

Real Academia de Medicina de Bilbao

REFLEXIONES SOBRE EL ACAECER Y EL DEVENIR DE LA GINECOLOGIA

DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

EXCMO. SR. DR. D. GUILLERMO GIL TURNER

leído el día 6 de junio de 1973

y contestación del Académico numerario

EXCMO. SR. DR. D. MANUEL USANDIZAGA Y SORALUCE

de la Real Academia de Medicina de Barcelona



BILBAO, 1973

Dedicatoria

A:

JOSEFINA

CECILIA

YVONNE

MARIA CONCEPCION

Que a los sacrificios de la maternidad añadieron el de compartir la vida de un ginecólogo.

A TODAS LAS MADRES

Reflexiones sobre el acaecer y el devenir de la Ginecología

Excelentísimos e ilustrísimos señores académicos.

Señoras y señores:

Sean mis primeras palabras manifestación pública de mi agradecimiento a la Real Academia de Medicina de Bilbao, por el honor y la distinción que me confirió al elegirme para formar parte de la Corporación. No oculto mi emoción por tal distinción, muy superior a mis méritos y merecimientos. Unicamente el firme propósito de colaborar dentro de mi esfera en los trabajos de la Academia me hará digno de ella.

Os podéis imaginar que la emoción inherente a este acto académico se halla, en mi caso, fuertemente incrementada por que al hogar actual de la Real Academia de Medicina de Bilbao, a esta casa solariega de todos los vizcaínos, la Excelentísima Diputación de Vizcaya, me hallo muy vinculado por mi quehacer médico y el de mis mayores. En esta casa accedí, hace más de treinta años, a la Dirección del Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología (antigua Casa de Maternidad), a la que mi abuelo y mi padre consagraron lo mejor de su vida profesional y científica, y a la que yo he tenido la dicha, siguiendo su ejemplo, de dedicarle toda mi vida.

Deseo recordar en este momento a aquellos que de un modo u otro, influyeron personalmente en mi formación: a don PEDRO TOLEDO, patólogo del Hospital de Basurto, a SCHULTZ-BRAUNS, junto al cual trabajé en el *Pathologisches Institut* del profesor ZELLEN, en Bonn; al profesor VARELA RADIO; al profesor SIEBKE, director de la *Frauenklinik*, de Bonn, de grata recordación, magnífico maestro y amigo, y finalmente al profesor MANUEL USANDIZAGA, mi querido maestro, junto al cual continué mi formación de ginecólogo en la Casa de Salud Valdecilla durante unos años inolvidables, donde se forjó una amistad, a la

que el constante recuerdo de mi padre, que fue su maestro, dio un carácter entrañable.

No he sido hombre de un solo maestro, ni de un solo libro, pero mi maestro verdadero, el que me enseñó los fundamentos de la Ginecología ha sido MANUEL USANDIZAGA, no solo maestro doctrinal, sino ejemplo vivo de la forma de ejercer la Medicina con ética, dignidad y seriedad. El, como nadie, supo hacer honor al juramento hipocrático enseñando al hijo de su maestro.

Y ahora permitidme que entre a exponer el tema que me propongo desarrollar, y cuya elección me preocupó desde el primer momento, habiendo influido decididamente la circunstancia de que la Real Academia de Medicina de Bilbao nace en una época de transición en la que los conceptos evolucionan con rapidez y pronto son superados, por lo que me pareció oportuno que el tema discudiese sobre algunos aspectos de la Ginecología, aventurándome a reflexionar y conjeturar sobre la repercusión de esta transitoriedad de las ideas sobre el acaecer y el futuro de esta disciplina, a pesar de que profetizar es una fantasía peligrosa, puesto que muchos profetas fueron lapidados.

Esta preocupación por el futuro es una tónica general de nuestro tiempo que presiona sobre todos los aspectos de la vida. El médico no puede permanecer impasible, en actitudes pretéricas, y tiene necesidad de proyectarse al futuro manteniéndose en vanguardia de la información para adoptar prontamente nuevos métodos que superen a los actuales, lo que supone una permanente revisión de conocimientos. No sólo es el médico el que se halla sometido a las mutaciones que el tiempo trae consigo, es la sociedad entera y en primer término los enfermos, que sometidos a esas influencias cambian constantemente y obligan al médico a prestar atención a esos cambios, que influyen también en la Patología. La actitud y comportamiento del enfermo frente a la enfermedad y al médico ha cambiado profundamente en los últimos decenios.

El médico habrá de adaptarse a los cambios y avances que el futuro nos depara. Será, pues, conveniente meditar sobre los cambios producidos en estos últimos años, e intentar vislumbrar sus consecuencias sobre nuestro quehacer clínico y sobre la formación de postgraduados.

Naturalmente, es difícil hacer vaticinios sin caer en una especulación a veces poco seria. ¿Se podía haber pensado, acaso, en 1930, que unos años más tarde se hallaría prácticamente resuelto el tratamiento de las enfermedades infecciosas?

Los que cursábamos en la Facultad al comienzo de los años treinta, hemos sido testigos, al par que protagonistas, de una época que creíamos era el crepúsculo brillante de aquella que se inició a mediados del siglo pasado, y, sinceramente, poco podíamos sospechar que alboreaba un nuevo siglo de oro. El extraordinario impulso que recibieron ciencias básicas, como la Fisiología, Farmacología y Microbiología, iniciaba una etapa de esplendor en todos los campos de la Biología y en la Bioquímica. Quizás nos hallemos actualmente en las proximidades de otra época, aún más apasionante: aquella en que se esclarecerá definitivamente la etiopatogenia de las enfermedades malignas y de las degenerativas, mediante la investigación en el campo de la Biología molecular.

No me considero poseedor de conocimientos suficientes en Filosofía, Psicología y Sociología, todas ellas disciplinas necesarias, para analizar a fondo el problema del devenir de la Ginecología. Mi única calificación puede ser mi larga experiencia clínica, surgida del trato con la enfermedad y la consagración desde hace muchos años de todos los días y bastantes de las noches, a enfrentarme con el alumbramiento de un nuevo ser humano, tránsito siempre admirable y emotivo.

El progreso de la Medicina se ha producido irregularmente a lo largo del tiempo y la Obstetricia fue la rama de la Medicina que preocupó hace milenios al hombre primitivo, como se desprende de figuras artísticas prehistóricas. (No andando descaminado ADAIR cuando calificó a Adán de primer tocólogo de la Humanidad.)

Desde SORANO DE EFESO, «El padre de la Obstetricia», pasando por AMBROSIO PAREO, MAURICEAU, los CHAMBERLEN, SMELIE, LEVRET, PALFYN, DAVENTER, OSIANDER, SIEBOLD y tantos otros, hasta mediados el siglo XIX, las distocias se resolvieron mediante operaciones vaginales, cuya técnica fue progresando paulatinamente hasta que instaurada la asepsia y antisepsia, gracias a SEMMELWEIS, PASTEUR y LISTER, se hacen posibles las intervenciones abdominales.

Se puede afirmar que con las mejores técnicas que aportó SAENGER, hacia 1870, y las que introdujo PORRO, poco después, la Tocurgia entra, mediante la operación cesárea, en una fase de perfección que mejorará, con las nuevas técnicas de anestesia y la incorporación de las sulfamidas y antibióticos al arsenal terapéutico. La Ginecología recorrerá un camino paralelo, iniciándose a fines de siglo, con FREUND y WERTHEIM, la gran cirugía pelviana del tratamiento del cáncer de cuello uterino, que se perfeccionará, con las exenteraciones pelvianas de BRUNSCHWIG y las modificaciones de MEIGS a la primitiva técnica de WERTHEIM. La Endocrinología femenina, iniciará el camino de la Ginecología funcional.

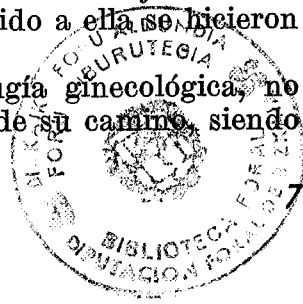
La clínica y la Patología ginecológicas han variado en los últimos cuarenta años de un modo muy profundo y radical. Ya no son los procesos inflamatorios genitales las lesiones más frecuentemente halladas en las enfermas. Las anexitis, la tuberculosis genital y la gonococia genital, que hace cuarenta años constituían el mayor número de pacientes asistidas en los servicios de Ginecología han desaparecido o constituyen excepción. El carcinoma de cuello uterino, antaño seis veces más frecuente que el de localización corporal, ha cedido su puesto a este último, probablemente debido a la mayor vigilancia y a una mayor preocupación de las gentes por la salud, diagnosticándose y tratándose precozmente las lesiones displásicas, con lo que se evita la evolución hacia la malignización, en tanto que en la localización corporal es difícil realizar una política profiláctica.

La Ginecología futura se beneficiará de la Biofísica y la Bioquímica. La Biología molecular prestará su contribución al avance en el estudio de la Patología Embrionaria y del trofoblasto, así como sobre la génesis causal y formal del cáncer. Del mejor conocimiento de las partículas elementales y de la materia a nivel de electrones y cuantos de acción ya se han derivado beneficios en el tratamiento de ciertas neoplasias genitales.

En relación con este problema del cáncer podemos contemplar el futuro con optimismo, gracias a los nuevos conocimientos de la Biología Molecular, de la Genética Celular y de los ácidos nucleicos. Seguramente en el transcurso de los próximos años se conocerán la etiología y patogenia de muchos tipos de enfermedades malignas. Todas las presumibles causas de tipo exógeno o endógeno-virus y trastornos de la regulación de la mitosis se hallan en el campo de la Genética Celular o de la Biología Molecular. La investigación de la génesis formal y causal del cáncer ha comenzado en esta parcela del conocimiento médico y no tardará en dar fruto.

Probablemente desaparecerá la cirugía del cáncer, al menos tal como la practicamos en la actualidad. Al despedirnos de la gran cirugía del cáncer, si es que hay que abandonarla, no debemos olvidar que ella fue la mejor ocasión que tuvimos para perfeccionar nuestras técnicas, y que debido a ella se hicieron nuestros mayores progresos.

A pesar del gran perfeccionamiento técnico de la cirugía ginecológica, no podemos afirmar, ni mucho menos, que ha llegado al final de su camino, siendo



de esperar perfeccionamientos de detalles más bien que aportaciones revolucionarias.

Existen una serie de problemas que empiezan a esbozarse en la actualidad para cuya solución el ginecólogo no se halla bien preparado. Ciertos aspectos psicológicos, psicosomáticos y sociales, empiezan a preocuparnos seriamente. Por primera vez se espera que el médico practique importantes intervenciones abdominales sin indicación clínica alguna, únicamente para terminar pronto, y sin dolor, un parto o para realizar una ligadura de trompas o histerectomía innecesaria, solicitada con fines meramente anticoncepcionales y ajenos a la enfermedad. Si aceptamos servir de esta forma a ciertos elementos de la nueva sociedad, modificaremos profundamente el papel tradicional del médico.

La Medicina y los médicos cambian con la estructura de la sociedad, según las fuerzas profundas que la rigen, con los factores económicos y políticos. En el futuro el médico será diferente a lo que es hoy. El médico funcionario de la Medicina socializada no constituye más que una etapa en este cambio histórico de la misión del médico.

En lo que respecta a la Ginecología tradicional no es probable que se introduzcan grandes cambios en la conducta y criterio del ginecólogo. Por el contrario, en Obstetricia nos encontramos en un momento crucial; las viejas tendencias, indicaciones y actitudes han variado y nos hallamos ante nuevas orientaciones y un futuro distinto. La nueva Obstetricia adopta un rumbo diferente para las próximas singladuras y antes de adoptar nuevas orientaciones, habremos de revisar nuestro criterio para decidir en qué sentido debe ser modificado. Las embriotomías, las pubiotomías y sinfisiotomías han desaparecido, hace tiempo, de la moderna Tocurgia. Operaciones, antaño frecuentes y acreditadas, como la versión interna y el forceps, han de ser cuidadosamente revisadas antes de decidir si se debe prescindir de ellas o por el contrario deben seguir siendo practicadas en determinadas circunstancias, porque es preciso huir del monstruoso intento de la simplificación *ad absurdum* de la Obstetricia, situándonos deliberadamente en la alternativa arbitraria y disparatada de parto espontáneo o cesárea.

Una laguna importante del especialista en esta encrucijada de revisión de criterios, es su escasa formación en Psicología y Medicina psicosomática, y no cabe la menor duda de que estas disciplinas adquirirán en el futuro una importancia creciente. La mayoría de los ginecólogos actuales proceden de una época en que no se concedía suficiente valor a estas cuestiones, por lo que el estudio del comportamiento de la mujer en el parto ha sido muy descuidado, a pesar de su trascendental y evidente importancia en la asistencia al mismo.

Entre otras materias, cuyo enfoque habrá de diferir del criterio y actitud seguidos en el pasado, se hallan: *la planificación familiar, la asistencia obstétrica en el momento del parto, la organización asistencial y las grandes unidades especializadas, el diagnóstico del sufrimiento fetal, la liberalización de la cesárea, la revisión de la rigurosidad de sus indicaciones y, lo más importante de todo, la formación del postgraduado en Ginecología.*

PLANIFICACION FAMILIAR

Todo lo referente a la madre interesa al ginecólogo, de ahí los posibles cambios de criterio que se pueden producir en la Ginecología por variación de costumbres sociales y familiares. Las grandes familias eran numerosas en la sociedad agrícola y sobrevivían largo tiempo, pero son difíciles de trasladar, trasplantar y adaptar al mundo actual industrializado y conservarlas, por eso la familia

en la sociedad industrial ha recurrido al control de la natalidad, desprendiéndose gradualmente de su exceso de carga, surgiendo una familia reducida, nuclear y portátil, compuesta por los padres y un reducido número de hijos.

Millones de padres renunciarían, si pudiesen, a responsabilidades inherentes a su condición y no necesariamente por indiferencia o falta de amor, sino porque han llegado a considerarse incapaces de cumplir su misión, debido a las dificultades económicas, al apresuramiento y frenesí de la vida moderna.

La planificación familiar, ya se trate del «Birth control» o de la «Paternidad responsable», es un problema ético, moral, demográfico y político, en una palabra sociológico. A pesar de ello el ginecólogo no puede desentenderse de la cuestión, aun cuando, en muchas ocasiones, no sea de su agrado el malicioso intento de responsabilizarse moralmente en la utilización de algunos de los diferentes procedimientos para regular la natalidad, que van desde el inocente método OGINO-KNAUS, pasando por el coito interrupto, los anticoncepcionales ovulotáticos, antigametogénicos, preservativos físicos anidatorios o antiimplantatorios, abortivos y abortos, legalizados en algunos países, o incursos en los códigos penales de otros, hasta llegar a operaciones mutiladoras del aparato genital.

El fin que se persigue con la planificación familiar o el control de nacimientos, puede inspirarse en ideales humanitarios o puede que obedezca a fines inmorales, y en este caso es la ética personal del que presta la ayuda la que sufre perjuicio.

Es natural que la mujer acuda al ginecólogo en demanda de orientación y consejo sobre la conveniencia de emplear uno u otro procedimiento de regulación de la natalidad. El ginecólogo deberá aconsejar a la mujer con criterio ético profesional exclusivamente ginecológico, no siendo pertinente, compartir responsabilidades de orden religioso, ético o estético, ni mucho menos penal, con la persona a aconsejar ya que estas cuestiones entran en el terreno del moralista e incumben de un modo estrictamente personal y privado a la interesada, la cual, en definitiva, ha de tomar la decisión con arreglo a su propia conciencia y ésta ha de ser respetada por el médico, sin que esto suponga, por parte de éste, someterse a los deseos de la paciente, cuando ello suponga un conflicto con su propia conciencia moral y ética profesional.

Preocupa pensar que el progreso tecnológico no siempre vaya acompañado, simultáneamente, del progreso ético y moral que condicione el empleo de estas prodigiosas técnicas, para usos adecuados al bien de la humanidad.

Algo se está perdiendo en orden a la ética profesional y a la moral ciudadana, al acatamiento del derecho de la convivencia, en fin, al respeto a la vida, que merecen sin distinción todos los hombres, cualquiera que sea su edad; viejos o niños, fetos o embriones. Es inconcebible y cruelmente incongruente que suprimida la pena de muerte en algunos países, se condene legalmente a un feto o a un embrión indefenso.

El derecho de los humanos precede a su nacimiento y continúa después de la muerte, respetando su última voluntad. Es preciso que los hombres recuperen la seguridad del respeto a la vida, a la libertad y a la dignidad.

A pesar de que no podemos contemplar con satisfacción determinados aspectos éticos de la evolución de costumbres, siempre es un consuelo pensar que al mismo tiempo que existen muchos médicos que mantienen aún los principios hipocráticos, que han perdurado más de dos mil años, existen, también, un gran número de mujeres para las cuales el nacimiento de un hijo es la culminación de las aspiraciones en la vida y significa la satisfacción de una importante necesidad creadora que las hace sentirse orgullosas de su facultad de traer hijos al mundo.

LA INCERTIDUMBRE EN EL EMBARAZO Y LA PARTURICION

El hombre ha demostrado su gran capacidad de adaptación a las diferencias ambientales de la vida, que no es ilimitada, puesto que su «biosistema» opera dentro de límites determinados.

En ocasiones, las influencias ambientales ejercen una presión suave y progresiva y la respuesta es lenta y paulatina; en otras ocasiones el efecto es brusco y brutal, y la respuesta es inmediata y transitoria. A estos fenómenos no se les ha dedicado suficiente atención en Obstetricia, a pesar de su extraordinario interés. La adaptación de la mujer al embarazo y al parto, puede constituir un auténtico *shock* psíquico de incertidumbre, a veces intenso y brutal, que merece ser estudiado a fondo.

Podemos definir el *shock* de la incertidumbre como la angustia producida por la sobrecarga de los sistemas psíquicos de adaptación, en una palabra, es la reacción a un estímulo excesivo. Las personas reaccionan de un modo variable a esta situación.

En mujeres embarazadas sucede que las que tienen un grado más intenso de cambios vitales-sociales padecen con mayor frecuencia la hiperemesis gravídica. Cuanto más intenso es el cambio, mayores son las probabilidades de que la hiperemesis sea grave. El intenso y profundo cambio de situación de la soltera al matrimonio, puede ser excesivo para los mecanismos de respuesta. El cambio originado por el embarazo reclama un precio, cuanto más radical tanto más caro, la convivencia con la suegra, el embarazo de una soltera o la muerte de un familiar, son acontecimientos importantes que ponen en movimiento un gran número de mecanismos bioquímicos y psíquicos.

Estímulos desconocidos anteriormente por el individuo, que no coinciden con modelos preexistentes, provocan lo que los psicólogos denominan, «respuesta de orientación», y se producen siempre que percibimos algo nuevo en nuestro medio circundante. Esta reacción de temor e incertidumbre se produce ocasionalmente en el parto, no habiendo sido suficientemente estudiada.

No conocemos bien el impacto del sobreestímulo, aun cuando las consecuencias pueden ser dramáticas e inquietantes. En un estado de «no adaptación» pueden verse sumergidas personas estables y normales y un desquiciamiento temporal de la personalidad es el resultado del fracasado intento de ajustarse a la nueva situación.

Existe, naturalmente, una gran diferencia entre un soldado en combate, la víctima de una catástrofe o una primeriza ignorante en el parto, pero hay un raro paralelismo en la manera en que responden al estímulo excesivo. Todos ellos deberán adaptarse rápida y repetidamente a unos estímulos imprevistos y repentinos; las mismas muestras de confusión, desorientación y distorsión de la realidad, similares síntomas de fatiga, angustia, tensión o irritabilidad extremada y finalmente; un momento en que triunfa la apatía. Hemos tenido ocasión de observar como, parturientas muy jóvenes, adolescentes del segundo decenio de la vida, que ignoraban lo que era el embarazo ni que iban a tener un hijo, después de un momento de pánico y de angustia, entraban en un estado de apatía y resignación.

En la práctica de la psicoprofilaxis, con personal insuficiente, se actúa de un modo incompleto e imperfecto. La práctica de los ejercicios gimnásticos y de breves ejercicios de sugestión, no es suficiente. Es imprescindible la presencia de un psicólogo, no sólo durante la preparación a lo largo del embarazo, sino en la sala de partos donde las situaciones cambian rápida e irregularmente. En los grandes centros donde se practica la psicoprofilaxis de un modo rigu-

rosamente científico el número de psicólogos es elevado. El método, requiere gran competencia en la materia y una larga dedicación a las enfermas, lo que difícilmente podrá hacer el ginecólogo cuyo tiempo es siempre escaso para los demás menesteres a que se dedica. No hacerlo así, y encargar de la preparación a una monitora, podrá proporcionar algunos resultados satisfactorios en personas sugestionables, pero inevitablemente se producirán numerosos fracasos.

Es harto conocido que los factores psíquicos ejercen una desfavorable influencia sobre el mecanismo del parto y que algunas distocias dinámicas tienen un origen psíquico y viceversa, distocias dinámicas desencadenan reacciones psíquicas anormales. Además, el comportamiento de la parturienta tiene repercusión sobre el medio ambiente, terminando por contagiarse los familiares e incluso el médico, al que en ocasiones se induce a practicar graves intervenciones no justificadas, sucumbiendo al ambiente y produciéndose una auténtica distocia social, especialmente en enfermas privadas.

En algunas ocasiones, la actitud psíquica corresponde a una anormalidad de comportamiento, dando la impresión de mujeres irritadas y rebeldes que han perdido los frenos que impone la educación y las conveniencias sociales. La actitud mental de las mujeres de hoy día no podemos atribuirle siempre al miedo y no hay razón para que el temor sea mayor, más bien al contrario, lo que es un tanto absurdo y sorprendente, teniendo en cuenta el menor riesgo y la vida independiente, activa y deportiva, no exenta de riesgos, que practica hoy día la mujer. Del mismo modo que se hallan de moda el «tremendismo y la truculencia», creando un ambiente propicio a situaciones de terror o de histerismo, no faltan amigas y parientes que exageran sus propias experiencias, produciendo un estado de alarma e incertidumbre en la paciente.

En la vida de la mujer es preciso tener en cuenta muchos factores que repercuten sobre la actitud psíquica para explicarnos el comportamiento de algunas parturientas. En esta situación tienen un campo de aplicación los tranquilizantes, pero insistimos que el ginecólogo del futuro debe prestar mayor atención a estos problemas psíquicos.

LA OBSTETRICIA ASISTENCIAL

De un siglo a esta parte la evolución asistencial es clara y su tendencia no es difícil de prever. En el transcurso de cuatro generaciones partiendo del médico familiar que además de la práctica general de la Medicina asiste en el domicilio a los partos, pasando por el médico que se autoespecializa y el que iniciando la especialidad recién postgraduado, simultanea la Obstetricia domiciliaria y la hospitalaria hemos llegado en la actualidad al especialista que ejerce exclusivamente en el ámbito de la clínica. Se vislumbra en puertas al especialista que trabaja en equipo, donde la enferma ya no es atendida personalmente por un ginecólogo, sino por un grupo y la clínica obstétrica pasa a ser objeto de la gran institución dotada de unidades especializadas.

Paralelamente al progreso de la asistencia obstétrica, evolucionan las instituciones, que en sus comienzos no prestaron otra ayuda que en casos distócicos, y posteriormente se abren las maternidades a toda parturienta para finalmente desaparecer la asistencia domiciliaria.

Esa nueva obstetricia en clínica, por cuya necesidad comienza a luchar en España GIL IBARGÜENGOTIA en la primera decena de este siglo, no fue fácil de implantar, debido a las dificultades que oponía la mentalidad de la época. El carácter marcadamente quirúrgico de la solución de las distocias condujo a la nueva era de la Obstetricia en clínica, pero habrían de transcurrir muchos

años hasta que estas ideas arraigasen en la mente de las gentes y fuesen un hecho.

En el momento actual, y cara al futuro, se ha iniciado la creación de maternidades gigantes, de trescientas y más camas, que presentan multitud de problemas, aún poco conocidos. En algunos ambientes las denominan «Maternidades colectivas» y este nombre sugiere ya el problema de la masificación y el gigantismo. Para que un centro de este tipo funcione adecuadamente es preciso que su cuerpo médico y sanitario no sólo sienta una gran vocación para practicar una buena Medicina hospitalaria, sino que, además, se mentalice a las necesidades y prácticas de la asistencia colectivizada, muy difícil de ejercer si el enfermo no es a su vez educado en los derechos y obligaciones cívicas. En estas circunstancias y por mucho empeño que se ponga en ello, será muy difícil no se produzca la deshumanización y despersonalización del médico, ni la aún más peligrosa sistematización tecnológica. El gran volumen de parturientas hace imposible una atención individual suficientemente continuada, siendo difícil establecer un módulo asistencial que corrija estos peligrosos inconvenientes, dándose la paradoja de que en un centro de este tipo, donde son muy bien atendidas las distocias, pueden hallarse peor atendidos los partos normales.

Estas grandes instituciones hacen sentirse al enfermo solo, entre la multitud. Hace ya años que se ha comprobado que los gigantescos hospitales de dos mil camas tienen más inconvenientes que los de seiscientas y son de sostenimiento más costoso. Los servicios de maternidad de más de ciento cincuenta camas son difícilmente controlables y adolecen de la falta de criterios unificados.

PRODIGALIDAD DE LA CESAREA

Una de las cuestiones obstétricas que merece ser considerada es la liberalización o prodigalidad de las indicaciones, en ocasiones abusiva, de la práctica de la cesárea que puede conducir a un desvirtuamiento de sus indicaciones y de las reglas clásicas de la obstetricia, con el riesgo de que se olviden técnicas tocúrgicas vaginales que no han dejado de tener vigencia.

Hace treinta años ADLER dio la voz de alarma ante el excesivo y alocado intervencionismo, señalando que era absolutamente necesario precisar mejor las indicaciones y EPSTEIN se manifestó con gran rigor contra los «obstetras inexpertos que sienten la tentación de recurrir a la cesárea ampliando exageradamente las indicaciones» y contra lo que llamaba «la orgía de cesáreas». En la actualidad se señala que la frecuencia debe oscilar entre el tres y el cinco por cien.

La cesárea es la única operación obstétrica que permite en cualquier momento la terminación rápida del parto. Su práctica queda con ello justificada cuando la vía vaginal se halla contraindicada por ausencia de las condiciones indispensables o lleva consigo un riesgo mayor.

Todos los ginecólogos poseen una idea concreta sobre las indicaciones absolutas de cesárea; por el contrario, en la valoración de casos límites, o dudosos, las discrepancias pueden ser grandes, sobre si cabe una terminación espontánea, por tocurgia vaginal o será conveniente la vía abdominal.

En las decisiones verdaderamente críticas, nadie puede asegurar a ciencia cierta el método de elección, pero el médico deberá actuar siempre con mesura procurando no hacer mayor daño que el producido naturalmente por el mecanismo del parto, ateniéndose a la vieja regla de ESQUILO *Metron to Beltiston* y al adagio latino «Nil nocere, salus aegretorum suprema Lex».

Conservadores y radicales han discutido en Obstetricia desde que se creó la especialidad y cualquier opinión sobre estas posturas se halla expuesta a críticas. Comparto la opinión de LITZENBERG, de que el buen obstetra conservador sabe cuándo tiene que ser radical; por esa razón no osé ser radical de joven, no fuese que el arrepentimiento me hiciese conservador en la vejez.

Veamos cómo se ha llegado a la prodigalidad de la cesárea; si por incremento del número de indicaciones o más bien porque han disminuido o desaparecido las contraindicaciones que hacían su práctica extraordinariamente arriesgada para la vida de la madre y tratemos de examinar el problema.

Los resultados a fines del siglo pasado eran impresionantes. Etapa terrible aquella alrededor de 1870, en que las estadísticas alcanzan cien por cien de mortalidad. PORRO, con la extirpación del útero, consigue una reducción espectacular al treinta por ciento y gracias a SAENGER, KEHRER, LEOPOLD, ZWEIFEL y SELLHEIM se perfeccionan las técnicas de sutura, reduciendo la mortalidad al veinticinco y más tarde al diez por cien, para, finalmente, en la década de los años veinte, lograr una mortalidad materna que oscilaba entre el uno y medio y cinco por ciento.

La mortalidad elevada se debía a la infección, la hemorragia y el *shock*, corregibles hoy día mediante tratamiento adecuado. Al comenzar el segundo tercio del siglo actual, se inicia una época que conducirá a un enorme progreso y mejoramiento de los resultados, alcanzándose cotas de mortalidad entre medio y uno por cien, que anteriormente se creyeron inaccesibles.

Aun concediendo gran valor a las estadísticas, no por ello debemos deslumbrarnos ante las cifras conseguidas, que pueden conducir a la falsa creencia de la inocuidad de la cesárea y no debemos olvidar que la vida humana merece siempre un gran respeto y que el riesgo de muerte en la cesárea es quince veces mayor que en un parto espontáneo. La mortalidad materna general no debe ser superior al tres por diez mil y la prodigalidad injustificada de la cesárea hasta cifras de diez por cien y aun superiores elevaría la mortalidad materna general por lo menos a diez por diez mil, es decir tres veces superior a la mortalidad general actual.

La baja mortalidad ha deslumbrado a muchos que perdiendo el temor han aumentado exageradamente su empleo, al extremo de que en algunas clínicas se ha llegado a un diez por cien y en alguna hasta el veinte por ciento de los partos asistidos. Cifras evidentemente desproporcionadas, indicadoras de escaso espíritu crítico. El exagerado aumento de frecuencia es debido, no sólo a las nuevas indicaciones sino que algunas se prodigan con mayor facilidad, tal como el sufrimiento fetal, distocias dinámicas indebidamente tratadas, primiparidad senescente, «prioridad fetal», deflexiones cefálicas, nalgas en primerizas, etc. Lo que no está tan claro, es que se haga uso de esta operación ateniéndose siempre a auténticas indicaciones, que, desgraciadamente, se sientan un tanto subjetivamente. Los diagnósticos «impresionistas» de desproporción pelviana, feto macrosoma, deflexiones cefálicas, asinclitismo, etc., abundan en exceso, por falta de medios idóneos de diagnóstico o por no utilizarlos y teniendo en cuenta que algunas de estas enfermas, frecuentemente, dan a luz por vía vaginal sin gran riesgo, debemos ser especialmente cautos al sentar indicación operatoria en los casos mencionados. Cautela que no supone, ni mucho menos, la pretensión de suprimir la intervención, sino la de ajustar y sentar con mayor precisión sus indicaciones.

Algunas veces el aumento de la frecuencia de cesáreas tiene carácter auténticamente yatrogénico y es debido a partos mal conducidos por empleo indebido, abusivo o intempestivo de occitocitos, espasmolíticos, barbitúricos, anestésicos y analgésicos. En otras ocasiones se trata de temor a la vía vaginal,

adoptando la abdominal por estimarla de más fácil ejecución y más cómoda o por tratarse de un atajo que ahorra horas de paciente vigilancia.

Un motivo importante para ser mesurados en las indicaciones que no tienen carácter absoluto y caso de existir otra posible alternativa, es que una cesárea anterior crea una vivencia de mucha importancia. La mujer queda marcada, es una «tullida obstétrica», creándose un complejo de inferioridad y un estado de angustia ante la perspectiva de nuevas cesáreas en futuros partos. El esposo se angustia ante los peligros que su esposa puede correr. La posibilidad de un embarazo es contemplada con terror y las relaciones íntimas se perjudican por el estado psíquico de la pareja y los reproches pueden crear situaciones difíciles y violentas en la vida conyugal, llegándose a una restricción de las relaciones matrimoniales y en ocasiones a disensiones de tipo religioso o moral entre ambos cónyuges. Esta es una razón importante, para no practicar una cesárea sino existe una indicación formal para realizarla, principio que, hoy como ayer, sigue vigente.

El comportamiento de algunas cesareadas en partos ulteriores se halla sometido a una tensión violenta y desagradable, se impacientan a las primeras contracciones presagientes, no atendiendo a las indicaciones que se le hacen. Son partos que, aun siendo espontáneos, crean problemas asistenciales difíciles, aun cuando afortunadamente es falso, excepto en las estenosis pelvianas, el dogma «una vez cesárea, siempre cesárea», que, hace años, antes de las cesáreas segmentarias, se admitía universalmente. Hace veinte años estudiamos este problema y posteriormente se han publicado otros trabajos que confirman la rareza de la rotura uterina y la posibilidad de partos espontáneos postcesárea, cuando no se trata de indicaciones por estrechez pélvica. Los partos vaginales postcesárea son menos peligrosos hoy día, debido a que la dehiscencia de la herida uterina es rara y menos grave en las incisiones segmentarias transversas, en tanto eran frecuentes cuando se practicaban cesáreas clásicas.

La cesárea se halla justificada en muchas ocasiones y debemos rendirle justicia ya que nos ha permitido prescindir de la sinfisiotomía, pubiotomía, forceps alto, versión de BRAXTON-HICKS, basiotripsia y decapitaciones. Todo esto justifica el entusiasmo por la operación, pero de ninguna manera invalida las objeciones que hemos hecho, si deseamos establecer correctamente las indicaciones operatorias.

El peligro que los distintos métodos concurrentes de parto tienen para el feto, no puede valorarse a base exclusivamente de datos estadísticos, sino que requieren más bien una consideración de todos los factores que intervienen en el caso en cuestión.

CRITICA DE ALGUNAS INDICACIONES DE CESAREA

Presentación de nalgas en primerizas

La presentación de nalgas en primerizas no es indicación de cesárea por sí misma, como algunos pretenden, exceptuándose aquellas enfermas en las que existe una indicación absoluta por otros motivos, o indicaciones relativas agravadas por el factor desfavorable de senescencia.

Estos casos de presentación de nalgas en primigestas ponen a prueba la capacidad del ginecólogo, ya que no es fácil en ellos la valoración de la proporción de los diámetros de la cabeza fetal con el estrecho superior, ni existe la posibilidad de configuración del cráneo fetal. El peligro puede surgir en la extracción de la cabeza última, cuando no cabe la vuelta atrás o el recurso *in extremis* a la cesárea.

Frente a esta presentación nos inclinamos a seguir un criterio ecléctico intermedio entre el abstencionista y el intervencionista, considerando cuidadosamente algunos factores para formarse un criterio mediante el índice pronóstico de ZATUCHNI-ANDROS para la conducción del parto de nalgas, seleccionando para cesárea las enfermas con escasa puntuación en la escala, las primíparas de senescencia alta y los casos de prioridad fetal en enfermas tratadas y operadas de esterilidad o en múltiparas con muertes fetales habituales.

La tantas veces oída justificación de la preferencia de la vía alta por ser menos dificultosa, peligrosa y arriesgada que una extracción podálica es inadmisibles y mal puede jactarse de capacidad técnica quien no es capaz de conocer y practicar las diversas maniobras de extracción en las distintas modalidades de presentación de nalgas, que todo ginecólogo debe conocer a fondo. No se trata de si la cesárea es más fácil que la vía vaginal, sino de si está justificada o no. Si no está justificada, no se debe sentar la indicación y si lo está, es porque no debe emplearse la vía vaginal.

Las maniobras incorrectas son la causa más importante de la alta mortalidad fetal en presentación de nalgas, dando el mayor contingente la deficiente formación del personal así como las negligencias en la conducta asistencial, tales como: aplicación intempestiva de occitocitos y analgésicos, goteos mal dirigidos, gran extracción iniciada anticipadamente con dilatación incompleta o tardíamente ejecutada con feto dañado y técnicas defectuosas en la extracción de la cabeza última. Aparte de estas deficiencias, la situación se agrava con el nerviosismo de los asistentes, la falta de calma y serenidad, junto con la precipitación en el último momento y la duda de si la maniobra intentada será acertada, sustituyéndola en plena ejecución por otra inadecuada. Así, hemos visto fracasar la excelente maniobra de BRACHT, por falta de serenidad y paciencia en el momento decisivo, sustituyéndola por maniobras más complicadas y quizás menos eficientes, provocando dificultades en cabeza posterior que bien podemos calificar de yatrogénicas. No debemos ocultar que hemos de contar con la posibilidad de sufrimiento fetal y con una mortalidad fetal que roza el tres por ciento y que si, al final del parto, fracasa la maniobra de BRACHT, hay que acudir a las de MAURICEAU, WEIGAND, MARTIN-WINKEL y PRAGA o al forceps en cabeza última, las cifras pueden subir al veinticinco por cien de mortalidad y hasta al cuarenta y cinco por cien en fetos macrosoma. Cuando se producen distocias al final del parto, en cabezas posteriores, siempre se trata de casos cuyas posibilidades no fueron debidamente apreciadas a su tiempo. En la primípara senescente se aprecia una mortalidad fetal cinco veces mayor que en la joven, por lo que esos casos habrán de ser cuidadosamente valorados de antemano.

No es extraño que se produzca una reacción contra los métodos clásicos cuando son aplicados en casos en los que nunca debieron haberlo sido y como contrapartida se ha producido un uso indebido de cesáreas. Estimamos que la cesárea puede hallarse indicada en estas enfermas, cuando existe una «prioridad fetal» en algunas primíparas senescentes, estenosis del canal blando del parto que dificultará las maniobras extractoras de nalgas, la rigidez de cuello y las distocias sobreañadidas en el momento del parto, tales como: la inercia primitiva no resuelta por goteo, el parto lento de más de doce horas y el sufrimiento fetal intenso. La tendencia actual se inclina hacia la limitación de la gran extracción a casos limitados.

La cesárea en las distocias dinámicas y disrítmicas

El empleo correcto y moderado de espasmolíticos y occitocicos en forma de goteos, que permiten un mejor gobierno del parto, evita y ha reducido con-

siderablemente esta vieja indicación. A pesar de ello es notorio que también se abusa de la cesárea.

La única distocia dinámica que puede fracasar a la asociación espasmolítico-occitócico, es la distocia cervical, el cuello espástico con cicatrices, duro, fibroso, o el espasmo del orificio interno, que puede obligar, en ocasiones, a sentar indicaciones de cesárea. Hay que pensar en una falta de criterio obstétrico si se adopta el principio de que si el parto no se produce rápidamente con un «goteo» de pitocina, es tributario de cesárea.

La cesárea en la primiparidad precoz y senescente

En la asistencia a estas enfermas surge frecuentemente un nerviosismo que conduce al abuso del recurso a la cesárea, cuando lo cierto es que la mayoría de estos partos se resuelven por vía vaginal.

Para algunos la primeriza senescente es un término que equivale a parto distócico que ha de resolverse por cesárea, siendo esta postura radical absolutamente falsa. En el ánimo de todos está que estos partos deben ser asistidos con sumo cuidado y por esta razón, se deben evitar extremismos en la conducta a seguir, sin olvidar que si una cesárea compromete en cierto grado el porvenir obstétrico de una paciente, aun más lo podemos oscurecer en una mujer senescente. Se comprende fácilmente que el psiquismo de estas enfermas es más afectado que el de las mujeres jóvenes.

El número de complicaciones en los tres períodos del parto es más elevado en estos casos, pero no todas son debidas a que la edad influye sobre el parto, sino más bien a enfermedades propias de la edad, tales como hipertensión, obesidad, diabetes, cardiopatías, etc. Hace unos años en una tesis doctoral de un colaborador nuestro, basada en una casuística y experiencia muy amplias, ya que en el País Vasco son frecuentes los matrimonios tardíos, se pudo comprobar que la mortalidad obstétrica de estas primerizas no es tan elevada y temible como generalmente se estima y que su morbilidad no es exageradamente elevada.

La mayor parte de las indicaciones tocúrgicas son por sufrimiento fetal y partos prolongados. Donde quizás se halle más justificada la indicación de cesárea es en aquellos casos con antecedentes de aborto habitual o tratadas y operadas por esterilidad, en estos casos evidentes de «prioridad fetal», es prácticamente inútil y peligroso correr el riesgo de un parto prolongado por vía vaginal y no hay reparo en adoptar la vía abdominal para extraer con seguridad un feto vivo que tantos esfuerzos costó conseguir.

La primiparidad precoz es menos frecuente. En tres años, de 1958 a 1961, hay recopilados en la literatura doce casos de gestaciones entre edades de seis a nueve años. En ellos únicamente mediante cesárea se puede conseguir un feto vivo, siendo inútil y peligroso intentar un parto espontáneo. Las gestaciones entre diez y catorce años son más corrientes, pero en estas adolescentes la frecuencia de cesárea no es muy elevada y no sobrepasa el cuatro por ciento de los casos.

La cesárea en las deflexiones de la cabeza fetal

En la mayoría de las presentaciones de cara con feto vivo la alternativa es entre parto espontáneo o cesárea. En presencia de factores desfavorables (desproporción, feto grande, primípara senescente, detención del parto en mento posterior, etc.) nos decidiremos fácilmente por la cesárea, pero nunca debe de establecerse, *a priori*, una indicación por la simple presencia de una deflexión de la cabeza fetal no complicada y en ausencia de otra indicación de carácter absoluto. Excluida una estenosis pelviana y en determinadas circunstancias

la primiparidad senescente, puede esperarse un parto espontáneo, que es conveniente sea dirigido mediante espasmodícos y occitócicos, pero la prueba del parto no debe ser prolongada, debiendo indicarse la cesárea a la menor alteración del mecanismo. Estas enfermas deben ser catalogadas como riesgo aumentado y, por lo tanto, estrechamente vigiladas. Se trata de casos en los cuales son elevadas las intervenciones por causas fetales y maternas, posibles accidentes que no por ello deben inclinarnos al uso sistemático y rutinario de la cesárea. La progresión es más lenta, siendo preciso contar con un parto prolongado de unas doce horas de dilatación para las primerizas, lo que no hubiese extrañado ni causado desasosiego alguno a nuestros colegas de hace cincuenta años.

La cesárea en el sufrimiento fetal

El sufrimiento fetal es la indicación de cesárea que ha sufrido mayor incremento desde que se redujo la morbilidad y mortalidad materna, por tratarse del procedimiento más rápido para la extracción del feto, cuando no existe dilatación completa del cuello. Mas este proceder rápido y expeditivo, extraordinariamente sugestivo, ha conducido al abuso en muchos casos, porque a la menor sospecha se recurre a él sin preocupación de si existe un sufrimiento fetal real o de si es posible utilizar en la ocasión otro proceder de alumbramiento vaginal tan rápido e inocuo.

Para evitar su incorrecta utilización conviene determinar la causa y grado del sufrimiento fetal y la progresión del parto en cuestión. En los fetos dañados, con sufrimiento prolongado, más o menos moderado, el riesgo es mayor que si se trata de un feto indemne que bruscamente entra en sufrimiento, por lo que se deberá recurrir a la cesárea con la máxima diligencia, excepto cuando el momento del mecanismo se halle tan avanzado que una maniobra vaginal permita una rápida y atraumática extracción. Por el contrario, en el feto indemne con sufrimiento reciente cabe recurrir en circunstancias favorables del trabajo del parto a la vía vaginal, bajo una estrecha vigilancia.

Es muy importante averiguar la causa del sufrimiento fetal porque es la única forma de poder practicar un tratamiento causal. El enjuiciamiento del estado del feto durante el parto es difícil, debido a que el diagnóstico se basa en datos inseguros. La frecuencia y el ritmo de los tonos fetales constituye la base de la vigilancia del feto, debiéndose escuchar o registrar los tonos a intervalos no inferiores a los quince minutos durante la dilatación y después de cada contracción uterina durante la expulsión. El registro continuo de los tonos fetales ofrece grandes ventajas frente a la auscultación simple, evitándose los errores subjetivos, captándose el curso de la frecuencia incluso durante la contracción.

En los últimos años se ha progresado considerablemente en el diagnóstico del sufrimiento fetal, gracias a una mejor vigilancia de los tonos cardiacos fetales, mediante la cardiotocometría instantánea, la amnioscopia y los microanálisis de sangre fetal para determinación del pH, presión CO_2 , reserva alcalina, etc. Métodos que deben ser utilizados a la menor sospecha, considerando el caso a partir de ese instante como riesgo aumentado y sometidos a una rigurosa y estrecha vigilancia.

El registro continuo de los tonos cardiacos fetales con el auxilio de la electrocardiografía fetal o la fonocardiografía, permite evitar las fuentes de error de la auscultación intermitente y de los cambios en los tonos cardiacos durante las contracciones uterinas y en la pausa entre las mismas.

Las dificultades de enjuiciamiento de las alteraciones de los tonos cardiacos fetales se desprenden del hecho de que sólo el diez por ciento de los fetos con

anomalías del ritmo en el curso del parto nacen con los signos clínicos de una asfixia.

Las alteraciones del ritmo cardíaco fetal no siempre significan un peligro inmediato para el feto, pero obligan a extremar la vigilancia. La aparición de una taquicardia persistente durante el parto exige una valoración prospectiva de lo que durara el trabajo, toda vez que es muy difícil de estimar cuanto tiempo podrá el corazón fetal compensar este esfuerzo funcional, sobrecargado por la taquicardia. Por auscultación intermitente mediante estetoscopio, de los tonos cardíacos fetales, es imposible estudiar las arritmias fetales y distinguir la causa obstétrica de la asfixia intrauterina o si en casos excepcionales una malformación cardíaca con arritmia simula una asfixia intrauterina. Por cuya razón el enjuiciamiento de los tonos cardíacos fetales debe hacerse mediante cardiotocometría. Con la auscultación repetida de los tonos cardíacos fetales a intervalos de cinco minutos de término medio y una duración de quince segundos cada vez, se registra tan sólo un cinco por cien del espacio de tiempo que se vigila. El desarrollo de la moderna electrónica ha creado fundamentalmente las condiciones previas para una supervisión continua de la función cardíaca fetal.

La utilización de equipos de cardiotocometría requiere el conocimiento y la interpretación correcta de los gráficos, del mismo modo que una correcta interpretación de un electrocardiograma requiere el conocimiento de los hechos en que se basa la electrocardiografía. Hay que lamentar que la divulgación de estos procedimientos en el ámbito clínico se produzca lentamente, recordemos que desde que HINSELMANN inventó el colposcopio, hasta que se vulgarizó su empleo en la clínica, transcurrieron treinta años y aún no es empleado sistemáticamente por el ginecólogo. Son procedimientos que precisan un aprendizaje, además de tiempo, lo que dificulta su empleo.

El microanálisis de sangre fetal en el parto, será de gran ayuda para determinar la gravedad del sufrimiento fetal o el momento indicado para la terminación del parto y es especialmente útil en los fetos con sufrimiento prolongado o dañados, pero no es de tanta utilidad en los casos de sufrimiento brusco y repentino en los que la cardiotocometría es probablemente de mayor utilidad.

La emisión de meconio en el líquido amniótico es determinada, en muchos casos, por un trastorno del recambio gaseoso fetal. No obstante el líquido amniótico meconial, sin otros signos de sufrimiento no representa una indicación para terminar el parto, pero adquiere gravedad cuando se trata de un parto prolongado, de una primípara senescente o cuando existe la sospecha de una insuficiencia placentaria o de otras complicaciones obstétricas.

La valoración del grado de sufrimiento fetal y por lo tanto de la mayor o menor urgencia para terminar el parto requiere tomar en consideración cada uno de los elementos de juicio de los tres datos importantes para el diagnóstico: los tonos fetales, el meconio y los datos suministrados por el microanálisis de la sangre fetal.

La elección del método operatorio apropiado y la decisión del momento oportuno para actuar dependerá del momento del mecanismo del parto y de la experiencia y preparación del médico, debiendo tenerse en cuenta los riesgos que en ese momento ofrecen las diferentes operaciones.

En las indicaciones fetales debe valorarse con el mayor rigor el riesgo operatorio materno, porque en estos casos no es necesario operar por causa materna, sino a pesar de que se produzca un peligro para la madre a causa de la operación. Comparar el riesgo operatorio de la madre con el peligro fetal que obliga a intervenir, exige a la vez una gran experiencia y un alto sentido de responsabilidad.

Hemos de señalar que la extracción del feto no siempre resuelve el problema del sufrimiento fetal. En ocasiones se trata de fetos severamente dañados por un proceso ajeno al trabajo del parto. Es preciso tratar de diagnosticar su posible causa, de lo contrario corremos el peligro de obtener un feto no viable, con un riesgo inútil para la madre, trance lamentable y un tanto vergonzoso. Recordemos que algunas lesiones cardíacas congénitas producen una bradicardia intensa que se confunde con un sufrimiento fetal por causa obstétrica, cuando en realidad se trata de un trastorno de conducción del corazón fetal, que tal vez no tenga solución.

La cesárea no es un método totalmente inocuo para el feto y es preciso tener en cuenta que la causa de algunas muertes fetales se atribuye actualmente a la propia intervención. La mortalidad fetal en cesáreas es más elevada que la mortalidad perinatal general, debido entre otras cosas a la mayor frecuencia en ellas del síndrome respiratorio del feto, casi siempre presente a causa de una mayor o menor depresión respiratoria y otras veces a la mayor frecuencia con que se produce el fenómeno de «membrana hialina» en los fetos cesareados.

Quizás la dura expresión de STOECKEL, de que «cualquier chapucero puede hacer una cesárea; mas resolver una distocia sin abrir el abdomen, requiere larga experiencia de cabeza y manos», influyese en que algunas clínicas se empeñasen en disminuir la frecuencia de cesáreas. A pesar de ello las indicaciones fetales siguen aumentando en frecuencia respecto a las demás indicaciones y no tenemos que hacer objeciones a ello, siempre y cuando nos esforcemos en mejorar nuestros diagnósticos haciéndolos más seguros. El hecho de que hayamos asistido muchos partos a lo largo de numerosos años sin ayuda de estos fantásticos nuevos equipos no nos dispensa de su empleo.

Los viejos obstetras que nos precedieron, ayudándose con sus manos expertas y habilidosas, sus estetoscopos, maletines de instrumentos y operaciones practicadas sobre mesas de cocina, nos recuerdan aquellos pilotos, pioneros de la aviación, rompiendo tormentas, volando en aparatos cuyas alas eran de tela, con la única ayuda de sus ojos, oídos y una simple brújula, como guía. ¡Admirables ambos! Mas no podemos permitirnos el lujo de imitarles, porque sería criminal hacer correr tales riesgos a enfermas o pasajeros. Hoy día, como dice un ginecólogo que se oculta en el incógnito, el tocólogo se parece mucho más a un piloto de líneas aéreas modernas que aún necesita de su habilidad para volar, pero tiene un cúmulo de ayudantes electrónicos. Así como el piloto dispone de «radar» para «ver», nosotros disponemos de sistemas de monitorización que continuamente registran las condiciones vitales. Los impulsos del corazón fetal aparecen en la pantalla o son registrados en una tira de papel, simultáneamente que registramos la frecuencia, duración y presión de cada contracción y podemos conocer el nivel de oxigenación de la sangre fetal. Estos procedimientos nos permiten evitar tomar a la ligera la decisión de cesarear a una enferma, lo que lleva consigo un cierto riesgo, dolor, estancia hospitalaria prolongada y considerable gasto.

Esto no quiere necesariamente significar que deben realizarse más cesáreas; mas con mejor información podemos decidir con mayor precisión, cuándo son necesarias y cuándo no lo son.

A pesar de que los progresos han hecho que la cesárea sea mucho menos arriesgada, no podemos seguir caprichosamente el criterio erróneo de que tal operación es menos dificultosa o peligrosa que un parto espontáneo.

Por lo tanto al detectar la presencia del sufrimiento fetal será muy importante no precipitarse, tratar de obtener un diagnóstico patogénico del mismo y proceder con debida cautela a la elección del método de tratamiento, sin llegar al axiomático: sufrimiento fetal-cesárea.

LA FORMACION DEL GINECOLOGO

Siempre ha sido un arduo problema la formación del ginecólogo, aún mayor en esta época en que la enseñanza de la Medicina se halla en una fase crítica, agravada por la dificultad de enfocar la formación teórica y práctica de algo cuyo futuro desconocemos.

Este problema de la educación universitaria y del postgraduado es muy complejo, especialmente en España donde la Universidad no dispone aún de medios suficientes para desarrollar adecuadamente su función y las Facultades de Medicina no disponen de hospitales clínicos suficientes. El problema no es sólo económico, sino también de método, siendo muy difícil impartir el enorme caudal de conocimientos de las materias que integran la Medicina actual.

La formación del especialista requiere un adiestramiento permanente, que se inicia desde el comienzo de su especialización y en parte durante el período de su licenciatura. Es imprescindible el conocimiento profundo de las disciplinas básicas, insistiendo especialmente en los hechos confirmados de aquello que no se ha modificado a través del tiempo, no concediendo gran valor a hipótesis de vigencia temporal cuyo destino es una precoz caducidad.

La sociedad enferma exige del médico, ante todo, su ayuda en caso de necesidad, capacidad de hacer, la curación; todo lo demás, que desde el punto de vista científico es de gran interés, le importa poco. La enseñanza de la Ginecología debe ser eminentemente práctica y el que desee ser ginecólogo debe completar su formación de modo que se halle capacitado para *poder* salvar la vida comprometida de una mujer y no solamente *sepa* como se le puede prestar auxilio.

Es indudable que la formación del especialista ha de realizarse en la clínica, ya que únicamente así le será posible una participación personal y activa en el trato de las enfermas (la Academia Española la define como: lugar de los hospitales destinado a dar la enseñanza práctica de la Medicina). No hemos podido comprender cómo se autoriza en nuestro país la expedición de títulos de especialista sin más requisito que un certificado de hallarse colegiado durante dos años o de haber tomado parte en unos cursos teóricos de especialización, sin exigir el internado en un hospital o maternidad. Un especialista precisa no sólo una formación teórica, sino también práctica, imprescindible en las especialidades quirúrgicas.

Así, pues, el lugar donde la enseñanza de la Ginecología habrá de impartirse es en la clínica, a la cabecera de la enferma, en la sala de partos y en el quirófano, únicos lugares donde podrá el estudiante adquirir la práctica del diagnóstico y el juicio de la evolución del mecanismo del parto y la práctica de las técnicas quirúrgicas y tocúrgicas que le son imprescindibles. Donde tendrá ocasión de frecuentar el laboratorio de Anatomía Patológica, que ratificará el diagnóstico clínico y las secciones de Bioquímica, Citología y Hormonas que le permitirán el comercio intelectual con campos de la Medicina con los que debe establecer un intercambio de conocimientos, evitando su aislamiento en una excesiva especialización.

Mas esta tarea del aprendizaje práctico y de la técnica operatoria no es la parte más importante de la formación del ginecólogo. Limitado a ella el médico se adocena convirtiéndose en un practicion indocto y por lo tanto peligroso. «Lo difícil, lo importante, no es ejecutar las técnicas, sino saber plantearse los problemas que haya detrás y juzgarlos con un espíritu científico que sólo se adquiere con la cultura» (Marañón).

No es posible separar el adiestramiento técnico del conocimiento teórico; saber sin poder hacer es inútil, mas para poder hacer es preciso saber. La enseñanza no debe reposar únicamente sobre el estudio, sino también sobre la experiencia. Es preciso simultanear el estudio de la teoría y la práctica. La práctica de la Ginecología, como otros campos de la Medicina, es una indivisible mezcla de arte y ciencia y para progresar en ella lo que precisa el clínico, principalmente, es mejorarse a sí mismo.

Actualmente se habla mucho sobre la importancia de la enseñanza y sus métodos. Existe una presión para dejar de lado las llamadas cuestiones no esenciales y efectivamente no es posible abarcar toda la teoría y su práctica, ni tratar de enseñar todas las técnicas. Es preciso limitarse a sentar las bases de la formación del especialista; el objetivo no debe ser presentar masas de datos sino indicar las posibilidades y responsabilidades del médico, e ilustrar los principios fundamentales de la clínica en todas sus formas. Es menester desarrollar y estimular en el postgraduado un alto nivel intelectual y profesional. No se puede limitar la enseñanza a la práctica, dejando al margen lo teórico, porque si así se hace nuestros centros docentes se convertirán en Escuelas de Comercio. Es más importante inculcar hábitos permanentes de estudio que enseñar un breve *curriculum* de materias.

Es necesario estimular la participación activa del postgraduado en su propia formación. El futuro especialista debe ser capaz ante todo de aprender por sí mismo, su formación universitaria debe permitirle perfeccionarse, con la orientación de un maestro, siempre imprescindible, para no caer en los inconvenientes del autodidacta. Entre los diferentes fines que debe perseguir la educación, el más importante es tratar que el alumno adquiera una personalidad, que tenga voluntad y carácter, que sepa decidir él solo y permanecer en su decisión. Los conocimientos deben ser convertidos en facultades y aptitudes, la inteligencia debe ser afinada y no convertida en talega de conocimientos enciclopédicos.

El postgraduado debe frecuentar las bibliotecas y el comercio intelectual con los demás miembros del hospital y de las sociedades médicas. En la formación del postgraduado son muy importantes los viajes a clínicas diferentes a aquellas en que se ha formado, para establecer comparación de los métodos empleados y a poder ser algún viaje al extranjero.

Así, pues, el plan de formación debe estar concebido de manera que proporcione una base sólida, tanto para los estudios posteriores como para la actividad profesional. El médico tiene que perfeccionar su formación durante toda la vida. La formación, decía Platón, es negocio de toda la vida.

Los requisitos mínimos que debe cubrir la formación del toco-ginecólogo han de ser suficientes para que sea capaz de resolver todos los problemas inherentes a la tocurgia y gran parte de la ginecología operatoria. Pero si calculamos que en España son necesarios de mil quinientos a dos mil especialistas en Obstetricia, nadie puede pretender que entre los requisitos mínimos que debe cubrir la formación de estos especialistas se halle el que deban hallarse capacitados para tratar el cáncer genital. A nuestro juicio la oncología genital requiere unos estudios más amplios que los exigidos en la actualidad en la mayoría de los países.

THORNTON estima que además de los tres años de especialización se debe exigir a un ginecólogo otros tres años adicionales de formación en oncología ginecológica para obtener una certificación avanzada o título superior de especialista mediante un examen o una seria prueba de aptitud y se lamenta de que en Estados Unidos, lo mismo ocurre en otras naciones, se permita el tratamiento inadecuado de tumoraciones malignas como se comprueba frecuente-

mente en enfermas que han recibido un tratamiento inicial insuficiente. No parece exagerada esta afirmación de THORNTON exigiendo seis años de preparación para un especialista avanzado, y lo más aconsejable sería crear dos grados de especialización. De todos modos no creemos sea fácil evitar tratamientos incorrectos y operaciones incompletas, sino se establece un control severo de los diversos centros clínicos.

No cabe la menor duda de que si deseamos que las enfermas ginecológicas reciban cuidados adecuados en el futuro, deben perfeccionarse los programas educativos, la práctica y el concepto del papel profesional del ginecólogo. Algunos ginecólogos poseen una formación superior a las tareas que realizan y la mayor parte no tienen base suficiente para lo que intentan hacer. A un médico que no desea más que practicar la tocología no hay porque exigirle una formación tan prolongada como a aquel que desea una formación completa, pero una larga práctica tocológica y de ginecología menor no debe animar a intentar resolver los graves y arriesgados problemas de la oncología genital, sin una debida formación en este sector.

La cultura humanista es esencial en la formación del clínico y el conocimiento de idiomas, imprescindible para hallarse al día en publicaciones. La historia de la especialidad le proporcionará valiosos conceptos sobre la evolución del pensamiento ginecológico, «indispensable—como señalaba Marañón—para no perder la cabeza, para no engreírse..., para acoger con prudencia los nuevos avances». Un hombre que no conoce la historia es un hombre sin memoria, que no sabe donde va. El estudio es imprescindible para el postgraduado, caso contrario en poco tiempo se encontrara rezagado, si no media su afán por la actualización.

Una tarea trascendente del maestro será inculcar en sus discípulos la norma de conducta que es consustancial con el ejercicio de la Ginecología. El Jefe de un servicio debe enseñar a los ginecólogos en formación a responsabilizarse en su cometido. Es preciso evitar que al amparo del trabajo en equipo, mal entendido, se lleve a cabo el intento de desligarse de la responsabilidad, en la vigilancia y tratamiento postoperatorio; descargándola en el anestesiólogo o en el equipo de recuperación. Es preciso que el cirujano atienda y entienda el curso postoperatorio, que conozca las posibles complicaciones genéricas y específicas que la intervención pueda traer consigo, nadie mejor que el cirujano conoce esta materia. Sólo él, como cabeza responsable, se halla en condiciones de valorar todos y cada uno de los aspectos del caso en cuestión y no cabe la posibilidad de atender bien un enfermo, si no se establece la debida coordinación entre las personas que le atienden y la que finalmente debe tomar la decisión. Esta persona no puede ser otra que el cirujano encargado del enfermo. Aun cuando el hematólogo encargado de la transfusión, el anestesta y el analista, son personas que en el determinado campo que cultivan poseen mayor conocimiento que el propio cirujano, sólo a éste compete tomar la decisión, oídos los demás componentes del grupo. Frente al enfermo y su familia, es el cirujano el que debe dar las explicaciones pertinentes, puesto que en todo caso es el responsable subsidiario del equipo.

Permitidme que repita a Marañón «no soy de los que creen que viven una época nefasta en que la bondad, el estudio y el deseo de saber se han extinguido y que las generaciones actuales son insolentes e incapaces. Vivimos una época crítica de estúpida satisfacción por triunfos debidos a otros, pero donde también existen, como siempre, espíritus inquietos por el mejor conocimiento de las cosas, quizás ocultos por la pantalla de los insolentes. Yo estoy contento y orgulloso del tiempo que me ha tocado en suerte, tal vez de actualidad incómoda, pero de porvenir preñado de conquistas y de glorias».

Perdonad este alegato en pro de una Ginecología mejor y perdonad también que os haya entretenido con proyectos y conjeturas y no con realidades, pero que deben ser realidades también en un futuro próximo para mejor servicio de la Humanidad.

DISCURSO CONTESTACION

del Académico numerario

EXCMO. SR. DR. D. MANUEL USANDIZAGA SORALUCE

Excelentísimos e ilustrísimos señores académicos.

Señoras y señores:

Constituye un motivo de gran satisfacción personal el haber sido invitado para contestar en nombre de la Real Academia de Medicina al discurso de ingreso de don GUILLERMO GIL TURNER; por el honor de ostentar la representación de Bilbao, en cuyo Hospital de Basurto hace medio siglo en que como interno inicié mi preparación como médico y como especialista en Obstetricia y Ginecología, y por la extraordinaria personalidad del que hoy es recibido académico, con el que estoy tan cordialmente unido científica y personalmente.

La costumbre exige que al contestar a un discurso de ingreso en una Real Academia, deseando la bienvenida, se comience haciendo una exposición de sus méritos, como presentación del nuevo académico; nada más innecesario por ser de sobra conocido y respetado por todos nosotros, si no fuese motivo de una gran satisfacción el contribuir a que se ensalce debidamente esta gran figura médica, que en ningún momento se ha dejado llevar por la vanidad, ejerciendo la profesión con la mayor capacidad, sumada a la mejor modestia.

Si decimos que cursó sus estudios en la Facultad de Medicina de Madrid, de 1929 a 1935, con buen expediente académico: 10 sobresalientes, con 8 Matrículas de Honor, no traduciríamos la realidad. Merece la pena de que se precisen más datos para relatar la formación de un gran médico.

Jefe de clases prácticas en la Facultad; de Física, Anatomía, Fisiología, Histología, Anatomía Patológica y Farmacológica, los tres primeros cursos.

Aprovechando las vacaciones de Navidad y de verano, de 1929 a 1931, acude al Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital de Basurto, regentado por don PEDRO TOLEDO.

Durante el curso 1932-1933, asiste como alumno voluntario a la Casa de Salud Valdecilla de Santander, examinándose de libre en la Facultad de Madrid.

Durante los cursos de 1933-34 y 1934-35, asiste a la Facultad de Madrid y trabaja en el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Cátedra de Ginecología del profesor VARELA, bajo la dirección del profesor adjunto doctor MORILLO.

Durante los veranos de 1933 y 1934, asiste al *Pathologisches Institut*, de Bonn, profesor ZELLEN, Laboratorio del Priv. Doz. SCHULTZ BRAUNS, en un total de 7 meses.

Merecen mencionarse sus numerosas salidas al extranjero a diversos niveles de sus estudios para lograr buen conocimiento de los idiomas; dos veces a Inglaterra por un total de 4 meses, dos veces a Francia por un total de 6 meses, tres veces a Alemania por un total de 20 meses.

Ante un ejemplo como éste no se puede resistir a la tentación de subrayar cómo un buen estudiante de medicina puede seguir un eficaz curso de estudios cuando existe el decidido propósito de aprender. No hay nada más injusto que las frecuentes censuras a las posibilidades de la enseñanza de la medicina en España, a pesar de la evidente carencia de medios en las Facultades.

Los alumnos excepcionales, con verdadera vocación de médicos, terminan por encontrar donde compensar las insuficiencias de las Facultades, porque nunca faltan, aunque sean escasos y con dificultades, hospitales, médicos, maestros y libros, eso sí, padeciendo el expediente académico. Es más, estoy por decir que se forman mejor los médicos que trabajan auténticamente, aunque no reciban una enseñanza metódica, programada y más cómoda; por qué no decirlo.

Inmediatamente después de terminar la carrera, GUILLERMO GIL TURNER inicia su especialización: Volontär Artz en la Frauenklinik de Bonn, dos meses con el profesor v. FRANQUE y los diez meses restantes del año con el profesor SIEBKE que le sucedió. Durante ese tiempo pasa por la sección de Ginecología operatoria y la sección de Radium y Roentgentarapia, actuando rotatoriamente como ayudante en las operaciones, acudiendo diariamente al laboratorio de Anatomía Patológica con el Oberartz Brühl a la hora de hacer los diagnósticos de biopsias y piezas operatorias; al final de este período de un año, se le ofreció una plaza de Asistentartz con residencia en la clínica, que no pudo aceptar porque proyectaba su vuelta a España para ocupar el puesto de médico interno del servicio de Ginecología de Valdecilla.

Desde finales de junio de 1936 hasta septiembre de 1940, en años extraordinariamente difíciles, con las interrupciones consiguientes, desempeña el puesto de médico interno de Ginecología en la Casa de Salud Valdecilla, sin escatimar sacrificios para ello, donde redacta su tesis doctoral sobre «Dehiscencia de la herida laparotómica», que leyó en junio de 1940 en la Facultad de Medicina de San Carlos en Madrid y fue calificada de sobresaliente, por lo que se le concedió el Premio Marquesa de Pelayo, primero que se adjudicaba a un interno de Valdecilla, después de cuatro años en que se había interrumpido su concesión, debido a la contienda nacional.

A fines de noviembre de 1940 gana por oposición la Dirección de la Casa de Maternidad de la Diputación de Vizcaya, cargo que actualmente sigue desempeñando.

Bajo su dirección se termina la instalación y puesta en funcionamiento de las obras de ampliación del edificio, se amplía el número de camas y el personal encargado de su asistencia, se crea un Servicio de Ginecología, los consultorios adquieren gran importancia, se crean los Servicios de Radiodiagnóstico y Radioterapia, se instalan laboratorios de Citología, Anatomía Patológica y Bioquímica, muy bien dotados, con un magnífico funcionamiento, y se reorganiza una biblioteca verdaderamente excepcional.

Pero esto no es todo, y se hace una intensa labor docente gracias a la creación del internado de médicos, llegando a constituir una auténtica Escuela de Especialistas, de la que han salido muy destacados alumnos, que hoy día ocupan puestos de importancia.

La intensa labor docente no se limita a los médicos, sino que también se extiende a comadronas y enfermeras, que reciben una muy amplia formación complementaria a sus estudios.

En conjunto, una admirable labor en plena marcha en la actualidad y que permite esperar siga en progresión creciente en los años próximos.

Pero, sobre todo, una anticipación a una transformación que se está realizando en España; el Hospital modelo como base y esencia de la medicina.

En su afán de ampliar los medios clínicos a su cargo, a partir de 1946 viene prestando servicios al Seguro Obligatorio de Enfermedad, como ginecólogo primero y después como Jefe de Clínica de la Residencia Enrique Sotomayor. Gran parte de esta labor en la Seguridad Social se ha hecho en la propia Maternidad, que ha colaborado intensamente con esta obra social, tanto en el terreno de la Ginecología como en la Obstetricia. En abril de 1955 gana el concurso-oposición para la Jefatura de Clínica Ginecológica de la Residencia de la Seguridad Social, cargo que continúa desempeñando en la actualidad.

La labor realizada en la treintena de años que lleva al frente del Instituto de Maternología de la Diputación de Vizcaya, es verdaderamente modelo, que trasciende en numerosas publicaciones. Para darse cuenta de todo su valor es necesario recordar las dificultades que se le plantean entre nosotros a quien está obligado a dirigir, llevada a cabo aisladamente, sin colaboración hospitalaria ni universitaria para el mando, entregado a sus propios conocimientos y recursos. No se trata solamente de una labor clínica, docente y de organización, sino que, además, trasciende en publicaciones, tesis doctorales, participación en Sociedades y Congresos.

La labor llevada a cabo ha tenido el reconocimiento con la concesión de la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad.

Este discurso, «Acaecer y devenir de la Ginecología», es una magnífica compilación de muchas de las cuestiones que pueden ser objeto de meditación del ginecólogo.

Cuando después de una excelente formación se hace una extraordinaria labor clínica, modelo de rigor profesional y de honradez, se está plenamente autorizado para exponer su opinión, sobre todo en un momento en que hay una transformación de la especialidad en muy diversos sentidos, no siempre igualmente acertados.

En todo el texto de la conferencia destaca la excelencia en la conducta obstétrica seguida, con arreglo a las normas más ortodoxas de las mejores escuelas mundiales.

Merecen mencionarse los comentarios que hace sobre los distintos problemas de la asistencia al parto normal y distócico y el sufrimiento fetal. Es necesario encarecer muy vivamente su detenida lectura y meditación, recomendando atemperar la conducta personal a tan magnífico modelo.

No cabe duda de que estamos asistiendo a una preponderancia de un mayor activismo obstétrico, como consecuencia de las grandes facilidades técnicas. De la época en que el más mínimo problema clínico era motivo de atención y de preocupación del tocólogo, se ha llegado a un ejercicio fácilmente sistematizado. En un momento en que no cabe duda de que existe una crisis en muchos aspectos del ejercicio profesional de la Obstetricia y la Ginecología, dando paso libre a opiniones individuales, no se puede dudar en lo mucho que se agradece poder escuchar una voz serena y equilibrada de un auténtico maestro, con el que es un gran placer identificarse.

Los grandes medios técnicos de que disponen hoy los tocólogos y su buena formación en general, no cabe duda que le autorizan para ejercer la especialidad como crean conveniente, pero tampoco se puede dudar que entre ellos hay quien puede ser tenga opiniones que, dentro de un criterio científico y de honradez profesional, se pueden estimar más valiosos.

Merece subrayarse que la exposición de GIL TURNER no es solamente de problemas clínicos, sino que también se apuntan cuestiones de otro orden que ocupan un lugar muy importante en la Ginecología y la Obstetricia actuales.

Mencionemos, por ejemplo, la planificación familiar, de extraordinaria trascendencia social, que afecta a todos los ginecólogos, aunque algunos nos contamos entre los que no tenemos gran entusiasmo por este aspecto que nos invade la medicina, echando de menos los tiempos en que la misión del médico terminaba con asistir a las enfermas, muy especialmente cuando se pretende hacerle intervenir con técnicas bien alejadas de curar la enfermedad, que en sus formas extremas son inadmisibles, aunque se lleguen a legalizar en algunos países, sin más finalidad que garantizar una vida sexual sin inconvenientes.

También son excelentes los comentarios que se hacen sobre la influencia de los factores psíquicos y de la llamada psicosomática sobre nuestras enfermas.

Asimismo son de subrayar las acertadas consideraciones que hace sobre la formación de los especialistas.

Destina consideración especial a la preocupación por el futuro y lo considera como una tónica general de nuestro tiempo que presiona sobre todos los aspectos de la vida, subrayando que el médico no puede permanecer impasible en actitudes pretéritas y tiene necesidad de proyectarse al futuro manteniéndose en vanguardia de la información para adoptar pronto nuevos métodos superiores a los actuales, lo que considera una permanente revisión de conocimientos, pero sin restarle interés a la medicina sólidamente adquirida.

En un estudio sobre nuestro disertante no se puede dejar de mencionar, aunque es de todos conocido, que forma parte de una familia de médicos verdaderamente ejemplar. No olvidemos este magnífico ejemplo—que en cuatro generaciones sabe mantenerse en un lugar destacado—, al frente de las cuales está LUCAS GIL Y AZCUE, prototipo de esos modestos médicos rurales a los que tanto se debe, al que siguen su hijo CARMELO GIL GORROÑO, creador de la especialidad en Bilbao, su nieto CARMELO GIL IBARGÜENGOITIA, cultísimo introductor de la Obstetricia Clínica, y su biznieto GUILLERMO GIL TURNER, cabeza rectora de la modernísima Maternidad de quien nos ocupamos hoy. Esperamos que siga esta línea con los hijos de éste, médico reciente y estudiante de medicina. No queremos dejar de mencionar otro biznieto, CARMELO GIL TURNER gran cirujano, que actualmente ocupa un lugar destacadísimo en la Cirugía de Bilbao.

En este mismo lugar, hará algún tiempo, con ocasión de un aniversario de la Maternidad de Vizcaya, sostuve una amplia exposición sobre «Los doctores CARMELO GIL, ilustres ginecólogos bilbaínos», en la que hacía su biografía y analizaba su extraordinaria personalidad.

En un estudio que repercute sobre una época de la maternidad no debe dejar de mencionarse, aunque sea de manera esquemática, la extraordinaria importancia de los predecesores. Muy brevemente voy a citar la evolución seguida por la Casa de Maternidad de la Diputación de Vizcaya en el transcurso de casi un siglo, en los siguientes períodos:

La Maternidad secreta para solteras (1878-1908)

En Bilbao existía una Maternidad, semejante a las restantes de España en la época, destinada fundamentalmente a ocultar la culpa de las embarazadas solteras.

Debe ser hacia 1878 cuando don CARMELO GIL GORROÑO comienza a ejercer en Bilbao—no conocemos la fecha exacta—, creando, por decirlo así, la especialidad, y casi al mismo tiempo comienza a preocuparse del funcionamiento de la Maternidad.

Don CARMELO GIL GORROÑO, magnífico ejemplar humano, verdaderamente adorado por sus clientes, de extraordinaria personalidad, ejerció un gran influjo sobre la medicina de Bilbao en su época.

Después de muchas gestiones suyas, en 1908, se inaugura una nueva Maternidad Provincial.

No hace falta decir que el verdadero impulsor de todas estas gestiones hasta conseguir el triunfo final y la inauguración de la nueva Maternidad es don CARMELO, verdadero apóstol de la obstetricia de una época, que hasta entonces se caracteriza por un prototipo de asistencia obstétrica domiciliaria, prestada en gran parte por mujeres incompetentes, reservándose la intervención del especialista en Obstetricia para cuando ocurren incidencias o complicaciones en la evolución del parto, que siempre se resuelve en el domicilio de la enferma quedando la Maternidad reducida a un refugio de madres solteras, con un criterio por lo menos discutible, ya que más que prestar su ayuda a las mismas, influía el especial criterio moral de la época, que tendía principalmente a ocultar las faltas y evitar el escándalo.

Al terminar este período de lucha para la transformación de la Maternidad, en 1908, don CARMELO es nombrado director de la misma.

La Clínica Obstétrica (1908-1940)

Supone una transformación completa de la Institución, analizada ampliamente en el trabajo antes mencionado.

CARMELO GIL IBARGÜENGOITIA, al fallecer su padre en 1910, pasa a ser Director de la Maternidad, que en realidad ya venía ejerciendo y a quien se debe toda la iniciativa para su modernización.

Don CARMELO, hijo, ya pertenece a otra época en que al ginecólogo se le reconocen sus méritos científicos, pero deja casi de pertenecer a la familia de la parturienta, como ocurría con su padre, aunque eran muchos los que cariñosamente le llamaban Carmelito.

El funcionamiento de la Clínica Obstétrica puede descomponerse en dos períodos.

1908-1923. Son años de progresivo ascenso de la Obstetricia Clínica. La Maternidad abre sus puertas a las casadas y muy especialmente a las que necesitan ser intervenidas, y se realiza una labor científica muy importante.

1923-1940. Esta segunda mitad comprende desde la muerte de don CARMELO, hijo, hasta la de don CARLOS MENDEZA, que le sigue en la Dirección.

Se mantiene el mismo criterio de los años anteriores de Obstetricia Clínica y se inicia el abrir la Maternidad a los médicos e, incluso, se llega a dar unos cursos para éstos.

Instituto de Maternología (1940)

Esta época corresponde íntegramente a la Dirección de GUILLERMO GIL TURNER, cuya labor está recogida en el magnífico discurso inaugural que hemos escuchado y en los comentarios que le hemos hecho.

Esta exposición de lo ocurrido en tiempos pasados nos lleva inevitablemente a pensar en el mañana de esta Maternidad.

La Diputación de Vizcaya, siguiendo su criterio de poner sus Instituciones benéficas al nivel de las mejores, proyecta construir una Maternidad verdaderamente excepcional. Confiamos firmemente que este proyecto llegará a realizarse de manera excelente, como es siempre tradición en esta tierra vizcaína cuando se trata de obras benéficas. Hacemos fervientes votos y confiamos en que así suceda.

PUBLICACIONES DEL DR. GUILLERMO GIL TURNER

- Tratamiento de la vulvo-vaginitis gonocócica infantil por la hormona folicular. *Revista Española de Farmacología y Terapéutica*, 1940, T. I, p. 640.
- Valor diagnóstico de la cistografía en la placenta previa (placentografía indirecta). *Clínica y Laboratorio*, 1940, T. XXX, p. 570.
- Lipoma retroperitoneal. *Revista Clínica Española*, 1940, núm. 6.
- Dehiscencia de la herida laparotómica (Tesis doctoral). Ediciones Morata. Madrid, 1944.
- Mioma obstáculo al parto. *Medicina Española*, núm. 49, febrero 1943.
- Consideraciones sobre cardiopatías y embarazo, en colaboración con el Dr. Luis López Areal. *Española de Obstetricia y Ginecología*, 1945, T. II, pp. 235, 333, 422.
- Técnica de la Maternidad de Vizcaya. Imprenta Provincial. Bilbao, 1945.
- La influencia de las «minus» variantes de la pelvis femenina en la evolución del parto (concepto actual de la radiopelvimetría y diagnóstico radiológico de la pelvis). *Actas del II Congreso Luso Español de Obstetricia y Ginecología*. Lisboa, 1948.
- Resultados del pronóstico radiológico en la «minus» variantes de la pelvis femenina. *Actas del II Congreso Luso Español de Obstetricia y Ginecología*. Lisboa, 1948.
- Diagnóstico radiológico de la estrechez pélvica. En colaboración con el Dr. Oscar Gortari Beiner. *Actas de las Jornadas Médicas del Cincuentenario de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao*, 1949, p. 442.
- La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao a lo largo de cincuenta años. Discurso inaugural de las Jornadas de su cincuentenario. *Actas de las J. M. del Cincuentenario de la A. C. M. de Bilbao*, 1949, p. 13.
- Parto espontáneo después de operación cesárea, p. 134. *Anales del Sanatorio Médico Quirúrgico*. Bilbao, 1953.
- Riesgo quirúrgico y anestésico de la cardiópata embarazada. Ponencia Congreso Sociedad Ginecológica Mediterráneo Latino. Montpellier, 1955.
- El cáncer genital femenino. *Gaceta Médica del Norte*, 1965.
- La ventosa obstétrica. Discurso pronunciado en el Colegio Oficial de Médicos de Badajoz, 1963.