

## TRATAMIENTO DE LA MOLA VESICULAR POR LA PITUITRINA Y EL CURETAJE

DR. VICTOR M. BAZUL

**E**L trabajo que presento, tiene por objeto dar a conocer la experiencia adquirida en el tratamiento de catorce casos de Mola vesicular.

La conducta terapéutica que se debe seguir en los casos de Mola Hidatiforme, es una cuestión en la cual no están de acuerdo los autores; mientras que unos recomiendan la abstención, dejando que el aborto evolucione en forma espontánea; otros sostienen la necesidad del vaciamiento del útero tan pronto se halla hecho el diagnóstico; y en lo que se refiere al proceder inmediato frente a esta grave enfermedad de la mujer gestante, la técnica varía desde el simple curaje digital hasta la histerectomía. Teniendo en cuenta que no existe una conducta única para el tratamiento de la Mola, hemos seguido desde hace algún tiempo la técnica de asociar la pituitrina con el curetaje y de la experiencia que hemos adquirido en catorce casos es el objeto de este trabajo, que si bien no es original, lo creemos útil y, puede contribuir a resolver situaciones difíciles que se presentan en la práctica obstétrica.

### TRATAMIENTO

El tratamiento de la mola debe ser en nuestro concepto activo, por que así se evitan complicaciones graves, tales como las hemorragias que por su abundancia conducen muchas veces a estados desesperantes, y las infecciones que por desarrollarse en organismos cuyas condiciones de resistencia tan venidas a menos, favorecen la producción de procesos sépticos generalizados que rápidamente llevan a la muerte de la mujer, por incapacidad para poner en juego sus mecanismos de defensa.

Hecho el diagnóstico, ya sea clínicamente o con auxilio del laboratorio, se debe proceder a la práctica de la evacuación del útero, o sea el aborto terapéutico.

Si las metrorragias son a repetición y de intensidad manifiesta con cuello entreabierto, se debe obtener la dilatación suficiente por medio de bujías de Hegar, y en seguida hacer el vaciamiento con las pinzas de falsos gérmenes y la cureta roma, inyectando después medicamentos de acción ocitócica.

Si el aborto está en marcha, se debe dejar que evolucione espontáneamente, si la expulsión es total se esperan 24 horas, durante las cuales, por medio de ocitócicos, se endurecen las paredes del útero para hacer después curetaje; si la expulsión es parcial y hay pequeñas hemorragias se puede seguir la misma conducta; pero si en el curso del aborto, hay hemorragias abundantes se debe estimular la contracción uterina, por medio de la pituitrina usada por vía intramuscular o intravenosa, acompañada de la expresión, que favorece la expulsión de las vesículas molares, reducen la capacidad del útero y permiten la práctica del curetaje. No somos partidarios en estos casos de

hacer la extracción del contenido uterino por el curaje digital; por que siendo esta maniobra ciega puede dejar restos que entretienen las hemorragias y favorecen las infecciones, y que son capaces de conducir a verdaderos desastres. El temor a las perforaciones del útero por reblandecimiento de sus paredes, no constituye, en mi opinión, razón suficiente, para seguir esta conducta, toda vez que actuando con prudencia, y poniendo en juego la acción de los medicamentos ocitócicos, se pueden evitar estos accidentes, que por otra parte nunca los hemos tenido en el largo tiempo que desempeñamos funciones en la Maternidad.

Cuando el cuello del útero está cerrado o ligeramente entreabierto procedemos al vaciado empleando la técnica siguiente:

1º Preparación del campo operatorio; limpieza cuidadosa de los genitales con antisépticos, agua oxigenada, permanganato de potasio, hisol, etc., y embrocación con solución al 4% de mercurio cromo;

2º Colocación de valvas vaginales y toma del cuello con pinzas de Museaux;

3º Anestesia del plexo pelvi-perineal, infiltración del cuello uterino y del fondo de saco vésico-uterino con solución de novocaína al 2% con adrenalina;

4º Dilatación lenta y progresiva del cuello con las bujías Hegar; este tiempo puede realizarse en forma extemporánea con tallos de laminaria, particularmente si se trata de nulíparas. Se dejan los tallos 24 horas;

5º Introducción en la cavidad uterina, de la pinza de falsos gérmenes o de la cureta roma, para hacer el desprendimiento parcial de la mola;

6º Inyección intravenosa de tres unidades de pituitrina, que favorece la expulsión de la mola, reduce la cavidad uterina, endurece las paredes de este órgano por contracción de sus fibras;

7º Pasaje de la cureta roma para desprender los restos ovulares, pudiendo usarse a continuación la cureta cortante cuando es ancha y por consiguiente poco agresiva;

8º Cauterización de la mucosa con solución de cloruro de Zinc al 10% y colocación de una mecha de gasa yodoformada embebida en trementina, en la cavidad del útero por espacio de 24 horas, y se terminará con inyección de 0.2 mgr. de ergotrate y cinco unidades de pituitrina por vía intramuscular.

La técnica que acabamos de señalar es la que seguimos desde hace algún tiempo en la práctica del Aborto terapéutico en los casos de mola, no requiere sino prudencia, habilidad y el uso de instrumental apropiado; empleamos curetas, romas y cortantes anchas, que por su gran superficie exponen menos a las perforaciones del útero; deben ser manejadas con gran delicadeza, porque las paredes del útero blandas, dan la sensación de cartón mojado y cualquier maniobra brusca puede producir accidentes desagradables; los resultados que hemos obtenido, han sido siempre favorables, y al darla a conocer como contribución personal al progreso de la Obstetricia es con el deseo que su difusión pueda beneficiar a gran número de mujeres.

El curetaje resuelve las complicaciones actuales que se generan en la

mola, pero es incapaz de evitar la degeneración corioepiteliomatosa que se produce muchas veces, no sólo como consecuencia de restos uterinos, sino debido a metástasis partidas un tiempo antes, de la mola o del tumor, embolias que al seguir la vía de la circulación sanguínea se localizan en los pulmones, vagina, cerebro, hígado, riñones o en cualquier otro órgano del cuerpo humano.

Hay además otros medios de tratamiento de la mola, que se deben conocer estos son, el reposo en cama, las irrigaciones vaginales calientes, la transfusión sanguínea, la opoterapia contra la anemia y la autointoxicación; el taponamiento útero vaginal; la cesárea vaginal, para hacer la evacuación rápida del útero. Ciertos autores, Schumann, Gordon, por miedo al curetaje y queriendo estar seguros de la integridad de la pared del útero, prefieren en todos los casos, después de la abertura del vientre hacer la histerotomía, seguida o no de la histerectomía, según la edad de la paciente; esta conducta nos parece exagerada e inaceptable; Williams preconiza la histerectomía sistemática, siempre que la afección se desarrolle al fin del período de la actividad sexual; algunas veces hemos empleado estos últimos métodos, obteniendo con ellos resultados poco satisfactorios, razón por la cual han sido abandonados.

Veamos a continuación las Historias clínicas sintetizadas de los casos observados, para después hacer algunos comentarios:

#### HISTORIA CLINICA N° 1 MOLA VESICULAR

Natividad G., de 46 años de edad, de raza india, soltera, natural de Ica, profesión, se dedica a las labores de la chacra, procede de Ica; ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad el día 7 de mayo de 1938 a las 12 m. con metrorragias y vómitos.

*Antecedentes.* El padre murió de neumonía; la madre, de fiebre tifoidea. Han sido 7 hermanos, de los cuales 4 viven y son sanos; tres han muerto, uno en la infancia, ignora la causa, otro de neumonía y la tercera por hemorragia del alumbramiento.

En su niñez ha sufrido de sarampión, tos convulsiva; en 1929 padeció de afección biliar que la obligó a hospitalizarse por espacio de un mes. Menarquía a los 13 años, tipo 4/30, regular en cantidad y tiempo, permaneció inalterable hasta los 40 años. Primeras relaciones sexuales a los 22 años. Ha tenido 10 embarazos, 8 llegaron a término, con partos normales y niños sanos; de éstos uno murió al 5º mes, otro sufre de parálisis y los restantes gozan de perfecta salud. Sus dos últimas gestaciones terminaron por abortos: el primero de 5 meses y el último de 2 meses.

*Enfermedad actual.* Refiere la paciente que su último período fué el 16 de febrero de dos días de duración; tiempo aproximado del embarazo, 2 meses y medio (2 meses y 11 días), la gestación ha evolucionado con náuseas y vómitos matutinos durante los dos primeros meses, observando la aparición de un tumor en la parte baja del vientre; en los últimos quince días, los vómitos de carácter bilioso se han hecho más intensos, acompañados de sed intensa, anorexia, malestar general con sensación de decaimiento y pérdidas san-

guíneas por sus genitales externos que desaparecieron espontáneamente; después de algunos días de reposo se presentan nuevamente lo que obliga a internarse en la Maternidad.

*Examen Clínico.* Aspecto general indiferente, piel seca, con panículo adiposo poco abundante, pulso frecuente de pequeña tensión, respiración costal superior, subfebril, conjuntiva ocular ictérica. El examen de los aparatos cardiovascular, respiratorio, y renal no hay nada anormal; en el aparato digestivo se encuentra dolor en el punto cístico; en el sistema nervioso hay insomnio.

*El examen obstétrico da los siguientes datos:* mamas péndulas, bien conformadas, con areola hiperpigmentada; abdomen globuloso en su parte inferior, presencia de una tumoración de forma redondeada que ocupa la región del hipogastrio hasta las inmediaciones del ombligo, este tumor es blando, pastoso, contráctil, en el cual no se encuentran signos activos ni pasivos de feto; la auscultación no permite percibir ruidos del corazón del feto; a través de los órganos genitales externos se observa la presencia de sangre de color oscuro. El tacto combinado con la palpación nos permite constatar, los siguientes signos: cuello de múltipara, blando en su centro, fondos de saco vaginales ocupados por un cuerpo blando elástico, pastoso, el tumor es movable, de consistencia blanda en toda su extensión, se contrae en el curso del examen, tiene una forma globulosa que llega hasta cerca del ombligo, sus caracteres corresponden al útero grávido.

*Diagnóstico.* La presencia de una tumoración con caracteres de útero grávido, su tamaño exagerado, sin guardar proporción con la edad del embarazo, llegaba hasta el ombligo, la falta de signos fetales, la hemorragia persistente, los síntomas de toxemia gravídica, con compromiso del estado general, y la sensación de blandura especial del útero nos hizo concluir en la existencia de embarazo molar.

*Evolución.* Durante varios días la paciente estuvo en observación cuidadosa, constatándose la persistencia de la toxemia y de las hemorragias que aunque discretas eran persistentes al quinto día de permanecer en el Servicio presenta temperatura de 38 grados y luego en los días siguientes remisiones de ésta que la mantienen subfebril; en la noche del 13 de mayo hace una hemorragia profusa con signos de anemia aguda y estado general grave que nos obliga después de atender su complicación a proceder a la interrupción del embarazo.

*Tratamiento.* Anestesia regional por infiltración del plexo pelvi perineal con novocaína y adrenalina; dilatación progresiva del cuello con las bujías de Hegar, extracción de vesículas con la pinza de falsos gérmenes, luego inyección intravenosa de pituitrina seguida de expulsión del resto de la mola y se termina por curetaje haciendo uso de la cureta roma.

*Post operatorio.* Se trata a la paciente con transfusión, suero fisiológico, analépticos, etc., el estado general se modifica un poco, pero la paciente no llega a recuperarse de la gran hemorragia que había sufrido y muere en la tarde del día 14 de mayo de 1938.

## HISTORIA CLINICA Nº 2 MOLA VESICULAR

Dorila G. de 32 años de edad, raza negra, soltera, natural de Chíncha, profesión, se dedica a las ocupaciones de su casa, procede de Lima, ingresa al Servicio Nº 5 de la Maternidad el día 9 de julio de 1938 a la una y treinta de la tarde, con metrorragias.

*Antecedentes.* Los padres han muerto, ignora la causa; han sido 12 hermanos, de los cuales viven 9 que gozan de buena salud; tres han fallecido sin conocer la causa de sus muertes. En la niñez ha sufrido de sarampión y tos convulsiva; después ha sido sana. Menarquía a los catorce años tipo 5/30, en regular cantidad y con dolores. Sus embarazos han sido 10; ocho llegaron a término con partos espontáneos, niños vivos y sanos y puerperios sin accidentes; dos abortos en los primeros meses sin complicaciones.

*Ex.fermedad actual.* Refiere la paciente que su último período fué el 15 de marzo, de cinco días de duración; tiempo aproximado de la gestación tres meses y medio (3 meses y 11 días). Durante las seis primeras semanas tuvo náuseas y malestar en las mañanas; a partir del segundo mes comenzó a perder sangre de color oscuro, en cantidad moderada y en forma irregular que le duró 35 días al cabo de los cuales desapareció, teniendo un período de reposo 10 días, en que se volvió a presentar, durándole 15 días, cesando bajo la acción de medicamentos hemostáticos que le fueron suministrados en la Maternidad; pero el día 8 de julio hace nueva hemorragia en regular cantidad que la obliga a hospitalizarse.

*Examen clínico.* Mujer de aspecto general tranquilo, pálida, con pulso frecuente 90 al minuto, de buena tensión, con 37°8 de temperatura, el examen de sus distintos aparatos no revela nada de particular. El examen obstétrico da los siguientes datos: mamas péndulas, flácidas, bien conformadas, con areola hiperpigmentada; vientre globuloso a nivel del hipogastrio, con línea bruna manifiesta, tumor de forma cónica, regular, blando, que ocupa el hipogastrio y avanza hasta el ombligo, se pone duro por momentos, con caracteres de útero grávido; ausencia de signos fetales y de ruidos del corazón; sangre oscura a través de los órganos genitales externos, sale en regular cantidad con pequeños coágulos; al tacto combinado con la palpación se encuentra cuello de múltipara entreabierto, en el flujo vaginal se perciben vesículas de mola, fondos de saco ocupados por cuerpo duro, útero grande llega hasta el ombligo con zonas blandas, se endurece por momentos.

*Diagnóstico.* Por el tamaño del útero, las pérdidas sanguíneas y sobre todo por la presencia de vesículas (diagnóstico a lo Capurron) se hace el diagnóstico del embarazo molar, y de aborto complicado con hemorragias. Como la pérdida de sangre era abundante se decide terminar la interrupción de la gestación.

*Tratamiento.* Anestesia regional del plexo pelvi perineal con novocaína y adrenalina, dilatación del cuello con bujías de Hegar, extracción de parte de la mola con la pinza de falsos gérmenes, inyección intravenosa de 3 uni-

dades de pituitrina, que facilitan la expulsión de la mayor parte del huevo, y luego curetaje sirviéndose de la cureta roma y embrocación de la cavidad uterina con solución de cloruro de zinc al 10% y se termina dejando una mecha de gasa yodoformada con trementina. La operación fué practicada el 9 de julio, por los Drs. Bazul y Martínez.

El post operatorio evoluciona sin ningún accidente y es dada de alta, sana a los 8 días.

Es costumbre poner a todas las operadas después de la intervención 1 gramo de ergotina y 5 unidades de pituitrina en inyección intramuscular y atender su estado general cuando está comprometido.

#### HISTORIA CLINICA Nº 3 MOLA VESICULAR

María M. P., de 30 años de edad, de raza blanca, casada, natural de Chiclayo, profesión, labores de su casa, procede de Lima, ingresa al Servicio Nº 5 de la Maternidad el 19 de setiembre de 1938 con metrorragia.

*Antecedentes.* El padre murió de uremia, la madre de afección al corazón; han sido 5 hermanos de los que viven tres que son sanos. En su infancia ha gozado de buena salud; lo mismo que en su juventud. Menarquía a los 15 años, de tipo 8/30, regular en cantidad y en su presentación. Ha tenido 11 embarazos que llegaron a término con partos espontáneos, niños sanos, puerperios normales.

*Enfermedad Actual.* Gran múltipara, que no ha conocido período durante su vida sexual, refiere tener aproximadamente cinco meses de gestación (12º embarazo); desde el mes de junio tiene náuseas, vómitos, cefalalgias, escalofríos en las tardes; y hacia el final de este mes principió a perder sangre por sus genitales externos en cantidades variables que duran hasta su ingreso al hospital, con sensación de agotamiento, mareos y ahogos.

*Examen clínico.* Mujer con aspecto general de desnutrida; con la piel y las mucosas pálidas, secas, pulso pequeño, frecuente, regular, con ligera disnea, y temperatura de 37 grados.

El examen de los diferentes aparatos, no permite descubrir nada particular.

El examen obstétrico da los siguientes datos: mamas bien conformadas; a nivel del vientre se observa línea bruna manifiesta, tumor globuloso que ocupa el hipogastrio y avanza por encima del ombligo, movable, blando, renitente, de forma ovoidea, no hay signos activos ni pasivos de feto; los órganos genitales externos de color violáceo con sangre oscura que se fluye a través de ellos; al tacto combinado con la palpación se percibe cuello blando de múltipara, fondos de saco ocupados por tumor renitente y blando, útero aumentado de tamaño que sobrepasa el ombligo, globuloso, blando, que se contrae por momentos.

*Diagnóstico.* Durante nueve días es sometida a observación y a tratamiento apropiado para modificar su estado general y comprobar el diagnóstico de mola vesicular, que se consigue precisar por el tamaño del útero, su

blandura especial, la falta de signos fetales y las hemorragias por sus genitales; la paciente que estaba subfebril durante este tiempo presenta alza de temperatura que llega a 38°6, que nos hace pensar en la iniciación de un proceso infeccioso y no obliga a interrumpir la gestación.

*Tratamiento.* Anestesia regional por infiltración del plexo pelvi perineal con novocaína y adrenalina, dilatación del cuello con bujías de Hegar; desprendimiento de vesículas con la pinza de falsos gérmenes, inyección de tres unidades de pituitrina intravenosa, que facilita la expulsión de la mayor parte de la mola y se termina por curetaje, haciendo uso de la cureta roma, con cauterización de la cavidad uterina con solución de cloruro de zinc al 10% y colocación de mecha de gasa yodoformada con trementina; en seguida se inyecta por vía intramuscular 1 gr. de ergotina y 5 unidades de pituitrina. Operación que fué practicada el 28 de setiembre de 1938.

*Post operatorio.* Terminada la intervención la paciente recibe un litro de suero fisiológico con adrenalina, tonicardiacos, transfusión de 100 cc. de sangre, hielo al vientre etc. Durante ocho días presenta elevación de temperatura que oscila entre 40° y 38°, que termina por desaparecer; pulso frecuente, respiraciones por encima de lo normal, dolor a nivel del hipogástrico; se trata esta complicación infecciosa (endometritis aguda) con sulfamidados, hielo al vientre, estimulantes generales; y después en su convalecencia se hace opcterapia hepática para combatir la anemia y sus trastornos; la paciente es dada de alta, sana el 23 de octubre de 1938.

#### HISTORIA CLINICA N° 4 EMBARAZO MOLAR

Primitiva M. B., de 27 años, mestiza, soltera, natural de Arequipa, procede de Lima, ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad el día 1° de enero de 1939, con metrorragias.

*Antecedentes.* El padre muerto, ignora la causa, la madre vive y es sana; han sido tres hermanos, dos han fallecido; uno en la infancia con escarlatina y el otro ya adulto con bronconeumonía; ha padecido en la infancia de fiebre tifoidea, neumonía, disentería; en la niñez de paludismo y gripe a repetición. Menarquía a los trece años, tipo 4/28, regular en su presentación y en cantidad moderada. Ha tenido dos embarazos que llegaron a término con partos normales, niños vivos y sanos, y puerperio sin accidentes.

*Enfermedad actual.* Multípara, tercer embarazo, fecha de su último período el 11 de octubre de 1938 de 4 días de duración; tiempo aproximado de la gestación dos meses y medio (2 meses y 12 días). Refiere la paciente que desde la segunda semana de amenorrea se presentaron náuseas y vómitos alimenticios y biliosos, que se acentuaban cada día con dolorabilidad marcada en el bajo vientre, que se hacía más pronunciada con el ejercicio y la posición de pie. El día 24 de diciembre los dolores se hicieron más intensos y continuos, presentándose al mismo tiempo pérdidas sanguíneas abundantes por sus genitales externos, que duran hasta el 1° de enero por lo que resolvió internarse en la Maternidad.

*Examen clínico.* Paciente con aspecto general regular, pálida con pulso pequeño y frecuente, hipersensible; con presión máxima de 11 y mínima de 5. El examen del aparato digestivo acusa náuseas y vómitos; los otros aparatos orgánicos no presentan nada de particular. El examen obstétrico da los siguientes datos: mamas bien conformadas; abdomen de forma globulosa, con una tumoración que sobrepasa el ombligo y ocupa el hipogastrio, de forma ovoidea, blanda, en la que no se perciben latidos fetales ni movimientos activos; al tacto combinado con la palpación, cuello de múltipara, cerrado, blando en el centro, fondos de saco ocupados por tumor blando; éste es movable, grande, blando en toda su extensión, se endurece por momentos. presencia de sangre oscura a través de la vulva.

*Diagnóstico.* Por la desproporción entre el tamaño del útero y la edad del embarazo, las hemorragias y la blandura del útero, con ausencia de signos fetales, se hace el diagnóstico de embarazo molar; y frente a las hemorragias abundantes que presentaba la paciente se procede a interrumpir la gestación.

*Tratamiento.* Anestesia regional por infiltración del plexo pélvi perineal con novocaína y adrenalina; dilatación progresiva del cuello con bujías de Hegar, que dan salida a regular cantidad de sangre, luego extracción de parte del huevo con la pinza de falsos gérmenes seguida de inyección intravenosa de pituitrina que favorece la expulsión de la mayor parte de la mola y se termina por curetaje, haciendo uso de la cureta roma, cauterización de la mucosa uterina con cloruro de zinc al 10% y colocación de una mecha de gasa yodoformada embebida en trementina. Operación realizada el 2 de enero de 1939.

Durante el curso de la intervención la paciente hizo gran hemorragia con signos de anemia aguda, que obligaron a atender con cuidado su estado general.

*Post operatorio.* Durante dos días presentó temperatura, que luego remitió a la normal; mejorando sus condiciones generales. A los 15 días, la enferma acusa dolor pungitivo en la fosa iliaca derecha y a la palpación se aprecia una tumoración redondeada, fija, en relación con una anexitis aguda, que se acompaña de pérdidas sanguíneas; se le trata por transfusiones y sulfamidas que consiguen hacer su desaparición rápida (a los 27 días todo había vuelto a la normalidad; pero a los 45 días la paciente presenta escalofríos seguidos de fiebre, que se repiten cada 48 horas, por lo que se pensó en complicación palúdica, que el examen de laboratorio comprobó la presencia de plasmodium vivax, se le trata convenientemente y la paciente, sana ya, abandona el Servicio el día 25 de febrero de 1939.

#### HISTORIA CLINICA Nº 5 EMBARAZO MOLAR

Luzmila A. S., de 19 años de edad, mestiza, soltera, natural de Surco, profesión, labores de casa, procede de Lima; ingresa al Servicio Nº 5 de la Ma-



ternidad el día 16 de agosto de 1941 con hemorragia abundante por sus genitales.

*Antecedentes.* El padre murió en accidente de tránsito; la madre falleció de neumonía; han sido 5 hermanos, de los cuales viven cuatro que son sanos. En su infancia ha sufrido de sarampión y paludismo. Menarquía a los 13 años, tipo 4/28, en regular cantidad y sin dolores; ha tenido un embarazo que llegó a término, con parto espontáneo, niño vivo, y puerperio sin accidentes.

*Enfermedad actual.* Secundípara, fecha de la última regla, el 6 de junio, de un día de duración; tiempo aproximado de la gestación 2 meses. Refiere la paciente que el embarazo ha evolucionado con náuseas, vómitos y cefalalgia intensa y persistente y anorexia muy marcada; y que hacen 4 días que comenzó a perder sangre de color rojo, en pequeña cantidad a través de sus genitales, que le ha ido aumentando en cantidad y con coágulos en los días siguientes, haciéndose más intensa y con vesículas el día de su ingreso al hospital.

*Examen clínico.* Paciente con aspecto general bueno, un poco pálida, con pulso frecuente y regular, de buena tensión, apirética; el examen de sus distintos aparatos no revela nada de particular. El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre globuloso, presencia de tumor mediano, de consistencia ligeramente blanda que ocupa la mayor parte del hipogastrio; sangre oscura y con coágulos a través de los genitales externos, en la que se observan la presencia de vesículas molares; cuello entreabierto, fondos de saco ocupados; útero de forma oveidea, ocupa gran extensión del hipogastrio.

*Diagnóstico.* La presencia de vesículas facilitan el diagnóstico de mola vesicular (diagnóstico a lo Capurron). Como la paciente presenta fuerte hemorragia se procede a terminar el aborto, el día 18 de agosto de 1941.

*Tratamiento.* Anestesia regional del plexo pelvi perineal con solución de novocaína al 2%, y adrenalina, dilatación del cuello con bujías de Hegar, extracción de parte de la mola con la cureta roma, se inyecta pituitrina intravenosa que facilita la expulsión de la mayor parte de la mola, seguida de curetaje, con cauterización del endometrio con cloruro de zinc al 10% y colocación de una mecha de gasa yodoformada con trementina y se termina con una inyección de 1 gr. de ergotina con pituitrina intramuscular.

*Post operatorio.* La paciente tiene un post operatorio sin ningún accidente y es dada de alta sana el día 26 de agosto de 1941.

#### HISTORIA CLINICA N° 6 MOLA PARCIAL

Mercedes P., de 24 años de edad, mestiza, casada, procede de Lima; se ocupa en su casa, ingresa a la Maternidad el día 17 de mayo de 1942, por metrorragias.

*Antecedentes.* Los padres viven y son sanos. Son tres hermanos que gozan de buena salud. Ha sido criada con leche materna, comenzó a caminar a los nueve meses; en su infancia ha sufrido de tos convulsiva y sarampión;

a los 19 años padeció de paludismo que duró un mes. Menarquía a los 15 años, tipo 8/30 con dolor y en poca cantidad, ha tenido un embarazo que llegó a término con parto espontáneo, niño vivo, y puerperio sin accidentes.

*Enfermedad actual.* Secundípara, fecha de su última regla, el 12 de diciembre de 8 días de duración, tiempo aproximado de la gestación 4 meses y medio (4 meses y 19 días). Refiere la paciente que desde el primer mes de embarazo tuvo náuseas, y vómitos que fueron aumentando progresivamente de intensidad, que a los dos meses y medio comenzó a sentir dolores intermitentes a nivel del hipogastrio que se hicieron más acentuados, a las 24 horas de su iniciación principió a perder sangre por sus genitales, era de color achocolatado, líquida, y sin mal olor; a medida que transcurrieron los días, los dolores eran más intensos y la cantidad de sangre aumentaba, siendo roja y con pequeños coágulos, éstos trastornos estaban acompañados de vómitos, en estas condiciones ha permanecido hasta su ingreso a la Maternidad.

*Examen clínico.* Paciente con aspecto general desnutrida, pálida con pulso pequeño, frecuente, de regular tensión, apirótica. El examen de sus diferentes aparatos orgánicos no revela nada particular. El examen obstétrico da los siguientes datos: mamas bien conformadas, péndulas, areola hiperpigmentada; vientre globuloso en su parte inferior, línea bruna manifiesta, presencia de una tumoración ovoidea que ocupa la región del hipogastrio, blanda, que se endurece por momentos y llega hasta cerca del ombligo, es movable en todas direcciones, no se perciben movimientos, ni ruidos del corazón del feto; a través de los órganos genitales externos se constata la salida de sangre roja; al tacto combinado con la palpación se aprecia cuello cilíndrico, blando, fondos de saco laterales ocupados por cuerpo blando renitente; tumor ovoideo, blando con zonas duras, que se contrae, que avanza hasta las inmediaciones del ombligo, movable, no se aprecia peloteo fetal.

*Diagnóstico.* Frente a una mujer con amenorrea de cuatro meses y medio con signos evidentes de embarazo, con útero cuya altura estaba en relación con el tiempo de gestación, pero en el cual se apreciaba una blandura especial, con signos de toxemia gravídica marcados, con metrorragias de dos meses y medio, hicimos el diagnóstico de mola parcial.

*Tratamiento.* Establecido el diagnóstico clínico resolvimos practicar el aborto terapéutico; se colocó primero los tallos de laminaria N<sup>o</sup> 15 para facilitar la dilatación del cuello y a las 24 horas, previa extracción de los tallos, se hizo anestesia del plexo pelvi perineal por infiltración con novocaína y adrenalina, se pasaron los dilatadores de Hegar más gruesos y luego con la pinza de falsos gérmenes se extrajo fragmentos de mola y asomaron los miembros inferiores de un feto, que fué extraído con cuidado, en seguida se inyectaron por vía intravenosa 3 unidades de pituitrina que favorecieron la expulsión del resto de la mola y permitieron la terminación del aborto por pasaje de la cureta roma, cauterización del endometrio con cloruro de zinc y colocación de una mecha de gasa yodoformada con trementina, seguida de inyección intramuscular de 1 gr. de ergotina con pituitrina. La operación se practicó el 18 de mayo de 1942.

Como se ve, la intervención sirvió para ratificar el diagnóstico que hicimos.

*Post operatorio.* La paciente recibió después de la operación, un litro de suero fisiológico, suero hipertónico intravenoso, tonicardiacos; durante varios días recibió dosis preventivas de sulfamidados y hielo al vientre, el post operatorio evolucionó sin accidentes y fué dada de alta en perfectas condiciones el 28 de mayo; a los diez días de operada. Posteriormente la hemos visto, sin haber presentado ningún trastorno.

#### HISTORIA CLINICA N° 7 MOLA VESICULAR

Yolanda F., de 22 años de edad, mestiza, soltera, natural de Guadalupe, se ocupa en su casa, procede de Lima, ingresa al Servicio N° 5 de la Maternidad el 3 de abril de 1944 por vómitos graves.

*Antecedentes.* El padre vive y es sano, la madre murió de parto; han sido siete hermanos, de los cuales tres viven y gozan de buena salud; tres han muerto en la primera infancia y uno a los 18 años de tuberculosis pulmonar. En su niñez ha sufrido de sarampión, tos convulsiva y peste bubónica. Menarquía a los 14 años, tipo 8/30, abundante y sin dolor, de forma regular; a partir de los 18 años el período se hace irregular, hay oligomenorreas y polimenorreas, con náuseas y dolor del epigastrio. Relaciones sexuales a los 19 años.

*Enfermedad actual.* Primípara, fecha de su última regla el 17 de enero de cuatro días de duración, tiempo aproximado del embarazo al rededor de dos meses. Refiere la paciente que su gestación ha evolucionado con estreñimiento pertinaz, sialorrea en el primer mes, luego náuseas y vómitos matutinos de carácter bilioso, que después se hicieron repetidos durante el día, expulsando toda clase de alimentos, con sensación de agotamiento y anorexia absoluta; ardores al terminar la micción, con flujo vaginal blanco amarillento. En el curso del mes de marzo la ingestión de dos purgantes tomados con intervalos de varios días para combatir su estreñimiento agravaron su situación; el peso iba disminuyendo en forma progresiva y de vez en cuando tenía pérdidas sanguíneas discretas, a través de sus genitales externos, como su estado general se comprometía en forma manifiesta decidió ingresar a la Maternidad.

*Examen clínico.* Paciente con aspecto general indiferente, desnutrida, panículo adiposo discreto, de piel seca, con pulso frecuente, regular apirética. En el aparato digestivo acusa trastornos que se manifiestan por vómitos, anorexia, y estreñimiento; los aparatos cardiovascular, respiratorio, y renal, no presentan nada de particular; en el sistema nervioso se descubren zonas de anestesia y de hiperestesia cutánea, con reflejos corneano y faríngeo disminuido. El examen obstétrico da los siguientes datos: mamas bien conformadas, con areola hiperpigmentada; vientre en forma globulosa, línea bruna manifiesta, con una tumoración ovoidea que ocupa el hipogastrio y llega hasta el ombligo, sobrepasándolo un poco, este tumor es blando uniformemente, se contrae, no hay signos activos ni pasivos de feto; al tacto combinado con la palpación, examen

sumamente difícil, por la gran hiperestesia de la vulva, se aprecia el cuello de nulípara blando, fondos de la vagina ocupados por cuerpo blando, renitente, útero aumentado de tamaño llega al ombligo, de blandura particular, no se aprecian signos fetales.

*Diagnóstico* Por la amenorrea, la presencia de útero con caracteres de gravidez, la gran desproporción de su tamaño con la edad del embarazo, la existencia manifiesta de síntomas de intoxicación gravídica con compromiso del estado general, y las pequeñas pérdidas sanguíneas por sus genitales permiten establecer el diagnóstico de mola; durante varios días fué sometida a tratamiento general y tuvimos ocasión de observar el crecimiento rápido que experimentaba el útero, resolviendo interrumpir la gestación.

*Tratamiento.* Previa inyección de una ampolleta de sedol se le colocan dos tallos de laminaria durante 24 horas para hacer la dilatación del cuello del útero, y después bajo anestesia general al éter se procede al vaciamiento del útero, se extrae con la cureta roma una parte de la mola, luego se inyectan por vía intravenosa 3 unidades de pituitrina, que favorecen la expulsión del resto de la mola, se pasa nuevamente la cureta roma y se termina haciendo cauterización de la mucosa uterina con cloruro de zinc y colocando una mecha de gasa yodoformada embebida en trementina e inyección de 1 gr. de ergotina con pituitrina por vía intramuscular. Operación practicada el 1º de abril de 1944.

*Post operatorio.* Terminada la intervención se le pone a la paciente 1 litro de suero fisiológico con adrenalina; 40 cc. de suero glicosado al 33 y ½ % intravenoso, hielo al vientre, aseptil intramuscular, etc., durante tres días hay temperatura que oscila entre 38º2 y 37º6 con buen pulso, desapareciendo ésta, la paciente entre en plena convalecencia y es dada de alta sana el 30 de abril de 1944. Días después de haber salido del Servicio, presenta complicación renal con edemas generalizados, disnea discreta, se le somete a tratamiento apropiado y reposo y se consigue rápida mejoría; la hemos visto varias veces, continuando en buen estado de salud.

#### HISTORIA CLINICA Nº 8 MOLA VESICULAR

Juana del V., de 17 años de edad, raza mestiza, soltera, natural de Lima, de profesión, quehaceres de su casa, procede de Lima, ingresa al Servicio Nº 5 de la Maternidad el día 25 de julio de 1944 por metrorragias.

*Antecedentes.* Los padres viven y son sanos. Han sido dos hermanos que viven y gozan de buena salud. En su infancia ha sufrido de neumonía, en la pubertad sana. Menarquía a los 13 años, tipo 4/30, regular en cantidad y tiempo y con ligeros dolores en el hipogastrio.

*Enfermedad actual.* Primípara, fecha de su última regla el 20 de abril de 4 días de duración; tiempo aproximado de su embarazo alrededor de 2 meses y 21 días. Refiere la paciente que desde los primeros días del mes de mayo comenzó a sentir cefalalgia intensa y persistente acompañada de mareos y náuseas, vómitos a la ingestión de cualquier clase de alimentos; este es-

tado se hace cada vez más intenso, con disminución progresiva de peso, habiendo llegado hasta el momento actual a perder 5 kilos; en esta situación se mantiene hasta el presente. A mediados de mayo tiene pérdidas sanguíneas moderadas por sus genitales que duran dos días y cesan espontáneamente; un mes después, se presenta nuevamente la metrorragia, con los mismos caracteres e idéntico tiempo de duración; dos días antes de su ingreso al Hospital, aparece de nuevo la sangre, en forma intermitente de color rojo vivo, y más abundante que las veces anteriores; a estos trastornos se agrega la presencia de un dolor al nivel de la fosa ilíaca derecha que se intensifica con la marcha.

*Examen clínico.* Mujer con aspecto general desnutrido, piel seca adelgazada, pálida, con pulso frecuente, regular, de baja tensión, apirética; dientes en mal estado de conservación, hiperexitable; los diferentes aparatos orgánicos no presentan nada de particular. El examen obstétrico da los siguientes datos: mamas bien conformadas, de forma cónica, con areola hiperpigmentada; vientre globuloso a nivel del abdomen inferior; línea bruna marcada, presencia de tumefacción de forma ovoidea que ocupa el hipogastrio y avanza hasta cerca del ombligo, el tumor es blando, se contrae por momentos, de aspecto regular, no se aprecian signos fetales, ni a la palpa ni a la auscultación; al tacto combinado con la palpación, se encuentra el cuello del útero de consistencia blanda, cerrado, de forma cónica, fondos de saco laterales ocupados por tumor blando; útero aumentado de tamaño, blando, elástico, movable, no se percibe peloteo fetal; presencia de sangre negrusca a través de los genitales, y en el fondo de saco lateral derecho se percibe un quiste luteínico del tamaño de un huevo de pavo.

*Diagnóstico.* Por la presencia de un útero cuyo tamaño no guarda proporción con la edad del embarazo, la existencia de síntomas graves de intoxicación, las metrorragias discretas, y el crecimiento del útero que se hizo más marcado en los pocos días de observación que tuvimos a la paciente, con sus caracteres particulares de blanduras y en ausencia de signos fetales hicimos el diagnóstico de embarazo molar.

*Tratamiento.* Previa inyección de sedol, se hace anestesia del plexo pelvi perineal e infiltración del cuello con solución de novocaína y adrenalina, se procede en seguida a la dilatación del cuello con bujías de Hegar, luego se pasa la cureta roma para desprender parte de la mola, se inyectan 3 unidades de pituitrina por vía intravenosa que favorece la expulsión de la mayor parte de ésta; y se termina la intervención pasando nuevamente la cureta roma, se cauteriza la mucosa con solución de cloruro de zinc al 10%, se deja una mecha de gasa yodoformada embebida en trementina, y se le inyecta un grano de ergotina con 5 unidades de pituitrina por vía intramuscular. La operación se realizó el 29 de julio de 1944.

*Post operatorio.* La paciente recibe 1 litro de suero fisiológico con adrenalina, por vía subcutánea, 5 cc. de asepsil intramuscular y 40 cc. de suero glucosado al 33 y  $\frac{1}{2}$ %, hielo al vientre, y ocitócicos por vía bucal; durante tres días la temperatura oscila entre 37°6 y 38° con aceleración del pulso y

pérdidas moderadas de sangre; al 4º día la temperatura remite a la normal y entra en estado de convalecencia, recuperando en forma progresiva su salud, permanece en el servicio hasta el día 15 de agosto, en que es dada de alta en perfectas condiciones.

#### HISTORIA CLINICA Nº 9 MOLA VESICULAR

M. N. de 28 años, mestiza soltera, natural de Ica, procede de Lima, ingresa al Servicio Nº 5 de la Maternidad el día 22 de octubre de 1944, con metrorragias.

*Antecedentes.* Los padres viven y son sanos, han sido 9 hermanos, de los que viven cinco y gozan de buena salud, cuatro han muerto, ignora la causa, ha sufrido de sarampión y paludismo en su niñez; sarna á la edad adulta y gripe repetidas veces. Menarquía a los 14 años, tipo 5/28, en regular cantidad, dismenorreica. Primeras relaciones sexuales a los 16 años. Ha tenido seis embarazos que llegaron a término con partos normales, 5 niños viven, y son sanos, uno muerto a los 10 meses de bronconeumonía.

*Estado actual.* Múltipara, fecha de su última regla el 27 de junio de cinco días de duración, tiempo aproximado de la gestación alrededor de tres meses y medio. Refiere la paciente que desde el primer mes tuvo náuseas y vómitos frecuentes, siendo los de la mañana biliosos, estos persisten hasta su ingreso al Hospital aunque son menos intensos. El 18 de octubre pierde por primera vez sangre a través de sus genitales, es de color rojo oscuro, en pequeña cantidad; en la noche del mismo día, volvió a repetirse la hemorragia en mayor cantidad y sin dolor y desde ese día continúa en forma persistente, la que la obliga a internarse en la Maternidad el 22 de octubre.

*Examen clínico.* Estado general bueno, apirética, con pulso regular, de buena tensión, 72 al minuto; presión Mx. 13 y Mn. 7. El aparato respiratorio no presenta nada de anormal. En el aparato digestivo se encuentra los dientes en mal estado de conservación.

El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre globuloso, línea bruna manifiesta, presencia de tumoración redondeada que ocupa el hipogastrio, la región umbilical y las fosas ilíacas; de contornos bien limitados, blando, se contrae por ratos; por arriba llega a la altura del ombligo. No hay signos activos ni pasivos de feto. Al tacto vaginal se encuentra cuello blando de múltipara; fondos de saco ocupados por cuerpo blando; al tacto combinado con la palpación se aprecia el útero de forma globulosa, blando, movable, aumentado de volumen, no hay signos pasivos de feto. Presencia de sangre negrusca a través de los genitales externos.

*Diagnóstico.* Por los signos marcados de toxemia, la desproporción del tamaño del útero con la edad probable del embarazo, las metrorragias y la ausencia de signos fetales, pensamos en la existencia de embarazo molar.

*Tratamiento.* Con el diagnóstico formulado, procedemos a practicar el aborto terapéutico el día 27 de octubre, siguiendo la técnica establecida, se vació el útero comprobándose el diagnóstico.

*Post operatorio.* Evolucionó con ligeras alzas de temperatura, hasta el sexto día que la temperatura desciende en forma definitiva y la paciente es dada de alta sana el día 5 de noviembre de 1944.

Hemos tenido noticias de ésta enferma después de su salida del Hospital, que demuestran que continúa en buen estado de salud.

#### HISTORIA CLINICA Nº 10 MOLA VESICULAR

O. C. de 22 años de edad, mestiza, soltera, natural de Lima, ingresa al Servicio Nº 5 de la Maternidad el día 18 de febrero de 1946 por metrorragias.

*Antecedentes.* Padres muertos de T.B.C. pulmonar, han sido cinco hermanos que viven y gozan de buena salud, en su infancia ha sufrido de sarampión, tos convulsiva, viruela, paludismo en su adolescencia. Menarquía a los 12 años, tipo 4/30, regular en tiempo y cantidad. Ha tenido dos embarazos que llegaron a término, con partos fisiológicos y niños vivos y sanos. Un embarazo ectópico que fué operado (el penúltimo).

*Estado actual.* Múltipara, cuarto embarazo, fecha de su última regla el 4 de noviembre de 1945 de 4 días de duración, tiempo aproximado de gestación, alrededor de tres meses. Refiere la paciente que su embarazo ha evolucionado con náuseas y vómitos discretos. El 31 de diciembre se le presentó por primera vez hemorragia por sus genitales, con sangre de color oscuro, se repitió con mayor intensidad los días 15 y 24 de enero, continuando esta pérdida hasta su ingreso al Hospital. El 28 de enero le principiaron escalofríos, fiebre, cefalea, zumbidos de oídos, sequedad de la boca; vómitos alimenticios, sed intensa, anorexia, edema de los miembros inferiores; estos trastornos la obligan a internarse en la Maternidad el día 18 de febrero de 1946.

*Examen clínico.* Aspecto general comprometido, piel y mucosas pálidas, pulso frecuente 96 al minuto, pequeño, regular, presión Mx. 14, Mn. 8; se observa danza de las arterias del cuello, venas yugulares infartadas; cianosis de los labios. En los diferentes aparatos orgánicos no se descubre nada particular.

El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre globuloso, presencia de una tumoración mediana que ocupa el hipogastrio, la región umbilical y parte de las fosas iliacas. A la palpación se aprecia útero blando, globuloso, llega hasta el ombligo; no se perciben movimientos activos ni pasivos de feto. Al tacto cuello blando en forma exagerada, fondos de saco ocupados por cuerpo blando, renitente, no hay peloteo fetal. Se aprecian en las partes laterales del útero la presencia de quistes luteínicos.

*Diagnóstico.* Por la desproporción entre el volumen del útero y la edad probable del embarazo, los signos manifiestos de grávidotoxemia y las metrorragias, con un estado general seriamente comprometido, con signos de anemia aguda, se establece el diagnóstico de embarazo molar.

*Tratamiento.* Frente al estado grave de la paciente resolvimos hacer el vaciamiento del útero, siguiendo la técnica que practicamos, se extrae gran

cantidad de vesículas que comprueban el diagnóstico. La operación se realiza el 21 de febrero.

*Post operatorio.* Evoluciona en forma accidentada, los primeros días con elevación de temperatura, con pulso frecuente, dolor en la región hipogástrica; debido a la anemia que sufría, la recuperación de su salud fué lenta, con el uso de preparados de hígado se consiguió que los síntomas de su anemia desaparecieran; la involución del útero así como la de los quistes luteínicos se hizo en forma manifiesta; la paciente en plena mejoría fué dada de alta el 7 de marzo de 1946.

No hemos tenido después noticias de esta enferma.

#### HISTORIA CLINICA Nº 11 MOLA VESICULAR

S. L., de 22 años, casada, natural de Pampas, procede de Lima, ingresa al Servicio Nº 5 de la Maternidad el día 11 de abril de 1949, con metrorragias.

*Antecedentes.* Padres vivos y sanos, han sido 8 hermanos que gozan de buena salud; en la infancia ha sufrido de sarampión, viruela, tos convulsiva. Menarquía a los 13 años, tipo 3/30, regular en cantidad y tiempo.

*Estado actual.* Primípara, no recuerda con exactitud la fecha de su última regla, tiempo aproximado de su gestación 6 meses; desde el primer mes ha tenido náuseas y vómitos en las mañanas que han sido muy intensos. A partir del tercer mes presentó pequeñas pérdidas sanguíneas a través de sus genitales externos, con sangre de color oscuro, que desaparecía en forma espontánea, para repetirse después de algunos días de reposo. Dos días antes de ingresar al Servicio aparece dolor en el hipogastrio, es intermitente, acompañado de pérdidas sanguíneas, que se hace cada vez más intenso, lo que la obliga a hospitalizarse.

*Examen clínico.* Aspecto general, pálida, un poco desnutrida, con pulso frecuente, débil, regular; apirética. El examen de sus diferentes aparatos no revela nada particular.

El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre de forma globulosa, presencia de tumoración redondeada que ocupa las regiones hipogástrica, umbilical y parte de las fosas iliacas. La tumoración es mediana dura, con contracciones por momentos que hace desaparecer la dureza para presentarse como cuerpo elástico; éstos caracteres pertenecen al útero grávido; su fondo se encuentra a dos traveses de dedo por encima del ombligo, lo que hace pensar en una gestación de 6 meses. A la palpación no se encuentran signos activos ni pasivos de feto.

Al tacto se constata la presencia de sangre de color oscuro que fluye por el orificio inferior de la vagina; el cuello ha desaparecido, y por el orificio cervical permeable, se aprecia la presencia de un cuerpo blando, sangrante; los fondos de saco vaginales ocupados por cuerpo blando renitente.

*Diagnóstico.* Fundándonos, sobre todo, en los datos del examen clínico, hicimos el diagnóstico de probable mola vesicular, y decidimos proceder al tratamiento que seguimos, en estos casos hacemos aborto terapéutico.



*Tratamiento.* Siguiendo la técnica que usamos, se consigue vaciar el útero, extrayendo gran masa de vesículas, que comprueba nuestra presunción diagnóstica. Operación realizada el 11 de abril de 1949.

*Post operatorio.* Este evoluciona en forma favorable durante los 13 primeros días, pero después se inicia proceso febril de cuatro días de duración, con aceleración del pulso, dolor localizado en la parte baja del hipogastrio, que nos hace pensar en el desarrollo de una endometritis; el tratamiento con antibióticos y sulfas hace desaparecer esta complicación y la paciente es dada de alta sana el día 3 de mayo de 1949.

Los datos que hemos tenido de esta paciente después de su salida de la Maternidad, nos indican que ha continuado en buen estado de salud.

#### HISTORIA CLINICA Nº 12 MOLA VESICULAR

E. V., de 21 años de edad, natural de Huancayo, soltera, procede de Lima, ingresa a la Maternidad, Servicio Nº 5 el día 3 de junio de 1949 con metrorragias.

*Antecedentes.* Padres vivos y sanos. Han sido 4 hermanos que viven y gozan de buena salud. En su infancia ha sufrido de sarampión, tos convulsiva, gripe varias veces, parasitosis intestinal. Menarquía a los 15 años, tipo 4/30, regular en su duración y en el tiempo de presentación.

*Estado actual.* Primípara, fecha de su última regla el 16 de febrero de 4 días de duración, tiempo aproximado del embarazo alrededor de tres meses. Desde los primeros meses de su gestación ha tenido náuseas, vómitos, somnolencia. En el mes de abril los días 18 y 19 presentó por primera vez pérdidas sanguíneas, de color achocolatado, en regular cantidad y sin dolor, luego después de pequeños reposos, estas pérdidas sanguíneas a través de los genitales, se han repetido en forma casi continua, aumentando a veces en cantidad y de vez en cuando con dolores a nivel del hipogastrio, lo que le han obligado a hospitalizarse; junto con la sangre refiere la paciente la presencia de una tumoración en la parte baja del vientre que ha ido creciendo en forma tal que le ha llamado la atención.

*Examen clínico.* Aspecto general, desnutrida, adelgazada, pálida, tonos cardíacos intensos, pulso frecuente, pequeño, débil, apirética.

El examen obstétrico da los siguientes datos: abdomen de forma regular, se aprecia la presencia de una tumoración ovoidea que ocupa la región hipogástrica y umbilical, con una altura de 21 cm. por 14 de ancho, de superficie regular, de consistencia elástica, que se endurece por momentos; no se aprecian signos activos ni pasivos de feto.

Sangre negruzca a través de los genitales externos; cuello del útero excesivamente blando en toda su extensión; fondos de saco vaginales ocupados por cuerpo de consistencia dura; al tacto combinado con la palpación, se aprecia la presencia de un cuerpo de forma redondeada que llega por encima del ombligo de consistencia dura, que alterna con zonas blanduzcas, y que se contrae intermitentemente; no hay signos pasivos de feto; además se constata

en la parte alta y lateral de esta tumoración que tiene los caracteres de útero grávido, la presencia de quistes ováricos (luteínicos).

*Diagnóstico.* Por el aumento exagerado del tamaño del útero que no tiene relación con la edad del embarazo; la blandura exagerada del cuello, y las pérdidas repetidas de sangre, y luego la existencia de signos negativos de presencia de feto, nos hace pensar que estamos frente a un probable caso de mola.

El examen biológico comprueba nuestras sospechas; la reacción de Galli Mainini del 11 de junio de 1949 hecha por el Dr. Tobías Zorrilla, dice: resultado: 1'300,000 unidades internacionales de gonadotrofinas coriónicas por litro de orina.

Comprobado el diagnóstico se procedió a practicar el aborto terapéutico, siguiendo la técnica que usamos. El vaciamiento del útero estuvo acompañado de la extracción de voluminosa masa de vesículas; la operación se realizó el día 14 de junio de 1949.

*Post operatorio.* Evolucionó sin accidentes y la paciente es dada de alta sana el día 22 de junio. La reacción de Galli Mainini repetida varias veces dió los siguientes resultados: Junio 21, 80,000 unidades internacionales por litro; julio 1º, 5,000 unidades Internacionales; julio 9, 70 unidades Internacionales.

#### HISTORIA CLÍNICA Nº 13 MOLA VESICULAR

R. de la P., de 41 años de edad, natural de Huancayo, procedente de Vitarte, ingresa a la Maternidad el 29 de mayo de 1950 con pérdidas sanguíneas.

*Antecedentes.* Padres muertos, ignora la causa, han sido 4 hermanos que gozan de buena salud; en la infancia ha sufrido de sarampión, viruela, coqueluche, gripe varias veces. Menarquía a los 13 años, tipo 3/28, regular en tiempo y cantidad. Ha tenido 4 embarazos que llegaron a término con partos esponiáneos sin accidentes.

*Estado actual.* Múltipara, fecha de su última regla, el día 18 de febrero de 1950, tiempo aproximado de la gestación tres meses.

El embarazo ha evolucionado desde las primeras, semanas, con náuseas, vómitos, sialorrea intensa, edema de los miembros inferiores; sensación de agotamiento; en el curso del mes de mayo aparecieron pérdidas sanguíneas por sus genitales, con sangre oscura en regular cantidad, con períodos de reposo, haciéndose más intensa en los últimos días las que la obligaron a internarse en la Maternidad para su curación.

*Examen clínico.* Paciente con aspecto general alterado, palidez de la piel y mucosa, pulso frecuente, desnutrida.

El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre un poco globuloso, presencia de tumoración blanda, contráctil, de forma globulosa, que ocupa el hipogastrio y llega hasta la región umbilical; no hay signos activos ni pasivos de feto; a través de los genitales externos sangre oscura, con pequeños

coágulos, y algunas vesículas; cuello blando entreabierto, fondos de saco ocupados por el útero; el tacto combinado con la palpación demuestra la blandura marcada del útero, con contracciones por momentos.

Con la desproporción entre el tamaño del útero y la edad del embarazo, los signos marcados de toxemia gravídica; y la presencia de vesículas, se hace el diagnóstico de mola vesicular; y como el estado de la paciente estaba comprometido se resolvió terminar la gestación haciendo curetaje.

Con la anestesia regional y siguiendo la técnica que practicamos se hizo la evacuación del útero sin accidentes.

En el post operatorio se presentaron dolores en el hipogastrio, irradiados a la región lumbar que duraron tres o cuatro días, luego todo entró en orden y la paciente fué dada de alta sana el 4 de junio de 1950.

Los datos que hemos tenido después de esta paciente, nos indican que no ha presentado ninguna complicación.

#### HISTORIA CLÍNICA Nº 14 MOLA VESICULAR

F. M., de 36 años de edad, soltera, natural de Canchipileas, procede de Huaral, ingresa al Servicio Nº 5 de la Maternidad el día 25 de enero de 1952, por metrorragias.

*Antecedentes.* Los padres murieron de neumonía; han sido 4 hermanos que son sanos; en su infancia ha sufrido de sarampión, viruela, tos convulsiva, en su niñez de paludismo, gripe; a la edad de 30 años le comenzaron crisis convulsivas con pérdidas de conocimiento, que se han repetido varias veces, siendo la última en el mes de setiembre de 1951.

Menarquía a los 17 años, tipo 4/30, irregulares en cantidad y en tiempo de presentación, se pasaba dos meses sin período. Después del matrimonio y los hijos, las reglas se han normalizado. Ha tenido 7 hijos; en seis el embarazo llegó a término con partos normales y niños vivos y sanos; uno fué prematuro; de los siete hijos, dos han muerto.

*Estado actual.* Múltipara, fecha de su última regla el 20 de setiembre de 4 días de duración, tiempo aproximado del embarazo alrededor de cuatro meses. Refiere la paciente que desde el primer mes ha tenido náuseas y vómitos marcados; que el día 8 de enero después de una caminata de cuatro horas comenzó a perder sangre por sus genitales externos, era de color oscuro, sin coágulos, ni dolor; al día siguiente, de regreso de su viaje, le vuelve la sangre en mayor cantidad; después de un período de reposo de siete días, se le presenta otra vez la pérdida de sangre, cada vez más abundante, así continúa por espacio de varios días hasta el 21 de enero que cree tener movimientos abdominales y sensación de pesantez en la pelvis, acompañada de fuerte hemorragia con coágulos, descomposición del cuerpo, escalofríos, decaimiento general; este estado sigue por tres días más lo que la obliga a venir a Lima, internándose en la Maternidad el día 25 de enero de 1952.

*Examen clínico.* Paciente con aspecto general bueno, pulso frecuente, regular, apirética. El examen de sus diferentes aparatos no revela nada par-

ticular. El examen obstétrico da los siguientes datos: vientre globuloso, presencia de una tumoración que ocupa el hipogastrio, la región umbilical y parte de las fosas iliacas; tumor mediano, blando, movable, de forma cónica, que se contrae por momentos; ausencia de movimientos activos y pasivos de feto. El tumor llega por encima del ombligo, corresponde a embarazo de 5 meses; al tacto cuello blando, fondos de saco vaginales ocupados por cuerpo blando, no hay peloteo fetal. Esta tumoración crece en forma rápida.

*Diagnóstico.* Por el aumento exagerado del tamaño del útero, que no guarda relación con la edad probable del embarazo, las metrorragias a repetición y la ausencia de signos fetales, se hace el diagnóstico de embarazo molar.

La reacción de Galli Mainini practicada el 31 de enero da resultados positivos y el dosaje de gonadotrofinas coriónicas en la sangre hay 780,000 U.I./1,000 en el suero. La excreción elevada de G.G. casi siete veces mayor que en el embarazo normal, sólo correspondería a un embarazo molar o a un corioepiteloma. Comprobado el diagnóstico procedimos a practicar el tratamiento.

Siguiendo la técnica conocida logramos vaciar el útero, extrayendo gran cantidad de vesículas, que afirmé el diagnóstico, y terminamos por pasar la cureta roma. La operación fué realizada el día 3 de febrero de 1952.

El post operatorio evoluciona sin accidentes; una nueva investigación de gonadotrofinas coriónicas practicada el 15 de febrero no se encuentra en cantidad dosable. En estas condiciones es dada de alta sana el día 15 de febrero de 1952.

En todos los casos de mola que señalamos, se han hecho los exámenes de laboratorio que son de práctica corriente; análisis completos de orina, hemoglobina, dosaje de úrea, índice de coagulabilidad, reacción de wassermann, etc., sus resultados no los consignamos para no hacer más extensas las historias; en algunos se ha podido también hacer el diagnóstico biológico por el dosaje cuantitativo de gonadotrofinas coriónicas.

#### COMENTARIOS

Los catorce casos de mola que hemos presentado merecen que hagamos algunos comentarios: en todos, el diagnóstico ha sido hecho clínicamente después de exámenes repetidos y de observación cuidadosa de las pacientes; en algunos hemos podido hacer el diagnóstico biológico por la reacción de Galli Mainini, que nos ha prestado un gran auxilio; en cinco de las enfermas han predominado los síntomas de grávido toxemia produciendo cuadros clínicos serios; (Historias Nos. 1, 4, 6, 7, 8), las nueve restantes corresponden a la forma hemorrágica (Historias Nos. 2, 3, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14), en las que la disminución de los glóbulos rojos así como la baja de hemoglobina han sido manifiestas, y los síntomas de anemia aguda bien marcados. Diez pacientes han sido múltiparas, y cuatro primíparas. Todas las enfermas han sido tratadas siguiendo la misma técnica, con resultados favorables, con excepción de una que falleció por anemia aguda; no hemos tenido que lamentar el desarro-

llo del corio-epitelioma maligno en ninguna de las operadas a las que se les ha seguido observando durante largo tiempo; tampoco se han presentado accidentes debido al uso intravenoso de la pituitrina.

En conclusión creemos que el tratamiento de la mola después de hecho el diagnóstico debe ser activo; el aborto terapéutico se impone; siguiendo la técnica que empleamos los resultados son satisfactorios; el curetaje asociado a la pituitrina, no tiene ningún inconveniente, ni expone a la paciente a peligro inmediato alguno; recomendamos el manejo prudente de la cureta para evitar accidentes de perforación, y si estos se produjeran, ya sea por acción instrumental o por que las paredes del útero estaban alteradas por la penetración de elementos celulares procedentes de la mola, el partero que debe ser cirujano resolverá la conducta que debe seguir con arreglo a su propia conciencia y tratando de salvar la vida de la paciente.

#### SUMMARY

1. A detailed clinically study of 14 of Hydatidiform Mole has been reported.
2. The diagnosis was made clinically and by Galli Mainini test.
3. Toxemias of pregnancy was predominant in five cases, with a serious and poor condition of the patients. In the other nine cases the hemorrhage was profuse and acute anemia has been established. One of them died by this condition.

Ten were multiparas, the other four were primiparas.

4. As soon as the diagnosis is made the uterus must be emptied. In most instances this can be accomplished easily by dilatation with Hegar dilators followed by curettage. Curets and placenta forceps should be used with the utmost caution because of the danger of perforating the uterus.

In any case the curettage should be associated with pituitary extract and ergonovine.

5. The patients was kept under close observation by a long time —no less of two years— and no any one developed chorionepithelioma.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Dr. W. Stoeckel: Tratado de Obstetricia, págs. 619, 624.
2. E. Bumm: Tratado completo de Obstetricia, págs. 415, 423.
3. Manuel Luis Pérez: Tratado de Obstetricia, págs. 355, 360, tomo II.
4. Williams: Obstetricia, págs. 211, 220, tomo II.
5. L. Devraigne: Cliniques Obstetricales, págs. 74, 88.
6. Dr. Juan C. Ahumada: Tratado elemental de Ginecología, págs. 145, 154, tomo II.
7. Dr. Berkeley y Bonney: Tratado de Obstetricia de Urgencia, págs. 237, 240.
8. Profes. Fehling y Zangemeiste: Obstetricia, págs. 45, 48.
9. De Lec.: Principles and practice of Obstetric, págs. 525, 532.
10. Ch. Maygrier - A. Schwaab: Précis de Obstetrique, págs. 525, 533.
11. Jaime Moragues Bernat: Clínica Obstétrica, págs. 471, 480.
12. A. Döderlein: Tratado de Obstetricia. T. II, págs. 7, 16.