



Hace 62 años

*Algunos apuntes para la historia de la ginecología en México**

Por el Dr. Juan VELÁSQUEZ URIARTE

El presente artículo, copiado íntegramente de la Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer, de noviembre de 1945, fue escrito por su autor en 1933.

Al publicarlo queremos recordar la memoria de Don JUAN VELÁSQUEZ URIARTE, socio fundador de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, y quien en julio de 1946 cumplió un año de fallecido. Pensamos que nuestro mejor homenaje pueda consistir en recordar las palabras de quien tanto hizo por la Ginecología de México.

Han transcurrido más de treinta años desde que mi orientación profesional hubo de encarrilarse hacia esta importante rama de la medicina, y por este motivo me parece estar capacitado y en posibilidad de allegar algunos datos de cierta importancia que servirán sin duda para formar con ellos otros tantos eslabones, que vendrán a figurar en la extensa y dilatada cadena de hechos históricos relacionados con tal propósito.

En mi época de estudiante en la Escuela de Medicina de México, allá por los años de 1888 al 1893, oía yo decir a los respetables maestros de entonces que las metrorragias y los flujos vaginales eran causados por las endometritis y las metritis crónicas. También aseveraban aquellos mismos profesores que las vegetaciones, las granulaciones y las fungosidades de la mucosa uterina eran determinadas por las inflamaciones de este órgano, dando origen a metrorragias características. En la actualidad ya está bien estudiado este proceso inflamatorio uterino y se han aclarado por lo mismo los falsos conceptos de aquella época. Las distintas modalidades de endometritis descritas en la forma señalada, así como las modificaciones anatómicas de las paredes musculares inflamadas, eran insuficientes para explicar los síntomas clínicos y como se carecía de diagnóstico positivo, las medidas terapéuticas que se empleaban fracasaban con frecuencia. ¿Cuál era la causa de esta perplejidad? El

desconocimiento del verdadero trastorno fisiopatológico de los órganos genitales femeninos.

El ilustre médico francés RECAMIER, inventor de la cucharilla para el raspado uterino, fue el que primeramente describió la anatomía patológica de la endometritis, refiriendo todos los procesos ya indicados, es decir, las granulaciones, las vegetaciones, las fungosidades y la hipertrofia de la mucosa uterina, a las infecciones e inflamaciones de la matriz.

Hoy se dice que muchos estados semejantes a los descritos por RECAMIER y así también indicados por nuestros maestros, no son sino simples hipertrofias de la mucosa uterina debidas a procesos independientes de la inflamación y la infección. De lo dicho resulta que los que hemos practicado la ginecología desde entonces hasta la fecha, hemos extraído con la famosa cucharilla muchas mucosas uterinas normales o por lo menos no inflamadas.

Voy a referir algunos de los hechos más culminantes que han impulsado el progreso ginecológico y aclarado el conocimiento que hoy tenemos de este importante tema...

ROBIN fue el que primeramente reconoció que las fungosidades uterinas estaban constituidas por elementos de la mucosa normal. Después estudiaron este mismo asunto GOLDSCHMIT y otros autores que aceptaron las ideas de ROBIN, considerando que la cucharilla de RECAMIER era un instrumento peligroso.

En Inglaterra, FARRE estudió el asunto y dijo que muchas hipertrofias de la mucosa uterina eran idénticas a las del

* Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1946;1(1):195-204.

embarazo fisiológico, sin negar por esto la posibilidad de la hipertrofia inflamatoria en algunos casos. Posteriormente surgieron otros muchos trabajos que despertaron arduas discusiones, resultando de esta intensa labor que los puntos de vista de ADLER eran los que más se acercaban al acuerdo científico.

La doctrina vienesa de la endometritis ha cambiado todos los conceptos antiguos que se tenían como ciertos. Esta teoría está fundada sobre hechos cuidadosamente estudiados por LUDINGWING, de Viena. Los principales puntos de esta teoría son los siguientes: la mucosa uterina no es uniforme en su estructura y función; constantemente experimenta transformaciones en las cuales participan todos los elementos uterinos. Está demostrado que las endometritis glandular, hipertrófica, hiperplásica y la difusa no son las más veces sino modificaciones premenstruales normales. La glandular hipertrófica y la hiperplásica nada tienen que ver con la inflamación; corresponden más bien al estado premenstrual normal de la referida mucosa. La presencia de células redondas no constituye un medio seguro para afirmar el diagnóstico de endometritis, porque pueden faltar en un proceso inflamatorio y existir en condiciones normales. Las células plásmicas no se descubren en los tejidos normales y sí siempre se encuentran en los estados inflamatorios, especialmente en los procesos gonorreicos.

Los estudios emprendidos en estos últimos tiempos han venido a probar que la endometritis crónica no es una enfermedad tan frecuente como se ha creído, ni tiene la importancia nosológica que se le atribuye en general. Por lo dicho, se notará que nuestros Maestros estaban en un error que ahora llamamos de aquella época y por eso se exageraba la práctica del raspado uterino, que hoy está muy restringido en su uso, ya que las indicaciones de su empleo obedecen a principios clínicos bien establecidos.

La ginecología de aquellos felices tiempos en que era yo estudiante, resulta de suyo pobre en considerandos clínicos y escasa en procedimientos quirúrgicos. Efectivamente, en aquel entonces se usaban las inyecciones vaginales con distintas sustancias, que desde la vulgar planta del *tlalchichinole* hasta las más complicadas mezcolanzas farmacéuticas, se ponían en acción con el deseo de curar los flujos vaginales y algunas metrorragias. Las curaciones directas que se hacían se verificaban con tapones de algodón impregnados de diferentes sustancias, como el ictiol glicerinado, la glicerina fenicada o yodoformada,

etc. Quiere decir que el esfuerzo terapéutico desarrollado era con la idea de curar las metritis, según los conceptos de aquella época.

Las operaciones ginecológicas que más se practicaban consistían en raspados uterinos con la famosa cucharilla de RECAMIER y en amputaciones del cérvix. El doctor Pablo MARTÍNEZ DEL RÍO fue el primero que practicó entre nosotros la raspa uterina con la cucharilla de RECAMIER. Según el doctor SAN JUAN, el doctor MARTÍNEZ DEL RÍO fue también quien practicara la primera histerectomía vaginal sin alcanzar feliz éxito, en el Hospital González Echeverría de aquella época.

Se lee en el libro del Dr. R. SUÁREZ GAMBOA y en la *Gaceta Médica* que el doctor R. LAVISTA fue el primero que practicó la histerectomía abdominal en 1878, empleando el procedimiento por despedazamiento (*morcellement*) con funesto resultado. El Dr. SAN JUAN, profesor de la Escuela Nacional de Medicina, según los mismos documentos fue el que realizó la primera histerectomía vaginal con éxito feliz el 27 de junio de 1888. Los que asistimos a la clínica de este famoso ginecólogo (en El callejón de la polilla), veíamos practicar la raspa uterina con alguna frecuencia, las amputaciones del cérvix y las perineorrafias conducidas según técnicas de la época. Este ginecólogo practicaba algunas histerectomías vaginales. Con buen éxito y también algunas histerectomías abdominales felices según la técnica de BRAUN, de Viena.

Por el año de 1887 apareció el Dr. Ricardo FUERTES practicando operaciones de vientre con buenos resultados. Desdichadamente pocos años ejerció la ginecología en la capital y la documentación sobre sus trabajos no es abundante; pero parece ser que él, el Dr. Regino GONZÁLEZ y el Dr. Ramón MACIAS de feliz recuerdo, con su discípulo el Dr. Ulises VALDÉS, fueron los que más disciplinaron la antisepsia.

Pero fue necesario esperar todavía hasta el año de 1898 para ver surgir la verdadera cirugía ginecológica, que emprendió y desarrolló ampliamente el Dr. Julián VILLARREAL, primeramente en el Hospital Morelos y dos años después, aproximadamente, pasó al servicio del Hospital González Echeverría, sito en los bajos del antiguo Hospital de San Andrés. En aquel hospital emprendió el citado doctor labor quirúrgica sistematizada; se practicaban operaciones ginecológicas por el vientre y por la vagina.

Antes de describir la intensa labor quirúrgica emprendida con tanto celo, debo indicar que desde el año de 1898 hasta

el de 1905, época en que se extinguió el Hospital González Echeverría, para fundirlo en el pabellón especial que se le construyó en el Hospital General, fue el suscrito, médico ayudante del servicio de ginecología del Dr. VILLARREAL. Por consiguiente, los datos que voy a referir son hechos indiscutibles desde el punto de vista histórico.

En vista de que el fondo vaginal está ocupado por el útero y de que de este órgano se desprenden lateralmente los pedículos vasculares, dirigiéndose hacia las partes laterales de la pelvis, con los repliegues peritoneales que los envuelven (ligamentos anchos), no quedan más que dos regiones hábiles por donde poder penetrar a la cavidad abdominal: la anterior y la posterior, designándose cada una con el nombre de fondo posterior de la vagina. Estas regiones sirven para practicar la celiotomía anterior y la posterior, a fin de penetrar en la cavidad del vientre.

Pues bien, estas dos operaciones, la vaginoceliotomía anterior y la posterior, fueron practicadas por el Dr. Julián VILLARREAL desde el año de 1899, siendo el citado doctor el primero en practicarla en México. Estas operaciones fueron objeto de amplios perfeccionamientos por el citado cirujano, sirviéndose de ellas para tratar distintas afecciones. Así, por ejemplo, en los piosalpinx no sólo le servía para abrir y drenar las trompas purulentas, sino que, en algunos casos, resecaba la trompa, a fin de evitar los brotes agudos que suelen aparecer después, cuando se ha dejado dicha trompa drenada. Algunos embarazos extrauterinos fueron también tratados por esta vía. En la actualidad está bien orientada esta cirugía, principalmente por la escuela vienesa. También se extirpan distintos tumores: quistes ováricos y quistes dermoides, etc. Recuerdo claramente que, en aquella época, presentó el Dr. VILLERREAL un trabajo a la Academia Nacional de Medicina, en el que describía operaciones de esta índole. Tal vez por falta de documentación extranjera en aquella época o por motivos desconocidos para mí, se duda de la sinceridad científica de los casos referidos.

Ahora bien, la vaginoceliotomía anterior servía para ratificar o rectificar diagnósticos, para tratar anexitis, sea resecado parcialmente uno o los dos ovarios, o para practicar miomectomías, extraer quistes ováricos de amplio desarrollo, etc., y, por fin, para tratar las retroversiones uterinas haciendo entonces la vesicofijación.

La histerectomía vaginal fue vulgarizada por el citado Dr. VILLARREAL y, según dije antes, el primero que la practicó en México fue el Dr. SAN JUAN.

DOYEN, de París, de genial concepción, tuvo el mérito de arreglar la técnica de la histerectomía vaginal, describiendo un procedimiento tan simple como rápido: el de forcipresura, que consistía en dejar a permanencia pinzas de presión en los ligamentos anchos durante 48 a 72 horas. Este mismo proceder se empleaba en aquella época en el Hospital González Echeverría, pero no pasó mucho tiempo sin que se cambiara la técnica, considerando que las suturas de los ligamentos anchos era factible.

Así, pues, desde aquellos lejanos tiempos se arregló el procedimiento de la histerectomía vaginal ajustándolo a los conocimientos anatómicos y a una técnica precisa. Se prensaba el labio anterior al cérvix con pinzas de Museux; se ponía otra pinza cerca del meato urinario, estirando las pinzas del cuello, afuera y abajo, y la superior hacia arriba; se incidía longitudinalmente la vagina de arriba hacia abajo, hasta el cuello, y se unía la extremidad inferior de esta incisión con un corte transversal que se practicaba en la unión de la vagina y el cérvix. Después se disecaban dos colgajos laterales que descubrían ampliamente la vejiga hasta su borde inferior vesicouterino; con dos dedos, los índices derecho e izquierdo, encajados entre la vejiga y la cara anterior de la matriz, se despegaba bilateralmente toda la cara posterior de la vejiga, descubriendo el peritoneo vesicouterino) a fin de incidirlo transversalmente. Abierta la cavidad peritoneal en esta forma, podía servir la laparotomía baja para completar diagnósticos, destruir adherencias, etc. Si se decidía hacer la histerectomía vaginal, se prolongaba la incisión transversal hacia atrás del cuello uterino, procurando movilizar los bordes vaginales, para descubrir claramente la base de los ligamentos anchos. A continuación se abría el peritoneo de DOUGLAS y por esta abertura se exploraba con un dedo el fondo pélvico, para obrar según fuere necesario: despegar adherencias si las hubiere, y puncionar colecciones quísticas antes de proceder a la extracción de la matriz. En seguida se encajaba una gasa aséptica por esta abertura dentro de la cavidad, para proteger los intestinos. Preparada la región en esta forma, generalmente se hacía bascular la matriz de arriba abajo, quiere decir, se exteriorizaba el fondo del útero, por medio de pinzas de dientes hasta lograrlo totalmente, a fin de poder prensar los ligamentos anchos con pinzas de presión, poniendo una, de arriba abajo, entre el borde uterino y los anexos, o fuera de ellos, y otra, de abajo hacia arriba, prensando el ligamento uterosacro y la parte inferior del ligamento ancho, donde quedaba asegurada

la arteria uterina. El corte del ligamento ancho entre el útero y las pinzas era muy fácil, de tal suerte que en unos cuantos minutos se extraía el útero. Las suturas se hacían de abajo hacia arriba o al contrario; este tiempo se ajustaba al caso particular. Después de haber atado los hilos de catgut quedaban dos pedículos: uno superior conteniendo el ligamento infundibulopélvico, el ligamento redondo y la arteria correspondiente; la sutura inferior comprendía la parte baja del ligamento ancho, la arteria uterina y el ligamento uterosacro. Terminada esta faena, no quedaba más que suturar el peritoneo del fondo de DOUGLAS y una vez cerrado el vientre por medio de esta sutura, se ataban los hilos que sostenían los pedículos superiores sobre la sutura peritoneal, con objeto de adherirlos a la herida vaginal evitando que estos pedículos, al retraerse, fueran a adherirse a la pelvis o a alguna asa intestinal. En seguida se suturaban los bordes vaginales dejando una gasa protectora y los resultados eran halagüeños.

A grandes rasgos he esbozado la operación de la histerectomía vaginal de hace treinta y tres años, únicamente con objeto de hacer notar que las histerectomías que se practican en la actualidad han seguido, en lo general, esta técnica perfeccionándola en distintos sentidos; pero siempre tendiendo a suturar los ligamentos anchos en varios pedículos para no dejar grandes fragmentos de tejido que pudieran esfacelarse y retardar la curación. Después se ha obrado tendiendo a suturar el infundíbulo pélvico o, por lo menos, el ligamento redondo, al borde de la aponeurosis subpúbica, que queda retraída en el ángulo superior de la herida vaginal. Esta medida es de las más útiles, porque protege la vejiga, evitándola descender nuevamente y sostiene el fondo vaginal alto; de este modo se evitará el prolapso vesicovaginal que pudiera verificarse a la postre.

Ahora bien, por lo que se refiere a la laparotomía suprapúbica, debo recordar que ya se había practicado por nuestros antecesores, según se dijo antes. De tal suerte que el doctor FUERTES con sus discípulos Rafael LÓPEZ, que aun vive, y Tomás NORIEGA, ya fallecido, practicaron la laparotomía suprapúbica. El doctor SAN JUAN, profesor de ginecología, y su discípulo predilecto el doctor Manuel GALLEGOS, que fue el que sustituyó en la clase a su maestro, realizaron operaciones de vientre con algún buen éxito. El doctor Ricardo SUÁREZ GAMBOA, muerto prematuramente, fue un laparotomista distinguido.

El doctor don Juan FENELÓN fue, en aquella lejana época, un cirujano de nota y de combate; dejó varios tra-

bajos que demuestran su alto valer como carácter y como médico, posteriormente a este ginecólogo aparecieron los doctores Fernando ZÁRRAGA, Demetrio MEJÍA y Francisco HURTADO, que después de haber sido internistas los tres, y distinguido partero el primero, se dedicaron a la ginecología, practicando operaciones de vientre con éxito bastante aceptable. Ahora bien, es de justicia recordar que la asepsia formal comenzó en la época de los trabajos ginecológicos verificados en el Hospital Morelos por iniciativa y acción del doctor VILLARREAL, perfeccionándose después, cuando se hizo cargo el citado doctor del Hospital González Echeverría. En efecto, en aquella lejana y feliz época se trabajaba disciplinariamente a pesar de ciertas resistencias, unas de orden económico y otras de orden profesional. Los ayudantes y asistentes, obligados siempre a obrar según los principios establecidos por el director, doctor VILLARREAL, colaboraban con amor y convicción en todos los trabajos de esta pequeña clínica.

Como no había esterilizadores, autoclaves ni guantes, se improvisaron todos los elementos que debían obedecer a los principios fundamentales de la asepsia: se hervía el agua con subcarbonato de sosa durante 30 minutos aprovechando este líquido para esterilizar a la vez las gasas y lienzos; los instrumentos quirúrgicos también se hervían en agua de carbonato durante 30 minutos. Se preparaban distintos matraces, uno con solución de cloruro de sodio, otro con alcohol y un tercero con solución al cianuro de mercurio. Se practicaban operaciones bajo la anestesia cocaínica y en el mismo hospital se preparaba la solución de cloruro de cocaína al dos y tres por ciento. Lo mismo se realizaba con el catgut, éste también se preparaba en el mismo hospital.

Estos trabajos los desempeñaron los médicos y el mismo director, al principio de esta era aséptica, porque no había en el servicio más que una enfermera. Después aumentó el personal con otras dos enfermeras, a quienes tuvimos que entrenar en estas importantes faenas de preparación operatoria.

Antes de terminar, he de indicar que a esta pequeña clínica concurrieron como asistentes algunos de los connotados cirujanos de esta época, como el doctor Carlos ZAVALA (que aun vive y que fue después ayudante del servicio), el doctor Aureliano URRUTIA, el doctor M. GODOY ÁLVAREZ, el doctor M. GALLEGOS, profesor de ginecología en la Escuela Nacional de Medicina, el doctor don Aurelio VALDIVIESO, de Oaxaca, el doctor S. AVENDAÑO, también

de Oaxaca, que fue asistente asiduo de esa clínica durante dos años y otros varios que sería prolijo enumerar. Esta nota sólo quiere decir cómo en aquellos tiempos se verificaban los trabajos quirúrgicos todavía bajo la influencia de la antisepsia, que cada quien entendía a su modo y manera, cuando se extendió la noticia de lo que se hacía en aquella clínica modesta, pero muy efectiva, tal vez la curiosidad en algunos o el deseo de ver algo nuevo en otros, las operaciones vaginales intraperitoneales quizá, el caso fue que pronto se acreditó el Hospital González Echeverría, atrayendo numeroso público de consulta. Los trabajos de esta fundación existen en los archivos del Hospital General.

En resumen, la labor ginecológica emprendida desde la época de los doctores Pablo MARTÍNEZ DEL RÍO, ANDRADE, FENELÓN, LAVISTA, CHACÓN, LICEAGA, etc., fueron desenvueltos en aquel ambiente de la preantisepsia y de la autonomía histomorfológica, clasificando las enfermedades según su asiento en determinado órgano o sistema orgánico. La terapéutica de entonces obedeció a esos conceptos y trataba únicamente de atacar directamente el foco enfermo, más con medicinas y curaciones tópicas que con el bisturí. Tal vez los doctores FUERTES, Ramón MACÍAS y Regino GONZÁLEZ fueron los que más disciplinaron las

prácticas de la antisepsia, pero la asepsia fue orientada y arreglada por el doctor Julián VILLARREAL.

No obstante los progresos reales que se obtuvieron con el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, de la práctica de la asepsia más rigurosa y de los conocimientos anatomopatológicos, deberemos, es conveniente, encarrilar nuestras actividades profesionales hacia la corriente impetuosa de las nuevas orientaciones, que nos brindan la serología, la bacteriología y la psicopatofisiología, que al externar la doctrina de las secreciones internas ha venido a producir una verdadera revolución, ya que el ovario es el órgano de función predominante y una de las glándulas endocrinas de suma importancia. Y ya que se ha ganado tanto en estas nuevas adquisiciones, conviene asimismo no olvidar que la doctrina de la constitución y de la herencia proporcionan campos propicios para el desarrollo en el moderno encauzamiento social de la existencia y del trabajo. Así, pues, la influencia de la biología está abriendo nuevos senderos que sin duda alguna forman la base de la medicina y por consiguiente de la ginecología moderna, que es la patología de la mujer y no podrá ser comprendida sin conocer, como es debido, la biología del organismo femenino.

Los *estudios transversales* son fotos instantáneas en el tiempo. Aquí, los factores de riesgo o las características y resultados de interés se evalúan simultáneamente en los casos y en los controles. Estos estudios son muy útiles para determinar la prevalencia, para planificar las necesidades de cuidado de la salud y para generar hipótesis.

Reproducido de: The North American Menopause Society. Menopausia, guía práctica para el médico. México: NAMS, 2007;p:15.