

BIBLIOTECA

GINECOLOGIA

FUNDADOR E DIRETOR PROPRIETÁRIO
DR. FERREYRA DOS SANTOS

S U M A R I O

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

S. S. Pio XII (Vaticano) El parto sin dolor	173
Armando Fortuna (Baurú, São Paulo) Do emprêgo da raquia- nestesia em cirurgia obstetrica	181
BIBLIOGRAFIA	187
NOTICIARIO	189
RESUMOS	190

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE
TOCGINECOLOGIA

Nov. - Dezembro, 1956 - Ano 11 - Num. 6

PUBLICAÇÃO BIMESTRAL

Redação e Administração

R. DO HOSPICIO, 149 1.º andar - Sala 2 - Fone 4196

RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL

GINECOLOGIA

Registro Intelectual N° 16.599

ANO XI — NOVEMBRO — DEZEMBRO DE 1956 — NUM. 6

TRABALHOS ORIGINAIS

EL PARTO SIN DOLOR (*)

S. S. PIO XII

Se nos ha informado acerca de un nuevo adelanto de la ginecología y nos han pedido que adoptásemos una posición en relación a ella desde el punto de vista moral y religioso. Se trata del parto sin dolor, en el cual no se utiliza ningún medio artificial, sino únicamente se ponen en juego las fuerzas naturales de la madre.

REFERENCIA A DECLARACIONES ANTERIORES

En nuestra alocución a los miembros del IV Congreso Internacional de Médicos Católicos, del 29 de septiembre de 1949, decíamos que el médico se propone al menos mitigar los males y los sufrimientos que afligen al hombre. Mencionábamos entonces al cirujano, que esfuerza por evitar lo más posible el dolor en las intervenciones necesarias; al ginecólogo, que procura disminuir los sufrimientos al dar a luz, sin poner en peligro ni a la madre ni al niño y sin menoscabar los lazos del afecto maternal, que — según se afirma — se anudan precisamente en esos momentos. Esta última observación se refería a un procedimiento utilizado por entonces en la Casa de maternidad de una gran ciudad moderna: para evitar los dolores a la madre se le había provocado un estado de hipnosis profunda, pero se pudo constatar que este procedimiento llevaba consigo una indiferencia afectiva hacia el niño. Algunos, sin embargo, piensan que se puede explicar este hecho de otra manera.

Aleccionados por esta experiencia, en ocasiones sucesivas tuvieron cuidado de despertar a la madre varias veces durante algunos momentos a lo largo del desenvolvimiento del parto; se consiguió de tal manera evitar lo que se temía. Una constatación análoga se pudo obtener al hacer una narcosis prolongada.

(*) (Traducción de la Oficina de Prensa del Vaticano).

El nuevo método, del cual queremos hablar ahora, no tiene ese peligro: deja a la parturienta su plena conciencia, desde el principio hasta el final, y el pleno uso de sus fuerzas psíquicas (inteligencia, voluntad, afectividad); no quita o, según otros, no disminuye más que el dolor.

Qué posición es preciso adoptar con relación a este método desde el punto de vista moral y religioso?

I

ESQUEMA DEL NUEVO METODO

1. Sus relaciones con la experiencia del pasado.

En primer lugar, el parto sin dolor, considerado como un hecho corriente, está en neto contraste con la común experiencia humana, la de hoy y también la del pasado y de los tiempos más remotos.

Las investigaciones más recientes indican que algunas madres dan a luz sin sentir ningún dolor, aunque no se haya utilizado analgésico o anestésico alguno. Demuestran también que el grado de intensidad de los sufrimientos es menor en los pueblos primitivos que en los civilizados; si éste es de intensidad media en muchos casos, resulta todavía elevado para la mayor parte de las madres, y hasta no es raro que sea insostenible. Tales son los hechos observados en la actualidad.

Lo mismo se debe decir de los tiempos pasados, en cuanto las fuentes históricas nos permiten controlar el hecho. Los dolores de las mujeres es el parto eran proverbiales; se hacía referencia a ellos para expresar un sufrimiento muy vivo y angustioso, y la literatura, tanto profana como religiosa, nos da prueba de ello. Ese modo de hablar es corriente, en efecto, aun en los textos bíblicos del Antiguo y del Nuevo Testamento, sobre todo en los escritos de los profetas. Nos citaremos aquí algunos ejemplos: Isaías compara su pueblo con la mujer que, el instante del alumbramiento, sufre y se queja (fr. Is. 26, 17). Jeremías, que ve delante el aproximarse del juicio de Dios, dice: «Oigo gritos como de mujer en parto; alaridos como los de una mujer que da a luz por vez primera» (Jer. 4: 31). En la tarde anterior a su muerte, el Señor compara la situación de sus Apóstolos a la de la madre que espera el momento del alumbramiento: «La mujer cuando pare siente tristeza, porque llega su hora. Pero cuando ha dado a luz un hijo, ya no se acuerda de la tribulación por el gozo de haber venido al mundo un hombre» (1.º. 16, 21).

Todo esto permite afirmar, como un hecho aceptado entre los hombres de ayer y de hoy, que la madre engendra en el dolor. Y a esto se opone el nuevo método.

2. El nuevo método, considerado en sí mismo.

a) Consideraciones generales preliminares hechas por sus partidarios.

Dos consideraciones generales hechas por los partidarios de este método guían y orientan al que quiere delinear sus rasgos principales: la primera se refiere a la diferencia entre actividad indolora y actividad dolorosa de los órganos y de los miembros; la otra, al origen del dolor y su relación con la función orgánica.

Las funciones del organismo, se dice cuando son normales y se realizan como deben, no van acompañadas de sensaciones dolorosas; éstas denotan la presencia de alguna complicación; de otra forma, la naturaleza estaría en contradicción consigo misma, dado que asocia el dolor a un proceso determinado con el fin de provocar una reacción

de defensa y de protección contra todo lo que le sería nocivo. El parto normal es una función natural y, por tanto, debería producirse sin dolor. De dónde viene éste?

La sensación de dolor — se responde — viene de la corteza cerebral y está regulada por ella, siento allí donde llegan las excitaciones y señales de todo el organismo. Sobre éstas, el órgano central reacciona de manera muy distinta; algunas de estas reacciones (o reflejos) reciben de la naturaleza un carácter presico y están asociados por ella a procesos determinados (reflejos absolutos); para otra, por el contrario, la naturaleza no ha fijado ni su carácter ni sus conexiones, sino que están determinadas de otra manera (reflejos condicionados).

Las sensaciones de dolor están en el número de los reflejos (absolutos e condicionados), que tienen su origen en la corteza cerebral. La experiencia ha probado que, gracias a las asociaciones establecidas arbitrariamente, es posible provocar sensaciones de dolor aun cuando la excitación que las provoca sea de por sí totalmente incapaz de ello.

En las relaciones humanas, esos reflejos condicionados tienen por agentes más eficaces y más frecuentes el lenguaje, la palabra hablada o escrita o, si se quiere, la opinión que reina en un ambiente y que todos condividen y expresan por medio del lenguaje.

b) Elementos del Nuevo Método.

Así se comprende el origen de las vivas sensaciones de dolor sentidas en el alumbramiento: éstas son consideradas por ciertos autores como reflejos condicionados desencadenados por erróneos complejos ideológicos y afectivos.

Los discípulos del ruso Pavlov (fisiólogos, psicólogos, ginecólogos), sacando partido de las investigaciones de su maestro sobre los reflejos condicionados, presentan en sustancia la cuestión de la manera siguiente:

a') Su fundamento.

El parto ha sido siempre doloroso, pero se ha hecho tal en el curso de los tiempos a causa de los reflejos condicionados. Estos han podido tener su origen en un primer parto doloroso; quizá ha herencia tiene allí también su parte, pero éstos no son más que factores secundarios. El motivo principal de ello es el lenguaje y la opinión del ambiente que él manifiesta: el alumbramiento — dicen — es «le hora difícil de la madre», es una tortura impuesta por la naturaleza, que entrega a la madre indefensa, a sufrimientos insoportables. Esta asociación, creada por el ambiente, provoca el temor del alumbramiento y el temor a los dolores terribles que lo acompañan. Así, cuando las contracciones musculares del útero se hacen sentir, al principio del parto, surge la reacción de defensa del dolor: éste dolor provoca una contracción muscular y ésta, a su vez, un acrecentamiento de los dolores. Los dolores, pues, son reales, pero derivan de una causa falsamente interpretada. En el parto son un hecho las contracciones normales del útero y las sensaciones orgánicas que las acompañan; pero estas sensaciones no son interpretadas por los órganos centrales como lo que realmente son: unas simples funciones naturales; en virtud de los reflejos condicionados y en particular del enorme «miedo», tales sensaciones van a parar al campo de las sensaciones dolorosas.

b') Su objeto.

Tal sería la génesis de los dolores puerperales.

De aquí se deduce cómo ha de ser el fin y la tarea de la obstetricia sin dolor. Aplicando los conocimientos científicos adquiridos, debe primero dissociar las asociaciones que ya existen entre las sensaciones normales de las contracciones del útero y las reacciones de dolor de la corteza cerebral. De este modo se anulan los reflejos condicionados negati-

vos. Al mismo tiempo hay que crear nuevos reflejos, positivos, para sustituir los reflejos negativos.

c') Su aplicación práctica.

La aplicación práctica consiste en dar en primer lugar a las madres (mucho antes de la época del alumbramiento) una enseñanza profunda, adaptada a su capacidad intelectual, sobre los procesos naturales que se desarrollan en ellas durante el embarazo, y de un modo particular durante el parto. Ellas conocían ya estos procesos naturales de alguna manera, pero los más de las veces sin percibir claramente su conexión. Así, muchas cosas quedaban todavía envueltas en una obscuridad misteriosa y se prestaban incluso a falsas interpretaciones. Los reflejos condicionados característicos adquirirían una fuerza de acción considerable, mientras la angustia y el temor encontraban allí un alimento constante. Todos los elementos negativos podrían eliminarse por la información antedicha.

Al mismo tiempo se hace un insistente llamamiento a la voluntad y al sentimiento de la madre con el fin de que no permita surjam sentimientos de temor infundados o que como tales les han sido presentados; hay también que rechazar una impresión de dolor que quizá tendería a manifestarse, pero en todo caso no está justificada y no se basa, como se les ha enseñando, más que en una falsa interpretación de las sensaciones orgánicas naturales del útero que se contrae. Sobre todo se procura llevar a la madre e estimar la grandeza natural y la dignidad de lo que se cumple en el momento de dar a luz. Se dan también explicaciones técnicas detalladas de lo que es necesario hacer para asegurar el perfecto desarrollo del alumbramiento; se les enseña, por ejemplo, como han de poner exactamente en movimiento la musculatura, cómo han de respirar bien. Esa enseñanza se da bajo la forma de ejercicios prácticos para que la técnica haya llegado a serles familiar en el momento del parto. Se trata, pues, no de un modo puramente pasivo, como si se tratase de un proceso fatal, sino adoptando una postura activa, influyendo en él con la inteligencia, la voluntad, la afectividad, de suerte que se lleve a buen término, en el sentido que requiere la naturaleza, y con su ayuda.

Durante el proceso del parto, la madre no está abandonada a sí misma; está asistida y con el control de un personal formado según las nuevas técnicas y que se recuerda lo que tiene que hacer, evitar o modificar y que en caso necesario rectifica rápidamente sus errores y le ayuda a corregir las anomalías que se pudieran presentar.

Tal es en lo esencial, según los investigadores rusos, la teoría y la práctica del parto sin dolor. Por su parte, el inglés Grantly Dick Read ha presentado una teoría y una técnica análoga a aquella en un cierto número de puntos; sin embargo, en sus presupuestos filosóficos y metafísicos se aleja sustancialmente de la misma, ya que no se apoya como aquéllos en una concepción materialista.

d') — Extensión y éxito.

Por lo que se refiere a la extensión y al éxito del nuevo método (llamado método psicoprofiláctico), se afirma que en Rusia y China se ha utilizado ya en centenares de millares de casos. Se ha implantado también en diversos países de Occidente; se llega a afirmar que varias maternidades municipales organizadas exclusivamente según ese principio, son poco numerosas hasta el día de hoy en Occidente; Francia, entre otras, tiene una (comunista) en París; también en Francia, dos instituciones católicas, en Jallieu y Cambrai, han adoptado completamente este método en sus departamentos, sin sacrificar lo que hacia resultado bueno anteriormente.

En cuanto al éxito se afirma que es muy relevante: de los alumbramientos acaecidos de esta manera, de un 80 a un 90 por 100 lo han sido — según se dice — realmente sin dolor.

II

VALORACION DEL NUEVO METODO

1. Valoración científica

Después de haber trazado el esquema de este método pasamos a su valoración. En la documentación que se nos ha enviado se encuentra esta nota característica: «Para el personal, la primera exigencia indispensable es la fe incondicional en el método». Será posible exigir una fe absoluta de este género basándola sobre resultados científicos seguros?

El método contiene, sin duda, elemento que se deben considerar como científicamente probados? algunos tienen sólo una gran probabilidad; otros no son más (por 10 menos en este momento) que de índole problemática. Está científicamente comprobado que existen reflejos condicionados en general; que representaciones o estados afectivos determinados pueden asociarse con ciertos acontecimientos, y que este caso puede verificarse para las sensaciones de dolor. Pero que está ya probado ((o por 10 menos se pueda probar de esta manera) que los dolores del alumbramiento son debidos únicamente a esta causa, no es una verdad evidente para todos en la hora actual. También algunos críticos serios formulan reservas respecti al axioma, casi «a priori»: «Todos los actos fisiológicamente normales y, por tanto el nacimiento normal, deberían realizarse sin dolor, pues, en caso contrario, la naturaleza estaría en contradicción consigo misma». Ellos no admiten que sea universalmente válido sin excepción, ni que la naturaleza está en contradicción consigo misma en el caso de que haya hecho del parto un acto intensamente doloroso. En edicto, dicen, sería perfectamente comprensible fisiológica y psicológicamente que la naturaleza, preocupada de la madre que engendra y del niño engendrado, haga esto para que se tenga conciencia de una manera ineluctable de la importancia de este acto y quiera así obligar a que se tomen las medidas necesarias con relación a la madre y al niño. Dejemos a los especialistas competentes la comprobación científica de estos dos axiomas, que unos sostienen como ciertos y otros discutibles, sin embargo, es necesario, para decidir acerca de la verdad o falsedad, atenerse a un criterio objetivo decisivo: «El carácter científico y el valor de un descubrimiento se deben apreciar exclusivamente en relación a su conformidad con la realidad objetiva». Es importante no descuidar aquí la distinción entre «verdad» e «afirmación» («interpretación», «subsunción», «sistematización») de la verdad. Si la naturaleza ha hecho el parto sin dolor en la realidad de las cosas, si después ha llegado a ser doloroso a causa de los reflejos condicionados, si puede transformarse en parto sin dolor, si todo esto no es solamente afirmado, interpretado, construido sistemáticamente, sino que puede realmente demostrarse como verdadero, se deduce que los resultados científicos son ciertos. Si esto no es así, e no es, al menor por ahora, posible obtener una certeza completa a este respecto, es necesario abstenerse de toda afirmación absoluta y considerar las conclusiones obtenidas como «hipótesis» científicas.

Renunciando por el momento a dar un juicio definitivo sobre el grado de certeza científico del método psicoprofiláctico, pasamos a examinar el problema desde el punto de vista moral.

2. Valoración ética

Este método es moralmente reprehensible?

La contestación, que debe tener en cuenta el objeto, el fin y el motivo, se anuncia brevemente: «En sí mismo no tiene nada de reprochable desde el punto de vista moral».

La enseñanza dada sobre la obra de la naturaleza en el parto, la corrección de la interpretación falsa de las sensaciones orgánicas y la invitación a corregirlas, la influencia ejercida para hacer desaparecer la angustia y el temor infundados, la ayuda concedida para que la parturienta colabore oportunamente con la naturaleza, conserve su calma y el dominio de sí misma; una creciente conciencia de la grandeza de la maternidad en general y en particular de la hora en que madre da a luz al hijo; todos estos son valores positivos a los cuales no hay nada que reprochar; son ventajas para la parturienta plenamente conformes es una ascesis natural que protege a la madre contra la superficialidad a la voluntad del Greador. Visto y entendido de esta manera, el método y la ligereza, ejerce un influjo positivo sobre su personalidad, para que en una hora tan importante como es la del alumbramiento, manifieste la firmeza y la solidez de su carácter. Todavía bajo otros aspectos, el método puede dar resultados moralmente positivos. Si se logra eliminar el dolor y el temor al alumbramiento, se disminuye a menudo, por lo mismo, el incentivo a cometer acciones inmorales en el uso de los derechos del matrimonio.

En lo que se refiere a los motivos y al fin de las ayudas concedidas a la parturienta, la acción material, como tal, no comporta ninguna justificación moral, ni positiva ni negativa; esto concierne a quien preste su ayuda. Puede y debe llavarse a cabo por motivos y en vista a un fin irreprochable, tales como el interés presentado por un hecho puramente científico; el sentimiento natural y noble que hace estimar y amar en la madre a la persona humana a la que se quiere hacer el bien y asistirle; una disposición profundamente religiosa y cristiana que se inspira en ideales de un cristianismo vivo. Pero puede suceder que la asistencia busque un fin y obedezca a motivos inmorales; en este caso, es la actividad personal del que presta la ayuda la que sufre el perjuicio; el motivo inmoral no que transforma la asistencia buena en una cosa mala, al menos en lo que se refiere a su estructura objetiva; e, inversamente, una asistencia buena en sí no puede justificar un motivo malo o dar la prueba de su bondad.

3. Valoración teológica

Falta decir una palabra acerca de la valoración teológica y religiosa en aquello que la distingue del valor moral en sentido estricto. El nuevo método se presenta a menudo como formando parte de una filosofía y de una cultura materialista y en oposición a la Sagrada Escritura y al cristianismo.

La ideología de un investigador y de un sabio no es en sí una prueba de la verdad y del valor de lo que ha descubierto y expuesto. El teorema de Pitágoras o (para no salir del campo de la Medicina) las observaciones de Hipócrates, que se han reconocido exactas; los descubrimientos de Pasteur, las leyes de la herencia de Mendel no deben la verdad de su contenido a las ideas morales y religiosas de sus autores. No sin ni «paganas» porque Pitágoras e Hipócrates fueron paganos, ni cristianas porque Pasteur y Mendel fueron cristianos. Estos adelantos cientí-

ficos son verdaderos porque responden a la realidad objetiva y en tanto en cuanto a ella corresponden.

Del mismo modo, un investigador materialista puede hacer un descubrimiento científico real y verdadero; pero esta aportación no constituye de ninguna manera un argumento a favor de sus ideas materialistas.

El mismo razonamiento vale para la cultura a la cual pertenece un sabio. Sus descubrimientos no son verdaderos ni falsos porque hayan salido de tal o cual cultura, de la cual él recibió la inspiración que ha impreso en él un sello profundo.

Las leyes, la teoría y la técnica del parto natural, sin dolor, son validas, sin duda; pero han sido elaboradas por sabios que en su mayoría profesan una ideología y pertenecen a una cultura materialista. Esta ideología y esta cultura no son verdaderas porque los resultados científicos citados anteriormente lo son. Y aún es mucho menos exacto que los resultados científicos sean verdaderos y hayan sido demostrados tales porque sus autores y las culturas de las que ellos provienen tengan una orientación materialista. Los criterios de la verdad son otros.

En cristiano convencido no encuentra nada en sus ideas filosóficas y en su cultura que le impida ocuparse seriamente, en la teoría y en la práctica del método psicoprofiláctico; él sabe, como regla general, que la realidad y la verdad no son idénticas en su interpretación, subsumición, y que, por consiguiente, puede al mismo tiempo aceptar completamente lo uno y rechazar enteramente lo otro.

4. El nuevo método y la Sagrada Escritura

Una crítica del nuevo método, desde el punto de vista teológico, debe en primer lugar tener en cuenta la Sagrada Escritura, porque la propaganda materialista pretende encontrar una contradicción deslumbradora entre las verdades de la ciencia y las de la Escritura. En el Génesis (Gen. 3, 16) se lee: «In dolore paries filios» (Darás a luz en el dolor). Para entender bien estas palabras es necesario considerar la condena impuesta por Dios en el conjunto del contexto. Infligiendo este castigo a los primeros padres y a su descendencia, Dios no quiso impedir, ni ha impedido a los hombres, el investigar y utilizar todas las riquezas de la creación, hacer que la cultura progrese paso a paso; contribuir a que la vida de este sea más soportable y hermosa; suavizar el trabajo y la fatiga, el dolor, la enfermedad y la muerte; en una palabra, soceter a sí la tierra (Gen. I, 28).

Del mismo modo, castigando a Eva, Dios no quiso impedirle, y no ha impedido a las madres, el utilizar los medios apropiados para hacer el parto más fácil y menos doloroso. A las palabras de la Escritura no es necesario buscar una escapatoria; permanecen verdaderas en el sentido, entendido y expresado por el Creador; la maternidad dará mucho que sufrir a la madre. De que manera precisa ha concebido Dios este castigo y cómo lo ejecutará? La Escritura no lo dice. Algunos pretenden que el parto fue en sus orígenes completamente sin dolor y que se hizo doloroso más tarde (tal vez a consecuencia de una interpretación errónea del juicio de Dios) merced a la auto — y hetero — sugestión, de las asociaciones arbitrarias, de los reflejos condicionados y a consecuencia del comportamiento equivocado de las parturientas; hasta aquí, sin embargo, estas afirmaciones, en su conjunto, no han comprobadas. Por otra parte, puede ser verdad que un incorrecto comportamiento psíquico o físico de las parturientas sea susceptible de aumentar mucho las dificultades del parto y las haya aumentado en realidad.

La ciencia y la técnica pueden, pues, servirse de las conclusiones de la psicología experimental, de la fisiología y de la ginecología (como errores y los reflejos condicionados dolorosos, y de hacer que el alumbramiento sea lo menos doloroso posible; la Estructura no lo prohíbe.

Consideraciones finales sobre la obstetricia cristiana

Como conclusión añadimos algunas observaciones sobre la obstetricia cristiana.

La caridad cristiana siempre se ha preocupado de las madres en el momento del parto. Se ha esforzado e incluso hoy se esfuerza por procurarles una asistencia eficaz física e psíquica, según el estado de progreso de la ciencia y de la técnica. Quizá sea este el momento de los nuevos adelantos del método psicoprofilático en la medida en que éstas encuentren la aprobación de los estudiosos serios. La obstetricia cristiana puede incluir en sus principios y en sus métodos todo lo que es correcto y justificado.

Sin embargo, es de desear que nos contente con esto sólo para las personas capaces de recibir más y que no deje ninguno de los valores religiosos que ponía en juego hasta la hora presente. En nuestra alocución al Congreso de la Asociación Internacional de Comadronas Católicas del 29 de octubre de 1951 hemos hablado con detalle del apostolado que las comadronas católicas son capaces de prodigar y que están llamadas a realizar en el ejercicio de su profesión; por ejemplo, recordábamos el apostolado personal, es decir, el que ejerce por medio de su ciencia, de su arte, de la solidez de su fe cristiana; después, el apostolado en pro de la maternidad, esforzándose por recordar a las madres la dignidad, la seriedad y la grandeza de la misma. Aquí se aplica lo que hemos dicho hoy, ya que ellas asisten a la madre en la hora del alumbramiento. La madre cristiana recibe de su fe y de su vida de gracia la luz y la fuerza para poner en Dios una plena confianza, para sentirse bajo la protección de la Providencia y aceptar con gusto lo que Dios le mande sufrir; sería un dolor que la obstetricia cristiana se limitara a ofrecerle un servicio puramente natural psicoprofilático.

Dos puntos merecen aquí ser subrayados: el cristianismo no interpreta el sufrimiento o la cruz de un modo puramente negativo. Si la nueva técnica le evita los sufrimientos del parto o los atenúa, la madre puede aceptarla sin ningún escrúpulo de conciencia; pero no está obligada a ello. En caso de éxito parcial o de fracaso, sabe que el sufrimiento puede ser una fuente de bien si lo soporta con Dios y obedeciendo a su voluntad. La vida y el sufrimiento del Señor, los dolores que tantos hombres grandes han soportado y hasta han buscado, gracias a los cuales se han madurado y han subido hasta las cumbres del heroísmo cristiano; los ejemplos cotidianos de aceptación resignada de la cruz, que se ofrecen a nuestra vista, todo revela la significación del sufrimiento de la aceptación paciente del dolor en la economía actual de la salvación durante el tiempo de esta vida terrena.

Segunda observación: El pensamiento y la vida cristianas, y consecuentemente la obstetricia no atribuyen un valor absoluto a los progresos de la ciencia y a los refinamientos de la técnica. Por el contrario, un pensamiento y una concepción de la vida, según inspiración materialista, encuentran esta postura natural. Sirve a los que la profesan como de religión o de sucedáneo de la religión. El cristiano, aunque aplaude los nuevos descubrimientos científicos y los utilice, rechaza todo

estas ocupan un lugar en la escala objetiva de los valores; pero sin que lo que sea apoteosis materialista de la ciencia y de la cultura. Sabe que este lugar sea el último, no es tampoco el primero. También, en cuanto a ellas, el cristiano repete hoy como ayer y como siempre: Buscad ante el reino de Dios y su justicia (Math. 6. 33) El más alto, el último valor del hombre, se encuentra no en su ciencia y en sus capacidades técnicas, sino en el amor de Dios y en la entrega a su servicio. Por estas razones, el cristiano, ante el descubrimiento científico del parto sin dolor, se guarda de adirarlo sin reserva o a utilizarlo con una prisa exagerada; lo juzga de una manera positiva y con reflexión, a la luz de la recta razón natural y de aquella otra luz más viva de la fe y del amor que emana de Dios y de la cruz de Cristo.

DO EMPRÊGO DA RAQUIANESTESIA EM CIRURGIA OBSTETRICA

ARMANDO FORTUNA

Chefe do Serviço de Anestesia e Recuperação
Hospital Regional, Bauru, SP

Inicialmente muito combatido (1, 2, 3, 4) e até mesmo condenado, o emprêgo da RA em cirurgia obstétrica foi se estendendo, até se tornar, praticamente, a anestesia de escolha em muitos serviços obstétricos (4, 5, 6, 7, 21, 23). Contudo, a semelhança de outros autores (4, 10, 25), devemos lamentar o fato de que a RA está sendo muito empregada, não pelas suas vantagens intrínsecas, mas sim, pela sua principal desvantagem, que é a da sua enganosa facilidade, não necessitando, aparentemente, de um especialista para realizá-la (9, 10, 25).

Como fazem muitos cirurgiões gerais, alguns obstetras estão confundindo RA com raquicentese, sem se lembrarem dos múltiplos cuidados e dos tristes acidentes que a introdução subdural da substância anestésica pode produzir (4, 9, 10, 11, 12, 17, 21, 22, 25).

Este trabalho, baseado em nossa experiência de anestesista, aliada a quase uma centena de RA para intervenções obstétricas, se destina a chamar atenção para os seus perigos (1, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 21, 25) indicações (4, 9, 10) e cuidados que exige.

Indicações para a RA

Realmente, a RA, pela sua eficácia (4, 21, 22, 23) e pouco risco (respeitadas as condições que exporemos a seguir), é a anestesia que mais se aproxima da ideal para a cirurgia obstétrica (4, 5, 21). Não interfere com o centro respiratório fetal, permite máximo relaxamento, contribui para um pós-operatório melhor e é bem tolerada pelas pacientes. A própria cefaléia, comum nesta técnica (10,13), pode ser quase que suprimida pelo uso de agulhas mais finas (18, 20), esterilização a seco, hidratação adequada e cuidados de decúbito (10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20).

Como indicações precisas, consideramos:

1) **Casos de sofrimento fetal** — Estes exigem um cuidado todo especial, pois qualquer novo fator de hipóxia iria comprometer seriamente um sistema já próximo do esgotamento. Permite a RA que se faça uma oxigenação cem por cento da mãe, e livra o anestesista para quaisquer manobras de reanimação que forem necessárias.

2) **Intervenções de urgência** — Uma vez que a maior parte da mortalidade materna nas histerotomias é devida à aspiração do conteúdo gástrico (17, 21), vê-se que a RA, mantendo a paciente com seus reflexos protetores laringo-faríngeos, é a de escolha.

Contra-indicações para a RA

Consideramos três tipos principais de contra-indicações:

1) **Do ambiente** — A falta de um anestesista ou material completo de reanimação (9, 10, 25, 26).

2) **Da paciente** — Infecções da pele ou tecidos subjacentes junto à zona da punção, doenças pré-existentes do Sistema Nervoso Central e impossibilidade da raquicentese devido a deformação anatômica da coluna vertebral (9, 10). Os quadros de hipo ou hipertensão, assim como os de lesões cardíacas ou acidentes hemorrágicos, constituem contra-indicações muito relativas, que vão depender da experiência prévia do anestesista (9, 26). Também na eclampsia (19) pode ser usada a RA, desde que seja possível a punção, e que se mantenha a doente com doses suficientes de anticonvulsivantes.

Neme, em trabalho recente (20), cita o caso de uma cardíaca descompensada, que tolerou muito bem a RA, melhorando mesmo as condições circulatórias. Nós mesmos, tivemos duas pacientes com placenta prévia, bem expoliadas, e que, protegidas pela noradrenalina (28) toleraram muito bem a RA.

3) **Da intervenção** — Seu uso não é indicado no emprêgo de manobras de versão, devido ao aumento do tonus uterino que produz (4).

Cuidados exigidos para a RA

O exame da maioria dos casos de morte descritos na literatura, ocorridos sob RA, mostra que isto poderia ter sido muitas vezes evitado, se fôsse prevista a possibilidade de sua ocorrência (4, 21).

Em virtude disto, consideramos indispensável a presença de um especialista para executar esta anestesia, único meio de garantir a sobrevivência da operada em caso de acidente (4, 9, 10, 23, 25, 26, 28). Na SO deve haver equipamento completo para uma entubação rápida, aparelho de anestesia, aspirador, material para toracotomia, equipos para administração rápida de líquidos intravenosos, agulha de Gordth ou similar e conjunto para reanimação fetal, com fonte de oxigênio independente. Vasopressores do tipo da Matedrina, Veritol ou Nor-adrenalina, prontos para o uso.

A questão da dosagem anestésica é muito importante, pois é fora de dúvida da dosagem anestésica é muito importante, pois é fora de dúvida que a gestante, por condições pouco compreendidas, é muito sensível aos raquianestésicos, que devem ser empregados em doses relativamente menores que a usual (4).

Acidentes imediatos da RA

Consideramos três tipos principais de ocorrências:

1) **Apnéia com hipertensão** — Este acidente é devido, provavelmente, a um alcance maior do anestésico, atingindo os nervos motores dos músculos respiratórios, aliado a um bloqueio do sistema vasomotor (9, 10). Uma vez que todo o material se encontra pronto, não apresenta grandes dificuldades oxigenar-se a paciente sob máscara e pressão positiva, entubar e mantê-la em respiração controlada (9, 10, 25). Liga-se um gôta a gôta de Levofed (28) na agulha de Gordth, colocada previamente à punção, e estabiliza-se a pressão em níveis normais. Para dominar a sensação de angústia, faz-se Pentatol em doses fracionadas, suficientes para a hipnose. A intervenção é iniciada imediatamente, continuando-se a respiração controlada até que apareçam movimentos respiratórios eficazes.

Contudo, a melhor maneira de dominar esta ocorrência, é tomar precauções para evitá-la, usando doses menores de anestésicos, colocando em decúbito adequado e adotando uma técnica sempre igual para a injeção subdural (velocidade, tipo de agulha, posição do bisel, força aplicada no êmbolo, etc) (9, 10, 25).

2) **Hipotensão com ou sem vômitos** — Estas perturbações são dominadas pela oxigenioterapia e aplicações intravenosas, fracionadas, de simpaticomiméticos (9, 10, 25). Caso os vômitos continuem após a elevação da T. A., aplicam-se pequenas doses de Pentotal no tubo de perfusão.

Acreditamos que a hipotensão somente deve ser combatida quando atinge a níveis inferiores de 80 mmHg, de máxima (27). Uma hipotensão com cifras acima desta, associada com um pulso forte e rítmico, contribui para um menor sangramento do campo operatório e mais rápido tempo cirúrgico. Por este motivo, não fazemos vasopressores antes da RA, usando-os I. V., caso sejam necessários.

3) **Para cardíaca primitiva** — Esta é, tanto na RA, quanto em outra qualquer anestesia de condução uma ocorrência bastante rara, provavelmente devida a uma sensibilidade especial da enferma para com a droga. É rapidíssimo, ocorrendo imediatamente após a injeção do fármaco subdural (22).

Apesar de sua evidente gravidade, pode ser dominado por uma toracotomia imediata, seguida de massagem cardíaca e oxigenação eficaz por tubo endotraqueal (22, 26). É claro que para se realizar uma terapêutica deste tipo, tudo deve estar adrede preparado, evitando qualquer perda desnecessária de tempo, para poder aproveitar ao máximo os 4 min. de trégua permitidos pela morte (4).

Visto, de uma maneira sucinta, as diversas complicações que podem ocorrer em qualquer RA, passaremos a descrever a técnica e o preparo usado em nosso serviço.

Técnica usada

Premedicamos a paciente com Petidina (Max. 100 mg.) e Fenergan (50 mg), meia hora antes da RA, não tendo notado depressão fetal digna de nota devido a estes medicamentos.

Conversamos com a doente antes da intervenção, explicando o tipo de anestesia que vamos fazer e salientamos as suas vantagens para o lado do feto, o que é suficiente para obter toda a colaboração possível da gestante. Prometemos ainda que, caso o desejo, adormecerá após a retirada da criança.

Chegando à sala de operações, é feita a ficha da paciente, anotando-se cuidadosamente sua T.A., frequência de pulso e número de movimentos respiratórios. Colocamos uma agulha de Gordth numa veia do antebraço, e passamos ao nosso preparo para a raquicentese.

Com máscara colocada acima do nariz, lavamos e escovamos as mãos, vestindo avental e luvas esterilizadas (9, 10, 25). Examinamos o material para a RA, colocado em uma mesa aparte, vendo a flexibilidade e a ponta das agulhas. Aspiramos a quantidade desejada de solução do anestésico na seringa e deixamos pronto para a injeção.

Usamos, rotineiramente, a Sclerocaine hiperbática a 5%, solução C, com Renaleptine. A dose varia, de acordo com o biotipo da doente, entre 80 a 125 mg. suficientes para uma anestesia de 45 min. a uma hora.

Fazemos sentar a enferma, sendo mantida em posição para o ato por uma enfermeira treinada. Limpamos a pele com uma solução de mercuriolate ou iodo, puncionando em torno de 14-15.

Temos o cuidado de penetrar no espaço com o bisel da agulha paralelo com a coluna, a fim de diminuir o orifício feito na Dura. Injetamos rapidamente, sem «barbotage», no intervalo das contrações.

Voltamos imediatamente a doente para a horizontal, mantendo a cabeça alta e dando um discreto Trendelenburg. Ligamos uma profusão de soro glicosado na agulha de Gordth, e passamos a controlar a altura da anestesia. Quando esta tiver atingido a altura do umbigo, recolocamos a mesa ao nível normal, desfazendo o declive. Ao mesmo tempo, o cirurgião começa a colocar os campos, iniciando imediatamente a intervenção.

O cuidado de determinar a altura da zona insensível, embora cause 3 a 5 min. de espera, nos garante uma anestesia segura, atingindo momentos suficientes para que a intervenção se realize sem dificuldade.

Caso a T. A. máxima desça abaixo de 80 mmHg, controlamos por doses fracionadas, intravenosas, de Metedrina (10 mg em 10 ml de soro, 1 mg por vez), Pervitin (15 mg na mesma diluição) ou Vertol (20 mg. idem) reservando-se o Levofed para o caso em que estes produtos se revelem ineficazes (28).

A oxigenação, sob máscara ou caráter nasal, é iniciada junto com o preparo dos campos. No caso do cateter, mais incômodo e menos eficiente, anestesiemos a narina com uma solução tópica de tetracaina a 1%.

Caso ocorram vômitos (5% da nossa estatística), a despeito da oxigenioterapia e dos simpaticomiméticos, injetamos doses fracionárias de Pentotal pela torneira do soro, mantendo a paciente num verdadeiro sono crepuscular.

Se o obstetra julgar necessário, fazemos ocitócicos I. V. Com a RA, seu uso é bem diminuído, pois na maior parte das vezes o útero se contrai bastante bem até a retirada do feto e placenta.

Não nos preocupamos com o tempo de duração da intervenção, pois nada mais fácil que transformar o «sono crepuscular» em anestesia cirúrgica. O intuito fundamental da RA é permitir a retirada do feto com um mínimo de depressão, e isto feito, pode ser complementada por qualquer método, caso seu período de ação seja insuficiente para concluir o ato cirúrgico.

Terminada a operação, injetamos Petidina (100 mg), Dromoram (2 mg) ou Dilaudid (2 mg) I. M., a fim de diminuir o desconforto e a dor do pós-operatório imediato, pois estes produtos agem muito mais

intensamente, quando dados antes que a dor apareça, do que após o seu início (22).

Resultados

Temos um total de 76 intervenções obstétricas feitas sob RA, sendo 74 histerotomias e 2 aplicações de fórceps. Isto representa uma escolha da RA em 80% das intervenções obstétricas feitas em nosso Hospital em 1955-56.

Os resultados foram os melhores possíveis, não havendo caso de morte, materna ou fetal, atribuído ao método.

Confirmando o ditado que diz: «Prepara-te para o pior e este não acontecerá», não tivemos nenhum acidente imediato grave, tendo as hipotensão e os vômitos, quando ocorreram, respondido sempre a terapêutica descrita.

Nesta série de RA obstétricas, não tivemos nenhum caso de cefaléia, ou qualquer outro acidente tardio da RA. Atribuimos isto aos cuidados de esterilização, técnica de punção, agulha fina e hidratação adequada (4, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 25). Juntamos a estes, a cautela de manter a paciente em decúbito horizontal, sem travesseiro, por um mínimo de 12 horas no pós-operatório imediato.

Conclusão

Em vista do que expomos acima, assim como nos trabalhos de outros autores (4, 8, 9, 20, 21), consideramos a RA a anestesia eletiva para a cirurgia obstétrica, principalmente nos casos de intervenções urgentes, em pacientes mal preparadas e que ingeriram alimentos pouco tempo antes. Do mesmo modo, nos casos de sofrimento fetal, garante uma anestesia atóxica, aumentando as possibilidades de sobrevivência fetal (4, 8, 9, 20, 21).

Sumário

O A. apresenta a sua experiência e tece considerações a respeito do uso da RA em cirurgia obstétrica. Faz uma análise sobre as vantagens indicações e perigos de seu emprego, salientando a importância de serem tomadas medidas de precaução contra os possíveis acidentes devidos ao seu uso. Conclui com os seus resultados, que concordam com o de outros autores, no sentido de ser a RA a que melhor se adapta às condições exigidas pelas intervenções obstétricas, sejam histerotomias ou aplicação de fórceps.

Summary

The author presents his experiences considering the use of RA in Obstetrics, calling attention for its indications, dangers and technics. He considers, agreeing with others, that the RA is the one to be chosen in cases of fetal anoxia and emergency surgery.

Bibliografia

- 1) *Greenhill, J. P.* — Principles and Practice of Obstetrics — Saunders Co., Philadelphia, 1951.
- 2) *Clay, A. M.* — Spinal Anesthesia for Cesarean Section — "British Med. Jour.", 1:937, 1937.

- 3) *Rezende, J.* — Contribuição ao estudo da operação cesariana abdominal. Sobre uma experiência pessoal de 144 casos. — A Casa do Livro, Rio de Janeiro, 1941.
- 4) *Neme, B.* — Da Raquianestesia em Obstetrícia — Tese para concurso à Livre-Docência, São Paulo, 1947.
- 5) *Duarte, D. F.* — Nossa experiência anestésica em operações cesarianas — "Rev. Bras. de Anest.", 5:107-115, (Agosto) 1956.
- 6) *Lund, P. C. and Cameron, J. D.* — Hypobaric Pontacaine. New Technique in Spinal Anesthesia. — "Anesthesiology", 6:563-573, (Novembro) 1945.
- 7) *Lund, P. C. and Rumball, A. C.* — Hypobaric Pontocaine Spinal Anesthesia. 1604 Consecutive Cases. — "Anesthesiology", 8:181-199, (March) 1947.
- 8) *Pitkin, G. P. and Mac Cormack, F.* — Controlable Spinal Anesthesia in Obstetrics — "Sug., Gyn. and Obs.", 118-971, 1943.
- 9) *Pitkin, G. P.* — Conduction Anesthesia — J. P. Lippincott, Philadelphia, 1946.
- 10) *Macintosh, R. E.* — Punción lumbar y raquianalgesia — El Ateneo, Buenos Aires, 1953.
- 11) *Saram, M.* — Accidental total spinal anesthesia — "Anesthesia", 11:77-80, (Jan.) 1956.
- 12) *Greenhill, J. P.* — Shall Spinal Anesthesia be used in Obstetrics? — "Anesthesiology", 11:283-289, (May) 1950.
- 13) *Glesne, O. G.* — Lumbar Puncture Headache — "Anesthesiology", 11, 702-109, (Nov.) 1950.
- 14) *Gardner, W. J.* — Mechanison of Post Puncture Headache — "Cleveland Clin. Quart.", 10:85-87, (July) 1943.
- 15) *Mac Robert, R. G.* — Cause of Lumbar Puncture Headache — "J. A. M. A.", 70:1350, (May 11) 1918.
- 16) *Weintraub F.; Antoni, W. and Raphael, A. J.* — Post Spinal Headache after low spinal anesthesia in Vaginal Delivery and its treatment — Am. Journ. Obst. & Gynec., 54:682-686, (Oct.) 1947.
- 17) *Da Luz, M. M.* — Morte em anestesia (Sua ocorrência na prática obstétrica — "An p. Med. & Cir.", 68:339-347, (Nov.) 1954.
- 18) *Cann, J. E. and Wicoff, C. C.* — Incidence of headache with use of 27 gauge needle, — "Anesthesiology", 11:294-299, (May) 1950.
- 19) *Lund, P. C.* — The role of conduction anesthesia in the Management of Eclampsia — "Anesthesiology", 12:693-708, (Nov.) 1951.
- 20) *Wetchler, B. V. and Brace, D. E.* — A technique to minimize the occurrence of headache after lumbar puncture by use of small bore spinal needles — "Anesthesiology", 16:270-283, (March) 1955.
- 21) *Neme, B.* — Raquianestesia em parturiente cardíaca descompensada — "Rev. Bras. de Gin. & Obst.", 46: N.º 6, (Junho) 1952.
- 22) *Gordman, L. and Gilman, A.* — The Pharmacological Basis of Therapeutics — The Macmillan Co., New York, 2a. ed., 1955.
- 23) *Firpo, J. R.* — Spinal Anesthesia and General Anesthesia in Cesarean Section — "An. del Ins. de Mat. y Assist. Social", Buenos Aires, 9:141, 1947.
- 24) *Bonica, J.* — Role of Anesthesiologist in Management of Cardiac Arrest — Curr. Res. in "Anesth. & Analg.", 31:1-19, (Nov. Dez.) 1952.
- 25) *Griffith, H. R.* — Safety factors in Spinal Anesthesia — Curr. Res. in "Anesth. & Analg.", 31:367-372, 1952.
- 26) *Hoster, R. M.* — A Manual on Cardiac Resuscitation — Charles C. Thomas, Illinois, 1954.
- 27) *Martin, E. M.* — A new approach to the control of shock — "The Can. Anesth. Soc. Journ.", 2:222-223, (July) 1955.

BIBLIOGRAFIA

TRATADO DE OBSTETRICIA — Juan León. Editora Científica Argentina, 1956.

O prof. Juan Leon, titular de Obstetricia da Faculdade de Ciências Médicas de Buenos Aires, cuja atuação no ensino e na imprensa médica é demasiadamente conhecida por todos nós tocoginecologistas sulamericanos, acaba de enfeixar em magnífico Tratado, os capítulos fundamentais da obstetricia.

Dessa obra, chegou-nos às mãos, com gentil oferta do Autor, o primeiro tomo. Trata-se, sem dúvida alguma, de uma obra de grande valor, não só para estudantes, mas também para obstetras de carreira, de vez que, o ilustrado professor portenho enriqueceu os capítulos de seu «Tratado de Obstetricia», com as mais modernas aquisições da investigação aplicada à clínica.

Como sóe acontecer em todo trabalho de índole didática, no «Tratado de Obstetricia» do prof. León, não faltam os capítulos básicos sobre a anatomia e a fisiologia femininas, seguidos daqueles que se atêm à gestação e ao parto normais.

A matéria semiológica e do diagnóstico diferencial é explanada em bases seguras e orientação muito didática, o que nos deixa perceber claramente, a longa e idônea experimentação do distinguido mestre.

Completam esse primeiro tomo, magníficos capítulos que tratam das mais recentes investigações sobre certos estados da complicada fisiologia da mulher, como: o ciclo sexual difásico; a maturação, fecundação e nidação ovulares; a endocrinologia da gestação. Não faltou à obra, a aplicação à prática obstétrica, do grande auxílio prestado pela colpocitologia e pela colposcopia, bem como do exame do muco cervical.

Por fim, encerram a esplêndida sequência desses assuntos, os recursos da pelvimetria radiológica e a já muito divulgada preparação psicofísica para o parto.

E', pois, o «Tratado de Obstetricia» do prof. Juan León, um grande livro, escrito por destacado mestre a quem não faltou também o virtuosismo do estilo claro, elegante e, sobretudo, sábio.

A HISTERECTOMIA VAGINAL A MAYO-WARD NO TRATAMENTO DO PROLAPSO GENITAL — Jair Francisco Burgos — Bahia, 1956.

Como tese de Livre-Docência à cátedra de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, o dr. Burgos enfeixa os resultados de sua experiência acrescida da prática da operação de Mayo-Ward, na cura do prolapso genital.

Trata-se de trabalho bem coordenado, com exposição clara e conceitos que justificam a técnica que o A. elege com entusiasmo.

Mau grado se tratar de assunto já muito esmiuçado, qual seja o do prolapso genital, o A. soube dar às suas conclusões, uma conceituação muito oportuna, de vez que são várias as técnicas cirúrgicas propostas e praticadas em ginecologia, no afan de corrigir definitivamente as diversas condições das ptoses genitais femininas. Sem dúvida que o trabalho do dr. Burgos é oportuna contribuição ao assunto que, por muito discutido, necessita de ser fixado judiciosamente, levando-se em conta os múltiplos aspectos de toda ordem que o condicionam.

Conclue assim o A.: 1) Entre as operações atuais para o trata-

mento do prolapso genital, a histerectomia vaginal destfruta de crescente preferência, pois oferece vantagens que recomendam sua prática na maioria dos casos; 2) A histerectomia vaginal está plenamente indicada em casos de prolapso total, prolapso parcial após a menopausa e prolapso parcial antes da menopausa, com lesões associadas que justifiquem a remoção do útero; 3) Conquanto a histerectomia vaginal, por si só, não cure o prolapso genital, proporciona ampla via de acesso para o reparo do assoalho pelviano, o que é feito de maneira excelente pela técnica de Mayo-Ward.

Termina o A. tecendo conceitos sobre a idade, paridade e grau da genitoptose; ressaltando o baixo índice de morbidade e a ausência de mortalidade, além de outros pontos básicos sobre as condições sexuais da paciente. Os resultados apresentados dizem respeito a um grande número de pacientes, dentre as quais, três apresentaram recidivas.

REVISTAS RECEBIDAS

- Maternidade e Infância (S. Paulo) Out.-Dez., 1955.
 Anais da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife (Recife, Brasil) Dezembro, 1956.
 Folia Clinica et Biologica (S. Paulo) Julho-Dezembro, 1955.
 Jornal de História da Medicina (Recife, Brasil) N.º 2, 1956.
 Current List of Medical Literature (Washington, U.S.A.) December, 1956.
 Antioquia Medica (Medellin, Colombia) Sept.-Octubre, 1956.
 The Bulletin-Georgetown University-Medical Center (Washington, USA) Sept.-November, 1956.
 Revista Mexicana de Cirugia, Ginecologia y Cancer (México, D.F.) Julio e Agosto, 1956.
 Stanford Medical Bulletin (California, U.S.A.) November, 1956.
 Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (Montevideo, Uruguay) N.º 117, 1956.
 Revista Medica de Córdoba (Córdoba, Argentina) Septiembre, 1956.
 Revista da Associação Médica Brasileira (S. Paulo, Brasil) Setembro, 1956.
 Revista Brasileira de Anestesiologia (Rio de Janeiro, Brasil) Agosto, 1956.
 Arquivos dos Hospitais da Santa Casa (S. Paulo, Brasil) Setembro, 1956.
 Archivos Médicos de Cuba (Habana, Cuba) Julio-Noviembre, 1956.
 Revista de Medicina do Rio G. do Sul (Porto Alegre, R. G. do Sul) N.º 74, 1956.
 Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos (Lima, Perú) N.º 3, 1956.
 Archivos Cubanos de Cancerologia (Habana, Cuba) Nos. 9-12, 1956.
 Revista Brasileira de Cirurgia (Rio de Janeiro, Brasil) Nov. e Dez., 1956.
 Boletín de la Biblioteca Medica F.A.C.E.P. (Habana, Cuba) Noviembre, 1956.
 Revista de Biologia Tropical (Costa Rica) Julio, 1956.
 Archivos Medicos Panameños (Panamá) N.º 2, 1956.