

por la dificultad de su técnica y además por no poder evitar la inhibición de la toxina fijada. En casos más extremados puede recurrirse al tratamiento por el ácido fénico ideado por BACELLI en 1888 que consiste en la inyección subcutánea de una solución de ácido fénico al 1 por 100 en cantidad de 5 grs. por día. Obra este medicamento neutralizando las toxinas combinándose con ellas, impidiendo así su fijación y además como analgésico disminuyendo la actividad refleja de la médula y como antiséptico. Se elimina rápidamente lo que hace que deba practicarse la inyección en cortos intervalos de tiempo.

La inyección de emulsiones de masa cerebral tiene por objeto de absorber grandes cantidades de toxinas deteniendo así su acción sobre los centros nerviosos. Se emplea el cerebro de perro, de conejo u oveja en cantidad de 10 a 15 grs. emulsionado en 30 cm³. de solución salina esterilizada, inyectada simultáneamente en las proximidades de la herida repitiéndose la inyección diariamente si es necesaria.

Finalmente para impedir la acción de la toxina ya fijada emplearemos el hidrato de cloral a la dosis de 0,90 grs. combinado con bromuros, u Haba de Calabar (0,015 a 0,030 grs.) etc., que podrá repetirse cuatro o cinco veces por día.

CUANDO Y COMO DEBE EL MÉDICO INTERVENIR EN LOS CASOS DE ABORTO COMPLICADO

por el doctor

J. B. COMAS CAMPS

Médico Director del Hospital de la Magdalena

La distinción o límite que separa el aborto del parto prematuro, es muy artificial tal como acostumbra a exponerse en los libros. Nosotros nos permitiremos hacer una distinción clínica fundada en el mecanismo de expulsión, condicionado éste por la independencia de la caduca verdadera, la cual mientras constituye una mucosa proliferante y separada de la refleja, es influida por las contracciones uterinas que provocan su desprendimiento y dan al aborto, hasta el 4.º mes, las características de hemorragia, frecuente expulsión del huevo entero, posible retardo en la expulsión total (aborto prolongado) y de modo especial posibilidad de aborto incompleto (expulsión del producto de la concepción junto con la refleja y retención total o parcial de placenta y caduca verdadera).

Cuando la interrupción del embarazo tiene lugar del quinto mes en adelante en cuyo caso la caduca verdadera ya delgada, hipovascular y soldada a la refleja, no es influida por la contracción del útero, se rompen las membranas y el feto progresa y se expulsa por un mecanismo de parto y lo mismo ocurre con el alumbramiento; siendo los posibles accidentes y complicaciones solventados, con ligeras modificaciones, por las mismas normas que rigen la conducta del práctico ante un parto a término.

LO QUE PUEDE OCURRIR EN UN ABORTO

1.º Después de pérdidas discretas, de contracciones uterinas más o menos seguidas y violentas, en pocas horas o en pocos días, se expulsa el huevo entero más o menos modificado por los coágulos que rellenan la refleja y con mayor o menor integridad de las membranas. A veces la expulsión se realiza en dos tiempos, primero embrión y refleja y luego caduca y placenta. Cesan las pérdidas y los dolores y sólo durante algunos días (muy pocos de 4 a 6) la mujer expulsa loquios sanguinolentos primero y luego serosos.

Conducta a seguir en tales casos. Reposo en cama 6 a 8 días, —solo lavados externos durante los 6 primeros días, luego irrigaciones vaginales astringentes— Si la pérdida de sangre es algo abundante durante el primer día de este puerperio, administrar 1 o 2 gramos de ergotina al día, durante 3 días.

Este es el que podríamos llamar aborto normal o no complicado. Veamos como puede desviarse de este tipo y lo que el práctico debe hacer en cada caso.

Aborto cervical. Dolores, hemorragia discreta de duración corriente; de pronto, todo cesa; pero no se ha expulsado nada.

El práctico debe explorar por tacto vaginal, previas las prácticas de asepsia, notará un cuello permeable al índice y este toca la masa ovular encajada en el conducto cervical. Este hecho ocurre casi exclusivamente las primigrávidas.

Conducta a seguir. Bastará practicar una dilatación del orificio externo del conducto cervical con uno y luego con dos dedos; si con ello no viene a la vagina el huevo desprendido, uno o dos dedos intracervicales lo engancharán de lado y con facilidad será extraído.

Durante estas maniobras la mano externa sostiene el útero a través de las paredes abdominales *para que no huya.* (1).

Puede ocurrir en casos en que la enferma guarda un reposo absoluto que el práctico al explorarla comprueba la presencia en la vagina del huevo ya desprendido, claro está que en este caso la cosa se simplifica y es bien notoria (y de mucho efecto) la facilidad con que el médico extrae y presenta a la familia el resultado de su intervención.

Hemorragias. La hemorragia abundante es la complicación por la que con más frecuencia es llamado el médico a intervenir en los casos de aborto. Esta hemorragia puede presentarse muy precozmente o sobrevenir a los 3, 4 o 6 días de pérdidas discretas. Puede ser continua y fluída o expulsándose a cortos intervalos grandes coágulos recientes. Puede haber hemorragia habiendo expulsado la mujer el producto de la concepción y quedando retención de placenta y caduca o bien sin que haya expulsado parte alguna del huevo; lo primero es lo más frecuente.

Es raro que una mujer muera de hemorragia por aborto, pero puede ocurrir tan lamentable percance y por ello el médico debe considerar siempre estos casos como cuestiones de urgencia e intervenir evacuando el útero según técnica que luego describiremos.

En otras ocasiones las pérdidas sanguíneas por reten-

ción de secundinas no son muy abundantes, pero se prolongan y determinan en la enferma intensa anemia. También aquí es necesario intervenir, pero no siendo un problema de tanta urgencia, puede dejar el caso al especialista.

No trataremos de los casos de mola sanguínea, mola carnosa, aborto suspendido, ni del polipo fibrinoso placentario. Si alguna de estas variedades de retención presentara para el práctico una indicación de urgencia, (hemorragia, sepsis) debe intervenir tal y como aconsejamos para estas dos indicaciones.

Intervención por hemorragia. Siempre procederá el práctico con las mayores garantías de asepsia, la cual podrá ser más o menos meticulosa según la urgencia del caso.

Recomendamos que siempre que sea posible se intervenga bajo anestesia profunda; con ello logrará el médico poder introducir la mano en la vagina y alcanzar con los dedos índice y medio, toda la profundidad de la cavidad uterina y la mano externa podrá cumplir su misión de sostener y aproximar el útero, actuando a través de las paredes relajadas por completo.

Intervenir sin anestesia es exponerse a un trabajo incompleto y por ello nocivo, cometer las mayores faltas de asepsia y en ocasiones dar lugar al espectáculo de persecución de rodillas sobre la cama de una mujer mal sujetada, que huye y se desplaza sobre la cama grande y que el único que sujeta es el médico con su pinza bimanual en posición de palpación combinada. Con lo que acabamos de exponer ya se comprenderá que nos referimos a la intervención de elección en estos casos, al *raspado digital*.

Cuando la urgencia es grande—la mano enguantada penetra en la vagina, el dedo índice y medio en el útero, estando éste bien sostenido por la mano externa—En abortos hasta el segundo mes basta el índice para vaciar el útero.

Un avez desprendido y extraído el contenido del útero, se practicará un masaje, se procederá a una irrigación intrauterina y si se dispone de material estéril a un taponamiento.

En los casos en que la importancia de la hemorragia no requiera una precipitación extrema, recomendamos la técnica que seguimos desde hace 15 años y que publicamos ya en 1914. (2).

“Mediante el tacto intrauterino—casi siempre posible con la dilatación existente,—el índice explora la cavidad uterina en todos sentidos hasta hacerse perfecto cargo de la situación y del trabajo a realizar.

Cuando el caso no es en extremo urgente y es fácil disponer de uno o dos ayudantes, es muy conveniente anestesiar profundamente a la enferma, y seguir una técnica que como la que a continuación resumimos, la intervención resulta más rápida, mucho menos fatigosa para el práctico y los resultados son siempre excelentes.

Material. Un juego de valvas Doyen, dos pinzas garfios para bajar el útero, una pinza portagasa larga un histerómetro, un juego dilatadores Landau o Hegar dos escobillones Doleris y una sonda intrauterina Doleris.

Primer tiempo. Introducción del dedo índice (abor-

to del segundo mes) o del índice y medio (tercer y cuarto mes) en la cavidad uterina. En los casos en que deban introducirse los dos dedos y no sea posible, precederá a éste tiempo la dilatación del conducto cervical. La otra mano (externa), sujeta el útero a través de las paredes abdominales, y comprueba, en cierto modo, el trabajo de los dedos dentro del útero.

El dedo o los dedos intrauterinos proceden al desprendimiento de las secundinas retenidas; actuando con calma, van mondando o limpiando toda la superficie interior del útero, entreteniéndose en especial en los ángulos tubáricos. Cada vez que algún trozo desprendido quede libre en la cavidad, se engancha con el índice y se extrae; así se procede hasta quitar todo lo que un dedo aunque no muy ejercitado es capaz de desprender y que es siempre lo suficiente para salvar la situación.

Segundo tiempo. Se ensancha la vagina con las valvas, se baja el útero con la pinza garfio y se practica un detenido escobillonaje; los pelos del escobillón arrastrarán los pequeños restos de caduca medio desprendidos que haya podido quedar.

Seguidamente se practicará una irrigación intrauterina con uno o dos litros de agua iodada caliente.

Tercer tiempo. Taponamiento intrauterino con gasa iodofórmica o simplemente estéril.

Curas subsiguientes. A las 24 horas se retira el taponamiento y si hay facilidad se practica nueva irrigación intrauterina.

En lo referente a las curas subsiguientes es muy difícil sentar reglas precisas; dentro del plan general, variarán según aconsejen las circunstancias.

Generalmente la enferma abandona la cama a los 8 o 10 días.

Inconvenientes del legrado instrumental. La práctica del curetaje para evacuar el útero en los casos de aborto con retención, se extendió rápidamente, debido sin duda a que quitaba cuanto en la cavidad uterina había quedado retenido, dejándolo limpio completamente en pocos minutos, con brillantez y con poca o ninguna fatiga. Otros, con poca o ninguna práctica en exploraciones intrauterinas, vieron en la cureta el auxiliar que les ponía en condiciones—sin ser tocoginecólogos—de intervenir vaciando úteros con retención de secundinas; como si la cucharilla fuese la célebre pluma que enseñaba por sí sola a escribir al que no sabía.

La cureta, en manos de los primeros, y usada exclusivamente, es de por sí muy inferior al dedo, y en manos de los segundos, es, o inútil cuando se usa con miedo (casos incontables de quedar todo lo que se pretendía quitar), o desastrosa cuando se utiliza con empuje temerario (perforaciones uterinas, que después se certifican como peritonitis con o sin calificativo, que lo mismo da).

Es hoy opinión general entre los tocoginecólogos, el que siempre el dedo debe explorar la cavidad uterina antes de un curetaje, y comprobar lo efectuado después. La mayoría proceden a la evacuación del útero con el dedo y la completan después con la cucharilla.

Al médico práctico le basta con saber practicar correctamente un raspado digital.

Los pequeñísimos restos de caduca que después del raspado digital pueden quedar en el útero, son desprendidos por el escobillón, y si alguno se escapa, sale pegado a la gasa del taponamiento al retirar éste a las 24 horas.

Infección. Los restos del tejido placentario y decidual infiltrados de sangre coagulada, presentan terreno abonado a la pululación de gérmenes que infectan y complican un aborto incompleto, ya en forma de aborto pútrido (anaerobios) o de aborto séptico (estreptococos). La temperatura, el pulso, el flujo pútrido o seropurulento de olorroso, bastan para iniciar el diagnóstico y una exploración lo comprueba y traza a la vez la conducta a seguir.

1.º Cuello permeable al dedo, tacto intrauterino que comprueba la retención de cantidad apreciable de tejidos ovulares: indicación de raspado digital cuidadoso y lo menos traumatizante posible, taponamiento poco apretado con gasa empapada en esencia de trementina.

2.º Cuello no permeable pero dehiscente, útero grueso y blandujo, movable sin síntomas de pelviperitonitis, ni pelviperitonitis: indicación de raspado digital (y a la vez exploración) previa dilatación cervical-técnica igual que en el caso anterior.

3.º Cuello dehiscente, útero que por su volumen no hace sospechar retención importante o bien cuando existen ya síntomas de infección transuterina (pelviperitonitis, peritonitis, septicemia): bastención de toda maniobra.

En los dos primeros casos si la intervención no suprime los síntomas de infección y siempre en el tercer caso, se aplicará el tratamiento general que cada práctico estime más eficaz contra un estado infeccioso que no tiene tratamiento específico y sobre lo que no podemos entrar en detalles.

Aclaraciones. El práctico no deberá intervenir nunca en los casos de aborto, a no ser por indicación precisa sentada por las complicaciones que hemos expuesto. Si no es en estas condiciones, será preferible siga el *método de tratamiento expectante*, tal como aconseja BUMM: reposo en cama, ergotina (con prudencia) y atenta observación de temperatura y pulso. En la inmensa mayoría de los casos las contracciones uterinas expulsan todo el contenido de la cavidad y el aborto se termina sin complicaciones.

El taponamiento después del raspado digital o instrumental es discutible; nosotros creemos que nunca es nocivo y lo aconsejamos al práctico que tanta necesidad tiene de reposo y el que por pequeñas pérdidas de sangre con tanta facilidad es llamado durante la noche que sigue a la intervención. Con el taponamiento dormireis tranquilos y más bien beneficiareis a vuestra enferma, evitándole posibles hemorragias.

Siempre debéis procurar proceder sin precipitaciones: *buena asepsia, técnica metódica y reglada*, es la manera de obrar rápida y científicamente. Lo que hace el especialista en tales casos, podeis hacerlo los médicos todos; es más, debéis saber hacerlo. Los problemas de urgencia en medicina, deben resolverse donde está el enfermo; todo médico debe tener sobre ellos ideas claras, traducidas llegada la ocasión en prácti-

ca precisa. ¡Ojalá la enseñanza general de la medicina, la formación del médico práctico, se inspirara siempre en tales principios!

CONCEPTO Y TRATAMIENTO DE LOS ECZEMAS

por el doctor

ANTONIO CARRERAS

El eczema es una de las erupciones que, por su frecuencia y por su relación íntima con el estado general del enfermo portador del mismo, es de interés capital que todo médico lo conozca y lo trate correctamente. Las distintas formas clínicas que presenta, según los individuos, edades, localizaciones y causas determinantes hacen que el concepto sobre el eczema haya variado según que los dermatólogos hayan aplicado para su estudio un criterio unilateral clínico, etiológico o anatómo-patológico. Así nos encontramos con las dos tendencias principales: de la Escuela localista de Viena, que considera el eczema como un fenómeno esencialmente local, y la Escuela francesa con BESNIER al frente, que consideran el eczema como una enfermedad, reflejo siempre de un estado dietésico o de predisposición del individuo.

Es el eczema una erupción esencialmente vesiculosa, apesar de que esta vesícula no es siempre apreciable a simple vista, ni exista en ciertas formas y estados; que obedece a un proceso inflamatorio de la piel, comprendiendo el dermis y la epidermis y que casi siempre evoluciona en brotes. Anatómo-patológicamente considerado presenta siempre una espongiosis del cuerpo mucoso de Malpígio. Raramente se presenta el eczema como una erupción monomorfa. Las distintas formas clínicas, que varían con la causa, localización, edad y factor individual, hacen que el eczema presente lesiones elementales muy distintas. Las complicaciones o transformaciones que sufren (infección secundaria, liquenificación, etc.), aumentan todavía la dificultad de identificar el elemento primario. Lo mismo sucede en el caso contrario en que otras erupciones (impétigo) se pueden eczematizar secundariamente.

Las causas que intervienen en la génesis de los eczemas son muy numerosas. Ante todo existen las causas de origen externo. Las irritaciones físicas y químicas, el calor y la luz producen los eczemas calórico y solar. Ciertas radiodermitis toman el aspecto de eczemas. Numerosas sustancias químicas, producen dermatitis eczematoideas, casi siempre profesionales. Hay eczemas de origen parasitario, ya sean secundarios a erupciones parasitarias animales (sarna y pedículos) por el rascado a que dichas afecciones obligan, ya sean debidas a parásitos vegetales (micosis).

Las causas internas son todavía más numerosas. La insuficiencia en el funcionamiento de un órgano cualquiera, produce una autointoxicación que basta para provocar un eczema (trastorno gastro-intestinal, insuficiencia renal, hepática, de glándulas endocrinas o estreñimiento crónico). La simple ingestión de alcoholes