

ESTUDIO MONOGRAFICO Y NACIONAL DEL EMBARAZO GEMELAR

POR JORGE ASCENZO CABELLO

INTRODUCCION

El término de gemelaridad encierra numerosos e importantes aspectos que constantemente ocupan la atención de los investigadores; y no sólo incumben a la obstetricia y otras ramas de la medicina, como la pediatría, medicina forense, etc., sino que por su vastedad, incursiones dentro del campo de la jurisprudencia y criminalidad, y son motivo de la constante preocupación de la biología.

Los avances obtenidos dentro de su estudio han servido, en forma capital y decisiva, al esclarecimiento de problemas de la herencia que se mantenían oscuros y parecían insondables. La psicología se benefició enormemente con sus hallazgos; se abrieron caminos nuevos para la embriología; se enriquecieron con ella la fisiología, la patología y la pedagogía; sería en fin, difícil calcular los alcances interpretativos que sugiere su esencia.

Tal variedad de posibilidades y riqueza de características nos dispensa y releva de abordar su estudio en forma integral, que abarque todos sus puntos de vista, y justifica suficientemente que nos limitemos a su enfoque obstétrico, que por lo demás nos ofrece inagotables fuentes de efectiva investigación.

Así circunscritos y parcialmente orientados, descubrimos de inmediato hechos relievantes dentro de los que aparecen en primera línea, los que se desprenden de su aspecto médico-social, cuyo mayor exponente es la gran morbilidad y elevada mortalidad de los productos. Igualmente son ostensibles los hechos relativos a la fragilidad materna, condicionada por este tipo de embarazo, que da margen a que la intervención del clínico se cristalice en una especial atención, que deberá siempre otorgarse a este tipo de pacientes.

Estos y otros matices del problema, fueron motivo de especial atención que nos atrajeron e interesaron en su estudio, y

quizá si además contribuyó a nuestra decisión de llevarla a cabo, la falta de monografías y, en lo que a nuestro medio atañe, la ausencia de publicaciones al respecto, afirmaciones éstas a que llegamos después de una minuciosa revisión de la literatura pertinente.

Esperamos, pues, haber logrado, al terminar este trabajo, un aporte a la nosografía obstétrica, que constituye el resultado de la revisión bibliográfica recogida de diez años de la literatura mundial —a que pudimos tener acceso— y que representaría la actualización del tema. Asimismo, hemos estudiado el embarazo gemelar en nuestro medio y llegado a establecer conclusiones y estadísticas propias, basadas en el conocimiento y evaluación de todos los datos clínicos útiles y aprovechables que han reportado las historias clínicas de 435 partos dobles ocurridos en la revisión de 35.505 partos y el estudio clínico de 870 gemelos habidos en la Maternidad de Bellavista, durante ocho años (Primero de Enero de 1939 al 31 de Diciembre de 1946, inclusive), de la Clínica Franco durante seis años (1941-1946) y Maternidad de Lima, durante veinte meses (Primero de Mayo de 1945 al 31 de Diciembre de 1946).

Esta contribución llenaría, a nuestro modo de ver, dos necesidades: una especulativa, en cuanto a la parte monográfica se refiere, y otra práctica, en cuanto a las conclusiones sobre datos nacionales, no establecidos hasta ahora.

Antes de terminar estas líneas, debo expresar mi agradecimiento al Dr. A. Landauro V., que me sugirió el tema; a él y al Dr. Rodrigo Franco G., que me proporcionaron parte de la casuística que ilustra este trabajo; al Dr. Ernesto Bancalari R. por haber sido el alma de esta introducción y de las conclusiones; al Sr. Juan Alberto de Mendoza, colaborador activo que contribuyó, con su desinteresado aporte, a la construcción de muchas partes de este estudio; igualmente a la Srta. Maggie Summers P. gracias a cuya ayuda llegó a mi alcance la bibliografía necesarias.

La antigüedad de la gestación gemelar se confunde con la de la raza humana. Numerosas leyendas y mitos se han construido a su alrededor; siempre han despertado la curiosidad y entusiasmo de los que los rodean, tanta mayor cuanto más primitivo es el pueblo a que pertenecen.

El Dr. H. von BRACKEN hace un estudio meticoloso al respecto, e insiste en la singular importancia que representa para los pueblos primitivos la ocurrencia de un parto gemelar. Tanto los niños como sus padres son objetos de las más originales actitudes de parte de las tribus a que pertenecen, así: mientras en unas se considera el parto gemelar como un acontecimiento feliz, de júbilo general, y se les rinde tanto a los gemelos como a sus padres toda clase de honores y tributos, en otras son considerados como un castigo impuesto a los padres por sus deslices, sobre todo a la madre.

Parece que en las tribus florecientes, es donde se considera a los gemelos con actitudes y capacidades especiales, e incluso se les brinda el título de hechiceros o curanderos, los Kpelles dicen "Un niño gemelo vale más que cualquier curandero". D. WESTERMANN citado por la Dra. AURELIA E. ALONSO, refiere que los Kpelles de Liberia tienen un batidor de arena que predice el nacimiento de gemelos y existe la costumbre de hacer grandes sacrificios para que nazcan viables. En el antiguo Perú, los gemelos son adorados después de muertos y sus restos son guardados con gran cuidado en urnas especiales.

Por el contrario, las tribus pobres y sin porvenir, los consideran como signos del mal presagio, o anuncios de males inminentes y tratan de tomar todas las medidas concernientes para evitar el parto gemelar, por ejemplo en Ambón, así como en las islas Uliase, se prohíbe a las mujeres gestantes que coman futas que hayan madurado unidas, etc. y si a pesar de ello ocurre sacrifican a uno de los gemelos —basándose en el sexo, la edad o la fortaleza—, a ambos, y a veces también a la madre según los casos, empleando generalmente para tal fin los medios más crueles; sin embargo en otras tribus se contentan (generalmente a solicitud de los padres) con aislarlos, entregarlos a uno de los gemelos a los parientes más cercanos para que se encarguen de su crianza.

Tanto el Dr. H. von BRACKEN como la Dra. AURELIA E. ALONSO, citan el caso de un papua de Nueva Guinea inglesa, que fué acusada de haber pecado contra un Tabú por el solo hecho de que su mujer había dado a luz gemelos.

Un schaman de los indios buck de la Guayana inglesa, afirmaba haber visto él mismo cómo una mujer de su tribu era

poseída por el espíritu maligno Pernowhari, la que posteriormente dió a luz gemelos.

Es interesante la observación que hace el primero de los autores, respecto a las tribus de los ainus y giljakos del Noroeste de Asia, que a pesar de ser pueblos vecinos y colindantes tienen costumbres diametralmente opuestas en relación a su actitud ante un parto gemelar.

En las antiguas civilizaciones, el culto de los gemelos ha sido muy frecuente e incluso las divinidades más importantes se han considerado por su origen como gemelos; así tenemos en la antigua Persia a Jima y Jimeh, en la antigua India a Yama y Yami, en el Irán a Ormuzd y Ahriman, en Egipto a Isis y Osiris, en la antigua religión itálica nacieron como gemelos Júpiter y Juno así como sus prototipos Janus y Jana.

Los gemelos israelitas Jacob y Essaú, son considerados por algunos autores como divinidades antiguas y otros los citan como tipo de gemelos francamente hostiles entre ellos. En cambio en el culto chino del Tao se encuentran como genios de la unidad y de la armonía los gemelos Ho-ho-orl-schon.

Ha sido creencia general en casi todos los pueblos primitivos, que los ascendientes de los gemelos han sido seres sobrenaturales y según la psicología del pueblo o el momento favorable o desfavorable porque atravesaba la vida de la comunidad se les concibió como engendrados por espíritus benignos o malignos.

Con la Dra. AURELIA E. ALONSO, podemos decir que los pueblos primitivos de más baja mentalidad les atribuyen propiedades mágicas, incluyendo sobre la vida, la salud, la fortuna y el tiempo.

En Babilonia antigua, fueron adorados dos gemelos divinos que unidos con el Sibitti, una divinidad septupla del "reino subterráneo de los espíritus", eran tan poderosos que sus voluntades y su magia eran más fuertes que la de los dioses más significados.

Los Zulus (Africa del Sur) y los indios shuseoap, creen que llueve cuando los mellizos arrojan agua al aire con un cesto, cuando se bañan en el río o cuando no se sienten bien (sobre todo los primeros).

Mucho se ha escrito respecto a las disposiciones o facultades médicas que se les atribuye a los gemelos "mujeres ciegas recobran la vista gracias a los hijos de "Buen Tiempo" con ayuda

de una hierba mágica". Los japutos tratan de curar las enfermedades ocultas con los excrementos de los mellizos.

Los indios kwapiult creen que los gemelos son médicos de nacimiento. En Roma los gemelos Castor y Polux fueron considerados como eminentes médicos. Como refieren los citados autores, estas facultades curativas han sido creídas en Europa central hasta no hace mucho tiempo; un niño enfermo era pasado silenciosamente bajo un árbol bifurcado a las 12 horas de la noche de San Juan, y en esta forma la enfermedad dejaba al niño y se pasaba al árbol.

Derekay uno de los gemelos de las fábulas de los indios, busca en los excrementos de los jaguares los huesos de su madre que había sido devorada por dichos animales y los reúne con tanta destreza que casi consigue que su madre retorne a la vida, pero cuando ya lo iba a lograr el otro hermano ansioso se abalanza sobre ella para tomar su pecho destruyendo la obra.

También se ha tomado a los gemelos como introductores de la cultura, así tenemos a Anfión y Zeto como edificadores de Tebas y a Rómulo y Remo como fundadores de Roma. Ahaiyuta y Matsailenga son adorados como héroes de la cultura en Zuñi (Nueva México).

Otras veces se les ha considerado como el origen de un pueblo e incluso del género humano. El primero de los autores citados, refiere que en la tradición del diluvio que circulaba entre los kaschinaua (Brasil occidental), mueren todos los seres humanos, salvo dos gemelos que son criados por un cangrejo y que fueron los fundadores de la extirpe de los kaschinaua. ... restarle poder a la magia, el nacimiento de los gemelos va de-

Conforme va pasando el tiempo y la ciencia comienza a jando de ser un acontecimiento de una importancia singular como en las antiguas civilizaciones y la suerte de éstos así como la de sus padres en general mejora por el criterio científico que trata de dar una explicación racional al mecanismo de su etiología y patogenia; y como refiere la Dra. AURELIA E. ALONSN, desde ARISTOTELES se sabía que el producto de los huevos de gallina con dos yemas originaban dos seres, ETIENE e ISIDORO GEOFFROY SAINT HILAIRE piensan igual. Más tarde se ratifica lo anterior y se les identifica con los gemelos bivitelinos.

DARESTE observó que de un solo óvulo podían desarrollarse dos embriones idénticos. ALFREDO FOURIER, fué el primero en

sugerir la posibilidad de que en los univitelinos la causa residiera en la sífilis.

Posteriormente su estudio cobra interés por esclarecer problemas relacionados con la embriología, fisiología y patología, por lo que se inician estudios experimentales al respecto, así por ejemplo permiten decir a VACCAREZZA y DUTREY: "Nuestra casuística apoya la existencia de una disposición o "resistencia heredada" al desarrollo de la tuberculosis enfermedad, pero niega la intervención de un factor de esa índole en el desarrollo de la tuberculosis infección". En otras palabras "El factor genético, no ejerce influencia apreciable en la adquisición de la infección bacilar; tiene en cambio una acción manifiesta sobre el de desarrollo y evolución de la enfermedad tuberculosa".

Igualmente, su estudio da hoy día luces al problema de la herencia, al del ambiente-herencia, así como a conocimientos filosóficos, pedagógicos y de psicología.

DEFINICION

Se entiende por gestación gemelar, el desarrollo de dos fetos en la cavidad uterina, por haberse concebido dos embriones simultáneamente. JOSEPH B. DE LEE y J. P. GREENHILL, la colocan en el capítulo correspondiente a la patología del embarazo por la frecuencia de trastornos y la crecida mortalidad fetal, así como porque "en la mujer es señaladamente anormal tener más de una criatura a la vez".

CLASES

La clásica división de la gestación gemelar, aceptada universalmente, separa a ésta en dos grupos: los embarazos dobles bivitelinos, biovulares o bicoriales y los embarazos dobles, univitelinos, uniovulares o unicoriales. Estos nombres, que de por sí están citando las características más importantes de cada tipo, tienen su fundamento en un origen biológico; así, los primeros provienen de óvulos diferentes y por tal tienen placenta, corion, amnios y caduca propios, su sexo puede ser igual o no al del hermano y hacemos hincapié en el hecho que pueden estar

contiguos, pero siempre estarán bien separados uno de otro, además la diferencia entre los caracteres físicos y psíquicos, entre ambos, es igual a la que pudiera haber entre dos hermanos productos de partos simples. En cambio, los uniovulares provenientes de un solo óvulo, la placenta si no es única, tiene numerosas anastomosis, existe un corion solamente y puede haber uno o dos amnios, existiendo dos en la inmensa mayoría de los casos, contrariamente al anterior, en ellos hay continuidad y no contigüidad y el sexo en el cien por ciento de los casos es idéntico, por lo demás, los caracteres físicos y aún psíquicos son tan parecidos que la identificación personal requiere una ardua labor.

A nosotros nos ha sido imposible obtener datos sobre esta clasificación en nuestro medio, por no figurar en las historias clínicas que han basado nuestra estadística y ello se ha debido a la gran dificultad que existe para hacer su diferenciación; y si es verdad que en algunas historias figura la clase a que pertenecen los gemelos, estos datos aislados no nos permiten llegar a ninguna conclusión por su reducido número, así como porque no creemos en la clasificación que algunos tocólogos hacen respecto al tipo gemelar con la sola visión macroscópica de las membranas ovulares.

FRECUENCIA

Los datos de distintas estadísticas arrojan un promedio de un embarazo gemelar por cada ochenta a noventa embarazos simples; así, JAIME MORAGUEZ BERNAT cita uno por cada ochenta, valor promedio, según él, de todas las razas y países. GREULICH que hace un estudio de más de ciento veinte millones de partos, refiere que por cada 85,2 embarazos simples hay un gemelar. MANUEL LUIS PEREZ refiere un embarazo doble cada ochentinueve partos simples. FEDERICO C. CHAVANNE y LAZARO PITALUGA sobre 272 casos refieren un gemelar cada 72 únicos. GUZZONI es partidario de la proporción de uno cada 87 partos, dato importante por haber hecho su estadística sobre cincuenta millones de casos. Un trabajo que presenta un número aún más abrumador de casos, es el de S. PASTELLAN quien con ciento sesentinueve millones seiscientos treinta mil cuatrocientos ochenta

titrés partos, deduce un promedio de 1 embarazo gemelar por cada 82 corrientes. DAS, indica en su trabajo estadístico, 1 por cada 79. RUZZONI refiere 1 cada 87. Según GUSTAVO VEIT citado en el tratado del profesor Dr. A. DODERLEIN por F. WEBER, en 13 millones de partos constata un promedio de 1 cada 89. También da ENGELHARD un caso cada 89 en su trabajo estadístico. Aunque con un número muy inferior de casos UBALDO FERNANDEZ llega al mismo porcentaje que el anterior. J. M. MORALES y L. A. GARCETE sobre 5,087 partos encuentran 56 gemelares, es decir 1 cada 90. ZANGEMEISTER da para dicha frecuencia en Alemania 1 por cada 80, en Francia 1 cada 100 y en Rusia 1 cada 50.

Continuando con los resultados en los distintos trabajos estadísticos obtenidos por diversos autores que dan sus cifras en tanto por ciento, tenemos los siguientes datos:

J. M. MORALES y L. A. GARCETE	1,10 %
ENGELHORN y VEIT	1,11 %
V. COSTA	1,12 %
UBALDO FERNANDEZ	1,13 %
GUTTMACHER	1,16 %
G. R. WERNICKE	1,17 %
C. GINI	1,22 %
P. NUBIOLA	1,80 %
E. MIRALDI	1,53 %

Todas estas cifras serían relativas pues parece que no están considerados los abortos —por demás frecuentes en este tipo de embarazo— que si fueran tomados en cuenta, el porcentaje de este tipo de embarazo ascendería; como muy bien lo ha constatado GUTTMACHER, quien añadiendo los abortos en su estadística (1,16%) la frecuencia sube a 2,7%

También es de la mayor importancia hacer un estudio de las estadísticas dadas por los distintos autores sobre la proporción de gemelos uniovulares o univitelinos entre los embarazos gemelares; hemos encontrado una gran desproporción en los datos obtenidos por numerosos autores y ello nos parece que se debe a los distintos métodos seguidos para la distinción entre el tipo gemelar univitelino y bivitelino; efectivamente para algunos autores ha bastado (y lo sostienen con énfasis) que tal di-

ferencia se encuentra al examinar las membranas del producto de la gestación, especialmente el tabique de separación de ambos huevos y si este tabique consta de tres membranas o más afirman con certeza de que se trata de un embarazo bivitelino. En cambio, otros autores niegan valor a este método y afirman que ni el estudio histológico de estas membranas y sobre todo de sus tabiques pueda afirmar tal cosa. Hacen un estudio muy prolijo del recién nacido, que comprende la intervención de distintos especialistas para poder hacer un estudio exhaustivo de la similitud efectiva de ambas criaturas (altura, peso, dimensiones del cráneo, caracteres del cabello, color de los ojos, grupo sanguíneo, reacción al test de la fenilthiourea, comparación de huellas digitales de manos y pies, forma y dimensiones de los omóplatos, etc.)

Por las razones anteriormente citadas, la proporción de embarazos univitelinos en las gestaciones dobles, la vemos fluctuar entre 12% y 33%; los autores dan las cifras siguientes:

AHLFELD	12 %
LAURITZEN	14 %
ENGELHORN y BUMM	15 %
BRUDER	17,05 %
QUENZEL	20,04 %
SOMAGLIA DI STTOPAAZOLA	21,58 %
NUBIOLA	23,23 %
SPAT	24,6 %
APPERT	25 %
WERNICKE	25,48 %
PRINZING	26,3 %
HUST	31,8 %
HAMLETT en blancos	33 %
en negros menos del promedio	29 %

Es de citar la observación hecha por WEIMBERG y reactualizada por GERMÁN ROBERTO WERNICKE, que persigue la obtención aproximada del número de gestaciones de univitelinos y bivitelinos, basándose en datos otorgados por la experiencia, pues se ha constatado que el cien por ciento de los embarazos univitelinos sin ninguna excepción son del mismo sexo y que el cincuenta por ciento de los bivitelinos son de sexo distinto, entonces

el citado autor, multiplica el número de gemelos distinto sexo por dos, con lo que obtiene el número total de embarazos bivitelinos; restando este número de la cifra total de gestaciones gemelares, obtiene el de los univitelinos.

Dijimos anteriormente, que estos datos así obtenidos, daban cifras bastante aproximadas al número real de los dos tipos de embarazo gemelar; esta afirmación, está basada en el estudio comparativo entre esta regla y los hallazgos anatomopatológicos y antropológicos que evidencian el tipo del gemelar, encontrándose que las cifras obtenidas por ambos métodos, se correlacionan en forma bastante aproximada: motivo por el cual, esta regla adquiere valor, sobre todo, en medios en los cuales por diversas circunstancias, no es posible hacer un estudio exhaustivo de la clase del gemelo.

Nosotros, en nuestro trabajo estadístico efectuado en la Maternidad de Bellavista, que comprende a las gestantes ingresadas desde el primero de enero de 1939 hasta el 31 de diciembre de 1946 inclusive, hemos encontrado, que en dicha Maternidad y durante los ocho años citados, se han producido 14,934 partos, de los que 185 han sido gemelares. En la Maternidad de Lima, entre el 1º de mayo de 1945 y el 31 de diciembre de 1946 inclusive, es decir, durante 20 meses, se han producido 19,430 partos, de los que 239 han sido gemelares. En la Clínica Franco, entre el año 1941 y 1946 inclusive, o sea durante 6 meses, han ocurrido 1,141 partos, entre los cuales han habido 11 partos gemelares.

Englobando las cifras obtenidas en ambas maternidades y en dicha clínica, encontramos que se han efectuado en total 33,505 partos, de los que 435 han sido dobles, con un total de 870 gemelos; es decir, que hemos tenido 1 parto gemelar cada 81,62 partos simples en la mujer peruana, que expresado en tanto por ciento, nos arroja 1,22.

Como es fácil apreciar, estas cifras están de acuerdo con las encontradas por numerosos autores citados en páginas anteriores, acercándose sobre todo a las obtenidas por J. MORAGUEZ, ZANGEMEISTER y S. PASTELLANI, quienes refieren un gemelar cada 80, 80 y 82 partos simples respectivamente, y a C. GINI quien da un porcentaje de 1,22.

Aprovechando la observación hecha por WEIMBERG, citada en párrafos anteriores, vamos a tratar de conocer aunque sea en forma aproximada, el número de gestaciones de bivitelinos y

univitelinos en nuestro medio, para lo cual debemos multiplicar el número de gemelos de distinto sexo por dos, que en nuestro caso es 123 por dos, lo que es igual a 246 que viene a ser el número total de embarazos bivitelinos, y sabiendo que tenemos 407 partos gemelares en los que se ha considerado el sexo y en los que ya hemos excluido 12 casos en los que no se ha constatado el sexo en uno o en ambos gemelos y el caso que figura en la estadística de la Maternidad de Lima con el número 161 en el que el segundo es un monstruo sin sexo; entonces restamos 407 menos 246, lo que es igual a 161 que viene a ser el número de embarazos univitelinos. En otras palabras, la proporción de gemelos univitelinos entre los embarazos gemelares en nuestro medio y según la regla de WEIMBERG es de 38,82%.

Comparando la cifra anterior con lo encontrado por todos los autores citados anteriormente, observamos que en nuestro ambiente —si aceptamos como exacta la regla de WEIMBERG— el porcentaje de univitelinos es mayor que el hallado por estadísticas extranjeras.

ETIOLOGÍA

Al entrar en el estudio de los factores etiológicos del embarazo gemelar, tenemos que hacer una distinción entre las dos clases de gemelos. En efecto, la "herencia" que tiene una importancia capital en la etiología del gemelo bivitelino, carece de importancia en el univitelino y hay autores como JODIN que la niegan en absoluto en esta clase de gemelos. Este factor etiológico ha sido estudiado por distintos autores, siendo la mayoría de opinión, que si la intervención del lado materno es indudable, no se puede descartar la vía paterna, así A. G. PERALTA RAMOS, presenta 27 casos de embarazos bivitelinos en los cuales la predisposición, se transmitió 11 veces por línea materna y diez por línea paterna, desconociéndose los casos restantes. G. R. WERNICKE, en un trabajo estadístico bien presentado, hace resaltar este punto y encuentra que la influencia hereditaria por vía materna, ocurre en 66 casos y por vía paterna en 50 casos de los por él presentados.

F. CHAVANNE y L. PITALUGA, citan a F. CURTIS y O. VERSCHUER, quienes admiten dos disposiciones hereditarias: una predisposi-

ción a la polioovulación y una tendencia a la división recesivamente hereditaria, en la cual participa también el padre.

Descartando a los gemelos univitelinos, las probabilidades para que el producto de la gestación sea doble, casi se quintuplica si interviene el factor hereditario; y esto está demostrado, por el hecho de que el matrimonio ocurrido entre gemelares o entre personas que tengan antecedentes familiares de embarazos múltiples, da origen a numerosos partos dobles e incluso múltiples que se acumulan de un modo notable por intensificarse el factor hereditario. F. WEBER, LIMA VERDE y otros autores, citan el caso observado por H. X. BOER de una mujer vienesa, que en 11 partos, tuvo 3 dobles, 6 triples y 2 cuádruples, ella era cuádrigemelar y el esposo gemelar; ALHFELD, pone en tela de duda el dato anterior y habla de cierta exageración a fin de excitar la caridad de Viena a favor de dicha mujer. Igualmente, varios autores pintan el caso de MARÍA AUSTIN, mujer médico que en 33 años de vida matrimonial, tiene 13 partos dobles y 6 triples, las hermanas de dicha doctora, tuvieron 41 y 26 hijos respectivamente.

GOCHLERT, en un estudio basado en 132 casos, concluye afirmando que la tendencia hereditaria, disminuye de generación a generación, según la serie descendente 5 : 3 : 2 : 1.

A nosotros, no nos ha sido posible obtener datos respecto a la tendencia hereditaria en nuestro medio, pues a pesar de haber insistido en la búsqueda de este dato, no figura en casi ninguna historia. Sin embargo, hemos tenido oportunidad de encontrar un caso bastante demostrativo, se trata de una ginecópata que ocupaba la cama N° 20 del Pabellón N° 5 del Hospital Arzobispo Loayza, a quien tuvimos oportunidad de historiar, nos refirió que pertenecía a una "familia de melliceros", que una de sus tías maternas así como su madre habían sido mellizas, que sus tres hermanas habían tenido en repetidas oportunidades gestaciones gemelares, no así sus hermanos; por otro lado, su esposo también era gemelar y que ella había tenido hasta ahora dos gestaciones, las dos dobles.

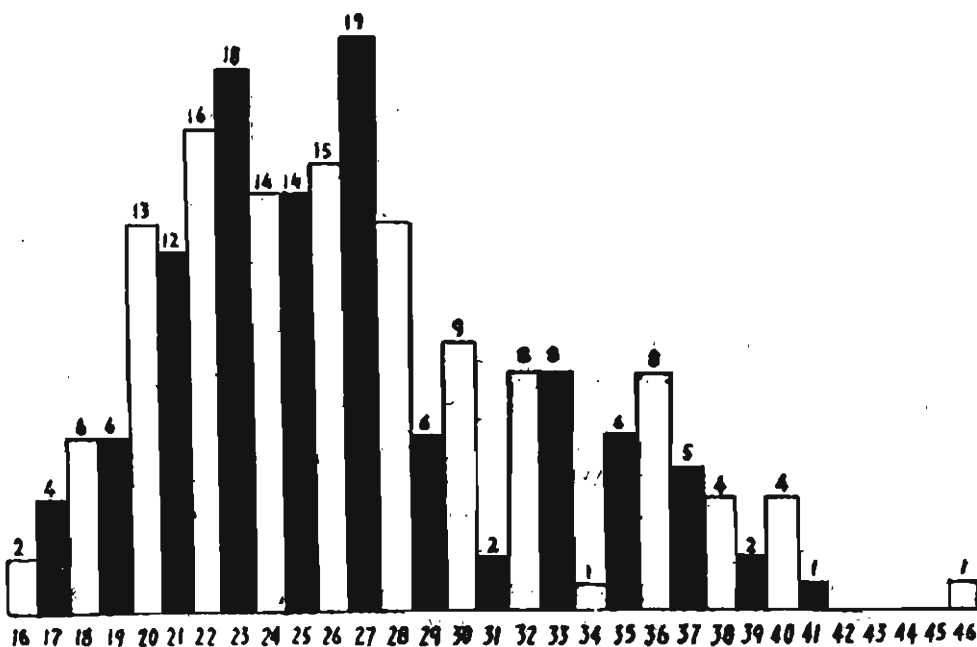
Continuando con el estudio de los factores etiológicos de los embarazos dobles bivitelinos, consideramos en segundo término a la "edad". Numerosos autores, han hecho observaciones personales sobre la edad más proficua de la mujer con relación al embarazo gemelar; al respecto DAHLBERG dice "la frecuencia de los partos gemelares, aumenta aproximadamente de 0,5% siendo

la edad de la madre inferior a 20 años, a 1,5% y 2% a la edad de 35-40 años y decrece rápidamente después”.

Revisando trabajos estadísticos en relación a este punto, hemos encontrado que esta edad fluctúa entre los 25 y 35 años.

En nuestro trabajo, encontramos que la gestante portadora de un producto doble más joven, tenía 16 años. (edad encontrada en dos gestantes de la Maternidad de Lima, que figuran en nuestra estadística, con los números 16 y 171) y la de mayor edad fué de 46 años (en la Maternidad de Lima que figura con el número 95). Y que la edad más profícuca de la mujer peruana portadora de una gestación doble fluctúa entre los 20 y los 28 años.

Basados en 217 casos de gestantes de la Maternidad de Lima, en cuyas historias clínicas figuraba la edad de la madre, hemos construido la gráfica siguiente:



Si dividimos las edades, de cuatro en cuatro años, nos damos con el siguiente cuadro numérico:

De 16 a 19 años	18 gestantes
„ 20 „ 23 „	59 „
„ 24 „ 27 „	62 „
„ 28 „ 31 „	30 „
„ 32 „ 35 „	23 „
„ 36 „ 39 „	19 „
„ 40 „ 43 „	5 „
„ 44 „ 46 „	1 gestante

Como se puede apreciar, este cuadro numérico bastante demostrativo, nos permite llegar a las mismas conclusiones que con la gráfica anterior.

Al observar nuestra gráfica, constatamos que la edad más profícua para la gestación gemelar, corresponde en nuestro medio, a la época de mayor actividad sexual, tal como lo hace ver U. FERNÁNDEZ en la Argentina, ya que encontramos la edad predilecta en la mujer peruana, fluctuando entre los 20 y los 28 años inclusive.

En nuestra gráfica, ponemos el número de gestantes que han dado a luz en los distintos años de su actividad sexual, ello nos permite apreciar una curva rápidamente ascendente que iniciándose a los 16 años llega velozmente a los 20 años, a partir de éstos, hasta los 28 años inclusive, se forma una meseta más o menos irregular, en la cual toma su acmé la profundidad de la gestante gemelar; a partir de los 28 años, se origina un descenso gradual hasta los 41 años, a partir del cual cesan las gestaciones gemelares, salvo un caso aislado de 47 años al que nos hemos referido anteriormente.

Existe una observación interesante, citada en el tratado del Prof. DODERLING por F. WEBER, de GOEHLERT, quien establece una relación entre el sexo de los gemelos y la diferencia de edad de los padres, de tal modo que si la edad de la madre, fuera mucho mayor que la del padre, serían los gemelos del sexo femenino, y en caso contrario masculino; en cambio si la edad de los padres fuera aproximadamente la misma, el sexo de los gemelos, sería diferente.

Con respecto a la "talla", hay opiniones opuestas entre los autores; la mayoría de ellos son partidarios de que a mayor talla habría una incidencia mayor de partos gemelares, a pesar

de la opinión opuesta de HELLIN y CHIARUGGI citados por G. R. WERNICKE.

También es importante la relación que han encontrado distintos autores, entre la multiparidad y la gemelaridad, coincidiendo todos, en referirse a los bivitelinos y descartar a los univitelinos a este respecto y afirman que las mujeres que tienen muchos hijos, son más propensas a tener embarazos, sobre todo cuando la diferencia de edad entre los hijos es muy pequeña.

Una ratificación de lo dicho, lo constatamos en la distinta frecuencia de embarazos dobles que ocurre en los diversos países, según el índice de natalidad, efectivamente, en Islandia y Rusia por ejemplo, es más frecuente la gemelaridad que en Francia, donde es por todos conocida la gran baja del índice de natalidad, ocurrido sobre todo en los últimos tiempos.

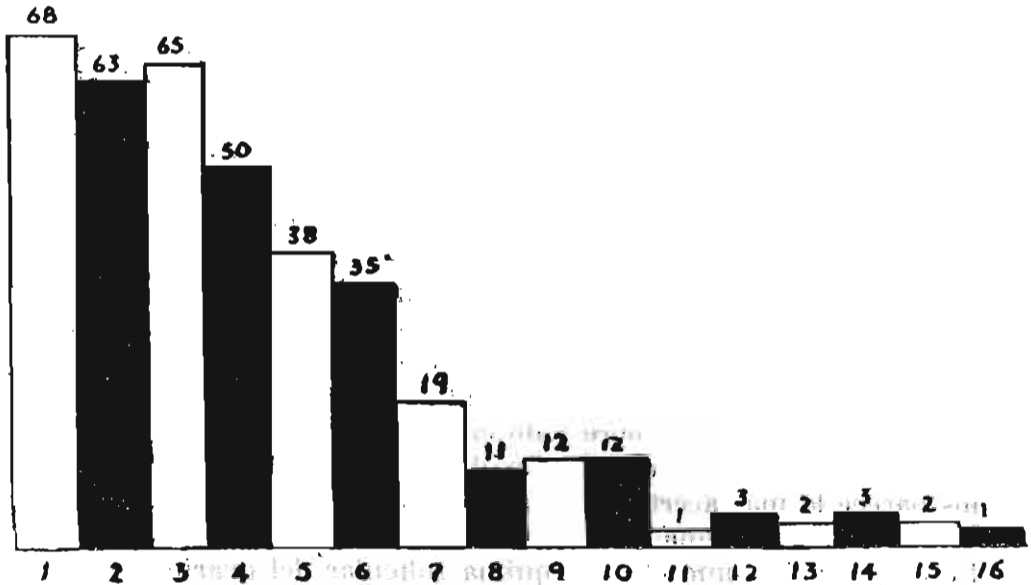
Entre las teorías que tratan de explicar este paralelismo, nos parece la más acertada, la que habla a favor de una alteración en el parénquima folicular del ovario de la mujer adulta, el que quedaría como el parénquima folicular del ovario recién nacida, en la que no se ha producido la regresión del tejido folicular, con reducción progresiva del número de folículos a expensas del tejido conjuntivo; dicha alteración, se traduciría por la ruptura simultánea de dos o más folículos de De Graff al mismo tiempo, con la expulsión sincrónica de óvulos maduros capaces de ser fecundados. Se ha hecho además, la observación, de que esta anomalía, tiene un fondo hereditario.

U. FERNANDEZ, es contrario a esta opinión (está basado en un número reducido de casos) y concluye diciendo, que en los tres primeros embarazos, existe la mayor predisposición para la gestación gemelar, ocupando el primer puesto la primeriza.

Nosotros, haciendo un estudio sobre 384 casos, encontramos las siguientes cifras:

Primíparas	68
Multiparas	316

lo que nos muestra la prioridad de este tipo de gestación en la múltipara; pero hemos citado en forma particular las conclusiones de U. FERNANDEZ, por que, si como hace él, desdoblamos a las múltiparas en segundíparas, tercíparas, cuartíparas, quintíparas, sextíparas, septíparas, etc., podemos elaborar el siguiente cuadro gráfico:



Hemos citado en forma especial las conclusiones de U. FERNANDEZ, porque nuestro estudio al respecto, nos conduce a iguales hallazgos que él; es decir, que en las tres primeras gestaciones de la mujer peruana, es donde existe la mayor predisposición para el embarazo doble, ocupando el primer puesto la primipara; tal como se puede observar en la gráfica superior.

Como podemos ver, una edad y una paridad determinada, influencia en forma precisa sobre la gemelaridad, ello en los bivitelinos, se explicaría según VIRGILIO COSTA, entre otros, porque como es necesaria la biovulación para engendrar gemelos de este tipo, también serían las mujeres en plena actividad sexual, las más capaces de tal poder o vigor de biovulación.

La "consanguinidad de los padres" de los padres, ha sido considerada como otro de los factores etiológicos, propugnada sobre todo por G. R. WERNICKE, pero no tiene tanta trascendencia como los factores anteriormente señalados.

Terminando con el estudio de los factores etiológicos en los embarazos gemelares bivitelinos, debemos citar la "incidencia del gemelo doble en relación a las diversas razas y países". Numerosos autores abordan el problema en forma exhaustiva,

dando cifras y porcentajes hechos en millones de casos e incluso el porcentaje de país por país y en distintas épocas.

Después de hacer un estudio panorámico de todas estas observaciones y datos, llegamos a la conclusión escueta, de que existe un predominio marcado de la raza blanca sobre la negra, y de los países fríos sobre los cálidos.

Nosotros, no hemos considerado este factor, por estar la raza mestiza en mayoría tan abrumadora que carecería el dato de mayor importancia.

Haciendo un análisis sereno de los factores etiológicos que intervienen en el embarazo doble univitelino, encontramos —contrariamente a lo hallado en el bivitelino, donde todos son datos precisos y bien establecidos— que su estudio es superficial, que por más esfuerzos que se hallan desplegado no han llegado a la esencia misma de la verdad” y que los factores que se le atribuyen, además de ser simples suposiciones, son producto de observaciones aisladas, que muchas veces están en contraposición unas con otras. Efectivamente, al factor que más se le da importancia, la “lúes”, no es encontrada en forma constante, otros autores le merman importancia e incluso algunas la niegan en absoluto.

No encontrando un factor etiológico dominante, que satisfaga la opinión de los estudiosos, tratan de atribuir este tipo de embarazo, a un sin número de taras, sobre todo al alcoholismo; citando también como otros factores, a las infecciones generales como la tuberculosis y el paludismo, así como a las intoxicaciones crónicas.

PATOGENIA

Nuevamente, vemos la gran importancia de la división del embarazo doble, en univitelinos y bivitelinos, por ser la patogenia completamente distinta en cada uno. El embarazo doble bivitelino, resulta de la fecundación de dos óvulos por dos espermatozoides, el punto de partida de ambos óvulos, puede estar en un mismo folículo de De Graff, en cuyo caso la inserción uterina de éstos, una vez fecundados, estará muy próxima, este tipo de embarazo, se denomina embarazo monofolicular.

Es factible también, que los óvulos procedan de folículos distintos, en cuyo caso la inserción uterina de los huevos será

alejada o por lo menos ello nos insinúa que estos óvulos proceden de folículos diferentes, a esta clase de gestación se le llama embarazo bifolicular.

Teniendo en cuenta, que estos folículos pueden corresponder a un solo ovario o a ambos, cabe también la denominación de embarazo monoovárico y biovárico.

Observaciones hechas por distintos autores, que han tenido la suerte de constatar in vivo (laparatomía) o a la autopsia, piezas anatómicas de ovario en los momentos preliminares de la gestación, ratifican lo dicho anteriormente; así citan, en los casos por ellos encontrados, la existencia de dos cuerpos amarillos en el mismo ovario, lo que correspondería a la deshicencia de dos folículos de un mismo ovario al mismo tiempo, con la expulsión de dos óvulos que posteriormente madurarían paralelamente y serían fecundados por dos espermatozoides; esta posibilidad, según más de un autor, sería la más frecuente.

El hallazgo de un solo cuerpo amarillo en un ovario en mujeres con gestación doble, nos hablaría a favor de la existencia de dos óvulos en un solo folículo de De Graff, que han sido expulsados al mismo tiempo y que han seguido la evolución de los anteriores; esta última circunstancia, es por demás interesante, ya que nos induce a pensar, —más que en los otros tipos de embarazo gemelar—, que la superfecundación, es hija de la imposición de un carácter regresivo, de una decadencia gregaria, de una especie de atavismo, y este concepto, lo fundamentamos por el hecho de haber descrito varios autores, la concomitancia de multiparidad y polimastia, considerada esta última por PIERRE MARIE entre otros, como una regresión atávica, de una forma ancestral.

La explicación de la formación de dos óvulos en un solo folículo, estaría dada por la falta de maduración del parénquima folicular que se efectúa normalmente por la interpretación de tejido conjuntivo entre los folículos primordiales de la recién nacida, cosa que al no producirse, daría lugar a la formación de aglomeraciones celulares que contendrían dos o más óvulos, estadio que quedaría hasta la edad adulta; por otro lado, también está a favor de esta forma de pensar, la constatación de malformaciones genitales, polimastia, etc. en este tipo de embarazo.

En lo que de patogenia se trata, nos hemos ocupado hasta ahora, de ver el origen de los óvulos que van a constituir la gestación gemelar bivitelina; debemos aquí, referirnos a ciertas peculiaridades que se pueden presentar en relación al momento que estos óvulos son fecundados por los espermatozoides; la nomenclatura que existe al respecto, ha sido tomada en forma caprichosa por cada autor o por grupos de ellos, por lo que tratamos de sintetizarla y disponerla de acuerdo con los conceptos más modernos.

Cabe la posibilidad de la llamada impregnación o superfecundación, o sea cuando los dos óvulos, ya hayan partido de un solo folículo de De Graff, o de dos de ellos, que han estallado al mismo tiempo, han sido fecundados simultáneamente o sucesivamente en coitos distintos, pero siempre que ambos óvulos pertenezcan a la misma ovulación; y de superimpregnación o superfetación, cuando los óvulos tienen como cuna, folículos distintos, que han tenido su deshicencia en ovulaciones diferentes (que no pertenecen al mismo ciclo menstrual) y que pueden ser fecundados en coitos distintos.

El concepto moderno de superimpregnación o superfetación, obliga para usar estos términos, la necesidad de anidación de un huevo fecundado en el útero ocupado previamente por un feto o embrión en vías de desarrollo, por lo menos de un mes, ya que estos dos términos, presuponen toda fecundación ulterior durante un embarazo. La superfecundación, es la fecundación durante el primer período de ovulación o menstruación de un embarazo y la superfetación, si se trata de una menstruación más tardía.

Desde antiguo, se han constatado observaciones en animales que incluso se han provocado experimentos, que hablan a favor de la posibilidad de la superfecundación o impregnación. Así una yegua que ha sido cubierta por un caballo y un asno casi simultáneamente, a dado a luz a un tiempo, una mula y un caballo; éste y otros ejemplos más o menos convincentes, han sido refutados por otros investigadores, quienes ponen en tela de duda, la posibilidad de esa ocurrencia en la hembra humana.

La superfetación, que fué aceptada de primera intención desde muy antiguo, ha sido últimamente reciamente combatida por investigadores de la altura de A. G. PERALTA RAMOS, quien

con otros eminentes investigadores ingleses y alemanes, niegan los argumentos erigidos por franceses y americanos a favor de esta hipótesis. En efecto, para que la superfetación sea posible, se requieren dos condiciones indispensables: primera, el pasaje de un espermatozoide a través de un útero previamente ocupado por un embrión en vías de desarrollo, de por lo menos un mes; segunda, la ovulación durante la gestación. Ahora bien, si la primera condición es perfectamente posible, ya que se sabe que la caduca vera, sólo se suelta con la refleja a partir del tercer mes, desapareciendo sólo desde entonces la cavidad uterina, que cerraría la entrada a un nuevo espermatozoide; la segunda condición, es negada por todos los adelantos ocurridos en materia de endocrinología y de inter-relaciones glandulares.

Por ser las conclusiones anteriormente citadas, a pesar de su fortaleza, puramente teóricas, vamos a citar un caso práctico que ratifica lo anterior: se ha observado mujeres con úteros dobles, en los cuales ha habido gestación en uno de ellos y a pesar de las óptimas condiciones de anidación que ha provocado el cuerpo amarillo en el útero vacío, no se ha producido la anidación de un nuevo huevo a pesar de haber coitos repetidos; lo que hace pensar en la falta de ovulación durante la gestación debido a la preponderancia hormonal del cuerpo amarillo de la gestación.

Al abordar el estudio patogénico del gemelar univitelino, nos encontramos nuevamente con el desconcierto de los autores, como fiel exponente de la magnitud del problema. Como todo problema interesante y desconocido, ha sido y es campo propicio de numerosas investigaciones, que hasta ahora no han pasado de la categoría de hipótesis.

Uno de los primeros raciocinios de los virtuosos en el estudio, se refiere a la posibilidad de la entrada de dos espermatozoides en un mismo óvulo, con lo cual trataban de explicar el origen patogénico de este tipo de embarazo gemelar; pero por los conocimientos elementales de fisiología, referentes al proceso de la fecundación, se sabe que el ingreso de un espermatozoide al óvulo, provoca una serie de modificaciones en él, siendo una de las primeras la formación de una membrana superficial que impide la penetración y supervivencia de un nuevo espermatozoide y aún si dejáramos de lado este concepto básico y aceptáramos la posibilidad de la entrada de dos o más

espermatozoides en un óvulo de poco vitelo, se producirían tales trastornos en su interior, que el desenvolvimiento normal del huevo sería imposible y si se tratara de un óvulo con mucho vitelo y sucediera la rara eventualidad de la entrada de varios espermatozoides en su interior, solamente uno de ellos se uniría al núcleo del óvulo, como lo ha constatado **SOBOTA** en sus delicadas experiencias.

Todos estos raciocinios, que destruirían la anterior hipótesis, llevaron la mente de los investigadores a considerar la necesidad de la entrada de dos espermatozoides simultáneamente, sin dar tiempo a que se forme la membrana que impediría el ingreso de nuevos elementos fecundantes masculinos y conociendo la existencia de espermatozoides bicéfalos, con dos cuerpos o con dos colas, se admite la entrada de uno de estos elementos, —sobre todo de los primeros por ir el núcleo masculino en la región cefálica—, como razón patogénica del embarazo univitelino, apoyados en el hecho de que justamente en los padres de estos gemelos es donde predominan este tipo de espermatozoides, producto de sujetos tarados, luéticos, etc.; la audacia de unos investigadores, ha ido hasta el extremo de tratar de hacer el diagnóstico del tipo del gemelo, por la forma de los elementos fecundantes del padre.

En contra de esta hipótesis, se citan a los animales donde ocurre este tipo de gestación univitalina y no se ha encontrado en éstos, la morfología descrita en los espermatozoides; de otro lado, el doble aster que se formaría en caso de ocurrir este tipo de fecundación, no ha sido observado hasta la fecha.

La hipótesis anterior, ha sido reactualizada últimamente por el Dr. FRANCISCO A. DE LUCA, quien la ha modernizado dándole ligeras variantes, así como mayor vigor y fundamento; el citado autor, al presentar su trabajo titulado "Por que se asemejan los gemelos univitelinos" en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Córdoba, en Sesión del 7 de Junio de 1937, denomina "diploesperma" a esta formación espermática doble, producto de la incompleta separación de dos espermátides, hijos del espermatozocito II, y que traerían consigo todos los genes nacidos de la división longitudinal cromática; capaces de engendrar —cada espermátide por separado— un nuevo ser. Si a ésto se agrega, que este diploesperma ingresa al óvulo cuando está en preparación el segundo glóbulo polar, éste en lugar de

ser eliminado como normalmente sucede, es atraído por uno de los dos pares centrosómicos, cuya acción atractiva sobre el oponente pronúcleo femenino contenido en el segundo glóbulo polar, hace que éste se fusione con el respectivo pronúcleo macho; a la vez que el otro par centrosómico del diploesperma, atrae al pronúcleo del óvulo, con lo que resulta una doble copulación pronuclear.

Por otro lado, así como los espermátides provenientes de un mismo espermatocito II, tenían iguales genes nacidos de la división longitudinal de cada uno de los cromosomas; así también, tanto el segundo glóbulo polar como el óvulo maduro, tendrían la misma dotación genética, por igual mecanismo y nacidos de los cromosomas de los ovocitos II; y como es fácil comprender, la suma de cuatro mitades iguales, darán dos elementos también iguales.

Esta hipótesis, tiene sólo el defecto de ser una especulación teórica, pero es muy sugestiva.

Otros autores, refieren la fecundación de un óvulo binucleado, apoyándose en la afirmación de numerosos investigadores, de haber observado óvulos con dos manchas germinativas o núcleos, siguiendo cada uno, un proceso de fecundación independiente y originando así dos embriones. U. FERNÁNDEZ, refiere haber observado una gestación gemelar terminada a los seis meses con un feto normal y el otro con una importante malformación; un epignatus (feto que lleva reunido a él, otro feto parasitario, implantado en la bóveda palatina), esta cita es muy importante, pues un óvulo único con dos vesículas germinativas, nos da un feto normal y un feto doble malformado (epignauts).

Esta aparente solución del problema, es combatida con muy buen criterio, al afirmar que las células de segmentación, no sólo originan al embrión, sino también a las membranas, y si en esta forma se obtuvieran dos embriones independientes, las membranas y placentas también deberían ser, lo que está en contradicción con la verdad de los hechos, pues sabemos que los univitelinos tienen una envoltura corial común y las placentas distan mucho de ser independientes. También, aunque con menor fortaleza se ha combatido esta hipótesis afirmando que en puridad de verdad, ahora no se ha visto un óvulo binucleado en maduración completa y si se aceptara la posibilidad

de la fecundación de los dos núcleos por dos espermatozoides, la evolución tan delicada de los husos cromáticos sería completamente imposible en número de dos dentro de un mismo óvulo. Esta última opinión, también se podría afrontar a la hipótesis del Dr. FRANCISCO A. DE LUCA.

Como aporte a este problema patogénico, citaremos las concepciones personales de NEWMAN y GREIL, el primero de los cuales, atribuye además de las influencias nocivas de un espermatozoide imperfecto, a una imperfecta anidación, a la acción del cuerpo amarillo o bien a un gene de cualidad hereditaria recesiva. GREIL opina por una perturbación en la formación de la cavidad amniótica, fundamentando la teoría de que perturbaciones primitivas del medio ambiente, pueden originar univitelinos.

Como las ideas patogénicas, expuestas hasta este momento, no satisficaban ni explicaban en forma convincente la patogenia del embarazo gemelar univitelino, así como por tener argumentos contrarios de gran fortaleza, los virtuosos en el estudio, tratando de acercarse más a la verdad, emiten la "hipótesis de la Bipartición blastomérica" o Blastotomía que descarta un origen a partir de dos genes aislados, aceptando a una sola vesícula germinativa, punto de partida de ambos gemelos; los que se formarían a partir de la primitiva división blastomérica, en la que cada blastómera primitiva evolucionando por separado, originaría uno de los gemelos. Este criterio, está basado en el hallazgo en animales, de un doble germen embrionario en una sola vesícula germinativa; por otro lado, si ésto ocurriera así, sólo daría lugar la formación de un corion sencillo, es decir no doble, tal como ocurre en la realidad. El hecho de que exista a veces un amnios y otras dos, parece que se deba a la separación existente entre ambos embriones es decir, cuando estuvieran cercanos se formarían un solo amnios y si se desarrollan separados se originarían dos amnios; pero en puridad de verdad es difícil explicarlo, dejamos también establecido a favor de esta idea, que el mecanismo íntimo, que da origen a la formación de las membranas se conoce en forma imperfecta.

Como se puede apreciar, el concepto emitido anteriormente, salva sin mayor dificultad las oposiciones hechas a las hipótesis anteriores, por lo que ha adquirido mayor auge que ellas; sin embargo otros autores lanzan una nueva hipótesis, pero que

siempre tiene el mismo fundamento es decir, una sola vesícula germinativa como principio último; esta teoría se llama "teoría de la fragmentación tardía del huevo" en la que debido a brotes de núcleo embrionario primitivo, se formaría una línea primitiva de separación en la fase de gastrula.

Existe últimamente una tendencia en el pensamiento de los investigadores, para aceptar como la más probable a la teoría de la fragmentación tardía del huevo e incluso pruebas experimentales hablan a su favor (STOCKARD) que refieren a causas accidentales, tales como cambios climáticos violentos, caquexia, etc., que actuando inmediatamente antes o en la fase de gastrula, originarian su separación, que si llega a ser completa, daría lugar a dos embriones.

Concluimos el estudio patogenético del gemelar univitelino, afirmando que no hemos pasado, hasta hoy, de las especulaciones mentales, que si es verdad que son bien dirigidas y algunas muy sugestivas, nada prueban ni demuestran como un hecho irrefutable.

De lo que sí estamos seguros, es que cuando el embarazo gemelar univitelino, ocurre en la especie humana, ello significa un hecho patológico, sin tendencia hereditaria, una verdadera anomalía esporádica.

SISTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO

La trascendencia e importancia fundamental del diagnóstico, sobre todo del diagnóstico precoz del embarazo gemelar, sólo se puede aquilatar, cuando se tiene un concepto global sobre la gestación gemelar.

En efecto, el sin número de complicaciones, producto de distintas anomalías, tanto de origen fetal como materno, sólo pueden precaverse, si el médico sabe lo que tiene entre manos, recogiendo los datos semiológicos y valorándolos con un criterio eficiente o nó, según lo adquirido por su experiencia personal y sus conocimientos teóricos, fruto de las observaciones de numerosos investigadores, que es lo que trataremos de exponer aquí, escuetamente.

Es preciso desde el principio, hacer hincapié en la importancia capital del método palpatorio, corroborado por el auscul-

tatorio y el radiográfico, de valor decisivo, pero desgraciadamente de utilidad algo tardía, por lo que no podemos vanagloriarnos de un certero diagnóstico precoz; éste se basa en la apreciación de numerosos signos y síntomas que aparecen desde el principio de la gestación, y que si es verdad que son por demás inseguros en forma aislada, su conjunto constituye para el médico avezado, fuente de grandes recursos para la orientación precoz del diagnóstico del embarazo gemelar.

En primer lugar, tenemos que referirnos a los antecedentes hereditarios de gestaciones gemelares en los padres; dato que si carece de valor en el gemelar univitelino, en el bivitelino tiene marcada importancia cuando es positivo.

Como ya nos hemos referido en páginas anteriores, a nosotros nos ha sido imposible consignar este hecho, por no figurar en casi ninguna de las historias clínicas que han basado este trabajo estadístico.

Es de señalar la aparición precoz y generalmente masiva de los signos vagosimpáticos del embarazo: náuseas, vómitos, sensación de peso, sialorrea, palpitaciones, fatiga, taquicardia, disnea, etc.; así como la precocidad de percepción por la madre de los movimientos fetales.

La inspección, recogerá datos relacionados con un gran aumento del tamaño del útero, traducido por un gran volumen abdominal que no guarda relación con la edad de la gestación; esta sobredistención a su vez origina signos también recogibles por la inspección, tales como la aparición precoz de edemas de las extremidades inferiores, grandes labios, suprapúbicos, presencia de edemas en collar de perlas; formación de estrías dérmicas (dato seguro para el diagnóstico, según algunos); así como numerosos y grandes paquetes varicosos en miembros inferiores, vulva y ano. Aunque sin mayor trascendencia, ni de aparición precoz, se ha citado la visión de un surco de dirección longitudinal u oblicua que divide al útero en dos partes.

De todos los signos y síntomas citados anteriormente, nosotros hemos encontrado como el más constante, además de la sobredistensión uterina, el edema de los miembros inferiores, ya que sobre 210 casos en los que se ha consignado el dato, 91 presentan dicho edema, es decir, que el 43,27% de las mujeres peruanas con gestación doble, presentan edema de los miembros inferiores. Hacemos hincapié en el hecho de que el porcentaje

anterior, sólo se refiere a los casos en que se circunscribe a los miembros inferiores; para encontrar el porcentaje global de gestantes gemelares con edemas en general, añadimos 6 casos que hemos encontrado de edema generalizado o anasarca y otros incluidos entre los eclámpticas y pre-eclámpticas que nos arrojan un total de 15, que agregados a los 91 de edema de los miembros inferiores, nos dan 106 casos de gestantes gemelares con edemas de los miembros inferiores o generalizados, que elevan el porcentaje anterior a 50,47%.

Antes de entrar al estudio del método palpatorio, que como ya hemos dicho es uno de los métodos más certeros pero algo tardío, debemos señalar como hechos de gran valor en el diagnóstico precoz, los emitidos por la escuela del Prof. A. G. PERALTA RAMOS, citado por G. R. WERNICKE, dicho profesor, basado en la posibilidad de que la cantidad de prolán esté más en relación con la actividad placentaria que con su superficie, estudia su concentración en las presuntas gestantes gemelares, encontrando en 9 casos en los que los signos precoces citados anteriormente eran insignificantes, la cantidad de prolán fluctúa entre 16,000 y 20,000 unidades por litro de suero, con lo que se hizo el diagnóstico, que fué ratificado a la hora del parto.

No menos importante es el dato aportado por EBBS H. y J. SCOTT W. A., quienes han encontrado en la gestación gemelar, un aumento precoz de las fosfatasas, que algunas veces se han encontrado hasta triplicadas.

Con tanta trascendencia como los datos anteriores, figura la reacción de ASCHHEIM-ZONDEK, que se encuentra fuertemente positiva en este tipo de gestaciones.

Es preciso señalar que el método palpatorio, tan importante, se ve obstaculizado por la gran distensión de la pared abdominal y uterina, así como la frecuente acumulación de líquido amniótico, que si bien dificulta la palpación, no descarta el embarazo gemelar, pues es justamente en el embarazo univitelino donde con mucha frecuencia se presenta el polihidramnios.

En primer lugar, se reconocerán los datos obtenidos por la inspección, sobre todo el gran aumento del volumen uterino y la serie de signos que trae consigo. La palpación de un surco en la porción anterior o fondo uterino, es de relativa importancia cuando es positiva.

Su capital importancia, reside en poder palpar con absoluta certeza por lo menos tres polos fetales, dos cefálicos y uno pelviano o dos pelvianos y uno cefálico, e incluso dos polos del mismo nombre, y hasta dos polos de diferente nombre, pero a tal distancia uno del otro que no puedan pertenecer al mismo feto, ya sea porque están demasiado cerca, o demasiado lejos —más de 30 centímetros—; una rara y feliz eventualidad, es poder coger los cuatro polos, dos pelvianos y dos cefálicos.

El tacto vaginal, permite en ciertas circunstancias, palpar un polo que está muy lejos, o demasiado cerca de otro palpable por vía abdominal, lo que puede ratificar o rectificar los hallazgos obtenidos por el método palpatorio.

También es posible, constatar por el tacto vaginal, la desaparición precoz del hocico de tenca, así como la prematura dilatación del cuello uterino, ocurrido desde antes de iniciado el parto, igualmente aboga a favor de este diagnóstico, el contraste entre las escasas dimensiones de las partes que se presentan y el gran tamaño uterino.

La "auscultación" junto con la radiografía, se encargarán de ratificar o rectificar a lo obtenido por la palpación. Todas las obras clásicas, citan la posibilidad de escuchar dos focos de latidos, que corresponden a los dos fetos; unas les dan mayor valor que otras a este método, pero eso sí, casi todas refieren las precauciones que deben tomarse para evitar el error, siempre posible, por intervenir un factor personal de apreciación; así indican, que es indispensable que los focos donde se escuchan los latidos estén bien separados uno de otro, que los tonos tengan una intensidad y una cualidad bien definidas, que exista una diferencia de frecuencia, entre ambos focos mayor de 10 al minuto, siendo imprescindible que cada foco sea auscultado por una persona, y que ninguna de ellas sincronice los latidos maternos con los fetales y se deberá repetir la cuenta varias veces. Como no sería raro que ambos fetos, tuvieran igual frecuencia en sus latidos cardíacos, JOSEPH B. DE LEE y P GREENHILL, salvan este inconveniente con una maniobra que consiste en estimular a uno de los fetos, con el objeto de que adquiera movimientos propios, lo que traerá consigo una alteración en la frecuencia de sus latidos traducida por una taquicardia.

Un buen número de autores, hacen hincapié en un segundo dato auscultatorio, al que dan aún mayor importancia, que con-

siste en una "zona muda" que se encuentra entre ambos focos auscultatorios, donde no se percibirán latidos fetales; en caso de existir esta zona muda, reafirmará grandemente el diagnóstico positivo.

Cabe la posibilidad de escuchar dos focos de latidos a pesar de existir solamente una gestación simple, lo que ocurre en forma particular en los fetos colocados en presentación cefálica y variedad de posición izquierda posterior; pero los conocimientos expuestos en párrafos anteriores, nos permiten precisar que se trata de un embarazo simple descartando al gemelar; en efecto, los focos auscultatorios no estarán tan separados uno de otro, en uno de los focos se percibirán más intensamente los latidos que en el otro, cada foco asentará en una fosa ilíaca, la diferencia de frecuencia entre ambos focos no existirá, no cabría la maniobra de estimulación de uno de los fetos y si se creyera erróneamente que se ha efectuado ella no daría ningún resultado, y por último, no existiría la zona muda entre ambos focos. Aún sin el requisito de esta posición, cuando la columna vertebral de un solo feto está erecta (actitud militar), se oye a veces un latido a cada lado del útero; es factible también, que la placenta divida la zona donde son audibles los tonos cardíacos fetales; estaría demás insistir que en estos dos últimos ejemplos cabe hacer la distinción del tipo de gestación —simple o doble— por todo lo expuesto en líneas superiores.

En los últimos años, el adelanto enorme del "estudio radiográfico", ha hecho que este método de diagnóstico aplicado al embarazo gemelar tome una importancia tan grande que se ha transformado en la última palabra ratificando o rectificando todos los métodos de diagnóstico citados anteriormente.

Su estudio sistemático y bien conducido, a permitido últimamente hacer un diagnóstico muchísimo más precoz que el obtenido con el instrumental y personal radiológicos de otros tiempos. Es por lo demás, el método más popular de diagnóstico, y todas las gestantes que por sus antecedentes o por los signos propios de la gestación gemelar, se creen portadoras de un embarazo doble, insisten ante el médico para que se les tome una radiografía.

La radiografía tomada en tiempo oportuno, no sólo muestra claramente los dos fetos, sino que es muy útil cuando precisa averiguar, por ejemplo en las estrecheces pélvicas, si se trata de dos fetos pequeños o de uno grande; además indica la situación,

posición y presentación de cada uno de los fetos, el probable mecanismo del parto, la existencia de anomalías, el crecimiento desproporcionado de uno de los fetos, la existencia de monstruos, etc.

Con respecto a los monstruos dobles, es preciso saber que han ocurrido desagradables sorpresas al hacer un diagnóstico aventurado con el estudio de una sola radiografía. Es indispensable en estos casos, para llegar a una conclusión certera, el estudio de radiografías tomadas en forma sucesiva, que revelen la invariabilidad de las posiciones fetales entre sí.

L. PORTES y GRANJON, recomiendan el estudio radiográfico de todo presunto embarazo gemelar, y una vez hecho el diagnóstico, insisten en la toma sistemática de radiografías seriadas, durante toda la evolución de la gestación gemelar, lo que permite hacer con certeza un diagnóstico precoz de gemelaridad, evitar inútiles y dañosas versiones por maniobras externas, así como prevenir a veces las complicaciones del parto.

Por todo lo escrito en párrafos anteriores sobre diagnóstico de embarazo gemelar, y en particular sobre diagnóstico precoz, llegamos a la conclusión, que este no es muy fácil para el médico común, pero para el especialista, compenetrado del valor de cada uno de los signos y síntomas de la gestación gemelar, es un problema sencillo y puede en forma elegante, llegar a un diagnóstico certero.

El "diagnóstico durante el parto", es mucho más sencillo, pues a los datos obtenidos por la inspección, palpación, tacto, auscultación y radiografía, se agregan los obtenibles durante el mecanismo del parto. Así es posible ver dos bolsas de las aguas, o si se ha roto una, puede constatarse la otra íntegra, que permite tactar a su través nuevas partes fetales; también es factible constatar una cabeza baja, al mismo tiempo que otra en pleno abdomen; tampoco es raro constatar un cordón umbilical o una extremidad prolapsados, a la par que una bolsa de las aguas íntegra; pensamos también en el parto gemelar de inmediato, si lo que aflora son dos pies o dos manos del mismo lado, o si existiendo signos de muerte en el feto que se presenta, se constata la existencia de latidos cardíacos fetales en el abdomen materno. Existe un signo, llamado "signo de Gauss" que según el autor, se encuentra en el 50% de los casos de partos gemelares y que consiste en la presentación anormalmente acentuada del parietal

anterior del primer gemelo, estando la cabeza profundamente descendida en la pelvis.

Una vez nacido el primer feto, el diagnóstico es aún más fácil, pues por los métodos habituales es perfectamente reconocible el segundo feto en vías de nacer; recordando siempre la posibilidad de la confusión con un fibroma uterino, para no hacer un diagnóstico precipitado.

Cabe hacer el "diagnóstico diferencial en el embarazo gemelar", con otros procesos de diferentes índoles, desde el inicio de él; así, dijimos que uno de los primeros signos de la gestación gemelar, es el relacionado con el aumento desproporcionado del útero en relación a la edad de la gestación; pues bien, esto mismo puede ocurrir cuando se trata de un solo feto, pero que desde el inicio se hace muy voluminoso, pero en este caso, el aumento del tamaño uterino no es tan desproporcionado ni tan precoz, por lo demás tenemos notables diferencias que ya hemos citado en páginas anteriores y que no hacemos aquí mención por no caer en repetición; en cambio, la mola vesicular sí podría producir un aumento grande y precoz del útero, pero en este caso, no encontraríamos manifestaciones vitales de la parte fetal; también tendríamos que hacer este diagnóstico diferencial con el hidramnios, aunque éste no excluye la gestación gemelar, pues es justamente en los univitelinos, donde el polihidramnios es por demás común; procede también la confusión, con procesos tumorales —fibromas uterinos, quistes y neoplasias del ovario, etc.—, pero es sobre todo donde la acuciosidad y pericia del médico debe ponerse de manifiesto, cuando a los procesos tumorales antes citados, se agrega un embarazo simple, en estos casos, la situación invariable de lo que se cree son partes grandes y pequeñas, la inmovilidad de las mismas, la historia y sintomatología propia de estos tumores, así como la radiografía, decidirán el diagnóstico; el problema se hace aún más difícil, cuando además de hidramnios en los embarazos univitelinos, por alteraciones en la tercera circulación, uno de los fetos adquiere gran desarrollo en merma del hermano y sobre todo, cuando el transfundido, por ser la alteración circulatoria tan grande, fallece para ser luego comprimido y momificado (feto papiráceo), en cuyo caso sólo aparece espontáneamente a la hora del parto, o lo que es más común, es descubierto al hacer un raspado para evitar las hemorragias del post-alumbramiento al querer extraer probables restos placentarios.

Es tan raro como difícil, que un experimentado tocólogo haya podido, en el curso de la gestación, hacer el diagnóstico diferencial entre embarazo gemelar propiamente dicho, es decir, intrauterino, de un embarazo gemelar en el que un feto es intrauterino y el otro es extrauterino —la literatura médica cita 276 casos, NEGEHAUER 1926— por un doble motivo, primero porque generalmente se interrumpen muy tempranamente y luego porque aún evolucionen hasta una época avanzada (para lo cual es indispensable que el extrauterino haya sido de tipo abdominal) el diagnóstico —en los 10 casos que cita la literatura médica— sólo se ha efectuado durante el acto operatorio. JOSÉ RÁBAGO refiere un caso de este tipo, en el que la gestación evolucionó hasta el séptimo mes, los fetos nacieron viables después de una inyección de 0,003 gr. de lobelina y supervivieron cerca de 20 días.

Al abordar el "diagnóstico diferencial entre gemelares univitelinos y bivitelinos", nos llama la atención no haber encontrado en la bibliografía datos referentes a la posibilidad de hacer un diagnóstico al respecto durante la gestación. Nos parece que aunque es imposible hacer un diagnóstico certero, es factible una orientación que conduzca a tal fin. En efecto, si alguno de los padres, o ambos, poseen antecedentes hereditarios en relación con la gemelaridad, y por otro lado, ninguno de ellos tiene taras orgánicas, al saber nosotros que el fruto de la concepción es gemelar, es muy probable también que sean bivitelinos; y si por el contrario, ninguno de ellos tiene antecedentes hereditarios y en cambio poseen taras orgánicas, es bastante probable que los gemelos sean univitelinos. Durante el parto, tampoco constatamos que se aproveche la diferencia de sexo de los gemelos, para decir desde ya, que se trata de bivitelinos, quizá porque lo tengan sobrentendido. En cambio, los datos que aprovechan los autores para hacer este diagnóstico diferencial es muy variado y para lo que a algunos es un dato certero, para otros es muy insuficiente; así por ejemplo, como ya lo hemos referido al hablar de la frecuencia de los gemelares, si para algunos autores, es de valor absoluto encontrar en el tabique de separación de ambos huevos tres membranas para afirmar que se trata de un embarazo bivitelino, para otros, ni un estudio histológico de éste puede conducir a tal diagnóstico y creen indispensable, hacer un estudio prolijo del recién nacido para poder establecer dicho diagnóstico.

Según HORATIO H. NEWMAN, FRANK N. FREEMAN y KARL J. HOLZINGER, los mellizos son clasificados como univitelinos, solamente si reúnen estos requisitos:

- 1) Deben ser tan parecidos en su apariencia general, que puedan ser fácilmente confundibles uno con otro.
- 2) Deben tener el pelo idéntico en lo que se refiere al color, contextura y forma.
- 3) Deben poseer el mismo color e igual diseño del pigmento del iris.
- 4) Deben tener el mismo color y aspecto de la piel, igual constitución corporal especialmente de la cara, cuello y manos.
- 5) Deben tener las mismas facciones, especialmente en lo que se refiere a la nariz, los labios, el mentón y las orejas.
- 6) Deben tener igual morfología dentaria e incluso las mismas irregularidades.
- 7) Deben tener manos y dedos de igual forma y proporción.
- 8) Lo fundamental de las huellas digitales son iguales.
- 9) Una de las manos de uno de los mellizos debe ser más parecida a la del hermano que a su otra propia mano.
- 10) La presencia de imágenes en espejo, en la mano, pelo, dentición, diseños de la palma, etc., es evidencia de que son univitelinos, pero su ausencia no niega que lo sean.

Luego refieren que la diferencia entre ambas clases de gemelos es mayor en los rasgos físicos, luego en los tests de habilidad general (inteligencia), menos en los tests de adquiremientto y menos aún, en los de temperamento. En ciertas ramas del saber, por ejemplo: aritmética, historia natural y literatura; así como en la voluntad y disposición neurótica, los univitelinos tienen alguna mayor semejanza.

Otros investigadores, han aprovechado los concienzudos estudios anatómicos de las placentas de los bivitelinos y univitelinos, para valerse de ellas en el diagnóstico diferencial, ya que las placentas de los bivitelinos son completamente independientes una de otra, mientras que en los univitelinos, si no es una sola, existen múltiples anastomosis entre ambas, motivo por el cual,

son estudiadas bajo un punto de vista anatomopatológico y son sometidos a artificios radiológicos.

Para otros, el único índice para el diagnóstico diferencial, es el hecho de que los univitelinos están envueltos por una sola envoltura corial (existiendo generalmente a igual que en los bivitelinos 2 bolsas amnióticas); por otra parte, si los 2 fetos se encuentran en una cavidad común quiere decir que sólo existe un amnios, posibilidad exclusiva de los univitelinos.

El gemelo bivitelino por lo demás, se comporta posteriormente como un sujeto nacido de embarazo simple, en lo que se refiere a las relaciones que tiene con su hermano, en otras palabras, lo único que lo enlaza con su hermano gemelar es haber hecho durante algún tiempo vida en común en el claustro materno.

En cambio, el gemelar univitelino tiene múltiples y estrechas relaciones con su hermano gemelar, así, se constata igual grupo sanguíneo, impresiones papilares si no idénticas muy similares, escritura casi igual, etc...; la bibliografía, en lo que se refiere a los gemelares univitelinos está llena de citas en la que infinidad de autores refieren la ocurrencia de iguales enfermedades orgánicas y trastornos psíquicos en este tipo de gemelos y lo que es aún más curioso, estas alteraciones ocurren a veces a la misma edad, hasta se citan casos de suicidios dobles, trastornos orgánicos exactos y psíquicos de igual índole, que ocurren simultáneamente, estando los gemelos en lugares distintos e incluso sin conocerse.

Es un hecho de observación corriente, que estos niños desde muy temprana edad, estén siempre juntos, ayudándose en todo lo que puedan y la esfera psíquica es tan parecida que dan la impresión que piensan con un mismo cerebro.

EVOLUCION

El estudio de la evolución del embarazo gemelar es muy importante, ya que permite que nos demos cuenta que este tipo de gestación es muy distinto al de un embarazo simple, debido a que la especie humana no está acostumbrada a estos esporádicos embarazos dobles, lo que se traduce en una acentuación de todos los signos y síntomas propios de una gestación simple, cuyo origen lo encontramos en el aumento desproporcionado del útero en re-

lación con la edad de la gestación, esta sobredistensión produce compresión de vasos, desplazamiento del diafragma, etc., que se traduce por la aparición precoz de edemas en las extremidades inferiores, grandes labios, suprapúbicos, edema en collar de perlas, etc., fatiga, sensación de peso, várices en los miembros inferiores, vulva y ano; pero más importante que esta causa mecánica, es la intoxicación gravídica de origen químico, ya que el aumento de la superficie placentaria da paso a la sangre materna de mayor cantidad de productos albuminoideos, fermentos fetales y sustancias excrementicias que originan albuminurias de éstasis con la consiguiente sobrecarga renal, que puede conducir a procesos nefríticos, que a su vez pueden ser otra causa de edemas, opresión, disnea intensa, oliguria con albuminuria y células renales, que pueden llegar hasta la nefropatía pre-eclámptica y eclámptica que son más frecuentes en la gestación gemelar mono-ovular. Hay una cita curiosa, hecha por WILLIAM A. WHITE que quizá ratificaría lo anterior, refiere el caso de una mujer con gestación doble, que hace un cuadro de toxemia al séptimo mes, que desaparece bruscamente al morir uno de los gemelos bivitelinos en el útero por isquemia y necrosis de su placenta; este autor no le da una interpretación a esta observación hecha por él, nosotros pensamos tal vez audazmente, que ello se deba a la desaparición de esa superficie placentaria en demasía.

Distintos autores, hacen estadísticas referentes a la frecuencia de procesos eclámpticos en las gestaciones dobles y llegan a conclusiones que hacen fluctuar esta eventualidad en un proporción de 3,95% a 15,37% de los casos.

Nosotros, sobre 210 gemelares estudiados en la Maternidad de Lima bajo este punto de vista, hemos constatado 3 casos de eclampsia y 11 de pre-eclampsia, o sea un total de 14 gestantes gemelares que han padecido de estas nefropatías; en otras palabras, el 6,66% de las gestantes gemelares peruanas hacen nefropatías pre-eclámpticas (5,24%) o eclámpticas (1,42%).

Fuera del rápido y gran aumento del volumen uterino, otros de los factores que pueden provocar fenómenos compresivos es el polihidramnios, tan común en los gemelos univitelinos, que a veces puede hacerse en forma aguda con los consiguientes y graves trastornos respiratorios, violentos dolores en el hipogastrio, neuralgias de las extremidades inferiores y los demás síntomas de compresión ya citados; es interesante saber que el polihidram-

nios generalmente ocurre solamente en uno de los fetos, acompañándose de oligohidramnios en el saco amniótico del otro; esto es debido a alteraciones en la tercera circulación placentaria, ocurriendo el polihidramnios en el mejor nutrido, por poliurea, y el oligohidramnios en el transfundido que puede llegar a convertirse en un monstruo acárdico e incluso hasta en un feto papiráceo.

La sobredistensión uterina acarrea otros trastornos, así, obstaculiza la normal evacuación del intestino y perturba la micción. Igualmente el enorme peso uterino y la sobredistensión abdominal, traen consigo un fuerte reblandecimiento y relajación de las articulaciones pélvicas, lo que se traduce en una dificultad en la deambulacion, así como fenómenos nerviosos reflejos causantes de violentos vómitos matutinos.

Otra atingencia propia del embarazo gemelar es "el aborto". Tratando de hacer un estudio estadístico al respecto comparamos cifras dadas por distintos autores y encontramos como límites las dadas por PORTES y GRANJON 6% y las de RECANSES 25%; nos sorprende esta diferencia tan grande en dos estadísticas serias y lo atribuimos a que los primeros no han considerado los abortos provocados y traumáticos y probablemente el segundo, los ha incluido en su estadística.

Observaciones realizadas durante 52 años (1892-1943) en la Clínica Obstétrica de Baudelocque, han permitido a PORTES y GRANJON tener gran autoridad en sus datos sobre abortos durante el embarazo gemelar. Así, constatan que la mayor parte de los abortos no provocados son tardíos y sobrevienen en el transcurso del quinto al sexto mes; que también ocurren en más de los dos tercios de los casos en mujeres de menos de 30 años, de las que casi la totalidad eran primíparas y secundíparas, siendo casi el doble en las primeras que en las segundas.

Citan a la sífilis como la primera de las causas abortantes del embarazo gemelar, y no sin razón, ya que como hemos visto al abordar la etiología, es a ella a quien se atribuye principal causa en la génesis de los embarazos univitelinos y por otro lado la lues en sí, también predispone al aborto; en segundo lugar, encuentra en su trabajo estadístico a la tuberculosis, ya que si ella es influenciada tan desfavorablemente por un embarazo simple, es lógico suponer, y ello ocurre, que cuando se hace en forma simultánea con un embarazo gemelar, se hace rápidamente evo-

lutiva, lleva a un estado caquético extremo, sobreviene la asfixia precoz y por detención de la hematosis se produce el aborto.

Entre las causas locales encontramos a la endometritis en el 15% de los casos y el otro 15% al polihidramnios agudo del embarazo univitelino; en los embarazos bivitelinos con más frecuencia que en los univitelinos, se encuentra como causa de aborto la inserción baja de la placenta, que sangra enormemente y con más precocidad que en un embarazo simple, por el prematuro desarrollo del útero; MURILLO QUEIROZ DE BARROS y RUBENS SOUZA NILO, hacen un estudio interesante al respecto.

Se considera también al hematoma rétroplacentario, como factor más frecuente en este tipo de aborto que en el embarazo simple.

Los abortos provocados no tienen la gravedad que se les asigna generalmente.

Las complicaciones de estos abortos, cuando ocurren entre el tercero y cuarto mes, son las retenciones placentarias, pero dejamos constancia que no son más frecuentes que de ordinario; los que ocurren entre el quinto y sexto mes se complican con hemorragias, pero no tienen la gravedad que las del parto común.

Continuando con el estudio de la evolución de la gestación doble, observamos que "el parto prematuro" es muy frecuente en esta eventualidad y ello parece debido en el gemelar univitelino, a que las causas que intervienen para originar este tipo de gemelos, también pueden conducir a la prematurez (lúes, alcoholismo, tuberculosis, etc.), pero fuera de estas causas externas que actúan sobre el univitelino, condicionan el parto prematuro en las dos clases de gemelos y esto es de importancia capital, el hecho de que el útero alcance precozmente el máximo de su distensibilidad pasiva y esta distensión considerable, trae consigo, la prematura distensión del segmento uterino inferior, esto a su vez origina la caída del polo fetal que se presenta y la presión de ese polo sobre el cuello produce su despegamiento; todo ello contribuye en forma eficaz a la producción del parto prematuro.

Hemos tenido oportunidad de consultar numerosísimos trabajos estadísticos sobre partos prematuros en el embarazo gemelar y balanceando todos ellos, basados en el número de casos que presenta cada uno, llegamos a la conclusión de que éste se produce en el 60% de los casos, habiendo encontrado como cifras

máximas las dadas por GERNEZ y OMEZ (85,85%) y la mínima la constatada por GUTTMACHER (44%).

Nosotros, encontramos en la Maternidad de Lima, que el 71,43% de los gemelares peruanos son prematuros, cifra que como puede ver está de completo acuerdo con lo encontrado en otros países y que ratifica una vez más la gran frecuencia de prematuros que se encuentra en los niños gemelares y que es una de las principales causas de mortalidad infantil, tan frecuente en estos casos.

Otra eventualidad propia del cuadro evolutivo del embarazo gemelar es la "muerte de uno de los gemelos dentro del claustro materno", ocurrencia más común en los univitelinos por defectos en la corriente sanguínea de la tercera circulación; este feto muerto puede seguir dos caminos: o es abortado, permitiendo la supervivencia de su hermano en el útero materno, cosa rara y sólo propia de los bivitelinos; o lo que es más común, el feto muerto continúa en el útero —única evolución para los univitelinos— y es aplastado y comprimido por su hermano que sigue su evolución normal, el feto muerto puede reabsorberse o momificarse para ser expulsado posteriormente a la hora del parto de su hermano, junto con las membranas y restos placentarios, pero puede ocurrir, que este feto se presente antes que el feto normal, dando lugar con ello a errores en el diagnóstico, o también en lugar de salir con las membranas y restos placentarios, quede oculto en la cavidad uterina, dando lugar a infecciones y hemorragias, por lo que se recomienda, en la ocurrencia de estas complicaciones, la búsqueda y extracción del posible feto papiráceo, sobre todo, si junto con la placenta del hermano, el tocólogo encuentra una placenta separada de la anterior, con características especiales y propias del feto papiráceo, que es muy conveniente conocer por todo lo dicho anteriormente; ellas son, placenta dura, fibrosa, blanca, con puntos de infartos, negruzca y aislada.

HALBAN, citado por muchos autores entre ellos por F. WEBER en el Tratado de Doderlein refiere haber encontrado síntomas en relación con la muerte de uno de los fetos, tales como la formación de un polihidramnios agudo, que sin motivo aparente, desaparece más o menos bruscamente y que es seguido de la aparición de contracciones pronunciadas que persisten hasta el final del embarazo, también refiere la formación de un surco de dirección transversal. Esta sintomatología, aunque no es patogno-

mónica de la muerte de uno de los fetos, tiene su importancia, por constituir los únicos datos de muerte de uno de los gemelos durante la gestación.

Algunos autores, hacen referencia a la posibilidad de la degeneración molar de uno de los fetos. La muerte de ambos fetos tampoco es una ocurrencia excepcional.

Haciendo un estudio sobre 238 casos, referente a la duración de la gestación gemelar en la mujer peruana, nos encontramos que 68 llegan a cumplir sus nueve meses, o sea que sólo el 28,57% de las gestantes gemelares han logrado en nuestro medio, llegar al término del tiempo normal de una gestación. En cambio constatamos, que el enorme número que representa el 24,36%, han correspondido a gestantes que han dado a luz entre el sexto y los siete y medio meses. El resto corresponde a las que han tenido su parto a los ocho y ocho y medio meses, siendo algo mayor en las primeras que en las segundas (62 y 50 casos respectivamente).

Aunque no es común, es interesante saber que pueden existir anomalías en la evolución del embarazo doble por no implantarse uno de los dos huevos o ambos en el útero, así refieren los autores haber encontrado gestaciones en las cuales existía un huevo implantado en el útero y otro en la trompa, también refieren la existencia de embarazos tubarios bilaterales, embarazo gemelar uterino y abdominal, incluso, embarazo tubario gemelar unilateral como el presentado por el Dr. ATILIO F. PARODI que como es lógico suponer terminó con la ruptura prematura de la trompa, epílogo de la mayoría de estas eventualidades. El más común de todos ellos, es el embarazo gemelar que asienta en el útero y la trompa simultáneamente, como lo podemos constatar por la observación de JOSÉ JUAN GIORDANO quien refiere haber diagnosticado 5 casos de este tipo y hace hincapié en el hecho sintomatológico de este proceso, basado en la irregularidad de las menstruaciones que no se presentan ni periódicas ni normales. Para que estos embarazos dobles puedan ser viables, es preciso que el feto que no se encuentra en el útero anide en el abdomen. También han sido citados embarazos simultáneos en úteros dobles.

Con respecto al parto, podemos decir de acuerdo con el criterio de la mayoría de los autores, que el período de dilatación, va acompañado de intensos dolores musculares debidos a la sobredistensión uterina; pero en general es de fácil realización, ya

que la pequeñez de los fetos permite generalmente que éstos sean expulsados sin mayores accidentes, en forma sucesiva y rápida; sin embargo, en la inmensa mayoría de los casos, trae consigo anomalías por la sobredistensión de la fibra uterina, que se traduce por hipotonía e hiposistolia primaria, que no permite que se termine la dilatación completa, prolongándose la fase expulsiva, lo que trae consigo el agotamiento de la paciente. Por eso, se recomienda solicitar en estos casos un partero para evitar mayores accidentes, que ocurren generalmente cuando estos casos son atendidos por parteras o curiosos; el Dr. LEO RODRÍGUEZ LIMA DE GOUVERA cita varios casos al respecto, con muerte fetal, por empleo de malas técnicas, a pesar de que su asistencia es bastante simple para un tocólogo experimentado.

En el alumbramiento, son bastante frecuentes las hemorragias y también pueden originarse infecciones a raíz de la ejecución de malas maniobras. También debe pensarse, en la posibilidad de la existencia de un feto papiráceo, eventual punto de origen de las dos ocurrencias anteriores.

Ya nos hemos referido en extenso en párrafos anteriores, sobre las numerosas causas condicionantes de la prematuridad en este tipo de embarazo; pero aún si ello no ocurriera y los niños producto de un embarazo gemelar nacieran a los nueve meses, lógicamente nacerían en condiciones inferiores a un niño nacido de parto simple, ya que las sustancias alimenticias que le proporciona la madre deben ser divididas entre los dos. Esta evidente debilidad congénita, la muestran en forma clara numerosos trabajos estadísticos hechos al respecto, que concluyen afirmando que la mortalidad de los gemelares, sobre la de los niños nacidos de partos simples en las primeras semanas, es de dos a tres veces mayor.

El Dr. JOSÉ DUTREX, hace un interesante estudio estadístico en mellizos varones nacidos en la Capital Federal Argentina, relacionándolos con los mismos enrolados al cumplir los 18 años, y observa que sobre 1,284 mellizos varones que habían nacido viables de 1916 a 1923, sólo se habían enrolado hasta 1941, 587, es decir el 45,73%, al que agregando el 5% de desertores (promedio de los habituales en ese país), llegaba en números redondos al 50% de enrolados, o sea, que el otro 50% había fallecido —por debilidad congénita y prematuridad— antes de alcanzar los 18 años; contrastando estas cifras con las de los no mellizos, que sólo al-

canzaban el 17% de fallecidos en igual número de años. Esta cifra del 50% de fallecidos, se hace aún más importante si nosotros recordamos que del 20 al 50% de los mellizos engendrados, terminan su vida dentro del útero. Comparando los univitelinos y bivitelinos, llega a cifras casi idénticas con respecto a la mortalidad, a igual que si son dos varones los nacidos o un varón y una mujer.

Es relativamente fácil comprender la alta mortalidad que ocurre en los gemelos, si sabemos que éstos son prematuros en el 60 al 70% de los casos y que los niños en estas condiciones son muy frágiles para soportar el parto y la vida extrauterina; su cráneo incompletamente osificado hace que las hemorragias meníngeas sean aquí bastante frecuentes, a lo que se añade ruptura de vasos demasiado frágiles; estas ocurrencias explican además los diferentes defectos mentales y nerviosos que a veces presentan estos niños.

Estadísticas hechas en Europa y América, citadas también en el trabajo del Dr. DUTREY, arrojan en promedio, un natimuerto entre 8 a 15 niños que nacen viables, tratándose de gemelares, dato que contrasta con lo encontrado en los productos de partos simples, en los que se encuentra 1 natimuerto entre 20 a 50 viables.

Dicho autor, hace también la observación de que las mellizas tienen menor mortalidad que los mellizos y refiere las estadísticas de FRUNHOIZ y GERNEZ y OMEZ, quienes encuentran que la mortalidad en el segundo feto es superior a la del primero, 23% y 18% respectivamente. También observa que la mortalidad de mellizos provenientes de madres jóvenes es superior, contrariamente a lo que ocurre en partos simples.

Posteriormente la mortalidad sigue progresando, a los 10 — 15 días del parto, ésta es del 20 al 23%; siendo mayor en los univitelinos por defecto de corriente sanguínea en la tercera circulación, que origina un transfundido y un transfusor, lo que conduce a su vez por una desigualdad en el peso y fortaleza entre ambos, para defenderse de los ataques del medio ambiente.

Entre las causas más comunes de muerte en los gemelos hasta los 18 años, encuentra las siguientes: debilidad congénita en el 28% de los casos, es decir, esta alteración se lleva a 1 entre 3 a 4 mellizos. Enfermedades del tubo digestivo 24%, es decir, otro mellizo sobre 4. Las enfermedades agudas del árbol respiratorio

20% o sea, 1 de cada 5. Enfermedades cardíacas 5%; tuberculosis 1,5%; las infecciosas, especialmente las eruptivas 3%.

Tomando lo anterior desde otro ángulo, encuentra que el primer año se lleva al 85%, (del 50% de muertos hasta los 18 años) (el segundo año el 5% y desde el tercero hasta los 18 el resto, o sea el 10%). Y llega a la conclusión de que pasado el primer año los mellizos que sobreviven tienen la misma chance que los demás seres humanos, siendo la zona más peligrosa la de las primeras. Para CHAVANNE y PITTALUGA, los 15 primeros días, se llevan al 20,6% de los fetos nacidos viables.

En nuestro medio hallamos, que sobre 424 partos gemelos, o sea sobre 848 nacimientos, han habido 56 natimuertos, lo que representa 1 natimuerto cada 15,14 niños viables (6,60%), que como se puede observar es una cifra bien crecida de natimuertos comparada con la que se obtiene de los natimuertos en los partos simples.

Si consideramos en nuestro ambiente el número total de gemelares fallecidos (natimuertos y fallecidos en la Maternidad antes de dar de alta a la madre), nos encontramos que sobre 848 gemelos 159 han desaparecido; en otras palabras el 18,75% de los gemelos nacidos en nuestras maternidades desaparecen por nacer muertos o porque fallecen a las primeras horas o primeros días de nacidos. Nos parece que en puridad de verdad, estas cifras deberían ser discretamente más elevadas aún, ya que no nos ha sido posible encontrar algunas historias clínicas, que aunque muy pocas, es de suponer contengan los informes de más de un fallecimiento fetal. Es fácil constatar que el porcentaje encontrado por nosotros es muy parecido al hallado por CHAVANNE y PITTALUGA respecto a la mortalidad fetal de los gemelares en los primeros días de nacidos, pues si nosotros consideramos a los natimuertos y ellos no, nuestras cifras crecen algo y se acercan aún más a las dadas por dichos autores.

No hemos podido constatar como lo hace el Dr. DUTREY, que las mellizas tengan una mortalidad menor que los mellizos, pues sobre 149 casos de muerte fetal en los que figuraba el sexo; hemos encontrado 73 mellizos fallecidos y 76 mellizas fallecidas.

Con respecto a lo afirmado por FRUHNHOLZ y GERNEZ y OMEZ; de que la mortalidad es mayor en el segundo feto, nuestro estudio ratifica tal certeza, pues sobre 159 fallecimientos encontramos que 70 corresponden al primer feto y 89 al segundo.

PARTO

La mayoría de los autores, están de acuerdo en afirmar que el parto gemelar es generalmente autócico, presentándose los fetos en forma sucesiva y separadamente; pero casi todos ellos refieren la eventualidad del parto distócico que es necesario prever y tratar en momento oportuno y en la forma más conveniente para cada caso, ya que ella puede ocurrir por diversas circunstancias que es preciso citar, así puede ocurrir, por el enganche de la cabeza del primer feto que se expulsa en pelviana con la cabeza del segundo que se encaja antes que la del primero, ésto generalmente ocurre en el estrecho superior o por encima de él; circunstancia que muchas veces es confundida con la estrechez pelviana, los tumores uterinos o yuxtauterinos, con el exceso de volumen fetal, etc.: también es motivo de distocia, la procedencia de los miembros del segundo feto por delante de la presentación del primero. Por otro lado, cuando la pelvis es muy amplia, los fetos son pequeños y el útero es hipertónico, sucede con relativa frecuencia el encaje simultáneo de ambos fetos, en éstos casos, más que a un accidente espontáneo, la distocia ocurre como consecuencia de maniobras intempestivas. Aún sin la ingerencia de las ocurrencias anteriores, encontramos motivos de distocia en la inserción velamentosa del cordón, en cuyo caso, deberá conservarse lo más que se pueda la integridad de la bolsa de las aguas y si se produce hemorragia se extraerán ambos fetos en forma rápida.

No es pues muy justo decir que el parto gemelar es sencillo y eutócico, sabiendo que todas las eventualidades anteriores son propias de la naturaleza de la gestación que estamos tratando y que ellas como es lógico de suponer, se añaden a todas las causas que de por sí producen distocias en un parto simple (estrechez pelviana, inercia uterina, etc.). Si a todo ésto, añadimos la hipotonía e hiposistolia primaria tan frecuente en el postparto, podemos concluir afirmando, que es necesario tener presente la posibilidad de la ocurrencia de bastantes complicaciones inherentes a la gestación gemelar.

En un estudio basado sobre 408 partos gemelares realizados en las maternidades de Lima y Bellavista, nosotros encontramos que 338 han sido eutócicos y 71 han sido distócicos, es decir que

el 21,00% de los partos gemelares en la mujer peruana han requerido la intervención del arte; este porcentaje, está de acuerdo con el encontrado por numerosos autores, salvo excepciones como el porcentaje referido por U. FERNÁNDEZ, de 67,3% de intervenciones; entre los autores que hemos revisado, nos encontramos que nuevamente nos acercamos a las cifras proporcionadas por C. CHAVANNE y L. PITTALUGA, pues éstos refieren en su trabajo un 15,95% de operaciones.

Si comparamos estas cifras con las obtenidas de partos simples, constatamos que en el parto gemelar ocurren más del doble de partos distócicos que en el parto simple.

El parto fué eutócico en el primer feto y distócico en el segundo en 29 casos; a la inversa, fué eutócico en el segundo y distócico en el primero en 5 casos. En 37 oportunidades hubo intervenciones en ambos fetos.

Como se puede apreciar por lo anterior, observamos que el segundo feto da lugar a 6 veces mayor número de intervenciones que el primero; pero donde el auxilio del arte ha sido más necesario, es en los casos en que se ha intervenido sobre ambos fetos.

En los 71 casos citados, se ha realizado una embriotomía; 5 aplicaciones de forceps, que han correspondido a 1 caso de inercia uterina, en otro además de la inercia uterina había sufrimiento fetal, y en los otros 3, además de lo anterior, se añadía una persistencia de la cabeza fetal en oxípito sacra.

Se realizaron 4 operaciones cesáreas, que fueron motivadas: en 1 caso por hidramnios; en otros 2 por la existencia de placentas previas, una de ellas baja y hemorrápara y la otra obliterante; el otro caso, se realizó en una ecláptica.

Entre estas intervenciones, se realizaron 58 versiones por maniobras internas, de las que 4 se realizaron por estar el feto en situación transversa; en otros 2 casos, además de lo anterior, había procidencia de mano; en otro caso, la situación transversa se acompañó de procidencia de codo y sufrimiento fetal; y en otro había además hemorragia. Es decir, en total 8 situaciones transversas provocaron dicha maniobra.

En 1 caso, la versión por maniobras internas, se realizó a raíz de tener el feto una situación oblicua, con presentación A1D dorso posterior, a lo que se agregaba inercia uterina y sufrimiento fetal.

En 4 casos se realizó la maniobra antedicha por presentación de hombro. En 1 caso por presentación AillP con prociencia de miembro. En otro caso por presentación de cara.

Por prociencia del cordón, se efectuó en 6 oportunidades, de las que dos se acompañaban de sufrimiento fetal. Se realiza en dos casos por prociencia simultánea de mano y cordón y en una por prociencia de sólo la mano. En 1 caso ocurre por prociencia del miembro superior y en otro por prociencia de la cabeza y miembro inferior izquierdo.

Por inercia uterina solamente, ocurre en 2 oportunidades y en otras 2 porque a ella se agrega sufrimiento fetal.

Una vez se realiza por eclampsia y otra por preeclampsia y sufrimiento fetal. Por solo sufrimiento fetal se realiza en 3 ocasiones.

En 1 caso hay circular al cuello y en otro la circular se hace triple.

Se realiza la maniobra en 2 ocasiones por placenta previa lateral hemorrágica; en otra por cabeza fija; y en una última, por rotura uterina, inercia y sufrimiento fetal.

En la inmensa mayoría de los casos, esta versión por maniobras internas ha sido seguida de extracción pelviana, que se ha realizado en 46 oportunidades.

Cuando el parto es eutócico, su duración es aproximadamente igual a la de un parto sencillo, debido sobre todo, a que generalmente los fetos gemelares a término son más pequeños que los de un parto simple, a lo que se agrega la frecuencia de la prematuridad; en la inmensa mayoría de los casos, sólo es más prolongado el período de dilatación como consecuencia de la sobredistensión uterina, que no permite efectúe el útero contracciones fuertes y eficaces.

También como consecuencia del exceso de sobredistensión uterina, los dolores aparecen tardíamente.

Si el primer feto se encuentra en situación longitudinal, ya sea en presentación cefálica o pelviana, su expulsión es espontánea, tal como sucedería en un parto sencillo con un feto pequeño; luego el útero reposa de 10 a 30 minutos —según CARSON, el intervalo entre uno y otro parto, varía entre 4 minutos y 44 días para reiniciar sus contracciones que se hacen nuevamente energéticas, aparece la segunda bolsa de las aguas, que se rompe en forma espontánea o artificial, a lo que continúa el encaja-

miento y expulsión del segundo feto en forma fácil, ya que el primero le ha abierto camino.

Es común observar la expulsión de las secundinas después de la expulsión de ambos fetos. Excepcionalmente, y desde luego cuando la implantación de la placenta ocurre en sitios diferentes de la mucosa uterina, la placenta del primer feto sigue a la expulsión de éste, continúa la expulsión del segundo feto, para terminar con la expulsión de su placenta, desde luego tratándose de bivitelinos. Es aún más raro que las dos placentas salgan juntas después del primer feto, lo que indica como se comprenderá una extracción rapidísima del segundo.

Una vez iniciado el trabajo del parto, se constatará las definitivas presentaciones y posiciones fetales, que dependerán de las que tenían los fetos durante el embarazo, sobre todo al final de éste; por lo demás, generalmente son las mismas, sobre todo tratándose del primer feto; es bastante raro que los fetos cambien de posición en los últimos meses, por impedírsele el uno al otro; en cambio una vez salido el primero, el segundo puede cambiarla.

Los sacos ocupados por los gemelos están generalmente uno al lado del otro, pocas veces uno frente al otro (o sea uno delante y otro atrás), y más raramente uno arriba y otro abajo, en este caso, la salida del segundo se ve complicada porque en primer lugar ha de atravesar el tabique que lo separa del primero, penetrar luego en la cavidad del feto ya expulsado y de allí salir al exterior. Es sumamente raro pero posible que ambos estén en situación transversal. Lo habitual es que esté uno a cada lado de la columna vertebral y por la forma del útero el que está en el lado izquierdo se encuentra más bajo y sale el primero.

Hemos tenido oportunidad de revisar numerosos trabajos estadísticos referentes a los distintos tipos de situaciones, presentaciones y posiciones, que no permiten llegar a la conclusión de que la situación longitudinal es muy frecuente y como por lo dicho anteriormente, sabemos que esta situación favorece el desarrollo del parto normal, es quizá esta la razón que justifica la denominación de parto eutócico al parto gemelar; la presentación cefálica es también bastante común y solamente refiriéndose a este tipo de presentación en los dos gemelos (presentación cefálica de ambos fetos), llega casi al 50% de los casos en las estadísticas de buen número de autores.

También se deduce de estos trabajos estadísticos, que la presentación de nalgas y la situación transversa, son más frecuentes que en partos simples; esta última situación, como hemos podido observar por nuestro propio trabajo estadístico, favorece el parto distócico.

Es interesante la observación descrita por U. FERNANDEZ, referente a los cambios de posición y presentación que efectúan los gemelos, sobre todo el segundo feto (en el primero, la presentación es casi siempre la misma, variando sólo algunas veces la variedad de posición) y que se constatan al iniciarse el parto, al compararles su presentación y posición con la que tenían durante el embarazo.

Nosotros en un estudio hecho al respecto, basado sobre 311 casos (622 gemelos), hemos obtenido los siguientes resultados:

Ambos fetos en presentación cefálica	142 casos
Un feto en presentación cefálica y el otro en presentación podálica	132 casos
Los que se descomponen así:	
El primero en cefálica y el segundo en podálica	94 casos
El primero en podálica y el segundo en cefálica	38 casos
Ambos en presentación podálica	15 casos
Total de fetos en situación longitudinal	289 casos
Primer feto en situación longitudinal	
segundo feto en situación transversa	17 casos
Los que a su vez han correspondido a:	
El primero en cefálica y el segundo en transversa	13 casos
El primero en podálica y el segundo en transversa	4 casos
El primero en situación transversa y el segundo en situación longitudinal	1 caso
Este caso correspondió:	
El primero en presentación podálica y el segundo en situación transversa.	
Total de fetos en los que uno adquiere la situación longitudinal y el otro la transversa . .	18 casos

Total de fetos en situación longitudinal y obliqua	2 casos
Total de fetos en situación transversa y transversa	1 caso

Como se puede apreciar, hemos encontrado gran predominio de las situaciones longitudinales en ambos fetos pues los 289 casos encontrados, corresponden al 92,92% y como ya sabemos, ello favorece la ocurrencia de partos eutócicos.

La gran frecuencia de las presentaciones cefálicas, de que hablan los autores, se dejó ver al ocurrir, sólo tratándose de los dos fetos en presentación cefálica, en 142 casos que equivalen al 45,65%.

Igualmente, constatamos que las situaciones transversas y las presentaciones podálicas son más frecuentes que en el parto simple, y como es de todos conocido, las primeras contribuyen a que sea imprescindible el auxilio del arte.

ALUMBRAMIENTO

Con respecto al alumbramiento, ya sabemos que por lo general la expulsión de las membranas, se produce después de haber nacido ambos fetos; pero en los bivitelinos, la placenta que corresponde al primer feto puede continuar la salida de aquél, dando lugar a la ocurrencia de dos partos sucesivos completos, cada uno con su respectiva placenta; pero puede ocurrir que después de nacido el primero, su placenta al ser expulsada traccione la del hermano y provoque su despegamiento e incluso su expulsión, dos eventualidades que como es fácil suponer indican la rápida extracción del segundo feto.

La gran sobredistensión uterina, y el enorme esfuerzo realizado por el útero durante el parto, condicionan una frecuente inercia uterina en este período; a lo que se suma la enorme superficie de implantación placentaria para dar explicación a las frecuentes hemorragias del post-alumbramiento.

Fuera de estas particularidades, este importantísimo tiempo del parto, no presenta caracteres especiales.

Hemos tenido oportunidad de insistir sobre este tópico en los partos gemelares de la Maternidad de Lima y hemos constatado

que sobre 227 casos, encontramos que el alumbramiento ha sido natural en 223 casos y en 4 ha requerido la extracción manual, es decir, el 1,76% de los alumbramientos ha sido artificial.

En el mismo trabajo, hemos hallado 26 casos de inercia, que representan un 11,45% de tal eventualidad en el alumbramiento de la gestante gemelar peruana.

Igualmente, se han producido en 12 oportunidades hemorragias del post-alumbramiento y en otras 2 la hemorragia ha precedido al alumbramiento; estos 14 casos de hemorragia del alumbramiento, representan un 6,16% (STRASSMANN refiere un 10% de casos).

También se ha observado 1 caso de pequeña retención de membranas y otro de shock post-alumbramiento. En otros 2 casos, se observó la expulsión de una placenta y los dos cordones, así como retención de la otra; y 1 caso de placenta disgregada que correspondía al primer feto.

En conclusión, hemos encontrado en total, 49 casos de alumbramiento accidentado, que representan el 21,58% de los casos.

PUERPERIO

En lo que se refiere al puerperio, como es lógico suponer, la gran sobredistensión uterina condicionará un mayor tiempo de involución que muchas veces no se llega a hacer en forma completa.

Ya, hemos insistido que hay muchos factores que predisponen a la infección puerperal, siendo los principales las mismas causas provocadoras de la hemorragia del post-alumbramiento; así como los traumatismos uterinos producidos por las numerosas intervenciones quirúrgicas —necesarias o no— a que son sometidas estas gestantes, a lo que se agrega la debilidad a veces intensa en que queda el organismo después del parto.

A pesar del raciocinio anterior, las estadísticas de diferentes autores, no acusan un abrumador número de infecciones puerperales en este tipo de gestación y sólo encuentran un discreto incremento de infecciones puerperales sobre los embarazos simples.

Nuestro estudio personal, sólo ratifica tal certeza, pues sobre 408 casos estudiados en las maternidades de Lima y Bellavista, bajo este punto de vista nos da como resultado 351 puerperios

normales y 57 con complicaciones, es decir, un 14,00% que corresponden a 26 casos de infección puerperal, 13 de reacción febril, 3 subfebriles, 1 de nefritis, otro de colitis, 1 con gripe, otro con pielitis, 1 cardiorenal, otro con múltiples abscesos de la mama y otro con pre-eclampsia; hemos sido tan pródigos al dar esos 57 casos de complicaciones puerperales, que hemos incluido en ellos, 12 casos que se complicaron de malaria.

CONCEPTOS ANATOMICOS SOBRE LOS FETOS GEMELARES, SUS PLACENTAS Y MEMBRANAS

Una vez más y como todo lo abordado hasta ahora, vemos la necesidad imperante de separar a los gemelos en bivitelinos y univitelinos y es sobre todo en el tema que nos ocupa donde esta división cobra mayor importancia por las marcadas diferencias que vamos a encontrar en el estudio anatómico.

Hablando en términos generales, podemos afirmar que los fetos gemelares son de un volumen, peso y talla inferior al de los fetos productos de un parto simple.

Al revisar numerosos trabajos estadísticos hechos sobre el tema que nos ocupa, encontramos grandes diferencias en las cifras que proporcionan los distintos autores; ello nos parece debido a que unos autores toman al respecto un promedio basado en la totalidad de los gemelos viables, incluyendo a los prematuros; mientras que otros, sólo se refieren a los nacidos después de haber permanecido nueve meses en el claustro materno; de tal manera que el peso del gemelar para los primeros es algo menor de 2 kilos y para los segundos el peso se encuentra alrededor de 2,500 gramos.

Algunos autores, han referido sus estadísticas ponderales en relación al sexo, dando ligero predominio al femenino; otros lo han hecho en relación a las condiciones del embarazo, referida sobre todo al grado de actividad materna, hallando un predominio de peso en los gemelos nacidos de madres que permanecieron en reposo durante su gestación.

En lo que sí todos están de acuerdo, es en aceptar un mayor peso para los bivitelinos, diferencia que también se observa en la talla y sobre todo en el desarrollo corporal. La diferencia de peso que han encontrado los distintos autores, fluctúa para unos de

100 a 200 gramos y para otros de 300 a 400 gramos; habiendo encontrado como diferencia máxima 2,200 gramos, y en lo que se refiere a la talla una diferencia máxima de 4 centímetros.

Nosotros, en un estudio basado en 754 gemelos, de las maternidades de Lima y Bellavista, llegamos a las siguientes conclusiones:

El peso del gemelar peruano, promedio de los 754 casos, es de 2,402 gramos; cifra que como se puede observar, es muy inferior a la de los nacidos de un parto simple.

También hemos tomado el peso promedio del feto expulsado primero y del salido a continuación, habiendo encontrado los datos siguientes:

Peso promedio del primer feto	2,395 gramos
Peso promedio del segundo feto	2,409 „

Como se puede ver, casi no hay diferencia entre ambos, salvo un discretísimo predominio ponderal en el segundo.

Igualmente, hemos constatado el peso promedio de todos los fetos que han permanecido nueve meses en el útero, hallando para ellos 2,972 gramos, que como se puede apreciar, ni aún en estas condiciones alcanzan el peso de los nacidos como producto de un parto simple; lo que ratifica una vez más lo dicho por numerosos autores: que ni aún los pocos gemelos que llegan a los nueve meses, poseen iguales condiciones que los niños nacidos de partos simples, para defenderse de los ataques del medio ambiente.

Contrariamente a lo encontrado por algunos autores, nosotros hemos hallado un predominio de peso a favor del sexo masculino; en efecto, los resultados que hemos encontrado son:

Peso promedio de los gemelos de sexo masculino	2,467 gramos
Peso promedio de los gemelos de sexo femenino .	2,358 „

Con respecto a la talla, hemos hecho un estudio sobre 446 gemelos nacidos en la Maternidad de Lima y encontramos una estatura promedio de 45,5 centímetros, que también es inferior a la de los nacidos de un parto simple.

Algo muy importante es lo relacionado con el sexo de los gemelos, ya que hay una diferencia capital al respecto entre los

bivitelinos y los univitelinos; sólo en los bivitelinos el sexo puede ser igual o distinto en ambos gemelos, ocurriendo el sexo masculino y femenino en un número casi igual de casos, sin embargo, las estadísticas a veces dan un discreto predominio a los varones y otras veces a las mujeres; la mayoría está a favor de las últimas. En nuestro trabajo, encontramos también un predominio del sexo femenino, que en números redondos corresponde a 6 gemelos del sexo femenino por 5 del masculino.

Los univitelinos son siempre del mismo sexo, sin excepción de ninguna clase.

Los caracteres fisonómicos de los gemelos bivitelinos son diferentes, en cambio el grado de desarrollo corporal es semejante; sucediendo lo inverso en los univitelinos, es decir, que en estos últimos, los caracteres físicos son muy semejantes, en cambio el desarrollo corporal toma con gran frecuencia una diferencia marcada como expresión de frecuentes alteraciones en la corriente sanguínea de la tercera circulación placentaria, que condiciona un mayor aporte sanguíneo a uno de los dos fetos y por ello su mayor desarrollo. Por otro lado, sólo en este tipo de gemelo es posible la ocurrencia de monstruosidades dobles.

El estudio de "las placentas", es muy importante y de gran valor por tener caracteres precisos y diferentes en las dos clases de gemelos.

Las placentas de los bivitelinos son dos, una para cada feto, cada una posee un cordón umbilical propio, son de menor volumen que las de los embarazos simples, R. PRINI encuentra como término medio un peso de 828 gramos para las dos placentas, dato corroborado por F. WEBER cuando dice que poco les falta para pesar 1,000 gramos en conjunto.

Nosotros hemos revisado los pesos de las placentas correspondientes a 223 partos gemelares, efectuados en la Maternidad de Lima, y pesadas ambas en conjunto, nos dan un promedio de 867 gramos; cifra que como se puede apreciar es algo superior a la encontrada por PRINI e inferior a la hallada por F. WEBER.

Pero el rasgo característico de estas placentas, lo constituye su independencia absoluta tanto desde el punto de vista anatómico como fisiológico y a pesar de observarse a veces aparentemente soldadas, al intentar separarlas, la soldadura se despega con relativa facilidad previa aparición de un surco de unión; hacemos hincapié en el hecho de que no existe anastomosis en-

tre ambas, salvo muy excepcionales casos de un eventual sistema capilar común de alguna vellosidad.

Las placentas de los univitelinos por el contrario, se caracterizan por la gran cantidad de anastomosis que existen entre ambas, que pueden ser superficiales en cuyo caso la comunicación se efectúa de vena a vena o de arteria a arteria; y anastomosis profunda entre arterias y venas o venas y arterias, por intermedio de capilares; de tal forma que se origina una corriente sanguínea en doble sentido, una que parte del corazón izquierdo de uno de los gemelos y termina en el derecho del congénere, la otra que partiendo del corazón izquierdo de éste, y continuando la corriente sanguínea, termina en el corazón derecho del primero; de tal manera, que esto origina una circulación intermedia entre ambos gemelos que es llamada "la tercera circulación".

Cabe la posibilidad de que el corazón de alguno de los dos fetos sea más potente que el del hermano y sabiendo que existen anastomosis de arteria a arteria, el feto de corazón más potente toma el comando circulatorio, algunos de sus cotiledones invaden a los del más débil, de tal suerte, que éste toma la mayor parte de su sangre a través de venas que se encuentran en sus reducidos y atróficos cotiledones; en estos momentos es necesario para lograr la supervivencia del más débil, la formación de nuevas anastomosis que equilibren la alterada corriente circulatoria, a favor de una circulación en sentido contrario; si ello no sucede, la prepotencia del más fuerte, se hace sentir cada vez con mayor intensidad, terminando el más débil por convertirse en simple apéndice del primero, originando los monstruos acárdicos-acéfalos, amorfos, etc., y si no llega a ese extremo, se produce en él edematización de los tejidos, retardo del crecimiento, etc.; en otros términos, uno de los gemelos se ha convertido en transfusor y el otro en transfundido.

Autores franceses hacen un estudio prolijo de la circulación cuando existe un gemelo y un monstruo, hacen hincapié sobre la complejidad de la circulación y refieren que el corazón del feto normal asegura la circulación del monstruo (acárdico generalmente, o por lo menos con un corazón mal desarrollado que se limita a recoger la sangre mandada por el hermano); insisten en que esta circulación se efectúa por las anastomosis de vasos onfalomesentéricos o umbilicales de ambos, o por la placenta co-

mún en cuyo caso es capilar, de arteria a arteria, de vena a vena, o de arterias a venas al mismo tiempo.

Se ha calculado la amplitud normal de la tercera circulación y se ha encontrado que fluctúa entre la décima y la veintava parte de la totalidad de la corriente sanguínea de uno de los gemelos; y a veces algo más. La tercera circulación se constata al poder inyectar ambas placentas desde uno cualquiera de los cordones.

En cuanto a "las membranas", los bivitelinos poseen cada uno de ellos, en forma independiente, un corion y un amnios; contrariamente a esto, los univitelinos sólo tienen un corion y en la inmensa mayoría de los casos dos amnios, aunque es factible la existencia de un solo amnios en este tipo de gemelos; trabajos estadísticos refieren que esta eventualidad ocurre en el 0,88% de los gemelares en su totalidad y en el 2,7% de los univitelinos; MULLER constata un monoamniótico cada 6,000 gestaciones; AHLFELD sobre 62 univitelinos, encuentra 3 monoamnióticos; RESINELLI da 2,11 monoamnióticos sobre 100 univitelinos; ALFIERI sobre 256 univitelinos, refiere 6 monoamnióticos, o sea 2,40% de los univitelinos y 0,45% de los gemelares en su totalidad.

En el caso de los bivitelinos, como constan de un corion y de un amnios para cada gemelar y estas membranas se unen por su superficie sin fusionarse, originan un tabique de separación a cuatro membranas, dos coriones y dos amnios; a veces en este tabique se encuentran restos deciduales provenientes de las caducas capsular o refleja —nunca encontrados en el tabique de separación de los univitelinos— por lo que se puede decir que ese tabique constaría de dos caducas, dos coriones y dos amnios, es decir, poseería seis membranas, sobre todo si los dos huevos anidan a cierta distancia uno de otro, lo que daría lugar a la formación de una caduca doble, que se constata sobre todo al inicio de la gestación.

En cambio, como los univitelinos tienen un solo corion que envuelve a los dos gemelos y generalmente poseen dos amnios, el tabique de separación en estos está formado solamente de dos membranas, los dos amnios. En los raros casos en que sólo existe un amnios, habrá también una sola cavidad en la que se encontrarán los dos gemelos; esta última eventualidad, a veces da lugar a la formación de asas y nudos de los cordones umbilicales, que generalmente son en punto de cadena, con la consiguiente

paralización de la circulación y muerte fetal; QUIGLEY copila sólo de este accidente 109 casos.

Estaría demás insistir sobre el valor que han dado los distintos autores al número de membranas que constituyen el tabique de separación como fuente de diagnóstico diferencial entre los gemelares univitelinos y bivitelinos, ya que sobre él nos hemos explayado en páginas anteriores.

Refiriéndonos a las características de "los cordones umbilicales", como es de suponer los bivitelinos tienen dos cordones independientes que insertarán cada uno en su respectiva placenta; los univitelinos por lo general también poseen dos cordones independientes y a igual que los bivitelinos pueden hacer una inserción velamentosa (los trabajos estadísticos hechos al respecto arrojan un promedio de la ocurrencia de esta eventualidad, en un 5% a un 9% en todos los casos), y como es lógico suponer, esta ocurrencia originará frecuentemente hemorragias bastante peligrosas.

En los univitelinos, los cordones pueden estar parcialmente fusionados, lo que ocurre sobre todo en los monoamnióticos, lo que traerá consigo los anudamientos y complicaciones hace poco referidas.

Existe una comunicación interesante que refiere la constatación de complicados nudos en número de 6 o 7, entrelazados entre sí, con la particularidad de que no se produjo paralización de la circulación y los fetos nacieron viables; como refiere el mismo autor, este hecho es sumamente raro.

Aún con menor frecuencia que lo anterior, se ha constatado en gemelos unidos, un solo cordón umbilical para ambos.

En general, en la gestación gemelar se encuentra una mayor cantidad de "líquido amniótico" que en el embarazo simple.

El polihidramnios es más frecuente en el univitelino que en el bivitelino y su presencia en una gestación, nos hace sospechar en la posibilidad de un embarazo gemelar, sobre todo de gestación doble univitelina.

Es interesante recordar que el aumento del líquido amniótico se produce a raíz de un marcado polihidramnios en una de las bolsas amnióticas con un simultáneo oligohidramnios de la otra bolsa que corresponderá al feto menor desarrollado, en cambio el polihidramnios ocurrirá en la bolsa que contiene al feto mejor desarrollado, y se originará, por una intensa poliurea que depen-

derá de una mayor oferta de líquidos al riñón, la que a su vez será consecuencia de una hipertrofia cardíaca.

PRONOSTICO

Efectuando una vista panorámica al pronóstico de la gestación gemelar, constatamos una serie de datos interesantes que nos inducen a pensar en la necesidad de ver el asunto desde un punto de vista médico-social, que redundaría en una protección a la madre y al producto de su gestación. También nos parece indispensable estudiar el pronóstico de la madre, de los fetos y en lo que se pueda diferenciar éste en los univitelinos y en los bivitelinos.

Aunque el pronóstico materno no se puede calificar de malo, es menos favorable que el de un parto simple, efectivamente, desde los primeros meses de la gestación, a causa del aumento desproporcionado del útero, así como por frecuentes polihidramnios, se originan una serie de trastornos de origen mecánico que se traducen por alteraciones en los aparatos: cardiovascular, respiratorio, digestivo, renal, locomotor y nervioso que son muy importantes y significativos, pero que no citamos por estar ya referidos cuando nos ocupamos del estudio de la evolución; a lo que se agrega una intoxicación gravídica de origen químico debida al aumento de la superficie placentaria, que lesiona todos los aparatos antes citados, pero sobre todo al aparato renal, produciendo una serie de trastornos de diverso grado, pudiendo conducir hasta la nefritis o hasta la nefropatía pre-ecláptica que son mucho más frecuentes y graves que en los embarazos simples y que representan una de las causas principales de muerte materna, sobre todo tratándose de univitelinos.

Ya nos hemos referido en extenso sobre el aborto en el curso de la gestación gemelar, por lo que aquí sólo diremos que su mayor frecuencia trae consigo todos los peligros concernientes a él, sobre todo la hemorragia y la infección post-aborto.

También ensombrece el pronóstico materno, la muerte de uno de los fetos en el claustro materno, sobre todo si superviviendo uno de ellos, el otro queda oculto en la cavidad uterina bajo la forma de feto papiráceo y dando origen después del nacimiento del primero a infecciones y hemorragias; igualmente, ensom-

brece el pronóstico la posible degeneración molar de uno de los fetos; lo mismo podemos decir de la no muy rara anidación anómala de uno o de los dos huevos, con el consiguiente peligro materno; ruptura de la trompa en la gran mayoría de los casos.

Pero más importante que lo anterior y con relación al pronóstico, lo constituye la frecuencia de las situaciones, posiciones y presentaciones anormales —como ya hemos referido en nuestro cuadro estadístico— y que traen consigo la necesidad de una mayor cantidad de intervenciones quirúrgicas con la consiguiente lesión de órganos genitales maternos que se traducen posteriormente por la frecuencia de hemorragias e infecciones.

El Dr. ISMAR PINTO NOGUEIRA presenta 1 caso de muerte materna durante el parto en una versión por maniobras internas, por shok obstétrico producido en una sujeta con lesiones cardíacas e intoxicación gravídica, el acto operatorio lo realiza por tratarse de un embarazo gemelar con un feto en presentación transversa.

La sobredistensión que ha estado sometido el útero, hace que se produzca una hipotonía e hiposistolia primaria de la fibra uterina que impide se termine la dilatación completa, tomando mayor tiempo la fase expulsiva, lo que traerá consigo el agotamiento materno y la posibilidad de posteriores infecciones puerperales como resultado del parto prolongado.

Igualmente, la enorme distensión uterina unida a su rápido vaciamiento, hacen que su contractibilidad en el alumbramiento sea muy débil y lenta, esta marcada inercia uterina hace que el desprendimiento y expulsión de la placenta sea morosa y muchas veces accidentada; en otras oportunidades son el origen de su eliminación parcial, estos restos placentarios en caso de no ser extraídos oportunamente producirán profusas y temibles hemorragias del alumbramiento y post-alumbramiento que se producen a veces sin necesidad de que queden restos placentarios, pues a la atonía uterina se agrega la enorme superficie de implantación placentaria.

Por todo lo dicho con respecto al pronóstico materno, es fácil deducir la mayor frecuencia de la morbilidad y mortalidad materna en la gestación gemelar comparada con las de las gestaciones simples. Trabajos estadísticos, arrojan un promedio de 2 a 4 muertes de madres gemelares por 1 de embarazo simple.

En nuestro medio, el parto gemelar ha sido algo más condescendiente con la vida de las madres.

Si el pronóstico materno de las gestantes gemelares es menos favorable que el del parto simple, el pronóstico del producto de su gestación es menos favorable aún, en efecto, casi el 50% de ellos mueren antes de nacer, si nacen viables son prematuros o débiles congénitos en la inmensa mayoría de los casos, sobre todo tratándose de los univitelinos por agregarse en ellos la tara tóxica o infecciosa de sus antecesores; si a ello agregamos la serie de traumatismos a que son sometidos como consecuencia de las numerosas intervenciones quirúrgicas efectuadas para subsanar los frecuentes partos anómalos, generalmente producto de situaciones y presentaciones viciosas, no nos llamará la atención la enorme proporción de muertes que ocurren en estos gemelares, ni lo referido por HIRST en 1938 en Filadelfia, quien afirma que el 68% de la muerte de gemelos y del producto de los embarazos triples (recién nacidos), fueron debidos a su prematuridad. Así y sólo por citar un ejemplo, tenemos los casos en que después de nacer el primer gemelo, muere el segundo en plena fase expulsiva por desprendimiento prematuro de la placenta común o por disminución brusca de la presión intrauterina, así como por la reducción de la superficie placentaria y con alguna frecuencia como resultado de la extracción instrumental. Esto también explicaría la mayor mortalidad del segundo feto sobre el primero, hecho que hemos referido ya en la evolución y constatado en nuestra propia estadística; en la primera, también insistimos sobre la gran frecuencia de natimuertos que es de 2 a 3 veces mayor que en los partos simples, como también ratificamos en nuestro trabajo.

Los prematuros alcanzan de un 50% a un 60%, nuestro medio es aún más pródigo al respecto, pues hemos constatado en nuestro ambiente que éstos alcanzan un 71,43%.

Su fragilidad los hace sufrir hasta el momento de nacer, así como durante el parto donde muchas veces se producen hemorragias meníngeas. Por otro lado, los niños nacidos en estas condiciones son víctimas de las agresiones del medio ambiente y su inferioridad física los hace receptivos a una serie de enfermedades que en estos casos toman una gravedad inusitada.

Si nosotros pensamos que estos niños desde su desarrollo intrauterino tienen un menor aporte de sustancias alimenticias

(por tener que dividirlos entre dos); que pueden ser portadores de taras hereditarias; que generalmente nacen con menor tiempo que el que requiere su completo desarrollo; que son sometidos posteriormente con mucha frecuencia a traumatismos instrumentales durante el parto; que por lo general las clínicas maternas no tienen con ellos un cuidado especial y que sólo en raras ocasiones se reducen a las que pueden tener con un prematuro ordinario; a que la debilidad materna en la mayoría de los casos fuera de nutrirlos mal en su claustro materno, hace que después del parto carezcan muchas veces de leche y generalmente las madres no tienen ni medios para adquirir la artificial; no necesitamos de gran imaginación para comprender que estos niños inician una vida extrauterina en condiciones muy inferiores a las que poseen los niños producto de un parto simple y como nosotros sabemos que la naturaleza hace una selección natural que sólo permite la supervivencia del más fuerte, el gemelar en estas condiciones tendería a desaparecer en las primeras semanas de su vida extrauterina, o por lo menos habría en esta época de su vida una gran mortalidad. Esta última consecuencia es muy cierta, como lo demuestran todas las estadísticas que hemos revisado al respecto e incluso la nuestra.

El conocimiento de este hecho, nos induce a pensar en la necesidad imperante de establecer medidas efectivas para disminuir en lo posible esta mortalidad tan elevada, para lo cual es necesario un diagnóstico precoz y certero, que nos permita velar por los intereses del futuro niño, desde su permanencia en el claustro materno, lo que se lograría con un conocimiento amplio de las complicaciones propias de este tipo de embarazo; se trataría de modificar en lo posible taras hereditarias tóxicas e infecciosas; evitando el aborto y en lo que se pueda, prolongar la vida del feto dentro del útero; controlando a la embarazada en todo el curso de su gestación tanto desde el punto de vista clínico como de laboratorio y si fuera posible con radiografías seriadas; con un conocimiento firme de las complicaciones propias del parto, así como la forma de prevenirlas o tratarlas si ya se han producido, no haciendo o evitando que otros hagan maniobras quirúrgicas intempestivas o innecesarias; vigilando a los niños recién nacidos y someterlos al tratamiento propio de los débiles congénitos en una clínica por lo menos un mes después de nacidos y controlarlos posteriormente con visitas domiciliarias, o si

la cultura de la madre lo permite, hacerlos llevar a la misma clínica donde han nacido cada cierto tiempo, hasta que cumplan un año de edad.

Aunque lo expuesto en líneas anteriores no se refiere en forma estricta al pronóstico, hemos creído conveniente citarlo por ser fundamental para el tema que nos ocupa; ya insistiremos en él al abordar el estudio del tratamiento.

La mortalidad de los univitelinos es mayor, casi el doble, que la de los bivitelinos; igualmente, la fragilidad de los varones parece ser mayor que la de las mujeres (recordaremos que nosotros hemos encontrado por el contrario una discreta mayor mortalidad en las mellizas).

Todos los trabajos estadísticos que hemos revisado, refieren la mayor mortalidad de estos niños en el curso del primer año de vida que se lleva casi la mitad de los gemelos que nacieron viables; la mortalidad en ellos se efectúa en tal forma que el número de muertes es mayor cuando más cerca se encuentran estos niños del día de su nacimiento, descendiendo el índice de mortalidad progresivamente con el transcurso del tiempo, encontrándose que la mortalidad toma su acmé durante las primeras semanas de vida intrauterina.

Es un hecho de observación corriente que a partir del primer año de vida, mental y físicamente dejan de ser inferiores al resto de los niños, en tal forma que se hallan a esta edad en las mismas condiciones que un niño proveniente de un parto simple para afrontar la lucha por la vida y ello lo demuestra trabajos estadísticos que refieren igual mortalidad a partir de esta época tanto para los gemelares como para los productos de embarazos simples.

En un estudio basado sobre 377 gemelares de la Maternidad de Lima, en los que ya hemos descartado los gemelares fallecidos en el curso de su estadía en la maternidad y entre los que también están excluidos los natimueertos, con el objeto de referirnos solamente a los que han salido viables del referido nosocomio; encontramos un promedio de permanencia de 10 días, 1 hora y 12 minutos, que como es fácil observar es cortísima, comparada con la estadía que deberían tener en la maternidad o en un lugar adecuado, para poder vencer con la ayuda de la ciencia los peligros que representan para ellos los ataques del medio ambiente durante las "primeras semanas" de su vida extrauterina.

TRATAMIENTO

El tratamiento está dirigido a prevenir y enmendar en lo posible las anomalías y complicaciones propias de este tipo de gestación, por lo que su éxito depende de un diagnóstico precoz, así como del conocimiento más o menos global que tenga el tocólogo sobre el asunto.

Una vez sentado el diagnóstico se transmitirá al pariente más próximo, o a quien creyere más conveniente el médico, evitando en lo posible que lo sepa la propia interesada por los inconvenientes que pudiera traer consigo: temor a lo desconocido, angustia, acentuación de los signos y síntomas de la gestosis, etc.

Sabiendo que desde el principio de la gestación hay acentuación de los signos y síntomas propios de la gestosis, que además de un origen mecánico obedecen a una etiología química, que desde una simple albuminuria pueden llevar hasta una nefritis, eclampsia, etc.; es deber ineludible del médico tratante, velar por la integridad y el buen funcionamiento de todos los emuntorios desde el inicio y durante todo el curso de la gestación, evitando la ingestión o administración de toda sustancia, sobre todo medicamentosa, que pueda dañarlos o menguar su capacidad de trabajo, que ya está llevada al máximo por tener que desintoxicar a la madre de la sobrecarga de productos albuminoideos, fermentos fetales y sustancias excrementicias de eliminación fetal.

También una vez hecho el diagnóstico, se tratará lo más pronto que se pueda de hacer ingresar a la gestante a una clínica especializada si ello fuera factible, o hablando más claro, si existe dicha clínica. Ya en ésta, o en su propia casa, se impondrá un severo régimen higieno-dietético, que si es tan fundamental en el embarazo simple, aquí cobra su máxima importancia, como es fácil comprender, el régimen alimenticio tendrá que ser muy rico en calorías y minerales, igualmente será esencialmente hipotóxico.

Es indispensable una prolija higiene corporal y mental, así como un mayor reposo que en el embarazo simple, sobre todo durante el tercer trimestre.

Conociendo por otro lado, la enorme frecuencia de abortos y partos prematuros, así como su único tratamiento: su preven-

ción; debemos emplear todas las medidas que conduzcan a tal fin, para lo cual fuera de un buen régimen higieno-dietético, de tratar las enfermedades en sí abortantes y concomitantes con la gestación, de evitar la ingestión de sustancias y sobre todo medicamentos abortantes, etc.; administraremos una conveniente cantidad de progesterona y vitamina E. En caso que se produzca a pesar de todas las medidas adoptadas, se practicará siempre un raspado para tener la seguridad del completo vaciamiento uterino.

La conveniencia de que la gestante se establezca en una clínica especializada, reside en la necesidad que tiene de ser sometida a una constante expectación armada, basada en exámenes repetidos tanto clínicos como de laboratorio, que pueden poner de aviso sobre inminentes complicaciones y por tal poder ser evitadas o combatidas en forma precoz, rápida y eficiente. Si ello no fuera posible, el médico estará en la obligación de hacer frecuentes visitas domiciliarias, constatando la evolución de la gestante y tratando de prevenir la tan frecuente autointoxicación gravídica.

Igualmente, se mejorarán en lo posible las situaciones fetales, para lo cual es necesario saber que sólo se debe actuar sobre el feto situado inferiormente y únicamente cambiar la situación transversa en longitudinal (cefálica o podálica), ya que las maniobras externas para hacer la versión de podálica en cefálica están proscritas en el embarazo gemelar; por lo demás, el cambio de transversa en longitudinal sólo se hará si no se presenta gran dificultad para las maniobras externas.

En muy raros casos será preciso una disminución terapéutica de la presión intrauterina (acentuación marcada de los síntomas y de los signos de la gestosis), y en escasísimas eventualidades la interrupción de la gestación (grave compromiso renal).

No se olvidará la administración de fuertes cantidades de vitamina K, durante el último trimestre de la gestación.

Es conveniente también saber, que al fin de la gestación se producen dolores que simulan a los del parto, llamados "dolores de las últimas semanas" para no creer que se ha iniciado el parto. Una vez iniciado éste, es necesario poseer todo lo indispensable para tratar cualquier complicación o eventualidad que se produzca en el curso de su desarrollo: ocitócicos, material de extracción quirúrgica, etc.

Ya hemos dicho en repetidas oportunidades y hemos explicado su causa, que el período de dilatación es por lo general prolongado y que las débiles y escasas contracciones uterinas son con frecuencia dolorosas; en estas condiciones, la actitud del médico será la de "espera vigilante", haciendo uso de la auscultación repetida para conocer el estado en que se encuentran los dos fetos; esta situación expectante no debe prolongarse mucho tiempo, pues la prolongación excesiva de este primer período puede agotar a la enferma y restarle energías que pueden hacerle mucha falla en los períodos siguientes; sobre todo, si además de la marcada inercia uterina, se constata una situación longitudinal del feto que se presenta y la dilatación ha alcanzado casi el tamaño de la palma de la mano; en estas condiciones está perfectamente indicado el uso de ocitócicos, e incluso la rotura artificial de la bolsa de las aguas, permitiendo sólo la salida lenta del líquido amniótico y evitando los prolapsos del cordón o de las pequeñas partes fetales, tan frecuentes en estos casos por razones obvias.

Con el empleo de esta última maniobra y aún sin el empleo de ocitócicos, las contracciones uterinas, por la retracción de las fibras uterinas, se hacen más potentes y eficaces, a la par que menos dolorosas, la presentación baja y la dilatación se hace más fácil y rápidamente.

Pero si las maniobras anteriores no surten el efecto deseado, a lo que se añade la falta de colaboración de la prensa abdominal, debido a la sobredistensión uterina y por tal del vientre y si a esto se agrega la no rara eventualidad de que la fuerza imprimida por el fondo uterino se pierde, por no obrar sobre el eje longitudinal del primer feto; entonces ocurre la paralización de este período, con los consiguientes peligros para la madre y su producto, circunstancia apremiante que exige la intervención del arte, que se encargará de hacer una extracción manual si la presentación es podálica y empleará el forceps si es cefálica.

Por lo que vemos hasta ahora, si es verdad que lo fundamental en este período expulsivo es el de revestirse de gran paciencia y evitar intervenciones precoces; no lo es menos, las eventualidades que pueden exigir una intervención estrictamente indicada.

En los raros casos (sobre todo tratándose del primer feto), en los que el feto se encuentra en situación oblicua o transversa,

se tratará en lo posible y todo el tiempo que se pueda, conservar la integridad de la bolsa de las aguas, y se hará la versión podálica, la que será seguida inmediatamente de la extracción. Estas dos operaciones, deberán efectuarse también cuando ocurre prolapso del cordón umbilical o prolapso de los brazos.

Insistimos una vez más en el hecho de que todas las maniobras expuestas hasta aquí no son muy frecuentes (aunque sí es muy conveniente tenerlas en cuenta por lo que pudiera ocurrir), ya que por lo general el primer feto adquiere una situación longitudinal y su expulsión se hace en forma espontánea.

El conocimiento que tenemos sobre las anastomosis existentes entre las placentas de los gemelos univitelinos, así como los básicos conceptos sobre la tercera circulación, indican la realización de una maniobra muy importante sobre el cordón umbilical; una vez expulsado el primer feto, se deberá en todos los casos (ya que no sabemos a priori si se trata de univitelinos o bivitelinos) ligar con todo esmero, con dos ligaduras, por encima y por debajo del lugar donde se va a efectuar la sección del cordón, con el objeto que ambos cabos, fetal y placentario, permanezcan ocluidos; aún, más, como es conveniente ponernos en todos los casos, pensamos en la posibilidad de que hayamos hecho mal la ligadura, lo que remediamos efectuando la maniobra de STRASSMANN, para lo cual envolvemos el extremo del cordón con algodón y lo fijamos sobre el abdomen de la madre; estas dos últimas maniobras sencillas, nos permiten ponernos sobre aviso en el caso que se produzca una hemorragia, por discreta que ella sea, en el extremo del cordón. Todas estas maniobras impiden la muerte del segundo feto, ya que de ser univitelino se desangraría por esta vía.

Pero no sólo lo anterior es causa de muerte del segundo feto, ya que ella también se puede producir por desprendimiento del cordón de la placenta, o por desgarros placentarios en el desarrollo del trabajo del parto; el desprendimiento del cordón ocurre sobre todo en los casos de inserción velamentosa. Pero además de estas circunstancias, la vida del segundo feto puede peligrar al desprenderse parte o la totalidad de su placenta, motivada por la restricción uterina y la disminución a veces brusca de la presión intrauterina.

La posibilidad de la ocurrencia de cualquiera de estas eventualidades, debe poner en guardia al tocólogo experimentado,

quien auscultará repetidas veces y en forma comparativa la actividad cardíaca del segundo feto, lo que será seguido de un examen externo, e incluso interno si surge indicación, para poder formarse un concepto de la situación y presentación del segundo feto, así como su grado de encajamiento; del mismo modo, se descartará la existencia de prolapsos o procidencias mediante una meticolosa y constante exploración.

Después del nacimiento del primer feto, el útero entra en un período de reposo fisiológico que dura para la mayoría de los autores 20 minutos, como término medio, pero debe ser respetado por lo menos una hora ya que durante este lapso de tiempo el útero cobra nuevas energías, —pues las primitivas están casi agotadas por el trabajo que representa la expulsión del primero— con lo que se repone el útero y se organiza para realizar una feliz expulsión del segundo y en esta forma se previenen posibles hemorragias post-partum. Esta forma de actuar por supuesto, se realizaría si no ocurre ninguna complicación, tal como sufrimiento fetal (constatable por la auscultación de los tonos cardíacos del segundo feto); si no hubiera hemorragia interna ni externa; o si no se produjera el desprendimiento de la segunda placenta, por no estar completamente independiente de la primera, que hubiera salido después del primer feto arrastrando o tironeando la segunda antes de la expulsión del segundo feto; o si no se presentaran situaciones fetales anormales, etc.

Todas estas circunstancias obligan a intervenir, incluso sacrificando el período de reposo fisiológico uterino. Pero si se interviene sin una indicación estricta, rompiendo precozmente la bolsa de las aguas, o tratando de extraer en forma anticipada al segundo feto, se origina un descenso de la presión intrauterina, que puede producir el desprendimiento precoz de la placenta.

Si es conveniente tener en mente la posibilidad de la ocurrencia de todas estas eventualidades, también es bueno saber que en general, después de un período de reposo fisiológico uterino más o menos moderado, el segundo feto es expulsado fácilmente y en forma espontánea, ya que el primero le ha abierto el camino, que la inercia uterina no es muy frecuente y que por lo general es aún más pequeño que el primero.

Sólo en los casos en que la inercia uterina es muy marcada y el reposo fisiológico uterino se alarga en forma alarmante (por temerse la invasión microbiana a través del cordón o el des-

prendimiento de la placenta) se romperá la segunda bolsa de las aguas que no desempeña ya ningún papel por estar el orificio uterino totalmente dilatado por la expulsión del feto anterior: en estos casos se emplearán los ocitócicos con mucha precaución, pues varios autores recomiendan no usarlos en estos momentos, contrariamente a la opinión de otros que indican la administración de extracto pituitario y derivados del cornezuelo de centeno en forma sistemática después del nacimiento del primer feto.

En los casos en que surge la intervención inmediata (sufriamiento fetal, desprendimiento de la placenta, etc.), si la presentación es de vértice, cara o frente y la cabeza está encajada, se empleará el forceps, que es de fácil aplicación por estar los tejidos blandos ya preparados por la expulsión del primero así como por la pequeñez del segundo feto; si la cabeza se encuentra alta y no hubiera contraindicación, se hará la versión seguida de la extracción; operaciones que también se verificarán en caso de estar el feto situado transversalmente. Si la presentación es podálica se hará la extracción manual o la gran extracción.

Todo lo dicho hasta aquí respecto a la actitud que debe tomar el médico frente al parto gemelar se refiere al caso frecuente de que nazcan separados, pero cabe la posibilidad que lo hagan juntos, es decir, que ocurra el encaje simultáneo por engatillamiento o acuñamiento de ambos en la pequeña pelvis, en cuyo caso la actitud del tocólogo es diferente y también distinta según que los fetos estén vivos, uno muerto o ambos muertos. En el primer caso y siempre que la vida de la madre no se comprometa demasiado, se hará una epiziotomía profunda, con lo que se evitará la desgarradura total del perineo, luego se introducirá toda la mano y se rechazará hacia arriba al feto que esté más alto, procediéndose de inmediato a la extracción del que ya haya descendido más. Otros indican la cesárea, sobre todo si las condiciones asépticas uterinas, si el grado de descenso de los fetos y su vitalidad lo permiten. Otros indican la laparotraqüelotomía o cesárea baja, para poder hacer la incisión uterina en el mismo lugar del entrecruzamiento.

En el caso de que uno de los fetos esté muerto, todos los esfuerzos del médico estarán encaminados a salvar al que sobrevive, para lo cual, en beneficio de éste realizará la basiotripsia, perforación, sección del cuello seguida de la extracción del cuer-

po y extracción de la cabeza con basiotripsia o su internamiento al fondo uterino para que no estorbe la salida del viable.

L. PORTES y GRANJON, en un brillante trabajo estadístico, realizado en la Clínica de Baudelocque durante 30 años (1914-34), sobre intervenciones realizadas en partos gemelares, llegan a conclusiones interesantísimas, que creemos muy convenientes de citar y que hemos tratado de reducir en forma escueta.

Sobre 1,000 partos gemelares, han constatado 587 intervenciones (58,7%), que en realidad corresponden a 329 casos, ya que en algunas gestantes ha habido más de una intervención, por lo que 32,9% de las mujeres en gestación gemelar, estudiadas por ellos, han tenido una o más intervenciones, —recordaremos que en la mujer peruana han ocurrido en el 21.00% de los casos—, de estos 329 casos, 263 han sido bivitelinos, 59 univitelinos y 7 indeterminados; asimismo, 156 han sido primíparas y 173 múltiparas.

Sobre otras 2,000 observaciones, se encuentran 367 casos de extracción artificial (18.35%), de los que 357 han ocurrido por vía baja y 10 por vía alta; de estos 357, 144 han sido efectuadas sobre el primer gemelar y 213 sobre el segundo, de lo que se deduce el predominio de la extracción artificial en el segundo feto, tal como lo hemos ratificado nosotros en nuestra estadística personal.

La aplicación de forceps es bastante frecuente: 7% (140 entre 2,000), ocurriendo casi el doble de las veces en el primer gemelar; siendo la causa más importante, la falta de progresión de la cabeza fetal; la mortalidad en estos casos es elevada: 30 de los 140, de los que 17 fueron natimueertos.

La extracción de nalgas es menos frecuente que la aplicación de forceps: 4.25%, la presentación de nalgas, aunque menos frecuente que la presentación cefálica, indica un mayor número de intervenciones. La extracción debe ser lenta y prudente por tratarse generalmente de prematuros que han sufrido mucho durante el parto.

La versión por maniobras internas, con una frecuencia de 6.35%, casi sólo ocurre sobre el segundo feto; la mortalidad es elevada y no ocurre en la inmensa mayoría de los casos por la intervención, sino por la misma causa que determinó la intervención (procidencias, hemorragias, eclampsia, etc.), así como

la prematuridad. Ocurrieron 34 muertes, de las que 17 fueron natimuerdos.

Las embriotomías son muy raras, 0,25%, presentándose el enganchamiento de las cabezas en rarísimos casos, 1 en 2,000.

Sobre el mismo número de casos, se han reducido 27 incidencias o prolapsos, de los que 18 han sido del cordón y 9 de miembros; 8 en partos naturales y 19 en extracciones artificiales.

Son partidarios del empleo del balón de CHAMPETIER DE RIBES, por la frecuencia de defectos de dilatación y contracción uterina, así como por la posibilidad de daño en el empleo de los ocitócicos.

Han realizado la epiziotomía en un número reducido de casos, 1,2%, principalmente en las primíparas.

Los alumbramientos artificiales han sido efectuados en 127 casos sobre 1,000, siendo mucho más frecuentes en los bivitelinos: 107.

La revisión uterina después del parto, es en este caso, más importante que en el embarazo simple, por la frecuencia de retención de fragmentos de membranas.

La versión por maniobras externas sobre el segundo feto, después del nacimiento del primero, ha ocurrido en 18 casos de presentación de hombro, de los que 5 tuvieron un término feliz, 8 terminaron en versiones internas y 5 crearon incidencias.

Sólo practicaron 5 operaciones cesáreas, con una mortalidad elevada, 3 casos por tratarse de casos malos, de los que 2 fueron mal observados, ensombreciendo el pronóstico la hemorragia, el shock y la infección.

Se realizaron 4 histerectomías, sobre 1,000 casos, de las que 3 han sido consecutivas a operaciones cesáreas, ocurriendo 2 decesos. En 2 de los casos, el sacrificio uterino, ha permitido salvar a dos mujeres, cuando el caso parecía desesperado.

En todos los casos en que se presuman partos distócicos, debe emplearse la terapéutica anti-shock, anti-hemorrágica y anti-infecciosa preventivas.

La estadística, indica que gran parte de la mortalidad en el parto gemelar es debida a la hemorragia del alumbramiento, siendo preferible evitarla que cohibirla, no espaciando la intervención y acortando la anestesia. Es preferible la anestesia por inhalación, sobre todo la de protóxido de nitrógeno o la epidural aunque ésta crea cierta hipotensión.

Toda extracción artificial debe ser metódica y cuidadosa, por tratarse generalmente de prematuros y débiles congénitos y por tal, poco resistentes a los traumatismos.

En los casos de inercia uterina, con trabajo prolongado, es preciso una extracción artificial del primer gemelar con anestesia, la hemorragia que viene a continuación, debe tenerse muy en cuenta; en el segundo se hará una versión, seguida de un alumbramiento artificial sistemático, en seguida del cual se inyectará hipofisina para precaver toda eventualidad.

CHAVANNE y PITTALUGA observan un promedio de intervenciones de 6,15% en los partos simples que contrasta con el de los partos múltiples que alcanza, para ellos, el 15,95%.

Durante el alumbramiento, por el peligro de las hemorragias, por la sobredistensión a que está sometido el útero, y su consecuencia, defectos en su contracción y retracción, es muy conveniente la administración sistemática y repetida de los ocitócicos; recordando que la placenta toma en este tipo de gestación, mayor tiempo para desprenderse, debe esperarse un tiempo prudencial realizando la maniobra de CRÉDÉ enérgicamente; si pasado este tiempo prudencial las placentas no hicieran su aparición, o se produjera una profusa hemorragia antes de la salida de las placentas (por producirse una disminución de la presión intrauterina, a la par que una marcada inercia uterina y un desprendimiento parcial de la placenta), se impone la extracción manual de las placentas y sus membranas.

La expresión de las placentas, se debe hacer más precozmente que en los partos simples, y una vez salida ésta, se administrará nuevas dosis de ocitócicos por vía venosa, para continuar durante una semana su administración por ingesta. Es sobre todo durante las dos o tres primeras horas, después de la salida de la placenta donde el médico debe vigilar estrictamente a la gestante y emplear todos los medios a su alcance para ayudar a la retracción uterina definitiva que por lo general es muy lenta, así empleará medios físicos y mecánicos (masaje —amasamiento suave del útero—, calor, frío, etc.), químicos (derivados del cornezuelo de centeno), organoterapia (lóbulo posterior de la hipófisis).

Si persiste la hemorragia, se pensará en la posibilidad de la existencia de un feto papiráceo dentro del útero o la existencia de restos de anexos, por lo que se recomienda siempre el examen

meticuloso para comprobar la integridad de las membranas y de la placenta.

Si por todo lo tratado, deducimos que la mujer gestante de un producto doble, requiere cuidados especiales y una atención esmerada, así como un conocimiento profundo —de parte del médico tratante— de todo lo que se refiere a gestación gemelar, incluyendo sus frecuentes anomalías y complicaciones, así como el modo de prevenirlas y tratarlas; asimismo y aún con mayor dedicación, es preciso conocer y tratar de evitar, todos los peligros a que están sometidos los fetos en el claustro materno; reconocer su fragilidad, que debe soportar todos los traumatismos que significan el acto del parto, frecuentemente aumentados por intervenciones precoces, mal dirigidas, o sin una indicación estricta; y si logran sobrevivir a todas estas eventualidades, se encuentran con un desconocimiento de parte de sus padres, e incluso del mundo científico, respecto a su gran debilidad congénita, por lo que se ven precisados en estas condiciones a luchar por la vida casi en igualdad de condiciones que los niños productos de un parto simple, más fuertes y mejor dotados para conservar la salud.

En Río Preto han administrado a gemelos, en gran distrofia y displasia, foliculina (Estroglau) en gotas a dosis corrientes, dadas cuotidianamente, con intervalo de 3 horas, con estupendo buen resultado.

Ese raciocinio, nos lleva de la mano a ver la necesidad de tratar a los gemelos recién nacidos en forma especial, debiendo tener con ellos aún mayor cuidado que con los prematuros ordinarios, alimentándolos en forma eficiente y científica; reteniéndolos en las clínicas u hospitales donde han nacido —si se pudiera en departamentos especializados— un tiempo prudencial que los libraría de la época peligrosa (por su alta mortalidad) de “las primeras semanas”, y en esta forma sería factible entregarlos a los padres —previo reconocimiento de la actividad láctea materna, o por lo menos sabiendo que poseen todos los medios indispensables para permitirle al niño su normal desarrollo y la conservación de la salud— transformados en niños más aptos y ya preparados para obtener éxito en la lucha por la sobrevivencia.

CONCLUSIONES

De la presente monografía y estudio clínico de 435 partos gemelares recogidos de 35,505 partos, y de 870 gemelos, llegamos a las siguientes conclusiones:

1ª Que la incidencia de la gemelaridad en nuestro medio se promedia en 1,22% (un gemelar cada 81,62 simples).

2ª Que nuestro porcentaje de univitelinos: 38,82% es superior a los consignados por otros países y razas.

3ª Que así como es incierta la etiología del gemelar univitelino, es clara la importancia de la herencia en la etiología del gemelar bivitelino.

4ª Que el mayor porcentaje de gestaciones gemelares en la mujer peruana se da entre los 20 y los 28 años, edad inferior a la encontrada por otros autores.

5ª Que en desacuerdo con estadísticas extranjeras, la nuestra demuestra mayor incidencia de gemelaridad en las primíparas.

6ª Que los bivitelinos se originan por fecundación doble y con mucha probabilidad los univitelinos por fecundación simple.

7ª Que el síntoma más constante en nuestras gestantes gemelares es el edema: de los miembros inferiores (43,27%), o generalizado (7,20%).

8ª Que la frecuencia de la eclampsia (1,24%) y la pre-eclampsia (5,24%) en nuestro medio, contribuyen a ratificar la mayor morbilidad de estas gestantes.

9ª Que debe relievase la importancia del diagnóstico precoz, dentro del que la investigación de los antecedentes hereditarios y de las taras orgánicas de los progenitores, cobra valor.

10ª Que en la búsqueda de la clase del gemelo, debe reemplazarse el método de exploración de las membranas, de resultados erróneos, por el examen directo y comparativo de ambos productos.

11ª Que el aborto es frecuente (6% al 25%) y la prematuridad muy elevada (más del 50%).

12ª Que hemos encontrado alto, 71,43%, el porcentaje de gestantes gemelares que no logran llegar a término; anotándose: 24,36% para las que terminan su gestación entre los seis y siete

meses y medio, y 47,07% para las que culminan su gestación entre los siete meses y medio y los ocho meses y medio.

13ª Que en nuestro medio, los gemelares fallecidos dentro de los 10 primeros días (12,15%) y los natimueertos (6,60%), demuestran claramente que la mortalidad es muy superior a la de los productos de partos simples (2,44% y 3,07% respectivamente).

14ª Que hemos encontrado la mayor mortalidad en el segundo feto, y discretamente más elevada en el sexo femenino.

15ª Que hemos hallado dos veces más frecuente la distocia en el parto gemelar (21,00%) que en el simple, y que las intervenciones sobre el segundo son seis veces más frecuentes que sobre el primero.

16ª Que entre nosotros el 92,92% de los fetos tienen situación longitudinal, con presentación cefálica de ambos fetos en el 45,65%. Las situaciones transversas y presentaciones podálicas son más frecuentes que en el parto simple.

17ª Que hemos encontrado alumbramiento accidental en el 21,58% de los casos: inercia uterina en el 11,45%, hemorragia en el alumbramiento en el 6,16%, alumbramiento artificial en el 1,71% y otras eventualidades diversas.

18ª Que el número de complicaciones en los puerperios gemelares no sobrepasan en mucho al de los partos simples, no obstante las distintas razones teóricas que lo justificarían.

19ª Que es obvio considerar la inferioridad física del gemelo, especialmente la del univitelino. Los valores promedios que hemos encontrado son: talla 45,5 centímetros, peso al nacer 2,402 gramos, existiendo predominio ponderal para el sexo masculino y para el segundo feto.

20ª Que en nuestro medio predomina el sexo femenino (5 : 4).

21ª Que si los caracteres fisonómicos y psíquicos de los gemelos bivitelinos son diferentes, el grado de desarrollo corporal es semejante; sucediendo lo inverso en los univitelinos.

22ª Que entre nosotros, el promedio ponderal de las placentas, pesadas en conjunto, es de 876 gramos.

23ª Que el pronóstico materno es menos favorable que el de un parto simple (2 a 4 muertes de madres gemelares por 1 de embarazo simple). Es aún peor el pronóstico del gemelar: casi el 50% muere antes de nacer; del otro 50% la mayoría son prematuros —por los factores mecánicos que provocan—, débiles

congénitos —por el déficit nutritivo que condicionan—, o en el caso de los univitelinos, tarados —por las mismas causas de su gemelaridad—. Las frecuentes intervenciones quirúrgicas, indicadas o no, de que son objeto y las agresiones del medio ambiente a que son más sensibles, contribuyen a la mortalidad. A estos factores aún se agrega, para agravar el pronóstico, la cortísima permanencia hospitalaria con que se les dispensa, y cuyo promedio en nuestro ambiente es apenas de 10 días, 1 hora, 12 minutos.

24^a Que el tratamiento se beneficiaría enormemente con el diagnóstico precoz, el control periódico de la gestante y el régimen higieno-dietético bien orientado.

25^a Que la atención del parto debe ceñirse estrictamente a las normas establecidas y variables para cada caso en particular.

OBRAS CONSULTADAS

- ALONSO AURELIA E.: Los mellizos en la Historia de la Medicina.— Archivos Argentinos de Pediatría.— Tomo XIII, 1940. Pág. 84-88.
- ARGONZ EMILIO: Feto papiráceo. Revista Médica de Rosario. 1936. Pág. 478.
- BITTENCOURT ANGELO: Distrofia e displasia extremas en gêmeos recém-nascidos, tratados con foliculina.
- BRACKEN H. VON: Investigación acerca de los gemelos.— Pueblos primitivos y partos gemelares.— Los gemelos como médicos mágicos y dioses de la Terapéutica.— Los mitos de los gemelos.— Conexiones psíquicas en la vida de las parejas de gemelos.— Actas Ciba N° 8. Agosto, 1936.
- BUMM ERNESTO: Tratado completo de obstetricia. Págs. 635-656.
- CHAVANNE FEDERICO C. y PITTALUGA LAZARO: El embarazo múltiple en nuestra maternidad (Hospital Rawson). La Semana Médica. Buenos Aires, Setiembre 2 de 1943. N° 2590. Págs. 543-547.
- CLAGETT DOROTHY D. and HATHAWAY MILICENT L.: Basal Metabolism of normal infants from three to fifteen months of age, with special reference to twins. American Journal of Diseases of Children. Volume 62. 1941.
- COSTA VIRGILIO: Algunas consideracoes sobre os gêmeos. Revista de Gynecología e D'obstetricia. Anno XXVII. Marco 1933. N° 3. Págs. 114-120.
- DALCK ALBERT: L'origine des jumeaux et des monstres doubles. Bruxelles-Médical. Dix-neuvieme annee. N° 27. 7 Mai 1939. Págs. 874-878.
- DE LEE JOSEPH B. y GREENHILL J. P.: Principios y práctica de Obstetricia. 1945. Págs. 596-608.
- DEVRAIGNE M. L.: Un oeuf mon-amniotique. Bulletin de la Société De Gynecologie et d'Obstétrique de Paris. Année 28. N° 28. 1939-1940. Págs. 518-520.
- DODERLEIN A.: Tratado de Obstetricia (Publicado bajo la dirección del Profesor doctor). 1938.

- FABRE: Manual de Obstetricia. 1945. Págs. 248-259.
- FERNANDEZ UBALDO: Embarazo Gemelar, estadística y consideraciones clínicas. La Semana Médica. Buenos Aires. Abril 4 de 1907. Año XIV. N° 14. Págs. 385-399.
- FLEMING EDWARD A. and TALISMAN MORTON R.: Unilateral Twin ectopic pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 41. 1941.
- GERSCOVICH JOSE y LERMAN NATALIO: El reflejo patelar en el lactante prematuro y en los nacidos gemelares. La Semana Médica. Buenos Aires. Enero 30 de 1947. N° 2768. Págs. 131-134.
- GIORDANO JOSE JUAN: Embarazo gemelar extra e intrauterino. La Semana Médica. Diciembre 24 de 1936. N. 52.
- GREULICH WILLIAM WALTER: The birth of six pairs of fraternal twins to the same parents; a discussion of the possible significance of such cases in the light of some recent observations. The Journal of the American Medical Association. Vol. 110. N° 8. February 19. 1938.
- HARRISON D. A., SHELTON J. H. and CARRITHERS C. M.: Postmortem cesarean section in twin pregnancy with delivery of two living babies. The Journal of the American Medical Association. Vol. 110. N° 25, June 18, 1938. Págs. 2066-2067.
- HEDIGER H.: Instituto Zoológico de Basilea. Los gemelos en el reino animal. Actas Ciba. N° 8. Agosto 1936.
- JOLY M. MARCEL: Grossesse Gemellaire après irradiation pour fibrome uterin. Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris. N° 2. Séance du 23 Janvier 1937. Págs. 63-73.
- LOEWENBERG RICHARD D.: Suicide in twins. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 93. January 1941.
- LUCA FRANCISCO A. DE: Porque se asemejan los gemelos univitelinos. La Prensa Médica Argentina. Año XXV. Buenos Aires 12 de Enero de 1938. N° 2. Págs. 100-103.
- MAC KAYE LAVINIA: Mongolism in nonidentical twins. American Journal of Diseases of Children. 1936.
- MC CRACKIN ROBERT H.: Albinism and unialbinism in twin african negroes. American Journal of Diseases of Children. 1937.
- MORAGUEZ BERNAT JAIME: Clínica Obstétrica. 1945. Pág. 690.
- MORALES J. M. y GARCETE L. A.: El peso medio del recién nacido. Frecuencia de los embarazos gemelos. Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Vol. 12. 1938. Págs. 268-271.
- NEWMAN H. H.: The question of mirror imaging in human one-egg twins. Human Biology. N° 1, February, 1940, Págs. 21-34.
- NEWMAN HORATIO H., FREEMAN FRANK N. and HOLZINGER KARL J.: TWINS: A Study of Heredity et Environment. March 1937.
- NUBIOLA PEDRO: Obstetricia. 1940. Págs. 153-161.
- PARODI ATILIO F.: Embarazo tubario gemelar. La Prensa Médica Argentina. N° 28. 1937. Pág. 1403.
- PENROSE L. S.: Congenital Syphilis in a monoovular twin. The Lancet. N° 5919, 1937.

- PERALTA RAMOS ALBERTO y URANGA IMAZ FRANCISCO A.: El embarazo simultáneo en el útero doble. *La Prensa Médica Argentina*. N° 1. 1937. Pág. 25.
- PEREZ MANUEL LUIS: Tratado de Obstetricia. Quinta Edición. 1945.
- PETRIGNANI M. ROBER (de la Rochelle): Lectures par M. Lantuéjoul, Polymas-tie et gémellité. Bulletin de la société de Gynécologie et d'Obstétrique de Pa-riis. Págs. 306-307.
- PFISTER MARGARITA: (Burkhalter, Basilea). El motivo de los gemelos en el arte.
- PINTO NOGUEIRA ISMAR: Un caso de prenhez com un feto em apresentacao transversa. Versao por manobras internas. Choque obstetrico. Obito. *Revista de Ginecología e d'Obstetricia*. 3-1945.
- PORTES L. et GRANJON: Des interventions nécessitées par les accouchements ge-mellaires. (Etude Statique). *Ginécologie et obstétrique*. Tome 44. N° 7. 1944-1945.
- PORTES L. et GRANJON: Les avortements gémellaires; a propos de 109 observa-tions. *Ginécologie et obstétrique*. Tome 44. N° 8. 1944-1945.
- QUEIROZ DE BARROS MURILLO é SOUZA NILO RUBENS: Parto prematuro de gravidez gemellar bi-vitellina e bi-amniotica complicado de placenta previa. *Revista de Gynecologia e d'Obstetricia* 2-1941. (Volum. 35).
- RABAGO JOSE: Embarazo gemelar extrauterino e intrauterino. *Gaceta Médica de México*. Tomo LXXXIV. N° 2. 1944.
- RODRIGUES LIMA DE GOUVEA LEO: Gemelaridade e distócia. *Revista de Gine-cologia e d'Ostetricia*. 3-1945.
- RUIZ CARLOS: Los gemelos. *Revista Médica Latino-americana*. N° 176. Mayo de 1930. Págs. 1098-1122.
- SAUDEK ROB.: La escritura de los gemelos heredo-homogéneos. *Actas Ciba*. N° 8. Agosto 1937.
- SAVULESCU D., SLOBOZIANU HORIA et DUMITRESCU HORIA: Grossesse ge-mellaire univitelline avec foetus omphalosite. *Gynécologie et obstétrique*. Ban. 1937.
- SNYDER DONALD C. and SYLVESTER C. FORD: Universal edema of the fetus in each of monochorionic twins with pathologic Findings (Erythroblastosis fetalis). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1941.
- SOSA y SANCHEZ ANGEL I. y ESCOBAR LARGUIA: Parto gemelar: Forceps en el primero, sinfisiotomía en el segundo. *Boletín del Instituto de Materni-dad*. Director Dr. A. Peralta Ramos. Diciembre 1932. N° 2.
- SOUTHWICK WALTER E.: Autosomal linkage between the factors for the pro-duction of identical and of fraternal twining. *Human Biology*, May 1939. Vol. 11, N° 2, Págs. 179-196.
- STRATON F., LANGLEY F. A. y LISTER U.: Haemolytic disease of the newborn in one of dizygotic twins. *Journal of the British Medical Association*. Satur-day February 3, 1945.
- TURPIN R., TISSERAND M., BERNYER G. et MME CASPAR — FONMARTY: Mesures de corrélation dans la morphologie scapulaire des jumeaux — *Comp-tes Rendus des Seances de la Soc. de Biologie*.

- VACCAREZZA RAUL F. y DUTREY JOSE: El factor genético en la patogenia de la tuberculosis, su estudio en 286 pares de gemelos. Anales de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, Tomo VI. Diciembre 1944. Nº 2. Págs. 181-231.
- WARREN SHIELDS and SHPINER LEONARD B.: Primary Hyperplasia of the thyroid in one of still-borns twins. The Journal of the American Medical Association, 1937.
- WERNICKE GERMAN ROBERTO: Contribución al estudio del embarazo gemelar. El gemelar genuinamente argentino. Tesis de Doctorado, Buenos Aires 1941.
- WHITE WILLIAM A.: Recession of toxemia following the intrauterine death of one of dizygotic twins. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1941.
- WILLIAMS: Tratado completo de Obstetricia. Págs. 635-656.
- YERUSHALMY J. and SHEERAR S. E.: Estudios on twins. The relation of order of birth and age of parents to the frequency of like —sexed and unlike— sexed twin deliveries. Human Biology. Nº 1. February 1940. Págs. 95-113.
- YERUSHALMY J. SHEERAR S. E.: Estudios on twins. II. On the early mortality of like —sexed and unlike— sexed twins. Human Biology. Nº 2. May, 1940. Págs. 247-263.