

Contestación al trabajo del Dr. Espinosa y de los Reyes

POR EL DR. EVERARDO LANDA

El trabajo que ha presentado a su ingreso en la Academia Nacional de Medicina el Sr. Dr. Isidro Espinosa y de los Reyes, como cumplimiento al inciso VIII del Art. 6o. reglamentario, se intitula: **De mis apuntes sobre el aborto: su profilaxis, tratamiento y complicaciones mediatas.**

El miércoles 23 del mes en curso se sirvió entregarme dicho trabajo el señor Secretario de la Academia con el fin de que se cumpla lo ordenado por el mismo inciso en la parte relativa a la contestación que debe dar el Presidente de la sección respectiva; pero como no le fue posible por motivos de salud al Sr. Dr. Luis Troconis Alcalá ocuparse de este asunto, se resolvió honrarme a mí con la comisión.

El tiempo tan corto no me ha permitido dar cima a la tarea con la brillantez que fuera de desearse; por lo cual me he visto obligado a presentar una breve reseña insistiendo en los puntos principales del trabajo de que se trata.

Es de real importancia el tema de que se ocupa el nuevo académico; aunque éste deplora no disponer de completas estadísticas como firme base de sus conclusiones, dado que entre nosotros las estadísticas dejan mucho que desear. En asuntos de práctica obstétrica, sin embargo, los trabajos mexicanos han llegado a ser clásicos en diversas materias. Precisamente sobre la cuestión del aborto, hace ya muchos años, en el de 1869, que fue publicado, para el concurso a la plaza de adjunto a la cátedra de Clínica de Obstetricia en la Escuela de Medicina de México, por el Dr. D. Francisco Menocal, un importante trabajo, muy completo, verdadera monografía sobre el aborto en esa lejana época, a pesar de que el autor lo llama simplemente "ligero bosquejo del cuadro de las modificaciones que nuestro país imprime al aborto en los diferentes puntos de su historia". Y también, en 1895, dió a las letras su tratamiento del aborto el Sr. Dr. José Gómez, como tesis de concurso, haciendo ver que los casos de aborto son extraordinariamente frecuentes y que multiplicándose más y más cada día, "pues las cos-

tumbres sociales tienen en esto una influencia incontestable, resaltaré lo interesante que es la terapéutica del aborto para todo médico y especialmente para el partero”.

El Dr. Espinosa y de los Reyes hace breves consideraciones acerca de la profilaxis social del aborto con el fin de señalar la acción preponderante de las costumbres sobre el doble punto de vista higiénico y moral. En este sentido, más que la influencia médica interviene la educación. No pasa por alto la importancia de la Puericultura en este caso. El punto merece reflexión especialmente en esta época de desorganización social; pero aparte de que no me es posible insistir en repeticiones, existen magníficos trabajos de índole moral. Recordaré, entre otros, el del Dr. J. Vidal, sobre **El derecho al aborto. Ensayo de crítica médica y social**, publicado en París en el año de 1908.

Sobre otros factores etiológicos del aborto el autor pasa muy a la ligera, ya que son tan conocidos; pero se detiene un poco en la acción importante de la sífilis para hacer ver la eficacia del tratamiento profiláctico en 426 mujeres embarazadas, 338 de las cuales, con Wassermann positiva, fueron tratadas fructuosamente, y las 88 restantes, tratadas igualmente con el mismo resultado a pesar de la reacción suerológica negativa. El autor obtuvo éxitos muy halagadores, pues vió la salvación de un gran número de niños, que llegaron a término y sin manifestaciones específicas a los dos años de edad.

Las ideas relativas al tratamiento oportuno de las embarazadas sifilíticas le fueron sugeridas en la Clínica de Williams y en la Maternidad de Sloan, en los Estados Unidos y desde entonces ha decidido establecer el examen suerológico sistemático de las embarazadas.

Vamos enteramente de acuerdo con el autor en este sentido, pues en las grandes maternidades y en todas las clínicas obstétricas es de rigor desde hace algún tiempo la investigación de la reacción de Wassermann. Acerca de este particular todos sabemos cuántas sorpresas y qué felices resultados se han logrado con la observancia prudentísima y oportuna de esta conducta en lo que atañe a la práctica tocológica. Recordaré, de paso, el valor de dicha investigación en casos de hidramnios, ya que por mi parte tuve ocasión de sugerir el estudio que presentó como tesis el Dr. Fausto Trejo en su examen general de Medicina, trabajo que también menciona el Dr. Espinosa y de los Reyes en el suyo de incorporación en la Academia.

Respecto de tratamiento curativo, cree que la antigua y clásica división de los síntomas según que haya simples amenazas de aborto, aborto incipiente, o aborto inevitable, es teórico porque no se puede encontrar en clínica límite preciso entre uno y otro caso. El tratamiento médico, en gene-

ral, es poco eficaz, en su concepto, menos en lo que toca al uso de la morfina o de la fórmula que el autor más emplea, de sulfato de codeína asociado con hiosciamina, en supositorios, con la cual ha abtenido “resultados verdaderamente satisfactorios”.

Puede decirse que el objeto principal del trabajo es el empleo del tapón uterinovaginal para combatir la hemorragia y facilitar la expulsión del producto. Recuerda que los resultados favorables del taponamiento intrauterino han sido señalados por Paul Bar, quien menciona con justicia las dificultades de la técnica en cuanto a la asepsia, y los riesgos de infección a que se expone a la paciente. La técnica adoptada por el autor consiste en descubrir el cuello uterino por medio de un espejo vaginal, y aplicar gasa yodoformada en la cavidad del órgano haciendo uso de un retacador.

Afirma el Dr. Espinosa y de los Reyes que muy raras veces será preciso aplicar nuevo tapón a las veinticuatro horas porque no salieron los anexos: y que en todas sus observaciones el puerperio ha sido enteramente normal.

En casos controvertidos es sumamente provechoso conocer el *modus faciendi* de todo práctico y los resultados que su experiencia y habilidad suministran como contingente clínicoterapéutico. Sabido es que los tocólogos han dividido su criterio entre la expectación y la evacuación en casos de aborto inevitable o incompleto con abundante hemorragia o con pérdida ligera. Conviene, por lo mismo, hacer una breve reseña de lo que en este sentido se dice en los libros de Obstetricia.

En general puede dividirse el asunto en dos épocas: la época preaséptica y la época de la asepsia; Haré en seguida un resumen de lo que dicen algunos autores muy conocidos.

LEVRET (Tratado de Partos, demostrado por principios de Física y Mecánica. Trad. española. 1778): señala casos de muerte de mujeres sin auxilios médicos y da a conocer un “nuevo medio de hacer cesar los flujos de sangre ocasionados por la presencia de un embrión, o por la retención de la placenta de los fetos abortivos”. Se trata de la extracción del producto con ayuda de las pinzas especiales inventadas por él. No resistí al deseo de exhumar del curioso libro una elocuente observación, de mucha importancia para los que abogamos por la asepsia y la antisepsia. Era un caso de retención de anexos en un aborto de dos a tres meses. Dice Levret: “Hice esta extracción debajo de la ropa de la cama con tanta facilidad, que la mujer solo supo que era para ayudarla, y me serví del medio que he descripto. No se extrañará esto sabiendo que llevé este instrumento en una bolsa bastante arrimada a mi cuerpo, para que pudiera haber recibido y conservado

un grado de calor semejante al de mis dedos, y que me fue también muy fácil sacarle sin que se advirtiese; por lo cual no pudo conocer nada 'la enferma'".

J. CAPURON (Cours Théorique et pratique d'accouchements. 4a. Ed. 1828): si es absolutamente imposible extraer los anexos con las pinzas de Levret, se toman las medidas necesarias para prevenir la putrefacción; pero si la hemorragia es grave, se practica el taponamiento de la viscera y la vagina sea con un pedazo de agárico o de yesca, sea con hilaza o hilas untadas con oxierato. "La sangre detenida por esta especie de dique se coagula; el coágulo irrita la matriz; la viscera se contrae con más fuerza; sobreviene la *débacle* y se expulsa todo el contenido". Era la conducta de este partero antes del 4o. mes.

CAZEAUX (Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. 9a. Ed. 1874): medicamentos de acción inmediata sobre el útero (tintura de canela, sobre todo cuernecillo) a fin de provocar la contracción uterina; pero esto no es fácil de lograrse en los primeros tiempos del embarazo: y si a pesar de toda la dilatación no fuere suficiente, ya no quedaría más que la aplicación del tapón. La aplicación del tapón casi siempre es seguida de aborto, además de que tiene la ventaja de contener la hemorragia. El taponamiento vaginal, ideado por Leroux (de Dijon) en 1776, es por su sencillez una simple curación, pero por su importancia debe ser comparado a una verdadera operación. Describe extensamente la técnica seguida para el taponamiento de la vagina hace cincuenta años.

NAEGELE y GRENSER (Traité pratique de l'art des accouchements. 2a. Ed. 1880): mientras que la hemorragia u otros accidentes amenazadores no exigen la extracción rápida, nada hay mejor que abandonar la expulsión a los esfuerzos naturales. En casos de retención recomienda la extracción digital, la expresión abdominovaginal, y si las condiciones no son favorables, el tapón vaginal. Habla extensamente de las propiedades ocitócicas del tapón y describe la técnica relativa por varios medios.

JUAN-MARIA RODRIGUEZ (Guía clínica del arte de los partos 3a. Ed. 1885): "Cuando estos medios no basten, (se refiere al reposo y al láudano) se emplean las inyecciones astringentes y el tapón". En caso de aborto inevitable no hay otro remedio sino favorecer el movimiento natural o proceder a la extracción. Aplicaba primero el tapón vaginal como medio ocitócico y después, si el producto no había salido, practicaba la extracción digital.

CHARLES (Cours d'accouchements donné a la Maternité de Liége. 4a. Ed. 1903): en su interesantísima obra, tan práctica y tan completa, hablando de la retención, dice que es peligrosa porque favorece la reproducción de las hemorragias y porque la permanencia de la placenta puede ser mo-

tivo de infección. En los casos de expulsión tardía, o para dilatar el cuello, o cohibir una hemorragia, o si hay temor de infección inminente, considera **indicado el taponamiento intrauterino**. Aconseja el empleo de gasa yodoformada y abatir el útero con ayuda de pinzas; después introduce la gasa con pinzas uterinas y termina con un tapón vaginal, que puede retirarse de las doce a las veinticuatro horas cuando más. Asegura que el recurso es muy eficaz y en realidad más activo que el simple tapón en la vagina; y recuerda que el taponamiento uterovaginal fue señalado como un **nuevo método de tratamiento** del aborto por Dührsen en 1895.

RIBEMONT-DESSAIGNES Y LEPAGE (Traité d'Obstétrique. 9a. Ed. 1923): opinan que dicha cuestión tan debatida ha venido poco a poco modificándose con los progresos de la antisepsia. El desacuerdo se presenta en los casos de retención sin accidentes, y cuando hay hemorragia prefieren la evacuación inmediata, previa dilatación con el globo de Champetier de Ribes. Práctican la raspa digital.

BAR, BRINDEAU Y CHAMBRENT (La Pratique de l'Art des Accouchements. 3a. Ed. 1914): en casos de hemorragia aconsejan el tapón útero-vaginal; recurso precioso para el médico mal preparado, que permite una espera prudente para la intervención; que provoca la contracción uterina y a menudo la expulsión del huevo; pero si existe el menor signo de infección, practica la evacuación inmediata, como recurso de elección.

BUDIN y DEMELIN (Manuel pratique d'Accouchements et d'Allaitement. 1904): en casos de accidentes (hemorragias, infección) no vacilan: practican el raspado digital.

TARNIER y BUDIN (Traité pratique des Accouchements. 1888): aconsejan el tapón vaginal como primer recurso.

CHARPENTIER (Traité pratique des accouchements. 1889): combatía la hemorragia por medio del tapón vaginal, y si a las veinticuatro horas no había salido la placenta ejecutaba el raspado con cucharilla o con escobillón. Ya sabemos que estas prácticas están hoy abandonadas por ser sumamente peligrosas.

FABRE (Précis d'Obstétrique. 3a. Ed. 1922): opinaba que la hemorragia exige el raspado digital en todos los casos que sea posible, es decir cuando la dilatación es suficiente; en caso contrario, aplicaba tapón vaginal; y cuando la hemorragia es abundante, el único medio aplicable es la evacuación inmediata.

BUMM (Précis d'Obstétrique en 28 lecons. 1912): aconseja que se practique lo más pronto la evacuación del útero: el mejor medio de reducir la hemorragia y evitar los riesgos de infección.

DE LEE (The Principles and Practice of Obstetrics. 3a. Ed. 1918): es acérrimo partidario del tapón uterino, que emplea anualmente en centenares de abortos con éxito uniforme.

HIRST (A Text-Book of Obstetrics. 8a. Ed. 1918): si la hemorragia es profusa antes de que el cuello esté dilatado, puede ser dominada con tapón vaginal, y si al retirarlo no se ha desprendido el huevo, debe elegirse, según la indicación, entre la expectación o la intervención inmediata.

ELMER LEAVITT (The Operations of Obstetrics. 1919): tapón vaginal como medio preparativo para el vaciamiento; el cual pocas veces será necesario porque casi siempre se encuentra el huevo detrás de la gasa.

WILLIAMS (Obstetrics. 4a. Ed. 1921): cuando el partero esté convenido de lo inevitable del aborto y particularmente en casos de hemorragia abundante, se procederá a vaciar el útero; variando el procedimiento según la consistencia y el grado de dilatación del cérvix. Si es posible introducir el dedo, desocupar desde luego; en caso contrario tapón cérvicovaginal. Prefiere la extracción digital, y si aplica tapón, abate el útero hacia la vulva.

EDGAR (The Practique of Obstetrics. 3a. Ed.): las indicaciones son siempre las mismas: dominar la hemorragia y asegurar la completa evacuación del útero. Prefiere el raspado instrumental, y aconseja como recurso provisional contra la hemorragia, mientras se efectúan los preparativos de la operación, el tapón vaginal. Ejecuta los taponamientos con retacador.

RECASENS (Tratado de Obstetricia. 3a. Ed. 1916): es partidario de dejar que el organismo resuelva espontáneamente los diversos problemas que en el transcurso de la gestación se presentan, y fundado en crecido número de observaciones deja que el aborto se realice de modo espontáneo, ya que en la inmensa mayoría de los casos se verifica con perfecta regularidad. Si hay complicaciones, sobre todo hemorragia, aplica el tapón vaginal; y si el huevo está roto y hay retención y pérdidas peligrosas, su línea de conducta es la rápida evacuación del contenido de la matriz.

Se ve que el criterio es variado y que persiguiendo el fin principal de la evacuación uterina, unos la ejecutan sin demora, y otros la preparan o la procuran por medio del tapón vaginal (de acción hemostática y ocitócica) o del tapón úterovaginal.

En lo que a mi práctica se refiere, no he seguido conducta invariable; todo ha dependido de la indicación del momento. He aplicado un simple tapón vaginal o he introducido la gasa aséptica sólo en el cérvix o en toda la cavidad uterina. También he recurrido al vaciamiento del útero, cuando la gran facilidad de ejecutarla, como en reciente caso (múltipara de vagina

muy dilatable, perineo con desgarró antiguo, cuello abierto, restos visibles), justificaba la inmediata intervención. He visto igualmente la retención de los anexos a las veinticuatro horas de aplicado un tapón uterino en un caso de fuertes adherencias en una tuberculosa incipiente, adherencias que no pudieron ser destruidas sino por los dedos y bajo la anestesia general abatiendo el útero hacia la vulva.

Deseo recordar con entusiasmo y respeto al ilustrado maestro don Manuel Gutiérrez Zavala, quien nos aconsejaba el empleo del tapón vaginal como verdadero medio ocitócico. Ya he quedado convencido de sus buenos resultados; habiendo tenido ocasión de comprobar lo que el maestro afirmaba, que es lo mismo que podemos leer en los autores: que es posible cohibir la hemorragia y encontrar al día siguiente, detrás del tapón, los restos ovulares completamente despegados y expulsados en la vagina.

El uso del tapón vaginal o úterovaginal es un verdadero medio abortivo, que se aplica precisamente para provocar abortos; de modo que siendo de propiedades ocitócicas indudables, la práctica del taponamiento está plenamente justificada en los casos de aborto inevitable, con el objeto de lograr la desocupación del útero. Si el caso es amenazador por lo abundante de la hemorragia o el práctico lo prefiere, se procede a la intervención inmediata.

Termino con un elogio para el Dr. Espinosa y de los Reyes, nuestro nuevo colega académico, porque ha sabido preocuparse de un asunto de práctica diaria sobre el cual ha querido normar su conducta de tocólogo. Le expreso mis más fervientes deseos de que su labor de académico prosiga con el mismo empeño con que ha dado comienzo en bien de nuestro progreso médico.



ARRIERE (de Lille)

Ne quittez jamais un enfant malade auprès duquel vous êtes appelé sans avoir examiné la gorge et sans lui avoir tiré les oreilles: angines et otites sont si fréquentes et si souvent méconnues.