

EXCMA. DIPUTACION PROVINCIAL
DE SANTANDER



CASA PROVINCIAL DE MATERNIDAD

EXTRACTO GENERAL DE LAS MEMO-
RIAS - ESTADISTICAS PUBLICADAS
DESDE SU FUNDACION EN 1928
HASTA EL 1.^º DE ENERO DE 1969
— 40 AÑOS —

POR EL MEDICO-JEFE:

D. CARLOS RODRIGUEZ CABELLO

SANTANDER, 1.^º DE ENERO
DE 1969

EXCMA. DIPUTACION PROVINCIAL
DE SANTANDER



CASA PROVINCIAL DE MATERNIDAD

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. R. S.', followed by the year '1983' written below it.

SANTANDER, 1.^o DE ENERO
DE 1969

Depósito Legal, S.A. 26. 1969

Imprenta Provincial
General Dávila, núm. 83
Santander, 1969

MEMORIA DE LOS AÑOS 1928 A 1969

POR EL MEDICO - JEFE:

D. CARLOS RODRIGUEZ CABELLO

A todo el personal de este Centro: Hermanas de S. Vicente de Paúl, médicos, comadronas, enfermeras y personal de servicio que con cariño, respeto y solicitud extraordinarios me han prestado su valioso apoyo en los millares de difíciles trances de la maternidad con que hemos luchado en tan largo espacio de tiempo, dedico esta memoria con mi más profunda gratitud y afecto.

Y a mis dos hijos, tocoginecólogos, mis ayudantes en este Centro, para que sigan, mejorándola, la misma senda que en la profesión recorrió su padre.

CARLOS R. CABELLO

CAPITULO PRIMERO

La publicación de las estadísticas de la Casa de Maternidad y demás centros dependientes de la Diputación Provincial, que reglamentariamente debiera ser anual o bienal, por diversas causas ha sufrido una larga interrupción, siendo la última publicada la del año 1960.

Al reanudar hoy la correspondiente a la Casa de Maternidad de nuestra Jefatura, como es probable que por razones de edad o jubilación ésta sea la última estadística que lleve mi firma, quiero hacer una breve síntesis, lo más compendiada posible, de nuestra larga labor profesional en este Centro y una exposición, también sintética, de las principales conquistas científicas que han determinado el progresar de la Obstetricia en el siglo actual, que desde su comienzo corre paralelamente a nuestra formación profesional.

UN POCO DE HISTORIA

La Casa de Maternidad, como se ve en el cuadro estadístico que acompaña este estudio, comenzó sus funciones bajo nuestra Jefatura técnica en el último trimestre del año 1928, teniendo el año 1929 doscientos veintinueve ingresos entre mujeres casadas y solteras; fue aumentando rápida y gradualmente en los últimos años de la Dictadura y primeros de la República, sosteniéndose entre los 500 y 600 ingresos; tuvo un aumento considerable en el año 1937, en que la cifra de sus ingresos fue de 954, debido a la evacuación sobre Santander de una gran parte de la población femenina de las provincias vascas evacuadas hacia la nuestra por el avance de las tropas nacionales en las provincias de Guipúzcoa y Vizcaya. Muchas de estas mujeres venían embarazadas y tuvieron que ser acogidas en la Casa de Maternidad.

Pasadas estas críticas circunstancias, volvió la Institución, con algunas alternativas, debidas al mayor o menor bienestar del campo, a su régimen habitual de 400 a 600 enfermas.

Volvió a producirse otro ascenso considerable en los años 56, 57, 58 y 59, en los que llegó, como en el año 37, a la cifra máxima de 965 ingresadas. Su causa fue que se iba extendiendo el Seguro Obligatorio de Enfermedad, que llevaba implicado el de Maternidad. Como por causas que ignoramos no se habían construido en Santander las residencias sanitarias del Seguro ni en la Casa de Salud Valdecilla tampoco se habían construido los pabellones destinados a él, las pobres mujeres en trance de maternidad eran enviadas a título de emergencia a las clínicas particu-

lares del Rosario y del Pilar, concertadas con el S. O. E., y siendo éstas completamente insuficientes tuvo el Seguro que echar mano de la Casa de Maternidad, donde fueron atendidas por nosotros, que no perteneciamos a él, a título completamente gratuito. Sin haber recibido ni aun las gracias de esa Institución, asistimos ese año a 965 mujeres, en su mayoría pertenecientes al S. O. E.; hicimos 65 operaciones cesáreas y el doble número de fórceps, versiones y abortos.

Construidos ya los pabellones de Valdecilla, dedicados provisionalmente al Seguro, hubo un descenso considerable en estos ingresos, como se aprecia también en la gráfica, en el año 61, para luego volver a remontarse a los 450, 500, 550 en que está actualmente. Conviene advertir que una gran parte de estas maternas son afiliadas al Seguro, donde lo tienen todo pagado, y prefieren dar a luz en la Casa de Maternidad, en la que tienen que pagar a la Diputación 225 pesetas por pensión diaria, más alguna otra cantidad complementaria por gastos de quirófano.

Esta predilección nos llena de legítimo orgullo, y por esta razón con sus ingresos, completamente gratuitos para el servicio médico, que no pertenece al Seguro, por la misma razón muy discutible, tenemos una discreta tolerancia. Si abriésemos francamente la mano, la Casa de Maternidad se llenaría de enfermas del Seguro. Este ha dejado casi sin enfermos la mayor parte de los hospitales clínicos, destinados a la enseñanza, y muchos centros sanitarios, siendo posible que con el tiempo, al mejorar sus instalaciones en la nueva residencia que se está construyendo, suceda lo mismo a la Casa de Maternidad; pero entre tanto, y hasta la fecha, esta Institución conserva, aumentado, todo su prestigio, consignándolo, al hacer esta estadística, con gran satisfacción.

**GRAFICO DE INGRESOS
DE LOS AÑOS 1928 A 1967**

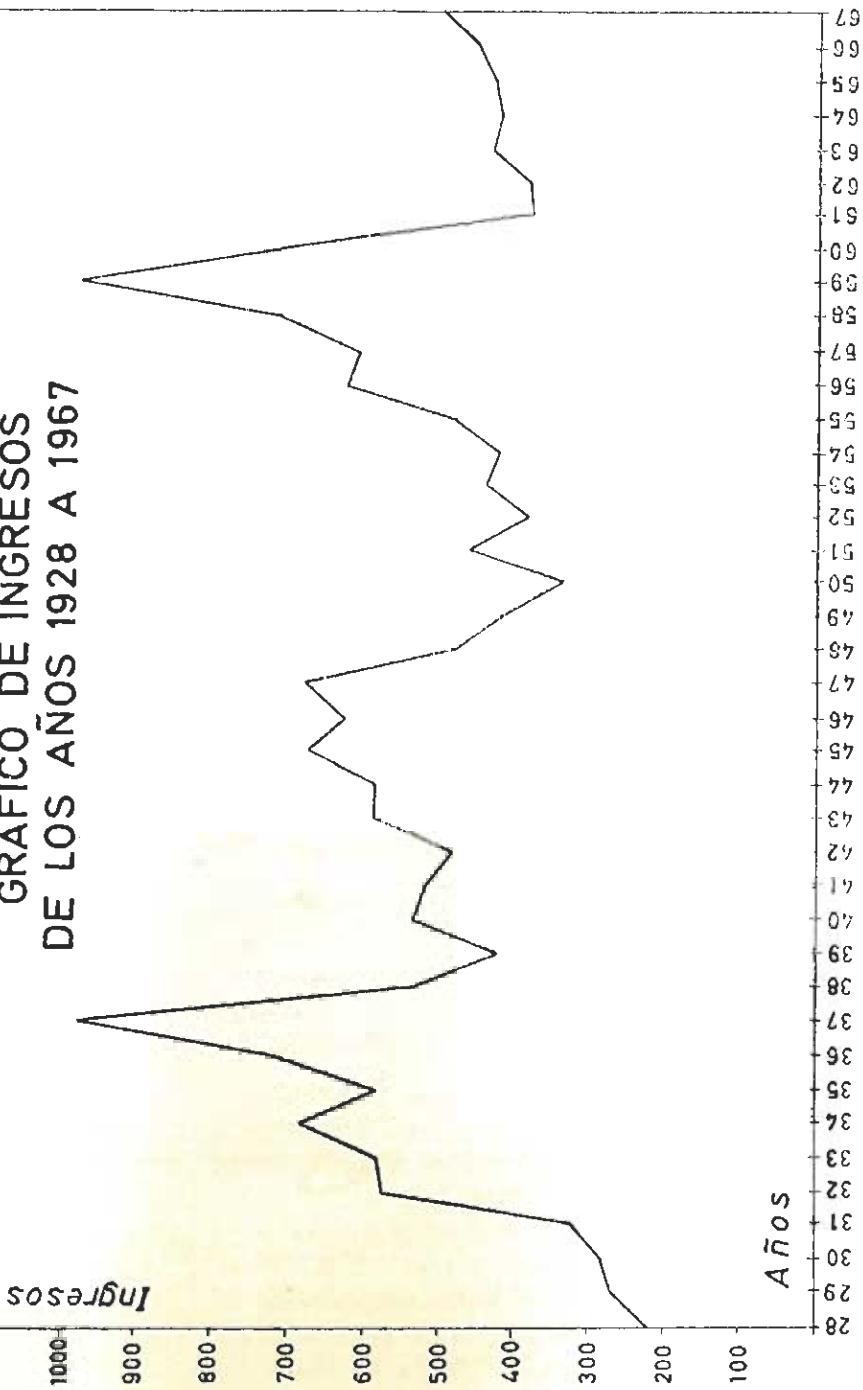
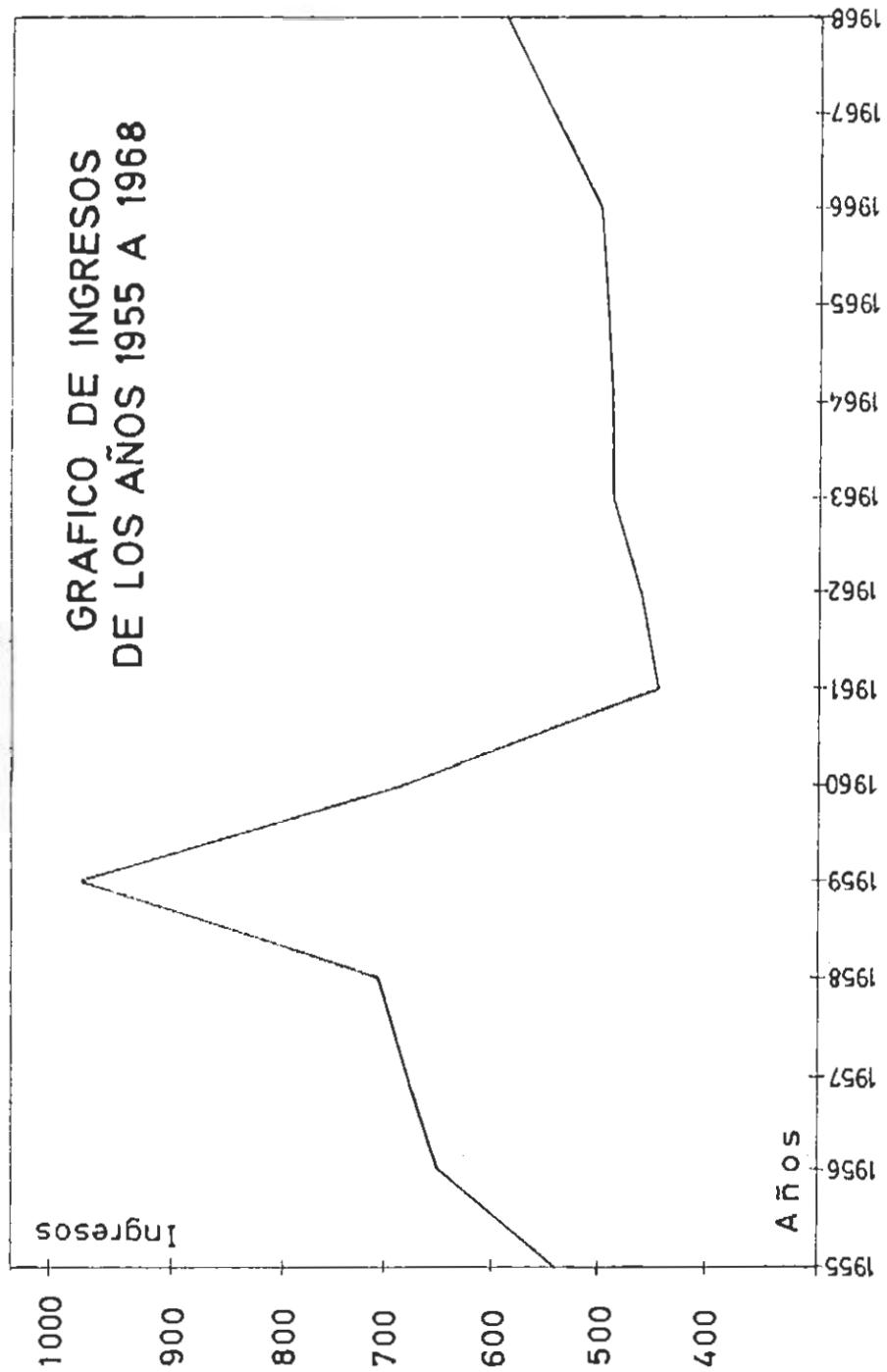


GRAFICO DE INGRESOS
DE LOS AÑOS 1955 A 1968



ESTADÍSTICA

Desde el año 1928, que ocupamos el puesto de médico jefe de la Casa de Maternidad, han sido asistidas en ella unas 20.250 mujeres en trance de maternidad, abortos y procesos ginecológicos en pequeña proporción, pasando por consulta gratuita, establecida un año después de su inauguración, 80.000 mujeres embarazadas y unas 30.000 enfermas ginecológicas.

Para mayor claridad en la exposición y porque conviene más a nuestro propósito vamos a dividir esta larga asistencia en tres períodos:

Primer periodo, desde septiembre de 1928 (inauguración de la Casa) hasta el año de 1944. Período pre-antibiótico.

Segundo, desde 1944 hasta fines de 1960, fecha de la última estadística publicada.

Tercero, desde 1961 hasta primeros de enero de 1969.

PRIMER PERÍODO

1928 a 1945, 8.687 enfermas asistidas, de las cuales

5.262 fueron partos normales

1.074 fueron partos distóxicos

El resto, 2.251 abortos, legrados y operaciones ginecológicas.

En los partos distóxicos se hicieron:

Aplicación de fórceps	250	52%
Mortalidad fetal	14	%
Mortalidad materna	0,95	%
Incidencia proporcional al número de partos...	9,80	%

<i>Versiones y presentaciones podálicas</i>	230
Mortalidad fetal en la versión	19,00 %
Mortalidad fetal en la presentación podálica...	10,00 %
Mortalidad materna en la versión	3,10 %
<i>Operaciones cesáreas</i>	304
Mortalidad fetal	5,70 %
Mortalidad materna	5,50 %
Incidencia	5,50 %
<i>Partos normales</i>	5.262
Mortalidad materna	0,10 %
Mortalidad fetal	3,20 %

Durante el primer tercio del siglo actual la Tocología, ya influenciada por los descubrimientos de la asepsia y antisepsia de Listeur y Pasteur, aún recientes, seguía preferentemente la vía vaginal; la vía abdominal era reputada como extraordinariamente peligrosa, porque, si bien es cierto que las manos e instrumentos del tocólogo con los procedimientos de asepsia y antisepsia evitaban ya la contaminación de las heridas por los gérmenes bacterianos, no se habían descubierto aún los agentes farmacológicos capaces de luchar victoriósamente con ellos, si previamente existían.

Fue, pues, una época de predominio de la vía vaginal, y la técnica de los fórceps con sus múltiples modelos y las peligrosas versiones ejecutadas habilisimamente por los tocólogos de principio de siglo ocupaban sendos capítulos en nuestros libros de Obstetricia, con su técnica, indicaciones y oportunidad para su aplicación.

La sinfisiotomía para los casos de estenosis pélvica no muy considerables luchaba victoriósamente con la temible cesárea, y la basiotripsia sobre el feto muerto era operación relativamente frecuente porque a esta última operación había que recurrir con alguna frecuencia por la escasa preparación de las asistentes a los partos en los pueblos, generalmente simples aficionadas.

Fue al final del primer tercio de este siglo 1928 cuando nos encargamos de la Jefatura de la Casa de Maternidad de Santander y naturalmente seguimos las orientaciones de la Tocología de la época e hicimos aplicaciones de fórceps, altas, medianas y bajas, anteriores, transversales y posteriores, pero

nunca por encima del estrecho superior, para lo cual parecía inventado el fórceps de Qjelland, porque nos parecía temeraria esa aplicación alta de fórceps. Practicamos también muchas versiones, extremando todas las precauciones que se aconsejan, entre las cuales, además de conocer la situación fetal, evitar la contractura uterina y esperar la completa dilatación de cuello, era indispensable proceder en todos los casos con mano suave. Tal era el consejo que hasta la saciedad repetimos a nuestros ayudantes y discípulos.

Hemos practicado muchas veces esta elegante operación, hoy casi en desuso, salvadora de la madre y del hijo en breves minutos cuando se ejecuta dentro de la completa ortodoxia de sus indicaciones; pelvis capaz, dilatación completa, útero no contracturado.

En esta primera época de nuestra actuación, anterior a nuestra guerra civil, todavía era la operación cesárea considerada como muy importante y se establecían y median con gran reserva sus indicaciones: francas estenosis pélvicas, absoluta pureza vaginal, bolsa de agua íntegra, para algunas clínicas proscripción absoluta de tactos vaginales en todos los casos, recurriendo al tacto rectal para toda clases de exploraciones obstétricas.

Pero nosotros procedíamos y habíamos hecho nuestras primeras armas en un centro quirúrgico —Sanatorio del doctor Madridazo, en su época de gran prosperidad— y, a pesar del peligro, tal vez exagerado, con que se rodeaba la operación cesárea y de la limitación de sus indicaciones, éramos y continuaremos siendo partidarios de esta espectacular y benéfica operación, salvadora de muchas vidas fetales condenadas indefectiblemente a la muerte, que no era más grave para la madre que los arriesgados fórceps y atrevidas versiones que en las estrecheces pélvicas terminaban con frecuencia con la muerte del feto; y por esta razón, aún en aquella época, la practicamos con alguna mayor liberalidad con el resultado apuntado; 301 operaciones cesáreas con una mortalidad materna de un 5,50, que hoy parecería excesiva pero que era normal en aquella época.

Una mortalidad fetal no depurada (algún feto anormal e hidrópico) de 5,70 por 100, y una proporcionalidad o incidencia —tanto por ciento del volumen total de partos— de un 5,9 por 100.

En esta época de 1928 a 1945 a que se refieren estos datos no teníamos para combatir las infecciones puerperales más que las precauciones profilácticas de asepsia y antisepsia y la farmacología sintomática contra el dolor, fiebre, etc. común en todas las infecciones. La peritonitis, temida complicación de la cesárea y de todas las operaciones en el vientre, se combatía provocando la exoneración intestinal de líquidos y gases, lavados de estómago, sondas rectales y medicación sintomática. Las sales de plata y bismuto y la medicación de sulfamidas allá por los años 38 ó 40 mejoraron algo los resultados de ese tratamiento.

La mortalidad materna y fetal en las operaciones cesáreas era la normal para aquella época. Nosotros, sin embargo, teníamos recogido en una publicación anterior: "La técnica quirúrgica en la Ostetricia actual", publicada en 1934, una serie de 110 casos de operaciones cesáreas con una mortalidad fetal de 6 por 100, con 3 no viables por eclampsia de las madres y prematuros, y una mortalidad materna de 2,72 por 100, una madre fallecida por cardiopatía descompensada y una por toxemia gravídica. Pero esa fue una serie de fortuna -que no se repitió en años posteriores, hasta que vino la época de los antibióticos.

Fue elevada la mortalidad fetal en las aplicaciones de fórceps, 14 por 100, y elevada también la mortalidad materna en la versión, 3,40 por 100, y la fetal, 19 por 100.

Esta elevada mortalidad tiene su justificación en aquella época. Nuestra Casa de Maternidad —no era sólo para solteras— recogía también a las madres casadas de toda la provincia. No se había establecido aún la costumbre del parto en clínica y las madres ofrecían cierta resistencia para venir a ellas. Tampoco acudían a las consultas de embarazadas. Comenzaban el parto en sus casas, generalmente asistidas por mujer simplemente aficionada, que no sabía más que recoger la criatura. Cuando se presentaba la distocia, era con todos sus agravantes, manoseada con manos impuras —probablemente estrecha y no diagnosticada la estrechez—, tarde, por consiguiente, para hacer una cesárea, que entonces era operación muy seria y exigía condiciones de pureza vaginal antes expuestas; había, por lo tanto, que resolver aquello como se pudiera, con un fórceps atrevido o con una versión peligrosa, si el feto vivía, o con una repugnante craniotomía o basiotripsia si estaba muerto. Era entonces mucho más difícil ser un buen tocólogo que hoy, en que la espectacular y no difícil opera-

ción cesárea, salvadora de vidas fetales, que el genio de FLEMING nos brindó casi inocente, resuelve todos esos difíciles trances de la maternidad.

SEGUNDO PERÍODO, DE 1914 A 1961

En el año 1928 sobrevino el descubrimiento de la penicilina por la intuición genial del gran FLEMING, que cambió radicalmente los tratamientos de casi todas las infecciones y modificó también, como consecuencia, las orientaciones de nuestros clásicos procedimientos tocúrgicos.

Desapareció casi de nuestras salas el temible espectro de las infecciones puerparales, fueron apiréticos los cursos de nuestras puérperas operadas por vía vaginal y rarísimas las complicaciones peritoneales de las cesáreas, aún operadas con gran liberalidad.

En este segundo periodo, de 1915 a 1961, hemos dirigido la asistencia de 8.930 partos normales y hemos ejecutado:

Operaciones cesáreas, 574

Mortalidad materna, 0,6 %.

Mortalidad fetal, 4,8 %.

Incidencia proporcional por partos, 6,5 %.

Aplicaciones de fórceps, 709

Mortalidad materna, 0. Incidencia, 7,9 %.

Mortalidad fetal, 4,3 %.

Versiones, 232

Mortalidad materna, 0.

Mortalidad fetal, en el quinquenio de 1915 a 1950, 11 %. De 1955 a 1961, 7 %.

Se han hecho 5.591 partos normales, con una mortalidad fetal de un 2,5 %, excluidos los prematuros y teratológicos.

El resto hasta 8.930, o sea 1.821, han sido legrados, abortos y operaciones ginecológicas.

En este periodo y de una manera radical se modificó nuestra estadística de mortalidad materna y fetal.

Así la mortalidad materna en la operación cesárea, que antes era de un 5 %, ha descendido a un 0,6 %, y la fetal de un 5,70 a un 4,8 %.

En las aplicaciones de fórceps el descenso de mortalidad fetal se ha hecho más evidente: de un 14 % de nuestras estadísticas anteriores ha bajado a un 4,3 %.

Y mayor descenso aún se acusa para la mortalidad fetal en las versiones, que de un 20 % ha descendido a un 14 % en el primer quinquenio de este periodo, y a un 7 % en el último quinquenio de 1955 a 1961.

Y es que unas y otras operaciones, que antes había que hacer en situaciones desesperadas para la vida fetal por el mayor peligro que para la madre representaba el recurrir a la cesárea, se han hecho tributarias de ésta desde el descubrimiento de los antibióticos.

La cesárea amplió, por lo tanto, sus indicaciones, sustituyendo a los fórceps y versiones peligrosas que antes oasionaba aquella terrible mortalidad fetal, haciéndose ésta cada vez menos frecuente y siendo, en cambio, mayor la proporcionalidad por % de las cesáreas, que en nuestras estadísticas pasó de un 5,5 % a un 6,5 %.

Por ello la mortalidad fetal global, es decir, de la suma de partos normales, 2,5 %, y distóicos de 11 en adelante, que era de 12 %, descendió a un 3,3 %.

Claro está que este descenso en la mortalidad fetal no puede atribuirse sólo a los antibióticos, sino también a que las enfermas llegan a las clínicas en mejores condiciones, porque existe una mejor cultura en el ambiente rural, más fáciles medios de transporte y más costumbre de parir en las clínicas.

PERÍODO DE 1956 A 1961

En este segundo periodo de 1944 a 1961 que estamos analizando hubo un quinquenio, el de 1956 a 1960, que ha sido el de mayor actividad en este Centro, por haber sufrido en estos años

un considerable aumento en el número de sus maternas ingresadas a causa de la expansión cada vez mayor del S. O. E., que no tenía construidos los actuales pabellones de Valdecilla, y ser insuficientes las clínicas particulares (Ntra. Sra. del Pilar, el Rosario, etc.), que eran sus colaboradoras..

En la Casa de Maternidad sus médicos —que no pertenecíamos al Seguro— prestamos gratuitamente durante 15 años colaboración al Seguro. Y en este quinquenio que se recoge en el gráfico hubo 3.728 mujeres ingresadas, de las cuales 2.688 fueron ginecológicas.

De los partos normales han fallecido dos enfermas, una en el puerperio, repentinamente al levantarse de la cama, y otra, también repentinamente, en el periodo expulsivo de un parto normal, ambas a consecuencia de una embolia de origen cardíaco. A esta segunda enferma le fue practicada por los médicos internos del Jardín de la Infancia una cesárea post-mortem, para salvar el feto, con resultado negativo.

La normalidad materna para el parto normal arroja, pues, la proporción del 0,6 %.

La mortalidad fetal en partos normales en este quinquenio ha sido de un 2,7 %.

Se han hecho en él 240 operaciones cesáreas, con una mortalidad materna blanca de 0 % y una mortalidad fetal, sin depurar, del 6,6 %, pero dos fueron hidrópicos, uno por diabetes de la madre y otro por incompatibilidad Rh.

Se hicieron 252 aplicaciones de fórceps, con una mortalidad fetal del 7,5 % y una madre fallecida de hemorragia por afibrinogemia.

71 versiones y extracciones pélvicas dieron una mortalidad fetal alta, 14 % en las primeras y un 10 % para el parto en podálica, con mortalidad materna blanca del 0 %.

TERCER PERÍODO, DE 1961 A 1969

La razón de separar, formando grupo aparte, estos años de los anteriores es porque las estadísticas de la Casa de Maternidad, que reglamentariamente debían hacerse anual o bienal-

mente, por causas que ignoramos no se han publicado desde el año 1960, y para llenar este vacío vamos a consignarlas separadamente, haciéndolo con la mayor brevedad posible porque la lectura de tantas cifras es muy fatigoso y sólo tiene importancia para los profesionales.

Mujeres ingresadas desde el año 1961 a 20 de diciembre de 1968, 3.653.

Partos normales, 3.015.

Mortalidad materna, 1, eclampsia después de parir.

Mortalidad fetal, 88 = 2,8 %.

Partos distóxicos

Operaciones cesáreas, 166.

Mortalidad materna, 1 = 0,6 %, embolia gaseosa con feto muerto y prematuro.

Mortalidad fetal, 9 = 5,3 %.

Incidencia por % de la cesárea sobre los partos, 5,5 %.

Aplicación de fórceps, 99 = 3,2 %.

Mortalidad materna, 1, por rotura istmica hemorrágica.

Mortalidad fetal, 9 = 9,1 %.

Ventosas y extracciones podálicas, 23.

Mortalidad materna, 0.

Mortalidad fetal, 4 = 17 %.

Ventosas, 39, con un feto muerto.

Mortalidad materna, 0.

Mortalidad fetal, 1 = 2,5 %.

Alumbramiento artificial, 24.

Operaciones de grande y pequeña ginecología:

Legrado por metrorragia, 76.

Legrado por aborto, 66, una madre fallecida por grave infección, rebelde a los antibióticos.

- Histerectomia por fibroma, 26.
- Prolapso, 15.
- Salpingo ovarietomia, 14.
- Extracción de placenta, 36.
- Eventración hernia, 2.
- Doleris, 1.
- Cerclaje de cuello por abortos repetidos, 3.
- Embarazos extrauterinos, 5.

— * —

Continúan en descenso las aplicaciones de fórceps, y mayor descenso aún las versiones, que casi no se hacen; aparece en la práctica tocúrgica la ventosa ex-vacuo, competidora de los fórceps, y ganan terreno las operaciones cesáreas, amparadas por estadísticas cada vez mejores, salvadoras casi siempre de la vida fetal y casi de completa inocuidad para la vida materna, gracias a la humanitaria penicilina y sus derivados.

En este último periodo, en que la mortalidad fetal para los partos normales es ligeramente inferior a nuestros partos normales anteriores a la de la época antibiótica, arroja, en cambio, una mejoría extraordinaria en cuanto a la mortalidad fetal en los distócicos por este cambio de orientación tocúrgica a que ha dado lugar el descubrimiento de la penicilina.

Durante este periodo de 7 años hasta fin del año 1968 se han registrado en la Casa 3.078 ingresos.

CAPITULO SEGUNDO

HECHOS TRASCENDENTALES OCURRIDOS EN EL CAMPO
DE LA MEDICINA Y POR CONSIGUIENTE DE LA CIRUGIA
Y OBSTETRICIA

Descubre FLEMING la penicilina

Al finalizar el primer tercio de este siglo —el año 1928— tuvo lugar, como es sabido, el descubrimiento de la penicilina, abriendo una de las eras más interesantes de la historia de la medicina.

Un hecho casual, que cayó bajo la observación de un genio, porque “el azar”, según acertada expresión de otro genio —el gran PASTEUR— sólo sirve a los espíritus preparados”, puso al gran FLEMING, jefe de un laboratorio inglés, sobre la pista de aquellos mohos que por contacto, sin duda, de un aire no muy puro se habían desarrollado en sus placas de Petri, y disolviendo la colonia de estafilococos cultivados en ella le hizo pensar que aquello podría ser el agente microbicida que con tenaz insistencia buscaba durante varios años; y en efecto, una labor de investigación heroica y persistente confirmó esta sospecha y tuvo lugar el descubrimiento más trascendental de la historia de la medicina.

A su confirmación en la clínica siguió también una complicada y difícil labor en los laboratorios ingleses y americanos para la preparación de la penicilina en las cantidades masivas que pedía la clínica mundial, labor que duró varios años.

En España no apareció la penicilina hasta el año 1943; en ese año fue recibida en nuestra Casa de Maternidad y he de confesar, con algún rubor, que, al menos por mi parte, lo fue con algún escepticismo, disculpable por la grande y exagerada propaganda que rodea nuestros productos farmacéuticos.

Pronto, sin embargo, hube de rendirme a la evidencia. Fue desapareciendo de nuestras salas el temible espectro de la infección puerperal del estreptococo hemolítico, que, aunque es verdad, no ya con mucha frecuencia por las prácticas de asepsia y antisepsia, que ya por el genio de otros sabios —PASTEUR, LISTER, SCHIMMELWAIS— se habían puesto en práctica en el último tercio del siglo pasado, nos sorprendía alguna vez; la temible complicación, peritonitis, de nuestras operaciones cesáreas e intervenciones quirúrgicas abdominales fue haciéndose cada vez más rara, unida siempre a intervenciones muy laboriosas o ejecutadas en pésimas condiciones de un organismo muy debilitado. El pronóstico de nuestras operaciones cesáreas, que venía dando un 3 ó un 4 % de mortalidad materna, quedó muy por debajo del 1 %, casi siempre debido a otros factores que no fueron la infección.

La penicilina acabó también con el temible temor de la gonococia y de la sifilis, que, además de su traza fatal sobre la herencia, según frase de nuestro gran CAJAL, "sembraba de terrors el amor", el amor de lupanar, añadimos nosotros.

HEMORRAGIAS

En efecto, quedó como mayor enemigo y casi única preocupación de nuestras intervenciones vaginales y abdominales, y aun de algunos partos normales que cursaban sin intervención, el peligro de la hemorragia que de vez en cuando, mucho más que la infección, se llevaba alguna víctima.

El peligro de la hemorragia aparecía principalmente y con mayor gravedad en los casos de placenta previa o placenta baja y en el desprendimiento prematuro de placenta.

Los primeros los resolvimos, cuando eran intensos o con hemorragias de repetición, procurando, si era posible, aguardar hasta la viabilidad fetal, con la intervención. Cesaristas conven-

eidos, pronto abandonamos los antiguos procedimientos del globo y la peligrosa versión de BRAXTON HIGS, que todavía alcanzamos, y nuestra conducta se atemperó a la siguiente técnica siguiendo a STOECKEL.

Si se trata de una placenta baja lateral o vaginal con presentación de vértece e hilera pélvica capaz (multiparas), rotura de membrana y pituitrina.

En los demás casos, primíparas, cuello cerrado, con mayor motivo si ofrece duda la amplitud de la pelvis, operación cesárea, interviniendo desde que aparece una segunda hemorragia, o desde la primera si ha sido muy inquietante, y procurando, si es posible, esperar la viabilidad del feto.

Hemorragias por lesiones traumáticas de cuello uterino y vaginal

Relativamente frecuentes en las aplicaciones de fórceps, versiones ejecutadas sobre úteros contracturados y ventosas altas con cuello a medio dilatar. Son especialmente graves las que recaen sobre la región de la uterina y casi siempre muy difíciles de ligar o coger con una sutura el desgarro, si es un poco alto, por la escasa visibilidad que proporciona la persistencia de la hemorragia generalmente copiosa; es tan difícil, que a veces obliga a practicar una hysterectomia abdominal, sosteniendo a la enferma con transfusiones de sangre.

Hemorragia por atonía

Son relativamente frecuentes en los partos rápidos, en los prolongados, en los que se ha hecho uso repetidas veces de mediación occitócica y en las operaciones cesáreas por idéntico motivo, las hemorragias atónicas post-partum, a veces graves e inquietantes. Su tratamiento consiste en la administración de occitóicos, masaje persistente, transfusiones y, si es preciso, un taponamiento muy bien ejecutado (condición indispensable) con gasa y polvo coagulante: sulfatizado, etc.

AFIBRINOGENIA

Son especialmente graves las hemorragias por afibrinogemia, en las cuales no se encuentran lesión orgánica ni atonía

que lo justifique; no pueden cohibirse con las medidas habituales, y revisten un carácter de excepcional gravedad, que puede conducir a un shock y al óbito de la enferma.

Desde comienzos del siglo actual venían publicándose casos de hemorragias graves en los partos y post-partum no atribuibles a lesión orgánica ni atonía, y se pensó en un trastorno de coagulación no preexistente. JERWEL y DIECKMANN, por el año 1936, fueron los primeros en atribuirlo a una carencia de fibrinógeno. El mecanismo de su producción no está todavía aclarado por completo, discutiéndose como factores en su producción:

1.^o La invasión de la circulación materna de trombo-plastina (tromboquinasa).

2.^o Una actividad fibrinolítica acelerada. Esta segunda teoría explica mejor todos los casos de afibrinogemia.

Hay en el sistema vascular una fibrinolisis mínima que equilibra la constante producción de fibrina. Coagulación y fibrinolisis se hayan en equilibrio fisiológico, y la armonía de este synergismo garantiza el estado líquido de la sangre; todo esto a través de un complicado mecanismo de factores de coagulación (1).

Causas favorecedoras

Las fibrinogemias pueden ser congénitas o adquiridas; las primeras son menos frecuentes y en general menos peligrosas. Al parecer en ellas se desarrollan gradualmente mecanismos de compensación que interfieren su gravedad, en tanto que en las adquiridas que se presentan de improviso en el parto o después de él, por causas no bien conocidas que rompen el complicado mecanismo de la coagulación sanguínea, la rapidez de su aparición sorprende al organismo sin dar tiempo a la preparación de sus defensas. Entre estas causas figuran sobre todo el desprendimiento

(1) Se aconseja administrar fibrinógeno hasta obtener esa concentración de 200 miligramos por 100 en el plasma sanguíneo, junto con inhibidores de la fibrinolisis (ac. epsilon amino caproico) por vía endovenosa (Dr. Navarro Clemente, de la Clínica de la Macarena de Sevilla del Dr. Bedoya. Publicado en *Tocoginecología Práctica* de mayo de 1968), ya que la proporción está restablecida, pues de nada servirá el fibrinógeno si no se frena la fibrinolisis al mismo tiempo.

Se harán, pues, determinaciones sucesivas de fibrinógeno cada dos horas, hasta que con dos o tres determinaciones sucesivas se considere restablecido permanentemente el equilibrio de 200 miligramos por 100.

miento prematuro de placenta, a veces combinado con pre-eclampsia (Couvelaire), la embolia del líquido amniótico, el aborto con feto muerto y retención prolongada, el desprendimiento manual de la placenta, *el abuso de occitócicos* en partos prolongados y aun también en partos normales.

Tratamiento

Toda clínica debe de estar preparada para hacer frente a una eventualidad de ese tipo hemorrágico. Cuando se trata de una operación de aborto o de un desprendimiento prematuro de placenta, casos en que su aparición es relativamente frecuente, deben conocerse previamente los niveles de fibrinógeno en sangre —que hoy todo buen laboratorio y aun la misma clínica puede hacer con bastante rapidez— y tratar de normalizarlos previamente si están bajos. Si su aparición nos sorprende bruscamente, estar preparados para su restitución a la cifra normal, que es de 150 miligramos a 200 % de concentración en el plasma, con la cantidad de fibrinógeno necesaria, que puede variar de 3 a 12 gramos, según la gravedad del caso (Bonilla, Marte, Salvatierra: problemas fundamentales de Obstetricia, página 236).

En el caso de no disponer de fibrinógeno haremos transfusión de sangre, que de todos modos debe hacerse para restablecer la volemia.

CAPITULO TERCERO

ERITROBLASTOSIS FETAL, FACTOR RH

En el año 1940 LANDSTEINER y WIENER comunican el hallazgo de un antígeno, hasta entonces desconocido, en la sangre del mono Macacus Rhesus y un anti-cuerpo en la sangre del conejo después de inyectado con la sangre del mono Rhesus; este cuerpo se representaba con el símbolo Rh, y es capaz de aglutinar el 85 % de la sangre de la generación europea. El otro 15 carece de dicho factor, por lo que se designa como Rh negativo.

Estudios posteriores permitieron establecer la relación directa que había entre estos descubrimientos y la eritroblastosis fetal, cuya etiología permanecía oscura, pero cuya unidad clínica de sus diversas formas, anemia hemolítica, ictericia hemolítica o hidropesía fetal, había quedado ya establecida antes del conocimiento de su verdadera causa.

El descubrimiento del factor Rh y el reconocimiento con el de que los seres humanos pueden ser clasificados en positivos y negativos, según su sangre contenga o no corpúsculos aglutinables por el suero anti-Rheus, condujo a la solución de dos problemas que durante mucho tiempo habían intrigado a los médicos; la etiología de la eritroblastosis fetal, que ahora llamamos enfermedad hemolítica del recién nacido, y las reacciones hemolíticas, que algunas veces seguían a las transfusiones de sangre de grupos compatibles A. B. O.

En Europa uno de cada 200 niños nacen afectados por la terrible eritroblastosis fetal, que unas veces es una anemia leve curable, en otras conduce por hemólisis a la muerte del recién

nacido y en bastantes causa lesiones en los núcleos basales del cerebro, originando el síndrome llamado Kernieutero, capaz de, si el niño sobrevive, dejar secuelas graves: parálisis, contracturas, deficiencias mentales, idiocia. En bastantes casos sobreviene la la afectación interna del nuevo ser en los primeros meses de su desarrollo, originando la muerte del feto intraútero y el aborto en los primeros meses del embarazo o la muerte fetal en los últimos de su vida utrauterina.

Y como este suceso se repetirá con tendencia a agravarse, en los matrimonios cuyos padres sean homocigóticos, en los restantes hijos el suceso adquiere un carácter de verdadera catástrofe conyugal y, aunque su descubrimiento científico en su etiología sólo data del año 1940, ha llegado a ser ya del vulgar conocimiento y sería preocupación de los matrimonios de alguna cultura o que han sido víctimas del angustioso problema.

Nosotros en nuestro servicio de Maternidad hemos tenido bastantes casos y hemos seguido con gran interés la investigación en el laboratorio y en la clínica del problema, dándonos cuenta de su gravedad y dramatismo conyugal. Hacíamos investigación del factor Rh en la mayor parte de nuestras embarazadas, sobre todo en aquellas que observábamos la menor anomalía en su historia clínica; desgraciadamente, por causas ajenas a nuestra voluntad, no podía ser en todas.

Hemos adelantado la época del parto casi siempre por operaciones cesáreas, cuando en una mujer Rh negativa la reacción de Coombs iba creciendo en intensidad, con resultado poco favorable. Se han hecho en el servicio anexo al nuestro, llamado Jardín de la Infancia, bajo la dirección del Profesor Arce, del doctor Calzada y el Jefe del Laboratorio, doctor Merecilla:

15 exanguinos transfusiones, 2 parciales, con 15 curaciones y 2 fracasos con enfermas de nuestro servicio, en sus hijos.

En el mes de mayo o abril leímos en un periódico profesional una breve noticia diciendo que en Inglaterra, y más concretamente en Liverpool, se había descubierto una vacuna profiláctica llamada "globulina anti D", capaz de neutralizar los perniciosos efectos de los anticuerpos "D". Algunas revistas profesionales inglesas (The Lancet y el British Med. Journal) y algunas alemanas (German Medical Monthly) parecen confirmar estas esperanzas.

Nosotros en el mes de abril nos hemos dirigido a la Maternidad House de Liverpool solicitando datos y, si es posible, la vacuna y hemos recibido una noticia ambigua diciendo que aún no estaba en el comercio.

Pero continuamos a la expectativa y en su busca, y nuestra primera determinación ha sido hacer sistemáticamente la investigación del Rh en todas las enfermas de nuestro servicio de Beneficencia Provincial y clínica particular, para proceder a su vacunación en todas aquellas maternas Rh negativas si esta buena noticia se confirma.

Aun sin esta confirmación, esta investigación de grupo sanguíneo y factor Rh se hace ya sistemáticamente en Europa a todas las mujeres casadas y aun solteras. Este fenómeno del factor Rh en la descendencia de cónyuges incompatibles (positivo el padre, negativo la madre) es posiblemente del mismo origen de la repulsión o rechazo que hoy son el problema que tienen que resolver los transplantes de un órgano de la especie humana en otro organismo de la misma especie, que hoy está de actualidad y sin resolverse.

Probablemente cada organismo tiene en sus células una fórmula genética suya heredada de sus antepasados y dentro de la especie distinta de las demás, como es distinta la fisonomía, y hace falta encontrar una fórmula genética sensiblemente igual para que el organismo receptor la acepte, y en esto está la dificultad, que puede no ocurrir en los gemelos univitelinos.

Según se afirma, hay 270 fórmulas genéticas, pero esto parece una fantasía completamente teórica.

* * *

Cuando estábamos terminando esta Memoria llega a nosotros, por fin, la esperada noticia de estar autorizada por la Dirección General de Sanidad la venta comercial, a los laboratorios que lo habían solicitado, de la "inmuno-globulina ante D".

Su uso está indicado para prevenir la sensibilización que puede producirse, y de hecho se produce en un 16 % aproximadamente de madres que engendran hijos de Rh positivos, siendo ellas Rh negativas, y esta sensibilización ocurre después del pri-

mer hijo, que casi siempre nace sano, de no estar la madre Rh negativa sensibilizada por una transfusión anterior de grupo o de Rh positivo.

Una simple inyección de 5 centímetros cúbicos a la madre entre la 7.^a y la 72 horas después del parto frena la marcha del mecanismo de inmunidad que empezaba a producirse por los glóbulos Rh positivos que pudieran pasar a la madre en el alumbramiento.

Esta protección pasiva dura aproximadamente seis meses, por lo que se hace recomendable que se eviten en ese período los embarazos y debe repetirse después de cada parto o aborto de mujer Rh negativa casada con un hombre Rh positivo.

Con el medicamento, que hoy tiene el inconveniente de su carestía (varios miles de pesetas), vendrán más detalles de su aplicación.

Como hemos dicho antes, revistas alemanas, americanas, inglesas y suecas parecen confirmar los resultados de estas primeras investigaciones.

Esto obliga a hacer indispensable en todas las exploraciones de matrimonios, y mejor aún de mujeres solteras, la investigación de grupo y de Rh, que en previsión de su casamiento o de un accidente que exija una transfusión debe llevar grabado en su pulsera.

* * *

Hacemos votos por que la experiencia médica confirme en la práctica los felices resultados de la investigación en el laboratorio.

CAPITULO CUARTO

VENTOSA OBSTETRICA

Hacia mediado del corriente siglo aparece en la técnica tocológica nacional un nuevo instrumento que había de revolucionar la extracción fetal vía vaginal por el clásico fórceps. Me refiero al procedimiento de la ventosa ex-vacuo.

La idea de sustituir el fórceps, peligroso por su dureza, por un instrumento menos agresivo estaba desde siempre en la mente de muchos tocólogos y se habían hecho numerosas tentativas de vacuo-extracción que no habían podido sustituirle. En 1955 presenta ROSA en el Congreso de Ginecología de Bruselas y después en Nueva York el VACUM-EXTRACTOR MALMSTROM, que mereció la aprobación de las respectivas asambleas.

En España fueron sus primeros y más entusiastas propagandista CESAR FERNANDEZ RUIZ, el querido e inolvidable compañero (q. e. p. d.), presidente de la Sociedad Ginecológica de Castilla la Vieja, que le reeigió de la Maternidad de Lión, que dirige el Dr. Pigeaud, su más ardiente propagandista en Francia; DEXEUS FONT, Jefe de la Maternidad en Barcelona; BEDOYA de Sevilla, SANCHEZ IBAÑEZ, ORENGO, CABALLERO, POBLACION, etc., etc.

La nueva técnica del vacuum-extractor fue acogida con curiosa y esperanzadora expectación por mis dos hijos, auxiliares míos en la Casa de Maternidad de Santander, que participaban de ese concepto de peligrosidad del fórceps, y con un poco más de excepticismo por su padre, que, aunque tenía también esa

misma opinión, había reñido durante muchos años duras batallas con el fórceps en difíciles extracciones por vía vaginal antes de que Fleming hiciese casi inocua la técnica de la cesárea.

Pronto el procedimiento de la ventosa se extendió por la mayor parte de las Maternidades españolas, y la literatura nacional se llenó de comunicaciones cantando las excelencias del nuevo procedimiento, extendiendo algunos sus indicaciones a las presas altas, cabeza en segundo y tercer plano y aun como agente de dilatación del cuello uterino incompletamente dilatado, con la condición, claro está, de ejercer las extracciones siguiendo el ritmo de la contracción uterina.

Ya para entonces, yo había abandonado el quirófano y desde la barrera seguía con espectante curiosidad, no exenta de un poco de excepticismo, las numerosas aplicaciones que en mi clínica particular y en Maternidad se hacían con el nuevo procedimiento, y pronto adquirí las convicciones siguientes:

1.^a Que como agente de dilatación del cuello la ventosa es peligrosa y puede dar lugar, como el fórceps, a un desgarro del cuello con todas sus peligrosas consecuencias. Un caso terminado por óbito de la enferma me confirmó en esta opinión.

2.^a Que en las primerizas y aun a veces en multiparas presentaciones posteriores o de sincipicio, aun tomada la presa a nivel o por debajo del tercer plano, si la extracción se prolonga por más de 15 minutos, la vida fetal empieza a comprometerse seriamente.

Creo que la mayor parte de sus entusiastas partidarios están ya convencidos de estas verdades. BEDOYA, el valiente tocólogo de gran experiencia, Profesor de la Universidad de Sevilla, se sumó también a esta opinión, según he leído en el último libro de Tocoginecología Práctica correspondiente al mes de mayo del año 1968.

La ventosa tiene su gran aplicación y serán numerosísimas las ocasiones de emplearla en los casos en que la cabeza fetal, por agotamiento de la madre o debilidad de las contracciones, se detiene en el plano perineal o a un centímetro o centímetro y medio de él, y con mayor razón aún, si en estos casos la vitalidad del feto, por debilidad de sus latidos, aguas suecas, etc., empieza a verse comprometida; en estos casos en que ya una moderada

e inofensiva tracción rompe el equilibrio que se había establecido entre la fuerza de propulsión de la matriz y la resistencia del plano perineal, su empleo es espectacular e inofensivo y puede ahorrar horas de trabajo a la madre.

Renunciamos a la descripción de la técnica de su aplicación por ser sobradamente conocida por sus numerosos seguidores.

NUESTROS CASOS

Hemos realizado 1.770 aplicaciones de ventosa con el resultado siguiente:

En Maternidad y en nuestra clínica

Mortalidad materna, 1 caso -- 0,05 %.

Mortalidad fetal, 31 casos == 1,77 %.

Reanimaciones, 131 casos + 7,48 %.

Fallos de la ventosa, 43.

CAPITULO QUINTO

ANESTESIA

También este capítulo de la Obstetricia en la marcha de nuestro siglo ha sufrido los naturales avances, obedeciendo a la ley del progreso.

A pesar de la sentencia bíblica sobre la mujer: "y parirás tus hijos con dolor" durante muchas centurias, con toda clase de remedios, yerbas, brevajes, unturas, exorcismos, apelaciones a la magia y a los dioses, se ha tratado de mitigar los dolores del parto y vencer sus dificultades. Sin embargo, un remedio científico no fue empleado hasta que SIMPSON utilizó por primera vez en 1849 el cloroformo, recientemente descubierto como anestésico, y con él en 1853 fue anestesiada la Reina Victoria en Inglaterra, en el nacimiento de su hijo el Príncipe Leopoldo. Anestesia no muy profunda e intermitente que por esta razón se llamó anestesia a la Reina, con que se le conoce todavía.

Desde entonces un gran número de productos analgésicos y calmantes, unos por inhalación, cloroformo, trileno, óxido nítroso, otros en inyecciones, dolantina, barbitúricos, lagartil, escopolamina, inyecciones extradurales con solución de novocaina al 1 %, viene empleándose, según la especial predilección de cada tocólogo, sin haber alcanzado con ninguno la meta ideal perseguida.

Nosotros hasta hace pocos años hemos permanecido fieles a la anestesia clorofórmica a la Reina, bajo la cual se inició nuestra vida profesional.

Eran los tiempos heroicos de hace 40 ó 50 años de la Obstetricia ejercida a domicilio; las mujeres tenían verdadero horror a parir en las clínicas y en los hospitales, sin duda por un recuerdo ancestral, atávico, de que esos centros en una época anterior, no muy lejana todavía, antes de LISTEUR y PASTEUR, eran verdaderos cementerios. Los partos transcurrian, pues, en el domicilio de las parturientas, donde eran asistidas, muchas veces en el ambiente rural, por una simple aficionada al oficio de comadrona, pero otras, en ambientes más elevados, por unas heroicas e inteligentes comadronas, que sin hacer caso al horario oficial actual de las ocho horas, sabían permanecer 24 o más al lado de las parturientas (1), siguiendo inteligentemente la marcha del parto, animándolas y prodigándolas palabras de consuelo, realizando, en una palabra, algo de lo que, poco tiempo después, se llamó parto psico-profiláctico o parto sin dolor, del que nos ocuparemos brevemente a continuación.

Con esta inteligente colaboración y asistidas por un tocólogo que a su solvencia profesional unía el espíritu generoso de consuelo y caridad, que es fundamental en nuestra profesión, el parto transcurría sin grandes amarguras y era en general muy bien soportado. En él nos prestaba un gran beneficio el cloroformo llamado a la Reina en las dilataciones difíciles o dolorosas, y un poco más profundo, si se hacia necesario, en el periodo expulsivo.

Parto psico-profiláctico sin dolor

Hace unos quince o veinte años apareció y tuvo una gran resonancia en el mundo obstétrico el parto "psico-profiláctico", llamado parto sin dolor, con sus dos versiones: la versión rusa, inspirada en la teoría de los reflejos condicionados del fisiólogo ruso PAULOV, que tuvo una gran acogida en Francia, y la versión inglesa del tocólogo DICK RED, con gran éxito en los Estados Unidos y países de influencia inglesa, muy semejantes en el fondo. Se fundaban ambos en que el parto, por ser una función

(1) Tengo que dedicar un sentido homenaje de admiración y cariño a dos de estas heroicas comadronas, doña Rosa Porras Alfaro y doña Clara Olaeta, con las cuales asistimos a tantos partos. Con su espíritu de sacrificio y caridad fueron nuestras excelentes colaboradoras, que muchas veces nos animaban a tomar las graves decisiones que a veces exige la marcha distóica de un parto.

fisiológica, debería transcurrir sin dolor cuando no se desvía de lo normal, como el resto de las funciones orgánicas, y que lo que le hace doloroso es el temor cada vez más acentuado de que se viene rodeando este acto, que aumenta la tensión nerviosa y ella a su vez el dolor, engendrándose un círculo vicioso que hace para la mujer cada vez más terrorífica y dolorosa esta función fisiológica.

Con una preparación física previa, preparando los músculos para la contracción y relajación del parto y con una preparación cultural destruyendo este nefasto trípode, temor, tensión y dolor, se llegaba a producir, según los partidarios de ambas escuelas, el parto fisiológico sin dolor o casi sin dolor.

Nosotros hemos ensayado hace unos años en nuestra clínica particular durante algún tiempo —dos años— el parto psico-profiláctico en su modalidad inglesa. De la preparación física y cultural se encargaba nuestra jefa de enfermeras, familiar nuestra, inglesa, y sin duda por esto encariñada con el método. Ella nos ayudaba en el parto y dirigía los movimientos respiratorios y la contracción y relajación de los músculos abdominales.

Efectivamente, el parto acusaba un gran beneficio y era mucho mejor soportado, sobre todo por las mujeres inteligentes y con sistema nervioso equilibrado. Yo tengo la convicción de que, más bien que parto sin dolor, era parto sin temor, que alejaba mucho y hacia más soportable el dolor, y no se diferenciaba gran cosa de aquellos que recordaba, párrafos arriba, de las parturientas que en las mismas condiciones de equilibrio nervioso eran asistidas por una comadrona inteligente y bondadosa y por un tocólogo que a su solvencia profesional unía, como hemos dicho, el espíritu de caridad inherente a nuestra profesión.

Anestesia endovenosa

Actualmente estos procedimientos de anestesia han sido sustituidos con gran ventaja por la anestesia endovenosa a base de pentotal y sus derivados que, realizada por médicos especializados, ha hecho grandes progresos, sobre todo en el terreno de la patología quirúrgica, haciendo posible practicar esas grandes operaciones de varias horas de duración que permite cambiar órganos vitales, como el riñón, hígado, corazón, etc., ante el

asombro del mundo, y en las que, si el éxito hasta la fecha no acompaña a la operación, no es por culpa de la anestesia ni de la técnica operatoria, que está completamente resuelta.

En Obstetricia y en Ginecología también ha permitido con los antibióticos hacer inocuas sus graves intervenciones. En el parto, sin embargo, donde hoy se emplea también el goteo intravenoso analgésico, no ha resuelto completamente el problema porque un goteo de muchas horas que los partos tienen generalmente de duración en sus dos períodos de dilatación —muchas veces más doloroso y peor soportado que el expulsivo— comprometía seriamente la vida del nuevo ser.

Nosotros empleamos el goteo analgésico sistemáticamente en casi todos los partos, generalmente en el periodo de dilatación avanzado, asociado algunas veces al goteo de pitocina o oxitocina, cuando las contracciones son débiles y separadas por varios espacios.

Confesamos, sin embargo, que tenemos miedo al goteo intravenoso con oxitócicos. Educados en la escuela antigua, en la que el tocólogo para poner una inyección intramuscular de pituitrina tenía que pensarlo seriamente varias veces y a la comadrona le estaba terminantemente prohibido, bajo sanciones, su empleo, conservo gran respeto a esta droga, que por su rapidez e incontrolable respuesta sobre la contractura uterina la considero causa de muchos desastres. He luchado muchas veces con ella en las frequentísimas versiones y fórceps de hace 40 años para poder olvidar sus lecciones. (1).

Quizá, y pienso que esté muy próximo el día en que esté generalizado en las clínicas y sanatorios el uso de aparatos registradores que gráficamente nos midan la intensidad, frecuencia y ritmo de la contracción uterina y amplien a distancia para ser vigilado el tono, frecuencia y ritmo fetales, aparatos que están en el comercio, pero que por su elevado precio no están al alcance de todas las clínicas. Quizá ese día puedan usarse con

(1) De esta misma opinión participa el profesor Botella Llausia en el tomo 1.^a de su libro "Fisiología Femenina", pág. 374. Dice, sin embargo, que "hoy la sustitución del extracto hipofisario, pituitrina, por la aplicación de la oxitocina pura o sintética en goteo intravenoso, perfectamente controlable, ha hecho cambiar este concepto si la administración es judiciosa." Es cierto que el goteo hace perfectamente controlable la oxitocina a emplear, pero lo que no es tan controlable, al menos por ahora, es la respuesta del útero, variable en cada parturienta.

más tranquilidad y liberalidad los agentes oxitócicos y pueda el goteo analgésico prolongarse más tiempo en los partos más dolorosos sin temor de la vida fetal, por el perfecto control de sus latidos cardiacos y de las contracciones uterinas.

* * *

Tales han sido hasta esta fecha final del año 1968, en que termino esta estadística, los sucesos más salientes y los descubrimientos más importantes en el campo de la Obstetricia en el siglo actual.

Esperemos que un porvenir próximo alcance nuevas conquistas en el campo de la esterilidad femenina, de la genética, del complicado mecanismo hormonal y de la supresión absoluta del dolor en el parto sin perjuicio para el recién nacido, cuestión esta que, a pesar de sus avances actuales, no está aún completamente dominada, y en el campo de la Ginecología que se resuelva el angustioso y pavoroso problema de la curación del cáncer, el más cruel enemigo de la humanidad actual, que hará prolongar muchos años la duración de la vida humana.

E P I L O G O

Como suponía, cuando iba por la mitad de estas cuartillas ha llegado el momento de mi jubilación.

Al término de mi larga vida profesional quiero dedicar un sentido recuerdo de cariño a aquellos maestros de la escuela de Valladolid Alonso Cortés (patología médica), Corral (patología general), Sagarra (operaciones), Morales-Arjona (partos y ginecología), Simonera (patología médica), Clemente Guerra (fisiología), que allá por los fines del pasado siglo me formaron en las duras disciplinas de la medicina y me orientaron hacia la especialidad obstétrico-ginecología, hacia la que desde entonces me he sentido especialmente inclinado.

Y en el de mi carrera de post-graduado en París, 1909-1910, quiero rendir un tributo de admiración y respeto para la figura del gran cirujano ginecólogo J. Luis Faure, brillante estrella de la Ginecología del primer tercio del siglo actual.

A él, en su pequeño y magistral libro “L'ame de cirugien”, pertenecen los brillantes párrafos, que han sido la estrella polar que ha guiado constantemente mi rumbo en la vida profesional, que por su belleza literaria y la profundidad de sus pensamientos quiero transcribir:

“Condiciones que debe reunir un cirujano”

Toda operación, por poco importante que sea, lleva aparcado un peligro más o menos remoto. Esto el cirujano lo sabe; debe, pues, comprender las vacilaciones de su enfermo y es por la dulzura y por la persuasión que debe hacerlas desapa-

recer. Aquí el precepto evangélico conserva todo su valor, y el cirujano debe tratar a sus enfermos como desearía ser tratado él mismo. La bondad es la más pura de las virtudes humanas, ninguna otra parte tiene una más noble ocasión de practicarse que en el ejercicio de nuestra profesión.

Sin duda, es necesario a menudo imponer su bienhechora voluntad a los débiles y a los irresolutos, de frente a situaciones que pueden ser graves, y es necesario entonces tener la firmeza, la energía y autoridad necesarias. Pero la dulzura y la bondad serán fuerzas que deben acompañarles.

La calma y la paciencia son condiciones necesarias al cirujano. Es sobre todo en el curso de esas operaciones difíciles y emocionantes en las que esas virtudes del cirujano se manifiestan de la manera más brillante.

Una operación debe hacerse en el silencio; nada es más penoso de ver cómo un cirujano que se agita nervioso e increpa a sus ayudantes por faltas que comete él mismo. Es la prueba evidente de que ha perdido la calma y esa tranquilidad de alma, que es cualidad soberana. Y cuando una operación marcha mal el mejor medio de restablecer aquella situación comprometida no es el de perder la cabeza y hacerla perder a sus ayudantes.

Cuanto peor vayan las cosas y más inminente es el peligro, más el cirujano debe ser dueño de sí mismo y menos debe dejar aparecer los sentimientos que interiormente le agitan. Toda su actividad y toda su potencia cerebral deben concentrarse sobre los medios más propios para conjurar aquella difícil situación para salvar a aquel enfermo. Los gritos y la agitación no son más que manifestación de debilidad y de impotencia. El verdadero cirujano no las conoce.

Pero hay más. Es necesario en muchos de estos casos tener el espíritu de decisión y con frecuencia la decisión instantánea para salvar aquella situación y que parece estar, aunque no sea así, en contradicción con aquella calma y paciencia de que hablábamos antes."

* * *

"¡Hay en fin, la juventud! La juventud que todos han tenido y todos pierden cada día. El cirujano debe ser joven, pero

no demasiado joven. Sin duda, con la juventud tendrá esa vivacidad en el gesto, esa rapidez en los movimientos que contribuye a la bella marcha de una operación. Tendrá ese fuego sagrado, esas condiciones de progreso. Pero no tendrá la madurez de juicio ni esa larga experiencia que nada puede reemplazar a la hora de las graves decisiones. Lo que se puede pedir al cirujano no es el ser joven, sino el no ser demasiado viejo.

Cuando la vejez aparece en una de las vueltas del camino, cuando el fuego sagrado se atenúa, cuando la mano comienza a temblar y la vista a oscurecerse, el cirujano debe pensar en el reposo. Que vaya, pues, como el viajero cansado por una larga etapa, a sentarse sobre el borde del camino mirando pasar a aquellos que han entrado después que él en el áspero y espléndido camino que él acaba de recorrer. Que vaya, pues, como el sabio Antígeno, a pasar sus últimos días con el recuerdo del bien que ha podido hacer, bajo los árboles consoladeros, en el reposo y calma de la gran naturaleza."

¡Magnífica lección del gran cirujano francés!

Santander, 31 de diciembre de 1968.

CARLOS RODRIGUEZ CABELLO

Médico-jefe de la Casa Provincial de Maternidad.