



Hace 55 años

La ginecología y obstetricia en los últimos cincuenta años (análisis comparativo entre el principio y el final de dicho periodo)

Por Edgard A. SCHUMANN, M. D.

Tomado de: "Obstetrical and Gynecological Survey",

Vol. 10 núm. 1, enero, 1952.

Traducción del Dr. Luis CASTELAZO AYALA

Ya al iniciarse este siglo se observó que la relativamente joven especialidad de la ginecología se había establecido firmemente. En la mayor parte de las escuelas de medicina existentes en el país había ya bien organizados departamentos de ginecología, si bien es cierto que no hay datos de que en ese tiempo hubieran existido ya departamentos combinados. En cambio, en los hospitales generales las condiciones eran de lo más variado, en algunos de ellos existían departamentos de ginecología especializados al máximo; en otros la cirugía pélvica estaba comprendida dentro de la cirugía general.

Existían ya hospitales dedicados exclusivamente a la mujer, entre los cuales destacaban el Hospital de mujeres del estado de Nueva York, el Hospital gratuito para mujeres en Brookline, Massachussetts, el Hospital Kensington para mujeres y el Hospital gineceo en Filadelfia; a estos debe agregarse la institución privada del finado Dr. Joseph PRICE, un notable pionero de la cirugía ginecológica.

Los métodos de diagnóstico eran avanzados no obstante que aún no se empleaban los rayos X, ni la insuflación tubaria, así como tampoco la histerosalpingografía. Los más destacados ginecólogos habían llegado a perfeccionar una técnica muy satisfactoria en la terapéutica ginecológica, aunque dificultada grandemente por la ausencia de terapia parenteral de cualquier clase, principalmente la de las transfusiones de sangre, de las cuales ni siquiera se hablaba.

Es, por consiguiente, muy interesante anotar los cambios que, en la manera de pensar y practicar,

existen entre los ginecólogos de esa época y los de los tiempos actuales.

Se observa más diferencia en lo concerniente a la concepción de determinada patología femenina; por ejemplo: el prolapso del ovario, debido a una relajación del ligamento infundíbulo-pélvico y a un ligamento ovárico largo, era una de las indicaciones más comunes para intervención quirúrgica; el dolor lumbar, el escurrimiento vaginal de origen cervical y la dispareunia, eran los síntomas en que se apoyaba dicho diagnóstico, o cuando menos los que lo guiaban hacia él. Y la técnica operatoria consistía en una laparotomía con un simple plegamiento del borde superior del ligamento ancho y un acortamiento del ligamento ovárico generalmente en ambos lados. Y sin embargo, era común observar el alivio tan marcado que a muchas pacientes producía, las cuales estaban agradecidísimas por haberseles practicado dicha intervención.

La retroversión del útero era uno de los procesos más importantes; cuando la paciente que presentara el fondo del útero por detrás del eje del cuerpo era considerada con retroversión uterina, la cual era dividida en grados según la extensión de la mal posición.

Las intervenciones quirúrgicas para tratarla se efectuaban con ligereza, y todo ginecólogo que tenía, o creía tener, gran habilidad quirúrgica, hacía modificaciones a su manera a la técnica empleada –(incluso yo, tengo una técnica de mi invención, y creo que es una buena técnica). El tratamiento quirúrgico de la retroversión era tan ampliamente adoptado que dio

ocasión de hacer cirujanos ocasionales y de formar los llamados cirujanos de bolsillo, que terminaron por desprestigiar por completo dichos procedimientos quirúrgicos, al grado que, cuando algún ginecólogo honorable establecía una verdadera indicación para tratar quirúrgicamente una retroversión uterina, su veredicto era puesto en tela de duda y tenía que hacer su defensa en la forma más enfática posible.

Es más, en los momentos actuales existen varios profesores eminentes de nuestro país que niegan por completo alguna posible relación entre cualquier diferente posición del útero y cualquier sintomatología que se quiera asignar, y nunca permiten efectuar intervenciones quirúrgicas para dicho proceso. En mi opinión, ambos criterios son equívocos; obviamente, la retroversión no es la causa común en la sintomatología de una paciente, pero no se puede dudar del hecho de que existe un número grande de pacientes en quienes la retroversión está asociada íntimamente con el dolor en región lumbar espinal, la leucorrea vaginal, dismenorrea y en bastantes ocasiones abortos repetidos. Si a una paciente que presente este cuadro sintomático le encontramos que presenta una retroversión marcada y ésta se corrige con el empleo de un pesario y al corregirse dicha retroversión la sintomatología desaparece, entonces esto es una evidencia clara de que la susodicha retroversión era el factor etiológico; si ahora hacemos la contraprueba retirando el pesario, y observamos que en el curso de uno o dos meses regresa la retroversión y junto con ella la sintomatología respectiva, la evidencia es entonces concluyente de que estas pacientes se benefician con cualquier tratamiento efectivo de la retroversión uterina.

Las infecciones pélvicas, generalmente bajo la forma de grandes piosalpinx, eran una de las indicaciones más comunes para una laparotomía; y parece un poco extraño, aun tomando en consideración las sulfas actuales, los antibióticos potentes, la gran mejoría en la higiene general de la mujer actual, esos enormes sacos de pus sean ahora tan poco frecuentes, aun en nuestras ciudades más populosas.

Gran discusión se originó en los albores del siglo, en cuanto a las ventajas relativas que pudiera tener la cirugía radical o conservadora en esos procesos purulentos. Dos de los más grandes exponentes de la cirugía radical eran Joseph PRICE y J. M. BALDY de Phi-

ladelphia, y de la observación actual de gran número de pacientes tratadas en aquel entonces por esas dos escuelas, he llegado a la conclusión de que los partidarios del radicalismo eran los que tenían la razón.

Actualmente, como ya dijimos, el piosalpinx ha llegado a ser un hallazgo pélvico poco frecuente y las lesiones inflamatorias de las trampas se diagnostican tempranamente regresando casi hasta el estado normal con los tratamientos antibióticos modernos y las sulfas.

El cáncer del útero siempre presentó un grave y a menudo desesperado problema a los ginecólogos. No existían aún los rayos X, ni el radium, ni las transfusiones de sangre, ni venoclisis de diversos sueros, y el único procedimiento anestésico era el goteo bien de éter, o bien de cloroformo; de aquí que sólo existieran dos formas de tratar el carcinoma uterino: o bien una operación radical, o bien el empleo de la morfina como paliativo. Así es que cuando WERTHEIM perfeccionó su histerectomía radical para tratamiento del cáncer del cervix uterino en 1900, el procedimiento fue recibido con gran entusiasmo en todo el país, y la técnica fue aprendida y practicada por gran número de cirujanos. Sin embargo, como un resultado de estos factores, además de desear dar a cada víctima del cáncer una oportunidad, se efectuaron muchas histerectomías en casos perfectamente inoperables dando por resultado, claro está, un índice de mortalidad muy alto en esta intervención. La disección y la extirpación de los linfáticos pélvicos no fue practicada hasta muchos años después y algunos de nosotros somos tan tercos que todavía ponemos en duda el valor del procedimiento. Con el advenimiento del radium y de los rayos X, las operaciones paliativas del cáncer cervical cayeron rápidamente en desuso y por un buen número de años las histerectomías radicales se hicieron muy raramente. No obstante, en los últimos diez años algunos ginecólogos han revivido este procedimiento haciéndolo en casos tempranos y con considerable éxito, aunque el hecho de si la cirugía es preferible a la irradiación o viceversa, permanece aún en discusión.

El carcinoma del fondo uterino siempre se ha tratado con histerectomía completa, aunque aquí también, la mortalidad está aumentada por el número de casos avanzados en los cuales se practicó dicha intervención.

La cirugía plástica ginecológica ha sido siempre de alta calidad, especialmente en lo que respecta al cervix uterino y al periné, debido a uno de los trabajos que hicieron época y cuyo autor fue Thomas ADDIS AMMETT. Sin embargo, en el cistocele no fue bien interpretado el tratamiento hasta últimamente que se pusieron en práctica nuevos métodos que han resultado excelentes.

El tratamiento de los prolapsos ha mejorado mucho en los últimos treinta años. La perfección de la técnica de la histerectomía vaginal y su amplia aplicación con la adición de los principios en que se funda la operación de Manchester y sus modificaciones han facilitado muchísimo el dominio de esas lesiones. Y en los casos sin tratamiento plástico, la colpoclesis de Lefort ha sido un notable adelanto.

Una notable e importante modificación en la práctica ginecológica ha sido la adopción general de la histerectomía completa en lugar de la supravaginal o subtotal que se acostumbraba. Ya que el cervix es sólo una parte del útero, no existe razón por qué no debe ser removido junto con el cuerpo del órgano, especialmente cuando ahora la técnica de ambas intervenciones permite efectuarlas casi con la misma seguridad.

Naturalmente la disminución en los índices de mortalidad y morbilidad es causada principalmente por el desarrollo fisiológico de los controles pre y postoperatorios; si a esto agregamos el enorme adelanto que ha experimentado la anestesia y el uso tan universal de la terapia parenteral tendremos perfectamente explicada la disminución. Con el descubrimiento de los procesos fisiológicos dentro del sistema endocrino femenino, la ginecología experimentó una tremenda revolución; el aislamiento de las hormonas ováricas, así como su acción, la obtención del tiempo de la ovulación, el conocimiento de los ciclos anovulatorios, han sido de grandísima importancia y han cambiado completamente nuestro concepto de la fisiología del sistema de reproducción. Y de una manera general, haciendo un examen retrospectivo, observamos que los procedimientos técnicos de la ginecología moderna muestran poca o casi ninguna mejoría con las técnicas de los tempranos días de la especialidad. Los grandes cirujanos de hace cincuenta años serían igualmente grandes cirujanos hoy, y es de gran valor anotar que

la mayor parte de los instrumentos de cirugía pélvica llevan los nombres de los ginecólogos que los inventaron y con los cuales practicaron cirugía en las últimas décadas del siglo XIX o en las primeras del siglo actual. Se han hecho pocas, si es que hay algunas, mejoras en la construcción de los instrumentos que se han hecho con fines de diagnóstico.

Los mayores adelantos se han efectuado en los procedimientos para diagnósticos, en lo que respecta a la fisiología y en los cuidados pre y postoperatorios.

El panorama obstétrico se ha alterado también bastante. Hace cincuenta años, el concepto del cuidado prenatal y su gran importancia no había sido notado. Era una práctica común, aún en la del más prominente obstetra, que en la primera consulta que se daba a una embarazada, se hiciera análisis de orina, pelvimetría externa y se le dijera a la paciente llamara o avisara al obstetra al primer síntoma de que ya se iniciaba el trabajo de parto, o antes, si notaba algún trastorno que pudiera significar una complicación.

Las consultas periódicas en el curso del embarazo, los análisis cuidadosos de sangre, las tomas frecuentes de la tensión arterial, y la pelvicefalometría radiológica no eran practicadas.

El desarrollo de los cuidados prenatales explica, por supuesto, la declinación actual de las toxemias del embarazo, teniendo también en su haber el hecho del reconocimiento de casos de distocia antes del trabajo de parto y su tratamiento, claro está, más tranquilamente decidido. En cuanto a la técnica operatoria obstetra, la práctica de la operación cesárea, con sus variaciones, la sección baja corporal, baja segmentaria y la extraperitoneal, han hecho esta intervención más segura; si a esto se añade la sulfaterapia y los antibióticos se tendrá la explicación clara del avance en esta rama. Y como un resultado de esta terapéutica benéfica, se observa que esta sepsis puerperal rápidamente va siendo una enfermedad olvidada y debe, dentro de muy poco tiempo, ser eliminada como factor de la mortalidad materna.

En cambio, la hemorragia obstétrica, parece que va aumentando como causante de defunción materna. Este aumento es absoluto y relativo; es relativo porque actualmente existen pocas defunciones por sepsis o toxemias y entonces automáticamente aparece aumentado el índice de defunciones por hemorragia;

y es absoluto también, probablemente por el amplio uso de la anestesia profunda que con su sedación intensa, inhibe también las contracciones uterinas del pospartum.

El abandono de las tomas altas de fórceps, el invento del fórceps de KIELLAND y BARTON, con la perfección técnica de la versión hecha por POTTER de Buffalo, han contribuido en conjunto a disminuir las lesiones maternas y fetales en las clínicas obstétricas.

El empleo frecuente de los rayos X, antes y durante el trabajo de parto para valorar alguna desproporción cefalopélvica y mejorar por consiguiente el trabajo de parto, ha sido de gran adelanto en obstetricia.

La formación y desarrollo de Staffs de especialistas y el sistema residencial de los mismos que ha

dado por resultado que la porción mayor o cuando menos más importante de los casos obstétricos sea atendida por entrenados y competentes obstetras, es uno de los motivos de que se felicite uno mismo por ejercer actualmente la practica obstétrica. Aún en las más pequeñas comunidades, el público exige que los problemas obstétricos serios, así como los ginecológicos, sean atendidos por especialistas entrenados en este campo.

Y así, al pasar una mirada retrospectiva, en esta primera mitad del siglo XX no puede uno menos que sentirse inmensamente impresionado con los adelantos tan grandes que se han obtenido en todos los aspectos, tanto ginecológicos como obstétricos, y también sentirse uno muy satisfecho de que hayan ocurrido tan pocas rectificaciones.

Causas determinantes del parto

Las causas determinantes de la contracción uterina son muy discutidas y puede decirse que nada preciso se sabe acerca de ellas. Se han involucrado sucesivamente como tales:

- 1) El **adelgazamiento progresivo** de la caduca, poniendo al descubierto las extremidades nerviosas uterinas y excitándolas por las membranas del útero.
- 2) La **presión del feto** sobre la región cervical.
- 3) La **distensión progresiva** de las regiones inferiores del útero, que produciría la expulsión del tapón mucoso y el contacto directo de las membranas con el cuello uterino.

Lo que caracteriza el parto son las contracciones dolorosas y rítmicas del útero.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;p:128.