

Dr. R. R. COHEN

Jefe del Servicio de Maternidad del Hospital Internacional
Ex Profesor de Obstetricia en la Universidad Nacional

**CUESTIONES
OBSTETRICAS
ESTADISTICA**

SEGUNDA SERIE



Imprenta "LA OPINION"

Ciudad Trujillo — 1944

Dr. Licenciat Julio
Rogge, Profesor de
Universitat
Pinar del Rio

h

2/2/44

CUESTIONES OBSTETRICAS

33200-10

Dog

Impr. 2014/46

BIOPHY

PP-RU

618.2

C678C

1944

*A mi madre, cuyo ejemplar
espíritu de sacrificio, permitió
llenar mis aspiraciones.*

Con sincero cariño filial.

Compra Julio Ortega Pilon 1-3-77

BN
C. 780
V. 2

INTRODUCCION

Como una contribución más a la celebración del Congreso Médico del Centenario de la República, presentamos la primera estadística de importancia que una maternidad dominicana ha dado a conocer. Siempre en nuestro país hemos aceptado, como un dogma absoluto para nosotros, las estadísticas de otros países sin darnos cuenta de que las condiciones generales y locales pueden variar, enseñando de esta manera falsas ideas en nuestros cursos universitarios.

En nuestro trabajo, incompleto por cierto, vamos a dar a conocer nuestra estadística sobre las presentaciones, las posiciones, las variedades de posiciones, la mortalidad materna y fetal, los mellizos, la eclampsia, las distocias, las complicaciones del puerperio y del embarazo, las enfermedades que complican el embarazo y puerperio, la infección puerperal y las laceraciones periniales que serán objeto de un estudio aparte, pero que pertenecen a la estadística que vamos a comentar.

Estamos firmemente convencidos de que nuestros colegas sacarán, al igual que nosotros lo hemos



hecho, una gran enseñanza de las cifras que en los párrafos que seguirán vamos a presentar.

Con nuestra estadística no queremos establecer dogmas absolutos para nuestro país, pero ella es la expresión de la verdad y puede ser tomada en consideración.

Cada una de las cuestiones tratadas, serán comentadas según la importancia que ellas tienen para el ejercicio diario de la Obstetricia en nuestro país, y las cifras de cada una de ellas serán comparadas con las extranjeras.

Nos damos cuenta que el trabajo que emprendemos es arduo. Deseamos que nuestros colegas mediten sobre el esfuerzo que él nos ha costado, esfuerzo que representa dos años de trabajo y dedicación continua apesar del ejercicio intenso de una especialidad, que como la nuestra, exige un gasto de energías físicas y mentales, superior a las requeridas por cualquier otra rama de la medicina.

Los comentarios de nuestra estadística hubieran sido imposibles sin la colaboración estrecha de nuestro interno Panocchia, para quien van dirigidas nuestras palabras de agradecimiento por su apreciada cooperación, digna de ser imitada por todos los estudiantes. Panocchia es el verdadero discípulo, siempre atento para servir con devoción, desinterés y cariño al maestro

Otra colaboradora en este trabajo lo ha sido la Señorita Nieves Pérez, enfermera inteligente, culta y perfecta discípula a quien también dirigimos nuestras palabras de gratitud, por cooperación tan eficaz y tan útil.

CAPITULO 1

MORTALIDAD MATERNA Y FETAL

Este capítulo de nuestra estadística encierra una enseñanza muy grande y es la razón por la cual le haremos el comentario que merece.

1—Mortalidad materna.

En nuestra maternidad han habido en diez años 2522 mujeres internadas para dar a luz. De este total han muerto solamente DIEZ, cifra muy baja si la comparamos con la de otras maternidades no sólo de nuestro país, sino también de otras Repúblicas hermanas de América.

Las causas de estas diez defunciones se resumen como sigue:

Eclampsia	3	—	0.3%
Ruptura uterina	1	—	0.1%
Insuficiencia cardíaca	1	—	0.1%
Choque anestésico	2	—	0.2%
Putrefacción fetal	2	—	0.2%
Peritonitis	1	—	0.1%

Esta mortalidad de diez pacientes, que arroja un

porcentaje de 0.39%, es para nosotros un verdadero orgullo, pues creemos, como ya lo dijimos, que nuestras cifras no pueden ser mejoradas. Si expurgamos bien nuestras cifras, veremos que el número de defunciones puede ser aun disminuído, pues entre las tres parturientas que murieron a consecuencia de un acceso de eclampsia, una llegó con ocho horas de coma, tiempo suficiente para que cualquier tratamiento fuera inútil. La paciente que murió de insuficiencia cardíaca ya estaba de alta a los catorce días después de una operación cesárea por desproporción feto-materna. Las dos pacientes que murieron de putrefacción fetal llegaron al servicio después de varios días de trabajo de parto en su casa y por consiguiente, después de haber sufrido varios ebámenes sépticos.

Nuestra cifra de mortalidad, muy baja por cierto, es sin ninguna duda la consecuencia lógica de nuestra consulta pre-natal, verdadero centro de profilaxis intra-uterina. La consulta prenatal hecha correctamente y siguiendo los preceptos de la moderna Obstetricia, es el eje de toda Maternidad, sin la cual las pacientes llegan al parto ignorando, ellas y el partero, su estado de salud, su aptitud para tener un feto normal por las vías naturales, etc.

El conocimiento perfecto de la parturienta antes del momento del parto es la única condición necesaria para disminuir grandemente el número de defunciones en una maternidad moderna. Desgraciadamente en nuestro país existen muy pocas consultas pre-natales y se está huérfano de un servicio social completo, que con sus enfermeras visitadoras, irían de hogar en hogar a predicar la utilidad de la consulta de toda mu-



C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

jer encinta, exigirían de ellas de seguir las prescripciones medicamentosas o dietéticas impuestas por el médico de la consulta y por último, buscarían para la futura madre los medios de reposo y bienestar que son requeridos para tener un feto normal de nueve meses. La cuestión de la dietética tiene tanta importancia, que en nuestra consulta pre-natal hemos preparado un régimen adecuado para la mujer encinta e invariablemente oímos de la boca de nuestras clientes que desde que lo siguen se sienten mejor y efectivamente, llegan nuestras pacientes a la Maternidad más fuertes y su restablecimiento es más rápido. Pero desgraciadamente se trata de un régimen de sobrealimentación que no puede ser sostenido por el obrero dominicano cuyos salarios de miseria no les permite atender las más perentorias necesidades personales y de su familia. Podríamos extendernos mucho más sobre los beneficios de la consulta pre-natal pero si tal hacemos nos saldríamos de nuestro propósito.

2—*Mortalidad infantil.*

La mortalidad infantil en nuestra maternidad ha sido, durante los diez años que comprende la estadística que estamos comentando, de 88, con un porcentaje de 3.48%, cifra nada elevada, pero que puede aún ser disminuída como vamos a ver al dar a conocer las causas de las defunciones fetales en nuestro servicio.

Cuarenta y cuatro fetos eran hijos de madres con una reacción de Kahn positiva, más de tres cruces cada una. Algunas de estas madres habían consultado en nuestra consulta pre-natal; se les indicó el tra-

tamiento adecuado y éste no fué seguido, unas veces por ignorancia y otras por falta de recursos.

Estamos absolutamente seguros que si existiera un servicio social, que volvemos a repetirlo, es absolutamente indispensable en toda obra de lucha contra la mortalidad feto-materna, muchos de los partos prematuros, de los nati-muertos macerados, de los fetos con malformaciones incompatibles con la vida extra-uterina, que aumentan el porcentaje de defunciones fetales de nuestra estadística, no estarían en Cuba. Da pena que ya nuestro País, tan adelantado en muchas otras actividades, no posea un servicio social completo que se ocupe de las necesidades de la mujer encinta. Como puede verse, el 50% de las defunciones pueden ser atribuídas a la sífilis, enfermedad perfectamente combatible hoy en día durante el embarazo para permitir cuando menos el nacimiento de un niño que pueda ser tratado durante su vida extra-uterina.

Seis defunciones pueden ser atribuídas al paludismo. Se trataba de fetos que nacieron de madres con un ataque de Malaria y todos sabemos que las enfermedades febriles son causas de partos prematuros y con mayor razón el paludismo, que es transmitido de la madre al feto como nosotros hemos probado en un folleto publicado en el año 1940. (*Trabajos del Departamento de Maternidad y Pediatría del Hospital Internacional — Editora Montalvo — 1941*).

Cuatro de las defunciones fetales pueden ser atribuídas a la toxemia gravídica. Tres madres de estos niños no habían consultado en nuestra consulta pre-natal; habían ido a otros Hospitales donde sólo le

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

hicieron un simple examen de orines para investigar la presencia de albúmina y todos sabemos que la albuminuria es uno de los últimos signos de la toxemia gravídica. Por tanto, la consulta pre-natal que sólo se ocupa de la secreción renal, está haciendo obra muy pobre de cuidado de la mujer grávida.

Dos fetos murieron a consecuencia de distocia y pudimos constatar que ninguna de las dos madres habían consultado durante su embarazo. Tres de las defunciones, que no pueden ser atribuidas específicamente a nuestro servicio de maternidad, fueron debidas a neumonía de la madre, las que llegaron al servicio ya en un estado avanzado de la enfermedad, la cual, como es sabido, es feticida por excelencia y ésto a pesar de los progresos terapéuticos adquiridos hoy en día con los compuestos sulfamidados.

Cinco fetos murieron después de una aplicación de forceps que provocó una hemorragia meníngea. Tres madres de estos niños no habían consultado en nuestra consulta pre-natal y por consiguiente la ligera estrechez pélvica que padecían nos hubiera hecho actuar de otro modo salvando sin ninguna discusión a esos fetos; pero en el estado en que llegaron era imposible intentar otra cosa que la extracción por las vías naturales y desde luego, el resultado fué el descenso del feto para poder salvar el útero de la madre.

Cuatro fetos murieron como consecuencia del parto en presentación de nalgas. Se trataba de primerizas, de las cuales tres no habían consultado en nuestra consulta pre-natal y desde luego, que teniendo un feto normal y una pelvis normal, no había razón por qué no efectuar una versión por maniobras exter-

nas en tiempo oportuno, maniobra que hubiera permitido un parto de vértice con un niño vivo.

Ocho fetos llegaron muertos al servicio después de horas de trabajo de parto en la casa, atendidas las madres por comadronas de ocasión.

Cinco muertes fetales de nuestra estadística son atribuibles a un desprendimiento prematuro de la placenta, complicación hasta cierto punto evitable con una consulta pre-natal bien hecha.

Tres fetos de nuestro número de defunciones, nacieron acraneanos, monstruosidad incompatible con la vida extra-uterina.

Las últimas dos defunciones fueron debidas a procidencia del cordón. Todas las madres de estos niños llegaron al servicio con el cordón en la vulva y con el feto muerto; por consiguiente, todo tratamiento dirigido para salvar el feto, era inútil y perjudicial para la vida de la madre. Qué enseñanza tan enorme se desprende de esta modesta estadística! Cuántas vidas hubieran podido salvarse si existiera el servicio social y si las consultas pre-natales se multiplicaran. Pero hablamos de las consultas pre-natales bien hechas, siguiendo los preceptos de la moderna Obstetricia, la cual no se contenta con un simple examen de orinas, sino que comprende un examen físico, un examen de sangre completo, incluyendo la reacción de Kahn, un record del peso, un record de la presión arterial y un examen fluoroscópico de los pulmones. Actuando de esta manera haríamos una gran obra de protección médico-social de la mujer encinta y la puericultura intra-uterina sería un hecho real en nuestro país.

CAPITULO II

LAS ENFERMEDADES COMPLICANDO EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

Esta parte de nuestra estadística, por demás interesante, comprende sólo las enfermedades médicas observadas en las mujeres en el momento de su ingreso en el Servicio, es decir, en el momento de dar a luz, pues todavía no tenemos en nuestro país maternidades suficientemente grandes para alojar a las pacientes encinta que sufren de enfermedades durante su embarazo y desde luego, estas enfermas van a los servicios de medicina o se quedan en sus casas siendo imposible hacer estadísticas de enfermedades que complican el embarazo. Mas sin embargo, se puede tener una idea, aunque sea vaga, al leer nuestras cifras.

Comenzaremos con el estudio de las enfermedades infecciosas y desde luego, hablaremos de las más frecuentemente encontradas por nosotros.

1—*Paludismo*

La mujer encinta no goza de inmunidad frente al paludismo, por el contrario, el estado de gravidez puede despertar un paludismo hasta entonces desconocido. La infección palúdica que estaba latente, se hace patente en la mayoría de los casos, hacia el fin del embarazo, hacia el octavo o noveno mes, y en un pequeño número de casos, hace su aparición en los primeros meses. La forma más comúnmente encontrada por nosotros ha sido la terciana, le sigue la continua y por último la cuartana.

Una forma curiosa de paludismo encontrada por nosotros, es la hemorrágica, hemorragias uterinas de los primeros meses, consecuencia de la endometritis palúdica a la cual hay que ponerle mucha atención y no pensar siempre en la sífilis cada vez que nos consulta una paciente que ha tenido varios abortos. La sífilis causa más partos prematuros que abortos de los primeros meses y en los primeros meses la etiología más frecuente de la interrupción de la gestación la constituye la endometritis y no estamos muy lejos en afirmar, que la endometritis palúdica en nuestro país, es más frecuente que la blenorragica.

Otra forma observada por nosotros, es la de cefalalgia intensa, que en una mujer encinta, puede confundirse con la cefalalgia debida a la intoxicación gravídica, especialmente cuando el síntoma se presenta durante los últimos meses del embarazo. La cefalalgia palúdica, al igual que la tóxica, no cede a ningún calmante y si su etiología es palúdica, cura fácilmente con la quinina.

En nuestra Consulta pre-natal procedemos a la

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

quininación preventiva de toda mujer encinta que tiene antecedentes palúdicos, pues para nosotros la quinina no es abortiva, pues ella no pone en movimiento un útero en reposo. La dosis de sal que empleamos es débil, nunca sobrepasamos la dosis de sesenta centigramos, pues conocemos el síndrome que recuerda mucho a la necrosis de la cortical renal, síndrome que puede presentarse con la administración de altas dosis de quinina. Por la quininación preventiva de nuestras pacientes palúdicas, es que quizás nuestra estadística de mujeres que nos llegan al hospital en plena crisis palúdica es pobre, pues de 2522 mujeres internadas en nuestra maternidad, sólo 6 presentaban un paludismo activo. El porcentaje es bajo, solamente 0.23%. Pero a pesar de estas cifras tan bajas, diremos que el parto es un período peligroso para la mujer palúdica, pues la infección se agrava en este momento de la vida fisiológica de la mujer. El parto en una mujer fuertemente impaludada, es rápido cuando el nacimiento del niño tiene lugar durante un acceso agudo de la infección, pero es lento cuando la impaludación es crónica y la paciente está grandemente anemiada.

Una forma de paludismo contra la cual el médico práctico debe estar prevenido, es la forma convulsiva de la perniciosa palúdica. Ella puede ser confundida con un acceso de eclampsia, pero la fiebre y la presencia del hematozoario en la sangre puede fácilmente impedir que hagan una cesárea aquellos parteros tropicales que todavía creen en el tratamiento quirúrgico de la eclampsia.

El puerperio también es un momento peligroso

para la mujer que ha dado a luz y que sufre de paludismo. El acceso palúdico al tercer día hace pensar a un médico no advertido en una linfangitis del seno o en una infección puerperal, especialmente cuando la forma de acceso es la continua.

El paludismo hace su aparición con gran frecuencia durante el post-parto, especialmente hacia el tercer día.

De 2522 partos de nuestra estadística, hemos observado 26 mujeres con fiebre palúdica durante el puerperio, es decir, 1.03%, proporción muy baja si pensamos que nuestro país está fuertemente impaludado, pero en nuestra maternidad no tenemos reparo en administrar la quinina desde que la paciente da a luz y tiene antecedentes palúdicos. Quizás ésta sea la razón del pequeño número de casos observados.

Nuestros casos los hemos visto aparecer en los siguientes días del puerperio:

Primer día	4
Segundo día	3
Tercer día	12
Cuarto día	2
Quinto día	2
Sexto día	1
Séptimo día	2

Como puede verse, la mayor proporción la encontramos hacia el tercer día, confirmando de una manera cierta la opinión de parteros eminentes.

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

2—*La gonorrea en nuestra estadística.*

Nuestra estadística de gonorrea da un porcentaje que seguramente no es el cierto, pues sólo hemos contado los casos que nos han hecho hacer un diagnóstico por los síntomas más o menos aparatosos que presentaba la paciente, en una palabra, que no pretendemos hacer una estadística de infecciones gonocóccicas. El diagnóstico de gonorrea se ha hecho en nuestro servicio en 43 casos de los 2522 partos que comprende nuestra estadística, es decir, 1.70% proporción muy baja con relación a la gran frecuencia de la gonorrea en los servicios hospitalarios y en la clientela privada.

a) *La vaginitis granulosa.*

De los 43 casos de gonorrea observados en nuestra maternidad, en nueve se trataba de una vaginitis granulosa, es decir, 20.9%.

Esta cifra de vaginitis granulosa en una maternidad es muy baja, pues sabido es que la mayoría de los casos se ven en la mujer en estado grávido. La estadística de Longhena es muy elocuente. Este autor nos dice, que de 336 mujeres encinta, 36 sufren de una vaginitis granulosa. En nuestra consulta prenatal no hemos hecho estadísticas a este respecto, pero nos parece que la cifra dada por Longhena, 9.33%, quedaría corta y quizás podríamos llevarla al doble.

La vaginitis granulosa se presenta con mayor frecuencia en la primeriza como lo demuestran Engel, 33 de 40 y Longhena, 29 de 36. Nuestra estadís-

tica también es muy elocuente, pues los 9 casos que hemos observado, la totalidad lo han sido en primeizas.

La vaginitis granulosa acompaña muy a menudo a la blenorragia y muchos autores la consideran como de origen neiseriano. Kermauner no encuentra el gonococo en 40 casos. Por nuestra parte diremos que en todos los casos hemos puesto en evidencia el gonococo y es ésta la razón por la cual la hemos incluido en el párrafo de nuestra estadística que trata de la gonorrea.

b) *La endometritis*

Pero la principal complicación de la gonorrea en la mujer encinta, o que ha dado a luz, es la endometritis.

No nos ocuparemos de la endometritis del embarazo, que para algunos autores es tan abortadora como la misma sífilis, nos ocuparemos solamente de la endometritis de la mujer que acaba de dar a luz. La proporción es bastante grande. De los 43 casos de blenorragia de nuestra estadística, 27 se presentaron bajo el aspecto de una endometritis neta, es decir, en 62.8%.

La endometritis del puerperio comienza siempre al tercer día, exactamente igual que la endometritis estreptocócica. El útero hace una involución anormal, útero doloroso, loquios purulentos y hay un movimiento febril unas veces caracterizado por un acceso único a 40 grados y otras por una fiebre continua y en este caso la confusión con una infección puerpe-



C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

ral es muy posible. Si a estas pacientes no se les hace el examen microscópico de los loquios, el diagnóstico de infección puerperal a estreptococo es invariable. Por esta razón es que nosotros tenemos la costumbre de siempre hacer un examen bacteriológico de los loquios a toda parida febricitante. Es ésta una práctica que aconsejamos a nuestros colegas.

c) *Los papilomas vulvares.*

Otra cuestión que hemos incluido en el estudio de la blenorragia de la mujer encinta, son los *papilomas vulvares*, no porque ellos sean de origen blenorragico, pero su presencia nos obliga a buscar la gonococcia y diremos, que en nuestros 43 casos de blenorragia, hemos encontrado los papilomas en 4, es decir, en 9.30%. Sin entrar en las discusiones patogénicas de los papilomas diremos algunas palabras sobre la influencia que el embarazo tiene sobre ellos y la que ellos tienen sobre el parto. Durante el embarazo las vegetaciones se hacen exhuberantes, aumentan considerablemente para disminuir durante los días que siguen la expulsión del feto, pero su curación nunca es constante. Las vegetaciones constituyen a veces un verdadero obstáculo al parto, ellas molestan más o menos la expulsión y hacen al periné particularmente friable y las brechas son difícilmente reparables. Es ésta una cuestión de práctica digna de ser conocida por nuestros colegas.

d) *La bartolinitis.*

Hemos encontrado un sólo caso de bartolinitis durante el puerperio, lo que arroja un porcentaje de 2.3% sobre los 43 casos de blenorragia de nuestra estadística.

Como todos sabemos, la bartolinitis es siempre de origen gonocócico y el embarazo no tiene ninguna influencia sobre ella, ni sobre su evolución, ni sobre su frecuencia, salvo en el caso en que exista al mismo tiempo una endometritis gonocócica. En el momento del trabajo el edema puede favorecer las laceraciones perineales y a veces la tumoración purulenta puede explotar al pasar la cabeza fetal. Durante el puerperio la infección ascendente es de temerse, especialmente cuando la gonococcia es aguda y a este respecto se cita el caso de una mujer que murió de peritonitis aguda después del parto y que tres días antes había sido operada de una bartolinitis. Nuestro caso curó perfectamente después de la incisión, no de la resección, pues ésta última ya es una operación más traumatizante y no la aconsejamos durante el embarazo.

En nuestra estadística de gonorrea se encuentra presente un caso de artritis. A propósito de la artritis gonocócica, debemos poner en guardia a nuestros colegas.

Toda artritis que comienza bruscamente durante el embarazo debe hacernos pensar en la blenorragia y a este propósito dice Delmas, Profesor de Montpellier, que toda artritis del embarazo es gonocócica, pero Mondor niega la afirmación del distinguido profesor meridional.

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

e) *Septicemia.*

El último caso de gonococcia de nuestra estadística, corresponde a una septicemia con hemocultivo positivo. Esta paciente sufría de una endometritis antes de su parto. La curación fué total gracias a los compuestos sulfaminados.

3—*Gripe.*

A pesar de la pobreza de nuestra estadística en infecciones gripales, pues sólo son reportados 6 casos, con un porcentaje de 0.23%, es bueno que hagamos un pequeño comentario sobre esta enfermedad infecciosa en la mujer encinta.

Todos los autores están de acuerdo en aceptar que la gestación hace al organismo de la mujer más receptivo a la infección gripal, observándose en ella las formas más serias. En la última epidemia de gripe que tuvimos en el verano del año pasado, el 90% de las internadas en nuestra maternidad fueron víctimas del flagelo, confirmándonos la opinión antes citada. Según autores eminentes, las complicaciones pulmonares en la gripe de la mujer encinta son muy frecuentes. J. W. Harry (Titus, *Managements of Obstetrics difficulties*) en 1918, en 1300 casos de gripe observados, hubo 700 complicaciones pulmonares con 54% de mortalidad. En nuestra pequeña estadística las complicaciones pulmonares no existieron y en la epidemia de 1943, tampoco observamos complicaciones pulmonares, pero no por esto negamos la mayor gravedad de la gripe en la mujer encinta, no-

sotros sólo apuntamos un hecho y nada más. Manuel Luiz Pérez es de la misma opinión (Tratado de Obstetricia) y según él la mortalidad se eleva hasta 50%. Titus (obra ya citada) da un promedio global de defunciones de 62%, mortalidad que aumenta a medida que el embarazo es más viejo. En nuestra estadística y en la epidemia de 1943, la mortalidad en nuestra maternidad fué nula como consecuencia de la gripe, es éste otro dato que apuntamos pero con él no tratamos de sacar ninguna conclusión.

La mortalidad fetal con la gripe es elevadísima según los autores que hemos consultado. El niño nace muerto y si nace vivo es un débil congénito y muere en 20 o 40% de los casos. En nuestra estadística la mortalidad fetal por gripe está ausente y también en la epidemia de 1943. Es éste otro hecho, muy paradójico por cierto, que damos a conocer, pero con él tampoco tratamos de sacar ninguna conclusión.

El aborto y el parto prematuro se observan con gran frecuencia en la infección gripal y sabido es que la interrupción de la gestación agrava el pronóstico materno. En nuestra estadística no hemos observado esta complicación, pero en cambio, en la epidemia de 1943, en 100 casos asistidos por nosotros, hemos tenido dos partos prematuros al término de 8 meses cada uno.

Durante el puerperio la gripe puede ser la causante de hemorragias. La gripe en este período de la parturición puede ser confundida con la infección puerperal como lo pudimos constatar durante la epidemia de 1943, pero el pulso, los signos pulmonares,

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

el examen de sangre con la mononucleosis característica de la gripe, nos permitieron evitar diagnósticos errados.

4—*Linfangitis superficial del seno.*

Esta complicación del puerperio la hemos observado con bastante frecuencia en nuestra maternidad, pues hemos tenido 15 casos, cifra que nos da un porcentaje de 0.59%.

Como un dato curioso apuntamos el hecho de que el seno derecho ha pagado un tributo más fuerte, 12 casos, es decir, 79%, contra 3 en el izquierdo, es decir, 20%.

Todos nuestros casos los hemos observado durante la primera semana del puerperio y todos se han caracterizado por la subida brusca de la temperatura que nos ha hecho buscar inmediatamente la mancha rojiza en forma de cono cuyo vértice es el mamelón.

Todos nuestros casos han evolucionado favorablemente en 48 horas como es la regla y ninguno se ha complicado de abscesos del seno, cosa rara, pues esta complicación es frecuente según los autores que hemos consultado.

5—*Varicelas.*

Hemos observado dos casos de varicelas en pacientes que nos han llegado en trabajo de parto y en pleno período de incubación. Este número tan insignificante, que no merece figurar en una estadística,

lo citamos por un hecho interesante y digno de ser comentado.

La varicela en sí no es nada grave para la madre, pero el virus responsable puede ser transmitido de la madre al feto y Brindeau ha observado casos en los cuales el recién nacido ha presentado la erupción típica inmediatamente después de nacido. Hubchard y Myers, citados por el profesor Manuel Luis Pérez, en su Tratado de Obstetricia, han reportado algunos casos de varicelas en recién nacidos pocos días después de venir al mundo. Garrahan (Medicina Infantil) no niega el hecho, pero nos dice que en 20 años no ha visto un solo caso. Pues bien, en uno de los dos casos que hemos tratado, el niño presentó un exantema muy típico al tercer día de nacido, lo cual nos viene a confirmar la trasmisión transplacentaria del virus de la madre al feto.

6—*La sífilis.*

Desgraciadamente no podemos establecer una estadística exacta de la sífilis en nuestra maternidad, pero las cifras que a continuación vamos a dar, son bastante elocuentes.

Como ya dijimos, al estudiar la mortalidad feto-materna en nuestra maternidad, el 50% de la mortalidad fetal puede ser atribuido a la sífilis, ahora agregamos que ella también es una causa seria de morbilidad materna, pues es provocadora de abortos mal cuidados, y de retenciones placentarias, las cuales tienen, como resultado final, hemorragias e

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

infecciones. Además, los efectos generales de la sífilis, vienen a ensombrecer el pronóstico del parto en una mujer encinta, la cual no se trata la mayoría de las veces debido a su miseria o a su ignorancia. En nuestro país hace todavía falta el Centro Maternal con su servicio social que vendría a poner una traba a tan temido flagelo.

Hoy en día el porcentaje de sífilis es mayor que en otros tiempos, esto no quiere decir que la infección 'fracastoriana sea más abundante ahora, se trata solamente que hoy existe una perfección diagnóstica y las lesiones viscerales son mejor interpretadas.

El diagnóstico de sífilis en la mujer encinta tiene por base la reacción de Kahn, la cual debería ser practicada a toda mujer que consulte por su embarazo, de esta manera podríamos tener un porcentaje más o menos exacto de la sífilis en la mujer encinta dominicana. En nuestra maternidad han habido 2522 internamientos y toda paciente que ha presentado algún síntoma sospechoso de lues ha recibido el beneficio de la reacción de Kahn y hemos encontrado 117 positivas, es decir, 4.6%, porcentaje que está muy por debajo de la realidad, pero que da una idea de lo serio que es el problema en nuestro país. No hemos podido efectuar la reacción a cada una de nuestras pacientes por razones económicas y de personal suplementario en nuestro laboratorio, pero por la clínica diaria podemos llevar el porcentaje de mujeres encinta sifilíticas a 30% sin temor a equivocarnos.

J. R. Mc. Cord (American Journal of Obstetrics and Gynecology. 850-1926 y 626-1927) habla de 22.5% en los EE. UU. J. W. Williams (Bul'etin

John's Hopkins Hospital 335-1920) reduce el porcentaje a 11.2%. Vince Moseley, J. Lomar Calaway y Jane Sharpe (American Journal of Obstetric and Gynecology, 39. 990-944-1940) nos dicen que la proporción de sífilis en la mujer encinta es mayor que en la no grávida. H. N. Cole (Journal of the American Medical Ass. 117-1091-1095 septiembre 1941) da la siguiente estadística: en EE. UU. hay un millón de madres en potencia y ellas transmiten la sífilis a cuando menos ochenta mil fetos, de los cuales sesenta mil nacen vivos pero sífilíticos y veinticinco mil mueren antes de nacer. Los franceses, según Nobecourt y Bonnet, en sus maternidades encuentran un porcentaje de mujeres encinta relativamente bajo pues nos hablan de 42 por mil, cosa que nos parece un poco rara. Los suizos hablan de una cifra igual, los ingleses son un poco más generosos y dan 90 por mil, los españoles 160 por mil y los americanos están más cerca de la verdad cuando nos dicen que la sífilis en sus maternidades puede llegar hasta el 25% del total de admisiones.

Mosley y colaboradores, en el artículo ya citado, nos dicen que la proporción de sífilis es mayor en la raza negra que en la blanca. En nuestro país el color de la piel no hace variar la estadística, pues hemos encontrado tantas reacciones positivas en la blanca como en la negra.

En una estadística de sífilis no puede pasarse por alto algunas particularidades que la infección fracastoriana presenta en la mujer grávida y que nosotros hemos observado en nuestra maternidad.

Fournier, al finalizar el siglo pasado, describió

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

la exhuberancia de las lesiones sifilíticas en la mujer encinta, también habló de la larga duración de las mismas lesiones. El chancro sifilítico no escapa a la regla que enseña que las lesiones ulcerosas son más extensas en la mujer grávida, de ahí que la lesión primaria puede adquirir proporciones enormes, invadiendo todo el rededor del cuello y puede llegar al segmento inferior. Nosotros recientemente tuvimos ocasión de tratar una paciente que presentaba una ulceración chancrosa que invadía todo el cuello y el doma vaginal haciéndonos pensar en un epiteloma del cuello uterino. Este diagnóstico fué eliminado con el tratamiento de prueba.

Otro caso curioso que observamos, es el de una paciente que se nos presentó con dolores de parto y un edema vulvar uni-lateral, este edema localizado a un lado de la vulva nos hizo pensar en el chancro sifilítico y efectivamente allí estaba la lesión chancrosa en todo su esplendor. Los accidentes secundarios también se hacen más exhuberantes durante el embarazo, especialmente los cutáneos, las sifilides y las placas mucosas. Hemos encontrado con gran frecuencia la forma condilomatosa bajo la forma de enormes condilomas peri-anales y peri-vulvares. La cefalalgia del período secundario ha sido observada por nosotros con frecuencia, de ahí que su diagnóstico con la intoxicación gravídica se presta a confusión, lo cual nos obliga a hacer una reacción de Kahn a toda paciente que se presenta con el síntoma que acabamos de apuntar. Nosotros actuamos de esta manera y hemos podido diagnosticar muchas sífilis en nuestra consulta pre-natal.

La sífilis en la mujer encinta está caracterizada por su velocidad de evolución, a veces el período primario coincide con el secundario y el terciario con el secundario, de ahí que las esclerosis terciarias del cuello no sean raras.

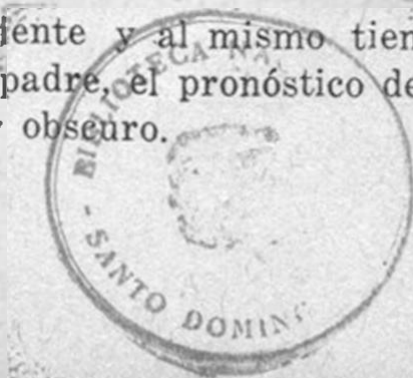
Fournier decía en su época, que la sífilis era la gran abortadora, pero hoy en día se sabe muy bien que ella no es la sola responsable de la interrupción precoz de la gestación y que el médico práctico debe también pensar en otras causas antes de someter la paciente a un tratamiento que puede ser inútil y perjudicial. La sífilis es una real productora de abortos, pero no de abortos precoces, la interrupción de la gestación por la sífilis tiene lugar con más frecuencia hacia el cuarto mes, pero siempre será la reacción de Kahn la que nos ayudará a transar un diagnóstico etiológico dudoso, pues el embarazo es un reactivo biológico excelente.

La acción de la sífilis sobre el embarazo depende de la vejez de la infección.

1.—El aborto será tanto más precoz cuanto más reciente es la sífilis, de ahí que la sífilis concepcional, es decir, cuando la mujer es fecundada e infectada al mismo tiempo, es la más grave de todas.

2.—Si la mujer es infectada durante la primera mitad del embarazo, el pronóstico de la gestación también es muy sombrío.

3.—Si la sífilis es reciente y al mismo tiempo existe en la madre y en el padre, el pronóstico de la gestación también está muy obscuro.



C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

4.—El parto prematuro o a término es tanto más frecuente cuanto más antigua es la infección sifilítica.

5.—Los abortos de los primeros meses pueden ser sifilíticos, pero es más frecuente observar la interrupción de la gestación hacia el cuarto mes o un poco más tarde.

Son éstas las particularidades principales de la sífilis en la mujer encinta que no queríamos dejar de exponer. Todas las hemos observado en nuestra práctica y pensamos que en un trabajo estadístico como lo es el nuestro, ellas tienen un lugar de honor.

SECRET

CONFIDENTIAL

CAPITULO III

ENFERMEDADES DEL ARBOL URINARIO

1—*Pielonefritis.*

Las pielonefritis últimamente han sido objeto de estudios muy serios, principalmente en cuanto a su etiología, razón por la cual, además de la estadística, nos veremos obligados a hacer algunos comentarios etiológicos interesantes pues nuestras observaciones coinciden en todas sus partes con las opiniones modernas sobre tan molesta y relativamente frecuente complicación del embarazo y el puerperio.

Hemos tratado en nuestra maternidad doce casos de pielonefritis, suma total que comprende las observadas en aquellas mujeres que nos llegaron a la maternidad sufriendo ya la complicación y las que hemos podido diagnosticar durante los diez días de internamiento de nuestras paridas. Esta cifra total nos da un porcentaje de 0.47%, el cual es relativamente alto. De los doce casos, nueve lo fueron durante el embarazo, es decir, 75%, y cuatro durante el puerperio, es decir, 33%. La frecuencia de la pielonefritis durante

el puerperio es muy variable, como lo demuestran las estadísticas que ahora vamos a citar. E. Philips (citado por Crabtree, (Urological Disease of Pregnancy, 1943) encuentra que el 3.8% de los casos se observan en el post-parto, G. R. Fall y G. S. Foulds (citados por Crabtree) diagnostican tanto casos durante el embarazo como en el puerperio. Mc. Lane tiene 62 casos en el puerperio y 98 en el embarazo, Dodds, G. H., 32% de casos durante el puerperio y por último W. R. Stevens, (Journal of the American Medical Ass. 101-2025-1933) habla de un 32% durante el puerperio, cifra muy cerca de la nuestra.

En el curso de las disquisiciones que vamos a hacer sobre la etiología de las pielonefritis, hablaremos con gran frecuencia del puerperio, pero desde ahora avanzamos que la frecuencia de una infección piélica durante los días que siguen al nacimiento del niño, guarda una estrecha relación con el tratamiento de la retención de orines, muy a menudo observada durante el puerperio. Es una verdad aceptada, hoy en día, que el mayor o menor número de pielonefritis del puerperio o muchas que estando ya presentes durante la gestación, continúan durante el post-parto, depende del tratamiento que se le dé a la vejiga. Un buen tratamiento de este reservorio debe eliminar la pielonefritis del puerperio.

Las pielonefritis del puerperio, como las del embarazo, son debidas con mayor frecuencia a los organismos bacilares. Walther, H. E. W. y Willoughby (The post partum Kydney, in Journal of the American Medical Ass. 101-1925-1923) encuentra el colibacilo en 77.7% y el estafilococo en 8.3%. Dieckman,

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

W. J. y Brown, I. (Journal of Obstetrics and Gynecology 34-362-1939) hablan de 65% y H. F. Traut (American Journal of Obstetrics and Gynecology 34-392-1937) lleva el porcentaje hasta 95%. Nosotros hemos encontrado el colibacilo en todos los casos de pielonefritis del puerperio.

Los efectos más frecuentes de la pielonefritis sobre la evolución del puerperio son, en primer lugar, un retardo en la regresión normal de los cambios debidos al embarazo. Una complicación curiosa y digna de ser comentada, es la frecuencia relativa de la acidosis en la mujer que padece una pielonefritis durante el puerperio, esta complicación, citada por Crabtree (Urological disease of pregnancy) obliga al partero a alcalinizar la orina de toda paciente que sufre de infección piélica, especialmente durante el puerperio. En nuestra maternidad la acidosis no la hemos visto, pues tenemos por práctica prevenirla y es éste un consejo que damos a nuestros colegas.

Hoy en día se sabe perfectamente que los cambios endocrinos durante el embarazo son los principales factores de los cambios que sufre el árbol urinario de toda mujer encinta. A estos factores endocrinos se adicionan otros de menor importancia.

Las glándulas endocrinas afectan el cuerpo entero, pero específicamente tienen una acción sobre el árbol urinario.

El efecto endocrino sobre la mujer encinta no es igual durante toda la duración del embarazo, de ahí que los autores han dividido los nueve meses de gestación en tres períodos: del primero al cuarto mes, del cuarto al octavo y desde este último hasta el fin.

Los cambios endocrinos comienzan a manifestarse desde que el huevo se implanta en la cavidad uterina y continúan hasta el fin de la gestación. El factor individual tiene gran influencia, pues hay casos en los cuales los efectos son nulos y en otros son muy manifiestos y a veces hasta exagerados. En ambos parece existir una buena compensación, puesto que la vida y la salud de la gestante continúan normales al menos que no venga a trastornar este equilibrio una complicación.

Desde el momento que las hormonas controlan las diferentes funciones del organismo, sus efectos deben sentirse también en el árbol urinario. Las hormonas actúan sobre los músculos lisos en cualquier parte del organismo donde ellos se encuentren y muy especialmente su acción se hará sentir en aquellas partes del árbol urinario donde los músculos lisos predominen.

El principal efecto de las hormonas es la hiperplasia de la musculatura, la disminución de la velocidad de eliminación de la orina desde los riñones a la vejiga, disminución de la reacción correcta de los canales frente al estímulo normal, aumento de la capacidad de las vísceras huecas y por último, ejerciendo las mismas influencias en cualquier parte del cuerpo donde estén presentes los músculos de fibras lisas.

La atonía de otros órganos juega un papel importante en la etiología de las complicaciones urinarias como es una prueba la constipación, la cual es un factor etiológico de primer orden en las infecciones piélicas de la mujer encinta.

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

Un segundo factor que influye en la producción de cambios anatomo-fisiológicos en el árbol urinario de la gestante, lo constituye la presión ejercida por el útero grávido sobre el borde del estrecho superior, presión que conlleva la compresión ureteral. Esta compresión tiene como resultado el éxtasis urinario.

La vejiga de la mujer encinta presenta ciertos cambios iguales que los encontrados en los canales superiores, pero si no hay compresión, no hay orines residuales durante el embarazo.

La importancia del factor compresión queda ampliamente demostrado por la desaparición de sus efectos después del parto a pesar de que la atonía del puerperio viene a sobreañadirse.

La compresión es el factor principal en el éxtasis, pero el factor endocrino es al que debe atribuírsele la atonía de los canales.

Existen otros factores de menor importancia que se asocian a los ya expuestos y que contribuyen a los cambios observados en el árbol urinario de la mujer encinta.

La hiperhemia, que es constante en la mujer encinta, también actúa sobre la mucosa de los canales, aumentando el espesor de sus paredes. Esta condición ha sido vista como un factor de gran importancia en la etiología del éxtasis en los canales del árbol urinario de la mujer grávida. Esta teoría tiene una falla y es que no explica por qué hay mayor dilatación en un lado que en otro, a pesar de que los cambios gravídicos están presentes en ambos lados.

El engurgitamiento y la hiperplasia también han

sido invocados para explicar la dilatación y la predominancia en el lado derecho.

Los cambios vasculares son mayores en los últimos meses del embarazo. En los primeros meses son menores e incapaces de ejercer una gran influencia y a pesar de ésto, en el árbol urinario están presentes, en este período del embarazo, los cambios que hemos ya mencionado.

La hiperplasia de la musculatura ureteral es constatada de una manera bastante regular. Es más marcada en la parte inferior de los ureteres y puede ser que se extienda a todo el árbol urinario, pero nunca está presente en la parte superior del uréter ni tampoco en la pelvis renal.

La condición de la pared abdominal juega algún papel en la patogenia de la dilatación. Las primerizas tienen una gran dilatación y sus pielonefritis son más severas, puesto que el éxtasis es mayor y la compresión uterina es también mayor debido a que este órgano en estas pacientes está sólidamente fijo a los huesos de la pelvis. En nuestra estadística las primerizas nos han dado el mayor número de pielonefritis graves y en ellas ha sido más frecuente la complicación, pues de los doce casos observados, diez lo han sido en mujeres encinta por la primera vez, es decir, 83%.

Las multíparas presentan menores cambios, pero algunas enfermas de esta categoría presentan por el contrario, cambios tan importantes como los observados en las primerizas, lo cual nos lleva a pensar que debe existir un factor personal.

La rotación uterina hacia la derecha parece ser

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

la mejor razón aducida para justificar la mayor frecuencia de la pielonefritis derecha. En nuestra estadística la pielonefritis siempre ha sido derecha, confirmando una vez más la opinión de los autores que hemos consultado para preparar este trabajo.

El efecto de la rotación es hacer al uréter izquierdo anterior y de comprimir el derecho detrás del útero. Esta torcedura del pedículo uterino es aún más perjudicial para el lado derecho, puesto que los vasos ilíacos en este lado, debido a la localización excéntrica de la aorta, entran en la pelvis mucho más anterior que los izquierdos y el uréter los cruza en una posición mucho más expuesta y por consiguiente la comprensión por el útero es más fácil.

La edad de la paciente parece no tener ningún efecto en el grado de cambios en los canales urinarios. Pero la edad parece jugar un papel importante en la facultad de recobrase la paciente de los efectos de la dilatación y de la infección.

Las primerizas muestran un mayor grado de dilatación que las múltiparas de igual edad.

La astenia y la debilidad no son causas de cambios en el árbol urinario durante la preñez, pero sin embargo, se ha podido notar que el grado de dilatación es mayor en este tipo de enfermas.

La posición del feto dentro de la cavidad uterina, el sexo del niño, el embarazo gemelar y el hidramnios, juegan un papel muy pobre en la etiología de las modificaciones del árbol urinario. La cantidad anormal de líquido amniótico puede ser un factor que dé lugar a una mayor compresión.

Algunos autores emitieron la teoría de que las

toxinas eran las responsables de la dilatación durante el embarazo, pero hoy en día no ha sido probado que el embarazo pueda producir un estado tóxico que pueda influir sobre la musculatura ureteral. Los estados tóxicos específicos del embarazo, como son la pre-eclampsia y la toxemia gravídica, se acompañan de un grado mínimo de dilatación, mucho menor que el que estamos acostumbrados a observar.

A las estrecheces ureterales y a las infecciones de la infancia, que pueden persistir hasta la edad adulta, se les ha atribuído un papel etiológico.

Los cambios neuro-generativos han sido acusados como productores de pielonefritis y de cambios en el árbol urinario de la mujer encinta. Desde hace tiempo se sabía que existía otro factor además de la compresión por el útero grávido para provocar la dilatación ureteral y piélica. Se suponía que los nervios estaban también expuestos a la compresión por el útero grávido contra los huesos de la pelvis, pero la teoría de la compresión no es satisfactoria desde el momento que no resuelve el problema del puerperio, período durante el cual existe la atonía y no hay compresión. Por esta razón la teoría endocrina es más satisfactoria.

La ptosis renal, cuando el riñón es hidronefrótico, muestra un tipo especial de efectos durante el embarazo. Está demostrado que la ectopia renal mejora durante el embarazo y no hay evidencia de que estas curaciones pasajeras y otros hechos, puedan soportar la creencia de que el relajamiento de la pared abdominal, natural después del parto, pueda causar una movilidad anormal del riñón derecho en algunas enfermedades. Las deformaciones pélvicas son rara vez la

causa de trastornos ureterales, pero sin ninguna duda en algunos casos pueden ser el origen de un aumento de la dilatación en riñones donde uno u otro ureter es más proeminente que el otro como consecuencia de la deformación pélvica.

Estas son las ideas etiológicas más modernas sobre las infecciones del árbol urinario de la mujer encinta y como dijimos, están de acuerdo con nuestras propias observaciones.

2—*La litiasis renal.*

El embarazo en realidad no es un productor de cálculos, pues no se conocen cambios metabólicos o endocrinos durante el estado de preñez que sean capaces de producir la litiasis. Las estadísticas prueban hasta la evidencia, que antes de los treinta años, es decir, durante el período de mayor actividad genital de la mujer, la causa más frecuente de nefrectomía la constituye la tuberculosis renal y después de la tercera década de la vida, corresponde la primacía etiológica a la litiasis.

J. B. Joly (*Stone and Calculous Disease of the urinary organs.* pág. 29-1929) nos dice, que la edad es la responsable de la poca frecuencia de los cálculos en la mujer encinta y que si existen las piedras, el embarazo tiene que ver muy poco con su etiología. E. Granville-Crabtree (*Urological disease of pregnancy,* 1943) nos dice, que este punto de vista no está enteramente justificado, pues la infección y la orina residual, son factores de igual potencia para formar

cálculos o hacerlos crecer si ya existían, tanto en la mujer no grávida como en la grávida, pero la diferencia reside en la duración de estos factores. En la mujer encinta están limitados por la duración del estado grávido y en el hecho de que la alcalinidad es efectiva para provocar un crecimiento rápido de todo cálculo pre-existente o que aparezca durante el estado grávido. La terminación del embarazo hace desaparecer en gran número de casos ambos factores predisponentes y la persistencia de la infección durante años, en un gran porcentaje, es la responsable de cálculos más bien que la combinación infecciosa y orina residual durante el corto período de preñez. Las piedras son encontradas en dos tipos de enfermas: la calculosa que sale encinta y la gestante que se hace calculosa. Las estadísticas nos dicen que esta última da un porcentaje muy bajo, pero Granville Crabtree en la obra ya citada, nos dice, que el número real de mujeres encinta que se hacen calculosas está en franca contradicción con las estadísticas clásicas, puesto que hay un número considerable de pacientes en las cuales se constatan los cálculos pocos meses después del parto. Este descubrimiento es hecho al notar el médico una persistencia anormal de la infección que lo obliga a hacer un examen más concienzudo de su paciente.

Pero a pesar de todo lo antes expuesto, la litiasis renal es poco frecuente durante el embarazo o durante el puerperio.

En el Boston Lying-in Hospital en cinco años, con 9823 partos, sólo se han encontrado cuatro casos según Granville Crabtree (Urological disease of preg-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

nacy, pág. 349) D. Bair (Journal of Obstetric and Gynecology of the British Empire 43-435-1936) ha encontrado 10 casos en seis años. J. C. Hirst (citado por Granville-Crabtree, (Urological disease of pregnancy, pág. 348) encuentra dos casos en 2101 embarazos. En este grupo de enfermas, la pielonefritis fué encontrada 140 veces, lo cual hace decir a Granville Crabtree, que no existe una relación entre la infección piélica y los cálculos. Nosotros hemos visto los cálculos solamente en dos casos y en 2522 partos, cifras más o menos igual a la de Hirst y en este número de partos, la cifra de pielonefritis ha sido de 12 casos, confirmando, hasta cierto punto, el pensamiento de Granville-Crabtree.

Todos estos autores están de acuerdo en asegurar la rareza de la litiasis vesical y Crabtree nos dice, que en 20 años en Lying-in Hospital de Boston, ha observado un solo caso y D. Bair no puede citar uno solo. Por nuestra parte en la maternidad que dirigimos, no hemos constatado un solo caso en 15 años de práctica.

La litiasis renal es una complicación seria del embarazo. Los cambios gravídicos del árbol urinario aumentan desde que existe una causa de obstrucción renal o de otro trastorno. Las formas medianas de trastornos renales se convierten rápidamente en una pionefrosis desde que existe la infección y la dilatación. En los casos en que hay pocos cambios gravídicos en el árbol urinario, y al mismo tiempo existe una litiasis renal, el tratamiento conservador debe ser la regla, la cirugía no tiene para qué intervenir en esta circunstancia.

Granville-Crabtree nos dice, con sobrada razón, que cada caso es un problema aparte, pero que es absolutamente necesario conocer los principios fundamentales de los cambios gravídicos del árbol urinario y de los cálculos durante este mismo período de la vida de la mujer, para poder tratar correctamente tan temida complicación del estado grávido.

Esta última cita de Granville-Crabtree justifica ampliamente la extensión que le hemos dado al problema de las enfermedades del árbol urinario en un trabajo puramente de estadística.

CAPITULO IV

ENFERMEDADES DEL APARATO

CIRCULATORIO

Las enfermedades del corazón complicando el embarazo es un tema pasionante, hoy en día bien estudiado por los cardiólogos y los parteros, quienes han establecido normas de conducta ya clásicas en los libros modernos de Obstetricia.

Desde que Fodré en 1813 dió a la publicidad su Tratado de Medicina y su Diccionario de Ciencias Médicas en 1820, que Costa en 1827 y que Dubois, Velpeau, etc. en 1852 trataron la cuestión, hasta Peter con su aforismo célebre, el aborto terapéutico era la conducta invariable en toda mujer encinta que sufría de una cardiopatía. Desde esa época ya remota, las cosas han cambiado grandemente con Pinard en 1902 y en el Congreso de Roma, con Vaquez, Couvelaire, Mackenzie, Parder, Stander, etc. Pero a pesar de todo el avance que ha tenido la cardiología de la mujer encinta, todavía existen opiniones contradictorias las cuales ponen al médico práctico en dudas sobre la conducta a observar con una cardíaca encin-

ta. Estas incertidumbres no pueden ser estudiadas por nosotros en el presente trabajo, pero sí podemos hablar con ciertos lujos de detalles sobre los casos observados por nosotros y de nuestras cifras. El que desee mayores informes sobre cuestión tan interesante, puede dirigirse a las Tesis de Laennec y Rouchy (1935 y 1938) y al bello libro de James Mackenzie (Heart Disease and Pregnancy).

Dice Reid, que de cada 1000 partos hay diez muertes maternas atribuibles a una cardiopatía. Demelin asegura que la cardiópata encinta tiene un 3% de mortalidad y Werner asegura que la muerte es el resultado final en 4.5% de las cardiopatías. Laennec dice que de 172 mitrales, 51 tuvieron una evolución severa con dos muertes a pesar de diez abortos terapéuticos. En 41 casos no se interrumpió la gestación y la mortalidad fué de 4 en esta serie. Nosotros en 2522 partos hemos tratado ocho cardiopatías y no hemos tenido una sola defunción. Desde luego, que hablamos de cardiopatías valvulares, pues tenemos un caso mortal en una cardiopatía sin lesión aparente. Ya volveremos a hablar de este caso que según nosotros tiene una gran importancia práctica. Nuestra serie, muy feliz por cierto, no debe ser tomada como línea de conducta invariable, pues con ella no queremos decir que el pronóstico materno en las cardiopatas dominicanas es diferente. Ellas están regidas por las mismas reglas que las de otros países, hemos caído simplemente en una serie, que volvemos a repetir, ha sido muy feliz.

El valor del producto de la concepción en las cardiopatías parece ser bueno. Según Balard, Brousted

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

y Mahon consultando varias estadísticas llegan a la conclusión, que el 80% de los niños nacen vivos, se desarrollan bien y están libres de toda tara materna. Por nuestra parte diremos que los ocho casos que hemos observado han dado productos sanos y bien desarrollados. P. Titus (Management of Obstetrics difficulties, 1940) no está de acuerdo con esta afirmación y asegura una gran frecuencia de abortos, partos prematuros y de fetos macerados.

El pronóstico de una cardíaca encinta debe establecerse basándose sobre un sin número de cuestiones que no son de lugar estudiar en este trabajo, pero hay un factor sobre el cual debemos insistir, pues quizás influya mucho en la conducta a seguir con el embarazo de una cardíopata dominicana. El factor del que queremos hacer mención, es el social. Los ingleses dicen, que una mujer pobre, que no puede soportar los gastos de una cura de reposo prolongada, está más expuesta que las pacientes ricas y acomodadas que pueden seguir las prescripciones que su estado les exige. En nuestro país es muy pobre la asistencia social a la mujer encinta y ella debe trabajar y es natural que no pueda soportar las fatigas de un trabajo agobiador, especialmente si al mismo tiempo está encinta. Nuestra estadística es tan feliz porque nuestro hospital es semi-privado y allí asistimos una clase de pacientes que en realidad no son menesterosas.

En la cardíaca encinta, la naturaleza de la lesión tiene su palabra que decir, pues las aórticas de origen sifilítico son más graves que las reumatismales. Los dos casos que hemos visto eran la consecuencia de la

enfermedad de Bouillaud, etiología que seguramente contribuyó a la benignidad del pronóstico.

El orificio valvular tomado por la lesión también juega un papel importante en el pronóstico.

La estrechez mitral es el tipo de lesión que más se complica. Sejourné da 50% de casos complicados. Laennec 30% y P. Titus asegura que es una lesión muy seria. Nuestra estadística es muda en cuanto a la estrechez mitral y es por esta razón que no alargamos los comentarios y pasamos por alto los signos que predicen la complicación por no ser de lugar su descripción en este trabajo.

Cuando se combinan las lesiones en un mismo orificio valvular, el pronóstico es más serio. Nuestra estadística no acusa un solo caso de esta clase de cardiopatías.

La insuficiencia, mitral a la cual pertenecen la mayoría de nuestros casos, pues poseemos seis observaciones del total de ocho de nuestra estadística, da muy pocos accidentes. Pero a pesar de esta afirmación negada por Rouchy, el edema agudo del pulmón puede observarse en la mitral que sale encinta. La única observación de edema agudo del pulmón que tenemos en nuestra maternidad, concierne a una mitral, lo cual nos confirma la idea de que si las mitrales dan pocos accidentes, no por ésto deben ser descuidadas.

Entre las lesiones aórticas la insuficiencia tiene mejor pronóstico. Los dos casos de lesiones aórticas comprendidos en nuestra estadística, corresponden a la insuficiencia. Antes se creía que la insuficiencia aórtica era tan grave como la estrechez mitral (Cor-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

win, Herrick Valentine y Wilson, American Journal of Obstetrics and Gynecology 13-1927).

Las cardiopatías congénitas tienen un pronóstico favorable. Pero a pesar de la benignidad de las lesiones congénitas, existe un real peligro para la madre, peligro consistente en la asistolia clásica y en la evacuación uterina. Estas enfermas pueden morir presentando un síndrome de taquicardia y polipnea que las lleva a la muerte en estado de asfixia.

Esta última observación nos recuerda el caso de una paciente a quien practicamos una cesárea por desproporción feto-materna y que murió 14 días después de operada, presentando una taquicardia y una polipnea. El cardiólogo llamado en consulta diagnosticó un desfallecimiento cardiaco agudo. Esta paciente no presentaba aparentemente lesión cardiaca alguna, pero seguramente tenía un miocardio insuficiente que no pudo soportar el largo tiempo de embarazo con un huevo gigante, ni tampoco la descompresión abdominal después del vaciado del útero al levantarse ella por la primera vez después de su operación.

Este caso que relatamos es de una gran enseñanza clínica y muestra la necesidad de no ser demasiado optimista con las lesiones congénitas. Pero el pesimismo tampoco es permitido y no se debe indicar el aborto desde que una cardiaca congénita sale encinta.

Resumiendo nuestra estadística diremos que en 2522 internamientos hemos observado 8 lesiones valvulares de las cuales seis mitrales con un resultado feliz tanto para la madre como para el feto. La única lesión encontrada por nosotros ha sido la insuficiencia.

Los dos casos restantes de nuestras cifras corresponden al orificio aórtico, en ambos se trataba de insuficiencia, en mujeres jóvenes que habían sufrido de una enfermedad de Bouillaud y en las cuales la sífilis estaba ausente, lo cual favoreció mucho el buen resultado de nuestra estadística.

Nuestra feliz estadística es debida a una serie excepcional y con ella **no** pretendemos establecer dogmas absolutos en cuanto a las enfermedades del corazón en la mujer encinta dominicana.

La conducta a seguir con las cardiopatías valvulares y las no valvulares, no es de lugar en este trabajo, hemos querido hacer solamente algunos comentarios sobre las lesiones observadas por nosotros en 15 años de práctica durante los cuales no hemos visto un solo caso de hipertensión—de origen cardiaco desde luego—, de arritmia, de taquicardia paroxística, etc. complicando un embarazo; pero esto no quiere decir que no existen y que el médico práctico no deba estar siempre alerta, pues cada una de estas complicaciones tiene un pronóstico aún más sombrío que las mismas lesiones valvulares.



CAPITULO V

APARATO DIGESTIVO

Apendicitis

Incluimos la apendicitis en los comentarios estadísticos que estamos haciendo por tratarse de una complicación seria del estado grávido la cual debe ser bien conocida por el médico práctico, pues de la precocidad del diagnóstico y de un tratamiento a tiempo, depende la vida de una madre.

La apendicitis aguda se observa con la misma frecuencia durante el embarazo como fuera de él. Según Brindeau la apendicitis aguda desde sus comienzos, sin antecedentes apendiculares anteriores al estado grávido, puede observarse en 16 casos sobre 12 mil partos y Pinard en su época, encontraba una menor frecuencia, el eminente profesor francés, habla de una apendicitis aguda en más de once mil partos. Nosotros hemos tenido dos casos en 2522 partos, apendicitis que se han presentado sin que las pacientes hayan tenido el menor síntoma apendicular antes de presentarse la crisis aguda que motivó su interna-

nimiento y su operación inmediata. El gran Dieulafoy y el profesor Bar aseguraban en su época una mayor frecuencia de la apendicitis aguda durante el embarazo y ellos atribuían el hecho a los desplazamientos del ciego, a la constipación y a la mayor cantidad de cálculos estercorales durante el estado grávido. Pero a pesar de estas opiniones de dos eminencias de la medicina francesa, hoy en día es aceptado que la apendicitis crónica, agudizada por el embarazo, es mucho más frecuente, así lo afirman De Lee (*Principles of Obstetrics*. 4a. edición), Manuel Luis Pérez (*Tra-tado de Obstetricia* 3a. edición) y P. Titus (*Management of Obstetrics difficulties* 2a. edición. 1940) Nuestra estadística de la Consulta pre-natal es también categórica a este respecto pues hemos podido observar diez casos de apendicitis crónica agudizadas por el embarazo en cinco mil consultantes. Esta estadística la hemos podido hacer porque todas estas enfermas han sido operadas en nuestro servicio de cirugía general. La variedad encontrada por nosotros es la catarral. Según Leusden (citado por De Lee) la frecuencia de la apendicitis durante el embarazo se explica por una reacción decidua del apéndice durante el estado grávido.

Las razones por las cuales la apendicitis durante la preñez es sumamente grave no es de lugar discutir-las en este trabajo puramente estadístico, pero es bueno saber que esta condición quirúrgica, al igual que otras, es una indicación formal de intervenir sin tener en cuenta el embarazo, pues la peritonitis generalizada es más frecuente durante el embarazo, que fuera de él. La ruptura apendicular es más frecuen-

CUESTIONES OBSTETRICAS

te durante el embarazo y desde luego esta ruptura agrava considerablemente el pronóstico como lo prueba A. S. Jaeger (citado por Titus en *Managements of obstetrics difficulties* pag. 181) quien ha recogido 18 observaciones de operaciones precoces sin muerte materna, 10 casos de gangrena apendicular con un caso fatal y 8 casos de ruptura apendicular en los cuales la mortalidad materna subió a 5 casos. S. A. Cosgrove (*American Journal of Obstetrics and Gynecology* 34-469-1937) es enfático en cuanto a la necesidad de la operación precoz en un ataque de apendicitis. Titus es también categórico a este respecto y Manuel Luis Pérez (*Tratado de Obstetricia*) nos dice que la mortalidad materna es nula con una operación precoz y de 40% en la apendicitis perforada. Todos los autores franceses, como Brindeau, Couvelaire Jeannin, Metzger, Louis Devraigne, etc. están absolutamente de acuerdo con las estadísticas de mortalidad que hemos presentado. Además, la apendicitis aguda no tratada a tiempo, es una causa de parto prematuro y si la interrupción de la gestación tiene lugar en pleno ataque, el pronóstico materno se ensombrece aún más, estableciéndose un verdadero círculo vicioso que debe ser evitado a todo trance. De nuestros doce casos, dos agudos desde el comienzo, y 10 crónicos agudizados por el embarazo, todos han tenido un resultado feliz, no hemos lamentado una sola muerte materna y los embarazos han continuado hasta el término normal. En todos el diagnóstico fué precoz y la operación no diferida, pues es sabido que mientras más viejo es el embarazo, mayores probabilidades de agravarse el pronóstico y además, los

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

riesgos operatorios son mayores tanto para la madre como para el feto. No es de lugar discutir aquí los métodos operatorios a seguir, pero sí diremos que con un embarazo joven, como en nuestros casos, la extirpación del apéndice ha podido ser efectuada por la incisión clásica de Jalaguier. Debido a la gravedad excepcional de la apendicitis durante el embarazo es que nosotros seguimos la Escuela de nuestro maestro Devraigne quien nos enseñó a operar toda paciente con antecedentes apendiculares sin esperar una indicación de urgencia. En estas condiciones en nuestro Hospital se han operado más de veinte pacientes y todas han tenido un período post-operatorio excelente y sus embarazos han continuado hasta su término normal, confirmándonos las ideas de nuestro maestro quien asegura que el acto operatorio no es abortivo si el cirujano no quiere tocar el útero.

Durante el trabajo del parto el pronóstico de la apendicitis es aún peor, la peritonitis es más frecuente y más grave, lo mismo pasa durante el puerperio. Las razones no son de lugar discutir aquí pero nos obligan a recalcar la necesidad de la operación inmediata. La frecuencia de la apendicitis aguda durante el puerperio es poca, nosotros no la hemos encontrado una sola vez en nuestra maternidad.

CAPITULO VI

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

El estudio de la neumonía en nuestra estadística es por demás interesante y merece algún comentario.

La neumonía en la mujer encinta es poco frecuente, podemos decir que es rara. A Schmitt, citado por el profesor Manuel Luis Pérez en su Tratado de Obstetricia, encuentra un caso de neumonía por cada mil partos y cosa curiosa, en nuestra estadística encontramos poco más o menos el mismo porcentaje, pues en 2522 internamientos hemos tenido dos casos de la complicación que estudiamos en este momento. Esta cifra de neumonía en la mujer encinta dominicana es verdaderamente extraña pues de todos son conocidas las pobres condiciones higiénicas, especialmente de hacinamiento en que viven las familias de cierta clase de la sociedad de nuestro país y al hablar de la gripe en nuestra estadística dijimos que a pesar de la receptividad de la mujer encinta a la gripe, las complicaciones pulmonares no existieron en nuestros casos ni en los observados por nosotros en la pequeña

epidemia de 1943. Este hecho apuntado por nosotros es curioso y digno de ser observado con más detenimiento por el cuerpo médico de nuestro país, pues parece ser que nuestras mujeres encinta poseen cierto grado de resistencia pulmonar. Lo mismo pasa con la tuberculosis, pues en más de 1000 mujeres encinta sólo hemos encontrado un solo caso de tuberculosis pulmonar.

Volviendo a la neumonía diremos que ella interrumpe con gran frecuencia el proceso de la gestación. Labinon, Freuch y Schmitt, citados por el profesor Manuel Luis Pérez, aseguran que el embarazo es interrumpido en 60% de los casos. Nuestra estadística es más sombría a este respecto, pues los dos casos que hemos observado, ambos han tenido por resultado el parto prematuro al término de ocho meses poco más o menos, desde luego, que la interrupción tiene lugar en aquellos casos verdaderamente más graves y a este respecto nuestra estadística es concluyente pues las dos observaciones citadas pertenecían a neumonías particularmente graves.

El pronóstico materno es particularmente agravado por el parto y a este propósito Vinay presenta una estadística bien interesante: 68% de mortalidad materna en aquellos casos en los cuales ha tenido lugar el parto y 14% en los casos en los cuales el embarazo ha continuado hasta su término normal. Pero desde luego, es de observarse, que todos los autores están de acuerdo en asegurar que la interrupción ocurre especialmente en los casos particularmente graves. Pero a pesar de esta observación, la estadística de Vinay es interesante y digna de ser tomada en

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

consideración cuando se está tratando una mujer encinta neumónica. Nuestra estadística no está muy de acuerdo con este porcentaje de mortalidad después de la interrupción, pues los dos casos que hemos tenido ocasión de observar, ambos han terminado por el parto prematuro y la mortalidad materna por neumonía ha sido nula en nuestra maternidad. El parto en las neumónicas es rápido, como lo prueban todas las estadísticas. Esta rapidez de la expulsión del feto es debida a la intoxicación fetal y a la anoxemia.

El pronóstico fetal es serio en la neumonía. Cathala habla de 65% de mortalidad. Nuestra estadística es muy concluyente, pues los dos casos observados han tenido por resultado la muerte fetal.

La gravedad de la neumonía es tanto mayor cuanto más viejo es el embarazo y es en los últimos meses cuando se observan las dobles localizaciones pulmonares y la bronconeumonía. Una de nuestras observaciones pertenece a una paciente que tuvo una neumonía doble.

Titus, P. (Management of obstetrics difficulties) observa que la neumonía del puerperio es bastante frecuente y cita dos casos consecutivos a la anestesia por el éter. Nosotros no hemos visto todavía un caso en el post-parto y es por esta razón que no hacemos nuestros comentarios personales.

CAPITULO VII

LAS PRESENTACIONES.— POSICIONES Y VARIETADES DE POSICION

Nuestra estadística consta de 2522 partos de los cuales ha habido 1234 en primerizas, es decir, 48.13%, y 1308 en multíparas con un porcentaje de 51.86%. Como se ve, la diferencia entre una y otra clase de pacientes no es muy grande y no merece ningún comentario.

1—Presentación de vértice.

Comenzaremos nuestro estudio por la presentación de vértice, que como es sabido, es la presentación eutócica por excelencia y por tanto la más frecuente en la práctica.

Las estadísticas extranjeras que hemos consultado dan un porcentaje promedio de 97% de presentaciones de vértice en el total de partos asistidos en las diversas maternidades.

En nuestro servicio del Hospital Internacional, en un total de 2522 partos, hemos asistido a 2338

parturientas con presentación de vértice, cifra que da un porcentaje de 92.70%.

Al hablar de la presentación de vértice debemos abrir un paréntesis para apuntar una pequeña particularidad.

Desde el principio de nuestra práctica en la República nos sorprendió el gran número de primerizas que llegaban al término de su embarazo y más aún, al momento del parto, con una cabeza fetal móvil, ésta anomalía está en franca contradicción con la práctica en los países europeos donde estudiamos, en los cuales las primerizas, y así reza en los libros de Texto, tienen un encajamiento franco de la presentación al octavo o al noveno mes.

Las causas de esta anomalía son exclusivamente feto-ovulares. Los factores maternos están prácticamente ausentes en nuestra estadística. El factor ovular, que creemos responsable del no encajamiento de la presentación, es el gran número de circulares del cordón, que hacen que el tallo funicular presente una cortedad accidental que molesta el libre encajamiento de la presentación. Hemos encontrado un porcentaje de 35% de circulares del cordón, cifra enorme si la comparamos a las extranjeras. El factor fetal de la anomalía que estamos comentando reside en la cabeza. Todos los autores están de acuerdo en que los diámetros principales de la cabeza del feto tienen las siguientes dimensiones:

Bi-parietal	9½ cm.
Sub-occípito bregmático	9½ cm.
Occípito-mentoniano	13 cm.



C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

Hemos encontrado, no sin gran sorpresa, que un 30% de los niños que nacen en nuestro servicio presentan un bi-parietal de 10 cm. Como todos sabemos, el bi-parietal es el diámetro de encajamiento de la presentación de vértice en el estrecho superior y es forzoso que este aumento de medio centímetro sea la otra causa del no encajamiento precoz de la cabeza fetal. Con un diámetro bi-parietal normal, son suficientes las contracciones uterinas indoloras del fin del embarazo para encajar el polo fetal, pero si el diámetro de encajamiento es más grande, serán necesarias contracciones más vigorosas, es decir, las del trabajo del parto para hacerlo pasar por el estrecho superior.

Otro diámetro de la cabeza fetal digno de estudio es el sub-occipito bregmático, el cual en nuestras investigaciones lo hemos encontrado en 27% de los casos, midiendo 10 cm. Este aumento del diámetro sub-occipito bregmático es sobre todo el responsable, como lo veremos al estudiar las distocias, del gran número de anomalías de la rotación intra pélvica de la cabeza fetal en nuestra estadística, aún con una buena flexión.

2—*Posiciones y variedades de posición en la presentación de vértice*

La primera posición y variedad de posición que estudiaremos es la occipito-iliaca-anterior y superior (O. I. I. A.).

Todas las estadísticas extranjeras están de acuer-

do en que ésta variedad se presenta en 60% del total de las presentaciones de vértice. Nuestras cifras varían un poco, pues ellas suben el porcentaje a 70.82%. Esta ligera diferencia la explicamos por la amplitud de la pelvis de la mujer dominicana. En nuestras mujeres la estrechez pélvica es rara como lo han podido constatar todos los que ejercen la profesión de comadrón.

La segunda posición y variedad de posición que estudiaremos es la occipito-iliaca-derecha-posterior (O. I. D. P.).

Todas las estadísticas extranjeras están de acuerdo en que esta posición y variedad de posición está presente en 32% del total de las presentaciones de vértice. Nuestra estadística muestra una pequeña diferencia, pues hemos encontrado en 2338 presentaciones de vértice, 640 occipito iliacas-derechas-posteriores lo cual nos da un porcentaje de 27.37%, es decir, un poco menor que el dado por los autores extranjeros que hemos consultado. Esta pequeña diferencia es útil el ser conocida y es debida según creemos nosotros, a la rareza de la estrechez pélvica en nuestro país.

La tercera posición y variedad de posición que estudiaremos es la occipito-iliaca-izquierda-posterior (O. I. I. P.) la cual es encontrada por los autores consultados en 6% del total de presentaciones de vértice. En las occipito-iliacas-izquierdas-posteriores nuestras cifras también están en dicordancia con las extranjeras, pues del total de nuestras presentaciones de vértice, que ya dijimos llegan a 2338, hemos encontrado 35 O. I. I. P. con un porcentaje de 1.38%, cifra

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

mucho menor que la dada por otros autores. Esta diferencia, también bastante notable, es debida según creemos nosotros, a la rareza de la estrechez pélvica.

La última posición y variedad de posición que estudiaremos es la occipito-iliaca-derecha-anterior (O. I. D. A.). Esta posición y variedad de posición es la más rara de todas, los extranjeros ni mencionan el porcentaje y dicen que son **rarísimas**. Algunos autores, que se atreven a **mencionar** cifras, nos dicen que la encuentran en **menos del uno por ciento** del total de presentaciones de vértice. Hemos encontrado la O. I. D. A. 7 veces en un total de 2338 presentaciones de vértice y estamos de acuerdo en **asegurar** que el porcentaje es muy bajo, encontramos **0. 27%**. La última posición y variedad de posición estudiada y que tiene un porcentaje tan bajo, nos obliga a poner en guardia a los parteros jóvenes al establecer sus cifras.

Sabido es que las presentaciones de vértice hacen su rotación en mento-púbica para salir, pues bien, es posible que una derecha posterior haga una rotación insuficiente y quede en derecha-anterior y salga de esta manera. También puede suceder que el operador examine la paciente en el momento en que la pequeña fontanela se encuentre en la extremidad anterior del diámetro oblicuo derecho facilitando de esta manera el error, elevando el porcentaje de las O. I. D. A. La misma equivocación puede suceder con las izquierdas-anteriores que exageran la rotación y llevan la pequeña fontanela hacia la extremidad anterior del diámetro oblicuo derecho, el partero desprevenido hace un diagnóstico errado y por consiguiente

el porcentaje de esta posición y variedad de posición aumenta. La causa de error apuntada a propósito de las O. I. D. A. puede aplicarse a cada una de las posiciones y variedades de posición, causa de error que como hemos dicho, puede hacer variar el porcentaje correcto. La manera justa de hacer un diagnóstico exacto no es de lugar en el presente trabajo.

Un estudio estadístico interesante y que hemos hecho, es el de la frecuencia de cada una de las posiciones y variedades de posición en múltipara y primerizas.

La O. I. I. A. ha sido encontrada por nosotros 792 veces en primerizas, cifra que da un porcentaje de 65.23% y 864 veces en múltiparas con un porcentaje de 66%, que como puede verse es más elevado que en las primeras. Estas cifras están de acuerdo con la ligera diferencia en favor de las primerizas que presenta nuestra estadística.

La O. I. D. P. ha estado presente 329 veces en primerizas con un porcentaje de 27.10% y 311 veces en múltiparas cifra que da un porcentaje de 23.77%. La causa de esta pequeña diferencia es atribuida por nosotros al mayor número de primerizas en las pacientes internadas en nuestra maternidad.

La O. I. I. P. ha sido encontrada por nosotros 23 veces en múltiparas con un porcentaje de 1.75% y 12 veces en primerizas, con un porcentaje de 0.98%. Como puede verse en esta posición y variedad de posición las cifras cambian, pues el mayor número corresponde a las múltiparas en lugar de las primerizas como ha sido hasta ahora. No queremos sacar ninguna conclusión por ahora, pero es un hecho digno

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

de ser anotado y meditado, siempre y cuando el diagnóstico haya sido hecho de una manera correcta.

La O. I. D. A. tiene un porcentaje en nuestra estadística de 0.16% en las primerizas (2 casos) y de 0.37% en las multíparas (5 casos). En esta posición y variedad de posición se repite el hecho anotado en la O. I. I. P., es decir, su mayor frecuencia en las multíparas, contrariamente a las O. I. I. A. y las O. I. D. P. Tampoco tratamos sacar ninguna conclusión, repetimos que anotamos solamente el hecho

Las pequeñas diferencias de nuestra estadística con las extranjeras puede ser que no tengan grandísima importancia práctica, pero la enseñanza que ella nos brinda es real y digna de ser apuntada para su confirmación o para su corrección.

3—*Presentación de cara.*

La presentación de cara, como todos sabemos, está caracterizada por la deflexión de la cabeza, deflexión que lleva al occipucio hasta tocar las primeras vértebras dorsales.

La presentación de cara tiene un gran interés para nosotros, pues nuestras cifras, como veremos más adelante, están en franca contradicción con las extranjeras, ésta es la razón por la cual nos extendemos un poco en sus comentarios.

En la presentación de cara en nuestra estadística, son observadas ciertas particularidades que son dignas de comentarios.

Todas las estadísticas extranjeras que hemos

consultado nos dicen que la presentación de cara es rara, pues hablan de un porcentaje de 1/3 a 1/2%. Estas cifras están de acuerdo con las nuestras, pues en 2522 partos hemos asistido a 13 de cara con un porcentaje de 0.51%. La mento-iliaca-derecha-posterior y la mento-iliaca-izquierda-anterior se reparten la frecuencia de las variedades de posición.

Todos nuestros casos pertenecen a presentaciones de cara secundarias, pues en ninguna hemos encontrado las causas etiológicas de las primitivas. A propósito de las presentaciones de cara primitivas diremos que ellas han sido negadas por Pinard, Baudelocque, etc. pero nuestro maestro Devraigne, citaba el caso de un niño que nació con un bocio congénito y debido a esta causa patológica, el parto se efectuó en presentación de cara. Por este caso diremos que la presentación de cara primitiva es excepcional pero ella es innegable.

Las presentaciones de cara secundarias pueden tener una etiología materna y la principal es la multiparidad. Nuestra estadística es interesante a este respecto, pues de las trece observaciones que poseemos, cinco pertenecen a multíparas y ocho a primizas, contrariamente a la observación corriente en otros países en donde el mayor número de presentaciones de cara se observan en multíparas.

En ninguno de nuestros casos hemos encontrado una angustia pélvica, especialmente no hemos observado pelvis estrechas en su diámetro antero-posterior como en las pelvis planas raquílicas, etiología frecuente de la presentación de cara como lo pretende A. Tra-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

boulet. Tampoco hemos notado en nuestros casos, úteros oblicuos.

En ninguno de nuestros casos están presentes las causas fetales de presentación de cara, pues no hemos visto un solo feto dolicocefalo, ni con exceso de volumen ni con deformaciones.

Las principales causas etiológicas de nuestras presentaciones de cara son ovulares, pues ocho primizas han dado a luz sus fetos en presentación de cara con dos y más circulares del cordón alrededor del cuello, las cuales han originado una brevedad accidental del tallo funicular. Una múltipara que tuvo un feto en presentación de cara tenía a su vez una placenta baja.

Resumiendo podemos decir, que contrariamente a las estadísticas extranjeras, hemos constatado una mayor proporción de presentaciones de cara en primizas. La etiología principal de nuestros casos ha sido ovular, pues en ocho hemos visto un cordón corto accidentalmente por circulares alrededor del cuello y una placenta previa. Los cuatro casos restantes, pueden ser atribuidos a la multiparidad.

4—*Presentación de frente.*

En nuestros comentarios vamos a hablar de la presentación de frente franca, es decir, aquella que se encaja de frente, baja de frente y sale de frente. Las estadísticas extranjeras dan cifras muy variables entre una por 5.000, según Kleinwachter y una por 400 según Hercius de Helsingfors. Nuestra esta-

dística es un poco más generosa, pues hemos asistido a 17 partos en presentación de frente con un porcentaje de 0.67%.

Las estadísticas extranjeras nos dicen que de cada una presentación de frente en primeriza hay cuatro en multíparas. Nosotros hemos encontrado siete en primerizas y 10 en multíparas.

La etiología de las presentaciones de frente puede ser materna, y la principal de entre ellas es la multiparidad como lo hemos constatado nosotros en nueve casos.

Después de la multiparidad viene, como segunda causa etiológica materna, la estrechez pélvica, pero en nuestra estadística la angustia pelviana sólo la hemos podido ver en dos casos. Los seis casos que restan de nuestras cifras pueden ser atribuidos a las circulares del cordón en cuatro, uno al hidramnios y el otro a la laterocidencia de una mano.

Resumiendo podemos decir que en nuestra estadística la presentación de frente es más frecuente que en las extranjeras debido, según nosotros, al mayor número de grandes multíparas en nuestra clientela hospitalaria. Hemos visto que esta causa etiológica ocupa el primer lugar con nueve casos de los diez y siete que hemos asistido. Desde luego que no vamos a decir que nuestro país es el campeón en presentaciones de frente pues todavía nuestras estadísticas son hechas sobre un número muy limitado de casos con los cuales es imposible hacer conclusiones definitivas.

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

5—*Presentación de nalgas.*

La presentación de nalgas es la más frecuente después de la de vértice. Pinard encontraba una presentación de nalga cada 60 partos y Martius 3%. Nuestras cifras, sin ser mucho mayores, siempre presentan una pequeña diferencia. Hemos asistido a 91 partos en presentación de nalgas en 2522 internamientos en nuestra maternidad, lo cual nos da un porcentaje de 3.60%.

Del total de nuestros casos, 36 pertenecen a la variedad completa, es decir, 39.5% y 55 a la variedad incompleta, 60.43%.

Las multíparas vienen a la cabeza con un total de 53 y las primerizas en segundo lugar con 38.

En las primerizas hemos encontrado 15 completas con un porcentaje de 1.23% y 23 incompletas con un porcentaje de 1.89%.

En las multíparas hemos asistido a 21 con nalgas completas con un porcentaje de 1.60% y a 32 con nalgas incompletas con un porcentaje de 2.44%.

Estas cifras un poco raras, nos obligan a hacer algunos comentarios etiológicos.

Nosotros no hemos encontrado una sola presentación de nalgas primitivas, todas han sido secundarias, pues en ninguno ha estado presente una hidrocefalia o una malformación uterina, como por ejemplo, un útero con un segmento inferior más desarrollado que el fondo o un tabicamiento de la cavidad. Lo que llama la atención en nuestras cifras es que en las multíparas son más frecuentes las nalgas incompletas, contrariamente a lo apuntado por los autores extran-

jeros, quienes nos dicen que las nalgas incompletas son menos frecuentes en las multíparas, pues estas pacientes tienen un útero más desarrollado y un segmento inferior más amplio. Nuestras cifras en las primerizas están de acuerdo con las extranjeras, pues hemos encontrado mayor número de incompletas en estas parturientas.

La pequeña diferencia entre las cifras extranjeras y las nuestras en el total de presentaciones de nalgas, es debido quizás al mayor número de grandes multíparas en nuestro país.

Resumiendo podemos decir que en nuestras cifras encontramos un número ligeramente mayor de presentaciones de nalgas debido quizás a la mayor cantidad de multíparas. En las primerizas la diferencia entre las nalgas incompletas y completas está de acuerdo con las cifras de los autores extranjeros, pero en las multíparas difieren, pues hemos encontrado mayor número de incompletas que de completas. Es esta una observación digna de ser estudiada por los parteros de la República.

6—*Presentación de hombros.*

La última presentación que estudiaremos es la de hombro. En nuestro país todo concurre a que esta presentación distócica sea más frecuente que en otras partes, pero no es así a pesar del gran número de multíparas que nos llegan sin jamás haber consultado un médico durante su embarazo, a pesar del gran número de embarazos gemelares y a pesar de la fre-



C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

cuencia de prematuros y excesos de líquido. El profesor Pinard hizo una estadística sobre cien mil partos y encontró la presentación de hombros una vez en cada 124; el profesor Manuel Luis Pérez habla de 0.75 a 0.80%. Nosotros hemos tenido 15 presentaciones de hombros en 2522 partos, lo cual nos da un porcentaje de 0.59%. Esta cifra tan baja, a pesar de los factores etiológicos de la presentación de hombros, que repetimos son tan frecuentes en nuestro país, es debida a nuestra consulta pre-natal en la cual hacemos una puericultura intra-uterina lo más completa posible y a este respecto citamos las estadísticas modernas americanas, inglesas y noruegas con 0.50, 0.40 y 0.40% respectivamente y sus autores aseguran que porcentaje tan bajo es la consecuencia lógica de una buena profilaxis intra-uterina.

Resumiendo diremos que el pequeño porcentaje de presentación de hombros en nuestra estadística lo atribuimos a la consulta pre-natal bien hecha y es de desear que ellas se multipliquen para bien de la homicultura.

Nuestra estadística sobre las presentaciones de hombros presenta ciertas particularidades dignas de ser comentadas y es lo que vamos a hacer ahora.

Las estadísticas extranjeras nos dicen que las presentaciones de hombro son mucho más frecuentes en las múltiparas que en las primerizas y Winkel, citado por el profesor Manuel Luis Pérez (Tratado de Obstetricia) nos dice que la proporción es de 24 por una, es decir, una primeriza por 24 múltiparas. Nuestras cifras están en franca contradicción con esta afirmación, pues de los quince casos que hemos obser-

vado en nuestra maternidad, nueve lo han sido en primerizas y seis en multíparas. Estas cifras, muy raras por cierto, nos llevan a hacer algunos comentarios etiológicos, con los cuales trataremos de explicar el por qué de esta contradicción.

La escuela francesa, que para nosotros es la mejor Escuela Obstétrica, divide la presentación de hombro, desde el punto de vista etiológico en dos grupos: a) francas y b) accidentales.

a) *Francas.*

La presentación de hombros franca reconoce como etiología principal las malformaciones uterinas, úteros cordiformes con un eje mayor transversal, malformación que explica las presentaciones de hombros repetidas en una misma paciente, como en un caso de los nuestros, en que tratamos tres presentaciones de hombros sucesivas en una misma parturienta. En la última le hicimos una cesárea y pudimos confirmar la anomalía ya visible exteriormente. Los úteros cordiformes son la etiología principal de las presentaciones de hombros en las primerizas y nosotros confirmamos esta opinión de la Escuela francesa al constatar seis casos de presentaciones de hombros en primerizas que no reconocían otra causa etiológica.

Un fibroma intra-uterino, que hace mayor el diámetro transversal, puede ser la causa de una presentación de hombro franca en una primeriza, como sucedió en uno de nuestros casos. El diagnóstico fué hecho al efectuarse la cesárea.

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

b) *Accidentales.*

Entre las causas de presentación de hombros accidental, se destaca en primera fila la multiparidad, con su útero grande y flácido, pero en nuestros números las primerizas han pagado un mayor tributo a la presentación de hombros. Hemos observado sólo cuatro casos atribuibles a la multiparidad. La segunda causa materna de presentación de hombro accidental, es la estrechez pélvica. A esta causa etiológica corresponde uno de los casos de primerizas de nuestra estadística.

Los fetos pequeños son causa de presentación de hombros accidental. Esta causa etiológica la hemos encontrado en el último caso de primeriza de nuestras pacientes.

Las causas ovulares de presentación de hombro accidental han tenido que ver con nuestras cifras. Hemos observado dos placentas previas que han sido la causa de dos presentaciones de hombro en multiparas.

Como hemos visto, nuestra estadística es sumamente interesante, pues las primerizas de nuestra Maternidad nos dan el mayor número de presentaciones de hombros debido a dos circunstancias: Primero, que casi todas nuestras clientes han pasado por nuestra consulta pre-natal donde, como ya dijimos, hacemos una puericultura intra-uterina digna de ser imitada, y desde luego, esta vigilancia de nuestras pacientes hace disminuir grandemente el número de presentaciones de hombro u otras distocias tanto en las multiparas como en las primerizas. Segundo, una

observación interesante y digna de ser mencionada, y es la frecuencia de los úteros cordiformes, anomalía nada rara en la mujer dominicana. Estas son las dos causas que nos han permitido presentar cifras que están en desacuerdo con las extranjeras y que nos han obligado a hacer un comentario bastante extenso sobre las presentaciones de hombros en nuestra maternidad.

El tratamiento de nuestros casos también es interesante el ser conocido. Los nueve casos en primizas han sido tratados todos por la cesárea y los correspondientes a las multíparas, todos por versión por maniobras internas. En los primeros no tuvimos que lamentar una sola defunción, mientras que en el segundo grupo perdimos dos fetos, razón por la cual nos inclinamos más hacia el tratamiento exclusivamente quirúrgico de la presentación de hombros, desde luego, cuando las indicaciones son correctas.

CAPITULO VIII

LOS MELLIZOS

El estudio de los embarazos gemelares en la maternidad del Hospital Internacional nos llevará a hacer algunas consideraciones interesantes y será motivo para que nos planteemos un problema de genética digno de estudio y de meditación.

Veit, sobre 13 millones de partos ha encontrado que el gemelar se presenta en cada 89 partos, dando un porcentaje de 11 por mil. Según Bertillon y Tchouriloff, citados por Manuel Luis Pérez en su Tratado de Obstetricia, en este porcentaje pueden influir varios factores de los cuales el principal es la raza. Ya veremos dentro de un momento que la opinión de Bertillon y Tchouriloff puede ser sostenida.

Las estadísticas francesas nos dicen que el embarazo gemelar se presenta en 11 por cada mil partos. En Suecia 15 por mil, en Alemania 13 por mil, en Suiza en 12.5 por mil, Países Bajos en 13.4 por mil, Noruega 13.6 por mil, Dinamarca 14.5 por mil. Estas

son las cifras para los países nórdicos, números que hemos podido recoger en nuestra biblioteca particular. Los países cuya raza está mezclada, como sucede en los Estados Unidos de América, dan proporciones de mellizos un poco inferior a las enunciadas para los países nórdicos, de raza blanca pura. He aquí las cifras: Estados Unidos de América, 11 por mil, Uruguay 10.4 por mil, España 10 por mil, Argentina, según estadística de U. Fernández, 7.2 por mil y nuestras cifras son también aprobatorias de la menor proporción de mellizos en los países cuya raza es mezclada. Hemos tenido en 2522 partos, 24 embarazos gemelares, lo cual arroja un porcentaje de 9.5 por mil. Lo que llama más la atención de estas cifras, desiguales entre los países nórdicos y los otros de raza mezclada, es que en los segundos la raza blanca predominante es la mediterránea y vemos que los Estados Unidos, aparentemente nórdicos, dan una cifra intermedia entre los nórdicos y los mezclados y esto se concibe muy bien, puesto que los Estados Unidos es un verdadero crisol donde se mezclan todas las sub-razas de la gran raza blanca y según Devemport, los productos descendientes de meridionales no son raros. En este país hay por consiguiente raza blanca pura y raza blanca mezclada con otras sub-razas de la raza blanca y por tanto debe dar una cifra intermedia entre los países como los nuestros y España donde la raza blanca pura, nórdica, no existe. Estas consideraciones estadísticas nos llevan a plantear un problema de genética que no deja de tener alguna importancia. Jugará un papel la mezcla de razas, especialmente la mediterránea, en el menor número

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

de mellizos? Desgraciadamente no tenemos a nuestra disposición las cifras de Italia, pero según nos parece, Argentina es un país americano donde el italiano predomina sobre el español y vemos que las cifras dadas por U. Fernández para la República porteña son las más bajas de cuantas hemos citado. Tendrá el elemento italiano algo que ver en ello?

Dejando el terreno de las hipótesis cautivadoras que acabamos de apuntar y esperando que ellas hagan trabajar las mentes de los amantes de la genética, continuemos con nuestra estadística.

Desgraciadamente hay pocas estadísticas sobre la proporción de embarazos gemelares uni o bi-vitelinos, mas sin embargo, Eugelhorn da 85% de bi-vitelinos, contra 15% de uni-vitelinos. Appert 75% de bi-vitelinos y 25% de uni-vitelinos, Bar encuentra 30% de embarazos uni-vitelinos y Ahlfeld 24% solamente. En nuestra estadística la diferencia entre una y otra clase de embarazo doble está invertida, pues hemos tenido 13 uni-vitelino, es decir, 54% y 11 bi-vitelino, es decir, 45%. Estas cifras paradójicas, con respecto a cualquier otra estadística extranjera que hemos podido ya citar, están de acuerdo con la probable etiología de los embarazos gemelares uni-vitelinos. Todos los autores aceptan como un factor etiológico de primer orden para el embarazo gemelar uni-vitelino, a la sífilis. Wiadakovich, citado por el profesor Ramírez Olivella en su *Obstetricia* de 1943, asegura que el 56% de los sifilíticos poseen espermatozoides atípicos capaces de fecundar anormalmente a una mujer y dar lugar al nacimiento de gemelos uni-vitelinos. No queremos decir que en nuestro

país la sífilis es más frecuente que en otros países, pero lo que sí aseguramos es que la sífilis mal tratada es más frecuente aquí que en muchas otras partes del mundo, como lo prueba la estadística de mortalidad fetal que hemos presentado, donde de 88 defunciones 44 pueden ser atribuídas a la sífilis, puesto que las madres de estos fetos tenían una reacción de Kahn positiva con más de tres cruces en cada tubo. Otro factor que puede influir en la mayor proporción de embarazos uni-vitelinos en nuestra estadística es el paludismo, el cual es endémico en nuestro país. Con la sífilis y el paludismo tenemos más que suficiente para explicar las lesiones de las células germinativas y por consiguiente, tener una mayor proporción de embarazos gemelares uni-vitelinos contrariamente a las estadísticas de otros países.

La última cuestión a estudiar en nuestra estadística de gemelos es su frecuencia según la paridad.

El profesor Ramírez Olivella en su Obstetricia, nos dice que la multiparidad es un factor de poca importancia en el número de embarazos gemelares, pero otros autores aseguran lo contrario y nosotros sin querer aclarar definitivamente la cuestión, damos nuestras cifras, que a decir verdad, son bastante elocuentes. De los 24 embarazos gemelares que hemos asistido, 15 los fueron en multíparas, 62%, y 9 en primerizas, 37.5%. Volvemos a repetir que no pretendemos establecer definitivamente que los embarazos gemelares sean más frecuentes en las multíparas que en las primerizas, pero nuestras cifras son dignas de tomarse en cuenta. Ahora bien, ninguna estadística hace mención si los embarazos gemelares uni o bi-vi-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

telinos son más o menos frecuentes en las multíparas o en las primerizas. Nosotros hemos encontrado un mayor número de uni-vitelinos en las multíparas y cosa curiosa, el mayor número de reacciones de Kahn positivas lo hemos constatado en las multíparas, razón por la cual quizás nuestra proporción de uni-vitelinos sea mayor.

CAPITULO IX

LA INTOXICACION GRAVIDICA Y LA ECLAMPSIA

La intoxicación gravídica.

Toda maternidad debe poseer una estadística sobre la intoxicación gravídica la cual es muy variada en sus formas clínicas. Algunas de ellas aparatosas y que requieren un tratamiento enérgico desde el principio; otras, tienen síntomas de mediana intensidad y el médico práctico no avisado en la obstetricia no les da mucha importancia y estos casos inesperadamente se hacen graves y la intervención se impone en circunstancias difíciles, ya cuando la paciente está en un estado que no resiste una mayor intoxicación. Nosotros no vamos a comentar en este trabajo la intoxicación gravídica durante los meses que nuestras pacientes concurren a la consulta pre-natal, aquí solo vamos a presentar las cifras encontradas por nosotros en pacientes que llegan con dolores de parto a la maternidad. Nuestras cifras son relativamente bajas, pues como ya hemos dicho, poseemos una consul-

ta de mujeres encinta que trabaja bastante regularmente y allí le hacemos a toda futura madre un examen lo más completo posible. Estas pacientes llegan al parto relativamente bien cuidadas y decimos relativamente bien cuidadas, porque aún nos falta el Servicio Social que iría donde las enfermas que necesitan tratamiento especial y que les ha sido indicado en la consulta para que ellas no olviden las prescripciones del facultativo. Mientras no exista el servicio social en nuestro país, la lucha contra la mortalidad fetomaterna será inútil o cuando menos insuficiente.

La intoxicación gravídica posee signos que podemos decir, son los pequeños signos de la enfermedad.

En la mayoría de las mujeres se nota un ligero aumento de la tensión arterial, este aumento se mantiene durante varios días o semanas antes de presentarse los signos más netos de la gran intoxicación gravídica cuyo término es la eclampsia convulsiva de la cual hablaremos en párrafo aparte. La tensión sistólica tiene su importancia, pero la medida de la diastólica, quizás sea más necesaria. Estos dos estudios, por demás interesantes, pueden ser ampliados en nuestro libro Cuestiones Obstétricas que apareció el año pasado en la Editorial Montalvo de esta ciudad. Sin entrar en detalles, diremos que toda tensión diastólica por encima de 80 milímetros de mercurio es un indicio de intoxicación y todo aumento de la sistólica por encima de 140 milímetros, también indica una intoxicación gravídica a la cual se le debe poner la atención debida, siempre y cuando todo concurra a establecer que la hipertensión es gravídica y no de otra causa.

El otro síntoma precursor de una gran intoxica-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

ción gravídica, es el aumento anormal de peso, el cual puede o no ir acompañado de edemas más o menos visibles. Si estas enfermas no son sometidas a una dieta especial, tienen probabilidades de llegar a la gran intoxicación gravídica cuyo término es el acceso de eclampsia. En la estadística que vamos a presentar dentro de un momento, el aumento de peso no ha podido ser controlado, pues se trataba de pacientes que nos llegaron en el momento de dar a luz o pocos días antes, pero en ellas estaba presente el edema, que es, como ya hemos dicho, un signo innegable de que estas pacientes tenían un peso anormal.

Los síntomas urinarios de la intoxicación gravídica aparecen ya tardíamente y a este respecto es bueno que recordemos el error en que incurren algunas consultas pre-natales de contentarse con un simple examen de orinas.

Nosotros tenemos por norma internar en el servicio toda paciente cuya presión sistólica sobrepase de una manera permanente la cifra de 140 milímetros de mercurio y las mismas precauciones son tomadas si la cifra de la diastólica está por encima de 80. Una semana es suficiente para que todo entre en orden y se le haya evitado un acceso de eclampsia a la paciente. Otras veces el tratamiento de desintoxicación no da resultado y entonces con estas pacientes la expectativa es inadmisibile y se debe proceder a la interrupción del embarazo como sucedió en dos de nuestras clientes internadas por fuerte intoxicación gravídica, una de las cuales llegó a tener una retinitis albuminúrica.

Y ya que hemos glosado un poco sobre los síntomas principales de la intoxicación gravídica, vamos

a dar nuestras cifras que, volvemos a repetir, son las de la maternidad y no las de la consulta pre-natal donde ellas serían mayores.

Como es sabido, hemos tenido 2522 internamientos en nuestra maternidad y en esta cifra hemos encontrado 50 intoxicaciones gravídicas con un porcentaje de 1.98%, porcentaje muy bajo si lo comparamos con las de otras maternidades extranjeras y dominicanas. Esta pobreza de intoxicación gravídica es debida, sin ningún género de dudas, a la consulta pre-natal que poseemos y a la cual concurren regularmente la gran mayoría de las mujeres que asistimos en nuestra maternidad.

De los 50 casos de intoxicación gravídica de nuestra estadística, 14 corresponden a la hipertensión arterial, es decir, 28%. Los edemas eran el síntoma dominante en 15, es decir en 30%. La albuminuria y los edemas en 13, es decir 12% y por último, la eclampsia en 9, con un porcentaje de 18%.

Vamos ahora a hacer comentarios más amplios de la eclampsia, comentarios que nos permitirán insistir sobre algunos puntos importantes de la intoxicación gravídica.

Eclampsia.

Desde luego que en este estudio estadístico no vamos a entrar en detalles sobre la eclampsia, si tal hiciéramos, nos saldríamos de nuestro propósito. Remitimos a los que quieran más información sobre tema tan interesante, a nuestro libro "Cuestiones Obstétricas" editado el año pasado.

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

Si la eclampsia es la ENFERMEDAD de las teorías patogénicas, estamos de acuerdo con Ecalte, Volhard y el profesor Manuel Luis Pérez, de que la complicación obstétrica de que nos ocupamos ahora, es uno de los problemas más serios de la Obstetricia, para el cual se han propuesto decenas de tratamientos, teniendo cada uno de ellos sus defensores y sus detractores.

Nuestra posición frente a la eclampsia está hoy bien definida. Seguimos la Escuela moderna que abandona por completo el tratamiento quirúrgico y aconseja exclusivamente el empleo del tratamiento médico a base del sulfato de magnesia, prescindiendo de la idea de interrumpir el embarazo cada vez que se presente una paciente con accesos convulsivos atribuidos a la intoxicación gravídica. El resultado de las operaciones en las eclámpicas es desastroso, pues estas enfermas son grandes intoxicadas que soportan muy mal el shock y la intoxicación complementaria natural de toda operación de importancia. Todo el mundo conoce perfectamente las perturbaciones bioquímicas consecuencia lógica de toda operación. En las eclámpicas, estas perturbaciones agravan su estado y en particular su acidosis, lo cual es una razón de peso para proscribir la cesárea en ellas. Minder, en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 27, pág. 59, de 1934, hace un paralelo entre la mortalidad con el tratamiento médico y la cesárea: 17.7% con la cesárea y 7.7% con el tratamiento médico. Wodon no ha tenido que lamentar un solo caso fatal con el tratamiento médico empleado de una manera exclusiva. En nuestra maternidad todavía no se ha hecho una sola cesárea por eclampsia y desde

luego no podemos hacer una comparación entre uno y otro método y esto es debido, como ya dijimos, a que nuestra posición es firme, siempre instituimos el tratamiento médico. Al principio utilizábamos el método de Stroganoff y más luego, hasta hoy en día, el sulfato de magnesia, métodos sobre los cuales presentaremos una estadística comparativa que es lo más instructiva. Desde luego sabemos que en nuestro país se hacen muchas cesáreas por eclampsia, pero para establecer un porcentaje correcto es menester estar bien seguro de que los casos tratados son en realidad accesos de convulsiones eclámpticas y no otra cosa.

Antes de continuar con el comentario de nuestra estadística, queremos hacer constar que para nosotros tiene mayor importancia el tratamiento profiláctico que cualquier tratamiento curativo. Esta profilaxis es obtenida con un esmerado cuidado pre-natal, no contentándonos con el simple examen de orines que por sí solo no es más que una sutil trampa de la Naturaleza para el médico no avisado, ya que, como se sabe, hay eclampsia sin albúmina, con solo un aumento de la presión arterial y un peso anormal.

El cuidado pre-natal bastante esmerado de nuestras clientes en la consulta pre-natal que hemos establecido en el Hospital Internacional, es la razón por la cual la frecuencia de la complicación que estamos glosando es muy baja. Sólo hemos tenido en 2522 partos, 9 casos, es decir 0.35%.

Según Roeder, Charpentier, De Lee, etc. la eclampsia es más frecuente en la primeriza que en la múltipara. Esta afirmación la encontramos justa en nuestra estadística, pues no hemos tenido un solo caso en múltiparas.

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

La mortalidad general por eclampsia, según diversas estadísticas, es alrededor de 20%, cifra que puede disminuir grandemente si las pacientes son tratadas en un centro hospitalario. Según Manuel Luis Pérez, podemos llegar en estas circunstancias a solo un 10%. Nosotros estamos muy por encima de esta cifra, pues hemos tenido tres defunciones en los nueve casos tratados, con un porcentaje de 33.3%. Como veremos más adelante, dos de estos casos fueron tratados con el método de Stroganoff. Al comienzo de nuestra práctica en la República, todavía no teníamos la magnífica consulta pre-natal que hoy en día poseemos y desde luego, en aquella época, ya un poco lejana, las pacientes nos llegaban sin nunca haber consultado un médico, y en estado comatoso. Esta razón justifica nuestra alta mortalidad. Pero también ha influido mucho el método empleado, pues con el Stroganoff hemos tenido dos casos fatales de cuatro tratados, es decir, 50% de mortalidad y con el sulfato de magnesia 1 solo caso, con cinco tratamientos, es decir 20%. Este caso nos llegó ya con ocho horas de coma y por consiguiente muy difícilmente salvable cual que fuera el método empleado.

El pronóstico fetal no puede ser fácilmente establecido pero es cosa harto sabida que la eclampsia es muy grave para el feto, ya que algunos autores llevan el porcentaje de mortalidad hasta 32% según unos y 44% según otros. El profesor Ramírez Oliveira, con el sulfato de magnesia tiene 25% de muertes fetales, pero según nos parece, este alto porcentaje obtenido por el distinguido profesor cubano, es debido a las grandes dosis de sulfato de magnesia que él

emplea y de todos es sabido que el ion magnesio es muy tóxico para el feto cuando se sobrepasa la dosis de 15 gramos en 24 horas.

Nuestra mortalidad general ha sido de un solo feto en diez fetos tratados, pues un caso pertenecía a un embarazo gemelar. El porcentaje de mortalidad fetal ha sido pues, de 10%, que como puede verse es muy bajo con relación a las cifras de otros autores.

Por nuestra estadística nos damos cuenta que el método de tratamiento no influye grandemente sobre el porcentaje de mortalidad fetal. Desde luego, repetimos, que nunca se debe sobrepasar la dosis de 15 gramos de sal en 24 horas.

Cuáles han sido las razones que nos han obligado a utilizar el sulfato de magnesia en lugar del método de Stroganoff? Es bien entendido que no vamos a hacer un estudio detallado de ambos métodos, pero sí hablaremos de los principales defectos del método ruso, y recordaremos las ventajas terapéuticas del sulfato de magnesia.

La cloroformización empleada en el método de Stroganoff es una cuestión sobre la cual se debe meditar, pues las lesiones hepáticas encontradas en las intoxicaciones por el cloroformo son idénticas a las producidas por la eclampsia. La morfina, otro elemento del método de Stroganoff, es netamente tóxica para el hígado. Además, la medicación opiácea en la eclampsia no es más que un paliativo, ella suprime la excitabilidad nerviosa, pero no suprime la causa de los fenómenos convulsivos. Por último, las estadísticas con el método de Stroganoff son muy cargadas en cuanto a la mortalidad materna, como por ejemplo, la de Suzor, quien de cinco casos tratados, tuvo tres

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

fracasos y nuestra estadística es también muy elocuente: de cuatro casos hemos lamentado la muerte de dos madres. Estas son las principales razones que aducimos para abandonar y desaconsejar el método de Stroganoff.

Las ventajas del sulfato de magnesia son numerosas y vamos a resumirlas ahora.

El sulfato de magnesia disminuye la excitabilidad nerviosa y produce una atenuación neta de la contractilidad de los músculos lisos, además disminuye la presión arterial y aumenta la diuresis.

El sulfato de magnesia no reduce la reserva alcalina de la sangre, como lo hacen la mayor parte de los anestésicos y muy especialmente el cloroformo.

El sulfato de magnesia no paraliza el útero, y produce una acción analgésica según lo han probado Meltzer y Auer.

El sulfato de magnesia es higroscópico y por tanto es útil en la eclampsia, pues en esta complicación de la Obstetricia existe un edema cerebral consecuencia de un trastorno en el metabolismo de los cambios acuosos y ellos deben ser tratados por sustancias fuertemente higroscópicas.

En nuestros casos de eclampsia hemos asociado al sulfato de magnesia por vía intra-muscular, la administración intravenosa de 45 cc. de suero glucosado hipertónico siguiendo la escuela de Suzor y de Wodon. El suero glucosado hipertónico es un poderoso agente que hace disminuir la tensión superficial del plasma sanguíneo. El suero glucosado hipertónico tiene una acción poderosamente diurética y actúa favorablemente disminuyendo la tensión del líquido céfalo-raquídeo, razones por las cuales lo asociamos

al sulfato de magnesia en el tratamiento de la eclampsia siguiendo, como hemos dicho, a Wodon y a Suzor.

Wodon ha comprobado una fuerte acidosis en las enfermas eclámpicas. Esta acidosis puede ser primitiva o secundaria y este desequilibrio ácido-básico puede ser tal, que la sangre puede llegar a tener un Ph. vecino de 7, es decir, al límite de acidez compatible con la vida. Para luchar contra esta acidosis Wodon aconseja el empleo del bicarbonato de sodio en gota a gota rectal.

Resumiendo el tratamiento empleado en nuestros casos de eclampsia, diremos que hemos combinado el sulfato de magnesia, 15 gramos en solución al 50% por vía intramuscular, dosis máxima en 24 horas que no debe ser sobrepasada. Suero glucosado hipertónico a la dosis de 45 cc. diarios por vía intravenosa, hasta tanto se restablezca la diuresis y por último, un gota a gota rectal con agua bicarbonatada para luchar contra la acidosis.



CAPITULO X

LAS DISTOCIAS

Al examinar nuestras cifras nos damos perfecta cuenta de la importancia de una consulta pre-natal. La gran mayoría de las distocias que vamos a estudiar, han sido inevitables. Las otras, conocidas de antemano, se les ha aplicado un tratamiento adecuado y oportuno.

Hemos tenido 2522 partos y en ellos hemos asistido 254 distocias, cifras que nos dan un porcentaje de 10%. Esta cantidad, como veremos más adelante, está compuesta en su mayoría por anomalías de la rotación intra-pélvica de la cabeza, distocia imprevisible antes del trabajo del parto.

De las 254 distocias de nuestra estadística, 184 pertenecen a las primerizas, es decir, el 72.40%. Las restantes, que son 70, pertenecen a las multíparas, es decir 27.61%. Estas cifras están absolutamente de acuerdo con las extranjeras en las cuales hemos encontrado siempre un mayor número de distocias en las primíparas.

La presentación de vértice viene a la cabeza con el mayor número de distocias, pues hemos asistido a 191 del total de 254, lo cual arroja un porcentaje de 75.19%. De este número de distocias en la presentación de vértice, es bueno conocer como se lo reparten cada una de las posiciones y variedades de posición. Es esto lo que vamos a hacer ahora.

Como la mayoría de las distocias encontrada en la presentación de vértice pertenecen a las anomalías de rotación, es lógico que sea la O. I. D. P. la que viene a la cabeza con 117, es decir 61.77%. Le sigue la O. I. I. A. con 68, es decir 39.99%. La última cifra corresponde a la O. I. I. P. con 12, es decir 6.28%.

Inmediatamente después de las distocias en la presentación de vértice debemos mencionar la presentación de frente, presentación distócica por ella misma, de la cual hemos asistido 17 casos, dándonos un porcentaje, con respecto al número total de distocia, de 6.66%.

Después de la presentación de frente debemos citar, en orden de frecuencia, la presentación de hombros con 15 casos, dándonos un porcentaje de 5.90% sobre el total de distocias. En la presentación de hombros encontramos que el mayor número de ellas fueron observadas en las primerizas y a este respecto ya hemos hecho, en el capítulo correspondiente a las presentaciones, los comentarios necesarios. Remitimos al lector a dicho capítulo.

Después de la presentación de hombros, la presentación de cara nos ha proporcionado la ocasión de asistir a 3 casos distócicos, cifra que nos da un porcentaje de 1.18% sobre el total de las distocias tratadas por nosotros.

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

Los tres casos de presentaciones de cara distócicas, corresponden dos a las multíparas y uno a las primerizas. Los tres casos de distocia en la presentación de cara fueron debidos a una ausencia total de rotación en mento-púbica, lo cual nos llama la atención, pues esta anomalía es más frecuente en las primerizas. Pero se trataba de fetos con un diámetro sub-mento-bregmático de más de 10 cm. lo cual explica la distocia. Esta proporción de distocia en la presentación de cara es bastante elevado con relación al número total de partos en dicha presentación que hemos tenido ocasión de asistir, que fueron 13, dándonos un porcentaje de 23.33% distócicos.

La presentación de nalga, a pesar de su número bastante elevado, pues hemos asistido a 91 casos de ellas, no nos proporciona sino un número mínimo de distocia. Dos casos solamente fueron anormales. Uno en primeriza, la cual tuvo una retracción del cuello sobre la cabeza última, consecuencia de la impaciencia del partero como explicaremos. El otro caso distócico, corresponde a una multípara y se debió también a la impaciencia del operador, pues se trató del levantamiento de un brazo del feto en el momento del parto de los hombros.

Como han podido darse cuenta, el número total de partos en presentación de nalgas es relativamente grande en nuestra estadística, pues le corresponde el 3.60% del total de casos asistidos en nuestra maternidad. El número tan reducido de distocias en esta presentación sin ninguna duda es debido a la conducta que aconsejamos seguir, que es la de esperar, tener paciencia y no tocar al feto que está naciendo. No haciendo maniobras a destiempo, principalmente no

halando el tronco fetal y no haciendo pujar a la paciente antes de que la dilatación no esté archicompleta. Si se hace pujar la parturienta antes de que la dilatación esté más que completa, el tronco podrá pasar por el orificio cervical, pero la cabeza no, y el cuello uterino se retrae sobre el cuello del feto, dando lugar a la distocia que señalamos en nuestra estadística. Si estando la dilatación completa, el operador, por querer ir de pronto, hala al feto, especialmente en un momento en que el útero no se contrae, es inevitable que uno o los dos brazos se levante proporcionando la otra distocia observada por nosotros. A este respecto me acuerdo de célebre maestro francés que decía "L'enfant léve les bras au ciel en disant: qui est l'imbecil qui me tire par en bas". Esta frase siempre está presente en las mentes de nuestros discípulos y ellos siempre esperan, que es la conducta más sabia que puede enseñársele a un partero joven.

Estudio de cada una de las distocias observadas.

El estudio de las diferentes distocias observadas en nuestra maternidad, seguirá el orden de frecuencia con que cada una de ellas se ha presentado. Para su estudio seguiremos un plan invariable, plan que está dividido como sigue: porcentaje sobre el número total de distocias, frecuencia en primerizas y en múltiparas, la presentación en que ha sido observada la distocia, en qué posición y variedad de posición hemos encontrado la distocia (este párrafo especial-

CUESTIONES OBSTETRICAS

mente coresponde a la presentación de vértice), causas probables de la distocia, tratamiento que hemos seguido en cada uno de los grupos de casos y por último, trataremos de dar algunas ideas de profilaxis.

1.—Anomalías de la rotación.

Las anomalías de la rotación vienen en primera línea de nuestras distocias con 128 casos del total de 254, cifra que nos da un porcentaje de 50.3%. Como era de esperarse, las anomalías de la rotación han sido mucho más frecuentes en las primerizas que en las multíparas, 103 en las primeras con un porcentaje de 80.46% y 25 en las segundas con un porcentaje de 19.52%.

En la presentación de vértice, que es donde hemos observado las anomalías de la rotación, de las cuales hablamos en este momento (más adelante veremos tres casos en la presentación de cara), la frecuencia ha sido diferente, según las diversas posiciones y variedades de posición. De los 128 casos, 104 pertenecen a la O. I. D. P. con un porcentaje de 79.22%, 8 a la O. I. I. A. con un porcentaje de 6.25%, y por último, 8 a la O. I. I. P. con un porcentaje de 6.25%.

En las primerizas la O. I. D. P. viene a la cabeza con 87 de los 103 casos, con un porcentaje de 84.47%, le sigue la O. I. D. P. con 8 y un porcentaje de 7.75% y por último la O. I. I. P. también con 8 casos e igual porcentaje.

En las multíparas también es la O. I. D. P., con 17 casos y un porcentaje de 68%, la que viene a la cabeza, le sigue la O. I. I. P. con 8 casos con 32% de un total de 25 pacientes.

Las anomalías del tercer tiempo del parto o sea de la rotación intra-pélvica de la cabeza, pueden ser de tres órdenes: por exceso, por insuficiencia o por perversión de la rotación.

El exceso de rotación es cuando el occipucio no se para al llegar a la sínfisis pública sino que continúa hacia el lado opuesto. Al estudiar las diversas variedades de posición de nuestra estadística, hemos hablado suficientemente de esta cuestión haciendo notar la fuente de error que puede haber al hacer el diagnóstico de la correcta orientación del occipucio del feto al bajar por el canal del parto.

Felizmente esta anomalía dura poco y se corrige sola, como lo prueban los casos que hemos tenido que representan un 25% del total de las anomalías de la rotación de nuestra estadística.

En el defecto de la rotación el occipucio se queda en la extremidad del diámetro oblicuo que empleó para bajar. Esta ausencia de rotación rara vez es total y si la cabeza es pequeña, podemos asistir a un parto espontáneo. Esta anomalía de la rotación es mucho más frecuente en las posteriores como lo demuestran todos los autores y nosotros lo confirmamos con las cifras que más arriba hemos dado a conocer. La ausencia de rotación está presente en el 75% de los casos de las anomalías de la rotación de nuestra estadística. Al defecto de rotación se adiciona un ligero edema del cuello, especialmente del labio anterior. Este edema, que como dijimos es la consecuencia del defecto de rotación, será a su vez una causa de no rotación de la presentación, estableciéndose un verdadero círculo vicioso. Si al edema del labio anterior del cuello se adiciona una cabeza mal-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

flexionada, tendremos juntas todas las condiciones necesarias para retardar el parto, sufriendo el feto y obligándonos a hacer una aplicación de forceps a veces muy difícil y podemos asegurar, sin temor a equivocaciones, que la indicación más frecuente del parto instrumental es el defecto de rotación con edemas del cuello y cabeza mal flexionada. El 90% de nuestras aplicaciones de forceps no reconocen otra indicación.

Puede haber una perversión de la rotación del occipucio, es decir, que en lugar de ir hacia el pubis, se dirija hacia el sacro. Esta anomalía es mucho más frecuente en las occipito-posteriores. Las estadísticas extranjeras nos dicen que el $\frac{1}{2}\%$ de las posteriores hacen su rotación en occipito-sacra. En nuestra estadística de variedades de posición las posteriores están presentes en 695 casos (O. I. D. P. y O. I. I. P.) y hemos visto que el 2% han hecho una rotación viciada.

Como hemos podido ver, las anomalías de la rotación son bastante frecuentes, especialmente la ausencia de rotación, y debemos buscarle su causa.

Ya hemos hablado al comentar nuestra estadística de variedades de posición de la diferencia que hemos notado en las dimensiones de los diámetros de la cabeza fetal de los recién nacidos de nuestro servicio del Hospital Internacional y es ahí donde nos dirigimos para encontrar la etiología de la ausencia y la pervención de la rotación en las presentaciones de vértice. En el 90% de los casos en que hemos notado la distocia que comentamos en este momento, el diámetro sub-occipito-bregmático medía más de 9 cm. y medio y todos sabemos que un aumento de medio cen-

tímetro es enorme en obstetricia. Los casos que no han podido ser atribuídos al mayor tamaño del diámetro sub-occipito-bregmático, reconocen como causa la laterocidencia de una de las manos.

Los tres casos de anomalía de la rotación que hemos asistido en presentaciones de cara han sido una ausencia de rotación en mento-púbica y es bien sabido que si la cabeza no lleva hacia atrás el occipucio, el parto es imposible. En los tres casos el diámetro sub-mento-bregmático medía más de 10 cm.

2.—*La estrechez pélvica*

Al estudiar las cesáreas en nuestra estadística, dijimos que nos sorprendía que la causa principal de la histerotomía fuera la angustia pélvica, pero es un hecho que no podemos negar. Pero a pesar de todo, nuestras mujeres proporcionan un número bastante reducido de la anomalía ósea que comentamos en este momento.

Las antiguas estadísticas presentadas al Congreso de Ginebra en 1896, dan unas cifras bastante elevadas, 10 a 12%. Litzmann lleva la frecuencia hasta el 15%. Doderlein llega a 24% etc. El profesor Pinard baja considerablemente el porcentaje y habla de 2%. La diferencia tan discordante entre las primeras cifras y las del eminente profesor francés, es debida a que él solo cuenta las angustias pélvicas que impiden la salida del feto. Pero aún así el porcentaje del profesor Pinard no está de acuerdo con el de los otros autores, pues ellos nos dicen (Bumm, Manuel Luis Pérez, etc.) que las estrecheces pélvicas que dan trastorno se encuentran en 5% de los casos.

CUESTIONES OBSTETRICAS

Nuestra estadística es muy elocuente, pues en 2522 internamientos hemos observado 30 veces la estrechez pélvica con un porcentaje de 1.18% cifra más baja que las citadas por todos los autores, inclusive por el profesor Pinard quien da el porcentaje más bajo. El total de nuestros casos pertenecen a las primizas y todos han sido diagnosticados en nuestra Consulta pre-natal, lo cual prueba una vez más, la importancia de un servicio de esta índole en todo Hospital que posee una sala de Maternidad. Esta consulta pre-natal debe ser hecha siguiendo los preceptos de la moderna Obstetricia y no contentándose con un simple examen de orinas. Todos nuestros casos terminaron por cesáreas, pues se trataba de pelvis realmente estrechas que no permitían el paso del feto.

Como una curiosidad diremos, que todas nuestras angustias pélvicas pertenecen al tipo PLATIPÉLOIDE, el cual corresponde a la antigua pelvis plana raquítica, con un promonto-retro-púbico por debajo de 9 cm.

Debido a que el mayor número de estrecheces pélvicas en nuestro país parece ser debido al raquitismo, cuestión que desearíamos que nuestros colegas confirmen o rectifiquen, estamos obligados a hacer algunos comentarios que nos parecen necesarios.

En nuestro país el raquitismo debería desaparecer, pues la carencia solar, que es uno de los factores etiológicos principales de esta enfermedad de la nutrición, está completamente ausente en la República. La alimentación artificial del recién nacido que es otro factor etiológico, prácticamente no existe o cuando menos es menor que en otros países. Pero desgra-

ciadamente hoy en día la mujer dominicana ha entrado en una vía de civilización mal comprendida y ya es bastante grande el número de recién nacidos que vemos alimentados con leche de vaca más o menos preparada correctamente, dando lugar a trastornos alimenticios que más tarde serán la causa de un raquitismo, el cual será un factor etiológico de primer orden en la producción de pelvis modificadas y poco aptas para dejar pasar el feto. Debemos luchar contra la alimentación artificial del recién nacido y especialmente contra una alimentación artificial sin reglas. Esta lucha la hemos comprendido nosotros en el Hospital Internacional donde todos los martes tenemos la única consulta de niños sanos que existe en la Capital.

El profesor Marfan cita, como factor etiológico de importancia del raquitismo, a la sífilis. Ya hemos visto al estudiar la estadística de mortalidad infantil en nuestra maternidad, la importancia que juega la sífilis, pues el 50% de las defunciones pueden ser atribuidas a dicha enfermedad. La sífilis de la mujer encinta y en general toda sífilis, es mal tratada en nuestro país, debido a la falta de recursos de los enfermos o a la ignorancia de los mismos. Si la infección fracastoriana fuera mejor cuidada, el raquitismo y otras muchas cosas desaparecerían del cuadro nosológico dominicano.

Otro factor de raquitismo que debería desaparecer, es la mala nutrición de la mujer encinta, la cual necesita un régimen nutricional diferente a la no grávida, régimen bien balanceado que a veces les es imposible seguir debido a su falta de recursos. Creemos que con las cantinas maternas haríamos una



CUESTIONES OBSTETRICAS

gran obra de bien social tanto para la mujer encinta como para sus niños, pues a estas cantinas estarían obligadas a ir las madres acompañadas de sus hijos pequeños, allí se les daría comida a ellas y consejos para criar correctamente a sus hijos.

Resumiendo podemos decir, que la estrechez pélvica es rara en nuestro país y que podía ser reducida a casi cero si el factor raquitismo fuera eliminado con las medidas que hemos indicado.

3.—*Cortedad del cordón.*

Ya hemos hablado de la cortedad del cordón como una de las causas del no encajamiento de la presentación de vértice en las primerizas durante los últimos meses del embarazo y estamos cada vez más convencidos de que, conjuntamente con el aumento de los diámetros de la cabeza fetal, es una razón más que suficiente para justificar nuestra hipótesis etiológica, especialmente examinando las cifras de nuestra estadística y al compararlas con las extranjeras, cosa que haremos dentro de un momento.

Después de las anomalías de la rotación, ha sido el sufrimiento fetal la indicación más frecuente de nuestras aplicaciones de forceps. En gran número de casos el feto ha presentado signos de estar sufriendo dentro del claustro materno porque el cordón ha sido comprimido y esta comprensión ha estado favorecida por circulares flojas del tallo funicular alrededor del cuello del feto. Otras veces el parto instrumental ha tenido su indicación, porque la presentación quedaba alta a pesar de unas buenas contracciones uterinas. Esta molestia al libre descenso o a

la salida del polo fetal, era debida con gran frecuencia a cordones cortos bien sea natural o accidentalmente. Al prolongarse el parto, es natural que el feto sufra, habiendo por consiguiente una indicación más para emplear el forceps.

El cordón es corto cuando mide menos de 30 cm. Esta brevedad puede ser natural o accidental, es decir, que el tallo funicular presente una anomalía en su desarrollo o esté enredado alrededor del cuello o de otra parte del feto.

Las primeras son raras y las estadísticas extranjeras no dan un porcentaje exacto. Nosotros hemos observado 808 casos de brevedad natural o accidental del cordón y en ellos hemos encontrado siete veces cordones naturalmente cortos de menos de 30 cm., con un porcentaje de 4.24% sobre el total de distocias.

La brevedad accidental del cordón es debida, como ya dijimos, a circulares del tallo funicular alrededor del cuello o de otra parte del cuerpo del feto. La mayoría de las veces es alrededor del cuello y nosotros lo hemos encontrado allí en 95% de los casos, rara vez alrededor del tronco y más raro aún alrededor de uno de los miembros. Alrededor del cuello hemos observado un caso en que el cordón presentaba cinco vueltas. Un anillo alrededor del cuello reduce el cordón de 50 a 20 cm. y desde luego si se trata de un cordón normal, la brevedad será real y molestará de una manera cierta el mecanismo normal del parto. Felizmente las circulares del cordón se presentan casi siempre en aquellos casos de cordones largos y por tanto las distocias son raras. De los siete casos de distocias por brevedad del cordón, dos corresponden

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

a la accidental y los cinco restantes a la natural y todos en múltiparas.

Nuestro maestro Devraigne nos decía, que las circulares del cordón son muy frecuentes, 1 en cada seis partos de vértice. Wickel, citado por el profesor Manuel Luis Pérez en su Tratado de Obstetricia, habla de 20 a 25% y nosotros encontramos el cordón alrededor de una parte fetal en 35% de los partos de vértice.

El diagnóstico de la distocia que estamos comentando es difícil, por no decir imposible, durante el embarazo, a pesar de la opinión del profesor Bar quien aseguraba que podía hacerse cada vez que se oía un soplo isocrono al pulso fetal. Por nuestra parte nunca hemos podido oír dicho soplo, pero no por eso negamos el síntoma descrito por el eminente profesor Bar quien fué uno de los indiscutidos maestros de la Obstetricia francesa. El profesor Tarnier y Laray nos dicen que son necesarios cuando menos 20 cm. de cordón para que el parto de vértice pueda efectuarse y esta afirmación de los eminentes autores franceses nos indica que la distocia por brevedad del cordón será de mayor o menor grado según la longitud del tallo funicular y su diagnóstico durante el trabajo del parto será posible o cuando menos sospechado, cada vez que una cabeza queda alta a pesar de las contracciones uterinas suficientes y una pelvis amplia. La cabeza puede llegar a la vulva pero queda en esa región como pegada, siendo nula la acción de las contracciones uterinas para ponerlas fuera de los órganos genitales. Como ya dijimos, hemos observado solamente 7 casos que entran en esta categoría.

El pronóstico materno es benigno, pues la breve-

dad excesiva es muy rara, pero podemos observar accidentes más o menos serios como es la fatiga natural de un trabajo que se prolonga más de lo necesario. Esta complicación la hemos observado nosotros en algunos casos en los cuales la intervención no ha sido decidida a tiempo debido a la falta de experiencia de un interno novel. Nosotros no hemos observado un solo caso de hemorragia por desprendimiento placentario ni tampoco la inversión uterina, complicaciones señaladas en los libros de texto. No es que neguemos su existencia, solo apuntamos un hecho de nuestra práctica. El feto sufre debido a la lentitud del trabajo y a las contracciones frecuentes e ineficaces. El sufrimiento fetal puede ser la consecuencia de la compresión del cordón cuando se trata de circulares flojas que pueden ser comprimidas entre la cabeza fetal y la pelvis materna. El sufrimiento fetal viene en segundo lugar en nuestro estadística como indicación de la aplicación de forceps, este sufrimiento fetal en gran número de casos fué la consecuencia de circulares del cordón que retardaban el trabajo o favorecían la compresión del tallo funicular entre la cabeza fetal y la pelvis materna. El feto puede morir asfixiado por la compresión del cordón o por el desprendimiento placentario. Todos nuestros casos han tenido un diagnóstico a tiempo y el resultado ha sido bueno, pues seguimos la Escuela del inolvidable maestro Devraigne quien siempre nos enseñó hacer las aplicaciones de forceps antes de que el traumatismo natural del instrumento ayudara a la muerte del feto. Nunca hemos observado la muerte fetal por ruptura del cordón, probablemente porque para que este accidente se produzca es menester un cordón extremada-

mente corto, un útero excepcionalmente vigoroso o una aplicación de forceps brutal.

4.—*El vaginismo.*

Erradamente es llamada viginismo, la resistencia anormal del periné. El vaginismo en realidad no es otra cosa que un espasmo de los elevadores. Es una distocia relativamente frecuente en la práctica diaria; nuestra estadística nos la muestra en 1.20% del total de primerizas: 1254 primerizas y 15 espasmos de los elevadores, representando el 5.86% del total de distocias encontradas por nosotros.

Las causas encontradas por nosotros han sido múltiples. En algunos casos ha sido una fisura del himen, en otros una inflamación vaginal u otra lesión, como por ejemplo una excoriación. Para el partero tiene gran importancia el conocer el vaginismo llamado idiopático, pues nos acordamos que nuestro Maestro Devraigne decía que cuando estuviéramos en presencia de un vaginismo al cual no se le podía atribuir una etiología neta, se debía pensar siempre en la estrechez pélvica, pues en estos casos, la mala pelvis se acompaña de malos tejidos. De esta manera hemos podido nosotros sospechar y diagnosticar más tarde una angustia pélvica.

En las múltiparas puede observarse el vaginismo, o espasmo de los elevadores, en aquellos casos en los cuales se ha hecho una miorrafia anterior creando de esta manera una atresia anatómica. En nuestra estadística hemos encontrado dos casos de periné cicatricial en pacientes a quienes se les hizo no una perineorrafia, sino una verdadera miorrafia. Esto

nos obliga a advertir a nuestros colegas cirujanos, sobre la necesidad de ser muy prudentes en las perineorrafias en aquellas pacientes que todavía están en período genital activo.

5.—*Rigidez del cuello.*

En este párrafo de las distocias de nuestra estadística, hablaremos únicamente de la rigidez del cuello secundaria de la cual hemos observado 9 casos dándonos un porcentaje de 3.54% sobre el total de distocias. De este total de rigidez del cuello, 7 corresponden a la rigidez sero-sanguínea y dos al síndrome de Schickelé.

La rigidez por infiltración serosa o sero-sanguínea del cuello, es la que con más frecuencia se encuentra en la práctica y esta afirmación la vemos confirmada en nuestra estadística. La rigidez sero-sanguínea la hemos encontrado 6 veces en posiciones posteriores y una sola vez en una O. I. I. A. Todos los casos corresponden a una cabeza mal flexionada y mal orientada en primerizas. En un caso hemos tenido que llamar en nuestro socorro a las incisiones del cuello en su labio anterior, los otros seis casos han sido vistos por nosotros ya con una dilatación casi completa y el cuello presentando un pequeño rodete edematoso que ha podido ser fácilmente pasado por encima de la cabeza fetal en el momento de una contracción uterina. Este hecho nos prueba suficientemente la diferencia que existe entre esta variedad de rigidez y la que estudiaremos dentro de un momento. La rigidez sero-sanguínea puede desaparecer desde

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

que las contracciones uterinas vuelven a ser normales y que la cabeza apoye sobre el orificio cervical.

La rigidez espasmódica, llamada por Peralta Ramos síndrome de Schickele, en honor al gran alsaciano que describió por primera vez en 1929, la correlación o sinergia cérvico-corporal, la cual puede disociarse y dar lugar a lo que llamamos rigidez espasmódica o al síndrome denominado por Manuel Luis Pérez "trismo uterino". La disociación es posible por la inervación especial del útero y el cuello, inervación que es independiente en ambos. El cuerpo recibe sus nervios del plexo ganglionar de Frankenhauser y el cuello tiene una inervación propia, medular, que le es exclusiva al igual que los otros esfínteres. La prueba de esta inervación propia la tenemos en la raquianestesia la cual facilita grandemente la dilatación manual del orificio cervical como lo hace Paul Delmas en su método de parto forzado.

La rigidez espasmódica la hemos observado dos veces en nuestra estadística, una vez en una primípara y en una O. I. I. A. y otra en una múltipara en una O. I. D. P. Ambas pacientes, de temperamento muy nervioso y afectadas de un desequilibrio vago-simpático neto y fácil de diagnosticar. En ambas, los síntomas fueron los mismos: dolores intensos, permanentes, con irradiaciones lumbares típicas.

Ambos casos fueron tratados y vencidos con el tratamiento antiespasmódico: atropina, pantopón y cloral en enemas de retención siguiendo la escuela argentina, pues en nuestro país nos ha sido imposible conseguir la espalmagina, medicamento aconsejado y probado por el ilustre profesor cubano Doctor Ramírez Olivella. Debido a la dificultad de encontrar la

espalmagina es que nosotros aconsejamos la asociación de los medicamentos que hemos mencionado hace un momento.

6.—*Fetos gigantes.*

El interés obstétrico de los fetos gigantes reside en que ellos crean una estrechez pélvica de origen fetal. Un feto puede considerarse gigante desde que su peso sobrepasa las ocho libras y media. En nuestro país los fetos de ocho libras y media no son raros y todos los parteros estarán de acuerdo con nosotros cuando afirmamos que son relativamente pocas las distocias debidas a fetos gigantes del peso indicado, lo cual viene a confirmar una vez más, la amplitud de la pelvis de nuestras mujeres. Debido a esta ausencia casi total de distocias con fetos del peso que los textos indican, como límite para un feto normal, es que nosotros no contamos en nuestra estadística sino aquellos que sobrepasan las nueve libras. En una palabra, que nosotros llevamos el límite de peso normal hasta las ocho libras y media y consideramos gigantes sólo aquellos fetos que sobrepasan las nueve libras. Vistas las cosas de esta manera, diremos que hemos asistido a 11 fetos pesando más de nueve libras, cifra que nos da 4.23% sobre el total de distocias tratadas por nosotros y llevando los números un poco más lejos, diremos que de 2522 partos que comprende nuestra estadística, el 0.43% de los fetos eran gigantes de más de nueve libras. Como puede verse, los fetos de un peso anormalmente grande, son relativamente raros en nuestro país.

Cazeau señala un feto de más de 18 libras, Beach

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

otro de 22 libras y nuestro campeón "peso pesado" ha sido de trece libras, los otros fluctúan entre 9 y 10 libras y media.

Todos nuestros fetos gigantes presentaban la característica de una cabeza grande, dura, poco reductible y especialmente un biacriomial desmesuradamente grande.

Los libros de texto dicen que los fetos gigantes pertenecen a individuos de raza de gran estatura, sin embargo diremos que el total de nuestros casos pertenecen a madres y padres dominicanos, individuos de talla mediana y aún por debajo de la estatura de los europeos. También se dice que los fetos gigantes nacen de padres robustos y a este propósito diremos que el 80% de nuestros casos pertenecen a padres con un peso que no sobrepasa los límites de la normalidad.

Se dice también que los fetos gigantes se presentan en madres que han sobrepasado los 30 años. Nuestra estadística tampoco está de acuerdo con esta afirmación, pues todos nuestros casos han sido observados en madres jóvenes, de menos de 25 años y en tres casos la edad de estas prolíficas dominicanas no llegaba a los 18 años.

La multiparidad también ha sido señalada como causa de fetos gigantes. Como es sabido, la multiparidad es muy frecuente en nuestro país y los fetos gigantes son relativamente raros y además, de los once casos que estudiamos en nuestra estadística, seis corresponden a las multíparas y cinco a las primerizas, cifras sensiblemente iguales y que no hacen inclinar la balanza de ningún lado.

(Algunas enfermedades de la madre pueden influir en el tamaño del feto. Entre éstas se pueden citar, en primer lugar, a la diabetes. El 60% de los niños nacidos de madres diabéticas presentan un peso por encima del normal, pero como lo afirma el profesor De Lee, hay veces que es suficiente una ligera hiperglicemia para dar fetos gigantes. Esta observación del eminente obstetra americano nos obliga a buscar la diabetes en aquellas madres que han dado a luz fetos con un sobrepeso aun sin presentar signos manifiestos de una diabetes, especialmente si ella misma tiene un peso por encima de la mediana normal. Cada vez que hemos encontrado un feto con peso por encima de nueve libras, siempre hemos buscado la diabetes y no la hemos encontrado presente en los casos de la estadística que hoy damos a conocer. Las dos causas etiológicas más probables de nuestros casos las vamos a dar a conocer. En primer lugar, la obesidad de la madre, que es muy frecuente en nuestro país, obesidad debida al exceso alimenticio, al sedentarismo y con gran frecuencia a un trastorno endocrino. En segundo lugar a la sífilis, cuya insólita frecuencia es notoria en nuestros servicios hospitalarios. Nuestros casos en su gran mayoría, 80% para precisar aún más, lo hemos visto en madres con peso verdaderamente anormal. Otras pocas, teniendo un peso normal y aún por debajo de la mediana, tenían una reacción de Kahn de más de tres cruces en cada tubo y las menos, no tenían ni un sobrepeso, ni una reacción positiva, ni eran diabéticas, quedando en ellas en suspenso el diagnóstico etiológico de su gigantismo fetal.

Todos nuestros fetos gigantes han nacido de vér-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

tice, 5 partos han sido lentos, consecuencia de la inercia debida a la sobredistensión uterina y todos han presentado la distocia al salir los hombros, lo cual confirma la opinión de que mientras más grande es el feto, mayores riesgos corre, de lo que se deduce que el pronóstico está en relación directa con el volumen.

La muerte del feto es debida al trabajo prolongado, el cual tiene como consecuencia la asfixia. La etiología de la muerte puede ser una hemorragia meníngea debida al éxtasis sanguíneo o por traumatismo operatorio. En nuestra estadística hay dos pérdidas fetales, una por hemorragia meníngea por un trabajo prolongado. Esta paciente se negó a hacerse una cesárea y ya el feto muerto, hubo necesidad de terminar el parto con una basiotripsia. El otro feto murió como consecuencia de una hemorragia meníngea debida a una aplicación de forceps difícil. Hemos tenido pues, dos muertes fetales con un porcentaje de 18.18%. El feto puede sufrir también una fractura del húmero o de la clavícula, también puede tener una parálisis del plexo braquial.

El pronóstico materno está ensombrecido por el peligro de la ruptura uterina, la cual puede producirse espontáneamente o consecutivamente a las maniobras necesarias para la extracción del feto. Las laceraciones de las partes blandas maternas son frecuentes si no se hace la episiotomía profiláctica, operación que siempre hemos ejecutado en nuestros casos. Las hemorragias del alumbramiento no son raras y reconocen como causa la inercia uterina debida a la sobredistensión. Nosotros hemos asistido a dos hemorragias del alumbramiento, cifra que nos da

un porcentaje de 18.18%. El último riesgo que corre la madre es el de la infección, debida al parto laborioso y prolongado, nuestra estadística es muda a este respecto.

Paul Dubois daba el 12.5% como cifra de mortalidad materna por fetos gigantes. Todos nuestros casos han tenido un resultado materno satisfactorio. Los once casos de fetos gigantes han tenido los tratamientos siguientes: dos cesáreas, es decir, el 18.18%. Una basiotripsia. Seis partos espontáneos con un porcentaje de 54.54%, lo cual nos confirma más aún la idea que tenemos de la gran amplitud de la pelvis de nuestras mujeres. Tres aplicaciones de forceps difíciles. De estos tres fetos perdimos uno como arriba hemos dicho.

7.—*Edema vulvar*

El edema vulvar voluminoso que llegue a ser un obstáculo para el parto, es raro, pero su interés es grande para el médico práctico y es por esto que nos ocuparemos de él a pesar de haber tenido un solo caso en los 2522 partos que comprende nuestra estadística.

El edema vulvar voluminoso es debido al anasarca y puede ser la causa de molestias mecánicas más o menos grandes, pero el mayor peligro reside en que la infiltración de los tejidos perineales los hacen sumamente frágiles, de ahí que las laceraciones extensas no son raras en estos casos. Nosotros siempre seguimos la práctica de nuestro maestro Devraigne quien siempre nos aconsejaba hacer la episiotomía profiláctica en los casos aún de pequeños edemas. La

episiotomía en estos casos no debe ser suturada, pues si tal se hiciera, los hilos cortan y la cicatrización es defectuosa.

DISTOCIA DE LA FUERZA

8.—*La inercia uterina.*

Se llama inercia uterina, cuando las contracciones son insuficientes para llenar su cometido. El profesor Demelin, maestro de mi maestro Devraigne, llamaba a la inercia uterina con el nombre sugestivo y bien característico de "Hiposistolia uterina".

La inercia uterina puede ser primitiva o secundaria. La primera se presenta desde el principio del parto y la segunda después de un comienzo de trabajo normal.

En nuestra estadística hemos tratado 19 casos de inercia uterina, los cuales representan un porcentaje de 7.48% sobre el total de distocias. Como hemos dicho, la inercia puede ser primitiva o secundaria. En nuestra estadística hemos encontrado NUEVE de las primeras y 10 de las segundas, lo cual nos da un porcentaje de 47.21% de las primeras y 52.63% de las segundas sobre el total de inercias. Estas cifras nos enseñan, que tanto la una como la otra, han sido vistas con igual frecuencia en nuestro servicio de maternidad.

La etiología de una y otra variedad de inercia encontradas por nosotros es interesante el ser comentada en el presente trabajo.

La inercia primitiva reconoce como primera cau-

sa una adherencia del polo inferior del huevo constituyendo la "aglutinación del cuello". Por esta causa hemos observado un caso en nuestras cifras. El parto prematuro es otra causa, pero ella no ha estado presente en nuestra estadística. Las primerizas añosas en las estadísticas extranjeras son causas de inercia primitiva, pero en nuestra estadística esta etiología no ha sido señalada. Según Pajot, Henri Vignes y Clauser, ciertos hábitos constitucionales, quizás una inhibición nerviosa por el simpático, como se interroga el profesor Manuel Luis Pérez, en su Tratado de Obstetricia, son causas de insuficiencia de la contracción uterina. Esta etiología brilla por su ausencia en nuestra estadística. En las modificaciones anatómicas de las fibras lisas, como se observa en algunas anomalías de desarrollo del útero, en la mujer fibromatosa, en las mujeres que han padecido de endometritis o en las obesas, pueden presentarse la hiposistolia uterina. Nosotros hemos encontrado dos casos que pueden ser atribuidos a la obesidad de la parturienta y otro atribuible a un edema generalizado de la paciente. La retención hídrica, consecuencia de un trastorno del metabolismo de los cloruros, imbibición los tejidos y especialmente la fibra uterina, haciéndola menos efectiva en su trabajo, de ahí que la dieta "pobre en sal" durante los últimos meses del embarazo, reduce el tiempo del parto porque hay mejores contracciones uterinas debido a que la imbibición es menor y el cuello, que está poco imbibido, se dilata mejor y más rápidamente. Nosotros aconsejamos a todas nuestras clientes la reducción de la ingesta de cloruro de sodio durante las últimas semanas del embarazo y quizás sea por esta razón que el edema no es

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

una causa etiológica más frecuente en nuestras cifras. Es éste un punto de práctica sobre el cual invitamos a que nuestros colegas reflexionen. La distensión uterina es una causa frecuente de inercia y efectivamente, en nuestra estadística esta etiología ha sido encontrada cinco veces, y siempre debida a fetos gigantes.

La inercia secundaria es el producto de un cansancio de la fibra uterina en lucha contra un obstáculo al libre pasaje del feto. La estrechez pélvica, un tumor previo y las posiciones posteriores, son las causas más frecuentemente señaladas por los autores. Nuestras cifras no hablan de la estrechez pélvica, ni de los tumores previos, pero sí de las posiciones posteriores las cuales han estado presentes ocho veces en la etiología de la inercia secundaria. Los dos casos que faltan de nuestra estadística son curiosos y dignos de ser señalados. En ambos se trataba de pacientes que nos llegaron con el diagnóstico de parto imposible por inercia uterina, en los dos encontramos una vejiga llena y el único tratamiento que se les hizo fué el cateterismo vesical después del cual el útero recobró su potencia contráctil poniendo fuera al feto sin la ayuda de medicamentos o de instrumentos.

CAPITULO XI

LAS CESAREAS

En la estadística de diez años que estamos comentando y que comprende 2522 internamientos en nuestra maternidad, encontramos 54 cesáreas, cifra que arroja un porcentaje de 2.14%, muy bajo si lo comparamos con el de otros hospitales del país.

De las 54 cesáreas, 42 fueron clásicas, es decir, 77.7% y 12 bajas, es decir, 22.22%.

Con el método clásico hemos seguido técnicas diferentes, unas veces con exteriorización del útero, otras sacando afuera del abdomen el tumor uterino y otras sacando el huevo entero como lo vimos hacer varias veces a nuestro querido maestro Devraigne.

Cuando hemos seguido el método bajo, hemos empleado el procedimiento ideado por Berk, es decir, sección transversal del peritoneo vésico-uterino, desprendimiento de dos colgajos de serosa, incisión del segmento inferior y colocación, a manera de chaleco, de los dos colgajos peritoneales sobre la herida uterina. La primera cesárea baja la practicamos en el año 1930 . Creemos que fuimos los primeros en ejecutarla en la República y en compañía del inolvidable amigo el Doctor Luis E. Aybar Jimenez.

Las indicaciones de nuestras cesáreas han sido

maternas y fetales. Las indicaciones maternas son más numerosas, 77.77% y las fetales sólo 22%.

Contrariamente a como debía suponerse, la estrechez pélvica está en primer plano como indicación materna, 30 casos, es decir, 55.55%. Nuestro asombro al ver la estrechez pélvica como primera causa de cesárea es debido a su rareza en nuestro país.

Después de la estrechez pélvica, viene en segundo lugar, la placenta previa como indicación materna, 7 casos, es decir, 12.96%. Aquí también están en contradicción las cifras con la práctica, pues la endometritis, que es una de las causas principales de placenta previa, es de una abundancia loca en nuestras consultas de ginecología.

Dos cesáreas fueron practicadas por haber sufrido la paciente una cesárea anterior.

Otros dos casos fueron operados por toxemia gravídica, no convulsiva, en pacientes cuya intoxicación estaba caracterizada por fuerte hipertensión y albuminuria, las cuales no cedieron al tratamiento médico. En uno de estos casos la paciente llegó con una retinitis albuminúrica. Ambas enfermas curaron después de extraérseles los fetos vivos.

El último caso cuya indicación fué materna, se debió a un fibroma previo. La cesárea fué hecha y el fibroma se extirpó por miomectomía. Esta madre ha vuelto a salir encinta y ha dado a luz por las vías naturales dos veces consecutivas.

Entre las causas fetales viene en primera línea la presentación de hombros con 9 casos, es decir, 16.6%. Todos ocurrieron en mujeres que nunca habían venido a nuestra consulta pre-natal y en quienes la versión por maniobras externas fué imposible en el

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

momento de su admisión. Estas cesáreas fueron practicadas por la ignorancia de las enfermas y por la carencia de un servicio social que obligue a toda mujer encinta a consultar durante su embarazo.

Los fetos gigantes vienen en segunda línea como indicación fetal de la cesárea en nuestra estadística. Hemos practicado dos cesáreas por fetos de 15 y 12 libras, es decir 3. 70%. El primero fué un feto muerto, debido a que la paciente llegó al hospital después de muchas horas de trabajo en su casa y el segundo nació vivo a pesar de haber estado bajo los cuidados de una comadrona durante largas horas de parto.

El último caso de indicación fetal corresponde a una prociencia del cordón. La paciente nos llegó con dolores, bolsa de las aguas intactas, cabeza abajo y el cordón latiendo delante del polo fetal. Se trataba de una primeriza de 38 años y preferimos la cesárea por proteger mejor los intereses fetales y también maternos.

Como puede verse, muchas de estas cesáreas hubieran podido evitarse con un poco menos de ignorancia y con un servicio social que con enfermeras visitadoras, llegaría hasta el hogar de cada mujer a predicar las necesidades del examen pre-natal de toda mujer en estado grávido.

El estudio de la anestesia que hemos empleado en nuestros casos de cesárea es instructivo y por tanto merece la pena ser comentado.

De los 54 casos de cesárea, 13 fueron operados con raqui-anestesia, es decir, 24.07%. Siempre empleamos la escurocaína sólida disuelta en 10 c. c. de líquido céfalo-raquídeo y siguiendo la técnica corriente de toda raqui-anestesia. Durante los primeros

años de nuestro ejercicio profesional, la raqui-anestesia era el ideal para la operación cesárea. Desgraciadamente tuvimos el caso fatal de una paciente que ya operada y en el carrito para transportarla a su cama, murió repentinamente. Más tarde tuvimos la explicación de lo sucedido cuando se publicaron los trabajos de De Lee, Brouha, Voron, Winter, Halban, etc., los cuales probaban la vulnerabilidad bulbar de la mujer en trabajo de parto frente a los compuestos de cocaína.

La raqui ha sido completamente abandonada para la cesárea a pesar de sus ventajas verdaderamente apreciables, pues ella procura un silencio abdominal completo, un relajamiento total de la pared y hace contraer vigorosamente el útero, reduciendo a casi cero la pérdida sanguínea. El dolor de cabeza y el dolor al implantar la aguja, son dos inconvenientes a adicionar al ya serio de la vulnerabilidad bulbar.

De los 54 casos de nuestra estadística, 36 fueron operados bajo anestesia etérica, es decir, 66.66%. Para asegurar al niño la absorción de la menor cantidad de anestésico, tenemos por costumbre, comenzar la inhalación con la paciente ya preparada de un todo.

El éter tiene sus peligros, de los cuales el principal es el de las complicaciones pulmonares, pero tomando ciertas precauciones, y empleando el éter caliente, éstas pueden ser evitadas.

Un inconveniente serio de la anestesia etérica lo constituye la molestia al poner en contacto la máscara con la cara de la paciente. Esta dificultad la hemos sorteado en cinco casos inyectando intravenosamente una pequeña dosis de Evipan siguiendo el método

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

que empleamos para la anestesia obstétrica general y que tan buenos resultados nos ha dado . En la jeringuilla cogemos 3 c. c. de la solución de Evipal al 10% y le agregamos 10 c. c. de sangre de la paciente y esta cantidad total la inyectamos lentamente. Obtenemos de esta manera una imno-analgnesia de la cual no sufre el feto y la madre soporta admirablemente la molestia de la mascarilla.

El procedimiento anestésico que acabamos de describir, es el que aconsejamos, pues con él los resultados han sido perfectos tanto para la madre como para el feto.

Sabemos que hoy en día el favorito es el ciclopropano, pero este anestésico es imposible emplearlo en nuestro país por carecer de los aparatos especiales y de anestesista experto. Con el ciclopropano, según los trabajos que hemos leído, la anoxemia fetal no existe, la retracción uterina es perfecta, reduciéndose a cero la pérdida sanguínea.

Para cerrar esta parte de nuestro trabajo, diremos que hay tendencia hoy en día a hacer las cesáreas con anestesia local y ya en la Maternidad América Arias de la Habana, cuyo Director es el distinguido profesor Ramírez Olivella, son contados los casos de cesáreas bajo anestesia por inhalación o con raqui-anestesia. Este método de anestesia nos parece que será el de elección, pues con toda seguridad protege mejor los intereses feto-maternos que es el ideal de todo método de anestesia obstétrica.

Nuestra mortalidad materna ha sido bastante alta en los 54 casos de cesárea que comprende nuestra estadística, 7.42%, pero desde ahora diremos, que quizás un solo caso pueda ser realmente atribuído a

la operación en sí como podrán darse cuenta al leer los comentarios que vamos a hacer inmediatamente.

El caso que hemos tenido y que podemos achacar de una manera cierta a la operación helo aquí:

Se trataba de una primeriza que llegó al Hospital con tres días de trabajo. Se nos asegura que no había sido examinada en su casa por ninguna comadrona. Al admitirla la temperatura era de 38, membranas rotas, líquido amniótico no fétido, cabeza alta y pelvis plana. Se decide una operación cesárea baja, pero la paciente muere de peritonitis una semana más tarde a pesar de los tratamientos médico-quirúrgicos que le fueron practicados.

Los otros tres casos fatales de nuestra estadística pueden ser atribuidos a causas extrínsecas. Uno tuvo lugar catorce días después de la operación, con la paciente ya levantada y en disposición de abandonar el servicio. Se trataba de una cardíaca congénita a la cual le habíamos practicado una cesárea por desproporción feto-materna. Esta paciente murió a consecuencia de desfallecimiento cardíaco agudo contra el cual fueron inútiles todos los tratamientos empleados por un cardiólogo de nuestra Ciudad. Los otros dos casos fatales fueron la consecuencia de accidentes anestésicos. El primero en una paciente con estrechez pélvica operada bajo anestesia raquídea, al terminar la operación la paciente muere repentinamente por parálisis bulbar. Ya hemos hablado de la sensibilidad bulbar de las mujeres en trabajo de parto a los compuestos de cocaína. El último caso fatal fué debido a un accidente anestésico empleando el éter la paciente murió antes de terminarse el acto operatorio.

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

Como puede verse, si expulgamos bien nuestra estadística, la mortalidad por cesárea ha sido relativamente baja.

Qué nos dicen las estadística extranjeras con respecto a la mortalidad por cesáreas?

Winter, alemán, publica en Zentralblatt fur Gynekology, 30, 27 julio de 1929 sobre la mortalidad por cesárea en diferentes clínicas alemanas y ha encontrado la cifra de 7.1%. Trillat, (Bulletin de la Société de Gynecologie et Obstetrique de Paris, 1935, pág. 715 (publica una estadística de cesáreas por placenta previa y nos da 10% de mortalidad. Según nos parece, esta gran mortalidad de Trillat parece ser debida a que el autor operaba demasiado tarde y por consiguiente las pacientes estaban anemiadas y por tanto con una resistencia muy pobre al acto operatorio y a la consiguiente pérdida sanguínea. En nuestra estadística, la placenta previa ha sido la causa de cesáreas en 7 casos y ni uno solo ha tenido un resultado fatal.

Henry Leidenheimer, del Charity Hospital de Luisiana, Estados Unidos de América, habla de 8% de mortalidad por cesáreas practicadas por eclampsia.

La mortalidad por cesárea hoy en día debe fluctuar entre 2 y 4% como lo prueban las estadísticas de Robert Normandie en el New England Journal of Medecine, 223, 54, 50 julio de 1940 y James K. Quigley en New York State Journal of Medecine, 40, 669, 704, 1 de mayo de 1940, etc.

La mortalidad en la cesárea baja o alta puede tener un porcentaje más o menos igual en circunstancias clínicas puras. Pero cuando se trata de casos impuros, los resultados del método bajo son infinita-

mente más satisfactorios como lo prueba Brindeau, 10 a 27% de mortalidad con el método clásico y 0.6% a 3% con el método bajo. El profesor De Lee y Schikelé dan cifras muy parecidas.

En nuestro país la mortalidad por cesárea debe ser todavía más alta que en cualquier otro país, pues todavía existen las comadronas de ocasión las cuales hacen partos sin la menor idea de asepsia y envían sus pacientes al Hospital después de haber trabajado mucho con ellas y por consiguiente estas enfermas llegan al servicio en un estado físico lamentable, consecuencia de la infección, de un trabajo largo y de condiciones pésimas de vida. Nuestra estadística en cuanto a la mortalidad infantil con la cesárea es halagadora, ya que sólo hemos tenido un 2% de mortalidad. En uno de los casos fatales se trataba de un feto de 15 libras, la madre fué traída al Hospital después de un largo tiempo de trabajo en la casa y preferimos la cesárea baja a una embriotomía. El segundo caso corresponde al de una paciente que después de varias horas de trabajo en su casa, bajo el cuidado de una de nuestras comadronas, nos llega con un feto cuyo corazón latía rápidamente. Existía una estrechez pélvica y le fué practicada una cesárea baja. El niño murió al día siguiente de la operación, muy probablemente debido al prolongado trabajo.

Como puede verse, ambos fetos hubieran podido ser salvados si las madres hubieran llegado a tiempo al Hospital.

En las estadísticas extranjeras la mortalidad fetal es mayor que la materna, 5.7% según James K. Quigley y 6.87% según Bué, Palliez y Louis Germez.

CAPITULO XII

LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS

En este capítulo estudiaremos algunas complicaciones obstétricas observadas por nosotros en los 2522 casos que comprende nuestra estadística.

1.—*Laterocidencia del cordón.*

Procidencia del cordón

Normalmente el cordón ocupa dentro de la cavidad uterina una especie de hueco que está formado por los miembros flexionados delante del tronco. A veces este cordón baja y llega hasta el polo fetal que se presenta al estrecho superior. En este caso decimos que existe una laterocidencia del tallo funicular. Pero si el cordón baja delante de la presentación, decimos que hay una procidencia.

Una de las causas más frecuentes de nuestras aplicaciones de forceps ha sido la laterocidencia del cordón, pues hemos observado 15 veces el cordón a un lado de la presentación dándonos un porcentaje

de 0.50% sobre el total de partos de nuestra estadística. La procidencia del cordón ha sido vista por nosotros 5 veces solamente es decir 0.19%.

La etiología del descenso del cordón reconoce siempre una causa predisponente y es la mala adaptación del segmento inferior del útero al polo fetal que se presenta.

La mala coaptación del segmento inferior a la presentación reconoce causas diversas: maternas, fetales y ovulares, las cuales merecen ser comentadas por nosotros.

La primera causa materna indicada por los libros de texto es la multiparidad y según Busse citado por el profesor Manuel Luis Pérez, en su Tratado de Obstetricia, el descenso del cordón se encuentra en un 58% en las multíparas. Nuestras cifras son muy curiosas a este respecto, pues hemos asistido a 15 laterocidencias del cordón, de las cuales 7 en primerizas y 8 en multíparas. Cinco procidencias del cordón, de las cuales 3 en primerizas y 2 en multíparas, es decir, que en total hemos visto deslizarse el cordón igual número de veces en las primerizas como en las multíparas.

Los tumores uterinos y peri-uterinos, que dificultan la acomodación fetal, son causas de procidencia o laterocidencia del cordón. Nuestra estadística no menciona esta causa etiológica.

Entre las causas fetales deben referirse, como aseguran los autores, en primer término, las presentaciones viciosas y entre ellas la presentación de hombros es la que encabeza la lista. Nosotros no hemos tenido una sola procidencia o laterocidencia del cordón en presentaciones de hombro, quizás por ha-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

ber hecho un diagnóstico precoz de la distocia y haber aplicado un tratamiento justo y en tiempo oportuno. Pero a propósito de las causas fetales, vamos a encontrar el por qué de la igualdad de las cifras de procidencias y laterocidencias entre las multíparas y primerizas. Ya hemos hablado suficientemente, y en diferentes ocasiones, y en el presente trabajo estadístico, de que las primerizas en nuestro país no encajaban la cabeza fetal durante las últimas semanas del embarazo en una gran mayoría de entre ellas. La razón de esta anomalía reside, según nuestras investigaciones, en el mayor tamaño de los diámetros de la cabeza fetal y creemos firmemente que el no encajamiento de la presentación de vértice y la gran cantidad de cordones largos de nuestros fetos, tanto en la primeriza como en la multípara dominicana, son las causas del deslizamiento del tallo funicular y son también las responsables de la igualdad de las cifras de nuestra estadística.

Las otras causas fetales, como el embarazo gemelar o la prematuración, no la hemos encontrado nosotros, lo mismo diremos de la inserción viciosa de la placenta como causa ovular. Pero en nuestras cifras encontramos el hidramnios dos veces en multíparas como probable causa coadyuvante.

El tratamiento de nuestros casos de deslizamiento del cordón merece algunos comentarios y es lo que haremos ahora.

Todos los casos de laterocidencia han sido tratados por aplicación de forceps más o menos fáciles. Todos estos fetos estaban sufriendo, como consecuencia de la compresión del tallo funicular entre la presentación y la pelvis materna. Todos los casos tuvie-

ron un resultado feliz tanto para la madre como para el feto.

Las procidencias de nuestra estadística nos han proporcionado dos casos fatales para el feto. Se trataba de mujeres que llegaron al servicio con cordones en la vulva desde hacía algunas horas y por consiguiente el feto estaba muerto al ser examinada la madre. Estos dos casos fueron vistos en múltiparas y el parto en ambos casos tuvo lugar espontáneamente, pues como era natural no existía una razón para intervenir. Los tres casos de procidencia en las primerizas fueron tratados: uno por cesárea, el de una primeriza añosa que nos llegó con una dilatación avanzada, membranas intactas y el cordón latiendo por delante de la presentación, preferimos la histerotomía por respetar más los intereses feto-maternos en una primeriza de 38 años. Los otros dos casos tuvieron un tratamiento curioso y digno de ser comentado. Todos sabemos que el cordón se nutre por imbibición puesto que no posee vasos nutricios y por consiguiente muere desde que está fuera de la cavidad uterina donde está bañando en el líquido amniótico. Debido a esta particularidad, fué que el profesor agregado Metzger, de la Facultad de Medicina de París, aconsejó el tratamiento que a nosotros nos ha dado tan buen resultado. Las dos primerizas a que hacemos referencia en estos comentarios hicieron su procidencia del cordón en nuestra maternidad, cuando la dilatación era insuficiente para hacer una versión u otro tratamiento adecuado. La aplicación de forceps era imposible con una cabeza por encima del estrecho superior y con una dilatación incompleta, entonces nos decidimos a poner en práctica el trata-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

miento de Metzger que consiste en colocar el cordón dentro de la vagina y hacer pasar una corriente continua de suero fisiológico tibio el cual reemplaza al líquido amniótico. Con este tratamiento los dos cordones continuaron a latir y en un caso esperamos una hora. La cabeza se encajó e hicimos una aplicación de forceps y obtuvimos un feto vivo. El segundo caso terminó con una versión media hora después de rotas las membranas y también obtuvimos un feto vivo. Nosotros creemos más en el tratamiento que hemos descrito que en la reposición del cordón dentro de la cavidad uterina, operación difícil y nunca coronada de éxito y a este respecto nos acordamos de nuestro maestro Devraigne quien siempre nos decía que poner con éxito un cordón dentro de la cavidad uterina era una operación cuyo resultado era muy aleatorio. Nuestros dos casos tratados por el método de Metzger no nos permiten decir que esa es la conducta invariable, pero constituyen un precedente digno de ser tomado en cuenta para investigaciones futuras, tanto nuestras como de la parte de otros colegas.

2.—*Placenta previa.*

La placenta previa es cuando el órgano de comunicación feto-materna se inserta en el segmento inferior, y es por un abuso de lenguaje que lleva el nombre de "previa", es decir, delante del feto, lo cual ocurre solamente en la variedad central total o parcial y no en la lateral y marginal.

Nuestra estadística consta de 17 casos, cifra que nos da un porcentaje de 0.67% sobre el total de 2522 internamientos en nuestra maternidad. De los 17

casos, cuatro corresponden a la variedad central con porcentaje de 23.52%, dos a la variedad central parcial, 11.7%, 1 a la marginal, 5.88%, y a la lateral 10, con un porcentaje de 58.88%. Como se ve el mayor número corresponde al tipo lateral, así también lo indican los textos. El profesor De Lee nos dice, que al tipo central u oclusivo como él lo llama, corresponde la quinta parte del total de casos. Nuestra proporción es mayor, puesto que hemos visto que de 17 casos cuatro pueden ser catalogados en la variedad central u oclusiva.

Según Muller, Schwartz, Ric y Sick, citados por Manuel Luis Pérez, en su Tratado de Obstetricia, la placenta previa estaría presente una vez cada mil partos. Estas cifras no están de acuerdo con las nuestras, puesto que como ya dijimos, hemos asistido 17 casos en 2522 parturientas de nuestra maternidad, con un porcentaje de 0.67%. Pero estos números corresponden a las placentas previas que pueden ser diagnosticadas clínicamente, es decir, aquellas que se traducen por el síntoma hemorrágico. Si la placenta previa es anatómica, es decir, que no da síntomas clínicos que la ponga en evidencia, su frecuencia es mayor. La placenta previa anatómica se diagnostica por la longitud del lado corto del agujero de ruptura de las membranas que no tiene más de nueve centímetros si la placenta ha tenido una inserción baja. Considerada de esta manera la placenta previa, su frecuencia es aún mayor y el Profesor Pinard nos dice que el porcentaje puede ser subido hasta un 25% de los partos.

Según todos los textos la multiparidad paga el mayor tributo a la placenta previa. El profesor Manuel Luis Pérez cita las estadísticas de Judel y Fritsch



C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

quienes aseguran que el 90 o 94% de los casos de placenta baja corresponden a las mujeres que han tenido varios hijos. A este respecto es bueno que sean conocidas nuestras cifras, puesto que de los 17 casos de la estadística que estamos comentando, NUEVE han sido vistos, diagnosticados y tratados en primerizas con un porcentaje de 52.94% y OCHO en multíparas con un porcentaje de 47.05%, cifras sensiblemente iguales y que tienen su explicación en la etiología probable de nuestros casos como vamos a explicar.

Se dice que la placenta previa es más frecuente en las multíparas porque estas pacientes tienen un músculo uterino más relajado, lo cual permite al huevo resbalar hacia el segmento inferior. Esta afirmación nosotros no la encontramos lógica, puesto que si así fuera, la placenta previa sería mucho más frecuente en nuestro País donde la gran multípara no es cosa rara en los servicios de maternidad y la inserción baja de la placenta no es más frecuente aquí que en otros países. Sería lógico pensar, que habiendo más grandes multíparas aquí, la placenta previa debería ser más frecuente, puesto que a mayor número de hijos mayor relajamiento de la musculatura uterina y esto lo niega nuestra estadística. Se dice también que la placenta previa es más frecuente en las multíparas porque en ellas el huevo es más pesado, las contracciones son más fuertes y harían resbalar el huevo hacia el segmento inferior. Como muy bien dice el profesor Brindeau, y nosotros lo confirmamos con nuestras cifras, todas estas consideraciones no se apoyan sobre ningún fundamento sólido.

La hipótesis etiológica más aceptable, y no sin

críticas, es la de la endometritis, inflamación de la mucosa uterina que haría que el huevo implantado primitivamente en el cuerpo del útero y encontrando allí una decidua enferma e insuficiente para su nutrición, buscaría suplir esta insuficiencia con un mayor desarrollo superficial, extendiendo su implantación hasta el segmento inferior. La teoría de la endometritis explica hasta cierto punto la frecuencia igual de la placenta previa en nuestras multíparas y primíparas, puesto que la inflamación de la decidua nosotros la hemos encontrado tan frecuente en una como en la otra, pero siempre con un pequeño porcentaje en favor de las multíparas, por eso dijimos que la hipótesis etiológica que comentamos era susceptible de algunas críticas, pero a pesar de todo es la que más nos satisface y la aceptamos provisionalmente. Como puede verse, nuestras cifras plantean un problema en cuanto a la etiología de la placenta previa, problema al cual no le hemos encontrado una solución satisfactoria y definitiva.

El pronóstico de la placenta previa es digno de ser comentado en este trabajo estadístico.

La placenta previa es una de las complicaciones obstétricas que más amenaza la vida de la mujer embarazada, pero sin ningún género de dudas el pronóstico mejora con un buen tratamiento y sobre todo si este tratamiento es aplicado oportunamente. Nuestra mortalidad materna ha sido nula en los 17 casos que comprende nuestra estadística, pero no por esta feliz serie vamos a decir que la mortalidad por placenta previa siempre estará ausente de nuestra maternidad, lejos de eso está nuestro pensamiento, pero nuestras cifras confirman la opinión general.

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

mente aceptada, de que la mortalidad es reducida grandemente hoy en día y que ella es menor en el hospital y en las manos de partero de experiencia, ue ahí que el profesor Manuel Luis Pérez cita las estadísticas de Pankow, las cuales son muy demostrativas: 20% entre las manos de médicos generales y 2% en las de médicos expertos y con una sólida especialización obstétrica. Bill, A. H. (American Journal of Obstetrics and Gynecology, 14-523-1927) ha reducido la mortalidad en la totalidad de sus casos, de 11 a 1.78%. H. L. Moskowitz (American Journal of Obstetrics and Gynecology 23-502-1932) tiene una mortalidad de un caso en 25 placentas previas. Todos estos autores emplean un tratamiento adecuado y oportuno y hacen uso de la transfusión al igual que nosotros.

La mayor fuente de mortalidad materna es la hemorragia y según Pankow a ella corresponde el 42% en el hospital y el 63% en la clientela de fuera. Después de la hemorragia, la mortalidad materna es debida a la infección y a los desgarros uterinos, ambas complicaciones menos frecuentes en el hospital que en la clientela privada de un médico general que hace partos sin ser especialista.

La mortalidad materna es también muy elevada con la placenta previa. De todas las complicaciones ia más frecuente es la infección, especialmente la infección venosa. Pero la infección está favorecida por la hemorragia y por consiguiente la disminución de la resistencia de la enferma anemiada frente a los micro-organismos. La infección venosa está favorecida por la misma razón y por la lentitud de la corriente circulatoria en una paciente que ha perdido una

gran cantidad de sangre. Ambas complicaciones son evitables haciendo un uso generoso de la transfusión, práctica a la cual debemos, sin ningún género de dudas, haber tenido que lamentar sólo un caso de flegmacia alba dolens en una paciente que nos hizo una infección puerperal y la cual se negó a la transfusión inmediata.

La mortalidad fetal es aún más grave que la materna, ella oscila entre 50 y 60% de todos los fetos, sea cual que sea su desarrollo y de 40% si sólo son contados los fetos a término. Con la mortalidad fetal pasa igual que con la materna, es menor con un buen tratamiento, el cual es mejor aplicado en el hospital que en la ciudad, puesto que la tendencia hoy en día, como lo veremos al estudiar el tratamiento que hemos seguido con nuestros casos, es hacer de la placenta previa una enfermedad quirúrgica y por consiguiente tratarla en la mesa de operaciones. A este respecto es bueno conocer la estadística de Bué y Gernez (Matenidad de Lille) quienes con los métodos obstétricos tienen 9.34% de mortalidad materna y 29% de mortalidad fetal. Con los métodos quirúrgicos la mortalidad materna fué de 7% y la fetal de 7.41%. Nosotros no hemos lamentado una sola muerte fetal, ni tampoco materna, y creemos firmemente, que esta feliz estadística, es la consecuencia de un tratamiento adecuado e instituido en tiempo oportuno. Pero tampoco creemos que siempre vamos a tener iguales cifras. Dijimos y lo repetimos, que se trata de una serie feliz pero bastante elocuente y digna de ser meditada por algunos de nuestros colegas que no creen en la especialización ni tampoco creen en las ventajas del parto en el Hospital sobre el parto a domicilio.

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

El tratamiento de la placenta previa merece que hagamos algunos comentarios, pues ellos van a justificar nuestras cifras de baja mortalidad feto-materna.

Hemos asistido 17 casos de placenta previa, clínicamente diagnosticables y en ellos hemos seguido un tratamiento diferente para cada grupo de casos, tratamiento que ha variado según las circunstancias clínicas. Pero en todos los casos, cual que haya sido el tratamiento empleado, hemos seguido la práctica de bien estimar el estado físico de la paciente después de una gran hemorragia o después de un número más o menos grande de pequeñas hemorragias. Siempre hemos buscado dadores pertenecientes a la misma familia de la paciente para una probable transfusión. Hemos hecho diez transfusiones a diez pacientes de las diez y siete de que consta nuestra estadística. No hemos lamentado un solo accidente atribuible a la transfusión y estamos seguros que el éxito de nuestros casos, donde no hemos perdido una sola madre y sólo hemos visto una sola infección, es debido al uso generoso de la transfusión sanguínea. Esta práctica de la transfusión sanguínea en la placenta previa, los americanos la llevan más lejos y algunos autores nos dicen que debe ser rutinaria en todo caso de placenta previa y esto cual que sea la variedad.

Los métodos de tratamiento de la placenta previa se dividen en obstétricos y quirúrgicos.

El primer método obstétrico es la ruptura artificial de las membranas, método creado por Puzos. Este método casi siempre da un buen resultado, a pesar de las siguientes críticas:

Vacía el huevo y favorece la retracción uterina e impide el tratamiento por la versión cuando ésta tiene

una indicación. En los casos serios es insuficiente para cohibir la hemorragia. Es esta la principal crítica del método. De ahí que siempre que se aplique debe tenerse presente que quizás sea el principio de intervenciones más serias y más eficaces. La ruptura de las membranas es imposible e inoperante en la placenta previa central.

Pero a pesar de las críticas, todas muy justificadas, la ruptura de las membranas tiene sus ventajas reales, pues compromete poco la vida del feto, es una maniobra fácil, breve, poco infectante y permite al médico práctico ganar tiempo para poder esperar la ayuda necesaria para resolver una situación a veces desesperada.

De los 17 casos de nuestra estadística, ocho fueron tratados con la ruptura artificial de las membranas, con éxito, tanto para la madre como para el feto, pero siempre al romper las membranas hemos tratado de darnos cuenta de que no estábamos frente a una placenta central marginal o central parcial. Siempre estábamos listos para intervenir por cesárea habiéndole hecho a la paciente una transfusión profiláctica de 500 gramos de sangre de un dador familiar adecuado.

El segundo método obstétrico es el balón de Charpentier de Ribes. De este instrumento hablamos sólo para repudiarlo como tratamiento de la placenta previa puesto que con él la mortalidad fetal es alta, cuando menos en el 50% de los casos y debida al desplazamiento de la presentación y por consiguiente a la facilidad de las presentaciones anormales, distócicas, siendo necesaria la versión en gran número de casos. La mortalidad materna es alta, cuando menos en 8%

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

de los casos. El balón es muy frágil y se conserva poco. El balón necesita agua, y si este líquido no está aséptico, es un agente temible de infección si el balón se rompe, accidente fácil de producirse aquí, en el trópico, donde el instrumento es más frágil. El balón es difícilmente esterilizable en el domicilio de la paciente. Para introducir el balón se necesita tener una gran práctica. Son éstas las principales críticas que se le pueden hacer al balón y por tanto nosotros no lo recomendamos a los médicos prácticos. Nuestra estadística de tratamiento de la placenta es muda con respecto al balón.

El tercer método obstétrico es la versión de Braxton-Hicks, la cual es perfectamente hemostática, la mortalidad materna no es mayor de 6 a 8%, pero la mortalidad fetal es de 100%.

La versión de Braxton-Hicks es una maniobra que debe utilizarse en aquellos casos en que no se puede hacer nada mejor y en los cuales la vida de la madre está en peligro. La versión de Braxton-Hicks es la operación ideal cuando el feto está muerto o no viable. Nuestra estadística es muda con respecto al Braxton-Hicks.

El cuarto método obstétrico es el parto forzado metódicamente rápido, el cual produce, sin ninguna duda, una hemostasia completa. Nosotros tenemos un solo caso en el cual hemos empleado el método del cual acabamos de hacer mención.

El quinto método obstétrico, que es el de la pinza de Willete, es el mejor de todos cuando el feto está vivo y viable. Sus ventajas son reales: es menos infectante, baja la cabeza fetal controlando la hemorragia y evita las presentaciones anormales. Hemos en-

sayado el método de Willette en un caso con un éxito completo tanto para la madre como para el feto.

Pero los métodos obstétricos no tienen una eficacia absoluta. Ninguno es aplicable a la placenta previa central. En las primerizas la mayoría de ellos dan un resultado desastroso. Todos necesitan maniobras intra-uterinas y por consiguiente exponen a la infección con sus consiguientes peligros tanto para la madre como para el feto. Por todas estas razones es que los parteros modernos le han buscado una solución quirúrgica a la placenta previa.

Los americanos y la mayoría de los franceses, son radicales en cuanto al tratamiento de la placenta previa. todos hacen la cesárea, de ahí que Irving (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 32-36-1936) es radical y nos dice que todos los casos limpios, con feto vivo y viable, deben ser tratados con la cesárea. Paul Titus (*Managements of Obstetrics difficulties* 1940) es de la misma opinión. Renter dice que cada vez que se hace el diagnóstico de placenta previa debe ejecutarse la cesárea, al igual que cuando se diagnostica una apendicitis y se indica la extirpación inmediata del apéndice. Esta actitud tan radical, la justifica el autor por el miedo a la hemorragia. Aderodias, profesor en la Facultad de Medicina de Burdeos, es muy radical en cuanto al tratamiento de la placenta previa. Este eminente profesor galo, cuando la hemorragia es muy abundante, opera por la vía abdominal no tomando en cuenta la variedad de placenta. Desde luego, la operación será efectuada siempre y cuando el feto sea viable y esté vivo. Ampliando más la opinión de Paul Titus, vamos a copiar un párrafo de su libro

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

“Management of obstetrics difficulties”: “el embarazo será interrumpido desde que se ha establecido el diagnóstico preciso de placenta previa. La única excepción a este principio es cuando la hemorragia ha sido poco abundante y no muy frecuente, cuando el período de viabilidad del feto está cerca o cuando la inserción placentaria es lateral”. Como puede verse hemos actuado en nuestros casos de la misma manera que el eminente profesor americano, pues como ya hemos dicho, de los 17 casos de nuestra estadística ocho laterales fueron tratados por la ruptura de las membranas, uno con el parto forzado y otro siguiendo el método de la pinza de Willette. En estos diez casos la inserción placentaria era lateral. Los siete casos restantes fueron tratados por la cesárea abdominal. Los siete casos operatorios correspondían cuatro a la placenta previa central, dos a la placenta previa central parcial y uno a la variedad marginal. Como se ve, la variedad de placenta influyó en el tratamiento que hemos seguido con nuestros casos. Todas nuestras pacientes fueron internadas en el servicio, allí estuvieron en reposo y bajo una vigilancia armada, con cuidadores listos para cualquier emergencia. La práctica del internamiento de la paciente, indudablemente ha influido mucho en la limpieza de nuestra estadística y no vacilamos en recomendársela a nuestros colegas. En un caso que corresponde al grupo de las cesáreas, se trató de una paciente, que estando encinta de ocho meses, presentó una hemorragia de una abundancia mediana, ella se negó a ser internada si no era para ser operada, y así lo hicimos. Aconsejamos, por último a nuestros colegas, procedan a la interrupción del embarazo cada vez que la pa-

R A M O N R A F A E L C O H E N

ciente se niegue al internamiento o cada vez que no haya un hospital donde enviarla. El médico práctico desde luego no va a proceder a la operación cesárea como lo hacemos nosotros, pero empleará cualquier método de interrupción artificial del embarazo descrito en los Textos de Obstetricia.

Para nosotros ha sido una gran enseñanza nuestra estadística de placenta previa y esperamos que así sea para los colegas que tendrán ocasión de leer el presente trabajo.

CAPITULO XIII

LA INFECCION PUERPERAL

Es para nosotros motivo de orgullo el hablar de la estadística de infección puerperal en nuestro servicio, puesto que sólo hemos tenido ocasión de tratar dos casos en 2522 internamientos. Esta cifra tan reducida, estamos seguros que es una de las mejores que pueden ser citadas. El profesor Manuel Luis Pérez asegura que todavía puede darse un porcentaje de 12 a 15% de infección puerperal y cita las siguientes estadísticas, que son muy elocuentes: 7% en las clínicas de Francia, 11% en las clínicas de Marburgo, 30% según Brindeau, etc. Desde luego, que nuestras cifras corresponden únicamente a las infecciones puerperales contraídas en nuestro servicio y dejamos a un lado las pacientes que nos llegaron ya infectadas por haber tenido varios días de trabajo de parto en sus casas, asistidas por comadronas o parteros de ocasión. Estas enfermas, además de haber sido asistidas sépticamente, no habían tenido un cuidado prenatal suficientemente esmerado para llegar al parto

en condiciones físicas convenientes que les permitiera soportar los gastos de un parto. Una de estas enfermas murió de peritonitis poco tiempo después de una cesárea baja, como reza en nuestra estadística de mortalidad.

No es de lugar hablar aquí de las causas etiológicas de la infección puerperal, pero es bueno que se sepa el por qué de nuestra espléndida estadística.

Hoy en día "ninguna mujer debe morir de infección puerperal" como muy bien dicen los autores argentinos, quienes en el Instituto de Maternidad Peralta Ramos de Buenos Aires, han esculpido en un lugar visible la máxima que acabamos de citar. Las madres no deben morir de infección puerperal, es verdad, pero desgraciadamente en nuestro país todavía mueren en gran número, víctimas del flagelo, que si no está vencido por completo, está reducido en las grandes maternidades a cifras muy vecinas a las nuestras. En nuestro país no existen consultas prenatales bien organizadas y por tanto es allí donde se comienza el tratamiento profiláctico, como lo demuestran los autores americanos que son, sin ninguna discusión, los campeones en materia de profilaxis y como lo hemos constatado nosotros que poseemos una consulta prenatal más o menos bien organizada y que nos ha proporcionado el fruto que hoy damos a conocer a nuestros colegas. En nuestro país no existe el servicio Social, que con sus enfermeras visitadoras, llega donde las madres para enseñarles la necesidad de la consulta pre-natal, les muestra cuan indispensable es seguir las prescripciones que allí se les hacen y por último, las enfermeras dirigen las madres que lo necesitan, hacia las Instituciones privadas u oficia-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

les de ayuda a la mujer encinta, Instituciones indispensables en todo país que en realidad emprende una cruzada en bien de la maternidad.

¿Qué es lo poco que hacemos nosotros, ya que no existen ni el servicio social ni las Instituciones de ayuda a la mujer encinta? Vamos a explicarlo brevemente, pues estas medidas nos han ayudado a obtener las cifras de infección puerperal más bajas que hemos encontrado en la literatura obstétrica que tenemos a nuestra disposición.

En nuestra consulta pre-natal lo primero que hacemos es suministrarle a nuestras clientes un régimen alimenticio adecuado y bien balanceado. Este régimen alimenticio está compuesto de los materiales nutritivos de nuestra tierra tan rica en productos que no tienen nada que envidiarles a los producidos en otros países. Con este régimen alimenticio, estamos muy satisfechos y verdaderamente da gusto ver nuestras pacientes soportar admirablemente su embarazo y más luego su parto y puerperio. A todas nuestras clientes les recomendamos el tomar aceite de hígado de bacalao, el cual ayuda al metabolismo del calcio, contiene suficiente cantidad de vitaminas A y C, cantidad que viene a completar el exceso de estas dos hormonas vegetales (como llama De Lee a las vitaminas) indispensables al organismo de la mujer que está encinta. El aceite de bacalao sirve además, como profiláctico frente a las infecciones del árbol respiratorio, las cuales tienen grandes conexiones con la infección puerperal.

En nuestra consulta pre-natal nos ocupamos grandemente de la anemia y Dios sabe si la clientela pobre de nuestros Hospitales está falta de células

rojas, destruidas por la falta de alimentación adecuada y por el paludismo, sin olvidar tampoco los parásitos intestinales. La anemia en una mujer que llega al parto, es una fuente de predisposición a la infección puerperal.

A las pacientes que les diagnosticamos un flujo vaginal, éste es tratado etiológicamente.

Durante las últimas semanas del embarazo nunca hacemos tactos vaginales sin estar nuestras manos cubiertas por guantes estériles y les prohibimos a nuestras clientes los contactos sexuales y los baños de inmersión durante el último mes del embarazo.

Llegado el momento del parto, la paciente es trasladada a la sala de trabajo la cual tiene reglas precisas, una de las cuales es la prohibición absoluta de la entrada a toda persona que sufre de catarros, angina o cualquier otra dolencia infecto-contagiosa. Allí no entra nadie que no esté provisto de su mascarilla reglamentaria, especialmente cuando hay una paciente dando a luz. Nuestras pacientes obstétricas son tratadas como una persona a quien se le va a practicar una operación abdominal de gran envergadura, y seguimos con ella una rutina que les vamos a resumir.

Desde su admisión la parturienta es rasurada y se le da un enema siempre y cuando el médico que la recibe no la contra-indique. La enfermera encargada de dar el primer cuidado se lava y cepilla las manos, se pone una mascarilla y guantes estériles. Después del rasurado y del lavado vulvar, con una solución antiséptica, teniendo cuidado de no separar los grandes labios, se le pone un PADS estéril delante de la vulva. El lavado vulvar, si no es hecho correcta-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

mente, es más bien perjudicial. Después del lavado vulvar, esta región, al igual que la parte superior de los muslos y la inferior del abdomen, es rociada con una solución de tintura de yodo al 3%.

Esta última operación es ejecutada con la ayuda de un atomizador. Las operaciones que hemos descrito son repetidas cada doce horas y en el momento del parto.

Al partero que va a atender a la paciente, se le recomienda el menor número de tactos vaginales posible, fuente innegable de contagio, a pesar de los guantes estériles que siempre empleamos para dicha operación. El partero, al igual que toda persona que presencie el parto, está provisto de su mascarilla. El encargado de la asistencia de la paciente al comenzar la expulsión se lava las manos como para una intervención abdominal, se pone su bata estéril y sus guantes también estériles. Les recomendamos a nuestros discípulos el evitar el parto prolongado, pues estas enfermas agotadas, anemiadas y deshidratadas, están muy expuestas a la infección. También recomendamos el evitar toda intervención inútil y hacemos énfasis sobre la necesidad de hacer un buen alumbramiento sin halar el cordón, etc., de esta manera se evitan las hemorragias y las retenciones de cotiledones fuentes seguras de infecciones puerperales. Al estar indicada una operación obstétrica, ésta es ejecutada temprano, pues seguimos al venerado maestro Devraigne quien nos decía que mientras más temprano se efectúa la operación indicada, mejores son los resultados feto-maternos. (Véase Cuestiones Obstétricas, primera serie, Cap. Fórceps Obstétrico).

Nos ocupamos también del puerperio. Instruimos

las pacientes en los peligros de llevarse las manos a la vulva. Los *Pads* que usamos para la protección vulvar son estériles. Cada vez que la parida defeca u orina, se le hace una antisepsia vulvar conveniente y las enfermeras y los médicos encargados del salón de maternidad están provistos de su mascarilla cada vez que dan atención a una parida. La alimentación de la parida es objeto de cuidados esmerados y empleamos el mismo régimen que indicamos en la consulta prenatal.

Hemos sido un poco extensos en la descripción de nuestra rutina de profilaxis de la infección puerperal y parece que nos hemos salido un poco del objeto de nuestro trabajo, pero no lo creemos, pues si hemos presentado una estadística tan baja de infección puerperal, era un deber dar a conocer el por qué de tan bellos resultados.

LAS LACERACIONES PERINEALES EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL INTERNACIONAL

*(Trabajo presentado en el Congreso
Médico del Centenario—Febrero, 1944)*

Introducción

En realidad, las "Laceraciones perineales" pertenecen a nuestra estadística, presentada en forma de folleto y que hemos tenido el placer de regalar a nuestros colegas del presente Congreso Médico.

La razón por la cual nos hemos decidido a presentar en forma de ponencia en este Congreso tema tan interesante, es su importancia médico-social.

Conocemos la apatía congénita de una gran mayoría de nuestros colegas para sentarse a leer y meditar cualquier escrito de un dominicano y no deseábamos que una cuestión de tanta importancia pasara desapercibida sin que ellos se aprovecharan, al igual que nosotros, de enseñanza tan útil.

En forma de ponencia todos los aquí presentes

están obligados, perdonen tanta arrogancia, a escucharnos y quizás las cuartillas que vamos a leer seguido, despertarán cierto interés y entonces nos oirán, sino con placer, cuando menos para criticar y discutir las ideas que vamos a exponer.

En esta ponencia seguiremos el siguiente temario:

- 1) Nuestra estadística.
- 2) Importancia de la laceración perineal.
 - a) importancia médica.
 - b) importancia social.
- 3) Causas de la laceración.
 - a) de la madre.
 - b) del niño.
- 4) Cómo proteger el periné. Estudio de la episiotomía.
- 5) La sutura de la herida perineal.
- 6) Conclusiones.

1) *Nuestra estadística*

Nuestra estadística comprende un total de 2522 partos habidos en un lapso de diez años. En este número de mujeres asistidas en nuestro servicio del Hospital Internacional, solamente hemos tenido que lamentar doce laceraciones perineales incompletas, con un porcentaje de 0.39%. Esta cifra es muy baja y creemos firmemente que puede ser igualada por cualquier otro servicio de maternidad que siga el método que seguimos nosotros. De este total de doce laceraciones hemos tenido nueve en primerizas, es decir, 0.35%, y tres en multíparas, es decir, 0.11%. Como han podido darse cuenta, las laceraciones peri-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

neales son mucho más frecuentes en las primerizas: 75% contra 25% en las multíparas.

Las laceraciones perineales complicadas, es decir, hasta el esfínter, han sido prácticamente inexistentes, pues sólo hemos tenido tres casos, lo cual arroja un porcentaje de 0.11%. Estas tres laceraciones han tenido lugar: una en una paciente con anasarca; otra en una presentación de frente; y la última en un parto rápido con aplicación de fórceps. En estos tres casos no se practicó la episiotomía, la cual sin ningún género de dudas, hubiera evitado esas extensiones excesivas en una laceración perineal. Hacemos nuestro *mea culpa*; pero esta omisión nos confirma más aún lo beneficioso que es para la madre y también para el feto, la sección quirúrgica del periné, cuestión principal de esta ponencia.

La episiotomía ha sido empleada *larga manus* en nuestro servicio del Hospital Internacional; siempre la recomendamos a nuestros discípulos, principalmente a aquellos que comienzan a hacer sus guardias. Sobre el total de 2522 partos, se han practicado 200 episiotomías meso-laterales, es decir, partiendo de la comisura vulvar inferior y dirigiendo las tijeras hacia el isquión. Esta cifra nos da 7.93% en total.

Como era de esperarse, la episiotomía ha sido practicada con mayor frecuencia en las primerizas; 185, es decir 92.5%, contra trece en multíparas con un porcentaje de 6.5%.

Tanto las laceraciones perineales, como las episiotomías, han tenido un resultado final excelente, con excepción de una sola paciente que tuvo una laceración perineal completa y no fué suturada inmediatamente por presentar un anasarca. Esta paciente

salió del Hospital para volver más tarde a hacerse una perineorrafia. Nosotros queríamos hacerle la sutura de su periné antes de ser dada de alta, pero ella se negó; creemos que esta paciente estuvo internada en otro Hospital de esta capital sufriendo de una psicosis.

2) *Importancia de la laceración perineal*

a) *importancia médica*

Después de una laceración perineal, dice el Profesor De Lee, (Principle of Obstetrics), el tono perineal nunca vuelve a ser el mismo. Pero sin ninguna discusión la importancia médica varía según el grado de laceración, pues las heridas perineales simples son menos perjudiciales que las desgarraduras del elevador del ano, de ahí que todos nuestros esfuerzos sean dirigidos a preservar la fisiología normal de este músculo. Ya veremos que aún sin laceración, el elevador del ano puede sufrir enormemente y que para evitar esta falta del partero, el mejor medio es la episiotomía. Pero la laceración perineal simple, sin que esté interesado el elevador del ano, también tiene su importancia, pues los casos de esterilidad, de vaginitis, de cervicitis y de endometritis no son raros como consecuencia de esta complicación de la obstetricia de todos los días.

Cuando la laceración es más extensa y ésta interesa al esfínter anal y el recto, se ha suprimido uno de los medios más importantes de sostenimiento del útero, de ahí que observemos en estos casos los prolapso, especialmente en aquellas mujeres predispu-



C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

tas. Cuando el recto está interesado en la laceración, él y la vagina, forman un solo canal, exponiendo a la parida a una infección seria si esta laceración no es reparada pronta y convenientemente.

En las laceraciones perineales que interesan el recto, por más buena reparación que se haga, siempre existe el temor de las fístulas recto-vaginales, complicación molesta y de difícil curación. Estas laceraciones complicadas no deben existir hoy en día si la episiotomía, como veremos más adelante, es empleada de una manera correcta y sobre todo en tiempo oportuno. Toda escara de perineorrafia anterior, se hace densa y retarda el parto. Estas escaras blanquecinas se ven en cada dolor y en este caso el empleo de la episiotomía es imprescindible.

Volvemos a repetir que las escaras de perineorrafia anteriores molestan la salida fácil de la cabeza fetal y la razón es la abundancia de tejido cicatricial poco extensible. Si el partero hubiera hecho una episiotomía, los partos ulteriores se hubieran facilitado, pues como muy bien dice Titus, en *Management of obstetric difficulties*, pág. 57 0-1940; en las episiotomías el tejido cicatricial es mucho menos abundante que en la perineorrafia.

Por último, no debemos olvidar, los dolores pélvicos con irradiaciones múltiples de que sufren las pacientes que han tenido una laceración perineal.

Estos dolores, por lo cuales somos consultados a diario, pueden ser el origen de errores de diagnóstico, evitables con una episiotomía hecha a tiempo.

b) *Importancia social*

Una mujer que ha tenido una laceración perineal, no suturada o suturada incorrectamente, no es una mujer normal bajo ningún punto de vista.

Las relaciones sexuales sufren grandemente, son dolorosas y constituyen en algunos casos un verdadero martirio para aquellas esposas que en realidad aman a su esposo y no pueden complacerlo. Este hogar se encuentra al borde del desastre por falta de una episiotomía hecha a tiempo.

3) *Causas de las laceraciones perineales*

El periné puede desgarrarse en las mejores manos como muy bien dice el profesor De Lee (Principles of Obstetrics) y a este respecto les diremos que siempre oímos al Profesor Agregado Metzger decir, que era un falso orgullo querer siempre tener un periné intacto. El profesor De Lee nos da una estadística bien curiosa y libre de todo orgullo. Héla aquí:

70% de laceraciones de la horquilla vulvar en las primerizas; 25% de las laceraciones perineales en primerizas, 10% de laceraciones en multíparas, y 10% de laceraciones hasta el esfínter. El porcentaje del célebre profesor americano, maestro venerado por varias generaciones de parteros de la gran nación del Norte, es alto pero tiene su justificación. Hace algún tiempo fuí llamado a ver un hijo de un colega que pocos días después de nacido presentó un síndrome convulsivo acompañado de fiebre. El padre me dice que el parto fué normal pero al interrogarlo sobre cuánto tiempo duró, me dijo que la cabeza había esta-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

do en la vulva durante largo tiempo, pues el partero quería evitar una laceración o una episiotomía. Excusamos decirles que este recién nacido presentaba una hemorragia meníngea.

Como este caso son muchos los que vemos a diario, todo por el falso orgullo de querer tener un periné intacto sin laceración y sin episiotomía. Nuestra manera de pensar está absolutamente de acuerdo con la del profesor De Lee y la de Metzger. Nosotros, desde que el elevador del ano está suficientemente dilatado y la cabeza no sale, hacemos la episiotomía o dejamos salir el polo fetal, de esta manera evitamos de una manera cierta las lesiones de la cabeza fetal, que volvemos a repetir, son frecuentes con aquellos parteros que protegen durante demasiado tiempo el periné. Es mejor tener que hacer una episiotomía o una pequeña laceración perineal, que tratar una hemorragia meníngea del recién nacido, de la cual no estamos seguros cuál será el resultado. Además, un periné resistente y un partero terco, pueden ser la causa de una ruptura uterina como sucedió en un caso que tuvimos ocasión de asistir: se trataba de una primeriza con un periné resistente y el partero de ocasión no quería que se rompiera. Pone una pituitrina y sigue impidiendo la laceración y continúa aferrado a la idea de no hacer una episiotomía. El resultado fué que pocas horas después nos llevaron la paciente al hospital con una ruptura uterina. Esta pobre enferma perdió su útero y su hijo, todo por el prurito mal entendido de querer tener un periné intacto y por olvidarse de la episiotomía, operación sencilla y verdadero recurso salvador, tanto para la madre como para el niño y el partero.

La etiología de las laceraciones perineales es múlt-

tiple. A veces las causas se adicionan las unas a las otras para hacer más probable una laceración.

a) *Causas maternas*

Al hablar de las causas maternas que predisponen a las laceraciones, debemos mencionar en primer lugar la raza. El estudio de la frecuencia de las laceraciones en las diferentes razas, nos lleva forzosamente a hacer una pequeña incursión en el campo apasionante, y aún en estudio, de la genética.

Cuando estudiábamos en París, siempre le oímos decir a nuestros maestros y especialmente al muy querido Doctor Devraigne, que las rubias, es decir, aquellas mujeres de tipo nórdico, tenían una particular fragilidad del periné, el cual sin ningún género de dudas, es más corto en ésta variedad de la raza humana.

En nuestro país seguimos con esa creencia y no hemos hecho sino confirmarla, especialmente durante los últimos años, tan ricos en inmigración heterogénea. El polo contrario está representado por la negra dominicana, elemento que comprende el mayor porcentaje de la clientela hospitalaria de nuestros establecimientos de salud. La negra dominicana, como todos nosotros lo hemos visto, presenta un periné amplio, fácilmente extensible y por tanto resistente. Todos hemos sido testigos de la rareza de la laceración perineal en las campesinas nuestras, que dan a luz en los campos, ayudadas por una comadrona de ocasión, que no tiene la menor idea de lo que es la protección perineal y mucho menos de lo que es una episiotomía. Según nuestra manera de pensar, creemos que esa

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

elasticidad perineal de la negra puede ser debida a que esta variedad de la raza humana está más cerca del animal y su sexualidad y su sexo son más apropiados para cumplir la función primordial de la mujer, que es la de procrear hijos.

Los veterinarios con quienes hemos hablado, especialmente con el malogrado Dr. Robert, nos han dicho que las laceraciones perineales en los animales son inexistentes, y creemos firmemente que si descendemos en la escala humana, las heridas perineales son raras en los salvajes.

Pero lo que más nos ha llamado la atención y apuntamos el hecho, es que la "india" dominicana, entendamos bien que no se trata de la mulata, presenta una fragilidad particular de sus tejidos perineales. Esta observación nuestra nos lleva a hacer un largo paréntesis, durante el cual vamos a ensayar dar una explicación del hecho, que para el médico práctico tiene gran importancia. Generalmente se dice que el cruce de razas es sumamente ventajoso. Estas ventajas residen en el hecho de que en ellas los genes defectuosos no se encuentran en los mismos pares. En el cruce de las razas, los individuos que nacen, reciben un gene normal de uno u otro progenitor en la mayoría de sus pares de genes y es harto sabido que el gene normal hace prevalecer su influencia sobre el defectuoso, por lo tanto, la prole tendrá menos defectos que sus progenitores. Existe, según algunos autores, un vigor real del híbrido, pero este vigor extraordinario del híbrido no es aceptado por todos los genetistas puesto que no es constante, como lo afirma H. S. Jennings en "Bases biológicas de la naturaleza humana". Pero a pesar de todo, es aceptada a unani-

midad la idea de que el híbrido cuando menos presenta la particularidad de que nunca es menos vigoroso que sus progenitores.

La mezcla de razas a pesar de sus ventajas reales o cuando menos a su ausencia de perjuicios, tiene sus desventajas, especialmente en la armonía de los detalles. Al unirse razas disímiles dan combinaciones inarmónicas en sus detalles.

C. V. Davemport, citado por Jennings, ha hecho notar que en los Estados Unidos, verdadero crisol de razas, auténtico laboratorio de ensayo para los maestros de la evolución humana, algunas estirpes con respecto a las otras, presentan grandes diferencias en lo físico. Algunos de estos productos son más pequeños, tienen órganos como los riñones, etc. que corresponden a cuerpos pequeños, características propias de las razas que proceden de la región mediterránea de Europa. Nuestra "india", combinación de blanco y de mulata, tiene sin ningún género de dudas mucho del blanco: sus facciones regulares y finas, los cabellos sedosos. Estas características son probablemente debidas al doble cruce: negro y blanco en los abuelos para dar el mulato, el cual a su vez se cruza con el blanco para producir nuestra "india", mujer bella y digna del pincel de un artista.

Nuestra "india" tiene del mulato el color de la piel y otras características negroides como son su sexualidad, su organismo hecho para la función de la maternidad, con pelvis amplia y bien proporcionada y su talla que en general está por encima de la mediana de la mujer blanca. Como nuestra raza blanca no es nórdica, puesto que hemos sido colonizados por inmigrantes meridionales europeos, especialmente por es-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

pañoles, que son los únicos que no conocen los prejuicios raciales, sino por el contrario, que gustan mucho de nuestras mulatas, parece ser que de esta raza mediterránea, nuestra india, ha heredado la cortedad del periné, cortedad que hace esta región de su organismo menos elástica, y por tanto más fácilmente desgarrable, especialmente cuando pertenece a una mujer que posee un útero vigoroso, probablemente heredado de su ancestro negro. En una palabra, nuestra "india" tiene un periné pequeño el cual no corresponde a su estatura, característica heredada de sus antepasados mediterráneos y tiene un útero vigoroso heredado de su ancestro negro y desde luego, se puede deducir que el útero vencerá al periné, puesto que la conservación de la especie prima sobre el individuo y si el periné resiste a los embates de las contracciones uterinas, quien sufre es el niño, que muere de hemorragia meníngea, pero la Naturaleza, muy sabia por cierto, ha hecho la región perineal de nuestra "india" vulnerable para que no perjudique al niño el vigor negroide de su útero.

Es esta una hipótesis, que no discutimos, porque en realidad está basada sobre bases muy débiles y puramente especulativas. Dejamos el campo abierto para que las mentes estudiosas resuelvan el problema, pero nuestra hipótesis, a pesar de su fragilidad congénita, puede ser sostenida un poco, puesto que es evidente la aparición de combinaciones inarmónicas en los cruces de razas, como lo muestran hasta la evidencia los estudios de Davempont y Stegger sobre las partes mesurables del cuerpo humano, y dice Jennings que pueden aparecer combinaciones inarmónicas en otras partes del cuerpo. ¿Por qué no puede existir una

combinación inarmónica en el periné de nuestra "india", es decir, periné corto que no está en armonía con su desarrollo estatural y uterino?

Saliendo del campo de las hipótesis, volvamos a las realidades y continuemos con las causas que hacen frágil el periné de nuestras compañeras.

La intoxicación gravídica, la cual tiene como uno de sus síntomas principales la presencia de edemas, que son consecuencia natural de un trastorno en el metabolismo de los cloruros, es una causa de laceración perineal muy frecuente. En estas pacientes, la práctica nos enseña la necesidad de una episiotomía profiláctica, único medio de evitar una laceración amplia del suelo perineal. También aconsejamos, siguiendo a nuestro maestro Devraigne, nunca suturar las heridas perineales en esas pacientes edematosas. El exceso de grasa es causa muy frecuente de laceraciones perineales en nuestro país. Este exceso de grasa hace el periné más corto y menos elástico, y por tanto más friable. En estos casos también aconsejamos a nuestros discípulos siempre hacer la episiotomía profiláctica.

Los oxiuros hacen el periné frágil y todos sabemos que la oxiuriasis no es nada rara en nuestra clientela hospitalaria.

Los condilomas vulvo-perineales también hacen frágil el periné y en estos casos tenemos por costumbre siempre creer que los perinés condilomatosos son friables y por lo tanto practicamos en estos casos la episiotomía profiláctica.

Las várices vulvares y perineales son más frecuentes en nuestra clientela hospitalaria que en la privada, debido, sin ninguna duda, al mayor número

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

de multíparas en la clase pobre que en la acomodada. Las cicatrices de laceraciones anteriores, laceraciones mal reparadas la mayor parte de las veces, son causas muy frecuentes de laceraciones perineales, de ahí que siempre en estos casos practicamos igualmente la episiotomía profiláctica.

Hemos dejado para último la primeriza añosa, pues ella merece que nos extendamos un poco en algunas consideraciones de importancia para el médico práctico.

Sin ninguna duda, la madurez hace a los tejidos menos elásticos, pero esta verdad tiene sus excepciones como lo prueba el caso que vamos a relatar:

Se trataba de una primeriza de 42 años de edad que admitimos en nuestro servicio de maternidad con dolores de parto y una dilatación comenzando. Dos horas después somos llamados de urgencia y esta paciente tuvo su niño como si hubiera sido una gran multípara. El período de expulsión no duró mas de media hora.

La elasticidad mayor o menor del periné en las primerizas añosas, puede ser pronosticada desde el octavo mes del embarazo, y es ésta la enseñanza práctica que deseamos trasmitir a nuestros colegas y discípulos.

El signo de pronóstico favorable lo constituye la movilidad normal del coxis, la cual es fácilmente encontrable acostando a la paciente en decúbito lateral y haciendo un tacto vaginal. Con los dedos vaginales empujamos el coxis hacia atrás, y la mano libre, apoyada sobre el coxis, exteriormente, recibe el impulso de los dedos vaginales, los cuales retropulsan fácilmente el coxis si éste tiene una movilidad normal. La

paciente a quien pertenece la historia que hace un momento les relatamos, tenía un coxis extremadamente móvil, lo cual nos indicaba que los músculos isquio-coxígeos, que forman parte del suelo perineal, tenían una elasticidad suficiente para permitir el paso franco de la presentación.

b) *Causas fetales*

Hemos terminado con la enumeración de las causas maternas de laceración perineal, vamos ahora a enunciar las causas fetales.

El feto puede ser grande y por consiguiente tener un polo cefálico de diámetros mayores que los normales. En estos casos, al partero, por más cuidadoso que sea, le es imposible obtener un periné intacto, y si se obstina en ello, existen grandes probabilidades de que el feto sufra la consabida compresión craneana. Nosotros no nos consamos de repetir a nuestros discípulos que es un falso orgullo querer siempre tener un periné intacto, que es mejor hacer una episiotomía a tiempo, operación sencillísima que asegura la integridad del periné materno y protege los intereses fetales.

No queremos dejar pasar la ocasión de advertir a nuestros colegas que la compresión cefálica del feto es aún más peligrosa en aquellos niños hijos de padres sifilíticos. En estos productos humanos hay que pensar siempre en la particular fragilidad de sus vasos meníngeos, de ahí la absoluta necesidad en estos casos de la episiotomía y de la inyección preventiva de vitamina K.

El feto puede ser anormalmente grande debido

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

a una mala presentación, como lo es la de frente. Los diámetros de salida de la cabeza fetal también pueden ser grandes, debidos a una mala posición del polo fetal, como ocurre en las occipito-posteriores que con gran frecuencia están mal flexionadas. En ambos casos nosotros siempre aconsejamos la episiotomía, lo mismo que en aquellos en que la rotación intra-pélvica de la cabeza, generalmente en las occipito-posteriores, no se hace bien o se hace de una manera defectuosa. En los casos en que se trata de una primeriza con periné resistente, es mejor hacer una aplicación de fórceps precedida de una episiotomía profiláctica. Pero la causa principal de laceraciones perineales es la deflexión brusca de la cabeza fetal. Esta deflexión brusca ocasiona la salida rápida del polo fetal, pasando los mayores diámetros antes de haber sufrido el periné la distensión necesaria. Cuando estudiemos la mejor manera de proteger el periné, nos daremos cuenta de que todos los métodos concuerdan en evitar la salida rápida del polo fetal y su deflexión brusca.

Debido a que la salida brusca del polo fetal es una causa de laceración, es que nuestro maestro Devraigne siempre nos decía que los perinés se rompían también con los fetos pequeños, pues éstos salen bruscamente sin que el suelo perineal se haya distendido lo suficiente.

En las presentaciones de nalgas incompletas, especialmente en las primerizas, las laceraciones perineales pueden producirse al pasar la cabeza última a través de un periné poco dilatado. En estos casos nosotros siempre aconsejamos hacer la episiotomía profiláctica tanto en beneficio de la madre como en el del feto, pues sabido es que el pronóstico de la presentación de

nalgas está regulado por la salida de la cabeza última. Como han podido ver, las tres únicas laceraciones hasta el ano que hemos tenido, corresponden la primera a una paciente con grandes edemas, la segunda a una presentación de frente, en la cual se hizo una aplicación de forceps y la tercera a un parto rápido con aplicación de forceps en una primeriza cuyo feto estaba sufriendo. En ninguno de los tres casos el operador hizo la episiotomía y es lamentable, pues la enseñanza que siempre hemos predicado es la de ejecutar dicha operación, aun en casos inútiles, siempre y cuando el operador sea un joven interno. Es preferible hacer una episiotomía inútil, que dejar lacerar un periné hasta el ano.

Hay pacientes que tienen un arco púbico muy bajo y por tanto la presentación es forzosamente echada hacia atrás haciendo demasiado corto el periné. En estos casos siempre aconsejamos a nuestros discípulos, y nosotros mismos lo hacemos, practicar la episiotomía profiláctica. Otro caso interesante para el médico práctico es el que ahora vamos a relatar.

Todos hemos visto mujeres grávidas primerizas con un abdomen cuya piel está surcada por gran número de estrías; estas pacientes tienen tejidos malos y el periné no escapa a esta condición patológica. En estos casos podemos predecir la laceración perineal por fragilidad tisular. Si podemos predecirla, podemos evitarla y de la única manera que podemos conservar intacto el suelo perineal de estas pacientes es ejecutando la episiotomía profiláctica. Esta fragilidad perineal congénita es muy frecuente en la "india" dominicana como ya hemos visto, y es en ella donde encontramos la mayor cantidad de estrías y es en ella

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

donde observamos el mayor número de abdómenes flácidos, como si se tratara de grandes multiparas, habiendo tenido solo un hijo. Es este un hecho constatado que no parece dejar de tener gran importancia práctica y es por esta razón que lo dejamos apuntado en este trabajo.

Pero no solo la cabeza puede romper el periné. Hay veces que el periné comienza a lacerarse con el paso del polo cefálico y termina de hacerlo al pasar el hombro posterior. Otras veces la cabeza ha dejado intacto el suelo perineal y éste es roto por el hombro posterior. Estas constataciones nos obligan a decir que el partero siempre debe reproducir el mecanismo normal del parto al sacar los hombros. Todos sabemos que los dos hombros no pasan juntos por el anillo vulvar sino que lo hacen el uno después del otro. Primeramente sale el anterior y luego el posterior. Si el partero saca los dos hombros al mismo tiempo, el periné puede romperse. Si el operador saca el hombro posterior bruscamente, cosa que hemos observado con demasiada frecuencia, el suelo perineal sufre de esta impaciencia contra la cual se debe luchar, pues ya con la cabeza afuera, el feto no corre ningún peligro y podemos tomar todo el tiempo necesario para el parto de los hombros.

4) *Manera de proteger el periné.*

Desde la más remota antigüedad los médicos se han preocupado de la protección del periné en la mujer en trance de dar a luz, de ahí que Hipócrates prescribiera aceites y duchas vaginales suavizantes para evitar su ruptura.

Sorano de Ephesus, en el año 110 de nuestra era, recomendaba sostener el periné con la mano en el momento en que la cabeza fetal atravesaba el anillo vulvar.

Van Horn, en el siglo 17, dilataba el periné empujando el coxis y poniendo en tensión manualmente el elevador del ano. Van Horn ejecutaba con esta maniobra un verdadero planchado del periné, maniobra todavía en práctica y que a veces da buenos resultados. Goodell plegaba el periné haciendo presión de ambos lados del rafe mediano y según nos parece, es ésta una maniobra todavía ejecutada por algunos prácticos dominicanos.

Es imposible que en un trabajo de la índole del que presentamos sean descritos todos los métodos ideados para la protección perineal, pero los principios generales de protección perineal deben ser bien conocidos por el médico práctico y de ellos nos ocuparemos en seguida, dándoles preferencia, sin ningún género de dudas al método que empleamos y a la episiotomía.

Todos los métodos de protección perineal ideados hasta hoy, tienen el mismo principio: impedir que la cabeza se deflexione bruscamente y que su salida se efectúe rápidamente. Si el partero consigue estas dos condiciones con cualquier método que emplee, habrá hecho una buena protección perineal. Pero insistimos en el peligro de querer proteger durante largo tiempo el periné impidiendo que la cabeza salga bruscamente, ya hemos hablado suficientemente del daño que puede sufrir el niño y además, si la cabeza tarda demasiado en el suelo perineal, apoyando allí durante largo tiempo, puede que haga una separación sub-mucosa del

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

elevador del ano, lo cual tendría como consecuencia un rectocele. Nosotros somos partidarios de la escuela americana que no admite que la cabeza quede detenida en el periné por más de una hora, en este caso se debe hacer una amplia episiotomía, seguida de una aplicación de forceps generalmente fácil por estar el polo cefálico del feto muy bajo como muy bien dice Titus en "Management of Obstetric Difficulties".

Al impedir el partero la deflexión brusca de la cabeza y al moderar su rapidez de salida, al mismo tiempo favorece la salida del polo cefálico en ligera flexión, que es la actitud ideal para que ella presente al anillo vulvar sus diámetros más pequeños y por consiguiente sean menos probables las laceraciones.

Antes de que sigamos adelante con la explicación del método que empleamos para proteger el periné, debemos hablar de dos métodos que si bien no son de protección perineal, cuando menos distienden el periné y también contribuyen en cierta medida a disminuir el número de laceraciones. I. W. Porter en Place of Version in Obstetrics. 1922 describe con lujo de detalles la maniobra que consiste en planchar el periné, es decir, introducir dos dedos en la vagina y efectuar un movimiento de vaivén de derecha a izquierda. Este método es viejo y creemos que no fué Porter quien lo describió primero, pues cuando estudiábamos en París, vimos ejecutar esta maniobra varias veces, por tanto tenemos la convicción de que es a la Escuela Francesa a la que corresponde el honor de haberlo inventado.

William (Text Book of Obstetric) también aconseja el planchado del periné, especialmente antes de una aplicación de forceps. El mismo autor antes ci-

taño, aconseja otra maniobra que consiste en introducir la mano en forma de cono dentro de la vagina. Según el autor, esta manera de distender el periné es mejor que el planchado, pues es más suave. Pero ambas maniobras, el planchado y la introducción de la mano en forma de cono, son peligrosas, pues ambas pueden provocar la separación submucosa de los elevadores del ano y ser causa de recto-celes. El planchado del periné, si es empleado por el médico práctico, debe ser poco prolongado y nada brutal. Es preferible, cuando los tejidos perineales son muy resistentes, recurrir a la episiotomía, operación sobre la cual hablaremos con los lujos de detalles que ella se merece.

Para la protección perineal nosotros seguimos el método de la escuela del Profesor Demelin, maestro de nuestro querido profesor el Dr. Louis Devraigne. Desde que la cabeza aparece en la vulva, con los dedos índice y medio de la mano derecha, exageramos la flexión del polo fetal y con el pulgar impedimos que el avance sea demasiado rápido. Cuando nos damos cuenta de que el occipucio está fuera de la sínfisis púbica, continuamos la flexión de la cabeza y entonces tratamos de sacar una de las bolsas parietales echando hacia atrás los tejidos vulvares con el pulgar de la mano libre. Sacada la bolsa parietal, incitamos a la paciente a pujar entre uno y otro dolor y el resto del polo cefálico sale sin más precaución.

El método que seguimos, como han podido darse cuenta, divide el polo fetal en tres bolsas: una occipital y dos parietales. Las tres bolsas son sacadas la una después de la otra disminuyendo así el diámetro de salida. Si a esto añadimos que al exagerar cons-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

tantemente la flexión, nosotros facilitamos el parto de la cabeza ligeramente en esta actitud, la cual tiene la ventaja de hacerla presentar diámetros más pequeños al orificio de salida. Otra ventaja del método que seguimos, es que la última bolsa parietal sale entre uno y otro dolor, por tanto la fuerza es menor que en el momento de una contracción uterina.

Ya hemos hablado sobre las precauciones que deben ser tomadas en el momento del parto de los hombros, especialmente del posterior, el cual puede romper con facilidad el periné que había resistido el paso de la cabeza.

Con el método que acabamos de explicar, el partero ve constantemente el periné, lo cual es sumamente útil, pues los tejidos indican cuando se debe emplear la episiotomía, ellos se ponen blancos como diciéndole al partero "haga la episiotomía, pues nos vamos a lacerar". No nos cansamos de repetir que la protección perineal no debe ser prolongada, es mejor para el porvenir del feto, si la cabeza tarda en salir, hacer una amplia episiotomía y extraerla con el forceps. Esta conducta no es tan solo ventajosa para el feto, sino que también lo es para la madre, pues hemos visto gran número de perinés distendidos que no han vuelto a recobrar la tonicidad siendo causa de prolapsos sin haber la menor laceración.

Ya que hemos hablado tanto de las ventajas de la episiotomía, pasemos a dedicarle la parte de honor que le corresponde.

La historia de la episiotomía, que es la dilatación quirúrgica del periné, es curiosa, por tanto vamos a decir aunque sean dos palabras de ella. Las laceraciones perineales parecen, como ya dijimos, haber

preocupado a los parteros más antiguos, pero la episiotomía, según los datos bibliográficos que hemos podido obtener en nuestra biblioteca personal, remontan hacia el año 1742, cuando Ould corta la vulva de una mujer en trances de dar a luz una cabeza que no podía salir. Mas tarde en 1810, G. P. Michaelis, incinde el periné con el objeto de evitar su laceración. R. W. Wilcox (New York Medical Journal 32-176-1885) habla de la episiotomía. Viene luego Ritgen y Schultze quienes hacen numerosas y pequeñas incisiones hoy en desuso. Scarzoni practica dos incisiones laterales que seguramente han sido las ancestros de la episiotomía doble tan útil en ciertos y determinados casos. Credé, célebre ya por su profilaxis de la oftalmía purulenta, fué el primero en practicar una episiotomía mesolateral hacia la tuberosidad isquiática, partiendo de la comisura vulvar.

Después viene la Escuela Francesa con Tarnier, Bonnaire, Demelin, Devraigne, Metzger, etc. quienes regulan las indicaciones y el método mejor a seguir. Decimos el método mejor a seguir, porque la Escuela Americana con R. H. Pomeroy (American Journal of Obstetric and Gynecology 78-414-1934) y P. I. Tus (Managements of Obstetrics difficulties 1940) son partidarios, y describen con lujo de detalles, la episiotomía mediana. La Escuela Francesa, con Tarnier a la cabeza, prefiere la meso-lateral y en los Estados Unidos el profesor De Lee (Principles of Obstetric 6a. edición), la emplea también.

Por nuestra parte diremos, que nunca hemos practicado una episiotomía mediana, en esto y en otras muchas cosas hemos seguido fieles a la escuela Gala.

J. P. Greenhill (Year Book of Obstetrics and Gi-

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

necology, .pág. 198-1942) se declara partidario de la episiotomía meso-lateral y da el argumento principal contra la mediana, el cual es el peligro de extensión hasta el ano.

J. P. Pratt, C. P. Hodhkinson y C. R. Kenedy del Henry Ford Hospital (American Journal of Obstetrics and Ginecology, 43-292-296-1942) creen que la episiotomía mediana es mejor. Según ellos existe el peligro de la extensión hasta el ano de la cual reportan 10 casos y con gran descaro dicen, en el artículo que estamos comentando, que eso no es nada, pues la reparación es perfecta. A nosotros no nos parece esta enseñanza digna de ser trasmitida a estudiantes y médicos prácticos, pues la extensión hasta el ano tiene sus grandes inconvenientes y su reparación perfecta no está al alcance de todo el mundo.

R. C. Webb (Journal of Tennessee Medical Ass., Year Book of Obstetric and Ginecology 1942, pág. 198) prefieren la episiotomía mediana, pero hablan de los peligros de la extensión hasta el ano. Nosotros creemos, que si una operación tiene sus peligros, ésta no debe ser preferida a otra, que teniendo las mismas ventajas, no presenta los mismos inconvenientes. Según Webb la episiotomía mediana es más fácil de reparar que la meso-lateral. Creemos que no es así, pues ambas son heridas quirúrgicas que bien cosidas tienen los mismos resultados post-operatorios.

Además, la episiotomía mediana tiene el inconveniente de que estando bañada constantemente por los loquios que salen por la vulva, su cicatrización es menos buena que la meso-lateral a la cual no llegan las secreciones uterinas del post-parto.

La última ventaja de la episiotomía meso-lateral

es una desventaja de la episiotomía mediana. Esta última produce una cicatriz perineal que se rompe fácilmente al pasar nuevamente un feto. Con la meso-lateral el periné queda intacto y son numerosísimos los casos que han dado a luz nuevamente sin necesitar otra episiotomía. El profesor Manuel Luis Pérez (Tratado de Obstetricia) y el profesor Ramírez Olivella (Obstetricia 1943) son partidarios de la episiotomía meso-lateral. Cuando vemos que dos maestros indiscutidos de la obstetricia americana: De Lee y J. P. Greenhill, que toda la escuela francesa, tanto la antigua como la moderna, que la escuela argentina y la cubana, son partidarios de la episiotomía meso-lateral, no vacilamos en recomendarla a los médicos prácticos de nuestro país, y dejando la modestia aparte, nuestra experiencia en la episiotomía meso-lateral es suficiente para aferrarnos y decir que es una operación fácil, libre de los peligros de extensión al ano y de cicatrización perfecta.

¿Cuales son las indicaciones de la episiotomía?

Las indicaciones de la episiotomía son numerosas. Trataremos de resumirlas en: a) maternas, y b) fetales.

a) *Maternas.*

1o.—En los casos en que haya una resistencia perineal, cual que sea la causa que retarde la salida de la cabeza fetal.

2o.—Cualquier condición patológica vulvar, como edemas, condilomas, etc. Ya nos hemos extendido suficientemente sobre la fragilidad perineal en aquellas



C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

pacientes edematosas o que presentan papilomas vulvares.

3o.—En las pacientes de color "indio", el periné debe ser vigilado estrechamente, pues ya hemos dicho que esta parte de su organismo es particularmente frágil, de ahí que todo método de sostén perineal que no deje ver el periné para vigilarlo, debe ser particularmente condenable en esta clase de pacientes.

4o.—Cada vez que haya urgencia en terminar rápidamente un parto.

Todas las indicaciones que hemos enunciado, seguramente faltan algunas, que el médico puede ver en el ejercicio diario de su profesión, son de origen materno. Cada una de ellas puede ser causa de una laceración perineal hasta el ano y la primera indicación materna que hemos enunciado puede ser referida como la primera indicación fetal de la episiotomía.

b) *Fetales.*

1o.— Como dijimos más arriba, la primera indicación fetal de la episiotomía es la resistencia perineal materna. Esta resistencia anormal, mantiene al feto en la vulva durante largo tiempo, lo cual puede tener como consecuencia una hemorragia meníngea, como nos lo ha probado la práctica.

2o.—El tamaño anormal del feto. Esta indicación huelga ser comentada.

3o.—Con gran frecuencia las occipito-posteriores, como ya hemos dicho, hacen una rotación anormal, saliendo en occipito-sacra, posición que hace salir los grandes diámetros del polo cefálico fetal primero, poniendo en gran peligro la integridad del periné mater-

no. Hay veces que en las primerizas cuando hay urgencia de terminar el parto por medio de una aplicación de forceps, y el feto está en posición posterior, es mejor sacarlo en occipito-sacra, pues la gran rotación en occipito-púbica puede lesionar gravemente las paredes vaginales y algún órgano vecino. Esta enseñanza es de una importancia práctica enorme y la debemos a nuestro maestro Devraigne y siempre nos hemos encontrado satisfechos al seguirla. En este caso la episiotomía profiláctica se impone por la misma razón que hace un momento apuntamos.

La episiotomía es una operación simple, beneficiosa y debe ser empleada con mayor frecuencia por el médico práctico. Esta sencilla operación debe ser ejecutada antes de que el feto sufra de la compresión vulvar y antes de que los tejidos maternos y con especialidad los elevadores, se distiendan demasiado y antes de que la facies intercolumnar sea destruída.

Con el método de protección del periné que empleamos y con la ayuda de la episiotomía, nuestros resultados han sido magníficos, como hemos visto en nuestra estadística y que resumimos a exprefeso:

Hemos tenido en 2522 partos solamente doce laceraciones incompletas con un porcentaje de 0.39%, cifra muy baja que puede ser fácilmente igualada si todos los médicos que hacen partos se decidieran a emplear con más frecuencia la episiotomía en lugar de criticarla. En cuanto a las laceraciones complicadas, es decir, hasta el ano, solamente hemos tenido 3 con un porcentaje de 0.11%. Una, en una paciente edematosa, otra en una presentación de frente, y la última en un parto rápido con aplicación de forceps. Nosotros no tenemos temor en dar a conocer nuestra

estadística de episiotomías, ya enunciada, pero que nos complacemos en resumir ahora: 200 en 2522 partos, con un porcentaje de 7.93%, que se dividen en la siguiente forma: 185 en primerizas y 13 en multíparas. Como puede verse el mayor número de secciones quirúrgicas del periné han sido hechas en primerizas: 92.5% contra solamente 6.5% en las multíparas. La episiotomía es, como hemos dicho varias veces, una operación que protege grandemente los intereses maternos impidiendo las laceraciones complicadas y los fetales, no permitiendo que la cabeza sea comprimida por el anillo vulvar durante largo tiempo con el peligro de la terrible hemorragia meníngea, principalmente en los fetos sifilíticos como ya hemos dicho.

La episiotomía, en los centros hospitalarios que reciben estudiantes a quienes se les permite hacer partos, debería ser, si no una rutina, cuando menos una indicación en la mayoría de las primerizas, esto es lo que recomendamos nosotros a nuestros discípulos de la Maternidad del Hospital Internacional.

Antes de terminar con la protección del periné, debemos decir que la episiotomía debería estar siempre hecha y suturada con anestesia local, anestesia fácil con la infiltración perineal, pero podemos asegurar que si la sección del periné es hecha en el momento de un dolor y con unas buenas tijeras, la paciente no sufre mayor cosa.

5) *Sutura perineal*

Al presentar una ponencia sobre la protección del periné de la mujer que da a luz, queremos hablar de un punto importante de la obstetricia de todos los días, como lo es la sutura perineal.

La episiotomía siempre la suturamos antes de salir la placenta con *un surgette* profundo y puntos separados en la piel.

Toda laceración perineal debe ser reparada inmediatamente después del parto empleando una buena luz y exponiendo bien la herida.

La técnica de la sutura no es de lugar describirla aquí, solamente hablaremos de un punto de práctica poco conocido entre nuestro mundo obstétrico. De todos es sabido que los tejidos perineales están inflamados y por tanto edematosos aun en el parto más normal. Esta última particularidad, a la cual se añade la humedad constante del periné por los loquios, favorecen grandemente el que los hilos de sutura corten los tejidos cual que sea el material empleado y la consecuencia es que gran número de perinés que hemos visto de pacientes no asistidas por nosotros, han cicatrizado por segunda intención y desde luego, esta cicatriz es anti-estética y algo molesta para las relaciones maritales. Este inconveniente es fácilmente resuelto por la escuela americana haciendo una sutura sin dejar espacios muertos con puntos continuos profundos y con catgut y puntos superficiales flojos, afrontando solamente los bordes de la herida tanto en la episiotomía como en la reparación de una laceración perineal, cualquiera que sea su grado.

Este pequeño punto de práctica nos parece interesante y digno de ser conocido por nuestros colegas.

6) Conclusiones.

En un trabajo como el que acabamos de presentar

C U E S T I O N E S O B S T E T R I C A S

a nuestros colegas del presente Congreso, es necesario que lleguemos a algunas conclusiones y es lo que vamos a ensayar de hacer de la manera más breve posible.

1) La importancia médica como social de las laceraciones perineales es una cuestión que el médico siempre debe tener presente en su mente cada vez que preste atención a una mujer en trances de traer al mundo a otro ser.

2) La laceración perineal es posible aún en las mejores manos. Su causa etiológica principal es la salida rápida del polo cefálico y la deflexión brusca de este mismo polo y todos los métodos de protección perineal concurren a obviar estas dos causas.

3) La particular fragilidad del periné de la "india" dominicana, nos hizo plantear la cuestión de un problema de genética que deseamos nuestros colegas estudien. Esta particularidad del tipo "indio" nos obliga a ser aun más cuidadosos en la protección del periné y hasta llegamos a aconsejar en estas pacientes, la episiotomía profiláctica.

4) Si la laceración perineal simple no tiene mayor importancia, por el contrario, la ruptura complicada sí la tiene.

5) La ruptura del esfínter anal y del recto es seguramente evitada con el método de protección perineal que seguimos, ayudado con la episiotomía.

6) La episiotomía, operación sencilla y por tanto al alcance de todo médico práctico, debe ser empleada con más frecuencia, pues ella beneficia tanto a la madre como al feto.

a) A la madre le evita de una manera segura las laceraciones extensas del periné. Impide las disten-

siones perineales que son peligrosas, pues pueden ser causa de prolapsos y de rectoceles aún con un perine que no ha sufrido el menor desgarró pero que ha sufrido una dilatación inútil.

b) Al feto lo beneficia en el sentido de evitarle las compresiones prolongadas. Estas compresiones pueden tener como consecuencia la hemorragia meníngea. El médico práctico debe siempre tener presente que el niño tiene vasos menínegos relativamente frágiles y que por esta razón es un deber para él evitarle todo traumatismo innecesario. Si el feto es hijo de padres sifilíticos, la episiotomía debería ser la regla, pues los vasos meníngeos en estos fetos enfermos, no resisten ni aun a la compresión más débil.

INDICE DE AUTORES CITADOS

A

Adercdias, 138
Altfeld, 77
Appert, 77
Auer, 89
Aybar Jiménez L., 117

B

Bair D., 43-43
Balard, 46
Baudelocque, 66
Bar P., 77, 103
Bertillon, 75, 75
Berk, 117
Bill A. H., 133
Bouillard, 48-49
Bonnet, 28
Brindeau A., 26-51-53
Brousted, 46
Brouha, 120
Braxton Hicks, 137, 137
Bumm, 98
Bue, 124-134
Buss, 126

C

Calaway J. L., 28
Cathala, 57
Charpentier de Ribes, 86-136
Clauser, 114
Costa, 45
Couvelaire, 45-53
Ccle H. N., 28
Corwin, 48, 49

Cosgrove A. S., 53
Crabtree E. G., 41-42-42-43, 43, 44

D

Davenport, C. V. 156-157
Delmas P., 22
De Lee J., 52-52-86, 120-124, 130, 143, 150, 152, 152, 153, 170
Devraigne L., 53, 66, 103, 105, 112, 113, 117, 129, 145, 154, 158.
Demelin, 113
Doderlein, 98
Dubois P., 45

E

Ecalte, 85
Ephesus Sorano de, 164
Engel, 19
Eugelhorn, 77

F

Fernández U., 76, 77
Fourmier, 28
Fodré, 45
Freuch, 56
Frankenhauser, 107
Fritsch, 130

G

Garrahan J. P., 26
Germez Louis, 124, 134

Greenhill J. P., 170

H

Harry J. W., 23
Halban, 120
Hercius, 67
Hirst J. C., 43, 43
Horn Van, 164
Hodhkinson C. P., 169
Hutchard, 26

I

Irving, 138

J

Jaeger A. S., 53
Jalaguier, 55
Jeannin A., 53
Jenning H. S., 155
Joly J. B., 41
Judel, 130

K

Kermauner, 20
Kenedy C. R., 169
Kleinwachter, 67

L

Laennec, 46, 48
Labinon, 56
Laray, 103
Leusden, 52
Leidenheimer, Henry, 123
Litzmann, 98
Longhena, 19, 19, 19

M

Mackenzie James, 45, 46
Mahon, 47
Martius, 69
Masfan, 100
Mc Cord J. R., 27
Meltzer, 89
Metzger M., 53, 128, 129, 152,
153,
Minder, 85
Mendor H., 22
Moseley Vince, 28, 28

Moskowitz H. L., 133
Muller, 130
Myers, 26

N

Nobecourt P., 28
Normandie Robert, 123

P

Parder, 45
Pajot, 114
Palliez, 124
Pankow, 133
Peraita Ramos, 107, 142
Pérez, M. L., 24, 26, 52, 35, 87,
53, 55, 71, 71, 98, 107, 114
126, 130, 130, 133, 141, 170
Pinard A., 45, 51, 66, 69, 71,
99, 99, 130
Porter I. W., 165
Pratt J. P., 169

Q

Quingley James, 124

R

Ramirez Olivella J., 77, 78, 87,
107, 121, 170
Reid, 46
Rick, 130
Rouchy, 46, 48
Roeder, 86
Robert, 155

S

Schikelé, 107, 124
Schawartz, 130
Schmitt, 55, 56
Sejourné, 48
Sharpe Jane, 28
Sick, 130
Stander, 45
Stegger, 157
Stroganoff B., 86, 87, 88, 88,
88, 88,
Suzor, 88, 89, 90

T

Tarnier, 103
Tchouriloff, 75, 75
Titus P., 23, 24, 47, 48, 52, 53,
56, 57, 138, 151, 165
Traboulet A., 66
Trillat, 123

V

Vazquez H., 45
Valentine Herrick, 49
Velpeau, 45
Vinay, 56

Vignes Henry, 114
Volhard, 85
Voron, 120

W

Werner, 46
Webb, R. C. 169, 169
Williams J. W., 27, 165
Wilson, 49
Winkel, 71, 103
Wladakovich, 77
Winter, 120, 123
Willette, 138, 139
Wodon, 89, 90, 90



I N D I C E

INTRODUCCION	7
Capítulo I.—MORTALIDAD MATERNA Y FETAL	9
1.—Mortalidad materna	9
2.—Mortalidad fetal	11
Capítulo II.—LAS ENFERMEDADES COMPLICANDO EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO	15
1.—Paludismo	19
2.—Gonorrea	19
a.—La vaginitis granulosa	19
b.—La endometritis	20
c.—Los papilomas vulvares	21
d.—La bartolinitis	22
e.—La septicemia	23
3.—Gripe	23
4.—Linfangitis superficial del seno	25
5.—Varicelas	25
6.—Sífilis	26
Capítulo III.—ENFERMEDADES DEL ARBOL URINARIO	33
1.—Pielonefritis	33
2.—Litiasis renal	41
Capítulo IV.—ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	45

Capítulo V.—APARATO DIGESTIVO	51
1.—Apendicitis	51
Capítulo VI.—ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	55
Capítulo VII.—LAS PRESENTACIONES. LAS POSICIONES Y LAS VARIEDADES DE POSICION	59
1.—Presentación de vértice	59
2.—Posiciones y variedades de posición en la pre- sentación de vértice	61
3.—Presentación de cara	65
4.—Presentación de frente	67
5.—Presentación de nalgas	69
6.—Presentación de hombros	70
a.—Francas	72
b.—Accidentales	73
Capítulo VIII.—LOS MELLIZOS	75
Capítulo IX.—LA INTOXICACION GRAVIDICA Y LA ECLAMPSIA	81
1.—La Intoxicación gravídica	81
2.—La eclampsia	84
Capítulo X.—LAS DISTOCIAS	91
Estudio de cada una de las distocias observadas	94
1.—Anomalías de la rotación	95
2.—La estrechez pélvica	98
3.—Cortedad del cordón	101
4.—El vaginismo	105
5.—Rigidez del cuello	106
6.—Fetos gigantes	108
7.—Edema vulvar	112
Distocia de la fuerza	113
8.—La inercia uterina	113
Capítulo XI.—LAS CESAREAS	117
Capítulo XII.—LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS	125
1.—Laterocidencia del cordón y prociencia del cordón	125
2.—La placenta previa	129

Capítulo XIII.—LA INFECCION PUERPERAL	141
LAS LACERACIONES PERINEALES EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL INTERNACIONAL	147
INTRODUCCION	147
1.—Nuestra estadística	148
2.—Importancia de la laceración perineal	150
a.—Importancia médica	150
b.—Importancia social	152
3.—Causas de las laceraciones perineales	152
a.—Causas maternas	154
b.—Causas fetales	160
4.—Manera de proteger el periné	163
La episiotomía	167
Indicaciones de episiotomía	170
a.—Maternas	170
b.—fetales	171
5.—Sutura perineal	173
6.—Conclusiones	174

FE DE ERRATAS

PAGINA	LINEA	DICE	DEBE DECIR
11	20	infantil	fetal
11	21	infantil	fetal
13	25	descenso	deceso
100	18	infantil	fetal
117	9	con	sin
133	25	mortalidad	morbilidad
139	23	cuidadores	dadores
168	23	P. I. Tus	P. I. Titus.

