REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

PROFILAXIS FETAL

Discurso leído por el Académico electo
Muy Iltre. Sr. Doctor
Don SANTIAGO DEXEUS FONT
en el Acto de su recepción el día
22 de Junio de 1958

Discurso de contestación del
Muy Iltre. Sr. Doctor
Don JOSE ROIG RAVENTOS
Académico Numerario

BARCELONA
1958

PROFILAXIS FETAL

Excelentísimo señor Presidente,

Dignísimas Autoridades,

Muy ilustres señores Académicos,

Señoras y señores:

Este ha sido el momento más esperado de mi vida profesional.

El acceso a esta Real Academia exige corrientemente unos años largos de labor. Habrán excepciones para aquellos que, desde sus primeros pasos, demuestran unas condiciones de excepción y para ellos nada más natural que esta Institución les abra sus puertas de par en par.

Para los más, este ingreso coincide con una etapa de maduración en la que aparece lógico que, junto a los merecimientos obtenidos dentro de la esfera puramente técnica, entren en juego otros factores. ¿Podrían ser éstos una cualidad humana del futuro académico, su equilibrio social, su trayectoria global? Me hice la pregunta reiteradamente cuando obtuve la adscripción a esta docta Corporación, y no logré contestarla de manera convincente. Pero sí llegué a la conclusión de que lo que fué una realidad es la benevolencia con que los ilustres miembros de la misma valoraron, agrandándole, mi personal bagaje. A todos quiero expresar mi sincero agradecimiento.

* * *

En el camino de la carrera que elegí, tuve predecesores, mi padre y mi hermano mayor. Niño vi lo que era el médico de familia que mi padre fué de manera ejemplar. Con gran esfuerzo, logró crearse una clientela y subir su familia, declarando siempre su admiración por el trabajador y el estudioso. Sus comentarios eran siempre para los que descollaban por sus méritos. Fué la primera y principal escuela donde aprendí a valorar y respetar el trabajo de los demás que, al andar de

los años, se ha convertido en norma de conducta fructífera al estimar igualmente el trabajo de los menos privilegiados.

En parte por propia decisión, en parte por tolerancia de mi padre, mi paso por la Facultad fué rápido. Liquidé en cinco años lo que eran entonces siete cursos académicos. Mi padre, precursor —en aquellos tiempos— quería que marchara al extranjero, y logró que me interesara por los idiomas. No tengo la seguridad de que esta aceleración pueda ser, en general, beneficiosa. Por mi parte, no la he aconsejado a mis propios hijos.

Fué pocos meses antes de la terminación de mi carrera, cuando mis preparativos de partida comenzaban a tomar cuerpo, que se decidió mi destino. Mi hermano mayor, que me llevaba quince años y al que quería entrañablemente por su bondad y que me correspondía con gran afecto, me dijo un día que su compañero de promoción, el doctor ROIG RAVENTÓS, me proponía que ingresara, una vez terminada la carrera, como médico de guardia en la Maternidad Provincial.

Hablé con ROIG RAVENTÓS, examiné mis posibilidades en el futuro lugar de trabajo, y no me costó decidirme.

En aquella época, la Maternidad era un refugio de madres solteras, instalado en un barrio extremo, a quince minutos del tranvía más próximo y con una instalación algo más que precaria. No gozaba del predicamento que era propio de los Servicios universitarios ni del de los grandes hospitales. Hay una encantadora distancia entre aquella Maternidad y la actual, fruto ésta de la cooperación de numerosas fuerzas que han tendido a la evolución del antiguo Refugio de embarazadas, transformándole en una Maternidad moderna.

Lo que operó mi decisión fué el adivinar en ROIG RAVENTÓS lo que luego fué para mí. Con GODAY, que pasó a Puericultura, ingresé en aquella Casa e hice los primeros pasos en la especialidad. No tendría ello ninguna particularidad si no explicara cómo se desarrolló mi aprendizaje. ROIG cuidó de mi formación de manera, más que solícita, paternal. Comprobaba, semana por semana, mis progresos o mi estacionamiento. Ejecutaba en el maniquí, en su presencia, aquellas maniobras que luego tendría que realizar en la clínica o en la sala de partos, y cuando llegaba el momento, cuando por primera vez tenía que realizar en la mujer algo que él consideraba difícil para mí, acudía a la hora que fuese, con el tiempo que fuese, a mi lado. Hoy, enfáticamente, le llamamos a esta manera de proceder, supervisión. Consideraría una crueldad retroponer esta denominación a la labor humana de mi amigo y maestro, que, al dirigir mi mano buscaba, además, la seguridad de aquellas enfermas

que le eran confiadas, con la sencillez del hombre sabio y la naturalidad del hombre bueno.

No puedo ni quiero enumerar la evolución de la trabazón que me ligó a ROIG RAVENTÓS durante aquel tiempo de internado. Terminado éste, los médicos de guardia, nos encontrábamos en la calle. Es cierto que, en aquellos tiempos, mucho menos duros para los médicos, no resultaba nada difícil abrirse camino. Pero aun así, una mano amiga es siempre de gran provecho para el joven. ROIG RAVENTÓS, en sus primeros años de tocólogo, y pediatra, hizo mucho por mí. Orientó mis primeras actuaciones en este camino nada fácil, de la clientela particular. Cuando le reclamaban para un parto, se excusaba amablemente, daba mis señas y les añadía con la máxima naturalidad: «Id por él, es un médico joven, pero enterado. Os lo hará mejor que yo». Nunca me atreví a preguntar por qué embaucaba a su cliente, pero me sospeché, en más de una ocasión, la razón. Cuando el marido atribulado me observaba, con mis veinticinco años imberbes, que ni éstos aparentaba, tenía la impresión de que estaba a punto de precipitarse escaleras abajo. Sólo una dialéctica persuasiva llevaba una cierta paz a aquel ánimo atribulado cuando el familiar, desorientado, añadía: « ¿Es usted o su padre, el médico de quien me ha hablado el doctor ROIG RAVENTÓS?». A lo que respondía categóricamente, no sin cierto sentido de conmiseración por mi futuro cliente.

Con ROIG RAVENTÓS fué mi maestro, en aquel centro, BAUDILIO GUILERA, ya desaparecido. Su seriedad y rigurosidad en el trabajo, su espíritu ordenado, la meticulosidad puesta al servicio de las enfermas, prendían pronto en el ánimo de los jóvenes que trabajaban a su lado. El sentido asistencial que deparó a la Maternidad perdura todavía y los que trabajamos junto a él procuramos que permanezcan las directrices generales de trabajo que él dictó.

Terminado mi período de médico de guardia en la Maternidad, hice mis primeros pasos en la cirugía general con SEGUÍ POU. Con él, trabajador infatigable, gran estudioso, especialmente interesado en la Ginecología, aprendí los fundamentos de lo que ha permitido a la Tocoginecología moderna lograr sus amplias perspectivas actuales.

El resto no tiene interés. Año tras año, día tras día, seguramente he puesto al servicio de mis enfermas y en el trato con mis compañeros de trabajo el consejo de uno, la observación de otro y un poco de reflexión propia.

Volví más tarde a la Maternidad Provincial, en la que ocupo la dirección, desde la desaparición de BAUDILIO GUILERA. Es un excelente lugar de trabajo, donde estoy rodeado de una pléyade de colaborado-

res, que son mis amigos y, con su capacidad de trabajo y valer, el mayor estímulo con que puedo contar.

Trazar la semblanza del doctor NUBIOLA, que ocupó este sillón durante largos años, no es tarea fácil. Fué en todas sus actividades un hombre de acusado perfil. ¿Existía una relación entre su constitución física y su temperamento? En su aspecto exterior, alto, delgado, decidido de ademanes, invocaba ya, al primer contacto, la idea de una gran capacidad de acción. Es perfectamente posible que esta naturaleza física contribuyese poderosamente a sus posibilidades como tocólogo. Las noches perdidas, la irregularidad en la actuación obstétrica, la urgencia muy general, son posiblemente mejor soportadas por aquellos profesionales que poseen estas características físicas.

No puedo decir que fuese discípulo suyo, puesto que en mi paso por la Facultad la enseñanza de la Ginecología nos fué dada por el malogrado Profesor BONAFONTE, pero sí puedo añadir que aun sin pasar por sus aulas, todos los que terminamos nuestra carrera en el primer cuarto de siglo, le tenemos que considerar, con sobrada justicia, como el maestro indiscutible. Recuerdo perfectamente haberle visto practicar, en aquellos tiempos, lo que los demás obstetras raras veces podían realizar. Ejecutó de mano maestra la cesárea extraperitoneal y las pelvitomías, especialmente la pubiotomía, que representó una base muy positiva de éxito, en aquellos tiempos, para su escuela. Realizaba estas operaciones con especial destreza, pudiéndose atribuir el progreso que impulsó a sus realizaciones, a la circunstancia que él juntaba la doble condición de cirujano y de tocólogo. Como cirujano, podía llevar a cabo aquellos procederes, como es la histerotomía, que requieren un mínimo de condiciones quirúrgicas, y como en estos actos existe también un componente puramente tocológico, remataba la ejecución con su consumada maestría de obstetra. Esto no es poco decir en aquellos años en los que la obstetricia se limitaba, para muchos prácticos, a aquellas operaciones puramente tocológicas, tales como el fórceps y la versión, que, al sentir de aquellos profesionales, no reclamaban —erróneamente, por cierto— una etapa quirúrgica. El obstetra tenía a gala usar de sus manos o de sus instrumentos para la extracción fetal; pero parecía que todo aquello que pudiera anteponerse, ser coetáneo o seguir al acto puramente obstétrico y que fuese de naturaleza quirúrgica, le fuese vedado. Fué así como durante largos años la obstetricia tuvo que ser una especialidad quirúrgica menor, hasta que vinieron los nuevos tiempos, que la elevaron al rango que actualmente tiene y que bien merece.

NUBIOLA fué en nuestro país uno de los artífices más consumados de este cambio de categoría en nuestra especialidad.

Si esta evolución que acabo de mentar es uno de los rasgos más salientes y meritorios de la vida profesional del doctor NUBIOLA, no lo son menos otras facetas inconfundibles de su actuación. Su labor como profesor ha sido meritísima y notoriamente efectiva sobre las numerosas generaciones que pasaron por su cátedra, hasta que llegó el momento de su jubilación. Sus lecciones eran claras. Huía del razonamiento alambicado. Recurría con frecuencia a la demostración gráfica en el encerado, valiéndose de sus facultades de dibujante. Los alumnos le seguían con agrado, cuando no con curioso fervor. El mayor éxito lo tenía cuando acudía con ellos a las enfermerías o a las salas de partos y de la palabra pasaba a la acción. Que los muchachos se extasíen ante los profesores, no es sorprendente, pues juegan en su actitud la todavía escasa capacidad para la crítica y la reverencia al maestro. Pero con NUBIOLA, las situaciones respectivas eran muy justificadas. Veían cómo el arte y la pericia del obstetra lograba en poco tiempo rematar con éxito lo que numerosas horas de trabajo de parto y, en muchas ocasiones, grandes sufrimientos de la mujer, no pudieron alcanzar. La gran habilidad de NUBIOLA le situaba pronto —y merecidamente— muy alto a los ojos de los discípulos.

Desde su cátedra creó y timoneó una escuela con extraordinario prestigio en el ámbito nacional e internacional. Muchos de los que ocupan hoy cargos sobresalientes en la especialidad pasaron por sus manos.

Enumerar su amplia aportación científica, sería largo, pero sí tengo que decir que su estima y cooperación a esta Real Academia de Medicina fué siempre probada y constante. Tanto desde esta tribuna como desde su clínica universitaria, rindió un inapreciable servicio, no sólo a los ginecólogos, sino a los médicos generales del país, al divulgar sus trabajos e ideas sobre ciertas formas de tuberculosis anexial que, hasta entonces, eran muy imperfectamente diagnosticadas. Sus puntos de vista se han cimentado progresivamente y son hoy, tras pocos años de entrada en el palenque médico, de universal aceptación.

La publicación de su *Tratado de Obstetricia,* cuya dirección compartió con ZÁRATE y en cuya redacción contribuyeron numerosos especialistas nacionales y latino-americanos, fué otro éxito resonante de NUBIOLA, al dar a conocer los trabajos de su escuela en un ámbito amplísimo, al mismo tiempo que los ensamblaba con estudiosos de otros países de habla española.

Ya en otro lugar y en ocasión del fallecimiento del maestro, tuve ocasión de manifestar que el rasgo más característico del desaparecido

obstetra y ginecólogo era su insobornable simplicidad frente a la enferma. En lenguaje claro, al alcance de las mentalidades más sencillas, exponía la enfermedad, su importancia, su probable curso. Daba su plan de tratamiento, generalmente sencillo, cuyos pormenores detallaba para evitar todo error de interpretación. Escogía, entre los medios a su disposición, el que fuese menos oneroso, ya no digamos menos expuesto. Fué uno de los últimos defensores de la fórmula magistral y, queriéndolo o sin quererlo, uno de los postreros beneficiarios del éxito ligado a la personalidad del médico.

Hoy, frente a su manera de proceder, tan genuina, casi específica, ligada a su personalidad profesional, labrada en la lucha y en la experiencia y rematada finalmente por el prestigio que le aureolaba, nuestra Medicina actual, con su maquinismo creciente, con su farmacopea de industrialización, con la rueda de cooperación interprofesional puesta en marcha al más leve indicio de patología, con la trabazón ínfima entre el médico y el paciente y, muy especialmente, con el declive, si no camino de desaparición del médico de familia, bueno, comprensivo, poco ambicioso, pero depositario del historial completo de sus clientes, esta Medicina, decía, se nos aparece como una expresión obligada de los tiempos actuales. Entre aquéllo, lo de ayer y lo de hoy, creando este abismo de situaciones y procederes tan contradictorios, han pasado unos pocos años. ¡El mundo camina muy deprisa! ¡Son inútiles las lamentaciones y añoranzas de tiempos que fueron, de fases médicas que tuvieron su razón de ser. Quede en pie que, en esta etapa de la Medicina, hubo decididos forjadores, como los habrá, con sus características propias, en los tiempos actuales! NUBIOLA fué uno de ellos: forjador de juventudes médicas, de progresos en nuestras actividades, de paz en los hogares, al salvar a muchas madres e hijos que, sin su capacidad y pericia, no estarían entre los suyos. Dentro de este marco, el recuerdo del gran tocólogo tiene que cobrar cada día más vigor, especialmente entre los que le conocieron y estimaron, como gran representativo de su tiempo.

* * *

Uno de los más importantes objetivos visados por la Ginecología moderna está representado por la protección de la madre y del hijo. El cuidado de la mujer gestante y el seguimiento asiduo del producto es, sin ningún asomo de duda, una de las etapas de mayor interés y amplia perspectiva que ofrecen a la actividad del profesional dedicado al cultivo de la especialidad tocoginecológica.

En la obtención del hijo en las máximas condiciones de normalidad

están interesados muchos sectores de actividades diversas. Los médicos todos, los pediatras particularmente, los neurólogos y psiquiatras, también los pedagogos y sociólogos confluyen con nosotros en la misma ansia. Sería justo preguntar: ¿quién no se interesa por esta faceta de la Medicina preventiva y quién puede estar al margen de una actividad de la que depende la paz de una familia y el futuro de un ser humano, un día ciudadano ejemplar o bien carga social según la evolución de un proceso que, en buena parte, está bajo nuestra tutela?

El gran público, en su mayor parte, ignora los mecanismos íntimos por los cuales se rige el proceso médico de la protección materno-fetal. Pero, como en muchos otros problemas que se le presentan, presiente con buena orientación, dónde está el camino más seguro. Opino que este sentir profundo de la masa ha sido, aún desprovisto de una previsión definidora de los límites o conceptos técnicos en que se desenvuelve la función tutelar de la Maternidad, uno de los que más han influído sobre el estado actual y sus posibilidades futuras.

Me ocuparé de la profilaxis obstétrica, señalando desde este momento que ésta abarca la salvaguarda de los intereses maternos y de los fetales. En este trabajo de ingreso a la Real Academia, estudiaré tan sólo el segundo punto.

Los factores operantes sobre la mortalidad y morbilidad fetales son múltiples. Son variados. En un intento de clasificación, les agrupo en tres categorías: unos conciernen a la madre, otros son propios del mismo feto o de los elementos componentes del huevo. Finalmente hay que considerar la parte que corresponde a la técnica: les llamaremos asistenciales.

La madre influye sobre el feto y esta afirmación no reclama, en un mero intento de interpretación elemental, gran alarde demostrativo.

Dicha influencia se ejerce durante el período en que el feto está íntimamente vinculado al organismo materno, o sea durante la gestación. La solidaridad orgánica y funcional, tan estudiada y diversamente interpretada por los autores, pero no por ello menos evidente, hace saltar a la vista cómo, durante el embarazo, las condiciones maternas tienen que reflejarse sobre el organismo fetal.

Pero también en otras etapas de la vida de la mujer, la enfermedad, el traumatismo, ciertos agentes terapéuticos, podrán actuar sobre la gónada femenina y podemos estimar que la posible repercusión sobre el gameto signifique el temor de una participación femenina, de carácter patológico, en un embarazo futuro.

Asimismo, salido ya el fruto de su anidamiento uterino, una ligazón

insuficiente o deficitaria con la madre, será la causante de riesgos al recién nacido.

Pero de una manera muy especial tiene que ser considerado el período de tránsito de la vida intra a la extrauterina. El momento del parto es con inusitada frecuencia origen de complicaciones patológicas que afectan a la madre y al feto. Para éste son causa de mortalidad y morbilidad. Esta última será inmediata o tardía o ambas a la vez.

Por lo tanto, podemos distinguir dentro de los factores maternos los:

a) Anteriores al embarazo.
b) Ligados a éste.
c) Los propios del parto.
d) Los del período postnatal.

No en todos ellos tiene igual participación el tocoginecólogo. Evidentemente la tutela es mayor durante el embarazo, parto y puerperio, pero cada vez más la esfera de acción de aquél se extiende, abarcando, como vemos seguidamente, determinados momentos de la vida de la niña o joven, futura madre en ciernes.

PROFILAXIS ANTES DEL EMBARAZO

Pensando como médicos y aun sintiendo como hombres, vemos en la recién nacida una futura madre. ¡Cuántas veces, nosotros los tocólogos, no hemos escuchado las lamentaciones de una recién parida que augura, contrita, para el mañana de ésta los sufrimientos que ella acaba de pasar!

Y, efectivamente, tiene que ser así. En la recién nacida que proclama con su primer grito el ingreso a la vida extrauterina, está un potencial generativo que hay que valorar, respetándole, cuidándole, diría mimándole. Es la profilaxis gametogénica para el mañana que enlaza y se solidariza con el de la madre, que acaba de dar a luz. En la infinita sucesión de generaciones, esta carga germinal tiene que ser objeto del máximo interés. Hasta nuestros tiempos, acaso poco pudiera hacerse. Pero no es así en la actualidad. Somos los herederos de los que nos precedieron y los progenitores de los que nos seguirán. Simple anillo de la larga cadena humana, entre los que ya no son y los que llegarán un día, tenemos el deber de procurar el máximo bien para nuestros hijos y nuestros nietos y los nietos de nuestros nietos. En nuestras manos de médicos está la posibilidad de gobernar una parte posiblemente pequeña de este

gran caudal de felicidad que quisiéramos, no sólo para los nuestros, sino para la humanidad entera. Seguramente no es mucho, si juzgamos de los ingentes, azarosos y renovados obstáculos que en este intento podemos encontrar. Lo que el médico pudiera realizar, comparado con los múltiples avatares con que imaginamos tener que tropezar, es un grano de arena. Pero procuremos verle como valiosa esmeralda, poniendo en el juego todo el entusiasmo y buena voluntad.

La preparación de la niña y joven para la misión de madre, CLAVERO NÚÑEZ la llama maternocultura preconcepcional y este autor, gran conocedor del problema, estima la denominación excesivamente pretensiosa.

Es realmente difícil concretar límites, realizaciones o aspiraciones definidas en este gran proceso, en el fondo un enigma, de la plasmación progresiva en el cuerpo y alma de la joven mujer de aquellas facultades que la convertirán en una madre completa y, en el caso que estudiamos, especialmente de la madre de un hijo sano.

Esta modelación doble, física y espiritual, que, al compás del tiempo y tras de la infancia y menarquía, llevarán en unos pocos años más después de ésta, a la mujer cronológicamente apta para el matrimonio, se moverá dentro de círculos o ambientes varios: la familia, la escuela, el medio social. A nuestro juicio, el más importante y definidor es el de la familia.

El papel que jugará el médico es pequeño, comparado con el de los padres y hermanos, con el de los educadores. Pero no es nulo.

Fomentar la lactancia natural, evitar el raquitismo es laborar para el mañana, especialmente al procurar eliminar las deformaciones óseas pélvicas.

En este período prenatal, poner a la joven a cubierto de las enfermedades infecciosas es laborar en su favor y en el de su hijo. Sea cual sea y con más o menos intensidad, toda enfermedad infecciosa hace correr el riesgo de la instauración de una lesión definitiva. La influencia sobre el producto de la concepción es casi constante. Aborto, parto prematuro de unas semanas o de unos pocos días, son la secuela de una tuberculosis que no curó por completo o de una nefropatía residual de unas anginas o de una cardiopatía postreumática.

Junto a los procesos generales infecciosos o toxiinfecciosos capaces de influir sobre la duración del embarazo, sin paso directo de la enfermedad al producto de la concepción, están aquellos que se transmiten al huevo y que serán estudiados con más detenimiento al tratar de la profilaxis durante el embarazo.

Una gametogénesis imperfecta puede tener diversos orígenes. Cier-

tos factores son sobradamente conocidos. La acción lesiva del alcohol, del tabaco, del plomo, determinan abortos, partos prematuros y pueden ser la causa de muertes fetales, cuyo origen no siempre es claro. Alejar a las mujeres de las industrias donde se trabaja con materiales que son capaces de actuar desfavorablemente sobre las gónadas, es moverse dentro de un puro concepto profiláctico preconcepcional.

Las radiaciones poseen una acción manifiesta y conocida sobre el ovario. La exposición repetida a los rayos X es capaz de influir desfavorablemente sobre la gametogénesis. Es posible que esta acción se tenga que valorar más que la ejercida por las mismas radiaciones recibidas por el feto durante el embarazo, siempre que se mantenga dentro de las dosis y técnica con que aquéllas son utilizadas casi exclusivamente con fines diagnósticos durante la gestación. Ya volveremos sobre ello.

Las infecciones padecidas antes del embarazo tienen un efecto esterilizante; pero también son capaces de alterar la marcha del embarazo o engendrar la muerte del feto, por el mismo mecanismo que los anteriores agentes. Se sabe de la lúes, por ejemplo, cómo altera el gameto masculino. El contaje seminal, la forma y vida del espermatozoide, su resistencia están con frecuencia alterados en el antiguo sifilítico. Es éste un hecho bien conocido. No poseemos la prueba de que exista una acción similar sobre la ovogonía o sobre el óvulo, pero es lógico pensarlo. La clínica ofrece algunos elementos de juicio capaces de poder dar pie a la idea de que una lúes lejana pudiera ser la causa de una prematuridad o de una muerte feltal inclasificable.

Hace tan sólo veinte años el papel ejercido por la lúes sobre el feto era estimado en exceso. Los fetos muertos eran encasillados en esta etiología sin excesivos miramientos. Las malformaciones eran atribuídas al mismo origen, creencia que se ha desvanecido más tarde.

Estamos hoy en el extremo opuesto, sin que en esta postura nos acordemos suficientemente de este factor importante que ha sido la lúes. Con serología negativa, con nulidad de manifestaciones clínicas, sin los rasgos característicos del huevo sifilítico, es imposible, a pesar de todo, eliminar de una manera categórica el agente específico. Vemos excesivas muertes fetales cuya etiología se mantiene inexorablemente en la más impenetrable oscuridad, para que, dentro de esta legión, no haya alguno que no se deba a este factor. Me refiero aquí a aquellos casos en los que no hay transmisión directa del agente infectante. Puede tratarse y, de hecho se trata, seguramente de mujeres en las que una heredolúes lejana, de segunda o tercera generación, posiblemente tra-

tada en los padres o abuelos, deja algún trastorno trófico o metabólico o endocrino, susceptible de repercutir en la ovogénesis.

Lo que señalamos para la lúes es igualmente cierto para la tuberculosis. Bastantes mujeres, aparentemente curadas de un proceso fímico pulmonar o genital, al concebir, presentan un aborto o parto prematuro. No es excepcional la muerte fetal. No siempre es fácil dar con una explicación satisfactoria de estos eventos, ya que la idea de una acción lesiva de la toxina tuberculosa no es muy convincente cuando la mujer lleva años curada.

Las alteraciones orgánicas o funcionales en relación con déficits vitamínicos, las enfermedades endocrinas padecidas antes del embarazo tienen también aquí lugar.

Muchos factores podrían estar en la lista, más difíciles de señalar con convencimiento de la exactitud de sus efectos. Es posible que hayan muchos más, que un día llegarán a nuestro conocimiento. Pero está fuera de duda que infinitos agentes tienen que entrar en juego. ¿Cómo no valorar el papel ejercido por una vivienda sana y una alimentación suficiente y un *standard* de vida que cubra un nivel de necesidades satisfactorias, si observamos a diario notables diferencias entre los peligros que corre el feto en el ambiente hospitalario y en la clientela privada?

PROFILAXIS DURANTE EL EMBARAZO

En la consulta prenatal la búsqueda y hallazgo de factores lesivos o letales para el feto tiene que comenzar tempranamente. Le corresponde igualmente una manera de proceder reglada.

Cuanto antes consulta la mujer, mejor. A las pocas semanas de existencia o, mejor dicho, de sospecha de existencia de un embarazo, el examen precoz tiene dos puntos a esclarecer: 1.º El examen de los antecedentes de la supuesta gestante; 2.º La confirmación del diagnóstico de embarazo.

Nunca seremos suficientemente insistentes sobre la importancia del interrogatorio en la mujer que acude a la consulta del tocólogo. De un examen detallado de los antecedentes puede derivar el éxito o el fracaso de la actual gestación.

En la primigrávida hay que ser más precavido que en la multípara. Esta última declara abiertamente sus fracasos obstétricos y en muchas ocasiones no ignora la causa de los mismos.

La primeriza no es conocedora, en bastantes circunstancias, de la

existencia de antecedentes que pueden ser muy importantes para el feto. Es indispensable saberlos buscar, labor que no siempre es fácil, especialmente en el ambiente hospitalario, al trabajar con pacientes de escasos alcances.

La historia clínica tiene que ser hecha por un médico. Con demasiada frecuencia confiamos su redacción al personal colaborador de enfermeras o matronas o a lo sumo a jóvenes internos con insuficiente adiestramiento dentro de las relaciones existentes entre numerosos procesos médicos y la gravidez (nefropatías, hipertensión, tuberculosis, etc.).

Los mismos detalles referentes a los embarazos anteriores necesitan de la elasticidad interpretativa, que es patrimonio de una cierta experiencia. Las mujeres cuentan mal lo que les ocurrió previamente. Son fácilmente exageradas. Este factor de despiste, al ampliar la realidad, se nota especialmente cuando hacen referencia a dolores sufridos o a pérdidas de sangre o bien a la duración del parto.

Es indispensable una gran cautela y una manifiesta habilidad en llevar el interrogatorio para poder sentar unas primeras bases verídicas o que, por lo menos, representen un punto de partida para dar un valor a los hechos investigados.

Lo que sucede con el interrogatorio sucede con la exploración de la mujer.

Para el examen de la gestante y la obtención de resultados que sean valederos, no bastan unos pocos meses de entrenamiento en la consulta pública de higiene prenatal. El diagnóstico de embarazo en las primeras ocho semanas requiere una práctica del tacto ginecológico superior al corto período de tiempo que es un semestre. Sospechar un gemelar, diagnosticar o presumir una presentación podálica incompleta cuando las paredes del órgano uterino son hipertónicas, dar una orientación pronóstica clara cuando al examen interno se cae en la cuenta de que estamos frente a una estenosis ósea, es el fruto que se obtiene en el segundo semestre de internado. Esto es, por lo menos, nuestra manera de ver las cosas y lo que obtenemos de los jóvenes residentes que aspiran a ser especialistas. Esta última condición autoriza a suponerles dotados de un interés ya orientado en la especialidad tocoginecológica.

Es la misma evidencia que este estímulo tiene que faltar o, por lo menos, ser inferior al sentido por el alumno en el período de la licenciatura. Puesta su atención en muchos de ellos ya durante esta etapa de su formación profesional hacia actividades médicas distintas y hasta muy alejadas de la tocoginecología, rendirán bastante menos que el futuro especialista si son utilizados sus servicios en las consultas pre-

natales. Nosotros no nos valemos de esta clase de ayudantía, pero la reserva es justificada en los Servicios que reciben alumnos estudiantes de Medicina.

El examen de la grávida comprende: 1.º, el general; 2.º, el local.

1.º *El examen general* no puede ni tiene que ser muy profundizado. El tocólogo no suele tener preparación suficiente para poder llevar a buen término un examen de la mujer. Se expondría a que le pasaran por alto datos de excepcional importancia. Para dicho reconocimiento completo está el internista.

Pero, aun contando con la limitación de sus recursos, nada perderá el obstetra por acercar el oído al tórax de la mujer, especialmente si expone antecedentes que permitan pensar en una tuberculosis o cardiopatía.

Será de rutina el análisis de orina, la toma de pulso y presión, el peso. En la primera visita se anotará la talla de la mujer y su catalogación constitucional.

2.º *El examen local* no tiene que limitarse al útero gestante, sino extenderse a aquellos sectores orgánicos ya genitales, ya no genitales, pero con modificaciones más o menos ostensibles en relación de estricta dependencia de la gravidez.

Consecuente con este principio, el reconocimiento del obstetra podrá comenzar por los datos propiamente uterinos y se completará con otros anexos, siempre de gran utilidad para la acertada propedéutica de la mujer. Son aquéllos: órganos genitales externos, con precisión de la clasificación de los caracteres sexuales terciarios; vagina, fondos de saco, pelvis ósea, anejos uterinos, mamas, pared abdominal y extremidades inferiores.

A nada fructífero conduciría la enumeración de la técnica a seguir en la mayoría de exploraciones obstétricas durante el embarazo. Son perfectamente conocidas y metodizadas. Las maniobras de palpación son casi exactamente lo que eran en los tiempos de sus descubridores, que fueron los primeros médicos que se dedicaron a asistir partos o de sus sistematizadores LEOPOLD o PINARD, que trabajaron en ello en fecha ya más reciente. Igual ocurre con la pelvimetría externa o interna, con la auscultación fetal, etc., etc.

Me limitaré más adelante a subrayar aquellos procederes que son valederos para una mejor profilaxis del feto y en los que hayamos aportado una cierta contribución propia.

Lo que no es suficientemente comentado es la utilidad de la visita

regular y periódica de la gestante y cómo puede el obstetra orientar debidamente a su paciente a compás del seguimiento asiduo del embarazo.

Las condiciones de la vivienda, la clase de alimentación, la del trabajo (asalariado o no) tendrían que ajustarse a la mejor defensa de los intereses de la madre y del feto. Desgraciadamente, no siempre es así, resultando incongruente la recomendación de medidas higiénicas a mujeres que viven en barracas sin luz, sin agua corriente y sin sanitarios.

Pero si ciertas orientaciones nos son vedadas, otras son más asequibles. Un plan correcto en la alimentación será útil para la mejor marcha general del embarazo y para la prevención de las gestosis, tan temibles para el feto. Tiene que ser explicado verbalmente, pero puede darse igualmente por escrito. Una mayor o menor limitación de trabajo, así como la variación de la actividad de la mujer, evitarán en más de una ocasión la presentación de un parto prematuro en una mujer predispuesta a aquél.

La utilidad de la profilaxis prenatal se verá especialmente definida cuando se trata de un embarazo anormal o patológico. Toda alteración en la marcha de la gravidez implica automáticamente el peligro para el feto, ya interrumpiendo la evolución antes de la época fijada para la terminación del embarazo (aborto o parto prematuro), ya provocando trastornos o lesiones fetales y aún la muerte.

Es sabida la división de la patología del embarazo en obstétrica y anobstétrica. No reclama tal división explicación alguna.

Aparece útil afirmar que esta patología del embarazo no siempre es concretamente declarada por la paciente. Una mujer no ignora, en la mayoría de los casos, que sufre una cardiopatía o una tuberculosis pulmonar, enfermedades que han dado comúnmente una sintomatología definida y que la enferma, aun curada, cataloga en su mente con la misma decisión que una operación de amigdalectomía o apendicectomía.

Pero existen otras en las que su existencia completamente ignota se comprende por el curso totalmente asintomático. No dan manifestación alguna y sí sólo se ponen de manifiesto en ocasión de la gestación, merced a una claudicación del organismo, poniendo en evidencia la minusvalía de aquel órgano o sistema orgánico. A dicho grupo corresponden ciertas hepatopatías de repetición, ciertas alteraciones renales que se manifiestan exclusivamente en ocasión de los embarazos y que repercuten en más de una ocasión sobre el feto. Puede ser que se trate de órganos con una capacidad de reserva baja, bastándose para las necesidades del organismo fuera del embarazo, pero claudicando con la presencia de éste y de unas demandas funcionales mayores.

A este grupo pertenecen ciertas diabetes genuinamente gravídicas, en mujeres previamente sanas y que, reiteradamente en sucesivos embarazos, sufren hiperglucemia con glucosuria y repercusión sobre el feto.

La enfermedad materna transcurre, en algunas circunstancias, sin que asistamos al fallo de un órgano o sistema. La mujer se encuentra bien del todo, todas sus exploraciones aparecen negativas y, sin embargo, el feto nace prematuro o muere.

Es éste el caso de la lúes. La evolución de esta enfermedad en el transcurso de pocos años ha sufrido verdaderas metamórfosis en las Maternidades. No es todavía muy lejano el tiempo en que teníamos ocasión de observar algún que otro chancro en los Servicios de Obstetricia y, por descontado, era corriente el poder presenciar lesiones secundarias en las embarazadas.

Las segundas eran evidentemente en proporción mucho mayor que los primeros. En la actualidad es completamente excepcional esta posibilidad.

En los años anteriores a nuestra guerra y también en el primer decenio subsiguiente, la lúes se manifestaba con frecuencia con la aparición inesperada en escena de un huevo enfermo, que por sus características patológicas señalaba la enfermedad en una madre que parecía sana. A este huevo, que podía significar, en bastantes ocasiones, una lúes antigua transmitida por el marido a la mujer en el momento de la concepción o en épocas ya anteriores, ya posteriores de la misma, mi maestro y amigo doctor ROIG RAVENTÓS le calificó de una manera muy sugestiva con el epíteto, a la par vindicativo y definidor, de «feto delator» que, con su fracaso, señalaba al padre que, portador de una enfermedad, no tratada o insuficientemente tratada, con buena fe o carente de ella, rubricaba con la pérdida del hijo o la enfermedad del mismo el saldo de su pecado pretérito.

La serología confirmaba corrientemente la sospecha que la maceración fetal o el aspecto característico de la placenta denunciaba abiertamente. No siempre coincidían los de la sangre de la madre y los del feto. A este tema de palpitante interés en aquellos tiempos dediqué mi trabajo de ingreso como miembro correspondiente de esta docta Academia.

Pero en la actualidad, ni con los exámenes serológicos podemos siempre ponernos en el camino del diagnóstico de la lúes como factores de letalidad y mortalidad fetales. Son negativos en una proporción muy alta. Tampoco es un hidramnios acentuado o una placenta desmesuradamente grande, fofa o alteraciones viscerales o cutáneas las que impri-

men un sello inconfundible al huevo que el tocólogo examina con la esperanza de descubrir una etiología específica.

Será por exclusión que se decidirá el problema, siendo un paso más hacia el diagnóstico el reconocimiento del comportamiento y curso de los embarazos anteriores.

No me puedo extender ahora en el estudio de las causas del parto prematuro, que hago en su momento oportuno. Pero sí insistiré en el valor que tiene el señalamiento de abortos de segundo trimestre y de partos prematuros previos que no se explican por una isoinmunización o una malformación uterina.

Raramente se podrá observar la evolución y atenuación sucesiva de la influencia de la enfermedad sobre el producto de la concepción, que antaño tan fácilmente nos ponía sobre el buen camino. Primero nacían fetos muertos y macerados, de término o prematuros, luego fetos que vivían un tiempo, pero sucumbían, hasta que finalmente la mujer daba a luz un feto que parecía sano. Esta posibilidad ha pasado ya definitivamente al archivo de los recuerdos.

A pesar de todo ello, es exagerado llegar a la conclusión de que esta etiología ha desaparecido por completo. La misma negatividad de la serología no nos pone a cubierto de poder sentir los efectos de la lúes. atenuada por el tiempo y por los tratamientos. Pues es así como tenemos que pensar que ejerce su acción sobre los embarazos de ciertas mujeres que pierden reiteradamente el feto. En estas condiciones, ignorar o desestimar la lúes es equivalente a olvidar el papel extraordinariamente importante que ejerciera hace tan sólo cuatro o cinco lustros. Los efectos de la enfermedad y los caracteres de su transmisión hereditaria pueden haber variado, pero es más dudoso, como acabamos de decir, que se hayan suprimido totalmente.

Con la eliminación de la eritroblastosis, de las enfermedades maternas capaces de significar un factor de letalidad (nefropatías, etc.), sin olvidar la morfología y caracteres específicos de los órganos genitales y especialmente del que tiene que albergar al huevo fecundado (útero), la atención del clínico, que no ha podido fijarse con pruebas más o menos contundentes a una causa concreta de una mortinatalidad previa, se desviará hacia una lúes asintomática y aserológica.

Un tratamiento durante el embarazo aparecerá completamente justificado. Es el clásico tratamiento de prueba, tanto más recomendable cuando es en la actualidad del todo tolerado por la mujer grávida. Pasó ya la época en que los tratamientos salvarsánicos entrañaban graves peligros. Si recurrimos a la penicilina, aun con una insistencia prolongada, nada tenemos que temer. La obtención de un producto vivo con-

firmará o reforzará por lo menos la idea de un fondo luético en estas mujeres.

Precisa también hacer una importante distinción entre el ambiente hospitalario y el de la clientela privada. Así como en este último la lúes parece haber desaparecido casi del todo, no ocurre lo propio en el Hospital.

Estudiando nuestro material de la Maternidad desde el año 1946 al 1953, FUSTER ha sumado 287 fetos nacidos muertos o fallecidos antes del décimo día. Entre 102 muertos al nacer, la sífilis ocupa el primer lugar, con 38 casos. Entre 45 que murieron durante el parto, la lúes ocupa el sexto lugar, con sólo 3 casos, y entre los 140 muertos antes del décimo día, vuelve a ocupar un lugar preeminente, el segundo, siendo sólo sobrepasada por la prematuridad.

Estas cifras hablan con suficiente elocuencia sobre el papel acusadamente letal de la sífilis sobre el feto. La enfermedad actúa con suficiente intensidad para engendrar la muerte durante el embarazo o da lugar a un producto que no cuenta con suficiente resistencia para enfrentarse con éxito a las nuevas condiciones ambientales. Sobre este feto ya minusvalorizado, las complicaciones infectivas eran, hasta hace poco, especialmente graves.

Respecto a la eritroblastosis, es fundamental, durante el embarazo, el conocimiento de la catalogación de la gestante en Rh positiva o Rh negativa. En el segundo caso, con progenitor Rh positivo y posibilidad de isoinmunización, se repetirán las pruebas de Coombs a partir de la mitad del embarazo.

Es labor genuinamente del período de asistencia tocológica prenatal la preparación al momento crucial que es el del parto en aquellos casos en los que sea dable suponer la formación de anticuerpos hemolíticos completos o incompletos anti-Rh que, originados en la madre, pasarán, a través de la placenta, a la sangre y tejidos fetales, actuando especialmente sobre los hematíes fetales portadores del antígeno Rh.

La búsqueda serológica está, es bien sabido, expuesta a errores. Es conocida la correlación variable, a menudo inexacta y poco satisfactoria para el pronóstico que da la prueba de Coombs. El feto puede nacer eritroblastósico, sin que la reacción nos diera previo aviso de ello. Para obviar dicho inconveniente, se ha propuesto la titulación de las globulinas anti-Rh en la madre presunta sensibilizada. Efectivamente, cuando la madre presenta tan sólo anticuerpos albuminoideos, el Coombs es siempre negativo en el feto y éste está libre de enfermedad hemolítica, no siendo posible identificar durante el embarazo el factor Rh fetal.

Cuando, ultra la presencia, en la sangre materna, de anticuerpos albuminoideos, existen anticuerpos globulínicos, el feto es siempre Rh positivo. Además, cuando la titulación es superior al 1 : 8, la prueba de Coombs es siempre positiva, y se pueden tomar las medidas en relación con las variaciones de la citada titulación.

De todas suertes, siendo muy importante perfilar el pronóstico fetal, es sobremanera evidente que lo que interesa es prever la posibilidad del conflicto Rh, teniendo a mano todos los recursos precisos para ello: presencia del pediatra en el momento del nacimiento, transfusión y técnico hábil en la maniobra, especialmente en los prematuros, analista, servicios de prematuros.

La anoxia juega un papel notable, mayor durante el parto que durante el embarazo. Nos ocasiona en nuestras series 10 muertes en el segundo caso, contra 17 en el primero. Figura como causa primera en el apartado de las muertes *intrapartum.*

Ocupándonos ahora de la anoxia del embarazo, tenemos que decir que poco puede hacerse, en la mayoría de los casos. Son poco frecuentes las muertes fetales por anoxia, en estrecha o directa relación con circulares del cordón, que llegan a provocar la muerte del feto. Hemos observado tres en la Maternidad y algunos más en nuestra práctica privada.

Frente a esta causa mecánica, el tocólogo nada puede hacer. Raramente, *a posteriori,* con feto muerto inopinadamente, podrá orientarse hacia esta etiología en una multípara con excelentes antecedentes y en la que nada permitía sospechar la muerte fetal. He visto un número limitadísimo de mujeres que entran dentro de estas circunstancias y que me permitieron enunciar esta suposición. En una de ellas, multípara, sus palabras fueron: «El niño se ha movido de una manera desenfrenada durante toda la noche. Parecía que tenía convulsiones. Luego dejó de moverse. Doctor, estoy segura de que ha muerto». Unos días después, se comprobaba que cuatro circulares apretadas alrededor del cuello fueron la causa del desenlace.

De una manera excepcional, se puede asistir a la evolución fatal de una anoxia fetal en el curso del embarazo. Se trata, en general, de mujeres que han presentado ya conflictos de muertes obstétricas, con causa dilucidada o, como es más frecuente, con causa desconocida. La gestante suele acudir a la consulta diciendo que no siente los movimientos del feto. Añade la manifestación de su inquietud por la suerte que correrá el hijo, presa lógicamente de pánico si ha tenido anteriormente fetos muertos. El tocólogo ausculta y oye el corazón fetal, en la mayoría de los casos sin alteración alguna en su intensidad, frecuencia

y ritmo. Hay que guardarse mucho de asimilar estos casos al de las mujeres que, sin otra motivación de inquietud por parte del feto, acuden temerosas de algún percance ocurrido al hijo. En éstas, el curso suele demostrar que no había motivo alguno de inquietarse. Aquí la situación es completamente distinta y en la grávida con antecedentes de fetos muertos u otras formas de infertilidad, la evolución de los acontecimientos señala en forma patente la persistencia del mismo factor nosológico. Transcurren veinticuatro y algunas veces cuarenta y ocho horas y aquel feto quietamente deja de oírse.

El riesgo corrido por el feto se traduce, en algunos que otros casos, por modificaciones y alteraciones del corazón: bradicardia, irregularidades. La relación con una contractilidad anómala por su persistencia o su intensidad —hecho más bien poco frecuente durante la gestación—, se establecerá pronto y fácilmente. De no existir aquélla, es un grave problema para el obstetra que se siente con el deseo de llevar auxilio a una vida fetal en peligro. Si el trastorno persiste durante un período superior a diez minutos con caracteres de suficiente significación (menos de 100 pulsaciones por minuto), es obvio que se tiene que intentar hacer algo positivo en beneficio de aquella vida. La administración de suero glucosado hipertónico por vía venosa, al que se añadirá algún analéptico, la vitamina K, la inhalación de oxígeno, se harán seguidamente. Si los resultados son satisfactorios, se repetirá la medicación dos, tres veces más en veinticuatro horas.

De no corregirse el trastorno, el caso se hace difícil. Intentar llevar una ayuda a una gestante en estas condiciones es exponerla a sufrir una intervención de inusitada categoría para la obtención de un fruto muerto o gravemente dañado. Los casos, muy limitados en número, que he visto de esta naturaleza conciernen a madres afectadas por procesos orgánicos, especialmente diabetes y nefropatías crónicas. El feto que se obtuviera en estas circunstancias difícilmente sobreviviría. La mejor conducta a seguir es la señalada anteriormente, sin recurrir a medios quirúrgicos.

Determinadas complicaciones obstétricas ponen en peligro el feto durante el embarazo, traduciéndose el conflicto en las consabidas modificaciones del ritmo cardíaco. Se cuentan dentro de este apartado las toxemias gravídicas: albuminuria, preeclampsia y eclampsia, la placenta previa, el hematoma retroplacentario, el embarazo prolongado.

Podrá plantearse el problema de la indicación de una vía alta cuando la gestación esté lejos de llegar al término. ¿Es justificada la cesárea en una gestante de séptimo mes para salvaguardar la vida del fruto? No es raro que se presente este dilema en la placenta previa, en el des-

prendimiento prematuro y en la misma toxemia. No opino que se pueda eludir la posibilidad de obtener un feto vivo, valiéndose del único recurso que por su rapidez podrá ser operante, cual es la cesárea. Se tendrá una mortalidad elevada, pero es la única manera de rebajar la alta mortalidad fetal que acompaña alguna de estas complicaciones.

En los casos de embarazo prolongado, la situación es muy semejante con la circunstancia agravante de que, por lo menos en ciertos casos, el feto nacido en estas condiciones es tanto o más lábil que el prematuro. Aun con una cesárea rápida, es muy fácil que el hipermaduro que señala ya un sufrimiento marcado sucumba durante el acto operatorio o pocas horas después.

En ambas indicaciones, el tocólogo hará constar implícitamente que el intento de salvación fetal no es equivalente de garantía de éxito.

Interesa quede en pie que, con un feto prematuro o feto hipermaduro, con patologismos que le hagan peligrar, la cesárea es perfectamente legítima. En estos últimos tiempos, distintas voces se han elevado en favor de esta conducta, rectificando un antiguo concepto hasta hace poco imperante de que, con móvil de pequeño tamaño, el paso por la vía natural era obligado.

Esta concepción era extremadamente peligrosa cuando se generalizaba. El paso espontáneo por el canal genital es el más favorable para el niño lábil. El pre y el postmaduro pertenecen a esta categoría.. Todos sabemos que estos niños resisten muy mal o no resisten los grandes traumas obstétricos, tanto espontáneos como operatorios.

Todos sabemos el progreso que ha significado la adquisición del método de BRACHT cuando el feto se presenta en podálica. Con ella, al evitar aceleraciones, presiones, estiramientos, etc., se ha mejorado notablemente el pronóstico fetal.

Si esto es cierto para la podálica, lo es asimismo para el fórceps y demás intervenciones que pudieran emplearse.

Si la mujer no está en trabajo de parto, la extracción del feto, sin dilatación del cuello uterino representaría una operación compleja y laboriosa, que no se puede proponer en estas condiciones.

Al tratar del parto prematuro, señalaré ciertas precauciones que son indispensables: anestesia, técnica, etc., para mejorar los resultados operatorios, en ayuda a un feto sufriente.

Tratado el problema de la profilaxis fetal durante el embarazo en términos generales, quiero hacer una corta incursión dentro de las cardiopatías como factor feticida. En la Maternidad hemos estudiado reiteradamente este punto. La mortalidad materna está en la actualidad en los alrededores del 2 %, sumando los casos favorables y desfavora-

bles. En los casos favorables, la mortalidad fetal es la misma que la mortalidad fetal general.

Por el contrario, la mortalidad fetal en el grupo desfavorable alcanza el porcentaje de 14'2 %, aproximadamente cuatro veces el corriente.

La suerte corrida por el feto dependerá en gran parte de la de la madre. A mayor intensidad de la insuficiencia cardíaca de la madre, corresponderá un riesgo evidentemente mayor y cuanto más eficaz sea el tratamiento de dicha insuficiencia, evidentemente mejores resultados obtendremos.

El estudio de nuestros casos demuestra claramente el incremento de complicaciones en la cardíaca gestante alrededor del cuarto mes por primera vez en el decurso de la gestación y después de una breve remisión en los quinto y sexto mes, una morbilidad especialmente alta en los meses séptimo y octavo. Así se explica la alta frecuencia de partos prematuros.

Es precisamente a causa de esta gran proporción de prematuros que mueren en elevada proporción que los resultados fetales son malos en las cardíacas descompensadas.

LA PROFILAXIS DURANTE EL PARTO

Que el feto puede y tiene que correr, en alguna que otra ocasión, un peligro durante el parto, es perfectamente comprensible, con sólo pensar en las leyes que le rigen, en la modificación de las condiciones de vida que hasta aquel momento tuvo el fruto y la aparición de nuevas acciones que obrarán sobre el producto.

Contracciones uterinas las hay durante el embarazo, pero las del parto son distintas en su intensidad, duración y ritmo. La repercusión sobre la circulación y hematosis fetales es obvia.

La integridad de la cavidad ovular representa para el feto, para la placenta y para el hemoconducto que une a ambos unas circunstancias que se transforman en cuanto se desgarra el saco amniótico.

Pero lo que tiene que ser específicamente operante durante el trabajo de parto es precisamente la realización del objetivo del mismo y de toda la fenomenología que le acompaña: contracciones uterinas, rotura de la bolsa, dilatación del cuello, formación del segmento inferior. El paso del feto a lo largo del canal pelviano y su salida al exterior es la meta donde convergen los fenómenos del parto. Fácil unas veces, es muy difícil en otras, imposible en unos pocos casos, si el arte no viene en

auxilio de la situación comprometida o insalvable bajo el solo influjo de las fuerzas naturales.

Los efectos sobre el feto son varios y en relación con la forma en que atraviesa el citado canal pélvico o canal de parto. Salta a la vista que de la normalidad o anormalidad del tránsito es el producto quien tiene que acusar los primeros efectos. Un primer examen somerísimo de los hechos pronto advirtió a los profesionales de la obstetricia que todo alejamiento de unas normas medias aceptables por la experiencia, significaba el peligro, cuando no la muerte, del feto.

El parto largo, extenuante para la mujer, tuvo siempre un acompañamiento doloroso, cual es la repercusión sobre la suerte fetal. Una experiencia semejante se obtuvo de los resultados observados con los partos excesivamente rápidos. En éstos muere el hijo con harta frecuencia. Si no muere, nace asfíctico. Se invocó la ausencia de prestación asistencial, pero aun con ella ocurrían adversidades que demostraban que en el parto relámpago, con dos o tres dolores que lograban la expulsión fetal, sucedían hechos que provocaban una alta letalidad. O acaso dejaban de producirse otros que fuesen indispensables para el fruto.

Fácilmente nació así la idea de que el decurso reglado del trabajo, con la sucesión espaciada de los distintos períodos de éste, la rotura tempestiva del saco amniótico, podían ser otros tantos factores de garantía de seguridad fetal. Ocurriría algo así como si el paso fetal a través del canal de parto, cumpliendo determinadas condiciones, representase una puesta en tensión de mecanismos de adaptación al nuevo ambiente. El ajuste respiratorio es el exponente más claro en el momento del nacimiento.

La inhibición respiratoria propia del embarazo está posiblemente bajo el influjo de actividades nerviosas involucradas a centros de variada jerarquía. La anulación de la citada inhibición podrá ser por estímulos de diversa procedencia: químicos, sensoriales. En los casos normales, la simple exposición al aire al nacer el feto es eficaz para que la respiración se establezca sin contratiempos.

Se creyó, en una época, que los niños nacidos mediante operación cesárea ofrecían una especial predisposición a la asfixia y se pensó que la ausencia del paso por el camino natural era la causa de la anormalidad observada. Investigaciones ulteriores no parecen confirmar esta suposición y las alteraciones respiratorias observadas en estos fetos parecen poder ser atribuídas a la anestesia.

También se tuvo pronto la experiencia de la acción nefasta atribuible al parto operatorio sobre el feto. La alta mortalidad fetal que acom-

pañaba a la extracción fetal se imputaba a la influencia dañida de los instrumentos tocológicos o de las manos del obstetra y la consecuente producción de lesiones de toda índole capaces de ocasionar la pérdida del fruto. Una parte de verdad había en ello, pero se barajaban, en unas deducciones de excesiva generalización, los efectos nocivos debidos a la extracción fetal, con los procedentes de las circunstancias patológicas que motivaron la intervención. Entre éstas, ha existido siempre una que merecería amplia discusión. Es la duración excesiva del parto. Pero lo cierto es que durante muchos lustros la Obstetricia se ha movido dentro de unos preceptos normativos, entre los cuales uno de los más rígidos era la sobreestima al parto espontáneo. Evitar la terminación operatoria era una de las primera finalidades del ejercicio tocológico y para servirla el tocólogo de las generaciones que nos han precedido ponía a su servicio sus mejores condiciones personales. La paciencia, informando una expectativa a ultranza, fué durante muchos lustros la nota dominante del ejercicio tocológico.

Ya hemos dicho cuan relativo es este concepto, y ya veremos cuan peligrosa es su general adopción sin discriminación de ninguna clase.

En la actualidad, no sería equitativo decir que sentimos y actuamos a la inversa, pero sí que una buena parte de tocólogos han optado por una mayor beligerancia hacia la extracción fetal, basándose en razones que se pueden discutir, pero no rechazar por sistema, como más adelante veremos.

Precisamente daré comienzo al estudio de la profilaxis, enfocando el significado que en el orden demográfico tiene el parto espontáneo. De esta suerte, podremos valorizar su encaje o jerarquía en la profilaxis fetal.

El feto, comprobado vivo al comenzar el parto, puede morir durante el transcurso del mismo o en el mismo momento del nacimiento. En bastantes ocasiones, el óbito ocurre tras unas horas. Nosotros hacemos la distinción entre nacido muerto y el que muere después de nacido: mortalidad intraparto y mortalidad postnatal, respectivamente.

Puede nacer vivo, pero enfermo, lesionado o malconformado. En algún caso tendremos conocimiento del trastorno: por ejemplo, el diagnóstico de una anencefalia, corriente hoy con la fetografía de embarazo, la sospecha de una hipoxia o de un trauma obstétrico, en el feto que haya dado signos de sufrimiento. Como hecho de excepción, cito la orientación hacia una cardiopatía congénita en la gestante que ha sufrido un reumatismo agudo y se aprecia un soplo cardíaco fetal. Es moneda corriente hoy el que estemos preparados a recibir un isoinmunizado con taras inmediatamente visibles (hidrops) o momentáneamente

no apreciables y cuya aparición tememos a causa de un Coombs simple o repetido con resultado positivo. Es asimismo el caso de una mujer a la que sabemos luética, tratado o sin tratar. Hay muchos ejemplos (diabetes, nefropatía, avitaminosis, etc.).

El feto puede haber muerto ya al iniciarse el parto. En realidad se tratará entonces de una causa más bien ligada al período de gestación.

Se estudiaron 8.435 partos y se incluyeron los fetos que pesaban 1.000 gramos o más. Aunque algunos productos pesaban al nacer menos que la mencionada cifra, el citado punto de partida es hoy el más admitido como límite de viabilidad.

La mortalidad general comprende 287 fetos que nacieron muertos o fallecieron antes o en el transcurso del décimo día de vida. La mortalidad total fué del 3'4 %. Descontando 102 muertos *antepartum,* nos quedan 185, con una mortalidad fetal del 2'1 %, lo que en cifras redondas significa que de cada 100 fetos, *dos* por lo menos nacen muertos o mueren en los 10 primeros días.

Sería evidentemente un error el atribuir a la influencia exclusiva del parto la totalidad de estas muertes. Es obvio que el niño que fallece a los pocos días y es manifiestamente un heredoluético o un isoinmunizado muere casi siempre con su etiología flagrante, pero no es menos cierto que, bajo condiciones patológicas ciertas, pero que no son seguramente letales, ciertos medianos y tal vez pequeños patologismos o ligeras desviaciones de la normalidad son capaces de originar la pérdida del niño durante el partó. Ambos factores se suman o se potencializan.

Pero, junto a éstas, están otras muertes en relación directa con el parto. Son aquellos fetos que sucumben por accidentes que se producen en aquel momento o por la anormalidad de las condiciones mecánico-dinámicas que rigen el trabajo. Una procidencia de cordón, muchas veces rápidamente letal, sólo se produce durante el parto. Las modificaciones de la contractilidad y tono uterino, alterando los recambios materno-fetales, rebajando el aporte de oxígeno reclamado por las necesidades fetales, obrarán en perjuicio evidente de los intereses fetales. Asimismo, el moldeamiento de la presentación fetal no siempre resulta fácil, a pesar de la configurabilidad de la cabeza fetal. La adaptación extrema pedida a la presentación, en ciertos casos de estenosis ósea, lleva con harta frecuencia a la producción de lesiones meningoencefálicas mortales o causantes de trastornos nerviosos definitivos.

Nacido el niño, persiste el peligro que acecha en forma variada. Es el trauma originado durante el parto, pero cuya evolución sigue en

los primeros días de la vida, saldándose en bastantes circunstancias con la muerte del feto. O es la debilidad congénita del recién nacido, ya sea por prematuridad o por condiciones de viabilidad escasas a causa de enfermedad materna o minusvalía genética del producto. O es también el peligro séptico, al que está desde ahora expuesto el recién nacido, protegido hasta el momento del parto por las barreras ovulares o las defensas humorales maternas.

Es en el postparto donde sucumben una buena parte de los fetos malconformados. Algunos, entre éstos, pueden salvarse, como veremos, gracias a un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

No quiero dejar de hacer notar que la lúes representa en los citados años estudiados una etiología preponderante entre las madres solteras y, dentro de este grupo, fueron principalmente afectadas las analfabetas. Que en estas mujeres, acongojadas por el temor al embarazo, las primeras manifestaciones del mal, si existieron —pues es sabido que en el sexo femenino están ausentes con frecuencia— pasasen inadvertidas o, por lo menos, desatendidas, no nos tiene que sorprender.

En estos últimos años, la influencia de la sífilis está en baja y, correlativamente su acción perniciosa para el hijo.

Notamos de una manera señalada que las serorreacciones positivas son cada vez en menor número y, sin embargo, se observan casos en los que el examen de los antecedentes y el del huevo permiten entrever el origen específico de una o más muertes fetales. Estamos, en la actualidad, en la etapa de estudio del valor de la prueba de Nelson en estos casos, confiando pudiera aportar alguna luz en el descubrimiento de ciertos óbitos fetales. Hemos visto algún caso de malformación fetal con serología corriente negativa y prueba de Nelson positiva.

La anoxia es la causa más importante de muerte fetal durante el parto. Se llega a la anoxia por causas muy distintas, desde la circular más o menos apretada del cordón hasta la alteración dinámica que dificulta como aquélla la oxigenación fetal.

Si en un campo médico el diagnóstico etiológico es importante, es en éste. ¿De dónde procede la anoxia fetal? Es ésta la pregunta que se tiene que formular el tocólogo, a la que añadirá ineluctablemente y seguidamente esta otra: ¿Y en qué condiciones se produce? Lo que significa que tanto como el reconocimiento del hecho patológico fetal interesan las circunstancias en que se produce.

Frente a un sufrimiento fetal, la administración de oxígeno es obligatoria, pero es importante conocer la etapa del parto en que nos hallamos.

Simultáneamente con la constatación del S.O.S. fetal, el tocólogo

tiene que reconocer debidamente y con rapidez el grado de dilatación, el de descenso de la presentación, la posición y variedad de posición, además de las codiciones de contractilidad del útero, la presencia o ausencia de la bolsa de las aguas, etc. Y es el mérito y eficacia del tocólogo saber simultanear con aquella apreciación la de los recursos de que dispone y de la seguridad que le ofrecen, sin olvidar que en el intento de lanzar un cable a un feto en peligro no puede exponer a la madre a riesgos de importancia derivados de su actuación.

El problema ofrece su acuciante interés y se ha modificado notablemente con el incremento de la asistencia hospitalaria. En la práctica domiciliaria, ante un feto que sufra y se encuentre en período expulsivo, es posible que una sencilla aplicación de fórceps en la vulva dé una solución satisfactoria. Pero ¿qué podrá hacer el tocólogo en favor de un feto que se oiga decididamente mal y se tenga que enfrentar con una procidencia de cordón acompañado de una dilatación mínima?

Acaso tengamos que volver a insistir sobre este punto asaz delicado.

La toxemia ocasiona bastantes víctimas entre los fetos, no sólo durante el embarazo, como indiqué ya, sino durante el parto. Para la reducción de esta mortalidad contamos en la actualidad con la relativa eficacia de la consulta prenatal. Si se ejerce debidamente y los consejos comunicados a las gestantes son comprendidos y seguidos, la cifra de pérdidas por esta causa tiene que decrecer. Hay que reconocer, de todas suertes, que en nuestros ambientes hospitalarios, contamos todavía con casos de extrema gravedad, frente a los cuales las medidas a nuestra disposición son inoperantes, tanto para la madre como para el feto.

La isoinmunización, las malformaciones fetales, la infección ovular, las afecciones respiratorias, especialmente la atelectasia, la prematuridad son factores determinantes en menor proporción que los anteriores señalados. El traumatismo craneal con lesiones meningoencefálicas es capaz de originar la muerte fetal, si es especialmente grave o el feto poco resistente, pero son en mucho mayor número los que sucumben por esta causa en el sobreparto.

Parto prematuro

Toda interrupción del embarazo, entrado ya en el período de viabilidad fetal, acarreará peligros para el feto, en general tanto más marcados cuanto más lejano esté aquél del término de la preñez.

Esta regla de carácter general tiene, empero, sus excepciones. Fetos que son expulsados en el curso del séptimo mes, poseen una energía

vital de la que carecen otros que lo son en el curso del noveno. Una causa de actuación intensa, pero breve, que no haya dado tiempo para afectar los mecanismos normales de intercambio maternofetales dará lugar a un prematuro con buenas condiciones de sobrevivencia. Inversamente, el parto prematuro que es exponente de un proceso patológico crónico depauperante, frente al cual el huevo se defiende hasta que acaba por optar por la prematuridad, dará un feto que lleve consigo las huellas o influencia del trastorno o proceso materno.

Así se observa el feto de la antigua nefropática, que es desmirriado, débil congénito muy marcado, con un cuadro clínico materno de poca monta frente al niño de buen peso relativo, de reacciones satisfactorias, de la mujer con un severísimo proceso de eclampsia.

En la actualidad la terapéutica quirúrgica, interfiriendo en el curso de los procesos que antes se resolvían con tratamientos médicos, pone en nuestras manos prematuros libres o poco afectados por el proceso que motivó la evacuación extemporánea del útero. Es éste un concepto que no tiene que ser olvidado.

Pues es bien conocido de todos que el parto prematuro es uno de los mecanismos exponentes de un conflicto materno-fetal, conflicto patológico distinto del proceso fisiológico que desencadena el parto. El parto prematuro es así una respuesta que tenemos que considerar muy cercana a la muerte del feto en el decurso del embarazo. La intensidad de acción del agente causal y su naturaleza obrarán en uno u otro sentido, según circunstancias o factores que no siempre podremos precisar.

La vida y normalidad fetales, así como el tiempo de permanencia en la etapa uterina, hasta el término del embarazo, corresponden a la gestación normal.

Con pequeña patología, el parto es ligeramente prematuro, a veces de pocos días. Es lo que observamos en la cardíaca compensada, pese a condiciones circulatorias que estimamos prácticamente normales.

Algo semejante sucede con la antigua fímica curada, de la que hemos hecho ya mención y con la ligera enferma tiroidea.

De esta suerte apreciamos debidamente cómo es la duración del embarazo, la más fiel medida del estado de normalidad o anormalidad materna. Las modificaciones patológicas maternas de carácter general se traducen por partos más o menos prematuros.

El parto prematuro no anda forzosamente ligado con una afección materna. Factores maternos locales, ovulares, constitucionales y sociales tienen que ser tenidos en consideración.

Un útero con fibromas o malconformado origina frecuentemente un parto prematuro con presentación viciosa del feto.

Es sabido también que son bastantes las causas ovulares que determinan la expulsión prematura del concepto: placenta previa, gemelaridad, rotura del seno circular.

El hematoma retroplacentario, así como la eritroblastosis que se acompañan de partos antes del término, no son en realidad factores puramente ovulares, sino conflictos materno-fetales con impacto ovular.

No corresponde aquí entrar en el examen detallado de la clínica de cada uno de los citados procesos. Sí nos ocuparemos de la labor preventiva del parto prematuro y de la conducta a seguir en términos generales cuando el citado parto es ya un proceso en marcha.

En nuestro ambiente las causas que determinan el parto prematuro adolecen de un mal de origen, que es, por otra parte, muy general. Es éste el desconocimiento, en un número elevado de casos, de la causa originaria.

El feto prematuro muere antes del parto, en el transcurso del mismo o después del mismo. Puede vivir y enfermar transitoriamente o definitivamente.

¿Qué podemos hacer en beneficio suyo?

La primera medida consiste en evitar la expulsión prematura. Si se llega a la misma, la misión del médico consistirá en proteger los intereses fetales durante el parto y después del mismo.

Es en la consulta prenatal donde se ventilarán los problemas relacionados con la profilaxis de la prematuridad. El tocólogo hará buena labor despistando la sífilis y mandando la gestante el sifiliógrafo, haciendo lo propio con la cardíaca y la tuberculosa y dirigiéndolas al cardiólogo o tisiólogo. La hará asimismo excelente, diagnosticando a tiempo la gestosis, la placenta previa, el gemelar. En más de una ocasión podrá evitar el aborto o el parto prematuro o aun sin evitarlo podrá retrasarlo y tener preparadas las medidas oportunas.

Una de las primeras causas de fracaso es la presentación del mismo sin tener a mano los debidos preparativos y medios asistenciales adecuados.

Entrar en el detalle de las distintas facetas de esta labor de profilaxis prenatal no es propio de este trabajo. Sí lo será el señalar las generales que rigen este específico quehacer.

Vayamos ya al parto prematuro. Se sospechó su aparición, pero no pudo evitarse o se presenta inopinadamente, sin ninguna razón que lo explique.

La atención al parto prematuro tiene su metódica, que consiste en una serie de medidas destinadas a evitar al producto, con menos resis-

tencia, los múltiples efectos nocivos que en el transcurso del parto puede experimentar. Son éstos: una rotura prematura de aguas, con su posible contingente de infección o subinfección y variación de las condiciones biológicas propias del líquido amniótico, una dinámica patológica capaz de alterar la oxigenación fetal, un retardo en la expulsión con lucha entre el útero que se contrae para librarse de su contenido y el perineo que se resiste. Con centros nerviosos muy vulnerables por la protección escasa de los huesos craneales y la tendencia a las hemorragias de los fetos prematuros, el riesgo corrido por el feto de escaso peso es notablemente superior al de los niños de término.

La actual asistencia obstétrica, conocedora de estas particularidades, tiene ya sus recursos, catalogados y sistematizados.

1.º *Defensa del prematuro contra la anoxia.* — Se obtiene vigilando cuidadosamente la dinámica uterina, procurando corregir toda desviación de la misma y sirviéndose con una extraordinaria prudencia, tanto de los oxitócicos como de los antiespásticos.

Es indispensable recordar que el prematuro es muy sensible a los fármacos, colocándole en condiciones de menor defensa en el momento del nacimiento. A igualdad de dosis, el prematuro acusa con más intensidad la influencia de aquéllos sobre el aparato respiratorio.

La administración de oxígeno durante el parto será una medida de rutina en el parto prematuro.

2.º *Defensa frente a las hemorragias.* — Las vitaminas K y P ayudarán a la disminución del riesgo hemorrágico, alto por la cifra baja de protrombina.

Es asimismo una medida acertada todo esfuerzo tendente a evitar el conflicto mecánico, tan fácil en el transcurso del parto. Así, la episiotomía es indispensable frente a un periné rígido de primípara añosa, necesario siempre que se demora la expulsión fetal y útil en todo parto de primípara con feto prematuro o con categoría de tal, como son muchos fetos débiles congénitos.

3.º *Defensa frente al traumatismo.* — El nacido antes de tiempo se comporta mal en las manos activas del tocólogo, ya sea en la intervención manual, ya sea en la instrumental. Es un hecho conocido de tiempo que la facilidad de paso a través del canal de parto, en relación con su exigüidad dimensional —concepto siempre tan presente en la mente del obstetra— no es recompensada con mejores resultados, sino que la verdad es totalmente al revés. El prematuro sucumbe o enferma

definitivamente tras una intervención. Una de las razones es su fragilidad vascular, pero no es menos cierto que el feto prematuro sucumbe frecuentemente de shock, sin que en la autopsia se revele otra causa que pueda explicar el resultado adverso.

Siguiendo estas directrices y nacido el prematuro, queda liquidada una parte de las atenciones que son indispensables a prodigar. Otra parte consiste en la atención postpartum del mismo.

Es una etapa fructífera de la Obstetricia moderna aquella en que ha sabido desprenderse de prestaciones asistenciales, cuya técnica no le compete. Todo Servicio de Maternidad tiene que tener adjunto un puericultor que se ocupe de los niños en general y del prematuro de una manera preferente.

Comienzan a estar lejos los tiempos en que el tocólogo se sentía dueño de la conducción de los niños del Servicio, por lo menos durante los días de estancia en el mismo. A aquellos tiempos pertenecen notables progresos en la Puericultura postnatal, muy especialmente en el orden social (PINARD, BUDIN).

El progreso de las dos especialidades, pediatría y tocoginecología, evidenciaron pronto la necesidad de la separación de las actividades médicas dentro de las Maternidades. Nosotros llevamos desde el año 1948 estos principios a la realización en la Maternidad Provincial, después de haberlos implantado desde el año 1925 en la práctica privada.

Un somero examen de nuestras cifras pone en evidencia la necesidad de confiar el feto prematuro al pediatra experimentado y la absoluta necesidad de poder disponer de un departamento especialmente destinado a esta función.

Entre los 2.612 prematuros que hemos recopilado y estudiado, tenemos 732 muertes, lo que representa un 28'02 %. El momento de la muerte está repartido en la siguiente forma: 9 % mueren durante el embarazo, el 4'74 durante el parto y el 14'13 en el sobreparto. La importancia de las cifras aparece clara.

Uno de los aspectos desconsoladores de la profilaxis del parto prematuro radica en el hecho que ya consigné de la dificultad del establecimiento de la causa determinante del mismo. De dos casos, uno permanece en la incógnita.

Cuando se trata de una cardíaca o una gestósica, el plan a establecer por parte del obstetra es claro. Cuidará de la gestante si se trata de una complicación propiamente gravídica. La dirigirá al internista si la afección es un proceso médico puramente sobreañadido a la preñez.

Desgraciadamente, un elevado número de casos no entran dentro

de esta ya ordenada y sistematizada ejecutoria. El tocólogo tiene entonces que hacer frente a un problema nada fácil y en el cual es necesario desbrozar el camino, si el deseo de mejorar la mortalidad fetal quiere tener visos de realidad.

Ante los hechos consumados, la Obstetricia ha dirigido su atención a las condiciones sociales que puedan motivar el parto prematuro. Dedicaré una cierta extensión a este problema.

Ya es de antiguo conocido el hecho de que tanto la duración del embarazo como el peso del pequeño guarden una relación con las condiciones de vida de la madre. En ciertas circunstancias se ha hecho particularmente patente esta relación. La pasada guerra ha dado ejemplos numerosos y demostrativos. Una de las estadísticas más intereasntes, referentes a este punto, ha sido recientemente publicada por HEIS.

Es interesante observar las cifras de mortalidad de dicho autor. Son en total, en los años estudiados desde 1946 a 1953, del 16 %, con oscilaciones tan amplias como el 26 % en el año 1946 al 11 % para llegar a la envidiable cifra del 5'3 % en el año 1953 (quedan incluídos entre los fetos muertos los nacidos muertos y los muertos dentro de los tres días postpartum, lo que, dicho sea de paso, no creemos acertado, ya que la prematuridad, en más de una ocasión, es nefasta más allá de esta fecha).

Se ha llamado la atención acerca de la mayor frecuencia del parto prematuro en las mujeres del campo, invocándose para su explicación los trabajos penosos a que están sometidas y los cuidados prenatales exiguos, cuando no totalmente ausentes.

Pensando en la posibilidad de un parto prematuro en toda gestante, existe el hecho de observación clínica efectiva de que esta contingencia está en relación inversa del número de partos de término anteriores.

Es también corriente observar que las mujeres con parto prematuro son menos fértiles, carácter que se comprende si se tiene en cuenta que ambas contingencias pueden tener una raíz etiológica común.

El progreso obtenido en la defensa de la vida y salud fetales ha sido notable en los últimos años.

Todos los avances de la Medicina de nuestros tiempos han redundado en provecho del feto, desbaratando progresivamente y de una manera segura las viejas fórmulas que, de acuerdo con las realidades de antaño, oponían, en bastantes ocasiones, el feto a la madre.

El conflicto era patente. Cuando en el transcurso del embarazo la situación de la madre se convertía en peligrosa, no se dudaba, en ciertos países y ambientes, en sacrificar al producto. Eran los tiempos del aborto mal llamado terapéutico. Pasaron ya, por fortuna, y tan sólo quedan vestigios del mismo en limitados sectores, en otros países de mentalidad

y religión distintas al nuestro. Aun en éstos, las indicaciones se han hecho más limitadas y exigentes. El respeto al hijo es tan consubstancial a la misión del médico y especialmente del obstetra, que permite esperanzar una rectificación definitiva en aquellos ambientes que cuentan todavía con la beligerancia de la ley. Esta es, de hecho, la trayectoria que parece observarse.

El sacrificio del feto llegado al período de viabilidad aparecía a tocólogos de generaciones anteriores como una más dolorosa concesión a la salvaguarda materna que la interrupción de los primeros meses. Hay que comprender esta actitud para aquellos que permanecían al margen de la luz moral netamente definidora. Se juzgaba la claudicación por el peso. También el médico era expresión bastante fiel del sentir de los familiares que interpretaban los hechos en la forma expresada. Muchos padres que admitirían un aborto provocado en el segundo o tercer mes, «por tratarse de poca cosa», sentirían una marcada repugnancia por la muerte inferida a un feto de término.

Se comprende muy bien la sensación de alivio que experimentaron los médicos cuando la evolución de la Obstetricia puso en sus manos algún nuevo recurso que diera al traste con la funesta incompatibilidad de intereses maternofetales.

PINARD pudo grabar en sus salas de parto la inscripción: «L'embryiotomie sur l'enfant vivant a vécú», cuando creyó que la sinfisiotomía le aportaría la clave de la solución definitiva del problema. Era el rayo de luz en aquellos tiempos, en los que la práctica de la cesárea era peligrosísima y estaba lastrada con una mortalidad no inferior al 10 %. ¿Qué hacer ante un feto con vida cuando era preciso intervenir y las condiciones del caso convertían aquella extracción en muy grave o precisaba recurrir a la vía alta, de tan graves consecuencias?

PINARD creyó que con la sinfisiotomía subcutánea se ahorrarían muchas pérdidas maternas, sin menoscabo para el producto. El progreso era evidente, pero la adopción distó mucho de ser general. Tenía sus dificultades técnicas, reclamaba un pequeño adiestramiento quirúrgico que no todos los tocólogos de aquellos tiempos poseían.

El hecho cierto es que durante muchos años todavía, por lo menos hasta el año 30, la sinfisiotomía no llegó a implantarse como recurso soberano, figurando, además de las razones aducidas, la fundamental de que no siempre resolvía el problema. Cuando se le pedía demasiado, cuando la desproporción fetoplacentaria era excesiva, la ampliación pelviana se verificaba con la producción de daños, en ocasiones irreparables, en los tejidos maternos.

No tiene, pues, nada de particular que el obstetra se aferrase a re-

cursos que eran feticidas. Por la vulnerabilidad propia del producto, representaban la muerte del feto o su lesión definitiva, si sobrevivía. A esta categoría de intervenciones que recibieron justificadamente el apelativo de embriotomías disfrazadas, corresponden los fórceps altos y ciertas versiones internas. El operador asía el feto y tiraba del mismo. Tiraba sin contar que tiraba de un organismo vivo y, además, frágil. Tiraba hasta que lograba separarle de la madre. Tenía importancia la manera cómo tiraba, y la mejor prueba de ello consiste en la descripción y puesta en práctica de infinidad de maniobras que en manos de nuestros antecesores dieron resultados entonces excelentes. Eran ingeniosidades y virtuosismos que se adquirieron en la dura escuela de tener que resolver problemas ingentes, cual era el de la extracción fetal, con el mínimo de daño materno.

Muchas de estas maniobras han caído en desuso y la mayoría tienen que ser totalmente proscritas hoy, contando con los actuales procederes.

Pero es bueno hacer constar que cuando las reglas del arte no eran operantes, se recurría a la pura fuerza bruta, en la que el mínimo de técnica desaparecía ante la angustia del operador que estaba frente al problema vital de dar cima a su intervención.

A este período corresponden ciertas descripciones que corrían más entre los corros profesionales y no profesionales que en la literatura y que significaron un suplicio para el ejecutante. Son aquellas extracciones en las que se turnaban el operador con el marido o aquél con el mecánico ya entrenado en esta ayudantía para evitar el agotamiento de las fuerzas de ambos. Descripciones en las que el que las repetía sólo veía el aspecto ridículo, para el médico, de la situación, nimbadas de un cierto sarcasmo, pero que respondían a situaciones verdaderamente trágicas para el que tenía la desdicha de tenerlas que soportar.

¿Qué tiene de particular que conllevasen las más desastrosas consecuencias o que, frente a la inutilidad de los esfuerzos, se recurriese a soluciones que acababan de coronar la tremebundez de la situación? Ante la imposibilidad de extraer el feto íntegro, naturalmente, ya muerto, cuando las tentativas habían rebasado ampliamente la compatibilidad con la vida fetal, se recurría a la embriotomía.

Esta intervención, realizada tras innúmeros y estériles esfuerzos, era extraordinariamente peligrosa para la madre, representando, sí, el dar cima a una situación desesperante para la mujer... y para el tocólogo, que tendría que sufrir la bochornosa desaprobación de los familiares, al no extraer el feto, ya que no entero, por lo menos despedazado.

Sin llegar a la mutilación fetal, la extracción era, en muchas ocasiones, profundamente lesiva para el feto. Así, en los fórceps altos o en

ciertas extracciones podálicas, a las que, tras unos años, hemos denominado, como hemos dicho ya, embriotomías disfrazadas.

Por fortuna, el cambio se operó, no de una manera brusca, pero sí escalonada. Mejoraron las técnicas, la cesárea se convirtió en menos mortífera, el riesgo de infección puerperal descendió a compás de una saludable abstención exploratoria interna.

Sin embargo, el gran salto favorable puede situarse entre los años 1945 y 1950. Séame permitido repetir lo que decía acerca de esta etapa crucial en el año 1954.

La aparición de los bacteriostáticos y de los antibióticos; el amplio uso de la transfusión; el adelanto de la anestesia; el estudio concienzudo de los analgésicos; el perfeccionamiento de las técnicas obstétricas; la popularidad creciente de la hospitalización para el parto, tanto el normal como el patológico, con lo que significa de reposición en su justo lugar de papeles profesionales antes invertidos; estudios numerosos, que tienden a esclarecer las más variadas influencias que tiene el factor materno (en ocasiones paterno) sobre el presente y futuro fetales (condición social de la madre, gestosis, enfermedades maternas previas, evolución del parto, con especial referencia al tipo de dinámica, al carácter del canal, a la duración, etc.). No se trata ya de obtener el feto vivo y al parecer sano. Se trata de que el niño demuestre su viabilidad y de que al año o más tarde, acuse una completa normalidad.

En líneas generales, nada nuevo tengo que añadir a esta visión de conjunto.

En realidad, enmarcado dentro de este fondo panorámico, brevemente pero claramente esbozado en el párrafo anterior, está todo el juego íntimo de la actuación tocológica en su doble misión de protección materna y fetal.

Ciñéndonos a esta última, me ocuparé de:

1.º Función tocológica condicionada por los caracteres intrínsecos de todo parto.
2.º Función tocológica en relación con el medio social.
3.º Intervencionismo y abstencionismo.
4.º Composición de los equipos obstétricos. Su funcionamiento.
5.º Analgesia y método psicoprofiláctico.

1.º *Función tocológica condicionada por los caracteres intrínsecos de todo parto.* — El tocólogo no sólo tiene que vigilar y atender el parto con normas generales, sino que deberá estar extraordinariamente interesado en controlar las desviaciones del curso normal que pudieran pro-

ducirse. Es indudable que la constatación, en el momento oportuno, precoz, de un accidente o incidente en el decurso del parto, motivará la oportuna medida. El éxito dependerá de la prontitud de la constatación, del acierto en la interpretación y de la corrección de la medida terapéutica empleada. Los ejemplos pueden multiplicarse, pero basta que citemos la diferencia que existe entre el auxilio prestado rápidamente en una procidencia del cordón en un centro especializado y por personal competente y el mismo en un medio hostil como es el domiciliario y por el tocólogo de ocasión.

Si el caso es grave, pero se objetiva rápidamente el carácter de gravedad y se recurre al proceder eficaz en relación con el pronóstico, los intereses fetales pueden verse salvaguardados. Es cuestión, como dijimos ya, de decisión y capacidad. Junto al ejemplo citado, son múltiples los casos en los que la vida fetal se ve amenazada en el transcurso del parto por diversas razones.

Es una discriminación importante bajo el punto de vista fetal la que concierne al posible desenvolvimiento del parto. Conocer con tiempo si hay alguna motivación para la reserva es función de la consulta prenatal. En la generalidad de los casos, ello es perfectamente posible. Toda alteración en los factores maternos, fetales u ovulares puede ser causa de distocia o predistocia, con la consiguiente repercusión fetal. En estos casos hay que redoblar la atención.

Señalemos que no hay que pensar en la relajación del control fetal en aquel parto que presumimos de evolución normal. Nada está más lejos de la realidad. También en aquellas circunstancias en que todo parece querer solucionarse favorablemente es fácil la repercusión sobre el feto de una rotura de membranas sin perfecto encajamiento, o una alteración de la dinámica uterina, aunque sea pasajera o la alteración circulatoria provocada por una circular apretada del cordón umbilical. El parto en apariencia más benigno es el que puede dar al traste con la vida fetal, no olvidando jamás los últimos momentos del período expulsivo, que en más de una ocasión pueden ser la puntilla final sobre un feto que haya experimentado algún sufrimiento intrapartum. La mayor intensidad de las últimas contracciones, la compresión de la cabeza contra la resistencia del perineo, son factores a tener muy en cuenta.

No quiero dejar de insistir sobre la facilidad con que ciertas gestosis de evolución discreta e intensidad mínima son un factor de minimización fetal. Se traducen por discreta albuminuria y mediana hipertensión intrapartum, hasta 16 ó 17 de máxima, con o sin edemas. La minusvalización fetal así provocada transcurrirá sin incedentes si un nuevo factor patológico no se suma al primero, pero si sobreviene una etapa de

hipertonía uterina o una profunda alteración de medio amniótico engendrada por una rotura prematura de membranas, la influencia sobre el feto puede ser decisiva, ocasionando la muerte.

En aquellas circunstancias en las que la función de la consulta de gestantes ha dado como resultado la constatación de un caso anormal, con probable evolución patológica del parto, la labor de la sala de partos aparece, contra lo que pudiera parecer a primera vista, facilitada. No se trata del acecho de la posible pequeña anormalidad en el decurso de un proceso fisiológico, como parece ser, por definición, el parto normal. Se trata ahora de la patología flagrante, declarada, nociva para la madre y el feto y frente a la cual el obstetra tiene que usar sus armas, ya preparadas en esta ocasión.

Hay que dar la batalla en forma reglada, según las reglas del arte, no batirse contra el enemigo invisible del caso presunto normal.

Esta patología incisiva tiene la virtud de movilizar al personal de una manera automática. No precisa excitar el celo del mismo frente a riesgos que pueden parecer imaginarios. Cuando la mujer sangra por la razón que sea o estallan crisis eclámpticas o sufre una descompensación cardíaca, el cumplimiento de una labor terapéutica es obvio categórico y formal. Sobre la manera de reaccionar a este estímulo tendré que ocuparme de nuevo al tratar de los equipos.

Es un poco más delicado el caso que no tiene tal contundencia. Sabemos que existe una patología de fondo, latente, sin repercusión actual sobre la evolución del embarazo, pero que puede tenerla de un momento a otro. Son casos intermedios, que no participan de la monotonía de la gravidez y parturición normales y carecen del agudo impacto que es el gran cuadro patológico obstétrico. Algún breve ejemplo aclarará el problema. Es la estenótica pelviana que puede o no parir por vía natural. Es la mujer que ha sangrado una o más veces en el decurso del embarazo y en la que se sospecha una inserción baja de la placenta. Es la gestósica que puede llegar a la etapa convulsiva.

La misión del obstetra en estas circunstancias reside en la utilización juiciosa, juiciosísima, de este gran recurso que es el parto. Las fuerzas naturales desplegadas durante el mismo, imprimen tales variaciones en la evolución del proceso patológico o presunto patológico, que constituye el *elemento número uno* de que dispone. Es una evolución constante que da fisonomía distinta a los distintos períodos del mismo. Si a la misma, sobreañadimos la patología sobrevenida, la resultante estará condicionada por la citada asociación o suma de factores. Aquella será diversa, a veces dispar. Aun admitiendo una cierta fijeza o con-

tundencia para la patología que se asocia al parto, tenemos siempre el telón de fondo, siempre cambiante, representado por la evolución del mismo, que le imprimirá facetas muy varias. Las resultantes serán asimismo muy varias.

Es el exacto conocimiento de sus valores, de sus límites, lo que imprime un sello obstétrico a la terapéutica. Los caracteres del parto en la estrechez pélvica, tan del completo dominio de nuestros antecesores, el de las presentaciones anormales tiene que coadyuvar poderosamente a la solución de los problemas. Más exactamente, será la asociación de las posibilidades ligadas a la evolución del parto con los recursos del arte (medicaciones, intervenciones) lo que conferirá una especial riqueza al tratamiento y unas posibilidades insospechadas.

Estas posibilidades no implican uso deliberado de los factores integrantes del parto, sin una discriminación prudente. Tanto la duración como las condiciones mecánicas y dinámicas del mismo tienen que ser debidamente sopesadas. Si es posible, serán también tenidos en consideración los valores fetales que son susceptibles de nuestro análisis (volumen, situación dentro de la cavidad uterina, posibilidad de enfermedad luética o isoinmunización Rh, etc.). No se echarán en olvido los caracteres ovulares (cantidad de líquido, momento de la rotura de la bolsa de las aguas, inserción placentaria).

El empleo sin reservas de las fuerzas y factores que intervienen en el parto lleva o puede llevar a resultados adversos para el feto. En la prueba de parto, hemos tenido ocasión de comprobarlo reiteradamente y llamado la atención más de una vez sobre este punto particular.

Así ocurre en la estrechez pélvica que, con una duración variable del trabajo, puede tener un resultado fetal adverso. El confrontamiento de dimensiones fetales y materno-pelvianas difíciles de ajustarse se llega a hacer, en bastantets ocasiones, con grave afectación de los órganos intracraneales. El feto nace muerto o bien con lesiones que no siempre son reversibles. No se trata, por tanto, de paso a través de un canal estenosado, sino del paso del feto vivo y sano. La clínica señala que el daño o muerte fetal puede ocurrir con un parto que se prolonga indebidamente a causa de la citada estrechez, como en partos de breve duración que lo son por contar con una dinámica que moldea brutalmente el móvil y logra que salve el obstáculo.

Es labor tocológica, sobre la que hemos insistido ya, la que concierne la necesidad de segregar aquellos casos en los que el traspaso de la pelvis estenótica será, casi a buen seguro, origen de graves trastornos fetales. Estos casos no son, en general, difíciles de definir y caen dentro del marco de la cesárea electiva.

La decisión de evitar la vía natural puede proceder igualmente de circunstancias en relación con factores otros que las dimensiones óseas o la desproporción fetopelviana. La más expresiva radica en el taponamiento del camino natural por una placenta previa que recubre la totalidad o gran parte del orificio uterino o por un tumor o por una amenaza de laceración del útero.

Ya he insistido sobre la relativa facilidad que en estas circunstancias se ofrece al tocólogo para decidirse por la cesárea. La indicación salta a la vista y el feto puede, en gran número de casos, ser salvaguardado.

Es muy distinta la probabilidad de éxito fetal cuando la indicación es menos tajante. En el caso de la reducción pelviana, cuando se trata de un grado moderado, el obstetra ve menos solicitada su atención y cualquier fallo en la acción de control puede llevar a pésimos resultados fetales. Personalmente hemos observado y especialmente estudiado estos casos, en los que el examen previo permitía esperar un parto por vía natural, con doble buen resultado. La experiencia ha demostrado que, cuando el parto se realiza bajo el signo de la desproporción feto-pelviana, era fácil ver aparecer con relativa frecuencia signos de sufrimiento.

También aprendimos que cuando se practicaba la cesárea en estas condiciones, los resultados para el producto eran malos. La mortalidad y morbilidad fetales aparecen extraordinariamente altas en estos casos.

Aquí radica un terreno interesante a desbrozar. Saber reducir la prueba de parto a término que sean inofensivos para el feto y saber desviar hacia el tallo cesáreo aquellos casos que podrían acarrear daños fetales importantes, es una tarea a la que nos estamos aplicando en los años actuales. Tenemos la impresión que no estamos en el mal camino.

2.º *El factor social es decididamente operante.* — Existe un manifiesto paralelismo entre el tipo de asistencia que recibe la gestante y la clase social a que pertenece. En las grandes ciudades, la costumbre general es la de confiar el cuidado del embarazo y la asistencia del parto al médico especializado. En numerosas partes del campo de nuestro país, es todavía la matrona, cuando no la mujer entendida, la que se ocupa da la parturienta.

Con una mejor posición social y una cultura de nivel más alto, la atención al proceso maternal adquiere otras posibilidades. La mujer que se interesa por el hijo futuro, que nutre un afecto hacia él, nimbado de unos conocimientos útiles, acudirá con provecho a la consulta prenatal y sacará de la misma positivos beneficios. La mujer analfabeta tiene que ver el problema con ojos distintos. Las explicaciones que reci-

biera al acudir a la consulta de maternidad, los consejos chocarán siempre con la ignorancia, con los prejuicios más o menos enraizados.

El nivel social, la cultura de la futura madre, andan en numerosas ocasiones enlazados con los recursos económicos. Con pocos medios, la llegada del hijo es una preocupación; mayormente lo será si la prole es numerosa. Pretender que, ante la estrechez económica del proletariado el auxilio que recibe en la actualidad la madre representa una solución, es pura utopía. Un análisis simple y fácil de lo que ofrecemos o damos a la madre que se beneficia de nuestros seguros sociales señala la parquedad del apoyo estatal. La gestante percibe una indemnización de maternidad si es asalariada, pero no, si no trabaja regularmente. Es admitida en la Maternidad laboral, siempre que el caso sea distócico o, aun siendo normal, carezca en su domicilio de luz y agua corriente.

No recibe prima de lactancia alguna. Cuando da a luz en su casa, se le adjudica un *trousseeau* que se caracteriza por su mísera exigüidad. Todo ello son bien escasas medidas para representar una ayuda al económicamente débil en este trance que reclama dispendios y en el que, para darle un cierto halo de confort, es menester disponer de un peculio moderado. La madre que no puede adquirir ropa o enseres de *toilette* para su futuro hijo, la que no puede dedicar un dinero a una superfluidad, aunque modesta, será, a mi juicio, una madre triste. Esta penuria puede repercutir, sin ningún género de duda, sobre el hijo.

Si el panorama no es de color de rosa para la mujer modesta o pobre, pero casada, ¿qué no tiene que ocurrir a la madre soltera? Tiene, sí, centros donde poder acogerse a partir del séptimo mes de embarazo y dar a luz. Si opta por no abandonar al hijo, sale de la Maternidad en cuanto quiere, pero abocada, en la mayoría de los casos, al fracaso. Sin apoyo familiar, sin ayuda de los poderes públicos, sin instituciones donde poder depositar al niño durante sus horas de trabajo, ¿cuál es el porvenir que le está reservado?

Faltan a este respecto muchas cosas. Cito entre ellas a la enfermera social que, en toda Maternidad, tendría que ocuparse del problema individual de toda mujer soltera madre, indagando las circunstancias de cada caso en relación con la familia, el trabajo u ocupación desempeñada y facultad de recuperarla, los planes y viabilidad de los mismos para cuando abandone la Maternidad, la existencia de una Casa-cuna en las proximidades de su domicilio, etc.

Falta el empleo juicioso del tiempo de la gestante y recién parida en la Maternidad. Admitidas de dos a tres meses antes de dar a luz y obligadas a permanecer hasta dos meses después del parto, lactando a su hijo, en el caso de ser su propósito dejarle en el asilo de niños o in-

clusa, este cúmulo de tiempo significa mucho para no poder considerar un importante error el menospreciar sus posibilidades. Muchas de ellas no tienen profesión u oficio. Un porcentaje elevado es analfabeto o semianalfabeto. Toda adquisición de orden laboral podría rendirles excelentes frutos, posibilitándoles un sustento al abandonar el establecimiento.

No es posible, ciertamente, aprender un oficio en tan corto espacio de tiempo, pero sí lo es el poder alcanzar un perfeccionamiento en múltiples labores domésticas, que son y serán fuente de ingresos. La especialización se logra aún en las pequeñas o ínfimas labores.

Hay que pensar igualmente en el deseo de ayuda humana y social que germina en toda sociedad. No me parece dudoso que un conocimiento mejor de los citados problemas no engendrase una corriente de opinión favorable a las soluciones satisfactorias. La mujer soltera es tenida de una manera ligera como una mujer caída. Si se presentase a fondo la magnitud del problema, con lo que tiene de repercusión en el orden social, es fácil que en el espíritu cristiano de nuestro pueblo hallase un eco. La madre que, soltera, se queda con el hijo, no ignora que, en la mayoría de los casos, juega en ello lo que llamaríamos su porvenir. Muchas puertas le serán definitivamente cerradas. El gesto es noble y, ciertamente, heroico, de una heroicidad afectiva, en el que el sentimiento de madre lo juega todo, dando la balanzada frente al razonamiento frío y egoísta que le aconsejaría el abandono. Tengo para mí que muchos de aquellos que emplean gente responderían al llamamiento, se interesarían por esta mujer necesitada de protección, a la que darían en los primeros tiempos un trabajo ligero y asimismo se sentirían atraídos hacia este niño que comienza su vida bajo tan poco halagadores auspicios.

Falta una tutela prudente, social y económica, del Estado sobre este binomio madre soltera-hijo de madre soltera, tutela compatible con una libertad digna, pero justificable por la necesidad que el cuerpo social tiene de aminorar el trágico destino que espera a tantos sinpadres.

Faltan, con seguridad, muchas más cosas, pero falta ocuparse de estos asuntos con corazón, con pasión, con errores si se quiere, pero ocuparse de ellos, evitando que entre todos, con el cumplimiento de los reglamentos, la vigencia de leyes arcaicas, las intentonas de un momento, las conferencias brillantes y, muy esecialmente, la desidia, motivada en muchas ocasiones por la ignorancia de los problemas, se perpetúe esta situación.

3.º *Intervencionismo y abstencionismo.* — Laborar en pro del feto

es tener altamente presente la influencia que sobre el mismo tiene la forma de terminación.

Cuando el obstetra empuña el fórceps o se decide por una versión, no ignora lo que le puede ocurrir al niño. El instrumento o las maniobras de aquél pueden ser dañinas. Es éste un hecho que salta a la vista, nada desvirtuado por la publicación de estadísticas muy brillantes, que no representan nada más sino una confirmación de lo anteriormente indicado. La aparición regular de series que pregonan la casi inocuidad de la extracción podálica o de la cesárea son la confirmación de esta primera suposición de riesgo. Prueban, sí, que cuando se tienen a mano *todos los medios,* se puede llegar a *grandes resultados.* Servicios con excelente organización, personal muy entrenado, con material abundante, son capaces de estos resultados que, a primera vista y examinados con intención suspicaz, pueden parecer de una veracidad discutible. Y no es así. No puede ponerse en tela de juicio lo que es la resultante de una suma de factores favorables. Son los olímpicos de una técnica, como los hay en todos los deportes y en todas las actividades humanas.

Nuestro propio caso es asaz demostrativo. Contando con recursos notables, pero faltados todavía de muchos otros, en vigor ya en toda gran Maternidad moderna, hemos logrado publicar importantes series de fórceps profilácticos, con una mortalidad fetal inferior al 1 %. El contraste con los resultados en otras operaciones obstétricas en las que nuestras cifras son netamente más altas plantea, de una manera aguda, la necesidad de considerar muy de cerca este aspecto de la profilaxis. La explicación es factible aquí, sometiéndola al engranaje de un equipo hospitalario, especialmente hábil en su manejo. De primera línea esta realización, no lo es tanto en las demás operaciones, por causas que pasaré a detallar pronto. También en el olimpismo, el que es campeón en los 100 metros no suele serlo en los 1.000 y menos en la jabalina o el salto de la percha.

Siendo esta constatación importante para el régimen interno médico de una Maternidad, lo es más todavía cuando se trata de poder aquilatar los resultados que obtendrá el obstetra de ocasión. Hay que contar con la escasez de sus medios, cuando actúa en el domicilio de la mujer o en la pequeña clínica, pero hay que valorar su experiencia, su entrenamiento. A pesar del total convencimiento de que el parto mal conducido inicialmente aboca, en numerosas ocasiones, en la distocia y que la atención *total* al mismo desde su inicio es la mejor garantía contra la aparición de una gran parte de la patología del mismo, no dejamos de pulsar el enorme significado que conlleva una práctica mísera, esporádica, sin control ni crítica de ninguna clase.

No tengo la total seguridad de que todos los Jefes de Servicio pesen suficientemente el bagaje técnico de sus colaboradores en relación con las posibilidades de su material, y especialmente de su grado de formación dentro de las progresivas etapas de la especialidad. De ello tengo que ocuparme con algo más de extensión al hablar de los equipos. Lo que sí parece cierto es que una gran parte de los médicos que pululan por los grandes centros hospitalarios no están en condiciones de poder recibir el deseado entrenamiento, y este déficit se basa en la reducción del material humano y en el exagerado número de aspirantes a especialistas que pueblan nuestras clínicas.

Si esta visión no carece de interés y hasta dificultades de adaptación en el terreno de la práctica diaria, de manera más trabajosa engarzaremos esta voluntad de formación técnica general con los intereses de la madre y del hijo. Formar médicos suficientemente conocedores de esta rama de la Medicina y especialistas es indispensable; pero tanto más lo es el que sea sin detrimento de las enfermas que se nos confían.

Así, de esta manera de comprender la indispensable citada asociación nos ha conducido, en el Instituto Provincial de Maternidad, a autorizar un uso más liberal, pero no indiscriminado, de aquellas intervenciones en las que —séanos perdonada la frase— *todos* habíamos demostrado una capacidad en el transcurso de los años.

De no haberlo realizado de esta forma, nuestros médicos residentes que tienen que dejar su lugar de trabajo al término de dos años, hubiesen terminado su formación primera —pero, en más de una ocasión, única—, con una experiencia irrisoria. Nosotros poseemos de esto una radicalísima experiencia. Por la cortedad del material que en nuestros tiempos poseía la Maternidad y por el criterio ultraabstencionista de aquellos tiempos de los rectores de la misma —naturalmente entonces totalmente justificado—, allá por los años 20, al ser despedidos de la Casa, poca cosa habíamos visto, poca cosa habíamos personalmente ejecutado. En los dos años de internado, a los que sumo medio de preinternado, no tuve ocasión de ayudar ni ver en mi lugar de trabajo una sola cesárea. Las que vi desde una tercera fila de anfiteatro de uno de los quirófanos de la Facultad, me proporcionaron información harto incompleta. No pasaron de dos o tres, a pesar de estar al acecho de las que pudieran suplir mi escasez informativa. Por cierto, me es grato recordar que una de ellas, seguramente en el año 1919, fué llevada a cabo por el Profesor NUBIOLA, por vía extraperitoneal. No creo necesario enfocar lo que significa la formación profesional y técnica de los que les queda mucho y elemental que aprender. El camino seguido por la mayoría de los que se hallan en estas circunstancias, puestos pronto

a tener que actuar sin control de ninguna clase, es el del atajo sembrado de espinas. Los mojones que se escalonan en la vida de tantos autodidactas no son siempre precisamente de éxitos. Por mi parte, recuerdo aquellos tiempos con gran amargura.

Una mejor comprensión de la misión de los hospitales llevaría a la creación de cuerpos facultativos amplios, en los que tendrían cabida aquellos que han tenido una raíz primera en él y quieren completar su formación, pero también aquellos que, siendo técnicamente gente formada, no quieren perder su contacto con la Maternidad en aras del mantenimiento de esta etapa de alto nivel. Entraríamos aquí en las consideraciones económicas y sociales del personal concurrente al hospital, punto que no nos corresponde tratar ahora.

Los fines del Hospital o Maternidad no son siempre los mismos o, mejor dicho, siéndolos, aparecen tamizados por su intrínseca naturaleza. No hay que juzgar de la misma manera al Hospital que recibe alumnos del período de licenciatura, del que pretende formar especialistas. Es obvio que el médico general no puede tener la misma visión de la trama interna del ejercicio tocológico que el médico especializado. Al primero hay que inculcarle un criterio de expectación y, muy especialmente, de tajante determinación de los límites de sus atribuciones.

Se nos aparece, en principio, como conveniente que las Maternidades participen de la facultad de formación profesional (Maternidades universitarias, provinciales, municipales), basándose en un material lo más amplio posible. Pero la dicotomización llevada a la extrema dispersión sólo conducirá a la esterilidad en esta misión tan importante. Todo lo que sea luchar en este sentido resultará provechoso en aras de una mejor preparación de los técnicos.

La concurrencia a los centros maternales aumenta, en estrecha relación con el grado de bienestar social del medio, muy especialmente con la etapa de comprensión de los posibles beneficios a obtener de los organismos de asistencia sanitaria.

No queremos cerrar este capítulo concerniente al intervencionismo y al abstencionismo sin subrayar cómo la idea general de parto espontáneo, sinónimo de éxito fetal, tiene numerosas excepciones. El parto terminado espontáneamente a ultranza en una estrecha pélvica o en una gestósica o en una primípara añosa puede ser tan dañino como una intervención intempestiva o incorrecta.

Todo lo que sea lanzarse a un extremismo obstétrico es peligroso, tanto en uno como en otro sentido. No valerse de las extraordinarias posibilidades que ofrece la prudente espera en un número elevado de

circunstancias, desconociendo valores naturales que tienen que posibilitar una terminación favorable, es negar los mismos cimientos de la Obstetricia de todos los tiempos. Cerrar los ojos al progreso actual y no utilizar determinadas ventajas que todos los días se nos ofrecen es asimismo pésima testarudez.

Ni lo uno ni lo otro precisa exaltar y sí ponderar el razonado empleo de una actitud de línea media. Y si se me apurara y se me pusiera en trance de elegir dentro de una de las dos tendencias, preferiría acogerme al campo de la expectativa, con la seguridad de que el conocimiento básico que reclama de la fisiopatología de los grandes problemas obstétricos me representaría para el futuro una esperanza más prometedora que una orientación basada exclusivamente en una técnica arrolladora y seudobrillante, quizás efectiva, pero demoledora del verdadero concepto de maternidad y de ayuda a la misma.

Confiemos en el mañana que nos reservará sorpresas. En estos últimos meses, el uso amplio del goteo intrapartum ya estimulante, ya inhibidor de la dinámica uterina, también a veces alternante, ha rebajado nuestra incidencia operatoria de una manera notable, especialmente al añadirle el uso de la ventosa.

4.º *Composición de los equipos. Su funcionamiento.* — El equipo obstétrico consta de los mismos elementos que el equipo quirúrgico, pero con algunas salvedades.

El equipo quirúrgico es casi siempre un órgano de actuación inmediata. El obstétrico tiene una etapa obstétrica y otra quirúrgica. En la primera asiste al parto normal. En la segunda decide la terminación mediante la intervención, cuando ésta es juzgada precisa. En ocasiones, la etapa quirúrgica es la única y definitiva.

Es frecuente que para la primera etapa se disponga de un semiequipo integrado por los elementos subalternos del equipo obstétrico total. Subsiste la antigua creencia de que el parto espontáneo, que con manifiesta ligereza se identifica al parto normal, reclama exclusivamente la presencia de la comadrona. El tocólogo y los demás componentes precisarán para la distocia. La persistencia en esta creencia y organización es deaconsejable. El parto más normal tiene que ser visto por el médico y los demás elementos del equipo tienen que estar prestísimos a entrar en acción.

El trabajo obstétrico tiene mal horario. Mejor dicho, abarca todos los horarios. Un solo equipo es totalmente insuficiente en un centro de movimiento activo. Es indispensable multiplicarlos, contando con la fatiga ligada a su actuación.

No se trata siempre, como dijimos, de un trabajo limitado a un acto operatorio, casi siempre de duración corta, que raras veces sobrepasa a la hora. Los equipos obstétricos tienen que mantener alerta su interés durante largas horas, que culminan en un parto espontáneo o en una operación, a la que este personal puede llegar en plena fatiga. Por lo indicado, dichos equipos necesitan relevos periódicos.

Es durante estas horas de normalidad o aparente normalidad cuando la vigilancia del equipo puede sufrir una relajación. En el decurso de aquéllas que tienen la apariencia de tranquilas, se fragua el pequeño incidente revelador del peligro para la madre o para el feto. Es un sufrimiento fetal transitorio pronto compensado. Es una crisis de hipertonía pasajera. Sólo una labor detectora inmediata y la consiguiente puesta en marcha de los dispositivos indispensables, podrá evitar algunas de estas muertes intrapartum, desgraciadamente tan frecuentes. Para ello no conozco otro medio que poder contar con equipos altamente conscientes. Y éstos son los formados por gente impregnada del sentido de responsabilidad, tanto más fácil de hacer vibrar cuanto más alta es la categoría profesional del componente del equipo. Es por esta facultad que consideramos indispensable que sea el médico el que ronde de manera regular por las salas de partos. El restante personal estará a sus órdenes.

Cuando precise la intervención, interesa que el operador y sus colaboradores no acusen la desventaja de entrar a actuar fatigados ya.

El equipo tiene que estar completo y a punto de actuar en cualquier momento, capitaneado por el médico *senior*. En práctica obstétrica esto no es siempre posible, dada la urgencia con que se plantea una indicación operatoria y la perentoriedad de su ejecución. En el Instituto Provincial de Maternología, por ejemplo, es difícil que si el tiempo apremia y en determinadas horas del día y de la noche, no tengamos que contar con la incomparecencia tardía del jefe del equipo, del anestesista y del transfusor, radicando la explicación en el hecho de no morar en el Hospital. Hay que sustituir a una parte importante, la más importante del equipo. No ponderar lo que esto tiene que representar, sería negar la realidad.

Estas suplencias forzosas tienen, por otra parte, su faceta beneficiosa. Los médicos residentes se habitúan a labores que posiblemente les serán útiles en el mañana, al desempeñar actividades en centros de menor importancia o bien en la práctica de urgencia rural, donde la colaboración del transfusor y hasta del anestesiólogo es, en ocasiones, harto difícil.

El equipo tocológico tiene a su cargo una misión que cae bajo su con-

trol por razones de organización, ya que no por motivos científicos. Es la reanimación del recién nacido. Correspondería lógicamente y legítimamente al pediatra. Pero la realidad es que, en nuestro ambiene por lo menos, el puericultor no está nunca presente en aquel momento. Las distintas maniobras que pudiera reclamar el recién nacido no son ordenadas sino ejecutadas por el tocólogo. Son tan sólo las Maternidades provistas de grandes medios las que tendrán en todo instante presto un equipo de reanimación. Mientras no se llegue a este «desiderata», es indispensable que el equipo tocológico sepa prestar la doble asistencia: continuación de la materna y rápida implantación de la del recién nacido. El jefe del equipo decidirá si sigue con la primera y delega a su segundo la del feto o viceversa. Es en este momento donde es apreciada la facultad de intubación traqueal del recién nacido por parte del personal asistente. Sin este conocimiento se pierden inevitablemente fetos cuya única posibilidad de salvación estriba en la desobstrucción de las vías aéreas y el pronto desplegamiento de los alvéolos pulmonares.

Nacido el niño, no ha terminado todavía la misión del tocólogo. Es ésta la de cierre de su actuación y traspaso de poderes. Si toda ella ha estado imbuída por la finalidad de la obtención de un feto vivo y sano, en la mayoría de los casos podrá realizar el citado traspaso con plena satisfacción. A partir del corte del cordón umbilical, el niño pasa del cuidado del obstetra al del pediatra.

Aquí comienza la labor postnatal de tan reconocida importancia. Es más asunto pediátrico que obstétrico el enfatizar los distintos pasos del examen postnatal: investigación serológica de la sangre del cordón, en casos de lúes o de isoinmunización Rh, reconocimiento clínico completo del niño, constatación de su normalidad morfológica, examen radiológico dentro de un plazo variable según las circunstancias del niño en sus primeras horas de vida extrauterina, espíritu siempre alerta para detectar una posible malformación oculta o una patología incipiente.

A este examen seguirá la campaña en favor de la crianza materna, control de la curva de peso, etc.

A estas medidas de carácter general hemos añadido el examen sistemático del recién nacido bajo el punto de vista neurológico. Nos interesamos especialmente por los resultados del mismo en aquellos fetos en los que han sido necesarias unas maniobras de reanimación, o bien que han sido casos operatorios. Consideramos muy oportuno completar los resultados fetales globales con los de dicho examen.

Equipos lo más completos posible, suficientemente numerosos para poder desplegar una actividad eficiente durante los horarios asignados,

dotados de unos recursos modernos son, por tanto, elementos de protección del feto.

5.º *Analgesia y método psicoprofiláctico.* — Esta faceta de la asistencia obstétrica ha hecho correr mucha tinta. Nos falta el convencimiento íntimo de que sea en relación con la importancia del tema. Querer negar el carácter práctico del estudio de la analgesia sería ignorar una de las motivaciones de la actual asistencia obstétrica, a nivel incomparablemente más alto que el de hace veinte años.

La analgesia ha sido contemporánea del traspaso de la conducción del parto al médico, y ha reclamado pronto un ambiente y unos elementos muy distintos del propio de la asistencia domiciliaria.

Teniendo sólo en consideración esta faceta, la analgesia representaría ya un motivo de general agradecimiento. Con el traslado de la parturienta a la clínica, se han puesto a la disposición de la misma nuevos recursos y, con la introducción de la analgesia, tomó pronto cuerpo el convencimiento de que la supervisión durante el parto tenía que incrementarse.

Resulta extremadamente difícil valorar con visos de aproximación lo que representa la analgesia en pro o en contra del bien fetal, considerándolo en términos generales. Es fácil, sí, puntualizar determinadas recriminaciones y señalar efectos nocivos de algunos fármacos y procederes de analgesia. Nosotros lo hemos realizado con el Dolantín y con la analgesia caudal continua. Lo que no nos dicen las estadísticas es cuáles son las muertes fetales en las que la falta de analgesia ha representado, si no la totalidad, por lo menos *una parte* de culpabilidad en su producción. Cuando el factor dinámico está alterado, cuando el sufrimiento exagerado de la mujer acompaña una duración excesiva, es la misma evidencia que el uso corriente de los analgésicos tiene que representar un positivo beneficio fetal.

Negar la utilidad de los mismos es negar el progreso actual de la Obstetricia, que está enfilando por cauces nuevos gracias al uso mesurado de los antiespásticos o analgésicos, alternando con los oxitócicos. La difusión de los goteos, su indiscutible repercusión sobre el acortamiento en la duración del parto y los caracteres del mismo y la mejoría actual de los resultados fetales, tienen que ser puestos en el activo de una manera de proceder vieja ya de unos lustros y enriquecida en los tiempos presentes con numerosos fármacos destinados a dicho fin.

Ya en fecha reciente ha hecho su aparición el llamado método psicoprofiláctico. La polvareda lanzada a su alrededor ha sido extraordinaria y tiene su explicación. Ha representado una encrucijada donde

han convergido algunos aspectos científicos, orientaciones asistenciales dispares y, en ciertas partes, intentos inhábiles y desacertados de clasificación profesional según la mayor o menor adhesión al método. Si todo afán de bandería es reprobable, mayormente lo tiene que ser cuando se pretende bucear en las raíces morales de sectores importantes de la colectividad médica, que pueden haber estado equivocados, pero que, con toda seguridad, han procedido con manifiesta buena fe.

Por fortuna, las cosas han vuelto a su situación primitiva y aquél ha vuelto a lo que es en realidad: una adquisición muy estimable, que representa un manifiesto avance en la terapéutica obstétrica, capaz de proporcionar un elemento más en la defensa de los intereses fetales.

Todo tocólogo consciente de la altísima categoría de la función maternal no desaprovechará la magnífica oportunidad que le brinda el método, logrando que la madre dé a luz en plena lucidez mental. Le añadiría que, siendo ésta compatible con experimentar dolor más o menos agudo, el método tiene en su activo la consecución del equilibrio frente a este dolor. La madre aporta gustosa, comprensiva, este tanto de sufrimiento que ha logrado con una preparación que, ultra unas bases de conocimiento respecto a la evolución de su proceso de embarazo y parto, logra reforzar su sentimiento de madre.

Nuestra experiencia respecto al método es de unos cuantos millares de casos, tanto en la clientela privada como en la hospitalaria. La cifra nos permite conclusiones casi definitivas y llegar al convencimiento de que su difusión tiene que ser beneficiosa en provecho de ambos, madre e hijo. Tiene mucho valor la forma de preparación, pero asimismo es muy influyente la naturaleza de la recipiendaria. Su textura moral y psíquica, el ambiente social y familiar tienen, a nuestro juicio, un alto significado.

PROFILAXIS EN EL PUERPERIO

El primer y gran factor de muerte fetal es, en el puerperio y a mucha distancia de los que le siguen, la prematuridad.

Con un centenar o más de prematuros al año, tenemos una cierta experiencia del papel ejercido por aquél en la mortalidad y morbilidad fetales.

Con el prematuro adoptamos las siguientes medidas: maniobras suaves en el momento del parto y en la reanimación, evitando el trasiego innecesario, colocación del niño en la incubadora en la misma sala de partos, aviso inmediato al pediatra para que se encargue del mismo.

La misión tocológica comprende, además, la práctica de la serología de lúes y Rh, si se desconocen, mediante sangre del cordón. Si la madre es Rh negativa, se solicitará una prueba de Coombs.

El niño prematuro, como los demás niños, corre a cargo del pediatra. Su atención no pertenece al obstetra. La patología que le concierne se desarrolla en buena parte dentro del recinto del Hospital Maternal y durante el tiempo de permanencia en el mismo. Pasado este período, no queda exento de acechanzas en relación directa o indirecta con la prematuridad. Nuestra mortalidad global en los prematuros ha sido del 15'4 %. Téngase presente de que no disponemos de incubadoras tipo Isolette, ni cámara de hiperpresión y otras mejorías, que son reclamadas por los pediatras del Servicio. Disponemos sí de un departamento independiente servido por personal suficientemente especializado y, en general, abnegado. Contamos con un equipo entrenado en transfusiones de sangre y plasma, y creemos que han contribuído a la mejoría de nuestros resultados.

La gran función del obstetra consiste en prevenir al máximo la prematuridad. En este terreno es de esperar que la Obstetricia del mañana obtenga cada vez mejores resultados.

El tratamiento de todas las complicaciones que puede presentar el recién nacido son de la competencia del pediatra. La labor del tocólogo —en esta etapa— es prácticamente nula y precisa dejar la dirección de esta tutela a aquél. Conviene, sí, que demos toda clase de facilidades para procurar el acercamiento de madre e hijo. No discutiré aquí si somos partidarios de que el niño esté totalmente junto a la madre o en un nido común.

Es de la competencia del obstetra preparar esta etapa del recién nacido con la debida antelación durante el embarazo. Este es el momento mejor para suministrar a las futuras madres unos cuantos conocimientos acerca del cuidado del niño. Considero especialmente acertado incorporar una o dos lecciones pediátricas dentro del plan general de la asistencia al parto psicoprofiláctico, que tienen que ser desarrolladas por puericultores.

He dicho.

DISCURSO DE CONTESTACION

DEL

MUY ILTRE. SR. DOCTOR

DON JOSE ROIG RAVENTOS

ACADEMICO NUMERARIO

Excelentísimo señor Presidente,

Dignísimas Autoridades,

Muy ilustres señores Académicos,

Señoras y señores:

I

En este momento solemne para mí, acudo al archivo de mi memoria para ofreceros con toda fidelidad las efemérides de lo que aconteció hace bastantes lustros. En este archivo de mi memoria, hallo, como un hilito de agua constante pendiente de la estalactita, el afecto que nutre las remembranzas del recipiendario. La memoria guarda celosamente todo lo que el corazón ama. Se derrama el hilito de agua sobre los musgos de la cordialidad, frescos y rezumantes de un cariño paternal. En el jardín que todos tenemos en nuestras almas, en donde las amistades han crecido ubérrimas de afectos sinceros, hallo una sombra hospitalaria, y en ella me cobijo. No debe extrañar que, siendo así, mi discurso quizá sea más familiar que académico. Pero sí muy conveniente para que sus efemérides y anécdotas, valores indispensables para modelar la figura de la recia personalidad del nuevo académico, acudan a mi mente con la arrogancia de una carroza en la que llega victorioso el héroe de la ciencia, a la mansión vetusta de los académicos consagrados por sus obras admirables.

* * *

Con gran placer puedo evocar una escena vivida en mis tiempos de estudiante. Siguiendo la vida errante de mi padre, que cada verano cambiaba de pueblo para buscar temas pictóricos, fuimos a parar al simpático pueblo de Sant Feliu de Codinas. Yo a la sazón era el ín-

timo amigo del hermano del Dr. DEXEUS; estudiábamos la carrera juntos, inseparables, ungidos por una amistad integral. Al coincidir nuestro verano en el mismo pueblo, nuestra mutua alegría fué inmensa. Un día vi a su padre, médico de una simpatía, bondad y honradez ejemplares, que subía por nuestra calle con paso lento, llevando de la mano un niño de cuatro o cinco años. Estaba enfermizo. El padre nos dijo que había decidido pasar el verano en aquel pueblo para que el niño, el benjamín de la familia, sanara de una adenitis cervical. Este niño pálido, de mirada dulcemente triste, con la dulzura del dolor infantil, era el doctor don Santiago DEXEUS I FONT. Después perdí de vista al mozalbete, y sólo supe que de aquel ambiente rural regresó a la ciudad completamente curado. Aunque lo perdí de vista, sabía que, como su hermano mayor, sentía la vocación de médico. Al cabo de unos años, ya licenciado, lo recibía como médico interno en mi servicio de la Casa de Maternidad. El rapazuelo enfermizo de San Feliu de Codinas, por los avatares de la vida, se convertía en un discípulo mío.

Recuerdo, con una diafanidad que sólo las impresiones profundas graban en la memoria, el día que vino a este mismo paraninfo el célebre urólogo profesor de la Facultad de Medicina de París, el eminente doctor ALBARRÁN. Avido de la curiosidad que siempre me han inspirado los grandes hombres y de la admiración que suscitan en mi espíritu, me acerqué al grupo donde el profesor de París estaba departiendo con el doctor MORALES PÉREZ, en el atrio de este edificio. Fuí uno de los afortunados que formé el círculo de sus admiradores. Escuchábamos su conversación, de acento americano, con deleite y sumisión científica. Le recuerdo muy bien: bajito, vestido con la elegancia parisina, pulcro, sencillo, amable y simpático. Sacó una pitillera de plata elegantísima, y nos ofreció un cigarrillo. Era un cigarrillo destinado al archivo de los recuerdos, de una eminencia médica mundial. Después entramos en este paraninfo y el profesor de París dió una memorable conferencia. El doctor MORALES, profesor de esta Facultad, presentó al doctor ALBARRÁN con estas palabras: —Señores, tengo el honor de presentar al eminente doctor ALBARRÁN. Mi antiguo discípulo se ha convertido en mi maestro—. Después, con una habilidad pasmosa, practicó en un cadáver una intervención urológica.

Yo, remembrando la misma frase, digo lo mismo del doctor DEXEUS. —Mi discípulo se ha convertido en maestro, y al presentarlo lo repito con un convencimiento sincero y honrado. Con creces ha superado mis humildes enseñanzas que daba, también en una humilde Ma-

ternidad que, al lado de los flamantes edificios de la nueva Maternidad, parecería un mendigo.....

El doctor DEXEUS es un médico de una densidad científica auténtica. Es un médico integral. Ha nacido para médico obstetra con unas aptitudes y acometividades y una vocación científica tan asombrosas, que le han conducido a ser un autodidáctico excepcional. Pronto estas bellas virtudes le convirtieron en un precursor de la obstetricia moderna. Su internado, que duró sólo dos años, poco podía labrar en su espíritu inquieto, vivaz y acometedor. No vió practicar una sola cesárea. En aquellos tiempos el canal del parto era casi la única vía de salida del feto, y los terroríficos instrumentos de las celalotripsias y embriotomías, estaban en las vitrinas con una vigencia espantosa.

En aquellos tiempos la Casa de Maternidad nos obligaba a prestar dos servicios: seis meses en la sección de infancia y seis en la sección de obstetricia. Más tarde se diferenciaron los servicios, y las dos especialidades, separadas, daban pediatras y tocólogos.

En este período mixto entró el doctor DEXEUS como interno.

Pasan unos años, y cuando yo no era ya médico de la Maternidad, el doctor DEXEUS gana las oposiciones de médico de la Casa. Y se da el caso peregrino de ser hoy el antiguo interno el Director de la Maternidad, caso único en los anales del establecimiento. De interno a director. Ha subido los eslabones con el pecho abierto, la mirada fija en ideales científicos la frente alta, ávido de ejercer con entusiasmo de verdadero sacerdote. Hoy lleva el timón de la gran nave por las rutas de la ciencia moderna, atravesando los confines fronterizos, con una gran pericia. Con el ropaje de capitán flamante, ha conquistado la fama que ha llegado a lejanos horizontes.

En aquellos tiempos la Maternidad estaba instalada, humildemente, en una casa de payés con aditamentos edificados a su alrededor para dar cobijo a las embarazadas, casi todas solteras y en escaso número. Hoy, con el edificio nuevo, las secciones de mujeres casadas y solteras, separados sus quirófanos, sus laboratorios, sus archivos, es una casa modelo abierta a la ciencia, hasta el punto de que si se llamase casa de Maternidad por albergar a las futuras madres, también puede llamarse *Casa de Maternidad científica,* por albergar una juventud estudiosa y por permitir la entrada a los médicos que desean ser tocólogos. *Maternidad de madres y maternidad de ciencia,* y esta ciencia que se divulga con prodigalidad como un maná científico, es obra ingente del doctor DEXEUS, cuya misión social médica es enormemente beneficiosa.

El hombre de tesón ha logrado convertir la Casa de Maternidad,

de una institución timorata, secreta, cerrada, recoleta y anónima, en una escuela, con las ventanas abiertas a las rutas de la ciencia y en la cual se nutren las generaciones médicas. La Maternidad de hoy es un centro de cultura médica abierto, un centro de enseñanza modelo, en donde el doctor DEXEUS, con sus colaboradores, da cursos que, a modo de sembradores, esparcen la semilla de la ciencia con un altruismo y una generosidad que toda la clase médica ha de agradecer, al director como maestro y compañero ejemplar.

La Maternidad escuela es actualmente una mina de ciencia inagotable. ¡Cuántas vidas se han salvado desde que esta institución ha pasado, de una institución tímida, a ser una escuela generosa de maternidad como las famosas del extranjero, que honra a nuestra patria y a nuestros médicos!

El fué quien, por primera vez, creó una clínica particular obstétrica. Con un valor y acometividad de los grandes hombres, rompe con la tradición del parto domiciliario. Se niega a asistir a las futuras madres en sus hogares. Se crea unos enemigos irreconciliables y triunfa gloriosamente. Su clínica se llena. Su misión es imitada como una magna lección de civismo médico. Hoy, rara es la mujer que tiene sus hijos en su domicilio. El ha sido el sembrador de la ciencia de la Maternidad y el sembrador de las clínicas de nuestra urbe. Su obra social es inmensa. ¡Innovador valiente! Yo temía que su actitud revolucionaria fracasara, y ha sido un triunfo rotundo. Las mujeres, convencidas de las ventajas innumerables que ofrece una clínica bien dispuesta y bien organizada asistencia, han acudido a las clínicas que hoy están ya en número suficiente para albergar tanto a las madres pudientes como a madres humildes. ¡Cuántas vidas se han salvado con esta nueva manera de parir, gracias a la audacia científico-social del doctor DEXEUS!

Después de ganar las oposiciones de la Casa de Maternidad, gana las oposiciones de la Casa de Maternología. Entre tantos cargos, aun puede escribir un magnífico tratado de obstetricia, que tiene un enorme éxito editorial, especialmente en América, y gracias a esta obra didáctica, cuya primera edición se agotó muy pronto, el nombre del doctor DEXEUS salta por las fronteras nacionales y es invitado a dar conferencias a América por varias veces, ostentando la honrosa representación oficial de España.

Es un hombre esencialmente de ciencia. Ha nacido predestinado a ser tocólogo. Ha hallado su vocación. Ha sido fidelísimo a su misión, y, como dice el genial MARAÑÓN, no juega a naipes, ni va a cazar, ni

asiste a peñas y demás lugares que yo llamo fábricas de perder el tiempo.

Su obra de obstetricia, de 1.700 páginas, con una bibliografía asombrosa, sólo tiene un defecto. Está dedicada a mí. No merezco tanto honor. Sólo puedo aceptar esta ofrenda por que así se patentice una fase más de la personalidad del doctor DEXEUS, o sea que es un agradecido y un perfecto compañero. Así lo dicen todos los médicos de su especialidad. Yo nunca he oído de sus labios críticas acerbas de sus compañeros. Habla bien de todos. Cuando empezó a escribir su obra magna de obstetricia, me dijo que quería nombrar a todos los que han publicado trabajos para que su libro reflejara el estado actual de la ciencia española. En este país que el marco del éxito profesional, por desgracia, algunas veces es la envidia; que los éxitos se silencian como un pecado inconfesable; que el comentario laudatorio y la carta alentadora no existe, el caso de la nobleza de espíritu del doctor DEXEUS citando a sus compañeros, es muy digno de ser ensalzado e imitado.

Esta no es la estampa, sólo siluetada, del doctor DEXEUS. No es sorprendente que hoy esta añeja casa solariega de la Real Academia, sienta el júbilo de recibir un superdotado con la confianza de que será un académico ejemplar y que dejará huella profunda con sus sabias intervenciones científicas, similares a las huellas que ha dejado cada día como Director de la Casa de la Maternidad y creador de las clínicas particulares que han cambiado la fisonomía de la obstetricia social de Barcelona.

Como he dicho, llega aquí en la carroza del prestigio y el honor del hombre que ha triunfado con un solo esfuerzo. Con la obra debajo el brazo, que le ha internacionalizado, como lo atestiguan los nombramientos honoríficos de ser Director de la Casa Provincial de Maternidad de Barcelona; ex-presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Castilla, y de la Academia Médico-Quirúrgica de Vigo; miembro de honor de la sociedad para el estudio de la esterilidad, de Portugal; miembro de honor de las sociedades de Obstetricia y Ginecología, de Caracas, La Habana, México, Uruguay, y de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Costa Rica.

Entra con este bagaje internacional sus dos ediciones del libro magistral y con la bendición de Dios de dos hijos médicos, ejemplares, que siguen sus huellas con la devoción que les inspira su padre y maestro. Casado con la señora Trías de Bes, de familia de abolengo barcelonesa antañosa, de reconocida fama y prestigio pasado y presente, no podía tener otra descendencia que la que tiene y que le honran, ayudan y veneran.

II

Después del magistral discurso del doctor DEXEUS, bien se os alcanzará que no ha dejado ni un resquicio para poder contestarle. Ha exprimido hasta la última gota su experiencia dilatada. Sólo me permite glosar como pediatra algunos puntos de nuestra ciencia actual, cada día más fructífera y alentadora.

Empecemos por consignar, con gran júbilo, que la obstetricia es la rama de la medicina que más necesita de la capacidad humana, por entrañar múltiples responsabilidades. El obstetra tiene en sus manos dos vidas. En ninguna otra especialidad encaja mejor aquella frase de que para ser buen médico, se necesita que sea un buen hombre. Ninguna especialidad proporciona más satisfacciones, por ser estas satisfacciones dobles. Dos vidas. Dos éxitos. Es, sin duda, la especialidad de las glorias profesionales. El júbilo de la madre, la satisfacción del padre, la alegranza de los abuelos, todo constituye un coro de jolgorios familiares que llegan a coronar la misión del tocólogo con regocijos, halagos y parabienes.

El tocólogo consciente ha de imaginarse que cuando le confían una gestante ésta lleva en sus entrañas el germen de un hombre genial e inmortal. Así, acuciado por esta idea verosímil, todos sus desvelos han de prodigarse para atender a la madre, para amparar al hijo por intermedio de la madre. La sagrada misión del tocólogo es similar a la del floricultor. La mujer gestante es una mujer sembrada. Su misión es la de la maceta, y la del tocólogo la del cultivador de la semilla humana.

La primera actuación es esencialmente médica, hasta alcanzar el sano convencimiento que la gestante es una mujer *sana*, con una semilla también *sana*. El interrogatorio consciente y minucioso del marido y familiares nos dará la noción de saber en qué clase de tierra está sembrada la semilla. Si la mujer está sana nos desvelaremos para que no esté enferma durante la gestación, para su salud y para la del hijo. La actuación del tocólogo es de puericultor intrauterino. Hoy ya se habla de una profilaxis dental intrauterina.

La higiene de la gestante, la vigilancia atenta de sus funciones, la administración de alimentos completos de vitaminas y de fármacos tiene la trascendencia de los riegos y las fertilizaciones de la tierra que siente germinar las simientes recónditas. Actualmente han entrado en escena medicaciones completamente nuevas, protectoras del feto, administradas a la madre, como las globulinas gamma en los casos de

infecciones durante el embarazo. La vitamina K para prevenir fragilidades fetales, y la oxigenoterapia para salvar los hijos antes de nacer amenazados de la terrible anoxia. Están pendientes de solución clínica las incompatibilidades hemáticas, cobijadas bajo el nombre de eritroblastosis, afección desorientadora difícil de tratar con éxito y algo contradictoria. Esta misión ineludible del puericultor cesa al cortar el cordón umbilical.

Esta sencilla operación simboliza, con elocuencia, que al cortar el cordón, *se corta la responsabilidad del tocólogo,* para que sea responsable del recién nacido el pediatra extrauterino.

El tocólogo, como en ninguna especialidad, ha de dosificar el tiempo. Podría hablarse de *Cronoterapia.* El tocólogo ha de dosificar la duración del embarazo. Prolongarlo para evitar los peligros de la inmadurez fetal, y acortarlo en los casos de una duración prolongada del embarazo.

La *cronoterapia* es de difícil administrar. La palabra esperar, el consejo de tener paciencia ante una mujer que sufre, la recomendación de tener calma, sólo un tocólogo de gran experiencia puede prodigarlos, siempre con el peligro de la incógnita de un parto normal que, de súbito, puede complicarse y ser causa de una muerte fetal en pleno parto.

El factor tiempo es de difícil dosificación, como un tóxico.

El hijo necesita nueve meses de placenta, un año de pecho y toda la vida de corazón maternal.

Morir dentro de la matriz es un sarcasmo trágico, una ironía mordaz y cruel. ¡Convertir la entraña vivificadora en un sepulcro!

La dosificación del tiempo antes se administraba recomendando que todo parto que estuviera estacionado en el canal femenino dos horas, debía intervenirse. El estetoscopio, siempre atento a los latidos fetales, no daría la alarma del sufrimiento fetal. Actualmente estas reglas se han modificado con la substitución de una *obstetricia de fórceps por una obstetricia de bisturí.* La cesárea abdominal permite eliminar el canal del parto ante los peligros del feto, que bien puede decirse que *salta por encima del anillo pubiano,* como el marino que cambia de ruta ante los peligros de un mar proceloso. A este salto fetal se deben muchas vidas salvadas, al renunciar a una cronoterapia a veces infiel a los cálculos del obstetra.

III

El inmaduro. — Como pediatra me congratulo de la tendencia salvadora, unánime, que ha despertado el parto prematuro. Los inmaduros y los ancianos, ambos en los extremos de la vida, son actualmente los dos problemas más obsesionantes de la medicina. El nacimiento de la Geriatría ha abierto un horizonte nuevo para la medicina. Son similares los problemas. Si el prematuro es un falto de resistencia por su inmadurez, el anciano también es un falto de resistencia por su caducidad biológica.

El prematuro es un esbozo de hombre. Muy distinto del hipotrófico, que es un ser definitivo, pero, como dice muy bien el venerable maestro GLANZMANN, es "una edición en miniatura del normal", y el distrófico es un *derrumbado.* Ha perdido lo que tenía. El inmaduro no ha tenido nunca lo que debía tener y el hipoplásico lo tiene todo completo, pero reducido. Un distrófico es un arruinado.

El estudio de la prematuridad abarca cuatro factores. Factor tiempo —cronoterapia—. Factor semilla. Factor terreno —mujer sembrada. Factor evolución normal (embriopatías).

El estudio de la vida intrauterina del nuevo ser actualmente se ha dividido en varios períodos señalados por el doctor SALAZAR. Vida antenatal: comprende la fase germinal, la embrionaria y la fetal. Cuando los malos efectos biológicos actúan sobre los genes con enfermedades prenatales, se agrupan bajo el nombre de *genopatías* o desórdenes concepcionales y preconcepcionales. Si ejercen su influencia en el desarrollo del huevo (de 1 a 3 semanas), se denominan *blastopatías.* Si actúan en los dos o tres meses, *embriopatías,* y si lo hacen a partir del tercero, *cyemopatías.* Del griego *cyema,* embrión. Esta división demuestra hasta qué punto van disciplinándose los estudios del desarrollo del nuevo ser, especialmente en el capítulo de las enfermedades prenatales.

Cuando el factor tiempo no es capaz de detenerse y el parto se presenta con nefasta prematuridad, la Pediatría recibe al prematuro con todos los honores de una terapéutica moderna muy eficaz. Nace el prematuro con sus órganos en esbozo y sus funciones incompletas; sólo el tiempo es capaz de conducirle por los senderos de una vida fisiológica normal. El camino para alcanzar el término es una cuesta. Es un camino ascensional. El feto inmaduro ha de trepar por la vida hasta

lograr el peso correspondiente al completo desarrollo: la meta de los tres kilogramos.

Como afirma Mauricio LAST, de Bruselas, no conocemos con exactitud la duración del embarazo. Resulta un poco humillante que, después de tantos siglos de humanidad, no se haya aclarado el enigma de la duración de una gestación. Sigue el misterio ante la inteligencia de los hombres de ciencia. Ignorando el factor tiempo, hemos de acudir a datos de peso, de medidas, para clasificar debidamente los prematuros. En la mujer la duración del embarazo puede oscilar entre 260 a 294 días. Los cálculos del fin de la gestación siempre oscilan entre 25 a 30 días .

¿Qué es un prematuro?

La Asamblea General Mundial de la Salud dió la siguiente definición: "Un niño prematuro es un niño nacido vivo con un peso al nacer de 2.500 gramos o menos, o nacido vivo después de un período de gestación de menos de treinta y siete semanas". Según LUST, de Bruselas, pueden ser utilizados dos criterios para decidir si un niño recién nacido es de término o prematuro. Un criterio cronológico (gestación de menos de treinta y siete semanas) y un criterio fisiológico (un peso de 2.500 gramos o menos).

La Organización Mundial de la Salud declaró preferible el término de prematuro al de "débil congénito". LUST prefiere el término de "inmaduro" como mejor a la concepción actual del débil congénito, sea o no nacido al fin del embarazo. Al englobar como niños prematuros los que pesan 2.500 gramos, puede darse el caso de nacer un niño a término con este peso, y en este caso podríamos hablar de *prematuros sin prematuridad.* El factor tiempo ha sido normal y el feto ha sido deficiente en peso y desarrollo. Todos los que hemos intentado ahondar en estos estudios necesitamos conocer sus múltiples aspectos. Ya nacido el prematuro, el conflicto casero de atenderle debidamente es poco menos que imposible. El prematuro es como una planta de invernadero, frágil, pero digna de hacer por ella todo lo necesario. El prematuro necesita una temperatura semejante a la que tenía intrauterinamente, y para esta condición ambiental la incubadora representa un *útero mecánico.* Cuando menos pesa, más temperatura necesita. Necesita el oxígeno indispensable, pero se ha de dosificar como si fuera un tóxico.

Las concentraciones de 60 % son peligrosas. El profesor W. TOBLER, Director de la Clínica Cantonal de Lactantes, de Berna, dice que hoy sabemos que la excesiva dosificación juega un papel importante en

la tragedia de la *fibroplasia retrolental*. Los numerosos niños que se volvieron ciegos en los Estados Unidos y Francia, deben servirnos de advertencia y dar motivo a ser muy parcos en la regularización del oxígeno en nuestras incubadoras. En Berna no se excede del 30 % como aplicación duradera. Las incubadoras están en una habitación irradiada sin interrupción por lámparas de mercurio a baja presión (tipo Hanovia). Esta desinfección del aire es un excelente preventivo contra las infecciones que son fatales para los inmaduros. La introducción en la alimentación de los aminoácidos (Nesmida Nestlé), la administración de vitamina K y la vitamina E son normas modernas muy loables.

La administración de vitamina D, como preventivo del raquitismo, debe ser muy prudente. Las altas dosificaciones pueden acarrear nefrocalcinosis. El profesor TOBLER ha rectificado las dosis reduciéndolas. Y el gran pediatra FANCONI dice que la vitamina D es un remedio y un veneno.

Recientemente, el profesor H. WILLI ha estudiado el problema de los corpúsculos de Heinz en los prematuros y fetos a término. El profesor de Zurich afirma que estos corpúsculos pueden ser causados por medicaciones al parecer tan inofensivas como la vitamina K (hidrosolubles). También puede provocar la aparición de estos corpúsculos la administración de sulfamidas (1957).

Si me ocupo de estas consideraciones, es para llegar a la conclusión de que cuando nace un inmaduro ha de estar indispensablemente presente el pediatra. Así con los medios actuales, podemos ver cómo el profesor TOBLER ha conseguido que hayan llegado a ser niños completamente normales inmaduros de 840 gramos.

YLLPÖ, que sin duda es uno de los pediatras que más bien han estudiado el problema de los inmaduros, cita un caso de 760 gramos y otro de 840 salvados y superdotados.

Actualmente el prematuro o el inmaduro llega al mundo esperado con un interés inusitado. La Pediatría socorre con largueza su vida frágil, su figura diminuta, sus funciones rudimentarias. Es un esbozo de vida que, como si fuera un esbozo de una obra perfecta, interesa como nunca a todos los pediatras. *Su majestad el inmaduro* reina hoy por doquier. ¡Benditos sean los vasallos de estas desventuradas criaturas, que han abandonado el claustro materno antes de recibir completamente toda la fuerza biológica de una gestación normal en su duración!

Ivo NASSO, Director de la Clínica Pediátrica de Milán, ante el peligro de la anemia de los prematuros, instituye tratamientos preventivos, tratamientos profilácticos transfúsionales, además de preparados

marciales y extractos hepáticos por vía oral; la profilaxis antihemática precoz y sistemática del citado profesor logran evitar la aparición de la anemia precoz y tardía.

La prematuridad ha de ampararse en una profilaxis materna. Además de los peligros hemorrágicos, nutritivos, infectivos, hemos de temer sobremanera los respiratorios. Similar, hasta cierto punto, con la trágica *fibroplasia retrolental,* que puede causar la ceguera, cierne sobre el prematuro la *membrana hialina* (FABRER y SWEET), también denominada *membrana amniótica* (SALOMONSEN) o *membrana asfíctica* (ANDERSON), causa de mortinatalidad y mortalidad precoz interpretada por los citados autores norteamericanos, que afirman que el líquido amniótico forma membranas en el aparato respiratorio del recién nacido y que sólo se halla en niños que, recién nacidos, habían respirado, por lo que se consideró se formaría la membrana al evaporarse el líquido amniótico junto a la pared alveolar. Esta substancia llega a perturbar la hematosis, la ventilación pulmonar y provoca la atelectasia temible. Las membranas son más manifiestas cuanto más intensa fué la asfixia. La violenta inhalación de aire puede favorecer la formación de la membrana hialina, que, como dicen GALDO y CRUZ, reviste la membrana, como el empapelado de una pared, la superficie alveolar y parte de las últimas ramificaciones del árbol bronquial, con la atelectasia consiguiente. Cianosis y taquipnea. Como profilaxis dictaminada en la Conferencia Pediátrica de Filadelfia, se recomienda "evitar, siempre que sea posible, la cesárea. Evitar las exploraciones laringoscópicas, y administrar precozmente oxígeno con nebulización y penicilina".

Sólo citaré otra tendencia ultramoderna del tratamiento de los prematuros: la hibernación.

Todos estos escollos que resultan de la falta del factor tiempo.

Otra enfermedad que actualmente nos preocupa es la eritroblastosis (Rh) en conflicto interhemático, que también puede ser causa de prematuridad. Conflicto muy bien estudiado, algo contradictorio en su modo de aparecer y de difícil resolución.

IV

Hipermaduros. — Si el factor tiempo se ha de prolongar suficientemente para una gestación *completa* de un feto *completo,* un exceso de tiempo es tan *pernicioso como un defecto.* Antes se aceptaba como un augurio de buen pronóstico la prolongación de la gestación.

El feto tiene dos madres. La madre mujer y la *madre satélite* que

es *la placenta*. La placenta, madre satélite del feto, es el único órgano que puede morir de vieja. Podemos hablar de una placenta *vieja*, de la *senectud de la placenta* y su *senilidad*, que se manifiesta por lesiones que anulan sus funciones vitales, para convertirla en una enemiga de la vida fetal. *En la agonía de la placenta se labra la muerte del feto.*

Actualmente se ha descubierto que un embarazo prolongado es un embarazo harto peligroso, porque la placenta envejece y, envejecida, pierde la facultad de proporcionar al feto los elementos necesarios para su desarrollo. Podemos hablar de placentas *seniles*, de placentas *caducas*, de placentas *homicidas*. La misma maravillosa víscera que ha dado vida con exuberancia al feto en una época tardía, es afecta de trastornos vasculares. Caduca en sus funciones y el feto privado de oxígeno y de materias nutritivas, perece. Sufre *hambre placentaria* de oxígeno (anoxia) y nutrición.

Los supermaduros, los postmaduros, los sobrecumplidos (*over due children*) nacen en un estado de preclaridad evidente. La placenta *senil* da fetos *seniles*. La placenta *vieja* sufre trombosis, desprendimientos, hasta el punto de ocasionar una mortalidad de un 30 %. La muerte *intrauterina es la consecuencia de la muerte placentaria*. Las funciones placentarias caducan. Acontece algo parecido a una planta que echa raíces, agota la tierra de la maceta que la contiene y la mata de hambre.

El feto hipermaduro nace con la piel apergaminada, seca, con grietas y descamada, obscurecida por el meconio y con ausencia de vernix caseoso y el líquido amniótico es también obscuro.

Morir dentro de la misma entraña que ha dado una vida lozana es, como hemos dicho, un sarcasmo. Una ironía mordaz y cruel. Cesar la vida en el lugar de la vida en evolución es como la muerte en una casa que se derrumba.

En estos casos es el factor tiempo, *cronoterapia*, que el tocólogo debe, al contrario de la prematuridad, acortar con el parto inducido. *Arrancar el feto de la placenta homicida.*

V

Maternoterapia. Somatología. — Es el estudio del cuerpo humano, en nuestro caso, del organismo de la mujer gestante considerada como terreno sembrado.

La responsabilidad del obstetra es conducir por las sedes de la nor-

malidad a una mujer *sana,* con un embarazo *sano,* para lograr un fruto humano *sano.*

Esto, que está dicho en una frase corta, forma un conjunto de problemas clínicos de difícil realización, para descubrir las anomalías maternas a su debido tiempo y mantener incólume hasta el final de la gestación al nuevo ser. La semilla humana, tan luego como germina, necesita que se la cultive con asiduidad y cariño y ciencia ilimitada, con miras al futuro ser, para proporcionarle la victoria de la vida que se llama salud. *Considerar la mujer gestante como un relicario dentro del cual está creciendo una joya de valor inconmensurable.* Acuciados así por esta idea, todos los sacrificios científicos se pondrán a contribución con un entusiasmo digno del mayor encomio. El nacimiento de un hijo sano que llora con vigor, rollizo y con vitalidad visible, es siempre para todos los familiares un acto glorioso suscitador de una alegría emocionante. La llegada normal a puerto, de la madre y el hijo, siempre será un motivo de gozo para el tocólogo, por haber conducido las dos vidas confiadas por la más perfecta normalidad.

En unos casos la madre está ya enferma antes de ser gestante. Sífilis, tuberculosis, diabetes, nefritis, época premenopáusica, intoxicaciones industriales, medicaciones agresivas para el embrión.

En otros casos la madre sana, ya gestante, enferma por infecciones diversas, propias de la mujer no embarazada (gripe, tifoidea, viruela, paludismo, neumonía, difteria, escarlatina, sarampión).

En otros casos la enfermedad es propia del embarazo (gestosis).

En todos los casos el tratamiento de la madre para su curación y profilaxis embrionaria y fetal constituye la *Maternoterapia, tratamiento de la madre para salvar al hijo.*

En algunos casos la enfermedad es grave para la madre y, por consiguiente, lo es para el hijo. Ante la responsabilidad del tocólogo, están dos vidas. En otras enfermedades acontece que la madre está levemente enferma y el hijo puede estar grave, como en la rubéola, enfermedad que pasa a través de la madre, como un puente, para llegar al feto y producir la grave embriopatía rubeólica descubierta por el oftalmólogo GREGG. Y, finalmente, puede la madre estar sana o aparentemente sana, sin síntomas, y el feto estar enfermo con lesiones graves (hidrocefalia, coriorretinitis), como acontece en la toxoplasmosis.

La muerte fetal dentro del útero es una derrota decepcionante para todos. El silencio de la expulsión sin el vagido triunfante es una escena dramática.

Desde hace un tiempo la interpretación de las deformaciones feta-

les ha cambiado. Antes se consideraban como causadas por anomalías de origen hereditario. El campo etiológico se ha ensanchado enormemente. Pasan de 40 las causas que pueden provocar la prematuridad fetal.

El embrión es muy sensible a los factores patológicos que puedan afectar a la madre. Es muy verosímil que las células en pleno crecimiento y exuberante multiplicación sean frágiles, y que una influencia patológica pueda desviar la *arquitectura germinal* y producir enfermedades prenatales y deformaciones congénitas. El doctor SALAZAR GARCÍA las ha reunido en un estudio, al cual hemos de seguir para no omitir algunas causas acaecidas en nuestros tiempos actuales, en que los *inventos modernos han producido enfermedades modernas*. Concretando: nos referimos á esta era de creación de las agresiones atómicas, esta locura humana que se cierne sobre la humanidad y que se ha demostrado que ejerce una influencia nefasta en el germen humano. La acción biológica de las radiaciones nucleares experimentalmente induce cambios en los genes. La Comisión de Energía Atómica de los Estados Unidos señala los peligros que las radiaciones atómicas pueden ocasionar sobre las gónadas. Los efectos mortíferos producidos por el isótopo radioactivo estroncio 90, son trágicos, como lo han dicho los japoneses, ya que este isótopo, en las explosiones, va a la estratosfera para descender sobre los seres vivos. Lluvia mortal invisible con que los modernos inventos han perjudicado a la humanidad, especialmente en sus semillas.

También las medicaciones modernas pueden ser causa de trastornos embrionarios, como los citostáticos, las hormonas, los isótopos radiactivos, los rayos X. FRASER ha demostrado la acción teratológica sobre embriones de mamíferos de la insulina y la cortisona.

El déficit alimenticio, las avitaminosis, el déficit de rinoflavina, ácido fólico y vitamina A. El embrión necesita estar bien regado y bien abonado a través de la madre (maternóterapia).

El caso de las hormonas en el período premenopáusico pueden causar deficiencias fatales, tales como el mongolismo, enfermedad constitucional de variados aspectos y de difícil resolución clínica. Algo enigmático hay en esta anomalía, por cuanto he visto mongólicos en mujeres jóvenes al primer hijo y normalidad completa al segundo hijo, como también he visto un mongólico al sexto hijo y normalidad al séptimo, en una mujer premenopáusica.

Las industrias modernas también pueden causar graves perjuicios, al provocar intoxicaciones con los compuestos de plomo, nitrobenceno, dinitroresol, tricloroetilo, benzol, xicol-toluol, sales mercuriales, anili-

nas, medicamentos peligrosos barbitúricos y sulfamidas, clorofenicol, arsenicales, bismuto y sales de oro.

Los conflictos hereditarios a través de las generaciones también aparecen en la escena etiológica, con la cadena invisible y temible de las leyes de Mendel.

VI

Maternoterapia psíquica. — Muy recientemente y muy justamente ha entrado en el ámbito científico la atención y la alta consideración de la parte psíquica infantil, como factor influyente en los procesos patológicos. La idea exclusivamente somática de los niños, que se podría llamar la época de *materialización de la medicina,* ha sido substituída por la era de la *espiritualización,* representada por la medicina psicosomática. Si hemos visto con qué facilidad un embrión puede devenir teratológico por causas diversas, tampoco hemos de olvidar que un hijo puede devenir *psicológicamente teratológico,* con el espíritu deformado por lesiones morales adquiridas después del nacimiento por falta de *maternoterapia psíquica.*

La vocación maternal despertada en el alma ya empieza cuando la futura madre siente los primeros movimientos fetales; dentro de su vida se fragua otra vida. Pueden considerarse los síntomas vitales como las primeras llamadas a la ilusión maternal, a la creación del amor materno. Un feto con su alma rudimentaria, diminuta y solo esbozada, ya tiene fuerza para prepararse una vocación, un alma materna radiante de ilusión, nutrida por bellas esperanzas. En este momento empieza una puericultura matenal, porque la madre consciente, temerosa de perjudicar a su hijo, seguirá todos los consejos del médico con fervor y entusiasmo. Ya desde entonces empieza, al propio tiempo que la *trasfusión hemática* del cordón umbilical, la *trasfusión espiritual,* que se acentuará más con la *trasfusión láctea.* Trasfusión sanguínea, trasfusión láctea y trasfusión anímica, o sea, como he dicho, nueve meses de útero, un año de pecho y toda la vida de corazón maternal. El instinto maternal se desarrolla con un ímpetu y una fuerza inusitada. El niño en formación, con su alma rudimentaria, diminuta, crea en la madre una semilla psíquica que ha nacido en las tinieblas de la gestación, llevando una vida acuática en el estuche tibio de la matriz acogedora, ausente a toda impresión de los sentidos. De súbito cambia su vida y explota en un llanto que bien puede compararse a un himno a la vida, expresado por la única manera al exteriorizarse

el feto. Si pudiera cantar, cantaría; si pudiera reír, reiría; si pudiera hablar, hablaría. Pero el feto sólo sabe llorar, y llora, y al llorar empieza, con hábil buril, a labrar en el corazón de la madre, el alto relieve de cariño que ha de ampararle para siempre ante las inclemencias de la vida.

Pero el alma del recién nacido, semilla de espíritu, como la luz del día que se despierta paulatinamente con una lentitud solemne, insensiblemente crece al regazo maternal y la primera persona que conoce es a la madre que lo cría. Pronto su olfato se da cuenta de la proximidad maternal; pronto la dulzura de la secreción láctea impresiona el sentido del gusto; pronto el olfato y el gusto se asociarán al sentido de la vista para anudar estas tres impresiones y descubrir todas las excelencias que la madre, ungida de admirable vocación, le prodiga como un torrente de amor. Pronto el hijo se beneficiará del pecho que forma *un escudo ante el corazón,* escudo que le defiende contra las enfermedades a que predispone una lactancia artificial. Pronto el hijo descubrirá que detrás del escudo, representado por el pecho, *late un corazón* que derrama efluvios de cariño, ternura, lástima y protección, y cuando este pecho y este corazón dan todas sus virtudes, el niño se da cuenta de estos tesoros; madre e hijo forman como un grupo escultórico fundido en el bronce de la reciprocidad cordial, inseparable. Y el día que se separan, la cicatriz no se cierra jamás. La herida es eterna.

Este hecho biológico, después de tantos siglos que la humanidad es humanidad, se descubre en nuestros tiempos. ¡Albricias! Gloria a la ciencia psicosomática, que en la cantera de las exploraciones ha descubierto un filón de una virtud ignorada, y del cual se han recogido frutos espirituales de un valor inmenso. Leche materna, verdadera trasfusión para el hijo, vivificante e insubstituible, específica, obra admirable de la naturaleza la glándula mamaria que al propio tiempo que nutre, crea dos almas.

El amor materno, verdadero injerto espiritual, trasfusión de alma a alma, vínculo generoso del corazón que, a cada latido, impulsa una ola de sangre invisible como un flúido que sólo el hijo sabe recibir y apreciar en la totalidad de su valor inconmensurable.

Este grupo de madre e hijo es, plásticamente, un bello conjunto, una alucinante coincidencia vital, y buena prueba de ello es la cantidad inmensa de pinturas y esculturas que los grandes maestros del arte de todos los tiempos han tomado como modelo de sus obras inmortales. Tanto los profanos como los religiosos han representado a la Virgen dando el pecho al Jesús infante.

Este tema iniciado por el Dr. DEXEUS al recomendar la lactancia como un estímulo del cariño, me da ocasión para emprender el estudio de este problema actual. En los loables anhelos de la nueva especialidad denominada "medicina psicosomática", se ha cobijado, pidiendo hospitalidad, la Pediatría. Actualmente son muy notables los trabajos que se han publicado de Pediatría, concernientes al espíritu del niño. El problema psicológico infantil hoy es atendido, estudiado, desde su nacimiento. Tenemos los llamados *baby-tests* de FRANKE y WOLF, ya para el primer año de la vida. Se va aclarando, entre la maleza de los tiempos hoy remotos, verdaderas entidades patológicas infantiles. Las llamadas caracteropatías o psicopatías, las psicosis. Con el psicoanálisis infantil, los psicólogos, los conductistas han alcanzado medios valiosos para llegar al conocimiento de la persona humana. Diez mil tests se han descrito en la infancia.

Pero lo que más nos interesa en este momento es valorar la trascendental unión de madre e hijo para protegerla como una norma de una *maternoterapia psíquica.* R. ARMSTRONG dijo que "Si separáis a un niño de sus padres o niñera, le haréis un gran daño emocional" (1772).

El hospitalismo, idea exclusivamente pediátrica, parecía combatida con la evitación de infecciones y defectos alimenticios, pero después, con el creciente auge de la medicina psicosomática, pudo comprobarse que el niño requiere, para su perfecto desenvolvimiento psíquico y somático, de "una atmósfera afectiva de seguridad" (ROF CARBALLO). "Los anglosajones y americanos preconizan la entrada de la madre en el hospital. La necesidad afectiva únicamente puede ser cubierta por la madre o una persona capaz de substituir su cariño. El lactante privado de afecto enferma, se desnutre y muere, o para sobrevivir tiene que poner en juego una serie de reflejos condicionados, protectores, con los que substituye a los medios normales de maduración del neocórtex."

La ciencia pediátrica se había olvidado del alma de los niños. La preocupación actual por la faceta psíquica del niño hospitalizado —que hasta hace poco tiempo había sido ignorada o muy mal apreciada— yo la llamo *aclimatación psíquica,* es decir, la adaptación del niño al ambiente carente de sus familiares, de su hogar y el alejamiento de su mundo habitual. El clima hostil, desconocido, produce un trauma psíquico. Estalla una sorpresa, nace una antipatía personal, surge una añoranza invencible, un temor agobiante... Dentro del cuerpo enfermo se nota un vacío desolador. La vacuidad de aquellos afectos maternales, que tanto llenan su alma afligida por los sufrimientos de la enfer-

medad. Si la depresión del espíritu, el miedo, el terror, el pesimismo son factores que menguan las defensas biológicas del organismo en los adultos, ya bregados con las adversidades de la vida, ¿qué acontecerá en un alma infantil sensible, tímida, vulnerable por todo lo desconocido, acostumbrada a la ternura vivificante de la madre solícita hasta el sacrificio? La caricia, la canción, el abrazo y el beso, como factores de una *maternoterapia* que tiene un valor inmenso durante la normalidad, contribuyen al funcionamiento normal del niño. ¿Qué será, pues, en caso de enfermedad? Una medicina administrada con cariño será siempre más eficaz, porque en *la cucharada hay un poco del alma de la madre que la administra.*

"No olvidemos que el manejo del niño es un arte en que influye la experiencia, la intuición y ciertos factores individuales que poseen algunas personas, que resultan por ello aptas para la convivencia con la infancia" (Dr. Pedro Víctor ALVAREZ).

Hechos clínicos. Durante el primer año la falta de afecto puede provocar anorexia, apatía, indiferencia, detención o retraso del desarrollo somático o psíquico, con un cortejo obligado de desnutrición y pérdida de capacidad inmunitaria.

POTTS relata casos de fracturas interferidas por la privación de afecto y cuidados emocionales reanudándose el proceso curativo al suministrar al niño el cariño que le faltaba.

BAKWIN ha comprobado mayores infecciones en los niños privados de afecto.

LOURIE señala cuadros de vómitos, diarreas y merecismo, por falta de afecto.

Al recibir un enfermo en el hospital, el médico ha de pensar que dentro de aquel cuerpo diminuto, frágil, enfermo, está un alma también diminuta frágil y enferma de dolor, de miedo, de terror, desolada de verse entre personas desconocidas, que no le prodigan aquellos mimos que le daban el gozo de la convivencia con los suyos. La confianza de vivir, encontrar en la mirada unos ojos amigos y en las palabras unos oídos atentos, en las sonrisas una ternura recíproca y en el quejido una caricia consoladora. Este ambiente cordial, acogedor, da al espíritu del niño y especialmente del niño enfermo, un optimismo que juega un papel importante en las defensas biológicas.

Esto nos recuerda el hecho observado durante las guerras, en las que los ejércitos derrotados se defienden mal biológicamente, en comparación con los ejércitos victoriosos. Son también frecuentes estas

coincidencias en muchas enfermedades orgánicas con los cataclismos morales. El doctor GALLARD MONÉS, en esta misma Academia, nos dió una notable conferencia sobre el tema que glosamos.

Como dice Víctor ALVAREZ, es menester que las enfermeras aprendan a ser madres sin serlo. Esto tiene sus dificultades, ya que sólo con una vocación sólida y una piedad arraigada hasta las más recónditas regiones del alma humana, puede lograrse.

No olvidemos que el manejo normal, eficaz, del niño, es un arte en el que influyen la experiencia, la intuición, la paciencia, la piedad. Con médicos y enfermeras así dotados, los trastornos emocionales quedarían reducidos al mínimum. Es obvio que este ideal no es fácil de conseguir. La *afectoterapia* es, pues, una rama de la puericultura imprescindible. La cordialidad, la *mimoterapia,* son pues, factores que repercuten en la salud de los niños.

Finalmente a guisa de tímidas conclusiones, diremos que el hijo es un escultor hábil que labra en el corazón de los padres altorrelieves de ternura, cariño y protección admirables.

El hijo es un orfebre que, con el buril de su belleza, de su alegría y de su inocencia, abre en el corazón de sus padres los manantiales de un amor que jamás se agota. Este manantial, el pediatra ha de *descubrirlo, cultivarlo y administrarlo.*

El hijo es un artífice creador de un mundo nuevo para los padres en el cual surgen emociones desconocidas, sorpresas conmovedoras. Una mirada, una sonrisa, una enfermedad, una habilidad heredada, nutren las almas de los padres y les señalan el infinito valor que ejercerá, por herencia, en las generaciones futuras. Podríamos hablar de una *Matercultura.*

La madre, ser admirable, con vocación sigue la misión sagrada despertada en su corazón ante la vida de su hijo. Este tesoro psíquico que nos llega desde que hay humanidad, no debe despreciarse, sino cultivarse porque es una maravilla de la naturaleza.

El cariño, la ternura, la compasión, la abnegación, el heroismo de defender al hijo surge con el llanto infantil la primera mirada y la emocionante sonrisa del niño.

Bien puede afirmarse que el recién nacido con su primer vagido como una vara taumatúrgica hace brotar un manantial de virtudes maternales, edificantes.

Este altorrelieve esculpido con la vida del hijo, ya no se borra jamás. Mal andan las cosas cuando al instante de nacer el hijo, no nace una madre. Esta frase del inmortal Jacinto Benavente, es admirable.

Cuando se corta el cordón umbilical, da al reción nacido una individualidad personal, pero no una independencia biológica. Deja la vida que le proporcionaba la placenta a través del cordón y busca la substitución con *otro cordón:* el pezón. Substituye la sangre *roja* por la sangre *blanca* de la leche materna. El hijo cambia de entraña. Deja el útero y se cuelga al pecho. Si la leche materna es específico para el niño, el alma materna también es específica para el hijo.

VII

Y para finalizar mi misión de padrino del doctor Dexeus, suplico a nuestro insigne presidente, el excelentísimo doctor PEDRO PONS, que en el momento de recibir al nuevo académico y darle el abrazo de bienvenida, le exija que todo el inmerecido agradecimiento, que todo el cariño, que todo el respeto que siente por mí, lo dedique a esta Real Academia y, si así lo hace, podemos estar convencidos que su ingreso en esta Casa vetusta, solariega, de la Medicina será de un valor científico edificante.

Yo os lo ofrezco, con todo mi corazón, como uno de mis discípulos predilectos. Os lo ofrezco con mi alma conmovida, como se ofrece un hijo, ya que un discípulo siempre tiene algo de hijo del espíritu.