

Hace 55 años

# Los adelantos de la obstetricia en México, en los últimos 50 años\*

Por el Dr. Isidro ESPINOSA y DE LOS REYES†  
Profesor Titular de Clínica Obstétrica.

*Es con un hondo sentimiento de tristeza, pero a la vez con gran satisfacción, que publicamos en estas páginas el último trabajo científico escrito por nuestro llorado maestro*

*Dr. Isidro Espinosa y de los Reyes.*

*Como se recordará, Don Isidro, Director Honorario de esta revista y Presidente Honorario de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia falleció, después de una penosa enfermedad, el 19 de Junio de 1951.*

*Pero cuando debía haber leído el trabajo que aquí se presenta, a fines de Noviembre de 1950, durante la celebración de la IX Asamblea Nacional de Cirujanos, nuestro maestro ya no pudo concurrir porque en esa fecha se inició su enfermedad.*

*No obstante, su cariño a la enseñanza y las actividades académicas le hizo que su colaboración no faltase y así él comisionó a su hijo, también médico, Víctor Manuel Espinosa y de los Reyes, para que a nombre del maestro presentara ante el auditorio los conceptos que a continuación se lean.*

Cuando en la primera década de este siglo inicié mis prácticas de médico en este Hospital Juárez, que fue para mí el libro valioso en el que diariamente encontraba nuevas enseñanzas, recuerdo haber asistido en mi carácter de practicante supernumerario, que cursaba el primer año de la carrera, como simple expectador, al igual que las pacientes de la sala, al para mí espectáculo de una mujer que estaba próxima a ser madre. La enferma había permanecido durante los días anteriores en la misma cama donde tal vez había muerto, por alguna infección grave de otra paciente, y estaba rodeada por otras con manifestaciones claras de infecciones localizadas o generalizadas.

La cama había sido transladada al centro de la sala y, en ella, la paciente, en medio de la expectación de todos los que la rodeábamos, lanzaba intensos gritos de dolor, entremezclados de palabras lastimeras con las que pedía auxilio para su situación.

Llena de angustia, de terror, apenas si hacía caso de las sugerencias que en alta voz le hacían las curiosas que estorbaban el ir y venir de la somnoliente veladora, que hacía repetidos viajes para proporcionar al médico lo que iba solicitando. Y en esa cama, a la escasa luz de la sala, complementada por una lámpara de petróleo, que yo enfocaba acatando las órdenes del practicante, sin un ápice de asepsia, sin rasurar la vulva, lavada con jabón y solución de permanganato de potasio, se practicó un lavado vaginal con la misma solución.

El practicante introdujo los dedos en la vagina y lleno de satisfacción nos comunicó que pronto iba a realizarse el milagro. En efecto, pocos minutos más

\* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1951;VI:359-366.

tarde se confirmó su pronóstico, lo que me pareció sorprendente.

La paciente entró en reposo, y todo parecía terminado, pero la voz imperiosa del practicante le exigió que pujara y como sus esfuerzos no fueron lo suficientemente enérgicos para satisfacer los deseos del practicante, la veladora le pidió a la enferma que abriera la boca, le introdujo repetidas veces el extremo de las trenzas, hasta provocarle náuseas y, en uno de esos esfuerzos, vi salir, en medio de una buena cantidad de sangre, que me causó gran alarma, una masa carnosa, que más tarde supe era la placenta.

Me pareció, por el movimiento de retirada que hacían las espectadoras, que todo había terminado, pero entonces la veladora llenó un irrigador con solución de permanganato, y el practicante, después de un ligero aseo vulvar, practicó una irrigación vaginal y ordenó una inyección intramuscular de Ergotina. Como la cantidad de sangre expulsada revestía los caracteres de una hemorragia, la irrigación vaginal, se transformó en intra-uterina, a través de la sonda de doble corriente de Doleri.

La hemorragia continuaba, y mientras la veladora comprimía la aorta ejerciendo fuerte presión sobre el epigastrio, el practicante introducía un tapón de gasa yodoformada al interior de la matriz, al terminar substituyó la mano del ayudante por un cojín sostenido por un vendaje abdominal compresivo.

El puerperio requería cuidados especiales: la puérpera permanecía en la posición supina durante veinticuatro horas; más tarde siempre que fuera ayudada, se le permitía tomar la posición lateral. Al noveno se le permitía la posición sedentaria en la cama durante algunas horas del día, y si todo parecía normal, lo que afortunadamente algunas veces acontecía, se le autorizaba a levantarse y permanecer sentada algunas horas. Diariamente se le practicaba aseo vulvar y lavado vaginal y si existía algún desgarro suturado se tocaba con tintura de yodo, después de haberle practicado diariamente un lavado intestinal.

Al quinto día se le administraba un purgante de aceite de ricino, a veces adicionado de cincuenta centigramos de Calomel, especialmente cuando la elevación de temperatura, atribuida al ascenso de la leche, no había desaparecido.

En los días que precedían al purgante, la paciente era sujeta a régimen lácteo y a partir del sexto día la alimentación era aumentada progresivamente.

Possiblemente pensarán Uds. que estos hechos se realizaban en el hospital, o entre las clases humildes; pero aún entre las clases acomodadas, los partos se realizaban casi exclusivamente en el domicilio de las enfermas, que eran atendidas por una partera de más o menos categoría, pero que seguían en su trabajo normas muy semejantes a las que acabamos de exponer. El médico era llamado solamente en los casos en que después de un trabajo, más o menos largo, la partera declaraba que necesitaba su ayuda.

Este llegaba a hacerse cargo de una paciente que le era completamente desconocida, y se encontraba ante la insistencia de los familiares que exigían la pronta terminación del parto y la opinión de la partera que se sentía autorizada a imponer su criterio. En estas circunstancias el médico tenía que actuar casi con las mismas incomodidades y faltas de asepsia que entre los pobres, y tenía que resolver los casos distólicos más difíciles sin más ayuda que la de un mujer de buena voluntad, con pretensión de conocimientos que no tenía y que en muchos casos era la causante de la distocia y de algunos familiares acomedidos y torpes.

La alborada de este siglo al derramar su luz sobre la ciencia médica cambió los derroteros de la Obstetricia. Enriquecidos por los nuevos conceptos, las bases firmes que nos dejaron nuestros antepasados, en ocasiones rectificadas, pero en otras ratificadas, sirvieron de base para edificar la obstetricia de nuestros días.

La obstetricia como rama de las ciencias médicas siente la influencia de los nuevos conceptos y bajo el patrimonio de estas nuevas ideas, el arte se convierte en ciencia y ésta de curativa se convierte en preventiva.

Como un presagio de adelantos futuros, fue precisamente al iniciarse el primer año de este siglo cuando el Dr. Hang Fuergeson, en Edimburgo, lanzó la idea de vigilar a la mujer durante el embarazo. Su consulta de prenatalidad cerca del viejo Hospital Real de Maternidad debe haberle despertado el deseo de continuar la observación y los cuidados que había puesto en estas pacientes y así comenzó poco tiempo

después a convencerlas para ser asistidas en el mismo Hospital.

La normalidad de los partos en estas pacientes y las buenas condiciones de salud de sus hijos, lo hicieron emprender una labor de convencimiento en los dirigentes del Hospital, para ofrecer en él una vigilancia similar a las embarazadas, laborando para persuadirlas a recibir la atención obstétrica en el mismo Hospital.

Desgraciadamente la actitud de la época había traído como consecuencia la indiferencia para conocer los fenómenos de la maternidad y un falso pudor hacia que la mujer ignorara todos los procesos fisiológicos relacionados con la reproducción, excepto los de la impregnación, llegando al acto supremo de la concepción cubriendo su ignorancia bajo el mando de falsa modestia. Como consecuencia de estos factores era difícil de obtener la concurrencia de las embarazadas a la consulta y para vencer esta dificultad fue necesario arreglar una entrada especial a este consultorio por una calle lateral. La dedicación que había demostrado J. W. BALLANTAN, colega de FERGUSON, en la patología fetal le había despertado el interés por investigar si podría hacerse algo a través de la madre durante el embarazo, para prevenir las enfermedades en el feto y al hacerse cargo de este servicio dispone que unas camas del Hospital se dediquen para estudiar las enfermedades durante el embarazo. Bien pronto los resultados le llevan a la conclusión de que el cuidado y vigilancia de la madre durante el embarazo eran capaces de mejorar las condiciones de salud de los recién nacidos y desde entonces se convierte en vocero de estas nuevas ideas.

Venciendo dificultades y eliminando escollos llega a la conclusión de que la mejor época para iniciar su actuación era el principio del embarazo.

Una legislación adecuada permite a las autoridades establecer las clínicas de prenatalidad y bajo la presión del público que había sentido los beneficios, se establecen estas clínicas en los grandes centros de población en los primeros meses de 1920.

Los resultados obtenidos y las enseñanzas de los maestros despiertan en la conciencia médica el principio de que es una obligación para todo médico que atiende casos de maternidad proporcionar a sus pacientes un cuidado prenatal.

La luz del nuevo siglo lleva a nuestra patria y en los finales del año de 1920 el que esto escribe, presente en el primer congreso mexicano del niño un trabajo sobre la herencia morbosa, sugiere, como un medio para combatirla, vigilar técnicamente a la futura madre, desde el principio del embarazo hasta la terminación del puerperio, y cuidar al niño hasta los dos años de edad.

En 1921 las autoridades de Salubridad Pública toman a su cargo esta idea y en Noviembre del mismo año se inaugura el Primer Centro de Higiene Infantil, cuyas finalidades eran aumentar la cifra de natalidad, procurar que los nacimientos fueran en las mejores condiciones y la observación pediátrica del nacido durante la primera infancia.

Para realizar estos fines, la sección de pre-natalidad norma su conducta estableciendo como principio básico que, siendo indisoluble el binomio madre e hijo era necesario conocer en cada caso el estado de salud de la madre, la manera como toleraba el embarazo y las relaciones feto-pélvicas.

La práctica sistemática de las reacciones luéticas, la interpretación de las cifras tensionales practicadas en cada consulta, la valorización de la curva de peso, el estudio cuidadoso del análisis de orina, los progresos en hematología, el empleo de la radio-céfalo-pelvometría, los adelantos en nutriología y el mejor conocimiento de la farmacodinamia, facilitando el tratamiento adecuado de los padecimientos maternos son conquistas de este siglo que nos han proporcionado los médicos para resolver estos problemas.

El nuevo siglo ha tomado en cuenta que la influencia ambiental y temperamental en la mujer, son factores que actúan sobre el estado físico y mental del producto y con el objeto de mejorarlo o modificarlo despierta el interés por el trabajo social. En la actualidad la visitadora y la trabajadora social son elementos indispensables en toda organización de protección a la infancia.

Los resultados favorables de estos servicios, que al iniciarlos fueron clasificados de utópicos, no es posible juzgarlos en corto plazo; sin embargo, la comparación estadística entre dos servicios de maternidad, con personal igualmente entrenado, pero en los que en uno se reciben pacientes que en su totalidad tuvieron atención prenatal, en tanto que en el otro por excepción recibieron, fue puesto de manifiesto en un

trabajo del Dr. J. RÁBAGO, comparando el porcentaje de 5.1% de presentaciones viciosas en pacientes que no recibieron atención pre-natal con el 2.8% en embarazadas atendidas en los centros de higiene infantil. Igualmente son presentados en el mismo trabajo los datos de operaciones practicadas siendo 4.8% en las primeras y 2.8% en las segundas, con una mortalidad global de 1.7% en las que carecieron de atención eficiente durante el embarazo y principio del parto y de sólo 0.2% en las que recibieron los beneficios de una correcta atención prenatal y una vigilancia adecuada desde el principio del parto.

En las primeras décadas del siglo, la sepsis puerperal fue un factor letal tan potente como la suma de los accidentes del parto y las enfermedades del embarazo.

Durante un cuarto de siglo los esfuerzos de los parteros y los bacteriólogos construyeron los cimientos de lo que en la actualidad constituye una de las adquisiciones de este siglo.

La técnica bacteriológica al descubrir el estreptococo en los loquios de pacientes atacadas de la llamada fiebre puerperal, nos llevó al conocimiento parcial de la etiología del padecimiento.

La idea de los antisépticos en boga creía resolver el problema a merced de elementos tan poderosos, como la tintura de yodo y el bicloruro de mercurio. Después de la guerra del 14, grandes esperanzas se fincaron en la solución de Dakin-Carrel y en los abcesos de fijación. Más tarde se forjaron nuevas ilusiones para vencer el problema con el empleo de los metales coloides, la seroterapia, las canalizaciones de la cavidad uterina con los tubos de Lamier, las dilataciones del orificio cervical por los tallos de Laminaria, el legrado de la cavidad uterina y la hysterectomía.

Los resultados fueron desalentadores y posiblemente muchas pacientes fueron víctimas sacrificadas por nuestros esfuerzos.

Justificadamente se pensó que las manos de las personas que directamente habían intervenido en la asistencia del parto, así como los instrumentos y las ropas contaminadas serían la causa de la infección y toda la responsabilidad recayó exclusivamente sobre ellos. Sin embargo, cuando se demostró la presencia del estreptococo en la vagina antes del parto, la res-

ponsabilidad se atenuó, y este hallazgo contribuyó indirectamente a detener los progresos.

Afortunadamente más tarde la escuela Americana sostiene que el parto debe considerarse como un acto quirúrgico, y este concepto al comenzar o difundir entre nosotros hace que los éxitos no tarden en alejarnos con nuevas esperanzas.

Se pensó que la infección sería conducida por el aire y cuando Smith y Aberdeen comprobaron que el tipo de estreptococo encontrado en los loquios de pacientes infectadas eran de los albergados en la nariz o la faringe de algunos de los médicos o enfermeras que habían estado en contacto con la paciente, se aceptó como factor etiológico la infección por goteo o pulverización y el empleo del tapaboca estéril como un medio profiláctico se hizo reglamentario.

En la actualidad, la difusión de estos conocimientos que han formado en el médico una conciencia obstétrica y la divulgación de los mismos están llevando al consenso de todas las clases sociales la necesidad de ser asistidas de un parto en centros donde no estén expuestas al peligro de una infección.

Afortunadamente antes de que las medidas preventivas fueran adoptadas en su totalidad y cuando por circunstancias desgraciadas las pacientes fueron contaminadas, la quimioterapia lanzó al mundo insospechadas realidades. Los trabajos de GERHARD y DOHMAK presentando la primera sulfa, el Prontosil, cuya aplicación clínica por COLEBROOK fue de un éxito extraordinario.

La conquista del tratamiento curativo había comenzado y cuando una serie de productos químicos que aún no terminan parecían resolver el problema, vino el descubrimiento de la Penicilina por FLEMING y FLOREY, la estreptomicina, al aureomicina y la terramicina.

En esta situación ventajosa en que estamos colocados es excepcional que un mujer que ha recibido un cuidado prenatal inteligente, que llega al parto con una preparación adecuada, que éste es conducido técnicamente con el rigorismo de una intervención quirúrgica, sufra de infección puerperal y, si desgraciadamente ésta tiene lugar, nuestros medios de combatirla son incomparablemente más eficaces de lo que fueron hace cincuenta años.

Durante los últimos diez años de este medio siglo, el tratamiento de la hemorragia que poniendo en peligro

la vida de la paciente nos hace sufrir verdaderos momentos angustiosos, ha participado ventajosamente de los adelantos y progresos alcanzados.

Una revisión cuidadosa ha sido realizada para prevenirla y combatirla especialmente en lo que se refiere a la inserción baja de la placenta.

El empleo de la radiografía permitiéndonos diagnosticar la existencia y variedad de una placenta en el segmento inferior, nos evita el practicar exploraciones que podrían aumentar la hemorragia y un cambio en la conducta. En toda mujer con hemorragia al final del embarazo, o al iniciarse el trabajo de parto, la aplicación de este método ha permitido mejorar la incidencia y prevención de este síntoma.

Estos cambios consisten en diagnóstico radiográfico, traslado de todos los casos de hemorragia ante-parto a una clínica de maternidad, prohibición del topograma vaginal, excepto cuando las circunstancias lo exigen como una medida temporal, la excepción en la clínica cuando el caso lo permita, la operación cesárea en casos bien definidos y la restitución de la sangre por medio de la transfusión.

MACAFEE comprobó en 1945 que habiendo tratado 174 casos de placenta de inserción baja con el criterio ya mencionado, obtuvo una mortalidad materna de 0.57%.

Una mejor comprensión de la fisiología y complicaciones del parto secundino y el conocimiento de las condiciones de la paciente antes del parto, nos permiten en la actualidad, como justificadamente lo asevera CALKINS evitar que los peligros de la inercia uterina sea un factor en la producción de la hemorragia post-parto.

Cuando a pesar del manejo inteligente de este periodo del trabajo, por circunstancias que más adelante señalaré, sobreviene una hemorragia, los conocimientos adquiridos después de la primera guerra del catorce en la transfusión sanguínea y el perfeccionamiento de éstos durante la del año de 39 y los trabajos de LEVIN y otros sobre el factor Rh nos ha colocado en condiciones muy ventajosas para resolver este problema. Sobre todo después del establecimiento de los bancos de sangre que pueden proporcionar inmediatamente las cantidades de sangre que el caso exija.

Los conocimientos recientes sobre el mecanismo de la producción del Shock y la utilidad del plasma san-

guíneo para combatirlo, han contribuido eficazmente a realizar, junto con la transfusión, metas que en años pasados nos parecían difíciles de alcanzar.

La influencia de los conocimientos de este siglo actuando sobre la cirugía obstétrica, nos han permitido limitar el campo de acción del Forceps, ampliar las indicaciones de la operación cesárea, practicar con mayor facilidad y seguridad la eversión y la embriotomía y mejorar la técnica de la sinfisiotomía.

Aunque en la actualidad hay quien siga concediendo al forceps la cualidad de ser un instrumento muy útil para extraer la cabeza sin tener en cuenta los resultados mediatos e inmediatos para la vitalidad e integridad del producto, el mejor conocimiento de la mecánica del parto y las estadísticas de trastornos físicos y mentales en el engendro consecutivas a su aplicación han limitado su campo de acción. Los trabajos de DE-LEE, DAVIS y WILLIAMS excluyendo las aplicaciones sobre cabezas cuya circunferencia máxima no han alcanzado un plano muy cercano al estrecho medio; el mejor conocimiento de las estrecheces pélvicas y las adquisiciones radiológicas con relación a las desproporciones volumétricas pélvico-fetales le han restado al forceps honores muy altos que le concedieron los parteros al principio del siglo.

En lo referente a la cesárea, el adelanto mayor es, sin duda, el estudio cuidadoso de la paciente y la exclusión por sus peligros de la cesárea clásica. En la actualidad hay mayor preferencia por la sección segmentaria que representa un avance tanto por lo que se refiere a las garantías que proporciona contra la infección, como por la solidez de su cicatriz. La primera cualidad permite la prueba del trabajo, concepto de adquisición reciente que en muchos casos ha permitido el parto espontáneo en pacientes en que se pensaba practicar la cesárea. Más recientemente los cuidados pre y post operatorios, la elección de un anestésico correcto y el uso de los antibióticos combatiendo la infección intra-partum y post-partum que nos ha permitido ejecutar operaciones conservadoras en casos que todavía hace unos cuantos años requerían la histerectomía.

Afortunadamente en la actualidad, merced a la vigilancia pre-natal, las operaciones mutiladoras sobre el producto han perdido terreno, pero todavía en las dos primeras décadas, las presentaciones transversas

abandonadas fueron motivo para tener que practicarlas frecuentemente.

El ingenio y dedicación de uno de nuestros destacados parteros, mi maestro el Dr. JUAN DUQUE DE ESTRADA, ideó un aparato para practicar la embriotomía con extrema sencillez, seguridad y rapidez.

La sifisiotomía que había sido abandonada ha entrado de nuevo a la práctica en algunas escuelas cubanas y sudamericanas, quienes señalan que aunque sus indicaciones son muy restringidas, cuando está indicada resuelve satisfactoriamente ciertos problemas de desproporción céfalopélvica. Tenemos noticias de que en el Hospital General de esta Ciudad se han practicado alrededor de 30 de estas intervenciones en el curso de los últimos 17 años.

Continúa el deseo de pacientes y partero por encontrar un medicamento seguro, capaz de suprimir el dolor de la contracción sin interrumpir la marcha normal del trabajo y sin alterar las condiciones vitales del producto.

Poco más de un siglo ha transcurrido desde que el descubrimiento de James Young SIMPSON hizo época al haber realizado lo que parecía imposible: suprimir los dolores expulsivos mediante la aplicación de Éter y más tarde el empleo del Cloroformo. Entre nosotros los prejuicios religiosos hicieron que su empleo fuera menos extenso de lo que era en otras partes y todavía en la mitad de la segunda década se le reservaba exclusivamente para los casos operatorios.

Al principio de la segunda década comienzan a aparecer una serie de medicamentos con la finalidad de abolir el dolor del parto a partir de la Tocoanalgina hasta la Petidina y que parece no tener fin.

En los primeros años de este siglo, los parteros se conmovieron ante el anuncio de STEINBUCHEL de haber descubierto una medicación, que produce el "Sueño crepuscular" (Twilight sleep) con morfina y escopolamina, la cual podía emplearse durante la mayor parte del trabajo sin peligro para la madre y el producto.

Bien pronto se convencieron de su acción letal sobre el producto y su empleo fue descartándose para dar lugar a una serie de productos que sustituidos por otros pronto han caído en desuso.

El deseo de un método que lograra este fin, sin alterar el estado general de la madre, obligando al partero a una vigilancia constante de la paciente, dio lugar

al empleo del óxido nitroso y oxígeno por medio de aparatos automáticos que la paciente podía aplicarse personalmente durante el momento de la contracción. Pero su empleo, por las dificultades de transporte y adquisición, bien pronto cayó en desuso. En la actualidad se preconiza el uso de un nuevo anestésico por inhalación, el Trileno que se administra, por medio de un aparato más o menos costoso y más manuable, ya sea solo o asociado con una medicación preanestésica. Este método parece realizar cuando menos en un buen porcentaje el deseo de los tocólogos y los pacientes.

Un conocimiento más amplio sobre la innervación uterina dio lugar a la analgesia por infiltración bloqueando el ganglio de Frankenhauser y más tarde por el bloqueo paravertebral de los ganglios dorsales onceavo y doceavo.

La analgesia por vía intra-raquídea había sido descartada por su acción indirecta sobre la contracción uterina, puesto que permitía el predominio de los nervios excitadores de la contracción y, por lo tanto, paralizaba la marcha del parto. Además, la acción de las drogas usadas hasta hace poco tiempo era muy breve, de 45 minutos a una hora. ADRIANI, mediante el uso de soluciones hiperbáricas de percaína, ha obtenido analgesia limitada a los nervios del plexo sacro (anestesia en silla de montar) que no inhibe la contracción uterina y que tiene una duración de dos horas y media o más.

Los trabajos de HINGSON y EDWARDS, sobre la anelgesia de los nervios sacros, a través del hiato sacro-coccígeo, provocaron una ola de entusiasmo pues se pensó haber llegado a la meta pero bien pronto se le encontraron numerosas fallas, entre otras sus frecuentes, fracasos debidos a anomalías del sacro, o a errores de técnica; su peligrosidad en caso de que la aguja penetre en el espacio subaracnoideo y la necesidad de una vigilancia constante de la paciente, tanto por el partero como por el anestesista, han hecho que su práctica sea muy restringida y en nuestro país sólo una que otra persona la ejecuta.

Es también de época reciente el uso de la anestesia local en la operación cesárea, procedimiento ardientemente defendido por DE-LEE-GREENHILL y MARSCHALL que es de gran utilidad en los casos de mujeres débiles, toxémicas o anemias y que es poco usada por ser de ejecución algo laboriosa, requiere más tiempo y

muchas suavidad en las maniobras. Además, en la embarazada no es prudente usar los medicamentos pre-anestésicos como la morfina y los barbitúricos que son dañinos para el feto.

En lo que se refiere a ocitócicos, dato de 1910 el uso de los extractos del lóbulo posterior de hipófisis, que despertaron gran entusiasmo al principio de su aplicación; después se consideró medicamento peligroso debido a la variabilidad de su acción y últimamente gracias a su normalización en unidades internacionales y a la dosis mínima en que se aplica, proporciona brillantes resultados; muy recientemente se ha aplicado este medicamento para la inducción del parto y para la regularización de las contracciones deficientes, aplicándolo diluido en 500 cc. de suero fisiológico por venoclisis, gota a gota.

Hasta 1921 rara vez la mujer diabética lograba embarazarse y si lo conseguía estaba expuesta a una exacerbación de su padecimiento que la orillaba al coma diabético después de haber abortado y la esperanza de tener un hijo vivo no era más del 50%.

Pero en esa fecha el descubrimiento de la insulina y los progresos de la dietética parecían resolver el problema, por lo que respecta a la salud y a la vida de la madre pero la viabilidad del producto no pasaba de 33%.

A partir de 1945 en que Precilla WHITE y Elliot P. JOSLIN pusieron de manifiesto que el tratamiento de una embarazada diabética debe ser químico, dietético, endocrino y obstétrico, las estadísticas de morbilidad materna de mortalidad y de mortalidad infantil han disminuido a cifras muy alentadoras.

Aunque la mayor parte de las adquisiciones de este siglo sobre la fisiología del aparato genital de la mujer pertenecen a la ginecología, la obstetricia ha aprovechado una buena parte de ellos, especialmente en lo que se refiere a los métodos de diagnóstico precoz de embarazo.

La prueba original de ASCHEIM-ZONDEK, en la rata y las modificaciones que le sucedieron como la prueba de Friedman en la coneja, la prueba en la rana africana y la de GALLI-MAININI en el sapo, han proporcionado un medio de bastante fidelidad para el diagnóstico precoz del embarazo. La reacción cuantitativa de BRINDEAU y HENGLAIS permite corroborar el diagnóstico de mola hidatiforme de corio-epiteloma o de retención de huevo muerto.

Es posible que en el transcurso de esta exposición, hayamos omitido algún dato interesante con respecto a la evolución de la Obstetricia en el transcurso de este siglo, pero creemos haber llenado, en la medida de nuestras posibilidades, el cometido que se nos encomendó.

medigraphic.com