



Año 1917

Núm. 3362

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

El aborto terapéutico
en la
tuberculosis pulmonar

— — —
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

REMIGIO BUSTOS MORÓN

Ex-ayudante de la cátedra del Profesor Gregorio Aráoz Alfaro, 1912

Ex-asistente (diplomado) al servicio del Profesor Gaucher en el Hosp. Saint-Louis
(Paris 1913)

Ex-interno, menor y mayor del Hosp. de Clínicas, por concurso de clasificaciones

Servicio de Cirugía del Profesor Gandolfo, año 1915

Servicio de Clínica Médica del Profesor Allende,

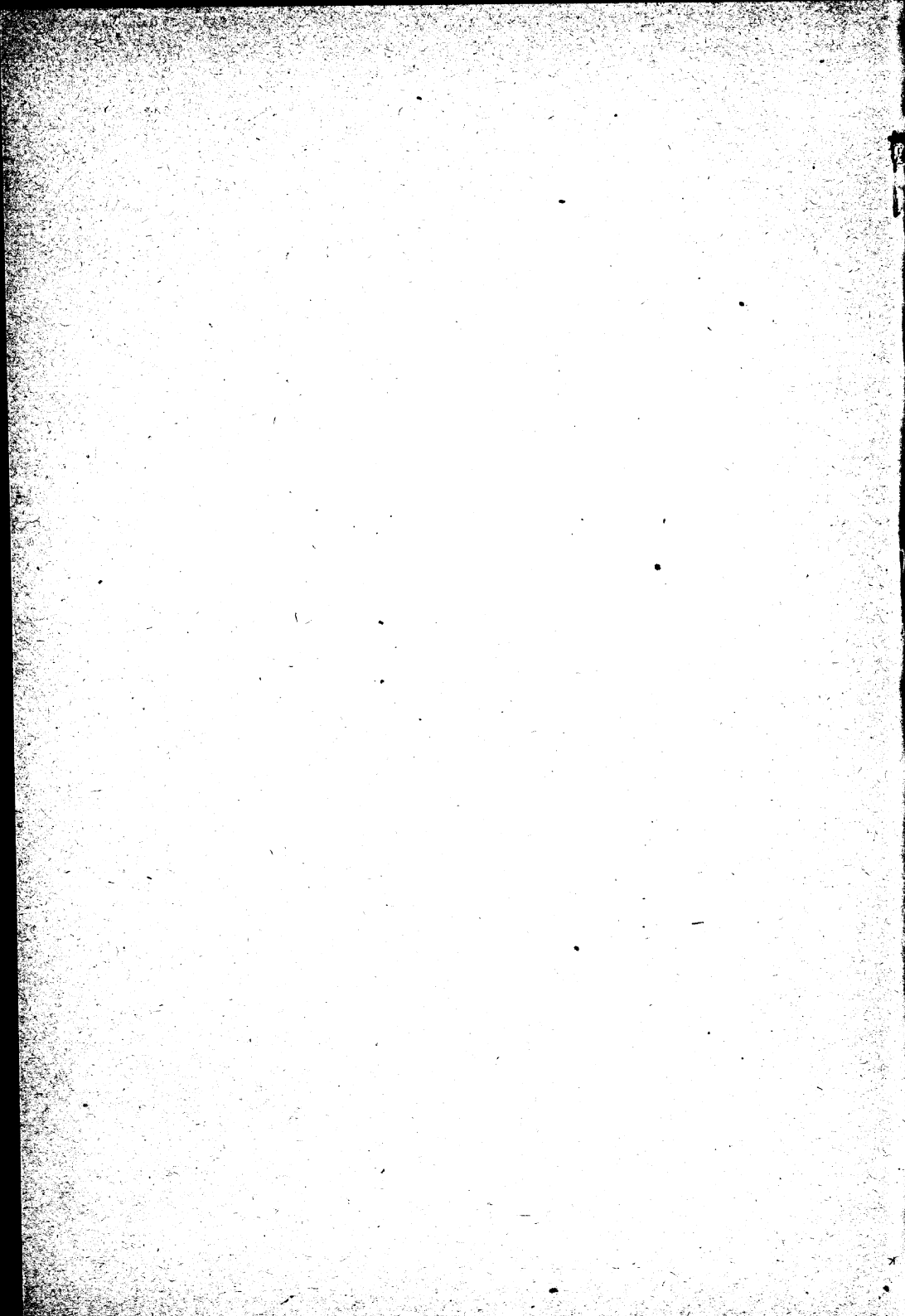
Año 1916



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



El aborto terapéutico
en la
tuberculosis pulmonar

Año 1917

Núm. 3362

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

El aborto terapéutico

en la

tuberculosis pulmonar

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

REMIGIO BUSTOS MORÓN

Ex-ayudante de la cátedra del Profesor Gregorio Aráoz Alfaro, 1912

Ex-asistente (diplomado) al servicio del Profesor Gaucher en el Hosp. Saint-Louis
(Paris 1913)

Ex-interno, menor y mayor del Hosp. de Clínicas, por concurso de clasificaciones
Servicio de Cirugía del Profesor Gandolfo, año 1915

Servicio de Clínica Médica del Profesor Allende,
Año 1916

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GUÊMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PISERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECOUD
18. " " BALDOMERO SOMMER
19. " " DESIDERIO F. DAVEL
20. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. " " DOMINGO CABRED
22. " " ABEL AYERZA
23. " " EDUARDO OBEJERO
24. " " PEDRO BENEDIT

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO
6. " " CARLOS CHAGAS
7. " " MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
" " ELISEO CANTON
" " ANGEL M. CENTENO
" " DOMINGO CABRED
" " MARCIAL V. QUIROGA
" " JOSE ARCE
" " EUFEMIO UBALLES (con Lic.)
" " DANIEL J. CRANWELL
" " CARLOS MALBRAN
" " JOSE F. MOLINARI
" " MIGUEL PUIGGARI
" " ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)
" " FANOR VELARDE
" " IGNACIO ALLENDE
" " MARCELO VISAS
" " PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA
DR. D. JUAN A. GABASTOU

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
„ JUVENCIO Z. ARCE
„ PEDRO N. ARATA
„ FRANCISCO DE VEYGA
„ ELISEO CANTON
„ JUAN A. BOERI
„ FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURANONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	„ R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	„ PEDRO BELOU
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	„ HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	„ CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Semología y ejercicios clínicos ...	„ GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	„ DAVID SPERONI
Anatomía Patológica	„ AVELINO GUTIERREZ
Materia Médica y Terapéutica	„ TELEMACO SUSINI
Patología Externa	„ JUSTINIANO LEDESMA
Medicina Operatoria	„ DANIEL J. CRANWELL
Clínica Dermato-Sifilográfica	„ LEANDRO VALLE
„ Génito-urinarias	„ BALDOMERO SOMMER
Toxicología Experimental	„ PEDRO BENEDIT
Clínica Epidemiológica	„ JUAN B. SEÑORANS
„ Oto-rino-laringológica	„ JOSÉ PENNA
Patología Interna	„ EDUARDO OBEJERO
Clínica Oftalmológica	„ MARCIAL V. QUIROGA
„ Médica	„ ENRIQUE B. DEMARIA
„ Médica	„ LUIS GUEMES
„ Médica	„ LUIS AGOTE
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Quirúrgica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Quirúrgica	„ DIOGENES DECOUD
„ Quirúrgica	„ ANTONIO C. GANDOLFO
„ Neurológica	„ MARCELO T. VISAS
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ A. ESTEVES
„ Obstétrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZARATE
„ Pediatría	„ SAMUEL MOLINA
Medicina Legal	„ ANGEL M. CENTENO
Clínica Ginecológica	„ DOMINGO S. CAVIA
	„ ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALLANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Pedlátrica	„ ANTONIO F. PISERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ T. BORDA
	„ BENJAMIN T. SOLARI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana	" EUGENIO GALLI
Bacteriología	" JUAN JOSE CIRIO
Química Biológica	" FRANK L. SOLER
Higiene Médica	" BERNARDO HOUSSAY
Semeiología y ejercicios clínicos	" RODOLFO RIVAROLA
Anatomía Patológica	" SALVADOR MAZZA
Anatomía Topográfica	" BENJAMIN GALARCE
Materia Médica y Terapia	" FELIPE JUSTO
Medicina Operatoria	" MANUEL V. CARBONELL
Patología externa	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Clínica Dermato-sifilográfica	" ALFREDO VITON
" Epidemiológica	" JOAQUIN LLAMBIAS
" Oftalmológica	" ANGEL H. ROFFO
" Oto-rino-laringológica	" ANGEL F. SAN MARTIN
Patología Interna	" JOSE MORENO
Clínica Quirúrgica	" ENRIQUE INNOCCHETTO
Clínica Neurológica	" CARLOS ROBERTSON
" Médica	" FRANCISCO P. CASTRO
" Pediatría	" CASTELFORT LUGONES
" Ginecológica	" ENRIQUE M. OLIVIERI
" Obstétrica	" ALJANDRO CERALLOS
Medicina Legal	" NICOLAS V. GRECO
Clínica Psiquiátrica	" PEDRO L. BALISA
	" FERNANDO R. TORRES
	" FRANCISCO DESTEFANO
	" ANTONINO MARCO DEL PONT
	" ADOLFO NOCETI
	" RAUL ARGASARAZ
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" FELIPE J. BASAVILBASO
	" ANTONIO R. ZAMBRINI
	" ENRIQUE FERREIRA
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARILARO
	" EDUARDO MARINO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JORGE LEYRO DIAZ
	" ANTONIO F. CELESIA
	" TOMAS B. KENNY
	" VICENTE DIMITRI
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. RULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" TULLIO MARTINI
	" CANDIDO PATISO MAYER
	" MAMERTO ACUSA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" JULIO HIBARNE
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONCE
	" JUAN R. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. ROERO
	" JOSUE BERTU
	" NICANOR PALACIOS COSTA
	" VICTORIO MONTEVERDE
	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA
	" AMABLE JONES

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. Dr. J. C. LLAMES MASSINI

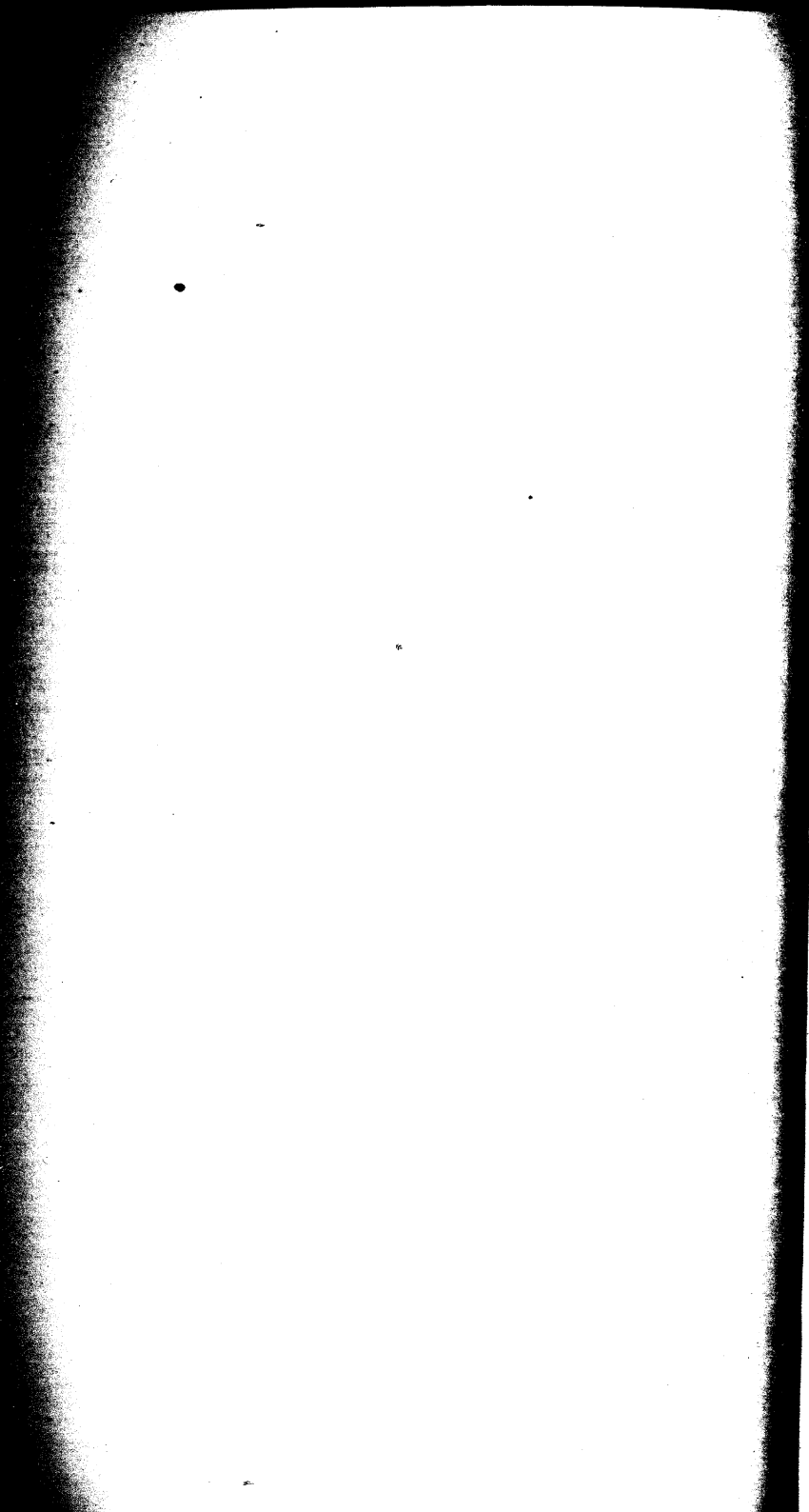
Segundo año:

Parto fisiológico „ MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica „ FANOR VELARDE

Puericultura „ UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía y Fisiología comparadas	DR. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica	„ JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica..	„ MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal...	„ ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica ...	„ FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er. curso).	„ J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	„ RICARDO SCHATZ
Química analítica general	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (2.º curso)...	DR. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica	DR. TOMAS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica..	„ ANGEL SABATINI
„	„ EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
„	„ PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica....	DR. PEDRO J. MESIGOS
„	„ LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial	SR. OSCAR MIALOCK
Química analítica general	DR. JUAN A. SANCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas...	_____
Mineralogía y Geología.....	_____
Botánica (2.º curso). Bibliografía botánica argentina	_____
Química analítica aplicada (Medicamentos)	DR. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejer)
Química biológica	„ PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bro-matología)	_____
Física general	_____
Bacteriología	DR. CARLOS MALBRAN
Toxicología y Química legal.....	„ JUAN B. SESORANS

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares.
1er. año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEON PEREYRA
3er. año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. D. ALEJANDRO CABANNE (3.er año)

DR. D. TOMAS S. VARELA (2.º año)

SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)

SR. D. CIRO DURANTE AVELLANAL (1er año)

Padrino de tesis:

DOCTOR ALFREDO BELLO

Adscripto a la cátedra de clínica Ginecológica

A MIS PADRES Y HERMANOS

A MI TIO :

DON JOSÉ MARIA BUSTOS

AL DOCTOR DON JOSÉ FIGUEROA ALCORTA

Homenaje de respeto del autor.

A MIS JEFS Y DISTINGUIDOS MAESTROS:

Dr. ANTONIO GANDOLFO
Dr. GREGORIO ARAOZ ALFARO
Dr. IGNACIO ALLENDE
Dr. ARMANDO R. MAROTTA
Dr. ADOLFO LANDIVAR

AL INGENIERO CARLOS BLAQUIÉR (HIJO)

A LOS DOCTORES:

MARIO FIGUEROA ALCORTA
CARLOS M. SQUIRRU
DAVID STAFFIERI

A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO

Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Esta primera página del trabajo inaugural, donde por costumbre se ponen las impresiones y los recuerdos, hace fijar mi mirada en el servicio de cirugía del viejo hospital, donde he podido admirar una figura recta y austera, un alma bondadosa ante el dolor y siempre inflexible ante todo aquello en que no prime la justicia más estricta; donde se ve, sin descuidar el punto de vista científico, hacer privilegios en interés del enfermo, y donde dan con su ejemplo la más alta noción de moral profesional.

Para mi distinguido amigo el doctor Alfredo Bello, que me hace el honor de apadrinarme este trabajo, mi reconocimiento sincero. Ya sabe él, todo lo grande que es mi afecto y admiración.

Al profesor Zárate, que me indicara el presente tema de tesis, agradezco sus atenciones.

Muy reconocido a la gentileza de los profesores Fernández, Piccardo y Gabastou, y a los doctores Domingo Iraeta y María Teresa Ferrari de Gaudino, a quienes debo los casos prácticos que inserto en este trabajo.

No puedo dejar de recordar la amabilidad del profesor Velarde, que me ha hecho el honor de concederme la asistencia a su clínica.

A mi querido maestro el profesor Allende, de cuyas interesantes lecciones guardaré recuerdo, doy las gracias por sus enseñanzas y sus consejos.

CAPITULO I

Definición del aborto terapéutico.—Frecuencia de tuberculosis y embarazo.—Influencia que ejerce el embarazo sobre la tuberculosis pulmonar: optimistas, pesimistas y ecléticos. Elementos de pronóstico en las tuberculosas embarazadas.

El aborto terapéutico, es el aborto provocado cuando accidentes graves determinados por la gestación persisten y se agravan, a pesar del tratamiento médico, hasta llegar a amenazar la vida de la madre. Para muchos, el aborto provocado significa sacrificio del feto. Protesto, dice Jacquemier, contra esa interpretación, de este acto operatorio. El partero no sacrifica el feto y salva frecuentemente a la madre. No difiere más que por la intención, del acto investigado por la ley, que es también un aborto provocado. Para evitar un acercamiento tan comprometedor, y establecer la diferencia de intención, se le deno-

mina: aborto médico, obstétrico, profiláctico, terapéutico.

La legitimidad del aborto médico, aunque privada de la sanción jurídica, no es dudosa. Lo que necesita a falta de una sanción jurídica, es una fórmula clara, justificando en derecho esta derogación excepcional. Hoy que no se vacila en interrumpir desde sus primeras fases un embarazo, que no hubiera llegado a término sin comprometer la vida de la mujer embarazada, no hay un médico digno de ese nombre que consintiera en ser voluntariamente un testigo inactivo. Lo esencial para éste, es que la indicación sea real y que no existan dudas al respecto. Estas son las palabras con que Jacquemier define al aborto terapéutico. Este fué realizado primero por Cooper en Inglaterra en 1772. Cuarenta años más tarde se practica en Francia, pero es solo en 1852 que la Academia Francesa de Medicina comienza a favorecer tales intervenciones. Se aceptaba entonces una sola indicación: la estrechez pelviana en grado extremo. En Alemania fueron Mende (1802) y Kiwisch (1842) que reclamaron el aborto artificial en las pelvis estrechas. Pfaltlin fué el primero en ampliar las indicaciones. Hoy, aunque le falte el amparo de la ley, está, sin embargo, sancionado por las academias

científicas del mundo entero, y en las distintas legislaciones existe algún capítulo que protege al que lo realiza, dado que el fin exclusivo es salvar la vida amenazada de la madre. Los clásicos franceses hacen recomendaciones especiales para tales casos, aconsejando prudencia en la indicación en general, y reclamando la presencia de otros colegas para realizar la intervención, llegando algunos hasta aconsejar la comunicación de los antecedentes a la justicia.

No vamos a entrar en mayores consideraciones sobre la faz legal, tan debatida del aborto terapéutico, porque nos vamos a circunscribir a un estudio clínico y obstétrico, en cuanto él se relaciona, con la Tuberculosis Pulmonar, recordando que es esta enfermedad la más común de sus indicaciones.

La observación de la tuberculosis existiendo conjuntamente con el embarazo, no es por felicidad un hecho frecuente.

El porcentaje varía entre 0,8 por ciento encontrado por Fellner y 1,4 por ciento encontrado por Ahlfeld, Rosthorn y Pfannestiel. Rubin, Ohlbeck, y Nelter encuentra cifras superiores a 1 por ciento, mientras que Zirkel, de la clínica de Würzburg, en una estadística de embarazos ob-

servados durante 10 años, encuentra sólo un 0,5 por ciento de embarazos complicados con tuberculosis.

Las causas de este hecho no están bien determinadas, aunque intervienen diversos factores, de los cuales la esterilidad frecuente en las tuberculosis, ha de tener un rol importante, al cual se agregan la profilaxia médica y social, y el alejamiento de la enferma del medio en que vive.

Mucho se ha discutido en las distintas épocas, sobre si la gestación en una mujer tuberculosa, tenía o no una influencia nefasta sobre la marcha de la enfermedad. Así decía Gaulard, en su tesis de agregación de 1880: «Han habido, hay y habrán tres opiniones: la optimista, la pesimista y la ecléctica».

Las relaciones existentes entre la tuberculosis pulmonar y el embarazo, han sido estudiadas desde épocas remotas. Muchas memorias citan la opinión de Hipócrates, y desde entonces ese problema ha sido objeto de numerosos trabajos, ha sido discutido en los congresos científicos y ha sido resuelto como veremos de manera muy diversa.

Hasta mediados del siglo XIX se tenía el concepto de que el embarazo tenía una influencia benéfica sobre la tuberculosis pulmonar. Esta

opinión fué defendida entre muchos otros por Sims, Ronziere de la Chassagne, Marc, Frank, Baumés, Cullen, Lasségue, etc.; Wernicke llegaba hasta aconsejar a las jóvenes tuberculosas el matrimonio con fines curativos, y consecuentes con esas ideas, dejaban todos ellos evolucionar el embarazo. En 1849 Grisolle, dos años más tarde Drubreuhl, haciéndose eco de las ideas emitidas por Mauriceau, hicieron una comunicación a la Academia de Medicina para probar con historias clínicas, la influencia nefasta del embarazo sobre la tisis; la gran mayoría de los médicos se inclinaron de su parte, siéndolo en Francia Gueneau de Mussy, Perroud, Hergott, Grancher, y fuera de ese país, Lebert, Triedleben, Virchow, Brehmer, Kirschner, Bernheim, Bumm, etc., etoétera.

De esas ideas, sin embargo, no se sacaron conclusiones terapéuticas en Francia, puesto que la interrupción del embarazo fué considerada ineficaz, a la par que contraria a la ley y la moral. Este argumento fué sostenido por la escuela francesa, que se declaró partidaria de la continuación de la preñez.

Pero fuera de Francia, Pasquali y Bompiani en el congreso de la Sociedad Obstétrica de Roma de 1886, presentaron varios casos de in-

terrupción del embarazo por tuberculosis pulmonar. William Duncan en 1890 considerando la tisis como una complicación del embarazo, preconizó la lucha contra la puerperalidad. Fué defendido por Simpson en el congreso de Padua de 1903 y luego por Püncke. La escuela alemana se hizo pronto la sostenedora de esa terapéutica nueva, y se hizo tan partidaria, que exagerando la nota, algunos aconsejaron en todos los casos de tuberculosis, el aborto provocado. Esa misma escuela sostiene hoy, que el aborto debe ser completado con la esterilización de la tuberculosa, a fin de evitar nuevos embarazos que han de serle igualmente perniciosos.

Actualmente es tendencia general, emplear un criterio ecléctico en relación con cada caso en particular.

Hemos hecho esta reseña sobre el tema que adelante tratamos con mayor detalle, para enseñar como la terapéutica ha sido en todo momento, la consecuencia de la distinta manera de encarar el asunto de las relaciones existentes entre la tuberculosis y la gestación.

Consideraremos la opinión de los autores en tres grupos distintos: los optimistas, los pesimis-

tas y los ecléticos, añadiendo los de criterio mixto, que son la gran minoría.

Antiguos autores como Hipócrates y modernos como Sims, Dugués, Lassegue, Gúbler, etc., sostienen la acción favorable del embarazo sobre la tuberculosis pulmonar; de ahí que el primero de ellos en el mismo orden de ideas, aconsejara el casamiento a las jóvenes tuberculosas. Sims dice en su «*Observation sur les maladies epidemiques*», que no ha visto morir mujeres tuberculosas durante el embarazo, y Marc agrega, que cuando éste aparece, la enfermedad se detiene o aún se cura. Roziere de la Chassagne piensa que de dos mujeres tuberculosas en el mismo grado, la embarazada ha de sobrevivir a la que no lo está. Bouchout, Lasségue, Baumés, Lercher, etc., son de opinión parecida, y Buekhardt estudió enfermos con tuberculosis que progresaban antes del embarazo, y que a consecuencia de éste, detuvieron la marcha. Wernicke y Ruelle declararon que la detención del proceso tuberculoso durante el embarazo es un hecho frecuente. Estas opiniones, que prevalecían entre los antiguos, no han progresado, y sólo algunos pocos autores son de esa manera de pensar, pero siempre con tendencia a hacerse ecléticos. Por ejemplo, Mercier cree que el embarazo atenúa los

efectos de la predisposición tuberculosa, y von Tussenbroek ha publicado una estadística de varias ciudades de Holanda, de donde saca la conclusión que es muy escaso el número de tuberculosas que se agravan en el curso de la gestación.

De 613 mujeres examinadas por Kania, todas ellas de fuentes sospechosas de tuberculosis, no ha observado más que 13 de ellas, en que su tuberculosis pudiera ser imputada al embarazo, y al respecto ese autor manifiesta su extrañeza por la poca proporción, teniendo en cuenta el gran número de mujeres predisuestas por herencia, que se encuentran en las salas de los hospitales. Pinard, de criterio netamente optimista, hace el relato de una hija de tuberculosa, casada y con hijos sanos, mientras que sus hermanas murieron tuberculosas.

Rabnow y Reicher, en 10 observaciones en el sanatorio de Schöneberg, no han observado la progresión en las lesiones tuberculosas, más que en dos de ellas, llegando a la conclusión de que no hay que ser tan fatalista como actualmente se tiende, pues hay muchos casos de tuberculosis que se mantienen estacionarios. Algunos han querido atribuir el hecho a la compresión que el útero ejerce sobre los pulmones, tal cual actúa

el neumotórax artificial, otros a la disminución de los procesos congestivos por la acción derivativa del útero grávido (Renón-Stuardt Tidey).

Frente a esos autores de ideas optimistas, se encuentra un grupo no menos numeroso que piensa, que el estado grávido, siempre es perjudicial a la tuberculosa que lo soporta.

Mauriceau, Grissolle, Gueneau de Mussy, Perroud, Schroeder, Playfair, Hergott, Grancher, y la gran mayoría de los parteros italianos y alemanes son de esa manera de pensar. *Los autores modernos atribuyen al embarazo un rol agravante, frecuente, pero no seguro, de la tuberculosis.* Heinmann, cree que la acción nociva se produce en el 73 por ciento de los casos y la muerte en un 55 por ciento, mientras que para Shauta, la lesión tuberculosa se agrava en un 68 por ciento de los casos. Pradella en más de 1000 observaciones ha constatado un 80 por ciento de agravados y por último Herman y Hartl han llegado a iguales conclusiones por vía experimental.

Son interesantes las publicaciones que Kaminer hizo en este sentido. En efecto, de 50 mujeres embarazadas observó un 84 por ciento de empeoramientos en la lesión pulmonar.

Ya Grissolle en el año 1850 refutó las opiniones de Baumés y Roziere de la Chassagne,

demostrando que la tuberculosis evoluciona desfavorablemente, sin que el embarazo sea influenciado por ella, pero atribuyó a la par un rol benéfico al puerperio, hecho que fué rebatido por Lebert en 1872, que consideraba a éste como el momento más peligroso para la vida de la mujer tuberculosa. Los autores que piensan en la acción benéfica del embarazo sobre la tuberculosis, fundamentan su opinión en el hecho por ellos supuesto, de la existencia de una derivación de la circulación pulmonar hacia el útero, a fin de llenar en ese órgano las necesidades temporarias para el desarrollo del feto. Pero Peter (1879) demostró de una manera innegable que no existe tal derivación, y que, por el contrario, durante el embarazo el pulmón se encuentra mayormente congestionado. El embarazo, agrega ese autor, es una ocasión de plétora sanguínea necesaria, pero esa necesidad fisiológica es de peligro en los casos patológicos como la tuberculosis.

Mauriceau (1728) sostuvo, al mismo tiempo que aconsejaba evitar el matrimonio de las jóvenes tuberculosas que hubieran tenido hemóptisis, la acción nefasta de los procesos congestivos del embarazo. Louis (1843) en sus «Recherches sur la phthisie», se adhiere al parecer de Mauriceau, y Grissolle (1849) llega a idénticas conclusiones.

Más tarde Dubreuilh (1852) publica una memoria en cuyas observaciones se agrava la tuberculosis bajo la acción de la preñez.

Tarnier, Charpentier, Depaul y Budin piensan sea el embarazo la causa determinante de la tuberculosis en las mujeres predispuestas, y es en ese sentido que se expresa Queirel, agregando además este último autor, que considera frecuente que el embarazo provoque el estallido de una tuberculosis latente hasta entonces.

Dubois decía: «si una mujer amenazada de tisis se casa, resiste a veces al primer embarazo, raramente al segundo, pero jamás al tercero», y era esa en principio la opinión de Stolz y de otros autores, como Playfair en Inglaterra y Schroeder en Alemania.

Farani después de seguir atentamente varios casos clínicos, llega a la conclusión, de que es sumamente raro el estacionamiento de la enfermedad, mientras que la tuberculosis se agrava en el 50 por ciento de las enfermas embarazadas. Cristofolletti y Thaler, aceptando esas conclusiones, hacen un análisis de las causas susceptibles de producir ese agravamiento. Al parecer de dichos autores, el embarazo tiene una influencia directa sobre la tuberculosis pulmonar, creando un estado particular que favorece la virulencia y

multiplicación del bacilo específico, no dejando de considerar como importante, la compresión y dificultad respiratoria consiguiente, que el volumen del útero produce.

La moderna escuela alemana, es unánime en reconocer lo perjudicial que es el embarazo en las tuberculosas. Deibel, en cincuenta enfermas seguidas en la Clínica de Heidelberg, observó agravación de la enfermedad en la gran mayoría, pero especialmente en los últimos meses y durante el puerperio, teniendo además un promedio de mortalidad de 50 por ciento.

Las estadísticas de Fellner, de Freund, de Flint, son igualmente pesimistas con respecto a la tuberculosis. Pfannenstiel demuestra una mortalidad materna de 22 por ciento y un progreso de la enfermedad de 72 por ciento, de los cuales 62 por ciento durante el embarazo y el resto durante el puerperio.

Kaminer, de los casos de la Policlínica de Berlín, extrae una proporción de 66 por ciento de avance manifiesto de la enfermedad, y Veit en casos por él estudiados llega a la misma conclusión. Según Pankow y Küpferle (Freiburg) el influjo que ejerce el embarazo sobre la tuberculosis, no es uniforme y es necesario establecer diferencias, según se trate de una tuberculosis

latente o de una enfermedad ya bien manifiesta al iniciarse la gestación. Pankow vió sólo en una parte de sus casos, a la tuberculosis latente, hacerse manifiesta durante el embarazo, habiendo observado la muerte, de un 35 por ciento de los casos.

Cuando la afección pulmonar ha sido manifiesta, el cuadro es distinto. En ese caso como también en las tuberculosis antiguas que se han hecho estacionarias, el proceso empeora y termina fatalmente en un porcentaje elevado que oscila entre 60 por ciento (Káminer) y 68.3 por ciento (Fellner, Schauta) hasta 94,5 por ciento (Pankow, Kúpferle) y 100 por ciento (von Ysendiech, Bruine Ploos von Amstell). Aún el número de Freund (38 por ciento) con ser de los más bajos, no deja de ser considerable. Ebelser (1914) sostiene que el embarazo significa para la mujer enferma de tuberculosis, no sólo una complicación poco deseable, sino aún muy peligrosa, y que la evolución desfavorable de una tuberculosis, debe ser atribuída en una gran mayoría al embarazo.

Para Bumm, es el puerperio el momento más temible en esos casos, pues aunque durante el embarazo la enfermedad no haya progresado, ha de empeorar notablemente después del parto. Se-

gún Gerhardt, los efectos perniciosos del embarazo se observan en la casi totalidad de los casos, y esa acción nociva la realiza por partes iguales el embarazo, el parto y el puerperio.

Rosthorn, considera el embarazo como un factor que actúa desfavorablemente sobre la tuberculosis, sobre todo en los procesos con gran reacción febril, o cuando la enfermedad no está limitada a los vértices, sino que se ha extendido en el parénquima pulmonar, así también en los casos de complicaciones cardíacas, uro-genitales o intestinales, como igualmente en los casos de tisis laríngea o de grave tara hereditaria.

Hofbauer refiere que en un análisis de 235 enfermas, pudo constatar en 55.7 por ciento empeoramiento por el embarazo, llamando además la atención sobre las alteraciones locales del tejido pulmonar durante la gestación, a las cuales quiere atribuir la tendencia a extenderse de la tuberculosis durante la preñez.

En estudios anatómicos que practicara durante la gestación en el parénquima pulmonar, constató una gran repleción en los vasos e infiltración peribrónquica formada especialmente de elementos linfocitarios, explicándose entonces las condiciones favorables que en esos casos existen

para la colonización y siembra de los bacilos específicos.

La misma influencia nefasta que estos autores atribuyen al embarazo, la hacen extensiva al parto, al puerperio e inclusive a la lactancia.

Von Ysendieck observó 26 mujeres entre 20 y 36 años. En ellas la tuberculosis se manifestó durante el parto, en la gran mayoría, correspondiendo sólo una mínima parte al embarazo. A iguales conclusiones llegan Veit y Schauta, pero reconociendo como frecuente a la aparición de la enfermedad durante el puerperio.

Hemos pasado en revista las opiniones pesimistas, y podemos considerarlas numerosas, sobre todo en la escuela alemana. Basta sólo a priori, dicen los que sostienen esas ideas, pensar en la intensidad de las modificaciones humorales y celulares de origen gravídico, lo mismo que en la variedad y frecuencia de esas alteraciones sintomáticas que le han valido al embarazo la etiqueta «de enfermedad de 9 meses», para afirmar que no puede ser sino perjudicial a la enferma que lo soporta.

La sangre se encuentra en las condiciones de la cloroanemia; todos sus elementos disminuidos, salvo el agua y los leucocitos. Del lado de las orinas, la misma disminución en las subs-

tancias solubles o extractivas, siendo la pérdida de fosfatos la consecuencia directa de la necesidad que tiene el feto para su osificación. Esas modificaciones profundas, de la crasis sanguínea y urinaria, muestra que en el embarazo se realiza una verdadera caquexia por demineralización. Si a ello se agrega el retardo nutritivo y los fenómenos simpáticos, puede fácilmente explicarse las causas del avance que frecuentemente se observa en el proceso tuberculoso y que esos autores consideran un hecho seguro. Uno de ellos, Marigliano, dice: «es necesario ser pesimista aún en los casos más favorables». Tarnier y otros, dan gran importancia como factor de agravación a la edad de la enferma, considerando como más peligroso el período entre los 20 y 30 años. Proust decía al respecto que la evolución rápida de las lesiones tuberculosas se produce en las mujeres jóvenes, mientras que en las que han pasado los 30 años la tuberculosis queda generalmente latente durante el embarazo y después del parto.

Para otros la agravación sería debida a una modificación de parte de la sangre y especialmente de parte de los glóbulos blancos, o en una glicemia pasajera que no está puesta bien de manifiesto.

Hofbauer atribuye esa evolución rápida de

la enfermedad a un descenso del poder lipolítico del suero durante el embarazo, basándose en las constataciones de algunos autores que han encontrado en esas circunstancias un cierto grado de lipoidemia o de colesterinemia debido a una alteración de la función hepática. Para Stern ese aumento de los lipoides del suero, sería un impedimento para la formación de anticuerpos tuberculosos de defensa, hecho que se encuentra fortalecido por el resultado de las reacciones a la tuberculina, que han mostrado una disminución de intensidad desde los primeros meses, llegando hasta dar resultados negativos. Esos hechos están en relación con las constataciones de Neumann y Hermann que sostienen, que la colesterinemia aparece hacia el 4º mes, para desaparecer después de realizado el parto, y con las de otros autores, que agregando extractos alcohólicos de lipoides de embarazadas a un cultivo, lograron que los bacilos se multiplicaran extraordinariamente.

Bar, Daunay, Devaigne y Chirié, presentaron a la sociedad obstétrica de Francia, 131 casos, donde buscaron de precisar, si realmente el embarazo agravaba la tuberculosis. De la observación de esos hechos, llegaron dichos autores a la conclusión: Que el embarazo puede jugar el

rol de causa ocasional, capaz de provocar el estallido de una tuberculosis hasta entonces latente, agregando que la mayoría que aparentan haber debutado durante el embarazo, son en una cierta proporción tuberculosis activadas. Piensa Bar que la agravación se produce lo más frecuentemente en el último tercio del embarazo, y que puede atribuirse a la disminución de anticuerpos que se observa en la segunda mitad de la gestación. Esto se relaciona con la observación clínica que enseña que las tuberculosis se agravan en los últimos meses del embarazo y en los primeros días que siguen al parto.

Frente a los optimistas y pesimistas se encuentra otro grupo de autores que piensa eclécticamente, que si bien es cierto que la tuberculosis es la mayoría de las veces mal influenciada por el embarazo, en otras la enfermedad no progresa con el estado grávido.

Esta opinión ha sido defendida por Paul Dubois y sostenida por Herard y Cornil. Para ellos tanto podría el embarazo ser perjudicial, como indiferente a la tuberculosis, dependiendo de varios factores, entre los cuales tiene capital importancia el grado de las lesiones y la resistencia personal de cada enferma. Bar, en el congreso de Roma de 1912, decía que es cierto que

el embarazo es una causa de agravación para las tuberculosis pulmonares en vía de evolución, como igualmente es susceptible de activar una lesión hasta entonces latente. A pesar de que esa acción nefasta puede manifestarse desde la iniciación del embarazo, es la regla que el proceso avance en el último tercio de la gestación, siendo un hecho frecuente que la enfermedad progrese después de realizado el parto. Dicho eso, debemos agregar, dice el mismo autor, que *la agravación por común que sea no es un fenómeno necesario*, pues se ven mujeres en estado de tuberculosis pulmonar latente, o tuberculosis seca con pocos signos estetoscópicos, respiración ruda, expiración prolongada, *llegar al embarazo, y lejos de agravarse mejorar su estado general*. La proporción de mejoría sería de 60 a 70 por ciento en esas condiciones (Bar). Cuando la lesión es más avanzada, existiendo craquemientos húmedos, esputos con bacilos, fiebre, las probabilidades de mejoría son raras, no excediendo de 15 por ciento (Bar). Cuando hay cavernas con tendencia a la extensión, la mejoría no se realiza en más del 4 por ciento, mientras que cuando hay tendencia a la septicemia tuberculosa, el embarazo es siempre mortífero (Bar).

A los conceptos anteriores debemos añadir

la opinión llamada mixta, que algunos autores se declaran partidarios. Ellos atribuyen a una época del embarazo una acción favorable sobre la enfermedad (generalmente debut y mitad del embarazo), y una influencia nefasta en otra (parto, puerperio y lactancia). Al respecto, dice Magnette, las cosas pasan de la siguiente manera: tolerancia al debut, calma en la mitad del embarazo, agravación al fin; verdadero golpe de látigo en el momento del parto y sobre todo durante el puerperio. El parto efectuado, dice Bonnaire, que corresponde a la involución del útero, sobreviene el período más crítico de la enfermedad.

Gendrin, Pidoux, Péter, Andral, Capurón y otros; consideran favorable a la tuberculosis, la primera mitad del curso de la gestación, mientras que son eminentemente nefastos los períodos del post-partum.

Cazeaux y Ruelhe, participan de la misma opinión, de que el embarazo no modifica la evolución de la enfermedad, mientras que el puerperio y el parto le son netamente perjudiciales.

Gardien declara haber observado algunas enfermas, en las cuales existían antes del embarazo lesiones manifiestas de tuberculosis del pulmón, y que en el curso del primer tercio de la gestación mejoraban notablemente, volviendo los

síntomas graves hacia el quinto mes, lo que hace decir a Capurón que se trata de una mejoría inicial ilusoria. De todo lo expuesto anteriormente es fácil darse cuenta, de todas las dificultades que ha de acarrear el querer establecer un pronóstico. Es a consecuencia de eso que los autores se han ocupado con detenimiento, de precisar en qué elemento es necesario basarse para preveer la evolución de la enfermedad, pero a pesar de todo, es sólo el examen detenido de la enferma lo que permite en cada caso hacer un buen pronóstico. Es insuficiente considerar un solo factor, como hace Veit con el peso, pues se ha demostrado que se falla con regular frecuencia (Kraus).

Lo mismo se puede decir con respecto a las reacciones a la tuberculina, si ellas se realizan aisladamente. Son conocidos los estudios que realizara Ed. Martin en la Charité, observando tuberculosas y sometiénolas a la reacción diagnóstica de la tuberculina, que lo llevé a establecer que ella tenía también valor pronóstico. En efecto, en las tuberculosis bien toleradas y de primer grado, las reacciones daban resultados positivos, mientras que en las formas avanzadas y caquéticas o estaba disminuída en intensidad o no se observaba.

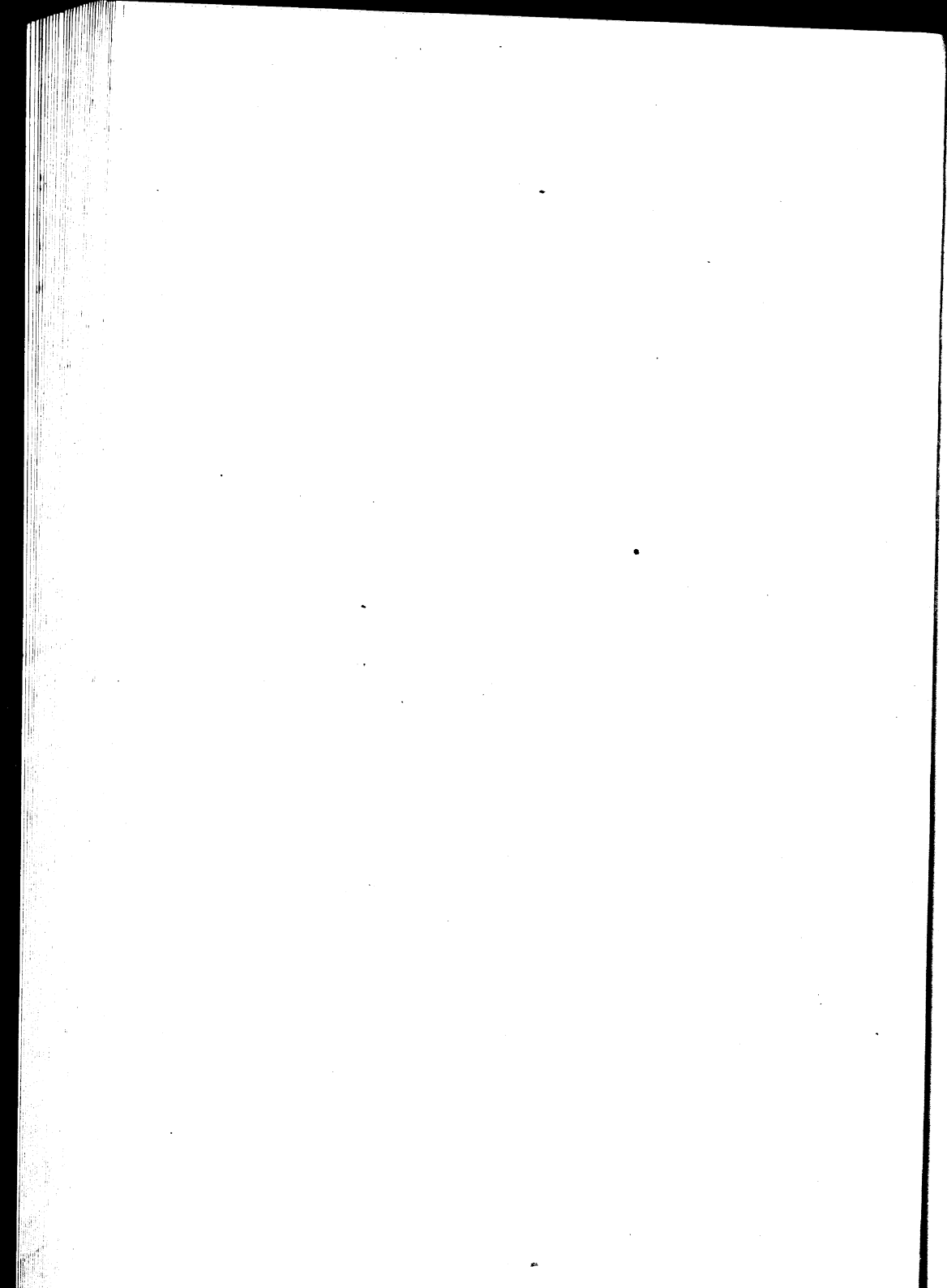


Aplicados esos resultados al pronóstico de las tuberculosas embarazadas, hay autores que sostienen que son de gran valor. Martin admite que el enrojecimiento de la conjuntiva en la oftalmoreacción, demuestra la existencia de buenos elementos de defensa, lo que hará innecesaria la provocación del aborto, pero en el caso que la reacción sea negativa, se deberá pensar en un estado de gravedad tal, que indicará la necesidad de interrumpir el embarazo.

Dice Káminer, que no se debe pensar en hacer un pronóstico favorable a un tuberculoso con todos los síntomas de un enfermo grave, por que tenga una reacción positiva a la tuberculina. Stern en 118 embarazadas observó una disminución de la intensidad de esas reacciones, a medida que avanzaba la evolución del embarazo, de donde dedujo, que los anticuerpos desaparecían por la influencia desfavorable que sobre la gestación ejerce la tuberculosis. El momento de la desaparición de la reacción, sería según Stern, el más propicio para intervenir. Sippel concede importancia pronóstico a la investigación del índice opsónico, pues a su juicio, la disminución de las defensas del organismo se expresan por una disminución también del índice opsónico. Ar-neth atribuye ese rol al examen de la sangre.

Indudablemente esos factores en conjunto, tienen importancia, pero el verdadero pronóstico se ha de establecer en el examen de las lesiones del pulmón, en la resistencia de las enfermas, en el terreno de cada una y en el estado de los demás órganos.

La observación clínica prolongada nos dirá si pueden establecerse leyes al respecto, pero mientras tanto la mayoría de los autores modernos aconsejan *ser ligeramente pesimistas para que nada nos tome de sorpresa, y pensando siempre que el agravamiento de la tuberculosis por el embarazo no es infalible, aunque sí lo más frecuente.*



CAPITULO II

Influencia que ejerce la tuberculosis sobre el embarazo.—El valor del producto de la concepción.—La heredo-tuberculosis. La predisposición y el terreno tuberculizable.

Las opiniones son más unánimes, en cuanto se refiere a la *acción de la tuberculosis sobre el embarazo*. Si bien se admite la poca frecuencia de la interrupción espontánea del embarazo en las formas benignas de la tuberculosis, es un hecho reconocido también, que las formas graves y avanzadas de la enfermedad, repercuten hondamente sobre el curso de la gestación. En las formas benignas el parto se produce a término, esa es la opinión de Ascoli, Merletti, Freund y otros.

Colombet atribuye a las complicaciones de la enfermedad, hemoptisis, tos, hipertermia, infecciones secundarias, etc., la interrupción del embarazo. Salvo esas circunstancias, es general

la opinión de que la tuberculosis no es mayormente perjudicial a la marcha de la preñez.

Estadísticas de Grisolle, de Dubreuihl y de Bourgeois, establecen que en 159 embarazadas se han observado 138 partos a término, 9 partos prematuros, 11 abortos y una mujer embarazada de 7 meses, muerta sin haber llegado a término. El análisis de los estudios más modernos hechos por W. Freund, se ajustan más, quizá, al concepto que los autores tienen hoy sobre este tópico. En un número de mujeres con lesiones localizadas y bien soportadas, vió llegar a término a todas ellas, mientras que en número igual de enfermas padeciendo formas avanzadas, sólo una tercera parte concluyeron su gestación. Ese autor atribuye al anhídrido carbónico acumulado en la sangre, el poder de excitar la contracción del útero, que Cornet hace depender de las proteínas circulantes en la madre. Las observaciones de Frigyesi y Kiraliff, dieron resultados idénticos a los anteriores de Freund, pues en 61 casos seguidos por esos autores, la interrupción espontánea del embarazo, dió una proporción de 11.4 por ciento, tratándose en todos ellos de tuberculosis avanzada.

Dice Bumm que la tuberculosis pulmonar, no perturba el curso del embarazo, sino en las

formas complicadas, y es a estos casos que debemos atribuir los elevados porcentajes de abortos y partos prematuros espontáneos, que nos muestran las estadísticas de Rosthorn (52 por ciento), de Bollenhagen (61 por ciento) y de Shauta (70 por ciento). Hegar considera como factor causante a las emociones, penas y preocupaciones de que no están exentas las tuberculosas, mientras que Runge admite una endometritis caseosa a consecuencia de la cual se producirían erosiones en la pared de los vasos, que traerían hemorragias capaces de excitar el órgano, provocar su contracción y consecutivamente la expulsión del fruto. Según Rubín, el aborto espontáneo en las tuberculosas, se realiza en término medio en la proporción de un 6.3 por ciento, fijando la relación entre éstos y el número total de interrupciones espontáneas del embarazo por causas varias, en un 14.8 por ciento. Dice Veit, que es difícil apreciar de un modo general la influencia de la tisis sobre el embarazo, porque no tenemos una base suficiente para formar un juicio sobre la frecuencia' con que se produce el aborto por causas internas. Ohlbeck y Weinberg reconocen la poca frecuencia del aborto espontáneo.

Vemos en síntesis que *el aborto y el parto*

prematuros espontáneos producidos por la tuberculosis de la madre, es un hecho poco frecuente.

VALOR DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCION—

Es del más grande interés en el asunto que estudiamos, conocer cual es el porvenir inmediato o alejado del producto de la concepción, de una madre afectada de tuberculosis pulmonar. Vamos a hacer un análisis de las discusiones principales sobre la heredo-tuberculosis y la heredo-predisposición, considerando que de la lectura de los autores modernos, no es posible establecer conclusiones.

Reinaba el aforismo de Peter: «Los hijos de tísicos no nacen tuberculosos, pero sí tuberculizables», cuando Whártin presentó a la Asociación Médica de Michigán, un caso de tuberculosis fetal que hizo renacer viejas discusiones. Pero en ese caso, se trataba de contacto directo del embrión con una zona caseosa, pues el feto estaba alojado en una trompa tuberculosa. Sin embargo, existen casos considerados como de tuberculosis congénita. Husson, Richard, Foderé, Verneuil, y Broca, Morel, Lavalleyé, Fleury, etc., han hecho observaciones de esa naturaleza. Pero como se dijo con razón, muchas de ellas fueron hechas en épocas en que la tuberculosis era mal

conocida, careciendo por lo tanto en gran parte de valor. Las numerosas investigaciones clínicas y experimentales, hechas desde el descubrimiento del microbio específico, las solas de valor, han hecho establecer que la tuberculosis congénita no existe sino como un hecho de gran excepción.

Las experiencias de Landouzy y Martin, consiguiendo la infección tuberculosa de cobayos sanos a los cuales se les había injertado en el peritoneo órganos de cobayos nacidos de madres tuberculosas, motivaron trabajos ulteriores de Koch, Grancher, Nocard, Hutinel y otros, que no llegaron a confirmar las experiencias de los anteriores autores.

Sánchez de Toledo realizó las experiencias de Landouzy y Martin, no consiguiendo en ningún caso comprobar el pasaje del bacilo tuberculoso de la madre al feto.

No sólo se ha buscado por vía experimental la infección del producto, sino también en la observación clínica, hecho este último que motivó estudios especiales, con publicación de casos como los de Sarwey, Hirschfeld y otros. Ffannens-tiel daba la proporción de 11 1/2 por ciento de contagio intrauterino. Están además las publicaciones de Sauboraud, Thiercelin y Londe y la constatación de Bar, que expusiera en la So-

ciudad de Biología, de bacilos de Koch en la vena umbilical de un feto nacido de madre tuberculosa. Como continuación del trabajo que presentara con Henri Martin en 1883, demostrando la existencia de la herencia bacilar o la herencia de la «graine», el profesor Landouzy realizó hace unos años en colaboración con Laederich, interesantes experiencias, que tuvieron la virtud como su anterior publicación, de promover grandes controversias. Admite en primer término la herencia tuberculosa bajo dos formas distintas: 1º La herencia de lo que llaman la «graine» (transmisión de bacilos al feto), y 2º la herencia del terreno o herencia distrofiante. La primera fué negada hasta las célebres inoculaciones de Landouzy y Martin (1883), confirmada luego por Armanni y Rittis (1890) y Birch, Hirschfeld y Schmorl (1891). Pero a pesar de esas demostraciones, los clínicos del mundo han considerado excepcional y, por lo tanto, fuera de cuenta a la heredo-tuberculosis. Es por esa causa que Landouzy y Laeredich, volvieron sobre esos estudios. Varias vías pueden, según ellos, ser invocadas teóricamente, para explicar la presencia de bacilos en el feto. En primer lugar: *el transporte del bacilo por el espermatozoide* (tuberculosis concepcional paterna), sobre la cual

no se ha podido llegar a demostración alguna. Al respecto dice Landouzy: «El problema de la infección del óvulo por los bacilos del padre, no está resuelto». No hay observaciones humanas, ni animales, ni constataciones bacteriológicas, ni experiencias que dejen en discusión la heredo-tuberculosis de concepción paterna.

El bacilo puede además llegar por el *óvulo* (vía concepcional materna), que no es negada de una manera tan absoluta como la anterior, pues los trabajos de Sitzenfrey llegan a la conclusión de que un óvulo bien constituido puede ser infectado por el bacilo.

La *infección del huevo por tuberculosis sal-píngea o uterina*, fué sostenida por Riedlander y Mayer, quienes observaron en la caduca de una tísica histerectomizada la presencia de nódulos tuberculosos. Klebs admitía que esos nódulos infectaron el líquido amniótico, y que éste a su vez contaminara al feto. Ese modo de infección no está establecido, y en el caso de Whártin, de los más conocidos, recordamos se trataba de un embarazo ectópico desarrollado en una trompa enferma. A Landouzy le parece más lógico pensar, que una lesión local infectara en estos casos la placenta, y ella fuera la intermediaria de la contaminación fetal.

Y por último, consideremos la cuarta forma de infección posible, que los clásicos describen: la *vía transplacentaria*. Ella es la más considerada y debatida, porque está fundamentada en hechos anatómicos incontestables: la *tuberculosis placentaria*. Fué negada por Conheim, pero es hoy universalmente admitida, porque está basada en la constatación de bacilos en la placenta y en la sangre del cordón umbilical.

Para explicar la poca frecuencia de la transmisión de esas lesiones por herencia, se ha hablado de la rareza de la bacilemia, o de la poca duración de los estados bacilémicos, de la resistencia de la barrera placentaria en su rol mecánico, fagocitario, antimicrobiano y antitóxico, de la destrucción hipotética que el feto realizaría sobre los bacilos que franquearan la placenta, etc.

En el mecanismo de la infección, se atribuye una primera etapa, en el pasaje de los bacilos que son vehiculizados en la sangre materna hacia la placenta, de tal modo que sería necesario una bacilemia previa, para que la infección placentaria se realizara.

Las tuberculosis placentarias son, según Schmorl, comunes, y en las estadísticas de Leh-

mann, aparecen con un 45 por ciento de frecuencia.

Estas cifras se referirían a la presencia de lesiones aparentes, pues la *bacilación es más frecuente*, como lo prueban las experiencias de Novak y Ranzel, que en las placentas aparentemente sanas, han observado la presencia de bacilos de la tuberculosis.

A pesar entonces de las experiencias de Martin, Hipp, Gaertner, Fiore Spano, Mafucci, Dolrowski, Yahl, Friedmann, que han pretendido probar la existencia real de una transmisión hereditaria de lesiones tuberculosas, por vía concepcional paterna o materna, es algo ya establecido, que cuando el contagio tuberculoso se realiza «in útero», es exclusivamente por vía sanguínea, a través de la placenta, que la infección se efectúa.

Los estudios experimentales más interesantes de los últimos tiempos, sobre la tuberculosis placentaria, son los realizados por Novak y Ranzel, quienes tratando placentas por el método de Uhlenhut, de la antiformina, llegaron a encontrar bacilos de Koch en una proporción muy grande, pues de 10 placentas observadas, 7 alojaban el bacilo de Koch. En dos casos negativos la tuberculosis pulmonar era dudosa. En el tercero,

a pesar de existir la enfermedad bien confirmada, el embarazo era muy joven (4º mes), y en efecto, Riedlander y Mayer han establecido como poco manifiesta la infección en los primeros tiempos del embarazo. Eso no quiere decir, que al examen microscópico escapen sus lesiones, pues ellas comienzan por la decidua basal, llegando en los períodos ulteriores del embarazo, a tomar las capas placentarias más próximas al feto. El momento más temprano en que se ha podido constatar (según Ebeler, 1914) la infección del feto es, el 4º mes del embarazo.

Las investigaciones negativas de Bossi y Ascoli son consideradas sin valor por haber usado placentas jóvenes y por haber empleado para las inoculaciones zonas parciales del órgano, lo que hace probable se hayan inoculado partes estériles, de una placenta realmente infectada.

Bajo el punto de vista histológico, los autores admiten la división de Schmorl, que distingue cuatro formas:

a) La tuberculosis de los especios intervellosos, cuya lesión se inicia en la superficie de la vellosidad sin penetrar en ella. El bacilo llega a la circulación fetal, a consecuencia de una lesión vascular y de la vellosidad (frecuentemente una trombosis).

b) Granulación típica intra-vellosa (rara).

c) Tuberculosis de la decidua basal (secundaria a una endometritis caseosa).

d) Tuberculosis del corion, secundaria a la primera forma. En un caso descrito por Schmorl, se ha visto el amnios atacado y la presencia del bacilo en el interior del huevo.

Novak y Ranzel han encontrado como más frecuente la primera forma, pero con participación del estroma de la vellosidad. Puede a veces la placenta aparecer indemne, anatómica y bacteriológicamente, y sin embargo, observarse lesiones manifiestas del producto, como lo establecen Henri Dufour y Thiers, en una tuberculosa embarazada, con cuya placenta se realizaron experiencias con resultados negativos, mientras que el líquido peritoneal del feto inyectado a cobayos produjo lesiones tuberculosas. Las tan interesantes experiencias de Schmorl dan un 45 por ciento de casos de tuberculosis placentaria. Bar ha observado 4 placentas infectadas en 12, lo que da una alta proporción.

Schlimper cree haber observado el bacilo de Koch, desde el debut del embarazo. Wherteim, Novak, Pankow, Ausset, Sabouraud, Armanni, Londe, etc., etc., consideran frecuente la infección placentaria.

Según Landouzy el pasaje de los bacilos puede hacerse en dos épocas. Durante la gestación por el mecanismo descrito o en el momento del parto. En este último caso serían las contracciones uterinas que harían pasar los bacilos a los vasos abiertos, como consecuencia de efracciones placentarias. Es por esa misma razón que se explican los casos de difusión aguda de bacilos por todo el organismo, que no han dejado de observarse a consecuencia del trabajo de parto. Pero el hecho de que existe la bacilización o aún la tuberculización de la placenta, no implica que sea obligatoria la infección del producto.

La placenta se deja atravesar por los bacilos quizá como consecuencia de la disminución de su impermeabilidad habitual, que en ella produce la toxemia de la madre (Charrin y Déclert). Es necesario tener presente, como base a las pruebas experimentales sobre la tuberculosis placentaria, que el tejido placentario puede ser infectado por el bacilo de Koch, y no presentar macroscópicamente, ninguna lesión específica de la tuberculosis (Auché y Chambrelent).

En materia de contagio fetal, por vía placentaria, nos encontramos tan lejos de la opinión de Hipócrates que decía: «*de un tísico nace otro tí-*

sico», como de la afirmación de Rosny: «*la herencia de la tisis no es más que una apariencia*». En efecto, las lesiones clínicas de la heredo-tuberculosis han sido descriptas, y hoy se reconocen como existentes basándose en la veintena de casos reunidos por Auché y Chambrelent, a lo cual hay que agregar el caso descripto por Brindeau, el de Sarwey, el de Hirschfeld y otros, que llevaron a Pfannenstiel a atribuir una proporción de 11 1/2 por ciento de contagio intrauterino.

En la mayoría de esos casos, dice Paul Delmas, se trata de localizaciones hépato-ganglionares, lo que se explica por la vía umbilical seguida por el bacilo. Por el contrario, el trayecto del canal venoso es excepcional y no se conocen más que en los casos de Lehmann, Homl, Auché, Brindeau y el último descripto por Delmás en 1910.

A pesar del esfuerzo realizado por v. Baumgarten, para hacer triunfar el concepto de las *tuberculosis congénitas*, puede mantenerse hoy la idea que tenía Conheim, sobre su frecuencia, diciendo que *ellas son tan raras que pueden contarse con los dedos de la mano*.

Las opiniones de los autores que declaran hechos completamente contrarios a los que preceden, son numerosas. Así decía Virchow en el Congreso de Copenhague de 1884, que no ha-

bía observado un solo caso de tuberculosis congénita, e igualmente se expresaban Heller (Kiel), Oscar Müller (München), Epstein (Prague), Kassel (Berlin), Deunig (Tübingen), Brandenburg (Basel). Según estos autores no hay ninguna evidencia de la transmisión de la tuberculosis por el esperma o por el óvulo o por la vía placentaria. En cuanto a esta última, dice Ogilvie, de los más eclécticos, es tan raro que no debe tomarse en cuenta. Las experiencias de Verchére y de Chamberlent, que de fetos de padres tuberculosos, inocularon fracciones de órganos a cobayos sin conseguir su infección, son en opinión de dichos autores, más concluyentes y pueden oponerse a las tan clásicas de Landouzy y Martin, pues éstas adolecían del defecto de haber sido hechas cuando no se podía reconocer bien (por insuficiencia en los métodos de coloración) el bacilo de Koch, pudiendo, por lo tanto, haberse tratado de una pseudo-tuberculosis de los órganos que sirvieron para las experiencias en los animales.

Fueron igualmente negativas las que realizara Sánchez de Toledo en el año 1889, y es en ese sentido que se expresó Hutinel en el Congreso de la Tuberculosis de 1891. El niño, decía Lequeux, debe ser considerado como sano; al nacer, nace sano, absolutamente indemne, no

tuberculoso, no tuberculizable. Esa manera de ver, tiene un origen clínico, puesto que es un hecho de observación en la práctica, el ver nacer hijos de padres tuberculosos, con peso normal y sin estigmas de la enfermedad.

Comby niega en absoluto toda herencia, y atribuye el desarrollo de la enfermedad, al simple contagio en el medio familiar, y cita en apoyo de su tesis, el hecho de que, si se aísla el niño al nacer como lo aconseja el profesor Weill, muy probablemente no será tuberculoso. En efecto, *los hijos de tuberculosos no nacen tales. Nacen débiles, en malas condiciones de defensa, predispuestos a las intoxicaciones e infecciones. Cuando mueren tuberculosos es porque han sido contaminados en el medio en que viven, pero si han sido retirados a tiempo y estimulados en sus defensas, se les ve vivir y desarrollarse sin ser tuberculosos.*

En el momento actual se acepta entonces, que los fetos de mujeres tuberculosas pueden alojar el bacilo específico y aún tener lesiones viscerales adquiridas en el útero de la madre, pero al mismo tiempo se fija su extrema rareza. Por lo tanto, el contagio intrauterino es un factor de importancia insignificante en la grave cuestión de la transmisión de la tuberculosis. Y en efecto, la

anatomía patológica, la biología, la clínica, confirman esas conclusiones: el recién nacido, no reacciona a la tuberculina (Hutinel), ni al sero-diagnóstico tuberculoso (Anderodias y Bar), ni a la oftalmoreacción (Planchú y Lesieur). El niño en fin, no nace tuberculoso en el sentido bacteriológico, nace un débil y predispuesto a las infecciones en general.

Decía Hutinel en el Congreso de Roma de 1912. «que la tuberculosis congénita proveniente de los generadores, existe, pero es sumamente rara. El niño puede haber sido infectado antes del nacimiento, pero es elemental que la tuberculosis adquirida es por mucho lo más común, y el medio en que el niño vive la causa más segura de su infección».

Las conclusiones de Arloing merecen consignarse por la autoridad del autor: «Las tuberculosis si bien raramente transmiten la enfermedad por vía concepcional, frecuentemente transmiten una debilidad funcional que les rinde accesibles a diversas infecciones».

Parecerán quizá excesivas, las consideraciones que hemos hecho sobre tema tan conocido en sus principios hasta por el vulgo, pero si pensamos la importancia grande que él tiene para fi-

jar el pronóstico inmediato del producto de la concepción aceptaremos que son justificadas.

Y para terminar recordemos la palabra de Calmette: La doctrina de la herencia específica de la tuberculosis, es nefasta. Debemos condenarla, pues, como decía Nocard, conduce a la resignación fatalista de los orientales. «Para qué luchar si la madre transmite fatalmente el germen a su hijo». Qué reconfortante es al contrario la certidumbre que tenemos hoy, que a los hijos de tuberculosas se les puede preservar eficazmente de la infección evitándoles las ocasiones de contagio. Es necesario hacer conocer esta verdad al público, así tendremos menos trabajo al convencer a las madres que deben aceptar el alejamiento precoz de sus hijos y que es la mejor manera de quererlos.

Muy diferentes aspectos presenta bajo el punto de vista de su interés clínico, el estudio del terreno que los hijos de madres tuberculosas tienen frente al bacilo específico.

La cuestión de saber si los hijos de tuberculosos, aunque no portadores de bacilos, en un porvenir próximo o lejano han de sucumbir a la enfermedad, víctimas de la receptividad con que nacieran, ha sido motivo de controversias constantes de los clásicos.

Para conocer la aptitud que puedan tener los hijos nacidos en las condiciones antedichas, se ha recurrido igualmente al método experimental y a la clínica. La serie de experiencias realizadas en animales receptivos y sobre todo en los bovídeos por Nocard, Bang, Ostertag y otros, demostraron que los jóvenes bovídeos separados desde el nacimiento de las madres tuberculosas, y alimentados con leche de vacas sanas y mantenidas al abrigo de toda infección exterior, quedaron indefinidamente idnemes. Estos resultados experimentales fundamentan los conceptos de Calmette, generalmente aceptados, que niegan toda predisposición específica, dando toda la importancia que merece al medio en que los débiles se desarrollan.

Sobre este interesante capítulo, existen varias opiniones bien sostenidas, que merecen enunciarse, porque todas ellas tienen adeptos en las diversas escuelas.

Landouzy, por una parte, cree en la predisposición especial y en la presencia de taras orgánicas manifiestas, en los hijos de madres tuberculosas. Calmette niega la predisposición específica, y por último se sostienen en la nueva escuela española, ideas diametralmente opuestas a las precedentes, pues Chabás y otros llegan has-

ta pensar en una inmunidad congénita, que los hijos de padres tuberculosos tienen hacia la enfermedad que padecían sus padres.

Landouzy y Laederich, hablan de «las herencias del terreno» o «herencia distrofiante», refiriéndose a la susceptibilidad para la infección específica por el bacilo de Koch, de que gozan los descendientes de padres tuberculosos, considerando además como probable, la presencia de lesiones distróficas, malformaciones hereditarias varias, estados constitucionales, etc. Lo que los ascendientes transmiten a sus descendientes, añaden esos autores, no es el mal tuberculoso, sino la predisposición para adquirirlo, es decir, un terreno bacilisable, más vale que un terreno bacilizado, y concluyen recordando las palabras del profesor Bouchard: «Es la tuberculosis en expectativa, en posibilidad, que los padres transmiten a sus hijos».

Nada prueba, dice Calmette, que todas esas alteraciones, anatómicas o funcionales, constataadas en lo que se ha llamado por algunos «candidatos a la tuberculosis», no sean en realidad más que infecciones adquiridas en la primera infancia, tratándose de un contagio familiar precoz, en vez de la infección transmitida por los ascendientes. Y por lo demás, añade ese autor, des-

pués de la introducción, en clínica, de los métodos de diagnóstico precoz de la tuberculosis, hemos aprendido, que los estigmas de la «pre-tuberculosis» se observan en realidad en los sujetos ya infectados y portadores de lesiones tuberculosas, mientras que ningún clínico ha demostrado la existencia de esos estigmas llamados heredo-distrofiantes en sujetos indemnes de la tuberculosis, no reaccionando a las pruebas de la tuberculina. En experiencias realizadas en 1910 en cobayos, Calmette observó que los productos nacidos de madres infectadas, no manifestaban, aún dos meses después de nacer, sensibilidad alguna a la tuberculina.

Los trabajos de Von Pirquet, de Wolff-Eisner, Feer, etc., son comprobantes, hechos en igual sentido, pues las reacciones de tuberculina en los recién nacidos han dado resultados negativos, salvo los casos excepcionales de tuberculosis congénita. En el concepto general de los autores, las distrofias hereditarias tuberculosas de que habla Landouzy, son consideradas como manifestación de la infección precozmente realizada, no observándose en los niños que desde su nacimiento han sido alejados del medio familiar, donde habitualmente se origina el contagio. Petru y Chalier (1916) emiten conceptos más o me-

nos similares. Las distrofias, dicen, que a veces se observan en los hijos de tuberculosos, no tienen carácter alguno que hagan pensar sean de origen intrauterino.

En cuanto a la predisposición, piensan que ella no existe especialmente para la tuberculosis. A este respecto vale recordar las palabras de Calmette: «guardémonos de creer en una predisposición específica frente a la tuberculosis». El hijo de tuberculosos es una presa fácil para el bacilo de Koch, porque su organismo se defiende mal, pero es al mismo tiempo una presa fácil para otros virus e intoxicaciones más diversas, y el único resultado de la herencia que pesa sobre él, es la transmisión de una aptitud más grande a contraer enfermedades contagiosas y a sucumbir por ellas.

Resulta en realidad novedosa la idea sostenida por Chabás, de que se hereda la resistencia en vez de la predisposición a la tuberculosis. Ese autor encuentra apoyo a su idea en las experiencias realizadas por Ferrán, que jamás consiguió que los conejillos de India descendientes de tuberculosos, se tuberculizaran más pronto que los otros no afectados por la herencia. Analizando la estadística de Pegurier, de

1.400 descendientes de tuberculosis observados, encuentra favorable a su tesis, la proporción de solo 36 por ciento, de tarados visiblemente, que el anterior autor señala. No hemos relatado sino como novedad la teoría del autor español, porque, en efecto, se sabe que salvo excepciones (hembras hipervaccinadas en estado de embarazo contra ciertas infecciones o intoxicaciones, Vaillard para el tétano, Ehrlich para la ricina y la abrina), los anticuerpos o sensibilizatrices, no atraviesan la placenta y, por lo tanto, no impregnan el organismo. Además, la inmunidad transmitida en la hipervacunación experimental, sólo se reduce a una fugaz inmunidad pasiva.

¿Cuál es el porvenir de esos hijos de padres tuberculosos? Ello depende de varios factores y principalmente del género de vida a que sean ellos sometidos. Abandonados a la vida corriente, esos niños mueren, según las estadísticas de Ascoli, en la sorprendente proporción de 55 por ciento en la primera infancia. En las estadísticas de Hamburger sobre 51 niños en esas condiciones, morían 23.

Miller y Woodraff señalan en Nueva York 51 por ciento de mortalidad y por último el profesor Voron (Lyon) constata en similares estadísticas un 68 por ciento de mortalidad. Favre-

Thomas observa sobre 12 niños de madres tuberculosas en el primer período, que 2 sucumben, mientras que sobre 6 niños de enfermas en el tercer período, la mitad mueren algunos días después de nacer. Pissavy en 469 hogares donde no existían padres tuberculosos, observó 1428 niños, de los cuales 123 contrajeron la enfermedad, o sea un 8 por ciento. Realizada la misma observación en 100 hogares donde había tuberculosis paterna o materna, encontró 31 por ciento de tuberculosos de sus descendientes.

Vittoz, sobre 39 hijos nacidos en esas condiciones, cuya suerte pudo conocer, murieron 26 (68 por ciento), sobreviviendo el 32 por ciento.

Por lo tanto, piensa ese autor que el argumento de la sobrevida de esos niños, no tiene más que un valor relativo cuando se discute la indicación del aborto terapéutico, al menos en el medio hospitalario.

CONCLUSIONES

1°—El aborto y el parto prematuro espontáneos, producidos por la tuberculosis de la madre, es un hecho poco frecuente.

2º—Existe el contagio trasplacentario, pero es extremadamente raro.

3º—No está probado que exista predisposición específica a la tuberculosis. Los descendientes de tuberculosos ofrecen un terreno receptivo para todas las enfermedades.

4º—En el medio infectado donde viven y se desarrollan, es donde se contaminan los hijos de tuberculosos. Una profilaxia racional, puede ponerlos al abrigo de la enfermedad.

CAPITULO III

Conducta a seguir frente a las tuberculosas embarazadas.—Abstencionistas, intervencionistas, ecléticos.—Indicaciones del aborto terapéutico.—Epoca del embarazo en que debe intervenirse.—La esterilización temporaria y definitiva.—El matrimonio en la mujer tuberculosa.

Constituye todavía hoy, uno de los grandes problemas de la clínica obstétrica, saber cuál ha de ser la conducta a observar frente a un embarazo que sobreviene en una mujer presentando lesiones manifiestas de tuberculosis pulmonar. Es evidente que para resolverlo de acuerdo con opinión propia, sería necesario el tener experiencia personal; de ahí que nos vamos a limitar a exponer la forma con que los autores encaran este asunto de tan grande interés bajo el punto de vista obstétrico, clínico y social.

Las opiniones difieren notablemente. Los autores franceses, como Budin, Pinard, Bonnaire y

otros, rechazan la terapéutica intervencionista y reconocen los buenos efectos de los métodos higiénicos y dietéticos. En Alemania se tiende actualmente a intervenir en las tuberculosis en evolución, mientras que en las estacionarias se aconseja el tratamiento general. La mayoría de los parteros italianos y algunos alemanes aconsejan el aborto en todos los casos de tuberculosis clínicamente diagnosticada.

Los abstencionistas, tienen por principio dejar evolucionar el embarazo, cualquiera que sea el grado de las lesiones pulmonares. Siendo ellos fatalistas con respecto al pronóstico materno, rechazan toda maniobra abortiva, ante la esperanza de salvar el hijo. Estando la madre sacrificada, dice Bonnaire, nuestro esfuerzo tiende a llevar el feto lo más cerca posible del término, sosteniendo, al mismo tiempo, a la madre por medio del tratamiento médico. Los sostenedores de estas ideas justifican su conducta, apoyándose en las estadísticas que muestran una mortalidad materna de más del 30 por ciento, después de la interrupción del embarazo.

La indicación del aborto médico, decía Pinard en 1902, no existe jamás en una tuberculosa, y en presencia de casos semejantes es necesario curar la enfermedad y vigilar el embarazo.

Esas ideas fueron expresadas nuevamente, varios años después por el mismo Pinard, quien comentando las controversias de la época, se extrañaba de la afirmación de los intervencionistas, de que la tuberculosis curara después de realizado el aborto, cosa que asegura ningún médico puede prever.

Quien realice en esas condiciones el aborto, agregaba, no hace más que la profilaxia del nacimiento, y sólo el día que me den la prueba indiscutible de que interrumpiendo el embarazo se salva la vida a una mujer fatalmente condenada, ese día solamente, consideraría la interrupción del embarazo como verdadero aborto terapéutico.

No es difícil apreciar todo lo abstencionista que era Pinard, concepto que han compartido Viñay, Budin, Bonnaire, Gaulard y otros. Bouchard, en el Congreso de la Tuberculosis de 1905, se expresaba así: «Si la mujer tuberculosa llega a estar en cinta, y tiene en su seno un hijo vivo, que lo guarde. Esa mujer está condenada a una muerte probable y próxima». Pero, agrega: «matar ese niño por un aborto provocado me parece criminal». Teissier, en el mismo congreso, sostenía que no se tiene el derecho de interrumpir la vida de un ser cuyo destino no podemos pre-

ver, y ésto no solamente en nombre del derecho y la moral, sino de acuerdo con la enseñanza de la clínica y la patología general. Runge, hace notar que el niño no participa de la enfermedad de la madre y, por consiguiente, piensa que no es lógico destruir una vida sana para prolongar otra grandemente comprometida. Según Löhlein, la interrupción del embarazo es absolutamente sin provecho para la madre, y es en ese sentido que se pronuncian también Jaffé y Kleinwächter, llegando este último hasta afirmar que con el aborto se fomenta el progreso de la enfermedad. Pienso Rudaux, que cualquiera que sea el grado de las lesiones y el período de la enfermedad, no se debe jamás discutir la cuestión de la evacuación uterina, al menos en cuanto al interés de la madre se refiere. Pero, según su opinión, el embarazo puede ser interrumpido en los últimos meses a causa de accidentes asfícticos de la madre, que podrían repercutir sobre la vida del producto, no tratándose entonces del interés de la madre, sino de salvar al hijo. Si se tratara, agrega, de una tuberculosis al debut, nada prueba que la gestación acelerará su marcha, mientras que si se está en presencia de lesiones más acusables e incurables, ¿para qué suprimir al hijo que tiene muchas probabilidades de na-

cer vivo, ante la sola esperanza de dar un poco de sobrevida a una enferma, aunque supongamos que a la evacuación uterina deba seguir una mejoría? Es ese, resumiendo, el criterio con que los autores que sostienen la ineficacia y la no conveniencia de la realización del aborto, encaran el asunto, y fundamentan sus ideas.

Hoy, como veremos más adelante, no los acompaña la mayoría de la opinión.

Frente a ellos se encuentran los que piensan de manera diametralmente opuesta e igualmente intransigente, los intervencionistas, que son de opinión, que hecho el diagnóstico de tuberculosis debe interrumpirse el embarazo. Casi toda la escuela italiana y gran parte de la alemana, pertenecen a esta categoría. Es Maragliano el más decidido partidario de esa terapéutica y con él Ascoli, Bossi y otros. Comentando la estadística de los que sostienen ideas contrarias al aborto, que ya citamos, de 30 por ciento de mortalidad materna después de la interrupción del embarazo, Maragliano atribuye lo excesivo de esa cifra, al hecho de que generalmente la intervención es retardada sin causa, y para remediar eso, aconseja intervenir urgentemente, aunque se trate de un foco limitado, y aunque tenga la enferma un buen

estado general. Según Pradella, la interrupción del embarazo habría dado un porcentaje de curación en el primer grado de 98 por ciento, en el segundo de 83 por ciento y en el tercero de 25 por ciento. Pero en esa estadística se encontraban embarazos avanzados, de manera que sólo considerando los abortos artificiales de los primeros meses, los resultados serían mejores. Así Pradella, al aborto aplicado en los casos de tuberculosis de primer grado, le registra una proporción de curaciones de 91 por ciento.

De tal manera, dice ese autor, que si la justificación del aborto está directamente subordinada a la sola posibilidad de la curación de la madre, esta justificación está bien establecida y el aborto es necesario. Leopoldo y Holst son decididos partidarios de la intervención temprana, y Schauta cree necesaria la realización del aborto en todos los casos en que se establece el diagnóstico de tuberculosis, por la razón de que en los tres cuartos de los casos, la enfermedad progresa durante el embarazo, y como el momento en que eso se realizará es difícil presumir, es preferible sacrificar el producto para evitar la pérdida de la madre. Everke piensa de una manera muy parecida a la del anterior autor, y llega hasta aconsejar la intervención abortiva frente

a la tuberculosis latente, siendo aún ella más indicada si la mujer ha tenido descendencia. Pankow aconseja intervenir en la segunda mitad del embarazo, cosa que sabemos es desechada casi universalmente, mientras que Broudha declara no debe intervenirse pasado el 4º mes. Ciertos autores precisando más, quieren ver en cada uno de los síntomas de la enfermedad, la indicación de intervenir.

Así, por ejemplo, Ascoli se refiere al descenso del peso, creyendo con Veit que él debe primar en la indicación y en el pronóstico, pues cuando ese descenso existe no se debe practicar el aborto. Sin embargo, nos parece exagerada esa manera de actuar, pues en la disminución del peso no tenemos por qué ver nada más que una lesión que progresa. Pero esa causa de avance, de la enfermedad, puede ser el embarazo y, en efecto, son muy numerosos los casos descritos, de gran reacción después del aborto, con aumento de peso, mejoría en el estado general y hasta desaparición de la temperatura. Otro elemento en que se funda la indicación, es la temperatura. Según Rosthorn, Dutzmann, Fraenkel, la hipertemia aún ligera hace necesaria la interrupción de la preñez. Con respecto a las complicaciones, los autores están de acuerdo, en que todas ellas

cuando afectan el estado general de la enferma, deben ser causa de provocación de aborto, pero ninguna tan apremiante como la propagación al larinx (Vicarelli, Hamburger).

Hemos citado a Maragliano como el principal sostenedor de esa terapéutica abortida, y en efecto, ha sido en Italia, lo que Schauta en Alemania. En el congreso de Padua, enunció el primero de esos autores, las reglas a seguir frente a las tuberculosas embarazadas, que resumió en los siguientes términos. Nuestra conducta debe basarse sobre tres principios fundamentales: salvar si es posible la vida de la madre y del niño; si no se puede salvar las dos hay que salvar guardar los derechos de la madre si ésta es curable y si no lo es dar la preferencia al niño. Pero si juzgamos que la curación de la madre o una mejoría de larga duración es posible, es necesario librar al terreno de todo lo que pueda dificultar nuestra obra y ésto sin ningún retardo. Veremos más adelante cuando comentemos la forma como en la actualidad se encara este discutido asunto, cuanta razón había en las palabras pronunciadas entonces por Maragliano.

«La mayoría de los autores modernos, especialmente en Alemania, tienen un criterio ecléc-

tico en relación con cada caso clínico en particular».

Es decir, ni son adversarios, por principio, de la interrupción del embarazo, ni tampoco partidarios sin crítica de la intervención; ellos sólo sostienen que hay que vigilar las tuberculosas embarazadas y no interrumpir el embarazo salvo que en su curso se presente una indicación formal. Después de haber descripto los criterios extremos, vamos a relatar la opinión de los autores que siguen una actitud intermedia en esos casos. Paul Bar, cuyas ideas se separan en ésto de la mayoría de sus colegas de Francia, interrumpe el embarazo en determinados casos, sin dejar de reconocer que en otros está mal indicada esa misma terapéutica. Para dicho autor es inútil provocar el aborto en las tuberculosis avanzadas, y sólo aconseja intervenir en las formas de la enfermedad, que no sean de pronóstico desesperado, y que reaccionen mal en presencia del embarazo, teniendo además presente que la intervención debe realizarse en el primer tercio de la preñez y nunca al final de la misma, a lo menos en cuanto al interés de la madre se refiere. Káminer igualmente desaconseja la intervención de los casos de pronóstico desfavorable en cuanto a la vida materna, considerando la intervención

por indicada en todos los casos en que se sospeche una mejoría a posteriori. Menge y Krause se manifiestan contrarios a esa conducta, por la imposibilidad de obtener signos precisos para fundamentar el pronóstico lejano en esos casos. Está de acuerdo el profesor Bumm, en que la práctica del aborto ha producido excelentes resultados, pero cree también que se han hecho demasiadas ilusiones; de ahí que aconseja intervenir en las tuberculosas de primero o segundo grado a condición de que no se esté muy cercano al término, pues en ese caso, de acuerdo con la totalidad de los autores, no se decide a realizar la interrupción del embarazo; otro de los factores que ese autor tiene en cuenta es la multiparidad de la mujer, pues en este caso encuentra una indicación más en favor del aborto.

Rosthorn y Fränkel, determinan en cada caso en particular, según el carácter anatómico y clínico de la afección, según las complicaciones o según el factor social, cual debe ser el tratamiento indicado. Por consiguiente, dice Bardeleben, no se pueden tomar decisiones terminantes en general, sino que hay que esperar a hacer el estudio de la enferma para resolverse. Este autor clasifica a las enfermas en dos grupos: el primero comprende a las tuberculosis pulmonares acti-

vas, con 86 a 94 por ciento de empeoramientos y 56 a 61 por ciento de muertes inmediatas (Káminer, Pankow) y el segundo abarca los casos latentes, inactivos, con 14 a 20 por ciento de agravamientos y 35 por ciento de casos mortales (Sehheim, Woel). Bardeleben interviene sin meditación en el primer grupo y se abstiene en el segundo, salvando así el mayor número posible de madres y de hijos de la muerte, y habiendo obtenido en 100 casos tratados con ese criterio, una mortalidad materna de 15 por ciento, muy reducida frente a la que presentan los abstencionistas sistemáticos, de 50 a 60 por ciento. En los casos de afecciones de vértice, sin complicaciones, el aborto artificial da resultados satisfactorios, como lo muestran los 17 casos de Pradella, 61 de Pankow y 30 de Bardeleben con una mortalidad total de $2\frac{1}{2}$ por ciento. Según la estadística de Kroemer, la mortalidad por aborto artificial en la clínica de mujeres de Giessen fué de $12\frac{1}{2}$ por ciento, menos que la de Káminer, que constató un 70 por ciento de mejoría o detención y 30 por ciento de empeoramientos.

En los partos prematuros artificiales, la mortalidad materna fué muy superior a la del aborto y casi similar a la del parto a término (Löhle). No se debe interrumpir el embarazo de

una manera sistemática, sostienen Piga y Lecha-Marzo.

Si se trata de una tuberculosis latente, debe ser objeto de una prolija observación, y sólo si la tuberculosis progresa francamente y hay esperanzas de curación, puede discutirse la conveniencia de provocar el aborto.

Broudha en los casos en que la tuberculosis está muy avanzada y se han perdido las esperanzas de curación, aconseja resignarse al tratamiento médico, pero si la enferma es susceptible de curar y la enfermedad progresa, indica la interrupción del embarazo.

Vemos pues, como la gran mayoría de los clínicos modernos, puntualizan en primer término para indicar el aborto, el hecho de que la tuberculosis sea francamente susceptible de curación, como también están de acuerdo en reconocer que hay que observar las tuberculosis estacionarias, mientras convienen en intervenir las que progresan.

Es la observación de la forma como evolucionan las enfermas tuberculosas, con la intervención abortiva o sin ella, que ha llevado a establecer la verdadera *terapéutica ecléctica*.

Es indudable que se han obtenido éxitos con el tratamiento médico, como con la interrupción

del embarazo, como es indudable también que no hay que descartar a ninguno de ellos en la cura de las tuberculosas embarazadas. Tanto ellas benefician del tratamiento médico (tuberculosis estacionarias), como de la interrupción del embarazo (tuberculosis que avanza), de tal modo que para indicar una terapéutica intervencionista o no, es necesario que exista agravación o ausencia de modificaciones de la enfermedad por la gestación. Es con ese criterio, que entre nosotros, el profesor Velarde consiguió hace varios años, que dos enfermas de su clientela privada, a pesar del diagnóstico bien establecido de tuberculosis, llevaran a término sus embarazos, y curaran a posteriori de sus lesiones pulmonares. La abstención fué decretada en esos casos en vista de que las enfermas soportaban sus embarazos, sin que la tuberculosis se agravara. ¿Pero si esas condiciones de progreso en los síntomas de la enfermedad en una tuberculosis de posible curación se presentan, debemos indicar la interrupción del embarazo cualquiera que sea la época de la gestación? La contestación es sencilla, porque en ella están de acuerdo la mayoría de los autores.

Debe realizarse el aborto y nunca el parto prematuro, si es que tenemos en cuenta el inte-

rés de la madre, y si ampliamos más el concepto, podemos decir, *que es necesario en beneficio de la madre, que la intervención se realice lo más precozmente posible*, siendo esa la razón por la cual los autores alemanes establecen la diferencia en cuanto al pronóstico se refiere, según se trate de aborto temprano o de aborto tardío (*Fehlgeburt*), comprendiendo el primer término al que se realice durante el primer tercio de la gestación o próximo a esa época, y el segundo, al aborto cercano al 6º mes.

De los resultados de estadísticas bien llevadas, establece Ebeler, que el pronóstico es mucho más favorable cuando la intervención se realiza en el primer tercio de la preñez. Bossi en una comunicación que presentó al congreso de la tuberculosis, sintetiza sus opiniones sobre el punto, considerando que la interrupción del embarazo podía hacerse: en los primeros meses, en dos condiciones: sea que la madre tenga una tuberculosis inicial, siendo agravada por el embarazo o bien que su lesión sea muy avanzada. Según el criterio actual sólo en el primer caso se intervendría, y de ninguna manera en el segundo. En los últimos meses, ese autor preconizaba el parto prematuro, si la tuberculosis era a forma crónica y poco avanzada.

Bouchard hizo entonces la réplica a Bossi, diciendo que sólo una parte de sus conclusiones debe retenerse, pues el aborto provocado es una maniobra inadmisibile cuando la mujer está destinada a morir.

Nos vamos a permitir estar completamente de acuerdo con el profesor Bouchard; pues la lógica más elemental nos dice, que en una mujer fatalmente condenada, inútil ha de ser la eliminación del embrión. Nos explicaríamos las maniobras abortivas, en esa misma tuberculosis grave, si existiera un feto viable, es decir, si se tratara de hacer, no ya un aborto, sino un parto prematuro, y eso siempre que pudiera constarnos que clínicamente esa mujer no terminaría su embarazo por su extrema gravedad, pues en caso contrario no existiendo esa indicación urgente debe esperarse la terminación normal del mismo. Por eso creemos también, en desacuerdo con Bossi, que no debe hacerse como dice ese autor, el parto prematuro en las tuberculosis crónicas y poco avanzadas, pues en ese caso le preguntaríamos al autor italiano, qué ventajas le va a reportar ejercer un igual traumatismo para la madre, con un peligro a la vez mayor de que nazca un débil. Disminuiríamos a sabiendas en ese caso, la vitalidad de un ser, de por sí tarado, hecho que es

de todo punto de vista ilógico. Referente a este punto pueden establecerse conclusiones.

El aborto para que sea eficaz para la salud de la madre, debe realizarse si es posible en los tres primeros meses de la gestación. En cuanto al parto prematuro debe ser considerado un tratamiento de excepción, no en bien de la madre, sino del hijo, en los casos en que aquella estuviera fatalmente condenada.

En efecto, puede suceder que la madre esté en tal estado de gravedad que haga sospechar su muerte inminente; en ese caso teniendo el hijo viable, la provocación del parto prematuro está perfectamente indicada. Si pasamos en revista la opinión de algunos autores, nos daremos cuenta que este punto no es discutido. Para Schauta el parto prematuro provocado, no es de ninguna utilidad y hasta perjudicial; por lo tanto, aconseja no realizarlo, salvo que sea en interés del hijo. Henius considera como una contraindicación a la interrupción del embarazo, el hecho de que éste se encuentre más allá del cuarto mes. Para Káminer, Hellendall y otros, la intervención debe ser también precozmente realizada. Frigyesi y Kiraliff, sostienen que la interrupción del embarazo en la segunda mitad de la gestación, no tiene otro justificativo que la

razón de una indicación vital para el hijo. El aborto y el parto prematuros provocados tienen ambos sobre la tuberculosis una acción bien diferente. Mientras que el aborto puede ser considerado como una intervención simple, el parto prematuro es una intervención tanto o más perjudicial para la madre que el parto a término. Una mujer que soporta un parto prematuro, habría soportado mejor un parto en su época normal, de tal modo que en la segunda mitad del embarazo, salvo raras excepciones ya citadas, debemos rechazar de pleno su indicación. Conforme al criterio que ha venido primando en los últimos tiempos en la escuela alemana, muchos ginecólogos parteros de esa nacionalidad, consideran el aborto como el primer paso hacia intervenciones mayores, pensando en que alguna medida hay que tomar, a fin de prevenir nuevos embarazos que volverán a poner a la madre en iguales trances que los anteriores. Según esa manera de ver, inmediatamente después del aborto médico, o algún tiempo más tarde, se haría la *esterilización* de la mujer tuberculosa. Esa medida que bien puede llamarse profiláctica, tiene un carácter revolucionario en apariencia, y es de considerable importancia médico-social. ¿Será necesario ante el beneficio inseguro de la enferma.

llegar hasta su castración que la imposibilitará para ser madre si la curación se realiza? Hoy por hoy, sólo la escuela alemana es partidaria de esa terapéutica, que es y será combatida por mucho tiempo por las escuelas netamente definidas como la escuela francesa, sostenedora todavía en su mayoría de las ideas sustentadas por Pinard.

La esterilización puede ser *definitiva*, como lo practican Bumm, Strassmann o Bardeleben, o podría también ser *temporaria*, ya sea por ligadura o por sección de las trompas (Dutzmann, Rosthorn, etc.). En caso que se aplique esta última técnica, si la enferma llega a curarse de sus lesiones pulmonares, puede reconstituirse la trompa o implantar los ovarios en la pared uterina haciendo posible un nuevo embarazo. Bar ha practicado la histerectomía en tres casos en que los clínicos creyeron imposible que las enfermas resistieran un nuevo embarazo, obteniendo en dos de ellas una mejoría notable del estado general. La mayoría de los autores que pregonizan esta intervención, aconsejan realizarla preferentemente en las múltiparas, cuyas lesiones del pulmón sean susceptibles de beneficiarse de dicha terapéutica. Sin embargo, hay otros autores que son partidarios de esterilizar a todas las

tuberculosas a las cuales les está indicado el practicar el aborto. Olivier (1915) considera determinadas condiciones: dado, en la múltipara tuberculosa de la clase obrera, dice ese autor, la gran mortalidad por tuberculosis pulmonar durante el período de maternidad y la ineficacia de los consejos y remedios anticoncepcionales, como también la imposibilidad que por su posición social se encuentran para seguir un tratamiento complementario (cura de aire, etc.), la esterilización es un buen medio de abreviar la cura y detener la evolución progresiva de la tuberculosis pulmonar. Además es elemental, que es necesario anteponer la salud y la vida de la enferma a la integridad de las funciones generadoras. Por lo tanto, renunciar a la esterilización en los casos en que las indicaciones médicas y sociales señalan, es una falta de omisión incompatible con los progresos de la clínica moderna.

Es en las múltiparas que se encuentra su principal indicación, y al respecto dice Hauch (Copenhague) que le parece preferible conservar la salud de la madre, antes que aumentar el número de hijos.

Habiendo establecido que una primera intervención, el aborto debe ser completada en determinados casos con una segunda, la esteriliza-

ción, veamos como debemos combinarlas. Hay autores que las practican en dos sesiones, provocando primero el aborto y realizando luego la esterilización, o a la inversa, comenzando por esta última, mientras que hay otros que realizan ambas simultáneamente. Hauch entre otros, aconseja este último procedimiento del aborto y esterilización simultánea, pues a su modo de ver la esterilización tardía tiene graves inconvenientes, y hasta existe la posibilidad de presenciar un nuevo embarazo en el momento de realizar la segunda intervención. Resultados poco satisfactorios ha obtenido ese autor, practicando primero la esterilización por colpotomía y esperando un cierto tiempo para la realización del aborto, pues en un caso éste se realizó nueve días después de la operación primera con grandes inconvenientes motivados por la reciente herida vaginal. Por estas razones, aconseja evacuar el útero por una colpo-histerostomía anterior, y antes de suturar la herida, abrir el peritoneo, bascular el útero, hacer la ligadura o sección de las trompas y suturar luego las heridas del útero y vagina. Esa intervención es aconsejada por su autor, en las embarazadas del cuarto al sexto mes. Cuando el embarazo es anterior al 4º mes, comienza por una colpotomía anterior, rechaza

la vejiga hacia adelante y abre el repliegue peritoneal para bascular el útero. Con un bisturí hace una incisión transversal de 2 a 3 centímetros a nivel del fondo del útero, y el huevo cae inmediatamente por la herida. Por medio de una cureta se extrae la caduca, se sutura y se esteriliza reseca las trompas en una longitud de 2 a 3 centímetros, peritonizando luego los pedículos uterinos. Se vuelve el órgano a su sitio, se ponen dos puntos sobre el peritoneo y se sutura la herida vaginal.

El procedimiento seguido por Dützmán, es muy parecido al anterior, salvo algunos detalles. Comienza incindiendo longitudinalmente la pared uterina anterior, por encima del orificio interno, extrae el huevo con la cureta y luego dilata el cuello con una mecha de gasa que drena la cavidad uterina. A continuación reseca las dos trompas y concluye suturando las heridas interna, peritoneal y vaginal.

Selheim interviene por vía abdominal, y una vez llegado al útero, incinde el fondo y extrae el huevo sin curetage y sin preocuparse de extraer en su totalidad la caduca. Luego dilata el canal cervical de arriba a abajo, cierra el útero y termina por la excisión de las dos trompas. Guggisberg sigue una técnica semejante, pero con la

diferencia que extrae totalmente la caduca y no dilata el canal cervical por los peligros de infección que puede traer. Beuttner, en lugar de la insición transversal del fondo que hace Selheim, incinde longitudinalmente el fondo y parte superior del cuerpo. Menge, ha practicado la incisión de la pared abdominal como en la operación de Alexander-Adams, y traccionando la trompa hacia afuera por el canal inguinal, la fija extraperitonealmente por medio de suturas. Selheim se ha propuesto obtener resultados similares de esterilización temporaria, hundiendo las ampollas de las trompas entre las hojas de los ligamentos anchos. Martin no extirpa por completo la trompa, sino que la secciona solamente cuidándose de peritonizar bien el muñón uterino. Pankow y Shauta son decididos partidarios de la esterilización, pero aconsejan hacerla temporaria y no definitiva, es decir, reducirse a la ligadura de las trompas desechando en absoluto la extirpación total, que como veremos más adelante pregonizan Bumm y Martin.

Se ha pensado, dado las ventajas que el procedimiento reportaría, en realizar la esterilización no cruenta, sometiendo los ovarios de las enfermas a la acción de los rayos X.

Pero a pesar de lo ideal que sería esa te-

rapéutica, ella no es aplicada en estos casos, pues no se sabe todavía, si las glándulas ováricas vuelven a funcionar después de haber sido dañadas por los rayos X. En los últimos tiempos se han iniciado experiencias a fin de esterilizar por medio del radio, pero sin que se hayan hasta hoy obtenido resultados definitivos. Los procedimientos de esterilización temporaria, consisten en principio, como acabamos de ver, en ligar o resecar parcialmente las trompas o bien sin interrumpir su continuidad alejar el pabellón de su vecindad del ovario. Ello permite en el caso de que la enferma curara de sus lesiones pulmonares, restablecer la permeabilidad tubaria en el primer caso o volver el pabellón a su sitio anatómico en el segundo, con el fin de asegurar la posibilidad de nuevos embarazos. Esta forma de esterilizar sería ideal, a no ser una serie de objeciones que se le hacen y que han determinado a algunos ginecólogos alemanes, a desechar esa terapéutica para reemplazarla por la esterilización definitiva, realizada mediante la extirpación generalmente por vía vaginal de una parte o de la totalidad del útero, acompañada o no, de la extracción de los anexos.

Admitimos, dicen los que defienden estas intervenciones, que el aborto terapéutico, supri-

miendo el producto de la concepción, detiene o mejora el proceso tuberculoso. Pero debemos pensar, en que una vez librado el útero de su fruto, las partes genitales han de pasar por sucesiones de involución, que han de ser para la enfermedad más perniciosas que el embarazo mismo. Las mujeres pasan, por consiguiente, por un puerperio, y en esto consiste una de las desventajas del aborto, se halle o no acompañado de las ligaduras de las trompas.

Y en efecto, el puerperio es por diferentes razones, el momento más temible para el progreso de la tuberculosis, y el aborto aislado no lo excluye. Con la extirpación del útero, dice Ebeler, las mujeres evitan por completo la época fatal del puerperio, ventaja a la cual se agrega lo de esterilizar simultáneamente y de manera definitiva, a la enferma tuberculosa. Se deberá, por consiguiente, admitir, el modo de ver de aquellos autores, que declaran como conclusión lo que sigue: Si se considera el estado de una mujer tan serio que la interrupción del embarazo parece necesaria, se debe también cuidar que no vuelva a estar embarazada, y el único medio profiláctico es la esterilización operatoria. Ese criterio es aplicable según von Franqué, a las mujeres que ya han dado a luz varios hijos y en las

cuales todo nuevo embarazo podría serles fatal. *En una mujer joven, que no ha sido madre y que está afectada de un proceso pulmonar inicial, tal proceder no sería nunca justificado, máxime si su posición le permite una cura completa en los sanatorios. Para combatir el peligro momentáneo, basta pues el vaciamiento del útero, como lo prueban las experiencias amplias de Bardeleben, Pankow y otros, por lo menos en las afecciones del vértice simples, no complicadas, hasta el cuarto mes del embarazo.* Las dos indicaciones que rigen la esterilización de una mujer tuberculosa, son la multiparidad y el peligro de la vida materna si un nuevo embarazo se realiza, debiendo tenerse en cuenta otras circunstancias como la condición social de la enferma, el carácter de su lesión, etc. *Son dos los procedimientos seguidos en Alemania para esterilizar definitivamente a una mujer tuberculosa: la amputación del cuerpo del útero por vía vaginal como lo preconiza Riek, o la extirpación total del útero y los anexos como lo realizan Bumm y Martin.* A cada uno de esos métodos, se le han hecho ligeras modificaciones en la técnica, que aparecen con nombres diversos. Bumm y Martin extirpan en bloc el útero y los anéxos, pues desean con la castración conseguir un aumento de grasa en el orga-

nismo. Sin embargo, para Shauta ese aumento de grasa no sería beneficioso, pues sólo revelaría la insuficiencia ovárica, y de ninguna manera una reacción favorable del organismo sobre la enfermedad. Uno de los inconvenientes que ese autor encuentra en la extirpación del cuerpo del útero, es la presencia del muñón uterino que suele causar trastornos y que más de una vez se ha visto precisado a intervenir secundariamente para extraerlo. Stoekel ha practicado esta intervención con excelentes resultados, y considera a la extirpación total de Bumm como la mejor forma de esterilizar. Adler, basado en los resultados que se observan en el estado general de la enferma, después de la extirpación total del útero, se declara decidido partidario de esa intervención, criterio que comparten Roepke y otros autores. Pero la gran mayoría se reduce a la extracción del cuerpo del útero por vía vaginal aconsejada por Riek, Kroemer, Bardeleben y otros.

Kroemer realiza el vaciamiento del útero, y la esterilización en un tiempo, siendo la operación técnicamente muy sencilla, con poca pérdida de sangre, no habiendo además otra pérdida de líquidos, porque los loquios y las hemorragias menstruales ulteriores se excluyen. El cuello del útero conservado presta un buen sostén

a la vejiga y previene así a la formación de un prolapso vaginal o vesical.

Bardeleben ha hecho una modificación al procedimiento que siguen Kroemer y Riek, del que sólo se diferencian en que la extirpación del cuerpo del útero se reduce a la zona de inserción placentaria con ablación lo más completa de dicha zona.

No hemos relatado con mayor extensión esas técnicas operatorias, porque sería entrar de lleno a hablar de las histerectomías vaginales, tan bien descritas por los clásicos.

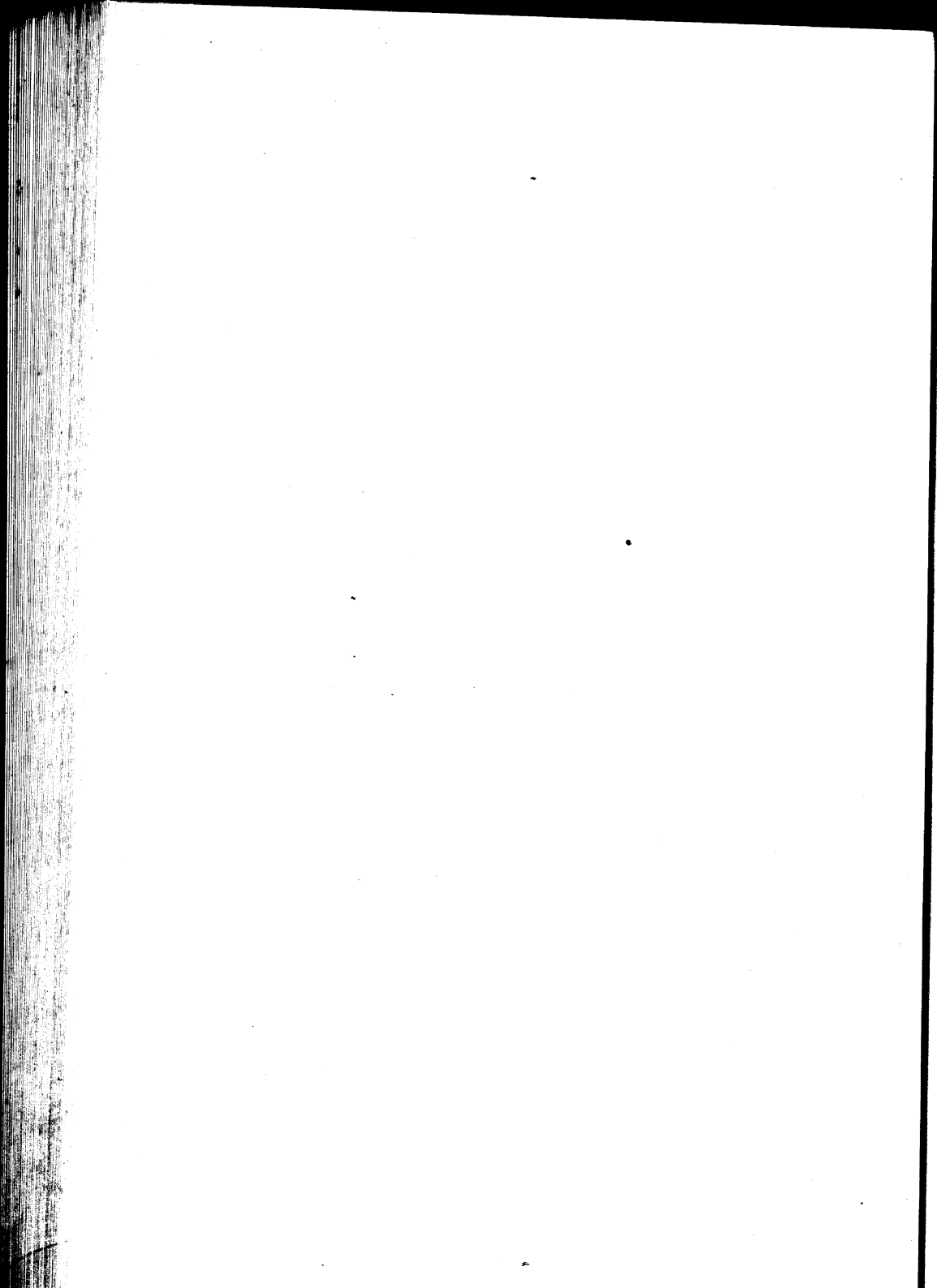
En síntesis, la moderna escuela alemana, interviene en la casi totalidad de las veces por vía vaginal, ya sea para ligar o reseca las trompas, para extraer el cuerpo del útero o para eliminar conjuntamente con el útero en la totalidad, a las trompas y los ovarios.

Es necesario, en vista de su interés médico y social, que digamos dos palabras sobre el matrimonio de la mujer tuberculosa. Ya no se acepta hoy el concepto severo vertido por Tarnier y que tanto partidarios tuviera. «Todas las veces que uno se encuentre en presencia de una joven que tenga tísicos en su familia o que en una época anterior ha tenido síntomas de tuberculosis pulmonar, hay que desaconsejar el ma-

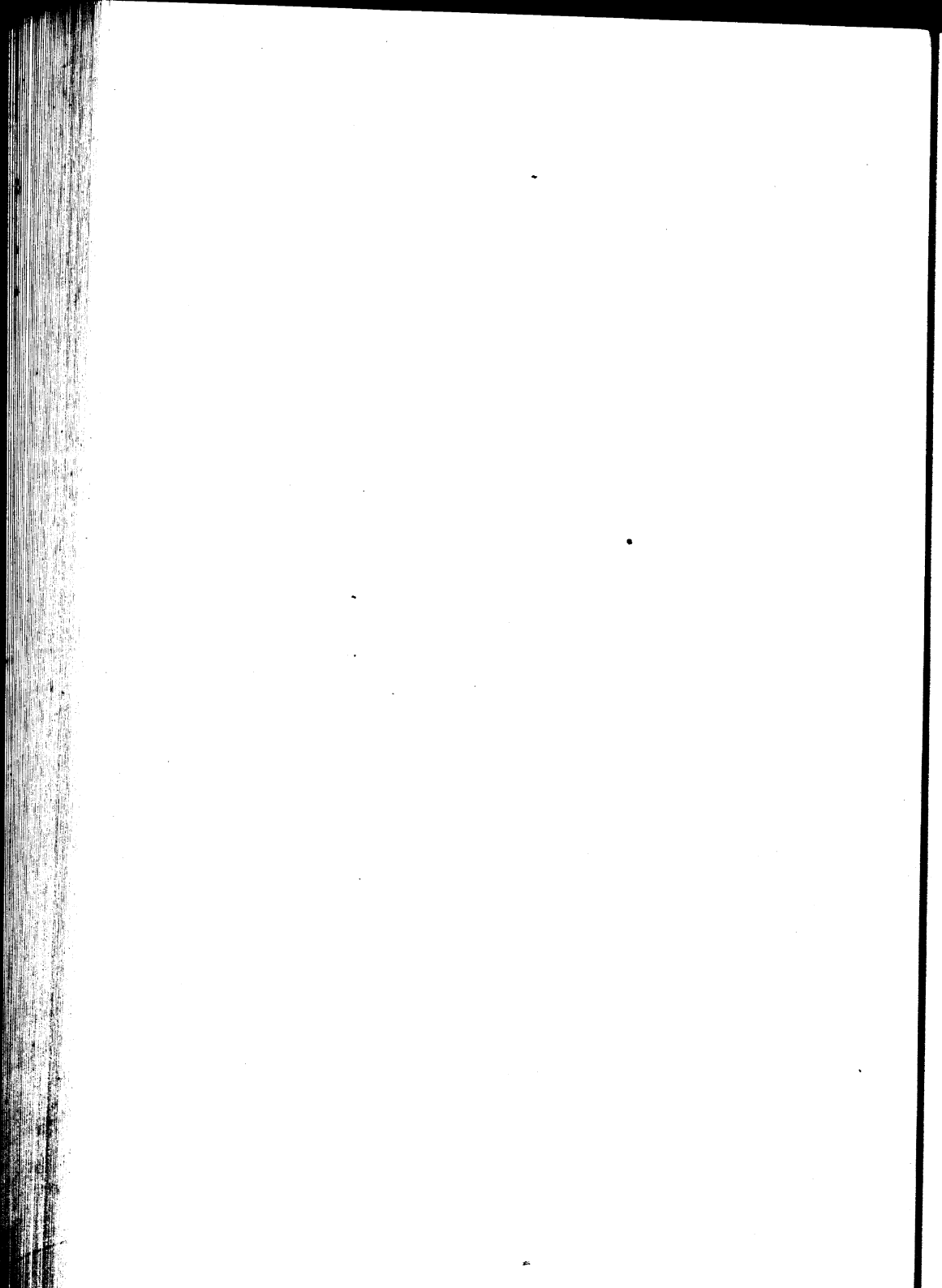
trimonio; si es casada evitar el embarazo y si tiene un hijo evitar la lactancia». Son severos, dice Rudaux, los consejos de Tarnier, porque reposan sobre algo no bien determinado: la tuberculinización de una predispuesta cuando sobreviene en ella un embarazo, hecho que fué negado terminantemente por las experiencias de Kania y Monier. En efecto, dice ese autor, una joven considerada como predispuesta por sus antecedentes hereditarios, puede casarse y no le está prohibida la maternidad, ni a veces tampoco la lactancia, sobre todo en los casos en que por su posición social le está permitido a la joven madre, no tener otras causas de fatiga y seguir reglas higiénicas. Pero si se trata de una joven que evidentemente ha sido tuberculosa, debemos actuar de manera distinta, teniendo en cuenta varios factores: El grado de las lesiones anteriores, la época de la curación, la rapidez con que se realizó, su estado de salud actual. Si la joven está curada hace varios años, puede descansar y alimentarse bien, se puede aconsejar el matrimonio y el embarazo, pero siendo prudente no aconsejar la lactancia, como tampoco los embarazos sucesivos. Si la curación se había realizado con dificultad, cualquiera que sea su situación social, es prudente seguir el consejo de

Tarnier y evitar si es posible el matrimonio y sino desaconsejar el embarazo. Es justo recordar aquí las palabras de Renón: «Si existe tuberculosis evidente, nuestro deber será **evitar** ese matrimonio», porque son palabras de sana profilaxia a pesar de parecernos excesivas. En efecto, negar sistemáticamente el permiso para el matrimonio, es un consejo que muchas veces no será escuchado; mejor sería entonces aplazar su realización hasta que la enferma se encuentre en una relativa curación, pues sabemos que ésto no es difícil, sujetándose a un régimen y tratamiento enérgico (Zárate).

Vemos que sobre este punto no hay todavía una sanción definitiva, debiendo el médico ajustar su criterio a cada *caso clínico* en particular.



OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

Clínica Obstétrica y Ginecológica del Hospital Torcuato Alvear. — Director: profesor Ubaldo Fernández. — Sección Ginecología: jefe profesor Piccardo.

R. G., de 22 años, casada.—Ingresa al servicio el 2 de marzo de 1915.

Antecedentes hereditarios — Padres sanos, tiene seis hermanos, cinco de los cuales gozan de buena salud, el sexto fué operado de ganglios bacilosos del cuello. Tiene varios sobrinos, uno de ellos falleció de meningitis, habiendo padecido antes de coxalgia.

Antecedentes personales — Infancia sana. Regló a los 13 años, reglas periódicas, no dolorosas, regular cantidad, de 3 a 4 días de duración. Contrajo matrimonio a los 18 años, teniendo el primer embarazo que termina con parto normal

y puerperio apirético. Su segundo embarazo data de hace tres meses.

Enfermedad actual — Hace dos meses comienza con un fuerte resfrío, que curó, salvo tos seca que persiste. Había perdido el apetito y las fuerzas para el trabajo cuando de pronto sobrevino una hemóptisis de sangre roja rutilante. Es atendida por el doctor Piccardo, quien prescribe un tratamiento adecuado y tratándose de una enferma embarazada le da entrada a su servicio.

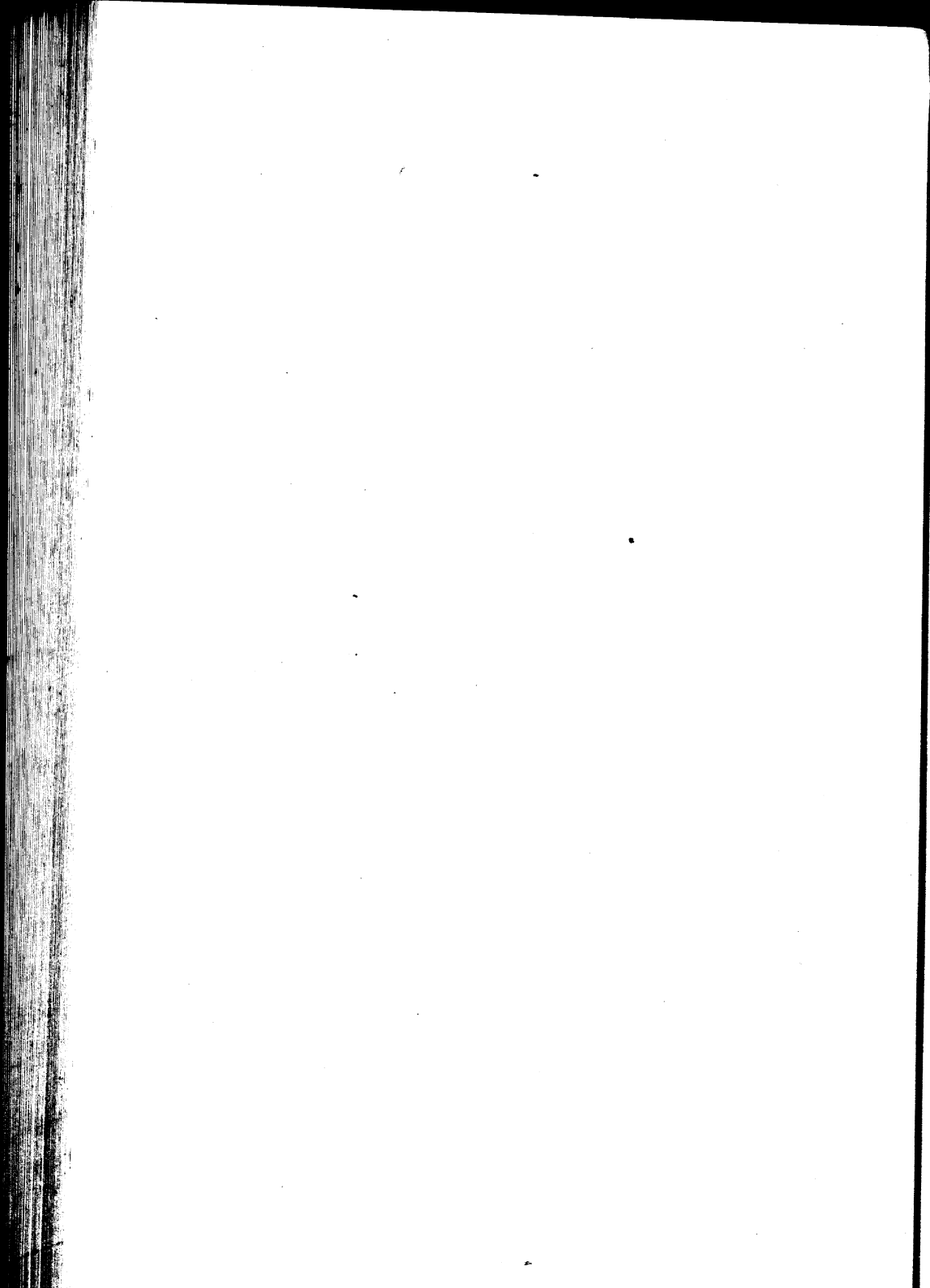
Estado actual — Buen esqueleto óseo. Escaso panículo adiposo, piel y mucosas pálidas. Al examen del pulmón se observa respiración ruda en ambos vértices, inspiración entrecortada y algunos craquements en el vértice izquierdo. El resto del pulmón normal. El pulso es regular, igual, buena tensión y 90 pulsaciones por minuto.

Los fondos del saco están libres. Se observa la línea parda abdominal, los corpúsculos de Montgomery, secreción mamaria, etc.

Al examen del esputo se observa 3 a 4 bacilos de Koch por campo.

Intervención — Operador: doctor Ubaldo Fernández. Anestesia clorofórmica. Se comienza por una incisión transversal del fondo de

saco anterior. A continuación se desprende la vejiga de la cara anterior del útero, hasta el repliegue peritoneal. Se hace una incisión longitudinal mediana del cuello en su parte vaginal y supra-vaginal. Se extrae digitalmente el huevo, que corresponde a un embarazo de tres meses. Se abre luego el fondo del saco peritoneal anterior, se exterioriza el útero, *ligándose las trompas* con dos ligaduras y seccionando al termo-cauterio entre ambas. La enferma siguió una marcha regular, mejorando notablemente de los síntomas de la enfermedad. Al darse de alta la temperatura vespéral era normal.



OBSERVACION II

Clínica Obstétrica y Ginecológica del Hospital Torcuato Alvear. — Director: profesor Ubaldo Fernández. — Sección Ginecología: jefe profesor Piccardo.

M. C. de S., 20 años, argentina, casada.

Antecedentes hereditarios — Padres muertos de tuberculosis. Tiene dos hermanos muy débiles.

Antecedentes personales — Ha tenido sarampión en la infancia. Regló a los 10 años, reglas dolorosas, abundantes, de 4 a 5 días de duración. Se casó a los 18 años, habiendo tenido tres embarazos. El primero terminó a los 7 meses por parto normal. A los 20 días murió el niño. El segundo embarazo tuvo un parto a término, normal, con puerperio apirético. A los 14 meses muere el niño de gastro-enteritis. El tercero, parto a término, niño sano al nacer, que luego se en-

fermó de entero-colitis, por lo cual pasó al Instituto de puericultura.

Enfermedad actual — En el vértice del pulmón izquierdo, se observa respiración ruda, entrecortada, rales sibilantes, craquements. En el pulmón derecho la respiración es ruda en el vértice. En el corazón los tonos son normales, el pulso regular, tenso y contándose 80 pulsaciones por minuto. El apetito ha disminuído considerablemente, siendo la enferma además algo constipada.

-Al examen genital: Vulva y periné normales, vagina normal, cuello de útero en ligera retroposición.

El cuerpo forma un tumor globuloso, mediano, blando, que llega a la mitad del espacio comprendido entre el pubis y la cicatriz umbilical. Hay ausencia de dos períodos menstruales. El examen bacteriológico del esputo revela la presencia de bacilos de Koch. (1 a 2 por campo).

Intervención — Operador doctor Piccardo; ayudante doctor Ubaldo Fernández. Anestesia general clorofórmica. Se incinde el foco del saco anterior, se rechaza la vejiga, se practica una incisión vertical del cuello, se extrae el huevo y a continuación se sutura el cuello y la mucosa.

del fondo de saco. La marcha post-operatoria es perfectamente normal, el estado general es bueno. Se hacen curaciones vaginales secas. Se tocan las superficies cruentas con yodo.

Marzo 22: La herida del fondo de saco está casi cicatrizada. El apetito ha vuelto; la enferma abandona el lecho con el estado general muy mejorado. Cinco meses después; en agosto (21), vuelve al servicio diciendo tener dos ausencias menstruales, quejándose a la vez de pérdida de apetito, enflaquecimiento y mal estado general.

Al examen genital: Utero aumentado de volumen, globuloso, cuello reblandecido.

Intervención — Operador doctor Ubaldo Fernández. Se hace la dilatación del cuello y a continuación del *vaciamiento uterino*, *se ligan las trompas por vía vaginal*. Se deja drenaje. El estado general mejora notablemente después de la operación. La temperatura vespéral que era de 37°5 desaparece.

Debemos a la gentileza del profesor Piccardo, la información de que esa enferma se encuentra en la actualidad en estado de caquexia tuberculosa. Es su opinión, y nosotros la compartimos,

que el medio de pobreza en que vivía la enferma ha sido la causa por la cual no se pudieron hacer duraderos esos períodos de mejoría tan notables que se iniciaban después de eliminado el embrión. Del examen de la historia de esta enferma, pueden hacerse observaciones interesantes. En primer lugar, en ella ha sucedido lo que los alemanes consideran como posible y engorroso, el nuevo embarazo a los pocos meses de realizado el aborto terapéutico, razón por la cual ellos aconsejan la esterilización consecutiva. Y en efecto, si esta intervención no se hubiese realizado en esa enferma, al poco tiempo se habría presentado nuevamente a la clínica a sufrir un tercer aborto médico, y así sucesivamente, siempre es claro, en perjuicio de su salud. El agravamiento tardío de esta enferma, motiva otras reflexiones. Si ella perteneciera a una clase social elevada, se habría reducido la terapéutica a una cura aerea y dietética, complementando el aborto terapéutico. Pero en el medio hospitalario es imprescindible esterilizar a la mujer, cuando su embarazo le es nefasto, pues los cuidados que ellas se pueden dar son muy escasos, a tal punto que la enfermedad progresa, como en este caso, a pesar de habersele evitado las molestias de una nueva gestación.

OPSERVACION PERSONAL DEL DOCTOR IRAETA

M. L., 26 años, argentina, sin antecedentes hereditarios, múltipara de tres hijos, con partos normales y espontáneos. En su cuarto embarazo, en el que tiene grandes trastornos simpáticos, adelgaza mucho, observándose además, temperaturas vesperales. Examinada por los doctores Houssay y Hardoy, constatan una lesión bacilosa incipiente del vértice pulmonar derecho. Se hace la indicación del aborto terapéutico, estando el embarazo en el curso del tercer mes. Después de pasar el puerperio normalmente, se opera un resurgimiento de su estado general, el peso aumenta, de 56 kilos a 78 kilos en el lapso de tiempo de dos meses y medio.

Desaparecen todos los signos de la enfermedad, quedando solamente la secuela de su lesión pulmonar, consistente en una submatítez ligera y respiración ruda en la zona pulmonar afectada.

OBSERVACION PERSONAL DEL DOCTOR IRAETA

M. C. del F., 23 años, primeriza, sin antecedentes, y que en su segundo mes de embarazo tiene un principio de aborto que se manifiesta por dolores y hemorragia. Se le instituye la medicación apropiada, a fin de evitar el aborto total. Hecho el examen general, se constata una ligera infiltración del vértice, con micropoliadenitis inguinal y temperaturas vesperales. A pesar de la inminencia del aborto, se espera el desarrollo normal de su embarazo, por cuanto las manifestaciones clínicas de la bacilosis quedaban estacionarias, no observándose agravación de los síntomas. El embarazo sigue su curso total hasta llegar a término, produciéndose un parto espontáneo y una mejoría bien notable, después de realizado, con aumento de peso y retrocesión de los síntomas clínicos de la tuberculosis.

OBSERVACION PERSONAL DEL PROFESOR GABASTOU

N. N., argentina, 24 años, casada, ha tenido 3 hijos, viéndose en su último embarazo atacada de pielonefritis, por lo que aquel evolucionó, durante su segunda mitad, casi siempre febril; la temperatura desaparece con el parto, evolucionando el puerperio normalmente.

Con antecedentes, de padre muerto de tuberculosis pulmonar y con un aspecto ella misma, que podría clasificarse dentro del tipo «veneciano» de Trousseau. Al poco tiempo de su último parto comienza a verse atacada por temperaturas vesperales, 37° y 37°5, que en algunas ocasiones (salidas, agitaciones) llega hasta 38°.

Tiene además tos seca, sudores nocturnos, disnea de esfuerzo y denutrición no muy marcada. Semiológicamente se comprueba una infiltración evidente del vértice pulmonar derecho, con signos de bronquitis localizada. En esas condi-

ciones y dentro de alternativas en su estado pulmonar, y a pesar de las prevenciones al marido al año de su último parto, se embaraza nuevamente.

En vista de esa complicación y dado el estado progresivo de su lesión de vértice, en el que ya se constatan signos de reblandecimiento, previa consulta con un profesor de clínica médica de la facultad, decidióse a los dos meses de gestación, provocar el aborto terapéutico. Este se realiza sin ulterioridades, siendo la enferma dada de alta y enviada al campo, donde, por referencias del esposo, se sabe que ha repuesto, recuperando un estado de salud evidente. Después de dos años de precauciones, con objeto de evitar un nuevo embarazo, éste se ha realizado nuevamente, pero sin que en ningún momento de su evolución, se haya resentido en su estado general, y habiendo dado término a principios del año próximo pasado, con un parto y puerperio normales.

OBSERVACION PERSONAL DEL DR. ALFREDO BELLO

A. N., 20 años; no hay antecedentes bacilosos en la familia, no registrando en su infancia ningún hecho saliente referente a su salud.

Contrajo matrimonio a los 17 años, teniendo al año un parto a término que motivó una aplicación de forceps. El puerperio fué bueno, salvo una ictericia de tipo catarral que apareció al 5º día con ligera elevación térmica. Cumplido el año de realizado el parto, sufrió una fuerte congestión pulmonar de origen grippal, que dejó como reliquia algunos fenómenos congestivos localizados en el vértice del pulmón derecho. La temperatura continuó por espacio de algunos meses, habiendo tos y expectoración, a pesar de lo cual, en exámenes repetidos de los esputos, no se observaron la presencia de bacilos. Al examen del pulmón derecho, se oyen rales en el vértice, y falta de sonoridad a la percusión en la región supra-

espinosa. Hay denutrición, falta de apetito y sudores nocturnos. Se hace un tratamiento médico e higiénico, consiguiendo ver estacionarse la enfermedad.

Hecho el diagnóstico desde un principio de tuberculosis pulmonar, se recomendó especialmente de evitar el embarazo, a pesar de lo cual en julio de 1910, se constata un embarazo de 2 meses, que agravó considerablemente el estado de la enferma. Se resuelve provocar el aborto terapéutico, en vista de la reacción nefasta que la gestación imprimía a la enfermedad.

Este se realizó sin contratiempos, y habiendo sido enviada al campo, la enfermedad mejoró notablemente, desapareciendo la fiebre, la tos y quedando sólo una respiración ruda en el vértice derecho. Los cuidados higiénicos, el gran aire, la sobrealimentación y los tónicos obraron favorablemente, aumentando 7 kilos de peso en menos de 1 año.

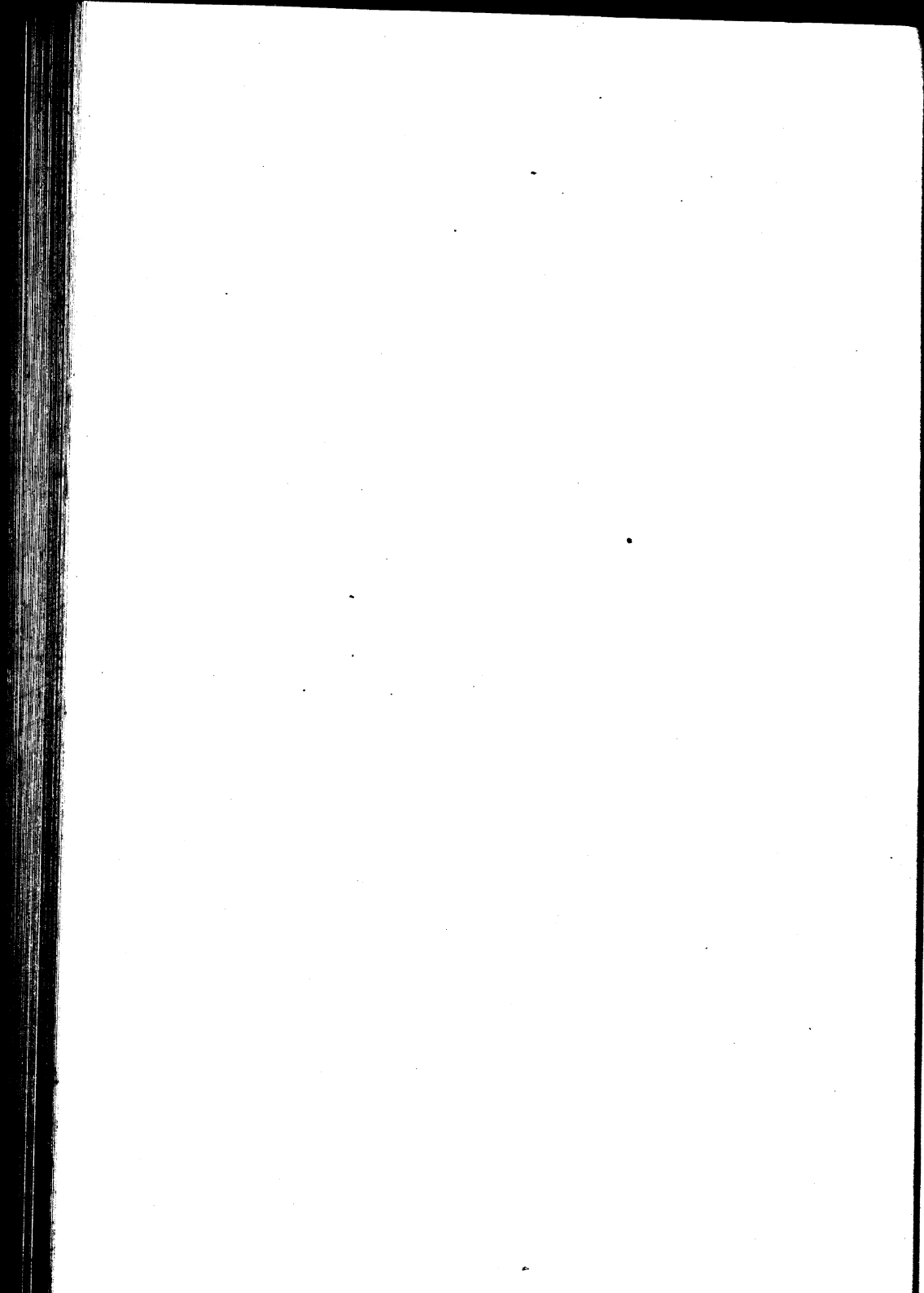
En esas condiciones se encontraba la enferma, y era tal su bienestar, que olvidando los consejos del médico se decide a tentar de ser madre.

La gestación se encontraba en el curso del tercer mes cuando es examinada, constatándose que su nuevo embarazo no había modificado el excelente estado general de la enferma.

Sus lesiones habían retrogradado de tal manera, que teniendo en cuenta esta circunstancia, unida a los deseos de paternidad del matrimonio, nos decidimos por dejar continuar el embarazo. El curso de éste hasta el término, no pudo ser mejor, teniendo un parto normal con inmejorable puerperio.

La lesión pulmonar no se modificó, y el estado general siguió muy bueno. Pero durante el invierno de 1915, la enferma tuvo una fuerte influenza, y desde entonces nuevamente reaparecen la temperatura, la tos y los sudores nocturnos, decayendo el estado general hasta ponerse en condiciones semejantes a las del año 1912 (cuando se le provocó el aborto). Actualmente está en tratamiento en manos de un distinguido clínico, quien le hace la terapéutica de la tuberculina.

Su hijo es perfectamente sano.



OBSERVACION
DE LA DRA. MARIA TERESA FERRARI DE GAUDINO

Elena V. de Z., 28 años.

Antecedentes hereditarios — Padres vivos y sanos. Hay un hermano muerto de tuberculosis pulmonar hace varios años.

Antecedentes personales — Menstruó a los 12 años, regulares en su aparición, dolorosas, abundantes. Ha tenido tres embarazos con partos normales; los dos primeros niños son sanos; el 3º ha sido operado de un tuberculoma del oído.

Enfermedad actual — Desde hace varios meses, tiene menorragias abundantes, que son las que la deciden a ponerse en tratamiento creyendo se tratara de una lesión del aparato genital. Ha adelgazado 15 kilos, habiendo perdido el apetito.

Estado actual (octubre 15) — Mujer regularmente constituida, escaso panículo adiposo, piel y conjuntivas pálidas.

Cuello sin ganglios palpables.

Tórax en forma de quilla, excursión disminuida en el lado izquierdo, 16 respiraciones por minuto.

Pulmón izquierdo: Matitez hasta la espina del omóplato, sonoridad en el resto, base movable. Vibraciones aumentadas en el sitio de la matitez, en el resto normal. A la auscultación, respiración tubaria en el sitio de la matitez, vesicular en el resto. Se observan en el vértice, rales y cráquements.

Pulmón derecho: Ligera submatitez en el vértice. En el resto normal, base movable. Vibraciones normales. Respiración vesicular en casi todo el pulmón, pues sólo se auscultan uno que otro ral en el vértice. Hay poca tos, sin expectoración, no excediendo la temperatura de 37°5 por las tardes.

Corazón: Tonos normales. El abdomen no revela nada de particular. En el examen genital no se encuentra ninguna alteración que pueda explicar las hemorragias menstruales.

La intra-dermo-reacción dió resultado posi-

tivo a las 24 horas con aumento de temperatura hasta 39°.

En esas condiciones, se le pone en reposo un mes y se hacen inyecciones de bioplastina.

Se inicia un tratamiento con tuberculina Dessy núm. 1, repitiendo las inyecciones cada 4 días, y logrando hacer descender la temperatura. Durante año y medio de seguida esa terapéutica, ha aumentado 20 kilos de peso; la temperatura ha desaparecido, las hemorragias no se han vuelto a repetir, no hay tos, los rales son escasos y el estado general muy mejorado. En mayo de 1917 tuvo suspensión de reglas y síntomas de embarazo, con vómitos biliosos y alimenticios, que no le permiten hacer su sobrealimentación habitual, la temperatura es de 37°8 en las tardes, habiendo además, perdido 6 kilos de peso.

En esas condiciones ingresa a la clínica obstétrica del profesor Zárate, a objeto de practicarle el aborto terapéutico.

Este acto operatorio se realiza estando el embarazo en el segundo mes y medio.

Después de 15 días, recién se logra que descienda la temperatura, acercándose a la normal.

La enferma ha evolucionado bien su período post-operatorio. Después de este tiempo, se

recomienza el tratamiento con tuberculina número 3 de Dessy, y en la actualidad ha recuperado su peso, está sin temperatura, y el estado del pulmón ha mejorado a tal punto, que visto a la pantalla radiográfica, sólo quedan lesiones peribronquiales pequeñas.

Conclusiones

1°—En materia de tuberculosis y embarazo debe observarse un criterio ecléctico en relación con la clínica.

2°—Es necesario eventualmente, pero no sistemáticamente, recurrir al aborto.

3°—La indicación del aborto dependerá directamente del pronóstico y del tiempo del embarazo.

4°—Fundamentarán el pronóstico, el grado de lesiones del pulmón, el funcionamiento de los demás órganos, el estado general (peso y temperatura) y los factores individuales, antecedentes personales, condición social.

5°—Estando el embarazo en el primer tercio de su evolución, cuando aparece una tuberculosis y ésta progresa, o ya existiendo ella se agrava, y cuando las lesiones pulmonares son de posible curación, debe intervenirse practicando el aborto terapéutico.

6°—La propagación de la tuberculosis a la laringe, hace necesaria la realización del aborto.

7°—En el caso de que la tuberculosis permanezca clínicamente y anatómicamente estacionaria, no se debe intervenir.

8°—Se debe excluir de las indicaciones del aborto médico a las formas graves, máxime cuando más nos acercamos a la viabilidad, pues ante el beneficio inseguro de la madre, debemos de evitar el sacrificio del hijo.

9°—El parto prematuro debe ser un tratamiento de excepción, no para salvar a la madre, sino para salvar al hijo en los casos desesperados.

10.—La esterilización consecutiva debe indicarse con extrema prudencia y en circunstancias especiales.

11.—En el medio hospitalario se encuentra reforzada la indicación de esterilizar a la mujer tuberculosa.

REMIGIO BUSTOS MORON.

Bibliografia

- Alexandrow* — Wiener. Klin. Woch., 1911.
- Alvarez Clemente* — Tuberculose et Grossesse, inconvenients de l'avortement provoqué. — Revue de la Clinique Obstetricale et Ginecologique.
- Bard, Daunay, Deiraigne et Chirie* — Soc. Obst. de France. Paris, octobre 1911.
- Bardeleben* — Zentr. f. Gyn., 1911.
- Bonnaire* — Presse Medicale, 1905.
- Bossi* — Les indications medicales de l'interruption de la Grossesse. — L'Obstetrique, 1902.
- Bouchard* — Revue de la Tuberculose. — Paris 1905.
- Bumm* — De l'interruption de la Grossesse chez les tuberculeux. — Semaine Medicale, 1908.
- Burckardt* — Revue de la Tuberculose, 1905.
- Calmette* — Revue d'Hygiene, 20 octobre 1910.
- Chambreleut* — Soc. d'Obst. de Paris (en L'Obstetrique, 1904).
- Charrin et Deherain* — Revue de la Tuberculose, 1905.
- Chiara* — Zentr. f. Gyn., 1911.
- Chrobak* — Zentralblatt für Gynäko'logie, 1905.
- Cohn Ler* — Tuberkulose und Schwangerschaft. Munchener Medizinische Wochenschrift, 1912.
- Colombet* — Gaz. des Hopitaux, 1912, n°. 85.

- Demás Paul* — Tuberculose pulmonaire congenitale. — L'Obstetrique, año 1910.
- Demelin* — Grossesse et tuberculose. — Le Medicin Practicien, 1908.
- Deiraigue et P. Bard* — De la sensibilité des femmes encintes et receemment accouchés a la tuberculine. — L'Obstetrique, año 1910, pág. 345.
- Ebelor* — Tuberkulose una Schwangerschaft. — Praktische Ergebnisse der Geb. u. Gyn. Wiesbaden, 1914.
- Favre-Thomas* — Tuberculose et puerperalité. — These Paris, 1905.
- Crouzon et Villaret* — Le probleme de l'heredité dans la tuberculose. — Revue de la Tuberculose, 1904.
- Fellner O.* — Tuberkulose und Schwangerschaft. — Wiener Medizinische Wochenschrift, 1904.
- Fieux* — Tuberkulose et puerperalité. — Revue pratique d'Obstetrique et d'Hygiene de l'Enfance, 1908.
- Franqué Otto v.* — Tuberkulose und Schwangerschaft. — Würzburger: Abhandlungen, 1913.
- Frigyesy y Kiralyff* — Tuberculosis y embarazo. — Semana Médica, 1911.
- Fritsch* — Deut. Med. Woch., 1904.
- Gaulard* — Influence de la grossesse sur la tuberculose. — These d'Aggregation, Paris 1880.
- Hamburger* — Berliner Klinische Wochenschrift, 1902.
- Hamm* — Zentr. f. Gyn., 1910, n°. 27.
- Heitz* — Revue de la Tuberculose, 1910.
- Herrgott A.* — Tuberculose et gestation (étude clinique. — Annales de Gynecologie, 1891.
- Kania* — De l'influence de la puerperité sur les femmes predisposées a la tuberculose pulmonaire. — Paris, 1904.
- Káminer* — Zent. f. Gyn., 1910.
- Landouzy* — Sur les voies conceptionnelles et transplacentaires de penetration de la tuberculose (heredo-tuberculose). — Ann. de Gyn. et d'Obst., 1911.

- Lempert* — De l'influence de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum sur le tuberculose pulmonaire. — H. Paris 1909.
- Lüdke* — Wien. Klin. Wochenschrift, 1906.
- Lop. P. H.* — De l'avortement sur de l'accouchement premature dans la tuberculose pulmonaire. — Archives de Tocologie et de Gynecologie, 1894.
- Martin* — Münchener Med. Wochens., 1909.
- Martin H. et Landouzy* — Faits cliniques et experimentaux pour servir a l'histoire de l'héredité de la tuberculose. — Revue de Medicine, 1883.
- Marschner* — Zentralb. f. Gyn., 1910.
- Monnier* — Considerations sur les rapports de la grossesse et de la puerperalité. — H. Paris, 1911.
- Montal* — De l'avortement provoqué. — Presse Medicale, 1911.
- Mosny* — La famille des tuberculeux. — Rev. d'Hygiene Publique et Med. Legale, 1902.
- Etude sur les origines de la tuberculose. Tuberculose et heredité. — Revue de la Tuberculose, 1899.
- La descendance des tuberculeux. — Revue de la Tuberculose, 1901.
- Nottan, Larrier* — Tuberculose et gestation. Etude experimentale. — Revue de la Tuberculose, 1904.
- Nowak M. J. y Ranzel F.* — Contribution a l'étude de la tuberculose placentaire. — L'Obstetrique, 1911.
- Ogilvie* — Les descendants des tuberculeux. — Revue de la Tuberculose, 1905.
- Pankow* — Zentralb. f. Gyn., 1910, n°. 3.
- Péters* — Zentralbl. f. Gyn., 1910, n°. 22.
- Pinard* — De l'avortement soi-disant therapeutique chez les femmes tuberculeuses en etat de gestation. — Ann. de Gynec. et d'Obstetrique, pag. 321, 1912 y Bull. Medec., pag. 609, 1912.
- Pronst* — These, Paris 1903.

- Rabnow et Reicher* — Tuberculose pulmonaire et grossesse. — L'Obstetrique, pág. 1103, 1911.
- Rebiere* — These, Paris 1900.
- Renón* — La tuberculose pulmonaire et la grossesse. — Journal des Practiciens, 1906.
- Rosthorn V.* — Tuberculose und Schwangerschaft. — Deutsche Medizin Wochenschrift, 1906.
- Rudaux* — Tuberculose et puerperalité. — La Clinique, 1909.
- Sarwey* — Deutsche Med. Woch., 1905.
- Sabourand* — Un cas de tuberculose humaine congenitale. — Soc. de Biologie, 1891.
- Schnitter* — Deutsche Med. Woch., n°. 36, 1909.
- Stuart-Tidey* — Tuberculose et grossesse. — Journal des Practiciens, 1906.
- Teissier* — Revue de la tuberculose, 1905.
- Thorn* — Zentr. f. Gyn., 1910.
- Vertenhoetter A.* — Ein Fall von. Allgemeiner Milliartuberculose nach abort. — Deutsche Med. Wochens., 1903.
- Zanoni* — De l'avortement dans la tuberculose pulmonaire. — Gaz. degli Osp. e delle Clin., 1902.
- Zárate Enrique* — Patología Obstétrica, 1910.



Buenos Aires, Septiembre 11 de 1917

Nómbrese al señor Consejero doctor Eliseo Cantón, al profesor titular doctor Ubaldo Fernández y al profesor suplente doctor Carlos R. Cirio, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art .4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

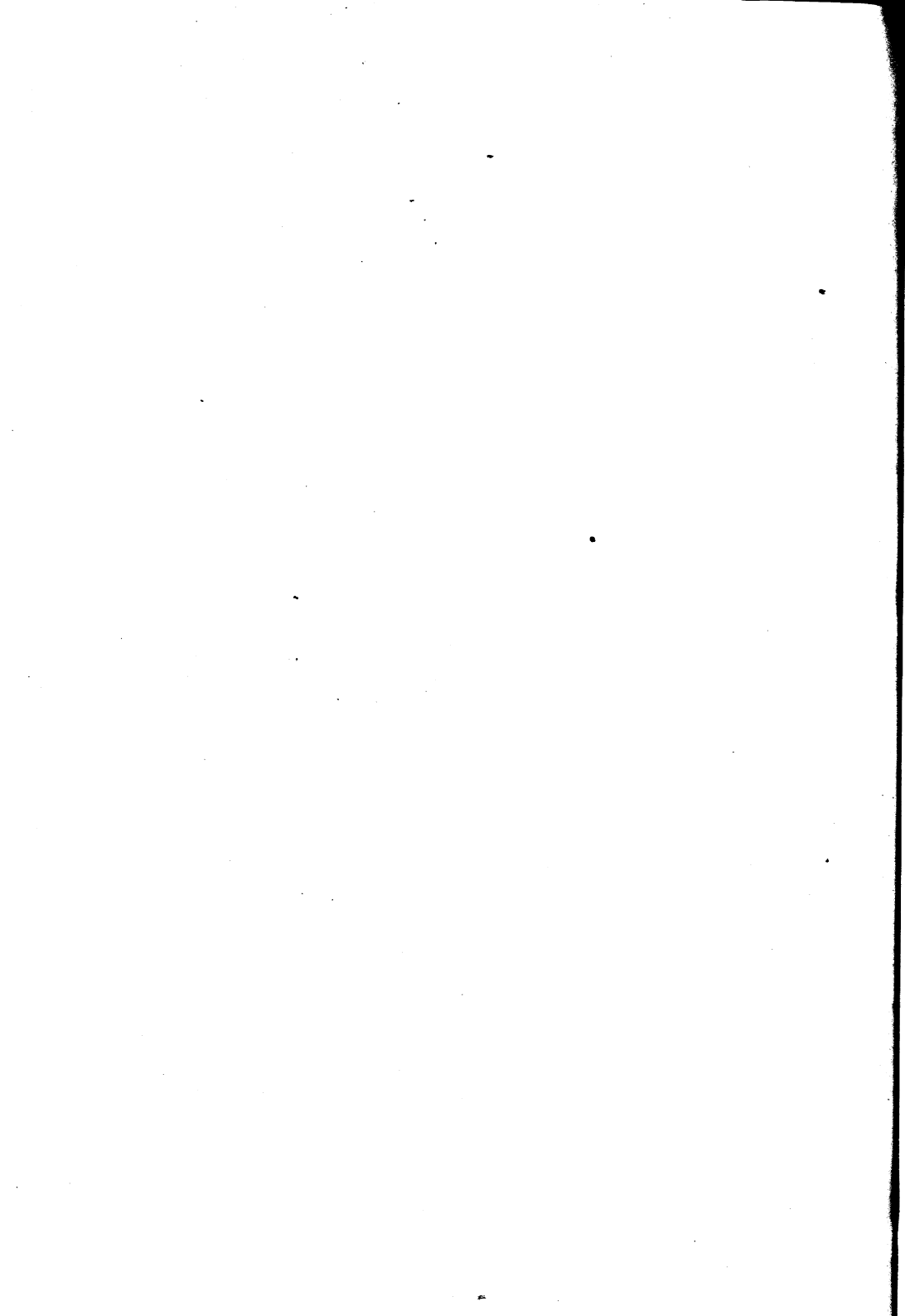
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Septiembre 22 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3362 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou.
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Debería la legislación prohibir el matrimonio a los tuberculosos?

Eliseo Cantón.

II

La esterilización en la mujer tuberculosa (del punto de vista eugénico y profiláctico médico).

Ubaldo Fernández.

III

El pauperismo entre las embarazadas tuberculosas es un factor digno de ser considerado para el tratamiento a instituir, y que puede justificar la conducta del médico que se ve obligado, por esta circunstancia, a proceder hasta con criterio diametralmente opuesto al aconsejado en pacientes de holgada posición.

Carlos R. Cirio.

