

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**Departamento de Historia de la Medicina**



TESIS DOCTORAL

**La aportación del Instituto Rubio a la Ginecología y  
Obstetricia**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Guadalupe Cano Guitarte**

Madrid, 2015

TA 2212

DEPARTAMENTO DE HISTORIA DE LA MEDICINA  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5320186488

La aportación del Instituto Rubio  
a la Ginecología y Obstetricia

GUADALUPE CANO GUITARTE  
MADRID 1.985

A mis padres,  
y a la memoria de V. Guitarte.

Agradezco a la Dra. Elvira Archiola su dirección en la elaboración de esta Memoria de Licenciatura, y reconozco el estímulo y colaboración de aquellas personas que a lo largo de los años han sabido ayudarme para llegar a este momento.

## I N D I C E

	<u>Pág.</u>
I. ESTADO DE LA CUESTION .....	1
II. OBJETIVOS .....	4
III. MATERIAL Y METODO .....	6
IV. ANALISIS DEL MATERIAL .....	10
IV.1. INTRODUCCION HISTORICA .....	11
IV.2. EL INSTITUTO RUBIO .....	22
IV.3. OBSTETRAS Y GINECOLOGOS DEL INSTITUTO RUBIO ....	32
IV.4. PATOLOGIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO .....	43
IV.4.a. Transtornos funcionales .....	43
I. Alteraciones de las reglas .....	46
II. Alteraciones de la función sexual .....	50
IV.4.b. Transtornos generales .....	54
I. Anomalías congénitas .....	56
II. Patología de la posición y estática de los órganos genitales .....	58
IV.4.c. Patología inflamatoria .....	69
I. Pelvi-peritonitis .....	70
II. Pelvi-celulitis .....	72
III. Metritis .....	75
IV. Anexitis .....	77
V. Tuberculosis genital .....	82
IV.4.d. Patología tumoral .....	87
I. Patología tumoral del útero .....	88
II. Patología tumoral de la trompa .....	105
III. Patología tumoral del ovario .....	106
IV.4.e. Ginecopatías y neurosis .....	113

	<u>Pág.</u>
IV.4.f. Fístulas urogenitales .....	117
IV.5. TERAPEUTICA DEL APARATO GENITAL FEMENINO .....	128
I. Terapéutica médica .....	129
II. Terapéutica quirúrgica .....	130
III. Otras terapéuticas .....	142
IV.6. PATOLOGIA DEL EMBARAZO .....	145
IV.7. ENFERMEDADES QUE COMPLICAN LA GESTACION .....	149
IV.8. EMBRIOPATIAS .....	154
I. Aborto .....	155
II. Mola .....	158
IV.9. EMBARAZO ECTOPICO .....	162
I. Embarazo tubárico .....	170
II. Embarazo abdominal .....	174
III. Otras localizaciones .....	177
IV.10. PATOLOGIA DEL PARTO .....	178
I. Distocias .....	179
II. Parto prematuro, provocado, forzado .....	181
IV.11. PATOLOGIA DE LA PLACENTA .....	189
IV.12. PATOLOGIA DEL PUERPERIO .....	195
IV.13. MANIOBRAS Y OPERACIONES OBSTETRICAS .....	198
I. Sinfisiotomía. Pubiotomía. Cesárea .....	199
II. Otras maniobras y operaciones obstétricas .....	209
IV.14. PUERICULTURA INTRAUTERINA .....	213
V. CONCLUSIONES .....	218
VI. NOTAS .....	224
VII. BIBLIOGRAFIA .....	275
I. Fuentes bibliográficas .....	276
II. Bibliografía secundaria .....	283

I.    ESTADO DE LA CUESTION

La historia de la ginecología y obstetricia española durante el siglo XIX y comienzos del XX ha puesto de manifiesto a través de los trabajos efectuados por J. Alvarez Sierra, J.L. López Piñero, Luis S. Granjel, J. Riera, R. Sánchez Arcas, M. Usandizaga, etc., el importante papel que en el desarrollo de esta especialidad médico-quirúrgica jugó el Instituto de Terapéutica Operatoria que creara Federico Rubio.

No obstante, dicho Instituto no ha sido todavía objeto de un estudio pormenorizado, y las noticias que hasta nosotros han llegado se encuentran recogidas en obras y artículos diversos, escritos en parte por los propios médicos que trabajaron en esta institución, Eugenio Gutiérrez, Fco. Botín, Luis Soler, y en algunos trabajos históricos que sobre la medicina española del momento han efectuado Angel Pulido, P. Laín Entralgo y López Piñero entre otros. Las biografías de los propios integrantes de este Instituto nos proporcionan asimismo alguna información al respecto.

Existen igualmente biografías sobre algunos de los ginecólogos que trabajaron en el Instituto Rubio. Sin embargo, sobre este punto es necesaria una aclaración: su fundador, Federico Rubio, sobre el que existe el mayor número de trabajos biográficos, no puede calificarse de "ginecólogo" y, por tanto, no se considera en este trabajo. Son breves las reseñas biográficas que sobre los doctores Gerardo Abascal y Collado, Policarpo Lizcano González, Adolfo Martínez Cerecedo, Luis Soler Soto y

y Fco. Botín Sánchez, aparecen en un reducido número de obras, debidas a J.L. López Piñero, J. Alvarez Sierra y Fco. Vázquez González-Quevedo. Más amplias son las referentes al más importante ginecólogo del Instituto, el Dr. Eugenio Gutiérrez y González, que aparece en esas mismas obras y además en las de algunos de sus colegas y coetáneos, si bien no existe ningún trabajo globalizador de esta serie de datos dispersos sobre la vida y obra de este genial ginecólogo.

II.    OBJETIVOS

La presente tesina pretende llevar a cabo un estudio detenido sobre las aportaciones a la ginecología y obstetricia del Instituto de Terapéutica Operatoria que creara Federico Rubio, atendiendo a los médicos que dentro de esta institución se ocuparon de esta especialidad médico-quirúrgica, poniendo de manifiesto el estado de los conocimientos que sobre ella poseían, las técnicas que utilizaban, su relación con otros núcleos o escuelas nacionales y extranjeras, etc. Todo ello con el fin de establecer el papel que este centro para-universitario jugó en el nacimiento de esta especialidad en España.

III.    MATERIAL Y METODO

Para conseguir llevar a cabo este estudio sobre las aportaciones a la ginecología y obstetricia del Instituto de Terapéutica Operatoria de Federico Rubio, he utilizado fundamentalmente material de la biblioteca de la Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, intentando encontrar cualquier mención sobre el Instituto Rubio, así como aspectos relativos a la ginecología y obstetricia durante los años 1.870 aproximadamente hasta 1.936, es decir, desde unos años antes de la fundación del Instituto hasta su desaparición durante la guerra civil.

La existencia de un trabajo similar sobre las aportaciones del Instituto Rubio a la Histología normal y patológica, facilitó enormemente mi trabajo, ya que es un estudio semejante en su planteamiento al que ahora nos ocupa.

La fuente fundamental sobre la que he trabajado ha sido la revista del Instituto Rubio: Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas (RIACM) durante toda su existencia, 1.899-1.936, de la que se han extraído y considerado los artículos que referentes a ginecología y obstetricia publicaron los médicos que trabajaron en el Instituto Rubio con exclusividad, descartando los debidos a otros autores. Una vez conocidos los profesores que trabajaron, siempre dentro de esta especialidad, en el Instituto, se examinaron otras publicaciones de la época: El Siglo Médico (1.876-1.935), Rev. de Medicina y Cirugía Prácticas (1.876-1.915), Anfiteatro Anatómico Español (1.877-1.880), Rev. Española de Obstetricia y Ginecología (1.916-1.925)

y Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades (1.920-1.936), en las que aparecían artículos debidos a dichos profesores, así como publicaciones particulares de los mismos, tesis, etc.

La cantidad de material a lo largo de todo este tiempo no es uniforme, en un primer período que abarcaría hasta 1.925 aproximadamente, el número de publicaciones es mayor, quizá porque en estos años trabajaron Eugenio Gutiérrez y Policarpo Lizcano, que son autores más prolíficos, pero es destacable que la cantidad de artículos sobre ginecología y obstetricia, especialmente en la RIACM, es siempre considerable.

A ello uní la localización y el análisis de cuantas obras de historia de la medicina española se ocupaban de mi tema, así como las diferentes biografías escritas sobre las figuras que cultivaron esta especialidad en el Instituto de Terapéutica Operatoria.

El material fue localizado en distintas bibliotecas de Madrid: Biblioteca General de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, Biblioteca del Dpto. de Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, Biblioteca del Ateneo Científico y Literario y Biblioteca de la Real Academia de Medicina.

Para la organización de toda la documentación recopilada, se ha seguido la estructura de la obra de J. Botella LLusiá y J. Clavero Núñez Tratado de Ginecología (3 Tomos), si bien ampliamente modificada de acuerdo con la cantidad de material obtenido sobre cada tema y teniendo en cuenta

que algunos capítulos eran prácticamente inexistentes en la época en que se centra este estudio.

IV.    ANALISIS DEL MATERIAL

IV. 1.    INTRODUCCION HISTORICA

La existencia del Instituto Rubio se desarrolla desde 1.880 a 1.936, por tanto para conocer lo que significó en la sociedad de su tiempo y en la medicina de la época, es preciso analizar cómo era su marco social y médico, y especialmente la ginecología y obstetricia.

La existencia en estos años de una ideología que intenta fundamentar todos sus puntos de vista en la ciencia positiva, prescindiendo de las bases tradicionales y la introducción del evolucionismo, experimentalismo y materialismo, son las bases del conocimiento en general, filosófico, científico e incluso político.

Esta generación asume firmemente la patología celular y la fisiopatología. Destacan en este período los grandes avances en histología con Cajal, Río Ortega y Achúcarro. (1)

La generación del 35 y después la del 50, viajan a Francia, E. Gutiérrez cursó estudios de anatomía patológica y ginecología en París; Alemania, F. Botín trabajó varios años en Berlín al igual que A. Pumarino; e Inglaterra, para convertirse en discípulos de grandes médicos. Pero en esta época se introduce especialmente la medicina Alemana, buena muestra de ello se verá al analizar los trabajos del Instituto Rubio.

Comienzan a distinguirse dos tipos de Hospital, los especializados, en los que sólo se acoge a médicos para su formación en distintas especialidades, y los hospitales clínicos, donde se realiza enseñanza de la medicina. En 1.875 se crea el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid y en 1.891 por Decreto de

1 de Mayo se adaptan los hospitales a la enseñanza, el primero fue el Hospital General, luego el Hospital de la Princesa y a partir de este momento surgen los hospitales especializados: El Instituto Oftálmico (1.872), el Hospital del Niño Jesús (1.877), el Instituto de Terapéutica Operatoria (1.880), el Hospital Asilo de San Rafael (1.892), etc.

Una vez finalizado el siglo XIX, y según dice P. Laín Entralgo en Historia de la Medicina, esto sucede realmente en 1.918, los médicos que trabajan en estos centros siguen el ritmo que marca esta nueva época en la que el progreso médico y científico se va superando día a día y surgen nuevas especialidades que acotan y profundizan enormemente sus particulares campos de estudio, gracias al gran desarrollo técnico que acompaña a estos momentos. (3).

Pero durante todo este tiempo ¿Cuál era la situación de los conocimientos médicos respecto a la ginecología y obstetricia en Europa y en España, especialmente en el Instituto Rubio?.

#### I. ANATOMIA Y FISIOLOGIA

En la segunda mitad del siglo XIX progresa extraordinariamente el conocimiento de la embriología y anatomía de los órganos genitales femeninos. Utero y ovarios son bien estudiados por diversos autores, Schultze, Hiss, Waldeyer, etc. Hay diversas teorías respecto a la génesis de la menstruación, si bien en esta época suponen que la ovulación sucede inmediatamente antes de la menstruación.

Se estudia el examen histológico del endometrio por medio del legrado, método también muy utilizado por los médicos del Instituto Rubio no sólo para el estudio etiológico de algunos padecimientos, sino como tratamiento de los mismos.

El conocimiento de la secreción interna del ovario y sus relaciones con el cerebro y otras glándulas comienza en 1.874 con los trabajos de Goltz; como se verá más adelante hay pocos estudios sobre este punto en el material localizado, sólo algunos tratamientos a base de extractos ováricos en las amenorreas, pero sí hay varias referencias sobre las consecuencias de la castración y el tratamiento mediante extracto de ovarios o incluso injertos y transplantes de esta glándula con éxito.

Prenat en 1.819 es el primer autor que considera el cuerpo lúteo como órgano de secreción interna, relacionándolo con el mantenimiento del embarazo, pero son los estudios de F. Histman y L. Adler en 1.908 quienes demuestran la relación del ciclo ovárico, dividido en dos fases, con la mucosa uterina. (4).

## II. EMBARAZO NORMAL Y PATOLÓGICO

Diversas teorías contribuyen al esclarecimiento del mecanismo de la fecundación y especialmente a conocer el lugar de encuentro del espermatozoide y el óvulo. Continúan los estudios iniciados a principios del siglo XIX sobre la respiración fetal y la participación de la placenta en el metabolismo fetal.

De esta época datan las maniobras especiales para el reconocimiento y diagnóstico de la embarazada, Leopold, Hicks (1.871), Hegar (1.884), Dickinson (1.892) y Piscacek (1.889), ampliamente utilizadas y recomendadas también por la generalidad de los médicos del Instituto de Terapéutica Operatoria. También se comienza a utilizar la auscultación fetal para conocer el estado y colocación del feto en el claustro materno.

Hay varias patologías que se presentan durante el embarazo que son estudiadas ampliamente en estos años: 1) la hiperemesis gravídica, en el conocimiento de cuya etiología trabajan Briau (1.856), Hewit (1.871), Bennet (1.875) y Dirmoser (1.897) y en el Instituto Rubio, Pí y Suñer, Carmelo Gil, Martínez Cerecedo y Fco. Blasco. 2) respecto al aborto Oldham, Duncan y Wirtow prestan especial atención a las alteraciones del huevo y a las enfermedades del útero como principales etiologías, y la mola y el corioepitelioma son estudiados exhaustivamente por F. Marchan (1.895) y Saenger (1.889). En el Instituto Rubio son muchos los profesores que trabajan sobre estos puntos, especial mención merecen E. Gutiérrez, Mtnez. Cerecedo y García de Arias. 3) el embarazo extrauterino es estudiado desde el punto de vista de su anatomía patológica, diagnóstico y tratamiento quirúrgico, con éxito en manos de Veit (1.874), Werth, Keller, Tait, etc. También publican varios casos operados con éxito los miembros del Instituto, y destaca por su rareza un caso de embarazo abdominal primitivo publicado por E. Gutiérrez en 1.904.

### III. PARTO NORMAL Y PARTO PATOLOGICO

Dos importantes logros en el campo de la cirugía general coadyuvaron a separar la obstetricia de la cirugía y lanzarla a partir de mediados del siglo XIX como una nueva especialidad en Europa y América y más tarde en España: por un parte la introducción de la antisepsia en el parto, debida a I. Semmelweis (1.818-1.865) que permitió rebajar la mortalidad puerperal de un 26% a un 1%, y por otra la aplicación de la anestesia en obstetricia por J. Y. Simpson (1.811-1.870).

Estudian el mecanismo del parto Duncan, Schroeder y Müller, si bien no hay acuerdo respecto al factor desencadenante del mismo. Credé describe en 1.833 la maniobra que lleva su nombre para la extracción de la placenta, y en 1.879 su técnica de prevención de la conjuntivitis gonocócica del recién nacido.

Varios autores desarrollan un sinnúmero de maniobras, técnicas y aparatos para solucionar las distocias: Ritgen, Olshausen, Kristeller, entre otros. G. A. Michaelis y Litzman estudian sistemáticamente las estrecheces pelvianas. En el Instituto Rubio el Dr. Martínez Cerecedo, entre otros, trabaja intensamente en la aplicación del cornezuelo del centeno y la pituitrina en el parto patológico. El cornezuelo de centeno había empezado a utilizarse a finales del siglo anterior como potente impulsor de las contracciones uterinas, y en la época que nos ocupa todavía muchos autores son reacios a su uso y otros, grandes defensores.

La placenta previa es estudiada por Hofmeier (1.888) y

Kaltenbacj (1.890), y A. Pumarino del Instituto Rubio realiza un interesante estudio sobre el tema entre los años 1.928 y 1.930. Budin y Schroeder relacionan las hemorragias que aparecen al final de la gestación con la placenta previa.

#### IV. PUERPERIO PATOLOGICO

En esta época se considera la infección puerperal dentro de las infecciones sépticas que acaecen en las heridas. Realizan estudios bacteriológicos Bumm, Döderlein y Kröning. Se hacen tratamientos a base de ác. fénico o hipoclorito. López Ocaña, entre otros profesores del Instituto, utiliza en el tratamiento de la infección puerperal los vapores de yodo.

#### V. OPERACIONES OBSTETRICAS

La dilatación artificial del cuello uterino para permitir el paso del feto, se realizaba durante la segunda mitad del siglo XIX mediante diversas técnicas: Incisiones profundas del cuello (Skultsch, 1.887), cesárea vaginal (Dührssen, 1.887), dilatación manual (Bonnaire, 1.891; Harris, 1.892) y dilatación instrumental (Bossi, 1.892). De todos estos métodos quizá el más utilizado en el Instituto Rubio fuese la cesárea vaginal, pero existen también referencias de las demás técnicas.

Se utilizan diversas maniobras para la extracción fetal de nalgas (Müller, 1.898), con ganchos (Scanzoni, Haeke) y con asas (Winter, Kecker) y para la extracción

de la cabeza última en el parto de nalgas destacan la maniobra de Mauriceau y la aplicación del forceps en cabeza última de Credé y Litzman.

La mayoría de los médicos practican la versión interna, externa o combinada, seguida de la extracción, bien como último tiempo de la sinfisiotomía o pubiotomía, como aconsejaba C. Gil en el Instituto Rubio.

El forceps en este siglo está en plena evolución; uno de los más utilizados es el de E.S. Tarnier (1.877) original por su método de tracción axial. Más tarde adquiere gran difusión el forceps de C.C.G. Kjielland (1.916), pero en el Instituto Rubio el más utilizado es el de Levret, que data de mediados del siglo XVII.

Desde mediados del siglo XIX se realizaban tentativas de cesárea, pero esta operación no se desarrolla hasta la generalización de la antisepsia. Las opiniones son variadas respecto al lugar de la incisión, Kehrer practicó en 1.882 la incisión transversa en el istmo uterino, técnica divulgada posteriormente por König. E. Poro (1.876) introdujo la cesárea seguida de histerectomía abdominal para evitar la infección. En el Instituto de Terapéutica Operatoria, una vez superado el problema de la infección con los antisépticos, practican la cesárea con éxito variso profesores, y las diferencias de opinión se centran en la elección de la vía vaginal o abdominal para realizar la operación.

También se encuentra en el material localizado referencias sobre operaciones amplificadoras de la pelvis que resur

gen a mediados de siglo: la sinfisiotomía, con Morisani, divulgada por Pinard en Francia y Zweifel en Alemania, y la pubiotomía con Farabeuf y Vernier, y especialmente con Gigli, creador de una sierra original para este fin. En el Instituto Rubio el divulgador de la pubiotomía es c. Gil e Ibarguengoitia, tras su estancia en Berlín al lado de Bumm.

## VI. GINECOLOGIA

Mientras unos autores manifiestan el carácter localicista de las alteraciones generales de origen genital, como ejemplo baste citar las psicopatías y neurosis debidas a las malposiciones del útero, punto al que dedicamos un capítulo en este trabajo, otros consideran las enfermedades constitucionales como síntomas ginecológicos.

La exploración ginecológica se basa en la de los años precedentes, realizándose exploración bimanual combinada, tacto rectal y también mediante espéculo, valvas, etc. Se abandona totalmente la exploración en posición erecta y se practica sistemáticamente en decúbito supino con los muslos en abducción y las rodillas flexionadas.

En la segunda mitad del siglo XIX el desarrollo que alcanza la cirugía ginecológica, gracias a la anestesia y antisepsia, es extraordinario. Se operan los miomas mediante diversas técnicas: enucleación vaginal (West, Gusserow, Lomer), con celiotomía vaginal (Czerny, Martin, Dührssen), por vía perioneovaginal (Pean), mediante laparotomía (Spiegelberg), con extirpación parcial del útero

(Brinbaum) y también por histerectomía (G. Kimball). En el Instituto Rubio llevan a cabo prácticamente todas las operaciones antes citadas, pero hay varias referencias sobre el tratamiento paliativo de estos tumores mediante opoterapia, electroterapia y radioterapia.

Respecto al cáncer de útero W. A. Freund en 1.878 realiza la primera histerectomía abdominal en la que sobrevive la paciente y Czerny en el mismo año realiza con éxito la primera histerectomía vaginal con técnica reglada. Para evitar recidivas Freund en 1.881 propone la extirpación del parametrio y ganglios linfáticos, pero es W. Wertheim quién sistematiza la operación ampliada del cáncer de cuello uterino por vía abdominal. En el Instituto, el cáncer uterino preocupa a todos los profesores, y respecto a su tratamiento unos prefieren la vía vaginal por ser menos traumática y otros se decantan por la vía abdominal por considerar que permite mejores exéresis, pero todos ellos se manifiestan contrarios a la extirpación ganglionar, ya que piensan que es de difícil realización y no mejora el pronóstico.

En este siglo mejoran notablemente los conocimientos de la anatomía patológica del ovario con Rokitanski y Virchow y J. Pfnnestiel clasifica los tumores de ovario en 1.898. En estos años Hegar y Tait comienzan a practicar extirpaciones de ovarios, en algunos casos completamente normales, para tratar alteraciones menstruales, o neurosis, pero también se verifican ovariectomías como tratamiento de cáncer de este órgano. En España el Dr. Rubio practicó

la primera de estas operaciones en 1.881, si bien las primeras estadísticas eran funestas, pero con el transcurso del tiempo realizan en el Instituto de Terapéutica Operatoria ovariectomías sistemáticamente como único tratamiento del cáncer de ovario.

Como último punto importante, falta mencionar el tratamiento quirúrgico de las fístulas urinarias que con Marion y Sims había alcanzado a mediados del siglo XIX relevantes éxitos en América. También en el Instituto Rubio se realizan estas intervenciones mediante diversas técnicas, algunas originales, con buenos resultados.

IV. 2.    EL INSTITUTO RUBIO

Antes de aludir a la historia del Instituto Rubio, es necesario conocer la idea de su creación en su fundador, cuyos datos biográficos esenciales aparecen en el capítulo siguiente.

Federico Rubio inició sus estudios en la Escuela de Medicina de Cádiz, con unas precarias condiciones económicas e inmerso en un entorno social igualmente difícil, pues la guerra contra los franceses de 1.808 había estancado la evolución de dicha Escuela que tan brillante porvenir auguraba en tiempos de Gimbernat, de modo que el inquieto y violento período fernandino dejó en herencia una Escuela de Medicina prácticamente disuelta. (1).

En el anfiteatro de esta institución llevó a cabo Federico Rubio el aprendizaje de su formación quirúrgica en deficientes condiciones: debía practicar en horas nocturnas para aprovechar el día en otras actividades, dada su limitada solvencia económica; así adquirió un tacto delicadísimo que le permitiría operar aún con iluminación insuficiente, de un modo rápido y hábil. Por circunstancias políticas, marchó emigrado a Londres, donde por breve espacio de tiempo desempeñó el cargo de Embajador, ya en tiempos de la República. A su regreso a España y tras observar en el Reino Unido una mayor madurez social, se apartó definitivamente de la vida política para reinserirse en la profesión médica. Bajo su figura surgen discípulos entusiastas, naciendo así la Escuela de Medicina de Sevilla, emparentada con la Institución Libre de Enseñan-

za, de Giner de los Ríos; todo ello respondía a la necesidad evidente de sustituir las anquilosadas instituciones españolas. (2).

Posteriormente, nacerá la idea de crear el Instituto de Terapéutica Operatoria, a semejanza de las Escuelas de Hospital que en Londres había visto el propio Dr. Rubio, con un espíritu diametralmente opuesto al de la Facultad de Medicina que entonces existía, y con una forma de enseñanza del todo contrapuesta.

De este modo, el Instituto Rubio supone un foco extra-universitario en el que se llevan a cabo prácticas médicas y quirúrgicas fundamentalmente, que aunque ya se realizaban en Europa, fueron introducidas en España por el Dr. Rubio.

Eran aquellos los años de esplendor de Federico Rubio, que había realizado por primera vez en España y con éxito operaciones hasta entonces inusitadas; al mismo tiempo, el momento político resultaba favorable a sus propósitos: se crea por Decreto de 11 de Mayo de 1.880 el Instituto de Terapéutica Operatoria, siendo Ministro de la Gobernación D. Fco. Romero Robledo, y Director de la Beneficencia D. Cástor Ibáñez Aldecoa. En un principio el ambicioso proyecto se limitó a un centro de ampliación de estudios quirúrgicos y especialidades ubicado en el Hospital de la Princesa, del cual fue nombrado Director D. Federico Rubio, y que constaba de cuatro salas cedidas en la planta baja de dicho hospital.

Como consecuencia de ciertas frases que aparecieron

en el preámbulo del Real Decreto, denominando "Instituto de Alta Cirugía" al centro recién fundado, los profesores del Hospital de la Princesa con su Decano a la cabeza, el Dr. Cortezo, protestaron al entender ciertas palabras de dicho preámbulo como despectivas para los demás cirujanos de la época, además de considerar su intención como una intromisión de hecho en las competencias del hospital; ante las negativas oficiales, el Dr. Cortezo dimitió de su importante puesto en la Beneficencia General. Ambos doctores, Rubio y Cortezo, eran amigos; incluso éste veía justificada la creación de un instituto con características similares a las del recién fundado, pero nunca desprestigiando las funciones de un centro oficial y creando una malsana competencia con un prestigioso equipo médico como el que albergaba el Hospital de la Princesa. (3).

Una vez establecido definitivamente y en funcionamiento, el objetivo del Instituto era múltiple: por un parte, de docencia para el desarrollo clínico y doctrinal de las especialidades médico-quirúrgicas, y, por otra, tratamiento, de acuerdo con las especialidades médicas, para todos los enfermos que acudieran a él, dado su carácter benéfico.

En un primer momento, mientras funcionó en el seno del Hospital de la Princesa, lo hizo bajo protección estatal, pero dado el gran número de enfermos y profesores que acudían a él en virtud del doble objetivo antes citado, Federico Rubio decidió fundar un instituto independiente

del Estado. Para ello, en el banquete de despedida del curso 1.894-95, celebrado el 16 de Junio de 1.895, y tras un elocuente discurso del Dr. Pulido, otro doctor, García Andrades, ofreció una respetable cantidad, siendo secundado posteriormente por gran número de suscripciones. El 14 de Junio de 1.895 S.M. la Reina María Cristina colocó la primera piedra del nuevo recinto: 16.912 metros cuadrados en La Florida (Moncloa) continuación de la calle de la Princesa. La obra se encargó al arquitecto Manuel Martínez Angel y constaba de (4):

1) Pabellón central, compuesto por Dirección, habitación de enfermeras, laboratorio micrográfico, anfiteatro de operaciones y salas de desinfección (Fig. núm. 1).

2) Dos pabellones laterales, integrados por enfermería para hombres y mujeres respectivamente, con 24 camas cada uno, y un cuerpo intermedio para varios departamentos (botiquín, cuarto de enfermeras de guardia, cuarto de baño, servicio y lavabo para los enfermos) y, en el centro, un altar (Fig. núm. 2).

3) Pabellón de consultorios; en su sótano, cocinas, comedores y salas de espera; en la primera planta, sala de conferencias, biblioteca y consultorios divididos en especialidades, y en la segunda planta laboratorio de investigación del cáncer (Fig. núm. 3).

4) Pabellón de infecciosos, con cinco camas incomunicadas (Fig. núm. 4).

5) Capilla, en la que reposaban los restos del Dr. Rubio hasta la destrucción del Instituto (Fig. núm. 5).



Fig. 1-a. Pabellón central, dirección.



Fig. 1-b. Sala de operaciones.



Fig. 1-c. Laboratorio micrográfico.

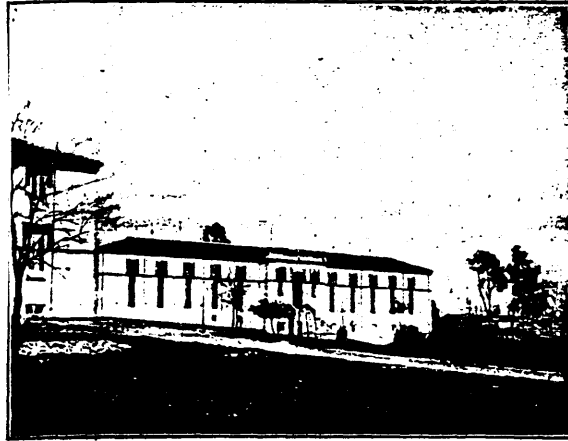


Fig. 2-a. Enfermería de mujeres.



Fig. 2-b. Interior de una enfermería.



Fig. 5. Interior de la capilla.

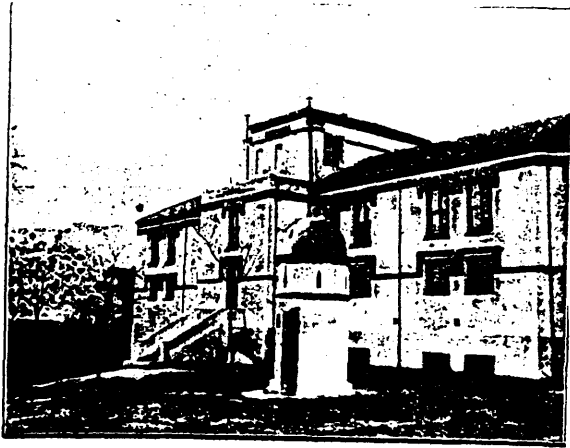


Fig. 3. Pabellón de consultorios.

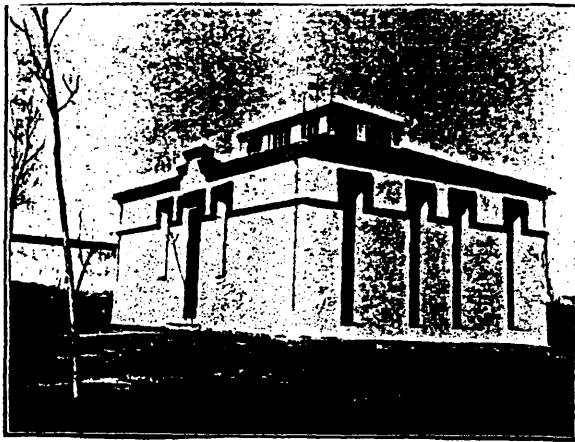


Fig. 4. Pabellón de infecciosos.



Fig. 5. Capilla y depósito de cadáveres.

6) Depósito de cadáveres.

En relación al funcionamiento interno y organización del Instituto de Terapéutica Operatoria, éste se regía por unos estatutos, que no transcribimos aquí (5). Baste decir, que a propuesta del Dr. Rubio, todas las camas, un total de 53, estaban dotadas con un capital depositado en el Banco de España que producía rentas fijas, suficientes para mantener a los enfermos que las ocupaban. Estas donaciones partían de protectores, entre los que se encontraba la aristocracia y alta burguesía del momento (a su cabeza la Reina María Cristina y el primer Director del centro, D. Federico Rubio y Galí), así como de las cuotas de matrícula que los médicos-alumnos debían satisfacer a su ingreso. (6).

A lo largo de su existencia, tanto el personal al frente de la Dirección como de las diferentes especialidades se fue lógicamente modificando. Estos cambios aparecieron reseñados en El Siglo Médico (7) y en 1.907 en El Instituto Rubio, su historia y su organización, del Sr. Gutiérrez, como figura ampliamente comentado en la tesina de Julia Solares. En orden cronológico fueron directores del centro los Dres. Federico Rubio, Martínez Angel, Eugenio Gutiérrez, Eulogio Cervera, González Bravo, Soler Soto y Botín Sánchez.

Los profesores del Instituto Rubio, de los que se traza una breve semblanza biográfica en el capítulo siguiente, viajaron con profusión, especialmente a Francia y Alemania, para adquirir más y mejores conocimientos, que, a su vez, impartirían a los médicos que llegaban

al Instituto Rubio procedentes de los más variados puntos de la geografía española.

En el campo de la tocoginecología, el nivel alcanzado fue semejante al de la media europea, destacando en pos de tal cota el Dr. Eugenio Gutiérrez, bajo cuyo magisterio se formó la primera generación de especialistas, merecedora de tal definición, en ginecología y obstetricia, del centro.

Los profesores publicaban sus casos clínicos y estudios monográficos en la revista órgano oficial del centro, fundada por Federico Rubio: Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas, que servía además para conocer y difundir las actividades médicas que se desarrollaban en otros países, especialmente de Europa y Sudamérica.

En capítulos sucesivos se podrá ver la línea de trabajo de estos profesores, que colocó a la ginecología española a un importante nivel.

En 1.936, en los inicios de la guerra civil española y a consecuencia de la contienda, el Instituto Rubio quedó destruído en su totalidad. De este modo se veía truncada una brillante trayectoria médica y social.

IV. 3. GINECOLOGOS Y OBSTETRAS DEL  
INSTITUTO RUBIO

En este capítulo se hace una somera biografía de los principales ginecólogos que trabajaron en el Instituto Rubio. Hay que tener en cuenta que cuatro de ellos (los doctores Rubio y Galí, Gutiérrez, Soler y Botín), fueron directores de este Instituto a lo largo de su existencia, hecho crucial que quizá permita explicar la importancia que la Ginecología y Obstetricia tuvieron en el Instituto de Terapéutica Operatoria, así como la cantidad de material que estos doctores publicaron en la RIACM, especialmente, al ser esta revista el medio de comunicación de la Institución.

Otros muchos médicos trabajaron en el Instituto y publicaron en revistas de la época, pero ha sido imposible conseguir datos biográficos de los mismos; aún así, no cabe duda de la importancia que debieron suponer. Entre ellos figuran: Francisco Blasco, J. Camacho, R. García de Arias, C. Gil e Ibarguengoitia, H. Guiu, A. Pumarino, etc.

No pretendemos efectuar más que un mero resumen de lo que sus vidas y obras fueron, con el fin de presentar a las figuras que hicieron posible el desarrollo de la Obstetricia y Ginecología en el Instituto de Terapéutica Operatoria. Indudablemente cada una de ellas es susceptible de ser estudiada detenidamente, cosa que sería deseable por la importancia de la labor que desarrollaron, pero el estudio exhaustivo de sus vidas y obras serían de por sí un tema monográfico a desarrollar en diferentes memorias de licenciatura.

## I. FEDERICO RUBIO Y GALI

Nació en Puerto de Santa María (Cádiz), el 7 de Agosto de 1.827. En 1.842 se matriculó en la Facultad de Medicina de Cádiz, en la que se doctoró en 1.850 (Fig. 1)

Fundador del Instituto de Terapéutica Operatoria de la Moncloa, uno de los primeros centros en que se instauró la enseñanza de la medicina dividida en especialidades, cuyo sistema ya había puesto en práctica anteriormente el propio Dr. Rubio en la Escuela de Medicina de Sevilla a la vuelta de Inglaterra, donde tuvo el cargo de Embajador en Londres. Fue en Inglaterra donde practicó operaciones que eran por entonces desconocidas en España, de modo que a su regreso fue el primero en realizar en nuestro país la ovariectomía (1.860), histerectomía, resecciones de estómago, extirpación de laringe (1.878), así como las primeras nefrectomías.

Ingresó en la Real Academia de Medicina el 21 de Mayo de 1.874.

Creó la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, primera en España, en el ámbito del Instituto de Terapéutica Operatoria, de la que salían tituladas para la práctica privada.

Asímismo creó la Fundación Mari Díaz, cuyo capital, formado con las propinas o regalos que se acostumbraba hacer a los obreros cuando se termina una obra y que participaron en la erección del Instituto Rubio, se invertía en papel del Estado y se repartían los intereses.

Murió el 31 de Agosto de 1.902. (1).



Fig. 1. Dr. D. Federico Rubio y Galí.

## II. EUGENIO GUTIERREZ Y GONZALEZ

Nació en Santander el 15 de Junio de 1.851 y pasó su infancia en Puente San Miguel. Cursó la carrera en Valladolid, licenciándose en Septiembre de 1.873. Ejerció como titular desde 1.874 a 1.878 en Lamadrid, Ayuntamiento de Valdáliga (Santander), donde creó una asociación de todos los titulares de aquellos contornos y un periódico profesional, "Los Partidos Rurales", que además de estar dedicado a la ciencia, defendía los intereses de la clase

médica (Fig. 2).

En el año 1.879 viajó a París, donde amplió conocimientos en tres campos: Ginecología, con Gallard, Cheron y Martineau; Obstetricia, con Dépaul, Buding, Ribemont y Charpentier de Ribes; Histología, normal y patológica, con Ranvier.

En 1.880 volvió a Madrid, y junto con el Dr. López García, que también había cursado estudios con Ranvier, abrieron un curso práctico elemental de Histología Normal y Patológica, en el Museo del Dr. Velasco.

En Junio del mismo año, por medio de D. Francisco Giner de los Ríos, conoce a D. Federico Rubio, quien le pone al frente del laboratorio de Histología del Instituto de Terapéutica Operatoria, en el Hospital de la Princesa, y, posteriormente, en el Servicio de Ginecología.

Desde este mismo año participó en las sesiones de la Sociedad Ginecológica, siendo miembro numerario desde 1.882.

En 1.881 se doctoró en Madrid con una tesis sobre el vaginismo.

Ingresó en la Real Academia de Medicina el 13 de Mayo de 1.894, leyendo un discurso sobre "Límites de la Cirugía Radical en Ginecología", contestándole el Dr. Pulido Fernández.

En 1.907 fue nombrado Médico de Cámara, y asistió al primer parto de D<sup>a</sup> Victoria Eugenia de Battenberg, esposa de Alonso XIII, quien le concedió entonces el título de Conde de San Diego y la cruz de Alfonso XIII.



Fig. 2. Dr. D. Eugenio Gutiérrez y Gonzalez, Conde de San Diego.

Fue el primer director del Instituto del Cáncer.

Publicó más de trescientos trabajos en la RIACM, El Siglo Médico, Revista de Medicina y Cirugía, etc. Su característica más brillante la constituye el hecho de que con sus enseñanzas se formaron grandes ginecólogos, como

Soler, García de Arias, Botín, Lizcano, Martínez Cerecedo, Sánchez Rodríguez, etc.

Murió en Cabezón de la Sal el 27 de Julio de 1.914, siendo director del Instituto Rubio. En 1.917 fue erigido un monumento en su memoria, obra de Blay, en los jardines del Instituto. (2).

### III. GERARDO ABASCAL Y COLLADO

Nació en San Pantaleón de Saras (Santander), en 1.958. Cursó Medicina en Valladolid y se estableció en su pueblo hasta 1.886, año en que viajó a Madrid para ingresar como alumno en el Instituto Rubio; pasó a ser profesor ayudante y después Jefe de Sala de dicha institución. Trabajó con el Dr. Gutiérrez, primero como alumno y después colaborando con él. Publicó varios artículos en la RIACM, destacando los relativos al embarazo ectópico.

Falleció prematuramente a los 45 años de edad, pero ya en el momento de su muerte era conocido en los círculos médicos, gozando de un elevado prestigio en el campo de la Ginecología. (3).

### IV. POLICARPO LIZCANO GONZALEZ

Nació en Madrid en 1.854. Cursó Medicina en el Colegio de San Carlos, donde fue discípulo predilecto de los Dres. Argumosa y Marqués de Toca. Ingresó en el Cuerpo Facultativo de las Casas de Socorro en 1.881, fundando la

consulta de Ginecología del Distrito de la Inclusa. Fue Profesor del Instituto Rubio.

Es uno de los tocólogos y ginecólogos más acreditados en Madrid desde finales del siglo XIX a principios del XX. Publicó varios artículos en la RIACM y muchos en El Siglo Médico, especialmente en el campo de la patología infecciosa.

Murió en Madrid en 1.929. (4).

#### V. ADOLFO MARTINEZ CERECEDO

Nació en San Clodio (Orense), en 1.856. Fue médico del Registro Civil de Madrid, Profesor tocólogo del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia Municipal de Madrid, por oposición; médico vacunador del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, médico del Instituto de Terapéutica Operatoria, médico de Visitas de Naves de Mayaguez, médico encargado de la inspección de carnes en Mayaguez, y miembro de la Sociedad Ginecológica Española.

Publicó en la RIACM y en El Siglo Médico diversos artículos, especialmente bajo el aspecto tocológico de la puericultura intrauterina.

Murió en Madrid en 1.917. (5).

#### VI. LUIS SOLER SOTO

Nació en 1.858, en Madrid. Cursó Medicina en el Colegio de San Carlos, donde fue discípulo de los Dres.

San Martín y Cortajarena. Ingresó con el número uno en 1.890 en el Cuerpo Médico de las Casas de Socorro; fue subdelegado de Medicina, Director de la Consulta de Ginecología de la Policlínica de la Santa Hermandad del Refugio y médico del Hospital de los Alemanes.(Fig. 3).

El Dr. Soler fue uno de los fundadores de la Academia de Ginecología y de la Academia Médico Quirúrgica Española. Fue Jefe de Consulta y Director del Instituto Rubio desde que sucedió al Dr. Antonio González Bravo hasta 1.925. Publicó en la Revista Española de Obstetricia y Ginecología y en la RIACM, de la cual fue nombrado Director Honorario en 1.932.

Gozó durante su vida profesional de gran popularidad y buena clientela.

Murió en Madrid en 1.938. (6).



Fig. 3. Dr. D. Luis Soler Soto.

#### VII. FRANCISCO BOTIN SANCHEZ

Nació en Santander en 1.875 y se doctoró en Madrid en 1.899. Fue profesor de Ginecología en el Instituto Rubio

Presidente de la Sociedad Ginecológica Española, (donde pertenecía al claustro de doctores), y Académico Corresponsal de la Real Academia de Medicina (Fig. 4).

Sucedió en la dirección del Instituto Rubio al Dr. Soler en 1.925, hasta 1.932. Publicó numerosos artículos en la RIACM, así como en la Revista Española de Ginecología y Obstetricia. (7).



Fig. 4. Dr. D. Francisco Botín Sánchez.

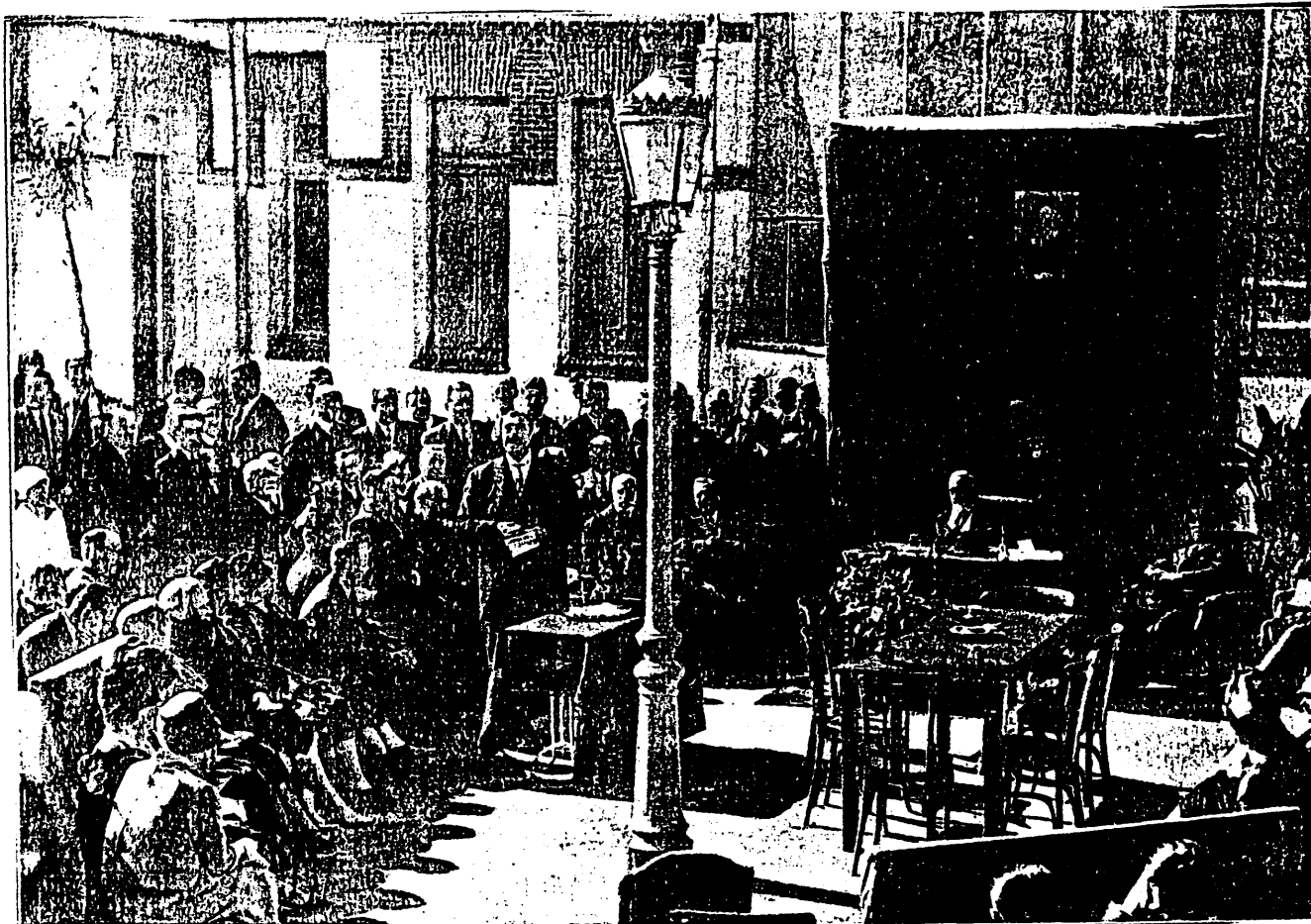


Fig. 5. El Dr. Botín leyendo el discurso en la sesión necrológica del 24 de Octubre de 1.927 presidida por el Excmo. Sr. Marqués de Estella.



Fig. 6. Los Dres. Soler y Botín en el acto de inauguración del curso académico de 1.927-28.

IV. 4. a. TRANSTORNOS FUNCIONALES

En este capítulo se analizan los artículos aparecidos en diversas publicaciones sobre la patología de la función sexual; dentro de ellas se estudió primero las que acaecen en la presentación, forma, cantidad, etc. de las reglas, y en segundo lugar las que están dentro de la esfera reproductiva: esterilidad, así como algunas consideraciones sobre la fertilidad.

A modo de introducción sobre los dos apartados de que consta este capítulo, se debe mencionar en primer lugar un artículo que el Dr. Gutiérrez publica en 1.901 en la RIACM sobre la vida sexual de la mujer en España. Para realizarlo se basa en la consulta del Instituto Rubio y en datos recogidos de su clientela particular.

El Dr. E. Gutiérrez con ayuda del Dr. Luis Marco establece, considerando diversos parámetros, las siguientes estadísticas:

Menstruación ..... Precoz... Hasta 12 años..  
 Común ... De 13 a 16 años.  
 Tardía .. De 17 en adelante.

Proporcionalidad entre las menstruaciones precoz, común y tardía, con relación a la zona de la temperatura anual expresada :

<u>Media anual</u>	<u>11 a 14º</u>	<u>14 a 17º</u>	<u>Más de 17º</u>
Precoz	13,83	18,18	30,05
Común	64,67	65,21	59,71
Tardía	21,30	16,61	10,24
TOTAL	100,00	100,00	100,00

Proporcionalidad con relación a la latitud

<u>Latitud</u>	<u>36 a 38º</u>	<u>38 a 40º</u>	<u>40 a 42º</u>	<u>42 a 44º</u>
Precoz	42,00	19,00	13,72	12,72
Común	56,00	69,00	62,68	62,70
Tardía	2,00	12,00	23,60	24,58
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00

Proporcionalidad con relación a la altitud

<u>Metros</u>	<u>0 a 100</u>	<u>101 a 500</u>	<u>501 a 800</u>	<u>801 a 1000</u>
Precoz	13,10	42,20	17,45	8,56
Común	67,75	50,46	63,74	58,11
Tardía	19,15	7,34	18,81	33,33
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00

Proporcionalidad con relación al medio social y régimen de vida.

<u>En el campo %</u>	<u>Menstruación</u>	<u>En la ciudad %</u>
12,67	Precoz	17,10
61,84	Común	66,40
25,49	Tardía	16,50

<u>Edad de la menopausia</u>	<u>Proporción</u>	<u>Observaciones</u>
Entre 30 y 39 años	9,40	Entre 40 y 50 años
" 40 y 44 "	25,50	cerca de 4/5.
" 45 y 50 "	52,35	
" 51 y 60 "	12,75	

Duración de la vida sexual en 85 mujeres

En las precoces, 21 a 39 años de menstruación  
 En las comunes, 24 a 46 años de menstruación:  
 En las tardías, 14 a 40 años de menstruación.

Relación entre la vida sexual, el número de partos, y el de abortos, según la menarquia.

<u>Menarquia</u>	<u>Promedios</u>		
	<u>Vida sexual</u>	<u>Núm. de partos</u>	<u>Núm. abortos</u>
Precoz	36,6 años	5,75 por mujer	0,25 por mujer
Común	34,9 años	2,86 " "	0,79 " "
Tardía	32,9 años	3,07 " "	1,07 " "

Estas observaciones se realizaron en un total de 2.000 mujeres y de ellas se deduce:

1º) La temperatura influye positivamente en la aparición de la menarquia, de forma que a mayor temperatura mayor frecuencia de menarquias precoces.

2º) La influencia de la latitud en el desarrollo

de la pubertad es positiva en cuanto se relaciona estrechamente con la temperatura y no depende de otras condiciones como altura, humedad, etc. E igualmente sucede en cuanto a la latitud.

3º) En cuanto a la influencia del medio social y régimen de vida, depende ante todo del nivel nutricional e higiénico en general.

4º) Se demuestra que la aparición de la menopausia guarda relación con la de la pubertad, de forma que viene a resultar uniforme la duración de la vida sexual en todas las mujeres. De todas formas E. Gutiérrez, indica que sobre este punto, la duración de la vida sexual de la mujer española es más larga que la que indican otros autores en diversos países. (1).

## I. ALTERACIONES DE LAS REGLAS

### A) Amenorreas

El Dr. Fco. Botín publica un artículo en 1.916 en la Rev. Española de Obstetricia y Ginecología un estudio sobre algunas formas de amenorrea. Considera no sólo las amenorreas funcionales, sino también las constitucionales, aunque sin tener en cuenta las debidas a causas orgánicas, cuyo diagnóstico es sencillo y en las cuales la amenorrea es un mero síntoma.

Hay un grupo, cuya característica es la aparición de una, dos o tres reglas que suelen tener lugar generalmente antes de la época normal; después desaparecen durante meses, incluso uno o dos años sin causa aparente. Piensa

Fco. Botín que quizá estas primeras reglas puedan considerarse como patológicas y la amenorrea temporal se deba incluir en el grupo de las fisiológicas, necesaria para que la función continúe en su momento.

Comenta la frecuencia de presentación de amenorreas y neurosis conjuntamente, pero piensa que la amenorrea, o la menstruación en su caso, actúan solo como desencadenantes de un padecimiento preexistente.

En un segundo grupo, que también califica de fisiológico, incluye los casos de mujeres en las que la menstruación no ha aparecido nunca, pero las demás funciones orgánicas son normales, así como su aparato genital. Nada hay en estos casos que pueda atribuirse a la falta de ovulación y de menstruación. En otros casos aparecen síntomas propios de la menopausia en edades tempranas, sin que haya habido nunca menstruaciones. En este grupo cualquier tratamiento es inútil.

Entre las enfermedades constitucionales que pueden originar amenorrea, cita la clorosis y la obesidad, afirmando que el tratamiento debe ir dirigido a la curación de éstas, de tal forma que la amenorrea curará posteriormente por sí misma.

Otra forma de amenorrea es la consecutiva a enfermedades agudas de tipo febril (fiebres tifoideas), que pueden dar lugar a supresión de las reglas durante varios meses. Fco. Botín ha tratado varios casos con ovarina, pituitrina y extractos de hipófisis; con ésta última ha conseguido la reaparición de las reglas en dos casos. (2).

B) Meno y metrorragias

L. Soler Soto publica en la RIACM un artículo en 1.921 sobre las menorragias de la pubertad. En esta publicación el Dr. Soler afirma que no todas las modificaciones que se producen en el momento de la pubertad son exclusivamente dependientes del aparato genital. La aparición de las reglas es uno de los fenómenos más significativos que caracterizan a la pubertad. Normalmente dura de 3 a 6 días y se repite cada 28-30, la pérdida de sangre es más o menos abundante, pero no altera el estado general. Sin embargo, hay ocasiones en que aumenta su intensidad o duración, a esto es a lo que se llama menorragias de la pubertad.

Como decía Fco. Botín respecto a las amenorreas, L. Soler también afirma que una gran parte de las menorragias se deben a alteraciones pluriglandulares, pues la alteración o supresión de una glándula modifica todo el conjunto. Según las opiniones modernas, que secunda L. Soler, se atribuye la amenorrea al estado hipoovárico y las menorragias al estado hiperovárico. En las púberes hay alteraciones de estos estados porque su función no está todavía plenamente establecida. También influyen el tiroides, hipófisis y suprarrenal en la esfera genital, pero generalmente no se presentan como un síndrome puro.

En cuanto al tratamiento preconiza el puramente higiénico y local con irrigaciones de agua caliente, recurriendo al taponamiento en casos graves. Para los estados crónicos utiliza tratamiento opoterápico. (3).

En cuanto a las metrorragias, definidas como hemorragias independientes del ciclo ovárico y menstrual, F. Blasco Soto analiza en una publicación en la RIACM en 1.906, varios casos de hemorragias uterinas y dice que el legrado del útero es la mejor medida a tomar cuando el útero es el único órgano afecto, pero en los casos en que la hemorragia uterina es solo un síntoma de enfermedad generales, son de aplicación terapéutica dirigidas a curar el proceso de los órganos afectados, que pueden estar muy lejanos respecto al aparato genital. (4).

### C) Dismenorreas

Se entiende por dismenorrea la menstruación difícil, pero según dice R. del Castillo Ruíz, lo que caracteriza al síndrome es:

"La dificultad y la irregularidad de la menstruación; ésta acusa solo los esfuerzos y la lucha dolorosa del organismo en el trabajo preparatorio y en la salida del molimen por las vías genitales." (5).

En este artículo R. del Castillo trata preferentemente de las dismenorreas mecánicas; sin embargo en cuanto a las dismenorreas en general no admite la clasificación en esenciales y sintomáticas, sino que, en su opinión, solamente existen las sintomáticas, ya que la dismenorrea no es una enfermedad en sí misma sino:

"Un síndrome común a afecciones muy diversas." (6).

La dismenorrea pasajera, funcional, se presenta en muchas jóvenes y va disminuyendo con la edad; la

considera pues como fisiológica.

Sin embargo para la dismenorrea habitual, la etiología es casi siempre mecánica y admite como otros muchos autores que es debida a estenosis del conducto cervicouterino, bien por flexión uterina, pólipos, engrosamientos o cuello cónico congénito. La dismenorrea mecánica puede ser causa de esterilidad.

## II. ALTERACIONES DE LA FERTILIDAD

El 21 de Junio de 1.900 P. Lizcano pronuncia una conferencia en el I.T.O. relacionando la fecundación y el raspado en el tratamiento de algunas enfermedades uterinas. tiene importancia esta conferencia, que se publica en la RIACM en el mismo año, porque presenta una estadística de los casos clínicos atendidos en la "Consulta de matriz" dirigida por el Dr. Gutiérrez en el I.T.O. hasta esa fecha. No trata en este trabajo de todas las enfermedades que pueden aquejar a la mujer en su esfera genital, sino principalmente de los procesos inflamatorios que cursan con esterilidad y el restablecimiento de dicha función tras el legrado.

El resumen de esta estadística es el siguiente:

### De un total de 96 enfermas legradas

	<u>Antes de la legración</u>	<u>Despues</u>
Fecundas .....	54	12
Estériles .....	42	84

Las 12 operadas que recobraron la fecundidad padecían

Endometritis post-aborto .....	6
Endometritis glandular .....	4
Endometritis hiperplásica .....	2

<u>Edad de las operadas</u>	<u>Núm.</u>	<u>Fecundas</u>	<u>Estériles</u>
De 20 a 30 años .....	38	14	24
De 30 a 40 años .....	36	22	14
De 40 a 50 años .....	22	16	6

Edad de las 12 enfermas que recuperaron la fertilidad

De 20 a 30 años .....	4
De 30 a 40 años .....	8
De 40 a 50 años .....	0

Fecha de la esterilidad en 46 enfermas que no recuperaron la capacidad despues del legrado.

Eran estériles hacía 1 año .....	3
" " " 2 " .....	9
" " " 3 " .....	7
" " " 4 " .....	5
" " " 5 a 10 años :..	22

Fecha de la esterilidad en las 12 enfermas que recuperaron la fertilidad tras el legrado.

Esterilidad temporal de 4 meses .....	2
" " " 6 " .....	4
" " " 1 año .....	2
" " " 2 años .....	2
" primitiva .....	2

Hay que hacer notar el factor edad en la recuperación de la función reproductora y fundamentalmente la antigüedad de la lesión que la produjo. (7).

En 1.903 el mismo autor publica en El Siglo Médico una comunicación presentada al XIV Congreso de Medicina sobre el mismo tema, presentando unas estadísticas similares

a las anteriores y concluye diciendo:

"El legrado no produce esterilidad.  
La fecundidad perdida puede recobrase por el legrado.  
La esterilidad por afección uterina puede curarse por el legrado.  
La endometritis post-aborto es la más susceptibles de reintegrarse por el legrado en su capacidad generadora.  
Cuando más reciente sea la lesión que produce la esterilidad, más curable será ésta  
En los seis primeros meses despues del legrado se verifican mayor número de fecundaciones.  
Transcurrido un año del raspado sin concebir la operada, disminuyen notablemente las problabilidades de fecundación." (8).

A. Martínez Cerecedo en 1.900 publica en la Rev. de Medicina y Cirugía Prácticas un caso de esterilidad debida a estenosis cervical que curó tras el tratamiento con dilatación. Dice Mtnez. Cerecedo que en estos casos la dilatación debe efectuarse tras la menstruación para evitar el aborto si hubiese habido fecundación (9).

Por último respecto al capítulo de la función reproductora L. Soler pronuncia un discurso en 1.936 en la sesión inaugural del año académico en la Sociedad Española de Higiene que se publica en la RIACM en el mismo año. El tema del discurso es la maternidad y en el desarrollo del mismo L. Soler resalta la importancia de la faceta reproductora de la mujer. Presenta asimismo el método del ritmo de Ogino en Japón y Knauss en Austria para controlar la natalidad de forma natural, dice L. Soler que este sistema:

"Está basado en aprovechar la época de esterilidad fisiológica en la mujer para cuyo cumplimiento se requiere la continen-cia periódica." (10).

Este es el único artículo localizado sobre la regulación de la natalidad en toda la bibliografía consultada, y como se puede observar su fecha es muy cercana a los últimos días de existencia del Instituto Rubio. Sin embargo se demuestra con él que sus profesores eran pioneros y divulgadores de las nuevas tendencias que respecto a este tema circulaban en esos momentos en el medio científico.

IV. 4. b. TRANSTORNOS GENERALES

Antes de comenzar el estudio de los trastornos generales del apartado genital femenino, ha de mencionarse que en la época en que se desarrolla la labor del Instituto Rubio (1.880-1.936) los medios de exploración con que contaban los ginecólogos eran bastante escasos, principalmente en sus comienzos. La exploración usual se hacía por medio del tacto, histerometría, legrado explorador, etc.; posteriormente se añaden la insuflación tubárica, el exámen radiológico, la histeroscopia y finalmente la histerosalpingografía.

Esta última técnica, si bien nace en Francia en 1.912, no llega a adquirir importancia hasta 1.925, cuando Carlos Henser en Buenos Aires la realiza con lipiodol, viendo que no provoca reacción alguna en el organismo.

En 1.936 R. Izquierdo Gómez publica en la RIACM una memoria sobre la histerografía que resultó premiada en el curso 1.935-36 con el Premio Soler. En este estudio analiza la técnica e instrumental necesarios así como las indicaciones, contraindicaciones y accidentes que pueden derivar de su uso.

Entre las indicaciones más importantes cita: malformaciones uterinas (es el mejor método de que se dispone para su diagnóstico en ese momento), tumores pelvianos y en relación con el útero, y, por último, hemorragias uterinas, si bien por este método no se puede llegar al diagnóstico etiológico aunque sí puede saberse si la hemorragia procede de un fibroma, pólipo, etc.

Sobre las contraindicaciones comenta que no se debe

emplear en casos de embarazo, infección de útero o trompas y hemorragias de la mucosa uterina (relativa). Acompañan su artículo varios casos clínicos con fotografías, de los cuales se toman aquí algunos sobre malformaciones uterinas, para resaltar la importancia de este método en el estudio de la patología genital (Fig. 1 y 2). (1).



Fig. 1. Utero y vagina dobles.

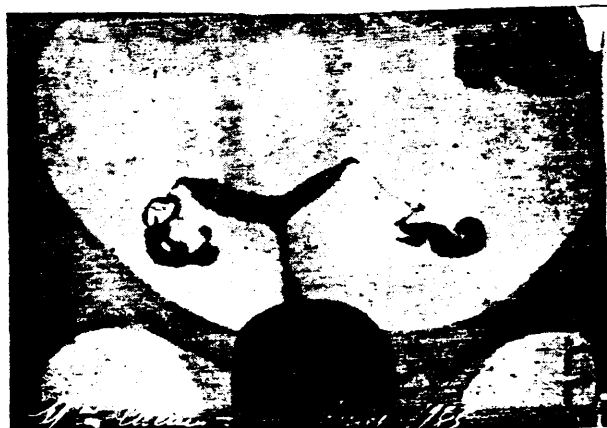


Fig. 2. Utero bicornue.

El material obtenido sobre patología general del aparato genital femenino se ha agrupado en dos apartados claramente diferenciados:

I. Anomalías congénitas.

II. Patología en la posición y estática del útero.

#### I. ANOMALIAS CONGENITAS

Fco. Botín presenta en la RIACM en 1.921 un caso de anomalía congénita del útero, que ya apareció en 1.921 en la Rev. Española de Obstetricia y Ginecología. Se trata de un útero doble, bicornue, con dos cuellos y doble vagina, desembocando el derecho en vagina imperforada. Hema-

tómetra, hematosalpinx derecho y hematocolpos lateral derecho (Fig. 3).

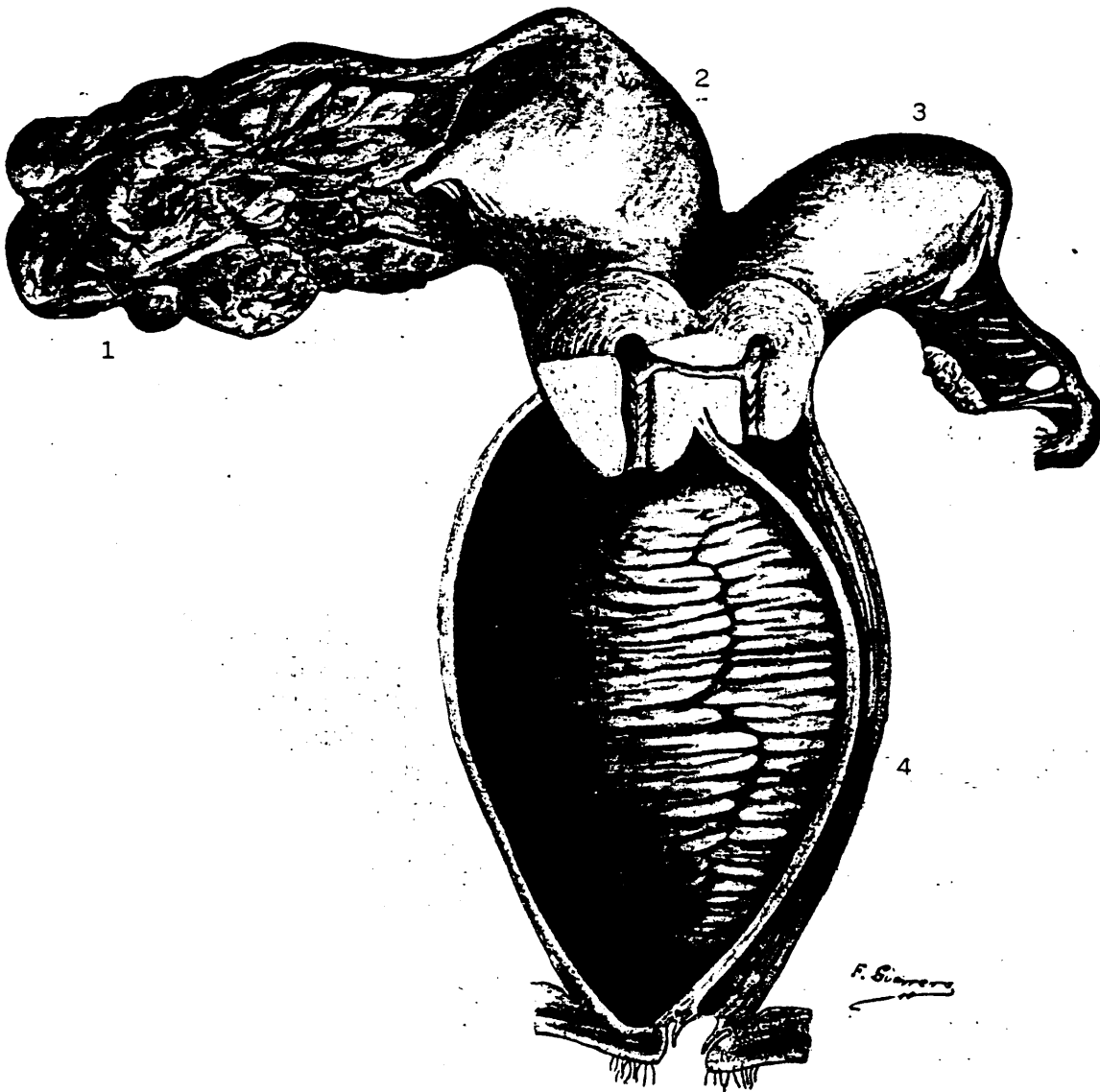


Fig. 3. Pieza operatoria. 1. Hematosalpinx. 2. Utero derecho. 3. Utero izquierdo. 4. Vagina tabicada. 5. Vagina normal.

El Dr. Botín realizó la operación por vía abdominal extirpando el hemiútero derecho, trompa y ovario del mismo lado y para una segunda operación dejó la extirpación del tabique divisionario vaginal. (2).

## II. PATOLOGIA EN LA POSICION Y ESTATICA DEL UTERO

El autor que más trabaja en esta patología es P. Lizcano, quién publica en El Siglo Médico y la RIACM nueve artículos sobre el tema desde 1.901 hasta 1.910. Para realizar este apartado se ha seguido la clasificación que P. Lizcano hace en 1.904 publicada en El Siglo Médico, y que él mismo va desarrollando a lo largo de los años, introduciendo donde conviene artículos debidos a otros profesores.

P. Lizcano al definir las dislocaciones genitales dice que el útero no es un órgano fijo sino móvil, y afirma:

"No existe pues verdadera desviación, sea cual fuere su forma, sino cuando la posición anormal del útero presenta un carácter marcado de fijeza y permanencia."  
(3).

Clasifica las dislocaciones genitales en:

- Anteflexiones.
- Retroversiones.
- Cistocéles.
- Rectocéles.
- Cistorectocéles.
- Prolapsos uterinos.

- Inversión uterina.

#### A) Anteflexiones

Según P. Lizcano, pueden ser congénitas y adquiridas. Cuando la etiología es congénita, generalmente la causa se halla fuera del útero; cuando son adquiridas se deben a metritis, generalmente puerperales, o a lesiones inflamatorias ovario-salpingianas.

El síntoma más importante es la intensa dismenorrea y cuando son congénitas, puede existir esterilidad. El tratamiento debe ser local por medio de pesarios y general tónico. (4).

#### B) Retrodesviaciones

La posición fisiológica del útero es la anteversoflexión ligera, teniendo en cuenta que esta posición es más o menos variable según el estado de los órganos que rodean el útero (Fig. 4).

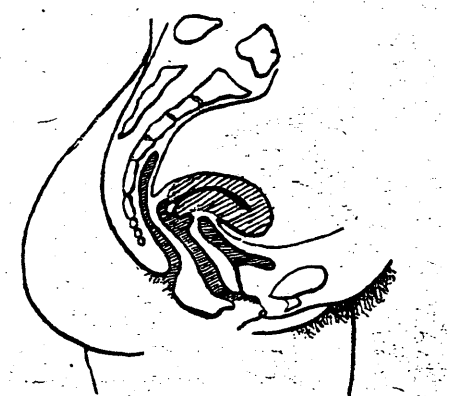


Fig. 4. Utero en posición fisiológica.

La retroversión consiste en la inclinación del cuerpo del útero hacia el sacro formando un ángulo en el istmo

uterino y el cuello en posición normal. Según P. Lizcano, las desviaciones uterinas pueden ser sólo un síntoma o bien tratarse de una verdadera enfermedad. En el I.T.O. este autor encuentra una frecuencia de retrodesviaciones en la consulta ginecológica de aproximadamente un 15%.

En cuanto a la etiología, dice P. Lizcano que hay cuatro épocas en la vida de una mujer en las que pueden aparecer las retrodesviaciones por distintas causas:

- 1) En la mujer virgen: debidas a lesiones congénitas del aparato genital.
- 2) En la mujer nulípara: debidas a las mismas causas congénitas del apartado anterior agravadas por procesos infecciosos. O simplemente causas infecciosas o traumáticas.
- 3) En la puérpera: infecciones sumadas a dificultad de la involución fisiológica del útero.
- 4) En la anciana: retrodesviación senil por debilidad de los ligamentos, es el primer grado de prolapso (Fig. 5, 6 y 7).

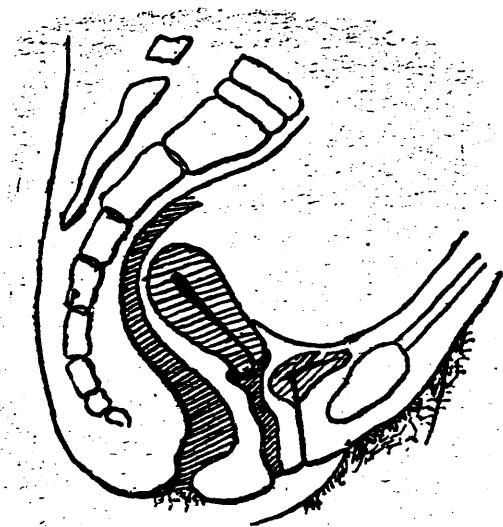


Fig. 5. Útero en retroversión.

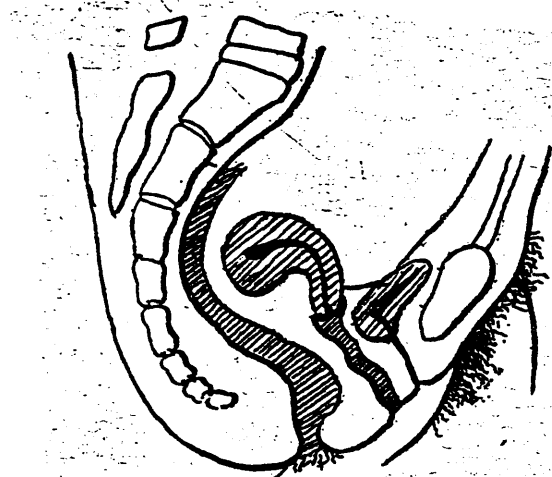


Fig. 6. Útero en retroflexión.

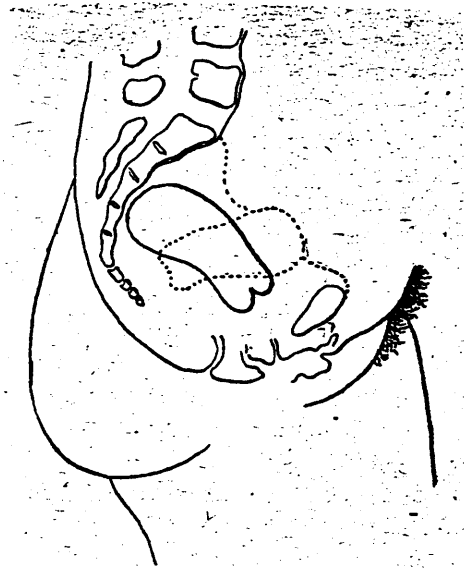


Fig. 7. Utero en retroversoflexión.

De los múltiples casos recogidos P. Lizcano incluye una amplia sintomatología, entre la que destaca: el dolor, muy variable, leucorrea, trastornos menstruales, esterilidad y abortos (5).

P. Lizcano da mucha importancia al síntoma metrorragias, pues considera que es la retrodesviación una de las causas que con más frecuencia ocasiona alteraciones de las reglas y dentro de ellas destacan las metrorragias en mayor número y después las menorragias (6).

El tratamiento, según el mismo autor, tiene dos vertientes: por una parte reducir el útero a su posición normal y, seguidamente, fijación del útero una vez reducido.

Para reducir el útero a su posición normal es necesario que la retroversión sea movable; si no lo es se puede emplear el masaje, las curas con glicerina salolada, el ictiol, etc. (7).

Esta reducción puede llevarse a cabo por varios métodos:

- Reducción bimanual (Fig. 8, 9 y 10).
- Por la sonda.
- Con pinza de Museaux.
- Por la posición genupectoral.

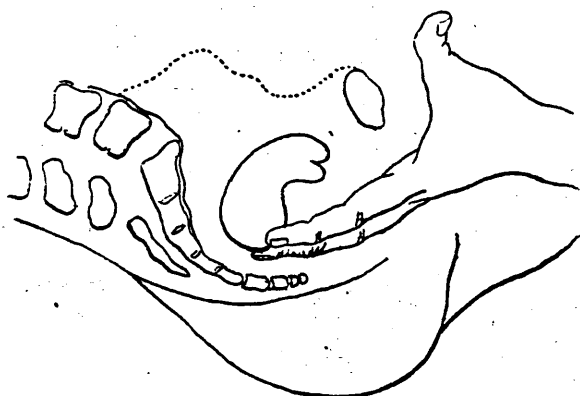


Fig. 8. Reposición bimanual  
Los dedos índice y medio de la mano derecha empujan a través del fondo vaginal posterior el cuerpo uterino.

Fig. 9. La mano abdominal ayuda a apoderarse del abdomen.

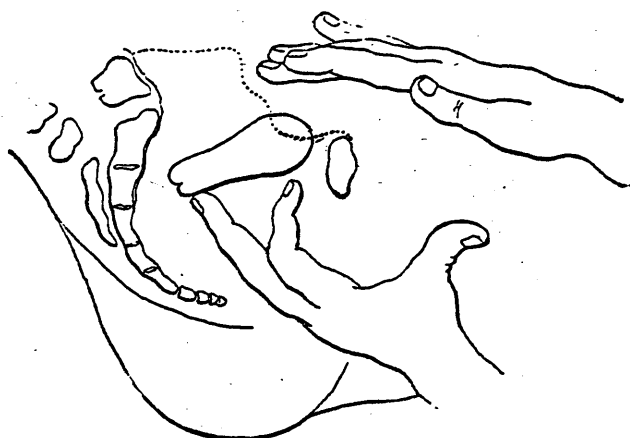
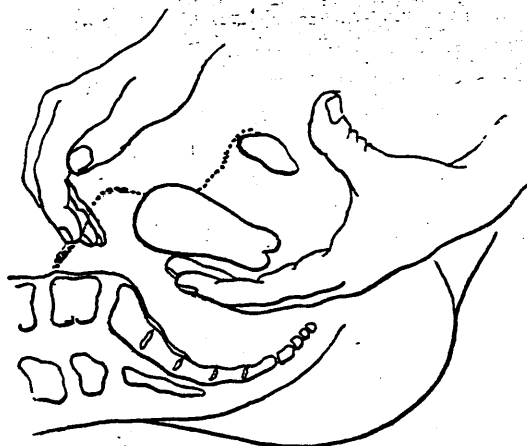


Fig. 10. Colocación del útero en anteversión exagerada.

En cuanto a la fijación del útero reducido, puede realizarse:

- Mediante pesarios: el anillo de Mayer y el pesario de Hodge son los más usados.
- Fijación operatoria: Puede hacerse mediante la operación de Alexander, consistente en cortar 10-12 cm. los ligamentos redondos y suturarlos al orificio inguinal, tiene la ventaja de que es extraperitoneal, pero sólo se puede usar para úteros móviles. Posteriormente Beck modificó el procedimiento incidiendo el peritoneo para liberar los ligamentos y atraerlos a la pared del vientre. Más tarde Richelot modificó el procedimiento de Beck de forma que practicando laparotomía toma los ligamentos redondos y los lleva con su cubierta peritoneal hacia el ángulo inferior de la herida, donde los fija con puntos de catgut al plano muscular aponeurótico de la pared abdominal.
- De todas formas la técnica más antigua es la histeropexia abdominal, gastro-histeropexia o ventro-fijación, que según el punto de fijación pueden ser altas, bajas o medias. P. Lizcano dice que desde hace aproximadamente dos años se están sustituyendo las altas y medias por las bajas, siempre que se pueda, porque ésta última permite el desarrollo del útero grávido.

P. Lizcano en todas sus publicaciones se muestra decidido partidario del tratamiento médico y así lo expone en una comunicación al III Congreso Español de Cirugía, publicado en El Siglo Médico en 1.910, en el que presenta 24 casos de retrodesviaciones tratadas por los distintos

métodos. Pese a no ser partidario de la corrección quirúrgica, dicho autor prefiere la histeropexia a los otros métodos. (8).

Unos años antes, en 1.908, E. Masip publicaba en la RIACM un caso de colpocistocele con alargamiento de la porción supravaginal del cuello y descenso con retroversión, que trató con histeropexia abdominal y perineoplastia. Esta paciente tuvo posteriormente un parto normal a término. (9).

### C) Colpocèles

El colpocèle es el descenso de las paredes de la vagina, y debe considerarse como paso previo para el prolapso uterino.

Según P. Lizcano, la etiología comprende todas aquellas causas que actúan disminuyendo la tonicidad de la vagina, como pueden ser la preñez, el parto seguido de subinvolución uterina, los traumatismos en el parto y la atrofia senil. (10).

Sin embargo J. Soriano no está de acuerdo con esta etiología sino que cree que la causa fundamental está en la retroflexión uterina: cuando existe esta desviación la cara posterior de la matriz soporta el peso de las vísceras abdominales y empuja la vagina. (11).

De esta forma, mientras P. Lizcano propone como tratamiento y prevención del prolapso uterino la sutura de todas las rasgaduras en el parto y las colporrafias anterior

y posterior, J. Soriano prefiere la histeropexia abdominal o el acortamiento de los ligamentos redondos.

#### D) Prolapsos uterinos

El prolapso de útero es su descenso por el canal vaginal, generalmente va acompañado de descenso de vagina, recto o vejiga.

Para P. Lizcano las causas actúan debilitando el apartado de suspensión del útero (ligamentos) y el de sostén (suelo perineal y vagina). La influencia más innegable se debe a la presión intraabdominal exagerada sobre todo en forma lenta pero mantenida, ayudada por una predisposición morbosa que tiene su origen en una viciosa conformación genital de causa congénita, gestación y parto, y senilidad. (12).

En cuanto al tratamiento dice Fco. Botín en un artículo publicado en la Rev. Española de Obstetricia y Ginecología que siempre que las causas del prolapso no hayan influido en la integridad fisiológica de los aparatos de sostén del útero, pueden ser curables con colporrafias y perineoplastias.

Cuando está afectada la tonicidad muscular por procesos distróficos o traumatismos repetidos (partos sobre todo), es preciso obrar sobre el útero suspendiéndole artificialmente y procurando dejarle en la posición más cercana a la normal. Este autor prefiere la operación de Alexander y la histeropexia abdominal. (13).

En las mujeres menopaúsicas, J. Camacho utiliza la columnización de la vagina, ya que es una operación sencilla que ni siquiera precisa anestesia. (14).

L. Soler pronuncia una conferencia en el Instituto Rubio el 3 de Mayo de 1.923, publicada en la RIACM en el mismo año, sobre el prolapso de los ovarios. Dice L. Soler que muchos autores lo consideran como una alteración de la estática del útero y no como un síndrome en sí mismo. Consiste este padecimiento en el descenso de la glándula genital fuera de su localización anatómica. Generalmente se aceptan dos variedades de prolapso: retrrolateral y retrouterino, que son etapas sucesivas, hasta llegar a la caída del ovario en el saco de Douglas. Cita este autor unas cifras de distancias medias donde debe encontrarse el ovario, pero hace constar que tanto ovario, como útero y trompas son muy inestables.

Por el hecho de hallarse prolapsados los ovarios presentan congestión, hipertrofia, edema y a veces degeneración escleroquística, pueden ocasionar adherencias y además favorecen la infección y los traumatismos. Es característico el síntoma dolor ante todo debido a procesos flogósicos y al tacto. Respecto al tratamiento L. Soler indica que ya no deben usarse los pesarios, enemas ni la posición genupectoral, sino la cirugía, y preconiza la oforopexia o acortamiento de los ligamentos utero-ováricos. (15).

### E) Inversión uterina

La inversión uterina es el estado en el cual el fondo del útero se deprime, invaginándose en dedo de guante en la cavidad del mismo, donde forma un relieve más o menos prominente.

P. Lizcano distingue tres grados:

- 1º. Depresión del fondo o de un cuerno en la cavidad.
- 2º. El fondo llega hasta la vagina.
- 3º. Total, el cuello también está invertido. (16).

E. Gutiérrez distingue la inversión crónica que suele ser parcial y la aguda que se produce entre la expulsión del feto y el alumbramiento; respecto a ésta existen causas predisponentes, tales como la dilatación de la matriz y la relajación de su elemento contráctil, que se actualizan cuando existen causas determinantes, sobre todo una presión externa (esfuerzos de la parturienta, expresión de Credé) o una tracción directa desde el fondo de la matriz a la placenta (expulsión rápida del feto, tracciones violentas del cordón, etc.).

Las consecuencias de la inversión aguda son la hemorragia y el colapso; si se supera este período aparece una inversión crónica con sus síntomas flujo-sero-sanguinolientos, dolor constante, compresión de órganos pelvianos e inflamación y ulceración de la mucosa. El tratamiento de la inversión aguda puede hacer en dos circunstancias:

- Cuando la placenta está adherida al útero se realiza taxis manual, ayudada por mano abdominal y luego irrigación intrauterina con agua hervida muy caliente (50º); si

la hemorragia no cede taponamiento intrauterino con tiras de gasa iodofórmica al 10%, es el procedimiento de Dührssen. - Si la placenta se ha desprendido se utiliza taponamiento intrauterino y vaginal y después cornezuelo o ergotina para facilitar la involución de la matriz.

Para la inversión crónica prefiere los métodos de taxis gradual; pues dice que la taxis forzada es peligrosa y no siempre da resultado. Utiliza el método de Hoffmeier, que consiste en taponamiento con gasa iodofórmica pero empezando por los fondos vaginales, se renueva cada dos o tres días, haciendo antes una irrigación vaginal antiséptica. Cuando este método falla usa el de Lawson Tait, consistente en introducir en vagina una copa de caucho con tallo duro presionando el cuello. Si estos métodos fallan recomienda la moderna terapéutica quirúrgica iniciada por Küstner y Doyen y modificada por Polk, Borelius, Kehrer y Duret que consta de varios tiempos: 1) incisión del fondo vaginal posterior. 2) incisión vertical media posterior de todo el útero. 3) reducción de la inversión uterina. 4) Reconstrucción (por suturas) del cuerpo uterino hasta el istmo. 5) reposición del útero. 6) reconstrucción del cuello. (17).

IV. 4. c. PATOLOGIA INFLAMATORIA

Dado el abundante material que se puede incluir en este capítulo, para facilitar su análisis se ha dividido en cinco apartados:

I. Pelvi-peritonitis.

II. Pelvi-celulitis.

III. Metritis

IV. Anexitis.

V. Tuberculosis genital.

### I. PELVI-PERITONITIS

El Dr. Gutiérrez, en una conferencia pronunciada el 31 de Enero de 1.901 en el I.T.O. sobre las inflamaciones del peritoneo pelviano en la mujer, que aparece en la RIACM, define las pelvi-peritonitis como todas las inflamaciones de la serosa pelviana.

Según E. Gutiérrez, uno de los factores que influyen en su presentación es la especial disposición del peritoneo pelviano en la mujer. La situación de las trompas por detrás del ovario, tanto normales como patológicas, hacen más fácil la participación del Douglas en las pelvi-peritonitis. El peritoneo pelviano es continuación del peritoneo general, pero mientras que las inflamaciones del primero raramente se transmiten al segundo, al revés es muy común.

Las pelvi-peritonitis tienen su origen en infecciones anexiales o endometriales, también traumáticas y raramente puerperales. (1).

También P. Lizcano publica en El Siglo Médico un amplio

estudio sobre este tema coincidiendo prácticamente en todo con el Dr. Gutiérrez, pero lo desarrolla más extensamente. Respecto a la etiología de estos procesos, P. Lizcano ha llegado a establecer el diagnóstico etiológico mediante la bacteriología en muchos casos y de esta forma ha definido una sintomatología característica para cada etiología. Entre las más frecuentes se encuentran:

- a) Pelvi-peritonitis aguda producida por estreptococos, colibacilos, anaerobios y gonococos.
- b) Pelvi-peritonitis crónica producida por el bacilo tuberculoso. (2).

Respecto al tratamiento, tanto E. Gutiérrez como P. Lizcano indican que lo más importante es la profilaxis de estos procesos: sofocando las infecciones en su origen, diagnosticando a tiempo la hemorragia, vigilando los estudios y tratamientos del endometrio si los anexos no están indemnes y procurando que en las laparotomías, cuando existan focos sépticos, éstos no alcancen al peritoneo.

A) Tratamiento de la pelvi-peritonitis aguda generalizada: Cuando la etiología es séptica y pútrida, solo puede realizarse laparotomía, pero aún así el pronóstico es muy malo. Si se trata de peritonitis mecánicas por neoplasias, torsión del pedículo ovárico, etc., el tratamiento será laparotomía, con mejor pronóstico que en el caso anterior. Sólo en el supuesto de etiología blenorragica el tratamiento podría ser médico y expectante.

B) Tratamiento de la pelvi-peritonitis aguda: Son tributarias en principio de tratamiento médico a base de reposo absoluto, fomentos calientes, opio, enemas laxantes, etc. Cuando el líquido se enquistaba en el Douglas es de elección la colpotomía posterior.

C) Tratamiento de la pelvi-peritonitis crónica: En principio el tratamiento debe ser médico, puede también ser necesaria la colpotomía posterior, muy defendida por P. Lizcano. Cuando se forma un absceso abdominal o suprapúbico, recurren a la laparotomía.

En 1.911 el Dr. Peña Galarza publica un artículo en la RIACM en el que comenta el hecho de que el Dr. Eugenio Gutiérrez está encargado durante el curso 1.911-12 de seguir los procesos supurados de pelvis que sean intervenidos en el I.T.O. Presenta cuatro casos tratados por distintos procedimientos, que le sirven para extraer las siguientes conclusiones:

- 1º.- Hay que abstenerse de realizar operaciones radicales en los casos en que haya que hacer grandes despegamientos.
- 2º.- Hay que limitarse a dar salida al pus por vía abdominal o vaginal. (3).

## II. PELVI-CELULITIS

Para el desarrollo de este apartado se han utilizado tres artículos. Dos debidos al Dr. Eugenio Gutiérrez que aparecen en El Siglo Médico en 1.984 (4) y en la RIACM en 1.901 (5), este último es la transcripción de

una conferencia celebrada el 24 de Enero de 1.901 en el I.T.O.; y uno publicado por el Dr. P. Lizcano en El Siglo Médico en 1.905. (6).

Dado que la publicación del Dr. Lizcano está basada en sus propios estudios y en los artículos mencionados anteriormente del Dr. Gutiérrez, se referirá este apartado al conjunto de todos ellos.

La pelvi-celulitis es la inflamación del tejido conjuntivo que rellena todos los espacios entre órganos y tejidos, excepto en la parte media del fondo del útero que está adherida al peritoneo.

La etiología de esta inflamación es siempre infecciosa: el parto y el aborto facilitan la penetración de gérmenes por el traumatismo más o menos grande que producen. También actúan de esta forma los pesarios, tapones no asépticos y en general todas las operaciones sobre cuello y vagina hechas sin rigurosa asepsia, y asimismo las realizadas por vía abdominal en estas condiciones. Entre los bacilos que se encuentran con más frecuencia destaca el estreptococo seguido del estafilococo, coli, bacilo de Koch y gonococo.

La sintomatología es igual a la de cualquier otra localización: congestión activa, edema, exudación y supuración. El proceso puede terminar en la resolución del mismo o la destrucción del tejido celular. Si el proceso inflamatorio termina por supuración, el pus busca salida y así se pueden originar flemones retro-uterinos, de la base del ligamento ancho o de la vaina hipogástrica.

La abertura espontánea del absceso puede efectuarse a

cavidad peritoneal (la más frecuente y grave), vagina, recto, vejiga y pared del abdomen. Tras la apertura pueden curar definitivamente, pero si el vaciamiento ha sido defectuoso, persisten las fístulas y sobreviene la septicemia crónica y la muerte.

En cuanto al tratamiento, ante todo es imprescindible impedir la producción de la enfermedad, lo cual es fácil en las pelvicelulitis de origen puerperal simplemente teniendo una asepsia rigurosa en el parto y puerperio. En los demás casos cuando se produce esta enfermedad de forma aguda se debe comenzar por el tratamiento médico al igual que en las pelvi-peritonitis. Cuando se encuentra ya un absceso localizado el tratamiento de elección será la colpotomía anterior o posterior, según los casos, pero realizada precozmente. En los flemones extensos y difusos puede ser necesaria la extirpación completa del útero: castración uterina de Pean.

En las parametritis crónicas P. Lizcano utiliza el método del Dr. Gutiérrez, con el que ambos han conseguido buenos resultados, consiste en :

"Hemos obtenido grandes y relativamente pronto resultados con el método de Pin-cus, sustituyendo el anillo de mercurio por un tapón de gasa esterilizada lleno de perdigones del número 10 introducido en la vagina, ayudando la compresión con otro saquillo del mismo material colocado sobre la fosa ilíaca correspondiente y cuyo peso graduamos hasta dos Kilos (máximum que las enfermas pueden resistir) y con la posición de declive semi-Trendelemburg. Cada venticuatro horas es preciso sacar el tapón vaginal, concediendo un intervalo de diez horas de descanso a la enferma durante el día, prac-

ticando una irrigación vaginal. (7).

Asimismo para las perimetritis y celulitis esclerósicas practican inyecciones submucosas con solución glicerizada de tioxamina al 10 % con buenos resultados.

Para las parametritis crónicas circunscritas utilizan el amasamiento.

### III. METRITIS

Prácticamente es el Dr. Lizcano quien trabaja en solitario en este tema, si bien inducido por su maestro el Dr. Gutiérrez.

En un artículo publicado en la RIACM en 1.902 el Dr. Lizcano afronta el estudio bacteriológico de las metritis mediante el análisis de los productos del legrado a petición del Dr. Gutiérrez, pero debido a diversas dificultades se entra en el estudio histológico de la mucosa para comprobar las lesiones descritas en los tratados. De esta forma hallan formas anatomopatológicas no conocidas hasta entonces como las papiliformes y la tuberculosis primitiva del útero. El estudio se realiza con 96 casos de metritis atendidas en el I.T.O. por los Dres. R. Sánchez, Gaztelu, San Román, Blasco y los mismos E. Gutiérrez y P. Lizcano, y colaboran los Dres. Figueroa y Moreno. P. Lizcano dice en dicho artículo:

"Lo interesante se descubre con el examen microscópico. Las lesiones anatómicas afectan a uno o a varios elementos de los que constituyen la mucosa, naciendo de aquí el diferente aspecto, según que las glándulas o tejido intersticial predominen uno sobre el otro o se interesen en el mismo grado." (8).

Clasifica los 96 casos de la siguiente forma:

Endometritis glandular .....	28	casos.
"    intersticial .....	32	"
"    mixta .....	12	"
Metritis crónica .....	6	"
Adenoma atípico .....	1	"
Ca. simple .....	1	"
Endometritis séptica .....	1	"
"    papiliforme .....	1	"
"    tuberculosa .....	1	"
"    en los fibromas .....	5	"
Metritis cervicales (lesiones de cuello)	8	"

Un año más tarde P. Lizcano presenta una comunicación al XIV Congreso Internacional de Medicina sobre las metritis que se publica en El Siglo Médico. En esta comunicación parte del artículo analizado anteriormente y lo amplía respecto a etiología y anatomía patológica.

Respecto a la etiología establece dos grandes grupos basándose en la clínica: uno bacteriano o infeccioso de causa puerperal, y el otro sin relación con procesos infecciosos que se produce en la menopausia, retroversiones y fibromas. En cuanto a las lesiones anatómicas clasifica las metritis en cinco grupos atendiendo al examen microscópico:

Glandulares puras .....	17	casos.
Intersticiales puras .....	7	"
Mixtas .....	40	"
Ausencia completa de glándulas .....	20	"
Disminución notable de glándulas .....	12	"

Los síntomas predominantes son meno-metrorragias (83 casos) y leucorrea (13 casos). (9).

En cuanto al tratamiento hay opiniones diversas según los casos tratados y los autores; así por ejemplo, mientras R. Llord de Gamboa en una metritis de cuello uterino causada por dislaceración en el parto, la trata extirpando los labios y cauterizando con el termocauterio (10)

P. Lizcano trata una metritis semejante mediante traqueorra-  
fia. (11).

De cualquier forma P. Lizcano se reafirma en el  
valor absoluto del legrado en las endometritis hemorrágicas,  
cuando el diagnóstico está claramente establecido y así  
lo expone en su artículo "Las metritis" publicado en  
1.903 en la RIACM. Este autor admite la integridad de  
la mucosa uterina durante la regla y dice que la regenera-  
ción de la mucosa tras el legrado es fácil y rápida,  
siempre que no se usen productos caústicos tras el mismo.  
(12).

Fco. Botín defiende en la RIACM en 1.906 el tratamiento  
médico de las endometritis crónicas mediante el método  
de Menge, o solución de la formalina, pues de esta forma  
evita el raspado uterino en muchas endometritis hiperplási-  
cas y post-aborto, en las que no hay hiperplasia glandular  
o lesiones profundas intersticiales. (13).

#### IV. ANEXITIS

Para desarrollar este apartado, se han utilizado  
fundamentalmente varios artículos debidos al Dr. Lizcano,  
el primero de ellos aparecido en 1.904 en El Siglo Médico  
y despues una larga serie de estudios dedicados fundamen-  
talmente al tratamiento de las anexitis publicados tambien  
en El Siglo Médico en 1.913.

El único artículo debido a otro autor aparece en  
1.909 en la RIACM, se trata de una conferencia pronunciada

el 4 de Febrero de 1.909 en el Instituto Rubio por el Dr. Eugenio Gutiérrez que fue comentada por el Dr. P. Lizcano en El Siglo Médico.

Las anexitis son características de mujeres en la plenitud de su vida genital, es decir de los 20 a los 35 años. Son siempre de origen infeccioso, figurando en primer lugar el gonococo, seguido del estreptococo, colibacilo, estafilococo, bacilo fímico y pneumococo. La infección puede verificarse por vía sanguínea o linfática y afectarse solo la trompa o el ovario; generalmente la infección de la trompa va seguida de la infección del ovario, pero no siempre sucede lo contrario.

Cualquiera que sea el camino seguido, la trompa es el órgano que con más frecuencia se afecta, alcanzando peritoneo y ovario y estableciéndose adherencias que dificultan su función y terminan por obliterar el extremo abdominal de la trompa donde se acumulan los detritos. Se produce así una pelvi-peritonitis circunscrita. Las salpingoovaritis pueden presentarse de forma aguda y crónica.

El Dr. Gutiérrez dice que el mejor tratamiento es hacer una buena profilaxis a varios niveles:

- A nivel de la propia mujer, mediante una educación correcta por parte de sus padres, en cuanto a la higiene y comportamiento sexual.
- A nivel del médico que debe atenderla adecuadamente en sus partos, abortos, etc., observando la antisepsia más perfecta.

- A nivel del Estado que debe procurar la creación de centros asistenciales gratuitos y castigar a los enfermos venéreos que no quieran tratarse, regulando además la prostitución tolerada.

Respecto al tratamiento el Dr. Gutiérrez trata en su conferencia solamente del aspecto médico, y si bien es de todo punto contrario a las curas intrauterinas, en la fase aguda recomienda quietud completa, calmar el dolor y limitar la inflamación favoreciendo la reabsorción de los exudados inflamatorios mediante calor; para provocar este calor aplica durante 20 minutos el termóforo eléctrico que alcanza temperaturas de 40-50°C. En la fase crónica preconiza el masaje vibratorio abdominal y vaginal y los baños salinos termales una o dos veces al año, siempre que sea posible. (14).

El Dr. Lizcano, siguiendo las ideas del Dr. Gutiérrez, condena las curas intrauterinas que suponen dilataciones del cuello uterino, porque piensa que favorecen la infección y dice:

"El reposo es la condición fundamental para que la resolución se obtenga, y toda intervención intrauterina debe considerarse como perjudicial, intemperante y agresiva en los casos de anexitis." (15).

El tratamiento operatorio está ampliamente expuesto en una publicación de P. Lizcano en El Siglo Médico. Clasifica las operaciones que se pueden realizar en dos grupos:

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1) OPERACIONES<br>RADICALES     | salpingo-ooforectomía abdominal<br>salpingo-ooforectomía unilateral<br>salpingo-ooforectomía vaginal<br>histerectomía vaginal<br>histerectomía abdominal   |
| 2) OPERACIONES<br>CONSERVADORAS | De las supuraciones pelvianas:<br>- colpotomía<br>- celiotomía vaginal (posterior, anterior y lateral).<br><br>De los ovarios:<br>- ooforopexia<br>- punción simple<br>- resección de ovario<br>- injertos de ovario<br><br>De las trompas:<br>- cateterismo intraabdominal de trompas<br>- ruptura de adherencias salpingianas y drenaje<br>- salpingotomía<br>- salpingopexia ovárica<br>- salpingo-histero-anastomosis<br>- salpingostomía<br>- salpingo-ovaro-sindesis |

Sobre toda la serie de operaciones conservadoras del ovario P. Lizcano dice:

"En cuanto a la eficacia de estos intentos de la cirugía conservadora, no puede ser más lisonjera; las reglas vuelven pronto y sin molestias, la preñez ha sido obtenida y el alivio o supresión de los desórdenes que caracterizan clínicamente la insuficiencia ovárica (vértigos, cefaleas, sudores súbitos, sensaciones bruscas de calor o frío, palpitaciones y otros accidentes nerviosos diversos." (16).

En cuanto a las referentes a la trompa también indica que se han obtenido éxitos muy numerosos respecto a la curación de la esterilidad que estos pedecimientos habían producido.

Respecto a la vía a utilizar en cada caso P. Lizcano dice:

"Aunque la laparotomía, gracias a los progresos de la cirugía, ha conquistado la mayoría del sufragio ginecológico, no debe aceptarse sistemáticamente como vía operatoria exclusiva, sino recordar los grandes triunfos que la vía vaginal puede proporcionarnos en determinados casos. La elección de uno u otro procedimiento es cuestión de sentido clínico, y si bien en la inmensa mayoría de los casos convendrá seguir la vía alta, en algunos otros podrá ofrecer indiscutibles ventajas la intervención por la vagina." (17).

Este autor afirma que la intervención operatoria en el período agudo está totalmente proscrita por todos los autores, ya que el tratamiento médico puede curar el proceso o al menos llevarlo al estado crónico, pero en este tiempo la enferma habrá recobrado energías para soportar la operación. Sin embargo el tratamiento de las anexitis crónicas debe ser operatorio, cuando la enferma esté apirética y con buen estado general. (18).

P. Lizcano considera tres factores como condicionantes del tratamiento quirúrgico: la incurabilidad médica del proceso es una condición indispensable para la acción quirúrgica; el dolor, que puede llegar a ser tan importante que por sí mismo imponga la operación; y por último el examen de la sangre, sobre todo el número de glóbulos blancos, rojos y polinucleares, para determinar si existe pus o no en el organismo, a fin de aplazar o imponer rápidamente la operación. (19).

## V. TUBERCULOSIS GENITAL

La historia de la tuberculosis genital es reciente, pues no tiene valor científico hasta el descubrimiento del bacilo de Koch, a lo que se suman los progresos de la anatomía patológica y la frecuencia de las operaciones practicadas en los órganos genitales.

El estudio más completo de este tema corresponde al Dr. L. Soler, quién publica un artículo en la RIACM en 1.917 referido casi exclusivamente al tratamiento de la tuberculosis genital.

Dice este autor que la tuberculosis genital es siempre secundaria a una tuberculosis pulmonar o abdominal, si bien se ha demostrado en algunos casos su origen directo, aunque debe haber para que se produzca, solución de continuidad de la mucosa.

Las infecciones locales, gonococias principalmente, traumatismos y preñez, producen menor resistencia y favorecen la evolución del bacilo de Koch. Las vías de infección en orden de frecuencia son la sanguínea, linfática y por contigüidad desde el peritoneo. (20).

### Tuberculosis de la vulva

Puede presentarse de dos maneras:

- a) forma ulcerosa.
- b) forma vegetante, muy semejante a las lesiones producidas por sífilis o cáncer.

El tratamiento que utiliza el Dr. Soler son cauterizaciones con ac. láctico y curas yodofórmicas, y si el

estado general es bueno, raspado y cauterización profunda bajo anestesia.

#### Tuberculosis de vagina

La tuberculosis primitiva en esta localización es muy rara, generalmente presenta forma ulcerosa. El tratamiento es semejante a la tuberculosis de vulva.

#### Tuberculosis de cuello

Frecuentemente se confunde con metritis o cáncer. Hay varias formas:

- a) Miliar, es la tuberculosis generalizada.
- b) Papilar, semejante al cáncer.
- c) Ulcerosa, la forma más frecuente.
- d) Intersticial, la mucosa está intacta.

El tratamiento puede ser conservador, mediante cauterización con cloruro de zinc o formol; raspado más cauterización; y amputación de cuello. El tratamiento radical consiste en histerectomía vaginal o abdominal y L. Soler sólo lo utiliza en casos de recidivas tras el tratamiento conservador.

En 1.902 P. Lizcano atendió en el I.T.O. un caso de endocervicitis en el que existían dudas acerca de su etiología epitelial o inflamatoria. Realizó amputación del cuello y tras los análisis histológicos fue diagnosticado como tuberculosis idiopática de cuello. (21).

#### Tuberculosis de cuerpo

Según L. Soler, la tuberculosis aislada en esta localización es muy rara, siempre va unida a tuberculosis de los anexos, el tratamiento es la histerectomía.

En este mismo sentido se manifiesta C. López Dóriga en la RIACM en 1.925, donde presenta dos casos de tuberculosis uterina; dice que el tratamiento si no hay foco pulmonar activo debe ser quirúrgico. (22).

#### Tuberculosis anexial

Es la localización más frecuente, representa el 90% del aparato genital, no es primitiva pero en ocasiones en que el foco pulmonar pasa desapercibido, puede mostrarse clínicamente como primitiva. Existen tres formas:

- a) Lesiones tubarias predominantes (la trompa siempre está invadida).
- b) Lesiones peritoneales predominantes.
- c) Lesiones ováricas predominantes (muy raras).

El tratamiento médico es el general utilizado para las tuberculosis: reposo, aplicación de calor y helioterapia.

En cuanto al tratamiento quirúrgico se utiliza la vía vaginal o abdominal, de forma conservadora o radical, según la extensión del caso y el estado general de la paciente, pero en ningún caso cuando hay fenómenos peritoneales agudos. Por vía vaginal realizan colpotomía, salpingotomía e histerectomía; por vía abdominal, actualmente la más utilizada, laparotomía simple, conservadora o radical.

Ya en 1.899 Eugenio Gutiérrez y A. Figueroa veían la salpingitis tuberculosa como la forma más frecuente de tuberculosis genital, y reconocían esta afección aún en muchos casos en que el examen microscópico no descubría el bacilo de Koch. (23).

Un punto muy importante respecto a la tuberculosis,

no ya en su localización genital sino pulmonar, que es mucho más frecuente, es la conducta obstétrica a seguir en el caso de gestación de una mujer con esta enfermedad.

E. Gutiérrez presenta una comunicación en 1.912 en la Liga Popular contra la tuberculosis, en la que habla de la interrupción artificial del embarazo en las gestaciones tuberculosas. De esta comunicación, que se publicó en la RIACM, se extraen las siguientes conclusiones:

1. El embarazo suele agravar la tuberculosis, pero menos que el parto o el puerperio.
2. Los fenómenos torácicos se agravan en el último tercio de la gestación.
3. Es beneficioso para la madre provocar el aborto en los primeros meses y para el feto provocar el parto cuando surgen complicaciones.
4. En casos de tuberculosis general, el aborto y parto son espontáneos.
5. Hay casos en que conviene provocar el parto para mejorar las condiciones de la enferma.
6. El parto prematuro en interés del feto sólo debe hacerse cuando hay complicaciones graves.
7. No hay datos seguros para saber cuando la intervención es urgente.
8. Condena la esterilización de la mujer porque no mejora el curso de la tuberculosis. (24).

También se pronuncia L. Soler sobre este tema unos años más tarde en la RIACM diciendo que cuando el embarazo no influye en la salud de la madre, lo mejor es vigilarlo

y hacer un parto rápido y poco traumatizante, separando al niño de la madre rápidamente. Si con el embarazo la situación de la madre se agudiza muchos autores están a favor de la suspensión de la gestación, pero L. Soler dice que es mejor abstenerse porque la madre no podrá soportar la operación ni la hemorragia. Cuando se presentan complicaciones en el último mes, está a favor de provocar el parto o hacer cesárea. (25).

IV. 4. d. PATOLOGIA TUMORAL

Los tumores que asientan en el aparato genital pueden clasificarse atendiendo a su benignidad o malignidad, o bien, según el órgano donde asienta la neoplasia. En el caso del útero esta decisión es sencilla, pero para la trompa y en especial el ovario, resulta muy difícil, pues no siempre es posible establecer el límite entre benignidad y malignidad, y a esta dificultad se suma la gran variedad de tumores de ovario en base a su complicada embriología. En consecuencia la exposición de este tema sigue una clasificación topográfica, dividiendo los tumores según su malignidad únicamente en el caso del útero.

I. Patología tumoral del útero.

II. Patología tumoral de la trompa.

III. Patología tumoral del ovario.

#### I. PATOLOGIA TUMORAL DEL UTERO

Entre los tumores benignos más estudiados en el I.T.O. destacan los fibromas o miomas y dentro de los malignos el cáncer o epiteloma de útero y el sarcoma.

##### A) Fibromas o miomas

La práctica totalidad de los artículos localizados sobre este tema se refieren al tratamiento de esta afección por diversos métodos, algunos a las complicaciones y el resto tratan de casos clínicos. Sólo uno, debido al Dr. Gutiérrez publicado en El Siglo Médico estudia la clasificación anatomopatológica de los fibromiomas, su eliminación y expulsión espontáneas.

Dice E. Gutiérrez que ya de antiguo los fibromas se cla

sifican en intramurales, subserosos y submucosos, pero en su origen todos son intersticiales, lo que ocurre es que el crecimiento se verifica en diferentes sentidos. Para su eliminación y expulsión espontáneas hay varios caminos: El subseroso puede caer en el Douglas y quedar en él, o bien, infectarse y degenerarse antes de salir al exterior, en este caso el pronóstico será funesto. El submucoso puede salir al exterior por un mecanismo semejante al del parto cuando se rompe su pedículo de unión. Los fibromiomas intersticiales cuando degeneran salen al exterior bien hacia la cavidad uterina o a través de las paredes abdominales, en este último caso el pronóstico es muy malo.

En este mismo artículo presenta un caso de mioma tratado con inyecciones parenquimatosas de ergotina que hicieron expulsar el tumor por el ombligo. (1).

Para desarrollar el tratamiento de los fibromas uterinos se sigue el esquema de E. Gutiérrez en su artículo publicado en la RIACM en 1.900. (2).

Divide el tratamiento dicho autor en paliativo y curativo.

TRATAMIENTO PALIATIVO: Indicado en aquellas enfermas que no pueden o no quieren someterse a una operación, o bien como tiempo previo a ella. Se puede realizar por varios métodos:

a) Medios higiénicos: Cuando hay hemorragias, reposo en cama, prohibir el coito y los ejercicios violentos; si el fibroma es movable o muy voluminoso recomienda la faja abdominal, irrigaciones vaginales de agua hervida y baños

termales.

b) Medios farmacológicos: aplica ergotina y extracto de fluído de hidrastis con sus derivados, que se utilizan por su acción vasoconstrictora.

Martínez Cerecedo ha observado que los fibromiomas aumentan de volumen durante el embarazo y experimentan una verdadera regresión en el puerperio. Dice este autor que se pueden reducir de volumen si se favorece la involución uterina fisiológica del puerperio con el cornezuelo, ergotina, pituitrina, irrigaciones calientes y prolongando la lactancia. (3).

c) Otros métodos paliativos: Entre los que se encuentra la opoterapia, recientemente introducida en ginecología. Aunque Virchow niega la existencia de una secreción interna del ovario, E. Gutiérrez ha utilizado pastillas de ovarina de Chaix o de Merck y ha visto restablecimientos de la función menstrual y desaparición de los síntomas de la menopausia o panhipofisectomía.

Otro método paliativo es la electroterapia, que da resultados muy variables.

Hay un tercer método paliativo, la radioterapia; este sistema es analizado por el Dr. Botín en la Rev. Española de Obstetricia y Ginecología en 1.919. Este autor utiliza la radioterapia para el tratamiento de estas afecciones en el Instituto Rubio con ayuda del Dr. Aguado, que es quien dirige el gabinete radioterápico del Instituto. Según Fco. Botín los rayos X son curativos en muchos fibromiomas y son un poderoso auxiliar cuando no llegan a

ser curativos, ante todo para detener las hemorragias. El tratamiento por los rayos X está indicado, según el mismo autor, en los fibromiomas únicos, intersticiales, subserosos, de desarrollo ancho, consistencia blanda y en los de tamaño pequeño. También lo recomienda en mujeres mayores de 35 años en las que la operación supondría pérdida de la integridad del aparato genital; en aquellos miomas que supongan un obstáculo al parto y en las enfermas anemiadas por la operación. (4).

d) Medios quirúrgicos paliativos: Entre los que figuran:

1) La castración, si bien E. Gutiérrez prefiere la histerec-  
tomía vaginal a la castración en iguales circunstancias. 2)

El raspado, sobre el que dice:

"Cuando las enfermas se oponen resuelta-  
mente a toda intervención radical y no  
bastan los medios terapéuticos para comba-  
tir las hemorragias, suelo recurrir al  
raspado o legración." (5).

3) También se pueden utilizar ligaduras atrofiantes de los vasos uterinos para combatir las hemorragias y provocar la disminución del tumor, pero E. Gutiérrez no las utiliza.

TRATAMIENTO CURATIVO: Es la intervención quirúrgica para eliminar el fibroma. Es el tratamiento de elección en mujeres jóvenes, con grandes hemorragias, cuando existen síntomas de compresión, son fibromas degenerados, o se acompañan de lesiones anexiales. Por vía vaginal se realizan: hemisección uterina, colpotomía posterior e histerec-  
tomía vaginal. Por vía abdominal: histerec-  
tomía abdominal to-  
tal.

E. Gutiérrez publica en El Siglo Médico en 1.881 un ca-

so clínico de fibromas telangiectásicos de la matriz operados por vía abdominal por el Dr. Rubio y Galí. La paciente murió a los 11 días de la operación y el análisis histológico lo realizó el Dr. Gutiérrez. (6).

Unos años más tarde, el mismo autor publica en la RIACM dos casos de fibromas operados por histerectomía abdominal en los que se lesionó el uréter. Indica que estas lesiones, aunque poco frecuentes, son debidas a alteraciones en la estática de los órganos pelvianos que desconciertan al cirujano y hay que estar preparados para diagnosticarlas y remediarlas en la misma intervención. (7).

El 20 de Enero de 1.910 el Dr. E. Gutiérrez pronuncia una conferencia en el Instituto Rubio sobre "La flebitis como complicación de los fibromas uterinos", que se publica en la RIACM y en El Siglo Médico. Habla en esta conferencia de la flebitis puerperal, la post-laparotomía y se dedica especialmente a las flebitis que complican los fibromas uterinos. Según este autor hay dos factores fundamentales que provocan la flebitis, por una parte la infección, debida generalmente a estreptococos y estafilococos) y por otra el retardo en la circulación venosa con alteración mecánica de las plaquetas.

Recomienda como profilaxis mayor rigor en la asepsia y poner más cuidado al realizar las operaciones, sin pinchar o desgarrar vasos. El tratamiento requiere reposo absoluto y elevación del miembro. Dice que Chantemesse utiliza ácido cítrico para evitar la trombosis con buenos resultados y otros autores como Doyen están utilizando sustancias

como la mycolysina con importantes propiedades fagocitarias. (8).

### B) Cáncer de útero

Sobre este apartado se ha obtenido una gran cantidad de material, ya que es un tema que preocupó profundamente a la práctica totalidad de los profesores del Instituto, lo que permite considerar y analizar varios aspectos:

- a) Frecuencia.
- b) Etiología.
- c) Histología.
- d) Formas clínicas.
- e) Diagnóstico.
- f) Tratamiento.

a) Frecuencia: En una comunicación leída en el III Congreso de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, el Dr. Lizcano afirma que el cáncer uterino es el que con más frecuencia se observa en la mujer, es más común, dice, que el cáncer de mama, pues representa el 6,5% de todas las enfermedades ginecológicas. (9). Según el Dr. Gutiérrez el 10,12% de las enfermas inscritas en el Instituto Rubio padece cáncer de útero. (10).

b) Etiología: El Dr. Gutiérrez en una conferencia celebrada el 22 de Junio de 1.911 en el Paraninfo de la Universidad de Granada, con motivo del Congreso patrocinado por la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias, habla especialmente de la etiología y curabilidad de este tumor. Este autor define el cáncer en general como:

"Una enfermedad caracterizada por la multiplicación anárquica, desordenada, de la célula epitelial, ya predispuesta, que se extiende, más o menos rápidamente, destruyendo los tejidos sanos con su acción invasora, y llevando a puntos distintos la misma formación neoplásica (metástasis) hasta aniquilar el organismo." (11).

Dice el Dr. Gutiérrez que se trata de una multiplicación atípica, desordenada, de una célula epitelial ya predispuesta, porque el cáncer se desarrolla siempre sobre un órgano ya alterado; esta alteración puede ser irritativa, inflamatoria, traumática, infecciosa o teratológica. Afirma de todas maneras que actualmente pese a las muchas teorías existentes no se conoce todavía el factor desencadenante del cáncer.

P. Lizcano estudia ampliamente el problema del cáncer uterino y se muestra de acuerdo con el Dr. Gutiérrez en cuanto a la completa ignorancia de la verdadera causa de esta neoplasia. En su artículo publicado sobre este tema en la RIACM, estudia varias condiciones etiológicas que de alguna forma se sabe que influyen en el desarrollo de esta enfermedad en la esfera genital:

1. Herencia: Dice P. Lizcano que todavía es admitida por varios autores, bien como transmisión del progenitor a sus descendientes, o en forma de atributos o predisposiciones fisiopatológicas. Este autor piensa que esta etiología debería desaparecer por oscura y errónea.

2. La edad sí está demostrado que es una condición positiva para el desarrollo del cáncer. La mayor frecuencia se halla en mujeres de 40-50 años. En este mismo sentido

se ha manifestado en muchas ocasiones el Dr. E. Gutiérrez.

3. Reconoce como indudable la influencia patogénica de las inflamaciones, rasgaduras, ectropión y endometritis crónicas, en la localización cervical de este tumor.

4. Hay otras teorías etiológicas sin demostrar, que suponen que el origen del cáncer puede estar en microorganismos, fermentos, etc. sobre las que P. Lizcano no entra a discutir por considerarlas actualmente sin fundamento. (12).

c) Histología: E. Gutiérrez supone que en el cuello, el adenoma benigno, el adenoma maligno y el epiteloma cilíndrico son gradaciones de un mismo proceso: el cáncer glandular. En el epiteloma del cuerpo del útero, el epitelio cilíndrico se hace anaplásico, semejándose al poliédrico. (13).

d) Formas clínicas: Según P. Lizcano, y la mayoría de los autores, tres síntomas constituyen el cuadro semiológico del epiteloma uterino: la hemorragia genital, el dolor pelviano y la leucorrea fétida, pero dice este autor que cuando estos síntomas aparecen ya es demasiado tarde para la terapéutica.

El examen clínico no debe esperar a la presencia de la sintomatología completa, sino que cuando exista cualquiera de los tres síntomas, se debe realizar examen físico de la enferma. Este examen permite clasificar el cáncer de útero en tres formas clínicas:

ca. de cuello	vegetante		
	nodular	ca. de cuerpo	difuso
	cavitario		circunscrito

Según este autor, es mucho más frecuente el cáncer de cuello que el de cuerpo uterino.

e) Diagnóstico: El cuadro sindrómico está plenamente establecido, consiste en metrorragias, dolores expulsivos e intensos, aumento en volumen y capacidad del útero y flujo mucopurulento fétido, pero como se ha indicado antes, los autores están de acuerdo en la importancia de llegar al diagnóstico precoz valorando en su justa medida la edad, el examen físico y reforzando el diagnóstico con el examen microscópico de los productos obtenidos por legrado. (14).

f) Tratamiento: El tratamiento es el punto mejor estudiado por todos los autores que trabajan en el Instituto.

A. Martínez Cerecedo en 1.900 publica en la RIACM un trabajo que resultó premiado por la Sociedad Española de Higiene, relativo a la higiene de los órganos genitales en la mujer aplicada a las inflamaciones y al cáncer de la matriz. En este estudio el autor, basándose en las teorías parasitarias y traumáticas del cáncer, preconiza la asepsia en los partos y especialmente la evitación de las infecciones blenorragias y sifilíticas que predisponen al desarrollo del cáncer. (15).

El tratamiento del cáncer de útero es fundamentalmente quirúrgico, pero se han estudiado diversos métodos paliativos para los numerosos casos en que el tratamiento radical ya no resultará curativo.

TRATAMIENTO PALIATIVO: Para intentar reducir las hemorragias que provoca el cáncer de útero se han utilizado diversos métodos. En 1.881 el Dr. Federico Rubio publica en El Siglo Médico una conferencia celebrada en el I.T.O. sobre el tratamiento de las hemorragias producidas por el

epitelioma de matriz. Dice, en su disertación, que para cohibir estas hemorragias ha empleado cloruro de zinc, que actúa como caústico, ya que la ergotina o el cornezuelo no sirven porque en la neoplasia no existen vasos normales que contraer. (16).

En 1.901 H. Guiu y Gutiérrez del Instituto Rubio, publica en la RIACM un estudio sobre los diversos métodos paliativos que se han utilizado y los que actualmente se utilizan y se experimentan en el cáncer uterino. Hace una reseña histórica de varios tratamientos y describe el aplicado por Cerney y Trunecek, que él también está usando en el Instituto. Afirma que muchos epitelomas superficiales pueden curar por este método sin operarse, y es sin ninguna duda un buen remedio paliativo de los cánceres operables. (17).

Un año después publica en la misma revista el resultado de varias observaciones clínicas de cáncer uterino tratado por este método con buenos resultados. Consiste este tratamiento en la aplicación de ac. arsenioso suspendido en agua y alcohol. Reconoce este autor que no es éste el método de elección, pero sí es un poderoso paliativo en los casos inoperables. Analiza en el mismo artículo otros tratamientos en estudio: sueroterapia, fototerapia, radioterapia, etc., pero no los considera utilizables por el momento. (18).

P. Lizcano utiliza con resultados aceptables el raspado uterino. Dice que no tiene pretensiones de alcanzar la curación, pero ayuda a cohibir la hemorragia y mejora

el estado general de la enferma. (19).

TRATAMIENTO CURATIVO: Todos los autores están de acuerdo en que el único tratamiento curativo es la exéresis quirúrgica y su opinión solo difiere en cuanto a la elección de la vía.

Para desarrollar este apartado, y teniendo en cuenta la cantidad de artículos localizados, se han ordenado por autores y dentro de ellos cronológicamente:

a) EUGENIO GUTIERREZ: El primer artículo data de 1.907. Es una transcripción de la Conferencia celebrada el 15 de Noviembre del mismo año en el Instituto Rubio. En esta conferencia se ocupa del tratamiento y estudio de la extensión probable del proceso neoplásico como base para la indicación terapéutica. Indica que la propagación a los órganos y tejidos próximos es más precoz en los cánceres de cuello (primero epiteloma cilíndrico, seguido del pavimentoso y en último lugar el vegetante), que en los de cuerpo.

En cuanto al tratamiento curativo, piensa que se debe utilizar histerectomía vaginal en casos de cáncer de cuello o de cuerpo bien delimitados, que no hayan traspasado el tejido uterino, cuando el órgano es perfectamente movable y ni la vagina ni los ligamentos anchos están infiltrados. La histerectomía abdominal la reserva para el cáncer uterino más avanzado, con alguno de los ligamentos anchos invadido, útero fijo y adherencias anexiales. Cuando los dos ligamentos anchos están invadidos y recto o vagina están infiltrados, sólo se puede intentar



el tratamiento paliativo.

E. Gutiérrez no está completamente de acuerdo en practicar exéresis ganglionares extensas, ya que dice que no son totalmente curativas y sí muy traumatizantes (20).

En una conferencia celebrada en el Ateneo Médico Farmacéutico Municipal de Madrid el 12 de Junio de 1.908 sobre el cáncer uterino, analiza la frecuencia del mismo e insiste en la importancia del diagnóstico precoz para que el tratamiento pueda ser curativo. Expone once curaciones habidas en el Instituto Rubio desde 1.889 a 1.903. (21).

En 1.913 presenta una comunicación al Congreso de Valencia celebrado el 25 de Abril, que se publica en la RIACM, sobre el tratamiento del cáncer uterino; trata del tratamiento profiláctico, paliativo y curativo especialmente, en el mismo sentido que el primer artículo mencionado, afirmando que el único tratamiento curativo es el quirúrgico, bien por vía vaginal o abdominal. (22).

b) POLICARPO LIZCANO: Todas sus publicaciones sobre este tema aparecen en El Siglo Médico. En la primera de ellas en 1.904, presenta varios casos de cáncer uterino atendido en la Casa de Socorro de la Inclusa y en el Instituto Rubio, y resume el estado actual del diagnóstico precoz y tratamiento. Dentro del tratamiento, el quirúrgico es el único que admite como curativo y se muestra a favor de la histerectomía vaginal por ser mucho menos traumática y peligrosa que la vía abdominal, especialmente si se trata de operaciones con carácter paliativo. (23).

En 1.913 publica otro artículo analizando los factores que intervienen en la curabilidad del cáncer, diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico, y dice:

"Una vez que la curabilidad del cáncer uterino es un hecho probado por la observación clínica, y que el éxito de la intervención quirúrgica depende esencialmente del diagnóstico precoz de la enfermedad, se comprende que lo más importante es el estudio de los síntomas iniciales, a fin de que las enfermas se den cuenta del peligro que las amenaza y busquen oportunamente el adecuado remedio." (24).

Por último publica en el mismo año una Comunicación remitida al Congreso de Obstetricia, Ginecología y Pediatría sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer de útero. En su opinión, los cánceres limitados y los algo avanzados deben operarse por histerectomía, pero los avanzados sólo son susceptibles de operaciones paliativas. En cuanto a la vía por la que ha de practicarse la operación, P. Lizcano prefiere la vaginal, si bien reconoce que en los últimos años está ganando adeptos la vía abdominal que permite hacer mejores exéresis y en consecuencia ofrece más garantías de curación definitiva. (25).

c) LUIS SOLER: En todas sus publicaciones este autor se declara partidario de la vía vaginal siempre que sea posible. Otro punto a tener en cuenta es la introducción de los rayos roetgen para el tratamiento de este tipo de cáncer, y es éste el único profesor que utiliza este tipo de tratamiento.

En 1.924 publica en la RIACM una conferencia celebrada en el Instituto Rubio en la que presenta una estadística de

170 enfermas de cáncer de cuello tratadas unas con histerec-  
tomía y con curieterapia o roetgenterapia otras (26):

Supervivencia utilizando histerectomía

Menos de un año .....	29
Más de un año y menos de 2	70
Dos años .....	40
Tres años .....	14
Cuatro años .....	11
Cinco años .....	4
Más de 10 años .....	2

Supervivencia utilizando curieterapia y/o roentgenterapia

<u>Casos operables</u>	<u>Límite de operabilidad</u>	<u>Inoperables</u>
6 años ..... 1	5 años ..... 1	4 años ..... 1
4 años ..... 2	4 años ..... 4	2 años ..... 20
1 año ..... 1	3 años ..... 3	1 año ..... 14
	1 año ..... 2	

En 1.928 y también en la RIACM publica otro artículo ratificándose en el uso de la histerectomía vaginal como tratamiento de elección en el cáncer de cuello de útero en estadio operable. (27).

En la misma publicación aparece un año más tarde la transcripción de una Conferencia celebrada el 6 de Diciembre de 1.929 en la Casa de Socorro del Distrito de Palacio. En esta conferencia L. Soler insiste en la importancia del diagnóstico precoz para conseguir un tratamiento efectivo. (28).

Por último en 1.931 pronuncia un discurso en la sesión inaugural del curso académico de 1.931 en la Sociedad Ginecológica Española en el que indica que siempre fue adicto a la vía vaginal. La curación sólo puede efectuarse

si se eliminan todas las células cancerosas y esto sólo puede hacerse mediante una exéresis suficientemente amplia, pero aún así siempre será limitada y nunca se podrá saber hasta dónde llega el mal, por eso muchos autores se acogen a la medicación radiactiva como complemento, entre ellos el Prof. Recasens, que es quien ha impulsado este método. L. Soler siempre se mostró contrario a la aplicación de este tratamiento hasta que vió los resultados que obtenía el Dr. Recasens, y desde entonces preconiza su uso. (29).

c) OTROS AUTORES: Fco. Botín presenta una comunicación al Congreso de Obstetricia, Ginecología y Pediatría celebrado en Valencia del 20 al 25 de Abril de 1.913 sobre el tratamiento del cáncer uterino, en ella dice:

"Sólo la intervención precozmente practi cada sigue siendo el único modo de proce der que actualmente tenemos a nuestra dis posición para combatir el cáncer de ma triz." (30).

Indica también que el diagnóstico precoz se hace en mejores condiciones y en mayor cantidad que hace unos años, pero todavía un gran número de casos que se diagnostican son inoperables. Afirma asimismo que solo subsisten dos operaciones para eliminar el útero canceroso, la histerectomía abdominal y la vaginal, cada una con sus indicaciones.

El último artículo corresponde al Dr. López Dóriga. Se trata de un caso clínico diagnosticado por biopsia como adenocarcinoma del cuerpo uterino, extendido hasta el cuello. Se hizo histerectomía abdominal total extensa

por el procedimiento de Wertheim. (31).

g) Complicaciones: Una complicación grave que coexiste con el cáncer de útero es la anuria. Esta anuria se produce por compresión de los uréteres y no por infiltración de éstos. Es más frecuente en el cáncer de cuello que en el de cuerpo de la matriz. P. Lizcano escribe un artículo sobre este tema en El Siglo Médico en 1.911, en el que aborda fundamentalmente el tratamiento de esta afección, que considera debe ser siempre quirúrgico, y dice:

"La nefrotomía en la anuria cancerosa, si no existe caquexia avanzada, tiene una indicación legítima, tanto como remedio de urgencia vital, cuanto porque prolonga la vida de la enferma." (32).

El embarazo también puede complicar un cáncer de cuello cuando coexiste con éste. El primer artículo sobre este tema se debe a Fco. Blasco, quien en 1.906 presenta en la RIACM tres casos de epiteloma de cuello uterino con embarazo. Según este autor, la coincidencia de cáncer de cuello y embarazo se considera una rareza. Cuando coexisten, es más probable que se trate de un embarazo que agrava un cáncer incipiente que de un cáncer ya presente cuando la mujer se queda embarazada. Sobre el tratamiento dice:

"Todos los autores están conformes en aceptar como axioma que siempre que en el curso de una gestación en los tres primeros meses encontremos un epiteloma operable, debe ser intervenido inmediatamente, prescindiendo del feto, ya que si aguardamos a su viabilidad se dará lugar a que el proceso sea inoperable o sobrevenga el aborto antes de dicha fecha, como frecuentemente ocurre, con lo que no se ha podido salvar el feto y perdido la ocasión de salvar la vida de la madre." (33).

El Dr. Soler en una conferencia celebrada en el Instituto Rubio el 8 de Mayo de 1.930 sobre el tema "Cáncer de la matriz y embarazo" dice, que la frecuencia de cáncer de matriz con embarazo es menor que la que determinan los fibromas de útero y quistes de ovario; además, el cáncer es más frecuente en épocas avanzadas en las que la gestación no suele presentarse. El cáncer primitivo de cuerpo uterino, según L. Soler, es verdaderamente incompatible con el desarrollo de una gestación, pero no el de cuello, cuya frecuencia asociado a embarazo se fija, según los distintos autores, entre 1:570 y 1:2.000. Según indica, los síntomas clínicos del cáncer uterino en una embarazada son prácticamente los mismos que fuera de la gestación; el primero suele ser la hemorragia persistente bien espontánea o al menor esfuerzo. Piensa asimismo que la gestación agrava siempre el cáncer de cuello uterino, activándolo. Generalmente la gestación se interrumpe, bien por parto prematuro o por aborto, cuando existe un cáncer de útero.

La mayoría de los autores en cuanto al tratamiento cuando se trata de gestaciones en los primeros meses y cáncer operable, optan por practicar histerectomía vaginal o abdominal rápidamente, sin preocuparse por la vida del feto, pero L. Soler utiliza radium en aplicaciones vaginales y termina la gestación por cesárea abdominal antes del trabajo de parto, seguida o no de histerectomía, según el caso. De esta forma consigue salvar al feto y traumatizar poco a la madre. (34).

C) Sarcoma de útero

Sólo hay un caso publicado sobre este tema debido al Dr. García de Arias. Se trata de una paciente con metrorragias abundantes de tres meses de duración, sin ningún otro síntoma. El Dr. García de Arias pide opinión a los Dres. R. Sánchez, Martínez Cerecedo y L. San Román sobre si procede la histerectomía vaginal, pues cree que puede ser un cáncer, o bien es preferible la legración. Se comienza por legrar pero a la vista de la mucosa extraída, hacen histerectomía vaginal y analizada la pieza histológicamente resulta ser un sarcoma. Dice que el sarcoma de útero es poco frecuente, pero quizá si se analizaran histológicamente todas las piezas no lo sería tanto. (35).

II. PATOLOGIA TUMORAL DE LA TROMPA

En la documentación localizada, únicamente se ha encontrado un caso de cáncer tubario primitivo que publica el Dr. E. Gutiérrez en la RIACM en 1.902. Según indica este autor, la existencia del cáncer tubario primitivo ha sido negada por algunos autores. El caso que presenta es un quiste mucoideo del ovario derecho operado el 5 de Julio de 1.891; once años después se presenta con un abultamiento exagerado del vientre que data de tres meses atrás, y que origina edema de miembros inferiores y ascitis. A la exploración se demuestra que se trata de ascitis con función renal normal. Se realiza laparotomía y se

extrae un tumor blando que descansaba sobre el Douglas y que partía del tercio interno de la trompa izquierda, se extirpa y se limpia el fondo del Douglas. El examen microscópico realizado por el Dr. Moreno demuestra que se trata de un cáncer tubario primitivo bien clasificado, cuyo único síntoma era la ascitis. Este tumor no procedía de un trastorno inflamatorio como algunos autores condicionan. (36).

### III. PATOLOGIA TUMORAL DEL OVARIO

El tema de los tumores de ovario está ampliamente tratado en un estudio publicado en El Siglo Médico en 1.904 por el Dr. Lizcano, y para su análisis vamos a seguir su esquema:

a) Etiología: La etiología de los quistes de ovario, dice P. Lizcano, es muy oscura, como la de todos los tumores en general; sólo se han determinado algunas causas que pueden considerarse predisponentes. La edad es una de ellas, ya que se observa que son más frecuentes en la época de actividad sexual de la mujer. También se ha comprobado que son más frecuentes entre las mujeres solteras, pero reconoce nuestro autor que otros profesores opinan que la vida sexual predispone a los tumores quísticos. En cuanto a la predisposición hereditaria y las inflamaciones del ovario como causas capaces de provocar un quiste ovárico, P. Lizcano, lo considera poco verosímil.

b) Anatomía patológica: El apartado de la anatomía-pato

lógica de estos tumores es un tema importante. Este autor se ocupa en este trabajo únicamente de los quistes de gran desarrollo, prescindiendo de los pequeños (quistes foliculares, del cuerpo amarillo, etc.). Divide los grandes quistes en mucoides, dermoides, mixtos y paraováricos.

a) Los quistes mucoides, prolíferos glandulares y prolíferos papilares, también llamados de Pozzi, son los más frecuentes y los que alcanzan mayor volumen. Están constituidos por una pared fibrosa de donde nacen tabiques que limitan cavidades múltiples tapizadas de revestimiento epitelial. Suele estar libre y unido al ligamento ancho por un pedículo.

R. García de Arias presenta en la RIACM en 1.911 un caso de quiste areolar gigante del ovario (Fig. 1) que fue extraído previa punción del quiste. (37).



Fig. 1. Quiste areolar gigante del ovario. Pieza operatoria.

b) Los quistes dermoides son menos frecuentes y más pequeños que los anteriores. Poseen en su interior vestigios de dientes, huesos, cartílagos, fibras musculares, tejido nervioso, piel, pelos, material sebáceo, etc. En general, el ovario desaparece y es sustituido por el tumor.

c) Quistes mixtos. Son tumores en parte dermoides y en parte mucoides.

d) Quistes para-ováricos. Según P. Lizcano estos tumores se desarrollan en el órgano de Rosenmuller, son independientes del ovario pero están muy relacionados clínicamente con él. Contienen líquido en su interior y al desarrollarse separan las hojas del ligamento ancho y rechazan los órganos contenidos en él (ovario y trompa). La parte estrecha que une el quiste con el punto de inserción es el pedículo.

c) Patogenia: P. Lizcano analiza las teorías que predominan en la actualidad sobre la procedencia de estos tumores. Respecto a los quistes mucoides dice que el ovario del embrión está tapizado por epitelio germinativo que invaginándose en el estroma forma los tubos de Pflüger, origen a su vez de los folículos de Graff que contienen los óvulos. Según algunos autores, estos quistes proceden de los tubos de Pflüger, según otros del propio epitelio germinativo y para algunos serían proliferaciones del folículo de Graff. P. Lizcano dice al respecto:

"Cualquiera que sea el origen del primer tubo epitelial, desde que el epitelio se invagina por oclusión de su orificio constituye una cavidad quística, aunque microscópica que segrega y prolifera, la

neoplasia ha comenzado." (38).

En cuanto a los quistes dermoides, comenta las tres teorías que privan en el momento. La teoría del enclavamiento debida a Verneuil, supone que en el curso del desarrollo embrionario algunas células ectodérmicas serían aprisionadas en el mesodermo, originando tumores quísticos con formaciones de elementos tegumentarios y otros dejidos ectodérmicos. La teoría de la célula nodal formulada por Bard se basa en la idea de la especificidad celular; según esta teoría, las células de las tres hojas del blastodermo derivan de la célula ovular, cada célula del óvulo tiene la propiedad de crear los diferentes tejidos del cuerpo. Estas células desaparecen dando origen a otras más avanzadas, si una de ellas detiene su evolución quedará en su lugar anatómico diferente y podrá producir tejidos diversos en el órgano que la contiene; según P. Lizcano esta teoría tiene pocos adeptos. La teoría de la partenogénesis es la que cuenta con más partidarios. Está basada en el hecho de que el óvulo tendría capacidad de dividirse y crear tejidos nuevos fuera de la fecundación. Se admite pues que el quiste dermoideo es un embrión atrofiado y monstruoso.

Con relación a los quistes para-ováricos, dice P. Lizcano que la mayoría de los autores admite que proceden de los restos embrionarios del cuerpo de Wolff.

d) Clínica: Cuando son pequeños no suelen producir molestias, sólo cuando alcanzan cierto tamaño determinan compresiones en las partes cercanas y dolores vagos en la

zona pelviana. Al crecer el tumor y hacerse abdominal, se puede apreciar por inspección, palpación, percusión y tacto vaginal especialmente.

Las enfermas van sufriendo los efectos de la compresión en el recto, estómago, pulmones, corazón, etc., se altera el estado general y el rostro toma una expresión característica llamada facies ovárica, acabando por conducirla a un estado de caquexia tal, que puede provocarle la muerte.

Generalmente tienen curso lento, especialmente los dermoides y paraováricos, pero algunos mucoides son malignos y acaban con las enfermas en poco tiempo. Los quistes pueden presentar accidentes no ligados a su malignidad, como son las hemorragias intraquísticas, la torsión del pedículo, ruptura del quiste, ascitis (indicio de malignidad) y adherencias.

La torsión es uno de los accidentes más graves que pueden complicar los quistes ováricos. Si la torsión del pedículo es completa, impide la llegada y retorno de sangre al quiste y la consecuencia es el desarrollo de una peritonitis gravísima. Cuando es incompleta sólo se interrumpe la circulación venosa, resultando la congestión del quiste que como consecuencia origina crisis peritoníticas y crecimiento rápido del tumor.

E. Gutiérrez presenta en la RIACM en 1.899 un caso de quiste ovárico más embarazo que operó por el riesgo inminente de torsión del pedículo. El embarazo continuó su curso normal. (39).

P. Lizcano presenta un caso semejante en El Siglo Médi-

co en 1.910. También en este caso practicó ovariectomía y salvó a la madre y al feto. (40).

Asimismo E. Gutiérrez Balbas, operó con éxito en 1.912 un quiste ovárico derecho con torsión del pedículo. (41).

e) Diagnóstico: Con frecuencia es difícil, ya que puede ser confundido con una gestación normal, con vejiga distendida por retención urinaria y con otros tumores distintos (fibromas, etc.).

f) Pronóstico: La gran mayoría de los quistes ováricos son benignos, pero no obstante pueden ser malignos, o malignizarse. Estos últimos se caracterizan por el desarrollo rápido, producción de metástasis, presencia de ascitis y caquexia. Se reconoce como un axioma que todos los quistes ováricos deben ser operados en cuanto se diagnostican, no sólo por la posible degeneración maligna, sino por las complicaciones que pueden ocasionar.

sobre el cáncer primitivo de ovario L. Soler escribe un artículo en la RIACM en 1.931 en el que admite dos categorías: los epitelomas germinativos y los epitelomas wolffrianos, estos últimos suponen la gran mayoría de los cánceres de ovario. Indica que todo quiste debe ser operado, ya que a pesar de su silencio clínico pueden ser malignos. (42).

g) Tratamiento: Dice P. Lizcano que no hay otro tratamiento más que la ovariectomía Solo se puede admitir la punción como acto previo a la operación, o bien en casos inoperables.

Ya el Dr. Federico Rubio en 1.882 decía que las estadísticas de las ovariectomías habían mejorado en base a la mayor precisión en el diagnóstico, elección de los casos, mayor destreza y un mejor conocimiento de las complicaciones. (43).

Según dice P. Lizcano, la operación debe ser lo más precoz posible, y ni la edad avanzada, el embarazo y otras lesiones concomitantes, son contraindicaciones absolutas a la operación, si bien es más peligrosa, y afirma:

"En los casos simples, puede decirse que la mortalidad es casi nula; pero en los quistes supurados, adherentes, incluidos etc., no resulta tan inocua." (44).

IV. 4. e. GINECOPATIAS Y NEUROSIS

Varios doctores del Instituto Rubio se ocuparon en algún momento de su vida profesional de la relación entre genitopatías femeninas y algunos padecimientos de tipo nervioso.

El Dr. E. Gutiérrez se interesó tempranamente por este tema, pues su tesis doctoral, que leyó el 20 de Octubre de 1.880 en la Universidad de Madrid, versa sobre el vaginismo. Si bien no reconoce que su causa siempre sea nerviosa, sí dice:

"Está ligado a la dismenorrea y a los transtornos nerviosos, sin ser por eso patrimonio de las mujeres nerviosas e histéricas." (1).

Indica en su tesis que casi siempre es una afección sintomática que empieza por una hiperestesia vulvar debida o no a lesiones locales. Esta hiperestesia se transmite a la médula por las fibras sensitivas del pudendo interno y produce por acción refleja la contractura espasmódica del constrictor vaginal. Se suele manifestar a consecuencia de las primeras relaciones sexuales y también tras el parto. Es rebelde pero curable. El tratamiento dice E. Gutiérrez, debe abarcar varios puntos:

"1) El tratamiento de la porción de la médula que está irritada. 2) El del órgano que ha sido punto de partida del espasmo reflejo. 3) El tratamiento del órgano con tracturado. 4) El tratamiento del organismo." (2).

Unos años más tarde pronuncia una conferencia en el Colegio de Médicos que se publica en El Siglo Médico sobre "El síndrome de las ginecopatías femeninas". Habla en ella de la estrecha relación que guarda el aparato

genital de la mujer con los demás órganos de la economía, y la influencia que sus padecimientos ejercen sobre éstos. (3).

Además del Dr. Gutiérrez, otros autores se ocupan de este tema, entre ellos está el Dr. Botín, quien pronuncia una conferencia en el Instituto Rubio en 1.912 sobre "Ginecopatías en relación con las neurosis". Dice F. Botín que es un tema interesante para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias y a veces perjudiciales. Ya desde antiguo se han relacionado las neurosis con enfermedades del aparato genital. El síntoma dolor en las falsas uterinas es muy importante y no corresponde generalmente con una afección genital concreta, pero cuando los síntomas, que en principio son generales, persisten, pueden producir una verdadera afección local. El tratamiento debe ser médico, sugestivo en algunos casos, reservando el tratamiento quirúrgico para casos muy especiales. (4).

P. Lizcano publica en 1.913 un artículo en El Siglo Médico relacionando las anexitis y las neurosis en cuanto al tratamiento quirúrgico se refiere. Dice en su estudio, que antes de sentar la indicación operatoria, debe investigarse la existencia de otras enfermedades que agraven las uterinas, o que incluso requieran una terapéutica previa. Llama la atención sobre las alteraciones en la menstruación y la ovulación, así como los embarazos imaginarios de causa totalmente nerviosa, y asimismo indica que el sistema nervioso se altera por enfermedades genitales, especialmente las crónicas. Menciona particularmente

la relación que parece existir entre la esclerosis óvarica y algunos padecimientos de tipo neurastiforme o histeriforme que obliga a veces a practicar operaciones en el aparato genital a pesar de la pequeñez de las lesiones anexiales. (5).

Por último R. García de Arias, lee un discurso en la Sociedad Ginecológica en 1.916 sobre neuropatías de origen genital en la mujer. Hace referencia en su discurso al sustrato anatómico de las neurosis, diciendo que en un gran número de casos reside en el aparato genital de la mujer.

Hay algunas neurosis causadas por determinadas ginecopatías, como las atresias congénitas o adquiridas de útero, retrodesviaciones uterinas, anexitis crónicas o quísticas, cuyo tratamiento será el de las ginecopatías que las provocan exclusivamente. (6).

IV. 4. f. FISTULAS UROGENITALES

Varios profesores del Instituto Rubio tratan este tema, pero destacan especialmente dos artículos bastante amplios: uno del Dr. Gutiérrez (1) y otro del Dr. Lizcano (2), que sirven de base para la exposición de este apartado. El orden del estudio será, por tanto:

- I. Etiología.
- II. Patogenia.
- III. Clínica.
- IV. Diagnóstico.
- V. Pronóstico.
- VI. Tratamiento.
- VII. Accidentes y complicaciones.
- VIII. Casos clínicos.

El Dr. Gutiérrez, en el artículo aparecido en la RIACM en 1.902 "Fístulas urogenitales" indica que el índice de cultura tocológica de un país se mide por el bajo número de fístulas urogenitales que en él se observan. P. Lizcano, en 1.905 insiste sobre la opinión del Dr. Gutiérrez en el artículo anterior, cuando dice que para un cirujano llegar a conseguir la curación de una de estas fístulas, debe ser considerado como una gran satisfacción, no sólo por el éxito que reporta la operación, a veces acusada de poco lucimiento, sino porque supone la reinserción plena de una mujer en su vida familiar, conyugal y social.

## I. Etiología

Hay dos grupos de fístulas, según la causa que las origina: traumáticas y espontáneas (debidas éstas últimas a lesiones producidas por el curso espontáneo de otras dolencias).

Las fístulas traumáticas son las más numerosas y las que el ginecólogo debe considerar como enfermedad. Entre sus causas destacan: el parto distócico abandonado a sí mismo o aquel en el que se realiza intervención tocológica demasiado tarde. También el excesivo volumen de la cabeza fetal en relación con la pelvis materna, distocias o inercia uterina, causas todas ellas que determinan prolongada compresión e isquemia de los tejidos blandos, que terminan por formar esfacelos y pérdida de sustancia.

J. Larrú, en un trabajo publicado en la RIACM en 1.905, que fue premiado por la Sociedad Ginecológica Española con el Premio Soler, expone sobre este punto:

"La causa esencial en el parto espontáneo es la lentitud, o mejor dicho la detención más o menos persistente del trabajo."  
(3).

J. Larrú cita otras causas de las fístulas: la plenitud de la vejiga de la orina también puede provocar compresión, que se suma a la de la cabeza fetal. Los dos períodos generalmente más peligrosos son: al verificarse el encajamiento del parietal anterior y, sobre todo, al persistir inmóvil la cabeza después de haber verificado la rotación interna. Pero dice:

"Existe un elemento que parece neutrali-

zar casi por completo la acción pernicios<sup>a</sup> de la compresión, cual es la persistencia de la bolsa de las aguas." (4).

P. Lizcano muestra que las fístulas uro-genitales pueden ser ocasionadas, aunque raramente, por la aplicación de forceps, basiotribo o gancho, en casos de distocia, pero precisa que, por lo general, son más numerosos los casos que se producen por no practicar a tiempo la intervención (5). J. Larrú dice:

"Cuando se introduce sin la suficiente dilatación, asignando al forceps un papel que no le corresponde, pueden producirse rasgaduras cuya dirección y límite no es posible precisar." (6).

Otro grupo de fístulas están producidas por intervenciones ginecológicas por vagina o abdomen: colporragias anteriores, histerectomías vaginales, enucleación de tumores uterinos o anexiales.

Y por último, las fístulas ocasionadas por cuerpos extraños, cálculos vesicales, heridas, fracturas y pesarios.

## II. Patogenia

Según los tejidos que se interesan, P. Lizcano divide las fístulas en:

- Vesico-vaginales, vesico-uterinas, uretro-vaginales, uretero-uterinas, uretero-vaginales y uretero-vesicales.
- Cuando afecta a dos o más zonas del aparato genital: vesico-útero-vaginal y vesico-uretro-vaginal, etc. (7).

E. Gutiérrez las divide en simples, cuando la lesión es superficial y localizada y la orina no está alterada,

y complicadas, en las que el tabique uretro-vaginal está tan alterado que es muy difícil de reparar, el esfínter vesical está destruido, hay fístulas múltiples, obliteraciones de la uretra, etc., que requieren procedimientos terapéuticos especiales.

### III. Clínica

El principal síntoma es la incontinencia de orina, más o menos completa. La aparición de esta pérdida involuntaria es variable según el mecanismo de producción de la misma: inmediata en las desgarraduras operatorias y obstétricas y tardía cuando se producen por la caída de una escara.

Es característico el olor amoniacal que exhalan estas enfermas, así como la aparición de eritemas y ulceraciones muy dolorosas por irritación de la vulva, vagina y muslos. Todo ello coloca a la mujer en un estado excepcional que la obliga a aislarse de sus relaciones sociales.

### IV. Diagnóstico

Tanto P. Lizcano como E. Gutiérrez coinciden al afirmar que el diagnóstico es sencillo. En el caso de las fístulas simples basta el tacto y la inspección; para las complicadas se utiliza el tacto mediato, así como combinado con la sonda, la histerometría de las

tres cavidades y las inyecciones con fuchsina, leche o aceite esterilizado variando la posición de la mujer.

#### V. Pronóstico

Las fístulas pequeñas recientes pueden curar espontáneamente, sobre todo si se favorece la cicatrización con cuidados higiénicos.

El pronóstico generalmente depende de su curabilidad operatoria, lugar de asiento, antigüedad y grado de complicación de la fístula. Afirma P. Lizcano:

"Es evidente que si la fístula no constituye una afección peligrosa para la vida, puede conducir a un estado físico y mental lastimoso, que llena de tristeza y amargura los días de la enferma." (9).

#### VI. Tratamiento

Cabe esperar la curación de un fístula espontáneamente. P. Lizcano opina que se puede utilizar la sonda para favorecer la cicatrización, pero lo que en ningún caso deben practicarse son los toques con sustancias irritantes o cauterizaciones para favorecerla.

Cuando en el transcurso de unos tres meses no se ha producido la curación, hay que considerar que la fístula se ha hecho crónica.

Los métodos que hoy se utilizan son todos de oclusión directa de la fístula. Siguiendo a P. Lizcano y E. Gutiérrez, se exponen los métodos más utilizados:

A) Deslizamiento de Jobet: el primer tiempo consiste, como en todos los métodos, en el avivamiento de la fístu-

la. Si la parte refrescada alrededor de ella tiene más de un centímetro de anchura, se producirá coaptación de las superficies cruentas.

B) Refrescamiento y sutura, o método americano de Sims y Bozeman: la variación consiste en extirpar el colgajo tallado y en realizar la sutura, que atraviesa el tejido de avivamiento pero no toca la mucosa vaginal, con hilo de plata. (Fig. 1).

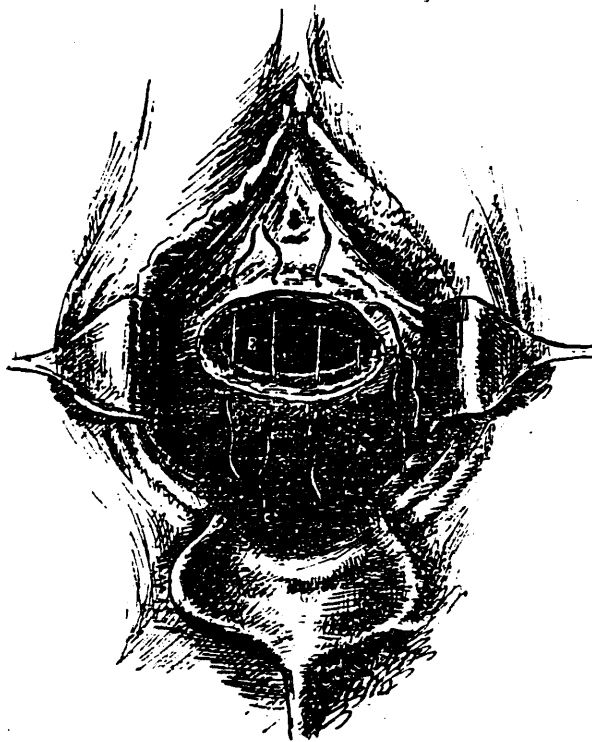


Fig. 1. Esquema del método americano.

C) Método del desdoblamiento, de Dubouné y Ricard: Consiste en incidir el borde mismo de la fístula en todo alrededor, separando la mucosa vaginal de la vesical, en una extensión de un centímetro aproximadamente, con lo que se obtienen dos colgajos de mucosa, uno vesical y otro vaginal; el primero se ranversa hacia la vejiga, y el segun-

do hacia la vagina, con lo que se logra una doble coaptación (Fig. 2).

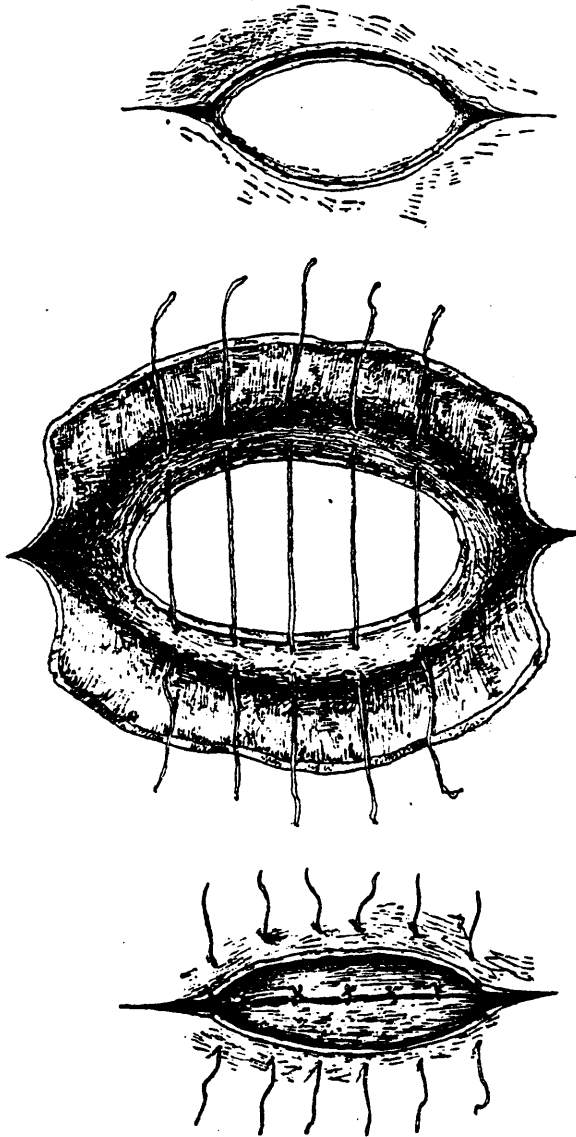


Fig. 2. Esquemas del método de desdoblamiento.

D) Método mixto, de Braquehaye: se practica el desdoblamiento en sentido inverso, se traza una incisión según la forma de la fístula y desde aquella se disecciona el colgajo hacia el borde de la fístula, no desprendiéndolo por completo, sino dejándolo sujeto por el borde interno; se pasan los

hilos por ambas superficies cruentas del colgajo, pero entrando y saliendo por las superficies cruentas fijas para que al anudarlos quede fruncido y reinvertido hacia la cavidad vesical. Después se unen los colgajos vaginales por sutura. (Fig. 3).

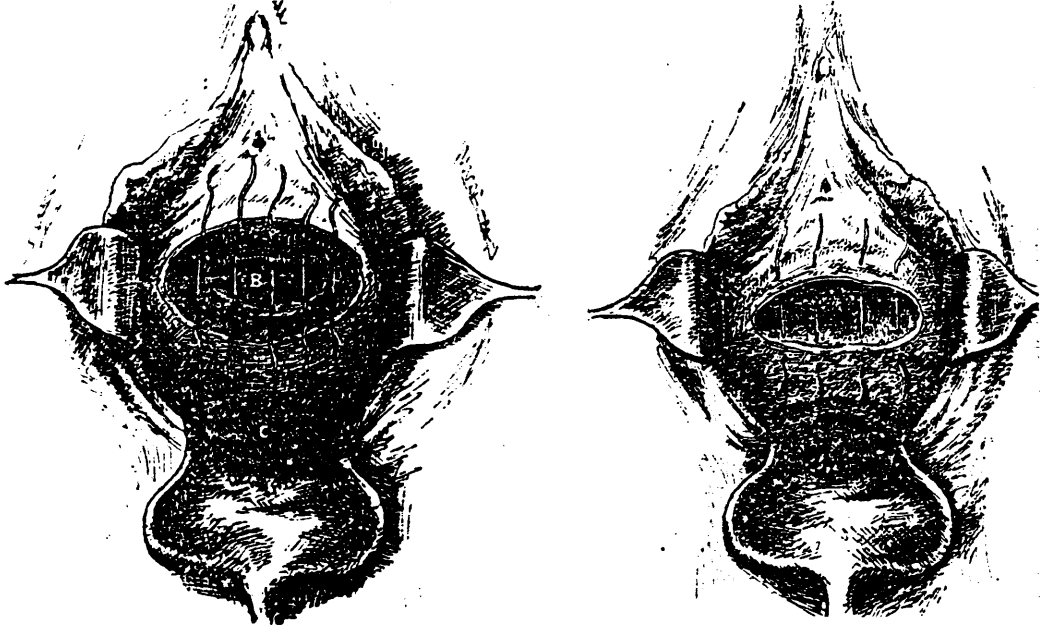


Fig. 3. Esquema del método mixto o de Braquehaye.

E) Desdoblamiento lateral con sutura en jareta, de Doyen: los colgajos se realizan mediante incisiones laterales y la sutura se realiza en jareta o cordón de bolsa. (Fig 4).

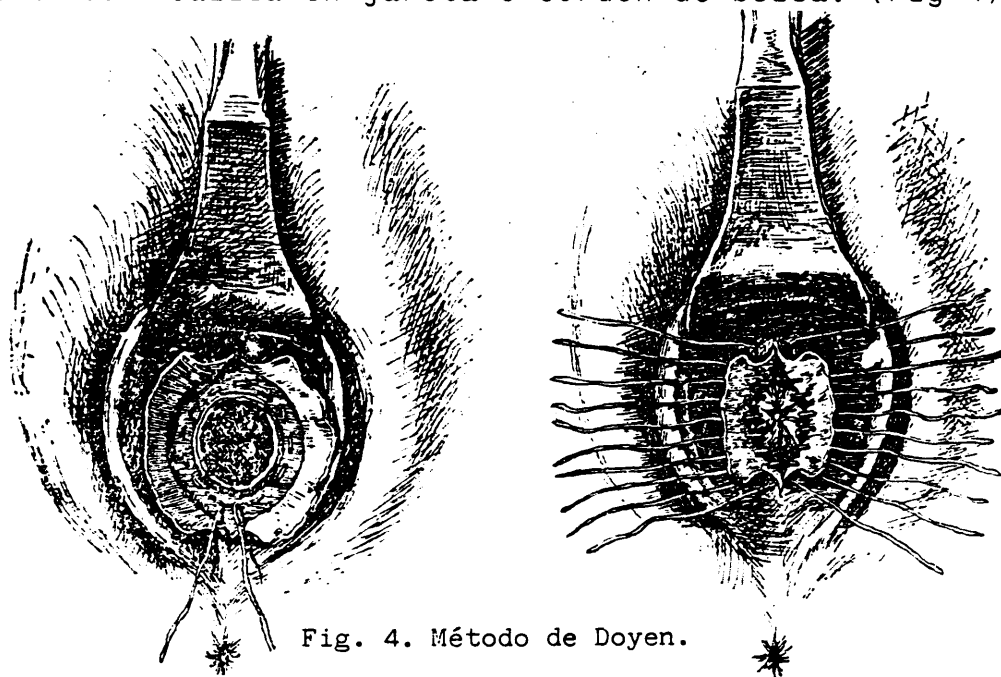


Fig. 4. Método de Doyen.

La operación se debe realizar fuera de la menstruación y del puerperio. Se harán irrigaciones vaginales y rectales de solución bórica al 2% y en posición ginecológica.

A. Martínez Cerecedo piensa que tras el tratamiento se debe sondar, e intentar que la mujer orine en posición genupectoral. (10).

#### VII. Accidentes y complicaciones

P. Lizcano piensa que hoy son menos frecuentes por la mejor técnica que se emplea, pero aún así pueden verse hemorragias, compresión del uréter, cistitis, peritonitis y formación de cálculos.

#### VIII. Casos clínicos

En este apartado se comentan dos casos clínicos de fístulas uro-genitales tratados en el Instituto Rubio, si bien hay que mencionar que en los dos artículos base de esta exposición, debidos a los Dres. Gutiérrez y Lizcano, ambos profesores presentan también varios casos clínicos atendidos a lo largo de su vida profesional.

R. García de Arias presenta en 1.903 en la RIACM cuatro casos de fístulas uretro-vaginales, los dos primeros tratados por el método americano y los dos restantes por el método de desdoblamiento. Afirma que el método de desdoblamiento es de elección en las grandes fístulas, porque no se talla colgajo de mucosa vaginal y así se dispone de esta mucosa si es necesario repetir la operación, y además es un método seguro y breve. (11).

En 1.903, R. del Castillo Ruíz publica en la RIACM un caso de fístula vesico-vaginal operado con una técnica propia. fue diagnosticada de fístula vesico-vaginal con oclusión y destrucción de la porción posterior de la uretra y la operación realizada fue la siguiente:

"Cloroformizada la enferma, colocada en posición de talla y previos cuidados de asepsia y antisepsia, con una valva deprimimos la horquilla, y, mediante una pinza de garfios, practicamos el abajamiento uterino, a fin de hacer más accesible la fístula; de un golpe de tijera fue seccionada la uretra, desde el meato hasta su terminación; inmediatamente, y partiendo de este punto, trazamos dos incisiones semicirculares, que circunscribieron la fístula (...); dos asas de seda fueron pasadas por cada labio de la sección uretral, al objeto de tenerlos separados; con una pinza de diente de ratón cogimos el labio interno de una de las secciones semicirculares que circunscribían el orificio fistuloso, practicando una disección hacia adentro (...); la misma maniobra se operó en el lado opuesto. Hecho esto, procedimos a la formación del trozo de uretra así tallado, ranversando los colgajos disecados y uniéndolos mediante una sutura continua con catgut fino, comenzando por la comisura posterior; al llegar a la anterior la continuamos con la mucosa uretral, para terminar en el meato, quedando restaurada la uretra. Con el fin de cubrir la superficie cruenta que quedaba a causa del ranversamiento de los colgajos flotantes, se practicó una sutura metálica a puntos entrecortados de los colgajos vaginales, como si operásemos una colpografía anterior; se colocó una sonda permanente y dimos por terminada la operación." (12).

IV. 5. TERAPEUTICA DEL APARATO GENITAL  
FEMENINO

Se contemplan en este apartado distintas terapéuticas utilizadas para diversos padecimientos en el Instituto Rubio. Algunos de estos tratamientos ya se han mencionado al comentar las patologías específicas, pero aquí se van a desarrollar más ampliamente, para lo cual se clasifican en tres grupos:

- I. Terapéutica médica.
- II. Terapéutica quirúrgica.
- III. Otras terapéuticas.

#### I. TERAPEUTICA MEDICA

P. Lizcano en una comunicación presentada al Congreso Nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría en 1.912, analiza los peligros que representan las curas intrauterinas en el tratamiento de múltiples ginecopatías. Dice este autor que las curas intrauterinas que necesitan previo descenso y dilatación del útero, exponen con frecuencia a infecciones peritoneo-anexiales. Son asimismo peligrosas por el mismo motivo, las inyecciones caústicas, curas antisépticas, toques intrauterinos y pesarios. El legrado es la cura intrauterina que produce menos accidentes, pero hay que tener en cuenta que todas ellas están contraindicadas en las inflamaciones anexiales y parametriales. (1).

En 1.926 A. Pumarino publica en la RIACM la traducción de un artículo debido a Salwedel en la "Zentrablatt für Gynäkologie", en la que dicho autor comenta el empleo de la leucotropina en Ginecología. A. Pumarino en su estancia en Berlín la ha utilizado en la clínica privada con

buenos resultados. La leucotropina, dice, actúa como antiinflamatorio, analgésico y antipirético. Está indicada en afecciones agudas, subagudas y en las exacerbaciones de inflamaciones crónicas. Está contraindicada, sin embargo, cuando existen adherencias pelviperitoneales y colecciones purulentas en la cavidad abdominal. (2).

## II. TERAPEUTICA QUIRURGICA

Uno de los pocos artículos localizados dedicados a la fisiología de un órgano o aparato, se debe al Dr. E. Gutiérrez, aparece en la RIACM y corresponde a una conferencia pronunciada en el Instituto Rubio el 27 de Marzo de 1.913 sobre la función del epiplón. Dice este autor que el epiplón es de origen mesodérmico, como el peritoneo, está formado por dos capas de células epiteliales entre las que se interpone una capa de tejido conjuntivo. Tras el nacimiento la membrana se hace fenestrada, con agujeros, debido al paso a su través de células linfáticas. En el gran epiplón hay además manchas lechosas constituidas por acúmulos de células linfáticas, monocitos y eosinófilos. Hay otras células, los clasmatocitos, que según piensan algunos autores, son precursores de los leucocitos. La circulación linfática y sanguínea del epiplón es muy abundante.

E. Gutiérrez indica tres funciones del epiplón:

a) Acción protectora de los órganos del vientre gracias a su movilidad (favoreciendo la nutrición, reparando lesiones, aislando procesos inflamatorios).

b) La función más importante es la defensa contra la infección, aislando al foco por medio de adherencias y también gracias a su poder antitóxico al igual que hacía el bazo, produciendo leucocitos en gran cantidad, con el que se le ha comparado.

c) En ginecología tiene importancia su función plástica: crea adherencias en órganos cuya nutrición es deficiente (caso del embarazo tubario, tumores ováricos y uterinos).

Después de este estudio, obtiene dos conclusiones fundamentales respecto al tratamiento quirúrgico de las genitopatías, la primera es que hay que tratar de evitar reseca el epiplón en el transcurso de las laparotomías, y la segunda es que se deben cubrir los órganos del vientre con el epiplón tras la intervención. (3).

Ya en 1.911 el mismo autor había tratado un tema relacionado con el anterior en una conferencia en el Instituto Rubio celebrada el 9 de Febrero de 1.911 que se publicó en la RIACM y en El Siglo Médico. El tema de esta conferencia versó sobre el desagüe en la cirugía ginecológica. Decía el Dr. Gutiérrez que ya desde 1.877 se sabe que el peritoneo se defiende de los líquidos y partículas sólidas que lo atacan eliminándolos o encapsulándolos a través de una corriente que los lleva a los espacios linfáticos del diafragma, y de allí a los ganglios mediastínicos y a la circulación sanguínea general. Si la serosa peritoneal sufre desgarros en las laparotomías, pierde su poder de absorción y se produce peritonitis y sepsis general. Así nace la necesidad del desagüe para

facilitar la salida de exudados y aislar la infección del resto del peritoneo. En ginecología el desagüe está justificado en todos los casos en que el peritoneo haya resultado traumatizado y en operaciones cuya causa es la infección.

Según la práctica del Dr. Gutiérrez, el desagüe abdominal con el método de Mickulicz se utiliza cuando existe el temor de hemorragia o se haya de verificar salida de exudados. Cuando no hay que hacer histerectomía, es mejor utilizar un tubo de caucho relleno incompletamente de gasa. Después de practicar la histerectomía abdominal total, si se teme infección, se suprime el fondo de Douglas y se hace colpotomía posterior para que salgan los exudados. (4).

Un tema muy importante que preocupa tanto al Dr. Gutiérrez como al Dr. Lizcano, principalmente, es la cirugía conservadora de los distintos órganos del aparato genital femenino.

El Dr. Gutiérrez en 1.894 es designado miembro de la Real Academia de Medicina, viniendo a ocupar el puesto que deja vacante el Dr. Creus al retirarse de la profesión. Para su discurso de entrada en dicha Academia eligió el tema de los límites de la cirugía radical en ginecología. En el desarrollo de su discurso, hace historia, reciente por otra parte, de las primeras operaciones conservadoras en la esfera genital, como la ovariectomía, o la laparotomía para extraer trompas, tumores, etc. Analiza también las indicaciones que todavía existen para practicar histerecto-

mías, entre las que menciona el cáncer de útero, tanto de cuerpo como de cuello, algunos fibromas complicados, y las inversiones uterinas. Con respecto a los anexos indica que los quistes supurados o degenerados de ovario son susceptibles de cirugía radical mediante la ovariectomía, incluso cuando coexiste embarazo. Para los casos de salpingitis, E. Gutiérrez opina que siempre que el anexo contralateral esté sano debe respetarse. Habla también de la castración uterina ideada por Pean, consistente en la extirpación de trozos de matriz para vaciar las colecciones purulentas de la pelvis y mantener un desagüe permanente de las mismas. En opinión de E. Gutiérrez esta operación no debe practicarse, pues se obtienen mejores resultados abordando directamente el foco purulento. (5).

Este discurso fue contestado por el académico numerario D. Angel Pulido Fernández, quién elogió al Dr. Gutiérrez como uno de los mejores ginecólogos del momento. Dijo asimismo que se complacía por haber sido él mismo uno de los primeros defensores de la ovariectomía en España, detallando la primera estadística de esta operación en nuestro país. (6).

Posteriormente, en 1.908, el Dr. Gutiérrez presenta una comunicación al II Congreso Español de Cirugía sobre la cirugía conservadora de los anejos uterinos. Sobre este punto dice:

"El funcionamiento de la cirugía conservadora de los anejos estriba en el estudio de la estructura de estos órganos y de las funciones a ellos encomendadas, y a la vez en las alteraciones que suceden a

la abolición de éstas o a la total extirpación de los primeros." (7).

Dice asimismo que el ovario además de su función visible, posee una secreción interna, por ahora desconocida, pero que debe actuar sobre la inervación simpática que da como resultado una vasodilatación que piensa puede explicar la función periódica del útero, pues se ha observado que tras la castración ovárica se produce una menopausia artificial y accesos de vaso-dilatación general o parcial si la mujer es joven, si a esto se añade que la opoterapia ovárica hace desaparecer estos síntomas, o al menos los atenúa, esto sirve para abogar en contra de la cirugía radical. Sin embargo, no es partidario de la cirugía conservadora de los ovarios en los fibromiomas, ya que las lesiones acompañantes son la causa de éstos, ni tampoco en el caso de los ovarios microquísticos, pues se reproduce la sintomatología si se conservan. Esta comunicación va acompañada de 25 casos tratados con cirugía conservadora de los anejos.

P. Lizcano presenta otra comunicación al citado Congreso sobre el mismo tema, en la que reseña las operaciones que se practican para conservar ovario, trompa, anejos y útero. Indica asimismo que los cirujanos cada vez se esfuerzan más en conservar un órgano, limitándose a la exéresis de lo estrictamente necesario. (8).

El artículo anterior es el primero de una larga serie que el Dr. Lizcano dedica al estudio de las ventajas e inconvenientes de la cirugía radical en el aparato geni-

tal. Todos ellos, que aparecen en El Siglo Médico entre los años 1.912 y 1.913, se detallan a continuación.

El segundo artículo es la presentación de la serie de artículos en que analizará cada caso en cuestión, pero sienta de antemano que:

"La reacción conservadora que sucedió a los abusos operatorios de la cirugía radical, nos ha conducido al extremo opuesto, es decir, a practicar intervenciones incompletas, exéresis insuficientes, que, sin lograr la curación radical de la dolencia, expone a los peligros de una nueva operación." (9).

El siguiente artículo se refiere a la cirugía conservadora de los ovarios. Dice P. Lizcano que estas operaciones conservadoras van dirigidas a mantener la función menstrual, por una parte, y a asegurar la secreción interna del ovario por otra, a fin de que no se presente la menopausia anticipada. Entre las operaciones de este tipo que se practican, se encuentran la ooforopexia, masaje, punción simple, punción con grattage, igneo-punción, resección e injertos, estos últimos prácticamente todavía a nivel experimental. Esta cirugía hay que limitarla, afirma, a mujeres menores de 40 años, cuando se trata de neoplasias benignas y lesiones inflamatorias del ovario. Los injertos ováricos son excepcionales. (10).

En cuanto a la cirugía conservadora de las trompas, P. Lizcano se muestra menos optimista y dice:

"La cirugía conservadora de las trompas es muy limitada, y sólo será legítimo respetarlas en las afecciones leves de las mucosas, en las lesiones no neoplásicas ni específicas, y en aquellos casos de adherencias del pabellón de causa exter-

na (serosa pelviana). Pero es, en el estado actual de la ginecología operatoria, más que realidad una esperanza, la pretensión de curar ciertas afecciones tubarias por intervenciones conservadoras, muy perfectamente ideadas, y que muchas no se han practicado más que en el cadáver." (11).

Dice P. Lizcano que en su práctica profesional ha practicado cirugía conservadora en muy pocos casos, limitándose a realizar diez veces cateterismo explorador y catorce roturas de adherencias.

Respecto a la extirpación unilateral de los anejos, Este autor opina que la práctica de L. Tait, campeón de la cirugía radical, que realizaba sistemáticamente ablación de los dos anejos, aunque uno estuviese sano, por el temor de que éste último enfermara, hoy está totalmente abandonado. Todos los autores están de acuerdo en conservar el anejo sano excepto en dos casos, tumores malignos, aún siendo unilaterales, y lesiones tuberculosas. (12).

En el siguiente artículo P. Lizcano analiza la conveniencia de conservar el útero tras la castración anexial. La idea de conservar el útero en estas circunstancias parte de la observación clínica de que un porcentaje no despreciable de mujeres que han sufrido castración, conserva sus reglas al menos durante cierto tiempo. En estos momentos todavía muchos autores niegan la relación de la menstruación con el ovario, y así existen múltiples teorías que tratan de explicar este hecho. Otros autores abogan por la conservación del útero pensando que la

atrofia genital subsiguiente a la castración será menos marcada. La opinión de P. Lizcano es que tras la castración anexial completa conviene extirpar el útero. Su conservación puede acarrear metrorragias, dolores e incluso neoplasias y sus ventajas solo serían la continuación, por otra parte improbable, de las reglas, y la menor atrofia genital, no siempre demostrable. (13).

Otro de los temas quirúrgicos estudiado por P. Lizcano es la histerectomía, total y subtotal. En este artículo, el autor no las contrapone sino que piensa que cada una tiene sus indicaciones y lo más importante es valorar en cada caso las garantías de éxito frente a los riesgos. Dice el Dr. Lizcano que la histerectomía subtotal tiene varias ventajas: 1) No abre vagina y por tanto existe menos riesgo de infección. 2) Es menos traumática y más sencilla. 3) Es más difícil herir el uréter. 4) Más rápida. 5) Más benigna. 6) Conserva la estática pelviana. El mayor inconveniente que presenta esta operación es la posibilidad de degeneración maligna del muñón cervical.

Por el contrario la histerectomía total supone un desagüe vaginal amplio y es el método de elección en lesiones cervicales o miomas del segmento inferior. Como inconvenientes se observan dificultad en las relaciones sexuales debidas a la cicatriz vaginal y a la cortedad de este órgano, detrimento de la estática pelviana y mayor gravedad de la operación.

Según este autor, hay casos en que se debe utilizar sin duda la histerectomía total: cuello con riesgo de degenere

ración maligna y neoplasia uterina maligna, en los demás casos puede considerarse electiva. (14).

Posteriormente P. Lizcano trata de la cirugía conservadora en los miomas. Hay dos formas de realizar este tipo de intervenciones, eliminando el fibroma y conservando todo el útero: enucleación, o bien realizando una histerectomía parcial. Según dice, la enucleación es la operación ideal cuando se deja útero sano en condiciones de funcionar, es por tanto de elección en mujeres jóvenes, con miomas fáciles de extirpar y sin complicaciones anexiales. En mujeres mayores de 40 años, con lesiones en los anejos, es mejor practicar histerectomía. (15).

El último de la larga serie de artículos que P. Lizcano dedica a la cirugía conservadora del aparato genital, trata de la indicación operatoria de las anexitis, y opina:

"Antes de operar deben aplicarse los recursos del tratamiento médico, sin incurrir en la exageración de rechazarlo por entender que las anexitis son incurables, como algunos hacen, abandonando en su efecto toda terapéutica, ni apresurarse como otros, a operar a pretexto de que la afección no se modifica por remedios puramente médicos." (16).

En 1.932 A. Pumarino Alonso publica en la RIACM un amplio artículo sobre la utilización del método de Sturmdorf en el Instituto Rubio. Dice A. Pumerino que en el I Congreso Hispano Portugués de Tocología y Ginecología, Usandizaga presentó este método a los médios españoles y portugueses que allí concurrieron. A. Pumerino entre otros, practica en el Instituto Rubio el Sturmdorf en la amputación del cuello

uterino casi sistemáticamente desde 1.925 (87 casos), año en que regresó de ampliar estudios en el Hospital de Broca, donde le explicaron, pero no vió practicar, este método. Dice este autor que es un método práctico, sencillo, breve y el cuello queda muy bien neoformado.

El método tiene dos partes, la amputación cónica del cuello (Fig. núm. 1) y la sutura en W de la mucosa vaginal (Fig. 2 y 3).

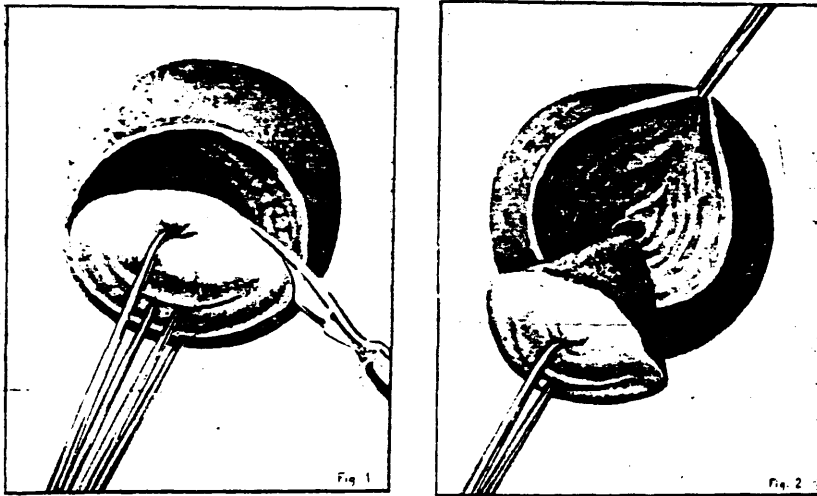


Fig. 1. Amputación del hocico de tenca hasta el orificio interno del cuello del útero.

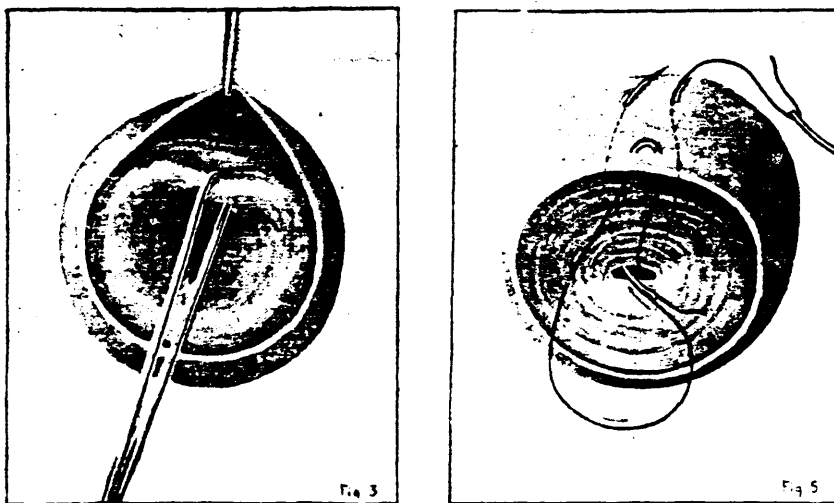


Fig. 2. Aislamiento de la mucosa vaginal y punto en "U" que pasa por el borde anterior de la mucosa vaginal.

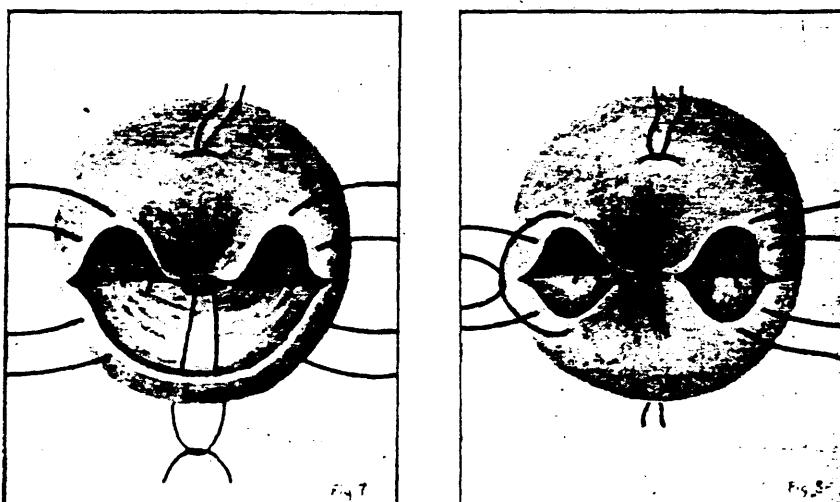


Fig. 3. Punto en la mitad posterior y puntos laterales.

A. Pumarino ha modificado la sutura utilizando una sola aguja, lo que aún la simplifica más.

Según este autor es muy útil este método en el tratamiento de endocervicitis crónicas, ectropión, pólipos, leucoplasias, etc., pues permite, aparte de su facilidad operatoria, una vida sexual normal, e incluso gestaciones y partos a término. (17).

Con respecto a la concepción y parto posterior normal, antes de que se ideara la técnica de Stumdorf, ya que ésta data de 1.916, R. Sánchez publicó en la RIACM en 1.902 un artículo en el que indica, basándose en las observaciones de los Dres. Abascal, Soler, Recasens, Botella y las suyas propias, que la amputación de cuello no modifica el parto en absoluto y en algunos casos puede incluso curar una esterilidad. (18).

Otra de las operaciones que tiene cierta importancia en España es la ovariectomía. En 1.880 A. Pulido Fdez. lee un discurso sobre este tema en la sesión inaugural del

año 1.880-81 de la Sociedad Ginecológica Española celebrada el 24 de Octubre de 1.880 que se publica en la Rev. de Medicina y Cirugía Prácticas, conteniendo una estadística sobre las operaciones realizadas hasta esta fecha. En su opinión el 62,12% de mortalidad en esta operación no se observa en ningún otro país y dice que esto debe hacer pensar seriamente a nuestros cirujanos. (19).

En este artículo A. Pulido menciona como aportación española positiva, el procedimiento de ligadura del pedículo ovárico del Dr. Rubio (Fig. 4). Este método aparece publicado en 1.879 en El Siglo Médico y consiste en (Fig. núms. 4 y 5):

"Si es suficientemente extenso, a morderlo con tenazas metálicas especiales denominadas clamps, forceps, etc., constrinirlo sin cortarlo, con la cadena metálica del estrangulador dejándola permanente, o a ligarlo con cordonete de seda, hilo o tripa preparada, conocida con el nombre de catgut.

Si el pedículo es corto y no tiene bastante longitud para alcanzar a la pared del abdomen, a ligarlo, abandonando el muñón al interior, ya dejando los cabos largos para sacarlos por fuera de la herida abdominal, ya cortándolos a raíz y dejar la ligadura con el pedículo en el interior del vientre." (20).

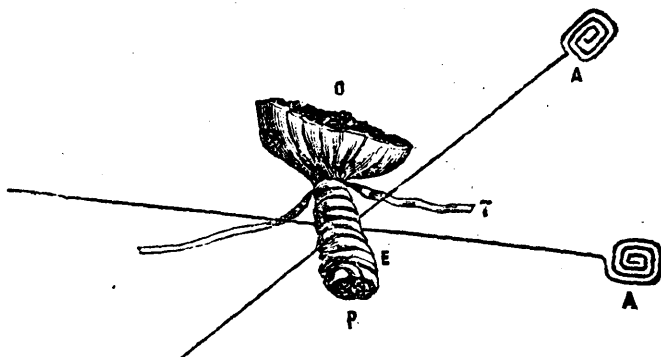


Fig. 4. Pedículo corto prolongado artificialmente.

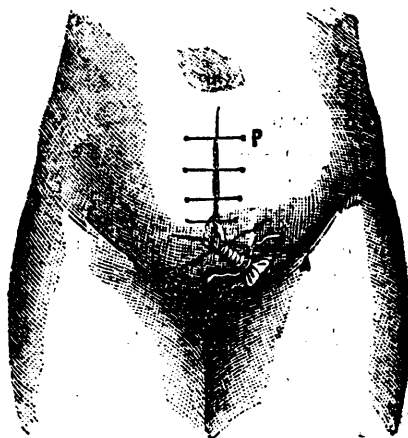


Fig. 5. Aspecto del vientre y pedículo de ovariectomía.

### III. OTRAS TERAPEUTICAS

Se incluyen en este apartado varios métodos físicos, opoterápicos, etc. que se introducen en determinado momento en el campo de la ginecología, algunos de ellos, cuando se escriben estos artículos, todavía se utilizan a nivel experimental.

Varias de estas publicaciones debidas a Fco. Botín, se engloban bajo el nombre de "Crónicas de ginecología" y aparecen en la RIACM entre 1.919 y 1.920.

El primero se ocupa de la diatermia o termopenetración y dice:

"La teoría de la diatermia ginecológica es la siguiente: El paso de una corriente eléctrica de alta frecuencia a través de los tejidos, engendra calor en el mismo seno de ellos, pudiendo a voluntad someterlos a una temperatura que sea eficaz sin causar perjuicios." (21).

Fco. Botín emplea en el Instituto Rubio la diatermia en el tratamiento de procesos inflamatorios genitales y

pelvianos en fase aguda, dismenorreas, hipoplasias uterinas y metritis parenquimatosas esclerósicas.

Sobre la utilidad de la electricidad en ginecología, es invitado a pronunciar una conferencia en el Instituto Rubio el 11 de Mayo de 1.920 el Dr. Recasens, por entonces Decano de la Facultad de Medicina de Madrid y gran entusiasta de los tratamientos físicos en ginecología. En su conferencia habla de las bases físicas de este método y principalmente de sus indicaciones, que aproximadamente son las mismas que indica el Dr. Botín en el artículo citado anteriormente. (22).

En el Instituto Rubio se dispone de una moderna instalación de radioterapia, dirigida por el Dr. Angulo. El Dr. Recasens también ha trabajado mucho sobre este particular y Fco. Botín dedica un artículo al tratamiento de los fibromas por este sistema, considerando que es útil para los casos que no pueden ser operados y también aquéllos en los que el síndrome hemorrágico es muy llamativo. (23).

En 1.920 Fco. Botín recoge en un artículo publicado en la RIACM las conclusiones obtenidas en el I Congreso de la Asociación de Tocólogos y Ginecólogos de Lengua Francesa sobre "Métodos de tratamiento del cáncer uterino", al que fueron invitados los Dres. Recasens, Nubiola y Zuloaga, este último perteneciente al Instituto Rubio. Se acepta en este Congreso que todo cáncer de cuello en estadio precoz debe ser operado y los casos límites operados e irradiados, antes o después de la cirugía. Para los casos

inoperables y recidivas, opinan que es mejor el tratamiento sólo con radium o unido a rayos X. (24).

Por último y respecto al tratamiento opoterápico, hay que citar un artículo de F. Botín publicado en 1.918 en la Rev. Española de Obstetricia y Ginecología, en el que hace mención a las últimas teorías sobre el papel del ovario. De ser considerado un mero reservorio de óvulos, las opiniones de los distintos autores se dirigen a considerarlo una glándula de secreción interna, cuyos productos no se conocen exactamente, pero ya se sabe que intervienen de alguna forma en la menstruación, embarazo, algunos abortos, menopausia y también en algunos estados patológicos. Los estudios actuales intentan tratar estas ginecopatías con extractos ováricos. En este artículo F. Botín comenta varios casos tratados por él en el Instituto Rubio con éxito. (25).

IV. 5. PATOLOGIA DEL EMBARAZO.

Son varios los profesores que se ocupan del estudio de las autointoxicaciones gravídicas y de la eclampsia en el Instituto Rubio, unos desde el punto de vista de la etiología de estos padecimientos y otros con respecto al tratamiento que requieren (médico, quirúrgico, etc.) y que se puede enmarcar dentro de la tendencia imperante en otras escuelas, principalmente la alemana.

En el sentido etiológico de las autointoxicaciones gravídicas A. Pí y Suñer, publica en 1.903 un artículo en la RIACM señalando la semejanza entre los vómitos gravídicos en la gestación y los que se producen en la diabetes y en los niños con ataques de acetona, en los cuales es común la presencia de acetona en la orina. Piensa que durante la gravidez se modifica el metabolismo de la mujer; en ocasiones los órganos nobles (riñón, hígado, tiroides) reciben excesiva cantidad de productos intermedios que no pueden eliminar produciéndose el desequilibrio que conduce a la autointoxicación. Su patología es diferente según el momento del embarazo y del parto; en los primeros tiempos cursa con vómitos rebeldes e incoercibles, y más cerca del parto con albuminuria (1).

Unos años más tarde, en 1.904, y también en la RIACM, F. Blasco publica un artículo indicando que la etiología de la autointoxicación e incluso de la eclampsia, puede estar en una hiperfunción de la placenta, ya que ésta interviene en la nutrición fetal, secreción interna y función defensiva del feto. (2).

Respecto al segundo punto, el tratamiento de la

eclampsia, dos autores lo analizan presentando varios casos clínicos del Instituto Rubio que se publican en la RIACM: A. Martínez Carrecedo y Carmelo Gil. Ambos se muestran de acuerdo en que el mejor tratamiento de la eclampsia es el vaciamiento rápido del útero, pero discrepan en la forma de llevarlo a cabo. Tanto uno como otro coinciden en indicar que el tratamiento médico para la pre-eclampsia debe constituirse a base de dieta láctea absoluta, así como de cloroformo, opio e hidrato de cloral para la eclampsia ya establecida; pero este tratamiento médico debe ser relegado al ámbito rural donde no se dispone de medios ni personal adecuado, o no se puede realizar el traslado de la enferma al hospital.

Carmelo Gil prefiere realizar la extracción del feto por forceps o versión, o realizar cesárea vaginal. A favor de la cesárea, aunque más traumática, el Dr. Gil expone, mostrándose de acuerdo con algunos autores alemanes que practican la sangría sistemáticamente, que la pérdida de sangre en sí misma mejora el cuadro. (3)

Sin embargo Martínez Carrecedo, muy partidario del parto provocado, preconiza este tratamiento por encima del quirúrgico, por considerarlo de fácil puesta en práctica hasta el punto de no exigir habilidad alguna, ni tampoco instrumental. Presenta dos casos de albuminuria grávidica tratados por él en la RIACM en 1.904. El primer caso clínico trata de una embarazada de ocho meses con pródromos de eclampsia en la que supone un embarazo gemelar por el gran volumen del vientre; la trata con enema de cloral

y morfina y dieta absoluta de leche. Aún así no logra revertir los síntomas pero llega el embarazo a término y la paciente pare espontaneamente dos fetos a término. El segundo caso es una múltipara afecta de albumuria gravídica, de forma disneica, resistente al régimen lácteo. Ante la gravedad del cuadro disneico decide provocar el parto prematuramente, (ocho meses), empleando un procedimiento español debido al Dr. Miguel Orellano, mediante el cual consigue nueve horas más tarde el parto de una niña, prematura pero viva. Este método lo describe de la siguiente forma:

"Tomo durante dos días la poción étereá-  
amílica:

Eter sulfúrico .....	1 gr.
Agua destilada .....	140 gr.
Nitrito de amilo .....	30 gotas
Tintura de canela .....	5 gr.
Jarabe simple .....	60 gr.

Mézclese

Al tercer día 2 gr. de cornezuelo de cen-  
teno en cuatro papeles (0,5 gr.) uno ca-  
da hora." (4).

IV. 7. ENFERMEDADES QUE COMPLICAN  
LA GESTACION.

El Instituto Rubio cumple durante toda su existencia una finalidad tanto asistencial como docente. Dentro de estos capítulos la ginecología y obstetricia representan un área importante. Muchas mujeres, embarazadas o no, son tratadas también de otras afecciones distintas a las ginecológicas, que en el caso de aparecer durante la gestación pueden alterar el desarrollo de ésta y en algunos casos complicarla de forma importante.

Aunque no se encuentran en la bibliografía consultada muchas publicaciones bajo este aspecto, es de suponer que así sucedió, pero quizá tratadas estas mujeres por otros profesores del Instituto Rubio no ginecólogos, no prestaron excesiva atención a la coexistencia de la gestación con otros padecimientos y por ello se halla poca documentación.

Se pueden considerar los artículos localizados en dos grupos; los que describen complicaciones infecciosas de la gestación y, por otra parte, las cardiopatías coexistentes con ella.

Los artículos dedicados a patología infecciosa son tres. El primero en 1.899 escrito por A. Martínez Cerecedo en El Siglo Médico, trata de la infección blenorragica, específicamente de la vaginitis; afirma que la esterilización de la vagina previa al parto es fundamental para evitar las autointoxicaciones puerperales, y que durante la gestación toda leucorrea debe ser tratada con permanganato potásico como prevención. Este autor, como demuestra en muchas de sus publicaciones, también en este caso

se preocupa por la medicina perinatal, indicando que la blenorragia expone al niño a su paso por el canal del parto a una conjuntivitis purulenta que puede acabar en ceguera (1).

A. Pumarino en 1.927 en la RIACM trata la cuestión de las mujeres embarazadas que padecen lúes y son sensibles a los productos mercuriales o bismuto. En esta época en que la sífilis representa una infección muy común en la población general resuelve este problema con el "Afenil" (Cloruro de calcio y urea), utilizando ampollas de 10 c.c. que contienen 0,11 gr. de calcio por ampolla, con su uso no se presentan accidentes anafilácticos; no está contraindicado en la gèstación ni tampoco en la lactancia (2).

L. Soler en 1.920 publica un artículo en la RIACM a raíz de la epidemia de gripe de 1.918-19 y que continúa en 1.920. Analiza la repercusión de una enfermedad que hasta entonces había sido considerada benigna, pero que a la vista del gran número de casos de mujeres embarazadas que padecieron gripe, podía ya considerarse una complicación de pronóstico funesto para la madre y el feto. Expone:

"La complicación más grave de la bronco-neumonía gripal en la mujer embarazada es la interrupción del embarazo, interrupción, que, a excepción de dos casos, ha sido producida en todas nuestras enfermas." (3).

Y concluye indicando que en gestantes de menos de 6 meses el aborto es la regla y la mortalidad materna representa el 80%. En el embarazo de más de 6 meses cabe

una doble posibilidad: si la gripe es benigna no aparecerá ningún tipo de problema, si es complicada tiene lugar el parto prematuro, normalmente con feto muerto, seguido por regla general de la muerte de la madre a las 24 horas. Por tanto recomienda no interrumpir nunca el embarazo artificialmente. Si la gripe aparece en el trabajo de parto el feto no resulta afectado, pero si la mujer enferma unos días antes y el feto es expulsado, el pronóstico es peor para ambos.

Aunque en estos momentos todavía no se conocen a ciencia cierta ni el agente productor ni su epidemiología, L. Soler dice:

"El agente de la gripe, con sus bacterias de asociación, puede ser transmitido al feto por vía intrauterina, a favor de alteraciones placentarias, como más probable." (4).

Respecto a las cardiopatías, hay acuerdo entre los autores en considerar estas afecciones, sin analizar su etiología, como de mal pronóstico, especialmente para la madre y, en menor grado, para el feto.

A. Mut se ocupa en el Instituto Rubio de la cardiología y dentro de todas sus publicaciones, fundamentalmente en la RIACM, trata de las cardiopatías y embarazo en un artículo que aparece en esta revista en 1.930. Es en realidad un comentario a una comunicación del Dr. Vital Aza presentada en la Real Academia de Medicina, en la que éste defiende la teoría de que el corazón de la gestante no se hipertrofia durante el embarazo sino que se horizontaliza debido al cambio de posición del

útero grávido. A. Mut por el contrario, opina que sí existe una verdadera hipertrofia no patológica sino debida a una hiperactividad funcional, que normalmente se recupera tras el parto y puerperio pero que en ocasiones se transforma en dilatación y puede conducir a insuficiencia, e incluso a la muerte. (5).

El Dr. Carmelo Gil tambien se ocupó del tema con anterioridad en "Grávida cardíaca. Dilatación hipertrófica con insuficiencia mitral. Operación cesárea vaginal", que aparece en la RIACM en 1.908. Presenta un caso muy complicado en el que a pesar de terminar el parto por cesárea la madre fallece a causa de su cardiopatía, pero el feto de 1.513 gr. es extraído vivo. (5).

IV. 8. EMBRIOPATIAS.

## I. ABORTO

Los datos obtenidos en la bibliografía consultada, permiten dividir el estudio del aborto en dos áreas: la etiología del mismo y el tratamiento que merecía para los distintos profesores del Instituto Rubio. Si bien en algunos artículos se menciona el diagnóstico, no hay ninguna publicación dedicada a él exclusivamente.

Trabajaron en este campo, fundamentalmente, el Dr. Eugenio Gutierrez y el Dr. A. Martínez Cerecedo. Antes de emprender el análisis hay que hacer una salvedad: en este capítulo únicamente se han recogido las menciones específicas a la etiología del aborto en general, pues siendo las anomalías en la posición del útero, congénitas o adquiridas, una de las causas primordiales que reconocen los autores, toda esta patología se analiza exhaustivamente en el apartado "Transtornos generales del aparato genital femenino", por entender que expositivamente es más sencillo de esta forma; así dentro de aquel capítulo se estudian las causas que en opinión de los autores pueden provocar el aborto u otro tipo de patología.

El Dr. E. Gutiérrez es el que trata con más profundidad la etiología del aborto. En 1.901 publica en la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas "Causas más frecuentes de los abortos y de los partos prematuros en la misma mujer y medios de evitarlos", y más que un estudio del aborto, desarrolla el tema de la muerte habitual del feto. Distingue entre la mujer que nunca ha podido llevar a

término sus embarazos y la que después de varios embarazos normales sufre ahora abortos y partos prematuros. Concluye que en las mujeres nulíparas, recién casadas, la causa del aborto suele ser la frecuencia excesiva del coito que puede determinar una "metritis de las recién casadas"; el tratamiento será prohibir el coito durante la gestación. Cuando el aborto es de dos ó tres meses, generalmente se debe a anomalías en la posición del útero, congénitas o accidentales, para lo cual preconiza la posición genupectoral y aplicaciones de ictiol y glicerina al 20%. Más tardío, cinco u ocho meses, es ya un parto prematuro debido generalmente a enfermedades sistémicas (anemia, alcoholismo) o infecciones específicas que requieren el tratamiento oportuno. En los casos de mujeres que han tenido partos normales con anterioridad, la causa del aborto es muy diferente: endometritis hiperplásicas, obesidad, albuminuria. (1).

Unos años después en 1.906, Eugenio Gutiérrez insiste en las retrodesviaciones como causa del aborto (versión, flexión y retroversoflexión), indicando que aunque no den sintomatología, producen congestión, edema y proliferación conjuntiva que conducen indefectiblemente a una metritis crónica; la mucosa hiperplasiada del útero impide la correcta anidación del huevo y se produce el aborto. Recomienda para las gestantes que padecen retrodesviaciones la postura genupectoral, y dar tintura alcohólica de *vibrium prunifolium* para descongestionar. si con ello no se corrige, hace reducción manual, reservando la cirugía

para las retrodesviaciones complicadas con adherencias, en las que además hay lesiones anexiales profundas. (2).

Respecto al tratamiento que se debe instaurar en el aborto, todos los profesores del Instituto Rubio que publican sobre este tema se muestran de acuerdo en que se debe pensar que la posibilidad de infección tras el aborto es tan importante como tras el parto, y la infección puerperal puede ser grave. También indican la posibilidad de metrorragias tras el aborto. El dilema surge, y también las diferencias de opinión, hasta cuándo debe ser expectante el tratamiento, haciendo dilatación, lavados intravaginales y desagüe uterino, o instaurar el raspado uterino sistemáticamente.

A. Martínez Cerecedo es partidario del legrado, al que considera, si se adoptan las medidas higiénicas necesarias, como inocuo. (3).

Pero en el caso de abortos incompletos, metrorragias subinvolutivas y endometritis, dice:

"La dilatación, irrigación y desagüe en sustitución del legrado en las endometritis y hemorragias post abortum es un tratamiento siempre heroico, con el cual se pueden ahorrar muchos raspados de la matriz, aún en los casos en que esta intervención parece mejor indicada, como ocurre en las metrorragias posteriores al aborto o sintomáticas de endometritis hiperplásicas." (4).

Cuando se trata de retención de feto muerto en la cavidad del útero, considera sin embargo las irrigaciones vaginales totalmente innecesarias. (5).

El Dr. E. Gutiérrez publica en la RIACM un artículo

sobre el tratamiento del aborto febril, abogando por el raspado del útero en aborto con hemorragias abundantes e infección, tras la discusión producida en la Sociedad Ginecológica de Berlín respecto a las ideas abstencionistas del profesor Winter en el aborto febril (6).

Esta es la única publicación del Dr. Gutiérrez sobre el tema; pero indirectamente se hace mención a sus tratamientos en la Memoria del Doctorado del Dr. Angel Pulido Martín sobre el "Tratamiento del aborto" en 1.902. En este escrito, el Dr. Pulido comenta casos clínicos de varios profesores, y entre ellos tres del Dr. Gutiérrez, de los cuales se deduce que si bien aboga por la quietud y el *vibrium prunifolium* como primera medida a intentar, no duda en practicar el legrado uterino digital o con las pinzas de falsos gérmenes, y una vez extraída la placenta, administra ergotina para favorecer la involución de la matriz. (7).

También el Dr. Botín describe en un artículo en la RIACM en 1.908 tres casos de infección puerperal debida al poco cuidado higiénico en el aborto. Es también partidario del raspado y los lavados intrauterinos. (8).

## II. MOLA

Solo se encuentran sobre este punto dos artículos en la RIACM, pero ambos bastante profundos.

Según las ideas de Robin y Wirchow, las molas son el resultado de la degeneración de un huevo fecundado, cuyo proceso varía según las diferentes clases de molas. En

la mola hidatídica el transtorno sucede en las vellosidades coriales; en la carnosa se produce un derrame sanguíneo que ocasiona la muerte del embrión, pero la placenta sigue creciendo e hipertrofiándose. Para otros autores la causa de la mola es la endometritis, pero D. Costa en un estudio sobre el embarazo molar publicado en 1.900 en la RIACM dice:

"Es el resultado de una enfermedad de la placenta." (9).

En este artículo describe cuatro embarazos molares en los que una vez extraída la mola se produjeron posteriormente embarazos normales, y hace varias consideraciones respecto a diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

En cuanto al diagnóstico dice que es característico de la mola el desarrollo rápido y exagerado del vientre, que no está en relación con el tiempo de embarazo, las hemorragias antes y después del parto y la expulsión de vesículas. Considera que el pronóstico es infausto para el feto y grave para la madre por el peligro de hemorragias y de septicemia, si hay retención de restos de la mola. Respecto al tratamiento, de acuerdo con la mayoría de los autores, opina que debe ser expectante, si no se presentan complicaciones. (10).

En 1.910 García de Arias y Eugenio Gutiérrez presentan una comunicación a la Sociedad Ginecológica Española que se publica en la RIACM sobre la mola vesiculosa y placentoma maligno. Para el Dr. García de Arias los tumores malignos ecto-placentarios son muy raros: 1:2.000 placentas

sanas. Dice que los placentomas malignos se injertan en las venas del útero y así ocasionan metástasis lejanas y muy frecuentemente en pulmón. Tanto la mola vesiculosa corrosiva como el decíduoma maligno tienen la propiedad de corroer tempranamente el útero. Según las lesiones de las vellosidades coriales hay cuatro tipos de molas: mola hidatiforme en su principio, mola hidatiforme parcial, mola hidatiforme total y mola de un huevo en un embarazo gemelar.

Los elementos epiteliales de la mola son capaces de proliferar dando lugar a tumores y/o corio-epiteliomas malignos, de tal forma que cabe distinguir entre molas benignas y malignas. Presentan en este artículo 9 casos de mola: 7 de ellos son molas vesiculosas llenas, una hueca y otra con embrión. Solo una de ellas maligna. (Fíg. 1 y 2).

El síntoma común son las hemorragias pequeñas antes del aborto de la mola y muy profusas después. Todas las pacientes creen estar embarazadas, pero se dan cuenta de que el embarazo no se desarrolla normalmente. En todas ellas se comprueba el signo físico de los ruidos de soplo semejantes a los placentarios, muy importante para el Dr. Gutierrez, así como la falta de latido cardíaco. Pero en general el diagnóstico no es fácil cuando faltan los signos de embarazo.

Como tratamiento recomiendan el raspado de útero para las posiblemente benignas, pero vigilando el proceso; y para las molas malignas histerectomía vaginal o abdominal.

A continuación el Dr. Gutiérrez, siempre interesado en la anatomía patológica, pues no en vano fue designado en un principio por el Dr. Rubio para ocupar la sección de Anatomía Patológica del Instituto, hace un estudio del único caso de mola maligna presentado. (11).



Fig. 1. Cara anterior del útero seccionada, en la cara posterior se observa el placentoma maligno.



Fig. 2. Cara posterior del útero perforada por el placentoma maligno.

IV. 9. EMBARAZO ECTOPICO

A lo largo de la existencia del Instituto Rubio, el estudio del embarazo ectópico es abordado por la práctica totalidad de los ginecólogos-obstetras que trabajan en él. La abundancia de material permite dividir el estudio del tema en varios apartados:

- I. Embarazo ectópico. Etiología, clasificación, patogenia, anatomía patológica, diagnóstico, complicaciones, pronóstico y tratamiento.
- II. Estudio del embarazo tubárico.
- III. Estudio del embarazo abdominal.
- IV. Otras localizaciones del embarazo ectópico.

#### I. EMBARAZO ECTOPICO

El embarazo ectópico es el que se desarrolla fuera de la localización uterina normal.

Todos los autores al clasificarlo lo dividen en tres clases: 1) Tubárico (ístmico, ampular, intersticial y tubo-abdominal), 2) Ovárico, 3) Abdominal primitivo y secundario).

Se considera que es más frecuente en multíparas y en la época media de la vida genital.

Respecto a las recidivas del embarazo tubárico,

L. Soler dice:

"La repetición de los embarazos extrauterinos en una misma mujer es un hecho indudable y frecuente, cuya patogenia y terapéutica despiertan gran interés. La repetición ocurre generalmente del lado opuesto, y evoluciona anatómica y clínicamente como la primera vez, pudiendo tener lugar en el mismo lado cuando la operación quedó incom

pleta.

El primer embarazo extrauterino no dispone al segundo favoreciéndole, pudiendo dejar sentado como más probable que intervienen para ambos las mismas causas." (1).

### Etiología

Toman para su estudio la variedad más frecuente, que es la tubárica, y consideran como causas las modificaciones congénitas anatómicas de la trompa y los procesos inflamatorios de la trompa, especialmente gonocócicos.

### Patogenia

P. Lizcano dice sobre este punto:

"Se admite que los obstáculos mecánicos a la progresión del huevo a través de la trompa constituyen una de las causas principales del embarazo ectópico." (2).

Pero esto no basta: indica que puede haber señas aberrantes de masas deciduales que proliferan en otras zonas además del útero, derivadas del canal de Müller, que permitirían el desarrollo del huevo. También considera que puede originarse como producto de una herencia de transformación.

L. Soler, sobre este último punto, llega a la conclusión de que:

"Sin una aptitud especial para la trompa"(3).

a pesar de las modificaciones que se efectúen en ellas, debidas a múltiples causas, el embarazo ectópico no se desarrolla.

### Anatomía Patológica

Feto, placenta y membranas (corion y amnios), evolucionan igual que en el estado fisiológico. La cubierta de origen materno varía según el sitio de implantación.

El útero aumenta a 12 ó 13 cm. en las dos o tres primeras semanas, el cuello se reblandece menos que en el embarazo normal y la mucosa uterina se transforma en caduca y se desprende.

#### Diagnóstico, accidentes y complicaciones

Todo el análisis de este tema está basado fundamentalmente en varios artículos aparecidos en la RIACM a cargo de los Doctores P. Lizcano y L. Soler (4); los dos coinciden prácticamente en todos los puntos tratados, pero a la hora del diagnóstico, el Dr. Soler divide la sintomatología en tres períodos: el primero hasta el quinto mes, aproximadamente; el segundo desde los síntomas de certeza hasta el término del embarazo, y el tercero tras la muerte del feto y sus consecuencias para la madre. P. Lizcano, por el contrario, divide esta misma sintomatología sólo en dos partes, coincidiendo el número uno con la primera del Dr. Soler y reuniendo en la segunda el conjunto de la segunda y tercera fase del Dr. Soler. En consecuencia, se analizan seguidamente dichos artículos en conjunto, haciendo mención especial a los criterios específicos de cada profesor.

. Primer período: Generalmente hay amenorrea y signos ciertos de embarazo, pero puede haber también pérdidas sanguíneas o metrorragias irregulares, incluso hemorragias poco continuas pero abundantes.

Es característico el dolor en bajo vientre y fosas ilíacas. Puede haber, no siempre, expulsión de la caduca, aún persistiendo el embarazo, lo cual unido a la pérdida

sanguínea y presencia de dolor puede confundir a la mujer, haciéndola creer que se trata de un aborto.

La palpación y percusión ayudan a diagnosticarlo y diferenciarlo de un embarazo normal. El examen vaginal demuestra que el aumento de volumen del útero no está en relación con el embarazo y que su estática no es normal. Cuando en este período se presentan accidentes, lo cual es frecuentísimo, y en muchos casos al primer síntoma, éstos son:

- MOLA TUBARICA: el huevo muere y queda retenido en la tuba como un cuerpo extraño, dando lugar a un hematosalpinx que se puede reabsorber o no. Se acompaña de metrorragias, el útero conserva su volumen normal pero es característico el tumor anexial.

- ABORTO TUBARICO: caracterizado por un dolor muy agudo, síncope a veces, semejante a un colapso. Este aborto puede ser: 1) Completo: el huevo se desprende hacia la cavidad peritoneal y bien muere y es reabsorbido, con la consiguiente curación de la mujer, o se transforma en un embarazo abdominal secundario. 2) Incompleto, dando lugar a hemorragias (hematoceles) que se pueden repetir.

- ROTURA DEL QUISTE FETAL: va acompañada de síntomas de hemorragia interna grave (dolor abdominal violento, palidez, frío, síncope, convulsiones); este cuadro es más brusco, violento y rápido que el aborto, y puede producir la muerte en horas. En otras ocasiones la sangre se coagula y se forma un hematocele que se reabsorberá (y cura la mujer), o bien puede conducir a la muerte por peritonitis

aguda generalizada o crónica, o por anuria debida a la compresión sobre las vísceras de la excavación. Generalmente el feto muere, quedando constituido un quiste (litopedion o adipocire), pero en ocasiones sobrevive y se transforma en un embarazo abdominal secundario).

El Dr. Soler considera muy importante la presencia de acetona en la orina de todos aquellos casos en los que hubo derrame de sangre en el peritoneo, observando que es más manifiesta su presencia cuanto más cerca de la rotura se hace la investigación. En este punto trabajan en el Instituto Rubio los Dres. Blasco y Moreno Melgar, y principalmente utilizan este método para el diagnóstico diferencial con procesos anexiales agudos de síntomas peritoneales.

. Segundo período: Si llega al quinto mes de embarazo, aparte de los dolores abdominales intensos, menorragias o aneurisma persistente, la palpación descubre en el tumor periuterino partes fetales y la auscultación ruidos cardíacos del mismo origen, pero nunca llegan a percibirse constracciones.

Cuando el feto está vivo y el embarazo extrauterino ha llegado a término, sobrevienen síntomas semejantes al trabajo de parto, que se conocen como el "falso trabajo de parto", el feto muere generalmente y la madre presenta hemorragias e intensos dolores. Después puede sobrevenir subida de la leche o salida de loquios por los genitales.

. Tercer período: tras la muerte del feto, el quiste fetal puede regresar sin ningún accidente, normalizándose

la vida de la mujer, pero pueden aparecer complicaciones como peritonitis, supuración del quiste o septicemia, e incluso salida de restos fetales por vientre, vulva, recto o uretra.

Sobre este punto, F. Botín publicó un trabajo en la RIACM presentando una gestación ectópica seguida de aborto tubárico y posterior expulsión de múltiples huesecillos fetales por la uretra que provocaron infección urinaria, sepsis y muerte de la madre. (5).

#### Tratamiento

Respecto al tratamiento, tanto L. Soler como P. Lizcano participan de las ideas del momento de Werth y Pinard.

Recomiendan en embarazos sin accidentes antes de los cinco meses, con el feto vivo o muerto, la operación para extirparlo, antes de que se produzcan las terribles complicaciones para la madre.

Cuando se diagnostica el embarazo ectópico, después del sexto mes, y no han surgido accidentes, preconizan la actitud expectante, hasta que el feto sea viable (7 u 8 meses), pero prestos a intervenir si el desarrollo de los acontecimientos lo exige.

#### Tratamiento de las complicaciones

Según dice L. Soler, el tratamiento de un hematosalpinx o de un aborto tubárico con hemorragia debe ser quirúrgico, de todas formas, considera muy importante no operar a la enferma en estado de depresión y colapso, sino fortalecerla con tratamientos oportunos previamente. (6).

L. Soler dice que la vía elegida debe ser siempre la abdominal, incluso cuando se trata de un hematocele ya formado. Sin embargo, P. Lizcano que ha estudiado muy a fondo el embarazo ectópico y especialmente los hematoceles incluyendo los de otras etiologías, recomienda la colpotomía previa sistemática en todas las laparotomías por hematoceles (7).

Respecto a la colpotomía publica un interesante artículo en El Siglo Médico en 1.913, del que deduce lo siguiente:

"1ª. La colpotomía previa en la operación abdominal del hematocele tiene una gran importancia diagnóstica y terapéutica. 2ª. Por la incisión vaginal exploradora conocemos de antemano la naturaleza de la colección pelviana. 3ª. Si se confirma la existencia del hematocele, puede acometerse sin recelo alguno la operación abdominal. 4ª. Si la colpotomía denuncia pus o septicidad, detiene a tiempo la acción quirúrgica, evitando una laparotomía mortal. 5ª. La incisión vaginal exploradora es de rigor en los hematoceles con fiebre elevada y mal estado general, por la posibilidad de encontrarse con exudados de gran virulencia, o procesos anexiales sobreagudos. 6ª. Está indicada la colpotomía previa en los hematoceles de lenta evolución, con recaídas periódicas y fiebre ligera, por encerrar muchas veces elementos infectados. 7ª. También conviene la incisión preliminar en las laparotomías por hematoceles muy voluminosos. 8ª. La colpotomía debe iniciar la intervención en los casos de hematocele dudoso. 9ª. La incisión vaginal previa está, en general, indicada en toda laparotomía por hematocele. 10ª. Las ventajas principales de la colpotomía previa se refieren al exacto conocimiento de la enfermedad, y que aumenta las garantías de curación por el desagüe ulterior del foco hematócico. 11ª. La colpotomía previa en los hematoceles carece en absoluto de inconvenientes." (8).

Por último, cuando el feto está muerto y cuenta con más de cinco meses, L. Soler dice, siguiendo el criterio general, que debe extirparse, indicando que es mejor esperar unos tres meses a que la circulación placentaria haya cesado y no haya peligro de hemorragia.

## II. EMBARAZO TUBARICO

Esta localización es la más estudiada por la mayoría de los autores, quizá por ser la más frecuente. Aunque en el apartado anterior, dedicado al estudio del embarazo ectópico en general, se habla en muchos casos de este tipo, seguidamente se presentan algunos casos clínicos atendidos en el Instituto Rubio y publicados en diferentes lugares:

G. Abascal presenta en 1.899 en la RIACM cuatro casos de embarazo tubárico (Fig. 1 a 4). Abascal considera de acuerdo con las doctrinas de Trait que debe existir una salpingitis previa que origine el embarazo tubárico, pero dado que en muchos casos esto no se ha demostrado, supone que puede haber alteraciones en la estructura y vascularización de la mucosa que detienen el óvulo en su camino hacia el útero. Los cuatro casos que presenta fueron operados por él antes del quinto mes, con éxito, por vía abdominal, vía que considera preferible a la colpotomía vaginal. (9).

Martínez Cerecedo en 1.899 en El Siglo Médico, hace un estudio sobre el diagnóstico del embarazo tubárico,

y dice que generalmente se puede diagnosticar por el tacto, si se está habituado a ello, y que no hay que esperar a oír por auscultación el corazón fetal. Concluye:

1). Que el embarazo ectópico tubárico es la variedad más frecuente y que se puede afirmar su existencia a partir del segundo mes.

2). Que en el dispensario no se diagnostican embarazos ectópicos en período fetal, debido a que el feto perece generalmente en los tres primeros meses.

3). Los hematoceles son manifestación frecuente de embarazo tubárico.

4). La extirpación de las trompas fetoquísticas por laparotomía en los tres primeros meses, es la mejor conducta, sin esperar a que haya hematoceles o infecciones. (10).

En 1.907, E. Masip presenta un caso en la RIACM de embarazo ectópico en el que el huevo se implantó en el infundíbulo de la trompa y por ser ya casi abdominal y evolucionar independientemente de la trompa, no sufrió esta mujer las consecuencias del aborto tubárico, ni tampoco rotura de la trompa que acompaña al desarrollo del huevo en la ampolla de Henle (Fig. 5). Practicó la operación el Dr. Masip con ayuda del Dr. García de Arias. (11).

El Dr. San Román publica en la RIACM en 1.908 un embarazo tubárico que se diagnosticó por la presencia de un hematocele supurado. Se operó a la mujer por colpoto-mía posterior sin extraer la placenta por el riesgo de infección y, se obtuvo un feto de 3-4 meses. (12).

Ya se ha comentado anteriormente el caso clínico que presentó el Dr. Botín sobre una gestación ectópica seguida de aborto tubárico, en la que no se presentó ninguna sintomatología, pero expulsó al cabo de más de treinta años huesos fetales correspondientes a un feto de aproximadamente cinco meses de edad. (13).

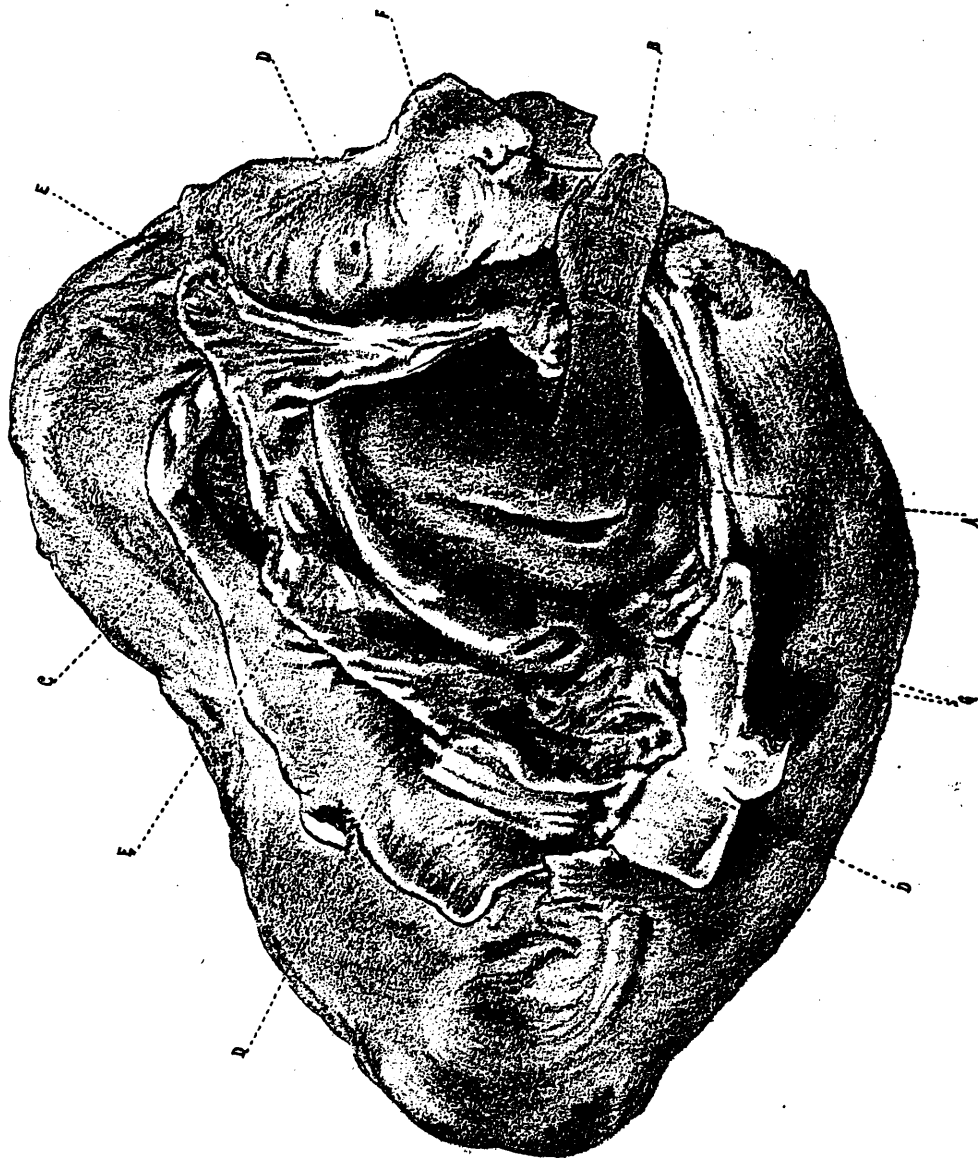


Fig. 1. Trompa izquierda abierta. Se observa el embarazo extrauterino.

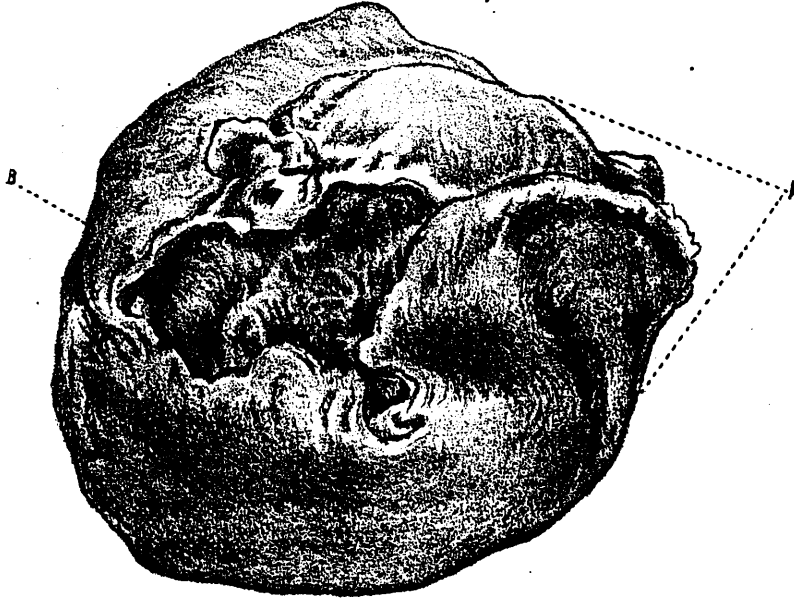


Fig. 2. La misma pieza, repuestas las paredes, menos en el punto que se rompió al operar.

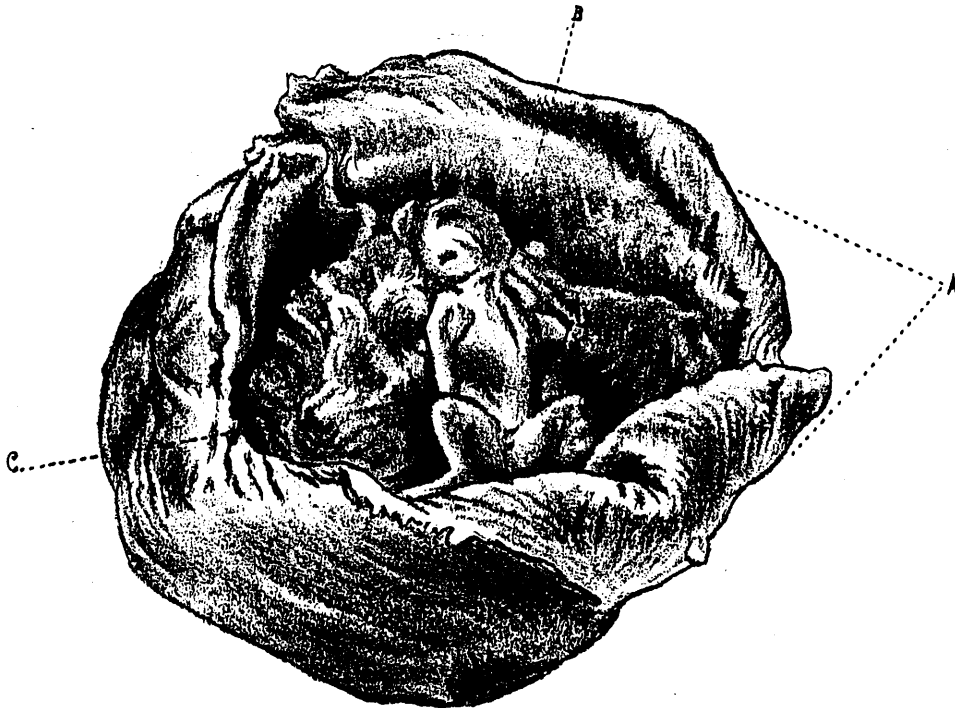


Fig. 3. Embarazo en la trompa izquierda.

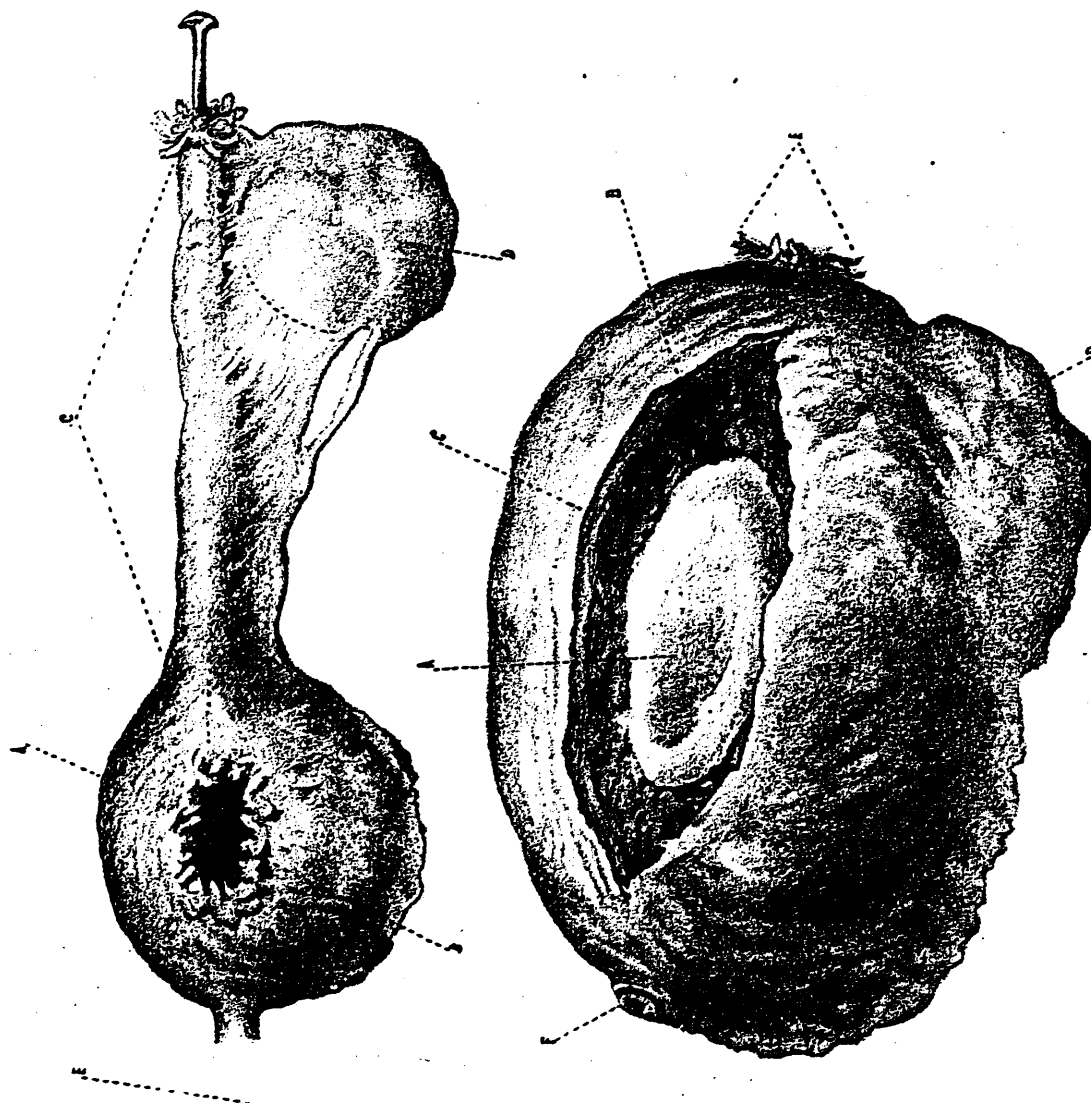


Fig. 4. Anejos derecho e izquierdo, vistos por detrás y por delante, respectivamente.

### III. EMBARAZO ABDOMINAL

Solamente hay un caso de embarazo primitivamente abdominal en la bibliografía consultada que corresponde al Dr. Eugenio Gutiérrez, publicado en la RIACM en 1.904.

El Dr. Gutiérrez operó a la mujer en 1.903, cuando ya

tenía la seguridad de que se trataba de un embarazo de nueve meses de antigüedad, con dolores de parto, tras los cuales no se verificó el mismo. Supuso, pues, que se trataba de un embarazo ectópico aunque el feto ya estaba muerto, dado que habían comenzado los fenómenos de involución. La operó a los cinco meses en el Instituto Rubio y en el curso de la laparotomía observó que matriz, ovarios y trompas no tenían ninguna adherencia, ni tampoco el fondo peritoneal de Douglas, el quiste fetal que contenía un feto femenino se había desarrollado a partir del repliegue infundíbulo-pelviano y la placenta se había implantado en el útero (Fig. 5 y 6).

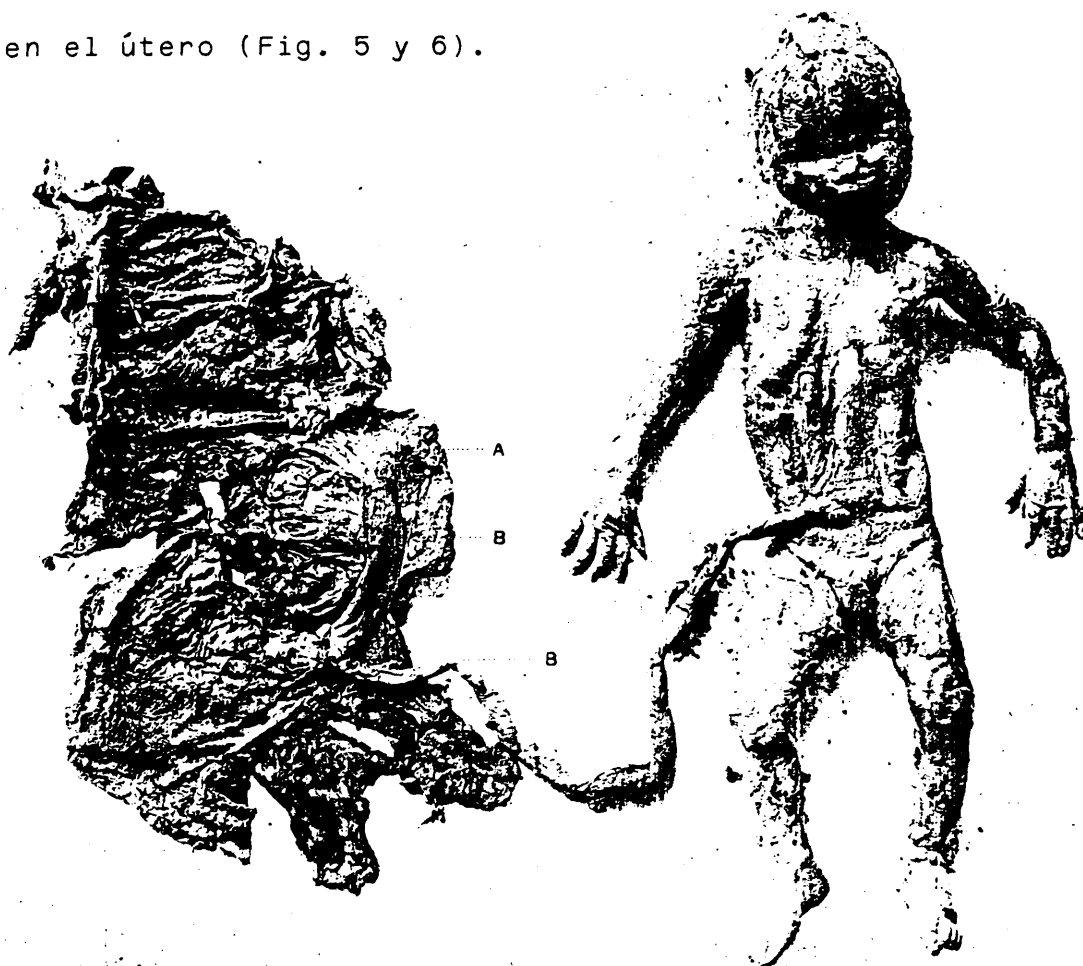


Fig. 5. Feto y placenta procedentes de un embarazo abdominal primitivo.

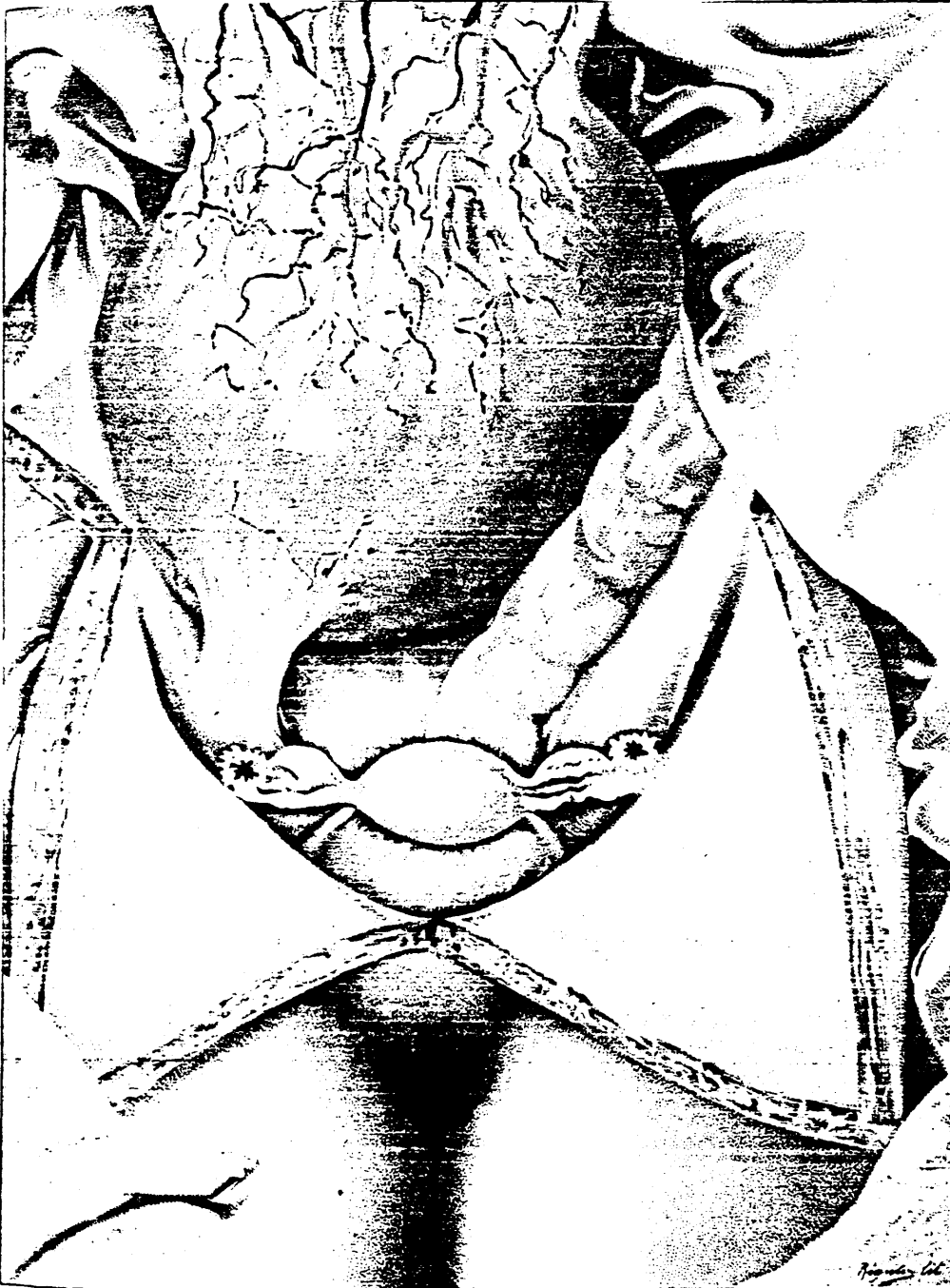


Fig. 6. Observación laparotómica del embarazo abdominal primitivo.

Del examen microscópico que realizó el Profesor Moreno Melgar y de la historia clínica, deduce el Dr. Gutiérrez lo siguiente:

"Este es un caso típico de embarazo extrauterino primitivamente abdominal, que llegó a término, a pesar de cuanto escriban todos los tratadistas de la especialidad, cuyas ideas absolutas en la materia fueron causa de mis dudas en el diagnóstico."(14).

En este artículo, el Dr. Gutiérrez se pregunta cómo pudo ocurrir esta gestación, y para explicarlo indica: 1) El encuentro del óvulo con el espermatozoide no siempre tiene lugar en la trompa, sino que puede realizarse sobre el ovario o fluido peritoneal. 2) Dada la fecundación, el pabellón de la trompa puede no recoger el huevo, y éste puede deslizarse por el peritoneo. 3) Supone que el huevo puede llevar en sí mismo los elementos necesarios para subsistir en cualquier lugar.

Todas estas ideas hacen ratificar al Dr. Soler que el embarazo abdominal primitivo es posible, ya que el caso que presenta así lo demuestra. (15).

#### IV. OTRAS LOCALIZACIONES DEL EMBARAZO ECTOPICO

No hay en la bibliografía consultada para este trabajo ningún artículo publicado a este respecto; únicamente el Dr. Soler hace referencia al mismo en su artículo "Diagnóstico y tratamiento del embarazo extrauterino", que aparece en 1.914 en la RIACM. Considera que el óvulo es fecundado dentro del folículo de Graff, y según si éste se rompe o no, será un embarazo ovárico externo o interno, que tarde o temprano se transformará en embarazo abdominal secundario. (16).

IV. 10. PATOLOGIA DEL PARTO

A la vista del material obtenido, se divide este capítulo para su análisis en dos partes:

- I. Estudio de las distocias.
- II. Estudio del parto prematuro, provocado y forzado.

### I. DISTOCIAS

En 1.904 el Dr. Martínez Cerecedo presenta un trabajo a concurso en la RIACM que resulta premiado con 250 Ptas. Se trata de una aplicación de las leyes de la gravedad a los cambios de presentación y posición en el embarazo y el parto. Recuerda en este artículo las observaciones de su maestro, el Dr. Andrey, Catedrático de Obstetricia de Santiago, en el sentido de que es deseable que la parturienta adopte la posición vertical durante el primer período del parto, mejor que el decúbito, ya que de esta forma aumenta la frecuencia de presentaciones de vértice y posiciones anteriores. De todas maneras, Martínez Cerecedo reconoce que el Dr. Andrey no creía que la gravedad influyese en modo alguno en la posición y presentación del feto.

Pese a ello, Martínez Cerecedo dice:

"En los casos en que la simple actitud vertical no transforma la posición occípito-posterior en anterior izquierda, recurrí a la posición genupectoral, y el resultado obtenido me anima a perseverar."  
(1).

Martínez Cerecedo piensa que la presentación viene determinada por la estructura ósea de la madre, pero la posición está muy influenciada por la gravedad.

También preconiza el decúbito lateral izquierdo

en el último mes de embarazo, así como al iniciarse el parto, en los casos en que la actitud vertical no modifique la posición posterior del vértice.

Considera igualmente muy importante la posición genupectoral para facilitar la versión, y en el tratamiento del prolapso de cordón. También lo utiliza profilácticamente para reponer el útero en retroflexión, (en este mismo sentido ya se había pronunciado el Dr. Gutiérrez en el Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia de Génova, en 1.897).

Posteriormente, la RIACM, publica en 1.909, a cargo del propio Dr. Cerecedo, un caso de presentación de frente persistente. Considera que es ésta una presentación poco frecuente, no admitida por muchos autores, pero importante dado su grave pronóstico para la madre y el feto. (2).

También trabajan en el tema de las distocias producidas por posiciones anómalas del útero otros autores del Instituto Rubio; entre ellos, destaca R. Sánchez Rodríguez, con su artículo "La anteflexión uterina como causa de distocia", publicada en la RIACM en 1.910. Para este autor, la anteflexión uterina puede ser causa de esterilidad, aborto y, cuando sucede la gestación, de complicaciones, como: retardo del parto, muerte del feto, septicemia puerperal, prociencia del cordón y rotura uterina. Señala como causas determinantes de esta malposición del útero:

A) Como causa materna: flacidez de las paredes abdominales, laxitud de los tejidos, separación de los músculos

rectos, sutura por laparotomía, multiparidad y operatoria (histeropexia).

B) Como causa fetal: embarazo gemelar, hidramnios, hidrocefalia o simplemente excesivo desarrollo del feto.

Para el tratamiento indica:

"Durante la gestación, toda embarazada con anteflexión uterina debe estar vigilada por el médico, para que sus cuidados la lleven a feliz término, evitando el aborto, frecuente en los primeros meses, los edemas y la eclampsia por medio de los repetidos análisis de orina." (3).

Proscribe cargas, pesos y usar corsé, aunque sí deben llevar faja hipogástrica.

Para el momento del parto se debe procurar la posición de decúbito supino y rechazar el vientre hacia arriba en cada contracción.

Piensa R. Sánchez que si se vigila estrechamente a la embarazada con esta afección, se puede resolver el problema de la anteflexión fácilmente y sin complicaciones.

## II. PARTO PREMATURO, PROVOCADO Y FORZADO.

J. Soriano, junto con otros autores, establece la diferencia entre parto prematuro artificial y parto forzado, en los siguientes términos:

Cuando se tiene el convencimiento de que la mujer no puede parir a término por una pelvis estrecha, a los siete u ocho meses se realiza el parto prematuro artificial por el procedimiento de Krause (introduciendo en el útero

una sonda uretral de celuloide), o por el procedimiento de los globos de Campetier de Ribes, tras lo cual el parto se realiza por medios naturales.

Si pasado el séptimo mes una mujer presenta una metrorragia grave o varios accidentes de eclampsia, procede la rotura del amnios y la extracción del feto por versión o forceps: es un parto forzado. J. Soriano prefiere la cesárea cuando se trata de nulíparas, y el parto forzado para multíparas. (4).

Posteriormente se ha tratado de acelerar el parto, incluso el parto fisiológico, por medios distintos a los puramente mecánicos (versión y forceps), mediante la acción de sustancias opoterápicas, fundamentalmente la pituitrina.

En esta época, la pituitrina se extraía de la hipófisis de grandes mamíferos (porcinos y bovinos), e iba mezclada con dosis altas de vasopresina, que empleadas en la embarazada, podían producir complicaciones por elevación de la tensión arterial. Los autores del Instituto Rubio se mostraron o no de acuerdo en el uso de esta sustancia, incluso alguno, como se verá a continuación, modificó su opinión primitiva sobre el uso de la pituitrina con el paso del tiempo.

Es el Dr. Martínez Cerecedo quien más trabaja en este campo, con varios artículos en distintas publicaciones. La primera de ellas aparece en la RIACM en 1.912. En este artículo comenta las indicaciones para provocar el parto prematuro:

1) Desproporción entre feto y pelvis materna; cuando es debida a los diámetros reducidos de ésta es una indicación admitida por la mayoría de los autores, pero Martínez Cerecedo dice además:

"Pero dicha falta de relación depende con frecuencia del exceso de volumen fetal, máxime en las pluríparas, y también del defecto de reductibilidad de la cabeza, por una prolongación de la gestación."(5).

2) También provoca el parto prematuro en caso de muerte habitual del feto en el trabajo de parto, casos en los que no se llega a conocer la etiología de estas muertes.

Su procedimiento es la unión de los utilizados por varios autores, algo modificados, y sobre él se volverá a insistir al hablar de la utilización del cornezuelo de centeno en obstetricia. En líneas generales consiste en: Toma de 2 gr. en 16 sellos, (2 sellos tres veces al día) de cornezuelo de centeno y bisulfato de quinina (debido al Dr. Orellano). Colocación de una gasa yodofórmica en la vagina previa desinfección (debido a Holfmann) e introducción del dedo índice en el útero para desprender las membranas del polo inferior del huevo y por último colocación de una ó dos tiras de gasa yodofórmica (Hamilton) y seguir tomando sellos hasta que llega a pleno período de dilatación.

Respecto al uso de la pituitrina para provocar el parto, tras haberlo utilizado en seis u ocho casos manifiesta reservas según las siguientes consideraciones:

- Su utilización dificulta la circulación feto-placentaria.

- Provoca rápidamente enérgicas contracciones remitentes cada dos o tres minutos.
- La pérdida sanguínea en parto y puerperio es mayor.
- No produce anomalías en el alumbramiento.
- En occípito-posterior produce un éxito que hace innecesario el uso del forceps.
- Asociada a otros recursos obstétricos o farmacológicos será en un futuro un procedimiento sencillo e inocuo para provocar el parto.
- No repercute sobre la madre. (6).

La segunda se publica en El Siglo Médico en 1.912. Indica la importancia de la utilización de la pituitrina para terminar el parto a voluntad, dentro de ciertas circunstancias. Afirma que:

"En efecto, asociada la pituitrina a otros recursos, o mejor empleada cuando el parto provocado por otros medios se ha iniciado y la dilatación haya alcanzado el diámetro de 3 a 4 centímetros, esto es, del diámetro de diez céntimos al de cinco pesetas, en estas circunstancias el parto se realiza con la pituitrina en un período de tiempo que varía de 10 a 40 minutos, según la mayor o menor resistencia que oponga el cuello, la vagina, vulva y periné y, por lo tanto, según se trate de primíparas o de multíparas." (7).

Desde el punto de vista del Dr. Martínez Cerecedo, la utilización de la pituitrina significará el abandono del forceps en la mayoría de sus indicaciones, especialmente cuando el parto se detiene por inercia uterina.

Sin embargo tras tratar quince partos con pituitrina manifiesta:

"El efecto opoterápico se desarrolla de 3

a 7 minutos después de la inyección; y si la dilatación es mayor de tres centímetros de diámetro, el orificio uterino es dilatable, no hay desproporción de diámetros y la presentación es de vértice, la expulsión ocurre de 10 a 14 minutos después de la inyección, por regla general; pero el feto sufre casi siempre, porque las contracciones uterinas no suelen ser francamente intermitentes, y por lo tanto el tetanismo uterino, más o menos remitente dificulta la circulación fetoplacentaria, pudiendo peligrar la vida del feto algunas veces, máxime en las primíparas de periné resistente, si el huevo está roto, y sobre todo si circulares al cuello muy apretadas retardan la expulsión y dificultan la circulación." (8).

En el tercer artículo aparecido en El Siglo Médico en 1.913 Martínez Cerecedo vuelve, como en el primero, a manifestarse pesimista y muy restrictivo respecto al uso de la pituitrina después de observar tres casos de eclampsia tras la inyección de pituitrina. Tras observar sus efectos en más de 50 casos, considera que muchos de ellos podrían haber sido resueltos más favorablemente con el cloroformo y forceps y manifiesta que su uso debe quedar relegado al personal muy especializado y siempre prestos a utilizar el forceps. (9).

Posteriormente en 1.916 el Dr. Fco. Botín publica en la Revista Española de Obstetricia y Ginecología "Notas clínicas de algunas indicaciones de la pituitrina en obstetricia". Quizá sea esta la publicación en la que tras muchas y diversas opiniones se da su justo papel a la pituitrina y se sientan las indicaciones para su uso, sus ventajas y sus inconvenientes. Fco. Botín afirma:

"Para mí la pituitrina bien manejada, es un gran recurso tocológico para estimular

la contracción y acelerar el término del parto, siempre que exista indicación, evitando con mucha frecuencia tener que recurrir a intervenciones obstétricas." (10).

En su opinión, no se debe manejar por el solo hecho de acelerar el parto, sino cuando es preciso hacerlo. Una de las más importantes indicaciones es la atonía uterina en los últimos tramos del canal del parto, con la pituitrina se consigue terminar el parto o bien hacer el feto accesible a un forceps bajo.

Puede ser útil, dice, para extraer el feto en ligeras estrecheces pélvicas o hacerlo asequible al forceps, pero en las estrecheces pélvicas claras estará siempre contraindicada.

Manifiesta, pese a los pocos casos en que la ha utilizado para este fin, que no es muy útil para facilitar la expulsión de la placenta, para lo cual prefiere la ergotina y sobre todo el cornezuelo del centeno.

Respecto a los efectos nocivos sobre la madre, principalmente ataques de eclampsia, dice que no ha observado ninguno en mujeres sanas y quizá los que citan otros autores se dieron en mujeres predispuestas o ya enfermas. En cuanto a los efectos sobre el feto, considera que no son importantes si el feto no padece una patología previa y la indicación para usar pituitrina estaba bien hecha. Sí ha observado, sin embargo, que los fetos nacen ligeramente deprimidos o cianóticos, pero la respiración se restablece espontáneamente. (11).

El Dr. A. Martínez Cerecedo también escribe varios artíu

culos sobre el uso del cornezuelo de centeno en obstetricia, principalmente para provocar el parto y para acortar el período del alumbramiento. El primero de estos artículos apareció en la RIACM en 1.904 y en él describe un método original, ya citado en el capítulo dedicado a las toxemias, basado en el uso del cornezuelo para provocar el parto (12).

Un año más tarde y también en la RIACM hace una actualización del uso del cornezuelo de centeno desde su propio punto de vista y desde las opiniones de otros autores. Según su criterio debe y puede utilizarse sin peligro en el alumbramiento y en el período expulsivo pero no en el período de dilatación. Otros autores como J. Larrú, A. Cospedal y A. Fernández Chacón, se muestran claramente contrarios a su uso en cualquier circunstancia y dentro del Instituto el propio E. Gutierrez considera que se puede usar en los casos de inercia uterina con las condiciones que cita el Dr. Martínez Cerecedo, pero dice:

"El verdadero tocólogo no hecha de menos el cornezuelo para solucionar los conflictos de la inercia durante el parto o el alumbramiento." (13).

En este mismo año en El Siglo Médico el Dr. Martínez Cerecedo vuelve a insistir sobre las ventajas del cornezuelo sobre otros métodos en dos circunstancias: la placenta previa y la inercia en el período de dilatación y dice:

"En los casos de inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, la provocación del parto puede estar indicada en beneficio de la madre.  
No obstante de los cargos fulminados contra el cornezuelo de centeno administrado

durante el parto, su empleo puede ser benéfico para ambos seres, aún en el período de dilatación, si el que lo maneja conoce sus efectos, observa atentamente las características de la constracción uterina y del latido cardíaco fetal y lo administra con la mesura requerida por todo medicamento eficaz y constante en sus efectos como el cornezuelo, cuya función terapéutica no es el funestísimo tetanismo o contractura permanente de la matriz, sino la saludable constracción intermitente, o a lo sumo remitente." (14).

IV. 11 . PATOLOGIA DE LA PLACENTA

En 1.908 el Dr. E. Gutiérrez pronuncia el discurso de la sesión inaugural del mismo año en la Real Academia de Medicina, que versa sobre las funciones de la placenta. Considera que la placenta no desempeña simplemente un mero papel de filtro mediante el cual se verifican los intercambios nutritivos entre la madre y el feto, sino que:

"Es un órgano transitorio, que vive en condiciones propias, y como tal, modifica y selecciona los materiales de nutrición; regula los cambios anabólicos y catabólicos materno-ovulares y goza de propiedades químicas especiales, similares algunas a las de otros órganos del cuerpo humano." (1).

Afirma que la respiración a nivel de las vellosidades coriales no se realiza sólo por ósmosis, sino que también en ellas tienen lugar oxidaciones intraorgánicas.

Ayudado por los Dres. Moreno Melgar y Blanco, ambos del Instituto Rubio, ha realizado experiencias para demostrar la toxicidad de la placenta.

En 1.907, el Dr. Carmelo Gil publica en la RIACM un método original para el estudio de la distribución vascular de las vellosidades placentarias. Consiste en visualizar el sistema vascular de la placenta por medio de los rayos Röntgen, mediante un contraste que prepara el farmacéutico Sartorius en el Hospital de Eppendorf (Hamburgo). (2).

Respecto a la patología de la placenta, sólo se encuentra documentación acerca de la placenta previa, y encaminada toda ella al tratamiento de esta afección. No se ha llegado hasta el momento a un acuerdo unánime

para la conducta a seguir ante la placenta previa; antes bien, cada autor utiliza con preferencia ciertos métodos frente a otros.

Dentro de la bibliografía consultada destaca un profundo estudio realizado por el Dr. A. Pumarino, publicado en 1.930 y 1.931 en la RIACM y con el que obtuvo en 1.925 el Premio Soler (3).

Siguiendo el esquema del Dr. A. Pumarino, el tratamiento de la placenta previa puede realizarse en tres momentos distintos:

1. Durante el embarazo.
2. Durante el parto.
3. Durante el alumbramiento.

1. Durante el embarazo

a. En los primeros seis meses, cuando el único síntoma es la hemorragia y el aborto incipiente, el tratamiento consiste en controlar la hemorragia, y cuando ésta es incohercible o se presenta aborto, hacer histerectomía de urgencia.

b. En los últimos tres meses, si la hemorragia no es inquietante, se recomienda reposo, opiáceos y coagulantes. Cuando la hemorragia es importante, taponamiento vaginal, y si el parto está cercano, deplección del útero rápida y completa.

2. Durante el parto

El Dr. Pumarino hace un recuerdo histórico de algunos métodos, ya casi abandonados:

- Parto forzado: perforar la placenta y forzar el orificio interno del cuello.
- Arrancamiento total de la placenta.
- Despegamiento parcial de la placenta, o método de Barnes.

METODOS PURAMENTE OBSTETRICOS:

- Taponamiento vaginal: indicado sólo para cohibir la hemorragia mientras se prepara una terapéutica más activa.
- Rotura artificial de las membranas, sólo cuando hay contracciones intensas, previa inyección de occitócico y siempre que el feto esté en posición longitudinal para que la cabeza al descender cohiba la hemorragia.
- Versión sin extracción o maniobra de Braxton-Hicks.
- Versión con extracción: Pumarino piensa que la versión debe hacerse sin extracción, dejando la terminación del parto a los esfuerzos naturales, pues de otra forma implica un aumento del 10% en la mortalidad materna y 35% en la fetal.
- Aplicación de balones intrauterinos: Desde 1.888 se utiliza el de Campetier-Ribes, requiriendo gran destreza tocológica y, a veces, si la hemorragia no cede, hay que terminar el parto por versión más extracción. Supone una mortalidad materna del 6-8% y una mortalidad fetal del 50%.
- Proceder de Delmas aplicado al tratamiento de la placenta previa: consiste en la producción del parto metódicamente acelerado, aprovechando los modernos avances de la

cirugía obstétrica adquiridos por la introducción de la anestesia raquídea en la práctica tocológica, (Delmas dió a conocer este método el 22 de Febrero de 1.928 en la Reunión de Obstetricia y Ginecología de Montpellier). Esta anestesia flexibiliza el canal cérvico-segmentario y no dificulta la contracción del útero. Utiliza 10 cgr. de scurocaine.

Sobre el tratamiento puramente obstétrico de la placenta previa ya se había pronunciado muchos años atrás el Dr. A. Martínez Cerecedo, en un artículo publicado en la RIACM en 1.904; en él, proponía el taponamiento vaginal no sólo para ganar tiempo sino porque pensaba que servía para acelerar el parto. Si la presentación era de vértice y la dilatación había comenzado, abogaba por la rotura de las membranas. (4).

#### METODOS QUIRURGICOS:

Desde los últimos seis años, se tiende a utilizar la cesárea abdominal, mientras la vaginal va perdiendo adeptos.

En casos infectados, se utiliza poco la histerectomía de Porro, decantándose las simpatías por la operación de Portes (1.924), que consiste en la exteriorización temporal del útero infectado y cesariado, devolviéndolo a su lugar una vez desaparecida la infección.

Sobre la opinión que le merece al Dr. Pumarino la cesárea, ya se pronunció en 1.924 en un artículo publicado en la RIACM en el que afirmaba:

"1. Ahorra más sangre que los otros métodos. 2. Puede por sí sola salvar la vida de las mujeres muy anemiadas. 3. Proporciona una hemostasia más segura. 4. Es más aséptica que cualquiera terapéutica distinta. 5. Salva todos los niños a término y la mayoría de los viables prematuros." (5).

En el artículo en que se basa esta exposición, vuelve a insistir en los mismos puntos, y aclara que prefiere la cesárea cervical en los casos infectados. La cesárea supone una mortalidad materna del 2,4% y fetal del 4,8%. (6)

### 3. Durante el alumbramiento

Cuando cede la hemorragia, con cualquiera de los tratamientos, se puede esperar alumbramiento espontáneo.

Si no cede, se debe practicar extracción manual con o sin Credé y tratamiento antihemorrágico: suero fisiológico, glucosado, tónicos cardíacos, compresión manual o instrumental y compresión aórtica con tubo de Ribera-Homberg.

IV. 12. PATOLOGIA DEL PUERPERIO

Existe muy poca bibliografía al respecto. Únicamente en la RIACM aparecen tres artículos sobre el tratamiento de la fiebre puerperal; dos de estas publicaciones se refieren al tratamiento médico y una al quirúrgico.

#### 1. Tratamiento médico de la fiebre puerperal

A. Martínez Cerecedo, en 1.906, indica sobre la fiebre puerperal:

"La infección puerperal es evitable con una buena asistencia en el embarazo, parto y puerperio." (1).

En contra de la opinión de algunos autores que piensan que se deben suspender los lavados uterinos cuando la fiebre desciende a las 24 horas, el Dr. Martínez Cerecedo llega hasta las diez irrigaciones diarias hasta obtener la curación (utiliza para las irrigaciones agua hervida, sublimada o yodada).

También J. López Ocaña ha utilizado los vapores de iodo en varios casos de infección puerperal causadas por basiotripsias muy laboriosas, si bien, éste fue el último recurso. (2).

#### 2. Tratamiento quirúrgico de la fiebre puerperal

En 1.907 publica J. Martín Aguilar un artículo en la RIACM presentando un caso de infección puerperal grave tratado con laparotomía; ello le sirve de base para hacer un análisis de las ventajas de la laparotomía o la colpoto-  
mía sobre la histerectomía vaginal, ya que considera que las primeras son exploradoras, evacuadoras y aisladoras y, ante todo, conservadoras de la función genital, así como preferibles en muchos casos para tratar las infec-

ciones locales y también más generalizadas en el puerpe-  
rio. (3).

IV. 13. MANIOBRAS Y OPERACIONES  
OBSTETRICAS.



## I. SINFISIOTOMIA. PUBIOTOMIA. CESAREA.

A lo largo de la historia se han utilizado distintos métodos para facilitar la salida del feto del claustro materno. Dado que en sus comienzos la cesárea tenía una gran mortalidad, se idearon otros métodos para dilatar las pelvis estrechas.

Se practicó la sinfisiotomía con éxito en 1.777 por Sigault en París, en 1.824 Antiken realizó con malos resultados una pubiotomía doble y Potois de Strasburgo efectuó una doble pubiotomía más sinfisiotomía con resultados funestos.

Stolz propuso y realizó en Strasburgo en 1.836 la pubiotomía subcutánea y Champion ideó el corte lateral del pubis. La sinfisiotomía se siguió practicando en Nápoles, por Morisani fundamentalmente, y desde allí con objeto de un viaje de Pinard se introdujo en Francia, siendo defendida en Alemania por Zweifel.

La sinfisiotomía tenía serios inconvenientes (dificultad técnica, peligro de infección, hemorragia y lesión de partes blandas, así como un largo período de recuperación), por lo que muchos autores preferían la cesárea.

La resurrección de la pubiotomía se debió a Gigli. tras varias pruebas en el cadáver, Bonard, de Lugano, operó a una mujer con su método y obtuvo éxito. Gigli 8 años después (1.902) practicó la operación con éxito y presentó el caso en la Soc. Italiana de Partos y en el Congreso de Florencia.

Van de Velde introdujo la modificación del corte vertical paralelo a la sínfisis del pubis y la penetración de la sierra por abajo. Baumm de Breslau publicó en 1.903 dos casos funestos, uno por hemorragia y otro por infección. La difusión de la pubiotomía corrió a cargo de Döderlein quién ideó la pubiotomía subcutánea sin sección de partes blandas (1.904).

Es a partir de 1.905 cuando comienza la fiebre de la pubiotomía, fundamentalmente de la pubiotomía subcutánea. Tal como nos cuenta en 1.907 E. Mañueco Villapadierna al presentar una comunicación a la Sociedad Ginecológica Española en las sesiones del 13 y 19 de Marzo, que se publica en la RIACM, "La pubiotomía subcutánea en las clínicas alemanas", donde resume la historia y estado actual de la sinfisiotomía y pubiotomía. (1).

En el Instituto Rubio esta técnica es defendida y dada a conocer por el Dr. Carmelo Gil e Ibarguengoitia, quién en 1.906 publica en la RIACM "La pubiotomía subcutánea", un estudio bastante amplio sobre las ventajas de una nueva operación que está sustituyendo a la sinfisiotomía se trata de la pubiotomía o hebotomía.

Hasta hacía poco tiempo la mayoría de los tocólogos pensaban en la sinfisiotomía cuando se les presentaba indicación de dilatar momentaneamente los diámetros de la pelvis estrecha. En esta época se está extendiendo desde Alemania la pubiotomía por la sencillez de su técnica, mayor facilidad para evitar lesiones de partes blandas, hemorragias graves y peligro de infección, además de que

el tratamiento post-operatorio no es complicado y la convalecencia suele ser corta.

En este artículo Carmelo Gil describe la técnica de la pubiotomía según la ideó Gigli, así como las posteriores modificaciones que introdujeron otros autores hasta llegar a Bumm, a quién se le ha visto practicar varias veces en la clínica de Berlín (Fig. 1 y 2):

"Se introduce la sierra de Gigli, ayudándose de una aguja construída exprofeso. En la Fig. 3, está representada la empleada por Bumm. Se clava la aguja a unos dos traveses de dedo del clítoris entre el labio mayor y menor, bordeando intimamente la rama ascendente del pubis. El dedo índice de la mano que no opera señala este punto. Tan pronto como la extremidad de la aguja ha pasado por debajo de la rama del pubis, se introduce el dedo en la vagina para dirigir el instrumento por detrás del hueso y en dirección ascendente y siempre junto a su cara posterior. Se hace reaparecer la aguja por encima del pubis, un poco por dentro del tubérculo púbico, y entonces en una pequeña ranura que tiene en su extremo se monta la sierra de Gigli; hecho esto, se saca la aguja que, al ser retirada hacia abajo, tira de la sierra y la deja colocada. El tiempo que se tarda en serrar es de medio a un minuto." (2).

Los autores no se han puesto de acuerdo sobre el lado en que debe practicarse, y también es muy discutible si la terminación del parto debe ser por forceps o versión. Döderlein y Henkel preconizan la versión y cuando es necesario emplear el forceps, prefieren el de Tarnier; otros como Zweifel optan por dejar terminar el parto espontáneamente si no existe indicación de intervenir, creyendo que así hay menos peligros para la madre y el feto.

Una de las complicaciones que se observan en esta

operación es la hemorragia que proviene de los cuerpos cavernosos del clítoris, del plexo venoso vesical y, en suma de las partes blandas, pero Carmelo Gil dice que no procede, como otros autores creen, del tejido esponjoso del hueso. Generalmente la hemorragia se cohibe fácilmente.

Indica otras complicaciones como son las lesiones de la vejiga, si está llena, bien al efectuar la operación, o por compresión de la cabeza fetal sobre la vejiga y el hueso serrado.

El hecho de que la extracción del feto deba realizarse por versión o forceps, facilita el grán número de desgarros en vagina y periné y a veces hasta el recto, favoreciendo además la consiguiente infección.

Considera este autor que es una observación común a todos los operadores que la consolidación del hueso se realiza rápidamente y en inmejorables condiciones, y que aproximadamente a los 14 días la operada podrá andar y sostenerse sobre una pierna. Afirma que:

"Es indudable que en este sentido la pubiotomía representa una gran ventaja sobre la sinfisiotomía." (3).

El Dr. Gil indica la conveniencia de precisar los diámetros pelvianos y el tamaño de la cabeza fetal. Según los distintos autores se toma el valor del conjugado verdadero entre 7 y 8,5 cm.; para estrecheces más pronunciadas es mejor recurrir a sinfisiotomía o cesárea.

"Seguramente no es la pubiotomía la operación que, como Bürger, reemplaza por com-

pleto a la cesárea abdominal en su indicación relativa, y hace innecesaria la perforación del feto vivo; claro que en muchos casos evita la pubiotomía una operación cesárea o una perforación fetal, pero no en todos absolutamente." (4).

Carmelo Gil piensa que es pronto para formar un juicio sobre esta operación, pero no duda que es una aportación importante a la obstetricia, quizá no recomendable en principio al médico práctico, pues lo más difícil no es la técnica sino sentar la indicación correcta.

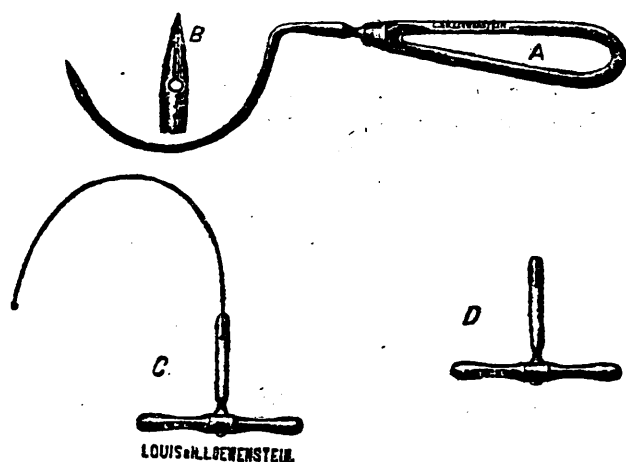


Fig. 1. Sierra de Gigli, empleada por Bumm.

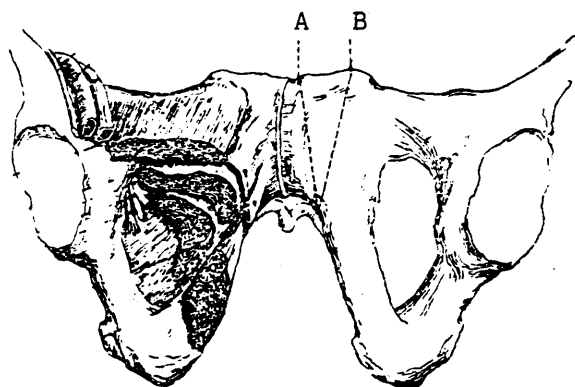


Fig. 2. Sección del hueso en la pubiotomía: A: según la técnica de Gigli. B: Según la técnica de Van de Velde.

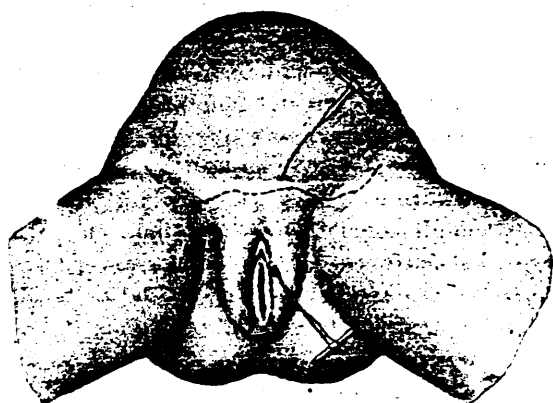


Fig. 3. Sierra de Gigli colocada en posición y dispuesta para serrar el hueso.

Posteriormente en 1.910 el Dr. Gil e Ibarguengoitia publica en la RIACM su segundo caso de pubiotomía practicada con éxito. En esta ocasión el conjugado verdadero medía 9,5 cm. pero la cabeza del feto era grande y no llegó a conformarse. Dice en su artículo que según otros autores podría haber optado por esperar, pero en este caso la mujer tenía la bolsa rota desde hacía 48 horas y presentaba intensas contracciones. (5).

En 1.906 el mismo Dr. Gil publica en la RIACM "La operación cesárea vaginal", un artículo en el que analiza los métodos existentes en la época para dilatar el cuello en los casos en que hay que intervenir y terminar el parto. Separa tres clases de métodos: 1) Los que provocan contracciones (taponamiento, balones). 2) Los que actúan distendiendo los tejidos bruscamente (dilatadores de Ellinger, Schultze, Bossi). 3) Las incisiones superficiales y profundas del cuello del útero, del que parte el método

de Dührssen (la operación cesárea vaginal), que consiste en practicar incisiones en las paredes anterior y posterior del útero a través del cuello extrayendo el feto vivo por versión generalmente, o en otras ocasiones por forceps.

En su artículo describe la técnica seguida por Bumm (Fig. 4 y 5) y está de acuerdo con Dührssen en las indicaciones que éste establece para la intervención: estados patológicos del cuello y segmento inferior del útero que no permiten la dilatación; enfermedades intercurrentes que ponen o puedan poner en peligro la vida de la madre si no se vacía el útero rápidamente; cuando la vida de la madre está perdida y cuando existe peligro para la vida del feto y no para la madre.

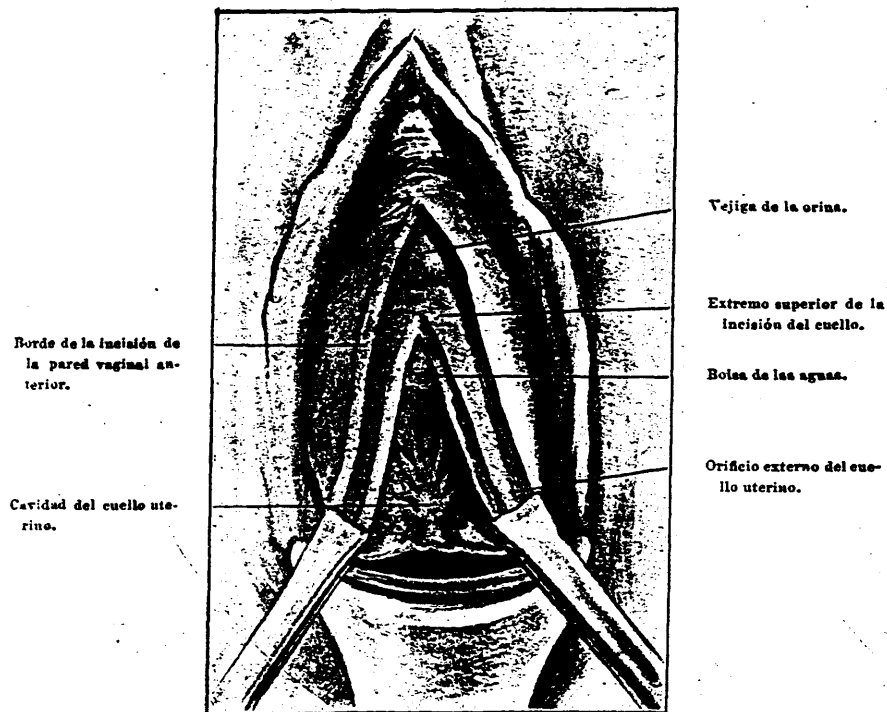


Fig. 4. Operación cesarea vaginal (Histerotomía vaginal anterior dilatadora).

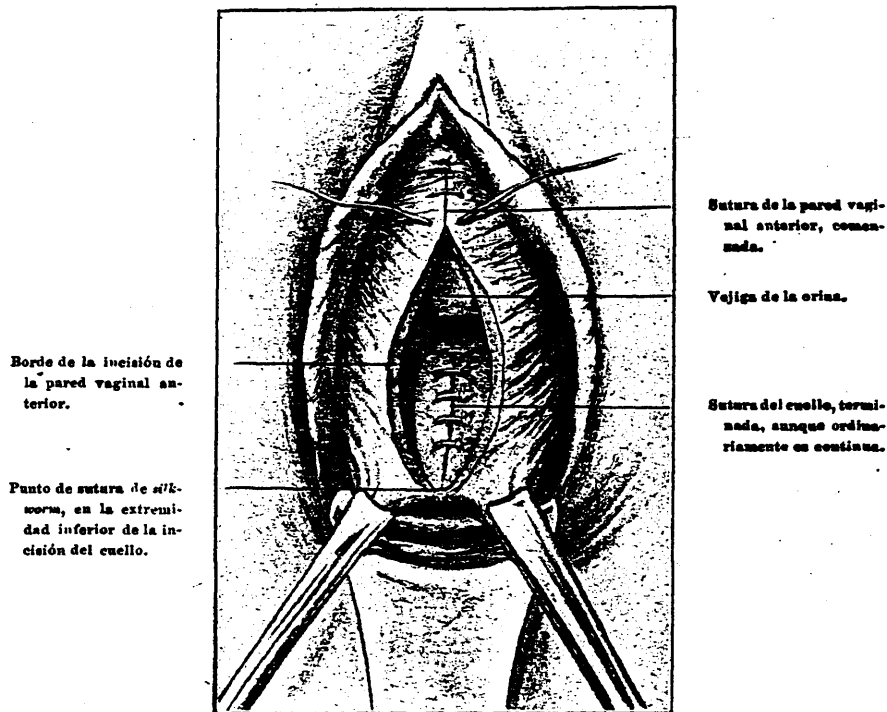


Fig. 5. Operación cesárea vaginal (Histerotomía vaginal anterior dilatadora).

A su juicio es de elección cuando el diámetro conjugado no es menor de 7-8 cm. en cualquier período del embarazo y del parto, cuando el cuello está intacto y cerrado:

"La operación cesárea vaginal es una operación tocológica de importancia tal, que podemos muy bien ponerla al lado de la operación cesárea clásica, del forceps y de la versión podálica." (6).

En 1.908 presenta un caso de césarea vaginal practicado por él en el Insituto Rubio y publicado de nuevo en la revista de esta institución: "Grávida cardíaca. Dilatación hipertrófica con insuficiencia mitral". A pesar de la realización de esta operación falleció la enferma debido a su cardiopatía, pero se pudo obtener un feto vivo de 1.513 gr. (7).

Eugenio Gutiérrez publica también en la RIACM en 1.906 su "Nota clínica acerca de una embarazada con estrechez pélvica". En este artículo presenta una mujer embarazada al final del octavo mes con una pelvis plana raquítica de estrechez escalonada, en la cual el diámetro promonto-púbico mide a lo sumo 6 cm. y el sacro-púbico poco más de 5 cm., y el feto está vivo y bien desarrollado. El problema que se plantea es si se podrá resolver el conflicto recurriendo al parto prematuro artificial o auxiliado por versión o forceps.

Según su opinión, en pelvis inferiores a 8 cm. de conjugado verdadero, los resultados del parto prematuro provocado son desastrosos; de 8 a 8,5 cm. son malos y cuando es mayor de 8,5 cm. son satisfactorios. En este caso considera que no son aplicables ni la sinfisotomía ni la pubiotomía de Gigli porque no se consigue suficiente amplitud de conjugado verdadero y además el parto debería terminarse con forceps.

Para lograr obtener el feto vivo, según E. Gutiérrez lo mejor es la cesárea con embarazo a término, sino se presentan antes complicaciones. Esta cesárea podrá ser sola o:

"Seguida de la amputación supravaginal, si la estrechez es más considerable de lo que suponemos y la interesada y su marido lo acuerdan, a fin de evitar que en sucesivos embarazos se viese privada de los auxilios del arte, y sucumbiera antes de poder recurrir a esta operación salvadora, puesto que sin ella es imposible el parto." (8).

Realizan cesárea clásica con extracción de feto

vivo, y, dado que el diámetro conjugado verdadero sólo mide 5 cm., practican la histerectomía subtotal.

A continuación, en 1.928, A. Pumarino publica un artículo en la RIACM, "La cesárea abdominal en el tratamiento de la placenta previa", en el que concluye que la operación cesárea abdominal es el mejor método para tratar la placenta previa por varias razones: ahorra más sangre que otros métodos; puede por sí sola salvar a veces la vida de las mujeres muy anemiadas, proporciona la hemostasia más segura; es más aséptica que cualquier otra terapéutica; salva a todos los niños a término y a la mayoría de los viables prematuros. (9).

Posteriormente Luis Soler Soto pronuncia una conferencia en el Instituto Rubio el 8 de Mayo de 1.930 que se publica en la RIACM sobre el cáncer de matriz y embarazo. Este artículo ha sido ya comentado en el capítulo que se dedica a la patología tumoral maligna; en el presente sólo es preciso referir el papel que la cesárea representa en el tratamiento del cáncer de cuello de matriz, específicamente cuando éste se ve complicado con el desarrollo de una gestación. Afirma que:

"El parto en caso de cáncer de cuello de la matriz, es casi siempre de un pronóstico muy grave, acusando una mortalidad de un cincuenta por ciento para la madre y mucho más alto para el feto, quién a su inferioridad de resistencia por las condiciones en que vive dentro del claustro materno sumará los obstáculos que se opondrán a su expulsión y traumatismo que ha de sufrir, sobre todo queriendo efectuarlo por las vías naturales." (10).

Recoge la opinión de varios profesores como el Dr. Sebastián Recasens, Becerro de Bengoa, P. Nubiola y otros, así como algunos casos presentados por él mismo, que han sido tratados en el Instituto Rubio, y considera como tratamiento preferente en casos de embarazo complicado con cáncer de cuello de la matriz el empleo de radium en aplicaciones vaginales y la terminación por cesárea abdominal antes que el trabajo de parto haya comenzado, seguido o no de histerectomía, según el caso.

Luis Soler en "Algunas consideraciones encaminadas a estimular la práctica de la operación cesárea en su mayor amplitud de acción", que se publica en 1.921 en la RIACM, aboga por la mayor indicación que se debe hacer de esta operación en casos como la amenaza de muerte materna o fetal, incluso cuando el parto por vía vaginal pueda acarrear a la madre una morbilidad importante (fístulas, colpocèles, etc.), sobre todo cuando la atención al parto se realice en el medio urbano donde se dispone de medios para realizar la cesárea con garantías (11).

## II. OTRAS MANIOBRAS E INTERVENCIONES OBSTETRICAS.

No se encuentra en la bibliografía consultada prácticamente ningún artículo dedicado a otras maniobras o intervenciones obstétricas, aunque éstas sí se mencionan como tratamiento en casos de distocias y presentaciones viciosas, en la terminación del parto donde se ha realizado pubiotomía etc. Únicamente existen tres artículos sobre este tema, dos de ellos en la RIACM y uno en El Siglo Médico.

El primero es una traducción realizada por Carmelo Gil de la comunicación hecha a la sección de Obstetricia y Ginecología del Congreso de Naturistas celebrado en Meran en 1.905 por el profesor B. Krönig, que se publica en la RIACM en 1.907 con el título "Hasta que punto debe ser respetado el derecho del feto a la vida en el acto del parto". En este artículo el autor considera justificado intervenir en el parto únicamente en interés del feto, aún poniendo en peligro la vida de la madre. Hace un estudio estadístico para averiguar el número de niños que mueren en el acto del parto, y teóricamente por tanto salvables, y los que ya antes del parto estaban muertos, (desechando este grupo del estudio). Se basa sobre todo en el material de la Clínica de Friburgo: de 3.133 partos mueren 183 niños, 33 macerados y 150 no macerados.

De estos 150 sólo 135 murieron durante el parto. Respecto a las madres de estos niños hace dos divisiones, aquellas madres que no presentaban obstáculo en las partes óseas del canal del parto (es decir, la muerte del feto se produjo por uno de los siguientes mecanismos: enfermedades de la madre, enfermedades del feto, parto lento, anomalías del cordón, anomalías de la placenta, anomalías en la posición y presentación) y aquellas otras que padecían una estrechez pélvica.

Por tanto se trata de estudiar las operaciones tocológicas que se pueden aplicar a los factores de mortalidad citados.

B. Krönig preconiza: a) para el parto lento el uso del

forceps; b) las incisiones del cuello de Dührssen, en embarazadas con peligro de eclampsia y para dilatar el cuello en otras ocasiones; c) para el tratamiento de la placenta previa prefiere la histerotomía para dilatar el cuello, a la versión combinada de Braxton Hicks, o al empleo del balón; d) para el prolapso de cordón, reposición, y si no es posible incisiones de cuello; e) en caso de presentación transversa sin desproporción de la pelvis materna, versión externa y/o interna; f) cuando hay estrechez pélvica, el problema estriba en hacer operaciones que aumenten el diámetro pélvico, cesárea o craneotomía del feto. Dice al respecto:

"Con buena técnica y buena asepsia, cuando la mujer se presenta a manos del tocológico poseyendo aún un canal genital aséptico, el pronóstico de la sinfisiotomía y de la operación cesárea, en relación a la mortalidad materna, es apenas desfavorable comparada con el de la craneotomía." (12).

En cuanto al parto prematuro provocado, opina que no mejora el pronóstico fetal y sí empeora el materno. No está de acuerdo en utilizar la versión cuando haya estrechez pélvica; en este caso, prefiere la cesárea.

El segundo artículo lo publica J. Soriano en 1.907 en la RIACM bajo el título "Versión por maniobras internas". En él estudia un caso de presentación de hombro derecho y posición cefalo-iliaca izquierda, o sea, dorso-anterior. Insiste en la importancia de la exploración por palpación y auscultación para diagnosticar la presentación, posición y vitalidad del feto, así como en la precaución

de evitar la infección y anestesiar a la parturienta. En las posiciones transversas, como el caso que presenta, si el hombro está excesivamente encajado, prefiere hacer embriotomía, caso de que el feto estuviera muerto, o cesárea si permaneciese vivo. (13).

El último de estos artículos es el publicado por A. Martínez Cerecedo en El Siglo Médico, el 18 de Septiembre de 1.915, "Juicio que merece al Dr. Martínez Cerecedo la modificación al forceps de Levret, llevada a cabo por el Dr. Velázquez Lobo, de Avila". En él felicita a su colega por la modificación efectuada a este forceps, cuya principal ventaja es aproximar las cucharas, evitando así la excesiva compresión de la cabeza fetal, y disminuyendo a la vez las probabilidades de escape del forceps. Esta modificación consiste en haber hecho construir un tornillo de aproximación parecido al del forceps de Tarnier, pero de quita y pon. (14).

IV. 14. PUERICULTURA INTRAUTERINA

El Dr. Martínez Cerecedo es el autor que más se preocupa por este tema, publicando varios artículos en la RIACM, correspondientes algunos de ellos a trabajos realizados para asociaciones que se encargan de la protección a la infancia.

En un artículo publicado en 1.910 indica el campo que comprende la puericultura intrauterina:

- a) Higiene de la gestación.
- b) Tratamiento de las infecciones e intoxicaciones.
- c) Recursos higiénicos, farmacológicos, mecánicos y quirúrgicos que facilitan la fecundación y expulsión del claustro materno de un feto viable.

Para conseguir mejorar las cifras de mortalidad y morbilidad materna y fetal mediante estos recursos, A. Martínez Cerecedo propone varias medidas entre las que se encuentran, la creación de asilos para embarazadas, prohibición de asistencia al aborto por personal no profesional, persecución por parte del Estado de la interrupción criminal del embarazo y educación de las embarazadas para que se sometan a una dirección competente. (1).

En 1.915 se publica en la RIACM un trabajo escrito para la Asamblea Nacional de Protección a la Infancia, celebrada en Madrid el año anterior, inédito hasta este momento por enfermedad del autor. Este trabajo trata de la necesidad de creación de centros de puericultura en España y dice:

"De todos los recursos beneficiosos en provecho de la puericultura intrauterina: reposo obligatorio y protección legal

de las embarazadas, asistencia de las embarazadas a domicilio, sociedades de mutualidad maternal y sanatorios o asilos de embarazadas, son estos últimos los que reportan mayor beneficio a la puericultura intrauterina." (2).

Hace una crítica de la falta de asilos de embarazadas en España y lo compara con Francia donde ya existen varios. Comenta asimismo la posibilidad de mejorar este estado de cosas por parte del Dr. Gutiérrez, Conde de San Diego, que pertenece al Consejo Superior de Protección a la Infancia y que siempre ha defendido este tema. Pero en la fecha en que se publica este artículo, el Dr. Gutiérrez ya ha muerto y así lo indica el Dr. Martínez Cerecedo en una nota a pie de página.

En el mismo año, 1.915, vuelve a insistir sobre el tema y transcribe varios artículos aparecidos anteriormente en la RIACM: "Casos clínicos de puericultura intrauterina" en 1.910, "Higiene de los órganos genitales de la mujer, aplicada especialmente a la profilaxis de las inflamaciones y del cáncer de la matriz", en 1.904, y "Casos clínicos que justifican la conveniencia de excitar el celo de los comadrones, médicos y autoridades en beneficio de la puericultura intrauterina", en 1.913. (3).

L. Escandiano y Sancho publica en la RIACM en 1.930 una conferencia correspondiente al ciclo organizado por la Casa de Socorro del Distrito de Palacio, sobre este tema. El Dr. Escandiano es ayudante del Dr. Soler en el Instituto Rubio y también en el centro de Radioterapia que éste dirige. Estudia en este trabajo la asistencia

que se debe prestar al parto para evitar complicaciones a la madre, si bien no se ocupa de las consecuencias para el feto.

Las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse en el parto son las infecciones, hemorragias y lesiones de las partes blandas. De estas tres causas, dice el autor, que sólo uno de cada cuatro casos es debido a una diferente a la infección, por tanto es a ésta a la que presta más atención, y hace una afirmación importante:

"Hay procedimientos eficaces para evitar las, pero no para combatirlas." (4).

Según este autor, hay dos tipos de infección, las que tienen como puerta de entrada el canal del parto, endógenas o auto-infecciones, y las exógenas o por contagio.

Considera que hay que extremar la higiene de la gestante, vigilar y curar las infecciones; operar si fuera necesario, aún durante la gestación (Apendicitis, quistes ováricos, miomas); aislarla en casos de epidemias de gripe; en los últimos meses hacer análisis de orina para diagnosticar precozmente las albuminurias e instaurar la dieta; recomienda la visita cada 15 días en los dos últimos meses para comprobar posición y presentación fetal y asimismo la abstención de coito y baños generales.

Respecto al lugar en que ha de realizarse el parto recomienda que haya pocas personas; se han de aseptizar los genitales externos de la mujer y las manos del médico y éste utilizará guantes de goma que hayan hervido 20 minutos.

En relación a la protección de las partes blandas, cuando el parto se detiene por inercia recomienda el uso de la pituitrina, siempre que haya dilatación completa, el feto esté bien y pueda pasar por el canal del parto. Si se producen desgarros de los fondos de saco vaginales, hace sutura con catgut grueso. Para los desgarros de vagina y periné lo mejor es protegerlos o hacer episiotomía, pero si se producen, es necesaria la sutura.

Considera fundamental evitar las fístulas vesico-vaginales que generalmente se producen por compresión del feto contra las partes blandas.

Para el tercer punto, la hemorragia, indica la actuación a seguir en cada caso: Cuando la placenta no se ha desprendido, no se debe tirar del cordón, ni hacer masajes violentos, utilizar pituitrina, expresión de Credé y si falla extracción manual, previa desinfección. Una vez extraída la placenta administra ergotina para evitar la hemorragia. Es asimismo importante vigilar las infecciones, tromboflebitis y mastitis en la puérpera.

V. CONCLUSIONES

1ª. El Instituto de Terapéutica Operatoria que creara Federico Rubio en 1.899, consiguió reunir un grupo de médicos entusiastas que imbricando la enseñanza y la práctica de la medicina en campos concretos de esta ciencia, contribuyeron a la creación de diversas especialidades, entre las que destacan la Otorrinolaringología y la Ginecología y Obstetricia.

2ª. La figura más destacada de este grupo de médicos fue el Dr. Eugenio Gutiérrez y González, de cuyas enseñanzas surgió la primera generación de obstetras y ginecólogos del Instituto Rubio, integrada por los Dres. Gerardo Abascal, Policarpo Lizcano, Adolfo Martínez Cerecedo, Luis Soler, Fco. Botín y otros. En años posteriores se fue ampliando el número de estos especialistas.

3ª. Muchos de ellos viajaron fuera de España para ampliar conocimientos y de esta forma incorporaron las técnicas y tratamientos que se practicaban en Europa y América, de modo que en los años en que funcionó el Instituto Rubio, se puede decir que éste contaba con medios y profesores a nivel europeo.

4ª. En el campo de la patología ginecológica destacan tres capítulos, el primero comprende las alteraciones en la estática y posición del útero. Dado que en su opinión la posición fisiológica del útero es la anteversión ligera, cuando la situación de este órgano se encuentra alterada de forma fija consideran que existe patología, de la

cual derivarán infecciones, esterilidad o aborto. Para evitar tales complicaciones tratan médicamente las malposiciones del útero mediante pesarios, o, con más frecuencia, mediante varias técnicas quirúrgicas, de las cuales la más utilizada es la histeropexia abdominal. El autor que trabaja con más profundidad en este campo es el Dr. Lizcano.

5ª. El segundo de estos grandes capítulos agrupa la patología inflamatoria del apartado genital. El Dr. Gutiérrez ayudado por otros profesores, especialmente el Dr. Lizcano realiza análisis histológicos de los productos obtenidos en legrados de úteros con metritis, hallando formas anatomopatológicas hasta entonces desconocidas.

Una de las enfermedades infecciosas sobre la que más trabajan los profesores el Instituto Rubio, tanto a nivel asistencial como divulgativo, mediante conferencias, discursos, etc., es la tuberculosis, tanto pulmonar como exclusivamente genital. Les preocupó extraordinariamente la conducta a seguir ante la mujer tuberculosa embarazada, y si bien en los primeros años abogan por el aborto o parto prematuro en interés de la madre, con el tiempo su criterio se hace más restrictivo, a lo que contribuye también la preocupación general por la vida del feto.

6ª. El tercer capítulo corresponde a los tumores del apartado genital. Los médicos del Instituto se encuentran totalmente indefensos en lo que se refiere al diagnóstico, ya que sólo cuentan para ello con el exámen físico de la enferma y la historia clínica y, a posteriori,

de la trompa en el embarazo tubárico: la presencia de acetona en la orina de la mujer.

9ª. En el campo de la patología del parto, destaca la figura del Dr. Martínez Cerecedo como profundo investigador de la fisiología y mecánica del feto durante el embarazo y el parto, así como sus estudios sobre el uso de la pituitrina y el cornezuelo del centeno para acelerar o provocar el parto.

10ª. Estudian la fisiología de la placenta intuyendo su acción como glándula de secreción interna, además de su intervención en el metabolismo entre madre y feto. En los últimos años, el Dr. Gil consigue visualizar con rayos roëtgen y un contraste la distribución vascular de las vellosidades placentarias, si bien la única patología placentaria estudiada en la placenta previa.

11ª. La fiebre puerperal es un tema que preocupa a todos los médicos de la época, consideran que la infección que la produce es evitable con una buena asistencia en el embarazo, parto y puerperio, incluyendo asimismo la atención médica en el aborto y legrado post-aborto.

12ª. A mediados del siglo XIX, cuando la práctica de la cesárea todavía era arriesgada, la pubiotomía supuso un avance en el tratamiento de las estrecheces pelvianas que permitió obtener fetos vivos con pocos riesgos para la madre. El Dr. Gil introdujo la técnica de la pubiotomía subcutánea tras su estancia en Alemania.

con el exámen histológico de las piezas extraídas. Quizá sea este el capítulo sobre el que más trabajaron todos los médicos de esta institución. Hicieron hincapié en la necesidad de diagnóstico precoz para que el tratamiento resultara curativo, siendo éste siempre quirúrgico y solo en los últimos tiempos incorporaron la radioterapia al tratamiento del cáncer.

7ª. En cuanto a terapéutica ginecológica se refiere, el tratamiento médico y especialmente el opoterápico, se encuentran bastante atrasados. La opoterapia está en sus comienzos, ya que es en estos años cuando comienza el estudio de las glándulas de secreción interna y, por tanto, su aplicación al campo de la patología.

Sin embargo, la segunda mitad del siglo XIX es una época de gran desarrollo de las técnicas quirúrgicas. El Instituto Rubio es un centro específicamente dedicado a cirugía en el que se realizan diversas operaciones en el campo de la ginecología, destacando la cirugía conservadora de los órganos genitales, ya que los profesores del Instituto están impregnados de un espíritu intervencionista pero razonado y tratan, siempre que es posible, de conservar la función sexual y reproductora de la mujer.

8ª. El embarazo ectópico es profundamente estudiado en todos sus puntos. Destacan las investigaciones de los ginecólogos en colaboración con el laboratorio de Anatomía Patológica -Dres., Blasco y Moreno Melgar- mediante las que obtienen un método para diagnosticar la rotura

Varios autores practican la cesárea vaginal, pero poco a poco esta operación va siendo sustituida por la cesárea abdominal clásica, tanto en el tratamiento de partos difíciles o imposibles por estrechez pélvica, como enfermedades intercurrentes, eclampsia o placenta previa. Años más tarde practicarán cesárea mediante apertura horizontal del útero a nivel del istmo, técnica actualmente utilizada.

Cabe reseñar el amplio uso del forceps, de Levret y de Tarnier principalmente, y la versión interna o externa que practican con asiduidad para resolver distocias.

13ª. Los Dres. Gutiérrez y Mtnez. Cerecedo trabajan con ahínco en el campo de la Puericultura Intrauterina, tratando de mejorar la asistencia a las embarazadas mediante la educación, higiene y tratamiento oportuno para ofrecer niños sanos y útiles a la sociedad.

14ª. La recopilación y análisis del material base de este trabajo, intentan de alguna manera señalar la importancia que la ginecología y obstetricia alcanzaron en el Instituto Rubio, logrando equiparar el nivel de esta disciplina en España con el del resto de Europa, y construyendo la infraestructura, humana especialmente, para etapas posteriores en el desarrollo de esta ciencia.

VI.    NOTAS

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 1.

- (1) LOPEZ PIÑERO, J.L. et al, Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX, Soc. de Estudios y Publicaciones, Madrid, pág. 68-130, 1.963.
- (2) RIERA, J. "Los hospitales especializados en el siglo XIX" Actas del III Congreso Español de Historia de la Medicina, Valencia, 1.969.
- (3) LAIN ENTRALGO, P., Historia de la Medicina, Salvat, Barcelona, pág. 457, 1.978.
- (4) USANDIZAGA SORALUCE, M., "La obstetricia y ginecología durante el positivismo", de Historia Universal de la Medicina de P. Laín Entralgo, Edit. Salvat, Barcelona, Vol. 6, pág. 353-358, 1.973.
- (5) Op. cit. (3). pág. 528.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 2.

- (1) GRANJEL, LUIS S., Historia de la Medicina Española, Sayma edic. y publicaciones, Barcelona, 1.962, pág. 173-174.
- (2) RODRIGO LAVIN, L. et al, Solemne sesión necrológica celebrada en el Instituto Rubio el 24 de Octubre de 1.927 para celebrar el centenario del natalicio de su fundador D. Federico Rubio y Galí, Imp. Jesús López, Madrid, 1.928, pág. 41-50.
- (3) ALVAREZ SIERRA, J., Los hospitales de Madrid de ayer y de hoy, Public. de la Beneficencia Municipal, Madrid, 1.952, pág. 129-132 y 166-168.
- (4) PULIDO FERNANDEZ, A., Instituto de Terapéutica Operatoria fundado en la Moncloa por el Dr. Federico Rubio y Galí, E. Teodoro Imp., Madrid, 1.897, 16 pág.
- (5) SOLARES CAMBRE, J., La aportación del Instituto Rubio a la histología normal y a la anatomía patológica (tesis), Fac. Medicina de Madrid, Universidad Complutense, Octubre 1.983, pág. 186.
- (6) GUTIERREZ, E., El Instituto Rubio, su historia y su organización, Imp. Idamor Moreno, Madrid, 1.907, 31 pág.
- (7) GUTIERREZ, E., "El Instituto Rubio", El Siglo Médico, 27, pág. 72, 1.880, 28, pág. 607, 1.881 y 42, pág. 631, 1.895.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 3

- (1) ALVAREZ SIERRA, J., Diccionario de Autoridades Médicas, Edit. Nacional, Madrid, 1.963, LOPEZ PIÑERO, J.L., Diccionario histórico de la ciencia moderna en España, Edit. Península, Barcelona, 1.983 y FCO. BOTIN, Solemne sesión necrológica celebrada en el Instituto Rubio el 24 de Octubre de 1.927 para celebrar el centenario del natalicio de su fundador D. Federico Rubio y Galí, Imp. Jesús López, Madrid, 1.928, pág. 11-17.
- (2) ALVAREZ SIERRA, J., Diccionario de Autoridades Médicas, Edit. Nacional, Madrid, 1.963, LOPEZ PIÑERO, J.L., Diccionario Histórico de la ciencia moderna en España, Edit. Península, Barcelona, 1.983, PULIDO FERNANDEZ, A., Homenaje al Dr. Gutiérrez, Conde de San Diego, Madrid, 1.917, pág. 7-15, MARTINEZ CERECEDO, A., Algunos datos médicos para la biografía del Conde de San Diego, Imp. Antonio Marzo, Madrid, 1.914, 16 pág., PULIDO FERNANDEZ, A., El Dr. Gutiérrez, Suc. de Rivadeyra, Madrid, 1.904, 11 pág. y VAZQUEZ GONZALEZ-QUEVEDO, FCO., La Medicina en Cantabria, Imp. América, Santander, 1.982, pág. 278-279.
- (3) ALVAREZ SIERRA, J., Diccionario de Autoridades Médicas, Edit. Nacional, Madrid, 1.963, LOPEZ PIÑERO, J.L., Diccionario histórico de la ciencia moderna en España, Edit. Península, Barcelona, 1.963 y VAZQUEZ GONZALEZ-QUEVEDO, FCO., La Medicina en Cantabria, Imp. América, Santander, 1.982, pág. 267.
- (4) ALVAREZ SIERRA, J. Diccionario de Autoridades Médicas, Edit. Nacional, Madrid, 1.963 y LOPEZ PIÑERO, J.L,

Diccionario histórico de la ciencia moderna en España,  
Edit. Península, Barcelona, 1.963.

(5) ALVAREZ SIERRA, J., Diccionario de Autoridades Médicas,  
Edit. Nacional, Madrid. 1.963.

(6) LOPEZ PIÑERO, J.L., Diccionario histórico de la ciencia  
moderna en España, Edit. Península, Barcelona, 1.963.

(7) ALVAREZ SIERRA, J., Diccionario de Autoridades Médicas,  
Edit. Nacional, Madrid, 1.963 y VAZQUEZ GONZALEZ-  
QUEVEDO, FCO., La Medicina en Cantabria, Edit. Península  
Barcelona, 1.963, pág. 272.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV.4.a.

- (1) GUTIERREZ, E. "Estadística sobre la vida sexual de la mujer en España" RIACM, 6, Pág. 363-377, 1.901.
- (2) BOTIN, FCO. "Consideraciones clínicas acerca de algunas formas de amenorrea" Rev. Española de Obstetricia y Ginecología, 1, Pág. 149-153, 1.916.
- (3) SOLER SOTO, L. "Menorragias de la pubertad ajenas a lesión genital" RIACM, 46, Pág. 97, 1.921.
- (4) BLASCO SOTO, FCO. "Algunas consideraciones clínicas sobre el tratamiento de ciertas hemorragias uterinas por el legrado de útero" RIACM, 16, Pág. 185, 1.906.
- (5) DEL CASTILLO RUIZ, E. "Dismenorrea mecánica, sus causas y tratamiento" RIACM, 10, Pág. 110, 1.903.
- (6) Idem, Ibidem, Pág. 114.
- (7) LIZCANO, P. "Sobre la fecundación y algunas enfermedades uterinas tratadas por el raspado" RIACM, 4, Pág. 33-37, 1.900.
- (8) Idem, "Fecundación despues del legrado", El Siglo Médico Pág. 347-349, 1.903.
- (9) MARTINEZ CERECEDO, A. "Esterilidad por estenosis cervical y concepción consecutiva a la primera dilatación" Rev. de Medicina y Cirugía Prácticas, 48, Pág. 370, 1.900.
- (10) SOLER SOTO, L. "La maternidad" RIACM, 24, Pág. 131, 1.936.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 4. b.

- (1) GOMEZ IZQUIERDO, R. "Contribución al estudio de la histerografía", RIACM, 21, pág. 50-72, 1.936.
- (2) BOTIN, F. "Un caso de anomalía congénita del útero", RIACM, 45, pág. 49-55, 1.921 e Idem, Rev. Española de Obstetricia y Ginecología, 5, pág. 534-539, 1.920.
- (3) LIZCANO, P. "Casos clínicos de dislocaciones genitales", El Siglo Médico, 51, Pág. 133, 1.904.
- (4) Idem, Ibidem, pág. 135.
- (5) Idem, "Retrodueraciones uterinas", RIACM, 2, pág. 117-153, 1.901.
- (6) Idem, "Metrorragias por retroversión", El Siglo Médico, 49, pág. 269-270, 1.903.
- (7) Idem, "Casos clínicos de retroversión uterina", El Siglo Médico, 51, pág. 171, 187, 204 y 220, 1.904.
- (8) Idem, "Venticuatro casos de histeropexia abdominal", El Siglo Médico, Pág. 450-452 y 466-469, 1.910.
- (9) MASIP, E. "Un caso de ligamentopexia abdominal seguido de embarazo a término y parto normal", RIACM, 19, pág. 13, 1.908.
- (10) LIZCANO, P. "Casos clínicos de los colpocelos" El Siglo Médico, 51, pág. 270, 1.904.
- (11) SORIANO, J. "Nota clínica acerca de los colpocelos y de la prolongación hipertrófica del cuello uterino y su tratamiento" RIACM, 10, pág. 258, 1.903.
- (12) LIZCANO, P. "Casos clínicos de prolapso uterino", El Siglo Médico, 51, Pág. 333, 1.904.
- (13) BOTIN, F. "Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de los prolapsos del útero" Rev. Española

de Obstetricia y Ginecología, 5, pág. 1, 1.920.

- (14) CAMACHO, J. "Tratamiento del prolapso uterino en las menopáusicas", RIACM, 6, pág. 292, 1.901.
- (15) SOLER, L. "Causas y tratamiento conservador del prolapso doloroso de los ovarios", RIACM, 49, pág. 193, 1.923.
- (16) LILZCANO, P. "Inversión uterina completa", El Siglo Médico, 51, Pág. 397, 1.904.
- (17) GUTIERREZ, E. "Tratamiento de la inversión uterina", RIACM, 13, pág. 33, 1.905.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 4. c.

- (1) GUTIERREZ, E., "Las inflamaciones del peritoneo pelviano en la mujer", RIACM, 6, pág. 273, 1.901.
- (2) LIZCANO, P. "Pelvi-peritonitis", El Siglo Médico, 52, pág. 267-269, 415-418 y 432-434, 1.905.
- (3) PEÑA GALARZA, "Sobre los procesos inflamatorios supurados de la pelvis", RIACM, 26, pág. 15, 1.911.
- (4) GUTIERREZ, E., "Nota clínica sobre las pelvi-celulitis" El Siglo Médico, pág. 118-136, 1.884.
- (5) Idem, "Las inflamaciones del tejido celular de la pelvis femenina", RIACM, 5, pág. 29, 1.901.
- (6) LIZCANO P., "Pelvi-celulitis", El Siglo Médico, 52, pág. 577-579, 597-599 y 609-613, 1.905.
- (7) Idem, Ibidem, pág. 613.
- (8) Idem, "Anatomía patológica de las metritis", RIACM, 7, pág. 42, 1.902.
- (9) Idem, "Cooperación al estudio de las relaciones etiológicas anatómicas y clínicas de las metritis", El Siglo Médico, 50, pág. 391-393, 1.903.
- (10) LLORD DE GAMBOA, R. "Metritis por dislaceraciones del cuello uterino durante el parto. Extirpación de ambos labios y cauterización con el termo-cauterio. Curación", El Siglo Médico, pág. 771, 1.880.
- (11) LIZCANO, P., "De metritis parenquimatosas del cuello", El Siglo Médico, 51, pág. 56, 1.904.
- (12) Idem, "Las metritis", RIACM, 8, pág. 132, 1.903.
- (13) BOTIN, F., "Tratamiento de la endometritis crónica por el método de Menge", o sea con la solución de formalina", RIACM, 15, pág. 1, 1.906.

- (14) GUTIERREZ, E., "Tratamiento de las anexitis", RIACM, 21, pág. 401, 1.909 y LIZCANO, P. "Tratamiento de las anexitis", El Siglo Médico, 55, pág. 117-118, 1.909.
- (15) LIZCANO, P., "Inconvenientes de las curas intrauterinas en las anexitis", El Siglo Médico, 59, pág. 99, 1.913.
- (16) Idem, "Casos clínicos de salpingo-ovaritis", El Siglo Médico, 51, pág. 673, 1.904.
- (17) Idem, "Vía preferible de intervención en las anexitis", El Siglo Médico, 59, pág. 727, 1.913.
- (18) Idem, "Oportunidad de la intervención en las anexitis", El Siglo Médico, 59, pág. 566-567, 1.913.
- (19) Idem, "Incurabilidad, dolor y hematología en las anexitis", El Siglo Médico, 59, pág. 65-68, 1.913.
- (20) SOLER, L. "Estado actual del tratamiento de la tuberculosis genital femenina", RIACM, 37, pág. 16 y 103, 1.917.
- (21) LIZCANO, P. "Un caso de endocervicitis tuberculosa", RIACM, 7, pág. 6-10, 1.902.
- (22) LOPEZ DORIGA, C., "Tuberculosis uterina", RIACM, 53, pág. 130, 1.925.
- (23) GUTIERREZ, E. y FIGUEROA, A., "Sobre la salpingitis primitiva", RIACM, 2, pág. 12, 1.899.
- (24) GUTIERREZ, E., "¿Está justificada la interrupción artificial del embarazo en toda mujer tuberculosa?", RIACM, 28, pág. 228, 1.912.
- (25) SOLER, L., "Reflexiones encaminadas a precisar la tera-

peútica obstétrica más adecuada en los casos de tuberculosis grávida", RIACM, 3, pág. 148, 1.927.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 4. d.

- (1) GUTIERREZ, E., "Destrucción y eliminación espontáneas de un fibroma intersticial del útero a través de las paredes abdominales. Contribución a la historia de estos tumores", El Siglo Médico, pág. 841, 1.882 y pág. 5, 1.883.
- (2) Idem, "Tratamiento de los fibromas uterinos", RIACM, 4, pág. 145, 1.900.
- (3) MARTINEZ CERECEDO, A. "Conveniencia de favorecer la hiperinvolución uterina puerperal en los fibromas", RIACM, 34, pág. 310, 1.915.
- (4) BOTIN, F. "Radioterapia en los miomas uterinos", Rev. Española de Obstetricia y Ginecología, 40, pág. 145-151, 1.919.
- (5) Op. cit. (1), pág. 18.
- (6) GUTIERREZ, E., "Fibromas telangiectásicos de la matriz y ascitis. Laparotomía y extirpación de la matriz por el Dr. F. Rubio. Muerte al 11º día", El Siglo Médico, pág. 22, 1.881.
- (7) Idem, "Dos casos de histerectomía abdominal por fibromas con lesión del ureter", RIACM, 30, pág. 91, 1.913.
- (8) Idem, "La flebitis como complicación de los fibromas uterinos", RIACM, 23, pág. 241, 1.910.
- (9) LIZCANO, P., "Nota clínica de los cánceres uterinos registrados en la consulta de ginecología de la Inclusa", El Siglo Médico, 60, pág. 308-311, 1.913.
- (10) GUTIERREZ, E., "Sobre el diagnóstico del cáncer uterino", RIACM, 16, pág. 337, 1.906.

- (11) Idem, "La lucha contra el cáncer uterino", RIACM, 26, pág. 74, 1.911.
- (12) LIZCANO, P., "Conferencia sobre el cáncer uterino", RIACM, 4, pág. 301-326, 1.900.
- (13) GUTIERREZ, E., "Sobre el diagnóstico del cáncer uterino", RIACM, 16, pág. 350, 1.906.
- (14) Idem, Ibidem, pág. 301-326.
- (15) MARTINEZ CERECEDO, A., "Higiene de los órganos genitales de la mujer, aplicada especialmente a la profilaxis de las inflamaciones y del cáncer de la matriz", RIACM, 13, pág. 70-111, 1.905.
- (16) RUBIO, F., "Conferencia práctica sobre el tratamiento de las hemorragias producidas por el epiteloma de la matriz por el Dr. Federico Rubio", El Siglo Médico, pág. 389, 1.881.
- (17) GUIU Y GUTIERREZ, H., "Contribución al estudio de la terapéutica de los epitelomas en general y uterinos en particular", RIACM, 6, pág. 302-314, 1.901.
- (18) Idem, "Observaciones clínicas sobre el tratamiento del cáncer uterino", RIACM, 7, pág. 25-33, 1.902.
- (19) LIZCANO, P., "Conferencia sobre el cáncer uterino", RIACM, 4, pág. 321, 1.900.
- (20) GUTIERREZ, E., "Tratamiento del cáncer uterino", RIACM, 17, pág. 110, 1.907.
- (21) Idem, "Cáncer uterino", RIACM, 20, pág: 74, 1.908.
- (22) Idem, "Tratamiento del cáncer uterino", RIACM, 29, pág. 394, 1.913.
- (23) LIZCANO, P., "Casos clínicos de cáncer uterino",

- El Siglo Médico, 51, pág. 11, 1.904.
- (24) Idem, "Defensa contra el cáncer de la matriz", El Siglo Médico, 60, pág. 167, 1.913.
- (25) Idem, "Tratamiento quirúrgico del cáncer de útero", El Siglo Médico, 60, pág. 354-357, 1.913.
- (26) SOLER, L. "Tratamiento del cáncer de la matriz por los medios quirúrgicos y radiactivos", RIACM, 51, pág. 265, 1.924.
- (27) Idem, "La histerectomía vaginal como de elección en el cáncer operable del cuello de útero", RIACM, 6, pág. 101, 1.928.
- (28) Idem, "Contribuyamos a evitar la muerte por cáncer de matriz", RIACM, 8, pág. 566, 1.929.
- (29) Idem, "Reflexiones que han contribuido a orientar nuestro criterio en el tratamiento del cáncer de la matriz, muy especialmente en su localización cervical", RIACM, 14, pág. 150 y 65, pág. 191, 1.931.
- (30) BOTIN, F., "Notas acerca del tratamiento quirúrgico del cáncer uterino", RIACM, 29, pág. 328, 1.913.
- (31) LOPEZ DORIGA, "Cáncer de cuerpo uterino. Histerectomía por el método de Wertheim", RIACM, 9, pág. 3, 1.930.
- (32) LIZCANO, P., "La nefrotomía en la anuria por cáncer de útero", El Siglo Médico, 58, pág. 342, 1.911.
- (33) BLASCO, F. "Tres casos de epiteloma del cuello uterino con embarazo", RIACM, 15, pág. 329, 1.906.
- (34) SOLER, L., "Cáncer de la matriz y embarazo", RIACM, 55, pág. 265-277, 1.930.
- (35) GARCIA DE ARIAS, R., "Un caso de fibrosarcoma de útero"

RIACM, 23, pág. 27, 1.910.

- (36) GUTIERREZ, E., "Carcinoma papilo-alveolar primitivo de la trompa", RIACM, 8, pág. 284, 1.902.
- (37) GARCIA DE ARIAS, R., "Un caso de quiste areolar gigante del ovario", RIACM, 25, pág. 424, 1.911.
- (38) LIZCANO, P., "Quistes ováricos", El Siglo Médico, 51, pág. 714, 1.904.
- (39) GUTIERREZ, E., "Notas clínicas sobre un caso de quiste ovárico complicado de embarazo", RIACM, 2, pág. 1, 1.899.
- (40) LIZCANO, P., "Caso de quiste ovárico complicado con embarazo, torsión del pedículo y ovariectomía", El Siglo Médico, 57, pág. 338-340, 1.910.
- (41) GUTIERREZ BLABAS, E., "Un quiste ovárico derecho con torsión del pedículo", RIACM, 28, pág. 296, 1.912.
- (42) SOLER, L., "Cáncer primitivo de ovario", RIACM, 11, pág. 131-137, 1.931.
- (43) RUBIO, F., "El diagnóstico de los quistes ováricos. Tres casos sucesivos de ovariectomía operados con feliz éxito y un error diagnóstico", El Siglo Médico, pág. 6-22, 1.882.
- (44) LIZCANO, P., "Quistes ováricos", El Siglo Médico, 51, pág. 855, 1.904.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 4. e.

- (1) GUTIERREZ, E. El vaginismo, Madrid, García y Caravera, imp., pág. 66, 1.880.
- (2) Idem, Ibidem, pág. 40.
- (3) Idem, "Síndrome reflejo de las genitopatías femeninas", El Siglo Médico, 51, pág. 213-220, 1.904.
- (4) BOTIN, F. "Ginecopatías en relación con las neurosis", RIACM, 28, pág. 1-6, 1.912.
- (5) LIZCANO, P. "La anexitis y las neurosis desde el punto de vista operatorio", El Siglo Médico, 60, pág. 193-195, 1.913.
- (6) GARCIA DE ARIAS, R. "Neuropatías de origen genital en la mujer o neuropatías reflejas de enfermedades del aparato genital de la mujer", RIACM, 35, pág. 76-78, 1.916.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV.4.f.

- (1) GUTIERREZ, E. "Fístulas uro-genitales", RIACM, 8, Pág. 95-130, 1.902.
- (2) LIZCANO, P. "Fístulas uro-genitales", El Siglo Médico, 53, Pág. 689-691, 735-738, 750-752 y 788-789, 1.905.
- (3) LARRU, J. "Crítica razonada de las causas de las fístulas urogenitales de origen obstétrico y medios de evitarlas", RIACM, 14, Pág. 394, 1.905.
- (4) Idem, Ibidem, Pág. 396.
- (5) LIZCANO, P. "Fístulas uro-genitales", El Siglo Médico; 53, Pág. 690, 1.905.
- (6) LARRU, J. "Crítica razonada de las causas de las fístulas urogenitales de origen obstétrico y medios de evitarlas", RIACM, 14, Pág. 297, 1.905.
- (7) LIZCANO, P. "Fístulas uro-genitales", El Siglo Médico, 53, Pág. 751, 1.905.
- (8) Idem, Ibidem, Pág. 691.
- (9) Idem, Ibidem, Pág. 737.
- (10) MARTINEZ CERECEDO, A. "Origen de los fracasos quirúrgicos en las fístulas vesico-vaginales y manera de evitarlos en los casos de intervención fácil." El Siglo Médico, 51, Pág. 120, 1.904.
- (11) GARCIA DE ARIAS, R. "Un caso raro de fístula uretrovaginal", RIACM, 9, Pág. 259, 1.903.
- (12) DEL CASTILLO, R. "Un caso de fístula vesico-vaginal con destrucción de la porción posterior de la uretra", RIACM, 8, Pág. 247-248, 1.903.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 5.

- (1) LIZCANO, P., "Peligros de las curas intrauterinas", El Siglo Médico, 58, Pág. 407-421, 1.911.
- (2) PUMARINO, A., "Sobre el empleo de la leucotropina en ginecología", RIACM, 52, Pág. 297, 1.925.
- (3) GUTIERREZ, E. "Funciones del epiplón y consecuencias prácticas que se deducen de su estudio", RIACM, 29, pág. 289-293, 1.913.
- (4) Idem, "El desagüe en cirugía ginecológica", RIACM, 25, pág. 241, 1.911.
- (5) Idem, "Límites de la cirugía radical en ginecología", El Siglo Médico, pág. 411-496, 1.884.
- (6) PULIDO FERNANDEZ, A., "Límites de la cirugía radical en ginecología", El Siglo Médico, pág. 411-496, 1.884.
- (7) GUTIERREZ, E. "Experiencia personal acerca de la cirugía conservadora de los anejos uterinos", RIACM, 20, pág. 83, 1.908.
- (8) LIZCANO, P., "Cirugía conservadora de los anejos uterinos", El Siglo Médico, 55, pág. 405-421, 1.908.
- (9) Idem, "Límites de la cirugía conservadora en las afecciones útero-anexiales", El Siglo Médico, 59, pág. 479-480, 1.912.
- (10) Idem, "Cirugía conservadora de los ovarios", El Siglo Médico, 59, pág. 530-532, 1.912.
- (11) Idem, "Peligros de la cirugía conservadora de las trompas", El Siglo Médico, 59, pág. 564, 1.912.
- (12) Idem, "Extirpación unilateral de los anejos", El Siglo Médico, 59, pág. 622-623, 1.912.

- (13) Idem, "Inconvenientes de la conservación del útero en la castración anexial", El Siglo Médico, 59, pág. 658-660, 1.912.
- (14) Idem, "Histerectomía total y subtotal", El Siglo Médico, 59, pág. 670-674, 1.912.
- (15) Idem, "Miomectomías abdominales", El Siglo Médico, 59, pág. 707-710, 1.912.
- (16) Idem, "Indicación operatoria de las anexitis", El Siglo Médico, 60, pág. 4, 1.913.
- (17) PUMARINO, A., "Nuestra experiencia sobre el método Stumdorf de amputación cónica del cuello uterino", RIACM, 13, pág. 155-166, 1.932.
- (18) SANCHEZ, R., "Consecuencias de la amputación del cuello uterino", RIACM, 8, pág. 364, 1.902.
- (19) PULIDO FERNANDEZ, A. "De la ovariectomía en España", Rev. de Medicina y Cirugía, 108, pág. 520-531, 1.880.
- (20) RUBIO, F. "Modo de tratar el pedículo en la ovariectomía", El Siglo Médico, pág. 338-344, 1.879.
- (21) BOTIN, F. "Crónica de ginecología", RIACM, 41, pág. 105, 1.919.
- (22) RECASENS, S. "Tratamiento de algunas ginecopatías por medio de la electricidad", RIACM, 43, pág. 321, 1.920.
- (23) BOTIN, F. "Crónica de ginecología", RIACM, 41, pág. 169, 1.919.
- (24) Idem, "Crónica de ginecología", RIACM, 43, pág. 241, 1.920.
- (25) Idem, "Comentarios clínicos al tratamiento opoterápico

en ginecología y obstetricia", Rev. Española de Obstetricia y Ginecología, 3, pág. 149-156, 1.918.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV.6.

- (1) PI Y SUÑER, A. "Autointoxicaciones gravídicas", RIACM, 10, Pág. 150, 1.903.
- (2) BLASCO, F. "Contribución al estudio de la auto-intoxicación gravídica", RIACM, 21, Pág. 34, 1.909.
- (3) GIL e I.. C. "El vaciamiento rápido del útero es el mejor tratamiento de la eclampsia" RIACM, 21, Pag. 177, 1.909 y "Tres casos de operación cesárea por eclampsia", RIACM, 28, Pág. 145, 1.912.
- (4) MARTINEZ CERECEDO, A. "Dos casos de albuminuria gravídica. Provocación del parto prematuro por un procedimiento español en el segundo" RIACM, 12, Pág. 249, 1.904.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 7.

- (1) MARTINEZ CERECEDO, A. "La vaginitis blenorragica crónica en la gestación." El Siglo Médico, 46, Pág. 630 1.899.
- (2) PUMARINO, A. "Dos casos de evitación de accidentes post-salvarsánicos en embarazadas" RIACM, 3, Pág. 57, 1.927.
- (3) SOLER, L. "La gripe en las embarazadas" RIACM, 43, Pág. 81, 1.920.
- (4) Idem, Ibidem, Pág. 87.
- (5) MUT, A. "Algo acerca de cardiopatías y embarazo" RIACM, 10, Pág. 3, 1.930.
- (6) GIL E I., C. "Grávida cardíaca. Dilatación hipertrófica con insuficiencia mitral. Operación cesárea vaginal." RIACM, 20, Pág. 275, 1.908.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 8.

- (1) GUTIERREZ, E., "Causas más frecuentes de los abortos y de los partos prematuros en la misma mujer y medios de evitarlos", Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, L, Pág. 1-12, 1.901.
- (2) Idem, "Las retrodesviaciones uterinas como causa de aborto habitual", RIACM, 16, Pág. 161, 1.906.
- (3) MARTINEZ CERECEDO, A., "Inocuidad y eficacia del raspado uterino en el aborto incompleto" Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, LXVIII, Pág. 449, 1.905.
- (4) Idem, "Efectos de la dilatación, lavados y desagüe uterino en los abortos incompletos, metrorragias subinvolutivas y en las endometritis" Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, LXXII, Pág. 321, 1.906.
- (5) Idem, "Retención del feto muerto en la cavidad uterina", Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, LXIII, Pág. 441, 1.904.
- (6) GUTIERREZ, E. "Tratamiento del aborto febril", RIACM, 28 Pág. 85, 1.912.
- (7) PULIDO MARTIN, A. "Tratamiento del aborto. Memoria del Doctorado", El Siglo Médico, 49, Pág. 479-609, 1.902.
- (8) BOTIN, F. "Infecciones graves en los abortos" RIACM, 19, Pág. 181, 1.908.
- (9) COSTA, D. "Algunas consideraciones clínicas acerca del embarazo molar" RIACM, 3, Pág. 379, 1.900.
- (10) Idem, Ibidem, Pág. 369 a 372.
- (11) GARCIA DE ARIAS y GUTIERREZ, E. "Mola vesiculosa y placentoma maligno" RIACM, 25, Pág. 182, 1.911.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 9.

- (1) SOLER, L. "Repetición de los embarazos extrauterinos en una misma mujer", RIACM, 48, Pág. 97, 1.922.
- (2) LIZCANO, P. "Embarazo extrauterino", RIACM, 19, Pág. 441-445, 1.908.
- (3) SOLER, L. "Diagnóstico y tratamiento del embarazo extrauterino" RIACM, 26, Pág. 290, 1.911.
- (4) Idem, Ibidem, Pág. 289-315 y LIZCANO, P. "Embarazo extrauterino", RIACM, 19, Pág. 441-445, 1.908.
- (5) BOTIN, F. "Gestación ectópica seguida de aborto tubárico Expulsión por la uretra del esqueleto fetal", RIACM, 47, Pág. 69-72.
- (6) SOLER, L. "Diagnóstico y tratamiento del embarazo extrauterino", RIACM, 26, Pág. 311, 1.911.
- (7) LIZCANO, P. "Tres casos de embarazo ectópico" El Siglo Médico, Pág. 440, 1.913 e Idem, "Hematoceles", El Siglo Médico, Pág. 144, 1.913.
- (8) Idem, "La colpotomía previa en la operación abdominal del hematocele", El Siglo Médico, Pág. 408, 1.913.
- (9) ABASCAL, G. "Cuatro casos de embarazo tubario operados por laparotomía antes del período fetal", RIACM, 2, Pág. 251, 1.899.
- (10) MARTINEZ CERECEDO, A. "Frecuencia del embarazo tubario y facilidad de un diagnóstico precoz para una intervención eficaz", El Siglo Médico, 46, Pág. 630, 1.899.
- (11) MASIP, E. "Un caso de embarazo tubárico infundibular que llegó a término", RIACM, 17, Pág. 329, 1.907.
- (12) SAN ROMAN, "Un caso de embarazo tubárico seguido de hematocele por rotura de la trompa", RIACM, 20,

Pág. 401, 1.908.

- (13) BOTIN, F. "Gestación ectópica seguida de aborto tubárico. Expulsión por la uretra del esqueleto fetal", RIACM, 47, Pág. 69, 1.922.
- (14) GUTIERREZ, E. "Embarazo abdominal primitivo que llegó a término", RIACM, 11, Pág. 35, 1.904.
- (15) Idem, Ibidem, Pág. 29-45.
- (16) SOLER, L. "Diagnóstico y tratamiento del embarazo extrauterino", RIACM, 26, Pág. 289-315.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV.10.

- (1) MARTINEZ CERECEDO, A. "Influencia de la gravedad en obstetricia y su aplicación al cambio de presentación y posición fetal, y al útero grávido en retrodesviación" RIACM, 11, Pág. 269, 1.904.
- (2) Idem, "Un caso interesante de presentación de frente persistente", RIACM, 21, Pág. 256, 1.909.
- (3) SANCHEZ RODRIGUEZ, R. "La anteflexión uterina como causa de distocia", RIACM, 23, Pág. 348, 1.910.
- (4) SORIANO, L., "El parto forzado; casos clínicos", RIACM, 12, Pág. 21, 1.904.
- (5) MARTINEZ CERECEDO, A., "Dos indicaciones del parto prematuro provocado", RIACM, 27, Pág. 156, 1.912.
- (6) Idem, Ibidem, Pág. 158.
- (7) Idem, "La pituitrina en obstetricia", El Siglo Médico, Pág. 421, 1.912.
- (8) Idem, Ibidem, Pág. 423.
- (9) Idem, "Cooperación al estudio de las contraindicaciones de la pituitrina" El Siglo Médico, Pág. 564-656, 1.913.
- (10) BOTIN, F. "Notas clínicas de algunas indicaciones de la pituitrina en obstetricia", Rev. Española de Obstetricia y Ginecología, 1, Pág. 440, 1.916.
- (11) Idem, Ibidem, Pág. 445.
- (12) MARTINEZ CERECEDO, A. "Dos casos de albuminuria gravídica. Provocación del parto prematuro, por un procedimiento español en el segundo" RIACM, 12, Pág. 249, 1.904.
- (13) Idem, "Revisión del cornezuelo de centeno en obstetri-

cia", RIACM, 14, Pág. 86, 1.905.

- (14) Idem, "Parto prematuro provocado en un caso de placenta previa. Inercia en el período de dilatación combatida eficazmente por el cornezuelo de centeno", El Siglo Médico, 52, Pág. 700, 1.905.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 11.

- (1) GUTIERREZ, E. "Algunos problemas biológicos relacionados con las funciones de la placenta" RIACM, 19, Pág. 154, 1.908.
- (2) GIL E I., C. "Nota sobre la radiografía como medio de estudio de la distribución vascular en las vellosidades placentarias", RIACM, 17, Pág. 384, 1.907.
- (3) PUMARINO, A. "Estudio general del tratamiento de la placenta previa", RIACM, 10, Pág. 516, 1.930 y RIACM, 11, Pág. 32, 1.931.
- (4) MARTINEZ CERECEDO, E. "Dos casos de placenta previa" RIACM, 11, Pág. 23, 1.904.
- (5) PUMARINO, A. "La cesárea abdominal en el tratamiento de la placenta previa" RIACM, 5, Pág. 24 y 62, 1.928.
- (6) PUMARINO, A. "Estudio general del tratamiento de la placenta previa" RIACM, 10, Pág. 516, 1.930 y RIACM, 11, Pág. 32, 1.931.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 12.

- (1) MARTINEZ CERECEDO, A. "Tratamiento local de las infecciones puerperales por el iodo" RIACM, 16, Pág. 387, 1.906.
- (2) LOPEZ OCAÑA, J. "Tratamiento de la fiebre puerperal por los vapores de iodo" RIACM, 34, Pág. 99, 1.915.
- (3) MARTIN AGUILAR, L. "Contribución al estudio de las laparotomías en las infecciones graves del puerperio" RIACM, 18, Pág. 351, 1.907.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 13.

- (1) MAÑUECO VILLAPADIERNA, E. "La pubiotomía subcutánea en las clínicas alemanas" RIACM, 17, Pág. 422, 1.907.
- (2) GIL E IBARGUENGOITIA, C. "La pubiotomía subcutánea" RIACM, 16, Pág. 66, 1.906.
- (3) Idem, Ibidem, Paq. 69.
- (4) Idem, Ibidem, Pág. 72.
- (5) Idem, "Mi segundo caso de pubiotomía subcutánea", RIACM, 23, Pág. 175-190, 1.910.
- (6) Idem, "La operación cesárea vaginal", RIACM, 15, Pág. 171, 1.906.
- (7) Idem, "Grávida cardíaca. Dilatación hipertrófica con insuficiencia mitral. Operación cesárea vaginal", RIACM, 20, Pág. 275, 1.908.
- (8) GUTIERREZ, E. "Nota clínica acerca de una embarazada con estrechez pélvica" RIACM, 15, Pág. 27, 1.906.
- (9) PUMARINO, A. "La cesárea abdominal en el tratamiento de la placenta previa" RIACM, 5, Pág. 24 y 62, 1.928.
- (10) SOLER, L. "Cáncer de la matriz y embarazo", RIACM, 5, Pág. 265, 1.930.
- (11) SOLER, L. "Algunas consideraciones encaminadas a estimular la práctica de la operación cesárea en su mayor amplitud de acción", RIACM, 45, Pág. 1-12, 1.921.
- (12) KRONIG, B. "Hasta que punto debe ser respetado el derecho del feto a la vida en el acto del parto", traducido por Gil, C., RIACM, 17, Pág. 191, 1.907.
- (13) SORIANO, L. "Versión por maniobras internas", RIACM, 18, Pág. 171, 1.907.

- (14) MARTINEZ CERECEDO, A. "Juicio que merece al Dr. Martínez Cerecedo la modificación al forceps de Levret, llevada a cabo por el Dr. Velázquez Lobo, de Avila", El Siglo Médico, Pág. 594, 1.915.

NOTAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO IV. 14 .

- (1) MARTINEZ CERECEDO, A. "Casos clínicos de puericultura intrauterina", RIACM, 24, Pág. 111, 1.910.
- (2) Idem, "Necesidad de la creación de centros puericultores en España desde el punto de vista de la puericultura intrauterina", RIACM, 34, pág. 153, 1.915.
- (3) Idem, "El abandono de la puericultura intrauterina en España y remedios urgentes que reclama", RIACM, 34, pág. 378, 1.915.
- (4) ESCANDIANO Y SANCHO, L. "Lo que se debe saber y hacer en la asistencia del parto para evitar complicaciones", RIACM, 10, pág. 156 y 193, 1.930.

VII.    BIBLIOGRAFIA

I. FUENTES BIBLIOGRAFICAS

- (1) BOTIN, FCO., Defectos a corregir en la técnica quirúrgica, Valentín Tordesillas, Madrid, 15 pág., 1.910. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 11 Nov. 1.909.
- (2) Idem, "Ginecopatías en relación con las neurosis", RIACM, 28, pág. 1, 1.912 y J. Martínez, Santander, 23 pág., 1.912. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 25 de Enero de 1.912.
- (3) Idem, "Notas acerca del tratamiento quirúrgico del cáncer uterino", RIACM, 29, pág. 328, 1.913. Comunicación al Congreso de Obstetricia, Ginecología y Pediatría de Valencia celebrado del 20 al 25 de Abril de 1.913.
- (4) Idem, "Radioterapia en los miomas uterinos", Rev. Española de Obstetricia y Ginecología, 4, pág. 145, 1.919. Comunicación presentada al Congreso Nacional de Medicina de Abril de 1.919.
- (5) Idem, Solemne sesión necrológica celebrada en el Instituto Rubio el 24 de Octubre de 1.927 para celebrar el natalicio de su fundador D. Federico Rubio y Galí, Imp. Jesús López, Madrid, pág. 11-17, 1.928.
- (6) GARCIA DE ARIAS, R. y GUTIERREZ, E., "Mola vesiculosa y placentoma maligno", RIACM, 25, pág. 182, 1.911. Comunicación presentada a la Sociedad Ginecológica Española en Mayo de 1.910.
- (7) GIL E IBARGUENGOTIA, C., "Hasta que punto debe ser respetado el derecho del feto a la vida en el acto del parto", RIACM, 17, Pág. 191-195, 1.907.

- (8) GUTIERREZ Y GONZALEZ, E., El vaginismo. Tesis doctoral. García y Caravera imp., Madrid, 1.880.
- (9) Idem, "Límites de la cirugía radical en Ginecología", El Siglo Médico, 41, pág. 411, 1.894. Discurso leído el 13 de Mayo de 1.894 en la Real Academia de Medicina, contestado por el Dr. A. Pulido Fernández.
- (10) Idem, Estado de la enseñanza de la ginecología en España, Madrid, 1.895. Discurso inaugural leído en la Sociedad Ginecológica Española en la sesión inaugural del 9 de Enero de 1.895.
- (11) Idem, "Sorpresas de la cirugía abdominal", RIACM, 1, pág. 24, 1.899, e Idamor Moreno, Madrid, 14 pág., 1.899. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 16 de Febrero de 1.899.
- (12) Idem, "Las inflamaciones del tejido celular de la pelvis femenina", RIACM, 5, pág. 29-35, 1.901. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 24 de Enero de 1.901.
- (13) Idem, "las inflamaciones del peritoneo pelviano en la mujer", RIACM, 6, pág. 273-278, 1.901. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 31 de Enero de 1.901.
- (14) Idem, "Síndrome reflejo en las genitopatías femeninas", El Siglo Médico, 51, pág. 213, 1.904. Conferencia celebrada en el Colegio de Médicos de Madrid el 10 de Marzo de 1.904.
- (15) Idem, "Sobre el diagnóstico del cáncer uterino", RIACM, 16, pág. 337-341, 1.906. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 8 de Noviembre de 1.906.
- (16) Idem, El Instituto Rubio, su historia, su organización.

Imp. Idamor Moreno, Madrid, 1.907.

- (17) Idem, "Tratamiento del cáncer uterino", RIACM, 17, pág. 1-12, 1.907. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 15 de Noviembre de 1.907.
- (18) Idem, "Cáncer uterino", RIACM, 20, pág. 74-81, 1.908. Conferencia celebrada en el Ateneo Médico-Farmacéutico Municipal de Madrid la noche del viernes 12 de Junio de 1.908.
- (19) Idem, "Algunos problemas biológicos relacionados con las funciones de la placenta", RIACM, 19, pág. 154-200, 1.908 y Enrique Teodoro, Madrid, 46 pág. 1908. Discurso leído en la solemne sesión inaugural del año 1.908 en la Real Academia de Medicina.
- (20) Idem, "Experiencia personal acerca de la cirugía conservadora de los anejos uterinos", RIACM, 20, pág. 3-24, 1.908. Comunicación presentada al II Congreso Español de Cirugía de 1.908.
- (21) Idem, "Tratamiento de las anexitis", RIACM, 21, pág. 401-406, 1.909. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 4 de Febrero de 1.909.
- (22) Idem, "Las flebitis como complicación de los fibromas uterinos", RIACM, 23, pág. 241-243, 1.910. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 20 de Enero de 1.910.
- (23) Idem, "El desagüe en cirugía ginecológica", El Siglo Médico, 58, pág. 90-91, 1.911. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 9 de Febrero de 1.911.
- (24) Idem, "La lucha contra el cáncer uterino", RIACM, 26, pág. 73-79, 1.911. Conferencia celebrada en el Paranin-

fo de la Universidad de Granada el 22 de Junio de 1.911, para el Congreso de la Asociac. Española para el progreso de las ciencias.

- (25) Idem, "¿Está justificada la interrupción artificial del embarazo en toda mujer tuberculosa?", RIACM, 28, pág. 228-231, 1.912. Comunicación discutida en las sesiones de la "Liga Popular contra la Tuberculosis".
- (26) Idem, "Funciones del epiplón y consecuencias prácticas que se deducen de su estudio", RIACM, 29, pág. 289-295, 1.913. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 27 de Marzo de 1.913.
- (27) Idem, "Tratamiento del cáncer uterino", RIACM, 29, pág. 394-398, 1.913. Comunicación presentada al Congreso de Valencia de 25 de Abril de 1.913.
- (28) LIZCANO GONZALEZ, P., "Sobre la fecundación y algunas enfermedades uterinas tratadas por el raspado", RIACM, 4, Pág. 33, 1.900. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 21 de Junio de 1.900.
- (29) Idem, Las metritis, Idamor Moreno, imp., Madrid, 288 pág., 1.903.
- (30) Idem, La histerectomía en el cáncer de útero, A. García Izquierdo, Madrid, 92 pág., 1.906.
- (31) Idem, "Cirugía conservadora de los anejos uterinos", El Siglo Médico, 55, pág. 405-421, 1.908. Comunicación presentada al II Congreso Español de Cirugía de 1.908.
- (32) Idem, Cirugía abdominal ginecológica, Bailey-Bailliere e hijos, edit. imp., Madrid, 501 pág., 1.909.

- (33) Idem, "La nefrotomía en la anuria por cáncer de útero", El Siglo Médico, 58, pág. 342-344 y 355-357, 1.911. Comunicación presentada al Congreso de Obst. Ginecología y Pediatría de Madrid el 23 de Abril de 1.911.
- (34) Idem, "Peligros de las curas intrauterinas", El Siglo Médico, 58, pág. 407-408 y 419-420, 1.911. Comunicación presentada al Congreso de Obst. Ginecología y Pediatría de Madrid el 30 de Abril de 1.911.
- (35) Idem, "Indicación operatoria de las anexitis", El Siglo Médico, 60, pág. 3-8, 1.913 y Enrique Teodoro, Madrid, 60 pág., 1.914.
- (36) Idem, "Tratamiento quirúrgico del cáncer de útero", El Siglo Médico, 60, pág. 354-358, 1.913. Comunicación presentada al Congreso Nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría de 20 y 25 de Abril de 1.913.
- (37) Idem, "Nota clínica de los cánceres uterinos registrados en la consulta de ginecología de la Inclusa", El Siglo Médico, 60, pág. 308-311, 1.913. Comunicación presentada al Congreso Nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría de 20 y 25 de Abril de 1.913.
- (38) Idem, "La colpotomía previa a la operación abdominal del hematocele", El Siglo Médico, 60, pág. 406-407, 1.913. Comunicación presentada al Congreso Nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría de 20 y 25 de Abril de 1.913.
- (39) Idem, "Tres casos de embarazo ectópico", El Siglo Médico, 60, Pág. 438-442, 1.913. Comunicación presenta-

- da al Congreso Nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría de 20 y 25 de Abril de 1.913.
- (40) MARTINEZ CERECEDO, A., "Influencia de la gravedad en obstetricia y su aplicación al cambio de presentación y posición fetal, y al útero grávido en retrodesviación", RIACM, 11, pág. 266-289, 1.904. Trabajo presentado y galardonado en el concurso de la RIACM de Junio de 1.904.
- (41) Idem, Algunos datos médicos para la biografía del Conde de San Diego, Imp. A. Marzo, Madrid, 16 pág., 1.914.
- (42) Idem, "Necesidad de la creación de centros puericultores en España, desde el punto de vista de la puericultura intrauterina", RIACM, 34, pág. 153-157, 1.915. Trabajo escrito para la Asamblea Nacional de Protección a la infancia celebrado en Madrid en 1.914.
- (43) SOLER SOTO, L., "Diagnóstico y tratamiento del embarazo extrauterino", RIACM, 26, pág. 289-297, 1.911. Conferencia celebrada en el I.T.O.
- (44) Idem, Revisión de las causas principales de la esterilidad femenina y su tratamiento posible, Madrid, 1.912. Discurso inaugural leído en la Soc. Ginecológica Española del año académico de 1.912.
- (45) Idem, "Causas y tratamiento conservador del prolapso doloroso de los ovarios", RIACM, 49, pág. 193-198, 1.923. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 3 de Mayo de 1.923.
- (46) Idem, "Tratamiento del cáncer de la matriz por los

- medios quirúrgicos y radiactivos", RIACM, 51, pág. 265-271, 1.924. Conferencia celebrada en el I.T.O. en Junio de 1.924.
- (47) Idem, "Cáncer de matriz y embarazo", RIACM, 35, pág. 265-272, 1.930. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 30 de Mayo de 1.930.
- (48) Idem, "Reflexiones que han contribuído a orientar nuestro criterio en el tratamiento del cáncer de matriz, muy especialmente de su localización cervical", RIACM, 64, pág. 150 y 65, pág. 191, 1.931. Discurso leído en la sesión inaugural del curso 1.931 en la Sociedad Ginecológica Española.
- (49) Idem, "La maternidad", RIACM, 124, pág. 131-135, 1.936. Discurso leído en la sesión inaugural del año académico de 1.936 en la Sociedad Española de Higiene.

-----ooooOoooo-----

De las siguientes PUBLICACIONES PERIODICAS revisadas, se han extraído los artículos cuyas referencias bibliográficas completas constan en las notas correspondientes a cada capítulo:

ANFITEATRO ANATOMICO ESPAÑOL (1.877-1.880).

ARCHIVOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES (1.920-1.936)

REVISTA ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (1.916-1.936)

REV. IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS (1.899-1.936).

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGIA PRACTICAS (1.877-1.920).

EL SIGLO MEDICO (1.876-1.935).

## II. BIBLIOGRAFIA SECUNDARIA

- (1) ALVAREZ SIERRA, J., Los Hospitales de Madrid de ayer y de hoy, Public. de la Beneficencia Municipal, Madrid, 1.952.
- (2) Idem, Diccionario de autoridades médicas, Edit. Nacional Madrid, 1.963.
- (3) Idem, Historia de la Medicina madrileña, Edit. Universitaria Europea, Madrid, 1.968.
- (4) BECERRO DE BENGOA, R., Obstetricia y Ginecología, Tall. Tip. Extremadura, Cáceres, 1.923.
- (5) BLAQUERO LLADO, L., "La Histerectomía vaginal a través de los tiempos", Medicina e Historia, I, pág. 23.
- (6) BOTELLA LLUSIA, J. y NOGALES NUÑEZ, J., Tratado de Ginecología, Edit. Científico-Médica, Vol. I, 12ª Edic. 1.980, Vol. II, 12ª Edic. 1.978 y Vol. III 11ª Edic. 1.978, Madrid.
- (7) CARRIZO VIDAL, B., Angel Pulido Fernández, su aportación a la Higiene y Sanidad Pública. Tesina de Licenciatura, Universidad Complutense de Madrid, 1.983.
- (8) CLAVIJO Y CLAVIJO, S., Puericultura intrauterina. Obstetricia familiar (Memorias de una matriz). Imp. Helénica, Madrid, 1.914.
- (9) FERNANDEZ RUIZ, "Notas para la historia de la tocoginecología española", Toko-ginecología práctica, XXI, pág. 247-248, Madrid, 1.962.
- (10) GRANJEL, LUIS S., Historia de la Medicina Española, Sayma, Edic. y Publicaciones, Barcelona, 1.962.

- (11) Idem, Bibliografía de la Medicina Española, Universidad, Salamanca, 1.965-66.
- (12) LAIN ENTRALGO, P., Historia Universal de la Medicina, 7 Vols., Salvat, Barcelona, 1.973-75.
- (13) Idem, Historia de la Medicina, Salvat, Barcelona, 1.978.
- (14) LOPEZ PIÑERO, J.L., Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX, Soc. de Estudios y Public, Madrid, 1.963.
- (15) LOPEZ PIÑERO, J.L., et al., Diccionario histórico de la ciencia moderna en España, Edit. Península, Barcelona, 1.983.
- (16) MARCO CUELLAR, R., La morfología Normal y Patológica en la medicina española del siglo XIX anterior a Cajal. Tesis doctoral, Valencia, 1.966.
- (17) MIGUEL VELASCO, J.E., Vida y obras de Sebastián Recasens y Girol. Tesis doctoral, Madrid, 1.982.
- (18) OLSHAUSEN, R., Tratado de Obstetricia, Madrid, 1.904.
- (19) OPITZ, D.E., Tratado de Ginecología, Barcelona, 1.928.
- (20) PULIDO FERNANDEZ, A., "En honor al Dr. Rubio", El Siglo Médico, 47, pág. 417, 1.900.
- (21) Idem, "Inauguración del monumento al Dr. Rubio", El Siglo Médico, 53, pág. 786, 1.906.
- (22) Idem, Homenaje al Dr. Gutiérrez, Conde de San Diego, Madrid, 1.917.
- (23) Idem, "El Instituto Rubio y la dimisión del Dr. Luis Soler, su director", El Siglo Médico, 75, pág. 97, 1.925.
- (24) Idem, "Sobre el Instituto Rubio", El Siglo Médico, 63,

- pág. 179, 1.916.
- (25) Idem, Historia de la ovariectomía en España, Imp. Central a cargo de V. Saiz, Madrid, 1.880. Discurso leído en la sesión inaugural del año académico de 1.880-81 de la Sociedad Ginecológica Española celebrada el 24 de Octubre de 1.880.
- (26) Idem, "El Instituto Rubio y la colaboración social", El Siglo Médico, 62, pág. 181, 1.915.
- (27) Idem, Instituto de Terapéutica Operatoria fundado en la Moncloa por el Dr. D. Federico Rubio y Galí, Establ. Tipogr. de E. Teodoro, Madrid, 1.897.
- (28) Idem, El Dr. Gutiérrez, Establ. Tipogr. Suc. de Rivadeneyra, Madrid, 1.904.
- (29) Idem, "La muerte del Conde de San Diego", en Mi aportación al Instituto Rubio. Cartas circunstanciales, Establ. E. Teodoro, Madrid, 1.915.
- (30) Idem, "La Dirección del Instituto Rubio", El Siglo Médico, 61, pág. 530, 1.914.
- (31) RECASENS Y GIROL, S., "Tratamiento de algunas ginecopatías por medio de la electricidad", RIACM, 43, pág. 321, 1.920. Conferencia celebrada en el I.T.O. el 11 de Mayo de 1.920.
- (32) RECASENS, M et al., Tratamiento del cáncer del cuello de útero, Edit. Salvat, Barcelona, 1.973.
- (33) RIERA, J., "Los hospitales especializados en el siglo XIX", Actas del III Congreso Español de Historia de la Medicina, Valencia, 10-12 de Abril de 1.969.
- (34) SANCHEZ ARCAS, R., Historia de la operación cesárea en

- España, Edit. Marbán, Madrid, 1.950.
- (35) Idem, "Cesárea post-mortem", Medicina e Historia, III, pág. 49, 1.950.
- (36) Idem, El parto a través de los tiempos, Laborat. Vekar, S. A., Madrid, 1.955.
- (37) SIRTORI, C. y CORANO, E., El cáncer de útero, Edit. Científico-Médica, Barcelona, 1.969.
- (38) SOLARES CAMBRE, J., La aportación del Instituto Rubio a la Histología normal y a la Anatomía Patológica. Tesina. Fac. de Medicina de Madrid, Univ. Complutense. 1.983.
- (39) TORRE BLANCO, J., Embarazo extrauterino, Edit. Parcelso, Madrid, 1.923.
- (40) USANDIZAGA SORALUCE, M., "Historia de la Obstetricia y Ginecología en España", Asclepio, I, pág. 433-436, 1.949.
- (41) Idem, "La ginecología española en el siglo actual", Acta Ginecológica et Obstétrica Hispano-lusitana, VII, pág. 337-352, 1.958.
- (42) Idem, "La obstetricia y ginecología durante el positivismo", en Historia Universal de la Medicina, de P. Laín Entralgo, Vol. 6, pág. 353-358, Edit. Salvat, Barcelona, 1.973-75.
- (44) VAZQUEZ GONZALEZ-QUEVEDO, F., La Medicina en Cantabria, Imp. América, Santander, 1.982.
- (45) VILAR CHECA, E., Historia del forceps, Tesina. Universidad Complutense de Madrid. 1.976.
- (46) ZULOAGA, P., "Los escritos del Dr. Gutiérrez", El Si-

glo Médico, 61, pág. 513, 1.914.