

EL METODO DE ZARATE O UNA NUEVA
Y PROMETEDORA RUTA EN EL TRATAMIENTO
CURATIVO DE LA DISTOCIA PELVIANA (1)

DR. EDUARDO LOPEZ GARCIA-TRIVIÑO
DIRECTOR DE LA MATERNIDAD PROVINCIAL
JAEN

Ilustrísimo señor Presidente. Señores:

Si razones técnicas han impuesto la fragmentación en el ejercicio de la Medicina, el médico y por mucho que circunscriba su actuación a un determinado grupo de casos prácticos (como LETAMENDI definió a la Especialidad), no puede ni debe, substraerse al conocimiento (siquiera sea en líneas generales) de los progresos sensacionales sobrevenidos en otras ramas de la profesión, distintas a aquella que a diario absorbe su atención. El hecho negativo bien poco avalaría la formación científica del médico, pero es que, además, dificultaría y en grado sumo, ese intercambio diario entre especialistas, a la hora de pedir informes, de colaborar en común al plantear un diagnóstico o al señalar por fin, un plan terapéutico.

Si muy difícil resulta mantenerse hoy, medianamente informado de lo propio, más difícil es aún, captar algo de lo ajeno. Labor de Seminario puede ser también el traer al mismo temas de estricta especialización, presentados de intento para el médico

(1) Seminario Médico del I. E. G. Sección inaugural del Curso 1955-56. Presidente de Honor, Dr. Benedicto. Comunicación; interviniendo los Dres: Sagaz, Arroyo, Maza, Herrera, Vena, Barranco, Castillo y Oliveros.

no especialista. Así todos podremos aprender de todos, de modo cómodo y fácil. No somos en esto nada originales. Muchos distinguidos colegas así lo han venido haciendo en cursos anteriores con evidente provecho para los oyentes, pero, insistimos en la conveniencia de estas comunicaciones, con ese carácter puramente informativo y entendemos que deben seguir absorbiendo parte, al menos, de estas sesiones.

Con este criterio puramente informativo y dedicado al Médico no tocólogo, traemos hoy a esta sesión de nuestro Seminario, un tema de Tokurgia y lo hacemos para comunicarles, que ese anhelo de la humanidad, sentido desde la más remota antigüedad en Medicina operatoria, de encontrar un *recurso curativo* de la pelvis femenina viciada y de su obligada consecuencia, la distocia por desproporción, ha sido satisfecho con el moderno método de pelvitomía del Dr. ZARATE, Profesor de la especialidad en la Universidad de Buenos Aires y que él denomina Sinfisiotomía Parcial Subcutánea. Método que consiste en lograr un aumento de la superficie pelviana que, no solo permita el parto actual (transformado de distócico en espontáneo), sino que también, conservar parte, al menos, del aumento pélvico logrado, asegurando el porvenir obstétrico de la mujer. Por eso, el método bien merece ser llamado *curativo*. La mujer que por causas constitucionales o adquiridas, tuvo la desdicha de llegar a la madurez sexual con una pelvis viciada, queda tras la operación, transformada en una mujer normal y apta para una maternidad reiterada y feliz.

Para valorar debidamente la aportación de ZARATE a la Obstetricia veamos antes y en visión panorámica, de conjunto, lo que hasta él ha sido el tratamiento de la distocia feto-pélvica.

Frente a este problema mecánico, con estancamiento del progreso del parto (lo que reclama urgente solución) el obstetra podía adoptar *tres actitudes, seguir tres criterios terapéuticos*.

Prímero. Hacer pasar el feto a través del canal óseo estenosado, mediante reducción del móvil. *Aquí están encuadradas todas las operaciones embriotómicas*, justificadas solo en feto muerto, aunque ha habido quien en otros tiempos, pudo considerarlas justificadas incluso con feto vivo (mostruosidad en todo tiempo). Podía descender el polo podálico como tractor, en el

supuesto de que la cabeza fetal se encajaba y pasaba mejor por la base que por la bóveda. *Ahí está representada la versión clásica*, la más antigua de las operaciones obstétricas. Podía en fin, apresar la cabeza fetal con instrumentos —no lesivos— con la suficiente solidez, al tiempo que con la suficiente habilidad, y hacerle avanzar hasta el exterior. *Ahí está representado el Forceps* con su larga historia de perfeccionamientos técnicos, desde PALFIN y CHAMBERLEIN a KIELLAN y DEMELEN, pasando por PAJOT, LEVRET, TARNIER, BRAUN, SMELIE, NAEGUELE, etc.

Estas tres operaciones: *Embriotomía, Versión y Forceps*, integran desde muy antiguo la *Tokurgia clásica*. Representan un criterio terapéutico que en épocas atrasadas de la Medicina en general, fué prácticamente el único posible. Antes y ahora, es criterio lastrado con una elevada mortalidad fetal. Significó siempre, *vencer a la violencia, con la violencia misma*. En el momento actual, de progreso técnico y de mayor respeto a los intereses fetales, este criterio caduda de modo vertical y salvo contadas y excepcionales indicaciones, apenas queda de todo ello más que la aplicación de forceps en el estrecho inferior, «*forceps bajo*», *totalmente inofensivo para madre y feto y totalmente insustituible*.

Segundo. El obstetra decide *eludir* la vía natural del parto. *Hace el parto contra natura*, extrayendo el feto por vía histerotómica. *Ahí está representada la Cesárea abdominal con toda su larga historia de perfeccionamientos*, desde que era una operación fatalmente mortal para la mujer, pasando a ser operación peligrosísima, solo peligrosa, hasta el momento actual, considerada como operación *benigna*. Todo le fué favorable a esta solución del problema mecánico. El progreso general de la Cirugía, el progreso técnico específico de la operación, hasta el advenimiento de los antibióticos que terminaron con el fantasma de la infección que ensombrecía siempre el pronóstico de la operación mejor ejecutada. Por eso pasó de operación prohibida a operación condicionada a la *limpieza* del caso y por fin, a operación de indicación univresal, fueran cuales fueran las condiciones del caso.

Este criterio terapéutico, por sus brillantes resultados inmediatos y por respetar cual ninguna, los intereses fetales, por su

facilidad de ejecución, ha desplazado al criterio obstétrico clásico que antes comentamos, tanto, que la tendencia actual en todas las Escuelas, es la de dejar reducida la Tokurgia a la cesárea y al forceps bajo.

Ahora bien, también hemos de hacer un estudio crítico de este criterio cesarista que hoy priva. *Vemos que a la violencia distócica se sigue oponiendo la violencia, sino que ahora, esa violencia se ejerce sobre la madre, como antes, sobre el feto.* La Cesárea, es ante todo, una gran operación con los riesgos inherentes a la anestesia, al trauma y choque, a la hemorragia. En el postoperatorio, son los riesgos de atelectasias de bases, de ileo dinámico o mecánico, de la posibilidad de deshicencias laparotómicas... Por todo, su índice de mortalidad no puede llegar a cero y *no se le puede calificar de inofensiva*, como muchos afirman. Sus secuelas remotas son aún más considerables. Muchas mujeres, en plena juventud, han de ser mutiladas, bien porque la hemorragia incoercible imponga la histerectomía post-cesárea, bien porque el temor a la cicatriz uterina en cesárea reiterada, imponga la esterilización tubárica. El temor a la deshiciencia de la herida uterina en partos sucesivos, lleva automáticamente a la cesárea reiterada y *cada cesárea crea las mejores condiciones para una segunda indicación de igual tipo.* La operación tara, física y psíquicamente a la mujer, como *incapaz* de una función maternal normal y ese fallo hace mucha mella en su compleja sexualidad. Lleva la angustia a cada fecha menstrual y ante cada nuevo embarazo. Rompe muchas veces —salvo casos de auténticas heroínas— el equilibrio sexual en el matrimonio. Conduce a la mujer a la limitación de la natalidad y al fin, a las Organoneurosis psicógenas en sentido de ROENMEL y a un calvario ininterrumpido. Todas estas secuelas no pueden correctamente, dejar de ser atendidas a la hora de enjuiciar.

Bien que la cesárea, con todas las garantías de su actual contenido, haya desplazado a una obstetricia violenta y lesiva para el feto. Bienvenida a resolvernos tantos angustiosos problemas como la obstetricia de antaño planteaba al tocólogo, pero nos vamos ya preguntando ante este auge cesarista ¿No estaremos abusando de las indicaciones? A el interrogante diremos

con ZARATE, que «surge la incógnita y permanece la duda en nuestro espíritu».

Sobre todo lo dicho acerca del criterio primero y segundo, cabe un argumento más en contra de ambos: Ninguno de ellos es CURATIVO. Tras las operaciones obstétricas clásicas y tras la Cesárea, queda la causa en pie. No se ha hecho una terapéutica etiológica. Se han buscado soluciones para «salir del paso» pero no para curar. Ambos criterios, repetimos, merecen el mismo reproche.

Tercero. Hablemos ahora de la tercera posibilidad terapéutica de la distocia mecánica, de lo que podemos llamar la «tercera postura» obstétrica frente a la distocia. La posibilidad de ampliar el canal óseo del parto permitiendo el ulterior avance fetal, sin violencias, por las vías naturales. Procuremos además, que esa ampliación lograda, sea permanente, eficiente en partos ulteriores. Habremos hecho, entonces sí, un tratamiento etiológico y curativo, de la pelvis viciada. Aquí están comprendidas las Pelvitomías con su interesante y larga historia de casi tres siglos. Por cuya ruta, Zárate parece haber resuelto de una vez el problema

Muy antigua es la idea de seccionar el arco anterior de la pelvis para, con la separación interpúbica, permitir un aumento de su capacidad obstétrica. En 1777, surge en Francia con SIGAULT, la Sinfisiotomía y casi simultáneamente, en Alemania, con SIEBOL, la Pubiotomía. La primera secciona el arco pelviano por la Sinfisis; la segunda, por un pubis. La primera secciona una articulación en sus partes blandas, la segunda secciona hueso. Los resultados prácticos parecían ser los mismos.

Sin cansarles con razones, digamos, que la sección ósea fué pronto desechada. apesar de los posteriores esfuerzos de BUMM por prestigiarla y que la sección, sinfisaría más difundida siempre, ha pasado por alternativas de prestigio y descrédito como ninguna otra operación en la historia y que al fin parece definitivamente abandonada tras los intentos de relevantes personalidades de las principales escuelas europeas, que la perfeccionaron y la aceptaron. En Francia, su país de origen, nada menos que PINARD y FARABEUF. En Alemania, nada menos que PAUL ZWEIFEL, DODERLEIN, SELHEIM y en la fina escuela vienesa, el extraordinario FRANZ.

En Italia, MORISANI, SPINELLI, CARUSO... La lucha fué tan apasionada que ha dejado estela permanente y lo particular del caso es que los propaladores, exhibían estadísticas numerosas con mortalidad fetal bajísima —en relación con la que daba la obstetricia clásica del forceps y la versión— y cifras de mortalidad maternas, muy inferiores siempre a las que daba en aquel tiempo la cesárea. Por otra parte, los detractores hablaban *teóricamente*, sin haberla practicado y hasta incluso, haciendo afirmaciones falsas, como BOCDELOCKE, que llegó a asegurar que la unión del sacro con los ilíacos era totalmente inmóvil y que los pubis no podían separarse sin romper esa unión engendrando invalidez permanente y esto lo decía, cuando ya estaba descrita por los anatomistas de la época ¡hasta la sinovial de esa articulación, perfectamente movable! A través de los tiempos y por incomprensible que parezca, triunfó la sin razón sobre la razón, quizás por una sola circunstancia: El feto muerto en una violencia obstétrica, callaba. La mujer muerta en una cesárea, callaba también. Si aquellas técnicas de pelvitomías, primitivas y defectuosas, alguna vez pudieron engendrar una anomalía en la marcha de la mujer o una fístula urinaria, esa mutilada era un testigo de cargo constante y bastante molesto. En la profunda meditación sobre el tema no hemos encontrado nunca otra explicación. Es posible que el tocólogo que tuvo aquella desgracia en su bien intencionada actuación, a veces y Dios lo perdone, haya deseado la muerte de aquella mujer!. Entonces era él el que callaba sus éxitos y por un solo caso desgraciado, se pasaba al enemigo. Ciertamente, esta historia de las Pelvitomías, está llena de curiosidades. Después de esa época histórica ya, pocos intentos de conservación de este criterio, siendo España, concretamente la Escuela Catalana, donde se mantuvo algún tiempo. En la Maternidad, bajo la dirección del malogrado GUILERA, encontró cobijo la Sinfisiotomía. En la facultad de Medicina, bajo la tutela del Profesor NUBIOLA, encontró cobijo la Pubiotomía. Después, solo algunos discípulos de GUILERA, como el Dr. GUERRERO ABELLAN y SABRIA, la han seguido practicando (solo la Sinfisiotomía) y nosotros, en nuestra modesta actuación y no solo la hemos practicado y con éxito, sino que hemos llevado el tema al seno de la Sociedad Ginecológica y a la revista de la especialidad. Todos hemos seguido ya la técnica mo-

derna de ZARATE que en casi nada se parece a las técnicas primitivas ni a sus modificaciones alemanas.

Tras esa lucha, anterior a nosotros, todo parecía haber fallado ya definitivamente el pleito en contra de la Sinfisiotomía. No cabía duda que allí estaba la razón, pero tampoco cabe duda que aquellas técnicas primitivas motivaron lesiones y acarrearón el desprestigio. Por ambas razones, ni podía aceptarse la Sinfisiotomía, ni desterrarse definitivamente. La idea era buena, pero quizás, no los métodos. El rescoldo no se extinguió jamás y a los tres siglos, ZÁRATE lo aviva. Recoge aquella idea y tras treinta años de estudio y meditación, de experiencias anatómicas en las mejores condiciones realizadas y tras larga experiencia clínica, posibilita la Sinfisiotomía inocua para madre y feto, y curativa para la pelvis viciada. Al principio, quiso constatar su opinión y fué en París, en la Clínica Tarnier, donde ante el Profesor BRINDEAU la practicó en 1925. El maestro francés la encontró tan original que propuso llamarle Sinfisiotomía «a la de ZÁRATE». Poco después, en Heidelberg, ante el Profesor MENGE, la repite y este maestro alemán que conoció la Sinfisiotomía de FRANZ, encontró a esta tan distinta que propuso llamarle Partialis. El autor, atendiendo a una de sus principales características técnicas, propuso llamarle Subcutánea. De ahí el nombre definitivo con que se la conoce: Sinfisiotomía Parcial Subcutánea y en inglés, con el mismo orden de iniciales. Subcutaneous Partial Symphysiotomy. Hasta ahora, desde las primeras publicaciones en la prensa francesa cuando la visita de ZÁRATE a Europa sólo teníamos de la operación mediocre información, Hoy, ZARATE nos entrega como final de su trabajo, un libro monográfico, donde de un modo magistral, expone el método con todo detalle. Su difusión contribuirá mucho a poner al día un tema tan apasionante siempre. Nosotros tuvimos la fortuna, años ha, de haber tenido información directa del autor que nos honró llamándonos discípulos y que al fin, nos ha visitado este mismo año en España, completando nuestra formación en los detalles de la intervención y ha ampliado los conceptos haciéndonos un gran bien

En un sentido crítico, podemos asegurar hoy, a la vista de nuestros propios resultados, que la S. P. S. de ZARATE, resuelve de modo maravilloso e inocuo, el problema de la distocia pélvica

y de modo *definitivo*. La mujer ve terminar en unos minutos, con todo el aspecto de la más feliz espontaneidad, un parto que tras horas y horas de sufrimientos, no avanzaba nada. Tiene sucesivos partos normales. Sus hijos vienen al mundo vivos e indemnes. No considera la intervención más que como una ayuda a su parto y no como una ingerencia ante su impotencia para la maternidad. No tiene en su ejecución, aparato quirúrgico alguno, no impresiona ni tara psíquicamente a la mujer. No lleva la intranquilidad a los hogares. Es por todo, una *incuestionable verdad*. Todo eso debe la Obstetricia actual al Profesor ZARATE. Su método está llamado a llenar en el arsenal obstétrico, ese enorme hueco de indicaciones entre la cesárea (aplicable a la gran distocia) y el forceps bajo (aplicable a la distocia mínima). Ese hueco, de la distocia media, sin ZARATE, está vacío y, o lo llenamos con obstetricia clásica en perjuicio del feto, o de cesáreas en perjuicio de la madre.

ZARATE y su método marcarán un hito en la historia de la Obstetricia. Por lo que su aportación significa, nosotros, al rendirle en este momento, públicamente, homenaje de admiración como a hombre de ciencia, de gratitud como a maestro generoso y de afecto sincero como a amigo leal, pedimos a esta asamblea un aplauso para este sabio de nacionalidad argentina, pero que llama a España la Madre patria y que lleva un apellido de noble y rancia raigambre española. Que opera como tocólogo, pero inspirado por un alma de poeta, cargada de amor sin límites a la función maternal y que sabe cuidar los tupidos velos de la compleja sexualidad femenina, como nadie hasta él.

No puede hacerse un estudio crítico, si ha de ser completo, sin analizar los inconvenientes también, de esta tercera postura frente a la distocia, incluso refiriéndonos ya a la S. P. S. concretamente. Digamos, que no es operación fácil, aunque sí, simple. Requiere conocimientos obstétricos al plantear la indicación y profundo conocimiento de la técnica para hacerla correctamente y en ella, esto es más substancial que en ninguna otra operación. Tiene por así decirlo, poca zona manejable (si nos refiriésemos a un medicamento, diríamos que la dosis terapéutica y tóxica están próximas). Por eso no es operación para la masa como puede serlo la cesárea con su facilona ejecución. Cualquiera puede

aprenderla, pero hay que aprenderla muy bien antes de lanzarse a ella. ZARATE no admite incidentes en esta operación, pero sí «errores de técnica y descuidos del operador». Siempre al propagar esta operación hemos sentido la responsabilidad de que alguien nos siga sin preparación suficiente, por eso, hasta que no apareció el libro de ZARATE, nuestro trabajo fué callado y nuestras publicaciones, escasas. Hoy cualquiera puede estar informado y nosotros nos consideramos en el deber para con la humanidad, de acentuar la difusión del método. Cumplimos además con ello, un mandato del maestro. Nos «armó Sinfisiotomista» al donarnos su bisturí, que es para nosotros una prenda inestimable; el mismo con que operara 30 años y el que sirvió para los fotograbados de su obra. Nos recordaba, como un mandato también, aquella consigna que se grababa en las hojas de las espadas toledanas «Ni me saques sin razón ni me envaines sin honor». Si esto es el fin, la verdad, Dios nos permita cumplir con nuestro deber y obedecer a quien con tanta ejecutoria, nos manda hacerlo.

Veamos y muy brevemente, no es ocasión de más detalles, los fundamentos y algunos momentos de la técnica.

La pelvis menor puede ser seccionada fácilmente a *nivel* de la Sinfisis del Pubis. Ulteriormente, la cicatrización muy rápida por cierto, se establece por fibrosis, quedando una cicatriz «en resorte» como alguien le ha llamado, que con el reblandecimiento gravídico en gestaciones subsiguientes, seguirá capacitando a la pelvis en el mecanismo del parto.

Una vez seccionada la sinfisis, los cabos pubianos pueden separarse gracias a la movilidad de las articulaciones sacro-iliacas (sin lesión de ellas), si esa separación no excede de un límite, que el autor cifra en los tres y medio ctms. (dos traveses de dedo medidos en la primera falange). Hasta ahí la separación es inocua para las articulaciones posteriores. Más allá, puede haber desgarros de los ligamentos sacro-iliacos anteriores y larga y penosa convalecencia, incluso invalidez. Pero es que a esa separación máxima no se llega casi nunca; basta casi siempre, con una separación interpública de dos ctms. (un través de dedo) y a veces, mucho menos. Es la operación donde las *pequeñas causas producen los grandes efectos*. Pero es que, además, esa separación máxima no puede sobrepasarse, precisamente por una de las

características fundamentales de la técnica: el ser «frenada» y parcial. Efectivamente, no es toda la articulación la que se secciona (a diferencia de las técnicas antiguas); ciertos tejidos periarticulares se conservan y actúan de *frenos* de la separación entrando en acción de modo automático, tan pronto la sección se ha hecho. Estos frenos, auténtica originalidad del método, son dos: El inferior, poco potente, representado por el mal llamado Ligamento de HENLE (cuando no es más que la parte anterior del Transversum pelvis de los alemanes, de la Aponerosis perineal media de Tesu, atravesada por la uretra y la vagina) formación músculo-fibrosa fuerte, que va de una rama isquio pubiana a otra. Su parte anterior, el auténtico freno, le llama el autor, Ligamento preuretral.

El Ligamento Arcuatum, o ligamento inferior de la articulación, en parte es seccionado y en parte conviene su desgarramiento espontáneo. El bisturí siempre actúa lejos del auténtico freno o brida inferior. El freno, o brida superior, muy potente y garantía de una separación interpúbica inocua, lo integran sobre todo, fibras oblicuas de inserción de la Aponerosis anterior de los Oblicuos Mayores o externos del abdomen, que cruzan la línea media insertándose en el pubis opuesto. Más atrás, los Piramidales, los Rectos del abdomen y sobre todo, el Adminiculum lineal, reforzado hacia afuera por los Ligamentos de COPER. Todas estas formaciones, respetadas, por su elasticidad toman una dirección tendente a la transversal y no a la oblicua o vertical que tenían en su unión con el borde superior de los pubis y permiten la separación solo *en cierto grado*.

Pues bien, al separarse los pubis, aumentan todos los diámetros pélvicos, pero lo que vale, no es el aumento de dos o tres milímetros en cualquier dirección, sino el aumento de la superficie pélvica, que matemáticamente medida puede llegar a un incremento hasta del 20 % y quizás más teniendo en cuenta además, que matemáticamente, el incremento porcentual es tanto mayor cuanto menor el de la superficie pélvica anteoperación. Bien lo demuestra ZARATE en su capítulo de Mecánica de la operación.

Pero digamos más. No son solo unidades cuadradas y no lineales, lo que se ganan en espacio, sino unidades cúbicas, ya que la ampliación alcanza a toda la altura de la pequeña pelvis.

Y hay más. No es solo el aumento de superficie pélvica lo que vale, sino la movilidad que se logra en las articulaciones pelvianas. La Sinfisis del pubis se transforma al operarla, de momento en una diartrosis prácticamente. Las Sinfisis sacroilíacas (que por tener sinovial deben considerarse como algo más que Sinfisis) adquieren también una mayor movilidad. Ello permite que los movimientos de Nutación y Contranutación del sacro, se hagan más amplios y más amplios también, los simultáneos movimientos basculantes de los ilíacos, que pueden moverse incluso, en distinto sentido y a distinta altura, todo obedeciendo a la demanda de espacio de la cabeza fetal, impulsada por las contracciones uterinas. Por eso, esté la cabeza fetal a la altura que esté, siempre se beneficiará de la Sinfisiotomía. En una palabra: La capacidad de adaptación del continente al contenido, está aumentada en toda la altura de la pelvis obstétrica. De ahí los grandes resultados prácticos de las mínimas separaciones interpúbicas.

Cualquier cabeza fetal, normal o grande dentro de lo normal, si la pelvis no es menor de 8 y 1/2 ctms. de congujado verdadero, encontrará con la operación espacio suficiente para su paso normal. Si la pelvis fuese menor, la separación exigida sería mayor y ya peligrosa para las articulaciones posteriores (de ahí debieron partir las lesiones de antaño), pero como el freno no lo permitiría, no habría daño, solo que la operación, mal indicada, sería insuficiente y aparentemente, había fracasado. Por eso, esa dimensión pelviana límite es indispensable tenerla en cuenta. Por debajo de ella, la cesárea recupera sus derechos en el tratamiento de esta distocia mecánica, que ya queda catalogada como Distocia mayor.

La sección puede hacerse bajo anestesia local, que suele bastar o en mujeres pusilánimes, bajo una breve narcosis al clorético, continuada después con una analgesia a la reina. Se hace subcutánea, viendo con los dedos, con el tacto, lo que no es inconveniente para los tocólogos y es muy ventajoso para el método, por ahorrar trauma y contribuir a la profilaxis de la infección.

No es necesario el quirófano y debe evitarse el «aparato quirúrgico» que impresiona y llena de impaciencia. Siempre el quirófano en la Obstetricia actual debe estar cerca ante las posi-

bles incidencias de cualquier parto, pero solo cerca. No somos partidarios de asistencia obstétrica domiciliaria, pero en caso de necesidad, es de las pocas operaciones que pueden hacerse a domicilio e incluso, en el ambiente rural. Gran serenidad en el tocólogo y en el ambiente. No vamos a extraer el feto, vamos después de esta ayuda, a verlo nacer espontáneamente. Hay que esperar después de la sección, el tiempo preciso, si no surgen como en todo parto, motivos de terminarlo, motivos de índole vital para madre o feto, pero nunca motivos de impaciencia.

Es parte fundamental del método el parto espontáneo post-sinfisiotomía, contando con la colaboración de las fuerzas naturales y de los medicamentos precisos, occitócicos, sedantes etc.

Naturalmente, si la indicación vital surge, el forceps recupera sus derechos, pero forceps liviano, no de fuerza y es por cierto muy fácil. La espera mayor que hemos tenido que soportar no ha sido nunca superior a 30 minutos y ello en Primíparas y con cuello poco dilatado.

En las múltiparas y en primípara a cuello dilatado, bastan casi siempre 10 o 15 minutos para que el feto nos electrice a todos con sus gritos. ¿Cómo es esto posible? se preguntan siempre los testigos del hecho, aún acostumbrados ya a ver los resultados que parecen de un juego de malabarista. Una mujer destrozada por una larga espera tras horas y horas de sufrimientos. La angustia en sus familiares. El temor a la gran operación y frente a todo ello, la menor cirugía posible, un solo agrafe como señal de que hemos operado, y antes de que nadie lo piense, el feto en el mundo. Cautiva la operación en sus resultados. Hay que vivirla para apreciarla. El postoperatorio es cómodo. Bastan unos ocho o 10 días de cama y dos o tres de convalecencia sin más precauciones que un simple paño uniendo un poco las rodillas en la cama y la enferma marchará de alta, con paso firme y sin molestias. La mujer ha de estar advertida de esa cierta torpeza al andar en los primeros días de levantarse. ¡Bien poco precio para tanto beneficio! Piense que si no, hubiera sido cesareada y tantas veces como partos tuviese.

Les informaré también, de que ni una sola de las operadas nuestras, deja de estar agradecida a la operación y esta sanción es para nosotros la más valiosa. Sobre todo, en las mujeres que

ya habian sido cesareadas antes. Ante una posible discusión sobre el método, ¿cabe por acaso un voto de más calidad?

Y para terminar: Cuando hemos establecido coloquio con los especialistas españoles sobre el tema y cuando lo hemos llevado a la prensa de la Especialidad, hemos sido atendidos y escuchados con serenidad, con respeto y hasta con interés. Este hecho es nuevo en la historia de la S. P. S. No creemos personalmente, merecer tal honor, quizás sea debido al prestigio mundial del Dr. ZÁRATE ¿O es que al fin vamos a ser oídos los partidarios de la única terapéutica racional y efectiva de la estrechez pélvica?

He dicho.

COLOQUIO

Intervinieron los Dres. Sagaz quien manifiesta su satisfacción como Neumólogo de que las enfermas graves de Pulmón, que además tengan una distocia de ese tipo, pueda esta ser resuelta sin el trauma anestésico y quirúrgico de la cesárea. Arroyo, como Cardiólogo, en el mismo sentido frente a la distocia en cardiópatas Maza y Herrera como Puericultores, ya que elimina el trauma fetal de la obstetricia violenta. Vena, Oculista, en el mismo sentido, refiriendo ciertas parálisis del VI par Craneal, atribuidas al forceps. Barranco, cuya esposa fué liberada de una cesárea por este método del que está muy satisfecho. Castillo, Anestesiólogo, que ha vivido varios casos, maravillándole los resultados. Oliveros, detractor y admirador al mismo tiempo. Teóricamente la rechaza, pero sus resultados siempre le impresionaron. El Dr. García Triviño, agradeció todas las intervenciones. La Asamblea tributó un cálido aplauso al Dr. Zárate y al conferenciante.