

- Tema 5º . Embarazo gemelar o múltiple (29-30).
- Tema 6º . Embarazo extrauterino. Rotura uterina (29-30)
- Tema 7º . Mola vesiculosa (31-32).
- Tema 8º . Placenta previa o inserción istmica (29-30).
- Tema 9º . Aborto. Sus complicaciones (29-30).
- Tema 10º . Operaciones obstétricas: Fórceps (29-30)
- Tema 11º . Presentaciones cefálicas. Sus anomalías (29-30).
- Tema 12º . Presentaciones podálicas (29-30).
- Tema 13º . Presentaciones de tronco (29-30).
- Tema 14º . Versión (29-30).
- Tema 15º . Hemorragias del período del alumbramiento (31-32).
- Tema 16º . Hemorragias del postalumbramiento (31-32) (468)

CURSO DE GINECOLOGIA

- Tema 1º . Generalidades.
- Tema 2º . Exploración ginecológica.
- Tema 3º . Anomalías de posición del útero.
- Tema 4º . Corioepitelioma maligno.

ESQUEMAS DE ESTUDIO.

Para el análisis detenido de cada uno de los temas hemos seguido un criterio diferente según se tratase de un curso u otro condicionados en parte por las características distintas que nos ofrecen unos apuntes y otros:

En el estudio del curso académico 1929-30 hemos utilizado el siguiente esquema:

- 1º. Extensión total: contabilización del número total de cuartillas que ocupó la transcripción de la lección.
- 2º. Total de días invertidos en el desarrollo de cada tema y consecuentemente el número total de horas invertidas.
- 3º. Contenido del tema: enumerando los conceptos vertidos a lo largo de la exposición.
- 4º. Material auxiliar utilizado: incluimos dibujos realizados en el encerado, las radiografías aportadas a la exposición, los aparatos, los

maniquies etc ... así como la asistencia de los alumnos a quirofanos, clínica de Obstetricia, sala de partos etc...

5º. Consideraciones sobre el tema: todo lo que representa una novedad, una aclaración de conceptos, autores citados y todo lo aportado que se considere de importancia clínica práctica.

6º. Su aportación personal: resaltamos los pasajes en los que OTERO se vale de su experiencia para hacer que el alumno le preste más atención a determinadas cuestiones.

7º. Estudio comparativo: al final de los temas haremos un estudio en relación con la bibliografía del momento o algo posterior y la contrastaremos con las opiniones de OTERO.

El esquema docente del curso 1931-32 es similar al anterior por lo que no nos detenemos en su estudio, sin embargo - haremos hincapié en aquellos temas en los que observamos que OTERO introduce conceptos nuevos que son de reciente adquisición, en los que se ocupa de la psicología femenina u otros - que le imprimen un aire nuevo, quizá menos académico en el sentido estricto, pero los hacen más amenos al alumno, lo que no excluye que en algunas ocasiones se densifique en extremo el tema en relación con el curso 1929-30.

CURSO DE OBSTETRICIA

TEMA 1º. GENERALIDADES ⁴⁶⁹.

La primera lección Magistral impartida por el Prof. OTERO en éste curso académico no hemos podido constatar exactamente en qué día tuvo lugar aunque los datos que poseemos-- nos indican que lo más probable es que la impartiera en la primera semana del mes de Noviembre de 1929 ⁴⁷⁰.

EXTENSION TOTAL. 12 Cuartillas.

DIAS EMPLEADOS. 1 día (1 hora y treinta minutos)

CONTENIDO.

Concepto general de la Obstetricia.

Nociones generales de fisiología femenina.

Biología de la fecundación.

Nociones sobre fisiología del embarazo.

Nociones sobre fisiología del parto y del puerperio.

MATERIAL AUXILIAR. Realizó esquemas en el encerado para completar su explicación sobre:

El aparato genital femenino.

Un útero gestante y un útero vacuo (para su comparación).

Un útero conteniendo en su interior el saco amniótico y un feto encerrado en el mismo.

CONSIDERACIONES.

OTERO opinaba que la unión de la enseñanza de la Obstetricia y de la Ginecología era fundamental para conseguir que la formación del futuro médico fuera más completa ⁴⁷¹. Esta idea también estaba latente en la mente de otros Catedráticos de la misma época y así lo manifestaban a la hora de elaborar planes de reforma de la enseñanza de la Medicina, entre los cuales figura uno que elaboró el Claustro de la Facultad de -

Medicina de Granada ⁴⁷², implantándose finalmente la susodicha unión a partir del curso académico 1931-32 como ya hemos dejado sentado anteriormente.

El interés de OTERO por la buena formación del médico-práctico es una constante en todas sus enseñanzas y para ello consideraba imprescindible la adquisición de los mejores conocimientos obstétricos ⁴⁷³.

TEMA 2º. FORMACION DE LAS CELULAS SEXUALES. FECUNDACION. NIDACION Y OTROS PROCESOS RELACIONADOS CON LA GESTACION. (474)

Parte I. EMBRIOLOGIA Y ENDOCRINOLOGIA.

BREVE ACTUALIZACION DE CONCEPTOS BIOLOGICOS ⁽⁴⁷⁵⁾.

Inicialmente OTERO procedió a hacer un recordatorio de los temas que a su juicio habían evolucionado en los últimos tiempos:

Crecimiento y manera de ponerse aptos para la reproducción del elemento sexual masculino y femenino.

Desarrollo embrionario de la glándula genital.

Los conceptos más modernos sobre la diferenciación de las células sexuales en estadios muy precoces del desarrollo.

Diferenciación embrionaria entre glándula sexual masculina y femenina.

DIFERENCIACION HISTOLOGICA DE LOS FOLICULOS PRIMORDIALES ⁴⁷⁶.

OTERO indicaba que los folículos primordiales aparecían en el embrión de 8-9 mm. de longitud y cuando éste alcanza los 40-70 mm. ya poseía el ovario dotación de folículos primordiales para toda la vida. Las células genitales sobrantes que no habían formado folículos primordiales se disolvían y pasaban a la sangre, al torrente circulatorio embrionario en el cual iban a influir - punto éste de capital importancia según OTERO - de un modo hormonal, serían las hormonas formativas que excitando órganos y tejidos

dos del embrión lo diferenciarían ya de un modo determinado, radicando según él, en esta reabsorción de albúminas de textura diferente las del macho y las de la hembra, la base de la diferenciación sexual.

Durante la vida intrauterina y en los primeros años de la infancia, algunos de los folículos primordiales formados sufrirían fenómenos de atresia, haciéndose cada día más manifiestos los caracteres sexuales del nuevo ser: en la niña producirían los estímulos hormonales que harían que los caracteres sexuales suyos se acentuen haciéndose marcadamente diferentes de otros rasgos del sexo masculino.

En estos procesos radicaba según OTERO:

" ... la razón por la cual la niña desde su nacimiento y progresivamente en la infancia tiene su temperamento, forma exterior, morfología y determinados órganos destinados de los del niño"...

A pesar del inicio precoz de la atresia folicular la niña alcanzaría la madurez con unos 400.000 folículos, de los cuales sólo unos 350 iban a ser encargados de poner un óvulo en condiciones de ser fecundado y los demás seguirían el mismo camino de atresia iniciada en la vida embrionaria y tendrían como misión el continuar dando impulso a la vida sexual de la mujer en esta época más avanzada.

Hacia los 10-12 años un número determinado de folículos iniciaban una evolución progresiva y se convertían en folículos secundarios, de mayor tamaño y con una estructura histológica especial, pudiendo sorprenderles en este momento el proceso de atresia, hasta que la niña llegue a los 14-15 años.

PROCESO DE MADURACION FOLICULAR.⁴⁷⁷

En el proceso anterior llegaba un día en el cual un óvulo por orden de una central endocrina - la hipófisis - comenzaba a crecer dentro de un folículo secundario hasta que llegaba a un estadio con caracteres bien distintos, que era el folículo de Dr Graff, el cual hacía prominencia en la superficie del ovario y un día por un mecanismo, hasta entonces no dilucidado (478), se produciría la ovulación.

ESTRUCTURA DEL OVULO⁴⁷⁹.

El óvulo es una célula gigante, la cual según OTERO era posible que

no poseyera membrana, es más o menos redondeada y contenía un gran nucleol con membrana nuclear y un nucleolo en su interior; estaba recubierto de la denominada "zona pelúcida" que a su vez estaba rodeada de un conjunto de células denominadas "corona radiante". La nutrición del óvulo se efectuaba por medio de las células granulosas que lo recubrían y que en su conjunto recibían el nombre de "capa corial de Waldeyer" que se entraban en íntimo contacto con la teca interna del folículo que era la que recibía los vasos y representaría el aparato nutricio del óvulo.

La parte noble de ésta célula es el núcleo, el cual contenía en su interior los cromosomas a través de los que se iba a verificar el proceso de la herencia.

El proceso de maduración del óvulo incluía una transformación que por un mecanismo complejo hacía que la célula de 46 cromosomas y 2 cromosomas sexuales se convirtiera en dos células que contenían cada una 23 cromosomas y 1 heterocromosoma.

FORMACION DEL ELEMENTO SEXUAL MASCULINO 480.

Su proceso de maduración y transformación era similar al que sufría el óvulo, aunque se verificaba en un número verdaderamente abrumador (250- a 300 millones en cada eyaculación).

La movilidad del espermátocito era de 2 mm. por minuto, lo cual equivalía a alcanzar las trompas desde la vagina en cuatro horas.

La espermatogénesis era similar a la ovogénesis y al final de la misma el espermátocito se dividía en dos células de 23 cromosomas cada una y un heterocromosoma, diferente este último para una y otra; esta célula además de unos intensos procesos de adaptación se convertía en una célula móvil que la hacía apta para elevarse por el aparato genital femenino hasta alcanzar el óvulo.

EL CUERPO AMARILLO 481.

El folículo de Graaf una vez puesto el óvulo, se organizaba en una formación típica, que era característica de la mujer y que recibía el nombre de "cuerpo amarillo"; su estructura histológica era típica y bien definida y lo convertía en una auténtica glándula de secreción interna que nacía con la vida genital de la mujer y desaparecía con la llegada de la menopausia.

Según ROBERT MEYER (482), el cuerpo amarillo tenía tres

estadios:

- 1º. Proliferación de las capas celulares.
- 2º. Vascularización.
- 3º. De eflorescencia o madurez, período tras el cual regresa si no hubo embarazo; si hubo fecundación y las cubiertas del embrión envían sustancias encaminadas a mantenerlo activo, se convertía en el "cuerpo amarillo gravídico"; si no ocurrió lo anterior, - en cuatro a seis semanas se produce la regresión total y sólo quedaría de él una mancha blanca que se llamaría "corpus albicans".

OTERO afirmaba que basándose en las experiencias de los biólogos-modernos el origen del cuerpo amarillo era epitelial y no era conjuntivo-- como habían sostenido algunos.

EL ORIGEN DE LOS PROCESOS DE MADURACION.⁴⁸³

El origen de todos estos procesos reside en la hipófisis, no en el óvulo como inicialmente se creía: la niña se convierte en mujer por estímulo del lóbulo anterior de la hipófisis.

STOECKEL⁴⁸⁴ denominaba a esto "supremacía hipofisaria" y decía que había venido a sustituir al antiguo concepto de "supremacía ovular".

OTERO, para demostrar la importancia del lóbulo anterior de la hipófisis como origen de los procesos de maduración del óvulo, aludió a dos experiencias importantes:

1. En el ratón hembra, si el ovario albergaba un folículo maduro y estallaba se producía la ovulación y el animal entraba en celo y admitía-- al macho. Como efecto de la rotura del folículo ocurrían modificaciones en el útero que eran difíciles de demostrar pero el epitelio vaginal tras la ovulación proliferaba enormemente, sus células se hacían claras y se descamaban, sufrían una degeneración córnea y salían al exterior; haciendo cortes seriados de la vagina se podía averiguar si el animal estaba en estro, demostrando los "schellemque", término que según OTERO no tenía otra traducción que el de células cornificadas (485).

2. En los ratones hembras no aparecía el estro hasta que no tenían 7-8 semanas y pesaban unos 16 gramos, no admitiendo al macho hasta entonces. Si a una rata de 3 semanas y 8 gramos se le injertaba un trozo de hipófisis,

alcanzaba la madurez sexual, aparecían primero las células cornificadas, - había aumento del útero y de los anexos y por último admitía al macho.

Según OTERO, estas aportaciones se debían a los trabajos de ASCHEIM y ZONDEK que:

"... vinieron a revelar que el lóbulo anterior de la hipófisis es el que preside la conversión de la niña en mujer, y en toda la -- parte positiva de la sexualidad, tanto en el hombre como en la mu-
jer, había que verla siempre a través del lóbulo posterior de la-
hipófisis, siendo el ovario el primer eslabón de esta escala funci-
onal"(486).

FUNCIONES DEL OVARIO⁴⁸⁷.

El ovario sería el almacén de gametos que permitía cada cuatro se-
manas la puesta de un óvulo maduro apto para ser fecundado y sería también
el estímulo que dirigiría la vida del mismo en el caso de ser fecundado.

La atresia del aparato folicular sería el impulso que habría de --
dar forma al cuerpo y al espíritu del nuevo ser y desde que la niña se hi-
ciera mujer no sólo presidiría las modificaciones sexuales secundarias sino
que también tendría bajo su influencia el desarrollo de todo el embarazo;-
las modificaciones que se producen en el útero para que el óvulo fecundado
pueda adherirse a sus paredes estarían regidas por el ovario, en el que ade-
más del aparato folicular y del cuerpo amarillo existirían funciones com-
plejas del estroma ovárico y de las tecas, que constituirían las glandulas
del ovario. ZONDEK (488) decía que muchos autores se resistían a admitir -
la función endocrina de las células de la teca por su origen conjuntivo, -
pero él, en compañía de ASCHEIM, afirmaba por conclusión experimental que-
las células tecales eran el lugar de producción de hormona sexual femenina.
Según OTERO, éstos mismos autores afirmaban que las hormonas ováricas no -
eran ni grasas ni albúminas, sino sustancias solubles en agua (489), esta-
sustancia soluble recibía el nombre de Foliculina (490) y se encontraban--
grandes cantidades en la vesícula del folículo de Graaf, en el cuerpo ama-
rillo joven, en todo el curso del embarazo, en la placenta y en la sar.gre-
y orina de las mujeres embarazadas (491).

La razón por la cual se dio a la foliculina un valor de sustancia--
independiente y hormonal fue porque, al administrarla a un animal castrado-

como la rata, es capaz de provocarle el estro y si a un rata infantil se le administran sustancias procedentes del líquido folicular, de extracto de cuerpo amarillo, de extracto de ovario y orina o sangre de embarazadas, éstas son capaces de producir estro y no sucediendo esto cuando se le administran extractos de timo, miocardio etc... (492).

Los preparados hormonales ováricos se dosificaban no en centigramos de extracto seco de glándula, sino en unidades y cada unidad de estas equivale a la cantidad que administrada a una rata es capaz de producirle el estro. Por cada cc. de secreción folicular existen 40 unidades ováricas y existen preparados como el Progynón que tienen hasta 2.000 unidades de éstas (493).

INFLUENCIA DEL CUERPO AMARILLO EN EL CICLO MENSTRUAL ⁴⁹⁴.

Las extensas investigaciones de FRAENKEL ⁴⁹⁵ acerca de la presentación de aborto o interrupción del embarazo en la coneja cuando se destruían los cuerpos luteos sin extirpar totalmente los ovarios, experimentos mediante los cuales pretendía demostrar la existencia de una hormona especial del cuerpo luteo con acción propia y distinta de la hormona folicular y de los cuales según OTERO obtuvo las siguientes conclusiones:

1. Las modificaciones pregrávidas son presididas por el cuerpo amarillo.
Cuando FRAENKEL destruía el cuerpo amarillo a los 7-10 de la nidación, la coneja abortaba, pero si lo destruía a los 15 días, el embarazo proseguía por lo que concluía
2. Que el cuerpo amarillo sólo intervenía en el embarazo en los primeros días de la nidación, es más, si se extirpaba el ovario entero en la segunda semana de embarazo, éste continuaba, lo cual le indujo a pensar que sería el lóbulo anterior de la hipófisis el que por medio de hormonas dirigiría esta segunda etapa del embarazo.

La inhibición de la ovulación era otra de las funciones atribuidas al cuerpo lúteo, porque en autopsias de embarazadas en sus ovarios no se había encontrado ni un sólo folículo en vías de progresión, sino sólo el cuerpo amarillo perteneciente al óvulo fecundado.

De Graaf y sus colaboradores demostraron también que la hormona del cuerpo amarillo era un freno moderador o neutralizador de la hormona del lóbulo posterior de la hipófisis que era el encargado de presidir la contractilidad uterina en el momento del parto.

Parte II. FECUNDACION Y PROCESOS CONSECUTIVOS A ELLA ⁴⁹⁶.

LUGAR DE LA FECUNDACION.

OTERO afirmaba que el óvulo liberado y los espermatozoides se reunían habitualmente en el tercio interno de la trompa, aunque había circunstancias en las que la unión podía realizarse en otros lugares, incluso en el propio ovario.

STOECKEL (497) decía que no se sabía con seguridad el sitio donde coincidían el espermatozoide y el óvulo, en los casos en que tenía lugar la concepción, ni donde prenetraba el elemento fecundante en el fecundado para unirse a él y por analogía con los animales se había llegado a establecer que ésta unión se verificaba en la porción ampular de la trompa.

PROCESO INTIMO DE LA FECUNDACION.

El óvulo según OTERO (498) no completaba su maduración, expulsando el 2º polocito si no era fecundado.

Para OTERO la ovulación tenía lugar hacia los 14-15 días postmenstruación. Esta opinión es sustentada por STOECKEL (499), el cual decía que la menstruación como consecuencia de la muerte del óvulo acontecía entre la mitad del tiempo que transcurría entre dos ovulaciones. KNAUS (500) opinaba que tenía lugar quince días antes de la menstruación siguiente.

La menstruación aparecería entre los 27 días siguientes y durante este tiempo según él, el óvulo podía ser fecundado; OTERO aún admitiendo que el mecanismo era desconocido aseguraba que cuando la fecundación se realizaba en un óvulo joven, recién puesto, se engendraría una niña, en cambio si esta tenía lugar en un óvulo viejo, que llevara muchos días puesto se engendraría un niño (501).

Seguidamente expone extensamente el mecanismo de unión de las células sexuales y el proceso de multiplicación celular: la diferenciación entre embrioblastos y trofoblastos y la descripción del proceso de la embriogénesis (502).

MECANISMO DE LA NIDACION.

OTERO aseguraba que el huevo llegaba al útero gracias a los movimientos peristálticos de las trompas, según se había experimentado con los rayos-X y no empujado por las pestañas vibrátiles de las células tubáricas como se creía anteriormente.

Con respecto a este particular STOECKEL (503) decía que aún se admitía como único factor responsable en el transporte del huevo el movimiento de las pestañas vibrátiles del epitelio que tapizaba la trompa y que al peristaltismo tubárico se le concedía poca o ninguna importancia en la especie humana, aunque las investigaciones experimentales de MIKULIZ-RADECKI -- (504) y KOK (505) y la investigación clínica por la cual se había demostrado irreprochablemente la existencia de éste peristaltismo hablaban en favor de que en la especie humana también tuviera relevancia dentro del proceso que nos ocupa.

La nidación podía ser central, excéntrica o intersticial.

La placentación podía ser difusa, zonaria, subcenturiada o discoidal (propia de la especie humana).

El trofoblasto poseía capacidad de secreción de productos trópicos que hacían posible la corrosión de los tejidos sobre los que iba a asentar y el huevo humano alcanzaría esta propiedad a los 10-12 días postfecundación y cualquiera que fuera el asiento del huevo (trompa, ovario, útero -- istmo uterino).

Seguidamente explicaba OIERO el mecanismo de la formación de las caducas, de la placentación, de la aparición de la primera circulación embrionaria, de las vellosidades coriales primitivas y secundarias, del corion frondoso y del corion leve, la estructura histológica de éstas y su distribución, el desarrollo de la circulación placentaria y la estructura de la placenta definitiva, la aparición de la estría de Nitabuch (zona de dependencia del tejido conjuntivo, cuyas células están muertas o en vías de destrucción ya que presentan degeneración fibrinóide, y que sería el lugar por el cual en el momento del parto se verificaría la separación entre la mucosa uterina y las caducas).

FUNCIONES DE LA PLACENTA.

La placenta es un órgano fetal, mediante el cual el feto tomaría de la madre todas las sustancias necesarias para su nutrición y vertiría en la misma todos los productos de desecho que la madre se encargaría de eliminar.

También sería la responsable del estímulo hormonal de la mujer grávida en sus funciones orgánicas, haciéndola totalmente distinta de las de-

más mujeres.

En la placenta no habría mezcla de sangre materna y fetal y la nutrición se efectuaría por diferentes procedimientos químicos a través de la vellosidad, la cual sería infranqueable para determinadas sustancias, para las bacterias (aunque no para sus toxinas) y se discutía si lo era o no para los ultravirus y los anticuerpos.

Llegado a este punto OTERO aludió a las teorías de ABDERHALDEN⁵⁰⁶ y las hacía responsables de la patología específica de la embarazada.

También se conocía el hecho de que el sincitium placentario vertía a la sangre sustancias que influían en la madre, por lo cual durante el embarazo, la mujer tenía dos órganos endocrinos: el suyo propio y el sincitium placentario bajo cuya influencia se encontraban todas las demás glándulas de secreción interna y de una manera especial el lóbulo anterior de la hipófisis, el cual se transformaba y aumentaba de tamaño y también del lóbulo posterior.

La placenta sería a su vez reservorio de hormonas que llegaban a la misma a través de la sangre, procedentes del ovario y del cuerpo amarillo-gravídico, hecho este cuyo descubrimiento OTERO atribuía a ASCHEIM y ZONDEK. Efectivamente ZONDEK (508) a tal efecto decía que durante el gran aumento de producción de hormonas en el embarazo, habían hallado en la placenta, una elevada cantidad de foliculina, lo cual les había planteado el problema de si la placenta tomaba parte activa en la producción de hormonas o sólo de si actuaba como un depósito de absorción de las mismas. Igualmente les sucedió con las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis y habían llegado a la conclusión de que parecía claro que la placenta producía foliculina pero no que produjera hormonas antehipofisarias.

La gran eliminación de hormonas por la orina de las embarazadas, mayor en las primeras semanas del embarazo, había servido a ASCHEIM y ZONDEK de base para la reacción del diagnóstico precoz del embarazo en el año 1928. ZONDEK (509) en compañía de ASCHEIM el 27 de Abril de 1928 comunicaron a la Sociedad Ginecológica de Berlín, encargándose el primero de los fundamentos y técnica del método y el segundo de los resultados prácticos y teóricos, de las investigaciones en la orina de embarazadas mediante los cuales demostraban la existencia de hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis fundamentándose en el crecimiento del ovario del ratón infantil-

y sentando las bases para la prueba que lleva su nombre para el diagnóstico biológico del embarazo (510).

Las mamas también sufrían un proceso de hipertrofia por acción del cuerpo amarillo gravídico que a su vez estaría influenciado por la placenta, puesto que según OTERO ésta presidiría todo el funcionamiento ovárico; la lactancia se establecía cuando cesaba la función placentaria que probablemente mantenía una acción hormonal frenadora de la función lactea.

Para concluir el tema OTERO hizo una descripción macroscópica de la placenta y de los puntos a tener en cuenta para su revisión metódica después del parto para impedir que pasaran desapercibidas anomalías, retenciones parciales etc...

Así resumió OTERO la fisiología de todo el embarazo:

"... las modificaciones del aparato genital (vulva, vagina, útero, ovario etc.) y hasta la misma pelvis, están bajo la acción indirecta de la placenta que obra por medio del lóbulo anterior de la hipófisis, el cual hipertrofia el ovario (convirtiendo el útero en grávido) y modifica las demás porciones del aparato genital, preside el crecimiento de todo el esqueleto y dirige el crecimiento de la pelvis y el embarazo; quizá se deba esto a que la hipófisis se encontraba estacionaria después del crecimiento y se ha reactivado bajo la acción de las hormonas placentarias".
(511)

CONSIDERACIONES.

Opinamos que probablemente el tema más importante de todos los impartidos por OTERO fuese el que acabamos de estudiar, por las siguientes razones:

1. Como puede deducirse del estudio de la bibliografía, la mayoría de los conceptos explicados eran de adquisición muy reciente.
2. Por lo anteriormente mencionado, estos temas no tenían reflejo en los libros de texto habituales, que además llegaban a España traducidos y con gran retraso (como es el caso del BUMM en su traducción de 1940, del STOECKEL en su traducción de 1942 etc...)

3. Al ser conceptos no mencionados por los textos de consulta, algunos encontrados en publicaciones casi simultáneas con el curso académico, la única vía de llegada a los alumnos era a través de un Catedrático actualizado como OTERO.

4. Es precisamente en este tema en el que se puede observar la capacidad de actualización del Profesor al intentar enseñar a sus alumnos una asignatura despojada de conceptos antiguos y completada al máximo por los más recientes descubrimientos científicos.

Finalmente queremos hacer constar que los conceptos que no habían sufrido modificaciones importantes sólo los hemos mencionado de pasada para proporcionar una visión unitaria del tema pero no los hemos desarrollado detenidamente por considerar que al no ser novedosos no dependían tanto de la aptitud del Catedrático y el alumno los podría encontrar en los mismos términos en sus textos de consulta.

Tema 3º. ESTERILIDAD.

EXTENSION TOTAL. 37 cuartillas.

DIAS EMPLEADOS: La esterilidad la explicó OTERO durante dos días consecutivos, lo que equivalía a dos lecciones Magistrales de una hora y media de duración.

CONTENIDO.

Concepto de esterilidad e infertilidad.

Breve recuerdo histórico. Frecuencia.

Fisiología normal de la fecundación.

Esterilidad masculina: Sus causas (511)

Esterilidad femenina: Sus causas. Descripción detallada de las mismas.

Métodos de diagnóstico de la esterilidad femenina:

Insuflación tubárica: indicaciones y contraindicaciones (512)
Radiografía de contraste del útero y de las trompas: Sus indicaciones (513).

Tratamiento de la esterilidad masculina:

Indicaciones y técnica de la inseminación artificial (514).
Punción testicular.

Tratamiento de la esterilidad femenina:

Intervenciones quirúrgicas sobre el cuello y el cuerpo del útero.
Intervenciones quirúrgicas sobre las trompas.

MATERIAL AUXILIAR.

1. Esquemas en el encerado: OTERO realizó 15 esquemas para completar las explicaciones dadas sobre los puntos que siguen:

Aparato genital femenino normal.

Receptaculum seminis.

Los distintos tipos de salpingitis.

Colocación de una cánula intrauterina para insuflación.

Trompas acodadas impidiendo el paso del aire.

Aparato insuflador modelo Selheim.

Proceso de la radiografía de contraste del útero y de las trompas.

Técnica de la reimplantación de una trompa en el útero.

Tiempos de la operación de CULLENS o de TUFFIER.

2. Visita de los alumnos a la sala de operaciones: Refirió en clase y como recordatorio el hecho de que los alumnos hubiesen asistido a una intervención quirúrgica por miomas que él mismo había practicado.

3. Instrumentos: OTERO llevó al aula dos aparatos de insuflación tubárica e hizo demostraciones de su funcionamiento.

CONSIDERACIONES.

El tema en sí mismo es una novedad ya que aparece in--

cluido dentro de un curso de Obstetricia, diferenciando a OTERO de otros profesores de su época ⁵¹⁵ y adquiere más interés porque le concede una importancia tal que es el primer tema - que imparte en el curso y a pesar del que el propio OTERO definía la esterilidad como "la negación de la Obstetricia"⁵¹⁶.

Dentro del tema hay conceptos importantes y novedosostales como la iniciación en el concepto de Andrología y que él definía como la especialidad que estudia los problemas sexuales ⁵¹⁷.

OTERO, en contra de lo que solía ser lo habitual, el primer tipo de esterilidad que estudia es la masculina, y en primer lugar la impotencia, a la que dedicó una atención especial, haciendo influir en la misma factores psicológicos como en la "neurastenia sexual", a la cual hace responsable de algunas impotencias:

" ... El impotente no es sólo el agotado, el hombre vicioso..... muchas veces esta neurastenia sexual, nace de una equivocación, - de un error, un hombre se ha casado con una mujer idealizada por su cariño, y convertida más que en un ser material, en un ideal, y al convivir con ella en la vida cotidiana, aquel hombre ve, adivinando primero, confirmándose después, que aquella mujer no es la que él se imaginaba, y si sigue siendo la mujer hermosa que - le place los sentidos no es la compañera que le permita una vida armónica, absolutamente necesaria para poder resistir los embates de la vida, y esta diferencia que nace como una duda en el - espíritu del hombre y va aumentando poco a poco, llega a separar lo completamente, y lo que empezó por un alejamiento immaterial, llega hasta el orden carnal, no en la repugnancia a esta mujer, - a la que suele acercarse por sus sentidos con agrado, sino por - encima de esto hay algo que le impide la erección ... estos hombres son normales y ... aproximándose a otra mujer tienen erecciones normales". (518)

Estos conceptos son extraordinariamente importantes bajo nuestro punto de vista porque nos dejan entrever las raíces psicoanalíticas de los mismos y lo que llevaban implícito

de manifestación psicósomática de un conflicto inicialmente -
psíquico y son una verdadera novedad si los comparamos con los
textos de Ginecología de la época y bastante posteriores ⁵¹⁹ y
es el mismo OTERO quien reconocía personalmente la importancia
del Psicoanálisis:

"... en algunas ocasiones el hombre es aparentemente sano y la
mujer también, y sin embargo, no existe concepción, y haciendo -
un interrogatorio, ganando previamente la confianza de la mujer,
o haciendo un Psicoanálisis perfecto, quizá encontremos lo que -
se llama incompatibilidad sexual ..." (520)

Aunque menciona la inseminación artificial y su técnica
reconocía que las practicadas por él no habían tenido éxito,-
atribuyendo el fracaso a que no habían sido practicadas por -
impotencia coeundi del marido sino por lesiones de la mujer ⁵²¹.

Definió la esterilidad de causa inmunológica como "algo
que no alcanzamos en su esencia", que está dentro de la masa-
del huevo y que rechaza al espermátocito ⁵²².

Reconocía que los miomas uterinos podían ser fuentes -
de esterilidad, basándose para ello en las teorías de KHERER-
⁵²³ y hacía la siguiente aclaración:

"... justamente nos encontramos con mucha frecuencia en mujeres--
solteras, vírgenes, con esta clase de tumores; es muy frecuente -
en monjas y en mujeres casadas que conviven con hombres impoten--
tes de cualquiera de los tipos; justamente esto hace pensar que -
falta de repetición frecuente del estímulo que sirve al útero en-
su desarrollo, que hay trastornos del orden psicosexual que origi-
nan mioma"... (524)

Tan arriesgada científicamente como la anterior es la-
teoría siguiente:

"... Nosotros sabemos por experiencia un hecho paradójico, que es
que las mujeres que reciben una gran cantidad de esperma, Uds. sa
ben que éste esperma no solamente es depuesto, sino que pasa a la
cavidad uterina, a la trompa y a la cavidad peritoneal, de forma-

que hay una absorción de albúminas extrañas en todo este trayecto ... y se pueden provocar una serie de trastornos en las mujeres - por separación de su marido o por viudez; pues bien, nos dice la experiencia que mujeres que reabsorven muchas albúminas extrañas espermáticas son estériles ... esta intensidad de absorción de al búminas conduce a la esterilidad, y por la suspensión se llega a la fecundación, es pues este un capítulo práctico en el que no es necesario insistir más" ... (525).

La descripción detallada del método de RUBIN para la in suflación tubárica era una muestra más de la rapidez con la que OTERO incorporaba a la clínica y a la enseñanza los descubri-- mientos más recientes 526.

APORTACIONES PERSONALES.

La experiencia que OTERO poseía en el diagnóstico y tra-- tamiento de la esterilidad estaba presente a la hora de expli-- car el tema y la intentaba transmitir a los alumnos como queda-- patente en los ejemplos siguientes:

Refiriéndose a la insuflación tubárica decía:

"Yo he observado otro detalle que los libros no mencionan, y-- es que al sentarse la enferma sobrevienen unos golpes de tos - quintosa"... (527)

Su dominio de la técnica de la radiografía de contraste del útero o de las trompas se ponía de manifiesto cuando explicaba a los -- alumnos la realización del procedimiento (528)

Advertía siempre la necesidad de investigar al varón antes de ini ciar un tratamiento de esterilidad en la mujer (329).

A pesar de hacer una detenida exposición técnica de las interven-- ciones quirúrgicas sobre las trompas, tales como la operación de- CULLENS (llamada de TUFFIER en Francia) (530), les reconocía esca sas posibilidades de éxito (531).

Tema 4º. PARTO NORMAL⁵³².

ESQUEMA GENERAL DEL DESARROLLO DEL TEMA.

NOMENCLATURA⁵³³.

Gestación a término: cuando el feto sale al exterior a los diez meses lunares, nueve meses solares, cuarenta semanas o 280 días.

Aborto: si la interrupción del embarazo se produce antes de cumplidas las dieciseis semanas.

Parto inmaduro: si la interrupción del embarazo se verifica entre las 16 y 28 semanas.

Parto prematuro: cuando el feto sale al exterior entre las 28 y las 40 semanas.

Parto retardado: cuando la salida fetal se produce después de las 40 semanas.

CAUSAS DETERMINANTES DEL PARTO⁵³⁴.

Según OTERO, las contracciones de la musculatura uterina debían ser dirigidas por un proceso de naturaleza endocrina: la hormona responsable del parto parecía ser elaborada por el lóbulo posterior de la hipófisis y estaba contenida en el producto opoterápico conocido con el nombre de pituitrina.

Otros autores de la época tenían unas concepciones sobre el mecanismo de desencadenamiento del parto más antiguas que las enunciadas por OTERO, así por ejemplo:

BUMM⁵³⁵ creía que la creciente irritabilidad de la musculatura uterina debía de depender de cambios moleculares en la sustancia protoplasmática de las fibras musculares hipertrofiadas y que la causa de que se presentase el parto se había de buscar en la madurez del feto, en virtud de la cual determinadas sustancias químicas utilizadas por el mismo durante su desarrollo, no siendo ya necesarias cuando llegaba a

la madurez, se acumulaban en la sangre de la madre y determinaban por irritabilidad de los centros motores del útero una continua actividad contráctil.

RECASENS ⁵³⁶ opinaba que la causa del parto debía buscarse en las modificaciones que en la textura de las vellosidades placentarias se realizaban cuando la gestación llegaba a término.

Según OTERO, el lóbulo anterior de la hipófisis es una glándula endocrina que preside el desarrollo y formación de las glándulas sexuales, por dos hormonas que elabora denominadas Prolán A y Prolán B ⁵³⁷. Estas hormonas intervienen en todas las modificaciones de tipo anatómico del útero grávido ⁵³⁸; sin embargo las hormonas del lóbulo posterior no obtienen respuesta por parte del útero grávido hasta que no ha llegado el momento del parto. Se había demostrado que la respuesta de la musculatura uterina era mayor cuanto más avanzada era la regresión del cuerpo amarillo, de lo cual se dedujo que las hormonas del mismo debían tener una funcionalidad opuesta a la hipofisina, pero no se resolvía el porqué el cuerpo amarillo no entraba en regresión hasta los últimos días del embarazo; era probable que la placenta o alguna glándula del feto - quizá - sus propias glándulas sexuales - influyeran para el mantenimiento de dicho órgano.

Con respecto a estos mecanismos OTERO aventuró la hipótesis siguiente: las hormonas sexuales que se eliminaban en gran cantidad por la orina pasarían al torrente circulatorio-

fetal en el cual cumplirían una función; el hecho de encontrar se en la clínica con fetos de menos de 30 semanas que morían precozmente y que en ocasiones sobrevivían si se les inyectaba hormonas sexuales le indujo a pensar que era probable que el feto necesitara un desarrollo especial de los elementos sexuales y que el defecto en el mismo podía ser la causa responsable de los partos prematuros.

ESTUDIO DEL PARTO PROPIAMENTE DICHO.

DEFINICION ⁵³⁹.

El parto es el proceso en el que el feto y sus anexos salen al mundo externo, para lo cual es necesario que el aparato orbicular denominado cuello se dilate, tal como lo hace el esfínter del ano en la defecación y el uretral en la micción.

PERIODOS DEL PARTO.

1. PERIODO DE DILATACION ⁵⁴⁰. Viene determinado por el aumento de la presión intrauterina con las contracciones, lo que conduciría a que por la zona de menor resistencia que representa el orificio interno del cuello se prolapsara una pequeña punta de hernia de la bolsa amniótica con cada contracción, que actuaría a modo de cuña en la dilatación progresiva del cuello y al despegamiento de las membranas del mismo; llegada la dilatación completa del cuello en condiciones normales, se rompe la bolsa debido a un aumento brusco de presión originado por una contracción.

Con respecto a este mecanismo BUMM ⁵⁴¹ era de la misma opinión que OTERO.

2. PERIODO DE EXPULSION ⁵⁴². En este momento OTERO advierte -

que la bolsa de las aguas no siempre se rompe tal y como antes había dicho, sino que podía romperse precózmemente cuando las - contracciones eran aún indoloras o prematuramente (que era - lo mas frecuente) cuando el cuello estaba incompletamente dilatado; seguidamente estudia los factores determinantes de la rotura de la bolsa y el mecanismo del dolor en el parto.

El mecanismo del parto en presentación cefálica normal lo explicaba admitiendo plenamente la teoría emitida por SELHEIM en 1906.

BUMM ⁵⁴³ decía que SELHEIM había expuesto la opinión - que el principal factor para la rotación había que buscarlo en "ciertas particularidades del niño", en contra de las opiniones sustentadas antes, en las cuales los movimientos de rotación de la cabeza se atribuían a las particularidades de las partes oseas y blandas de las vías del parto y aunque admitía su teoría, señalaba que ya anteriormente se había demostrado - la importancia que tenía la flexibilidad de la columna vertebral.

RECASENS ⁵⁴⁴ por su parte reseñaba que SELHEIM había-- publicado el resultado de una serie de investigaciones practi- cadas para averiguar el porqué de los distintos movimientos - del parto pero que en su opinión la explicación de SELHEIM no era mas que una aclaración de la ley de acomodación de Pajot- (el feto se disponía siempre de manera que se adaptara a las necesidades del continente).

OTERO al final de la explicación del mecanismo expulsi- vo hablaba someramente del sufrimiento fetal transitorio.

3. PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO⁵⁴⁵. Descripción detallada de los tiempos y mecanismos de desprendimiento y expulsión placentarios.

DIRECCION DEL PARTO NORMA.

1. PAPEL DE LA MATRONA⁵⁴⁶. La vida de un médico municipal, debía y solía estar tan ocupada - según OTERO - que no le quedaba tiempo mas que para la asistencia final a los partos, y el resto de los mismos debía ser la matrona y nada mas que ella la que debía prestar la asistencia, que no se limitaría al parto, sino que le correspondería cuidar a las gestantes durante el embarazo para avisar al médico cuando encontrara algo anormal y después del parto realizando la función más interesante: la puericultura. OTERO consideraba que la inmensa mayoría de los partos eran normales, nada era mas lógico que durante el tiempo en que la asistencia al parto es meramente expectante, fuera la mujer que hubiere hecho los estudios de matrona la que permaneciera en la cabecera de la enferma, siendo el ayudante más fiel del médico el cual debería tener en ella la confianza suficiente para saber que vigilaba durante el tiempo que él estuviese ausente.

2. FUNCION DEL ESPECIALISTA⁵⁴⁷. El médico práctico debía saber lo mismo el rural que el de ciudad que era obligación suya avisar al Especialista, bien cuando ignorara algo o cuando tuviese que poner en práctica recursos que no estuviesen a su alcance⁵⁴⁸.

LUGARES DONDE DEBEN PARIR LAS MUJERES⁵⁴⁹. Admite OTERO que había dos asistencias al parto: la domiciliaria, posible cuan

do los partos son normales, y la clínica, reservada para cuando se habían de realizar intervenciones tocúrgicas.

Hizo un repaso histórico de la asistencia a los partos: hasta hacía 20 años la asistencia era domiciliaria y los problemas obstétricos eran resueltos por los procedimientos clásicos, pero a partir de esa fecha, los mismos problemas se resolvían de modo quirúrgico, interviniendo de un modo directo el bisturí y las tijeras. Esta asistencia denominada tocúrgica no podía improvisarse en una casa. Decía OTERO que en Europa y América el grado de cultura de las mujeres les llevaba a -- querer siempre parir en una clínica, con lo cual se ahorraban las molestias del parto domiciliario, y que las mujeres proletarias se habían dado cuenta de que sus viviendas no tenían condiciones adecuadas para el parto por lo que también aumentaron en número las mujeres que iban a parir a las clínicas; en España creía que las mujeres no deseaban acudir a las clínicas porque ellas conocían y veían en los hospitales cosas poco atractivas (bajas condiciones higiénicas, escaso confort) Su actitud la resumió con las siguientes palabras:

"... que esto no quiere decir que todas las mujeres deban ir a la clínica, pero en sus casas sólo deben parir las de una posición social determinada y la mujer de la clase obrera debe ir siempre a la clínica"...

En opinión de BUMM ⁵⁵⁰, la clínica provista de todos sus recursos asépticos no tenía porqué entrar en la práctica diaria de la Obstetricia ya que consideraba que las más elementales medidas de antisepsia también podían ser satisfechas con éxito en las viviendas más míseras del proletariado, sobre

todo si se dominaban por todas las partes las medidas de desinfección.

CONDICIONES QUE DEBEN REUNIR LA MATRONA, EL MEDICO GENERAL Y-EL ESPECIALISTA PARA ASISTIR UN PARTO ⁵⁵¹.

1. ESTAR ASEPTICO: no haber tenido contacto con procesos infecciosos ni cadáveres cuando calculasen que iban a tener un parto; si se presentaban debían ponerse guantes estériles y si -estaban rotos o con posibilidad de romperse no debían practicar la intervención si no habían pasado 6-8 días; aunque esto representase una merma de ingresos el "verdadero Tocólogo" -- debía de tener suficiente valor y moralidad para no asistir un parto si no tenía las manos en condiciones para ello.

2. ADECUAR LA HABITACION: en donde el parto fuese a tener lugar se retirarían todos los objetos que pudiesen acaparar polvo etc.

3. LA MATRONA PREPARARIA LO SIGUIENTE: suficiente agua hervida tanto fria como caliente, jabón, cepillos... un Trousseau de partos con:

Medicamentos y desinfectantes

Líquidos para desinfección de las manos, de la habitación y de los genitales de la paciente.

Líquidos anéstesicos: Cloroformo o algún otro.

Líquidos occitócicos: Pituitrina y extractos del cornezuelo de centeno.

Cardiotónicos: aceite alcanforado, cafeína, adrenalina y lobelina.

Sueros fisiológicos.

Material aséptico

Una blusa, 2-3 pares de guantes estériles, dediles estériles, paños, medias sábanas, compresas de gasa y algodón, hilos para ligar

el cordón del recién nacido, compresas pequeñas y una venda elástica.

Material de sutura

Agujas, crin y cagut.

El precio de este material podía hacerlo inaccesible a muchas mujeres, la Beneficiencia pagaba médico y medicamentos pero no el material de partos, que le resultaría muy costosos, debido a lo cual OTERO opinaba que debería pagar también un -- Trousseau pequeño, más económico pero que disminuiría la morbilidad y mortalidad puerperal.

ASISTENCIA AL PARTO PROPIAMENTE DICHO⁵⁵².

1. DETERMINAR CUANDO UNA MUJER ESTA DE PARTO:

Al comienzo de la explicación OTERO decía a sus alumnos:

" ... la determinación del trabajo de parto se hace con una silla y un reloj, la silla para sentarse al lado de la enferma y el reloj para ver si las contracciones son regulares"...

A continuación OTERO enseñaba que para que una mujer es tuviera de parto era necesario que tuviera contracciones regulares, notadas por las manos del Tocólogo, dolorosas o indoloras; si las contracciones aparecían cada 5-8 minutos o 10 minutos la mujer estaba de parto; si las contracciones aparecían cada 5, 20 minutos etc. podían asegurar que la mujer no estaba de parto.

2. ANAMNESIS: Cuando la parturienta les fuera desconocida indicaba que era necesaria una anamnesis general y cuando les fuera conocida de antemano la interrogarían sólo con respecto al parto: sobre si había roto o no la bolsa, si percibe al niño etc. y se le prodigarían palabras de consuelo y alivio.

3. EXPLORACION: Maniobras de Leopold para determinar posición, situación y presentación fetales, así como para determinar la progresión de la parte presentada dentro de la pelvis, objetivo para el cual también sería útil la auscultación fetal observando como iría descendiendo a medida que la presentación se fuera introduciendo en la pelvis.

Para determinar el grado de dilatación cervical sería orientativa la maniobra de Unterberger mediante la cual podrían ir delimitando la altura del anillo de contracción; también se podía recurrir a la maniobra de Schwarzenbach, colocando a la parturiente en posición ginecológica en el auge de una contracción deberían deprimir fuertemente la fosa isquiorrectal en dirección a la pelvis, si el periné se dejaba deprimir y no se notaba ninguna resistencia es que la cabeza estaba en tercer plano, cuando se tocaba la cabeza o el periné no se deprimía estaría entre tercer y cuarto planos.

El tacto rectal realizado con guantes y glicerina servía para determinar el grado de dilatación cervical, la progresión fetal, sus anomalías etc. y tenía la ventaja de no tocar partes genitales, con lo que se evitaba el peligro de introducir gérmenes dentro del útero.

El tacto vaginal lo indicaba OTERO como mas perfecto que el rectal pero con el inconveniente de arrastrar gérmenes de porciones inferiores del tracto genital hasta porciones más altas, lo cual significaría:

" ... impurificación y posibilidad de infección postpartum" ... si ésta última aparecía OTERO opinaba que era de entera res--

ponsabilidad de quien lo hubiese practicado, de la que sólo - le eximiría el contacto sexual de la mujer previo al parto o - la costumbre de algunas mujeres de autoexplorarse para ver co - mo marchaba su parto. Sólo se recurriría a este proceder cu - do la exploración externa, la auscultación, el tacto rectal y la radiografía intrapartum no hubieran aportado los datos pre - cisos, teniendo en cuenta las reglas siguientes:

Rasurado y desinfección de la vulva y vagina.

Lavado de las manos del médico previo a la colocación del guante o dedil estéril.

El procedimiento sería el siguiente: el médico se colocaba a la derecha de la paciente y exploraba con el dedo índice de la ma- no derecha, que no habría tocado la vulva porque el dedo pulgar y el índice de la mano izquierda le separarían los labios mayo- res y menores. Una vez introducido el dedo se investigaría el-- estado del cuello (grado de dureza, dilatación ...), si existía o no bolsa de las aguas, lugar y tipo de presentación (mediante la exploración de las fontanelas), procidencias de cordón, va-- sos previos, placenta, tumores previos y cicatrices. Nunca se - debía hacer un tacto intracervical ni intentar introducir el de - do entre el cuello y la presentación. Se haría un sólo tacto va - ginal por parto, sobre todo antes de sentar una intervención to - cúrgica y si había que repetirlo mediaría un intervalo de una a dos horas.

4. MODO DE ASISTIR EL PARTO ⁵⁵³. Tanto las primíparas como las multíparas, durante el período de dilatación y mientras estu- viese íntegra la bolsa de las aguas, la enferma podía estar-- levantada, de pié o sentada; previamente la matrona le habría enemado, lavado los genitales externos y haría que orinase ca - da dos horas. Se observaría si la presentación seguía normal-

y de vez en cuando se auscultaría el feto (el feto normal, en el período de dilatación con la bolsa integra no sufriría) y se iría tranquilizando a la mujer.

Al romperse la bolsa se tumbaría a la mujer, se analizarían las características del líquido vertido y se auscultaría el feto que podía latir a 100 latidos por minuto en la contracción y alcanzaría, pasada esta, los 140.

Al comenzar la expulsión se colocaría a la paciente en posición dorsosacra con las piernas flexionadas sobre los muslos y estos sobre el abdomen, con las manos sujetas por unos tirantes elásticos colocados al pié de la cama para que los pujos fueran mas efectivos. BUMM⁵⁵⁴, con respecto a la posición de la parturiente señalaba que las opiniones no eran ya tan rigurosas como en otras épocas, en las que, obedeciendo a costumbres empíricas, durante siglos las mujeres habían sido obligadas a parir sentadas, en la silla obstétrica que, en -- Alemania, todavía en la primera mitad del siglo XIX las comadronas transportaban de una casa a otra. Desde entonces la -- cuestión de cual sería la posición mas natural para la parturiente había sido muy discutida; BUMM admitía que no existía posición única "mejor" para la parturiente y que la posición a adoptar podía variar con la necesidad del parto y con la máxima comodidad para la mujer. RECASENS⁵⁵⁵, hacía referencia al hecho de que afortunadamente en España habían desaparecido las sillas de parir, en las cuales parían las mujeres sentadas; -

él opinaba que esas sillas no permitían la protección del periné y eran focos de infección portátiles de una casa a otra; en cambio la posición dorsal que era la utilizada también por sus pacientes, era favorable para la madre y con relativa facilidad para el Tocólogo y además permitía una buena protección del periné ⁵⁵⁶.

Cuando la presentación ~~abombaba~~ el periné este debía ser protegido, atendiendo a los distintos tiempos de la expulsión fetal.

El cordón umbilical no debía ser seccionado hasta que dejase de latir para que el feto aprovechara la sangre del mismo y de la placenta, medida que OTERO consideraba como coadyuvante de la mejor nutrición fetal aunque reconocía que en ocasiones podía conducir a la aparición de ictericia hemolítica en el recién nacido. La ligadura y sección se haría entre dos pinzas. Con respecto a este particular BUMM mantenía la teoría de no ligar el cordón umbilical inmediatamente al igual que OTERO indicaba que una vez expulsado el feto se esperara unos cinco minutos hasta que las venas umbilicales estuviesen flácidas. RECASENS ⁵⁵⁷, hacía la observación de que no todos los Tocólogos creían en la utilidad para el feto de la entrada en su circulación de esa sangre residual de reserva ⁵⁵⁸.

Una vez expulsado el feto aparecería la denominada "inercia fisiológica del alumbramiento", durante la cual el útero estaría retraído en forma de cúpula, llegando su fondo a nivel del ombligo; en este momento la conducta sería observar a la madre y vigilar si manchaba unas compresas secas que

le habrían colocado entre los muslos, sobre genitales externos. Durante este tiempo no debería tocarse el abdomen porque el útero es excitable por agentes mecánicos y una contracción aunque fuese pequeña podía dar lugar a un "hematoma retroplacentario" que si aumentaba podía ser origen de una hemorragia del alumbramiento.

Al cabo de unos veinte minutos el útero se contraería y comenzaría a desprenderse la placenta, bien por el centro o bien por sus bordes y finalmente sería expulsada a través del cuello; en este momento el útero se aplastaría de delante atrás tomando forma de mitra que sobrepasaría el ombligo, siendo esto signo de desprendimiento; OTERO también explicaba los tres signos clásicos de desprendimiento placentario basados en la observación del cordón.

A veces la expulsión de la placenta podía quedar detenida, teniendo que recurrir en un cuarenta por ciento de los casos a lo impropriadamente llamada maniobra de Credé: se colocaría el útero en la línea media, con el pulgar de la mano derecha por delante del mismo y el resto de los dedos por detrás, posición en la cual se amasaría el útero hasta que adquiriera resistencia y se comprimiría hacia abajo y atrás, de este modo el fondo actuaría como émbolo sobre el cuello y desalojaría la placenta.

Para terminar OTERO aconsejaba que la paciente elevase las nalgas para que por el peso de la placenta se acabasen de desprender las membranas y le parecía esa técnica mejor que la también recomendada de retorcer la torta placentaria para con-

seguir el mismo fin, maniobra esta última recomendada por BUMM (559)

CONSIDERACIONES ACERCA DEL PROBLEMA DE LA ANESTESIA O ANALGESIA EN OBSTETRICIA.

OTERO consideraba que la contracción uterina era la única función que dolía; éste dolor castigo del cielo como correspondencia al pecado original era posible que tuviese una correlación biológica, que fuera el estímulo de las mismas contracciones y si así fuese, ésto sería motivo para meditar antes de suprimirlo y en efecto afirmaba que todas las sustancias que se empleaban para la supresión del dolor inhibían la contractilidad uterina y podían originar grandes peligros, aunque ni estos peligros eran algunas veces de gran cuantía ni absolutamente incorregibles y más aún teniendo sustancias capaces de estimular la contractilidad uterina.

El médico debía - según OTERO - suprimir este manantial de dolores, aunque aún no se había conseguido la anestesia -- ideal en Obstetricia ya que ni el cloroformo, ni el éter, ni la anestesia local ni la raquianestesia eran ideales y su conclusión personal era que se encontraban lejos de solucionar el desideratum de suprimir los dolores respetando l. contractilidad ⁵⁶⁰.

RECASENS ⁵⁶¹ se mostraba partidario de la anestesia en el parto siempre que el dolor se hiciera de gran intensidad, basándose en que si no existía contraindicación especial no se tenía derecho a negar a la mujer los beneficios de una analge-

sia que hiciera más llevadera la situación y se mostraba partidario de la anestesia con Cloroformo. Con respecto a la sugestión como medio anestésico consideraba que aparte de las dificultades que existen para dominar con ella a una mujer con dolores de parto, no todos los médicos ni todas las mujeres podían servir para utilizarla.

OTERO concluyó el tema así:

" ... aparte de la anestesia a la reina es el pernocton por vía endovenosa, teniendo que elegir el momento oportuno y partiendo de la base que clínicamente debe usarse con seguridad de suprimir el dolor en las tres o cuatro últimas horas del trabajo de parto con algunas anomalías ...

La sugestión juega un gran papel en todo lo que sea sección del dolor; la autoridad que ejerce el médico ya por su competencia, ya por su carácter y trato, conduce a una analgesia por hipnosis y a partir de este momento ya le duele menos". (562)

CONSIDERACIONES FINALES.

Las razones por las que hemos estudiado el tema del parto normal con amplitud son las siguientes:

1. Por su contenido innovador sobre los conceptos tradicionales al introducir determinadas actualizaciones sobre endocrinología no tenidas en cuenta hasta entonces en parte por no conocerse bien, tales como la influencia que tenían en el proceso de la gestación y en el parto el lóbulo anterior y posterior de la hipófisis.

2. Aunque OTERO también los explicó extensamente nosotros no nos hemos detenido en los aspectos relativos a los mecanismos y procedimientos más comunes en el parto normal por considerar que tenían amplio reflejo en los libros de texto y consulta al alcance del alumno.

3. Por el interés que presentaban sus manifestaciones y opiniones hemos estudiado con cierto detenimiento los puntos que en su momento e an objeto de discusión y controversias, algunas todavía no resueltas, tales como la posición a adoptar - por la mujer durante el parto, la ligadura precoz o tardía del cordón umbilical y la analgesia y anestesia en Obstetricia.

4. Porque actualmente, después de pasados más de cincuenta años, pueden ser contempladas y exáminadas a la luz de las nuevas corrientes mas innovadoras en el terreno de la Obstetricia, sus ideas de contenido social relativas fundamentalmente a la asistencia domiciliaria o clínica de los partos, el papel de la matrona, el médico general y el especialista etc.

5. Si el médico práctico se atenía estrictamente a los contenidos especialmente a él dedicados en este capítulo nos atrevemos a decir que se ahorraría gran parte de las complicaciones que podían acontecer durante un parto.

Tema 5º. EMBARAZO GEMELAR Y MULTIPLE.

EXTENSION TOTAL: 57 cuartillas.

DIAS EMPLEADOS: 3, lo que equivalía a cuatro horas treinta minutos dedicados al tema.

CONTENIDO.

Concepto de embarazo gemelar y múltiple:

Breve recuerdo histórico.

Frecuencia.

Mecanismo de producción de los gemelos:

Recuerdo embriológico.

Tipos de gemelos.

Clasificación.

Diagnóstico diferencial anatomopatológico de los distintos tipos-

de gemelos. Características anatómicas.

Mecanismo de producción de los embarazos múltiples.

Diagnóstico del embarazo gemelar:

Diagnóstico diferencial en la primera mitad del embarazo.

Diagnóstico diferencial en la segunda mitad del embarazo:

Palpación.

Auscultación.

Radiografía.

Diagnóstico diferencial en el momento del parto.

Curso del embarazo gemelar.

Curso del parto gemelar. Sus anomalías.

Las operaciones mutiladoras del feto. Sus indicaciones.

Alumbramiento. Sus anomalías en el parto gemelar.

MATERIAL AUXILIAR:

1. Esquemas en el encerado: Mediante 41 esquemas completó la explicación sobre los puntos siguientes:

Ovulo normal con un sólo núcleo.

Ovulo con dos núcleos.

Utero con dos óvulos fecundados en su interior.

Embarazo en fase de mórula.

Dos tipos celulares, uno que formaría el trofoblasto y otro que formaría el embrión propiamente dicho.

La vesícula umbilical, la vesícula amniótica y las tres hojas blastodérmicas.

Cavidad amniótica y trofoblasto.

Utero con dos embriones en su interior: uno en fase precoz y otro con dos embriones en el que ya han aparecido las dos placentas.

Gemelos monocoriales biamnióticos

Gemelos monocoriales monoamnióticos.

Gemelos con un sólo cordón umbilical.

Mecanismo de producción de los embarazos gemelares monocoriales-monoamnióticos.

Circulación placentofetal en el caso de gemelos monocoriales-monoamnióticos.

Embarazo gemelar con uno de los dos fetos papiráceo

Embarazo gemelar en un útero bipartido.

Embarazo gemelar en un útero arcuato.

Embarazo triple.

Utero con una y dos bolsas amnióticas.

Embarazo gemelar con prociencia de pequeñas partes de uno de los dos fetos.

Sinclitismo, asinclitismo anterior y asinclitismo posterior.

Un feto impidiendo la acomodación en la pelvis del otro feto.

Utero vacío tras la salida de un feto comparado con otro tras la salida del primer gemelo.

Diagnóstico diferencial entre embarazo gemelar y quiste de ovario.

Inserción velamentosa del cordón umbilical.

Distintas variedades de "enganchamiento" de los dos fetos en el embarazo y parto gemelar.

2. La clínica: El día previo al comienzo de la explicación del tema, se había atendido en la Clínica de Obstetricia a un parto gemelar, al que asistieron los alumnos bajo la dirección del Prof. OTERO. Este aprovechó la oportunidad para explicar algunos conceptos relacionados con el mismo y que le sirvieron de base en las Lecciones Magistrales, sobre todo en el momento de recordar el mecanismo del parto.

3. Radiografías: Durante los tres días en los que explicó el embarazo gemelar llevó radiografías para demostrar:

El diagnóstico radiográfico del embarazo gemelar.

Las distintas posibilidades de presentación de los fetos en el embarazo gemelar.

CONSIDERACIONES.

OTERO cuando hacía referencia a los mecanismos de producción del embarazo gemelar citó a su maestro el Prof. BUMM, del

cual decía que había hecho estudios sobre los ovarios de mujeres que habían tenido un embarazo gemelar para intentar averiguar si eran óvulos procedentes de uno o de varios folículos⁵⁶⁴.

OTERO negaba la superfecundación porque creía que carecía de fundamento científico y también la superfetación, ya que el cuerpo amarillo gravídico impediría el que se produjeran nuevas ovulaciones. Además se apoyaba en el hecho de que en un útero gravídico el relleno de su cavidad impediría el ascenso de los espermatozoides⁵⁶⁵.

En los demás aspectos OTERO no aportaba ninguna información que no estuviera contenida en los textos habituales.

APORTACION PERSONAL.

La experiencia clínica del Profesor se pone de relieve en este tema y la aporta a la enseñanza para así poder transmitirla al futuro médico práctico que puede luego encontrarse -- con situaciones similares; esto se pone de manifiesto de manera más llamativa en los pasajes siguientes:

Cuando habló de la dificultad que podía representar el diagnóstico de un embarazo triple mencionaba un caso que él había atendido personalmente:

"Este caso, que recuerdo justamente, en el que yo había predicho al matrimonio que habría por lo menos tres chicos, fue acogido con incredulidad, sobretodo por el marido ... cuando llegó el momento del parto ..., yo les había dicho que pusieran luz eléctrica a fin de poder poner una estufa incubadora. La mujer parió el primero, con facilidad, al poco rato el segundo, y el marido se puso pálido, y cuando dió a luz el tercero, cayó sincopado; al volver en sí, decía el marido: "Yo no temía que hubiera tres chicos, ya había admitido esa posibilidad, pero mi temor era el que siguieran saliendo en número ilimitado".

Yo quisiera que Uds. comprendieran que los tocólogos encontramos en ocasiones, muchas dificultades para diagnosticar un embarazo-

gemelar pero casi siempre, por lo menos debemos sospechar que puede haber más de un feto y esta sospecha sirve justamente, primero para hacer un buen diagnóstico y segundo para llevar a la familia el convencimiento de la duda en que estamos" ...(566)

Refería que el diagnóstico de la muerte de uno de los gemelos podía hacerse por auscultación y una vez mas apuntaba un caso atendido personalmente por él:

"... en el acto del parto ... cuando nosotros tocamos un cordón umbilical que no late a través, lo que quiere decir que pertenece a un feto que está muerto y en cambio por auscultación nosotros oímos un corazón fetal, entonces hay un feto cuyo corazón oímos y un cordón procidente en vagina que no late, luego es un feto muerto y por consiguiente hay dos; yo tengo un caso de estos, encontramos en la vagina la cabeza de un feto macerado ... y en cambio oíamos los latidos de un corazón fetal, teníamos pues hecho el diagnóstico de un embarazo doble". (567)

En ocasiones el médico podía ser avisado para atender una retención placentaria y que fuera falsa por tratarse en realidad de un segundo gemelo, con respecto a este caso OTERO refería lo siguiente:

"... yo recuerdo más de una vez, haber sido llamado con urgencia para ver a una señora que había dado a luz un feto, pero no expulsaba la placenta, y cuando llegué me encontré con que no sólo estaban dentro las secundinas, sino que había con ellas un feto completo y recuerdo encontrarme con que el útero en lugar de descender no lo hace". (568).

Podían coincidir un embarazo y un quiste gigante de ovario que plantearan dudas diagnósticas en el postparto con el embarazo gemelar. A propósito de esta situación OTERO hacía la siguiente aclaración:

" ... yo he visto un caso en el que se notaba lo siguiente: Inmediatamente de parir una mujer, una tumoración abdominal muy grande como si no hubiera parido, y pasaba lo siguiente como pudimos después reconstruir haciendo un tacto intrauterino, pasaba que aquí se encontraba un útero vacío y encima de él, como un gran quiste que era un quiste de ovario"... (569)

Una inserción velamentosa del cordón umbilical puede -
representar un gran peligro en la clínica, para avisar de ello
OTERO también aportaba sus experiencias:

"... Yo recuerdo dos casos en los cuales nacido el primer feto, -
al estallar la bolsa del segundo salió un poco de sangre, algunos
minutos después nació el segundo feto espontáneamente, muy blanco,
muy pálido, se excitó y vivió, y estudiamos detenidamente los ane-
xos, encontramos que ... los vasos del cordón se ramificá|ban| ...
en territorio de las membranas ... al romperse la bolsa se pueden
romper uno de estos vasos y la sangre que sale es fetal ... luego
el feto se desangra y muere por anemia; el caso que os he dicho -
anteriormente justamente murió el niño ... Cuando Uds. observen -
que después de salir el feto primero, al romperse la segunda bol-
sa sale un poco de sangre, procuren extraer rápidamente el segundo
feto, porque si no perece". (570)

Tema 6º. EMBARAZO EXTRAUTERINO. ROTURA UTERINA.

EXTENSION TOTAL: 90 cuartillas, de las que 82 están dedicadas-
al embarazo extrauterino y 8 a la rotura del útero .

DIAS EMPLEADOS: 5 días que dedicó al embarazo extrauterino, lo-
que equivalía a siete horas treinta minutos y 1 día a la rotura
del útero, lo que equivalía a una hora treinta minutos.

CONTENIDO.

1. Embarazo extrauterino:

Recuerdo fisiológico del proceso de nidación ovular (571)

Tipos anatomopatológicos de embarazo extrauterino (572)

Mecanismo de producción del embarazo extrauterino. Sus causas-
(573)

Tipos anatómicos de:

Nidación tubárica (574)

Nidación ovárica (575)

Embarazo abdominal (secundario o primitivo) (576)

Causas de las gestaciones tubáricas: Anomalías y enfermedades de
las trompas (577).

Anatomía patológica del embarazo extrauterino (587)

Evolución del embarazo extrauterino (579):

1. Rotura interna de la cápsula (según WHERT): Aborto tubario
Mola tubaria
Hematocele peritubario.
Hematocele retrouterino
2. Rotura externa de la cápsula: Rotura tubaria
Hemorragia cataclísmica.
3. Embarazo abdominal.

Patogenia y diagnóstico de los embarazos extrauterinos (580)

Antecedentes.

Historia clínica

Síntomatología:

Tipos de pérdidas sanguíneas.

Anemia: colapsos.

Síntomas peritoneales.

Signos exploratorios: Punción del Douglas.

Diagnóstico diferencial de los embarazos extrauterinos con (581):

Aborto uterino

Piosalpinx.

Anexitis supurada.

Torsión del pedículo de un quiste de ovario.

Pelviperitonitis infecciosa enquistada.

Utero grávido en retroversión.

Otras causas de hemoperitoneo.

Pronóstico del embarazo extrauterino (582).

Conducta a seguir ante los embarazos ectópicos (583):

1. En el medio rural:

Tratamiento sintomático previo al accidente.

Indicaciones y técnica de la laparotomía.

Indicaciones y técnica de la transfusión sanguínea:

Autohemotransfusión

Heterotransfusión.

2. Por parte del especialista: tratamiento quirúrgico:

Indicaciones y técnica de la vía vaginal

Indicaciones de la laparotomía

Técnica laparotómica en el embarazo abdominal.

2. Rotura uterina (584):

En uno de los días que OTERO dedicaba a la explicación del embarazo extrauterino hizo un inciso para presentar una -- historia clínica de un caso no relacionado con el tema, ya que se trataba de una rotura uterina en la que la paciente había -

fallecido y que había acontecido según él decía, el día anterior en la Clínica Obstétrica; la raíz de la decisión de referirse a este tema estaba en el hecho de sentirse él responsable directo del caso y desear que sus alumnos vivieran con él la "triste experiencia" y así "no olvidarían fácilmente las enseñanzas del caso", aunque a él directamente en ningún momento se había recurrido. Su explicación la basó en los siguientes puntos:

1. Presentación de la historia clínica de la mujer:
 - Antecedentes.
 - Exploración obstétrica.
 - Pelvimetría.
 - Curso del parto hasta el momento de la rotura.
 - Tratamiento: Histerectomía abdominal y muerte de la paciente.
2. Consideraciones acerca de las causas de la rotura---uterina. ¿Cómo evitar que apareciera?.
3. Recalcó la importancia que tenía realizar la pelvimetría en todas las pacientes.
4. Al final de la clase mostraría la pieza de la histerectomía señalando el lugar de la rotura y el feto que se había extraído para que pudiese ser observado directamente por los alumnos.

MATERIAL AUXILIAR: Realizó 57 esquemas en el encerado, todos dedicados al embarazo extrauterino, para completar las explicaciones sobre los aspectos siguientes:

- Distintos puntos de posible anidación de un óvulo fecundado.
- Ovulo en el interior del útero a los 8-10 de la fecundación.
- Tres tipos de gestación tubárica (ampular, ístmica e intersticial)

Proceso de la ovulación.
Tipos de nidación ovárica (intra y extrafolicular).
Posibilidades de embarazo abdominal.
Trompa infantil (larga y flexuosa).
Pestañas vibrátiles de la trompa.
Corte esquemático de una trompa normal.
Corte esquemático de una trompa enferma.
Trompas afectadas de un proceso de mesosalpingitis.
Proceso de anidación de un óvulo en una trompa.
Embarazo tubárico (rotura interna y externa de la capsular).
Gestación tubárica con y sin relación con el mesosalpinx.
Embarazo extrauterino con un hematoma en el ligamento ancho.
Proceso de rotura interna de la capsular.
Hematocele peritubarario.
Corrosión de una rama de la arteria espermática por un embarazo -
extrauterino tubárico.
Embarazo abdominal a término.
Trompa conteniendo un embarazo en su interior y un útero ligeramen-
te aumentado de tamaño.
Embarazo tubárico con el huevo desprendido.
Embarazo tubárico y útero recubierto de mucosa hipertrofiada.
Tamaño uterino en las distintas semanas de amenorrea.
Laparotomía con hematocele retrouterino.
Diagnóstico diferencial de embarazo extrauterino y aborto uterino.
Anexitis bilateral para hacer el diagnóstico diferencial con el -
embarazo extrauterino.
Diagnóstico diferencial del embarazo extrauterino con una tumora-
ción de otra naturaleza.
Diagnóstico diferencial del embarazo extrauterino y un útero en -
retroversión.
Laparotomía por embarazo extrauterino: lugar donde se debían colo-
car las pinzas para hacer hemostasia.
Modelo de autohemotransfusor para el medio rural.
Corte anteroposterior y lateral del hematocele pelviano.

Drenaje quirúrgico vaginal de un hematocele retrouterino.

Embarazo ectópico abdominal secundario.

Modo de inyectar contraste en un útero en caso de sospecha de un embarazo extrauterino abdominal.

Marsupialización abdominal de una gran cavidad tras una intervención por embarazo extrauterino abdominal.

La técnica de OTERO preconizada para la marsupialización en los casos en que tras la intervención por embarazo extrauterino abdominal quedaban restos amnióticos en el Douglas.

CONSIDERACIONES. Sobre este tema que OTERO explicó con tanta amplitud de conceptos e imágenes son innumerables las consideraciones que nos sugiere, aunque nos vamos a detener sólo en los aspectos más importantes:

Apoyado en experimentos realizados con los Rayos X, para OTERO es importantísimo el peristaltismo tubárico para el transporte del óvulo fecundado ⁵⁸⁵.

OTERO admitía que la causa del embarazo extrauterino había que buscarla en el óvulo, el cual, según él, adquiría su capacidad trípica antes de llegar al útero ⁵⁸⁶ y reconocía como fuentes responsables de esto las siguientes:

El espermatozoido comunicaría al óvulo una "gran actividad reproductora" y el óvulo fecundado se segmentaría muy aprisa; consideraba esta teoría como posible porque le explicaría su experiencia clínica de haber encontrado maridos cuyas mujeres habían presentado embarazos extrauterinos: un hombre que enviudó a consecuencia del fallecimiento de la mujer por hemorragia debida a embarazo extrauterino volvía a contraer matrimonio y la mujer también presentaba un embarazo extrauterino al poco tiempo. (587)

El óvulo podía ser fecundado en una trompa obstruida y al no poder salir intentaría abrirse camino por la otra trompa; en este reco-

rrido alcanzaría sus facultades tríplicas, pudiendo entonces implantarse en la cavidad abdominal dando lugar a un embarazo abdominal. A esta teoría se le conocía como la migración externa del óvulo (588).

La existencia de lesiones tubéricas, ya fueran endosalpingitis o mesosalpingitis, era para OTERO un factor de la máxima importancia en la producción de embarazos ectópicos, basándose en el conocimiento de los trabajos anatómicos más recientes (589).

Mantenia una opinión encontrada con los autores clásicos, ya que concedía poca importancia a los factores traumáticos emocionales (590)

La expresión de la anatomía patológica del embarazo extrauterino la hacía citando la frase clásica de WEHRT: "el óvulo al anidar en la trompa no sólo se fragua en ella su nido, - sino también su tumba" (591).

Las dificultades que podía tener el diagnóstico de un embarazo extrauterino eran recalçadas por OTERO:

Citaba a su maestro, el Prof. BUMM, diciendo que era un "Clínico-experto" para significar las dificultades de diagnóstico de una trompa grávida, aunque él reconocía haber tocado esto más de una vez simplemente guiado por la clínica (592).

Un embarazo extrauterino podía ser confundido con un aborto uterino e indicaba al médico práctico por esta razón que siempre, tras la exploración del útero, debería explorar los anexos.

En caso de duda diagnóstica entre un embarazo extrauterino y un proceso anexial, OTERO tenía como norma recurrir al FHAREUS(593), a la fórmula leucocitaria y a la fórmula hemática para descubrir los signos de infección en el primer caso, o de anemia en el segundo.

Aconsejaba la punción abdominal al médico práctico, siempre que tuviera duda sobre un caso de peritonismo.

Ante la duda de la posible existencia de un embarazo extrauterino

abdominal aconsejaba inyectar Lipiodol en la cavidad uterina y hacer una radiografía para observar si el contraste salía por las trompas, lo que era indicativo de que el feto no estaba en la cavidad uterina (594).

Con respecto a la evolución espontánea de los embarazos extrauterinos OTERO se mostraba escéptico y lo consideraba como "hecho raro" 595.

En relación con el tratamiento del embarazo extrauterino sus ideas eran bastante renovadoras y portadoras de una actitud francamente activa frente a este proceso; así al indicar al médico práctico la prohibición de utilizar medicamentos tónicos-cardíacos y respiratorios lo hacía con el siguiente énfasis:

"... y si se trata de un caso mas grave ... no harán Uds. nunca (fíjense bien) dar Alcanfor, Cafeína, sueros, excitantes y tónicos cardíacos, aunque vean Uds. (fíjense bien) que el pulso de esta mujer diagnosticada de embarazo ectópico va perdiendo fuerza; mucho ojo con que utilicen excitantes y tónicos cardíacos y mchísimo menos inyectar suero.

Si una mujer que tiene un vaso más o menos grande abierto en el abdomen le inyectamos Cafeína, Alcanfor, sueros etc. aumentamos la fuerza de propulsión del miocardio y la tendencia natural que tiene la naturaleza a cohibir la hemorragia por disminución de la presión, la hacemos desaparecer en cuanto aumentamos la rapidez y la fuerza de la contracción del motor cardíaco, dando estos medicamentos, mientras que por el contrario a lo que debemos aspirar es a obtener la hemostasia espontánea" (596)

Para OTERO un médico práctico estaba autorizado a no dejar morir a una mujer por un embarazo extrauterino sin antes haberle aplicado la terapéutica oportuna:

Le autorizaba a hacer una laparotomía en el caso de que vieran aumentar la cuantía de la hemorragia señalándole que se trataba de "una indicación vital" (597)

La autohemotransfusión podía ser una medida salvadora para la mujer, recogiendo la sangre vertida en su peritoneo y reintroduciéndola en su torrente circulatorio de manera adecuada (598).

La heterotransfusión la restringía en su utilización con las siguientes palabras:

"Es posible que Uds. no puedan determinar el grupo hemático del donante, y no están autorizados a hacerla sino bajo indicación vital, recurran ... a la sangre del padre, de la madre o de un hermano de la enferma, estas sangres así nunca son tan peligrosas que puedan comprometer su vida, es decir, Uds. no harán el día de mañana una indicación amplia de transfusión, únicamente la harán en los casos de indicaciones vitales y utilizando siempre sangre de un pariente consanguíneo" (599).

Al igual que otros autores de la época ⁶⁰⁰OTERO consideraba la intervención quirúrgica como el único medio de tratamiento del embarazo ectópico; la posibilidad de ligar la trompa no afectada era contemplada por él con el fin de impedir que el problema se repitiese ⁶⁰¹.

Finalmente como buen remedio hemostático OTERO indicaba el opio, tanto en el medio rural como en el clínico, para el tratamiento del embarazo extrauterino.

APORTACIONES PERSONALES.

También en este tema OTERO fue prolijo a la hora de aludir a su experiencia como clínico para emitir determinadas hipótesis o insistir en algunos aspectos:

OTERO suponía que en la génesis del embarazo extrauterino no podía existir una causa que radicara en el espermatozoido, - apoyado en varias observaciones personales - que citaba - de - maridos cuyas mujeres habían tenido en una o varias ocasiones embarazos extrauterinos. Sobre este punto ya hemos hecho mención, pero hemos de aclarar que aunque es un concepto teórico, todavía en la actualidad no ha podido ser afirmado ni negado ⁶⁰².

Al citar la posibilidad de la gestación ovárica OTERO -

mencionó un caso intervenido por él, cuya pieza estaba en el --
laboratorio de la Clínica y en el cual el feto muerto había pe
sado 3.000 gramos.

La recomendación de operar con rapidez los embarazos ec
tópicos la hacía basándose en su experiencia, ya que decía que
había asistido mujeres que habían fallecido a consecuencia de
una hemorragia cataclísmica por no haber intervenido a tiempo.

Apoyaba la posibilidad de evolución de un embarazo extra
uterino abdominal refiriéndose a un caso intervenido por él el
año anterior de un embarazo abdominal de siete meses.

OTERO reconocía la posibilidad de confusión de una tumo
ración abdominal originada por un embarazo extrauterino con una
perimetroanexitis, recordando un caso de esta naturaleza atendi
do cuando "él tenía poca experiencia" y en el que intraoperato
riamente había confundido con una perimetroanexitis gonocócica
y no había hecho ningún tratamiento operatorio y luego la evo
lución clínica le había confirmado que realmente se trataba de
un embarazo extrauterino.

Para resaltar los peligros que podían tener los tónicos
cardiacos y respiratorios en el embarazo extrauterino, recorda
ba un caso intervenido por él en el cual la enferma había falle
cido por anemia poco después y que él no la había sabido enjui
ciar adecuadamente por habersele administrado previamente a su
llegada estos medicamentos que habían llegado a emmascarar la
situación real.

OTERO consideraba como vía quirúrgica de elección la la
parotomía, aunque indicaba el tratamiento por vía vaginal median

te colpotomía en los casos de hematocele infectado ⁶⁰³.

Al referirse a la posibilidad de tener que marsupializar hacia afuera a través del abdomen el gran saco que podía quedar tras intervenir un embarazo abdominal, OTERO decía que esta solución no le satisfacía y proponía una nueva técnica basada en "suturar completamente el abdomen y abrir el saco por vagina".

También OTERO poseía su propia técnica para peritonizar en el caso de que en Douglas quedaran restos de amnios y corion, la cual acompañaba de colpotomía condicional.

ESTUDIO COMPARADO DEL TEMA.

1. Si comparamos la exposición de OTERO sobre el embarazo extrauterino con la que nos proporciona RECASENS ⁶⁰⁴, las diferencias más destacadas las encontraremos en las indicaciones terapéuticas, ya que mientras que RECASENS recomendaba una actitud pasiva, expectante, como una buena norma de conducta, en espera de una evolución espontánea del proceso, OTERO se manifestaba escéptico en cuanto a esta evolución y sólo recomendaba una actitud expectante en el caso de que se tratase de un embarazo extrauterino diagnosticado en el medio rural -siempre que no ocurriese un accidente agudo. Pero en el caso de accidentes sus recomendaciones son mucho más intervencionistas indicando la obligación que todo médico tenía de no dejar morir a ninguna paciente sin haber adoptado antes un tratamiento quirúrgico y haber intentado restablecer el estado general mediante transfusión sanguínea, bien autohemotransfusión o heterotransfusión ⁶⁰⁵. En cuanto al tratamiento OTERO recomendaba --

siempre la intervención quirúrgica aún en el caso de que no hubiera sobrevenido un accidente agudo, recomendaciones todas estas que en la descripción proporcionada por RECASENS no aparecen y que para nosotros son demostrativas de la experiencia que poseía OTERO en el diagnóstico y tratamiento de los embarazos extrauterinos, de sus accidentes y sus complicaciones, diferenciándolo de otros especialistas de su época, incluso su maestro cuyas explicaciones teóricas a nuestro parecer demostraban una menor experiencia práctica.

La actitud mencionada por nosotros se puede ver claramente expresada en las siguientes palabras del propio OTERO:

"Podemos considerar toda enferma con una gestación ectópica como una enferma con un tumor maligno ... en este caso está indicada la extirpación de la trompa grávida para evitar los peligros de la hemorragia, infección y trastornos unidos a ellas... Por esto es por lo que nuestro criterio es cada día más radical y más intervencionista en el tratamiento de los embarazos ectópicos, no sólo para alejar la hemorragia o infección secundaria sino para dejar el aparato genital libre de todo proceso de adherencias -- que invaliden a la mujer para la vida de relación y la hagan además estéril ... todo embarazo extrauterino ... (sea la forma que sea) el tratamiento es siempre intervenir ... extirpar la trompa grávida"... (606).

HERNANDEZ ⁶⁰⁷ ratificaba plenamente las opiniones vertidas por OTERO, y consideraba incluso la conveniencia de una laparotomía exploradora en el caso de dudas en el diagnóstico, ya que consideraba a todas las gestaciones tubáricas como tributarias de una terapéutica quirúrgica.

2. La exposición de OTERO también admite comparación con otros autores coetáneos:

En la introducción del tema que hacía OTERO había una -

referencia al proceso de la fecundación y afirmaba que el óvulo era fecundado en el tercio externo de la trompa, tal y como se admite en la actualidad ⁶⁰⁸; sin embargo BUMM ⁶⁰⁹ a este respecto decía que no se sabía nada concreto, en la especie humana, sobre el lugar de encuentro de los espermatozoides y el óvulo - por falta de observaciones sobre el particular.

STOECKEL ⁶¹⁰ afirmaba que tampoco se conocía con seguridad el sitio donde coincidían el espermatozoide y el óvulo, - en los casos en que tenía lugar la concepción, ni donde penetraba el elemento fecundante en el fecundado para unirse a él.

De todo lo anterior nosotros hemos de concluir que el concepto de OTERO sobre estos procesos era más moderno, acertado y actualizado que el mantenido por algunos de sus maestros y coetáneos.

Tema 7º. MOLA VESICULOSA ⁶¹¹.

ESQUEMA GENERAL DEL DESARROLLO DEL TEMA.

1. Concepto ⁶¹². La mola vesiculosa, como su propio nombre indica, es una masa de vesículas, unidas a otras por finos tractos conjuntivos, que se pueden encontrar en el útero o en cualquier lugar donde haya anidado un huevo fecundado ⁶¹³.

2. Etiopatogenia ⁶¹⁴. La mola vesiculosa puede encontrarse en mujeres en cualquier edad de su vida genital, aunque prefiere sus postrimerías - de los 40 a los 45 años - si bien es posible que aparezca incluso en el primer embarazo.

Es una enfermedad ligada a la vida de reproducción, no-

padeciéndola ni la virgen ni la menopáusica, ya que es siempre un proceso relacionado con un embarazo.

El proceso patológico asienta en la vellosidad corial, - la cavidad amniótica desaparece y se rellena la cavidad uterina con vesículas como racimos de uvas; no existe embrión y a lo sumo, si se trata de una mola embrionaria, se pueden encontrar restos de cordón.

En ocasiones aparecen placentas en las que se observa una degeneración parcial molar que carece de significado desde el punto de vista clínico.

3. Anatomía Patológica ⁶¹⁵. Por una razón que se desconocía ⁶¹⁶, cuando el huevo está en el estadio en el que toda la periferia del corion está recubierta de vellosidades, éstas entran en un estado de degeneración que va a determinar la mola.

A continuación OTERO hace un recuerdo de la estructura de una vellosidad corial normal y patológica, y concluye diciendo que la vesícula de la mola es como una vellosidad cuyo contenido se hizo hidrópico, careciendo casi de vasos (y si quedaban algunos estaban ocluidos y trombosados) y también de tejido conjuntivo. Inicialmente se distinguía la vellosidad por la abundancia de sincitium, siguiendo la degeneración hidrópica del tejido conjuntivo que hay en su interior; en el sincitium ocurre una hiperplasia que lo asemejaría a un proceso tumoral, lo que haría que la mola fuera un proceso neoformativo del aparato trofoblástico embrionario, caracterizado por una hiperplasia del elemento epitelial sincitial acompañado de una

degeneración hidrópica del tejido conjuntivo de la cavidad, con degeneración trombótica de los vasos que riegan la vellosidad.

Las vesículas no sólo se implantarían en la mucosa uterina sino que corroerían y penetrarían hasta la capa muscular e incluso atravesarían completamente la pared e irrumpirían en la cavidad peritoneal, a éstas últimas se las denominaría molas perforantes o destructivas; podían encontrarse masas de sincitium e incluso vellosidades coriales en venas más o menos alejadas del aparato genital, lo cual explicaría la aparición de corioepiteliomas al cabo de más o menos tiempo de expulsada la mola y en cualquier región del cuerpo.

4. Clínica de la mola vesicular ⁵¹⁷.

Alteraciones del estado general más acentuadas que en el embarazo normal, vómitos más frecuentes, albuminuria precoz, edemas, subictericia y, en resumen, una sintomatología que le imprime a la mujer la apariencia de encontrarse intoxicada.

Pérdidas sanguíneas por genitales de dangre más o menos roja; a veces serosidad sanguinolenta, que aparece y desaparece sin ir acompañada de síntomas de aborto; el útero no se contrae, no hay dolor y el cuello no se modifica; todos los síntomas reunidos podrían hacer pensar en la existencia de una mola.

Desproporción entre la amenorrea y el tamaño uterino, el cual presenta una consistencia pastosa; podría alcanzar un tamaño que indujera a pensar que la mujer perdió la cuenta de su amenorrea pero no se ausculta feto si se hacía a partir del --

cuarto mes una radiografía no se observaría esqueleto fetal.

La diferenciación entre el volumen uterino de la mola y del hidroamnios se basaría en la particular consistencia del útero que en la mola sería pastoso y en el hidroamnios quístico y, además, en el segundo la radiografía marcaría algún contraste entre la sombra del líquido y la del feto.

El dato para el diagnóstico de certeza se basaría en la expulsión por genitales de algunas vesículas mezcladas con san gre.

5. Pronóstico ⁶¹⁸.

La mola es una complicación seria que puede conducir a la mujer a la muerte por hemorragia o por infección intrauteri na en los casos de aborto molar incompleto.

Existiría también el peligro de la aparición de un corio epitelioma maligno con propiedades metastásicas más intensas - que cualquier otro tumor. Las cifras de mortalidad que daban - los autores estaban entre el 10 y el 30 por ciento, pero OTERO opinaba que estas cifras eran exageradas según su experiencia - personal ⁶¹⁹.

6. Tratamiento ⁶²⁰.

Si la mola no daba síntomas podía esperarse la tramitación espontánea del aborto, aunque algunos propugnaban facilitar la tramitación artificial del aborto.

Cuando la mola fuese diagnosticada antes de iniciado el aborto, se remitiría la enferma al especialista.

Si la paciente se presentaba con síntomas de aborto, en tanto que la hemorragia no pusiera en peligro su vida, se facilitaría la tramitación con quinina, secacornina y grandes dosis de Hipofisina, presenciando el aborto sin intervenir; si la mujer sangraba profusamente se recurriría al taponamiento intrauterino-cervico-vaginal, que se retiraría a las 8-12 horas de colocado y estando ya preparado el médico para intervenir activamente: con anestesia general, una vez dormida la paciente se retiraría el tapón, se desinfectarían los genitales, rasurados previamente y se procedería a un legrado digital ayudado con maniobras externas con las cuales se exprimiría el útero; se inyectarían a la mujer 5 Uds. de Hipofisina al comienzo de la intervención por vía endovenosa, y no se daría por terminada hasta que no quedase nada en el útero; si algún resto permaneciese muy adherido se extraería con cucharilla de abortos inyectando previamente Pituitrina para evitar el peligro de perforación.

Cuando a los pocos días de tramitado un aborto molar, natural o artificial, la mujer comenzaba a sangrar y aparecía fiebre es que existían restos dentro del útero, entonces había que dilatar el cuello con tallos de Hegar y desprenderlos, procediendo luego a taponar el útero si la mujer sangraba y todo el producto extraído debería ser observado al microscopio.

Después del alta de las pacientes deberían ser sometidas a revisión cada quince días y se observarían los puntos siguien

tes:

Si existían tumores poliquísticos, como ocurría en algunos casos de mola, vigilar su tamaño y su desaparición espontánea, que era lo habitual.

En un 5 por ciento de los casos de mola se podía presentar después un corioepitelioma maligno (621). Por éste motivo la vigilancia debería centrarse en controlar si aparecían modificaciones del tamaño y forma del útero y si aparecían hemorragias atípicas.

Para el seguimiento se contaba con un método de certeza que era la reacción de ASCHEIM y ZONDEK, la cual, en los casos de mola, era intencionalmente positiva; bastaba para su realización inyectar 1 cc. de disolución de orina al 1 por mil en agua, debido a que esta orina tenía un alto tenor de PROLANES (622). Si aparecía un corioepitelioma la reacción no se negativizaba una vez expulsada la mola; en cada revisión se le indicaría a la paciente que llevara una muestra de orina de la primera micción de la mañana para con ella practicar la reacción de ASCHEIM y ZONDEK (623).

CONSIDERACIONES.

OTERO lo único nuevo que aporta al tema sobre las descripciones de la mola que hacían los Tratados clásicos es la introducción de los métodos de investigación hormonal recientemente incorporados en aquel momento a la práctica diaria.

Durante el curso académico 1931-32 se habían iniciado en el Laboratorio de la Clínica de Obstetricia experimentos con animales y deberían tener interés por recoger orina de pacientes con mola para la realización de investigaciones que concluyeron en 1936, tras la publicación de un trabajo sobre éste material por CHAMORRO.

El otro punto a destacar de la exposición es el carácter

práctico que le imprimió al tema, con cuyo conocimiento el médico se ponía en condiciones de actuar adecuadamente ante un caso de ésta naturaleza.

Tema 8º. PLACENTA PREVIA O INSERCIÓN ISTMICA.

EXTENSION TOTAL: 76 cuartillas.

DIAS EMPLEADOS: OTERO invirtió en este tema un total de cuatro días lectivos, lo que equivalía a 6 horas dedicadas a la exposición de la placenta previa.

CONTENIDO:

Concepto de placenta previa o inserción istmica (624).

Etiología (625).

Mecanismo de producción (626):

Placenta previa primaria
Placenta previa secundaria.

Tipos anatómicos de placenta previa (627).

Sintomatología y evolución clínica (628).

Diagnóstico diferencial de la placenta previa (629):

En la segunda mitad del embarazo
En el parto.

Pronóstico materno-fetal de la placenta previa (630)

Tratamiento (631):

1. Por el médico práctico

Durante el embarazo.
Durante el parto.
Durante el alumbramiento.

2. Por el especialista:

Durante el embarazo.
Durante el parto.
Durante el alumbramiento
Indicaciones de la cesárea.

MATERIAL AUXILIAR:

1. Esquemas en el encerado: La explicación de este tema fue ilustrada por OTERO con la realización de unos

53 dibujos en el encerado algunos de los cuales fueron hechos en varios colores, sobre los conceptos siguientes:

Recuerdo anatómico de los lugares de implantación posibles del óvulo fecundado.

Mucosa del cuerpo uterino con sus pestañas vibrátiles en estado normal y aumentadas.

Porciones que integran el útero gestante (a tres colores).

El orificio interno anatómico de un útero no gestante (a tres colores).

Inserción ístmica primaria o secundaria (bicolor).

Diferencia de estructura anatomopatológica entre el cuerpo y el istmo uterinos (varios colores).

Crecimiento de un huevo anidado en la zona ístmica.

Huevo anidado en zona corporal extendido secundariamente al istmo.

Posibilidad de placenta previa central.

Placenta previa central.

Placenta previa marginal.

Placenta previa parcial.

Ovoide uterino y ovoide fetal.

Cambio de la forma ovoidea del útero a cilíndrica como consecuencia de una placenta previa central.

Diferencia entre el cuello uterino a término en una nulípara y en una múltipara.

Útero con inserción placentaria normal.

Proceso de dilatación del cuello en el parto.

Diferencia entre placenta previa central y parcial en el momento del parto.

La hemostasia en el alumbramiento en la inserción placentaria normal y en la placenta previa.

Herida placentaria sangrante en el istmo uterino

Inserción acreta de una placenta previa.

Lugar apropiado para la rotura de la bolsa de las aguas en la placenta previa parcial.

Placenta previa parcial y situación transversa.

Técnica de la versión de Braxton-Hicks.

Cono de presión que hace un pie procidente en la placenta previa.

Balón de Champetier, modo de introducirlo, pinzas para su colocación y aparato ya insertado.

Placenta previa en cuello cerrado.

Taporamiento vaginal no hemostático.

Cesárea vaginal, lugar de la incisión.

Cuello uterino dilatado como moneda de cinco pesetas.

2. Piezas anatómicas: Al final del segundo día de clase, OTERO mostró a los alumnos un útero extirpado en una mujer intervenida dos días antes y que había fallecido, tras habersele extraído un feto muerto con el basiotribo.

CONSIDERACIONES.

OTERO admitía de un modo absoluto la existencia del istmo uterino y lo definía como:

"... aquella porción interpuesta entre el cuerpo y el cuello uterinos ... cuya textura muscular y mucosa es distinta a la del cuerpo y a la del cuello"... (632)

aunque, tal y como hacía BUMM ⁶³³, no daba importancia a la procedencia del mismo, cuestión frecuentemente objeto de controversias en la época que nos ocupa. ⁶³⁴. Apoyándose en ASCHOFF ⁶³⁵ - explicaba la diferencia entre el orificio interno anatómico y - el orificio interno histológico del útero, entre los cuales estaba situado el istmo uterino, lugar de asiento de la placenta previa ⁶³⁶.

BUMM ⁶⁷³ sostenía que era posible una nidación directamente sobre el orificio uterino interno como mecanismo de pro-

ducción de las placentas previas, en cambio HOFFMEIER ⁶³⁸ soste
nía que todas las placentas previas eran secundarias. OTERO ba-
sándose en ambas opiniones sostenía que los dos mecanismos eran
posibles y aceptados por todos.

OTERO avisaba al médico práctico para que no se fiara de
las estadísticas que daban de mortalidad materna (5-8 por cien-
to) y le indicaba que de 4-5 mujeres con placenta previa que a-
sistieran, 1 de ellas iba a morir; indicaba unas cifras de mor-
taliad materna del 15-20 por ciento, que eran las mantenidas -
por otros autores ⁶³⁹.

En los casos de placenta previa OTERO se manifestaba par-
tidario de atender primero a la madre y sacrificar al feto si -
era necesario, bien de primera intención o bien por las medidas
que se tendrían que adoptar para salvar la vida de la madre; da-
ba una mortalidad fetal del 60-75 por ciento; su actitud era --
también mantenida por otros autores que proporcionaban cifras -
idénticas de mortalidad fetal ⁶⁴⁰.

Toda paciente dignosticada de placenta previa según OTE-
RO debía ser enviada a una clínica porque consideraba que:

"... la placenta previa no es enfermedad del médico práctico, no-
parto para parir en casa de la enferma, es una enfermedad que exi
ge tratamiento en clínica, no solamente por el beneficio de la mu
jer sino por egoísmo del médico; Uds. piensen el día de mañana que
cualquier fracaso ha de repercutir en su crédito profesional, pero
nada tanto como que se les mueran las mujeres en trabajo de parto,
pues esto no sólo los desacredita como tocólogos sino como médicos
y más de un médico conozco yo que se ha tenido que ir de un pue--
blo por haber tenido la desgracia de un par de fracasos.
Cuando Uds. diagnostiquen una placenta previa, insistan ante la en
ferma, su marido y familia, recaben el auxilio del Ayuntamiento,-

de la Inspección General de Sanidad, para trasladarla rápidamente a una clínica, poniéndose a cubierto de muchos disgustos e intranquilidad moral y espiritual"... (641)

Sus recomendaciones se extendían también al especialista, indicaba que siendo él mismo quien acudiera a un domicilio si se trataba de una placenta previa prefería transportar a la paciente a una clínica.

Cuando llegó a las recomendaciones terapéuticas aclaraba que las estadísticas que había proporcionado estaban basadas en los datos de FUHI(Colonia) sobre asistencia del médico práctico pero él para indicar el tratamiento de antemano partía de la base de que una cosa es la Obstetricia de la Clínica y otra la -- del médico práctico.

El taponamiento vaginal en la hemorragia por placenta -- previa era una medida muy prodigada en contra de la cual se manifestaba OTERO, cita a DODERLEIN, el cual en el Congreso internacional de Obstetricia y Ginecología de Londres (1912), que había tenido como tema la "placenta previa", había atacado duramente las estadísticas presentadas por los franceses debido a -- su elevada mortalidad por infección, atribuible al taponamiento vaginal que prodigaban como tratamiento y contra el cual OTERO -- se manifestaba con los argumentos siguientes:

"Los libros y algunos clásicos, les aconsejarán a Uds. que justamente éste es el caso para que hagan Uds. un taponamiento |se refería a un caso de placenta previa con hemorragia y cuello uterino cerrado| a la enferma, ya que para que dé tiempo a que Uds. -- puedan trasladar a la enferma a la clínica, o para que el taponamiento dilate el cuello lo suficiente para poner en práctica estos recursos que exigen cierto grado de dilatación.

Yo quiero decir a Uds... que el taponamiento no sirve para nada - desde el punto de vista hemostático, y es además extraordinariamente arriesgado bajo el punto de vista séptico...
 ... siempre, por consiguiente, que hayamos que transportar a la mujer con cuello cerrado a la clínica, preferimos que pierda 100 ó 200 cc. de sangre a que venga taponada, pues en este caso el clínico tiene que considerarla como un caso séptico.
 ... Desde el punto de vista práctico para Uds. no utilizen nunca el taponamiento"... (642).

Podía ser que, a pesar de todas las insistencias el médico - práctico, se viera obligado a atender a un caso de placenta previa, esto podía representar una gravedad extremada y OTERO, cuando ya les había proporcionado información sobre todos los recursos terapéuticos ante una situación de ese tipo, les decía:

"... |Y| después échense Uds. a temblar"... (643)

Para el médico práctico opinaba OTERO que podía ser de utilidad el balón de Champetier ⁶⁴⁴ para aquellos casos de fetos - muy valiosos y placenta previa; a éste método le atribuía una - mortalidad fetal del 25-30 por ciento mientras que a la versión de Braxton-Hicks le atribuía una mortalidad fetal del 80-90 por ciento ⁶⁴⁵.

La dificultad que podía tener el tratamiento en algunos - casos de placenta previa fue resumida por OTERO en la siguiente frase:

"... es verdaderamente esquemática, sencilla en teoría, aunque no - es fácil en la práctica"... (646)

En cuanto a las indicaciones de la cesárea abdominal en - el tratamiento de la placenta previa su opinión es:

"... en determinadas ocasiones en la clínica placenta previa quie - re decir cesárea abdominal" (647)

La cesárea vaginal en los casos de placenta previa sería

según OTERO el tratamiento de elección:

"... con grandes multíparas, fetos pequeños, en principio hacemos cesárea vaginal, e insisto sobre este asunto, porque la cesárea - vaginal, que nació justamente en el siglo pasado ..., en estos últimos tiempos se ha relegado a segundo término en beneficio de la abdominal.

Muchos clínicos hacen mas cesáreas abdominales que vaginales, yo creo que es un error, que quizá debido a una falta de dominio de la técnica vaginal; nosotros hemos hecho incommensurablemente muchas mas cesáreas vaginales que abdominales, y no estoy arrepentido; reconocemos que supone un poco mas de peligro para el feto... y sin embargo, estamos convencidos de que la cesárea vaginal debe seguir manteniendo su derecho de existencia"... (648)

APORTACIONES PERSONALES.

Este tema se ve constantemente enriquecido con la alusión que OTERO hace a su experiencia clínica para que sirviera de modelo terapéutico o no; así por ejemplo se veía reflejado al referirse a los siguientes puntos:

1. Importancia de la hemorragia en la placenta previa:-- Refirió un caso asistido por él en la clínica en el cual la paciente murió a consecuencia de la gran hemorragia que había tenido en su domicilio antes de entrar en trabajo de parto y el fallecimiento se produjo en la Clínica mientras preparaban el instrumental en la misma para intervenir.

2. Necesidad de enviar a la clínica todas las pacientes diagnosticadas de placenta previa: Contaba como él mismo había estado 6-7 horas con una mujer con placenta previa dentro de un coche, pues habiendo acudido a operar a un pueblo, como no había las condiciones adecuadas prefirió llevarsela a la clínica, la trató y vivió.

3. Aportación de un caso clínico: Llevó a clase un útero-extirpado que, aunque no estaba relacionado con la placenta pre

via, era de gran enseñanza práctica: una mujer a la que se le había extraído un feto muerto con el basiotribo y en el que él, - sospechando una rotura incipiente del útero, le practicó un tacto intrauterino comprobando que no existía tal rotura y la paciente había fallecido de sepsis sobreaguda.

ESTUDIO COMPARATIVO.

Entre los libros encontrados en la Biblioteca de OTERO - en el Departamento de Historia de la Medicina hemos localizado una monografía sobre Placenta Previa publicada en 1929 por RUIZ CONTRERAS, Director del Servicio de Partos y de Ginecología de la Asociación Protectora de la Maternidad de Barcelona; tras su estudio hemos entresacado los conceptos más significativos que conducían a unas pautas de conducta muy diferentes entre este autor y OTERO que en algunos puntos son rigurosamente encontradas, habiendo sido emitidas ambas en el mismo año.

1. OTERO recomendaba siempre la asistencia en una clínica de una paciente diagnosticada de placenta previa y hemos dejado sentadas las razones que tenía para tal recomendación ⁶⁴⁹.

RUIZ-CONTRERAS en cambio opinaba que incluso los resultados del tratamiento adecuado podían ser mejores en el domicilio de la paciente que en la clínica, prefiriendo el primero si había elección ⁶⁵⁰; indicaba que se enviara a la paciente a la clínica en las primeras hemorragias sólo si no era posible o se quería someter a la paciente en su domicilio a una estricta vigilancia ⁶⁵¹.

2. Hemos visto anteriormente como OTERO exponía sus razo

nes para oponerse al taponamiento vaginal en el caso de hemorragia por placenta previa.

RUIZ-CONTRERAS se manifestaba partidario de ésta medida, consideraba que él había estudiado el asunto de forma desapasionada y reconocía que muchas mujeres, llegadas a su servicio con taponamiento probablemente hubiesen sucumbido durante el camino si no se hubiese recurrido a tal medio ⁶⁵²; recomendaba recurrir a él en casos de hemorragias de repetición con cuello cerrado, feto poco maduro y sin indicación clara de cesárea ⁶⁵³.

3. OTERO no recomendaba en la asistencia clínica la dilatación instrumental del cuello (balón de Champetier), y aconsejándola en casos muy especiales para la asistencia, pero al médico práctico.

RUIZ-CONTRERAS en cambio lo consideraba como una de las medidas de elección en el tratamiento, cuando no se reunían condiciones para otra medida terapéutica y lo anteponía incluso a la operación cesárea ⁶⁵⁴; lo consideraba más favorable para las madres y para los niños que la versión de Braxton-Hicks y la dilatación forzada utilizando para ella una parte fetal, generalmente el miembro inferior ⁶⁵⁵.

En opinión de BUMM ⁶⁵⁶ el método de dilatación instrumental del cuello parecía proporcionar mejores resultados para el feto, pero exigía un instrumento complicado que en la práctica general no había logrado imponerse y sustituir a la versión.

4. OTERO consideraba a la cesárea vaginal como el tratamiento de elección en la placenta previa.

RUIZ-CONTRERAS consideraba que esta práctica era un contrasentido, rechazando en absoluto la cesárea vaginal en el tratamiento de la placenta previa ⁶⁵⁷.

HERNANDEZ ⁶⁵⁸ en unas notas al médico práctico hacía unas recomendaciones terapéuticas que coincidían plenamente con las de OTERO, si bien podemos decir que se mostraba más radical que su maestro porque afirmaba que el tratamiento de elección para la placenta previa era la cesárea abdominal.

RUIZ-CONTRERAS admitía la opción de cesárea abdominal con reservas puesto que consideraba a ésta como la menos obstétrica de todas las operaciones y porque no eliminaba del todo los riesgos maternos y fetales ⁶⁵⁹.

BUMM ⁶⁶⁰ consideraba que la operación cesárea vaginal era muy poco recomendable para estos casos a causa de la fragilidad de los tejidos y de la escasa visibilidad del campo operatorio; según él la operación cesárea abdominal había dado muy buenos resultados.

RECASENS ⁶⁶¹ consideraba que la cesárea no podía en modo alguno ser considerada como medio de elección en el tratamiento de este accidente, sino como medio de excepción; tenía en algunos casos indicaciones precisas que no eran en modo alguno aventajadas por los demás medios de tratamiento.

Tema 9º. ABORTO. SUS COMPLICACIONES.

EXTENSION TOTAL: 71 cuartillas.

DIAS EMPLEADOS: Cuatro, equivalentes a 6 horas de docencia.

CONTENIDO:

Cocepto de aborto y parto inmaduro.

Frecuencia del aborto.

Clasificación del aborto: aborto espontáneo y aborto provocado.

Causas del aborto espontáneo y del provocado.

Tipos anatomopatológicos:

Aborto completo

Aborto incompleto.

Aborto retenido.

Sintomatología del aborto.

Evolución de los distintos tipos de aborto.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial en el aborto.

Pronóstico y complicaciones.

Tratamiento de los distintos tipos de aborto y de sus complicaciones.

MATERIAL AUXILIAR. Para este tema sólo realizó 17 esquemas en el encerado para explicar:

Mecanismo de producción del aborto.

Proceso de dilatación del cuello y de expulsión de las dntintas / partes del huevo en el aborto completo.

Mecanismo de producción de un aborto incompeteto.

Mecanismo de producción de un pólipo placentario y de una mola / uterina.

Anomalías de posición del útero grávido.

Proceso de expulsión del huevo estando el cuello dilatado y estando el cuello cerrado.

Técnica del taponamiento útero-cervico-vaginal con dilatación sub-siguiente del cuello.

CONSIDERACIONES.

1. Aborto criminal.

La provocación del aborto sin una causa justificada / era considerada por OTERO como un crimen y por esto lo denominaba aborto criminal ⁶⁶².

El aumento de frecuencia de abortos provocados en todos los países era enfocado por OTERO desde un punto de vista / social, considerándolo como la pérdida de un contingente de vidas grande que repercutiría en la natalidad de la población ⁶⁶³.

Constituye una interesante aportación la justifica- / ción que hacía OTERO de la analgesia en Obstetricia el atribuir el miedo que las mujeres sentían a los dolores del parto como / una de las causas del aborto criminal:

" ... y a fin de suprimir este manantial de causas del aborto / criminal ... se ha sentido la necesidad de hacer que las mujeres / parieran sin dolor" ... (664)

La perspectiva sociológico-institucional presidía en / OTERO su actitud ante el aborto provocado, prescindiendo, según él, de los aspectos morales y, más todavía de los teológicos ⁶⁶⁵.

OTERO no estaba de acuerdo con la creación que se había hecho en Alemania de unos centros en los que un equipo integrado por médicos y otros profesionales asesoraban a las parejas sobre los medios de evitar los embarazos con la finalidad de -/ evitar los abortos criminales; esta actitud era denominada por / él como "claudicación médica" y la única justificación que le / encontraba era el deseo de evitar la elevada mortalidad producida por el aborto criminal ⁶⁶⁶.

El aborto provocado terapéutico estaba indicado según él en los casos en que la mujer que lo solicitase tuviera alguna / enfermedad en la que un nuevo embarazo comprometiera su vida -/ (667)

Los casos de aborto criminal constituían para OTERO una / excepción en el tratamiento propugnado en el resto de los abortos febriles, que era abstencionista, ya que consideraba que la posibilidad de curación espontánea por las defensas orgánicas / eran mucho menor que en los casos de aborto séptico espontáneo / (668)

El aborto criminal, diagnosticado o sospechado, sería indicación de ingreso en una clínica y/o tratamiento por parte -/ del especialista, para que el crédito del médico práctico no se viera comprometido ⁶⁶⁹.

2. Aborto espontáneo.

OTERO decía que hacía poco tiempo al hablar de las causas del aborto espontáneo se pensaba en un trastorno ovárico, pero que recientemente, esta concepción se había cambiado, hablándose entonces de un trastorno hipofisario como responsable del mismo ⁶⁷⁰.

Cuando OTERO se refería a la diabetes como causa de aborto y de muertes fetales hacía una aclaración interesante, explicando que los fetos no morían por exceso de glucosa en la san--gre como antes se creía. Mencionaba con este propósito, traba--jos recientes que demostraban que la secreción insulínica del / páncreas fetal podía suplir al déficit del páncreas materno, ex

plicando entonces que la muerte del feto sobrevenia por anomalías/
en su metabolismo ⁶⁷¹.

Para hacer el diagnóstico de aborto el médico estaba autorizado a realizar un tacto vaginal aséptico y con guantes estériles ⁶⁷².

Para el tratamiento de un aborto en vías de tramitación, OTERO, aparte del tratamiento farmacológico, recomendaba las medidas siguientes:

"... Reposo absoluto en cama ... alejarse de toda clase de emociones familiares, en fin, un reposo completo, espiritual y corporal, un reposo genital ...
... El tanto por ciento de abortos que podemos evitar es de alguna consideración y justifica este tratamiento"... (673)

En todos los casos de aborto sólo se debía intervenir ac
tivamente cuando se estaba convencido de que éste era irremedia
ble ⁶⁷⁴.

La fórmula clásica más idónea según OTERO para el tratamiento farmacológico del aborto inminente, en el intento de con
seguir la contracción del útero, era:

"quinina	0.40 grs.
polvo de cornezuelo de centeno fresco	0.10 grs."

aunque mencionaba fórmulas más modernas de las cuales no se mostraba satisfecho ni decidido partidario ⁶⁷⁵.

En cuanto al tratamiento, OTERO advertía que debían:

" ... saber como precepto de conducta" ...

que el aborto fatalmente tenía que tramitarse con pérdidas sanguíneas y que no debían actuar para cortarlas sino cuando afectasen al estado general de la paciente, en cuyo caso recomen-

ba el tratamiento quirúrgico ⁶⁷⁶.

HERNANDEZ ⁶⁷⁷ abundaba en la idea expresada por OTERO / en los siguientes términos:

"... La mujer que aborta fatalmente tiene que sangrar ... ésta pérdida sanguínea no nos inquietará en tanto no sea de extrema consideración, y a este respecto están casi todos los especialistas conformes en decir que las pérdidas sanguíneas en el aborto espontáneo, nunca, o casi nunca, llegan a ser de una consideración tal, - que pongan en peligro la vida de la mujer" ...

Con respecto a la manera de proceder en el tratamiento quirúrgico del aborto, OTERO recomendaba desprender el huevo / manualmente y extraerlo con pinzas y, si era posible, proceder a extraer todos los restos manualmente ⁶⁷⁸. Aunque su método / era objeto de controversias y algunos autores recomendaban no / introducir nunca el dedo en la cavidad uterina, OTERO era contundente, indicando a los alumnos que:

"... Dentro de un criterio pedagógico esto es cierto, pero dentro / del criterio práctico que yo sigo, les recomiendo que introduzcan / el dedo y si aprecian un pequeño resto, la cuchara; piensen Uds. / que el dedo nunca perfora el útero"...

HERNANDEZ insistía en el tema ⁶⁷⁹ :

"Acerca de este punto ... se ha discutido ampliamente si se debe hacer el desprendimiento con el dedo sólo, o con la cuchara sólo, o / con ambos ... el dedo no perfora, pero a veces no logra por sí sólo / desprender restos ... la cuchara, por el contrario puede hacer perforaciones, pero arranca los restos"...

Había autores que se colocaron en un término medio y

"Aconsejaban primero el dedo y, si este no basta, emplear la cuchara".

La conducta de estos últimos aparecía reflejada en el / proceder aconsejado por BUMM ⁶⁸⁰ en el que OTERO se apoyaba - / claramente:

"Una regla importante es la de enuclear primeramente con el dedo/ la masa mayor del huevo y utilizar tan sólo la cucharilla para se parar los pequeños restos de caduca ... Así pues, en el aborto no recurráis nunca a la cucharilla sin que antes os hayais convencido, mediante la introducción del dedo, de que no existen grandes/ restos en la cavidad de la matriz".

El médico práctico podía recurrir al taponamiento útero-cervico-vaginal, cuando hubiera una gran hemorragia por aborto, con cuello cerrado y si se carecía de dilatadores instrumentales, ya que según OTERO esta medida cohibiría la hemorragia y favorecería la dilatación del cuello ⁶⁸¹.

Para intervenir un aborto febril y si no se disponía de un laboratorio para demostrar la presencia de gérmenes patógenos en cuello, OTERO recomendaba esperar para intervenir a que la paciente quedase apirética ⁶⁸².

HERNANDEZ ⁶⁸³ con respecto a éste punto hacía una interesante aclaración:

" ... y hemos llegado con esto al punto más debatido y aún no suficientemente aclarado del tratamiento del aborto, puesto que no disponemos de una prueba decisiva para determinar la virulencia microbiana en los diferentes casos, y es lo siguiente: ¿Que hacer con los abortos sépticos? Debe uno permanecer absolutamente expectante ... o debemos ser intervencionistas" ...

él propugnaba personalmente la conducta siguiente: no intervenir en los casos de infecciones graves y vaciar el útero cuando se sospechase que la infección no era muy grave.

Aparecía en las recomendaciones de OTERO un intento de Medicina Preventiva en Obstetricia y Ginecología al indicar que toda paciente que fuese asistida de un aborto no debía ser dada de alta sin antes haber procurado investigar la causa del mismo

para luego pasado el puerperio tratarla. Entre las diversas / causas de aborto dedicaba una atención especial a las siguientes ⁶⁸⁴:

- a) Mujeres grandes, gordas, fofas, hiperplásticas, en las cuales la causa del aborto radicaba en el exceso de grasa, y que curaban haciéndolas adelgazar.
- b) Mujeres delgadas, alargadas, ptósicas, a las cuales se les debían recomendar hábitos de vida sanos, para que mejoraran y engordaran y luego se hacían embarazos a término.
- c) Un gran grupo de mujeres que abortaban por deficit de substancias microquímicas llamadas vitaminas, el cual se corregiría con alimentación sustitutiva.

En el aborto criminal se demostraban agentes microbianos en el cultivo cervical muy virulentos, OTERO aconsejaba, en el intento de salvar la vida de la enferma, que se practicara la histerectomía:

"... no cree que sea muy grande el sacrificio del útero en favor de la vida de la mujer" ... (685)

aconsejando cuando el proceso septicó era grave la histerectomía vaginal y cuando se trataba de perforación o peritonitis / la histerectomía abdominal dejando a continuación un drenaje / por vía vaginal ⁶⁸⁶.

APORTACIONES PERSONALES.

En este tema OTERO en ninguna ocasión aludió a su experiencia clínica.

PECULIARIDADES.

Vamos a comentar detenidamente la actitud de OTERO frente a la indicación de interrupción médica del embarazo.

Se mantraba partidario de los abortos terapéuticos:

"... En algunas circunstancias, la mujer posee enfermedades que / se agravan durante el embarazo y pueden comprometer su vida, o / matarla antes de que el producto de la concepción sea viable. En estas circunstancias, raras por fortuna, bajo esta indicación, / en la que cada día nos mostramos los tocólogos más exigentes, es posible que el médico se encuentre en situaciones realmente desagradables y violentas, tiene que sacrificar la vida fetal en beneficio de la madre; comprendan Uds. cuanto es necesario meditar este problema y sus indicaciones, asesorarse de la autoridad competente antes que proceder a la ligera a interrumpir un embarazo"..
(687)

BUMM ⁶⁸⁸ a este respecto se pronunciaba así:

"Esta intervención |se refiere al aborto provocado| no sólo está-- permitida, sino requerida, en todos los casos en que la vida de / la mujer está directamente en peligro por la continuación del embarazo ... En estos casos, la indicación es muy clara, si por / consideración al feto no se interviene, la madre sucumbirá y con ella se perderá también al hijo; así es que debe intentarse la salvación de una de las dos vidas. Es mucho menos fácil establecer una indicación precisa cuando la vida de la madre no está directamente amenazada, sino que la continuación del embarazo hace temer peligros o daños graves para la salud de la mujer ... Tan sólo podrá tomarse un partido decisivo/ después de una evaluación detenida de las particularidades de cada caso; por regla general es recomendable una gran prudencia, y/ en los casos dudosos, es buena regla obrar de acuerdo con un collega"...

Tema 10º. OPERACIONES OBSTETRICAS: FORCEPS.

EXTENSION TOTAL. 55 cuartillas.

DIAS EMPLEADOS. Tres, lo equivale a cuatro horas y media de docencia.

CONTENIDO.

Breve introducción sobre las peculiaridades de las operaciones obstétricas.

Breve historia del fórceps.

Descripción de un fórceps: el forceps de NAEGELE ⁶⁸⁹.

Misión del forceps.

Indicaciones del fórceps.

Técnica de aplicación típica del fórceps de NÄEGELE.

MATERIAL AUXILIAR.

1. Esquemas en el encerado: Mediante 11 esquemas completó las explicaciones sobre:

Tipos de forceps:

Fórceps de Levret.
Fórceps de Smellie.
Fórceps de Nägele.
Fórceps de Kielland.

Técnica del fórceps:

El ovoide cefálico dilatando el cuello a su paso.

Los picos del fórceps no rebasando el plano máximo de la presentación y rebasándolo cuando está bien aplicado.

Técnica de la introducción de las cucharas del fórceps con la cabeza bien encajada en la pelvis.

2. Instrumental. Un fórceps de Nägele con el que OTERO realizó personalmente varias demostraciones técnicas.

3. Maniquí:

De una pelvis osea.

De una cabeza fetal articulada.

De un fantome para hacer demostraciones prácticas sobre la técnica de aplicación del fórceps.

CONSIDERACIONES.

Comentaremos los conceptos vertidos por OTERO en base a su interés didáctico y a su contenido práctico. Revisando el tema en el Tratado de Obstetricia de BUMM⁶⁹⁰ nos ha parecido que, aunque OTERO mantenía los conceptos fundamentales de su maestro, su exposición era de más fácil comprensión y de mayor

utilidad práctica, ya que basándose precisamente en la necesidad de que el médico práctico iba a tener, de utilizar el fórceps, OTERO recomendaba sólo el fórceps de Nägele con el que consideraba que se podía hacer todo lo permitido al fórceps y quizá sin causar grandes daños ⁶⁹¹.

En los tratados clásicos alemanes ⁶⁹² se describe con / detalle el fórceps de Nägele sólo, y además de su empleo como fórceps del estrecho inferior se enseña también su utilización en las presentaciones transversales y occipitoposteriores de / la cabeza fetal, no siendo ésta la actitud de OTERO el cual só lo recomendaba el fórceps en la presentación occipitoanterior; el fórceps de Kielland se menciona sólo superficialmente y es / descrito de pasada. KASER considera que las reservas o la abstención frente al fórceps de Kielland se deben probablemente a que tiene renombre sobretodo como fórceps alto, aunque éste lo construyera para aplicarlo en las cabezas que no habían comple tado su rotación.

RECASENS sin embargo no sigue la corriente alemana, ya / que al admitir las aplicaciones altas de fórceps necesitaba uno que poseyera una disposición que permitiera verificar la tracción no sobre los mangos, sino directamente sobre las cucharas para lo cual se servía únicamente del fórceps de TARNIER ⁶⁹³.

OTERO insistía repetidamente en el concepto de que el / fórceps era un instrumento del período expulsivo, decía que es to había de tenerse muy en cuenta para no cometer faltas en su aplicación: el fórceps no era un instrumento ni dilatador ni /

ni reductor de cabezas, sino solamente prehensor y extractor⁶⁹⁴.

Las condiciones que según OTERO debían de reunirse antes de la aplicación del fórceps eran las siguientes:

1. Cuello dilatado, admitiendo como tal el que hubiera pasado a su / través el diámetro mayor de la cabeza fetal, considerando que si no / se respetaba esta condición podían acontecer hechos fatales para / la madre.
2. Boisa rota.
3. Tamaño adecuado de la cabeza.
4. Cabeza encajada, entendiéndose como tal la que su plano máximo, el / suboccipital, hubiese pasado el plano más estrecho de la pelvis; és- / te hecho se reconocería al tacto cuando no se alcanzaran las espinas / ciáticas.
5. Cabeza rotada, lo que permitía hacer la presa ideal.
6. Feto vivo o en condiciones de vivir sano en la vida extrauterina (695)

La "presa ideal" era para OTERO aquella en la cual la ca / beza fetal estaba cogida por el fórceps: de parietal a parietal / estando el eje mayor del ovoide cefálico dentro del eje mayor / de las cucharas y rebasando los picos del fórceps el plano má- / ximo de la presentación:

"... cuando cojamos la cabeza con estas tres condiciones, dire-- / mos que hemos hecho la presa ideal, y a esto sólo se llega cuando / la presentación está encajada, y además de encajada rotada, es -- / decir cuando se trata de cabezas sobre periné"... (696)

El fórceps podía hacerse por indicación materna o fetal. / La atonía uterina era considerada por OTERO como una contrain- / dicación para el fórceps y en cuanto a la hiperdistensión dei / istmo uterino aunque no indicaba que existiese indicación en / contra de su aplicación decía a los alumnos:

"... deben Uds. intervenir, pero digo a Uds. que estos casos casi siempre son obstaculos mecánicos altos, oseos o de tamaño fetal, que requieren ordinariamente la aplicación del basiotribo" (697)

OTERC no autorizaba una aplicación de fórceps sin que / existiera una indicación materna o fetal, es decir que estaba / en contra de lo que él denominaba "forceps laxo o de lujo" ⁶⁸⁹. RECASENS ⁶⁹⁹ admitía que algunas veces realizaba una aplicación / de forceps como operación de complacencia, sólo por acortar / los sufrimientos de la mujer. Pero opinaba también que ésto / era una práctica poco recomendable.

La realización de una episiotomía medio-lateral con el / bisturí era una medida sistemática realizada por OTERO con el / fin de evitar los desgarros perineales de tercer grado o pro- / lapsos genitales originados en desgarros profundos ⁷⁰⁰. RECASENS no hacía mención expresa a esta medida.

En la denominación de las ramas del fórceps OTERO seguía a BUMM: la rama derecha es la que coge la mano derecha y la ra / ma izquierda es la que coge la mano izquierda, una vez aplica- / do el fórceps ⁷⁰¹.

Finalmente, todo fórceps, según OTERO, debía de ir pre- / cedido de un tacto vaginal aséptico, ser practicado bajo anes- / tesia ⁷⁰² y para la extracción hacer tracciones intermitentes / que darían lugar a que el canal del parto se fuera dilatando y / hacer que descansara la compresión de la cabeza fetal y así / evitar el sufrimiento por ella producido ⁷⁰³.

APORTACIONES PERSONALES.

Cuando había que suturar episiotomías o desgarros perineales tras la aplicación de un fórceps OTERO recomendaba una técnica diferente a la habitualmente aconsejada:

"... en la inmensa mayoría de las ocasiones yo prescindo de la / sutura profunda con catgut, y me limito a hacer una sutura profunda con crín, que comprende piel, tejido celular, tejidos profundos del periné, vuelvo a coger tejidos profundos del periné / del otro lado, tejido celular y piel cosiendo todo menos la vagina, la vagina queda coaptada y se cierra bien, es decir que la restauración plástica es ideal, lo mismo que si hubieramos suturado por planos; con un solo plano profundo con crín, la experiencia mía dice que es suficiente, es lo que recomiendo a Uds. para evitar peligros de infección"... (704)

Un fórceps practicado en condiciones no ideales podía / ser difícil y OTERO avisaba al médico práctico de la situación en que se podía encontrar:

"... no hagan Uds. este intento de aplicación de fórceps sin tener preparado el instrumento al que yo debo más agradecimiento / en la Obstetricia, el basiotribo. Nada hay mas vergonzoso ni más desagradable, ni mas anticientífico que el que lleguen a la clínica mujeres a las que los médicos han hecho dos o tres o cuatro aplicaciones de fórceps, y sin embargo no les han extraído el feto; mediten Uds. mucho antes de / de coger el fórceps, pero una vez cogido el chico tiene que salir como sea, si no con el fórceps con el basiotribo. Intento de operación de fórceps significa infección, cuando llegan a nosotros estas mujeres vienen infectadas, moribundas, si / no sale el chico con el fórceps, no hay pues, inconveniente ni / científica ni moralmente, en hacer una aplicación de basiotribo, porque el chico está muerto, lo han matado Uds."... (705)

BUMM ⁷⁰⁶ con respecto a la craneotomía decía:

"Contra la craneotomía en feto vivo se han suscitado en tiempos / pasados, objeciones de orden sentimental y religioso, y sólo en / los tiempos modernos ha sido considerada desde el punto de vista / científico ...

... para la práctica corriente, todavía, lo mismo que en tiempos / pasados, subsiste el principio de que en feto vivo debe también / practicarse la craneotomía siempre que no pueda salir a la luz /

con otra operación inocua o por inminente peligro de la vida de la madre no sea permitido que se prolongue más la terminación del parto"...

RECASENS ⁷⁰⁷ consideraba que en los últimos tiempos las operaciones embrióticas habían experimentado un cambio radical, gracias a los perfeccionamientos de la técnica en las operaciones que permitían extraer al feto vivo, y que ya no se presentara en la práctica el problema de elegir entre la conveniencia de salvar la vida de la madre o la del feto; decía que los tocólogos habían estado discordes durante siglos en interesantes discusiones sobre el derecho que tenía el médico a sacrificar la vida de un nuevo ser para salvar la vida de la madre. La gravedad que, según él, habían tenido las operaciones cuya finalidad era conservar la vida del feto justificaba los apasionamientos de los que querían a todo trance salvaguardar la vida de la madre, prescindiendo de la del feto; pero que en el momento en que se encontraban la proporción de gravedad entre las operaciones conservadoras y las embrióticas había llegado a un nivel en el que se podían precisar indicaciones precisas. Por lo cual, concluía, que la embriotomía no debía realizarse en feto vivo, a menos que existiera en el mismo una monstruosidad incompatible con la vida y que en los demás casos había que recurrir a operaciones conservadoras de la vida fetal, ya que su práctica no suponía mayor gravedad para la vida de la madre.

PSCHYREMBEL ⁷⁰⁸, más recientemente, opinaba que todos los intentos de terminar el parto (con fórceps) sobretudo si se ha

bían realizado varias veces y durante bastante tiempo tracciones con el mismo, llevaban consigo un grave peligro de infección por lo cual decía que en la práctica domiciliaria, después de intentar un fórceps, a continuación si no se conseguía la / extracción de la cabeza, debía llevarse a cabo su perforación. ESTUDIO COMPARADO.

Hemos contrastado los conceptos que a nuestro modo de / ver tenían mayor importancia práctica con los vertidos en sus / "Apuntes de clase" por SANCHEZ LOPEZ y con el Tratado de Obste tricia de RECASENS y he aquí el resultado:

1. Como hemos señalado anteriormente el fórceps es para OTERO un instrumento prehensor y extractor de cabezas fetales.

RECASENS ⁷⁰⁹ decía que el fórceps una vez aplicado debía conducir los diámetros fetales en la dirección más conveniente para que existiera correspondencia entre los diámetros / cefálicos y pélvicos.

SANCHEZ LOPEZ ⁷¹⁰ enseñaba, sin distinciones de ningún / tipo, que el fórceps era un instrumento prehensor, tractor y ro tador de cabezas ⁷¹¹.

2. La dilatación total del cuello es una condición indis pensable previa a toda aplicación de fórceps, y OTERO rehuía / cualquier maniobra dilatadora que pudiera acarrear complicacio nes.

RECASENS ⁷¹², si bien consideraba indispensable la completa dilatación cervical, aconsejaba recurrir a cualquier método mecánico o quirúrgico de dilatación artificial del cuello

si durante el parto se presentaba la indicación del fórceps y/ la dilatación no se había completado; en idéntico sentido se / manifestaba SANCHEZ LOPEZ ⁷¹³.

3. OTERO consideraba la atonía uterina como una complicación que contraindicaba la aplicación del fórceps, apoyándose en la siguiente teoría:

"En principio la inercia uterina, repito, es motivo para no practicar la intervención, para procurar que el útero sea influenciado por los recursos médicos, para que descanse lejos de hacer que para, o de evacuar su contenido, lo que conviene es que descanse. Apliquesmole a la enferma morfina, apliquesmole pernoctón para -- que duerma, por ejemplo una hora, y al cabo de este tiempo, espontáneamente va a contraerse, y el parto termina espontáneamente, - en todo caso reforzando las contracciones con preparados hipofisarios, la moderna terapéutica oxitócica, los preparados modernos - hipofisarios, han disminuido mucho las aplicaciones del fórceps" (714)

RECASENS ⁷¹⁵ consideraba la inercia uterina como una / causa absoluta de terminación del parto por medio del fórceps.

La norma de conducta propugnada por SANCHEZ LOPEZ ⁷¹⁶ / era totalmente opuesta a la de OTERO:

"El fórceps como intervención que sustituye a las fuerzas expulsivas tiene su fundamental indicación en la detención del parto por falta o deficiencia de contracción. Todo parto cuya detención sea efectiva o en el que se advierte la falta de progresión fetal durante más de dos horas debe ser terminado mediante fórceps, si se hallan cumplidas las condiciones expuestas y ha fracasado la medicación oxitócica, convenientemente indicada y / practicada" ... (717)

4. OTERO no indicaba una aplicación de fórceps sin que / la cabeza estuviera encajada en la pelvis.

RECASENS ⁷¹⁸ consideraba simplemente el que la cabeza / se encontrara fija en la pelvis, es decir que su diámetro mayor hubiera vencido el escollo que representaba el estrecho superior.

SANCHEZ LOPEZ ⁷¹⁹ consideraba que era una aplicación de / fórceps usual estando la cabeza con su plano conducente a nivel de las espinas ciáticas y para él era una aplicación óptima el que la cabeza estuviera en el suelo pelviano ⁷²⁰.

5. OTERO recomendaba la episiotomía sistemática en primíparas previa a la aplicación del fórceps.

SANCHEZ LOPEZ ⁷²¹ recomendaba la episiotomía sólo en los casos en que se observara amenaza de rotura perineal ⁷²².

Tema 11º. PRESENTACIONES CEFALICAS. SUS ANOMALIAS.

EXTENSION TOTAL. 33 cuartillas.

DIAS EMPLEADOS. Dos, lo que equivale a tres horas de docencia.

CONTENIDO.

Mecanismo de producción de las deflexiones: nomenclatura.

Frecuencia de las presentaciones de sincipucio.

Mecanismo del parto en la presentación de sincipucio.

Frecuencia de la presentación de frente.

Frecuencia de la presentación de cara.

Tipos de la presentación de cara: primitiva o secundaria.

Causas de la presentación de cara.

Mecanismo del parto en la presentación de cara.

Diagnóstico de la presentación de cara.

Evolución de la presentación de cara.

Pronóstico materno-fetal en las presentaciones de cara.

Asistencia al parto en la presentación de cara.

MATERIAL AUXILIAR. Realizó 11 esquemas en el encerado para //

completar la explicación sobre:

Mecanismo del parto en la presentación de cara.

La pelvis normal y anormal.

El signo del hachazo en el diagnóstico de la presentación de //
cara.

Rotación de la cara en el codo del canal del parto.

Presentación mento-sacra.

Realización de la maniobra de Thorn.

CONSIDERACIONES.

Por razones didácticas OTERO consideraba como presenta
ciones anormales las de sincipucio, cara y frente, pero advir
tió que había autores que consideraban como anormales todas /
las presentaciones que no eran de vértice izquierda anterior/
(723).

BUMM ⁷²⁴ consideraba que rigurosamente fisiológico era
tan sólo el parto en presentación de vértice y que todas las/
desviaciones de esta presentación típica debían ser consideraa
das anormales.

El mecanismo del parto tanto en presentaciones normales
como anormales lo explicaba OTERO siguiendo paso a paso la ley
mecánica de SELHEIM ⁷²⁵.

Según OTERO, la intervención del médico en las presenta
ciones de sincipucio sólo era necesaria para el reforzamiento
de las contracciones uterinas mediante la aplicación de subs-
tancias de acción occitócica ⁷²⁶.

Una de las causas mas frecuentes de la presentación de
cara es la estenosis moderada de la pelvis por lo que OTERO /
enseñaba que siempre que se diagnosticase una presentación de
cara se debía medir la pelvis ya que el reconocimiento de una
pelvis estrecha podía modificar la conducta a seguir ⁷²⁷.

El parto en posición mento-sacra es imposible, por esta razón OTERO avisaba de la importancia que tenía el reconocimiento de los signos de amenaza de rotura uterina ⁷²⁸.

La conducta del práctico ante la presentación de cara/la resumió OTERO en las palabras siguientes:

... ¿Cual debe ser nuestra conducta práctica? Hoy es muy esquemática y relativamente sencilla. Confiar siempre en la naturaleza, y agotar al máximo los recursos de la misma, y el médico práctico no intervenir jamás en beneficio del feto"... (729)

OTERO recomendaba la versión profiláctica al médico // práctico cuando la bolsa estuviese íntegra y en determinadas/ condiciones ⁷³⁰. BUMM ⁷³¹ también creía que en determinadas / circunstancias estando la cabeza móvil sobre el estrecho superior se podía recurrir a la versión interna seguida de extracción podálica, para traccionar del pie descendido y terminar/ el parto en breve tiempo; OTERO reconocía no hacer nunca esta versión profiláctica porque en el caso de una presentación // mento-sacra, en la que el parto es imposible, estuviera el feto vivo o muerto, la única solución era aplicar el basiotribo aunque aclaraba que mencionaba la versión profiláctica por // existir principios morales y religiosos que indicaban que

"... Hay que salvaguardar la vida de la madre y la del hijo".. (732)

BUMM -⁷³³ coincidía con OTERO al afirmar que cuando la cabeza estaba fija y el mentón no podía rotar hacia delante / no quedaba otro remedio que terminar el parto mediante la craneotomía, aún cuando el feto estuviese vivo ⁷³⁴.

APORTACIONES PERSONALES.

Para apoyar el criterio de la existencia de presentaciones de cara primitivas OTERO afirmó poseer radiografías de mujeres con un feto en presentación de cara antes del comienzo del parto.

Tema 12º. PRESENTACIONES PODALICAS.

EXTENSION TOTAL. 38 cuartillas.

DIAS EMPLEADOS. Dos, lo que equivalía a tres horas de docencia.

CONTENIDO.

Modalidades y nomenclatura de la presentación de nalgas.

Frecuencia de la presentación de nalgas.

Causas de las presentaciones de nalgas.

Diagnóstico de la presentación de nalgas:

Durante el embarazo.

Durante el parto.

Diagnóstico diferencial de la presentación de nalgas con otras presentaciones.

Curso del parto en las presentaciones podálicas.

Mecanismo del parto de nalgas. Sus anomalías.

Pronóstico materno-fetal en el parto de nalgas.

Asistencia al parto de nalgas.

MATERIAL AUXILIAR.

1. Esquemas en el encerado: realizó 18 para completar/ la explicación sobre:

Modalidades de la presentación de nalgas.

Las formas normales y anormales del útero.

Actitud fetal en la presentación de nalgas.

Puntos abdominales de auscultación del feto en las nalgas.

Diagnóstico diferencial de un pie y una mano.

Formación de la bolsa de las aguas en las nalgas.

Presentación de nalgas con un brazo asimilado.

Distensión del cuello uterino por las nalgas.

Retracción del útero sobre la cabeza tras la salida de las nalgas.

Circular de cordón en un feto de nalgas.

2. Radiografías: OTERO presentó en clase 7 radiografías de fetos en diversas modalidades de presentación de nalgas.

CONSIDERACIONES.

Una medida siempre recomendada por OTERO en el diagnóstico de la presentación de nalgas, era la de no introducir nunca el dedo en el recto del feto, aconsejaba que nunca la realizasen, aunque él personalmente la había observado practicar ⁷³⁵.

Una complicación muy frecuente de la presentación de // nalgas es la rotura prematura de la bolsa de las aguas; OTERO/ reconocía que había un tanto por ciento mayor de roturas pre- maturas de la bolsa en la presentación de nalgas ⁷³⁶; BUM ⁷³⁷ / no hacía mención a ella. Para OTERO esta complicación era atri- buible al mal contacto que la presentación hacía con el segmen- to uterino inferior, lo que permitiría que con cada contrac- ción uterina pasaran oleadas de líquido amniótico que aumenta- rían la tensión del polo inferior ovular ⁷³⁸.

Para OTERO, la explicación de la inercia uterina que se presentaba en el parto de nalgas estaba en la deficiente com- presión de los ganglios cervicales de Frankenheuser ejercida/ por las nalgas ⁷³⁹.

El asistente a un parto de nalgas debe abstenerse de // realizar maniobras intempestivas que puedan ser origen de com- plicaciones; OTERO insistía constantemente en ese punto ⁷⁴⁰ y

esta norma de conducta era y es universalmente aceptada en la conducción del parto de nalgas.

Para sentar el diagnóstico y hacer el pronóstico del / parto en la presentación de nalgas para OTERO la radiografía / era un método de enorme importancia ⁷⁴¹.

En el parto en presentación de nalgas se alcanzaba según OTERO una mortalidad fetal del 10-15 por ciento, originada fundamentalmente por asfisia fetal intrauterina de causas para él, diversas ⁷⁴².

En cuanto a la asistencia al parto de nalgas en sí, refiere OTERO, consideraba que esta esta misión del médico, debido a los riesgos que corría el feto, que estaban en relación con el que conducía, vigilaba y asistía al parto, aumentado / la mortalidad cuando no era debidamente asistido:

"... el parto de nalgas no es parto de comadronas, están obligadas a solicitar la asistencia del médico porque en muchos casos / hay que intervenir en beneficio del feto"... (743).

El reposo en cama era recomendado por OTERO desde el / comienzo del parto en presentación de nalgas, con objeto de / oponerse a la rotura de la bolsa ⁷⁴⁴.

Durante el trabajo de parto OTERO autorizaba el empleo de occitócicos para reforzar las contracciones ⁷⁴⁵; durante / la expulsión de las nalgas aconsejaba ante todo expectación; / si la expulsión fetal se tramitaba a prisa recomendaba no intervenir; cuando tras la salida de un segmento próximo a los / hombros el feto detenía su evolución indicaba recurrir a la /

maniobra de Muller para extraer los hombros y a la de Mauriceau para la extracción de la cabeza ⁷⁴⁶.

BUMM ⁷⁴⁷ en su descripción del parto en presentación / podálica era menos preciso que OTERO en cuanto a recomendaciones asistenciales, confiaba en la expulsión espontánea del feto y no explicaba ninguna maniobra especial a la que recurrir si el feto se detenía.

RECASENS ⁷⁴⁸ tampoco era demasiado explícito y la única maniobra que describía detalladamente era la de Mauriceau, sin mencionar alguna para la liberación de los brazos.

APORTACIONES PERSONALES.

OTERO refería que había visto mujeres con partos de // nalgas de repetición lo cual le inducía a pensar en la exis--tencia de un factor permanente responsable de la presentación anómala.

Por haber detectado OTERO un sufrimiento fetal en las/ presentaciones de nalgas decía haberse visto obligado a realizar una cesárea y asociaba el mismo con la existencia de circulares de cordón, hecho que calificaba de suma importancia / y que el médico práctico siempre debería tener en cuenta.

Tema 13º. PRESENTACIONES DE TRONCO.

EXTENSION TOTAL. 34 cuartillos.

DIAS EMPLEADOS. Dos, lo que equivalía a tres horas de docencia.

CONTENIDO.

Clasificación y nomenclatura de la presentaciones de tronco.

Frecuencia.

Causas.

Diagnóstico:

Durante el embarazo

Durante el parto.

Curso del parto en las presentaciones de tronco.

Pronóstico materno-fetal.

Signos clínicos y mecanismo de la rotura uterina.

MATERIAL AUXILIAR.

1. Esquemas en el encerado: mediante 11 esquemas completos sus explicaciones sobre:

La diferencia de forma entre un útero a término con un feto normal en situación longitudinal y uno en presentación de tronco.

La diferencia de forma entre un útero normal y un útero arcuato.

Un útero con un feto en presentación de tronco.

Mecanismo del parto en la presentación de tronco.

Mecanismo de parto espontáneo en presentación de tronco.

2. Radiografías: OTERO presentó tres radiografías de / embarazo con los fetos en presentación de tronco y aclaró que uno de ellos era un caso de repetición en un útero arcuato.

CONSIDERACIONES.

Lo único a destacar como más sobresaliente en este tema es cuando OTERO hacía referencia al diagnóstico exacto de la /

presentación de tronco, para lo que recomendaba, si era posible, hacer una radiografía para establecer un diagnóstico correcto y un tratamiento consecuente. Otros, como BUMM, no hacían mención de este proceder.

APORTACIONES PERSONALES.

OTERO llamaba la atención sobre las anomalías del alumbramiento que podían presentarse en el curso del parto en los úteros arcuatos, y para resaltarlo aludió a la "triste experiencia" que él personalmente había tenido de ello.

Tema 14º. VERSION.

EXTENSION TOTAL. 57 cuartillas.

DIAS EMPLEADOS. Dos, lo que equivale a tres horas óccentes.

CONTENIDO.

Breve recuerdo histórico.

Concepto de versión.

Tipos de versión.

Indicaciones de la versión interna.

Técnica de la versión interna.

MATERIAL AUXILIAR. Mediante 23 esquemas completó las explicaciones sobre:

Los tipos de versión.

Asinclitismo fetal en un vientre péndulo.

La forma de la bóveda craneal.

Diferencia entre procúbito y prociencia de cordón.

La versión en un cuello insuficientemente dilatado.

La versión en la situación transversa.

La mano del tocólogo pasando a través del cuello dilatado.

Demostración de como era posible realizar una versión con la ///
 bolsa de las aguas integra e imposible con ella rota.
 Cuando es rechazable una presentación y cuando no lo es.
 Comienzo de la versión en la presentación de tronco.
 Indicación del pie que hay que coger para iniciar la versión.
 "Mano de versión".
 Despegamiento de las membranas al comienzo de la versión.

CONSIDERACIONES.

El interés de OTERO por poner al día los conocimientos de sus alumnos y darles a conocer su opinión sobre algunas // técnicas recientes se pone de manifiesto una vez mas en los / pasajes siguientes:

1. Refería OTERO que Potters, en Búfalo (USA), realiza ba versiones y extracciones fetales para ahorrarle el período expulsivo a las mujeres; de ésta técnica decía mencionarla pa ra el conocimiento de los alumnos pero él personalmente la re probaba:

"... porque el estado actual de la asepsia no es tal que se haya dominado por completo, y hasta que no se llegue al dominio absoluto, no debe hacerse sin que esté indicada ninguna intervención" (749)

2. En Francia, Delmás propugnaba un método de asistencia al parto / que según OTERO consistía en hacer una raquianestesia para con seguir una dilatación rápida del cuello; decía que lo menciona ba porque todas las revistas hablaban de ello, pero la opinión que le merecía era la siguiente:

"... yo tengo la satisfacción de no haber hecho nunca un Delmás, y no es porque no haya un mayor fundamento científico, yo tengo el convencimiento de que el mejor método dilatador, el único, es el útero mismo, cuando más el Delmás abre el cuello pero no lo / acorta; sepan Uds. pues, cual es el Delmás, y cual es el juicio/ que me merece cuando lean en alguna revista trabajitos a este //

respecto"... (750)

3. Aunque no citaba el nombre, OTERO refería que un autor argentino o americano propugnaba la técnica de introducir agua en la cavidad uterina para poder realizar una versión // después de horas de haberse roto la bolsa, él rechazaba esta/ técnica porque decía que era:

"... un caso de desconocimiento científico del parto"...(751)

OTERO consideraba que la versión siempre era podálica y que tenía las siguientes indicaciones:

Presentaciones de tronco.

Presentaciones de cara mento-oblicua posterior: esta indicación/ que él no practicaba la recomendaba para el médico práctico que/ tuviera que asistir un parto con pelvis estrecha en ésta presen- tación y sólo con la finalidad de evitar el uso del basiotribo,/ en los casos de feto vivo.

Presentaciones de frente.

Vientres péndulos en grandes multíparas si el feto se encontraba en posición asínclitica y ésta no se corregía en poco tiempo, y/ como método de evitar la rotura uterina asintomática.

Pelvis estrechas: según OTERO esta indicación estaba basada en / la idea de Smellie: "en pelvis estrechas pasa mejor la cabeza // última". OTERO le atribuía a esta indicación un 50 por ciento de muertes fetales y no le satisfacía.

Ciertas enfermedades maternas.

Sufrimiento fetal. (752)

Las condiciones para la versión según OTERO debían ser:

Dilatación completa.

Bolsa íntegra o recientemente rota.

Presentación rechazable. (753)

La práctica de la versión iría precedida de:

Anestesia clorofórmica porque consideraba que la raquianestesia/ en Obstetricia daba una gran mortalidad aunque decía desconocer/ la razón de la misma.(754)

Episiotomía paramediana al inicio de la maniobra en el caso de// ser primíparas.

Rotura alta de la bolsa de las aguas.

Posición de Trendelenbourg para los casos difíciles porque esta/ facilitaría la versión.

APORTACIONES PERSONALES.

La dificultad que en alguna ocasión podía tener el sen-
tar la indicación de versión la reseñaba OTERO refiriendo un/
caso que decía haber atendido el día anterior ⁷⁵⁵; se trataba
de un asínclitismo acentuado que le parecía ser indicación de
versión en una primípara, pero él había decidido esperar y la
paciente había parido sólo.

La importancia de la anestesia en la versión la ponía/
de manifiesto relatándoles un caso de versión atendido perso-
nalmente por él sin anestesia y en el cual había tenido gran-
des dificultades para extraer el feto que nació muerto.

PECULIARIDADES DEL TEMA.

Hemos revisado los Apuntes de Cátedra de Obstetricia /
de SANCHEZ LOPEZ, que dedicaban su Lección 13ª a la Versión,/
y la descripción de BUMM en su Tratado de Obstetricia, y en--
tresacamos los conceptos y diferencias más importantes a nues-
tro juicio:

1. En cuanto a la definición:

OTERO definía la versión de la forma siguiente:

"... versión viene de la palabra latina "vertere", que quiere // decir dar vueltas; es una operación manual, no instrumental, cuyo objeto es sustituir una presentación que puede ser desfavorable, por lo menos accidentalmente, por otra mas ventajosa, pero // dando la vuelta al chico, es decir sustituir una presentación // que está por debajo del anillo limitante por otra que esté por // encima del mismo"... (756)

BUMM ⁷⁵⁷ definía la versión como:

"... la rotación artificial del feto en el interior del útero, / en virtud de la cual se aleja del estrecho superior la parte que / se presentaba y es sustituida por otra"...

SANCHEZ LOPEZ era menos explicito cuando decía:

"... al hecho obstétrico de transformar una presentación fetal / desfavorable en otra mas favorable se denomina VERSION (de ver- / tere)". (758)

2. En cuanto a los objetivos:

OTERO descartaba la versión interna con objetivo cefá-
lico:

"... en otros tiempos se hacían internas manuales cefálicas, pe-
ro hoy unicamente se hacen cefálicas las versiones externas.
... Podemos por consiguiente decir que ordinariamente, las ver-
siones externas las hacemos para llevar la cabeza hacia abajo, //
mientras que las versiones internas las hacemos siempre podálicas
... " (759)

SANCHEZ LOPEZ, en cambio, consideraba la versión inter-
na en cefálica en:

"ciertas presentaciones transversales... en donde la evolución /
pelviana es imposible, así como en algunas actitudes de defle-
xión"... (760)

BUMM tampoco era partidario de este tipo de versiones /
porque consideraba que era :

"... preferible, en interés del feto, practicar la versión podá-
lica seguida inmediatamente de extracción"... (761)

OTERO no consideraba versión al hecho de transformar / una presentación de cara en una de vértice porque:

"... para que llamemos versión a nuestra maniobra es menester // que la presentación que está por debajo del anillo limitante suba y el polo que está por encima del anillo venga abajo"... (762)

BUMM en la definición de versión que hemos apuntado anteriormente, se manifestaba en los mismos términos que OTERO.

SANCHEZ LOPEZ en contradicción con su propia defini--ción decía cuando se refería a la conversión de las actitudes deflexionadas de la cabeza en actitudes de flexión:

"... El uso obstétrico reserva para estas intervenciones el /// nombre de maniobras. En realidad son versiones internas cefálicas"... (763)

3. En cuanto a la técnica:

OTERO consideraba la dilatación completa del cuello como la primera condición previa a la versión:

"... en principio, el cuello debe estar dilatado... para que // podamos hacer inmediatamente después de la versión la extracción ..." (764)

BUMM ⁷⁶⁵ no consideraba la dilatación completa como // condición indispensable para hacer la versión interna.

OTERO no era partidario de la dilatación del canal blando del parto previo a la introducción de la mano, porque ésto le parecía:

"... una cosa anticientífica, pues si los genitales se han de // dilatar, lo mejor es hacerlo con el bisturí y coser después"... (766)

SANCHEZ LOPEZ, en cambio, hacía sus indicaciones cuando la versión estaba indicada y la vía blanda del parto estaba / insuficientemente formada:

"Los métodos incruentos de dilatación conocidos se harán intervenir ...

La introducción de la mano en los genitales, como trámite previo a la versión debe ser precedida por una dilatación manual de la vulva y vagina. Un colpeurinter, unos estiramientos con el Bossi, permitirán a la mano "en cono", mano de tocólogo, abordar el cuello uterino"... (767)

OTERO propugnaba la rotura de la bolsa de las aguas al iniciar la versión, en una zona alta, alejada del orificio uterino, para impedir con la mano que se vierta líquido amniótico y la maniobra se viese dificultada ⁷⁶⁸.

SANCHEZ LOPEZ no dedicó atención especial a este detalle.

BUMM ⁷⁶⁹ opinaba que:

"... si las membranas están íntegras, se rompen a nivel del orificio uterino. De este modo se penetra en el interior del saco / ovular y no entre las membranas y el útero, para hacer menos fácil la infección de la caduca puesta al descubierto"...

La tercera condición de OTERO previa a la versión era/ que la presentación estuviese rechazable, considerando la no/ rechazabilidad de la presentación como una contraindicación / para practicar la versión:

"... porque indica que el istmo uterino está hiperdistendido"... (770)

SANCHEZ LOPEZ consideraba a este respecto que la movilidad fetal amplia era una circunstancia que concurría en pocas ocasiones y la determinación de hacer una versión la tomaba:

"... En ausencia de los síntomas de rotura amenazante y bajo anestesia"... (771)

Para realizar la versión en casos difíciles de situaciones transversas dorso posteriores OTERO no le encontraba / ventajas el colocar a la mujer en decúbito lateral del mismo / lado que yacían los pies y recomendaba en cambio la posición / de Tremdelemburg con la que él tenía buena experiencia ⁷²².

BUMM ⁷⁷³ y SANCHEZ LOPEZ ⁷⁷⁴ opinaban en cambio que la posición lateral de la enferma facilitaba mucho el poder encontrar los pies, especialmente en las posiciones dorso posteriores del feto. No mencionaban estos la posición de Tremdelemburg que OTERO consideraba facilitadora.

De lo anteriormente expuesto deducimos las siguientes / conclusiones:

1º. OTERO tenía un concepto más claro de lo que era una versión que SANCHEZ LOPEZ e incluso el propio BUMM.

2º. El único objeto de la versión es tener un medio para extraer rápidamente el feto, de ahí que las denominadas / por SANCHEZ LOPEZ versiones cefálicas no cumplan con la misión esencial de la versión e, incluso, sean una contradicción con su propia definición.

3º. Las indicaciones técnicas de OTERO sobrepasaban a / las de BUMM y SANCHEZ LOPEZ y a nuestro parecer estaban destinadas a que la maniobra se realizase lo más perfectamente posible y con los menores riesgos maternos y fetales.

Tema 15º. HEMORRAGIAS DEL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO.

ESQUEMA GENERAL DEL DESARROLLO DEL TEMA

TIPOS DE HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO.

OTERO diferenciaba dos tipos de hemorragias en este período del parto: las debidas a anomalias del alumbramiento // propiamente dicho y las que tenían un origen traumático ⁷⁷⁵.

HEMORRAGIAS POR ANOMALIAS DEL ALUMBRAMIENTO.

CAUSAS.

Normalmente en tres o cuatro contracciones se desprende la placenta, pero existen circunstancias en las que el desprendimiento se hace mal, dando lugar a una mala retracción del útero que no hace la hemostasia definitiva ⁷⁷⁶. En estos factores influirían las situaciones siguientes:

a) MALA ASISTENCIA DEL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO:

El médico o la matrona no supieron respetar la inercia fisiológica del útero; toda irritación, de cualquier tipo, que despierte el útero de su descanso da lugar a que se contraiga en un momento inadecuado, desde el punto de vista de su fisiología, ocasionando anomalias en este período. Cada estímulo / intempestivo de cierta intensidad obligará al útero a contraerse, pero lo hace mal y en cada contracción se irá desprendiendo un trozo de placenta aunque casi nunca llega a hacerse el desprendimiento total. Esto significa que si se quieren // evitar anomalias debe respetarse siempre este período de inercia fisiológica ⁷⁷⁷.

b) FALSAS INDICACIONES TERAPEUTICAS.

Si la inercia uterina era considerada como indicación / de fórceps podía luego ella misma ser origen de una hemorragia; la inercia uterina se trataria haciendo descansar a la mujer y no sentando la indicación de fórceps ⁷⁷⁸.

c) PARTOS RAPIDOS.

Un útero que en pocos minutos hace un esfuerzo grande / cae en un estado de fatiga tras la salida del feto, dando lugar a pequeñas contracciones que desprenden sólo parcialmente / la placenta pero como no sigue contrayendose ni retrayendose / la mujer se desangra ⁷⁷⁹.

d) GRANDES DISTENSIONES UTERINAS DURANTE EL EMBARAZO.

El hidroamnios, los embarazos gemelares y los fetos gigantes pueden ser causa de hemorragias del alumbramiento ⁷⁸⁰.

e) ANOMALIAS O DEFECTOS CONGENITOS DEL UTERO.

Conducirían a una hemostasia deficiente ⁷⁸¹.

TERAPEUTICA.

En los casos de hemorragias tanto si la placenta está / desprendida como si no lo está se excitará el útero para que / se contraiga, bien farmacológicamente (Ginergeno, Secacornina / y 10 Uds. de Hipofisina fresca) ⁷⁸² o también mecánicamente / fricciónando el útero y haciendo diaplesia uterina (golpear el fondo del útero con un martillo o una cuchara), con todo lo // cual el útero comenzará a contraerse; si hay coágulos se expri men y se persiste en el masaje para que el útero no pierda el /

tono, logrando que en pocos minutos se expulse la placenta; / si la hemorragia continua y el útero se vuelve a relajar se / inyectan 5 Uds. de Hipofisina fresca por vía endovenosa e incluso en la musculatura uterina; si a pesar de todo la hemorragia continua se intentará la maniobra de Credé que incluso se repetirá varias veces y si no da resultado se intentará de nuevo con la paciente anestesiada con lo cual el Credé casi / siempre cumple su cometido.

Cuando lo anterior fracasa se puede intentar el Gabaston⁷⁸³: inyección a través de la vena umbilical de suero fisiológico estéril para que ingurgitando el territorio placentario de lugar a su desprendimiento, completando la expulsión con el Credé y evitando maniobras más peligrosas⁷⁸⁴.

ALUMBRAMIENTO ARTIFICIAL. OTERO decía de él que era la más peligrosa y grave de las intervenciones obstétricas⁷⁸⁵ y que // sólo debía ser usado como recurso en los casos en que la paciente continuase sangrando hasta llegar al límite en que esas / pérdidas podrían ocasionar desordenes gravísimos.

Debería realizarse siempre bajo el procedimiento siguiente: asepsia de manos, rasurado y asepsia de los genitales de / la paciente, anestesia y colocación de un tubo de Ribera-Mombourg⁷⁸⁶ o cualquier compresor de aorta hasta que la mujer // dejase de sangrar; en este momento y con la mano enguantada se penetraría en el útero buscando la zona de desprendimiento y /

completando el mismo con la mano, ejecutando movimientos de / lateralidad unidos a los de avance hasta llegar al fin; una / vez desprendida se traccionaria suavemente para despegar las / membranas mientras que un ayudante empujaria el útero hacia / la pelvis; si quedase duda sobre el desprendimiento total se / haria un tacto intrauterino.

El riesgo que supone ésta intervencion vendria demos-- trado por el hecho de tener que tocar el área placentaria; to da intervencion obstétrica es tanto más arriesgada cuanto más arriba en el canal genital se haya de praticar.

Terminado el desprendimiento la mujer dejaria de san-- grar 787.

f) HEMORRAGIAS POR RETENCION PLACENTARIA.

CAUSAS.

En algunas ocasiones pasados 30-40 minutos de expulsado el feto no se expulsa la placenta; si la mujer no sangra puede esperarse hasta que el útero se recupere de su inercia fisiológica. Si pasan dos horas y la placenta no se ha desprendido/ los gérmenes inician su ascension al útero sirviendoles de me- chas el cordón y las membranas concontrándonos entonces ante / el peligro de una infeccion.

La retencion puede tener su causa en una atonia uterina o en una anomalia de la placenta misma: una placenta adherente por defectos en la nidacion o una placenta ácreta, en la cual/ las vellosidades traspasan la mucosa y alcanzan el músculo 788.

CUNDUCTIA TERAPFUTICA.

En la retención placentaria se inicia el tratamiento / con preparados del Cornezuelo de Centeno, Hipofisina, Credé / con y sin anestesia, Gabaston y si todo falla se recurriría / al alumbramiento manual.

Si se tratase de una placenta adherente se podría encontrar el plano de desprendimiento en el alumbramiento manual pero si se tratase de una placenta ácreta aunque se desprenda manualmente siempre quedaría en el útero alguna vellosidad en cuyo caso se colocaría a la paciente un tubo de Ribera-Mombourg y se enviaría a una Clínica en donde el único tratamiento posible sería la histerectomía ya que de no hacerla la paciente moriría de infección o de hemorragia ⁷⁸⁹.

PLACENTA RETENIDA EN CUELLO O INCARCERADA EN UTERO.

Son los casos de retención de la placenta desprendida, / la cual se queda detenida en su expulsión al exterior.

En estos casos si la mujer sangra se administraría raquianestesia para inducir la relajación de los haces musculares que tendrían apesada la placenta, fin que también se podría conseguir administrando atropina o belladona; si una vez conseguida la relajación no se expulsa la placenta se introduciría una mano en las debidas condiciones de asepsia y se extraería la placenta ⁷⁹⁰.

Tema 16º. HEMORRAGIAS DEL POSTALUMBRAMIENTO.

ESQUEMA GENERAL DEL DESARROLLO DEL TEMA

CONCEPTO.

Las hemorragias del postalumbramiento son las que se / presentan después de expulsada la placenta, bien de forma im- / mediata o pasado cierto tiempo ⁷⁹¹.

CAUSAS.

Cuando una mujer sangra después de desprendida y expul- / sada la placenta es porque la superficie de inserción de la / misma no se ha retraído, bien por atonía o bien por retención / de algún cotiledón, lo cual impediría que el útero se contra- / yera bien, dando lugar a desprendimientos de la zona retenida / y hemorragias más o menos copiosas ⁷⁹².

1. HEMORRAGIAS POR RETENCION DE COTILEDON: POLIPO PLACENTARIO.

El minucioso examen de toda la placenta expulsada sería / la mejor manera de evitar el accidente; si en el examen se ob- / servase la falta de algún cotiledón que pudiese haber quedado / en el útero, se procedería a desprenderlo, porque sino durante / el puerperio se presentaría una elevación térmica brusca prece- / dida de un escalofrío (podría presentarse precoz o tardiamen- / te) acompañada de síntomas de anemia originada por hemorragias / que darían lugar a una superposición de capas de coágulos so- / bre el primitivo cotiledón. Dichas capas darían origen al deno- / minado pólipo placentario, que si se infectase daría lugar a - / tromboflebitis sépticas que acabarían con la vida de la mujer.

Si se intentase el desprendimiento del pólipo se lanzarían gérmenes virulentos a la sangre muriendo la mujer por // septicemia; OTERO en éstos casos aconsejaba la conducta que / daba una mayor garantía: todo pólipo placentario infectado, / o no, se trataría con la extirpación abdominal del útero y si la tromboflebitis había rebasado ya el útero la conducta sería ineficaz y la sepsis con su pronóstico sombrío haría su / aparición ⁷⁹³.

2. HEMORRAGIAS POR ATONIA UTERINA.

Su origen habría que buscarse siempre en un proceso de hiperdistensión uterina (embarazos gemelares, hidramnios, fetos grandes etc.).

Se iniciaría su tratamiento con Secacornina y Pituitri na por vía endovenosa: si ésto no daba resultado se administrarían 5-10 Uds. de Hipofisina intravenosa, estimulando la / contracción uterina con fricciones, masajes, estímulos mecáni cos de todo tipo; si la hemorragia no cedía podía deberse a / no estar el útero completamente vacuo por contener un gran // coágulo en su interior que impidiese la hemóstasia y exprimiendo el fondo uterino se expulsaría y cesaría la hemorragia;/ si a pesar d' todo la hemorragia continuaba se podría recu--- rrir a inyecciones intravaginales de agua fría o caliente es- téril, electricidad etc. e incluso la inyección intrauterina/ recomendada por BUMM ⁷⁹⁴, procedimiento que OTERO desaconseja ba porque le veía mas inconvenientes que ventajas.

OTERO, en contra de la opinión de BUMM ⁷⁹⁵, recomendaba si el masaje fracasaba así como la expresión, la maniobra siguiente: el médico se colocaba a la izquierda de la paciente elevando su mano derecha hacia el sacro lo mas detrás posible del útero, al cual cogería y llevaría hasta la sínfisis / contra la cual lo exprimirla; su mano izquierda empujaría la vulva sobre la pelvis, intentando que una mano alcance a la / otra para hacer desaparecer la luz del canal del parto, ya que allí donde no hubiera luz no habría hemorragia, consiguiendo / de este modo la hemostasia; se colocaba un rollo de algodón / o una sábana doblada detrás del útero sujetándolo a la sínfisis y luego se hacía un vendaje en T para mantener el rollo / en su posición. Si la hemorragia no cesaba todavía se podía / recurrir a otra maniobra: se introduciría una mano en la vagina para coger los labios del cuello intentando buscar la mano abdominal; éste masaje en ocasiones decia OTERO que daba resultado.

Si la hemorragia continuaba sería obligatorio realizar un taponamiento intrauterino ⁷⁹⁶ si la mujer estaba bien de pulso, pero si el pulso era débil se procedería primero a la compresión de la aorta; el taponamiento se retiraría a las doce horas y si no cesaba la hemorragia la única solución sería la histerectomía: se colocaría a la mujer un compresor de aorta y se llevaría a una Clínica ⁷⁹⁷.

3. HEMORRAGIAS POR RASGADURAS TRAUMATICAS.

Las rasgaduras de vulva, vagina y/o periné sólo se cohiben suturando grandes zonas con puntos no demasiado próximos; de no cohibirse pronto, sobre todo las de vagina pueden ser / origen de grandes hemorragias.

Las rasgaduras de cuello pueden tener su origen en una mala asistencia obstétrica y podrían presentarse acompañadas / de lesiones importantes de grandes vasos y órganos vecinos, / presentándose inmediatamente después de la salida del feto. / Para suturarlas sería necesario colocar unas valvas para vi--sualizar si la responsable de la hemorragia es una arteria ro--ta con lo que su pinzamiento cohibiría la hemorragia y evita--ría su retracción; la sutura se haría con puntos en escalera / desde la zona más accesible a la zona más profunda y el propio material de sutura serviría de tráctor hasta llegar al fondo. Cuando los recursos fracasaban era necesario colocar un com--presor de aorta y enviar a la paciente a la Clínica en la // cual y por vía abdominal se incidiría el hematoma formado y / se localizaría el vaso roto.

En opinión de OTERO la mayoría de las mujeres que mo--rían desangradas no eran por hemorragias atónicas sino por // desgarrros producidos por intervenciones obstétricas en las // que el médico tenía una gran responsabilidad moral y las hemo--rragias atónicas eran su disculpa. Para el médico práctico ha--cía la recomendación siguiente:

"... sean por tanto prudentes y cumplan todos los requisitos que exige una intervención obstétrica, lo que nos evitará muchos /// accidentes. "Han de saber que el último recurso es un compresor de aorta, un coche y una Clínica"... (798)

4. ROTURA UTERINA.

CONCEPTO ANATOMOFISIOLOGICO DEL PARTO NORMAL 799.

CONCEPTO DE ROTURA UTERINA.

Pérdida de substancia en el canal pasivo del parto, // bien espontáneamente o provocada por una intervención tocúrgi ca.

Las roturas de la parte pasiva serían las roturas propiamente dichas y son ístmico-cervicales; aunque su comienzo/ lo tengan en ésta región el estallido ciego puede propagarse/ también al cuerpo uterino o a la vagina.

La rasgadura sería completa cuando interesa peritoneo/ muscular y mucosa; la rotura incompleta sería baja y no alcan za peritoneo. En el primer caso el contenido uterino pasaria/ a cavidad abdominal y el segundo al espacio de Retzius 800.

CAUSAS DE LA ROTURA UTERINA.

a) Causas fetales: Presentaciones cefálicas anormales/ (cara en posición mento-sacra, grandes asínclitismos), fetos/ muy grandes, hidrocéfalos etc.

b) Causas maternas:

Pelvis estrechas: en el caso de desproporción entre el diámetro fetal y el canal del parto, el útero sigue contrayen dose y haciendo esfuerzos expulsivos puede estallar. Esto se ría mas frecuente en los casos de estrecheces moderadas que//

no serían fáciles de reconocer por parte del médico o la matrona ya que las grandes estrecheces se reconocen y son enviadas a las clínicas en donde se tratan adecuadamente.

Grandes cicatrices: del canal blando del parto, de pequeños miomas intervenidos, de cesáreas anteriores ...

Tumores previos: quistes de ovario, paraovario, miomas fibromas, fibrosarcomas, sarcomas del anillo pélvico...

Hipoplasias uterinas ⁸⁰¹.

SIGNOS DE IMMINENCIA DE ROTURA.

Según OTERO en Obstetricia - como en cualquier otra parte de la medicina- más que curar lo que interesaría es prevenir para lo cual debía conocerse bien el cuadro previo que en clínica precede a la rotura uterina:

Tétanos uterino.

Elevación del anillo de contracción de Bandl, que llegaría a alcanzar el ombligo; dolor intenso a la palpación en la región infraumbilical; percepción a gran tensión de los ligamentos redondos.

Enferma muy inquieta, angustiada, con pulso frecuente, boca seca, fiebre más o menos alta, que no puede orinar, edema del labio // anterior del cuello y presentación fija.

El cuerpo uterino está espesado de tal manera que la palpación/ fetal se hace imposible.

No sería preciso que todos los síntomas enumerados // coincidiesen para sentar el diagnóstico de imminencia de rotura, porque en éste caso el feto progresaría y se llevaría a / cabo la rotura misma ⁸⁰².

SINTOMAS DE LA ROTURA UTERINA YA VERIFICADA.

Si cesan las contracciones tetánicas y la enferma se / queda en calma sobrevendría un tragico silencio que nos habla / ría de que la rotura se había verificado.

Las contracciones podían continuar si la rotura fuera / pequeña o incompleta, pero muy atenuadas.

La pérdida de sangre por genitales no sería patognómo- / nica y podría faltar.

Si como consecuencia de la rotura el feto se expulsaba / al abdomen, la presentación que hasta entonces estaba fija en / la pelvis ya no se tocaría; si la rotura fuera pequeña y sólo / había permitido el paso de parte del feto, se advertiría que / la presentación había adquirido más movilidad.

La hemorragia consecutiva a la rotura de vasos arteria / les o venosos podía salir al exterior o bien hacia el perito- / neo, donde despegando el tejido celular pelviano podría alcan / zar hasta el diafragma; la mujer iría presentando signos de / anemia aguda que la llevaría fatalmente hacia la muerte.

Por palpación se tocarían dos tumoraciones: una más pe / queña, que correspondería al feto parido en abdomen, el cual / se palparía como "a través de una sábana".

El alumbramiento se verificaría hacia el abdomen o por / los genitales externos.

El cuadro clínico que darían las roturas producidas por / intervenciones obstétricas -fórceps, versión- sería distinto:

sangra la mujer, el útero estaría duro o blando y tras la expulsión de la placenta la hemorragia continuaría; es en éstos casos en los que una vez descartada la atonía habría que descartar un accidente traumático. La rotura podría ser incompleta y la enferma dejaría de sangrar apareciendo signos de peritonitis a las 24-48 horas del parto; si después de un parto se desarrollase un proceso de tromboflebitis éste podía estar // ocasionado por la sangre derramada en abdomen, en cuyo caso la tumoración abdominal se palparía como poco resistente pudiendo encontrarse en los parametrios o en la fosa iliaca, descartándose que fuera pus por el poco tiempo transcurrido desde el / parto.

PRONOSTICO.

Para el feto fatal.

La mortalidad materna alcanzaba un 90 por ciento y era causada por hemorragia o infección ⁸⁰³.

TRATAMIENTO.

Cuando apareciesen signos de inminencia de rotura debía procederse a la extracción fetal: en el caso de tratarse de / una presentación cefálica se haría con el basiotribo ⁸⁰⁴. En / la Clínica podría recurrirse a la pubiotomía o a la laparotomía.

Si la rotura se hubiese consumado cuando existiese posibilidad se trasladaría a la mujer a una clínica en donde / habitualmente se realizaría una histerectomía aunque en casos excepcionales podría suturarse la rotura.

Si la rotura se hubiese consumado y no existiese la // posibilidad de traslado a una clínica, se intentaría extraer/ el feto como se pudiese y después se taponaría el útero; en / estos casos la paciente moriría por hemorragia o por acciden- te septico.

OTERO como colofón del tema decía a los alumnos:

"... Lo mejor para la rotura es la Clínica a dosis masivas"(805)

CONSIDERACIONES SOBRE LAS HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO Y POSTALUMBRAMIENTO.

Aunque OTERO impartió por separado cada uno de éstos / temas, a nuestro modo de ver forman ambos una unidad, cuyo // síntoma común es la hemorragia que pone en peligro la vida de la mujer, por lo que creemos oportuno valorarlos en conjunto.

El contenido de ambos carece de planteamientos teóri- cos que de poco servirían en el ejercicio diario, en cambio // todas sus explicaciones van dirigidas al médico práctico en / la asistencia domiciliaria y están repletas de contenidos muy útiles para hacer frente lo mas fácil y rapidamente posible / al síntoma más grave y llamativo que presentaban, la hemorra- gia, por lo cual los recursos recomendados en la mayoría de / los casos son comunes a ambos temas y si no daban resultado// tendrían el mismo final: la muerte por infección o por hemo- rragia.

3

CURSO DE GINECOLOGIA

Tema 1º. GENERALIDADES.

ESQUEMA GENERAL DEL DESARROLLO DEL TEMA
ESTADIOS EN LA VIDA DE LA MUJER.

Explicaba OTERO que la mujer era diferente del hombre/ desde antes del nacimiento, aunque las diferencias, tanto físicas como psíquicas, no se hicieran más ostensibles hasta el momento de la pubertad. Según él existirían tres épocas en la vida de la mujer:

1. INFANCIA. El final de la misma lo marcaría la aparición y distribución peculiar del vello, la amplitud de la pelvis se iría modificando etc... hasta que un día (decía que en nuestras latitudes entre los 10 y los 13 años ⁸⁰⁶) el lóbulo anterior de la hipófisis que creía que hasta ese momento podía haber estado frenado por la incrección tímica ⁸⁰⁷, comenzaba a ejercer un estímulo sobre el ovario ⁸⁰⁸ dando lugar a que se iniciara la maduración de un folículo hasta que las transformaciones que iría sufriendo hiciesen que un día se rompiera y pusiese en libertad un óvulo maduro, sufriendo el folículo // una nueva transformación que lo convertiría en una glándula endocrina que sería el cuerpo amarillo menstrual; esta nueva // glándula segregaría una substancia que al pasar a la sangre / actuaría sobre la mucosa uterina modificándola para formar un nido al óvulo que podía ser teóricamente fecundado; si la fecundación no acontecía el cuerpo amarillo menstrual regresaría y segregaría una substancia llamada Luteína que originaría el desmoronamiento del nido anteriormente formado, salien

do sus restos al exterior y presentándose así la primera menstruación, que marcaría el fin de esta etapa y el inicio de la siguiente ⁸⁰⁹.

2. MADUREZ. El ciclo anteriormente descrito se repetiría con regularidad cada 28 días (entre 21 y 30 días) hasta / los 43-44 años en que se iniciaría la etapa siguiente.

3. CLIMATERIO. Comenzaría a disminuir la cantidad de / sangre, algún ciclo no se presentaría, las menstruaciones serían cada vez mas irregulares y un día desaparecerían para no volver más, con lo cual terminaría el climaterio y se iniciaría la menopausia.

Durante el climaterio se presentarían alteraciones en / el organismo femenino de las cuales era responsable la supresión de las hormonas ováricas ⁸¹⁰. Con esta teoría OTERO rebatía a los clásicos y algunos de su tiempo que insistían en // que la menopausia natural o artificial originaba trastornos / debido a que no podían expulsarse los productos tóxicos que / no podían eliminarse por otros emuntorios. Según ésta teoría / el útero era considerado como una glándula (asimilable al riñón) con su secrección específica: la sangre menstrual; en resumen la menstruación era considerada hasta entonces como la / expulsión del organismo de ciertos productos tóxicos de desecho llamados menotoxinas.

NOCIONES DE FISILOGISMO SEXUAL.

La puesta en marcha del aparato ovárico conllevaría a / una modificación del psiquis femenino presentándose una atracción

ción hacia el sexo opuesto que terminaría en el primer coito, momento en el cual OTERO consideraba que la mujer, para evitar tener patologías en el terreno sexual, debía de ser pasiva; / al coito seguiría la fecundación, el embarazo, el parto, el / alumbramiento y puerperio, tras de lo cual, y concluida la // lactancia, se iniciaría un nuevo ciclo. Todo lo que se aparta se de esta regla normal sería considerado patológico.

En esta descripción OTERO explicaba lo que él denomina ba las "tres heridas fisiológicas de la mujer": la primera // era la rotura folicular y la ovulación consecutiva; la segun- da se produciría en el primer coito y la tercera en el parto/ con el que se heriría el cuello uterino, la vagina, la vulva/ y el periné, siendo esta tercera herida con frecuencia asien- to de procesos patológicos.

NOMENCLATURA DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO OVARICO-UTERINO Y SEXUAL.

Pubertad precoz: si la niña ovulaba a los 8-10 años.

Pubertad retardada: si la primera ovulación aparecía a los 16-18 años.

Opsomenorrea: si el ciclo se repetía cada 5-6 semanas.

Oligomenorrea: si la regla duraba menos de 3-5 días y las hemorragias eran escasas.

Amenorrea: si faltaba la regla.

Polimenorrea: si los ciclos se repiten cada 2-2.5 semanas.

Menorragia o hipermenorrea: si la regla duraba 8-10 días con abundante he- morragia (300-400 grs.) (811)

Metrorragia: sin haber ciclo la mujer perdía sangre durante 2-3 días o / aún continuamente.

Menopausia precoz: si la regla desaparecía entre los 35-45 años.

Menopausia retardada: si la regla desaparecía entre los 45-50 años.

La aparición de embarazos en mujeres aparentemente me-

menopáusicas era explicada por OTERO diciendo que la amenorrea/menopáusica no coincidía con la total supresión de la función ovárica y se seguían poniendo óvulos en libertad aunque el // cuerpo amarillo no tenía intensidad suficiente para poner en// marcha las modificaciones uterinas y si lo hacía era de modo// incompleto.

Dismenorrea: si había dolor al expulsar el contenido menstrual.

Dispareunia: dolor o sensación desagradable que acompañaba al acto sexual/
fuera cual fuese el momento de su aparición.

Leucorrea: aumento de la secreción genital fuera del coito que era el momento en el que ésta cumplía su misión.

PROCESOS PATOLOGICOS COMO SECUELAS DE LA UNCIÓN GENERADORA.

Traumas obstétricos: fuente de infecciones puerperales.

Trastornos de la topografía normal: retroversión o anteversión exagerada.

Fuera de éstos momentos característicos en la vida de la mujer OTERO consideraba que las demás alteraciones locales y generales daban siempre síntomas comunes a ambos sexos y eran estudiados en Patología Médica y Quirúrgica.

Tema 2º. LA EXPLORACION GINECOLOGICA.

ESQUEMA GENERAL DEL DESARROLLO DEL TEMA

INTRODUCCION.

OTERO hizo una breve descripción anatómica de recuerdo del aparato genital femenino acompañado de tres esquemas de / cortes anatómicos de la pelvis femenina para puntualizar la / localización de las estructuras anatómicas de más interés en/ Ginecología.

PARTES QUE INTEGRAN LA EXPLORACION GINECOLOGICA.

1. INTERROGATORIO. Según OTERO éste es el inicio del / coloquio con la enferma; la anamnesis debía ser individualizada teniendo en cuenta la edad, cultura y temperamento de la / mujer, indagando, aparte de otros datos generales, la existencia de taras hereditarias familiares.

Una parte del interrogatorio, al que concedía OTERO // gran importancia era la relativa a la investigación individualizada y cautelosa de las particularidades de la libido de la mujer y de la utilización o no de medios anticoncepcionales, / lo que llevaría a conocer si existían trastornos en la esfera sexual que pudieran ser responsables de alteraciones sin otra explicación aparente y que serían:

"...susceptibles de un tratamiento psíquico ... y que muchas // enfermas lo son por tener una vida sexual insatisfecha o trastornada"... (812)

El resto de la exposición estaba dedicada a la anamnesis relativa al proceso por el cual la mujer consultaba; OTERO en este momento hacía un inciso en relación a los síntomas genitales y se manifestaba a favor del "aborto terapéutico", el que practicaba cuando:

"...hay una indicación científica que nos empuja a ello"... (813)

2. EXPLORACION PROPIAMENTE DICHA. La inspección de la / paciente se iniciaba durante el diálogo previo y se debía prestar atención a los tipos constitucionales que se podían presentar, admitiendo que cada región poseería un tipo constitucional determinado, con especiales características morfológicas

y morbosas.

Con la paciente tumbada ya en una mesa de exploración/ se procedería a la inspección y palpación del abdomen ya // para observar la presencia o no de alteraciones y diferenciar los procesos relativos al aparato genital de los que no lo // eran. Seguidamente y previa micción de la mujer se procedería a la exploración genital colocándola en posición adecuada:

Inspección de los genitales externos.

Tacto vaginal o rectal

Palpación combinada con una mano en vagina y otra sobre abdomen.

3. PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS INSTRUMENTALES.

HISTEROMETRIA. Procedimiento poco recomendado el médico práctico y escasamente necesario al especialista.

LEGRADO UTERINO EXPLORADOR. Aconsejable en ocasiones para afirmar/ o descartar un proceso uterino de naturaleza maligna; quien // examinase el producto extraído debería ser lo suficientemente experto para evitar resultados falsos.

INSUFLACION TUBARICA. Recomendada en casos de esterilidad cuando/ fuese necesario conocer la permeabilidad de las trompas o en/ caso contrario el diagnóstico topográfico del lugar del obstáculo.

PUNCION. La punción podía ser abdominal o pélvica(a través del fondo / de saco de Douglas); de la observación del exudado extraído / podía hacerse el diagnóstico de algunos procesos abdominales/ o pelvianos de etiología difícil de precisar.

INNOVACIONES INTRODUCIDAS POR OTERO EN ESTE TEMA.

OTERO expuso en el mismo la psicogénesis de algunos // trastornos genitales así como la relación existente entre las alteraciones en la esfera sexual y determinadas alteraciones/ referidas al aparato genital, relaciones ambas que más tarde/ conducirían al nacimiento de una nueva especialidad a caballo entre la Ginecología y la Psiquiatría que es la Ginecología / Psicósomática y la Sexología.

La concepción psicósomática de la Ginecología es el as pecto que a nuestra manera de ver revestía de más importancia al tema, ya que bastantes años después no había obtenido una/ resonancia aún entre los médicos prácticos ni los ginecólogos, por lo que nos atreveríamos a decir que por unos años OTERO / se adelantó a su introducción en España y más concretamente / en Granada en la enseñanza a los estudiantes y en la práctica clínica diaria ⁸¹³.

CONCLUSION.

En éste capítulo se nos presenta OTERO como un perfecto conocedor de la psicogénesis de algunas enfermedades referidas en sus síntomas al aparato genital y cuyo tratamiento / debía ser por tanto psíquico. HERNANDEZ ⁸¹⁵ era de su misma / opinión, también referida a la influencia de las alteraciones de las relaciones sexuales en algunos padecimientos femeninos.

Sus renovadores conocimientos creemos que tenían más / importancia si pensamos que estaban vertidos en una Lección / Magistral a los estudiantes de la asignatura de Ginecología, /

los cuales como futuros médicos podrían sacar de su conocimiento una gran aplicación práctica ⁸¹⁶.

Tema 3º. ANOMALIAS DE POSICION DEL UTERO.

ESQUEMA GENERAL DEL DESARROLLO DEL TEMA

RECUERDO ANATOMICO.

Se trataba de una breve descripción del aparato genital femenino, de los musculos del suelo de la pelvis, del hiato / genital y del modo como todos estos elementos se combinaban // entre sí para mantener al útero en la posición tipo que para / UTERO era la ante-verso-flexión ⁸¹⁷. La explicación se acompañó de esquemas que facilitaban su comprensión.

NOMENCLATURA DE LAS ALTERACIONES DE POSICION DEL UTERO.

En condiciones normales el útero estaría en ante-verso-flexión movable, colocado a nivel de las espinas ciáticas. // también podría hallarse en anteflexión, retroflexión, retro-versoflexión o lateroversión, elevado o descendido. El estudio sólo estaría dedicado a la retroversoflexión y anteversoflexión patológicas y a los descensos y prolapsos ⁸¹⁸.

CONCEPTO DE RETROPOSICION UTERINA.

La retroversión aparece como consecuencia de la desviación hacia atrás del eje del cuerpo y del cuello; la retroflexión aparecería cuando el eje del cuello mantuviese su posición y sobre él se doblase el eje del cuerpo. En el primer caso el eje útero-cuello coincidiría con el eje de la vagina; /

en el segundo caso el ángulo que se formaría entre el eje del cuerpo y el eje del cuello estaría abierto hacia atrás y hacia abajo (hacia el sacro).

CAUSAS DE LAS RETRODESVIACIONES.

El útero se colocaría en retroposición tanto en multiparas como en primíparas como consecuencia de la pérdida del "turgor tisular" según OTERO, aunque el camino seguido fuese/distinto en unos y otros casos.

En las multiparas la pérdida del turgor sería una consecuencia del envejecimiento tisular, siendo el puerperio una de las causas más importantes en la aparición de la retro, ya que el útero flácido empujado por las vísceras vecinas sería/incapaz de volver a su posición normal.

En nulíparas, la falta de turgor aparecería en mujeres asténicas y en tipos infantiles con un funcionamiento deficiente del ovario y de la hipófisis ⁸¹⁹.

ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS RETROPOSICIONES.

Existirían retroposiciones fijas, de las cuales es responsable un proceso inflamatorio que habría fijado el útero / a los órganos vecinos al haber entrado en contacto dos superficies inflamadas que acabarían soldándose.

Las retro movibles aparecerían en multiparas con dificultades en la circulación de retorno y en úteros pequeños e/hipoplásicos en los que el cuello sería mayor que el cuerpo.

SINTOMATOLOGIA.

1. SINTOMAS LOCALES. OTERO rebatía inicialmente y con argumentos contundentes los "conceptos antiguos" que achacaban a las retroposiciones innumerables síntomas, de entre los que destacaban la poli e hipermenorrea; según él, estos síntomas/ eran independientes de las retroposiciones porque su causa ra dicaba en el ovario y si en algún caso coincidían en pacientes con retroposición era debido a que la misma causa que llevaba al infantilismo genital podía alcanzar al ovario cuando se // trataba de polimenorreas; la coincidencia de hipermenorrea y/ retroposición se justificaría por alcanzar también la pérdida de turgor tisular a la musculatura uterina, haciendo que ésta perdiese la capacidad reactiva adecuada para hacer hemostasia de los vasos abiertos con motivo de la menstruación ⁸²⁰.

OTERO decía que en los libros clásicos se asociaba el/ síntoma leucorrea con la retroposición; las hormonas ováricas serían las que presidirían la biología de la vagina, la cual/ y bajo su influjo renovaba continuamente el epitelio pavimen- toso que la recubría; si la función hormonal ovárica estaba / alterada también lo estaría la bioquímica vaginal y como con secuencia desaparecería el bacilo de Döderlein y la vagina // era colonizada por gérmenes diversos que darían lugar al au- mento de la secreción vaginal o leucorrea. Por tanto, la leu- correa asociada a retroposición no dependía de ésta sino del/ infantilismo que originaba hipo o disfunción ovárica ⁸²¹. //

Algunas de las pacientes con retroposición en las que aparecía leucorrea ésta tendría su origen en un "conflicto sexual" en mujeres psíquicamente lábiles con un trauma que alejaría a la misma de su marido y que originaría disfunciones sexuales que darían como síntoma la leucorrea.

Los trastornos de la micción (generalmente polaquiuria) tampoco dependerían de la retroposición y aunque en algunos / casos se corregirían tratando ésta, en la mayoría esto no se conseguía y OTERO creía que los que curaban lo hacían por un condicionamiento psicológico ⁸²².

El estreñimiento que acompañaba a algunas pacientes con retroposición no sería la causa de ésta; las mujeres habitualmente estreñidas lo eran por un mal hábito educacional y // aunque la retro se acompañase de estreñimiento, éste no se debería a la dificultad en la marcha del bolo fecal por el útero caído en el Douglas, sino por un proceso de enteroptosis que padeciesen ⁸²³.

En los casos en que las retroposiciones se acompañaban de esterilidad, éstas no eran las responsables del proceso, / sino que ambas serían una consecuencia más de la insuficiencia ovárica y la hipoplasia uterina que solían padecer estas mujeres ⁸²⁴.

La aparición de "dolor de riñones" tampoco tendría su / origen en la retro, sino que en la mayor parte de los casos / se debía a la enteroptosis ya mencionada, que por ser un factor constitucional precedía a la aparición de la retro ⁸²⁵.

2. SINTOMAS GENERALES. OTERO precisaba que ninguna de las molestias generales (nauseas, jaquecas, sudores, neuralgias etc.) que podían aquejar las pacientes afectas de retroposición eran debidas a ésta y que si tratandola mejoraban era solamente por influencia psíquica ⁸²⁶.

DIAGNOSTICO.

Se realizaba por exploración combinada bimanual con uno o dos dedos introducidos en la vagina y la otra mano sobre la sínfisis, buscando el fondo uterino en la mitad anterior de la pelvis y si no se encontraba, en la posterior, cuando se encontraba en esta zona última es que se trataba de una retro: si el eje del cuerpo se continuaba con el del cuello nos encontraríamos ante una retroversión; si por el contrario formaban un ángulo abierto hacia atrás se trataría de una retroflexión.

Una vez hallada la retro se buscaría si era pura (simple, movable) o combinada (fija). Debía investigarse si existían otros procesos acompañantes de la retro, bien de naturaleza tumoral o infectiva. Se haría el diagnóstico diferencial con el hematocele retrouterino o el mioma, procesos ambos que por el tacto podían asemejarse a la retro.

No se recurriría nunca a la exploración instrumental// (histerometría) por los peligros que llevaba consigo ⁸²⁷.

PRONOSTICO.

En ocasiones ni la mujer se enteraría que padecía una/

retroposición, otras padecerían esterilidad o abortos de repetición. OTERO consideraba que si la retro era fija y se combinaba con un embarazo podía ponerse en peligro la vida de la mujer.

TRATAMIENTO.

OTERO sólo actuaba terapéuticamente en los casos en que la retroposición se acompañaba de:

Síntomas que molestasen o trastornasen la vida de la mujer y que fueran imputables a la misma.

Esterilidad o abortos de repetición, para observar si una vez corregida la causa también se corregían éstos.

La existencia de una enfermedad abdomino-pélvica que obligase a una intervención podría llevar a que en el mismo acto se aprovechara para corregir la retroposición.

En un 20-40 por ciento de las retroflexiones no sería necesario un tratamiento médico, sólo revisiones periódicas por parte del especialista (828).

1. PROCEDIMIENTOS ORTOPEDICOS PARA CORREGIR LA RETRO. Previa la corrección manual de la retro se colocaría un pesario, de Hogge generalmente, para mantener el útero en su posición normal; se revisaría a la mujer cada tres meses y se retiraría al año de colocarlo; si el útero estaba en posición normal no se haría nada y si esto no se lograba entonces se indicaría un tratamiento quirúrgico ⁸²⁹.

2. TRATAMIENTO QUIRURGICO. Basado fundamentalmente en la ligamentopexia: se cortaban los ligamentos redondos y se traccionaba, con lo cual también se traccionaría del fondo uterino que se colocaría en posición normal.

La operación de elección era la de Alexander-Adams, que era la más inocua por ser extraperitoneal y se intervenía a // través del conducto inguinal, lugar en el que se disecaban y / traccionaban los ligamentos redondos hasta restablecer el úte ro a su posición normal ⁸³⁰.

NOVEDADES INTRODUCIDAS POR OTERO EN EL TEMA.

A nuestro modo de ver esta lección Magistral fue una de las más interesantes impartidas por OTERO a pesar de que la po seemos incompleta.

Al desechar los viejos planteamientos que imprimían a/ las retrodesviaciones un protagonismo singular dentro de la Gi necología, OTERO introdujo nuevos conceptos etiopatogénicos y/ terapéuticos que hasta el momento no habían sido tenidos en // cuenta, tales como la influencia del funcionamiento de la hipó fisis y los ovarios en los procesos genitales y la dependencia de alteraciones en la esfera sexual y psíquica de algunos sín tomas que tradicionalmente se venían atribuyendo a las retro-- desviaciones.

OTERO nos presentaba el aparato genital femenino como / un todo que podía enfermar como consecuencia de alteraciones / orgánicas propias o bien por alteraciones en el funcionamiento de los órganos con él relacionados - hipófisis y ovarios - y / en dependencia directa con el psiquismo femenino, que de este/ modo se convertía en protagonista de algunos síntomas que has ta el momento no habían sido explicados de manera satisfacto--

ria pero que siempre habían estado relacionados con las retroposiciones.

La visión dada por OTERO no la hemos encontrado reflejada ni en autores precedentes como RECASENS ni en los mismos // coetaneos como STOECKEL, y esto nos parece de gran valor porque pondría de manifiesto los ánimos de renovación de la Ginecología que abrigaba OTERO, dando a los alumnos unos conceptos actualizados y despojados de viejos planteamientos, lo que les iba a permitir ejercer la Ginecología de una forma más renovada y menos tradicional, mas acorde con las nuevas tendencias.

Tema 4º. CORIOEPITELIOMA MALIGNO.

ESQUEMA GENERAL DEL DESARROLLO DEL TEMA
CONCEPTO. ETIOPATOGENIA.

El corioepitelioma maligno es un tumor epitelial desarrollado a expensas de la vellosidad corial. El tejido matriz que da origen al mismo (vellosidad) es de procedencia fetal, / siendo este tumor el único tipo que aparecería injertado en / un organismo procedente de otro.

OTERO creía que su aparición estaba en relación con la disminución de las defensas maternas, lo que impediría que las masas de sincitio que quedasen en el útero después de un parto o aborto fuesen destruidas en pocos días, conduciendo ésto a / que estas masas proliferasen activamente y penetrasen en la / luz de los vasos dando metástasis a distancia ⁸³¹. Decía que / era un tumor muy raro y aún más raro que se diagnosticase precozmente ⁸³². Podía aparecer en cualquier edad de la vida pero exigía siempre la presencia previa de un embarazo.

El período de latencia entre el acontecimiento obstétrico y la aparición del tumor podía ser muy variable, aunque // OTERO, basándose en su experiencia personal, creía que los // períodos de latencia muy largos observados en algunas estadísticas podían ser falsos porque se refiriesen a matrimonios o / embarazos oficialmente declarados, pudiéndose dar la circunstancia de haberse ocultado en la anamnesis un embarazo previo por razones sociales (viudedad, relaciones extramaritales etc.).

ANATOMIA PATOLOGICA.

En un tanto por ciento elevado, el tumor crecería hacia dentro de la cavidad uterina, lo cual daría lugar a hemorragias precoces por rotura de la mucosa y en un tanto por ciento reducido de los casos el crecimiento se efectuaría hacia la / capa muscular y la hemorragia sólo aparecería como síntoma muy tardíamente.

SINTOMATOLOGIA.

El aumento de tamaño del útero unido a la hemorragia / (síntoma este que no cesa debido a que la coagulación sanguínea sería impedida por los fermentos del sincitio), serían // los síntomas más precoces y frecuentes en los casos en los // que el crecimiento tumoral se hubiese efectuado hacia la cavidad uterina.

La fiebre aparecería por la fácil infección de las masas tumorales con deficiente estado de nutrición.

Otros síntomas frecuentes serían la anemia intensa que no correspondería a las pérdidas hemáticas, la caquexia y la ictericia.

Aparecería albuminuria no acompañada de cilindruria // debida a la eliminación renal de las masas tumorales.

La tos y los esputos sanguinolentos serían la expresión de la existencia de metástasis tumorales en el pulmón que se evidenciarían por la radiografía.

La muerte aparecería como consecuencia de la aparición junto con los demás síntomas, de metástasis cerebrales.

Recordaba OTERO que el corioepitelioma también podía// aparecer después de haberse evacuado el útero por mola vesicu-
lar.

DIAGNOSTICO.

OTERO consideraba que para el diagnóstico, la anamnesis era fundamental, con la que se recogerían los datos siguientes: hemorragias atípicas en relación con un embarazo molar;/ tras de la extracción de restos en un aborto y la continuación de las hemorragias; tras un legrado puerperal en el que se de-
tecten anomalías de la cavidad uterina etc. Todos éstos sínto-
mas podrían conducir a un diagnóstico de sospecha, momento en el que OTERO consideraba que la labor del médico práctico con-
cluía y debería remitir a la paciente a un especialista.

El diagnóstico de certeza sólo se podría realizar me-
diante el examen microscópico del producto del legrado que da-
ría unas imágenes típicas que lo diferenciarían del resto de/
los tumores.

OTERO consideraba que cuando se enviara el producto de un legrado al laboratorio en el que se sospechara de un corio-
epitelioma debería hacerse a un laboratorio de confianza. Se-
gún él sería al laboratorio de Roberto Meyer en Berlín, ya // que consideraba que era el mejor, no olvidando de hacer cons-
tar al laboratorista el diagnóstico de sospecha que le servi-
ría de orientación.

PRONOSTICO.

Dependería aquí, como en la mayoría de los procesos tumorales malignos, de la oportunidad y precocidad del diagnóstico para así poder recurrir al cirujano o al radiólogo; él// personalmente opinaba que el pronóstico era muy grave, porque cuando la enferma llegaba al especialista en la mayor parte / de los casos presentaría metástasis a distancia, aunque si se encontraba el tumor limitado al útero existirían algunas posibilidades de éxito.

TRATAMIENTO.

Fundamentalmente, y siempre que se pudiese, debía hacerse histerectomía abdominal total seguida de la extirpación de anexos y parametrios.

El radio y los Rayos X, sólo o combinados, podían ser útiles para aliviar la hemorragia en los casos incurables. // OTERO admitía que en algunos casos se podía obtener la curación, pero que siempre debía intentarse la histerectomía sorprendiendo la tumoración cuando aún estaba encerrada en la // cavidad uterina ⁸³³ .

3.5.2. RESULTADOS DE LA FUNCION DOCENTE.
EXAMENES Y NOTAS.

1. SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE EXAMEN.

Para adaptar el plan de estudios de la Facultad al R.D. de 19 de Mayo de 1928 se reunió la Junta de Facultad el día 30 de Mayo del mismo año y tomó el acuerdo de que los exámenes de prueba de curso se hicieran por años completos y que los alumnos sufrieran la prueba ante un tribunal mixto formado por todos los profesores correspondientes al curso ⁸³⁴ .

2. SOBRE LAS CALIFICACIONES.

Una Orden Ministerial del día 13 de Julio ⁸³⁵ derogó la R. O. de 27 de Febrero de 1925 sobre calificaciones de los exámenes de Septiembre, así como el artículo 21 del Reglamento de exámenes y grados de Mayo de 1901, reformando los artículos 19 y 20 del mismo, en el sentido de que no se hiciera constar la nota de suspenso y en todas las certificaciones se omitiera esta nota; en las Actas de los exámenes los alumnos que no obtuvieran la calificación de aprobado debería consignarse "devuelta la papeleta" ⁸³⁶ .

3. MATERIAL EXAMINADO.

Hemos revisado los Libros de Actas de Exámenes ⁸³⁷ / correspondientes a los siguientes cursos académicos: 1930-31, 1931-32, 1932-33, 1933-34, 1934-35 y 1935-36. Consignaremos que no existen Actas de los exámenes correspondientes a la enseñanza oficial de Junio de 1936 debido a que la Facultad estaba cerrada por disturbios ⁸³⁸ .

También hemos examinado un pequeño legajo ⁸³⁹ en el // que se encontraba un sobre con los trabajos de los examinados

de Ginecología en Junio de 1935. Dentro del mismo se encontraban 27 sobres con su correspondiente número de alumno, nombre y apellidos y en su interior un examen manuscrito, corregido con los errores tachados con lápiz rojo, y la calificación // correspondiente. El sobre principal estaba firmado por OTERO. Cabe la posibilidad de que existieran más exámenes que los / 27 encontrados por nosotros, o bien que se realizaran exámenes orales en otra fecha, ya que el número de alumnos no coincide con el que tenemos contabilizado en las Actas de la convocatoria, faltando alumnos tanto del Plan antiguo como del / Plan provisional.

Nos vamos a ocupar exclusivamente de los Exámenes ordinarios de Obstetricia y Ginecología de la enseñanza oficial, / prescindiendo de las convocatorias extraordinarias, por ser / escaso el número de alumnos que concurrían a ellas, y de los / exámenes de la enseñanza no oficial por la misma razón.

3. RESULTADOS DE LOS EXAMENES.

EXAMENES ORDINARIOS CURSO 1930-31.

El Acta de Ginecología del Plan antiguo aparece firmada por OTERO como Catedrático de Ginecología y Presidente del // Tribunal, el día 2 de Junio de 1931.

Se examinaron 36 alumnos de los cuales 25 obtuvieron / la calificación de Aprobado, 6 de Notable y 5 de Sobresaliente, para estos últimos OTERO solicitó 5 Matrículas de Honor. / No hubo suspensos.

EXAMENES ORDINARIOS CURSO 1931-32.

El Acta de Obstetricia que incluía alumnos del Plan antiguo y del Plan provisional aparece firmada por OTERO como / Catedrático de la asignatura y Presidente del Tribunal el día 11 de Junio de 1932.

Se examinaron 80 alumnos de los cuales 27 obtuvieron/ la calificación de No admisible, 37 la de Aprobado, 9 la de/ Notable y 7 de Sobresaliente, para 2 de los cuales OTERO solicitó Matricula de Honor.

EXAMENES ORDINARIOS CURSO 1932-33.

El Acta de Ginecología incluía alumnos del Plan antiguo y del Plan provisional, aparece firmada por OTERO como / Catedrático de la asignatura y Presidente del Tribunal el // día 23 de Junio de 1933.

Se examinaron 38 alumnos de los cuales 25 obtuvieron/ la calificación de Aprobado, 8 la de Notable y 5 la de Sobre saliente, para 3 de éstos OTERO solicitó Matrícula de Honor. No hubo Suspensos.

EXAMENES ORDINARIOS CURSO 1933-34.

El Acta de Obstetricia incluía tanto alumnos del Plan antiguo como del Plan provisional y aparece firmada por OTERO como Catedrático de la asignatura y Presidente del Tribunal/ el día 4 de Julio de 1934.

Se examinaron 16 alumnos de los cuales 8 obtuvieron / la calificación de Aprobado, 6 la de Notable y 2 la de Sobre saliente, para los que OTERO solicitó 2 Matrículas de Honor. No hubo Suspensos.

EXAMENES ORDINARIOS DEL CURSO 1934-35.

El Acta de Ginecología incluía alumnos tanto del Plan antiguo como del Provisional y aparece firmada por OTERO el día 24 de Junio de 1935. En este curso académico se da la particularidad de que 27 alumnos realizaron el examen por escrito, 25 correspondían al Plan provisional y 2 al Plan antiguo. Los 5 alumnos que restan hasta completar los 31 que constan// en Acta no sabemos si realizarían la prueba oral o que sus // ejercicios no se encontraran entre el legajo por nosotros examinado.

En conjunto obtuvieron 7 la calificación de No admisible, 17 la de Aprobado, 4 la de Notable y 3 la de Sobresaliente para los que OTERO solicitó Matricula de Honor.

PRUEBA ESCRITA. La realizaron 27 alumnos el día 12 de Junio de 1935; de éstos 7 obtuvieron la calificación de Suspenso, 14 de Aprobado, 4 de Notable y 2 de Sobresaliente.

Se preguntó sobre tres temas:

Patogenia y tratamiento de la leucorrea.

Patogenia del prolapso genital.

Lucha contra el cáncer de útero.

CONSIDERACIONES.

Sobre los tres temas que OTERO preguntó en la prueba / escrita hemos de observar que se trataban de asuntos de interés para el futuro médico práctico ya que de su acertada intervención podían depender muchas mujeres. Esto siempre le había preocupado a OTERO durante su carrera docente.

Si admitimos que la calidad de la docencia puede medirse entre otros parámetros por el número de alumnos que al final del curso obtienen la calificación de Suspenso o No admisible, OTERO, en los cursos académicos examinados, tuvo una media de suspensos de 6.8 por ciento, por curso académico.

La tasa mas alta de suspensos correspondió al curso // 1931-32 que correspondió al primer año en que OTERO explicaba Obstetricia y Ginecología 1º y hubo más alumnos que en el resto de las convocatorias, obteniendose el porcentaje mas alto de suspensos, alcanzando el 33.75 por ciento. Esta tasa tan elevada podría explicarse porque el aumento del número de // alumnos condicionara una enseñanza más impersonal que acarreó unos resultados académicos peores en relación con el resto de los estudiados, aunque debe entrar también en consideración // el hecho de ser el primer año que OTERO impartió Obstetricia/ y Ginecología lo que conllevaria a que el contenido del curso se hiciera más denso (como hemos podido comprobar por el contenido de los apuntes analizados) y esto diera lugar a una // menor asimilación de contenidos por parte de los alumnos, lo que revirtió en la elevación de la tasa de Suspensos, aunque // no se excluye el que se sumasen otros factores.

APENDICE A LOS RESULTADOS DE LA FUNCION DOCENTE.

El último curso académico examinado es el de 1934-35, / en el que desconocemos las razones por las que OTERO examinó / por escrito a 27 alumnos.

De éstos 27 exámenes hemos escogido para reproducir // uno de los que se hicieron acreedores de la calificación de / Matrícula de Honor, para así poder formarnos una idea por un / lado de los conceptos que OTERO había vertido en las Lecciones Magistrales y por otro de la asimilación que de ellos había / realizado el alumno que obtuvo la máxima calificación. La reproducción del texto es literal.

PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LA LEUCORREA .

El flujo genital que normalmente se segrega en la cantidad de // 1/2 - 1 grs. y cuya misión es embardurnar los órganos genitales / para facilitar el cumplimiento de sus funciones, está constituido por la reunión de secreciones producidas en vestibulo, vagina, y ístmo-cuello, en condiciones normales. El flujo vaginal es un líquido más o menos lechoso, constituido, no por la secreción de glándulas, que en la vagina no existen, sino por el producto / de desintegración del epitelio pavimentoso, que bajo la acción / del líquido procedente del cuello (líquido cristalino, bien trabado y que tiene una reacción alcalina) sufre un primer estadio de desintegración que transforma el glicogeno en monosácaridos, / por una acción fermentativa y que posteriormente por la acción / del b. acidófilo de Döderlein, estos monosácaridos van a transformarse en ácido láctico que es que en esencia confiere la reacción ácida a la vagina, reacción que es mas ácida en la mujer // adulta que en la niña, ya que en ésta el Ph es de 5 y en la mujer completamente desarrollada oscila entre 3.8 y 4. Estos B. // de Döderlein según Schäreder (sic) proceden del tubo gastrointestinal de la lactante. Esta reacción ácida es la que permite que / los gérmenes que con tanta facilidad llegan a órganos genitales / externos procedentes de ano etc. al llegar a la vagina sean destruidos por la reacción ácida de ésta y a este propósito son // claros los experimentos de Bumm que inoculando, estreptococos, // estafilococos etc. en la vagina de una mujer normal nota como al cabo de cierto tiempo estos gérmenes son aniquilados, destruidos. Atendiendo al grado de pureza de la secrección vaginal, Heurbin / y después Schöreder han clasificado en cuatro grupos a ésta: 1º /

en el que sólo se encuentra el b.a. de Döderlein y células pavimentosas; sólo se encuentra en un 40 por ciento de las mujeres; / 2º en el que se encuentra b.a. de Döderlein, células pavimentosas y algunos otros gérmenes; 3º lo mismo que el anterior más algunos leucocitos, pero predominando las células pavimentosas y - el 4º grado en el que los b.a. de Döderlein y las células pavimentosas se encuentran en menor cantidad existiendo, sin embargo, otros gérmenes y una abundante reacción leucocitaria.

Las leucorreas, es el aumento de la secreción normal que puede presentarse en condiciones fisiológicas, como en el período pre/ y postmenstrual, o que puede obedecer por el contrario a una causa patológica de origen genital o extragenital. Entre las de origen genital podemos distinguir aquellas que se originan en el // vestíbulo, o aquellas cuyo origen está en vagina, útero.

Vestíbulo.- Cuando una leucorrea sea de origen vestibular, hemos de hacer una observación minuciosa y detenida para averiguar cuál es el punto de partida de este aumento del flujo genital. A veces descubrimos que es una Bartolinitis la que provoca el aumento de flujo, o es una infección uretral (gonococia por ej.) o de las glándulas parauretrales etc. la causante de esta leucorrea y entonces nuestra terapéutica será esencialmente etiológica.

Vagina.- Una leucorrea de origen genital es, en la inmensa mayoría de los casos de origen infectivo. Ahora bien, por anatomofisiología de la vagina sabemos que unicamente estando alterado/ el fisiologismo vaginal es como pueden los gérmenes vivir en la/ vagina (quizá excepción hecha del gonococo en las niñas que puede producir una vulvovaginitis). Es pues en aquellos casos de secreción vaginal de 3º o 4º grado de limpieza cuando pueden los gérmenes diversos colonizar en vagina y provocando una destrucción/ del epitelio pavimentoso de ésta determinar una leucorrea. Precisamente en este hecho de observación clínica están basados ciertos recursos terapéuticos, hoy en desuso, de hacer irrigaciones/ de ácido láctico, o bien cultivos puros de b.de Döderlein (bacilosan) para tratar estas vaginitis.

Es de importancia clínica hacer la distinción de si este flujo/ procede de la vagina o de partes más altas, o bien puede ser una alteración de la secreción uterina la que ha determinado por razones químicas un aumento de la secreción normal de la vagina. / Para hacer esto introducimos las valvas y explorando de atrás / hacia delante, habiendo secado previamente con torundas de gasa/ la vagina bañada de secreciones observaremos atentamente; a veces observaremos unos granos rojizos sangrantes en vagina que nos // hacen pensar en que aquello sea una vaginitis catarral o granulosa; en otras ocasiones se observa en mujeres embarazadas unas // formaciones lenticulares en fondos de saco, con un contenido líquido o gaseoso, con más frecuencia que corresponde a la llamada por Winkel colpodistrofia elástica. Pero en ocasiones unicamente podemos aclarar el origen del flujo recurriendo a la prueba de / Mendel que consiste en embardunar la vagina una vez seca con NO, Ag al 5% y se observará, en condiciones normales fisiológicas que

toda la vagina toma un color plateado, si aparecen granulaciones rojizas en medio de esto, de aquí de donde procede el flujo.

Para el tratamiento de estas vaginitis se han empleado multitud de substancias; hemos de advertir que en la mayoría de las / ocasiones se encuentra un parásito ciliado el trichomonas vaginalis, que puede considerarse como el agente productor de la vaginitis, o bien como cree Schröder que es un sólo acompañante, que encuentra un buen medio de vida en esta vagina ya modificada y / en ella coloniza. El hecho indiscutible es que aparece en las vaginitis y desaparece cuando ella se cura. Por este hecho algunos autores han recomendado el empleo de medios, sublimado al 1 por mil etc. con objeto de destruirlo.

El tratamiento más científico en el de Mengue que consiste en / irrigar vagina con NO₃ Ag al 5% y mantener esto 5 minutos. Estas curas se repiten cada tres días y en el intervalo se dan baños / de manzanilla, agua salada etc. También puede hacerse lo siguiente: irrigar abundantemente con sublimado al 1 por mil, secar e / instilar 3-4 cc. de sol. de glicerina al 10% con carbonato sódico o borax.

En el caso de que la vaginitis sea producida por el muguet, // candida albicans, se irrigará con sol. de a. bórico que es considerado específico de este.

Si es una vulvovaginitis de niñas, se irrigará con permanganato, se instilarán 2-3 gotas de protargol en uretra y se dejará / una candelilla de cacao y argirol en cavidad cervical. Además // tratamiento general con gonoyatren etc.

Utero.- Las causas uterinas de una leucorrea pueden ser muy / diversas. A veces es una endocervicitis gonocócica, muy frecuente en prostitutas, la causante del flujo, si bien éstas no acuden a consulta porque se habitúan a él. Puede ser también una lesión / sifilitica secundaria de porcio, poco frecuente, o un carcinoma / (los miomas no la determinan con tanta frecuencia) y en este caso quizás sea el flujo debido a la irritación de la vagina por / los productos de necrobiosis determinando la leucorrea como agua de lavar carne, bien distinta de la seropurulenta de los procesos tuberculosos, también procesos infectivos de otros órdenes.

Antiguamente se creía que las retro, sobretudo las fijas podrían determinar leucorreas, cosa que desde Selheim no se admite. En algunos casos la leucorrea procederá de partes más altas.

Enfermedades generales.- Las fiebres eruptivas, sobretudo pueden determinar en la misma enfermedad o en la convalecencia una localización de gérmenes en la vagina responsable de una leucorrea.

Así mismo una insuficiencia ovárica determinando una disminución en la descamación epitelial fisiológica puede favorecer por un mecanismo fácil de comprender una leucorrea.

Trastornos circulatorios también pueden encontrarse.

También pueden intervenir causas psíquicas (una mujer que se / cree contagiada por su marido etc.). La terapéutica en estos casos es fácil de comprender (840).

PATOGENIA DEL PROLAPSO GENITAL.

En condiciones normales el útero en su posición de anteversoflexión está sometido a los cambios de presión abdominales que / cuando aumentan hacen, actuando principalmente sobre cara superior, que el útero tienda a salir por el hiato genital pero éste lo impide. Cuando por una causa cualquiera el hiato genital está ampliado o su aparato muscular está disminuido en su tonicidad / puede unido a otras causas que vamos a analizar determinar un prolapso de útero.

Cuando a causa de una distensión de vejiga el útero es obligado a enderezarse enfila el hiato genital y entonces se vacía en / condiciones fisiológicas, debido al turgor uterino éste vuelve / rápidamente a su posición primitiva, pero si el turgor está disminuido, el útero, que es entonces una masa moldeable, no acompaña a la vejiga en su deplección y el espacio que hay delante de / él es ocupado por asas intestinales; si en este momento sobreviene un aumento de presión intraabdominal con la contrapresión / consiguiente determinada por el tono muscular, la presión que actúa sobre la cara anterior es neutralizada por la que lo hace sobre la posterior y entonces únicamente queda la que actúa sobre / el fondo que tiende a impulsarlo por el hiato genital.

Hay dos teorías patogénicas para explicar el prolapso. Unas / lo achacan todo a la relajación del aparato de sostén del útero, en tanto que otras lo creen debido a insuficiencia o debilidad / del suelo perineal. Estas dos teorías no sólo no son contrarias / sino que se complementan. En efecto, si el útero es obligado a / descender en cada uno de los movimientos se determina un estiramiento de los ligamentos que hará que estos estén cada vez menos tirantes.

Además, es principalmente en las asténicas, leptosomas, en / las que se dan estos prolapsos y en éstas existe una insuficiencia completa del aparato musculoligamentoso que lo mismo determina una relajación de los ligamentos de sostén y músculos del suelo pelviano, ha determinado una disminución del turgor del útero, cuyo valor patogénico en los prolapsos ya hemos analizado.

Se da también en múltiparas o primíparas viejas en las que se ha producido una ampliación del hiato genital y hasta es posible una desinserción de un pubo-rectal de un lado. Es así mismo en / los partos rápidos, de fetos grandes y sobretodo en los operatorios en los que por idéntico mecanismo se dan los prolapsos.

LUCHA CONTRA EL CANCER DE UTERO.

El pronóstico del cáncer uterino, como sabemos, depende de la precocidad en su diagnóstico y es triste que pudiéndose curar un buen número de enfermas si acudieran a tiempo al ginecólogo, lo / hagan casi siempre tarde, cuando los recursos que se pongan en / práctica son casi siempre inútiles. Esto es debido principalmente 1º A que los síntomas iniciales del cáncer son poco escandalosos y llaman poco la atención de la mujer que al contrario del hombre ve con cierta indiferencia sus pérdidas de sangre y únicamente el dolor que desgraciadamente en el cáncer de cuello es tardío, y /

cuando se presenta indica una invasión de parametrios etc. por / el neoplasma que lo hace ya de mal pronóstico. En esto se podía / hacer una gran labor de divulgación con carteles llamativos que / advirtieran a la mujer que las hemorragias de contacto (cohito / (sic), lavados con canulas etc.) que las pérdidas sanguíneas // anormales (bien en forma de meno o metrorragias), que el flujo / como agua de lavar carne etc. podían ser los síntomas iniciales / de un cáncer, así como las hemorragias atípicas en mujeres climá- / téricas. Que acudiendo pronto al médico podían ser curadas y que no haciéndolo morirían.

En segundo lugar es frecuente que los médicos prácticos a los que la mujer va contándoles que tiene pérdidas sanguíneas se con- / tente con recetar unas pastillas sin pensar siquiera que aquello puede ser los comienzos de un cáncer.

Ha sido y es un problema de interés el diagnóstico precoz del / cáncer para instituir una terapéutica oportuna que ha habido au- / tores que han recomendado la extirpación sistemática del cuello / uterino en aquellas mujeres grandes multíparas, con cicatrices / de cuello y sobretodo con ectropión cervical, pues sabemos que / en estas condiciones es más frecuente el cáncer.

Sin llegar a esto es desde luego muy conveniente que entre 4º / 5º decenio de la vida, mujeres multíparas, que han tenido partos / difíciles y operatorios sobretodo sean vigiladas anualmente por / el ginecólogo.

Es un punto de observación esencial el límite entre el epitelio / pavimentoso de porcio y cilíndrico de cuello donde suele apare- / cer la primera alteración cancerosa en forma de leucoplasia que / algunos consideran como un cáncer en sus comienzos.

La Comisión del Cáncer de la S. de Naciones ha establecido las / siguientes normas: 1º. El cáncer debe ser diagnosticado precoz- / mente. 2º. Una vez diagnosticado deben ser puestas en manos de / un ginecólogo. 3º. Deben ser sometidas a una vigilancia cuidada- / sa y a ser posible sometidas a una vida higiénica, como un tuber- / culoso por ej. pues así se ha visto que disminuye el número de / recidivas. Estos tres factores son indispensables y deben ir aso- / ciados.(841).

3.5.3. CURSOS ESPECIALES ORGANIZADOS O
IMPARTIDOS POR OTERO.

OTERO, independientemente de las prácticas de Obstetricia, que organizaba generalmente una vez concluidas las explicaciones teóricas, a las que denominaba "cursillo" ⁸⁴², se encargaba de organizar e impartir en ocasiones otros "Cursos especiales", unos dedicados a los alumnos de Obstetricia y otros al médico práctico.

CURSOS DEDICADOS A LOS ESTUDIANTES DE OBSTETRICIA.

1. Durante los meses de Febrero a Mayo de los años 1915, 1916, 1917 y 1918 OTERO impartió diariamente unos cursos extraordinarios de ampliación de la asignatura de Obstetricia a los que él denominó "Cursillo de diagnóstico y operaciones en Obstetricia" ⁸⁴³.

2. Desde el año 1920 y hasta 1933 HERNANDEZ desarrolló un "Cursillo de operaciones obstétricas para alumnos" y otros cursillos teórico-prácticos para médicos, alumnos y matronas/ (844) Durante el año académico 1931-32 OTERO organizó un / curso especial de Obstetricia; en el mismo se inscribieron // 31 alumnos a los que al final se les otorgó su correspondiente diploma acreditativo; se pagaron 50 pesetas por parte de / cada alumno por derechos de inscripción y la recaudación obtenida se invirtió en material clínico y quirúrgico ⁸⁴⁵.

CURSOS DEDICADOS AL MEDICO PRACTICO.

1. En Junio de 1917 OTERO organizó un curso práctico de ampliación de Obstetricia y Ginecología para médicos ⁸⁴⁶.

2. El Claustro de la Facultad de Medicina en sesiones/ celebradas el 25 de Junio de 1920 ⁸⁴⁷ y el 12 de Noviembre del

mismo año ⁸⁴⁸, acordó nombrar una comisión encargada de redactar un programa cuyos temas se deberían ajustar a las conferencias, cursos breves y trabajos de investigación que tendrían lugar en la Facultad de Medicina de Granada durante los días 3 al 15 de Enero de 1921 para dar cumplimiento a la R.O. de 1º de Mayo de 1920, estando compuesta esta comisión por OTERO y otros dos Claustrales.

El programa se redactó ⁸⁴⁹ dirigido a los médicos, especialmente a los del Distrito Universitario de Granada, con la intención de que pudiesen adquirir en poco tiempo los conocimientos que señalaban el progreso de la Ciencia, apreciando personalmente el valor práctico de los mismos. La intención de los redactores quedaba plasmada en la dedicatoria final:

"La vida de la Facultad se intensificará notablemente en los días en que ha de exponerse el programa, sustituyéndose el ordinario ritmo académico, por demostraciones prácticas en las distintas Especialidades de Medicina, Cirugía y Laboratorios, a fin de que el público que a ellas asista, pueda tomar parte activa en los trabajos de su especial predilección".

Según HERNANDEZ ORTIZ ⁸⁵⁰, a este curso vinieron de Alemania los Profesores Friedrich, Warneckros y Chaul, los cuales deleitaron con sus conferencias durante cinco días; también el mismo autor señala que a escucharlas vinieron varios radiólogos entre los que se encontraban Cónill de Barcelona, Ratera de Madrid, Rey de Zamora y otros de Bilbao, Córdoba, Málaga, Almería etc.

Los trabajos del curso comenzaron el día 3 de Enero de 1921, desarrollándose a un ritmo entre dos y tres conferencias diarias.

OTERO impartió personalmente dos temas los días 12 y / 15 de Enero a las nueve de la mañana. El primer tema que desarrolló fue el de las "Hemorragias del embarazo, parto y alumbramiento", materias todas ellas de enorme interés para el // práctico, pues de sus acertadas decisiones dependería el pronóstico y tratamiento de la mujer.

El otro tema que OTERO impartió fue el del "Estado actual de la Radioterapia en Ginecología", contenido de gran actualidad en ese momento y del cual, por la velocidad de los / descubrimientos y su gran aplicación práctica, era imprescindible que el médico tuviese conocimiento de los mismos.

3. En Junta de Facultad celebrada el día 27 de Junio / de 1921 ⁸⁵¹ OTERO fue encargado de organizar un "Curso práctico de Radioterapia", para lo cual y con objeto de cubrir los / gastos ocasionados por el mismo, el Claustro Ordinario de la / Universidad había concedido una subvención extraordinaria de / seis mil pesetas ⁸⁵².

Este curso se celebró en el mes de Octubre y OTERO recibió por parte de sus compañeros de Claustro un reconocimiento por las gestiones por él realizadas mediante un "voto de / gracias".

4. En el curso académico 1928-29 organizó OTERO un curso complementario sobre "Radioterapia en Ginecología" ⁸⁵³.

5. En una Junta de Facultad celebrada el día 21 de /// Mayo de 1934 ⁸⁵⁴ OTERO presentó una solicitud acompañada del / programa a desarrollar y otras condiciones para que se le //

autorizara a impartir un "Cursillo teórico-práctico de Obstetricia para médicos prácticos". El Claustro por unanimidad // accedió a lo interesado por OTERO y decretó que se hiciera // público a los efectos consiguientes.

Este cursillo se desarrolló en el mes de Junio con la colaboración de HERNANDEZ LOPEZ; el número de inscripciones / era ilimitado, pero se inscribieron el mismo 6 médicos, abonando cada uno 100 pesetas por derechos de inscripción. Con / la recaudación obtenida se adquirió material para experimentación animal (conejas), tarea que llevaba a cabo en aquellos / momentos CHAMORRO en el Laboratorio de Obstetricia de la Clínica y que luego serviría como material para su tesis doctoral como ya hemos estudiado en un apartado anterior.

Los trabajos del cursillo dieron comienzo el día 4 de Junio de 1934 a las doce del mediodía en la Clínica de Obstetricia; al término del mismo se expidió el correspondiente // título a aquellos asistentes que habían demostrado su aprovechamiento.

Su programa incluía lecciones teóricas y sesiones prácticas:

1º. Lecciones teóricas: Se trataron 16 temas que comprendían otros tantos problemas obstétricos para el práctico:

Diagnóstico del embarazo.

Asistencia al parto normal.

Aborto. Causas. Evolución clínica. Diagnóstico.

Tratamiento del aborto y sus complicaciones.

Sintomas y diagnóstico del embarazo ectópico. Tratamiento.

Placenta previa.

Hemorragias del alumbramiento. Mecanismo y profilaxis.

Tratamiento de las hemorragias del alumbramiento.

Tratamiento de la anemia aguda. Transfusión sanguínea.

Gestosis. Profilaxis. Tratamiento.

Muerte fetal durante el embarazo y parto. Causas. Profilaxis.

Diagnóstico y conducta del médico práctico en las presentaciones anormales.

Diagnóstico general de las pelvis estrechas. El parto en las pelvis estrechas.

Conducta del práctico en las pelvis estrechas.

Rotura uterina.

Asistencia al puerperio normal y patológico.

2º. Sesiones prácticas: Estaban basadas en:

Exploración directa de las embarazadas: Exploración combinada de úteros grávidos jóvenes. Palpación y auscultación. Diagnóstico de presentaciones. Pelvimetría.

Ejercicios de intervenciones obstétricas en el maniquí:

Forceps: durante cuatro sesiones.

Versión y extracción: durante cuatro sesiones.

Basiotripsia: durante una sesión.

Decapitación: durante una sesión.

Asistencia a todos los casos obstétricos de la clínica

855.
nica

3.5.4. LA DOCENCIA A LAS MATRONAS Y SUS RESULTADOS.

INTRODUCCION.

La formación de las Matronas durante el período que estudiamos estaba encomendada al Profesor Auxiliar del 7º grupo de la Facultad de Medicina José Mª Casado Torreblanca⁸⁵⁶ y / se realizaba en dos cursos.

Al estudiar las Actas de los exámenes de Matronas nos hemos encontrado con que estaban incluidas en los Libros de / Actas de la Enseñanza no Oficial. Desconocemos la razón de éste hecho ya que había un Profesor de la Facultad nominado para su enseñanza.

Las pruebas de final de curso se realizaban en las mismas condiciones que las de los estudiantes de Medicina, firmaba las Actas un Presidente que generalmente era una Catedrático de Obstetricia o de Ginecología, un Secretario y un Juez / vocal.

PROGRAMA⁸⁵⁷.

El programa para la carrera de Matrona incluía dos cursos:

CURSO 1º.

ANATOMIA.

- Lº. 1º. Concepto de Anatomía Humana. Estudio de la concepción // exterior del cuerpo humano. Planos y ejes.
- Lº. 2º. Osteología. Idea general del esqueleto. Huesos largos, / planos y cortos. Columna vertebral.
- Lº. 3º. Cabeza. Huesos que la forman. Disposición de los huesos / de la extremidad cefálica en el período fetal. Fontanelas.
- Lº. 4º. Cavidad torácica. Miembro superior. Enumeración de los / huesos de que consta.