

GINECOLOGÍA

FUNDADOR E DIRETOR PROPRIETÁRIO
DR. FERREYRA DOS SANTOS

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS:

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Pág.

- Arturo Albertz (Santiago de Chile) **Obstetricia operatória
em face da moderna terapêutica anti-infecciosa 109**

**ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE
TOCOGINECOLOGIA**

JULHO, AGOSTO 1952 — ANO 7 — NUM. 4

PUBLICAÇÃO BIMESTRAL

Redação e Administração:

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

RECIFE - PERNAMBUKO - BRASIL

GINECOLOGIA

Registro Intelectual n.º 16.599

ANO VII —

Julho - Agosto de 1952

— NUM. 4

TRABALHOS ORIGINÁIS

OBSTETRICIA OPERATORIA EN FACE DA MODERNA TERAPEUTICA ANTI-INFECCIOSA

(CONTINUACIÓN)

Arturo Albertz
Santiago de Chile

Como puede observarse en el cuadro N° 2, el criterio obstétrico no varió en los años siguientes en cuanto a las operaciones, cuyos porcentajes sobre total de partos se mantuvieron mas o menos en el mismo nivel por mucho tiempo, especialmente para la cesárea hasta el año 1929. Ya las indicaciones para esta intervención (siempre corporal) se habían extendido (placenta previa oclusiva, eclampsia, sufrimiento fetal), pero el fantasma de la peritonitis post-operatoria la encuadraba en un marco rígido del cual no lograba librarse. El fórceps mantenía su porcentaje, sólo la versión había experimentado un alza apreciable. Es muy interesante superponer el cuadro de morbilidad por infección puerperal (Cuadro N° 3) al cuadro N° 2, de intervenciones, y ver si hay algún paralelismo entre ellos. Para aquellos años, la interpretación es muy difícil por insuficiencia de detalle en las estadísticas, y solo podemos apreciar en el cuadro N° 3 un grande aumento de la morbilidad puerperal grave y de la mortalidad por infección puerperal. Esto no se debió a mayor morbilidad post-operatoria sino a muchos factores de ambiente: dificultades económicas generales, gran aumento del aborto provocado (septicemia, peritonitis), mayor número de parturientas atendidas sin resultado fuera del Servicio e ingresadas francamente infectadas. La mortalidad por infección puerperal llegó a cifras máximas. Agréguese a esto la mortinatalidad debida a la rigidez de las condiciones e indicaciones operatorias, derivadas a su vez de la impotencia ante la fatídica infección, presente en potencia. Si se suma a esto el rubro referente a las secuelas de origen traumático, en las madres (desgarros del cuello, roturas del útero, graves desgarros perineales, fistulas vesico y recto-vaginales), tendremos a nuestra vista el panorama obstétrico-operatorio del año 1929, panorama muy poco halagador, a todas luces. Los años recorridos hasta entonces fueron la «Vía crucis» de la Obstetricia, años precedentes de la ligeración. Efectivamente, observando nuevamente el cuadro N° 2, veremos un brusco aumento del porcentaje de cesáreas, de 0,8% en 1929 a 16% en 1930!

Cuadro n° 3
CLINICA OBSTÉTRICA UNIVERSITARIA (Prof. Mönckeberg)
 Morbilidad y mortalidad por infección puerperal en 35 años
 (1916—1950)

Años	Total partos y abortos	M O R B I L I D A D				M O R T A L I D A D		
		leve	grave	Total	%	N.º	% sobre total atendidas	% sobre total infectadas
1916	1.837	74	14	88	4,8	6	0,3	6,8
1947	1.910	142	20	162	8,4	7	0,4	4,3
1918	2.140	67	24	91	4,2	13	0,6	13,3
1919	2.190	134	37	171	7,8	16	0,7	9,3
1920	1.992	85	58	143	7,2	21	1,1	14,6
1921	2.492	69	37	106	4,2	19	0,8	17,9
1922	2.951	77	58	135	4,2	34	1,2	25
1923	3.061	105	35	140	4,6	21	0,7	15
1924	3.215	69	25	94	2,9	17	0,5	18
1925	2.815	32	54	86	3	22	0,8	25,6
1926	2.622	97	21	118	4,5	14	0,5	11,9
1927	1.818	53	12	65	3,6	10	0,5	15,4
1928	2.606	71	44	115	4,4	36	1,4	31,3
1929	3.043	104	63	167	5,5	57	1,9	34
1930	3.114	147	44	191	6,1	38	1,2	19
1931	3.104	130	49	179	5,8	44	1,4	24,5
1932	2.891	138	38	176	6,1	36	1,2	20,4
1933	3.322	117	49	166	5	43	1,3	25,8
1934	3.767	126	59	185	4,9	50	1,3	27
1935	3.312	142	49	191	5,8	26	0,8	13,6
1936	3.323	164	48	212	6,4	26	0,8	12,2
1937	3.329	211	55	266	8	26	0,8	9,8
1938	3.404	153	35	188	5,5	18	0,5	9,5
1939	3.511	163	31	191	5,5	16	0,4	8,2
1940	3.844	152	41	193	5,9	26	0,7	13,4
1941	3.617	135	25	160	4,4	12	0,3	7,5
1942	3.610	167	18	185	4,3	12	0,3	6,4
1943	3.788	153	26	179	4,7	14	0,4	7,8
1944	3.943	178	19	197	5	10	0,25	5
1945	4.395	167	16	183	4,1	15	0,33	8
1946	4.543	189	20	209	4,6	7	0,15	3,3
1947	4.999	190	17	207	4,1	6	0,12	2,9
1948	5.033	182	17	199	3,9	7	0,14	3,5
1949	5.084	150	12	162	3,2	7	0,14	4,3
1950	5.407	236	26	262	4,8	12	0,22	4,6

El número de atendidas desciende bruscamente en 1927 por translado del Servicio desde el Hospital del Salvador al Hospital de San Vicente.

En la "Mortalidad" están incluidas las fallecidas por Perfringens, casos que han ingresado infectados.

Aumenta también francamente el % de fórceps, a expensas de la versión, y aumenta también la morbilidad puerperal grave y por entre la mortalidad por idem (cuadro N° 3). La operación cesárea rompe el rígido molde de sus indicaciones elementales, arrebata a las otras intervenciones

Cuadro n° 4

CLINICA OBSTETRICA UNIVERSITARIA (Prof. Mönckeberg)

Principales indicaciones de la operación cesárea en 23 años
(1928 — 1950)

Años	Total partos	Indicaciones de las cesáreas						Total cesáreas
		Víncios pelvianos	Distocias cervicales	Sutrimiento fetal	Placenta previa	Otras indicaciones		
1928	2080	9	—	—	1	0	10	
1929	2494	11	1	—	5	2	19	
1930	2467	20	1	1	6	12	40	
1931	2441	16	3	1	4	10	34	
1932	2300	16	3	2	2	9	32	
1933	2597	15	5	2	5	16	43	
1934	2983	18	3	3	3	14	41	
1935	2716	26	2	1	1	10	40	
1936	2704	20	3	3	3	13	42	
1937	1836	17	1	1	1	2	22	
1938	2396	22	2	2	0	5	31	
1939	2903	27	2	6	8	3	46	
1940	3260	21	7	2	5	2	37	
1941	3058	32	11	3	7	8	61	
1942	3073	23	4	7	3	10	47	
1943	3158	26	4	10	4	11	55	
1944	3329	46	4	14	4	10	78	
1945	3541	31	7	6	13	11	68	
1946	3595	44	20	10	11	16	101	
1947	3910	42	10	19	10	13	94	
1948	3586	42	20	15	13	13	103	
1949	3769	32	22	31	14	19	121	
1950	3848	39	14	36	20	24	133	

Porcentajes de id. sobre total partos

1928	%	0,45	0	0	0,05	0	
1950	%	1,01	0,36	0,93	0,52	0,6	

Porcentajes de id. sobre total cesárea

Años	Total cesáreas						
		1928	1950	1928	1950	1928	1950
		10	133	90,9%	29,3%	10,5%	27%
		—	—	—	—	10% 13,5%	0 18%

sus añejos derechos, y extiende su indicación salvadora a capítulos que hasta entonces le estaban vedados.

En el cuadro n° 4, podemos apreciar bien este último aserto. Entre las indicaciones de la cesárea aparece ahora un nuevo rubro, la distocia cervical — que tendrá en el futuro un auge enorme — y otro rubro más volumoso que el anterior: aquel referente a «otras indicaciones», por demás elocuente e inútil de detallar.

Para el tema que nos ocupa, «Influencia de la moderna terapéutica anti-infecciosa sobre las operaciones obstétricas», este momento, en 1930, es de una importancia capital, pues nos prueba, sin discusión alguna, que esa evolución en la Obstetricia operatoria no se debió a los antibióticos, que aun no existían. Se debió a otros factores: si la Operatoria obstétrica en Clientela privada era magnífica — por falta de infección concomitante — la Obstetricia operatoria en los Servicios Hospitalarios era calamitosa en todo el mundo. La gran morbilidad puerperal grave encerraba a la cesárea en un anillo de hierro; consecuencia de ello eran el forceps alto y la versión «extralimitada», con gravísimas consecuencias para el binomio madre-hijo. El torbellino infeccioso la mantenía estática. De ahí nació el deseo imperioso de liberación en bien de la madre y del hijo, cuantas veces sacrificado piadosamente para la terminación del martirio. El impulso para tan notable cambio en aquellos años nos vino nuevamente de Europa, donde una nueva técnica operatoria daba satisfacción al anhelo universal de ampliar las indicaciones de la operación cesárea, ya sea extendiéndola a los casos impuros, ya sea abarcando terrenos límites reservados con anterioridad exclusivamente a la vía baja, anhelo — necesario es repetirlo — que era consecuencia de la alta morbilidad traumática materna en el parto distóxico, amen de la infección puerperal, y consecuencia también del tristísimo rubro de mortalidad de responsabilidad exclusivamente operatoria, en esos mismos partos distóxicos. Me refiero a la cesárea modificada, ya sea en su forma suprasinfisiaria, ya sea la vía extraperitoneal, técnicas operatorias que, en resumen, permitían la vía alta en el temido caso impuro o francamente infectado. Siento es que ya en 1907 Frank había dado a conocer su técnica de cesárea extraperitoneal, técnica modificada más tarde por él mismo y base de aquella de Sellheim, técnicas que, con aquella ideada por Stöckel, Döderlein, etc., demostraron que la vía alta no era patrimonio del caso puro. El criterio en cuanto a las indicaciones y condiciones de las operaciones obstétricas tuvo que ir adaptándose a estas nuevas posibilidades de la vía alta, que penosamente se abría camino a través de los prejuicios firmemente anclados en la Obstetricia operatoria de los albores de este siglo. No me corresponde detenerme en la descripción de las diversas técnicas de la vía alta, son demasiado conocidas de todos Uds.; quiero dejar establecido, eso sí, que estas nuevas técnicas no fueron consecuencia de un mejor tratamiento de la infección puerperal. Todo lo contrario! Fué la imposibilidad de entonces de dominar la sepsis do que estimuló a buscar nuevas rutas — y con éxito. Poco a poco abrió camino la cesárea suprasinfisiaria en el caso impuro, para desplazar definitivamente por lo menos a la operación de Gottschalk, que con el nombre de Portes, aún efectuábamos en 1928. Esta nueva era operatoria nos alcanzó alrededor de 1929 - 1930, de ahí el cambio notable que en estos años observamos en el cuadro N° 2, evolución que salta a la vista en el siguiente gráfico, resumen del cuadro citado.

Pero hubo más. Empezamos en aquella época a recibir los beneficios de un mejor conocimiento de la biología del recién operado: la hidratación suficiente y la transfusión sanguínea entraron de lleno en el tratamiento pre y post-operatorio, arma, esta última, de un valor extraordinario por razones que sería pueril analizar. Sea por su acción anti-infectiosa directa, ya sea indirectamente mejorando el terreno, el hecho es que la transfusión de sangre marca una etapa en el tratamiento de los estados infecciosos, innovación que en nuestra Clínica coincide con el año 1930, cuando ya se había efectuado el viraje en nuestro criterio operatorio, lo que hago resaltar expresamente en relación con nuestro tema. También usamos en esa época los perfeccionados sueros anti-infecciosos, especial-

Para el tema que nos ocupa, «Influencia de la moderna terapéutica anti-infecciosa sobre las operaciones obstétricas», este momento, en 1930, es de una importancia capital, pues nos prueba, sin discusión alguna, que esa evolución en la Obstetricia operatoria no se debió a los antibióticos, que aun no existían. Se debió a otros factores: si la Operatoria obstétrica en Clientela privada era magnífica — por falta de infección concomitante — la Obstetricia operatoria en los Servicios Hospitalarios era calamitosa en todo el mundo. La gran morbilidad puerperal grave encerraba a la cesárea en un anillo de hierro; consecuencia de ello eran el forceps alto y la versión «extralimitada», con gravísimas consecuencias para el binomio madre-hijo. El torbellino infeccioso la mantenía estática. De ahí nació el deseo imperioso de liberación en bien de la madre y del hijo, cuantas veces sacrificado piadosamente para la terminación del martirio. El impulso para tan notable cambio en aquellos años nos vino nuevamente de Europa, donde una nueva técnica operatoria daba satisfacción al anhelo universal de ampliar las indicaciones de la operación cesárea, ya sea extendiéndola a los casos impuros, ya sea abarcando terrenos límites reservados con anterioridad exclusivamente a la vía baja, anhelo necesario es repetirlo — que era consecuencia de la alta morbilidad traumática materna en el parto distóxico, amen de la infección puerperal, y consecuencia también del tristísimo rubro de mortinatalidad de responsabilidad exclusivamente operatoria, en esos mismos partos distóxicos. Me refiero a la cesárea modificada, ya sea en su forma suprasinfisiaria, ya sea la vía extraperitoneal, técnicas operatorias que, en resumen, permitían la vía alta en el temido caso impuro o francamente infectado. Siento es que ya en 1907 Frank había dado a conocer su técnica de cesárea extraperitoneal, técnica modificada más tarde por él mismo y base de aquella de Sellheim, técnicas que, con aquella ideada por Stöckel, Döderlein, etc., demostraron que la vía alta no era patrimonio del caso puro. El criterio en cuanto a las indicaciones y condiciones de las operaciones obstétricas tuvo que ir adaptándose a estas nuevas posibilidades de la vía alta, que penosamente se abría camino a través de los prejuicios firmemente anclados en la Obstetricia operatoria de los albores de este siglo.

No me corresponde detenerme en la descripción de las diversas técnicas de la vía alta, son demasiado conocidas de todos Uds.; quiero dejar establecido, eso sí, que estas nuevas técnicas no fueron consecuencia de un mejor tratamiento de la infección puerperal. Todo lo contrario! Fué la imposibilidad de entonces de dominar la sepsis do que estimuló a buscar nuevas rutas — y con éxito. Poco a poco abrió camino la cesárea suprasinfisiaria en el caso impuro, para desplazar definitivamente por lo menos a la operación de Gottschalk, que con el nombre de Portes, aún efectuábamos en 1928. Esta nueva era operatoria nos alcanzó alrededor de 1929 - 1930, de ahí el cambio notable que en estos años observamos en el cuadro N° 2, evolución que salta a la vista en el siguiente gráfico, resumen del cuadro citado.

Pero hubo más. Empezamos en aquella época a recibir los beneficios de un mejor conocimiento de la biología del recién operado: la hidratación suficiente y la transfusión sanguínea entraron de lleno en el tratamiento pre y post-operatorio, arma, esta última, de un valor extraordinario por razones que sería pueril analizar. Sea por su acción anti-infectiosa directa, ya sea indirectamente mejorando el terreno, el hecho es que la transfusión de sangre marca una etapa en el tratamiento de los estados infecciosos, innovación que en nuestra Clínica coincide con el año 1930, cuando ya se había efectuado el viraje en nuestro criterio operatorio, lo que hago resaltar expresamente en relación con nuestro tema. También usamos en esa época los perfeccionados sueros anti-infecciosos, especial-

Cuadro n° 6

CLINICA OBSTETRICA UNIVERSITARIA (Prof. Mönckeberg)

Morbilidad puerperal general e idem grave en el periodo
1916 a 1920

Años	Total partos y abortos	Total intact.	%	Morbilidad puerperal grave				
				Piohemias	Septic.	Peritonitis	Total	%
1916	1.837	88	0,76	1	12	1	14	0,76
1919	1.910	161	1,05	—	15	5	20	1,05
1918	2.140	91	4,25	3	19	2	24	1,12
1919	2.190	171	7,8	4	28	5	37	1,7
1920	1.992	143	7,18	6	45	7	58	2,9
	10.069	655					153	1,5

Cuadro n° 7

CLINICA OBSTETRICA UNIVERSITARIA (Prof. Mönckeberg)

Morbilidad puerperal grave y mortalidad en id. en el periodo
de 1916 — 1920

Años	Total infec- tadas	Infectadas		Piohemias			Septicemias			Peritonitis		
		grave	%	casos	+	%	casos	+	%	casos	+	%
1916	88	14	15,9	1	1	100	12	4	33,3	1	1	100
1917	162	20	12,3	—	—	—	15	4	26,6	5	3	60
1918	91	24	26,3	3	3	100	19	10	52,6	2	2	100
1919	171	37	21,6	4	4	100	28	7	25	5	5	100
1920	143	58	40,5	6	3	50	45	12	20,7	7	6	85
Total		153					119			20		
Total fallecidas + 65							11			37		
										17		

% de fallecidas en morbilidad puerperal grave = 42,48%

mente el suero anti-estreptococo en los casos correspondientes y el suero anti-gangrenoso en las infecciones anaerobias. Sus resultados fueron medianos en las formas generalizadas y así se explica que la morbilidad y la mortalidad por infección puerperal permaneceran estacionarias, que no mejorara el pronóstico de la morbilidad cuando la infección no quedaba bloqueada por las defensas orgánicas, como queda demostrado por los cuadros comparativos que van a continuación y que se refieren a dos periodos convencionales, el primero de 1916 a 1920 y el segundo de 1930 a 1934, ambos de la era pre-antibiótica. En ellos figuran la morbilidad y la mortalidad por infección puerperal grave y, en general por infección y la morbilidad por infección puerperal grave y, en general por infección

Cuadro nº 8

CLÍNICA OBSTÉTRICA UNIVERSITARIA (Prof. Mönckeberg)

Morbilidad puerperal general y morbilidad puerperal grave
(piohemia, septicemia y peritonitis)
en el periodo de 1930—1934

Años	Total partos y abortos	Atendidas infec-	%	Morbilidad puerperal grave				Total	%
				Piohe- mia	Septice- mia	Perito- nitis			
1930	3.114	141	4,5	18	11	41	41	1,3	
1931	3.104	160	5,1	24	10	16	50	1,6	
1932	2.891	162	5,6	19	9	12	40	1,4	
1933	3.322	132	3,9	35	8	10	53	1,6	
1934	3.767	179	4,75	17	13	8	48	1,27	
	16.198	774	4,77				232	1,4	

cuadro aparte, la mortalidad en esta última. Para evitar malentendidos quiero dejar establecido que en la morbilidad por infección puerperal grave sólo he incluido — para mayor sencillez — aquellos rubros que daban mas de 20% de mortalidad, quedando incluidas en el rubro de «Piohemias» las entonces llamadas Septico-piohemias y las tromboflebitis pelvianas, criterio que he conservado, convencionalmente, en todos los cuadros para mejor visión panorámica del conjunto, de por sí complejo.

En el primer cuadro vemos que la morbilidad por infección puerperal alcanzó el 6,5% del total de partos y abortos, y que esa convencional «Morbilidad puerperal grave» el 1,5%. De estas últimas 153 pacientes (cuadro N° 7) fallecieron 65, que dá la alta cifra de 42,48% de mortalidad en el rubro de la mortalidad por infección puerperal grave. El examen del periodo 1930 - 1934 es menos alentador aún; si bien el porcentaje de mortalidad por infección puerperal grave es igual ,1,4% sobre el total de atendidas, el porcentaje de fallecidas en este rubro es catastrófico (cuadro N° 9), pues alcanza la enorme cifra de 74,5%.

Es decir que de cada 4 enfermas de piohemias, septicemia o peritonitis morían 3, a pesar de lo dicho anteriormente, a pesar del mejor tratamiento de la infección puerperal. Pero esa alta mortalidad poca relación tenía con la Obstetricia operatoria; era debida — ya lo he manifestado — a la alta incidencia de enfermedades que ingresaban infectadas a la Clínica, en especial el rubro referente al aborto provocado. Como puede observarse en el cuadro siguiente, el porcentaje de fallecidas por infección puerperal alcanza el 28,4% de las ingresadas infectadas (576 en los 5 años) y sólo el 10% en las 198 infectadas en el Servicio, que forman sólo la cuarta parte del total (774).

Muy distinto es el análisis exacto de la morbilidad por infección en las operaciones obstétricas. Como decía al principio de esta contri-

Cuadro nº 9

CLÍNICA OBSTÉTRICA UNIVERSITARIA (Prof. Mönckeberg)

Morbilidad puerperal grave (piohemía, septicemia y peritonitis) y mortalidad en ella en el periodo de 1930—1934

Años	Total infec-das	Infectadas % graves	Piohemias			Septicemias			Peritonitis		
			Casos	†	%	Casos	†	%	Casos	†	%
1930	141	41	29	18	66	11	10	90	12	8	66
1931	160	50	31,8	24	70,8	10	5	50	16	11	68,7
1932	162	40	24,7	19	84,2	9	5	55,5	12	10	83,3
1933	132	53	40,1	35	62,8	8	4	50	10	10	100.—
1934	179	48	16,8	17	76	13	12	92	18	18	100.—
Total	232		113			51			68		
Total fallecidas † 173			80			36			57		

% de fallecidas en morbilidad puerperal grave = 74,5%

Cuadro nº 10

CLÍNICA OBSTÉTRICA UNIVERSITARIA (Prof. Mönckeberg)

Distribución de las infectadas y mortalidad de ellas en los años 1930-1934

Años	infectadas Total	En el Servicio		Ingresan infectadas	
		Casos	Fallecen	Casos	Fallecen
1930	141	35	2	106	28
1931	160	50	5	110	31
1932	162	39	3	123	32
1933	132	39	6	93	30
1934	179	35	3	144	43
	774	198	19	576	164

De 5/6 que ingresaron infectadas fallecen 164 = 28,4%
De 198 infectadas en el Servicio fallecen 19 = 10 %

CLÍNICA OBSTÉTRICA UNIVERSITÁRIA (Prof. Mönckeberg)

Resumen de 70 cesáreas
(64 clásicas, 1 suprasinfisiaria Krönig; 1 de Sellheim; 4 exo-histeropexias
de Portes), verificadas 1927 — 1930

Indicación		Grado de puerza		Mor- bilidad puerual		Fallecidas por inf. puerperal
Vicios pelvianos ...	44	I	52	14	26,9	0
Placenta previa ...	11	huevo intacto				
Eclampsia	4	II	12	4	33,3	2
Exceso volumen feto	4	huevo roto				
Tronco abandonado	4	III	6	5	83	0
Sulf. fetal, membr. rotas	1	huevo roto, infec. ovular				
Epilepsia grave ...	1					
Despr. premat. pla- centa	1	TOTALES	70	23	23,8	2
	70					= 2,85%

En la Clínica Obstétrica Universitaria, la Obstetricia operatoria era magnífica aún antes de la era antibiótica, especialmente en Clientela privada porque no había infección concomitante, germe de la posible infección puerperal grave. En nuestro Servicio, Clínica Obstétrica Universitaria, la morbilidad puerperal post-operatoria no era alarmante, de ninguna manera, especialmente en cuanto a la cesárea se refiere. En el Boletín anual de esta Clínica, del año 1930, Victor M. Gazitúa publica un estudio sobre 70 cesáreas efectuadas entre los años 1927/1930. De estas enfermas fallecieron sólo 2 de peritonitis, 2,85%, ambas con hueso roto sin manifestaciones Clínicas de infección ovular. Cosa paradójica, de las 6 pacientes operadas con infección amniótica franca no falleció ninguna por infección puerperal. El total de fallecidas alcanzó a 5, pues hubo una muerte por sincopal anestésico, 1 por epilepsia sub-intrante y 1 por infarto del miocardio.

Los resultados, pues, no eran demasiado pesimistas en cuanto a infección puerperal se refiere. Ese mismo porcentaje de mortalidad lo tuvimos en las otras intervenciones obstétricas que tomadas en conjunto con la cesárea, dieron una mortalidad por infección puerperal de 2,33% sobre el total de 1.069 operadas en el periodo comprendido entre los años 1930 - 1934.

Morbilidad y mortalidad en los 70 casos anteriores

	Nº Infect.	Endometritis.	Parametritis	Flegmasia alba dolens	Periton.	Fallecidas
I	14	8	4	2	0	0
II	4	2	—	—	2	2
III	5	5	—	—	0	0

FALLECIDAS:

Infarto miocardio	1
Epilepsia sub intrante ...	1
Sincope anestésico	1
Peritonitis	2
TOTAL fallecidas	5

Fallecidas por infección

puerperal 2 = 2,85%

No nos detendremos demasiado en este cuadro. Bástenos decir que la mayor incidencia de la morbilidad séptica grave se debía, como hemos visto, al enorme número de enfermas que ingresaban infectadas (Cuadro N° 10), lo que explica también la mayor mortalidad por peritonitis en la cesárea, comparada con el cuadro de cesáreas N° 11, correspondiente al periodo 1927 a 1930. Prueba de ello es el alto porcentaje de mortalidad en las 73 embriotomías verificadas en esos 5 años (8 sobre 73 — 11,4%), operaciones efectuadas en fermas que ingresaron infestadas sub-partu inutilmente atendido fuera del Servicio, operaciones multiladoras que seguramente se habrían podido evitar si la paciente hubiera ingresado oportunamente a nuestra Clínica. Muchas vidas de madres y de hijos se perdieron por ese motivo, que en su esencia no es mas que la falta de cultura general del ambiente. Con los años, también eso ha cambiado favorablemente, como podrá verse mas tarde en un cuadro similar del periodo 1946 - 50 (Cuadro N° 15).

Surge una pregunta? Cómo era en ese periodo la mortalidad por infección puerperal en el resto de las pacientes, en las no operadas?. Si restamos del total de las atendidas en ese lapso, 16.198 (Cuadro N° 3) las 1.069 operadas, nos da la cifra de 15.129. Si hacemos lo mismo con las fallecidas por infección puerperal obtenemos la cifra 196, que, sobre 15.129 es igual a 1,29%. En resumen: en las operadas en este periodo de 1930 - 34 la mortalidad por infección fué de 2,33%, en el resto sólo de 1,29%, o sea la mitad. Demás está detenernos en comentar estas cifras, pues sabemos de sobra porqué es mayor la mortalidad en un rubro que en otro.

Se me preguntará: ¿ qué tiene que hacer todo esto con el título del tema: «Influencia del moderno tratamiento anti-infeccioso sobre las operaciones obstétricas» ?.

Pues, a mi juicio, sólo cabe hablar de tratamiento moderno si sólo tomamos en cuenta, entre nosotros, los ultimos 5 años, quizás menos aún por razones que expondré mas tarde. Pero, estudiado solo este corto periodo, resultaría brillante en suspecto, tan deslumbrante como incomprendible. La bondad de un método, como cualesquiera otra cualidad en todo el Universo, sólo puede ser medida por comparación, sin lo cual pierde todo su valor. Es la superposición de los cuadros lo que da la perspec-

Cuadro n° 12

CLÍNICA OBSTÉTRICA UNIVERSITÁRIA (Prof. Mönckeberg)

CLINICA OBSTETRICA UNIVERSITARIA (M.R. MARCHESI, S.G.)
Morbilidad y mortalidad por infección puerperal en Forceps, Versiones, Cesáreas y
Emboletomías en los años 1930—1934

tiva. Y nuestro problema es bastante complejo pués son muchos los factores que han influido en la evolución de la operatoria obstétrica, no sólo el mejor tratamiento anti-infeccioso. De ahí que he tratado de seguir esta evolución paso a paso, lo que nos permitirá apreciar en su justo valor la transcendencia de la era antibiótica moderna. Deliberadamente he dejado a un lado el problema del aborto séptico, pués complicaría inútilmente esta exposición, asunto del cual me ocuparé al final en capítulo aparte. Lo mismo puedo decir del resto de las maniobras obstétricas, que serán consideradas a su debido tiempo, pués son las grandes intervenciones — Fórceps — Versión — Cesárea — Embriotomía — las más traumáticas e al mismo tiempo aquellas que, por su alta morbilidad materna y fetal, más han influido en la evolución de la Obstetricia operatoria, especialmente en relación con el tema que nos ocupa.

Estamos en 1935. A grandes rasgos de trazado el camino seguido por las operaciones obstétricas. Deliberadamente no me he detenido en detalles y si ahora volvemos nuevamente nuestra mirada hacia el pasado, podremos observar doscos fundamentales: primero, la Obstetricia operatoria, ha experimentado una evolución notable por extensión de las indicaciones de la cesárea, antes reservada sólo a los vicios pelvianos y a una que otro indicación materna. Las indicaciones en interés del feto aumentan progresivamente. Segundo, la mortalidad matern por infección puerperal (Cuadro N° 3) no sólo ha quedado estacionaria, sino que ha aumentado visiblemente antes mencionados. El éxito del tratamiento de la infección puerperal no ha variado sustancialmente desde 1916! Por consiguiente — y esta es la deducción lógica — la evolución de la Obstetricia operatoria no es debida a un mejor tratamiento anti-infeccioso, sino debida a los motivos ya expuestos: corregir la penosa morbilidad traumática materna y por otra parte resguardar la amenazada vida fetal. Este anhelo tan humano y lógico era causa de preocupación de todos los parteros y también entre nosotros dió motivo a estudios y deliberaciones. Si, por una parte se deseaba ampliar las indicaciones operatorias, por otra parte aparecía la valla formidable de la complicación séptica, problema puntualizado brevemente por el Profesor Carlos Mönckeberg en un trabajo aparecido en el Boletín anual de la Clínica Obstétrica Universitaria del año 1935, estudio titulado: «Las indicaciones verdaderas de la vía alta». El problema era de tanta actualidad que iba a figurar mas tarde, como tema principal en el tercer Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología, verificado en Buenos Aires en 1937: «La Cirugía Obstétrica del Caso Impuro», con el apunte chileno de los Drs. Mönckeberg y J. Puga.

Así apareció también entre nosotros la Sinfisiotomía, mucho antes usada ya — larga mano — en Argentina. Intervención magnífica, nos entregaba un feto vivo por vía baja — que parecía muy problemática — evitando la vía alta, cuajada de peligros. Nuevamente el fantasma de la sepsis — no el dominio de ella — nos había trazado un nuevo camino operatorio. Esto indujo también a J. Puga y H. Sanhueza a ensayar un nuevo método de cesárea extra-peritoneal por artificio, muy parecido al de Frank-Sellheim, técnica por medio de la cual se trató de excluir la cavidad abdominal de la zona operatoria, método especialmente indicado en los casos impuros, de tanta preocupación antes de la era antibiótica.

Y vino el Prontosil de Domagk. Radicalmente cambió la terapéutica anti-infecciosa, con resultados sorprendentes. Se multiplicaron y perfeccionaron los derivados sulfamidados, se aplicaron a todas las ramas de la Medicina, pero es indudable que fué la Obstetricia, aquella que obtuvo el mayor y más inmediato provecho de este gigantesco descubrimiento: de inmediato en el tratamiento del aborto séptico y luego en todas las formas de infección puerperal con resultados jamás alcanzados. Ehrlich con su «esterilización magna» volvió a la mente del mundo médico. Usados

los sulfamidados entre nosotros a discreción sólo desde 1938, bajó de inmediato la morbilidad por infección puerperal y con ello la mortalidad por esa causa (Cuadro N° 3). Disminuyó en forma evidente la gravedad de los cuadros sépticos, que eran tanto más raros cuanto más precoz el tratamiento profilático. Las grandes esperanzas de la «esterilización magna» no se cumplieron en toda su amplitud, pues los sulfamidados no fueron capaces de lograr la desaparición de las piohemias, septicemias, peritonitis una vez establecido el cuadro nosológico. No viene al caso denterme en este aspecto del tratamiento de la infección puerperal pués estaria fuera de lugar. Quien quiera ahondar en este problema durante ese periodo puede encontrar cuanto dato deseé en el magnífico relato que llevó en 1943 el Profesor V. M. Avilés al quinto Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología, en el cual se debatía el tema: «Tratamiento de la infección puerperal grave.» Quedó demostrado en esa amplia contribución que los sulfamidados estaban lejos de ser una panacea. La mortalidad por piohemia, septicemia, y peritonitis no fué influenciada en las enfermas ingresadas infectadas a los Servicios, como puede verse en el cuadro siguiente, resumen de morbilidad y mortalidad por infección puerperal en la Maternidad San Francisco de Borja a cargo del Profesor Gazitúa.

Abarca este resumen el periodo de 1934 a 1942, y en él se ve bajar la mortalidad por infección puerperal de 0,80 a 0,32 sobre el total de ingresadas, es decir, baja casi a la tercera parte, lo que no deja de ser extraordinario. En la Clínica Obstétrica Universitaria, a cargo del Profesor Mönckeberg, la mortalidad bajó en el mismo periodo de 1,3 a 0,3 (Cuadro N° 3); el espectro macabro de la infección puerperal era atacado con éxito jamás alcanzado antes, pero aún defendía sus posiciones con mortífera tenacidad, por suerte en casos siempre mas aislados.

Y ahora bien ¿qué influencia tuvo este periodo, este nuevo tratamiento sobre las operaciones obstétricas?

Los resultados mas inmediatos y espectaculares los observamos en relación con el aborto séptico, siempre provocado. De inmediato desapareció casi totalmente la morbilidad grave. Terminó una vez por todas la discusión entre abstencionistas e intervencionistas. Sólo el Clostridium Welchii escapó a la acción de las sulfamidas, hasta hoy dia.

Las infecciones amnióticas dejaron de ser motivo para intervención inmediata y pudimos esperar con mas tranquilidad un parto espontáneo sin precipitarnos en una intervención demasiado precoz.

El pronóstico de las operaciones obstétricas mejoró indudablemente con la administración, generalmente profiláctica, de las sulfas. Ninguna vía dejó de usarse, en los casos mas amenazantes incluso la intravenosa en forma de plasmoterapia sulfamidada. Las formas localizadas de infección fueron dominadas a voluntad.

En la cesárea pura o impura, colocamos sulfas en el peritoneo, en cantidad de 5 gr. de polvo, al parecer con buenos resultados.

Sin embargo, el nuevo agente terapéutico, indudablemente extraordinaria, no influyó en las indicaciones de las operaciones obstétricas, aunque —sin lugar a dudas— mejoraba de golpe el pronóstico de ellas. El porcentaje de Cesáreas quedó estacionado, bajo aquel de Versiones y aumentó ligeramente aquel de Forceps (vease cuadro N° 2). No se operaba ni mas ni menos en total, pero, por primera vez en la historia de la Obstetricia, operábamos con aquella tranquilidad que da al espíritu la certeza de que nuestra intervención no va a ser causa de morbilidad por infección. Eso a grandes rasgos, sin tomar en cuenta detalles contradictorios, que, sin embargo, pesaron lo suficiente para no desviarnos bruscamente del camino seguido hasta entonces: quiero decir, que permanecimos fieles al criterio seguido hasta entonces en cuanto a las estrictas

Cuadro nº 13

MATERNIDAD SAN FRANCISCO DE BORJA (Prof. Gazitúa)

Porcentaje de morbilidad y de mortalidad por infección puerperal

Periodo 1934 a 1942

AÑOS	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942
Morbilidad en relación al total de asistidas	4,56	6,48	6,23	4,91	4,31	4,91	4,87	4,59	4,80
Mortalidad en relación al total de asistidas	0,98	0,96	0,95	0,84	0,73	0,69	0,43	0,51	0,32
Mortalidad en relación a las infectadas en el Ser.	11,5	6,5	5,6	8,2	8,3	7,4	5,2	4,8	1,06
Mortalidad en relación a las infect. fuera del Serv.	27,9	19,1	21,9	23,4	22,6	18,2	11,9	15,2	8,8
MORTALIDAD EN LAS FORMAS GRAVES									
Peritonitis difusa	100	82,3	100	92,3	100	86,6	83,3	100	72,7
Piohemia	78,7	8,8	74,5	78,9	86,2	81,8	93,7	78,2	50
Septicemia	90	100	90,9	100	100	100	100	100	85,7

condiciones e indicaciones de las operaciones obstétricas a. nque no hay duda de que el mejor pronóstico de la cesárea impura nos estimulaba a ampliar paulatinamente su campo de acción, como puede observarse en el cuadro N° 2 y N° 5. Durante 12 años (1930 - 1942) el porcentaje de cesárea, en nuestro Servicio, se había mantenido estrictamente alrededor del 1,5 sobre el total de las grandes intervenciones. La sólida y bien observada experiencia hecha con los sulfamidados fué motivo para que alrededor del año 1944 el porcentaje subiera a 2,3 (Cuadro N° 2 y N° 5), y esto debido a mayor uso de la vía alta en los vicios pelvianos, distocia dura que, abordada por la vía baja en los casos límites, ha sido y será siempre de graves preocupaciones por la alta incidencia de morbilidad traumática materna y infantil.

Estábamos en esta transición cuando sorprendió al mundo la Penicilinoterapia. Iniciada en 1942, assistiamos a distancia a los magníficos albores de una nueva era, sabíamos del nuevo milagro terapéutico, siempre anhelado y nunca alcanzado hasta entonces. Por desgracia, pasaron muchos años hasta que nuestras enfermas pudieran recibir los beneficios de la cura maravillosa. El estado de guerra mundial absorbió totalmente la incipiente producción de Penicilina y sólo en 1946-47 quedó incorporada la droga a nuestro arsenal terapéutico en Hospitales y Maternidades. Las esporádicas oportunidades de aplicación en años anteriores, tratamientos excepcionales sólo de casos graves, sólo sirvieron para confirmar

— atónitos — los espectaculares resultados obtenidos en E.E.U.U. aún en la infección puerperal grave rebelde a la acción de los sulfamidados. Los resultados en cuanto a la influencia sobre la mortalidad por infección puerperal fueron inmediatos, como puede observarse en el cuadro N° 3. Si, sobre el total de atendidas, en el año 1933, esa mortalidad alcanzaba el 1,3% y bajo la influencia de los sulfamidados había descendido en 1942 a 0,3%, ahora el porcentaje bajaba a 0,1 y fracción. El en Servicio del Profesor Gazitúa, Maternidad San Francisco de Borja, en que funciona la Escuela de Matronas, las cifras son exactamente iguales y lo mismo podemos decir de los otros Servicios de Maternidad de Santiago de Chile. No me parece justo detenerme mas en este asunto puesto que todo esto mas bien se refiere al problema d la infcción puerperal, que no me corresponde tratar y que es demasiado conocido de todo Uds. Solo es necesario establecer bien los hechos para relacionarlos con el tema objeto de esta contribución, para lo cual interesa, ante todo, establecer exactamente la relación entre operaciones obstétricas y morbilidad por infección puerperal en este periodo desde 1946 a 1950, años en que a los sulfamidados se ha agregado la micoterapia usada con liberalidad. Vuelvo a insistir en que los res.menes que siguen, como los referentes a años anteriores, se refieren a las grandes intervenciones obstétricas solamente, posición convencional establecida para simplificar la visión de conjunto.

Ante todo, un cuadro resumen gentilmente facilitado por el Profesor Gazitúa, de su Servicio en la Maternidad San Francisco de Borja y a continuación el similar de nuestro Servicio, Clínica Obstétrica Universitaria.

Con referencia al primeiro, N° 14, quiero llamar la atención en cuanto a la morbilidad por endometritis. Sólo figuran las endometritis parenquimatosas, los casos graves, no así en el res.men nuestro en que figuran todo los casos de infección del endometrio, lo que aumenta la proporción de infectadas en relación con el total de operadas y total de partos. Pero lo que interesa es la mortalidad post-operatoria por infección en esto cinco años (1946-1950) y para mejor apreciación de la evolución habida hasta comparar estos cuadros con el N° 12, correspondiente al periodo 1930-1934, de la era pre-anibiotica. En este último podemos apreciar la alta incidencia de sepsis grave (piohemias, septicemias, peritonitis) y la alta mortalidad corresponde, que es impresionante en las peritonitis post-cesárea. De las 9 peritonitis en 190 cesáreas de esos 5 años no salvó ninguna. En cambio en el cuadro N° 14, Maternidad San Borja, referente al periodo de 1946-1950, salvo una que otra peritonitis post-operatoria no hay morbilidad grave, que ha desaparecido del todo. Al hacer un análisis de su estadística en las Terceras Jornadas de Obstetricia y Ginecología, verificadas en Santiago en Diciembre de 1949, el Prof. Gazitúa analizó estas muertes por peritonitis que figuran en este cuadro e hizo hincapié en que las 2 post-cesárea del año 1948 eran inexplicables, sólo debidas a circunstancias fortuitas. Mas tarde, en 1950 hubo otra en este rubro, y aquella post-embriotomía había ya ingresado en avanzado estado séptico y fallecía dos horas después de ingresada al Servicio.

El res.men referente a nuestro Servicio — es decir, al que tengo el honor de pertenecer —, quadro N° 15, demuestra muy elocuentemente la maravillosa acción de los antibióticos sobre los gérbenes patógenos. En 5 años, y en un total de 1.413 operados, tuvimos una sola fallecida por sepsis, por una peritonitis post-cesárea, y eso ocurrió en 1946 cuando era difícil la obtención de Penicilina. Vuélvase a comparar est cuadro N° 15 con el similar N° 12, del periodo 1930-1934, también de nuestro Servicio, y no habrá palabras para ponderar la milagrosa influencia de la micoterapia sobre los micro-organismos patógenos, a condición, eso si,

Cuadro n° 14

MATERNIDAD SAN FRANCISCO DE BORJA (Prof. Gazitúa)

Morbilidad y mortalidad por infección puerperal en Forceps, Versiones, Cesáreas y Embriotomias en los años 1946 — 1950

	FORCEPS 1.186	VERSIONES 491					CESAREAS 966					EMBRIOTOMIAS 36				
		1946	1947	1948	1949	1950	1946	1947	1948	1949	1950	1946	1947	1948	1949	1950
ANOS.....	1946 1947 1948 1949 1950															
Total partos	5341 5385 5411 5641 6138															
Operadas	123 671 651 303 338	†	139	113	81	82	76	†	100	133	199	256	278	†	12	6
Endometritis paraquimatis.	4	1	3	—	1	3	—	1	—	1	1	—	2	—	—	—
Anexitis y parametritis	1	—	—	1	—	2	—	—	—	1	1	1	1	—	—	—
Piohemias	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Septicemias	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Peritonitis	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	2	—	1	3	—	—
Total fallecidas	6		1									1	3		1	
Total partos en años (1946-50) 6																27.922
Total operadas en 5 años .. 3																11,7 %
Total de infectadas graves																0,12%
Total fallecidas †	6															0,02%

La fallecida en embriotomia en 1950 ingresa con sepsis grave y fallece 2 horas después de ingresada.

Cuadro n° 15

CLINICA OBSTETRICA UNIVERSITARIA (Prof. Mönckeberg)

Morbilidad y mortalidad por infección puerperal en Forceps, Versiones, Cesáreas y Embriotomias en los años 1946—1950

	FORCEPS 529					VERSIONES 293					CESAREAS 552					EMBRIOTOMIAS 39					
AÑOS.....	1946	1947	1948	1949	1950	1946	1947	1948	1949	1950	1946	1947	1948	1949	1950	1946	1947	1948	1949	1950	
Total parto	3595	3910	3183	3769	3848																
Operadas	107	94	121	100	107	+	58	54	65	58	58	+	101	94	103	121	133	+	11	6	
Endometritis	21	5	14	15	17								3	6	7	7	14	4	13	8	
Anexitis y Parametritis	1	—	—	—	—								1	1	1	—	—	—	—	1	
Piohemias	—	1	—	—	—								—	—	—	—	—	—	—	—	
Septicemias	—	—	—	—	—								—	1	1	—	—	—	—	—	
Peritonitis	1	—	—	—	—								1	1	1	—	—	—	—	—	
Total fallecidas						0							1					0			
Total operadas en 5 años																		18.708			
Total partos en 5 años (1946-50)																			1.413		7,6%
Total infectadas																			170		0,9%
Total fallecidas † 1																			0,58%		0,0033%

de que estamos en condición de atacar a tiempo, oportunamente. Como puede verse en el cuadro siguiente, en los últimos 5 años ingressaron infectadas 718 pacientes, y contrajeron la infección en la Clínica 321. De las primeras 718 fallecen 36, o sea el 5%; le das segundas fallecen sólo 3, menos de 1%. Entre estas figura el caso de peritonitis post cesárea del año 46, un caso de perfringens del año 48 y un caso de tétanos del año 1950, ambos post-partum, contagiadas de modo inexplicable en el Servicio. En estos dos resúmenes (Nº 16 y 16 B) figuran todas las fallecidas por infección puerperal, sin excepción alguna y quedan incluidos en ellos el caso de tétanos ya mencionado y 15 casos de perfringens, que merecerán más tarde un comentario aparte.

La morbilidad por infección puerperal grave queda analizada en los resúmenes siguientes:

Estos dos cuadros son similares a aquellos correspondientes al periodo 1916-1920 (Cuadro Nº 6 y 7), y a los del periodo 1930-1934 (Cuadro Nº 8 y 9). El análisis de estos 6 cuadros (6, 7, 8, 9, 17, y 18) se presta, naturalmente a un extenso comentario en cuanto a tratamiento de la infección puerperal; este asunto aunque estrechamente ligado a nuestro tema, nos llavaría, sin embargo, demasiado lejos. Quiero recalcar solamente que nuevamente podemos apreciar que la morbilidad por infección puerperal grave ha disminuido considerablemente en los últimos años, gracias a los antibióticos; pero hay que recalcar también que cuando ella existe, la mortalidad sigue siendo elevada en las septicemias y que tiende a disminuir en las peritonitis, cualquiera que sea su origen. La abundante hidratación, las transfusiones sanguíneas repetidas, la sonda de Miller-Abbott, la laparatomía procoz, etc., han contribuido eficazmente a mejorar el pronóstico en esta gravísima complicación, como queda demostrado en el cuadro Nº 18. Las 7 peritonitis del año 1950 fueron todas post-abortum provocado, y de ellas falleció sólo una, o sea el 14,4%.

Cuadro nº 16

CLÍNICA OBSTÉTRICA UNIVERSITARIA (Prof. Mönckeberg)

Morbilidad (inclusive diagnóstico restos sépticos de aborto!) y mortalidad por infección puerperal en los últimos 5 años
Distribución de las enfermas en cuanto al lugar de origen de la infección

Años	Total partos y abortos	Ingresan infectadas		Infect. en el Servicio		Total
		fallecen	fallecen	fallecen	+	
1946	4.543	138	6	71	1 perit. p. cesarea	7
1947	4.999	156	6	51	0	6
1948	5.033	143	6	56	1 perfringens	7
1949	5.084	110	7	52	0	7
1950	5.407	171	11	91	1 tétanos	12
Total		718	36	321	3	39

Cuadro n° 16-B

CAUSA DE MUERTE EN EL CUADRO ANTERIOR

A = Enfermas ingresadas infectadas
 B = Enfermas infestadas en el Servicio

	A	B	A	B	A	B	A	B	B
	A	B	A	B	A	B	A	B	B
1946	2	—	—	—	2	1	2	1	
1947	4	—	—	—	1	—	2	1	
1948	3	—	—	—	3	—	2		1
1949	2	—	—	—	1	—	7		
1950	2	—	1	—	1	—			
Totales A	13		1		8		14		= 36
Totales B					1		1	1 =	3

Volviendo a nuestro tema, me permito recordar el resumen N° 15, en el cual se puede apreciar en conjunto la influencia de la terapéutica moderna sobre nuestras grandes operaciones obstétricas. La única operada que perdimos, de 1.413 en total, fué en el año 1946, cuando apenas teníamos penicilina. La micoterapia estaba a.n en sus comienzos, los tratamientos anti-infecciosos se hacían a base de sulfamidados que hemos ido dejando a un lado en las formas graves, en lo posible por considerar que agregan un tóxico mas a una paciente que ante todo debe ser desintoxicada.

Deseo dejar establecido que estamos lejos de estar satisfechos de nuestros tratamientos anti-infecciosos, y prueba de ello son los cuadros 16, 16, B, 17 y 18, correspondientes a los últimos 5 años. Hemos perdido 39 pacientes por sepsis de diferente forma (inclusive 15 perfringens y un tétanos que no figuran en los cuadros 17 y 18), que, sumados a 99 fallecidas por otras causas (vease el cuadro siguiente), dan un total de 138 fallecidas en los últimos 5 años.

En las 39 fallecidas por sepsis hay 15 perfringens y un tétanos. Queda un saldo de 23 muertes que quizás pudieran haberse evitado si siempre hubiésemos dispuesto de Penicilina y Estreptomicina como hoy día, es decir desde el año 1947-48. No estamos satisfechos de nuestro tratamiento anti-infeccioso porque de todos los antibióticos derivados de los hongos, sólo disponemos de los dos nombrados. La escasez y el elevado precio de la aureomicina, terramicina, cloromicetina, etc., hacen que estos preparados no estén a nuestro alcance en el medio hospitalario, situación que seguramente cambiará algún dia. De modo, pues, que — a mi entender — nuestro tratamiento moderno de la infección no es todo lo completo que sería de desear, aunque sus resultados sean admirables. ¡Cuan cerca estamos de la «Esterilización magna» de Ehrlich! Puede que algún dia lleguemos a ella, y esta hipótesis, aplicada a la Obstetricia, será motivo de un párrafo aparte.

El dominio de la infección puerperal y de la sepsis en general, gracias a los antibióticos y en especial gracias a la micoterapia, tuvo evi-

dente repercusión en el criterio operatorio obstétrico, evolución de criterio que ha sido tanto más notoria cuanto más eficaz la terapéutica, como puede observarse en el último lustro resumido en el cuadro N° 2 y en el gráfico N° 5. La Obstetricia operatoria se acomodó a la nueva situación que le brindaba la casi total desaparición de la infección, en especial el rubro referent a la peritonitis post-operatoria (véase cuadro N° 15). Como lo demuestra el cuadro N° 1, años 1946-1950, en todos los Servicios de Maternidad de Santiago hubo un aumento indiscutible del porcentaje de Cesárea, debido al mayor uso de ella en todas aquellas situaciones en que el gran riesgo materno o fetal por la vía baja así lo aconsejara. A las indicaciones absolutas de la vía alta fueron agregándose más y más indicaciones relativas, en beneficio de la madre y en especial del feto, evolución de criterio que interesó tanto a nuestro ambiente obstétrico que fué motivo para un tema interesantísimo en las «Terceras Jornadas Chilenas de Obstetricia y Ginecología» verificadas en Santiago de Chile en Noviembre de 1949. Relatores del tema «Extensión de las indicaciones de la Cesárea» fueron dos doctores Carlos Ramírez y Hermán Muñica, que en un extenso y magnífico trabajo analizaron el asunto bajo todos los ángulos posibles. Todos los Servicios de Maternidad presentaron contribuciones valiosas y tuvimos también ocasión de escuchar la autorizada palabra de colegas argentinos que nos honraron con su visita y su experiencia. El momento era de franca evolución y quedó en claro que la Obstetricia operatoria, gracias a los antibióticos, buscaba nuevos rumbos guiada por el luminoso sendero que le trazara la modrena teoría anti-infecciosa. Todos estuvieron de acuerdo en que la extensión de las indicaciones de la Cesárea no debería llevar al abuso de ella sino a su empleo razonable en aquellos casos en que la vía baja era peligrosa para la madre y para el hijo, peligro honradamente analizado y muy bien justificado por las condiciones existentes. Las operaciones obstétricas por vía vaginal con y serán siempre operaciones magníficas, siempre que no haya de parte del operador extralimitaciones en la apreciación de las indicaciones y condiciones, error de criterio de graves consecuencias para el binomio madre-hijo, error que se traduce en morbilidad traumática tanto en la madre como en el hijo, traumatismo obstétrico que no es inocente, ni en las mejores Escuelas. El Profesor Gazitúa presentó en aquellas Jornadas algunos cuadros Estadísticos en relación con este punto, resúmenes que ha tenido la gentileza de completarlos con los años 49 y 50 para mi uso en esta exposición.

Esta morbilidad traumática ha existido siempre, y en los diferentes Servicios de Maternidad será variable según múltiples circunstancias que no viene al caso analizar. Decía al principio que las operaciones obstétricas encerraban dos peligros capitales: esta morbilidad traumática, que puede llevar a la muerte por hemorragia; y la infección que también puede conducir a lo peor. Pues bien, esta última está casi totalmente dominada, pero persiste el primer peligro, el traumatismo tanto materno como fetal, en el fórceps y en la versión. Este es el peligro que ya antes de la era antibiótica impulsaba a los Obstetras a buscar la vía alta, aún arriesgando la posible complicación peritoneal. Eliminada esta última gracias a los antibióticos, era lógico evitar el gran peligro de la vía abajo en determinadas circunstancias: he ahí la extensión de las indicaciones de la cesárea.

El cuadro de morbilidad traumática infantil, imputable a operaciones por vía baja complementa lo dicho anteriormente, en el sentido de que aún en las mejores condiciones de Dirección, el traumatismo obstétrico del recién nacido no deja de ser una grave preocupación y es — por cierto — motivo más que suficiente para elegir la vía alta, cuando el

Cuadro n° 17

CLÍNICA OBSTÉTRICA UNIVERSITÁRIA (Prof. Mönckeberg)

Morbilidad puerperal general y morbilidad puerperal grave (piohemias, septicemias, peritonitis) en el período de 1946 — 1950

Año	Total partos y abortos	Total infectadas	%	Morbilidad puerperal grave			
				Piohemia	Septicemia	Peritonitis	Total
1946	4.543	100	4,6	3	5	4	12
1947	4.999	207	4,1	—	5	3	8
1948	5.033	199	4	0	4	4	8
1949	5.084	162	3,2	0	2	7	9
1950	5.407	262	4,8	2	4	7	13
	25.006	1.039					50
							0,22

Cuadro n° 18

CLÍNICA OBSTÉTRICA UNIVERSITÁRIA (Prof. Mönckeberg)

Morbilidad puerperal grave (piohemias, septicemias y peritonitis) y mortalidad en ella en el periodo 1946 — 1950

Años	Total infectadas	infectadas graves	PIHEMIAS			SEPTICEMIAS			PERITONITIS		
			casos	%	†	casos	%	†	casos	%	†
1946	209	12	3	—	—	5	2	40	4	3	75
1947	207	8	0	—	—	5	4	80	3	1	33
1948	199	8	6	—	—	4	3	75	4	1	25
1949	162	9	0	—	—	2	2	100	7	3	40,3
1950	262	13	2	1	50	4	2	50	7	1	14,4
Totales	50	5				20			25		
Total fallecidas †	23	1				13			9		

% fallecidas en infección puerperal grave (piohemia, septic, periton) = 47,9 %.

No se consideran, ni en las infectadas graves ni en las fallecidas, los casos de perfringens y un caso de tétanos.

Cuadro n° 19

CLINICA OBSTETRICA UNIVERSITARIA (Prof. Mönckeberg)

Total enfermas fallecidas
(1946-1950)

Años	1946	1947	1948	1949	1950
Anemia aguda obstétrica	4	7	6	5	2
Eclampsia	1	3	—	4	4
Roturas del útero	3	2	—	4	2
	—	—	1	—	—
Abcesso hepático	—	—	2	1	—
Atrofia amarilla ag. hígado	1	—	1	—	—
Bronocneumonia	1	—	—	1	—
Diabetes	—	—	—	—	—
Epilepsia	1	—	—	—	—
Epitelioma laringeo (asfixia)	—	—	1	—	—
Febre tifoidea	3	—	—	—	1
Hemorragia meningea	—	—	—	—	3
Insuf. cardiaca	1	—	—	—	—
" cardio renal	—	—	—	—	1
Muerte subita post-cesárea	—	1	—	—	—
Nefropatia crônica	—	—	—	—	1
Nefritis nodular embólica	—	—	—	1	1
Peritonitis origen intestinal	1	—	—	1	—
Peritonitis post-histerectomia (mioma)	—	—	—	1	—
Sincope cardiaco en operación	1	1	—	1	—
" respiratorio en operación	—	—	5	—	2
Toxi-infección no puerperal	3	4	5	2	—
Tuberculosis	—	—	—	1	—
Tumor cerebral	—	—	1	—	—
Uremia convulsiva	—	—	—	—	—
	—	1	—	—	—
Infección ovular grave	2	1	1	3	1
Peritonitis puerperal	1	—	—	—	1
Periton puerperal post-operatoria	—	—	—	—	2
Piohemia (abcesso pulm. post-aborto sépt.)	2	3	3	2	7
Septicemia puerperal	2	1	3	—	1
Séptico-toxemra perfringens	—	—	—	—	—
Tétanos uterino	—	—	—	—	—
	7	6	7	7	12
Mortalidad Por Infección Puerperal . . .					
	1	—	1	—	—
Infectadas en el Servicio	6	6	6	7	12
Ingresadas infectadas	—	—	—	—	—

Cuadro n° 20

SERVICIO DEL PROF. GAZITÚA (Maternidad San Borja)Morbilidad materna grave, traumática, imputable e intervenciones
obstétricas por vía baja

Años	934	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	Total
Fistula recto vaginal	1	1	3	1	2	3	3	1	—	1	1	4	—	1	1	—	23
Fistula vesico vaginal	1	—	3	—	2	1	1	1	—	1	2	—	4	—	—	1	17
Desgarro cuello propagado a seg. inferior	—	3	3	2	5	7	7	3	6	7	3	11	10	8	4	1	80
Rotura útero en versión	2	2	6	1	1	1	2	3	3	1	1	1	5	3	1	1	34
Rotura en extracción nalgas	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3
Rotura com forceps ..	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	2
Rotura basiotripsia ..	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	4
Desgarro cuello en dilat. manual	—	—	—	—	—	—	—	—	—	42	49	51	24	20	—	—	186
Desgarro cuello en forceps	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	29	7	11	8	—	—	63
Desgarro cuello en Bossi	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	13	8	5	3	—	—	36
Desgarro cuello en version interna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	2	—	2	1	—	—	13
Desgarro cuello en extrac. nalgas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	2	—	—	—	5
Desgarro cuello en basiotripsia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	3
Desgarro cuello en embriot. raquidea ..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1

riesgo por vía baja es demasiado grande. En nuestro Servicio perdemos alrededor de 30 años anualmente nada mas que por asfixia pálida y hemorragia cerebral, consecuencia indiscutible de traumatismo obstétrico o defecto de atención en el parto por insuficiente interpretación de los latidos cardíacos fetales. En su acabado relato a las Terceras Jornadas mencionadas, Ramirez y Mujica presentaron los siguientes cuadros de «Riesgo» da la morbilidad grave materna e infantil y «Riesgo» de la mortalidad para la madre y el hijo, cuadro a todas luces interesantísimos, que prueban en forma elocuente cuan grande es el riesgo para el feto en las operaciones por vía baja, muy especial-

Cuadro n° 21

MORBILIDAD FETAL DE ORIGEN TRAUMÁTICO IMPUTABLE A OPERACIONES OBSTÉTRICAS POR VÍA BAJA

Servicio del Prof. Gazitúa

MORBILIDAD FETAL	AÑOS							
	1944	45	46	47	48	49	50	
Compresión cerebral por fórceps	15	19	29	23	21	30	25	162
Compresión cerebral en versión	5	6	10	3	10	12	3	49
Compresión cerebral en extracción nalgas	3	3	3	5	2	1	7	24
Hemorragia intracraneana por fórceps	16	9	9	2	3	2	7	48
Hemorragia intracraneana en versión	1	8	3	4	1	1	3	21
Hemorragia intracraneana en extracción nalgas	2	3	4	3	1	4	7	24
Hundimiento del cráneo por forceps	1	—	—	2	2	2	1	8
Hundimiento del cráneo en versión	1	—	1	1	—	1	1	5
Hundimiento del cráneo en extracción nalgas	—	—	1	—	—	—	—	1
Fractura del cráneo con forceps	1	—	—	—	—	—	—	1
Fractura de la columna en versión	2	7	—	1	7	2	—	19
Fractura del húmero en vers. y extrac. nalgas	4	1	1	1	3	2	1	13
Fractura de la clavícula en versión	1	1	2	4	7	9	5	29
Fractura de la clavícula en evtrac. nalgas	3	—	1	2	3	1	4	14
Fractura de la clavícula por retenc. hombros en Forceps	—	—	1	1	6	9	15	32
Parálisis braquial en versión	2	4	4	1	3	1	—	15
Parálisis braquial en extracción nalgas	1	2	2	3	1	2	1	12
Parálisis braquial por retenc. hombros en Fore.	1	3	5	6	—	3	3	21
Hemorragia subcapsular del hígado (versión)	1	—	—	—	—	1	—	2
Luxación de la columna en versión	—	—	—	—	—	—	—	3
Luxacion de la columna en extracción nalgas	—	—	—	—	—	—	—	3

mente en la Versión, resúmenes que ruego observar detenidamente. Mas tarde volveré a ocuparme de ellos, por ahora sólo diré qu estos dos resúmenes son la fiel expresión, en números, del estado de la actual Obstetricia operatoria y basta observalos, aún superficialmente, para comprender que en el futuro tenderemos que evolucionar para evitar las pésimas consecuencias para el feto en determinadas circunstancias, hecho perfec-

AÑOS	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	
Asfixia pálida	13	14	11	13	9	18	24	22	29	24	20	197
Hemorragia cerebral	6	8	15	12	21	22	14	9	11	6	7	141
Total	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	338

Cuadro nº 23

SERVICIO DEL DR. CARLOS RAMIREZ BRAVO

Riesgo de morbilidad grave materna e infantil

MORBILIDAD	Forceps %	Cesárea %	Versión %
Materna general	1,68	4,24	1,72
Materna primíparas	1,08	3,36	1,02
Materna multíparas	1,07	4,98	1,99
Materna grado pureza I	0,61	3,02	1,01
Materna grado pureza II	2,09	4,54	4,14
Materna grado pureza III	4,00	6,45	—
Materna grado pureza IV	4,44	22,22	—
Infantil general	1,70	1,02	16,47
Infantil primíparas	1,68	0,37	16,84
Infantil multíparas	1,78	1,56	16,33

Cuadro nº 24

SERVICIO DEL DR. CARLOS RAMIREZ BRAVO

Riesgo de mortalidad materna e infantil

MORTALIDAD	Forceps %	Cesárea %	Vesión %
Materna general	1,16	3,05	1,57
Materna primíparas	1,28	2,24	2,04
Materna multíparas	0,71	3,74	1,39
Infantil general	5,71	1,53	15,33
Infantil primiparas	5,62	1,86	14,79
Infantil multiparas	6,40	1,25	15,54

lamente sabido y que ha sido uno de los motivos, quizás el no menos importante, para extender las indicaciones de la vía alta, anhelo ni contemporáneo no moderno pero que sólo ahora, gracias a la moderna terapéutica anti-infecciosa es posible realizar sin mayor riesgo para la madre. Los resultados de esta tendencia a la vía alta, ya lo vimos, quedan expresados en cifras en el cuadro N° 1, que ya conocemos. Desde 1946 aumenta francamente el número de cesáreas en todos los Servicios. En algunos de ellos, gracias al mejor pronóstico de todas las intervenciones, se opera más, sube el porcentaje total de intervenciones. En nuestra Maternidad el porcentaje se mantiene exactamente igual en los últimos 10 años; en 35 años

Cuadro n° 25
PRINCIPALES INDICACIONES DE LA OPERACIÓN EN EL SERVICIO

DEL PROF. GAZITÚA, EN PERÍODO 1941 - 1950

AÑOS	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	Total
											%
Total partos											
Total Cesáreas	1646	4579	4072	4654	4807	5347	5381	5411	4641	6138	50680
Vicios pelvianos (74) con procedencia del cordón	41	32	63	52	101	100	103	199	256	280	1257
Rigidez del cuello	22	16	23	23	37	25	35	41	52	62	336
Placenta previa	4	1	7	7	14	32	29	52	74	80	290
Sufriimiento fatal agudo	6	6	7	11	19	13	21	31	28	29	171
Presentación tronco complicado	1	—	2	3	19	14	23	29	28	42	161
Procidencia del cordón	—	—	4	3	1	2	8	15	14	11	158
Tetanización del útero	2	4	5	1	3	1	4	6	13	12	151
Desprendimiento prematuro placenta	1	1	—	3	1	2	5	5	2	11	13
Embarazo prolongado	—	—	—	—	—	1	2	9	8	—	20
Presentación de frente complicada	—	—	1	—	1	3	2	9	4	—	20
Estrechez patológica de la vagina ..	1	1	—	1	2	—	2	3	2	13	7

el porcentaje de versiones no ha cambiado en lo mas mínimo, (Cuadro N° 2 y 5), pero aumenta la proporción de cesáreas a expensas del fórceps alto, o en condiciones anatómicas no perfectas, para gran beneficio del hijo y sin mayor riesgo para la madre. Si alrededor del año 1920 (Véase cuadro N° 2) la vía alta estaba reservada exclusivamente a la distocia dura, poco a poco, a medida que debido a mejores técnicas operatorias mejoraba su pronóstico, abarcaba otras indicaciones que han aumentado visiblemente de volumen debido al excelente pronóstico de esta operación en la actual era antibiótica. Los vicios pelvianos, la distocia cervical, la placenta previa y el sufrimiento fetal son con mucho las principales indicaciones de esta intervención, (ver cuadro N° 4), pero resuelve en la actualidad satisfactoriamente tanto otro problema obstétrico que hace 20 años habría constituido un rompecabezas para el partero. Esto en cuanto a nuestro Servicio. Si en el cuadro N° 1 el porcentaje global no es exactamente igual en todos los servicios, la disparidad no es exagerada. Como decía anteriormente, las diferencias de números son reflejo del distinto criterio imperante en cada Clínica, punto en el cual no vemos a detenernos, puer es demasiado vago y complejo. Quien sea maestro en el manejo del fórceps lo intentará con pleno éxito aún por encima del estrecho superior, bien pensadas las posibilidades. El otro, tímido por naturaleza, se decidirá pronto por la vía alta. En la era pre-antibiótica teníamos que hacer a veces una versión a sabiendas difícilísima por las condiciones existentes, a sabiendas peligrosa para la madre e el feto, sólo porque una infección amniótica nos cerraba todo otro camino. La moderna terapéutica anti-infecciosa nos permite elegir, sin angustia, la mejor vía, aquella que, en caso complicado por cualquier motivo, ofrezca el menor riesgo cuando el peligro amenaza cualquiera de las dos vidas. He ahí la evolución hasta ahora observada a grandes rasgos.

En la exposición anterior observada Uds. algunos vicios que quisiera ahora enmendar. Lo que ahora sigue no lo he incluido intencionalmente, para simplificar al máximo el tema, pero no podría dejar de ocuparme de ciertas consideraciones que, aunque de importancia secundaria, merecen algún comentario. Me referiré ante todo al aborto séptico, vale decir aborto provocado.

El aborto séptico empezó a ser problema grave alrededor del año 1920, después de la primera guerra mundial, y era grave también bajo el punto de vista obstétrico pues la terapéutica anti-infecciosa de aquella época — como hemos visto — era prácticamente inútil. La morbilidad y mortalidad por infección puerperal se vieron incrementadas por esta causa, ante todo. Hubo intervencionistas y abstencionistas hasta que el Prontosil terminó con la discusión, balanza que de golpe se inclinó a favor de los últimos, criterio que quedó afianzado con la micoterapia con la cual el problema «abstracción — intervención» desapareció de la escena. Sin embargo, el aborto séptico sigue siendo una preocupación inmensa, tanto bajo el aspecto social como obstétrico pues proporciona el más alto rubro de morbilidad grave.

En los últimos 5 años ingresaron a la Maternidad de San Vicente 766 pacientes con el diagnóstico de «Resgos sépticos de aborto», que nosotros interpretamos como consecuencia de otros tantos abortos provocados. De las 14 Peritonitis habidas en 1949 y 1950, 1 sola fué postpartum y fallecieron 4 (cuadro N° 19), porcentaje bajo, si se compara la mortalidad en este rubro con aquella de la era pre-antibiótica (cuadro N° 9), porcentaje que, sin embargo, alcanza a cerca de 30%, a pesar de todos los recursos terapéuticos modernos.

El criterio abstencionista actual no es consecuencia de la bondad de los antibióticos, sino que percié a estos, como vimos anteriormente.

Cuadro n° 26

CLINICA OBSTETRICA UNIVERSITARIA (Prof. Mönckeberg)

Morbilidad y mortalidad por perfringens años 1946—1950

ANOS	CASOS	FALLECIDAS
1946	2	2
1947	2	1
1948	4	3
1949	4	2
1950	12	7
	24	15

Todas, excepto 1 caso, ingresaron con la infección. Los 12 casos del año 1950 con todos post-abortum provocado.

$$\text{Mortalidad} = 62,5\%$$

El futuro dirá si este criterio se va a mantener. Quizás sea posible intervenir activamente en estos casos, previa saturación orgánica con antibióticos. Se acortaría de este modo, la prolongada estadía hospitalaria de estos casos. Nosotros no hemos hecho aún la experiencia, pero, dado que nos encontramos en pleno desarrollo de la micoterapia es posible — y esto es una mera hipótesis — que algún día llegaremos a la «esterilización magna», condición que sería decisiva en cuanto a este problema, pues aumentaría el número de vaciamientos y raspados inmediatos del tero. El vaciamiento tardío o diferido en casos de retención de restos sépticos de aborto pasaria con ello a la historia.

En cuanto al aborto corriente, no séptico, la conducta queda sujeta a las normas clásicas. La moderna terapéutica anti-infecciosa nos permite evitar toda complicación infecciosa ya que de sobrevenir esta, podemos actuar con precocidad, principal condición para el éxito de la terapéutica moderna.

Tengo la certeza de que el resumen que antecede referente al problema del aborto no es novedad alguna para Uds. pues es un tema vastamente explorado y conocido. Es este también el motivo que me ha guiado para no incluirlo en la exposición general que debía ser lo mas sencilla posible.

En la confección de esta contribución podría llamar a Uds. la atención de que no figura comentario alguno relacionado con «otras» operaciones obstétricas que podrían ser influenciadas por la moderna terapéutica anti-infecciosa. Me refiero a la dilatación del cuello, al Braxton-Hicks, al globo de Champetier, etc., etc. En realidad son maniobras, de escasa incidencia o de ninguna relación con el tema, pues no acarrean complicaciones sépticas sino traumáticas, v. gr., la dilación del cuello. Como en el caso anterior, he preferido dejarla a un lado en homenaje a la simplificación.

Párrafo aparte merece un pequeño pero importantísimo rubro de la patología obstétrica: me refiero a la infección por bacilo perfringens o Clostridium Walchii, afección que en Chile catalogamos como Séptico-toxemia por la importancia extraordinaria de las toxinas de múltiple acción histo-degenerativa.

Si ahora me ocupo de este síndrome, muy bien estudiado en Chile y al cual el Dr. Luis Tisné ha dedicado especial atención, lo hago para hacer resaltar tres cosas: primero, la relación estrechada con el aborto

provocado; segundo, la enorme mortalidad, y tercero, la escasísima influencia de los antibióticos en el tratamiento de la afección.

En los últimos 5 años tuvimos en nuestra Maternidad 24 casos de perfringens, de los cuales uno sólo fué causado en el Servicio, en el año 1948, a raíz de un parto normal. Todas las demás, 23 enfermas, ingresaron con la infección contraída en un aborto provocado.

De las 24 pacientes fallecieron 15, o sea el 62,5%. Luis Tisné obtuvo, en la Maternidad del Salvador, a cargo del Prof. Avilés, mejores resultados pues la mortalidad alcanzó sólo el 36%, y a quien se interese por el tema recomiendo calurosamente el acabado trabajo presentado al Quinto Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología por el colega citado.

Cuan gravemente pesa esta mortalidad en las Estadísticas queda a la vista en los cuadros 19 y 3. De las doce enfermas fallecidas en 1950 de infección puerperal, 7 fueron víctimas del Clostridium Welchii, a raíz de sendos abordos provocados.

Por cierto que en este capítulo no me voy a ocupar in extenso de esta mortifera afección. Sólo quiero dejar especial constancia de que la moderna terapéutica anti-infecciosa se ha demostrado impotente para atacarla. Ni la anti-toxina perfringens usada largamente ni los antibióticos han demostrado ser eficaces. De ahí que la conducta sea diametralmente opuesta a la observada en el caso del aborto séptico corriente: debe intervenirse activamente y con precocidad, ya sea eliminando los restos ovulares de la cavidad uterina, ya sea procedimiento a la histerectomía cuando se tenga la impresión de que la infección ya se encuentra fuera del endometrio, lo que trae consigo una pronta reacción peritoneal. Dado que el cuadro es muy precoz y que estas pacientes ya llegan infectadas al Servicio, la interpretación exata es muy difícil (véase Tisné); la conducta a seguir, histerectomía o no, pesa gravemente en la decisión, lo que es motivo de que estos casos, de por si gravísimos, sean siempre causa de intensa preocupación escasamente compensada por la débil proporción de curaciones.

En resumen: en los casos de infección por perfringens la actual terapéutica anti-infecciosa ha influido sobre la obstetricia operatoria en sentido de que, dado su ineficacia en esta infección, se debe intervenir prontamente, ya sea por el vaciamiento del útero o por la histerectomía. La conducta expectante está aquí contraindicada.

COMPANHIA EDITORA NACIONAL

Filial do Recife — Rua da Imperatriz, 43 — Fone 2726

Livros estrangeiros sobre qualquer assunto, pela
“Serviço Postal de Reembolso” — ADVOCACIA —
ODONTOLOGIA — FARMÁCIA — AGRONOMIA —
MEDICINA — ENGENHARIA — ARQUITETURA.

Procurem informações sobre o nosso sistema de assinaturas de revistas americanas

8

GINECOLOGÍA

FUNDADOR E DIRETOR PROPRIETÁRIO
DR. FERREYRA DOS SANTOS

SUMÁRIO

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

ARTIGOS ORIGINAIS:

	Pág.
Berilo Pernambucano (Recife) — Sobre um caso de cálculos vésico uretrais	147
Arturo Albertz (Santiago de Chile) — Obstetricia operatória em face da moderna terapêutica anti-infecciosa	151
BIBLIOGRAFIA	167
NOTICIÁRIO	169
RESUMOS	173

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE TOCOGINECOLOGIA

SET. - OUT., 1952 — ANO 7 — NUM. 5

PUBLICAÇÃO BIMESTRAL

Redação e Administração:

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

RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL

OBSTETRICIA OPERATORIA EN FACE DA MODERNA TERAPEUTICA ANTI-INFECCIOSA

Arturo Albertz
Santiago de Chile

(CONCLUSAO)

En la larga exposición anterior, y con el objeto de simplificar al maximum, no me he preocupado en detalle ni de la técnica operatoria, ni del tratamiento anti-infeccioso, el cual sólo ha sido mencionado a grandes rasgos, atendiéndome mas bien a sua influencia o función que a su Psología, indicaciones, etc., de lo cual me voy a ocupar ahora para no inmiscuir estas consideraciones en el exámen global que hare referente a la acción de la terapéutica anti-infecciosa sobre la Obstetricia operatoria.

Como hemos visto, hasta el año 1930 la terapéutica antifecciosa en Obstetricia era mas ilusoria que real. Los múltiples sueros y vacunas usados fueron impotentes ante la morbilidad puerperal grave, como lo demuestra al alto porcentaje de fallecidas por proceso séptico (véase cuadro N° 3). Mas aún, este porcentaje siguió en aumento franco, lo que se explica por el ingreso siempre en mayor número de infectadas post-abortum provocados (años 20 a 35). Ni los metales coloidales ni el expléndido suero anti-anaerobio lograron influir en estas cifras. En múltiples ocasiones tuve en aquellos años la impresión que el abceso de fijación con esencia de trementina había detenido un proceso séptico que parecía mortal. Por desgracia, los éxitos eran contadísimos y es aún hoy dia doloroso recordar el martirio de aquellas interminables piohemias en las cuales agotábamos todos los recursos de la terapéutica, incluso el alcohol por vía endovenosa.

El año 1930, marca, a mi juicio, una etapa en la Obstetricia, pues desde entonces empezamos a hacer uso de la transfusión sanguínea directa, encantidades variables. Recurso de un valor extraordinario, que no necesito analizar ante Uds., fué, sin embargo, de muy escasa acción sobre la morbilidad puerperal grave, y sobre la mortalidad correspondiente, como puede observarse en el mismo cuadro N. 3. En los años 1931, 32, 33 y 34, el porcentaje de fallecidas calculado en relación a la morbilidad grave gira alrededor del 90%! El tratamiento anti-infeccioso en esos años consistía en las conocidas medidas higiénico-dietéticas, Electrargol por vía endovenosa, transfusiones directas de sangre, hidratación conveniente y suero o vacunas, todo con pésimos resultados en los casos de infección generalizada.

Es muy interesante observar el marcado descenso de la mortalidad en los años 35 y 36. La mortalidad especial, calculada sobre el total de infectadas y cuyo número permanece mas o menos igual, desciende de 27% a 13,6% y 12,2% (ver cuadro N° 3). Revisados cuidado-

samente esos años no es posible atribuir esos mejores resultados a algún cambio o modificación de la terapéutica empleada anteriormente. Cuando mas se empleó ademas el antivirus antipiógeno en aplicación local, a veces en forma de gasas embebidas con él en la cavidad uterina, tratamiento que fué, naturalmente inútil en las formas generalizadas de infección. El hecho de no haber disminuido en esos años 35 e 36 las formas graves de infección, y de no haber podido encontrar la causa de la menor mortalidad me induce a pensar que este notable hecho se debió mas bien a modalidades epidemiológicas de la biología microbiana, variaciones observadas en todas las enfermedades infecciosas.

Quiero llamar especialmente la atención sobre el descenso de la mortalidad por sepsis en esos años 35 y 36, porque no coinciden, de ninguna manera, con el advenimiento del Prontosil de Domagk, que fué usado en nuestra Maternidad por primera vez, a juzgar por los documentos, en Mayo de 1937 (Boletín N° 1048), en un caso de embarazo de 8 ½ meses y erisipela de la cara, con buen resultado. Debido a la escasez del medicamento fué usado desde entonces sólo esporádicamente, y sólo en los casos graves, con resultados sólo mediocres, esto seguramente por insuficiencia de dosis y administración demasiado tardía. Ya en el año 1938 la obtención del medicamento no presenta dificultades, aparecen los derivados sulfamidados de diferente fórmula y fabricación, disminuye su toxicidad y se generaliza su uso en todo sentido, lo que se traduce en nuestro cuadro en un apreciable descenso de la morbilidad grave y un mas apreciable descenso de la mortalidad, consecuencias del uso profiláctico — ya popular — de los sulfamidados. La infección puerperal cambia de faz: desaparecen las piohemias, es decir, las formas generalizadas con localizaciones múltiples y lo frecuente es observar los extremos, o formas localizadas de magnífico pronóstico o la septicemia rápidamente mortal, rebelde a toda terapéutica.

La terapéutica sulfamidada fué usada por todas las vías posibles, qu no voy a detallar pues es un capítulo que — por decirlo así — pertenece al pasado, y su aparición como agente antibiótico microbiano jamás podrá ser olvidada pues fué decisiva en el tratamiento de las enfermedades infecciosas en general, beneficio jamás alcanzado anteriormente por terapéutica alguna.

La rebeldia de los cuadros sépticos graves — a pesar de las altas dosis de sulfamidados — nos hizo ensayar también la «Hiperarseno transfusión lenta» de Tzanck-Montes en 4 casos, que a pesar del tratamiento fueron fatales. La autopsia reveló una intensa degeneración hepática y no volvimos a ensayar el método.

En resumen: con los sulfamidados tampoco alcanzamos «esterilización magna» en Obstetricia, y esta preocupación universal fué motivo, como ya lo he manifestado, para que en el «Quinto Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología» se tratara el tema «Tratamiento de las infecciones puerperales graves». Fueron relatores el Profesor Emilio Argonz, de Rosario, y mi distinguido colega y amigo el Profesor Victor M. Avilés, quien llevó la experiencia chilena. Como puede verse en las actas pertinentes, los sulfamidados habían dado espléndido resultado, siempre que fueron administrados precoz e intensamente. Pero aún así, quedó establecido que la sepsis grave no cedia en sus posiciones, también se defendía tenazmente. Volviendo a nuestro cuadro N° 3, vemos que el porcentaje de fallecidas, calculado sobre el total de infectadas baja a 6,4 en 1942, y a 5 en 1944. Basta comparar estas cifras con las correspondientes de los años 1930 a 1934 para poder apreciar cuánto se había ganado con la sulfamido-terapia, cuántas vidas se

habían salvado gracias a la nueva terapéutica que había revolucionado la Medicina.

Ahora, en cuánto a la micoterapia, no es mucho lo que deseo agregar. Antes de 1947 sólo podíamos obtener escasas cantidades de Penicilina. Ahora, desde 1948, la tenemos en abundancia. La empleamos inmediatamente en toda enferma que presente un cuadro infeccioso grave, cualquiera que sea su origen o localización; si el cuadro es leve, se observa. Al primer grupo pertenecen, desde luego, los abortos sépticos y las que ingresan ya paridas pero con fiebre. Si el cuadro febril empieza a nuestra vista, la terapéutica dependerá del grado de infección, del tipo y de la localización. En lo posible usamos al principio los preparados sulfamidados, de preferencia el menos tóxicos la sulfadiazina, a razón de 1 gr. cada 3 horas. Mientras tanto se identifica el gérmen. Si es necesario agregarmos después Penicilina cristalizada, 50 a 100.000 unidades cada 3 horas, en inyección intramuscular. En ciertos casos — y eso depende del gérmen — combinamos la Penicilina con el Sulfato de dihidro-estreptomicina, $\frac{1}{2}$ gramo cada 6 horas. Los controles de Laboratorio son numerosos, las transfusiones de sangre (generalmente conservada en nuestro Banco de sangre) complementan el tratamiento que además comprende todas las medidas higiénicas, dietéticas y medicamentosas usuales y que está demás detallar.

No disponemos en el Servicio de los otros derivados de los hongos sino en casos extremos, que de por sí son muy poco frecuentes.

Dado que las dosis de Penicilina no son excesivamente altas, rara vez observamos casos de intolerancia. Los eritemas tóxicos y la fiebre de drogas no son de observación corriente. La estreptomicina es muy bien tolerada.

Está casi demás decir que, dada la amplitud de acción de la Penicilina y Estreptomicina, rara vez recurrimos a los sueros y vacunas.

El suero antigangrenoso (en infecciones por anaerobios), el antidiáftérico, la antitoxina perfringens y la vacuna anticolibacilar completan nuestro arsenal terapéutico habitual que se amplia según el caso, previa identificación del germen (suero antineumocócico, antimeningocócico, etc.).

He ahí un resumen, muy escueto, de nuestra terapéutica anti-infecciosa. No me he extendido en ella pues el objeto de esta contribución no es analizar esta terapéutica, sino establecer la influencia que esta moderna terapéutica pueda ejercer sobre las operaciones obstétricas, en cuanto a sus indicaciones y técnicas, capítulo del cual passaré ahora a ocuparme. En conocimiento universal de la micoterapia, la infinita literatura respectiva y la vasta experiencia propia de todos Uds. me ahorrarán detenerme más en este enorme rubro relacionado con los derivados de los hongos, micoterapia que aún no ha terminado su evolución y que rápidamente progresará hacia un mayor perfeccionamiento.

Antes de abordar la pregunta capital del tema, y con el objeto de evitar malentendidos, descaría dejar establecido lo siguiente: como bien lo dice el título de este relato, no es objeto de esta contribución estudiar la moderna terapéutica anti-infecciosa, ni analizar en detalle los resultados obtenidos con ella en nuestro peor enemigo, la infección puerperal. De ahí que estos capítulos hayan sido tratados en su aspecto general y en la forma más sencilla posible, lo estrictamente necesario para poder relacionar ambos con la evolución experimentada en la Obstetricia operatoria, en la qual he incluido e incluiré sólo las grandes maniobras y operaciones, que son también aquellas en que realmente puede

haber una evolución con motivo de variaciones de la terapéutica anti-infecciosa. El problema del aborto séptico y de la infección por Clostridium Welchii fueron abordados en sendos capítulos apartes con el objeto de simplificar la exposición. Este deseo de simplificar es también el motivo de porqué no me he detenido, hasta ahora, en detalles de técnica operatoria, que serán abordados mas tarde.

El largo caminio recorrido en la exposición habida me há parecido necesario para abordar finalmente la esencia del tema, para poder constatar cuál ha sido la influencia de la moderna terapéutica anti-infecciosa sobre las operaciones obstétricas. El hecho de que la Clínica Obstétrica Universitaria esté 35 años ininterrumpidamente bajo una sola Dirección, la del Profesor Carlos Mönckeberg, nos brinda una ocasión única para estudiar la evolución de la Obstetricia operatoria sin los cambios bruscos que seguramente acusarian sus archivos si esa Dirección hubiese sido múltiple. El estudio de esos documentos nos há permitido confeccionar los gráficos anteriormente expuestos, que he complementado con resúmenes de otras Maternidades pues en Chile la Obstetricia pertenece, como decia al principio, a una sola Escuela cuyo creador ha sido precisamente el Profesor Mönckeberg. Las variantes son muy ligeras, los fundamentos son los mismos.

El análisis de esos archivos permite — a mi juicio — hacer las siguientes consideraciones: hasta el año 1937, año en que por primera vez usamos el Prontosil, la terapéutica anti-infecciosa era de pobrísimo efecto en nuestra Especialidad. La transfusión sanguínea, empleada entre nosotros desde 1930 tampoco influyó en la mortalidad por infección puerperal. Fueron los sulfamidados, desde 1937, los que revolucionaron la Medicina y nuestra Patología infecciosa. La era antibiótica absoluta empieza con la introducción de la micoterapia, usada en nuestro ambiente en forma esporádica hasta 1946, y desde esta fecha hasta hoy día en forma amplísima.

Veamos ahora como han evolucionado las operaciones obstétricas desde 1916 y enseguida veremos qué relación pueda haber con lo que acabamos de decir. La superposición de ambas evoluciones, aquella abuso de la alta no ha tenido lugar, y prueba de ello es que su porcentaje en los diversos Servicios (Cuadro N° 1) es muy uniforme, y al mismo tiempo discreto. En cambio, en algunas Clínicas norte-americanas este porcentaje alcanza cifras sumamente elevadas por liberalísimas ampliaciones de sus indicaciones, conducta que no compartimos en la América-Latina por motivos que serán analizados mas tarde.

La Sinfisiotomía merece un breve comentario. Si no figura en cuadro alguno es porque en nuestra Maternidad su incidencia es muy pequeña; operación de resultados espectaculares, no ha encontrado, sin embargo, la aceptación unánime porque su técnica aparentemente muy sencilla es sumamente delicada, siendo relativamente frecuentes las lesiones de la vejiga o de la uretra. La falta de consolidación de la sinfisis es sumamente desagradable. De ahí que en el Servicio del Prof. Gazitúa se haya usado una sola vez sobre 4.654 partos en el año 1949, 4 veces en 1948 y 3 en 1947. En el Servicio del Prof. Avilés no se recurre a esta intervención, y en nuestro Servicio sólo la usamos en muy contadas ocasiones: 2 veces en 1947; 4 en 1948, 6 en 1949 y 7 en 1950. La moderna y tan eficaz terapéutica anti-infecciosa evita las posibles complicaciones sépticas de la región operatoria, pero por otra parte — dada la delicadeza del método — inclina el criterio hacia la vía alta, de mas fácil control visual aunque mas aparatoso. En nuestro Servicio la Sinfisiotomía se seguirá usando con indicaciones exactas porque es una operación magnifica, pero como se vé su incidencia es muy escasa y no pesa en los porcentajes.

La moderna terapéutica anti-infecciosa ha influido también poderosamente en nuestra conducta extra-operatoria, tan intimamente ligada al criterio operatorio mismo: la certeza de dominar cualquier cuadro infeccioso operatorio (perdónese si exagero un poco) nos permite por otro lado ser mas conservadoras que antes si la rotura precoz o prematura de las membranas ha favorecido una infección del huevo. La terapéutica antibiótica intensa e inmediata nos permite esperar la natural evolución del parto, sin precipitarnos a una peligrosa intervención intempestiva, conducta esta a la cual stábamos obligados antigamente para evitar la extensión del cuadro séptico. Resultado de este hecho notable es que en nuestro Servicio y en el del Prof. Ramirez los porcentajes totales de intervenciones no hayan cambiado en lo mas mínimo en 10 años (ver cuadro N° 1). En los Servicios de los Profesores Gazitúa y Avilés ha habido un aumento total de intervenciones que alcanza un 25 y un 50% respectivamente. De ningun modo un porcentaje total de 11,31 sobre total de partos (Gazitúa) es demasiado elevado, y las diferencias con los porcentajes mas bajos se deben no tanto a un mas exagerado criterio intervencionista sino a circunstancias ambientales que no viene al caso analizar, pués esta exposición no tiene por objeto comparar la conducta operatoria de nuestras Maternidades sino presentar el conjunto de ellas.

Antes de terminar desearía referirme a un capítulo muy poco frecuente pero de gran interés: quiero referirme a las roturas del útero, cualquiera que sea su etiología.

Debido al éxito fantástico de la terapéutica moderna, nuestra conducta ha cambiado radicalmente: sólo en casos excepcionales procedemos ahora a la histerectomía, sólo cuando el daño es realmente irreparable. En la inmensa mayoría de los casos es posible regularizar los bordes de la brecha, ligar los vasos y suturar convenientemente; no siempre la esterilización es de rigor. Con la modesta terapéutica anti-infecciosa los resultados son por demás satisfactorios, conservando así la mujer su útero, indispensable para el perfecto equilibrio de sus funciones endocrinas.

Resumiendo mas aún todo lo anteriormente expuesto podríamos llegar al siguiente comentario respecto a la acción que ha tenido la terapéutica anti-infecciosa moderna sobre las operaciones obstrétricas:

Las grandes intervenciones obstrétricas han tenido siempre por objetivo ideal entregar a la madre un hijo vivo y sano en aquellos casos en que por un motivo cualquiera el parto espontáneo parece imposible. La diversidad de las operaciones está en relación con la diversidad de las condiciones del momento, y sus técnicas son tales que en su ejecución no deba haber — si es posible — el menor daño para la madre o para el hijo. A pesar de la perfección de la Obstetricia operatoria vaginal de principios de este siglo, la morbilidad post-operatoria estuvo lejos del ideal: el traumatismo obstétrico del recien nacido y los cuadros sépticos post-operatorios de la madre fueron la gran preocupación de los obstetras, que vieron en la vía alta — aún peligrosa — una mejor esperanza para la madre e especialmente para el hijo. Así fueron creadas las cesáreas extraperitoneales puras y las segmentarias transperitoneales, con muy buenos resultados para el binomio madre-hijo. Si bien la contaminación peritoneal no desapareció del todo, el éxito de estas técnicas extendió considerablemente las indicaciones de la operación cesárea, a pesar de la no existencia de una terapéutica-infecciosa medianamente eficaz. Con el advenimiento de la era antibiótica desaparecen totalmente los peligros sépticos de la vía alta, con lo cual esta intervención — antes

mortal para la madre — extiende su utilidad en forma amplísima, reemplazando la vía vaginal cuando esta ofrece gran riesgo para la madre o para el hijo. Sería un error creer que esta ampliación de las indicaciones de la cesárea es producto exclusivo de la era antibiótica; por los motivos expuestos el anhelo existió siempre, empezó a realizarse con las técnicas modificadas por Frank, Döderlein, etc..., demostró su utilidad antes de 1936 y ha alcanzado el anhelado desarrollo sólo actualmente gracias a la moderna terapéutica anti-infecciosa. Es esta — a mi juicio — la evolución más notoria que ha tenido la Obstetricia operatoria como consecuencia de la antibiótica.

OBSTETRICIA OPERATORIA ANTIGUA Y CONTEMPORANEA

La exposición que precede ha tenido por objeto describir y comentar paso a paso la evolución que ha experimentado la Obstetricia operatoria en el Servicio del Prof. Mönckeberg en el lapso de 35 años. La experiencia y las estadísticas de los otros Servicios de más reciente creación. Prof. Gazitúa, Avilés y Ramírez confirman que la operatoria obstétrica chilena es — con ligeras variantes — una sola, pues pertenece a la misma Escuela. Es interesante, ahora trazar un paralelo entre los métodos y resultados antiguos y los modernos y pesar bien las ventajas obtenidas.

He dicho en otra ocasión que la Obstetricia operatoria antigua era magnífica, siempre que no mediara la infección concomitante o en potencia. Bien observadas sus indicaciones y las condiciones para tal o cual intervención, los resultados eran excelentes, pero sólo en la Clientela particular por motivos que no necessitan mayor comentario. Personalmente, jamás tuve en esa clientela morbilidad grave de ninguna especie, ni traumática ni séptica, y las contadísimas muertes fetales fueron inevitables dado que el 90% de esos partos se atendían entonces a domicilio. La asepsia y antisepsia eran muy rigurosas, dado el inmenso peligro de la infección puerperal. En esa clientela, aún la cesárea era de buen pronóstico, a pesar de todos sus peligros. De ser lo contrario no habría sometido a mi cliente Irene O. O. a 5 cesáreas consecutivas, sin morbilidad alguna. Todas fueron corporales, la primera en 1931, sólo la última en la era antibiótica, en 1941. Sólo en esta última ocasión había delgadas adherencias epiploicas a la pared abdominal, en las 4 ocasiones anteriores no había la menor alteración que revelara intervención alguna. (Boletín N° 3062 del año 1931; N° 2972 del año 32; N° 1718 del año 34; N° 3167 del año 36; N° 167 del año 41). Cito este caso, atendido siempre en el Pensionado de nuestra Maternidad, como prueba de que en clientela particular el riesgo operatorio de la cesárea no era tan elevado que obligara a la pronta esterilización de la madre. En el caso Irene O., la indicación fué dada por una malformación uterina (útero cordiforme) e hipoplasia del cuello, que no cedió jamás a la prueba del trabajo.

En cambio, ya lo hemos visto, era peligrosa la operatoria obstétrica en las Maternidades, por el gran peligro de la infección y es este el gran mérito de la moderna terapéutica anti-infecciosa. Hoy día operamos, ya sea por vía vaginal o por la vía alta sólo preocupados del posible riesgo traumático materno o fetal y es este solo punto el que decide la conducta operatoria. El riesgo séptico ha desaparecido! A medida que la moderna terapéutica anti-infecciosa imponía su eficacia ha ido desapareciendo en nosotros la preocupación constante por la posible complicación séptica. Hoy día operamos sin esa angustia de antaño, preocupados sólo de inferir el menor traumatismo posible, lo que ha conducido a extender aún más las indicaciones de la cesárea, quizás a

expensas únicamente de la versión interna. Como puede verse en el cuadro N° 2, el porcentaje total de intervenciones (Fórceps, versiones y cesáreas) no ha variado en lo mas mínimo en nuestro Servicio desde el año 1928. El porcentaje de cesáreas ha aumentado al mismo tiempo que ha disminuido la versión; el fórceps ha oscilado pero ha quedado finalmente igual, lo que no puede extrañar pués las condiciones fundamentales para su aplicación, o sea el encajamiento y la dilatación del cuello, ocurrirán siempre en la misma proporción.

En cuanto a la técnica operatoria del fórceps y de la versión podemos concluir que la moderna terapéutica anti-infecciosa no ha influido sobre ella; verdad es que ahora no nos inquieta la posible infección de una amplia episiotomía, que siempre recomendamos en la primípara en estos casos. Lo mismo podemos decir en relación a la técnica de las otras operaciones obstétricas, cuya evolución ha sido ya analizada.

En cuanto a técnica merece un breve comentario la vía alta. Hasta el año 1930 (veanse también los cuadros N° 4 y 11), se recurrió en la Maternidad de San Vicente, o sea en la Clínica Obstétrica Universitaria, sólo a la cesárea llamada clásica, es decir, la corporal. Una vez, en un caso francamente impuro, se había recurrido a la marsupialización de Sellheim; 4 veces a la operación de Gottschalk-Portes. En 1930 se usó por primera vez la cesárea baja, segmentaria con la técnica de Krönig. Dados los buenos resultados de esta técnica en los casos impuros y dado que en todo caso clínico la mejor peritonización en esta técnica era mayor garantía contra una posible contaminación tardía de la gran serosa, la incisión segmentaria ganó rápidamente terreno, reemplazando paulatinamente a la cesárea alta o corporal, llamada clásica, tanto más que esta predispone mucho más a la dehiscencia de la cicatrización uterina. La cesárea transperitoneal segmentaria ha pasado a ser denominada también «suprasinfisiaria» y salvo raras excepciones la histerotomía es arciforme y no longitudinal.

Cuando dispusimos de sulfamidados -colocamos 5 gr. de droga en polvo en la zona operatoria, método que a veces produjo fenómenos de intoxicación quizás por absorción demasiado rápida. Jamás colocamos sulfas en la cavidad uterina.

Hoy día usamos la técnica descrita y recurrimos a la micología de la evolución del tratamiento anti-infeccioso y esta otra referente a la operatoria obstétrica, tendrá que conducirnos forzosamente a la realidad.

En la época en que empieza este estudio, 1916, la Obstetricia operatoria era la «clásica», perfeccionada al maximum en las Escuelas europeas; asepsia y antisepsia rigurosas, estricto examen de las condiciones e indicaciones antes de proceder a la intervención. Los magníficos resultados obtenidos con esa Obstetricia en Clientela privada demuestran que era excelente. La morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal eran casi nulas. No así en la Clientela hospitalaria, pues, en esta pesaba enormemente la frecuente infección concomitante, siempre ausente en la Clientela particular. De ahí que la cesárea, que era corporal, sólo tuviera indicación en los vicios pelvianos y sólo en casos puros. La menor sospecha de infección la contraindicaba por temor a la peritonitis post-operatoria. El temor a esta complicación en los casos no puros y el vehemente deseo de los Obstetras de salvar también al feto en este trance, estos dos factores fueron el punto de partida en la creación de otras técnicas operatorias en la vía alta, destinada a evitar la contaminación peritoneal (Frank, Latzko, Küstner, Sellheim, Döderlein, Krönig, etc.), lo que se consiguió con resultados satisfactorios. Esto fué motivo para que, poco a poco, se ampliaran las indicaciones de la cesárea: la placenta previa oclusiva, el sufrimiento fetal agudo,

la eclampsia y uno que otro caso en que el parto por vías naturales ofrecía muy alto peligro para la madre y ahora también para el feto, encontraron espléndida solución en la terminación por la vía alta, en el abandono de la peligrosa vía haja, bien pesadas sus posibilidades. Este cambio de criterio trajo consigo una evolución paulatina, no brusca, en las indicaciones de la vía alta: siempre subsistía el peligro de una posible peritonitis, amen de las lesiones, a veces graves, en las llamadas «técnicas extraperitoneales» (Küstner, Döderlein), ya sea en forma de hemorragia abundantísima por lesión de los grandes vasos, ya sea por lesión de la vejiga o del uréter.

Los buenos resultados obtenidos en Europa con las técnicas llamadas «bajas» o «segmentarias», la baja morbilidad aún en los casos impuros, repercutieron en nuestro ambiente alrededor del año 1929, como puede observarse en el cuadro N° 2. El número y porcentaje de cesáreas aumentaron considerablemente de inmediato, la operación de Gottschalk-Portes desapareció y las bondades de la cesárea haja o segmentaria quedaban definitivamente consagradas. En el cuadro N° 2, lo mismo que en el gráfico N° 5, puede observarse nitidamente el notable cambio de criterio habido, pues el número de cesáreas por año ascendió a 40, mas o menos, con un porcentaje de 1,6 sobre el total de partos, cifras que, comparadas con las del año 22, por ejemplo, no necesitan mayor comentario.

En este momento quiero dejar constancia de un hecho de importancia fundamental para nuestro tema: la extensión de las indicaciones de la operación cesárea, en esos años no fué motivada por cambio alguno de importancia en el tratamiento de la infección, que, como puede observarse en el resumen N° 3, tenía una incidencia puerperal muy elevada debido al gran número de enfermas que ingresaban infectadas, hecho que condujo a una mortalidad extraordinaria a pesar de la transfusión sanguínea, empleada desde 1930 (Cuadro N° 10).

El motivo de ese aumento considerable de la vía alta ya fué considerado: era la imperiosa necesidad de conservar la salud y la vida del hijo, que, en décadas anteriores, no había merecido sino una importancia muy secundaria. El peligroso fórceps alto y la versión «a outrance» debían desaparecer por motivos por demás conocidos.

No hubo, pues mejor o peor tratamiento del estado infeccioso que influyera en el cambio de criterio y este hecho quiero dejarlo bien establecido. Aún más: así como la imposibilidad de dominar la infección había sido la causa de la creación de mejores técnicas en la vía alta, así también entre nosotros esa impotencia ante la infección nos hacia buscar nuevas soluciones en los casos sépticos. Además de las ya enunciadas técnicas, llegamos a la sinfisiotomía e a la cesárea extraperitoneal por artificio, operaciones que con toda seguridad jamás habían sido creadas si desde un principio la Ciencia hubiera dominado totalmente la mortífera infección, cualquiera que hubiere sido la causa.

En los cuadros 8 y 9 queda comprobado lo anteriormente dicho, o' sea, que en el periodo posterior a 1930 la incidencia de la morbilidad por infección puerperal grave, y la mortalidad respectiva, no fué inferior al periodo 1916-20 (Cuadro 6 y 7). Aún más, había empeorado en comparación con este lustro debido al aumento considerable de las ingresadas infectadas graves. Si solo se comparan números, se debería deducir de ellos que el tratamiento de la infección era francamente peor en 1930-34: y sin embargo, como he dicho, las cesáreas aumentaron considerablemente por extensión de sus indicaciones, como podemos observar muy bien en el cuadro N° 4, en el cual el rubro «otras indicaciones» adquiere un volumen considerable. El porcentaje de cesáreas, en relación con el total de partos (cuadro N° 2), salta de 0,8 en 1929 a 1,6 o sea al doble.

Por desgracia, la inutilidad del tratamiento de la sepsis puerperal repercute lógicamente en la Obstetricia operatoria (como puede apreciarse muy bien en el resumen N° 12) y fué esta la causa porqué en los años siguientes se restringe el uso de la vía alta, a pesar de las mejores técnicas, a pesar de las técnicas por artificio y a pesar del advenimiento de los sulfamidados que, magníficos en los tratamientos precoces o profilácticos, no fueron capaces de dominar los casos graves (obsérvese el resumen N° 13). El Fórceps y la Versión interna también disminuyeron en sus porcentajes, y apareció en cambio la sinfisiotomía, gran recurso operatorio pero que, en nuestro ambiente, no encontró una acogida general.

Este estado de la Obstetricia operatoria se mantiene estacionario, en la Clínica Obstétrica Universitaria, hasta el año 1946-47, época en que obtuvimos Penicilina, la maravilla curativa del siglo XX y que terminó, espectacularmente, con la infección puerperal grave, a excepción de aquella provocada por el Clostridium Welchii.

Lo que no fué posible conseguir con los sulfamidados, usados por todas las vías incluso la intraperitoneal, fué alcanzado rápidamente con la microterapia: la mortalidad post-operatoria por sepsis desapareció definitivamente (Cuadro N° 15), no así la mortalidad extra-operatoria por infección puerperal (cuadros N° 16, 17 y 18), rubro desgraciado cuyo volumen recae por entero sobre las ingresadas infectadas, (16 B), en su gran mayoría abortos criminales.

Os ruego fijar nuevamente vuestra atención en el cuadro N° 15, resumen de las grandes intervenciones obstétricas y su respectiva morbilidad y mortalidad por sépsis. El resumen es impresionante, pues en los últimos 5 años hemos tenido un sólo caso de muerte por esta causa en esas operadas, una peritonitis post-cesárea. Como lo manifesté anteriormente, esa muerte la observamos en 1946, cuando apenas teníamos Penicilina.

El impresionante efecto de la microterapia, ya sea sola o asociada a las sulfas forzosamente tuvo que repercutir en nuestra Obstetricia operatoria, (me refiero a las grandes intervenciones) pues inmediatamente aumentó — y en proporción franca — el número y porcentaje de Cesáreas en todos los Servicios de Santiago de Chile (véase cuadro comparativo N° 1), aumento evidente de la vía alta y al mismo tiempo disminución indiscutible de las Versiones. El Fórceps descendió en su porcentaje en nuestro Servicio y donde Gazitúa, pero no varió sustancialmente donde Avilés y Ramírez. Dicho de otro modo: dada la seguridad casi absoluta que hoy día nos brinda la vía alta, gracias a los antibióticos, va desapareciendo o ha desaparecido aquella versión que no cumple con las condiciones ideales, cuales son: la dilatación completa, membranas intactas o muy recientemente rotas (o sea que no haya retracción del útero en ninguno de sus segmentos), perfecta proporción entre los diámetros fatales y los útiles de la pelvis, amplitud del canal blando, o sea, multipara. La primiparidad es casi una contraindicación, que es formal cuando además la edad de la paciente es avanzada (primiparaañosa). La no concurrencia de todos esos factores debe ser muy bien analizada, so pena de una elevada mortalidad fetal (cuadro N° 23 e 24).

La seguridad de la vía alta nos evita también el elevado riesgo del fórceps alto, a nivel del estrecho superior o por encima de él, motivo de su restricción en algunos Servicios. Yo, personalmente, no titubeo en proceder a una aplicación alta cuando no hay vicio pélvano y la dilatación es completa o casi completa. El diagnóstico de posición debe ser perfecto, y sólo procedo en las presentaciones no deflectadas. Como jamás he tenido la menor morbilidad materna o fetal (excepto pasajeras parálisis faciales), seguiré en esta conducta, pero estoy de acuerdo en que

su uso debe estar sujeto a una vasta experiencia para bien aquilatar las condiciones operatorias. Antes usaba el fórceps de Kjelland, pero he vuelto al de Tarnier, que es, a mi juicio, un instrumento maravilloso, sin ser — naturalmente — perfecto.

Consecuencia de las bondades de la moderna terapéutica anti-infecciosa es también la disminución de las embriotomías. Hoy día no esperamos demasiado cuando un parto es distóxico, rebelde a toda espera o «dirección», o cuando hay «otras indicaciones» que puedan conducir fácilmente a la muerte fetal (véase cuadro 4 y 25). Las «indicaciones relativas» de la cesárea, en su mayoría en beneficio del hijo, han aumentado considerablemente de volumen, especialmente en el último lustro, gracias a los antibióticos. Las distocias cervicales, o rigideces del cuello siempre mas numerosas debido a los desequilibrios neuro-vegetativos que trae consigo la civilización, tienen hoy día un alto porcentaje en las Cesáreas, y no hay que olvidar que muchos «sufimientos fetales», otra indicación de la vía alta, son consecuencia de las diskinesias uterinas.

Así, pues, se explica que en los últimos años la Obstetricia operatoria haya evolucionado, haya cambiado como consecuencia de la moderna terapéutica anti-infecciosa. Decíamos al principio que las operaciones obstétricas tenían dos peligros capitales: el traumatismo para la madre y para el hijo, y además la posible infección consecutiva. El dominio absoluto de esta última, gracias a los antibióticos, ha cambiado la faz de la Obstetricia operatoria, pues además de haber terminado con uno de los peligros capitales — la infección — ha actuado favorablemente sobre el otro eliminando el traumatismo peligroso para la madre y para el hijo en aquellos partos en que la vía vaginal ofresce demasiado riesgo, inclinándonos en estos casos — a la vía alta, de riesgo mínimo, conducta moderna de muy discutidas proyecciones; su remoto peligro y su fácil ejecución, además de la garantía para el binomio madre — hijo, pueden conducir fácilmente al abuso de ella, extendiéndose sus indicaciones «relativas» demasiado generosamente, sin justificación estricta, punto este que — como decía — fué ampliamente tratado en las «Terceras Jornadas Chilenas de Obstetricia y Ginecología» cuando se debatió el tema «Extensión de las indicaciones de la operación cesárea». En Chile, el temido rapia según lo requieran las circunstancias, si es necesario profilácticamente y con resultados que ya han sido analizados. Por motivos que expondré más tarde, no recurro a la micotepia preventiva si no hay motivos para ello. Cuando más, sólo 100.000 unidades de Penicilina disueltas en 20 cc. de Novocaina al 1%, en irrigación de la zona operatoria antes de cerrar el peritoneo parietal. La analgesia post-operatoria me parece evidente y tengo la impresión de que hay más pronto un mejor peristaltismo intestinal.

Como puede verse en los cuadros N° 4, 25 y 28, en nuestras Maternidades las principales indicaciones de la cesárea son: los vicios pélvianos, la distocia cervical, el sufrimiento fetal y la placenta previa. Los numerosos otros rubros (vease cuadro N° 28) tiene porcentajes mucho más bajos y varían, naturalmente, de un Servicio a otro, pues el criterio operatorio no puede ser exactamente el mismo, no solamente en relación con la cesárea sino en toda operatoria obstétrica. El ambiente y las circunstancias son factores que hay que tomar en cuenta. Según el cuadro N° 1, donde Gazitúa y Avilés se opera más, en general, que donde Ramírez y nosotros. Como los conozco muy bien, sé que no son más intervencionistas que nosotros, pero el ambiente es distinto. Avilés tiene un Servicio con más camas que nosotros y dispone sólo del 60% de matronas (nosotros 24). Cuanto menos personal tanto más rápida debe ser la atención. Donde Gazitúa el problema es más complejo aún, pues

su uso debe estar sujeto a una vasta experiencia para bien aquillatar las condiciones operatorias. Antes usaba el fórceps de Kjelland, pero he vuelto al de Tarnier, que es, a mi juicio, un instrumento maravilloso, sin ser — naturalmente — perfecto.

Consecuencia de las bondades de la moderna terapéutica anti-infecciosa es también la disminución de las embriotomías. Hoy dia no esperamos demasiado cuando un parto es distóxico, rebelde a toda espera o «dirección», o cuando hay «otras indicaciones» que puedan conducir fácilmente a la muerte fetal (véase cuadro 4 y 25). Las «indicaciones relativas» de la cesárea, en su mayoría en beneficio del hijo, han aumentado considerablemente de volumen, especialmente en el último lustro, gracias a los antibióticos. Las distocias cervicales, o rigideces del cuello siempre mas numerosas debido a los desequilibrios neuro-vegetativos que trae consigo la civilización, tienen hoy dia un alto porcentaje en las Cesáreas, y no hay que olvidar que muchos «sufrimientos fetales», otra indicación de la vía alta, son consecuencia de las diskinesias uterinas.

Así, pues, se explica que en los últimos años la Obstetricia operatoria haya evolucionado, haya cambiado como consecuencia de la moderna terapéutica anti-infecciosa. Decíamos al principio que las operaciones obstétricas tenían dos peligros capitales: el traumatismo para la madre y para el hijo, y además la posible infección consecutiva. El dominio absoluto de esta última, gracias a los antibióticos, ha cambiado la faz de la Obstetricia operatoria, pues además de haber terminado con uno de los peligros capitales — la infección — ha actuado favorablemente sobre el otro eliminando el traumatismo peligroso para la madre y para el hijo en aquellos partos en que la vía vaginal ofresce demasiado riesgo, inclinándonos en estos casos — a la vía alta, de riesgo mínimo, conducta moderna de muy discutidas proyecciones; su remoto peligro y su fácil ejecución, además de la garantía para el binomio madre — hijo, pueden conducir fácilmente al abuso de ella, extendiendo sus indicaciones «relativas» demasiado generosamente, sin justificación estricta, punto este que — como decía — fué ampliamente tratado en las «Terceras Jornadas Chilenas de Obstetricia y Ginecología» cuando se debatió el tema «Extensión de las indicaciones de la operación cesárea». En Chile, el temido rapia segun lo requieran las circunstancias, si es necesario profilácticamente y con resultados que ya han sido analizados. Por motivos que expondré mas tarde, no recurro a la micotepia preventiva si no hay motivos para ello. Cuando mas, sólo 100.000 unidades de Penicilina disueltas en 20 cc. de Novocaina al 1%, en irrigación de la zona operatoria antes de cerrar el peritoneo parietal. La analgesia post-operatoria me parece evidente y tengo la impresión de que hay mas pronto un mejor peristaltismo intestinal.

Como puede verse en los cuadros N° 4, 25 y 28, en nuestras Maternidades las principales indicaciones de la cesárea son: los vicios pelvianos, la distocia cervical, el sufrimiento fetal y la placenta previa. Los numerosos otros rubros (véase cuadro N° 28) tiene porcentajes mucho mas bajos y varian, naturalmente, de un Servicio a otro, pues el criterio operatorio no puede ser exactamente el mismo, no solamente en relación con la cesárea sino en toda operatoria obstétrica. El ambiente y las circunstancias son factores que hay que tomar en cuenta. Segun el cuadro N° 1, donde Gazitúa y Avilés se opera mas, en general, que donde Ramírez y nosotros. Como los conozco muy bien, sé que no son mas intervencionistas que nosotros, pero el ambiente es distinto. Avilés tiene un Servicio con mas camas que nosotros y dispone sólo del 60% ser la atención. Donde Gazitúa el problema es mas complejo aún, pues

atiende sus enfermas casi exclusivamente con alumnas de la Escuela de Obstetricia (para matronas, llamadas parteras en Argentina), y el número de camas es 60% superior al nuestro (tenemos 145) y en muy deficientes condiciones de espacio. Son factores ambientales, pues, que repercuten indudablemente en las Estadísticas.

La certeza de un buen pronóstico post-operatório, gracias a la moderna terapéutica anti-infecciosa, ha conducido a la casi desaparición de las cesáreas con artificio, de cualquier tipo. Para Gazitúa, que sólo usa la segmentaria arciforme (vease «Terceras Jornadas»), la evidente o avanzada infección ovular no es jamás contraindicación para la vía alta, tal es su confianza en los antibióticos. Avilés no usa la cesárea con artificio desde 1943 (cuadro N° 28) y en la Maternidad de San Vicente se la usa sólo de vez en cuando.

CONSIDERACIONES A LA OBSTETRICIA OPERATORIA CONTEMPORÁNEA

El estado actual de la Obstetricia operatoria, completamente distinto de aquel de antaño, merece ser considerado en conjunto y a la luz de todo lo expuesto anteriormente.

La eficacia de la actual terapéutica anti-infecciosa es tan enorme que bien se puede decir qu la infección grave post-operatoria ha desaparecido del todo. No tenemos porqué temerla. Operamos sin esa angustia, sólo preocupados hoy dia de no inferir daño traumático no a la madre ni al hijo. La complicación séptica sólo existe en el aborto criminal y en el parto descuidado o mal atendido, y estos rubros no pertenecen, en rigor, a la Obstetricia Clínica; rubros que, por lo demás desaparecerán también algún día.

Apesar de las ventajas obtenidas por la moderna terapéutica anti-infecciosa, los resultados globales obtenidos con la Obstetricia operatoria están aún lejos del ideal debido al traumatismo operatorio en la madre e en el hijo. Para ser ideales los resultados, tendría que rodearse la parturienta de un ambiente también ideal, lo que humanamente no es posible en un Servicio de Maternidad. No pueden ser perfectos operadores no tener perfecto criterio todos los componentes de una Clínica hospitalaria, y mucho menos cuando debido a factores de ambiente o circunstancias el tiempo «urge». El tiempo sin urgencia es el mejor aliado del obstetra, y su mejor divisa será siempre «Ciencia y Paciencia», muy difícil de mantener en alto en la vorágine moderna.

El hecho es que en la Obstetricia operatoria de hoy día queda un desagradable saldo de morbilidad traumática, tanto en la madre como en el hijo, y debería ser anhelo de los obstetras modernos hacer disminuir es rubro a cifras insignificantes, explicables entonces sólo por existencia de circunstancias incontrolables.

El cuadro N° 22 es una pequeña muestra de la imperfección de nuestra Obstetricia en la Maternidad de San Vicente. Mucho mas eloquientes son los cuadros N° 20 y N° 21, publicados por mi muy distinguido colega el Profesor Gazitúa con ocasión de las Terceras Jornadas Chilenas de Obstetricia y Ginecología, en Diciembre de 1949, resúmenes que él ha tenido la gentileza de completar para el presente estudio. Esos mismos rubros de morbilidad traumática existen en todos los Servicios con menos o mas volumen, y forzosamente nos conducen a pensar que queda algún camino que recorrer en la Obstetricia operatoria, a pesar de los insuperables resultados de la terapéutica anti-infecciosa de hoy día. Los cuadros N° 23 y 24, publicados por el Dr. Carlos Ramírez con ocasión de aquellas Jornadas, complementan muy bien a los que he aludido anteriormente (N° 20, 21 y 22), y del conjunto de ellos fluyen — a mi

juicio — las siguientes consideraciones: el fórceps alto, la extracción en nalgas en primípara y la versión interna «a autrance» son responsables del grave traumatismo materno y fetal, y serán estas las intervenciones que habrá que regular cuidadosamente en el futuro. Las condiciones exigidas ya antaño para el fórceps y la versión interna deben ser escrupulosamente observadas. Los resultados eran y serán excelentes. En cuanto a la presentación podálica en primípara, de alta morbilidad y mortalidad traumática, deben pesarse muy bien y repetidamente las posibilidades: el volumen del feto, la perfecta normalidad de la pelvis, la fácil elasticidad del canal blando. Personalmente interpreto como de muy buen pronóstico la rápida dilatación del cuello, aún cuando la primípara sea añosa. De no mediar todos estos factores favorables y dada la alta morbilidad y mortalidad traumática fetales en la versión y en la presentación podálica en primíparas, será preferible extender aún más las indicaciones de la cesárea, de magnífico pronóstico materno y fetal. La opinión muy difundida de que la cesárea induce a la esterilidad secundaria intencional, y por lo tanto a la limitación de la familia, es muy discutible. En los grandes centros de civilización se limita el número de hijos de todos modos y muchas mujeres se valen de cualquier pretexto, y con mucho énfasis en caso de haber sido operada de cesárea, para no tener mas familia. De excelente pronóstico, la vía alta no tiene porqué conducir a una esterilidad funcional, y el riesgo de una dehesencia es hoy día mas remoto que nunca, pues los antibióticos — evitando las endometritis post-partum — conducen a un perfecto «restitutio ad integrum». Mi cliente Irene O., citada anteriormente y operada sin tratamiento antibiótico tuvo 5 cesáreas en las mas perfectas condiciones y la esterilicé, finalmente, a pedido expreso de ella; no hay motivo alguno hoy día para proceder de otro modo, por lo menos en el terreno científico.

Observando así el problema, creo que en el futuro el porcentaje de cesáreas aumentará sensiblemente a expensas del fórceps alto, de la versión forzada y de cierto número de presentaciones podálicas en primíparas, rubros que hoy día no son tributarios «lógicos» de la vía alta pero son, en cambio, los responsables de los graves daños traumáticos eña madre y en el hijo. Si en riesgo de la vía vaginal resulta demasiado elevado después de un muy concienzudo examen de las posibilidades, será preferible inclinar la balanza hacia la vía alta, sin olvidar que esta no está exenta de todo riesgo. Los síncope cardíacos, la parálisis intestinal irredimible, las complicaciones pulmonares, la producción de adherencias y la expectativa de una posible hernia post-operatoria son posibles complicaciones que también pesan en la balanza. Visto así el panorama obstétrico, me parece que el porcentaje de cesárea (cuadro nº 1) irá aumentando en el futuro para llegar, en nuestro ambiente, a cifras que oscilen alrededor de 7, en vez de 4,5, como lo es actualmente. Las Diskinesias uterinas, cuyo aumento es paralelo a la agitación de la vida moderna, serán así me parece — las que con mayor número figurán en las causas de las cesáreas del futuro (distocias cervicales no anatómicas, retracción del anillo de Bandl, tetanización uterina, anomalías de la contracción uterina, inercias primitivas y secundarias, sufrimientos fetales «sine materia», etc.), lo que bien podría llevar al abuso de la vía alta, tanto mas que el dominio de las complicaciones no sépticas de la cesárea (parálisis intestinales etc.) hace que esta intervención casi no tenga riesgo materno hoy día.

En nuestro ambiente, en Chile, no es de temer tal abuso. Pertenecemos a una misma Escuela que ha heredado sus normas de moral y de Filosofía de la Europa occidental. Vemos en el parto natural — si es posible — la culminación de la augusta majestad de la mujer, no un sanc-

ple fenómeno fisiológico desprovisto de significado psíquico, y nos esforzamos — por todos los medios — de inculcar a nuestras pacientes la importancia que tiene, para la mejor constitución de la familia, el estoicismo y la conciente resignación en tan dura prueba. El temor al dolor y la exigencia extrema de la anestesia llevan facilmente a la vía alta, convirtiendo tan solemne momento en una simple operación de necesidad, cual extirpación de un cuerpo extraño. De ahí que nunca llegaremos a un 30% de cesáreas, como en algunas clínicas extranjeras, so pretexto de escasez de tiempo para esperar la natural evolución del parto. La prueba del trabajo es para todos nosotros sagrada y seguimos creyendo — y con razón — que un largo parto espontáneo es mejor que cualquier parto operatorio, siempre que en aquél no corran riesgo alguno ni la madre ni el hijo.

La eficacia extraordinaria de la terapéutica moderna anti-infecciosa ha dejado de tener, también en Obstetricia, una fase negativa. El conocimiento universal de la certeza de su eficacia ha dado «rienda suelta», al aborto provocado que, sin embargo, sigue tan mortífero como antes. Además de las graves complicaciones traumáticas el Clostridium Walchii, aunque muy sensible a la Penicilina, sigue haciendo estragos por la fulminante acción degenerativa de sus toxinas. Los abortos sépticos graves son quizás más frecuentes que antes porque las que en él intervienen confían demasiado en los antibióticos en caso de una futura complicación infecciosa. En general, las maronas o quienes intervienen en un parto tienen el mismo concepto, y se nota una relajación en cuanto a la observación de una rigurosa asepsia y antisepsia, no siempre controlable por los médicos, lo que ha conducido en nuestro Servicio a un evidente aumento de la morbilidad puerperal leve. El gran aumento de las Endometritis, aunque banales, no tiene otra explicación y es motivo del gasto exagerado de antibióticos que bien podrían economizarse.

Por mi parte, no estoy de acuerdo con muchos de mis colegas en cuanto al uso profilático generalizado en todas las intervenciones obstétricas. Sigo confiando en los maravillosos recursos que encierra nuestro complejo organismo humano, sigo observando una rigurosa asepsia como antaño y sólo recurro a los antibióticos cuando hay indicaciones para ello. No tengo motivo alguno para arrepentirme de esta conducta, de la cual hago sólo excepción, en las cesáreas, puras o no, colocando en irrigación — como ya lo he mencionado — 100.000 u. de Penicilina en la zona operatoria, pero nada más. Una perfecta observación post-operatoria me permite esperar tranquilo la evolución puerperal, sin intoxicar — inútilmente — un organismo sano capaz de defenderse solo, lo que no es de desdeñar por motivos que expondré en el párrafo siguiente.

EL PROBLEMA DE LOS ANTIBIÓTICOS

En toda la exposición anterior, al decir «antibióticos» o «era antibiótica», he querido señalar los sulfamidados y aquellas sustancias que derivan de los hongos capaces de inhibir la vida de los bacterios. Es una posición puramente convencional que ha tenido por objeto simplificar al máximo la exposición. Con el término «Micoterapia» he querido indicar la acción terapéutica de aquellas sustancias que dervian de los hongos, las únicas — según Florey — que debieran llevar la denominación de «antibióticos».

No es objeto de este párrafo detenerme en la importancia inmensa de estos agentes terapéuticos, ni analizar su Historia que remonta a los tiempos hipocráticos. Sería de nunca terminar y además no viene al caso. Mas bien quiero hacer algunas consideraciones personales en relación con el tema principal, y en la forma más breve posible.

En primer lugar es un hecho indiscutible de que la terapéutica antibiótica, enorme en sus conquistas y sus proyecciones, se encuentra en su etapa inicial. Diariamente nos encontramos con nuevas sustancias derivadas de los hongos (antibióticos en sentido estricto), de acción efectiva no sólo sobre los bacterios, sino sobre los protozoarios, las Rickettsias y quizás sobre los virus. Es decir, es un capítulo que se encuentra en plena evolución y no sabemos adonde vamos a llegar. Indudablemente, estamos muy cerca de la «Esterilización magna» de Ehrlich. Pero tanta luz proyecta también sombra: me refiero a la existencia, mas aún, a la creación de cepas Penicilino o «microresistentes», problema de sumo interés clínico y bacteriológico. Mas significativo es aún el hecho de que sea posible crear cepas de bacterios que sólo crecen en presencia de Estreptomicina, por ej., y también el hecho de que sea posible hacer desaparecer la resistencia a los antibióticos, cultivando, conjuntamente, estos bacterios penicilino-resistentes con cepas de otros bacterios sensibles. El problema se complica mas aún por la existencia de penicilasa, producida por bacterios del tipo coli todo lo cual contribuye a que el problema de los antibióticos esté muy lejos de su etapa definitiva. No es este el momento, ni soy yo el llamado a detenerme en este asunto de tanto interés científico y práctico; sólo deseo hacer un breve alcance en relación al tema de esta contribución: han pasado muy pocos años para saber exactamente si hay o no un aspecto negativo en la terapéutica antibiótica. La creación de cepas mico-resistentes, experimentalmente indudable, sería catastrófica en caso de crearse tipos patógenos de ese género para el ser humano, a lo cual podría contribuir — clínicamente — una dosificación insuficiente de la droga. La medición sistemática de la mico resistencia «in vitro» sería, por otra parte, sumamente onerosa y engorrosa, lo cual en la práctica se traduce por una inmediata sobre-dosificación preventiva. Así se explica que, en las Maternidades y en los Hospitales en general, la demanda de antibióticos sea enorme. En el Hospital de San Vicente, que cuenta con mil camas, mas o menos, fueron entregadas el día 6 de Enero de 1951, para ese dia Sábado y Domingo 7. 200 millones de Unidades de Penicilina. En un capítulo anterior he explicado cómo y porqué en nuestro Servicio de Maternidad la lógica confianza en los antibióticos ha contribuido a aumentar la morbilidad puerperal leve, que a su vez requiere antibiótico que muy bien podrían haberse evitado. En clientela particular uso los antibióticos lo menos posible, como ya lo dije, porque tengo plena confianza en las defensas naturales del organismo humano y una acuciosa observación post-operatoria, el cuidadoso exámen clínico nos indica el momento en que es conveniente recurrir a medidas extraordinarias. Sigo creyendo que alzas de temperatura que no se acompañan de daño orgánico no son un peligro para el organismo, pues al contrario, estimulan poderosamente las defensas. Es natural que cada caso debe ser analizado, pero no acepto la terapéutica antibiótica masiva — como se hace generalmente — por cualquier infección banal. El futuro dirá quien tiene la razón. Por otra parte, estimo que la vida del hombre es una simbiosis con los bacterios; prueba de ello es que la aseptización del intestino, por ej. conduce a la muerte, y que las infecciones endémicas son particularmente graves para los extraños de ese ambiente. No me extrañaría que algún día se demostrase que los bacterios son nuestros mejores aliados contra los virus, sólo ahora visible con el microscopio electrónico, y de ser así, los halazgos de Gessler y Grey, de cuerpos esféricos con caracteres de virus en las neoplasias malignas (según J. Gregory jamás en los tumores benignos) vendrían a arrojar luz en la ya antigua observación de que algunos tumores malignos regresan clínicamente cuando sobreviene algún estado infeccioso, por ej.: la erisipela. Imposible no recordar en este mo-

mento la Vacuna anticancerosa rusa de Roskin y Klyeva, preparada con Trypanosoma Cruzi, en estudio actualmente; útil o no, el hecho es interesantísimo. Se me objetará que estos problemas nada tienen que hacer con el tema. Aceptado. Pero tiene relación — probablemente — con la «Esterilización magna», y a través de ella con todo ser humano. Que no se vaya a creer que soy partidario de los estados sépticos, o quizás deducir de lo dicho que las infecciones puerperales me son indiferentes. Demasiado bien sé cuan peligrosa son y que, al comienzo, nadie sabía cuánto y con qué rapidez se va a extender el daño. Todo esto es verdad, pero también es cierto que hay un evidente abuso de la terapéutica antibiótica, abuso cuyas proyecciones aún no conocemos. Estamos sólo en el comienzo de esta era, periodo que antaño nos parecía fantástico, evolución de la cual no sabemos adonde nos va a conducir finalmente. Por ahora constituye esta época el más grandioso avance en la Medicina después de Pasteur, y es de suponer que el hombre — con su inteligencia extraordinaria — sabrá dominar también los escollos que pudieran presentarse en su camino de progreso.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Para apreciar exactamente la influencia de la moderna terapéutica anti-infecciosa sobre las operaciones obstétricas se observa y analiza la evolución de la Obstetricia operatoria durante un periodo de 35 años en la Clínica Obstétrica Universitaria de Santiago de Chile. El hecho de que durante todo ese periodo esta Maternidad haya sido dirigida por un solo Director, el Prof. Carlos Mönckeberg, excluye los cambios bruscos de métodos operatorios debidos a factores personales y permite, en cambio, observar la evolución de las operaciones obstétricas por influencia de factores universales.

Basado en los Archivos de esos 35 años, el autor del relato observa la Operatoria Obstétrica, y — paralelamente — la terapéutica anti-infecciosa. La morbilidad y mortalidad por infección puerperal sirven de medida para apreciar el valor exacto de dicha terapéutica.

En el relato, que se refiere únicamente a la Obstetricia operatoria en Chile, queda constancia de que esta rama de la Medicina pertenece a una sola Escuela, que es la europea, y en especial la francesa, implantada definitivamente por el Prof. Mönckeberg. Todos los Servicios de Maternidad — con muy ligeras variantes — observan el mismo criterio operatorio. De ahí que sus resultados sean muy similares y permitan al autor completar su relato con la experiencia de otros Servicios.

Con el objeto de simplificar la exposición se adopta una posición convencional: no se toman en cuenta las operaciones obstétricas de escasa incidencia ni el problema del aborto séptico por ser este demasiado conocido. Se evita en lo posible entrar en detalles para no perturbar la visión en conjunto del problema, amplio panorama del cual el autor deduce las siguientes conclusiones:

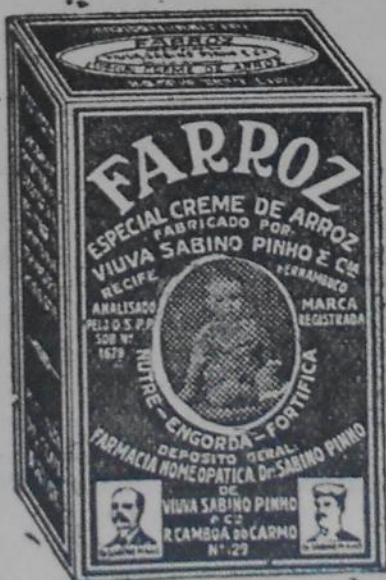
El tratamiento de la infección puerperal era prácticamente ineeficaz antes del advenimiento del Prontosil de Domagk, quimioterapia antibiótica que marca una etapa nítida en la terapéutica anti-infecciosa. Los múltiples sueros y vacunas, los filacógenos, la transfusión sanguínea, no fueron capaces de evitar el elevado porcentaje de morbilidad puerperal grave y por donde la alta mortalidad por infección puerperal. Esta impotencia ante la sepsis y la imperiosa necesidad de ampliar las indicaciones de la peligrosa vía alta en beneficio del hijo, condujeron a principios del siglo XX a la creación de múltiples técnicas de cesáreas, tanto extra-peritoneales como transperitoneales segmentarias, destinadas a evitar la contaminación del peritoneo. Los buenos resultados obtenidos con-

dujeron a una manifesta extensión de las indicaciones de la vía alta, reservada anteriormente casi exclusivamente a los vicios pélvianos. Nacieron así las indicaciones relativas que fueron extendiéndose más y más, gracias a las técnicas operatorias y a pesar de la ineffectiva absoluta de la terapéutica anti-infecciosa. La creación de las pelveotomías y de la sinfisiotomía obedece igualmente a las causas anteriormente expuestas. Tal era el estado de la operatoria obstétrica antes de la quimioterapia antibiótica. Se operada con rigurosa asepsia q amplia antisepsia; los resultados eran excelentes en la clientela particular siempre que se observaran estrictamente las condiciones clásicas para las intervenciones por vía vaginal. La morbilidad por infección puerperal era escasísima, no así la morbilidad traumática materna y fetal. En el Hospital el aspecto era muy diferente: con las mixtas técnicas operatorias y con el mismo criterio anterior la mortalidad por infección puerperal era elevadísima por el gran número de enfermas que ingresaban ya infectadas al Servicio. El problema del aborto séptico mejoró satisfactoriamente con el criterio abstencionista. En las Piohemias, Septicemias y Peritonitis puerpiales la mortalidad oscilaba entre el 50 y el 100%.

Con la Quimioterapia antibiótica cambió radicalmente la faz de la Obstetricia operatoria; usada profiláctica u oportunamente y por todas las vías posibles, descendió bruscamente la morbilidad por infección puerperal grave, que se mantuvo incólume una vez establecida. Resultado: extensión prudente de las indicaciones de la cesárea aún en los casos impuros, con excelentes resultados.

La micoterapia antibiótica, actualmente en plena evolución y de relativamente corta experiencia entre nosotros, ha terminado con la mortalidad por infección puerperal, salvo de aquéllos casos en que la intervención de esta terapéutica es demasiado tardía. Los abortos criminales forman la casi totalidad de este rubro.

Esta moderna terapéutica anti-infecciosa, orgullo de las Ciencias Médicas, nos permite operar sin la preocupación angustiosa por la posible complicación séptica, pues esta ya no existe. Atentos solo de disminuir en todo cuanto sea posible la morbilidad traumática grave, tanto materna como fetal, la Obstetricia operatoria chilena del presente se orienta hacia una moderada extensión de las indicaciones de la vía alta, meta largamente anhelada en bien de la madre y especialmente del hijo, sin que por esto abandonemos la lógica vía vaginal, siempre que las clásicas condiciones para las operaciones por esta vía se cumplan rigurosamente.



Este é um
produto que
vive da expe-
riencia médi-
ca de muitos
anos!...

BIBLIOGRAFIA

FORCIBE EM CABEÇA DERRADEIRA — Goffi, Paulo Schmidt; Forcipe em cabeça derradeira. Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Focalizando o problema da cabeça derradeira são apresentadas estatísticas que dão conta da alta mortalidade fetal nesta eventualidade e são discutidas as dificuldades inherentes ao parto da cabeça última. É lembrado que quando as manobras comumente usadas falham, existe, no caso de feto ainda vivo, o recurso da aplicação do forcipe na cabeça derradeira. É apresentada a literatura sobre o emprego do forcipe na cabeça derradeira, citando-se Piper e outros. O A. descreve a técnica usada na aplicação do forcipe que é feita após ter orientado a cabeça fetal manualmente. Detalha que antes de articular o forcipe, procura os cabos, com o que consegue uma péga que lhe permite melhor fletir a cabeça fetal. Apresenta os resultados referentes a 23 casos (15 primíparas e 8 multiparas). Foram registradas 8 mortes fetais ou seja 34,7%. Todavia, a mortalidade fetal apontada foi devida a condições independentes da aplicação do forcipe na cabeça derradeira. Conclue: 1º) a aplicação do forcipe em cabeça derradeira é simples e proporciona ótimos resultados quando há dificuldade em extrai-la pelas manobras manuais; 2º) a aplicação do forcipe em cabeça derradeira é menos traumatizante que a manobra de Mauriceau ou suas congêneres, porque dá péga mais firme em pontos menos lesivos e que oferecem melhores condições para a extração; 3º) a aplicação do forcipe em cabeça derradeira não traumatiza a mãe mais do que o forcipe em cabeça primitiva, e nem tampouco mais que a extração pela manobra de Mauriceau ou suas congêneres quando o obstetra insiste em executá-las havendo dificuldade; 4º) o parteiro que tenha em vista resolver um parto que terminará em cabeça derradeira deve ter ao alcance das mãos o forcipe e usá-lo, prontamente, quando necessário; 5º) o parteiro nunca deve aplicar o forcipe tardivamente, depois de haver traumatizado o feto com manobras violentas, porque nestas condições, já não existirá mais a oportunidade de aproveitar a possibilidade de êxito que o emprego inteligente do forcipe em cabeça derradeira porpociona.

ANAIS DA CLINICA GINECOLOGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO — Vol. IV. 1950-51.

Sempre com magnífica feição material, os ANAIS da Clínica Ginecológica sob a orientação do ilustre mestre paulista, José Medina, encerram interessantes trabalhos e movimento da Cátedra.

Do seu sumário, destacam-se os seguintes artigos: Fatores psicosomáticos na esterilidade conjugal — José Medina; Estreptomicina na tuberculose genital feminina — José Gallucci e José Hamermesz; Mioma uterino e hipertensão arterial — A. Wolff Netto, José Hamermesz e Nicolau A. Salum; Prenhêz tópica e ectópica simultâneas; O endométrio na hemorragia uterina disfuncional — Carlos Alberto Salvatorri; Efantiasi vulvar — Paulo Gorga e José E. Arra; Câncer cervical e prolaps do útero — O. Alves de Lima Filho e Cosme de Guanieri Netto; O estudo anátomo-radiológico dos tumores intracanaculares da mama —

João Sampaio Goes Jr.; O uso do alumínio metálico em ginecologia — José Roberto Azevedo; Esquistosomose endometrial — José Galucci, Carlos A. Salvatore e M. L. Tavares de Lima; Diagnóstico da permeabilidade tubária pela prova da fenolsulfoneftaleína — A. Wolff Netto e Domingos Lerário; Aurocitologia e o seu paralelismo com a colpocitologia — René Mendes de Oliveira, Sérgio Guidi e Armando Bozzini; Calculose vesical complicando prolapo genital — Paulo Gorga e Bussamara Neme; O índice endometrial durante o ciclo estral, estudado pelo método colcicinico — Carlos Alberto Salvatore; Intervenções ginecológicas em pacientes idosas — José Elias Arra e José Gallucci; Fisiopatologia da fecundação — A. Wolff Netto; Vaginograma — José Gallucci, Armando Bozzini e Carlos Alberto Salvatore; Endometriose interna — A. Wolff Netto, José Hamermesz e Maria A. Ferraz Paál; Linfogranulomatose venérea — René Mendes de Oliveira e José Gallucci; Três casos de inversão do útero — A. Wolff Netto e J. Sampaio Goes Jr.; Endometriose — O. Alves de Lima Filho; Carcinoma do colo do útero e gestação — A. Wolff Netto; Fisiología sexual comparativa — A. Fraenkel; La técnica de la operación abdominal del cancer del utero según Wertheim — Pablo Werner; Sobre operaciones vaginales conservadoras — Pablo Werner.

MOLA VESICULAR CORIOEPITELIOMA — Prof. Manuel Usandizaga. Editorial Labor, Barcelona, 1902.

O conhecido e festejado mestre de Barcelona, prof. Usandizaga, encarregou-se do capítulo sobre o importante assunto da mola vesicular e do corioepitelioma, que encerra o 2º tomo do "Tratado de Obstetricia" publicado sob a direção dos profs. Nubiola e Zárate.

O assunto é abordado em cerca de 300 páginas, fartamente documentado e enfeixando as mais modernas aquisições acerca do problema, não só pelas fontes biográficas mas sobretudo, pela contribuição pessoal do A.

Antecipadamente, auguramos à obra dos ilustres mestres de Barcelona e Buenos Aires, um franco sucesso didático, a julgar pelo capítulo de que se encarregou a pena sábia e acatada do prof. Usandizaga, a quem agradecemos particularmente, o gentil envio de uma separata do seu magnífico trabalho.

A RESPONSABILIDADE DO GINECOLOGISTA EM FACE DAS ATUAIS POSSIBILIDADES DE DESCOBRIR O CANCER UTERINO — Fradique Corrêa Gomes. Pôrto Alegre, 1952.

Nessa esplêndida monografia, o A. considera o problema do cancer genital, pondo em destaque a incidência, ressaltando o valor do diagnóstico precoce e esclarecendo o conceito de precocidade e de pre-cancer.

Muito judiciosamente, o A. considera certas questões atribuídas ao clínico geral e ao ginecólogo na caçada ininterrupta ao flagelo em questão.

Mais uma vez, destacam-se os diversos processos de que hoje dispomos, para realizar um exame completo e conscientioso e chegar a um diagnóstico certo e precoce.

GINECOLOGÍA

FUNDADOR E DIRETOR PROPRIETÁRIO
DR. FERREYRA DOS SANTOS



ESTE NÚMERO
É COMEMORATIVO DO
7.º ANIVERSARIO

E PUBLICA OS TRABALHOS DA
“1.ª SEMANA PERNAMBUCANA
DE TOCOGINECOLOGIA”

**ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE
TOCOGINECOLOGIA**

JAN. - Fev. e Março - Abril, 1952 -- ANO 7 -- NUMS. 1 e 2

PUBLICAÇÃO BIMESTRAL

Redação e Administração:

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

RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO MECANISMO DO PARTO DOS OMBROS NAS OCCIPUT POSTERIORES

Izidoro Longman

Assistente-plantonista da Maternidade do Derby. Assistente técnico do Instituto de Radioterapia do Prof. Waldemir Miranda

A finalidade do nosso trabalho, consiste num esclarecimento sobre o mecanismo do parto, nas variedades posteriores de occiput.

Os livros de obstetrícia quasi não descrevem o mecanismo do trabalho de parto nas occiput posteriores.

Alguns autores ao descreverem o mecanismo do parto nas occiput anteriores, não fazem nenhuma referência ao mecanismo do parto nas occiput posteriores. Fica-se, então, pensando serem idênticos os mecanismos nestas duas variedades, o que, na realidade, não se verifica na parte referente ao mecanismo do parto dos ombros. Descrevem êles que nas occiput anteriores, os ombros se insinuam e descem, no diâmetro perpendicular ao de insinuação da cabeça. O que realmente acontece. Entretanto chegamos a concluir que nas occiput posteriores, os ombros se insinuam e descem, no mesmo diâmetro de insinuação da cabeça.

Não estamos aqui discordando dos autores. Apenas achamos, que não explicam bem o mecanismo nas variedades que estamos considerando.

Para melhor compreensão do mecanismo do parto dos ombros nas occiput posteriores, descreveremos primeiro, o mecanismo do trabalho de parto, nas occiput anteriores, resumidamente, e, em seguida, passaremos a descriminar o mecanismo nas occiput posteriores.

Com um fim didático, dividiremos o mecanismo do parto em seis (6) tempos, os quais não se processando sempre de modo esquemático, facilitam, contudo, a compreensão de todo o processo.

Em virtude de ser a O. I. E. A. a variedade mais comum, seu mecanismo será descrito com a finalidade de esclarecer os vários movimentos do feto, a medida que passa através do canal da parturição.

No nosso mecanismo procuramos seguir a maioria das Escolas Latinas, em que a cabeça se orienta no diâmetro oblíquo.

Porém, precisamos antes admitir a cabeça situada no estreito superior, em atitude indiferente e assim surpreendida pelas primeiras contrações do trabalho de parto.

Mecanismo do trabalho de parto em O. I. E. A.

1.^o Tempo — Acomodação ao estreito superior:

Este tempo comprehende dois movimentos: a) a cabeça muda de orientação, ficando o diâmetro occipito-frontal em coincidência com o obliquo esquerdo do estreito superior e o occiput voltado para a iminência ileo-pectina esquerda; b) muda de atitude: flexiona-se a cabeça com substituição do occipito-frontal de 12 cms. pelo sub-occipito-bregmático de 9,5 cms.

2.º Tempo — Insinuação e descida:

Compreende a passagem da grande circunferência da cabeça, pelo estreito superior e seu percurso pela excavação, com a sutura sagital no diâmetro obliquo esquerdo e o occiput para diante.

3.º Tempo — Acomodação ao estreito inferior ou rotação intra-pélvica:

Quando o occiput atinge a área do estreito inferior, faz um movimento de rotação (movimento de turbina de Olshausen) de 45° para diante e para a frente (da esquerda para direita) e vem colocar-se debaixo da sínfise pubiana. Ficando a sutura sagital em relação com o diâmetro ântero-posterior da pelve.

4.º Tempo — Desprendimento:

Uma vez o sub-occiput já colocado sob o bordo inferior da sínfise pubiana, tomando ponto de apôio neste ponto, e após a retropulsão do cocix, começa um movimento de "bascula" que produz a deflexão progressiva da cabeça, com o desprendimento sucessivo de seus diferentes diâmetros e circunferências.

Porém, enquanto se processam os dois últimos tempos descritos, silencioso e simultaneamente se realizam os dois primeiros do mecanismo do parto dos ombros, isto é, a acomodação ao estreito superior (1.º tempo) e a insinuação e descida (2.º tempo).

Explicando melhor, enquanto se processa o movimento de 45° do occiput, simultaneamente se orienta o Bi-acromial no diâmetro obliquo direito (1.º tempo — acomodação ao estreito superior). A medida que o occiput se desprende, verifica-se a passagem do Bi-acromial, pela área do estreito superior e seu percurso pela escavação, no diâmetro obliquo direito, até o ombro anterior atingir a área do estreito inferior (2.º tempo — Insinuação e descida).

Realmente nesta variedade de posição, os ombros se insinuam no diâmetro oposto, ao utilizado pela cabeça.

5.º Tempo — Rotação externa da cabeça:

Logo que a cabeça se desprende do anel vulvo-vaginal, executa "exponetaneamente" um movimento de restituição, isto é, o occiput volta-se 45° para a esquerda, para sua posição original e a sutura sagital volta a dispor-se obliquamente. Em seguida uma nova rotação de mais 45° para a esquerda, ficando a sutura sagital numa posição transversa. Esta última rotação é determinada pela rotação interna dos ombros, que se realiza para diante, indo pôr-se em contacto com a sínfise pubiana o ombro que se encontra mais próximo dela. Resulta disto, que o maior diâmetro dos ombros (Bi-acromial) passa a coincidir com o ântero-posterior da pelve.

6.º Tempo — Desprendimento dos ombros:

Ou com mais exatidão do tronco. O ombro anterior aparece debaixo da sínfise, onde se apoia, enquanto o ombro posterior distende a comissura vulvar e se projeta para o exterior (movimento semelhante ao executado pela cabeça). Após o desprendimento dos ombros, o restante do tronco é expulso muito rapidamente, de maneira que o mecanismo do parto das nádegas não pode ser bem apreciado.

Mecanismo do trabalho de parto em O. I. E. P.

Nas variedades de posições posteriores de occiput, a cabeça pode rodar anteriormente para a sínfise pubiana, por um longo arco de 135°, ou girar posteriormente 45° para o sacro.

O nosso trabalho consiste no mecanismo de rotação anterior através de uma rotação de 135°.

1.º Tempo — Acomodação ao estreito superior:

Este tempo comprehende dois movimentos: a) mudança de orientação, a cabeça se orienta, ficando a sutura sagital em coincidência com o diâmetro oblíquo direito do estreito superior e o occiput para a articulação sacra ilíaca esquerda; b) mudança de atitude, a flexão é menor que nas O. I. E. A.

2.º Tempo — Insinuação e descida:

Compreende a passagem da grande circunferência da cabeça pelo estreito superior e seu percurso pela escavação, com a sutura sagital orientada no diâmetro oblíquo direito e o occiput para traz.

3.º Tempo — Acomodação ao estreito inferior ou rotação intra-pélvica:

Quando o occiput atinge a área do estreito inferior, faz um movimento de rotação de 135° para diante e para frente (da esquerda para direita) e vem colocar-se debaixo da sínfise pubiana. Nesse movimento a cabeça nos primeiros 45° passa da posição posterior à posição transversa, depois uma nova rotação de 45° do occiput converte a posição transversa numa posição anterior. De forma que após a ocorrência da rotação inicial de 90°, a O. I. E. P. torna-se uma O. I. E. A., e o mecanismo desde este ponto é igual ao de uma O. I. E. A. Enfim o occiput roda os 45° restantes para atingir a sínfise pubiana, transformando a posição anterior na posição occipito-pública.

4.º Tempo — Desprendimento:

Este tempo é semelhante ao descrito no mecanismo da O. I. E. A.; faz pela deflexão da cabeça e corresponde à passagem da grande circunferência da cabeça através do estreito inferior.

Porém, enquanto se processam os dois últimos tempos descritos, silencioso e simultaneamente se realizam os dois primeiros do mecanismo do parto dos ombros, isto é, a acomodação ao estreito superior (1.º tempo) e a insinuação e descida (2.º tempo).

Esclarecendo melhor, enquanto se processa o movimento de rotação inicial de 90° do occiput, simultaneamente se realiza uma rotação de 90° dos ombros, para diante, orientando-se no diâmetro oblíquo direito (1.º tempo — acomodação ao estreito superior). A medida que o occiput roda os 45° restantes para atingir a sínfise pubiana e em seguida se desprender, verifica-se a passagem do Bi-acromial, pela área do estreito superior e seu percurso pela escavação, no diâmetro oblíquo direito, até o ombro anterior atingir a área do estreito inferior (2.º tempo — Insinuação e descida), exatamente como na O. I. E. A.

Como vimos, os ombros não participam dos 45° finais da rotação, porque o Bi-acromial não pode girar tão prontamente, em virtude de sua

insinuação no diâmetro obliquo direito, que se verifica nos 45° restantes do occiput, uma vez que esta última rotação quasi sempre se realiza na fenda vulvo-vaginal coincidindo já com o tempo de desprendimento.

Convém lembrar que nesta variedade de posição, os ombros se insinuam no diâmetro obliquo direito que é o mesmo diâmetro de insinuação da cabeça.

5.º Tempo — Rotação externa da cabeça:

6.º Tempo — Desprendimento dos ombros:

Estes dois últimos tempos são idênticos ao do mecanismo da O. I. E. A.

C O M E N T Á R I O S

O que nos leva a concluir que os ombros se insinuam no mesmo diâmetro de insinuação da cabeça, nas occiput posteriores, é o seguinte:

1.º) Logo que a cabeça se desprende do anel vulvo-vaginal, procuramos ajudar a rotação externa da cabeça fazendo-a girar de 90° para o lado da posição (direita ou esquerda), a fim de auxiliar a rotação interna dos ombros. Notamos sempre na prática, que o Bi-acromial se desprende no diâmetro antero-posterior da pelve. Algumas vezes temos observado que o bi-acromial se desprende no diâmetro obliquo ou transverso da pelve, com o dôrso orientado para diante; certamente são os casos de anomalias de rotação dos ombros (nula, insuficiente ou excessiva).

2.º) Se os ombros se insinuam no diâmetro perpendicular ao de insinuação da cabeça, ao executarmos a rotação externa da cabeça, girando-a 90° para o lado da posição, o Bi-acromial se desprenderia no diâmetro obliquo ou transverso da pelve, com o dôrso orientado para traz, o que nunca observamos na prática.

3.º) Olshausen deixou dois ensinamentos: a) que o feto não executa apenas um movimento de deslocamento circular, mas ao mesmo tempo, uma rotação, que começaria no estreito superior para terminar logo ao chegar ao assoalho pélvico, constituindo aquilo a que chamou de movimento de turbina, ou seja o movimento espiroide dos franceses; b) que a anteriorização do dôrso, determina a rotação da cabeça para diante.

Os achados de Olshausen foram confirmados radiograficamente por Warnekros. Comprova-se dessarte, o modo de ver de Olshausen, ou, em outras palavras, a rotação do dôrso determina a do polo cefálico, verificando-se igualmente o movimento espiroide.

De maneira que torna-se impossível o occiput rodar 135°, e os ombros se insinuarem no diâmetro perpendicular ao da insinuação da cabeça, sem sofrerem nenhuma rotação.

4.º) Se considerarmos que os ombros se insinuam no diâmetro perpendicular ao utilizado pela cabeça e se desprende no antero-posterior da pelve, temos que admitir que esta e aquela rodam dentro da escatrizão, o que vem de encontro ao mecanismo fisiológico do trabalho de parto, onde vimos que só existe uma rotação intra-pélvica, a qual se verifica durante a acomodação ao estreito inferior. Além disso, o Bi-acromial teria que sofrer uma nova rotação, para se acomodar na área do estreito inferior, desfazendo o movimento de turbina de Olshausen.

Os ombros então executariam duas rotações dentro da excavação, em sentidos contrários, o que não é possível se admitir, uma vez que o mecanismo do parto dos ombros é semelhante ao da cabeça.

5.) A teoria da Escola de Lyon, quando procura explicar a rotação intra-pélvica da apresentação, diz que a cabeça roda para diante, em virtude de sua "solidariedade" com o tronco, obrigada a acompanhá-lo no movimento que este realiza para se insinuar. Deve-se convir que o feto, pela incurvação acentuada do seu tronco, vê-se obrigado a acomodar a sua face côncava ventral à saliência lombo-sacra da pelve, isto leva o dôrso para diante, o qual, por sua vez arrasta o occiput para a mesma direção.

De maneira que nas occiput posteriores torna-se necessário este movimento do dôrso para diante, fazendo acomodar a face ventral do feto com a saliência lombo-sacra, porque os ombros encontram facilidade para se insinuar, enquanto que com o dôrso para traz, em virtude do obstáculo da saliência lombo-sacra em relação com a convexidade do dôrso, a insinuação seria dificultosa.

Esta teoria vem comprovar o nosso pensamento, em que os ombros se insinuam no mesmo diâmetro de insinuação da cabeça.

O sentido do nosso trabalho está descrito nas conclusões acima citadas, onde observamos e concluimos, que os ombros nas occiput posteriores só poderiam se insinuar no mesmo diâmetro de insinuação da cabeça, após uma rotação de 90°.

Dos livros consultados, só o Prof. Alfred C. Beck, na sua Clínica Obstétrica, descreve o mecanismo do parto, nas occiput posteriores, porém não faz nenhuma referência quanto a conclusão a que chegou para descrever que os ombros se insinuam no mesmo diâmetro ao utilizado pela cabeça. Isto seria necessário, em virtude de todos os autores descreverem que os ombros se insinuam no diâmetro perpendicular ao utilizado pela cabeça.

B I B L I O G R A F I A

- 1) — M. L. PEREZ — Tratado de Obstetrícia — 1a. Edição Brasileira. 1942. Editora Guanabara.
- 2) — FABRE — Manuel de Obstetricia — 3a. Edição Brasileira. 1945. Editora Guanabara.
- 3) — ALFRED C. BECK — Clinica Obstétrica — 1a. Edição Brasileira. 1943. Irmãos Pongetti Editores.
- 4) — P. NUBIOLA e E. ZÁRATE — Tratado de Obstetrícia. 1951. Editorial Labor — Barcelona.
- 5) — DE LEE-GREENHILL — Tratado de Obstetrícia — 1a. Edição Brasileira. 1950. Editora Guanabara.
- 6) — HORTA BARBOSA — Obstetrícia Prática — 2a. Edição. 1945. Editora Scientifica. Rio.
- 7) — RAUL BRIQUET — Obstetrícia Normal — 2a. Tiragem. 1945. Editora Renascença. São Paulo.
- 8) — M. L. PEREZ — Compêndio de Clínica Obstétrica — 1a. Edição. 1949. Ed. Lopez e Etchegoyen. Argentina.
- 9) — JAIME MORAGUES BERNAT — Clínica Obstétrica — 4a. Edição. 1948. Editora El Ateneo. Argentina.
- 10) — CLOVIS CORREIA — Lições de Clínica Obstétrica — 4a. Edição. 1944. Editora Guanabara. Rio.

GINECOLOGÍA

FUNDADOR E DIRETOR PROPRIETÁRIO
DR. FERREYRA DOS SANTOS

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS:

U. F. R. J. MATERNIDADE ESCOLA BIBLIOTECA	Pág.
Ferreyra dos Santos (Recife, Brasil) — Esqueletização fetal na trompa	79
Walter Dimenstein e Paulo Bittencourt (Recife, Brasil) — Anestesia geral na cesariana	83
Arturo Albertz (Santiago de Chile) — Obstetricia operatória em face da moderna terapêutica anti-infeciosa	88
BIBLIOGRAFIA	93
NOTICIÁRIO	94
RESUMOS	96

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE TOCOGINECOLOGIA

MAIO, JUNHO 1952 — ANO 7 — NUM. 3

PUBLICAÇÃO BIMESTRAL

Redação e Administração:

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

RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL

BIBLIOGRAFIA

- 1) Oliveira, René Mendes de e Andreoni, Ferdinando — Prenhez tubária intacta de 5 meses com esqueletização fetal. "An. Cl. Gin. Fac. Med. Univ. São Paulo, 1949.
- 2) Novak, E "Gynecological and Obstetrical Pathology" — 2a. Edição, 1947.
- 3) Santos, Ferreyra dos — Missed abortion e bouba — "An. Bras. Gin.", Janeiro, 1942.

ANESTESIA GERAL NA CESARIANA

Walter Dimenstein - Paulo Bittencourt

Anestesistas

Até bem pouco tempo o clorofórmio e o éter constituiam os elementos essenciais da anestesia cirúrgica.

Com os barbitúricos introduzidos na anestesiologia a situação melhorou bastante.

Dois grandes progressos marcaram a evolução da anestesia no curso destes últimos anos.

O aparecimento dos relaxantes musculares sobre a mesa do anestesista é sem dúvida um avanço que ocasionou profundas transformações na técnica anestésica.

A noção da anestesia combinada constitue outro grande passo da anestesiologia.

A administração sucessiva ou mesmo simultânea de anestésicos cujas incidências fisiopatológicas se fazem sobre órgãos diferentes, permite a utilização de doses reduzidas de cada um deles, evitando assim o aparecimento de distúrbios graves.

Trabalho apresentado na última sessão do 2º Congresso Inter-estadual de Obstetricia e Ginecologia do Centro de Estudos Fernando Magalhães.

A adição de seus efeitos narcóticos se faz sem a adição dos seus efeitos tóxicos.

Laborit chama de anestesia potencializada a todos os processos anestésicos facilitados pela sinergia medicamentosa.

E' óbvio que a prática diária e a observação inteligente e cuidadosa de cada anestesiista poderão proporcionar um bom número de processos anestésicos potencializados que se diferenciam pelas doses anestésicas, pela sequência de administração etc.

Na cirurgia obstétrica, devido ao receio da asfixia neonatorum, poucos são aqueles que fogem da rotina.

Os últimos estudos da asfixia fetal bem como das observações de certas drogas anestésicas e coadjuvantes sobre o feto e também pela eficiência atual da ressuscitação fetal, permitiram a quebra da rotina.

Dose-Tempo

Na anestesia obstétrica o tempo é um fator de suma importância, pois a tendência para a hipoxia fetal varia diretamente com o tempo de ação das drogas usadas pelo anestesiologista.

Quando fazemos referência ao tempo de ação queremos dizer o tempo que a droga permanece produzindo seus efeitos e é claro que tal tempo varia diretamente com a dose, de modo que, a expressão Dose-Tempo tem sua razão de ser, principalmente em se tratando de anestesia potencializada, onde a administração sucessiva ou mesmo simultânea das drogas constitue condição essencial.

Assim por exemplo se fizermos em duas parturientes que vão ser cesareadas uma dose de 50 centígramos de um tiobarbiturato por via endovenosa e a retirada dos fetos fôr feita em 6 e 12 minutos respectivamente, é óbvio que as probabilidades de hipoxia fetal são bem maiores no segundo caso onde a Dose-Tempo foi maior.

De modo que, o anestesiologista não deve encarar a dose de uma maneira absoluta, pois a noção de dose sem estar ligada ao tempo não é exata.

Portanto, novos estudos e novas experimentações precisam ser feitas levando em consideração o complexo Dose-Tempo e não afirmar que a dose desta ou daquela droga provoca tais ou quais efeitos sobre a parturiente e o feto.

Conceito da anestesia ótima

São inúmeros fatores que o anestesista deve considerar antes de escolher o agente anestésico e o seu respectivo método de aplicação que garantam até onde fôr possível:

- a) A vida da paciente;
- b) A progressão regular da anestesia;
- c) As condições ótimas de trabalho para o cirurgião;
- d) As condições ótimas de trabalho para o anestesista.

Estes são os ítems clássicos universalmente aceitos pelos anestesistas.

Outro ítem de grande importância e que também deveria estar incluído entre os demais, seria a obtenção até onde fôr possível de um post-anestésico ideal, ou seja, com o mínimo possível de náuseas, vômitos, cefáleas, hipertermia, distensão etc.

O pós-anestésico imediato deve ser considerado como parte integrante da anestesia e para que esta seja considerada ótima é preciso que o pós-anestésico seja excelente.

E' claro que a obtenção de um pós-anestésico ótimo depende em grande parte do conhecimento e da habilidade do anestesista e da cooperação do anestesista com o cirurgião.

Grande parte dos cirugiões, até bem pouco tempo, acusavam, com certa razão, a anestesia como responsável pelo pós-anestésico accidentado.

Com os progressos da anestesiologia os bons pós-anestésicos ofram se tornando frequentes a ponto dos cirugiões selecionarem seus anestesistas.

Nada mais justo que a parturiente tenha um bom pós-anestésico e é justamente para isto que ela procura o especialista.

O anestesista portanto, assim como um bom compositor que produz maravilhas com apenas sete notas, deve recorrer aos conhecimentos da anestesiologia com o objetivo de compor belas anestesias.

Nossa Conduta

(1) Tomando por base as anestesias endoscópicas aconselhadas por Woodfield-Davies bem como o emprégo dos relaxantes musculares e do cicloprópano na cesareana por Whitacre, Fisher etc., resolvemos a seguinte norma:

- A) Seleção dos casos;
- B) Premedicação conveniente;
- C) Preparativos pré-anestésico-cirúrgico.

Os casos deverão ser selecionados convenientemente, isto é, a parturiente deverá apresentar um bom estado geral e principalmente com o estômago relativamente vazio.

A questão da vacuidade gástrica depende da orientação inteligente do obstetra e da parteira, pois iniciado o trabalho de parto a alimentação da parturiente deverá ser feita com substâncias líquidas de fácil digestão em pequena quantidade pela simples razão de que as contrações dolorosas prejudicam o trânsito digestivo.

Quando a dilatação do colo chegar a dois dedos tôda a alimentação deverá ser abolida para se administrar então por via endovenosa soro glicosado, glicose hipertônica, vitaminas etc.

Medida interessante seria instruir a parturiente que a partir do nono mês os cuidados com a alimentação deverão ser redobrados, isto é, não abusar de alimentos de difícil digestão, pelo menos uma semana antes da data provável do nascimento.

No caso de repleição gástrica e não ser possível uma anestesia local ou raquideana, deve-se recorrer a uma lavagem gástrica. A pré-medicação anestésica temos feito com meio miligrama de atropina pela via intramuscular cerca de 40 minutos antes da anestesia ou pela via endovenosa no caso de urgência.

Em alguns casos aplicamos pequenas doses de Demerol (50 mil.) uma hora antes da anestesia, nos casos urgentes só aplicamos atropina.

O anestesista deverá preparar convenientemente sua mesa com jôgo endotraqueal, relaxantes musculares, tiobarbituratos, seringas, material para aplicação de sôro etc.

(1) Modern Practice in Anaesthesia — 1949.

A parturiente estando na mesa de operação, instalamos sôro glicosado por via endovenosa e solicitamos que o campo operatório seja feito e que o cirurgião esteje pronto para começar o ato cirúrgico.

Depois de preparamos uma mistura de cicloprópano e oxigênio na base de 40 por cento, administramos de 70 à 100 unidades de um relaxante muscular de acordo com o peso da paciente (*).

(**) 40 segundos após aplicamos de 30 a 50 centígramos de um tiobarbiturato por via endovenosa e iniciamos a inalação de cicloprópano-oxigênio imediatamente seguida pela incisão feita pelo cirurgião.

E' claro que o cirurgião deverá agir com presteza e retirar o feto logo que puder.

No caso do cirurgião demorar mais que o comum deve-se administrar apenas oxigênio, pois o relaxante com o tiobarbiturato e a dosagem inicial de cicloprópano garantem cerca de 15 à 20 minutos de anestesia. Logo após a retirada do feto, continuamos a anestesia com pequena dose de éter.

Nossos casos

Até o presente, conseguimos juntar trinta casos e todos com magníficos resultados maternos e fatais.

Vale ressaltar que tôdas tiveram um bom pós-operatório e isto se comprehende facilmente, pois a indução prolongada de dez à quize minutos foi afastada e além disto foi realizada uma anestesia combinada onde houve a adição de efeitos narcóticos sem a adição dos efeitos tóxicos.

Contra-indicações

O referido processo anestésico não deverá ser empregado em parturientes que apresentem cardiopatias, miastenia, magreza acentuada etc.

RESUMO

Tendo por bases a anestesia potencializada, os processos anestésicos para endoscopia, o fator dose-tempo, a barragem placentar ao cloridato de d-tubocurarina etc., são apresentados 30 casos de anestesia geral em cesariana com o emprêgo combinado de barbitúricos, relaxantes musculares, gases e substâncias anestésicas (2).

(*) Tucurin.

(**) Thionembutal

A parturiente estando na mesa de operação, instalamos sôro glicosado por via endovenosa e solicitamos que o campo operatório seja feito e que o cirurgião esteje pronto para começar o ato cirúrgico.

Depois de preparamos uma mistura de cicloprópano e oxigênio na base de 40 por cento, administramos de 70 à 100 unidades de um relaxante muscular de acordo com o peso da paciente (*).

(**) 40 segundos após aplicamos de 30 a 50 centígramos de um tiobarbiturato por via endovenosa e iniciamos a inalação de cicloprópano-oxigênio imediatamente seguida pela incisão feita pelo cirurgião.

E' claro que o cirurgião deverá agir com presteza e retirar o feto logo que puder.

No caso do cirurgião demorar mais que o comum deve-se administrar apenas oxigênio, pois o relaxante com o tiobarbiturato e a dosagem inicial de cicloprópano garantem cerca de 15 à 20 minutos de anestesia. Logo após a retirada do feto, continuamos a anestesia com pequena dose de éter.

Nossos casos

Até o presente, conseguimos juntar trinta casos e todos com magníficos resultados maternos e fatais.

Vale ressaltar que tôdas tiveram um bom pós-operatório e isto se comprehende facilmente, pois a indução prolongada de dez à quize minutos foi afastada e além disto foi realizada uma anestesia combinada onde houve a adição de efeitos narcóticos sem a adição dos efeitos tóxicos.

Contra-indicações

O referido processo anestésico não deverá ser empregado em parturientes que apresentem cardiopatias, miastenia, magreza acentuada etc.

RESUMO

Tendo por bases a anestesia potencializada, os processos anestésicos para endoscopia, o fator dose-tempo, a barragem placentar ao cloridrato de d-tubocurarina etc., são apresentados 30 casos de anestesia geral em cesariana com o emprêgo combinado de barbitúricos, relaxantes musculares, gases e substâncias anestésicas (2).

(*) Tucurin.

(**) Thionembutal

OBSTETRICIA OPERATÓRIA EM FACE DA MODERNA TERAPÉUTICA ANTI- INFECCIOSA

Arturo Albertz

Santiago do Chile

Séame permitido, ante todo, agradecer muy cordialmente el honor que se me ha dispensado al nombrarme relator de este tema por insinuación de mi distinguido amigo y colega el Profesor Victor Gazitúa. Es para mi una gran satisfacción poder contribuir con este modesto trabajo al "Tercer Congreso Brasileño de Obstetricia y Ginecología", pero debo advertir que lamento sinceramente que el Profesor Gazitúa no haya podido aceptarlo por razones muy atendibles. El, con su gran erudición, vastísima experiencia y precisión de sus archivos, quizás podría ofrecer a Uds. algo distinto de lo que yo he traído a este auditorio, pero me tranquiliza el hecho de que él me ha señalado a mí para reemplazarlo. Sabe él, que tenemos un criterio muy similar para apreciar el Cosmos, y eso da paz a mi espíritu muy inquieto por el tema "Obstetricia operatoria em face da moderna terapéutica anti-infecciosa", tema al parecer sencillo, pero que, cual aguas tranquilas, no descansa sobre fondo rocoso. Muy al contrario, a medida que he profundizado en él, más he adquirido el convencimiento de que el tema sólo puede ser tratado con criterio personal. Una evolución biológica tan importante como lo es la evolución de las operaciones obstétricas en relación con la infección puerperal no puede basarse exclusivamente en números y guarismos. Los números, en las Estadísticas médicas, son a su vez el resultado de muchos factores ambientales, y quien no haya vivido ese ambiente, ese Universo, puede que no los entienda. Si por ejemplo, me atuviera estrictamente al tema propuesto: "Las operaciones en relación con la moderna terapéutica anti-infecciosa", debiera yo reducir este trabajo a los últimos 5 años, época esta en que realmente se puede hablar de terapéutica moderna anti-infecciosa. La magnitud de la micoterapia es tal que toda otra medicación queda muy rezagada, es ya terapéutica anticuada. Pero, así llevado el estudio, la evolución de las operaciones obstétricas no sería comprensible. Sería sólo el reflejo del estado actual de la Obstetricia operatoria, pero no nos daría luz en cuanto a la evolución experimentada y el porqué de ello. Creo entender que este es el objeto del tema, y creo también que puedo daros una respuesta, ojalá satisfactoria a vuestra curiosidad. Veintiseis años de labor obstétrica me han permitido asistir — como a muchos de vosotros — a la evolución que las operaciones obstétricas han experimentado con diversos motivos, y bien he podido apreciar cuán profundos cambios ha tenido la terapéutica de la infección puerperal y la influencia de ello sobre la Obstetricia operatoria. Los jóvenes de hoy día, que quizás no hayan visto jamás un caso de piohemia puerperal, no podrán imaginarse lo que eran las antiguas secciones de Aislamiento de las maternidades, a menudo plagadas de septicemias dignas de descripción dantesca! Nosotros vivimos esa terrible lucha y sólo nosotros podemos apreciar — no en números — lo que significa la desaparición de la infección puerperal, que arrasaba con las vidas maternas en su mo-

mento más glorioso, el ansiado día de la maternidad. Esa mortalidad, expresada en números, es también algo inerte, sin vida. La angustia ante la infección siempre creciente, nuestra impotencia para bloquear el siniestro, el ferviente deseo de días mejores para las parturientas, eso no se puede expresar en números. Sin embargo, son esos factores los que influyeron en el criterio de los Obstetras para modificar la Obstetricia operatoria. Y permitime, señores, para mejor comprensión de mi hipótesis de trabajo, que retroceda algunos decenios: las operaciones obstétricas ideadas desde antiguo para ayudar en el parto a la madre y para salvar al hijo, fueron perfeccionadas a un grado sumo, sin dejar por eso de tener dos peligros capitales para la madre: la infección y la hemorragia post-traumática. Para el hijo: todas las secuelas del traumatismo obstétrico. A pesar de eso, las clásicas maniobras y operaciones obstétricas — excepto la cesárea en el caso impuro — eran y siguen siendo operaciones perfectas, siempre que se atienda exacta y escrupulosamente a las condiciones anatómicas requeridas y observando estrictamente sus indicaciones, y siempre que no exista infección concomitante. Quienes las idearon y perfeccionaron nos han legado maniobras que jamás desaparecerán porque bien entendidas, son lógicas, son perfectas siempre que quien haga uso de ellas tenga la preparación necesaria y el criterio suficiente, criterio que sólo lo da la vasta experiencia a una mente equilibrada. Prueba de ello es que en la clientela privada, ya antes de la era antibiótica, jamás había una infección grave, jamás una complicación grave de origen traumático. Era la obstetricia ideal con rigurosa asepsia y antisepsia. Los resultados, también para el hijo, eran brillantes. No así en la Obstetricia Hospitalaria por motivos de todos conocidos y es esta Obstetricia, la hospitalaria la que mayor evolución ha experimentado a través del tiempo. Su enorme porcentaje de mortalidad materna e infantil ha quedado reducida a cifras que hace dos decenios nos habrían parecido ilusorias, quedando, eso sí, un saldo de morbilidad y de mortalidad que será difícil, sino imposible de hacer desaparecer. Extinguida prácticamente la infección puerperal, subsiste siempre el otro peligro: el traumatismo grave de la madre y del feto, saldo que ya no depende de la terapéutica anti-infecciosa sino de la capacidad del operador. Pero, gracias a la moderna terapéutica anti-infecciosa, ese saldo deberá reducirse más aún pues ella nos permite ahora — ampliamente — de elegir aquella operación que no ofrezca riesgo alguno para la madre ni para el hijo (veáñse cuadros N.^o 23 y 24). No hay Clínica ni Escuela Obstétrica en el mundo que no haya ya experimentado los efectos fantásticos de los antibióticos, que no haya evolucionado en sus operaciones y maniobras obstétricas, adaptándolas a la "Esterilización magna" moderna. El camino de la Obstetricia del presente se desliza entre las dificultades de tener que elegir cuál es la senda menos traumática para el binomio madre — hijo y al final tendremos la Obstetricia del futuro, que algunos creen ya haber alcanzado. Sin embargo, algún trecho tendremos que recorrer aún, pues aún los antibióticos no han alcanzado toda su perfección; la infección por Clostridium Welchii, por ejemplo, sigue haciendo tantos estragos como antes, con la agravante de que el aborto provocado, compañero inseparable del perfringens, va en aumento progresivo, entre nosotros al menos. Además, la actual terapéutica ha sido muy distintamente usada en las diversas Escuelas por motivos que sería ocioso discutir, es decir, se ha usado con criterio distinto y nosotros, los obstetras, sabemos lo que significa aquello de "criterio": todo caso operatorio salvo los banales, es susceptible de ser discutido en cuanto

a sus múltiples aspectos. De ahí también que los resultados estadísticos jamás podrán ser concordantes, sino cuando más, similares en Escuelas Obstétricas semejantes. El "criterio" obstétrico no es un "canon", no es un molde aplicable a cada caso parecido; es algo personal, fruto de la ciencia y de la experiencia, y muchas veces el justo "criterio" no se adquiere jamás por motivos inútiles de señalar!

Señores: en este momento quiero dejar bien establecida mi posición: para mí las Estadísticas, sólo tienen valor por la firma que llevan. Sobradamente sé que con un mismo material se puede llegar a conclusiones diferentes porque en cada caso clínico entran en juego un gran conjunto de factores y el "encasillamiento" depende del criterio aplicado. Si bien es cierto que tienen un valor relativo, son sin embargo indispensables como registros útiles y como puntos de apoyo tomadas en su aspecto global; de ahí que no fastidiaré a Uds. sino con números indispensables, los menos posibles. Los cuadros que acompañan este trabajo servirán sólo de testimonio de mis fuentes de informaciones, y a sabiendas de que el tema encargado a mí es universal, sólo traigo aquí — lógico es — el estado actual de la Obstetricia operatoria chilena. Los obstetras chilenos son todos de una misma familia, cuyo padre espiritual es el Profesor Carlos Mönckeberg, actual Director de la Clínica Obstétrica Universitaria, servicio al cual tengo el honor de pertenecer desde el año 1925. Gran estudioso en las Escuelas Obstétricas europeas, el Profesor Mönckeberg ha dado ese carácter a la Obstetricia operatoria chilena, que, con muy ligeras variantes es muy semejante en todos los Institutos o Maternidades. El cuadro N.º 1, relativo a los últimos 10 años, 1941-1950, lo demuestra ampliamente, no teniendo importancia fundamental — a mi juicio — las diferencias que existen en los porcentajes anotados.

Es lógico que la base de esta contribución esté constituida por la experiencia de la Clínica Obstétrica Universitaria. No sólo per-

Cuadro n.º 1

COMPARACIÓN DE PORCENTAJE DE INTERVENCIONES SOBRE TOTAL DE PARTOS EN 10 AÑOS (1941-1950)

En diferentes Servicios de Maternidad de Santiago de Chile

Años	CESÁREAS				VERSIONES				FORCEPS				TOTALES			
	M	G	A	R	M	G	A	R	M	G	A	R	M	G	A	R
1941	1,9	0,88	1,75	1,3	1,4	2,28	2,23	4,15	4,2	5,66	2,25	3,45	7,5	8,82	6,23	8,73
1942	1,5	0,69	1,39	1,36	1,5	2,24	2,22	2,83	4,5	5,46	2,14	3,47	7,5	8,39	5,75	7,66
1943	1,7	1,55	1,17	1,36	1,2	2,53	2,46	2,53	4,5	7,93	2,6	4,20	7,4	12,1	6,23	8,09
1944	2,3	1,12	2,09	1,47	1,5	2,32	3,83	2,42	4,3	8,40	2,6	4,46	8,1	11,84	8,52	8,35
1945	1,9	2,10	2,29	1,10	1,5	3,30	3,21	2,08	4,1	7,70	3,23	4,36	7,6	12,10	8,73	7,54
1946	2,8	1,87	3,41	2,07	1,6	2,60	4,160	—	2,9	7,90	4,68	3,97	7,3	12,37	12,09	7,90
1947	2,4	2,47	3,18	2,05	1,4	2,10	4,24	1,69	2,4	6,80	4,53	3,53	6,1	11,46	11,73	7,27
1948	2,8	3,68	3,73	3,12	1,8	1,49	4,63	1,70	3,4	6,49	3,80	4,99	8	12,43	12,25	9,81
1949	3,2	4,54	3,03	3,76	1,5	1,45	5,44	1,14	2,6	5,37	4,03	4,05	7,3	11,36	10,50	8,95
1950	3,5	4,56	—	3,82	1,5	1,24	—	1,49	2,8	5,51	—	4,5	7,8	11,31	—	8,81

M = Servicio Prof. Mönckeberg

G = Servicio Prof. Gazitúa

A = Servicio Prof. Avilés

R = Servicio Prof. Ramírez

Maternidad San Vicente de Paul

Maternidad San Francisco de Borja

Maternidad del Salvador

Maternidad Angel C. Sanhueza

tenezco a ella sino que este Servicio tiene algo de extraordinario que — a mi parecer — no tiene igual en el mundo: en forma ininterrumpida, el Profesor Mönckeberg ha dirigido este Servicio durante 36 años, desde el año 1915 hasta 1921, como Profesor Extraordinario, y desde 1921 hasta la fecha como Titular! Creo que no existe otro Instituto que mejor se preste pues, para estudiar la natural evolución de la Obstetricia operatoria, ya que su trayectoria esta exenta de cambios bruscos de Dirección, que tan poderosamente influyen en el criterio operatorio del personal adjunto. Es sólo la evolución científica universal la que ha influido en el criterio operatorio, que en su conjunto, desde el año 1916 hasta el año 1950, pueden Uds. observar en el cuadro siguiente:

Antes de entrar a analizar e interpretar este valioso documento deseo dejar bien establecido lo siguiente: al confeccionar esta contribución no me voy a ocupar profundamente del tratamiento de la infección puerperal, esencialmente, pues no es el objeto del tema. Cuán radical es el cambio experimentado en este terreno en los últimos 15 años, es cosa de todos sabida. Los éxitos asombrosos de la terapéutica anti-infecciosa moderna no son del dominio del médico; el conocimiento de ellos se extiende hasta las mas bajas capas sociales. Inútil insistir sobre ello. Tendré que mencionar tal tratamiento, sin profundizar, y dejar para el final un párrafo aparte para ocuparme de él en especial, aunque brevemente.

Ahora, eso si, para bien interpretar el cuadro que antecede — que nos muestra la evolución de la Obstetricia operatoria en nuestra Clínica en un periodo de 35 años — voy a colocarme en el año 1916 y avanzar paulatinamente hasta el presente.

La Obstetricia chilena de entonces, ya lo he dicho, era hija de la europea, en especial de la Escuela francesa, baluarte del arte obstétrico del Viejo Mundo. La asepsia y la antisepsia eran rigurosísimas, y las clásicas maniobras se ajustaban estrictamente a las indicaciones y condiciones rigidamente establecidas. La operación cesárea, siempre corporal (llamada clásica), era un acontecimiento operatorio queatraía a médicos y cirujanos de otros Servicios, y no tenía otra indicación que el vicio pelviano grave. El éxito de esta intervención dependía de un sólo factor: si había o no infección ovular concomitante. Desde luego, no se operaban sino los casos puros, con membranas intactas, pues de otro modo la paciente moría irremediablemente de peritonitis. Es que el tratamiento de la infección prácticamente no existía. Mas allá de la Profilaxis, la terapéutica anti-infecciosa era tan aparatoso como inútil, y al final de cuentas eran las defensas biológicas naturales las que marcaban el camino hacia la vida o hacia la muerte. El gran rubro de morbilidad por infección puerperal grave pesaba sobre aquellas mujeres que, en trance de parto o aborto, ingresaban infectadas al Servicio, tal como hoy día, pero hay que advertir que el aborto criminal se practicaba entonces raramente.

El tratamiento anti-infeccioso se reducía a medidas higienico-dietéticas, febrífugos y cuando más, lavados vaginales con solución de "Neol", preparado "persulfato sódico-potásico que desprende oxígeno al estado naciente"! La puérpera infectada gravemente (septicemia, piohemia, tromboflebitis, peritonitis) estaba irremediablemente perdida. En aquellos años, 1917 y 1918, se introdujo al arsenal terapéutico un metal coloidal, el Electrargol, que, por vía endovenosa, seguimos usando hasta el advenimiento del Prontosil en 1936. En la misma época empezaron a usarse algunos sueros y vacunas, naturalmente con resultados igualmente mediocres.

(Continuará)

Cuadro n.º 2

CLINICA OBSTETRICA UNIVERSITARIA (Prof. Mönckeberg)

INTERVENCIONES

(1916—1950)

Años	Total Partos	Forceps	%	Versiones	%	Cesáreas	%	Embrionotomias	Vicios Pelvia-
1916	1.690	17	1	27	1,6	2	0,12	3	4 (2 ces)
1917	1.755	11	0,6	43	2,4	5	0,3	5	7 (5 ces)
1918	1.957	31	1,6	51	2,6	1	0,06	9	14 (1 ces)
1920	2.022	15	0,7	48	2,4	8	0,4	6	13 (8 ces)
1920	1.940	23	1,2	43	2,2	2	0,1	4	9 (2 ces)
1921	1.917	31	1,6	65	3,4	5	0,25	3	12
1922	2.598	16	0,6	57	2	6	0,2	12	9
1923	2.681	22	0,8	61	2,3	6	0,2	11	1
1924	2.838	28	0,99	70	2,5	5	0,2	12	9
1925	2.434	28	1,1	58	2,4	6	0,2	18	10
1926	2.277	31	1,4	62	2,7	10	0,4	10	11
1927	1.616	48	2,9	92	5,7	2	0,1	14	19
1928	2.080	73	3,5	90	4,3	10	0,5	18	48
1929	2.494	93	3,7	72	2,9	19	0,8	29	57
1930	2.467	127	5,1	72	2,9	40	1,6	20	80
1931	2.441	104	4,3	69	2,8	34	1,4	14	68
1932	2.300	178	3,4	48	2,1	32	1,4	11	43
1933	2.597	102	3,9	61	2,4	43	1,6	15	49
1934	2.983	90	3	55	1,8	41	1,4	13	55
1935	2.716	70	2,6	51	1,8	40	1,5	11	86
1936	2.704	74	2,8	67	2,5	42	1,6	14	81
1937	1.836	70	3,8	59	3,2	22	1,2	12	65
1938	2.396	70	2,9	58	2,4	31	1,3	12	98
1939	2.963	133	4,7	77	2,65	46	1,6	12	93
1940	3.260	95	2,9	63	1,9	37	1,13	9	85
1941	3.058	128	4,2	44	1,4	61	1,99	8	121
1942	3.073	140	4,55	47	1,5	47	1,5	8	125
1943	3.158	143	4,5	29	1,2	55	1,7	9	91
1944	3.329	144	4,3	49	1,5	78	2,3	9	118
1945	3.541	150	4,2	54	1,5	68	1,9	9	111
1946	3.595	107	2,9	58	1,6	101	2,8	11	100
1947	3.910	94	2,4	54	1,4	94	2,4	6	101
1948	3.586	121	3,4	65	1,8	103	2,8	6	102
1949	3.769	100	2,6	58	1,5	121	3,2	10	115
1950	3.848	107	2,8	58	1,5	133	3,5	6	109

BIBLIOGRAFIA

ASPECTO DA CRENOTERAPIA NA EUROPA E NO BRASIL — Antônio de Oliveira Fabrino. Rio de Janeiro, 1950.

O ilustre médico patrício, dr. Antônio de Oliveira Fabrino que dirige em Poços de Caldas os Serviços Termais e de Fisioterapia do Balneário Quisisana e é, incontestavelmente, um dos mais destacados conhecedores do assunto, acaba de publicar magnífica monografia, sob os auspícios da Comissão Permanente de Crenologia.

O citado trabalho contém todo o material resultante das observações colhidas pelo ilustre A. na Europa, onde se demorou largo tempo, tomando parte em importantes Congressos da especialidade ali realizados e enriquecendo os seus conhecimentos a respeito da crenologia do Velho Mundo.

O capítulo final é dedicado à crenoterapia brasileira que com êsse trabalho muito se honra.

Agradecemos cordialmente ao ilustre colega o envio do exemplar e aconselhamos particularmente aos que se dedicam à clínica geral, a leitura de tão importante e completo trabalho do destacado médico mineiro.

ARQUIVOS DA UNIVERSIDADE DA BAHIA — Vol. VII — Salvador, 1951 — Número dedicado à Clínica Ginecológica, com o seguinte sumário:

Manifestações ginecológicas e obstétricas da linfogranulomatose venerea — Prof. Alício Peltier de Queiroz; Índice de positividade de reação de Frei, entre as prostitutas da Cidade do Salvador — Dr. Jair Francisco Burgos e acd. Octávio Coêlho; Aureomicina no tratamento da linfogranulomatose venérea — Dr. Hugo da Silva Maia; O fundo ocular no diagnóstico da linfogranulomatose venérea — Dra. Ceilza Cravv Batinga; Aspectos anatomo-patológicos da linfogranulomatose venérea — Dra. Maria Berila Conceição; Coração das miomatosas — Dra. Geilza Cravo Batinga; Carcinoma da vulva — Dr. Hugo da Silva Maia; Tratamento da dismenorréia — Dr. João Costa F.º

REVISTAS RECEBIDAS

- Anais da Sociedade de Medicina de Pernambuco — Recife, Brasil
— Ano III, Nos. I-II, Dez.º 1951.
Revista Brasileira de Gastroenterologia — Rio de Janeiro, Brasil
— Vol. 4, Janeiro-Fevereiro, 1952.
Revista Brasileira de Cirurgia — Rio de Janeiro, Brasil — Vol. XXIII, n.º 1, Janeiro, 1952.
Revista do Hospital das Clínicas — São Paulo, Brasil — Vol. VII, n.º 1, Janeiro, 1952.
Revista del Hospital Universitario — Monterrey, México — Vol. I, n.º 6, Nov. y Dic., 1951.
La Escuela de Medicina — Guatemala — Oct.-Nov. y Dic., 1951.
Boletín de la Maternidad "Concepción Palacios" — Caracas, Venezuela — Vol. II, n.º 11. Nov. 1951.
The Bulletin (Georgetown University Medical Center) — Washington, U. S. A. — Vol. V, n.º 4, Dec. 1951, Jan. 1952.
Actas Ginecotorcológicas — Montevidéu, Uruguay — Ano VI, n.º 4. Abril, 1952.
Anais da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — São Paulo — Vol. XXV. 1950-1951.
Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental — S. Paulo — Vol. XIV, ns. 4, 5 e 6. 1951.