

- Autores extranjeros.

6. **De Lee Greenhill** — Principios y Práctica de Obstetricia.
7. **Fabre** — Obstetricia.
8. **Dickmann William J.** — Cesarean section. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Marzo, 1943.

9. **Duckering Florence** — Delivery after Cesarean Section. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 51. 1946.
10. **Moraques Jaime** — Clínica Obstétrica.
11. **Pérez Manuel Luis** — Tratado de Obstetricia.
12. **Recassens** — Tratado de Obstetricia.

Anotaciones sobre obstetricia rural

INFORME DE COMISION

Señor Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología:

La comisión designada por usted ha estudiado detenidamente el trabajo que el apreciado colega doctor Farrón del Portillo Ramos presentó a esta corporación en la sesión pasada, con el fin de obtener su ingreso a ella.

Entre los factores que requiere un trabajo científico para permitir el acceso de su autor a esta Sociedad, la comisión manifiesta que en el presente caso ha considerado especialmente, los siguientes puntos: medio en que se efectuó la labor científica; clase de pacientes; estado general orgánico de las mismas en el acto operatorio; criterio de la intervención; técnica quirúrgica; clase de anestesia; resultados en cuanto a la madre; resultados en cuanto al niño y conclusiones generales.

Como lo anota el mismo doctor Del Portillo, en su comunicación, "el mé-

rito principal que pueden entrañar estas operaciones se refiere al medio donde han sido practicadas y sobre todo, que la mayoría de las pacientes han sido intervenidas en malas condiciones, algunas de ellas con más de tres días de trabajo, agotadas por tan largos sufrimientos y varias con manifiestos síntomas de infección".

Se comprende perfectamente que en un medio rural y en un hospital de provincia, por bien dotado que se encuentre, la labor del médico es ardua, penosa y muchas veces estéril. Elementos de diversa índole conspiran a diario contra el buen resultado de sus intervenciones y de sus tratamientos. La carencia de los recursos de la terapéutica y de la cirugía modernas, considerados como de vital importancia en todo buen centro hospitalario, es allí un obstáculo insalvable para la supervivencia de las pacientes.

Sin consulta pre-natal regularmente organizada es imposible anotar bri-

llantes resultados en la evolución del embarazo y en la culminación del parto. Si las pacientes no tienen la educación y comprensión suficientes para apreciar la importancia de los exámenes periódicos, del control del laboratorio, de los regímenes alimentarios apropiados al caso y de la efectividad de las drogas, y no frecuentan la consulta médica, ni se someten a la dieta impuesta, ni toman juiciosamente los medicamentos prescritos, será imposible en esta forma, para el obstetra, encauzar el embarazo dentro de la normalidad y de prever las temidas distocias, de las cuales, es probable, no saldrán bien librados, ni la madre, ni el producto de su gestación.

A esto hay que agregar las enormes distancias que median entre las viviendas de los campesinos y el hospital de la provincia, la inclemencia del clima, los métodos primitivos de transporte y el precario estado físico de las pacientes, exhaustas las reservas vitales y la salud minada por la anemia tropical, el parasitismo intestinal y la desnutrición.

Pero hay que tener en cuenta también otros agravantes, contra los cuales luchará en vano el médico rural en su noble afán por detener una vida que marcha precipitada a su fin. Es posible que no exista un banco de sangre, con lo cual se recuperaría como por milagro, la paciente víctima de profusa hemorragia. Puede darse el caso también de que no haya plasma humano, ya sea porque los recursos económicos del pequeño hospital no permitan adquirir este elemento, relativamente costoso, o por cualquiera otra circunstancia, con lo cual se

solucionarían con éxito los casos de shock obstétrico y las pacientes agobiadas por un largo e infructuoso trabajo encontrarían en ello un alivio, mejorarían su déficit de prótidos y llegarían al acto quirúrgico con alguna preparación aceptable. Es de suponer, además, que el hospital carezca de un balón de oxígeno disponible a permanencia, con lo cual no serían de temer los colapsos durante las intervenciones, ni los síncope anestésicos, y el recién nacido asfíctico y traumatizado por el sufrimiento prolongado en útero o por maniobras obstétricas laboriosas se beneficiaría grandemente con máximas probabilidades de sobrevivir.

En estas condiciones es difícil elaborar un trabajo verdaderamente técnico y científico; es imposible presentar estadísticas brillantes que pudieran ser equiparadas con las de las clínicas particulares de Bogotá. Además, en este caso, no cabría tal comparación de resultados por tratarse de medios y condiciones distintos.

¿Qué podrá hacer el médico entonces, en tales circunstancias? Lo que ha hecho el doctor Del Portillo; lo que han hecho muchos otros meritorios colegas diseminados en las pequeñas provincias del país; y lo que haría cualquiera de los miembros de esta corporación, al ser trasladados a uno de tales sitios y ser puestos frente a una de las pacientes del trabajo en mención.

El médico tendría que disponer entonces, además de su preparación y de su experiencia, de una firme voluntad para luchar contra lo imposible y para salvar lo ya perdido, de un gran espíritu humanitario que lo

nueva y lo impulse a actuar y a valerse de toda suerte de recursos con tal de salvar la vida de un ser.

Al estudiar el interesante trabajo del doctor Faraón del Portillo, no se puede menos de traer a cuento un aparte de un editorial de una conocida publicación médica, respecto del colega de provincia: "Muchos y formidables motivos hacen respetable su carácter; uno de ellos el distinguo mismo, al que la ingenuidad o la malicia común dan sentido peyorativo, cuando en verdad reviste una dignidad muy alta, la de misionero de la medicina, consagrado a asegurar la salud terrenal del hombre del agro; misionero cuya vocación le lleva por el atajo de las renunciaciones, a veces heroicas —incluso de la vida cómoda y de las naturales ambiciones a una carrera brillante, honores, renombre, fortuna— abrazando un apostolado que impone abnegación, desprendimientos dolorosos, incomodidades, limitados emolumentos; y por encima de todo, autodisciplina constante y mayor dedicación al estudio porque él no puede vivir en los suburbios de la medicina". (1)

Si se tienen en cuenta las estrechas limitaciones del medio, la ausencia de elementos médicos y quirúrgicos apropiados, el trayecto recorrido por las pacientes para llegar al Hospital de Gachetá, en busca de los auxilios médicos de los doctores Del Portillo, Medellín y Sastre Castillo, el estado físico lamentable de dichas pacientes, con reducción pélvica notoria, su enanismo patente a juzgar por la talla anotada en tres de ellas (1,20 metros, 1,20 metros y 0,90 metros), el trabajo infructuoso durante más de 48, 50 y 60

horas, no puede uno menos de sorprenderse cómo en los 10 casos analizados de operación cesárea no hubiera habido sino una sola defunción (historia número 7) (una secundípara de 37 años, con cuatro días de trabajo, con feto muerto e infección ovular posiblemente), defunción que por ningún motivo puede ser imputable a la operación, sino a extenuación física y a la infección.

Descartando, pues, este caso, que era irremediable, desde todo punto de vista, puede concluirse que la intervención fue favorable en cuanto a la supervivencia de las pacientes, y que podría anotarse una mortalidad depurada del 0%, dado el caso que tuviera algún valor un índice deducido de tan corto número de observaciones.

Los resultados de la operación cesárea, en cuanto al feto, son siempre favorables, ya que entraña en sí misma como objetivo principal el asegurar su vitalidad y por ningún momento puede implicarle amenaza o peligro de mortalidad alguna, salvo contadísimas excepciones. En la estadística del doctor Del Portillo, se encuentra una mortalidad fetal de cinco sobre 10 observaciones. Si se tiene en cuenta todas las condiciones adversas en que se encontraban las pacientes, durante su parto, es igualmente sorprendente hallar que ese índice no hubiera sido del 100%, recalcando, claro está, que en ello no tuvo nada que ver el acto quirúrgico en sí. Bástanos, por ejemplo, revisar las historias de los fetos que milagrosamente logran sobrevivir.

Historia número 1. Primigestante de 25 años. Tres días de trabajo. Llega al Hospital de Gachetá, trasladada en

camino. Es operada y se obtiene el niño vivo.

Historia número 2. Primigestante de 28 años. 48 horas de trabajo. Tres horas y media de viaje en igual vehículo. Es operada y se obtiene el niño vivo.

Historia número 5. Primigestante de 28 años. Talla de 1,20 metros. Trabajo de 48 horas. Es operada y se obtiene el niño vivo.

Historia número 8. Primigestante de 35 años. Talla de 90 centímetros. Se encuentra hospitalizada desde días antes, por anemia tropical y avitaminosis acentuada. Es operada y se obtiene el niño vivo.

Historia número 9. Primigestante de 22 años. Tres días de trabajo. Tres horas de camino en el consabido vehículo. Es operada y se obtiene el niño vivo.

Del examen imparcial de estos casos, se llega a la conclusión de que la actitud del doctor Del Portillo, frente a ellos, fue acertada, no sólo bajo el aspecto médico, sino también bajo el aspecto humanitario del asunto.

Considerando ahora los casos de feto muerto y como explicación del insuceso, basta recordar que estas cinco pacientes se encontraban en condiciones peores, tal vez que las anteriores, exceptuando la número cuatro, quien sí había sido controlada en el embarazo y en el curso del trabajo, por el hecho de tener diagnóstico de embarazo gemelar en primigestante, vieja, estrecha y enana, la cual paciente, como vino a comprobarse después, lo que en realidad tenía era un embarazo teratológico. Por lo demás, las otras cuatro pacientes

era secundigestante con edades de 27, 25, 37 y 28 años (historias números 3, 6, 7 y 10), con trabajo de una duración de 3, 2, 4 y 2 días. Todas habían iniciado trabajo en veredas distantes y en ese estado fueron trasladadas al Hospital de San Antonio de Gachetá.

Bien se desprende del estudio de estos casos, y es apenas lógico comprender, que en estas muertes fatales no influyó ni la operación cesárea ni la conducta obstétrica seguida, exceptuando sí, la historia número cuatro ó sea, la del caso de los siameses, sino que ello se debió más bien al traumatismo y al sufrimiento fetal por el trabajo prolongado en exceso.

Respecto de estos casos, se deben considerar dos aspectos distintos: 1º Operación cesárea con sufrimiento fetal y muerte del feto durante la intervención; 2º Operación cesárea con feto muerto.

Hay dos casos de muerte fetal durante la intervención. Una es la historia número seis de una primigestante de 25 años, con 52 horas de trabajo, quien llega de una vereda lejana después de cuatro horas de camino. Ruidos fetales rápidos y velados. Con el único fin "de salvar ambas vidas", como lo anota el doctor Del Portillo, "práctica en seguida una cesárea, sin lograr salvar la criatura que murió seguramente al iniciar la operación o durante ella". Se comprende en este caso que el fallecimiento fetal se debió a sufrimiento fetal por el trabajo prolongado.

La otra historia, la número cuatro, que es la de los siameses, sí merece un comentario más detenido. Como se

die antes se trataba de una primigestante, ya de cierta edad, 32 años, de pequeña talla, 1,20 metros, que fue vista por primera vez a los siete meses de embarazo, a quien se le hizo diagnóstico de preñez gemelar y a quien se le aconsejó se trasladara a Bogotá, con el fin de practicarle un parto anticipado, dada su edad, su talla y su pelvimetría.

Es de anotar que fue prudente y acertada la indicación que el doctor Del Portillo dió a la paciente, acerca de su traslado a Bogotá, para practicarle no un parto provocado anticipado, sino para tenerle en un buen medio clínico en previsión de las distocias que pudieran presentarse durante su parto, como era de temerse.

Por varias razones no era este el caso para determinarle un parto provocado, entre otras, porque los distintos métodos de inducción fallan muchas veces usados antes del término de la gestación o son perjudiciales para el feto (2), porque se expondría el feto prematuro, de suyo menos resistente, a un grave riesgo al someterlo a pasar por una pelvis estrecha, y porque lo más indicado en estos casos de estenosis comprobada y lo más inocuo, tanto para la madre como para el feto, es practicar la operación cesárea cuando el embarazo llegue a su término una vez comprobadas las dificultades del parto natural. Además, en el caso de los gemelos, el parto es más favorable, aunque haya estrechez pélvica, debido a la relativa pequeñez de los fetos (3).

Así, pues, ya que se tuvo diagnóstico de embarazo gemelar, ha debido procederse de acuerdo con este criterio y ha debido acudirse a la vía ab-

dominal sin dilación, una vez que se hubiera comprobado la imposibilidad del parto natural. En tales casos, no debe desperdiciarse un tiempo apreciable en maniobras dispendiosas y arriesgadas, como la de buscar una presentación aceptable, ni mucho menos practicar una versión interna, pues está contraindicada en embarazos múltiples, pues por la falta de espacio y de movilidad de los fetos, es peligroso determinar una ruptura de la matriz, o producir colisión de los fetos y prociencia y entramamiento del cordón umbilical.

Por otra parte, si en el curso de un parto gemelar bien conducido y vigilado se nota excesivo retardo en la expulsión del primer gemelo, se debe pensar siempre en una posible interferencia de los fetos o en la existencia de una monstruosidad fetal. De ahí la conveniencia de tomar siempre radiografía en los embarazos múltiples, para descartar esta posibilidad (4). Si no ha habido ayuda de los Rayos X, puede dilucidarse el problema durante el parto, por medio del tacto profundo intrauterino bajo anestesia general, logrando así a veces, reconocer el tipo de distocia fetal (5) y proceder luego en consecuencia: con embarazo gemelar y fetos vivos se hará cesárea, lo mismo que con embarazo teratológico, puesto que según las normas católicas está vedada la embriotomía en feto vivo (6). Si hay certeza absoluta de muerte fetal se practicará la embriotomía.

En algunos casos de monstruos dobles (xifópagos y toracópagos), es posible el parto por las vías naturales, cuando el puente que une los dos cuerpos es de corta extensión y tan

clásico que permite la salida primero del uno, seguido a continuación del otro. Si dicha bandeleta de unión no es bastante elástica e impide el progreso del parto, entonces por medio del tacto profundo se la puede reconocer y aun se la puede seccionar con tijeras con objeto de facilitar la extracción sucesiva de los dos fetos (5).

En el interesante caso de los sísmes citados por el doctor Del Portillo, era imposible el parto por vía vaginal, pues el puente de unión entre los dos fetos era bastante extenso, comprendía toda la longitud del esternón (esternópagos) y además era poco elástico a juzgar por el fracaso del intento de extracción hecho por él.

El otro punto del referido trabajo que la comisión ha sometido a estudio especial es el relacionado con la práctica de la operación cesárea con feto muerto, como aconteció en tres de las historias analizadas (números 3, 7 y 10).

Estas tres pacientes llegaron al Hospital de San Vicente, en pésimas condiciones, con un trabajo de 2, 3 y 4 días. Una de ellas, la historia número siete, ya fue comentada antes; es la correspondiente a la única defunción materna de aquella estadística y que fue debida a la infección y al shock. Tanto en ésta, como en las otras dos pacientes se intervino con ruidos fetales negativos, es decir, con feto muerto. Analizadas estas historias, con un criterio estrictamente clínico y ceñido a los textos de obstetricia, se ve que no era el caso de practicar operación cesárea en aquellas pacientes, sino que ha debido recurrirse más bien a otros procedimientos como la basiotrip-

sia o la embriotomía, ya que las indicaciones de la histerotomía con feto muerto son contadísimas: bacinete con estrechez absoluta, por la imposibilidad de introducir el basiotribo; placenta previa central total para evitar la peligrosa hemorragia que implicaría el parto por vía vaginal y el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, cuando hay sospecha de apoplejía útero placentaria.

El mismo autor del trabajo responde a estas objeciones manifestando que no practicó la basiotripsia porque el Hospital carece del instrumental apropiado o porque las pacientes declararon erróneamente que sentían los movimientos fetales. Naturalmente se efectuó la operación con base en estos datos y con la muy buena intención de obtener un niño vivo, sin recordar que en el examen sobre el estado del feto deben primar los datos objetivos, es decir, los apreciados por el médico, y no los subjetivos, o sea, los suministrados por la paciente.

Las razones alegadas por el doctor Del Portillo, para justificar la conducta adoptada en tales casos, son bastante explicables y lógicas: si se carece de basiotribo, ¿qué otra solución se buscará al problema? Acudir al fórceps sería absurdo con presentación alta y desproporción céfalo pélvica. Intentar la mutilación del feto, con instrumentos o herramientas de uso no precisamente quirúrgico, no obstétrico como hay noticia de algunos casos (*), sería arriesgado por las lesiones que podrían resultar en la

(*) Un médico nos ha manifestado que en un campo práctico una embriotomía con unas tijeras de jardinería.

vagina, en la uretra o en la vejiga. Practicar vesión y extracción podálicas, ni habría para qué pensarlo; sería una temeridad por el peligro de ruptura uterina y por la misma desproporción feto-materna. Esperar a que la paciente expulse por sus propias fuerzas naturales el feto, gracias a la maceración que éste ha de sufrir y a la reducción de los diámetros cefálicos por acaballamiento exagerado de los huesos, sería criminal e inhumano y no se conseguiría otra cosa a mayor o menor plazo que la muerte de la paciente, ya sea por shock obstétrico, o por ruptura de la matriz, o por infección generalizada. Extraer el feto muerto en determinadas condiciones, por cesárea abdominal, aunque ello no corresponda a normas clásicas de aceptación general, si se persigue como único fin la supervivencia de la madre, sería algo racional y aceptable. Esta ha sido la labor del doctor Faraón del Portillo.

Otro aspecto al que se le ha dedicado especial comentario, es el referente al concepto de **encajamiento**, pues de los 10 casos presentados en dicha estadística, en siete de ellos se declara perentoriamente que la presentación se hallaba encajada en determinado diámetro del estrecho superior (historias números 1, 2, 3, 6, 7, 9 y 10) y se añade además que fue imposible en esos casos medir el diámetro promonto subpúblico mínimo, debido al encajamiento de la presentación.

Ante esta afirmación, cabe preguntar cómo pudo efectuarse la cesárea con la presentación encajada, y por qué, si en verdad había encajamiento, no se practicó más bien una aplica-

ción de fórceps? Analizando este asunto, puede pensarse que una vez que la presentación se encuentre encajada, será posible siempre el parto por vía baja, a no ser que se trate de una pelvis infundibuliforme, y que este hecho da motivo, o a esperar por algún tiempo más largo la evolución espontánea del parto o a terminarlo con una aplicación de fórceps, según las circunstancias. Pero en la práctica, los hechos no siempre son así, porque hay que recordar "que es de aceptación clásica que en las primíparas, la cabeza se encaja antes de todo trabajo, a finales del noveno mes de embarazo; dicho encajamiento, consideran los clásicos, se aprecia simplemente por la palpación abdominal, pero todos los especialistas hemos podido apreciar que no es éste el verdadero encajamiento que se requiere para que esté contraindicada la terminación del parto por cesárea, y que en muchas oportunidades ha sido indispensable terminar el parto por este procedimiento, en primíparas en las cuales, por palpación abdominal, podría afirmarse que la cabeza estaba encajada según la noción citada" (6).

Claramente se ve, pues, en este sentido, que no es censurable el que algún especialista manifieste que ha practicado cesáreas en las cuales el feto estaba encajado.

Podría pensarse, pues, que esto fue lo que ocurrió al doctor Del Portillo, y que en esta forma es como él interpreta el hecho del encajamiento, pero como luego añade que le fue imposible tomar digitalmente la medida del diámetro útil por impedírsele la cabeza fetal encajada, se llega, pues, al convencimiento de que en realidad sí

había encajamiento y de que el polo cefálico se encontraba ya en la excavación pélvica.

¿Cómo pudo entonces efectuar la cesárea? La respuesta se halla al estudiar sus historias: eran pacientes con varios días de trabajo y con estrechez pélvica; dos condiciones precisas para que la cabeza fetal forme una enorme bolsa serosanguínea, verdadero caput succedaneum, que muchas veces puede llegar a presionar el piso, perineal, dando una falsa impresión de encajamiento cuando en realidad la cabeza se encuentra por encima del estrecho superior. Esta bolsa serosanguínea, que no contraindica la cesárea, fue la que encontró el doctor Del Portillo y la que lo indujo a pensar erradamente en el encajamiento. Es esta bolsa serosanguínea, la que con frecuencia pudo apreciar todo médico en su práctica de clínica obstétrica en el Hospital de San Juan de Dios, a donde también llegan a veces pacientes en iguales y aún peores condiciones de las presentadas en las estadísticas del Hospital de Gachetá.

Por un olvido inexplicable en dicho trabajo no quedó consignado el peso del recién nacido, lo cual hubiera sido interesante no sólo por el hecho de que las historias fueran así más completas, sino porque se hubiera podido apreciar mejor el grado de desproporción feto-materna, pues se debe tener en cuenta "cómo se observa en nuestro medio, algunos casos de mujeres de dimensiones uniformemente reducidas, en que todas las medidas hacen presumir una distocia ósea insalvable, pero que una vez iniciado el trabajo del parto se ha visto terminar normal y espontáneamente, debido a que el

huevo y el feto tenían un tamaño en relación con las dimensiones de la paciente" (7).

Igualmente, respecto de la pequeña talla de las pacientes de Gachetá y de la frecuencia de pelvis de tipo plano, se puede anotar que aquí se han hecho algunas observaciones sobre esta materia en clientela hospitalaria (que es más o menos del mismo tipo a la estudiada por el doctor Del Portillo en Gachetá), a quien le han encontrado una talla promedio, relativamente reducida, de 1,46 metros, pero en cambio, lo cual llama la atención, presenta una pelvimetría normal o casi normal, de ahí que la mayoría de sus partos terminen en forma eutócica (7).

Respecto de la anestesia empleada, inducción con pentotal y sostenimiento con éter, es de objetar tan sólo que 0,50 gramos de barbitúrico es una dosis elevada. Por lo general son suficientes 0,20 gramos o 0,25 gramos cuando más. En el manejo de esta droga se debe tener especial cautela en no pasar de las dosis usualmente recomendadas sobre todo cuando no se dispone de un aprovisionamiento seguro de O₂. Por tanto, los accidentes observados en la madre, consistentes en cianosis se debieron más que todo a intolerancia por la dosis de anestesia aplicada, al lamentable estado físico de las pacientes y a la falta de O₂, y no a verdadera parálisis de los núcleos bulbares del neumogástrico porque de haber sido así, las pacientes hubieran fallecido. Igual cosa se puede decir de los fenómenos de asfixia y apnea del recién nacido, los cuales se debieron en parte a la dosis alta de pentotal y también a la as-

lixia intrauterina por el trabajo prolongado.

En lo referente al tipo de intervención, figuran cuatro cesáreas corporales que son precisamente las practicadas con la colaboración del doctor Sastre y seis segmentarias que son las practicadas con el doctor Medellín; de donde se infiere que el doctor Sastre es partidario de las corporales, el doctor Medellín, de las segmentarias y el doctor Del Portillo, es ecléctico. Pero es el caso que solamente se justifica la cesárea corporal en la paciente de los fetos teratológicos.

Es de lamentar que el doctor Del Portillo hubiera escogido como tema para su trabajo de ingreso a la Sociedad de Obstetricia y de Ginecología, un número de observaciones relativamente corto para poder llegar a conclusiones ciertas, pero en todo caso, de gran valor y mérito por tratarse de operaciones quirúrgicas llevadas a cabo en un medio inapropiado y carente de los elementales factores que requieren dichas intervenciones.

Como ha quedado anotado, las fallas no han sido por culpa del obstetra. En cambio, en los resultados favorables, sobre todo maternos, sí ha influido su oportuna intervención y la eficaz ayuda de los antibióticos.

Con 20 años seguidos de ejercicio profesional frente a un hospital de una provincia que cuenta con más de 50.000 habitantes, es de suponer una larga práctica clínica y quirúrgica y un cúmulo de experiencias obstétricas que darán motivo suficiente para próximas comunicaciones científicas ante esta Sociedad.

Estudiando el trabajo del doctor Del Portillo, se llega a comprender cuán

arduo es el trabajo del médico rural, pero también qué tan importante y qué tan digna de elogio es su labor por cuanto representa un esfuerzo por el mejoramiento de nuestra masa campesina.

Igualmente se llega a la conclusión de que allí el médico, por buena preparación científica que posea, no constituye el todo; dependerá siempre del medio y actuará en función del medio; es decir, de los elementos que tenga, y en esto se basará su eficacia. El no constituye sino el eslabón final de una cadena cuyo principio se debe encontrar en las escuelas con la enseñanza de normas de higiene, en la colaboración de las enfermeras visitadoras que indiquen la conveniencia de la consulta y del control médico, además de la parte que corresponde al Gobierno en la solución de diversos problemas sanitarios.

Es de suponer que estas reflexiones son de importancia en esta Sociedad, a quien debe interesar el desarrollo de una campaña verdaderamente eficaz por la protección de la madre y del niño en las provincias del país.

De usted, atentamente, señor Presidente,

Carlos R. Silva Mojica, ex-Jefe de Clínica Obstétrica—**Rafael Ramírez Merchán**, Profesor titular de Clínica Obstétrica.

Bogotá, junio 11 de 1912.

BIBLIOGRAFIA

1. **Compendio Médico** — Sharp, Dohme, número 62 de 1951.

2. **De Lee, Greenhill** — Principios y práctica de obstetricia. VIII edición. Cap. LXXII. Parto provocado.
3. **W. Stoeckel** — Tratado de obstetricia. III Ed. española. Embarazo y parto múltiples.
4. **De Lee, Greenhill** — Embarazo múltiple. Cap. XXXIV.
5. **W. Stoeckel** — Anomalías de desarrollo del feto.
6. **Ramírez Merchán** — Conductas obstétricas controvertibles. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional. Numeros 7 y 6 de 1948. Vol. XVI.
7. **Silva Mojica** — Comentarios clínicos y estadísticos sobre operación cesárea. Trabajo inédito leído en marzo de 1950, en la Sociedad Colombiana de Obstetricia y de Ginecología.
8. **Medina Cervantes** — Anotaciones sobre Deontología en Ginecología y Obstetricia. Tesis de grado, 1948. Cap. VI. Operaciones ciertamente prohibidas.

Quinta Asamblea de Estudios Post-graduados en Endocrinología y Metabolismo

La Quinta Asamblea Anual de Estudios Post-graduados en Endocrinología y Metabolismo, organizada bajo los auspicios de "The Endocrine Society" (previamente "Association for the Study of Internal Secretions"), se celebrará en Miami Beach, Florida, E. U. de A., los días del 3 al 8 inclusive de noviembre próximo-venidero.

En vista de la importancia creciente de los recientes descubrimientos en Endocrinología y Metabolismo para todos los campos de la medicina moderna, estos seminarios están produciendo un grandísimo interés entre los médicos de nuestro hemisferio. La matrícula de inscripción, al principio limitada a 100 médicos, ha tenido que ser ampliada a 200 para acomodar a los que se desean inscribir cada año en mayor número, procedentes de todos los países de América.

Este año, por primera vez, se le ha de hacer más fácil a los médicos de Latino América el obtener un mayor beneficio de su asistencia al curso, pues se les proveerá la **traducción simultánea al español de todas las conferencias, así como de las preguntas y respuestas, a través de auriculares radiofónicos.** Las traducciones serán hechas al micrófono por médicos graduados de universidades latinoamericanas que están haciendo internados y residencias en los hospitales de Miami y entrenándose especialmente para capacitarlos como traductores rápidos competentes.

La facultad de profesores está compuesta por 20 eminentes clínicos e investigadores en los campos de Endocrinología y Metabolismo, miembros de las facultades y cuerpos médicos de algunas de las más importantes es-