTZE, Demonstration eines Pygopagen. Verh. d. deutsch. Gesellschaft f. Gyn. II. BRAUNE, Die Doppelbindungen u. angeborenen Geschwülste d. Kreuzbeingegend. Leipzig 1862. BIRNBAUM, Klinik der Missbildungen und Kongenitalen Erkrankungen, Berlin 1909.

### *Crecimiento gigantesco, tumores, hidrocefalo:*

SCHILLING, Geburtsanomalien b. übermässiger Grösse der Frucht. Diss. Leipzig 1867. ETTINGHAUS, Ueber den Verlauf d. Geb. b. Riesenwuchs d. Kinder. Volk. Samml. klin. Vort. 358, 1903. A. MARTIN, Geburtsschwerung bei missgestalteter Früchte. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. I. WULFF, Kind von 8250 gr. u. 62 cm. Länge. Berl. klin. Wochenschr. 1878, Nr. 41. MARX, Ueber die geb. Bedeutung der übermässig. Entwicklung neugeb. Kinder. Diss. Erlangen 1893. H. DUBOIS, Les gros enfants au point de vue obstétr. Thèse, Paris 1897. Ausführl. Kasuistik. ROBERT, De l'ascite du foetus. Thèse, Strassburg 1870. WALTHER, Dystokie in Folge übermässiger Ausdehnung der fötalen Harnblase. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 27. NIEBERDING, Fötale Cystenniere. Verh. d. phys. med. Ges. Würzburg 1887. OESTERLEN, Doppels. Cys-



tenniere, ein Geb.-Hinderniss. N. Z. f. G. 8. 1840. KAUFMANN, Unters. über die sog. fötale Rachitis (Chondrodystroph. foetalis). Berlin 1892. AHLFELD, Geburtshinderniss durch Erweiterung von Ureteren des Fötus u. d. Blase. Arch. f. Gyn. 4 u. Ber. u. Arb. Bd. 2. BÖHR, Ueber Hydrocephalus. congenitus. Diss. Berl. 1868. SCHUCHARD, Die Schwierigkeit d. Diagnose u. d. Häufigkeit d. Uterusruptur b. föt. Hydrocephalus. Diss. Berlin 1884.

*Mola vesicular:*

BLOCH, Die Blasenmole. Freiburg i. B. 1869. VIRCHOW, Die krankhaften Geschwülste I. S. 405. STORCH, Fälle von sog. partiellem Myxom d. Placenta. Virchow's Arch. 72. MARCHAND, Ueber den Bau d. Blasenmole. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 32. KEHRER, Ueber Traubenmolen. Arch. f. Gyn. 45. v. d. HOEVEN, Ueber die Aetiologie d. Mola hydatidosa u. des sog. Decid. malig. Arch. f. Gyn. 62. KOSSMANN, Zur Geschichte d. Traubenmole. Arch. f. Gyn. 62. Bez d. Zusammenhangs von Blasenmole u. Decid. malignum resp. Chorionepitheliom siehe SÄNGER: Ueber Sarcoma uteri deciduo-cellulare und andere deciduale Geschwülste. Vert. d. deutsch. Ges. f. Gyn. IV. Congress, Argh. f. Gyn. 44. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 33. u. J. VEIT, Deciduoma malignum in VEIT'S, Handbuch d. Gyn. III 2. Aquí se encuentran extensos datos bibliográficos hasta 1908. RISEL, Das maligne Chorion epitheliom. Arb. aus d. path. Inst. Leipzig H. I. W. RISEL, Chorionepitheliome un chorionepitheliomähnliche Geschwülste etc. Ergebn. d. Pathol. Bd. XI, 2, 1907. SCHICKELE, Die Malignität der Blasenmole. Arch. f. Gyn. Bd. 78. 1906. DUNGER, Chorionepitheliom und Blasenmole. Beitr. z. pathol. Anatomie Bd. 37. 1905.

*Hidramnios:*

JUNGBLUTH, Zur Lehre vom Fruchtwasser u. seiner übermässigen Vermehrung. Arch. f. Gyn. IV. LEVISON, Fruchtwasser u. Hydramnios. Arch. f. Gyn. 9. S. 517. KÜSTNER, Zur Kenntniss d. Hydramnion und über Hydramnion bei eneiigen Zwillingen. Arch. f. Gyn. 10, 20 u. 21. CHARPENTIER, Akutes Hydramnion. Arch. de tocol. 1880, Juin. SCHATZ, Eine bes. Art von einseitiger Polyhydramnie etc. Arch. f. Gyn. 19 u klinische Beiträge z. Physiologie d. Fötus. Berlin 1900, ferner: die Gefässverbind. d. Placentarkreisläufe eineiiger Zwillinge etc. Arch. f. Gyn. 27. v. FRANQUÉ, Anat. u. klin. Beobachtungen über Placentarerkrankungen. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 28. WERTH, Einseitiges Hydramnion mit Oligohyd. d. zweiten Frucht etc. Arch. f. Gyn. 20. NIEBERDING, Z. Genese d. Hydramnion. Arch. f. Gyn. 20. S. 310. WOLFF, Ueber experimentelle Erzeugung von Hydramnion. Arch. f. Gyn. 65. 1904.

*Oligohidramnios:*

SCHÜLER, Primärer u. sekundärer Fruchtwassermangel. Diss. inaug. Marburg 1892. SIMONART, Arch. de la méd. Belge 1846. KLOTZ, Ueber amniot. Fäden u. Bänder. Diss. inaug. Leipzig 1868. FÜRST, Das Amnion u. seine Beziehung z. fötal. Missbildungen. Arch. f. Gyn. II. KÜSTNER, Ueber eine noch nicht bekannte Entstehungsursache amputirender amniotischer Fäden und Stränge. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 20. AHLFELD, Die Verwachsungen des Amnion an der Oberfläche der Frucht. Ber. u. Arb. Bd. 3. PINARD et VARNIER, Anat. obstétric. Paris, Steinheil. AHLFELD, Fruchtwasserschwind in der 2 Schwangerschaftshälfte Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 57. 1906.

*Anomalias de la placenta:*

HYRTL, Die Blutgefässe der menschl. Nachgebur. Wien 1870. HENNIG, Studien über d. Bau d. menschl. Plac. u. ihre Erkrankungen. ZILLES, Studien über Erkrank. d. Placenta, in SÄXINGERS, Mitth. aus d. Geb. Klinik zu Tübingen 1885. ACKERMANN, Der weisse Infarkt der Placenta. Virchow's Archiv. Bd. 96. STEPFECK, Der weisse Infarkt in HOFMEIER, Die menschl. Placenta. Wiesbaden 1890. v. FRANQUÉ, Anat. u. klin. Beobachtungen über Placentarerkrankungen. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 28. 1894. HITSCHMANN u. LINDENTHAL, Der weisse Infarkt der Placenta. Arch. f. Gyn. 69, III. EHRENDORFER, Cyst u. cystoide Bildungen der menschl. Nachgebur. Wien 1893. NIEBERGALL, Ueber Placentargeschwülste. Ausführl. Litteratur und Kasuistik. M. f. Geb. u. Gyn. 6. KÜSTNER, Zur Anatomie d. weissen Infarktes d. Placenta. Virchow's Arch. Bd. 106. KRUCKENBERG, Ueber die Entstehung d. Placenta marginata. Arch. f. Gyn. 27. v. HERFF, Beitr. z. Lehre v. d. Placenta u. v. d. mütterl. Eihüllen. 1. Die Wachstumsrichtung d. Plac., insbes. die der Placenta circumvallata. Z. f. Geb. u. Gyn. 35, con abundantes datos literarios, además: Bemerk. z. Anatomie u. Entwicklung der Plac. circumvallata. Abhandl. d. naturforsch. Ges. Halle. Bd. 20. u. Hegars Beiträge 12. 1907. LIEPMANN, Ueber die Aetiologie d. Plac. circumvallata. Arch. f. Gyn. 80. 1906. SFAMENI, Die Plac. marg. und ihre Entstehung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 28. 1908. R. MEYER, Zur Anatomie u. Entstehung der Plac. marginata sur partim extrachorialis. Arch. f. Gyn. 1909. Bd. 89. KROEMER, Störungen der Deciduaspaltung etc. C. f. Gyn. 1907. FUNCK, Le Placenta marginé. Annales de Gyn. et d'Obstétr. Septembre 1910. KERMANNER, Angiom der Plazenta. Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. 27. S. 374. 1908. DIENST, Ueber den Bau und klinische Beobachtungen der Placentargeschwülste. Beitr. z. pathol. Anat. Bd. 48. 1903. KRAUS, Angiom der Plazenta Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1903. Bd. 50 (14 casos). SCHICKELE, Zur Kenntnis der Angioma der Plazenta. Arch. f. Gyn. Bd. 84. 1908. SCHICKELE, Der sogen. weisse Infarkt der Plazenta. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37, und Die Chorionektodermwucherungen, etc. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 10. 1905 und Studien zur Pathologie der menschlichen Plazenta. Beitr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 12. 1907. BAISCH, Zur pathol. Anatomie d. Placenta aureta. Arb. a. d. path. Institut. Tübingen. Heft. 6. 1908. BILAND, Ueber die subchorialen Cysten der menschlichen Plazenta. Beitr. z. path. Anat. Bd. 40. 1906 (Bibliografia). FRUHINSHOLZ, Ueber Entzünd. u. Esterung in Eihäuten. Soc. d'obstet. gyn. paediatr. Paris 8 Juli 1907. (Bibliografia). PITHA, Ueber Placentarpolypen Zentr. f. Gyn. 1906. S. 590. (Bibliografia). PITHA, Les tumeurs de la placenta. Annd. gyn et d'obstétr. Avril-Juin 1906. O. THOMSON, pathol. anatom. Verander, in der Nachgebur. bei Syphilis. Beitr. z. pathol. Anat. Bd. 38. 1905.

*Anomalías del cordón umbilical:*

CHANTREUIL, Des Dispositions du Cordon, qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouch. Thèse, Paris 1875. HYRTL, Blutgef. d. menschl. Nachgeburt. Wien 1870. B. S. SCHULTZE, Jenaische Ztschr. f. Med. u. Nat. 1867. 3 Bd. AHLFELD, Ueber Entstehung d. Insertio centralis, velamentosa und d. SCHULTZE'sche Falte. Berichte u. Arb. II. HECKER, Ueber wahre Knoten d. Nabelschnur. Arch. f. Gyn. 20. BLUME, Zur Kasuistik d. Torsion und Umschlingung der Nabelschnur. Diss. Marburg 1869. KEHRER, Die Torsionen des Nabelstranges. Arch. f. Gyn. 13. SCHAUTA, Zur Lehre v. d. Torsion d. Nabelschnur. Arch. f. Gyn. 17.



## Lección XVIII

Interrupción prematura del embarazo: aborto, parto prematuro.—Causas y frecuencia.—Mecanismo y curso.—Complicaciones: hemorragias, aborto prolongado, molas sanguínea y carnosas; «missed abortion», aborto incompleto, pólipo placentario, abortos pútrido y séptico.—Diagnóstico.—Terapéutica: método expectante, taponamiento, enucleación manual; curetaje.—Cuidados á los fetos no maduros

SEÑORES: En el curso de nuestros estudios hemos tenido ocasiones repetidas de mencionar la interrupción del embarazo en una época prematura; ya es tiempo, pues, de que estudiemos más de cerca este fenómeno, ocupándonos de los síntomas que acompañan á la expulsión del huevo que no ha llegado todavía á término, en oposición á los que son propios de la terminación normal de la gestación.

Si la interrupción del embarazo tiene lugar en una época en la cual el producto de la concepción no es todavía viable, se dice que hay *aborto*; si el desarrollo del feto es tal que le permita vivir separado de la madre, se hablará de parto *prematuro*. El límite de éste se encuentra en la 28 semana del embarazo. Los fetos nacidos antes de este tiempo, cuya longitud es inferior á 35 centímetros y su peso menor de 1.300 gramos, mueren prontamente por debilidad congénita. Los pocos casos en los cuales se han podido salvar fetos de 26 á 27 semanas y con un peso de 900 á 1.200 gramos, son excepciones muy raras que no invalidan para nada esta regla. Los niños nacidos después de la 28 semana pueden sobrevivir; pero antes de la 32 no es esto muy probable, aun cuando sean objeto de los más asiduos cuidados; á partir de esta época, por el contrario, las probabilidades de vida aumentan tanto que ya se puede contar con ella con cierta seguridad. Excepcionalmente el desarrollo del feto puede hacer progresos tan rápidos, que ya á la 36 y hasta á la 34 semana del embarazo nacen fetos que parecen completamente maduros tanto por su peso como por su longitud;

en estos casos que, por lo demás, son muy raros, se habla de «*embarazo precoz*» y de «*parto prematuro á término*».

Hemos estudiado la mayor parte de las múltiples causas que pueden determinar la interrupción del embarazo. Estas son las *anomalías y los estados morbosos del organismo materno, del feto y de sus anexos*, que ya hemos estudiado detalladamente en los capítulos precedentes, y no hemos de ocuparnos de nuevo de ellos. Indicaremos tan sólo en este momento que su desastrosa influencia sobre el embarazo se manifiesta de dos modos. Una parte, como, por ejemplo, la mayoría de los procesos acompañados de intensa fiebre, las inflamaciones, los cambios de situación y los tumores del útero, interrumpen el embarazo, provocando hemorragias y contracciones prematuras que determinan el desprendimiento y la expulsión del huevo. El feto permanece sin experimentar ninguna alteración y puede nacer vivo. Otra serie de afecciones—recordaré las enfermedades infecciosas y principalmente la sífilis—matan primeramente el feto y su expulsión es consecuencia de la muerte. Si la influencia morbosa obra también en los embarazos sucesivos, pueden sobrevenir repetidas interrupciones, como ocurre en la afección sífilítica y en las alteraciones locales del útero; retroflexiones, adherencias, dislaceraciones cervicales ó miomas. Se habla de «*aborto habitual*» ó de «*parto prematuro habitual*», respectivamente, en aquellos casos raros y notables en los cuales de un modo habitual y con repetición tiene lugar la muerte y expulsión del feto en una época determinada del embarazo, sin que pueda encontrarse la causa de tal fenómeno.

Son causas frecuentes de este hecho, las *influencias traumáticas* de diferentes géneros: en las mujeres sensibles, basta en ciertas circunstancias una intensa excitación psíquica, un susto, etc., para hacer que se presenten contracciones, hemorragias y el aborto. No son conocidas las vías nerviosas por las cuales se transmite el reflejo al útero; pero el hecho en sí no deja lugar á la duda y encuentra su equivalencia en el modo de obrar de las influencias análogas sobre el útero menstruante. Resulta sumamente clara la acción de los traumatismos directos sobre el útero, tales como las caídas ó los golpes á la región hipogástrica, que determinan una conmoción del cuerpo, así como la acción exagerada de la presión abdominal continuada por largo tiempo, etc. La hemorragia que en estas condiciones se presenta indica la lesión y desprendimiento del huevo, que ha sido la causa inmediata de que se inicie el aborto. Con cierta frecuencia sobreviene éste como consecuencia de heridas ú operaciones quirúrgicas sufridas por la madre, especialmente cuando se acompañan de fenómenos de *shock*, hemorragia abundante, fiebre ó septicemia. Pero es sorprendente la tolerancia relativa que existe hasta para las operaciones graves que recaen sobre el cuerpo del útero grávido, mas no así las que se ejecutan sobre el cuello, la vagina, los órganos genitales externos, las glándulas mamarias y el apéndice, las cuales, como enseña la experiencia, originan, con gran facilidad, la iniciación de contracciones peligrosas de la víscera.

Son características, en su clase, las lesiones que se encuentran no raras veces



en el *aborto criminal*. Los instrumentos introducidos en los órganos genitales por una mano inexperta con objeto de interrumpir el embarazo siguen con facilidad una falsa vía; su punta, en vez de ir por el camino directo hacia el huevo, penetra en los fondos de saco vaginales ó en el canal cervical, y si se ejerce cierta fuerza, puede penetrar en la cavidad abdominal, atravesando el fondo de saco de DOUGLAS. Con mucha mayor frecuencia que por los medios mecánicos, se intenta provocar el aborto por los medicamentos. No existen substancias que, administradas al interior, tengan por acción específica la expulsión del feto. Aquellas que gozan de tal fama, como la tintura de canela, el romero, el azafrán, etc., ó son completamente ineficaces, ú obran solamente cuando son administradas á dosis capaces de ocasionar una grave intoxicación del organismo de la mujer. Pertenecen á esta última categoría la sabina, el cornezuelo de centeno, la quinina, las cantáridas, el sen, el áloes y otros drásticos ó venenos.

Al gran número de causas corresponde la *frecuencia* de la interrupción prematura del embarazo. Según los cálculos bien fundamentados de HEGAR, hay que admitir que entre 8 ó 10 partos á término se presenta un aborto, y esta cifra queda todavía por debajo de la realidad, puesto que la expulsión del huevo, durante las primeras semanas, pasa con frecuencia inadvertida. Es bien raro que una mujer con facilidad para la concepción y que haya tenido varios hijos, no haya padecido algún aborto intercalado entre los partos á término.

#### *El curso y mecanismo*

de la evacuación prematura del útero grávido dependen del desarrollo que ha alcanzado el huevo al iniciarse su desprendimiento. Si comparáis entre sí las diferentes secciones practicadas sobre el útero grávido en los diversos meses del embarazo, reconoceréis fácilmente que á medida que avanza la gestación, la unión del huevo con la pared uterina experimenta notables modificaciones que influyen de un modo decisivo sobre el mecanismo de la expulsión.

En los *tres primeros meses*, el producto de la concepción apenas si ha de ser tenido en cuenta como objeto de la expulsión. También un feto de tres meses atraviesa sin ninguna dificultad por el canal cervical, cuya dilatación no excede del grueso de un dedo. Por el contrario, en esta época la mucosa uterina está en activa proliferación, y representa una gruesa capa de tejido muy laxo y frágil. Las contracciones de la pared muscular del útero provocan, en primer término, el desprendimiento de la caduca que, dada su gran riqueza vascular, va siempre acompañada de hemorragia. Mientras que las contracciones uterinas dilatan el conducto cervical lo suficiente para que pueda pasar el huevo, la caduca se desprende en toda su extensión de la superficie interna de la cavidad uterina. Así sucede, por regla general, *que en el aborto que sobreviene en los primeros meses del embarazo, el huevo es expulsado intacto y envuelto en la caduca verdadera.*

Las figs. 328 y 329 ponen de manifiesto el modo de desprenderse el huevo en el segundo mes. Podéis ver en ellas de qué manera, bajo la acción de las contracciones, las deciduas serotina y verdadera se desprenden circularmente.

Una vez que, por este mecanismo, el huevo ha quedado libre en la cavidad uterina, constituyendo una especie de cuerpo extraño, y que el canal cervical se ha abierto, penetra en este último, y en las múltiparas cae inmediatamente en la vagina,

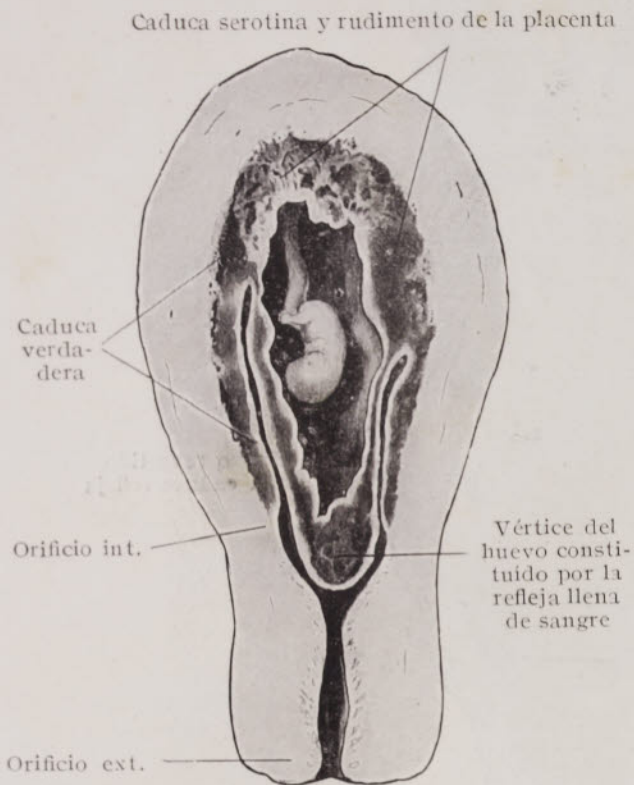


Fig. 328

Aborto en el segundo mes

Desprendimiento de las caducas serotina y verdadera, dilatación inicial del canal cervical

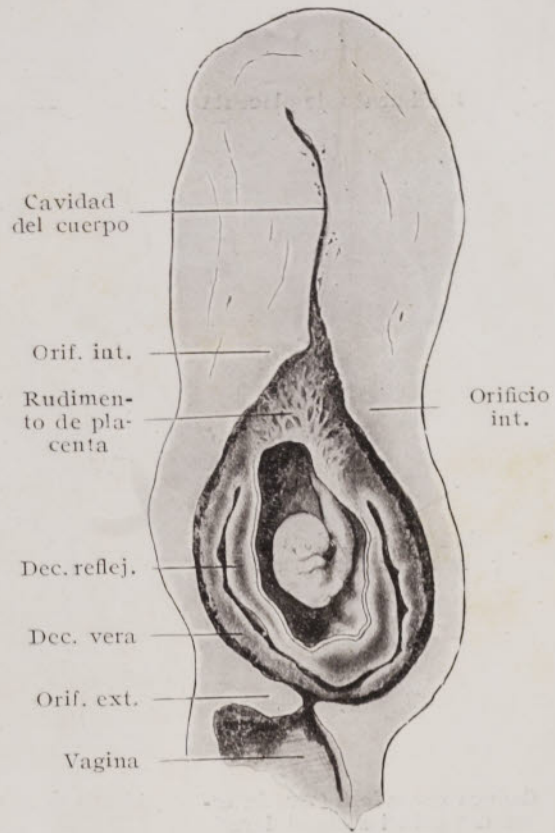


Fig. 329

Aborto en el segundo mes

El huevo, completamente desprendido, ha penetrado en el cuello dilatado (*aborto cervical*.)

atravesando el orificio externo dilatado. En las mujeres que no han parido todavía, el orificio externo presenta con frecuencia una resistencia mucho mayor á las contracciones, y el huevo, después de haberse desprendido de la cavidad del cuerpo, permanece, durante algún tiempo, en la del cuello. Este estado (fig. 329) es el que se designa con el nombre de *«aborto cervical»*; la dilatación digital del orificio externo basta para lograr el paso á la vagina del huevo envuelto en la caduca.

En el aborto al tercer mes, las cosas pueden evolucionar del mismo modo; el mecanismo de expulsión está muy bien representado en la hermosa fig. 330 que reproducimos á continuación, tomándola de la obra de HUNTER. Con frecuencia, á partir de la segunda mitad del tercer mes, el mecanismo puede distribuirse en



tres períodos sucesivos, según puede verse en las figs. 332-334; el polo inferior del saco ovular ha penetrado ya en el canal cervical dilatado en forma de embudo, mientras que el desprendimiento ha comenzado en el punto de implantación de la placenta, y la caduca verdadera está todavía adherida á la mayor parte de su superficie. A medida que va aumentando la dilatación del cuello, el polo inferior del huevo penetra en la vagina y progresa el desprendimiento de la superficie ute-

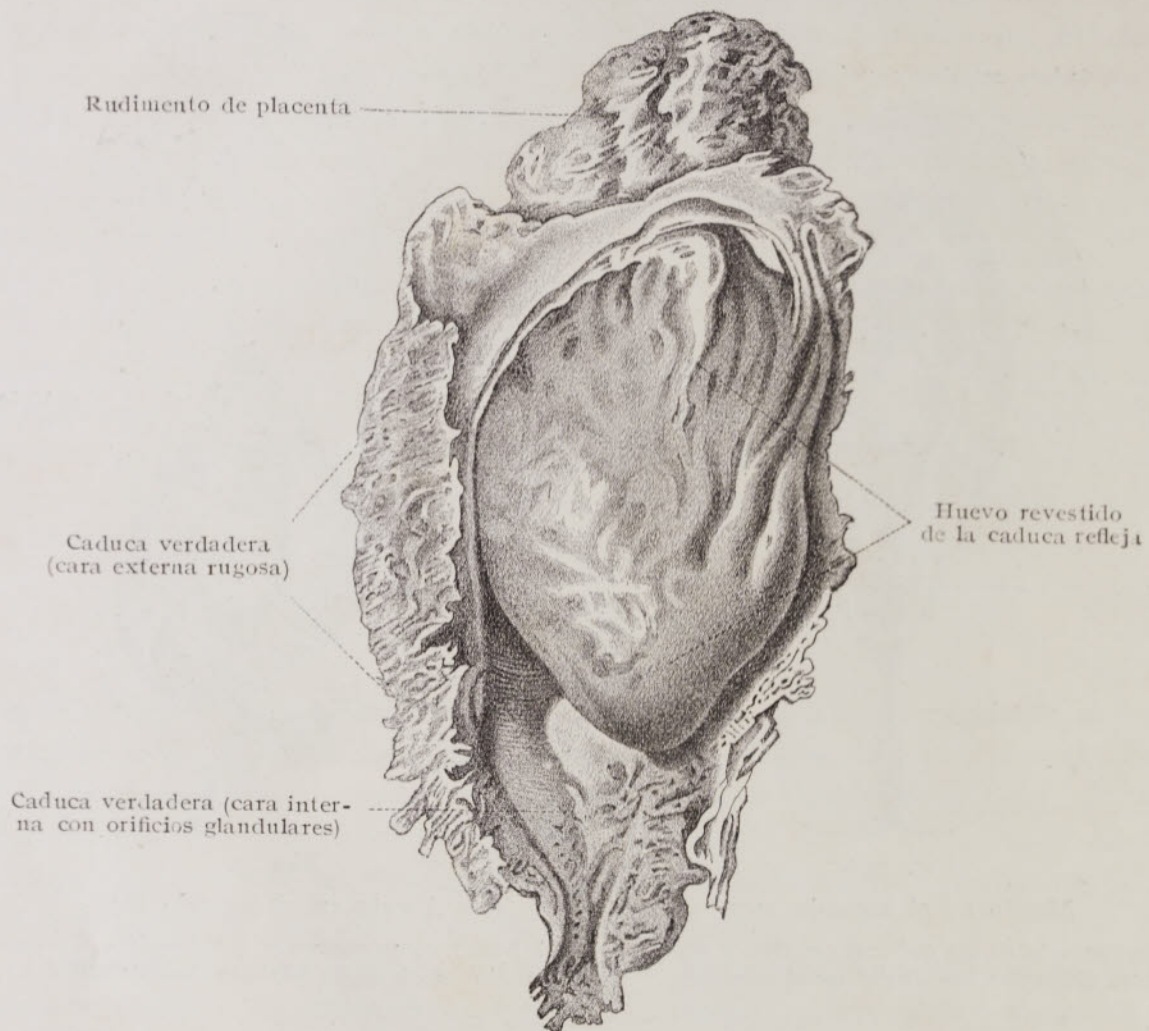


Fig. 330

Huevo abortivo en el tercer mes. Según HUNTER. *Anat. ut. hum. gravid.*

rina por la tracción ejercida por la parte inferior del huevo que va descendiendo cada vez más. El desprendimiento ofrece especiales dificultades en aquellas porciones de placenta que corresponden al ángulo tubario. Al menos se observa con mucha frecuencia que huevos completamente desprendidos están adheridos tan sólo en este punto. Cuando, finalmente, ha tenido lugar el total desprendimiento (fig. 334), la parte del huevo que se encuentra en la vagina revestida por la refleja concluye por arrastrar también la caduca verdadera con la placenta.

A partir del 4.º mes del embarazo, la caduca verdadera empieza su fase regresiva, y al 5.º mes está ya muy adelgazada, pobre de vasos y soldada completamente con la refleja. En su consecuencia, la acción de las contracciones es bastante menos sentida por la mucosa, la hemorragia tiene una importancia mucho menor, la decida se mantiene al principio unida á la pared muscular y el feto no es expulsado

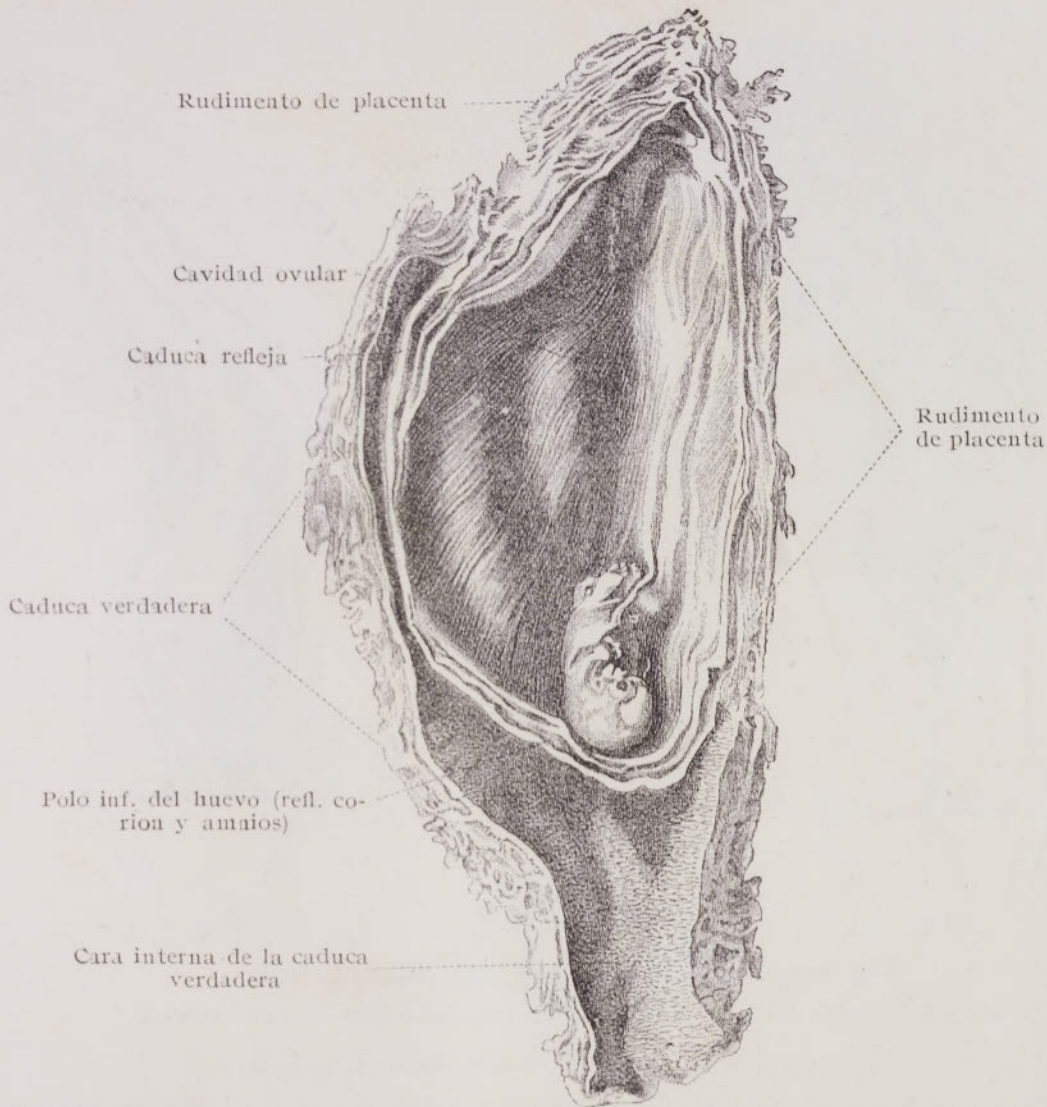


Fig. 331

El mismo huevo de la fig. 330, en sección

envuelto en las membranas, sino que sale por sí solo, después de la dilatación del cuello y la rotura de estas últimas. A continuación es expulsado el saco ovular con la placenta y, después de un nuevo intervalo, la caduca en forma de grandes colgajos.

En la segunda mitad del embarazo, la evacuación del útero se parece más al esquema del parto á término: después de la dilatación del cuello aparece la bolsa de las aguas, ésta se rompe, y luego es expulsado el feto y más tarde la placenta con



las membranas. Como que hasta el 7.º mes la situación del feto en el útero es muy variable, los fetos suelen presentarse de muy diversos modos, siendo muy frecuente observar anomalías en el mecanismo de la expulsión que son debidas á la pequeñez del feto. Observaréis, finalmente, que el desprendimiento de la placenta necesita, las más de las veces, largo tiempo para efectuarse, lo que se explica porque en esta época la adherencia es todavía más fuerte é íntima que al término del embarazo.

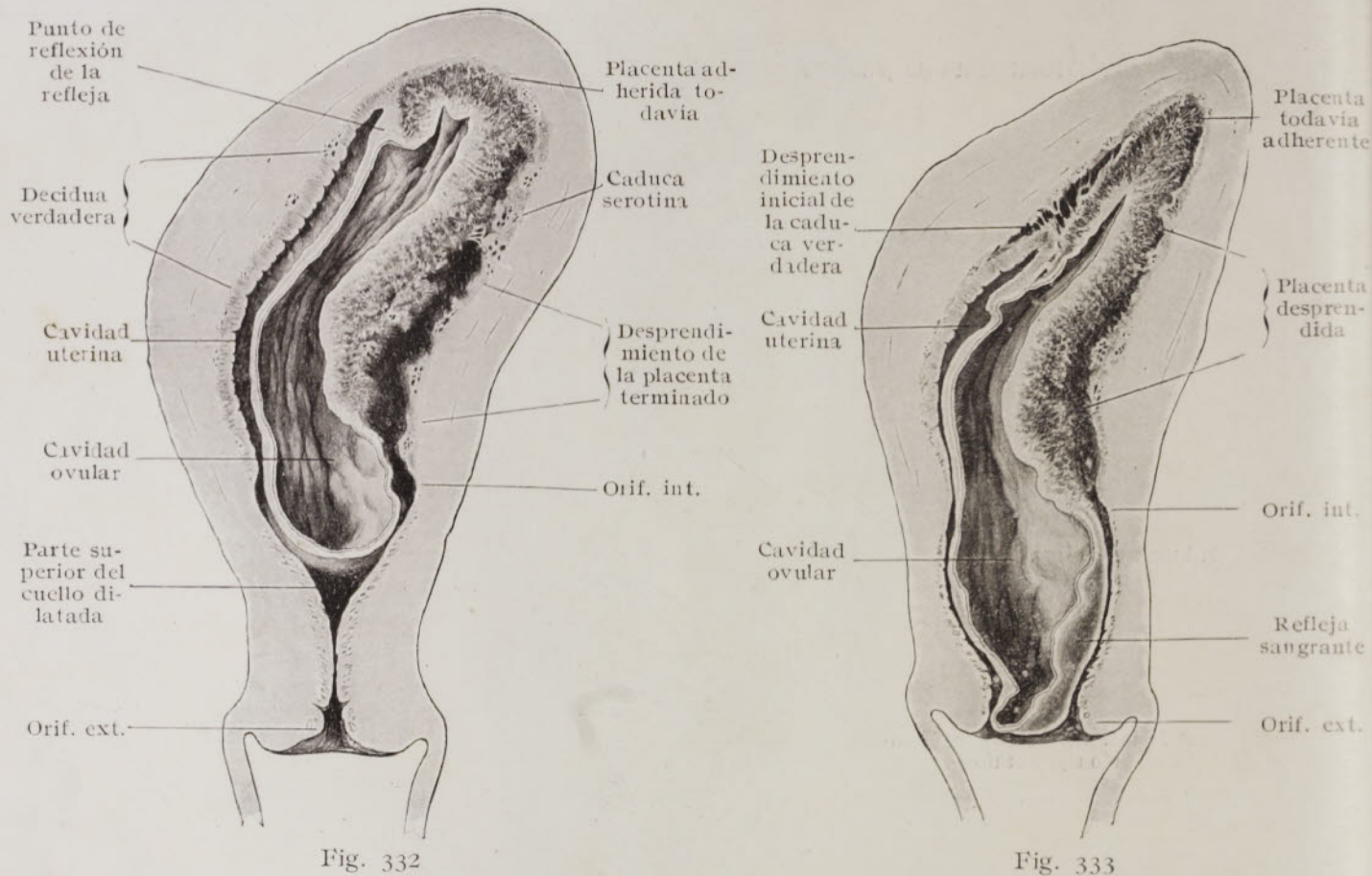


Fig. 332

Fig. 333

Fig. 332. Aborto en el tercer mes. Primer período

Desprendimiento inicial de la placenta y desplegamiento del canal cervical

Fig. 333. Aborto en el tercer mes. Segundo período

El desprendimiento de la placenta está terminado hasta el ángulo tubario; principia el desprendimiento de la caduca verdadera; el cuello dilatado contiene el polo inferior del polo ovular

Hasta aquí os he descrito la marcha típica y, por así decir, normal de la interrupción prematura del embarazo. Pero no son raras las desviaciones de estos tipos que provocan graves y hasta peligrosas

### Complicaciones

Son dignas de mención, en primer término, las hemorragias abundantes que se observan algunas veces hasta en un aborto al segundo mes. La sangre sale conti-

nuamentè por los órganos genitales, ó bien son expulsados, uno después de otro, grandes coágulos de reciente formación, y cuando el médico llega á prestar auxilio, la mujer se encuentra ya muy anémica, lipotímica y casi sin pulso. Afortunadamente, la hemorragia tiende las más de las veces á detenerse espontáneamente por el descenso de la presión sanguínea; así es que la muerte por hemorragia en el aborto

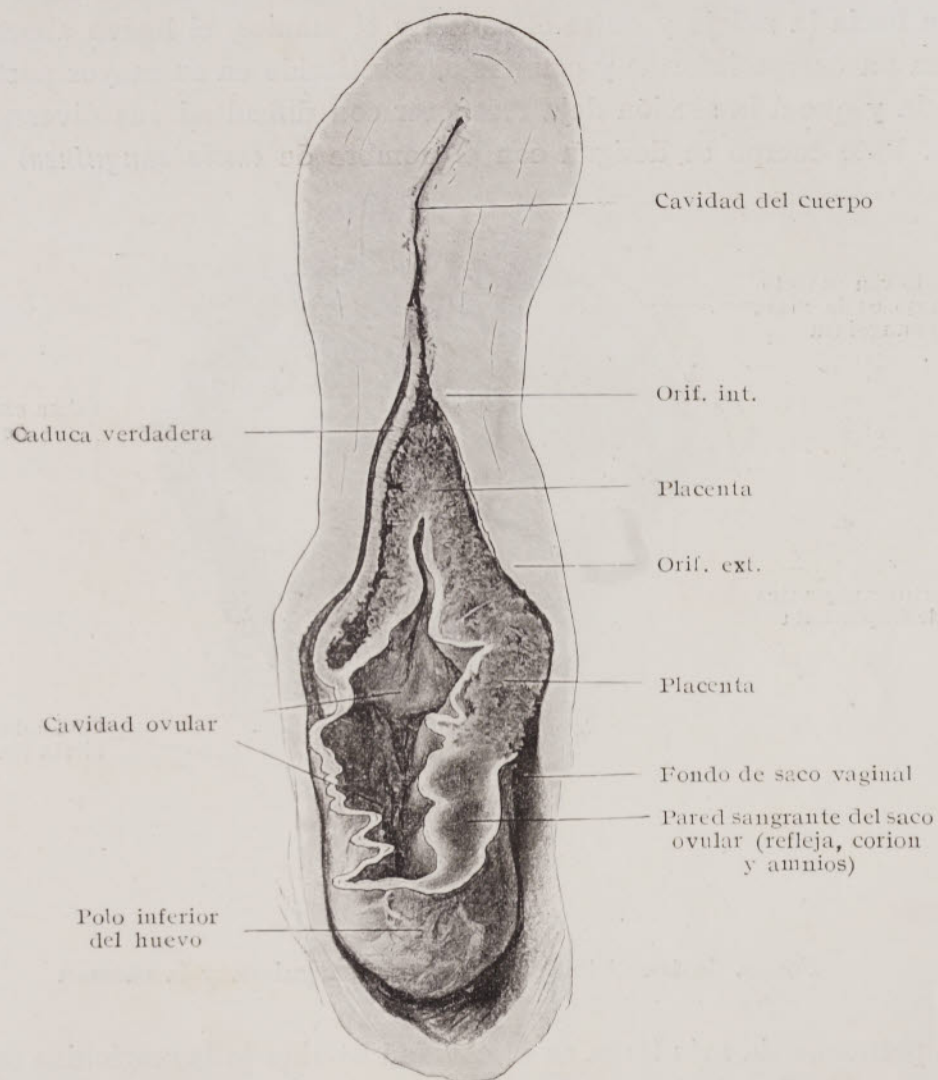


Fig. 334

## Aborto en el tercer mes. Tercer período

El huevo desprendido, expulsado del útero, ocupa el canal cervical y el fondo de saco de la vagina y arrastra tras sí la caduca verdadera

pertenece á las excepciones más raras. Las heridas del punto de implantación de la placenta producidas por la introducción de instrumentos, la inserción baja de la misma, la endometritis fungosa, la mola vesicular destructora, la relajación del útero y la falta de contracciones en la metritis crónica son las causas más frecuentes de tales hemorragias agudas.



Las pérdidas sanguíneas, aun cuando no sean muy abundantes, pueden determinar una anemia intensa cuando persisten largo tiempo. Esto ocurre en el «*aborto prolongado*» cuando la expulsión del huevo se retarda mucho y necesita hasta semanas para completarse. En estos casos, además de la hemorragia externa, hay también acúmulo de sangre en el huevo mismo; la decidua verdadera y la serotina presentan de ordinario muchas extravasaciones sanguíneas. Si la sangre se abre paso también hacia la refleja y entre el corion y el amnios, el huevo abortivo se transforma en un cuerpo informe y compacto, constituido en su mayor parte por sangre coagulada y que á la sección deja reconocer con dificultad sus diversas capas anatómicas. Este cuerpo se designa con el nombre de «*mola sanguínea*» (fig. 335). Si

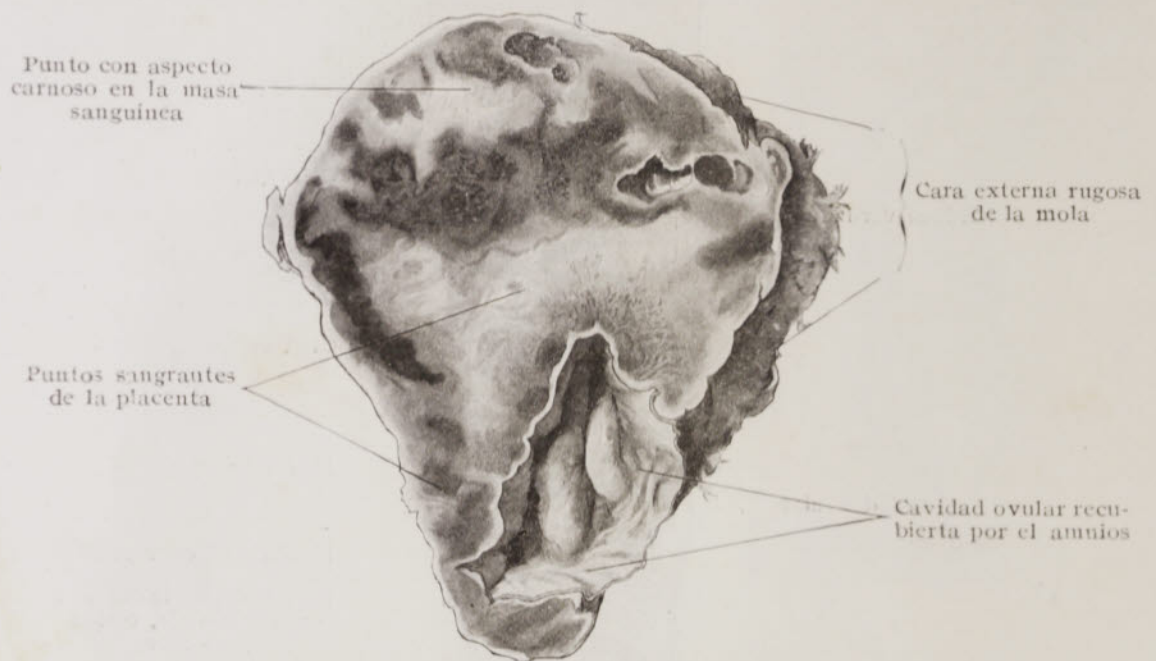


Fig. 335

Forma de transición entre la mola sanguínea y la carnosa

por una permanencia más larga en la cavidad uterina la hemoglobina se difunde, la masa toma un color de laca claro y se designa con el nombre de «*mola carnosa*».

Si el huevo abortivo hemorrágico es retenido durante semanas, resultará un curso muy notable que los ingleses designan con el nombre de «*missed abortion*» ó en alemán «*verhaltene Fehlgeburt*» (aborto suspendido). Los dolores y las hemorragias cesan completamente después de un tiempo más ó menos largo; el cuello, ya en vías de dilatación, vuelve á contraerse y el huevo ya muerto permanece en el interior de la cavidad uterina durante meses, ó acaso hasta el término normal de la gestación, sin dar señales de su existencia. Durante este tiempo, el líquido amniótico se ha reabsorbido, el producto de la concepción se retrae, mientras que la placenta, que ha quedado adherida á la pared uterina, toma de ésta su nutrición, y continúa

creciendo durante algún tiempo, hasta que en el momento de la expulsión se la encuentra exangüe, pero bien conservada.

Es extraordinariamente frecuente en el aborto que el producto de la concepción sea expulsado con la refleja, mientras que una parte de la placenta y la caduca verdadera quedan retenidas en el útero (*aborto incompleto*). De ordinario, se encuentran en estos casos grandes porciones de tejido placentario adherentes á un ángulo tubario del útero, mientras que los restos de la decidua revisten como masas blan-

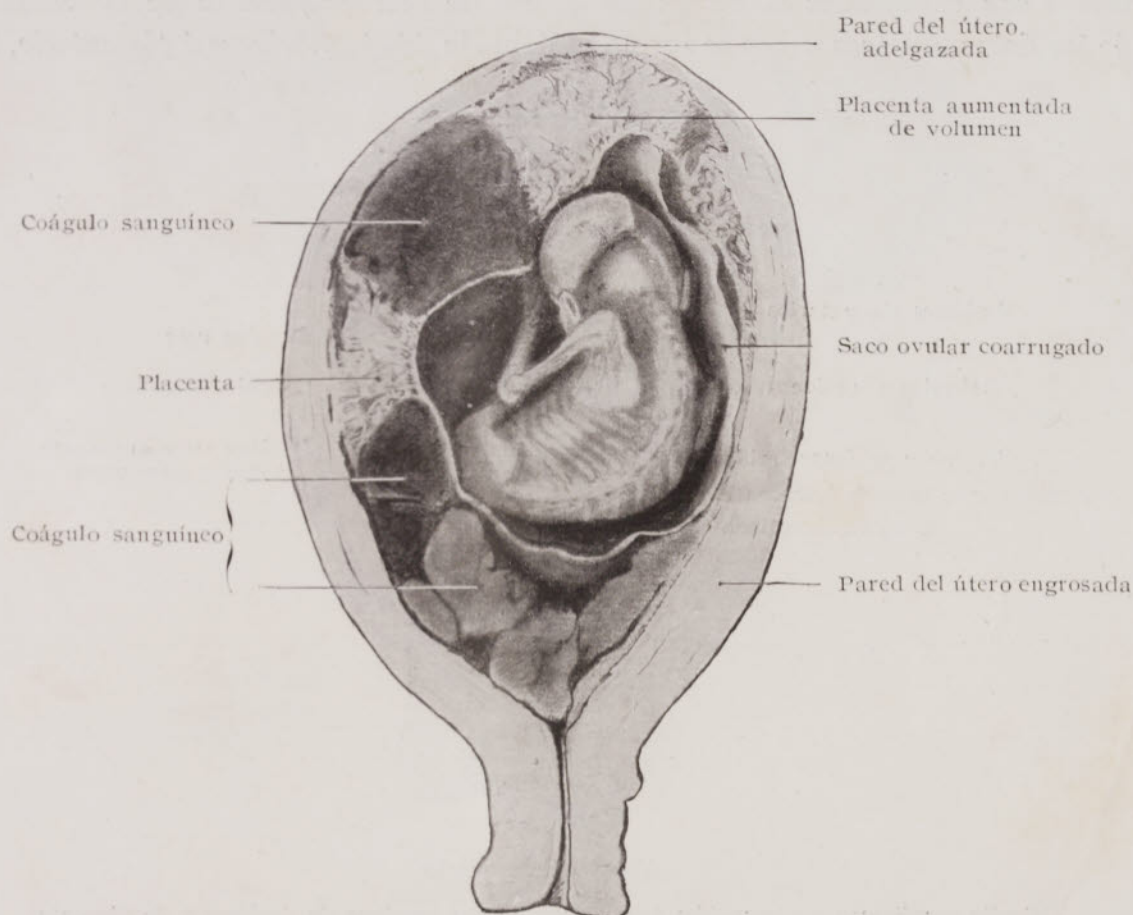


Fig. 336

Utero con el producto de la concepción retenido (*Missed abortion*)

Preparación de la clínica obstétrica de la Universidad en la Caridad de Berlín

duzcas la pared anterior ó la posterior del útero. La retención de los residuos ovulares, por más que, sin duda, puede ocurrir en abortos completamente espontáneos, es más frecuente, como consecuencia de intervenciones intrauterinas que lesionan el huevo, ó cuando éste es desgarrado por tracciones intempestivas, durante la expulsión.

Las consecuencias de la retención de residuos de la placenta y de las membranas, dependen de las circunstancias. La caduca verdadera que queda en el útero no ha de ser necesariamente expulsada, sino que, como ha demostrado WINTER, y yo he tenido ocasión de confirmar, fundándome en repetidas observaciones, cuando



se trata de huevos pequeños que no pasen de un mes, retrograda en su evolución, transformándose de nuevo en mucosa uterina normal. Pero desde el segundo mes en adelante este hecho es excepcional, siendo la regla que las partes retenidas entretengan la hemorragia, aunque las más de las veces es tan sólo en un grado moderado. Las contracciones continúan también hasta tanto que la cavidad uterina no está completamente vacía, y si no son notadas por la paciente, sus efectos se revelan por la persistencia de la permeabilidad del cuello al dedo explorador. A menudo los residuos son expulsados al fin en un acceso de recrudecimiento de la hemorragia y de los dolores. Otras veces se forma el llamado *pólipo fibrinoso ó placentario*, favo-

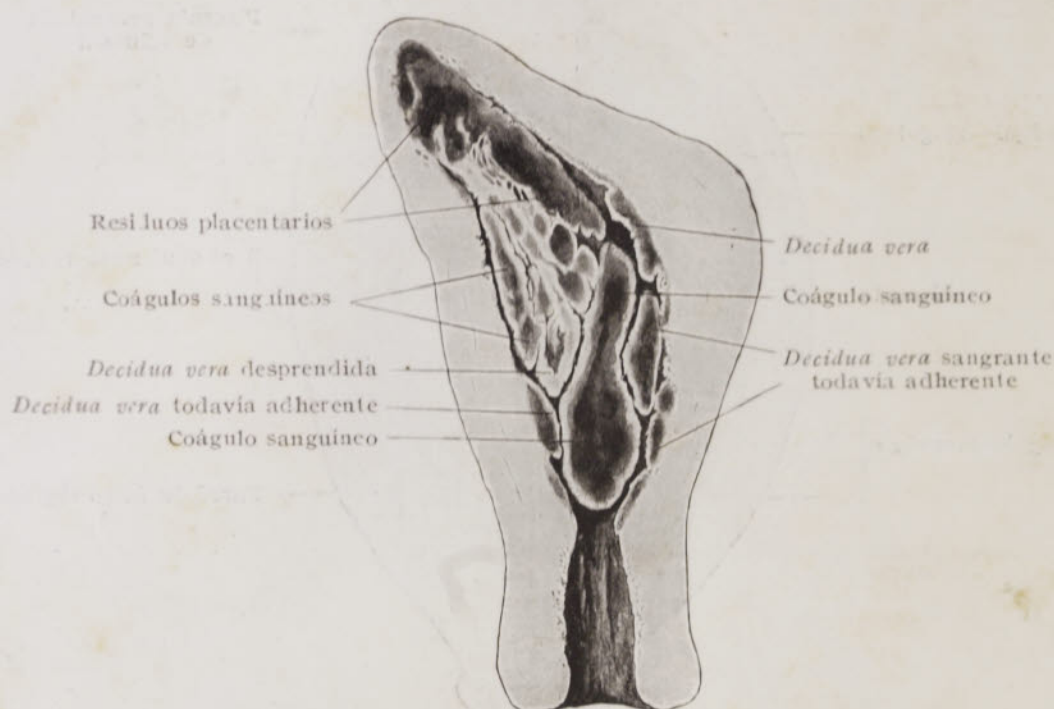


Fig. 337

Aborto incompleto

Cuello ampliamente permeable; útero ocupado por residuos de decidua y de placenta

reciendo la superficie rugosa de la parte placentaria la coagulación de la sangre que sale de los vasos útero-placentarios, los cuales permanecen abiertos (fig. 338). Por la superposición de las estratificaciones de sangre coagulada, el núcleo fundamental de tejido placentario queda oculto, y resulta un trombo duro y marcadamente estratificado, que se ajusta exactamente á la forma de la cavidad uterina, y acaba por penetrar en el canal cervical y hacer prominencia fuera de él como un pólipo pediculado.

— Cuando no se han introducido en el útero ni los dedos ni instrumentos, y el cuello se ha retraído sobre sí mismo después de la expulsión parcial del huevo, la cavidad uterina y los restos de este último pueden mantenerse libres de gérmenes, y hasta es posible que gruesos trozos de placenta se conserven frescos y sin mal olor hasta

muchos días después de la salida del feto; pero, de ordinario, el estado aséptico de los residuos ovulares no persiste largo tiempo. Hasta en los casos en que los microorganismos no son introducidos directamente por las manipulaciones intrauterinas, la infección penetra también pasando por los colgajos de membranas y coágulos que penden en la vagina y forman una especie de puente hasta la cavidad uterina. Aquí los gérmenes encuentran un terreno nutritivo extraordinariamente apropiado

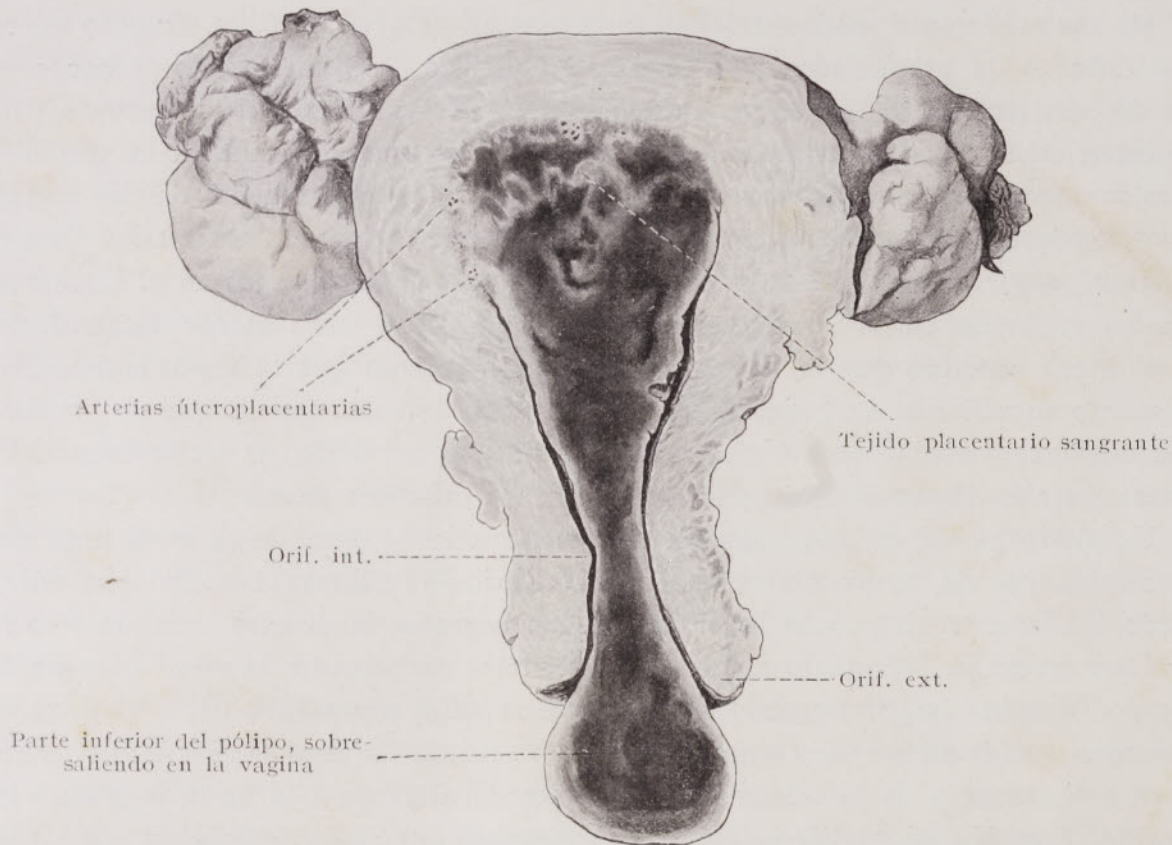


Fig. 338

Pólipo placentario *in situ*

De una preparación de la clínica de obstetricia de Basilea

en las masas orgánicas muertas, en la sangre coagulada y en el tejido placentario y decidual sangrante en vías de destrucción.

Una vez empezada su pululación, ésta hace rápidos progresos bajo la influencia de la temperatura del cuerpo; se establece entonces un flujo pútrido y de mal olor; la mujer empieza á padecer fiebre, y del aborto simple y aséptico pasa la mujer á padecer un «aborto pútrido ó séptico». En la forma más benigna del aborto pútrido se trata de gérmenes anaerobios de la putrefacción que invaden sólo el tejido muerto ó todo lo más las capas más externas necróticas del endometrio, pero no penetran profundamente en los tejidos. La separación de los tejidos muertos y putrescibles suprime á las bacterias su terreno nutritivo y la cavidad uterina se deterge rápidamente,



obteniéndose la curación. Cuando se procede á la extracción del huevo pútrido, ó ya antes á causa de violentos movimientos de la mujer, puede tener lugar una penetración mecánica de los gérmenes en las vías sanguíneas del punto de implantación de la placenta, produciéndose de esta manera una inundación pasajera de bacterias en la circulación que no pueden, sin embargo, permanecer y prosperar en la sangre, sino que después de dar origen á un escalofrío, son de nuevo eliminadas poco tiempo después.

De muy diferente modo marchan las cosas en el *aborto séptico*, cuando microbios dotados de propiedades invasoras, y en primer término los estreptococos, ya sea de una manera aislada ó ya unidos á los microorganismos de la putrefacción, penetran en la cavidad uterina; aquéllos se substraen rápidamente á la acción de nuestros recursos antisépticos, difundiéndose por la profundidad de los tejidos vivos y provocando graves síntomas infectivos locales y generales, iguales á los de la fiebre puerperal. Las vías de penetración de los gérmenes sépticos en el organismo son los vasos linfáticos y sanguíneos. Como que éstos están menos desarrollados en el útero abortivo que en el útero á término, de aquí que la sepsis consecutiva al aborto manifieste, en general, un curso menos intenso que la que se presenta más adelante ó en el parto á término. Pero no por eso dejan de ser frecuentes los casos mortales de sepsis debidos á abortos en los primeros meses.

Un aborto no es, en modo alguno, un acontecimiento inocente como algunas mujeres creen todavía, no tomándose apenas el trabajo de reclamar el auxilio del médico. Tanto las hemorragias como la sepsis pueden acarrear la muerte, aunque esto no sea muy frecuente, ó, por lo menos, comprometer gravemente la salud durante un tiempo bastante largo. Después de una interrupción prematura del embarazo, se presentan con facilidad afecciones del aparato genital. La tendencia á la involución uterina es escasa y de la subinvolución se pasa fácilmente á la metritis crónica incurable. También las proliferaciones de la mucosa, que están sostenidas por las ínsulas deciduales y las vellosidades coriales que han quedado retenidas en el útero, dan origen á las abundantes hemorragias menstruales, que son tan frecuentes después de los abortos, hasta el punto de que se ha creído conveniente designar este estado morbozo con el nombre de «*endometritis postabortiva ó decidual*».

#### *Diagnóstico y terapéutica del aborto y del parto prematuro*

Antes de decidir el tratamiento que se ha de establecer en un caso dado, será necesario determinar las condiciones en que se encuentran el útero y el huevo. El práctico que, sin hacer ninguna distinción y sin atender á otras circunstancias, proceda invariablemente, en todos los abortos, á la evacuación del útero, más que según ciencia y conciencia, obrará de un modo rutinario; hay necesidad, ante todo, de poner en claro las particularidades del caso, adaptando á éstas nuestra línea de



conducta que unas veces podrá ser una abstención expectante y otras una intervención activa.

La primera cuestión que se presenta es la de si se trata efectivamente de un embarazo y, en caso afirmativo, si existe amenaza de su prematura interrupción. Este problema preliminar es resuelto, de ordinario, con suma facilidad; por la falta de menstruación y los otros signos subjetivos y objetivos del embarazo nos convenceremos de la existencia de éste; las contracciones uterinas dolorosas y las hemorragias demuestran que hay peligro de que su interrupción extemporánea sea un hecho. Dificultades diagnósticas tan sólo pueden presentarse muy al principio de la gestación, sobre todo si la mujer tiene interés en ocultar su estado. En las 6-8 primeras semanas, el aumento de volumen del útero y la relajación de la mucosa genital no son siempre tan pronunciadas que autoricen á admitir, con seguridad, la existencia del embarazo. Hasta algunas veces, al despertarse la actividad contráctil del útero, éste aparece más reducido de volumen y de mayor consistencia que en el estado de vacuidad. Es importante en estos casos el modo como se comporta el cuello; si, al mismo tiempo que persiste la hemorragia, se encuentra el canal cervical dilatado y permeable al dedo, sin que este hecho pueda ser explicado por la existencia de afecciones morbosas del útero, miomas submucosos ó pólipos, por ejemplo, es muy probable que se trate del aborto. En la menstruación sencilla y en la dismenorrea membranosa que va acompañada de la expulsión de colgajos de mucosa, el cuello no se dilata nunca tanto que pueda introducirse por él la punta del dedo. Una distinción decisiva puede obtenerse del examen de las porciones sólidas expulsadas. El diagnóstico de aborto será, naturalmente, seguro cuando se encuentre el huevo ó tan sólo una pequeña parte del corion provista de vellosidades. Si lo único que se ha obtenido es un trozo de mucosa, se buscarán con auxilio del microscopio las vellosidades coriales y las células deciduales. La existencia de las primeras no deja lugar á la duda; también es segura la existencia del embarazo cuando se encuentran grandes acúmulos de células deciduales bien desarrolladas; pero, en este último caso, es asimismo posible que se trate de una preñez extrauterina.

Una vez que se ha diagnosticado la inminencia de aborto ó de parto prematuro, debemos resolver la segunda é importantísima cuestión de si *las condiciones en que se encuentran el huevo y el producto de la concepción son tales que puedan permitir el desarrollo ulterior del embarazo ó si la interrupción de éste debe considerarse inevitable*. La contestación á estas preguntas puede ser sumamente sencilla en unas ocasiones; pero, en otras, es muy difícil y hasta requiere una larga observación. En la segunda mitad del embarazo la distinción es, de ordinario, fácil, puesto que, faltando durante cierto tiempo los conocidos signos de la vida fetal—movimientos activos, latidos del corazón—, estaremos seguros de que la gestación no puede continuar, y cuanto más pronto sea expulsado el feto muerto, tanto mejor. También se considerará inevitable el aborto cuando haya habido expulsión de aguas amnióticas, porque la solución de continuidad de las membranas no puede ser reparada



y la salida de dicho líquido continuará hasta que provoque la aparición de las contracciones que acarrearán seguramente la evacuación del útero; pero todavía en este caso es posible un error consistente en considerar como líquido amniótico verdadero las llamadas aguas falsas, si nos encontramos en presencia de un caso de hidrorrea (véase pág. 362).

En los primeros meses del embarazo, cuando faltan todos los signos ciertos de la vida ó de la muerte del feto, juzgaremos de si el aborto es ó no inevitable, ateniéndonos á deducciones indirectas, sobre las posibles alteraciones del feto, del huevo y del útero, que serán el resultado del examen interno.

Si la sífilis juega algún papel, ó si la madre padece ó ha padecido poco antes una infección aguda acompañada de fiebre alta, la aparición de las hemorragias y los dolores habrán de considerarse como signos de la muerte del feto y de que es imposible, por lo tanto, la continuación de la preñez. La misma deducción haremos si las vesículas expulsadas con la sangre revelan la degeneración del corion. Por el contrario, si la hemorragia se presenta en una mujer hasta entonces sana, después de una caída ó de un viaje en coche, á consecuencia de una retroflexión uterina ó por otra cualquier causa de naturaleza puramente mecánica que obra sobre el útero grávido, es lo general que el feto esté todavía vivo y la hemorragia sea una consecuencia de lesiones del huevo que será posible se reparen sin acarrear necesariamente el aborto; las consecuencias estarán subordinadas á la extensión de las lesiones y del desprendimiento de la placenta de su sitio de implantación. Las hemorragias abundantes y las fuertes contracciones que determinan la dilatación del cuello y la penetración del huevo en el mismo, hablan en favor de la existencia de lesiones extensas de la superficie de implantación del huevo que imposibilitarán muy probablemente la continuación del embarazo. Sin embargo, no ha de perderse muy pronto la esperanza, porque tanto la abundante hemorragia como las intensas contracciones pueden detenerse, estrecharse el cuello y el embarazo continuar. Si son expulsados colgajos de decidua, el óvulo estará perdido por regla general. También se consumará fatalmente el aborto cuando se haya iniciado la descomposición pútrida del contenido uterino.

Si el auxilio del médico no ha sido reclamado desde el principio del aborto, y no ha podido examinar todas las partes sólidas que la mujer ha expulsado por los órganos genitales, puede quedar la duda de si el huevo está todavía retenido en la cavidad uterina. La cesación de las contracciones dolorosas y de la hemorragia, la escasez del flujo y la rápida involución del útero hablan en favor de la vacuidad completa; la continuación de la hemorragia, la salida de coágulos, la persistencia de un abundante flujo seroso ó fétido, la persistencia de la dilatación del cuello y la repetición de los dolores hacen pensar, por el contrario, en la retención de los residuos ovulares. El diagnóstico seguro de este punto lo establecemos de un modo muy sencillo, mediante la introducción del dedo en el útero.

En el caso de que no se haya perdido toda esperanza en la continuación del