

Apuntes para la Historia de la Medicina en el Santo Reino

La Tocoginecología giennense desde los años 1931 a 1976, en las Beneficencias Municipal y Provincial (*)

Dr. Eduardo García Triviño

Al doctor García Triviño se ha dirigido la Redacción de la Revista SEMINARIO MÉDICO en demanda de datos, que en el terreno de la Toco-Ginecología en nuestra Beneficencia, puedan tener algún interés para esos Apuntes Históricos, que habíamos proyectado. Esta es su respuesta:

Muy honrados, contestaremos a ese amplio y generoso interrogante que nos hace SEMINARIO MÉDICO, «nuestra Revista», como nos permitimos llamarle. Lo hacemos además muy complacidos, pues ello nos va a permitir —en el recuerdo— revivir lo que en esta materia fue «nuestra lucha» por las tierras del Santo Reino, ¡donde tanto había que hacer! Al relatar los hechos, al comentar los datos que reflejan nuestras estadísticas, hemos de asegurar, que tanto hemos huido de la soberbia —a la que odiamos— como de la falsa modestia —a la que despreciamos— y hemos seguido a la sinceridad fielmente, como norma de entendimiento entre los hombres. Esa labor, que en estas páginas quedará reflejada, será buena o mala —que eso lo juzgarán los demás—, pero eso sí, fue el fruto de una vocación profundamente sentida, de un alto sentido de la responsabilidad y de una entrega total, sin reservas, a una misión que nos habíamos

* Un hombre ha protagonizado esa labor Benéfico-Sanitaria: el doctor Eduardo García Triviño, que en nuestra provincia fue el verdadero creador de la Ginecología y el verdadero renovador de la Obstetricia. Su prestigio profesional traspasa fronteras y ello nos exime de una presentación o de un bosquejo biográfico, que, si a alguien le interesa, puede encontrarlo en el número especial de esta Revista, editado en su honor, con motivo del homenaje que se le tributó por el pueblo de Jaén, al imponérsele la concedida Cruz de Alfonso X, el Sabio, y concretamente, en el ofrecimiento de dicho homenaje, por el doctor don Fermín Palma Rodríguez.

impuesto, destinada sobre todo, a las mujeres de la Beneficencia, que no podían elegir asistencia, para que no sintieran nunca esa falta de libertad en la elección. La estima y el respeto que todas y en todo momento, me demostraron, fue mi mayor premio. Toda la labor fue tan personal, que en ocasiones —y pido perdón por ello— hablaré en primera persona, sin poderme contener.

A poco de mi llegada a Jaén, en junio de 1931, para hacerme cargo del Servicio de Tocología Municipal, de reciente creación, no hube de tardar mucho en comprobar que aquí, como otros muchísimos puntos de la geografía española, la Ginecología estaba ausente, y de que la Obstetricia, para el presente que yo traía de la escuela granadina del profesor Otero, estaba en pretérito. Nuestro ardor combativo, de los 24 años, no admitía ya, ni ese presente y nuestro tiempo lo situamos en futuro, pero siempre en futuro, pues nuestro inconformismo nos acompañó de por vida, y siempre anduvimos tras una mejora de métodos y de criterios, con la única meta —nunca alcanzada porque no es de humanos— de la perfección.

En Ginecología hubimos de empezar por tratar de curar a tanta mujer, que en plena juventud, como consecuencia de aquella Obstetricia, que benévolamente hemos calificado de pretérita, habían perdido su compatibilidad social y sexual, por sus fístulas véxico-vaginales, sus desgarros completos de periné, con ausencia de esfínter, sus prolapsos juveniles. Pudimos, con nuestras manos, devolverles la alegría de volver a vivir. En Obstetricia teníamos que alejar de los hogares, a veces recién formados, el fantasma de una joven madre, muerta por una distocia que pudo tener mejor tratamiento. Y de otros hogares, eliminar el llanto sordo, sin consuelo, de una madre que tras las ilusiones de un embarazo y los sufrimientos de un parto, veía a un hijo muerto o lesionado de por vida. Por todo ello, quijoticé mi vida, en lucha contra todo y contra todos, para cambiar ese desolador panorama. Mis fuerzas no bastaban para remediarlo todo, pero puedo jurar que, si no hice más o no lo hice mejor, fue porque no pude o no supe, pero jamás porque no quise. El dolor que no pude evitar, fue siempre mi dolor.

EL SERVICIO DE TOCOLOGÍA DE LA BENEFICENCIA MUNICIPAL DE JAÉN

Allá a finales de la década de los años veinte, las jerarquías sanitarias de la nación dispusieron que los Ayuntamientos de un cierto número de habitantes, crearan unas plazas de médicos tocólogos municipales, que

relevaran a los médicos titulares —que para todo tenían que servir— de la obligación de la asistencia a los partos anormales en sus censos de Beneficencia. Daban así nuestras jerarquías sanitarias, el primer paso en la lucha contra la mortalidad materna y la mortinatalidad. Estas plazas se cubrirían en los pueblos, por nombramiento directo o por concurso, y era única condición haber hecho un cursillo —siempre breve— en la Facultad de Medicina y concretamente, en la Cátedra de Obstetricia. En el curso académico 30-31, en el que formábamos parte del profesorado, como ayudante de clases prácticas, en la Facultad de Granada y en esa asignatura concretamente, hubimos, bajo la dirección del profesor auxiliar, doctor Puga Huete, de intervenir en las lecciones del único cursillo que se dio a tal efecto. Educadores y educandos, hicieron cuanto pudieron, pero ¿qué podía enseñarse y aprenderse en un mes?... En las capitales de provincia, esas plazas ya habían de cubrirse, mediante oposición libre, y Jaén fue una de las primeras en crearla y convocarla. La convocatoria y programa lo firmaba el último alcalde de la Monarquía, don Enrique Cabezudo. La oposición se celebró el 12 de junio de 1931, en el Ayuntamiento, presidido por el primer alcalde de la República, don José Morales Robles. El programa, muy completo, comprendía en 90 temas, toda la fisiología y patología del embarazo, del parto y del puerperio, más la patología del recién nacido. La oposición constaría de tres ejercicios: teórico, oral (con 3 temas a la suerte), uno clínico y uno operatorio en el cadáver. Firmamos la oposición 6 aspirantes. En el sorteo para actuar, nosotros obtuvimos el número 5. Los ejercicios eran eliminatorios, si no se alcanzaba la puntuación mínima: 5 puntos. La calificación era la suma de puntos de cada juez del tribunal (podía adjudicar de 1 a 10), dividido por el número de jueces que, al ser 5, la máxima era 10. Este opositor, esa fue la calificación que obtuvo en todos los ejercicios y, por tanto, fue proclamado para cubrir la plaza.

El tribunal lo componían: don Luis del Río Contreras, como decano de la Beneficencia Municipal, que lo presidía, y como vocales, don Ricardo Ortega Nieto, decano de la Beneficencia Provincial, don Juan García Jiménez, cirujano del Hospital Provincial, don Tiburcio Rodríguez del Castillo, en representación del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia Municipal, y don Diego Luzón Linde, como secretario, voto de calidad, por ser el director de la Maternidad Provincial primera de Jaén, que se había inaugurado el año antes.

El ejercicio teórico, en el salón de actos del Ayuntamiento, abarrotado de público —médico y no médico— pues estas oposiciones eran las segundas que se celebraban en Jaén y habían despertado mucho interés. Las primeras fueron para cubrir la plaza de nueva creación de médico alienista

del Hospital Provincial, celebradas el año antes y que las obtuvo brillantísimamente don Juan Pedro Gutiérrez Higuera, y que después sería amigo fraternal de toda una vida.

Como con otras tantas cosas que ocurren en España, en todos los tiempos, se había creado, con sanísima intención, una función, se había nombrado el personal, pero no se le dotaba de medios. Es decir, el médico-tocólogo relevaría al médico titular en esa función concreta, pero como aquél antes, y salvo la existencia de Maternidad Municipal en alguna gran ciudad —la misión asistencial tenía que seguir siendo domiciliaria— y por tanto imperfectísima. Se había «cambiado de manos», pero no de ambiente.

Nosotros no estábamos dispuestos a actuar de esa forma en la Beneficencia Municipal. Tuvimos la suerte de encontrar un alcalde que nos comprendió, y nos ayudó decididamente desde que tuvimos el primer contacto. Había que terminar con la tocología operatoria domiciliaria. Era la primera batalla que teníamos que ganar y se ganó, uniéndose lo revolucionario de un alcalde socialista —amante como pocos hombres he conocido, de las clases humildes— y un tocólogo municipal que quería cumplir con su deber, con no menos amor, pero con mucha exigencia en la nueva forma de concebir y ejercer la tocología. Montamos una pequeña Maternidad Municipal (5 camas) en la Casa de Socorro. Allí había un quirófano, que completamos y sitio para la instalación en dos salitas, de ese número mínimo de camas. Contamos, además, desde el primer momento, por un impacto de entusiasmo y de solidaridad, que nos cautivó, con todo el personal de la casa, que estaba menos cómodo con la nueva función, pero no le importó. Los tres médicos de guardia, don Ángel Sierra Quesada, don Luciano Martín Hernández y don José Castro y Castro, cada uno en su turno (menos Castro, que tenía mucha afición a la Obstetricia y cuanto en esto se hacía, quería estar presente) fueron nuestros decididos ayudantes y eficaces colaboradores. Los practicantes, competentísimos, don Francisco Cobo Valdivia, don Eduardo Garrido Fernández y don Melchor García Mulero —después y por corrida de escalas— don Luis Vargas Bedmar, no regatearon esfuerzo por ayudarnos en las asistencias, dentro y fuera del establecimiento (cuando otra cosa no era posible).

Las matronas titulares que nos confiaron —nombradas con antelación— fueron, doña Mercedes Gómez, doña Carmen Pérez Ávila, doña Clotilde Esteo Romero, doña Dolores Herrador Serrano y doña Dolores Villar. Después, ya estando nosotros frente a la jefatura del Servicio, a doña Mercedes la sustituyó, en brillante oposición, doña Antonia Enríquez Velasco (que había sido discípula nuestra en la Facultad de Granada).

Se montó el servicio con una matrona por distrito, de los 5 en que estaba dividido Jaén, más el turno de distrito rural, que lo hacía simultáneamente con el suyo, por meses. Asimismo, el de la enfermería de la nueva Maternidad Municipal de la Casa de Socorro. Ellas hacían las asistencias domiciliarias, y nos avisaban en caso de anormalidades; el traslado a la Casa de Socorro sólo lo disponíamos nosotros. En camilla y a brazo, pues ni aquí había ambulancias, ni éstas podían entrar ni salir, por las callejas del viejo Jaén. Esto llamaba aún más la atención de la gente, que seguían a los camilleros, pues el médico nuevo iba a operar en la Casa de Socorro... Se llenaba de gente la plazuela y cuántas veces pensamos que la Casa de Socorro no tenía «puerta falsa»... Menos mal que, gracias a Dios, allí nunca ocurrió nada malo.

También se ganó con facilidad la segunda batalla: Que las mujeres acudieran, durante su embarazo, a la consulta, que también montamos en la Casa de Socorro. Resistencias primero —por un falso sentido del pudor— pero después, convencidas de las ventajas que para ellas reportaba esa vigilancia y el tratamiento de los trastornos, en sus fases iniciales, acudían a la consulta en número elevado, porque, además, para requerir luego la asistencia de la matrona, se les extendía un volante —de obligada presentación a la misma— donde le dábamos instrucciones en cuanto a la asistencia de cada caso. Se inició en Jaén la higiene prenatal, que entonces se denominaba Puericultura Intrauterina.

El Servicio funcionó con toda brillantez, sintiendo hacia nosotros una corriente de simpatía, de respeto y de gratitud, del buen pueblo de Jaén, que nos cautivó y nos fijó aquí para siempre.

La Ginecología, que no estaba en nuestro deber de tocólogos, pero así lo considerábamos nosotros —que esto era una sola especialidad—, no podíamos operarla en la Casa de Socorro, cuyas 5 camas eran pocas para los partos distócicos o peligrosos, la llevábamos y la operábamos en el Hospital Provincial, en el Servicio de Cirugía del doctor don Fermín Palma, que desde un principio me lo ofreció, como su clínica particular, para mis enfermas privadas. Hasta me hacía el honor de ayudarme en las operaciones hospitalarias.

Así como en la Casa de Socorro se hizo la primera cesárea segmentaria de Jaén (precisamente en un caso de placenta previa), en el Hospital se hizo la primera histerectomía vaginal de la historia quirúrgica de Jaén.

Pero... he ahí que, con lo cambiante de la política y con la idiosincrasia de los españoles, de destruir lo hecho por el antecesor, y sustituirlo o no sustituirlo por nada, un nuevo Ayuntamiento canceló, por oneroso, el

servicio de la maternidad de la Casa de Socorro. Dije de irme de Jaén, se armó un revuelo político en la oposición... y todo se arregló, gracias a que el director de la Maternidad Provincial, don Diego Luzón, me ofreció aquélla para operar los casos de mi Beneficencia Municipal. Pude seguir en Jaén ejerciendo con arreglo a mi criterio. ¡Nada de operaciones a domicilio, con riesgos para mis enfermas! Tuve que solicitar a la Excma. Diputación, y ella accedió con el informe de don Diego Luzón, que se me nombrara médico supernumerario de la Maternidad, no habiendo precedente en ese sentido. Más adelante, en estos apuntes históricos, se hablará de la labor en aquel Centro, gratuita por mi parte, 8 años.

Al año de tomar posesión del nuevo cargo, todo el cuerpo de la Beneficencia Municipal, médicos, matronas y practicantes, me ofreció un sencillo y sentido homenaje, en fraternal almuerzo en el Ideal Bar... Carlos Romero, buen clínico y mejor poeta, me dedicó unos versos, en los que descubría que el destino de cada persona dependía de la forma o manera de «presentarse» al mundo. Humillado y vulgar, el de la presentación de vértice; arrogante, destinado a grandes empresas, el que venía de cara (dijo que así debí nacer yo); sucio y «parguela», el que venía de nalgas; Flojo, tumbón, mal trabajador, el que venía tendido, atravesado... Todo gracioso e ingenioso ...¡lástima haber perdido los versos! Ya en esa fecha empezó a decirse que yo me iba, y terminó su ofrecimiento y versificación, eso sí que lo recuerdo, con estos versos:

Que ¡viva nuestro tocólogo!
Que muchos años lo sea
Y que sepa, que si alguna vez nos dejara,
Porque así más le convenga,
Puede tener por seguro, que en esta bendita tierra
Deja muy buenos amigos y honrada se considera,
De que haya sido su huésped, al comenzar su carrera.
¿Metro?... ¡Verso Libre!, como era el autor...

Mi respuesta la dio el tiempo. En esta bendita tierra comencé y terminé mi carrera. Yo en Jaén no entré llorando, ni saldré llorando, porque... no saldré jamás.

Es lástima que la guerra terminara con mi archivo de la Beneficencia Municipal. No sé a dónde fueron a parar mis libros de la Casa de Socorro... Lo que sí puedo asegurar es que el trabajo era durísimo. A pesar de operar en la Casa de Socorro, había que hacer mucha asistencia domiciliaria, a veces, por motivos baladés y «a música de talón» a todas partes, pues eso de coche, entonces, los médicos noveles no lo podíamos costear, ni el

Ayuntamiento podía poner uno a nuestra disposición, porque tampoco lo tenía... Cuántas veces teníamos que subir a lo alto de la calle de Las Novias, cerca del Castillo, y al bajar, encontrarnos otro aviso para Magdalena Baja o para la calle Empedrada de San Ildfonso. Y todo, por un sueldo anual de 3.300 pesetas, es decir, con los descuentos, unas 240 pesetas mensuales... Si fuéramos al anecdotario de aquella época, no acabaríamos nunca, incluso, de reírnos. Por ejemplo: Decía una «mariquita» a otra: «¡Hija, qué modernismos nos ha traído la República! Nos han traído un *odontólogo de partos* (eso de tocólogo, aquí tardó mucho en sustituir a lo de comadrón)... Hija, entonces ese hombre saca los niños por la boca...» Porque lo de odontólogo, sí era cosa conocida... y lo de «sacamuélas» se fue con la Inquisición. Ahora, ¿ese odontólogo de partos, por dónde sacaba las mue-las?... *Una que «levantó el puntillero»*. Aborto muy hemorrágico, en la Magdalena, imposibilidad de traslado, legrado allí mismo, hemostasia y mandé a don Luis Vargas, que estaba de guardia, a ponerle suero fisiológico —único recurso entonces— y al verlo entrar dijeron las vecinas «éste viene a darle la puntilla»... Pero como la enferma salió de aquello, de ahí el título de la anécdota. Perdone el lector un breve espacio de humor, en medio de tantas cosas tan serias.

MATERNIDAD PROVINCIAL DE JAÉN

Primera ubicación en la calle de la Cuna: 1931-1952

Médico Director D. Diego Luzón Linde

Resumen estadístico de los partos asistidos en ese período de tiempo (21 años)

1931	83
1932	108
1933	181
1934	261
1935	366
1936	488
1937	604
1938	390
1939	304
1940	423
1941	324

1942	409
1943	320
1944	250
1945	291
1946	191
1947	324
1948	404
1949	416
1950	271
1951	325
1952	479
1953	489
<hr/>	
Total	7.703

De estos partos fueron eutócicos	5.268 % = 68'39
De estos partos fueron distócicos	2.435 % = 31'61
Mortalidad materna (70 casos)	% = 0'90
En parto extracésáreo (62 casos)	% = 0'80
En parto cesáreo (8 casos)	% = 0'10
Mortinatalidad no depurada (822 casos)	% = 10'68
En parto extracésáreo (811 casos)	% = 10'52
En parto cesáreo (11 casos)	% = 0'14

Notas marginales.

1.^a Aunque esta Maternidad se clausuró en abril de 1952, por pasar sus funciones a la nueva Maternidad de La Victoria, están comprendidos en esta estadística los partos ocurridos en el 2.º y 3.º cuatrimestre de 1952 y año 1953. Ello, porque esta Estadística se hizo y sirvió de base a una publicación nuestra, demostrativa, de cómo la mortalidad materna, cómo la mortinatalidad, eran menores en el parto cesáreo (excepcional entonces) y el parto vaginal. Los datos estadísticos lo prueban claramente.

2.^a Los ingresos por puerperio patológico, aunque el parto se había verificado en su domicilio, están incluidos en la estadística.

3.^a En la estadística no están incluidos los numerosos casos de operaciones ginecológicas que luego comentaremos aparte.

COMENTARIOS A LA ESTADÍSTICA DE LA PRIMITIVA CASA DE MATERNIDAD

Las cifras de mortalidad materna son altas si se comparan con las actuales, como asimismo, las de mortinatalidad. Pero téngase en cuenta

que las Maternidades entonces (y años después) eran auténticos colectores de distocias, y yo añadiría que de distocias abandonadas, y a veces, tras varios intentos de extracción fetal fuera del establecimiento, incluso en el ambiente rural. Mujeres agotadas en partos prolongados, muchas de ellas, sépticas ya, con fiebre intrapartum. En síndromes hemorrágicos (placenta previa, sobre todo), después de varias hemorragias copiosas que, sumadas, crearon un estado de anemia, que bastaba una pequeña pérdida más, para motivar el óbito. En toxemias, ingresos en coma irreversible, después de muchas convulsiones. Mujeres en grave e irreversible shock, por roturas uterinas, con motivo de intentos de versión o por administración inadecuada de inyecciones de pituitrina.

Muchos fetos ingresaban ya muertos (destinados a las fetotomías, para poderlos extraer), o moribundos, sin reanimación posible.

Con este material ¿qué podía esperarse?... sólo tener el consuelo de que otros tiempos fueron aún peores, en la historia de la Obstetricia, que es la historia de la Humanidad.

Únase a esta calidad del material humano, lo deficiente de las instalaciones, reducidas al mínimo en aquel ambiente. A una época sin antibióticos, donde una simple transfusión —que teníamos que hacer nosotros mismos— era un problema, a veces insoluble, por falta de donantes y de sistemas de clasificación, teniendo que recurrir a la prueba cruzada, para encontrar compatibilidades... transfusiones de brazo a brazo, con jeringas parafinadas... Sin más anestesias que la raquí —que tenía que hacer el propio operador—, o los goteos clorofórmicos y, al final, como algo novedoso, la eterificación con el Hombredanne, manejado por un practicante y una enfermera, intitulada... Sin personal técnico-auxiliar para cuidar un postoperatorio, que en casos graves, tenía que hacerlo el mismo operador, o enterarse al día siguiente, al pasar visita, que aquella mujer había muerto en la hora fatídica de la madrugada...

Todo sin profilaxis prenatal, pues las mujeres no acudían a las consultas de embarazadas, porque todo lo que les pasaba «era natural del embarazo». Sin colaboración con otros Servicios —sobre todo, de Medicina para la patología concomitante con el embarazo— teniendo el tocólogo que «ser todo» para las enfermas que consultaban, haciendo frente a aquellos capítulos de cardiopatías y embarazo, diabetes y embarazo, sífilis, etc., etc. ¡Todo para él! Los recién nacidos también bajo su exclusivo cuidado. ¡Para el tocólogo también la patología del recién nacido!

Suplicamos a quienes nos honren leyendo estas estadísticas, consideren lo «heroico» de aquellos tiempos y comparen nuestro ambiente de entonces y nuestros medios, de entonces, con los actuales...

LA ACTIVIDAD GINECOLÓGICA EN LA PRIMITIVA MATERNIDAD DE LA CALLE DE LA CUNA

No tenemos —o se extravió con el tiempo y los traslados— estadística que presentar en este sentido, pero sin cifras, podemos asegurar que allí se hizo todo cuanto se hacía en Centros Ginecológicos cualificados y algo más... de los que habíamos visto u oído de ellos, en el ambiente nacional. Lo que también recordamos (la memoria no nos es infiel en eso, pues hay cosas que nunca olvidaríamos), que no tuvimos una sola defunción en ginecología.

Habíamos aprendido de nuestro maestro, el profesor Otero, a ser ginecólogo vaginalista (él procedía de la Escuela de Viena, con Wertheim, y la cultivaba mucho). La histerectomía vaginal, total, simple, se prodigó como remedio curativo de las metropatías hemorrágicas climatéricas, desterrando con ello la castración radioterápica (que también aplicamos en mujeres que no querían operarse), por las molestias generales que ocasionaban a la enferma al suprimir la función ovárica (que se respetaba en la simple histerectomía). Las plastias vaginales y perineales, en la relajación pélvica. La interposición útero-vexical, a lo Schauta, como tratamiento único (entonces) del prolapso. Limpiamos a la provincia de Jaén de fístulas vexico-vaginales, un producto más de la Obstetricia de entonces (con la «espera a ultranza», y como consecuencia, la necrosis vexical por compresión prolongada); todas las fístulas curaron y aquellas mujeres, tan desgraciadas en plena juventud, recobraron la alegría de vivir y de volver a ser madres, que la mayor parte de ellas, habían perdido en su primer parto, que fue la causa de su fístula. En cuatro fístulas incurables, por estar destrozada la vejiga —algunas con intentos anteriores de cierre de la comunicación y con procesos adherenciales invencibles—, fueron sometidas a la uretero-enterostomía a lo Goffey-Mayo, como solución curando su incontinencia y recuperando su fertilidad, como el caso de «la famosa Juanilla» (que motivó una comunicación nuestra a la Sociedad Ginecológica Andaluza, en Granada), que después, tuvo cuatro partos cesáreos y crió a sus hijos. En otro caso similar hicimos la unión término-lateral a lo Nesbit. Esta operación tenía el gravísimo inconveniente del reflujo entero-ureteral y la pionefrosis y nefritis, que en algunos casos fue muy tardía; pensamos, que para que aquellas desgraciadas tuvieran años de alegría y de sexualidad y compatibilidad social, que habían perdido, era preciso. Por vía abdominal se hizo todo. Desde la histerectomía ístmica y total, hasta la histerectomía ampliada de Wertheim; la primera que hicimos, fue la primera que habíamos visto hacer, pues en nuestra formación, el radium, para tratar el

carcinoma de cuello, se había impuesto... cuando hizo decir a Wertheim «Este descubrimiento termina con el esfuerzo de toda mi vida». No fue así y desdichadamente, el radium perdió terreno y la cirugía radical recobró su sitio, al menos, hasta ahora.

Hicimos dos uretero-cistostomía en lesiones ureterales en operaciones ginecológicas.

La laparatomía por miomas, por cistomas ováricos, por anexitis crónicas irreversibles —en la época de la gonococia triunfante— fueron bastante frecuentes...

Entre los trabajos de cierta originalidad, figura el haber hecho, en colaboración con nuestro gran amigo Cándido Nogales Passolas, por primera vez en España, el diagnóstico del embarazo, mediante la anurorreacción, sin conocer los trabajos simultáneos de Galli-Mainini. No podíamos hacer la reacción con el sapo, por ser animal difícil de adquirir. Entonces, tuvimos la idea, de usar la rana esculenta o vulgar, macho, para la prueba (entonces suponíamos que, la descargas de espermios tras la inyección de orina de embarazada, era por las gonadotropinas hipofisarias de la misma, aumentadas por la gestación, y mucho después, ya supimos todos, que era efecto de la gonadotropina corial). Los resultados fueron totalmente positivos y cuando íbamos por la prueba número 99 (con sus correspondientes contrapruebas) e íbamos a publicar nuestra supuesta originalidad, Galli-Mainini publicaron sus trabajos y su método llevó su nombre. ¡Nosotros habíamos «descubierto la pólvora»!... Pero desde luego, fuimos pioneros en España. Además, tuvimos que aprender a distinguir el sexo de la rana, a la técnica de la inyección (en el saco linfático del dorso, donde se absorbía rápidamente), y de la lectura, tomando la orina de la cloaca, con una delgada pipeta —como todo el mundo hizo luego— y ver la muestra al microscopio. ¡Y qué microscopio! Uno de desecho del hospital, cuyo enfoque había que hacerlo por deslizamiento con la mano, pues no tenía mandos dentados... ¡Nogales tenía inventivas para todo! Se lo llevó como recuerdo, junto a otros muchos «hierros viejos», de aquella Maternidad, donde se hizo tocólogo.

Conocí aquella Maternidad, que tenía 36 camas, en salitas de 6 y distribuidas en dos plantas. Un paritorio elemental y un quirófano ídem, pues hasta 1933 no se logró que la Excm. Diputación Provincial adquiriese una mesa de operaciones normal (una Quervain, fabricada por Hartman y que después ha servido, sin una avería, hasta el traslado al «Princesa de España» y ha quedado útil en la última instalación provisional del Servicio), y hasta después de la guerra no se adquirió una buena lámpara scialítica, que también se conserva útil, y hasta 1944 no se dotó al centro de calefac-

ción central y eso sólo en quirófano y paritorio... en el resto, ¡un buen brasero en el despacho del director! ¡Así se cuidaban los poderes públicos de la Sanidad en aquellos tiempos...! La conocí con motivo de celebrarse allí el ejercicio clínico, en mis oposiciones a la plaza de tocólogo municipal, en junio de 1931. La quise y la serví en cuanto pude, hasta su clausura. Primero, porque me cautivó la personalidad de su director —que fue juez de mi tribunal—, don Diego Luzón Linde, de cuya honradez profesional, de su caballerosidad y hasta de su técnica —juzgado en su época— tanto aprendí. Segundo, porque don Diego me llamó pronto a colaborar con él en las tareas de aquella casa. Para formalizar de alguna manera mi presencia allí, que se inició ya en 1932, él influyó sobre la Excm. Diputación Provincial para que, a instancias mías, me nombraran médico auxiliar supernumerario del centro, al que serví, intensa y gratuitamente, hasta que en 1941 obtuve por oposición la plaza de nueva creación de médico auxiliar del centro; el 2 de enero de 1948, ascendí a jefe de clínica y así, hasta que en abril de 1952 desaparecía aquella figura de la medicina giennense, coincidiendo con la clausura de «su maternidad», como él le llamaba, pasé por ascenso a jefe de Servicio de Toco-Ginecología y a dirigir la nueva Maternidad de la Victoria.

Quiero, al final de este bosquejo para la historia de la Maternidad de la calle de La Cuna, dedicar un recuerdo agradecido a los que conmigo colaboraron en la tarea. Al primer médico-interno-plaza de nueva creación, don Domingo Cáceres Ojeda. Después a don Pío Aguirre Rodríguez y a don Cándido Nogales Passolas, que le sustituyeron, y ¡cómo no!, a Isabel Galán Caño, única enfermera del Centro, que por residir en él, estuvo tantos años de servicio permanente, sin relevos ni descansos, mostrando siempre amén de su inteligencia, una vocación y amor a las enfermas, que tanto se beneficiaron de ello. Recuerdo especial para la matrona doña Carmen Moreno Gómez, sola durante tantos años, yendo y viniendo a Maternidad, a cualquier hora, y desde su domicilio, bastante distante, sin reparar en sacrificios. Modesta en su apariencia, pero llena de competencia profesional y de sagacidad.

Después, casi al final de esta época, se nombró una nueva matrona, para aliviar a doña Carmen en su trabajo: doña Dolores Porras Pérez, que, con nosotros, pasó hasta su jubilación, a la Maternidad de La Victoria.

MATERNIDAD PROVINCIAL DE LA VICTORIA

Médico director, doctor Eduardo García-Triviño.

Se inauguró el Centro en abril de 1952 y se clausuró —tras un breve espacio en instalación provisional, pero muy funcional y confortable— el 27 de noviembre de 1973, por pasar sus funciones al Centro Hospitalario Princesa de España, «como Servicio de Toco-Ginecología» del mismo, *continuando como Jefe de ese Servicio, por derecho propio*, el doctor García Triviño, hasta su jubilación forzosa, en abril de 1977. Aquella clausura y esta nueva ubicación, estaba condicionada, en primer lugar, por razones económicas de la Administración Pública, pero además, por razones técnicas estimadas por nosotros y todo el resto del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia Provincial. Esas razones fueron, la mejor asistencia de todos los Servicios, por la colaboración de todos, bajo un mismo techo; laboratorios, radiodiagnóstico y radioterapia, urgencias y guardias, y para nosotros muy concretamente, por la colaboración del Servicio de Pediatría y Neonatología (hasta entonces, la patología del recién nacido y el cuidado del prematuro, también bajo la responsabilidad del tocólogo). Como con el Servicio de Medicina Interna, compartiendo —¡ya era hora!—, la responsabilidad de la asistencia de la Patología Interna, concomitante con el embarazo o el puerperio. También nuestra hasta entonces... Todos comprendimos que una maternidad no podía seguir siendo un Centro autónomo, a no ser que, por su volumen, pudiera disponer de todos esos Servicios como miembros colaboradores de la misma.

Con motivo de la jubilación del doctor García Triviño (él no aceptó otra clase de despedida), se celebró una sesión clínica, en su honor, en el salón de actos del Centro Hospitalario y bajo la presidencia de su director, doctor Sillero. Aparte de la brillante intervención del director, presentaron sendas comunicaciones —más o menos relacionadas con la Toco-Ginecología—, casi todos los jefes de Servicio, siendo particularmente emotiva la del jefe de Pediatría y Puericultura, doctor don Miguel Ángel Bueno Sánchez, que terminó diciendo: «Este modesto pediatra que les habla, con este cráneo braquicéfalo, nació en parto de nalgas, vivo y sin lesiones, gracias a la pericia del doctor García-Triviño». Finalizado el acto académico, el capellán del Centro, preguntó al doctor García-Triviño. ¿Echó usted muchas veces, el agua de socorro —como buen cristiano— a niños que nacieran moribundos? Sí, le contesté. Él me deseó: Pues que todos ellos, que por su bautizo de emergencia, están en el Cielo, lo reciban cuando usted llegue a él. «No pude contener mi emoción».

* * *

La estadística que vamos a exponer y comentar, comprende desde 1952 a fines de 1976. Comprende la época de mayor actividad científica del Servicio, por sus publicaciones, comunicaciones a congresos nacionales, regionales... a nuestro SEMINARIO MÉDICO. Este Jaén, tan ibérico, tan recóndito, fue conocido fuera de sus fronteras por su Maternidad Provincial de La Victoria.

Este Centro inició sus obras siendo presidente de la Excma. Diputación, el Excmo. señor don José Antonio de Bonilla y Mir y se inauguró, siéndolo, el Excmo. señor doctor don Juan Pedro Gutiérrez Higuera. Mi admirativo y afectuoso recuerdo al redactar estas memorias.

La Maternidad de La Victoria fue un Centro moderno, de la época, con máximo confort y dotado de cuantos medios materiales y técnicos se exigían. Tenía capacidad para 50 plazas de enfermería y ésta estaba instalada en dos plantas, muy funcionales. Planta baja para alojamiento de gestantes, madres lactantes en espera de alta o mujeres pendientes de operación ginecológica. Aparte de un espléndido estar-comedor. Tenía 3 habitaciones individuales, para aislamiento (casos sépticos, enfermas graves con vigilancia más estrecha, etc.). En planta principal, consulta externa, enfermería general para puerperas recientes y recién operadas, guardería. Espléndido quirófano y doble paritorio, y entre ambos para servirlos indistintamente, asepsia y arsenal. Muy próximo a estos servicios, radiodiagnóstico y laboratorio bien dotado. Allí había ya un buen microscopio, que nos donó el doctor Palanca, siendo director general de Sanidad, cuando nos visitó; microscopio con el que iniciamos ya la citología ginecológica y que sustituyó a aquel otro, antiquísimo, que en la Maternidad de la calle de La Cuna sirviera a Nogales Passolas en las primeras reacciones de Galli-Mainini que allí se hicieron..

El edificio fue adquirido ya en construcción —para otros fines— por la Excma. Diputación Provincial y el arquitecto provincial, don Francisco López Rivera, conocedor de mis necesidades, lo adaptó perfectamente a ellas. Otra parte de él fue destinado a Hogar infantil, en sustitución del antiguo Hospicio...

Muchos recordarán aquel bello edificio de la avenida del Generalísimo, con su fachada neo-clásica para Maternidad y la fachada del Hogar, del mismo porte y estilo, hacia el Parque Municipal de La Victoria. En este momento de la jubilación, de rendir cuentas, reiterar a don Francisco, mi afecto personal y mi gratitud, por lo bien que resolvió el problema de «mi Maternidad»...

Nuestros colaboradores médicos en el Centro, fueron los doctores Aguirre Rodríguez (que ya había sido interno en la antigua Maternidad) y López Oliveros. Ambos ingresaron como adjuntos, mediante oposición; el primero, restringida, y el segundo, en turno libre. Luego, por acuerdo de la Diputación, fueron ascendidos a la categoría de jefes de clínica. Como médicos internos, tuvimos a los doctores Caballero Caballero y Palma Ortega. Posteriormente, por excedencia voluntaria del doctor Aguirre, ocupó y desempeña aún la plaza de jefe de clínica, el doctor García-Triviño (jr.), estando encargado, como el jefe más antiguo, de la Jefatura del Servicio, que quedó vacante a nuestra jubilación. Por excedencia voluntaria del doctor López Oliveros, ya en el Centro Hospitalario, ocupó su vacante el doctor Mata Bago, que también yo había recogido cuando nació.

Ya en el Centro Hospitalario, tenemos, además, como residentes a la doctora Concepción Moreno y al doctor Manuel Cruz. Todos los internos que han hecho el turno rotatorio, pasan por el Servicio, pero ninguno tenía vocación de tocólogo.

A todos los colaboradores que tuvimos les enseñamos lo que sabíamos, sin reservas; cada uno aprendió lo que su afición o su idiosincracia, le permitieron; cada uno se independizó en «la mayoría de edad», como todos hemos hecho. Queda allí ya sólo mi hijo y no sé hasta cuándo, pues, aunque ya alcanzó con creces esa mayoría de edad, es mucho el amor que le tiene al Servicio para dejarlo, pero el porvenir es muy incierto.

En esa Maternidad y luego en el Centro Hospitalario, se honró la memoria del primer director de la Maternidad antigua, con un monolito de piedra y sobre él un busto de don Diego Luzón Linde.

Fueron matronas en el Centro:

Doña Dolores Porras Pérez (fallecida).

Doña Jacinta Mesa Romero (excedente).

Doña Estela Gutiérrez Arroyo (excedente).

Doña Paulina Morales Alcalde (excedente).

Doña Dolores del Pino del Pino (de plantilla y en activo). ¡La única!

Doña Antonia Soler Atalaya.

Doña Mari Paz Risalde (retirada voluntariamente).

Doña Emilia Moriana.

Doña Juana P. Sánchez-Rebato.

Doña María Delgado.

Todas ellas, sin excepción, fueron modelo de vocación, disciplina y competencia. En esta hora del adiós, me felicito de haber sido su jefe y les agradezco profundamente su valiosa colaboración.

También en este momento de despedida, quiero tener un recuerdo muy especial para don Enrique González Gómez, practicante con categoría de técnico superior, por su saber y su vocación y entrega. Han sido 25 años, sin horario, sin relevo, pendiente del aviso de la Maternidad, para administrar la anestesia con toda urgencia, autorizado para ello, por el jefe del Servicio de Anestesiología y con nuestra total complacencia. Al elogiar su labor, no me mueve, ni con mucho, el afecto personal que le profesó y que a él le consta; simplemente, le hago justicia.

¿Cómo dejar en el olvido a mis enfermeras? Hoy, llamadas A. S. doña Isabel Galán Caño, que fue la única enfermera en los largos años de la Casa de Maternidad antigua, siendo residente y estando de servicio las 24 horas del día y todos los días del año, y todo, por la comida y un sueldo miserable, incluso en aquellos tiempos. Don Diego Luzón la quería mucho y yo... no menos. Con la misma vocación, con la misma entrega, con la misma eficacia, siguió laborando en la Maternidad de La Victoria, pero... al clausurarse, ella ya no quiso conocer más hospitales y en plena salud —que Dios le conserve muchos años— se retiró a descansar. Por el Centro Hospitalario la hemos visto alguna vez, pues iba a visitarnos, con su afecto sincero de siempre. ¡Que son 45 años de amistad!

Después, a Conchita, a María Villa, a Pepi, a Josefina... Gracias a todas, por vuestra abnegación, vuestro afecto, vuestra obediencia.

Y en esta larga lista de colaboradores de un servicio benéfico-asistencial, su hasta ahora jefe dejó para el final un elemento especialmente distinguido, por aquello de que «los últimos serán los primeros»: *mi monja*, si es que sor Luscinda me permite llamarla así. Siempre envidié *al médico de hospitales* que encontrara a «su monja», pues entonces aquel servicio, aquella sala, funcionaba. Cuando conté con ella —y conste que tardamos años en comprendernos—, ya no envidié a nadie en ese sentido. Mi servicio, estando ella en él, *funcionó, funciona y funcionará*. En La Victoria, todo lo llevó «por delante» (enfermería, quirófano...) En el Centro Hospitalario, *la Sala* está en sus manos totalmente y cuenta con la plena confianza de los médicos. Alguien, que no yo, la liberó de otras obligaciones, al organizarse de otra forma los servicios en general. Mi respeto hacia ella, mi gratitud, traspasan los límites de lo sanitario. Con una humildad, que oculta con una apariencia de lo contrario, me enseñó a pedir perdón y a perdonar. ¡Que el perdón es el mejor bálsamo para el espíritu en los avatares de la vida. Que Dios se lo pague, sor Luscinda!

Y de los que ya nos dejaron, ¿cómo olvidar a mi practicante, durante 25 años en nuestra Maternidad de La Victoria, don Antonio Sotomayor Salcedo? La clausura de aquel Centro para el traslado del servicio al Centro

Hospitalario coincidió con su muerte ¡Como si no quisiera separarse de aquel Centro donde tanto trabajó y tanto nos ayudó a todos! En servicio permanente, día y noche, siempre pendiente del teléfono para acudir a nuestra demanda. Se hizo indispensable como ayudante de manos, sobre todo desde que se suprimió la plantilla de médicos internos. ¡Ni al final, ya con avanzada edad y con salud quebrantada, dejó de cumplir su misión aquel sanitario modelo y caballero por sus cuatro costados! Con emoción lo recuerda quien tuvo la suerte de ser su jefe.

Fuera del personal de plantilla, en nuestros diversos servicios tuvimos una colaboración especial, por su generosidad y eficacia, en un médico de Jaén, que después seguiría otros derroteros, pero que siempre, no sabemos por qué, tuvo simpatía por la Obstetricia y la Ginecología. Nos ayudó en la Facultad de Granada, allá en 1930, cuando era él estudiante de Ginecología y nosotros profesor ayudante de clases prácticas, a practicar nuestra primera operación ginecológica: una plastia vagino-perineal. Aquel estudiante, delgadito, tímido, con gesto humilde, nos pidió —sin conocernos— que le permitiésemos que nos ayudara en la intervención. Así se hizo. Cuarenta y seis años después, próxima mi jubilación en el Cuerpo Facultativo de la Beneficencia Provincial, me pidió ayudarme a mi última operación. Dos días antes de la jubilación se le avisó, asistió como ayudante de manos a esa última operación (esta vez difícil, por tumores ováricos enclavados) aquel estudiante que me ayudó a hacer la primera operación. En tan largo intervalo, con sus frascos de sangre siempre a punto ¡cómo me ayudó a salvar la vida a tantas mujeres! No ya en clientela privada, sino en la misma Maternidad de La Victoria, antes de que estuviera montado el servicio de Hematología en la Beneficencia Provincial, ¡allí fue tantas veces! y sólo por amor a la humanidad y a la medicina. Allí hizo las primeras exanguinotransfusiones que se hicieran en Jaén, en fetos afectos de enfermedad hemolítica... ¡En tantas cosas fue el primero! Por supuesto, en mi afecto personal, en una amistad fraternal. Creo que no habrá que insistir en que aquel estudiante y este médico es don Rafael Maza Selas.

Resumen estadístico de los servicios prestados desde abril de 1952 a 31 de diciembre de 1976. Total 25 años

Ingresos totales	19.157	
Tratamientos aplicados		
Asistencia a partos eutócicos	6.119	
Operaciones en parto distócico ...	4.138	Total partos 10.257
Operaciones en gestación y puerperio	2.854	
Operaciones ginecológicas	3.364	
Tratamientos médicos y fisioterápicos con hospitalización	2.682	
	<hr/>	
	19.157	
Resultados		
Altas por curación o alivio	19.111	
Por defunción	46	
	<hr/>	
	19.157	
Mortalidad global por cien	0,24	
Mortalidad promedio año	1,84	
Mortalidad materna		
Casos operados	22	
No operados	6	
	<hr/>	
Total ...	28	(global) % = 0,41
28 casos en:		
Operaciones en distocia	4.138	
Tratamientos médicos en gestación y puerperio	1.441	
	<hr/>	
	5.579	
En operadas: 22 casos		
En 4.138 operadas %	0,53	
En tratamientos médicos		
1.441, 6 casos %	0,41	
Mortalidad materna, referida sólo al parto		
28 casos en 10.257 partos %	0,27	

**Causas de mortalidad materna
Enfermas operadas**

	CASOS
Anemia aguda	8
Shock	2
Accidentes anestésicos	3
Coma eclámptico	5
Cardiopatía descompensada ...	4
Total ...	22

Enfermas no operadas

Septicemia puerperal	4
Peritonitis puerperal	1
Intoxicación exógena por ingerir abortivos (?)	1
Total ...	6
Total de defunciones en Obste- tricia	28

Comentario: Nuestras cifras de mortalidad materna las consideramos bajas y esperamos que el tiempo las vaya reduciendo (como se ve en la relación de ingresos y defunciones por años; en los últimos, prácticamente a cero).

A pesar del progreso técnico, el síndrome hemorrágico, la infección puerperal y la toxemia tardía, siguen siendo las causas principales de óbito en parto.

Los accidentes anestésicos hace años que prescribieron, al no usar la Raquí (que nos motivó un óbito en operación de fórceps, por parálisis respiratoria), y haberse desarrollado la especialidad en los últimos años. Las cardiopatías —sobre todo la estenosis mitral y aórtica—, concomitando con la gestación en enfermas ambulatorias, sin tratamiento y sin colaboración con el cardiólogo, dan lugar a que, como ocurrió en esos 4 casos que tuvimos, aunque el parto se terminó con fórceps o ventosa (para evitar esfuerzo), en 3 de ellas no consiguió la compensación. Tememos, sobre todo, al sobreparto inmediato, por el ingreso brusco de la sangre útero-placentaria hacia el corazón derecho. En el cuarto caso, la enferma

ingresó en período agónico, sin dar tiempo ni a explorarla. ¡Qué diferencia con las cardíacas bien vigiladas!

La toxemia hipertensiva es un síndrome final, que tiene su profilaxis efectiva en la pre-eclampsia, pero aún muchas mujeres siguen sin acudir a la consulta de higiene prenatal y siguen pagando con su vida esta desidia. La toxemia, hoy, no debe matar a una gestante.

Muchos de los síndromes hemorrágicos, de shock y de sepsis, tienen su profilaxis en una mejor conducción del parto, evitando toda violencia obstétrica, y prodigando —no nos cansaremos de decirlo— la cesárea en lugar de la tokurgia «de fuerza». Ya en una estadística de la antigua Maternidad de la calle de La Cuna demostramos la diferencia de mortalidad entre el parto no cesáreo y el cesáreo. Los potentes occitócicos modernos en las hemorragias atónicas; las revisiones y suturas postoperatorias (si hubo alguna violencia), la transfusión a tiempo, y hasta la histerectomía obstétrica o la ligadura de las arterias hipogástricas —en lugar de ella, en mujer joven— pueden vencer el caso más rebelde. Lo que hace falta —no siempre se tiene y por eso se llega tarde—, es disposición de ánimo y, en parto difícil, siempre, absolutamente siempre en el quirófano, con todo dispuesto para la mayor eventualidad.

Obstetricia. Resumen estadístico 1952-1976

Partos eutócicos	6.119	% = 59
Partos distócicos	4.138	% = 40,34
Con extracción fetal	3.449	
Sin extracción fetal, pero con operaciones complementarias	689	
Total ...	4.138	
Total partos	10.257	
 Operaciones obstétricas		
Con extracción fetal	3.449	% = 49,32
Sin extracción fetal	689	% = 9,85
Operaciones en gestación y puerperio.	2.854	% = 40,81
Total ...	6.992	

Operaciones con extracción fetal y porcentajes entre sí

Cesárea abdominal (segmentaria)	1.482	% = 42,96
Fórceps	769	% = 22,29
Vacuo-extracción	767	% = 22,23
Sinfisiotomía de Zárate	176	% = 5,10
Versión interna	144	% = 4,26
Gran extracción podálica	63	% = 1,82
Fetotomías en general	48	% = 1,39
	3.449	100,3

La sinfisiotomía no motivó ni óbitos ni complicación alguna.

Operaciones complementarias de parto espontáneo

Ayuda manual al parto pélvico	140
Episiotomías y suturas vaginoperineales	412
Extracción manual de placenta	110
Histerectomía Obstétrica	26
Desbridamiento de gran hematoma vul-vaginal, en parto espontáneo	1
Total ...	689

Comentarios: Vamos a referirnos exclusivamente a las operaciones con extracción fetal, en el parto distócico. Incluiremos en el comentario a la sinfisiotomía, que aunque es más bien «operación facilitadora del parto espontáneo» (que para eso la creó el profesor Zárate), por su importancia aquí debe figurar.

Como vemos, la cesárea abdominal predomina sobre todas en porcentaje. Es la operación más segura, en la distocia grave, con presentación anómala o no encajada, y que al sustituir a la versión y demás maniobras obstétricas vaginales, ha contribuido más que ninguna otra a rebajar las cifras de mortalidad materna y mortinatalidad. Ya lo probamos al principio de este trabajo, en la estadística de la vieja Maternidad de la calle de La Cuna. Bajó su porcentaje en los años de auge de la sinfisiotomía, pero volvió a su puesto cuando ésta declinó (sin motivos por cierto). Así mismo, el fórceps bajó con el advenimiento del vacuo-extractor, aunque después el abuso de este último recurso (ventosa de prueba antes de fórceps difícil), nos hizo ver que era mejor ir directamente al fórceps, claro que siempre en indicación ortodóxica.

Nosotros no usamos nunca la ventosa alta, como «prueba precesárea». Tanto en la cesárea como en el fórceps, la ventosa de prueba aumenta los riesgos maternos y fetales. La ventosa, para nosotros, al final, quedó para «ayuda» al parto analgésico (ahorra tiempo y fármacos) o para terminar una distocia en presentación de vértice, muy baja, casi a la vista, si de primíparas se trata, o al menos encajada o casi encajada, con cuello dilatado o casi dilatado, en múltiparas con buena pelvis. Todo lo demás es abusar y desprestigiar a tan valioso recurso. Excepcionalmente, sobre nalga anterior a la vista, nos ayudó.

Operaciones en gestación y puerperio

Legrado uterino	2.678
Operaciones por ectogravidez .	143
Cesárea vaginal	27
Microcesárea	3
Ligadura arteria hipogástrica ..	1
Apendiceptomía, en gestación .	2
Total ...	<u>2.854</u>

Haremos, acto seguido, otro comentario sobre operaciones en la gestación y puerperio: la cesárea vaginal, que tanto prodigaba nuestro maestro, Alejandro Otero, sobre todo en placenta previa (seguida la histerotomía, por la versión interna y la extracción), la hicimos alguna vez, con buen resultado, pero exige la multiparidad, el cuello corto ya, y algo de dilatación, para poder estar seguro de que se trata de una variedad posterior. Ha quedado reducida a la extracción del mised-abortion avanzado y resistente a la inducción reiterada. Indudablemente, en estos casos, es una bella operación. La microcesárea, excepcional, en mola grande, hemorrágica, resistente.

Mortinatalidad depurada, pero incluyendo prematuros de más de 1.500 gramos

Lamentamos mucho que alteraciones en el fichero, tras varios traslados, no nos hayan permitido obtener datos en este sentido, antes de 1964.

Los datos que poseemos son:

Mortinatalidad

Quinquenio 64-68	.....	% 1,60
Quinquenio 69	.....	% 1,20
Quinquenio 70	.....	% 1,10
Quinquenio 71	.....	% 0,30
Quinquenio 72	.....	% 2,80
Quinquenio 73	.....	% 2,10
Quinquenio 74	.....	% 0,90
Quinquenio 75	.....	% 0,78
Quinquenio 76	.....	% 1,10

Las cifras de mortinatalidad las consideramos bajas, pues en esos 13 años, en 11, no hemos alcanzado la mínima (2 % o 20 por 1.000) que aspiran a lograr, y no siempre lo logran, centros maternos de nombradía. Sólo en 2 años tuvimos la desdicha de sobrepasarla.

Los prematuros lastran mucho esta estadística y sobre ella también influye el criterio obstétrico. El fórceps «de fuerza», la versión interna y la gran extracción podálica, son las maniobras obstétricas que causan mayor mortinatalidad. *La cesárea: O.* El vacuo violento (aplicación alta de ventosa, con cuello sin terminar de dilatar) es tan nocivo para el feto como las otras maniobras, que están prácticamente reducidas a casos fáciles en nuestro servicio. Y la única operación que no tiene mortinatalidad es la tristemente abandonada sinfisiotomía (no actúa sobre el feto, posibilita su expulsión y evita toda compresión cráneo-cerebral). En una sesión científica, en Madrid, de la Sociedad Ginecológica Española, dedicada precisamente a ver cómo influían las distintas operaciones sobre la mortinatalidad, nosotros llevamos una comunicación sobre sinfisiotomía, de Zárate, con mortinatalidad a cero. Impresionó al auditorio, pero... nadie sabía de aquello una palabra. Tuvimos el honor de oír al profesor Botella: «Creo que quizás haya que considerar esta "neo-sinfisiotomía" que nos presenta el doctor García-Triviño».

Desde que el servicio se instaló en el Centro Princesa Sofía, hemos de agradecer al Servicio de Neonatología —y a su jefe doctor Bueno Sánchez— su eficaz colaboración en la lucha contra la mortinatalidad, sobre todo de los prematuros. Y eso que sólo cuenta con medios elementales, pues el verdadero servicio para prematuros aún no se ha inaugurado en el Centro Hospitalario, quizás por ser muy costoso su funcionamiento.

Estadística 1952-76. Operaciones ginecológicas

Vía vaginal	.....	1.881	% 55,91
Vía abdominal	.....	1.483	% 44,08
Total	...	3.364	

Vía vaginal	Detalles	Porcentajes de operaciones (en relación con el total de vaginales).
	Histerectomía vaginal, total, simple	64% 3,40
	Histerectomía vaginal plástica	183% 9,72
	Plastias vaginales y perineales	347% 18,44
	Vulvectomía simple	44% 2,33
	Vulvectomía ampliada	12% 0,63
	Vulvectomía con injerto cutáneo	2
	Operación de resección	11% 0,58
	Legrado ginecológico	687
	Pequeñas operaciones en genitales externos	458
	Oclusión de fístula véxico-vaginal	15% 8,24
	Polipeptomías	13
	Biopsias cervicales selectivas	4
	Colpotomía posterior, evacuadora	1
	Divulsión esfínter anal	1
	Desbridamientos de hematoma vulvo-va- ginal	1
	Incisión de absceso de glan de Bartolino	2
	Operación de Lefort (colpocleisis)	5% 0,26
	Operación de Fortergil-Donald (Man- chester)	10% 0,53
	Creación de vagina artificial	1
	Oclusión fístula recto-vaginal	1
	Operación de Mengue	2
	Masurpialización de bartolinitis quística	6% 0,31
	Extirpación de quiste de glan de Bartolino	1% 0,05
	Miomectomía vaginal	1
	Amputación alta de cuello uterino	2% 0,10
	Discisión de vulva	4% 0,21
	Operación de Stumdorf	1% 0,05
	Operación de Labartd	1% 0,05
	Sutura vaginal compleja, por estallido en desfloración	1
	Total	1.881

Vía abdominal	Detalles	Porcentajes de operaciones (en relación con el total de abdominales)
Histerectomía fúndica	18	.....% 1,21
Histerectomía ístmica	472	.....% 31,82
Histerectomía total simple	389	.....% 26,23
Histerectomía ampliada	71	.....% 4,78
Panhisterectomía a lo Brouswin	1	.....% 0,06
Histerectomía más vulvectomía	1	
Operación de síndrome de Jouseff	4	.....% 0,26
Vexicofijación a lo Ball	1	
Vexicofijación de Marshal-Marchetti ...	3	.....% 0,20
Operaciones sobre anexos	491	.....% 33,10
Linfadenectomía pélvica (sola)	1	
Uretero-cistostomía	2	.....% 0,13
Extirpación de fibroma gigante en cicatriz laparotómica	1	
Plastias de pared abdominal	14	
Operación hernia umbilical	1	
Apendiceptomía (en agudeza)	5	
Laparotomía exploradora	3	.....% 0,20
Laparoscopia con anestesia	5	
Total ...	1.483	

Comentarios a la estadística de operaciones ginecológicas: Fuimos muy «vaginalistas» en épocas en que la laparotomía ginecológica, con anestésicos defectuosos, elementales, y la falta de medios de lucha contra la infección mantenían un gran respeto al peritoneo. La vía abdominal se utilizaba sólo cuando no era posible sustituirla por la vía vaginal. Este criterio prescribió y la vía vaginal quedó para las operaciones plásticas y para operar el prolapso. Amén de pequeñas operaciones vulvo-vagino-cervicales, exclusivas de ese abordaje. Incluso en la época en que fuimos «vaginalistas», el carcinoma de cuello lo operamos siempre a lo Wertheim, por vía abdominal (últimamente con linfadenectomía añadida, que indudablemente aumenta los riesgos, por la posibilidad hemorrágica, sobre todo en obesas, al extremo que en bastantes casos, salvo ganglios visiblemente afectados, confiamos a las radiaciones postoperatorias el tratamiento complementario. Sólo hicimos una histerectomía vaginal, por carcinoma, a lo Schauta, en la antigua Maternidad de la calle de La Cuna. Hoy, este

abordaje del carcinoma cervical está universalmente abandonado, pues no puede atacar los ganglios.

Practicamos muchas histerectomías vaginales, totales, simples, en el tratamiento de los síndromes hemorrágicos del climaterio, sin malignidad uterina. Conservábamos los anexos, era operación —y lo es— muy bien tolerada y el síndrome menopáusico está ausente casi siempre. Hubo un tiempo —también caducado— en que este tratamiento estuvo en pugna con la radioterapia profunda, en dosis de amenorrea definitiva, pero eso, por las molestias generales que acarrea, lo abandonamos y queda si acaso para enfermas que no puedan o no quieran operarse (aunque, en general, a las mujeres no les asusta la operación vaginal). Pero desde que hacemos tratamientos médicos, hormonales, de frenado hipotálamo-hipofisario y secundariamente ovárico, esta indicación ha caído y esperamos sin cirugía (eliminando la malignidad, por supuesto) a la menopausia espontánea.

Muchas plastias vagino-perineales, pues la relajación pélvica, con su colpocelos, sus cistocelos, sus incontinencias de esfuerzo, todo producto de una tología aún violenta, eran muy frecuentes, y amargaban la vida a mujeres en plena juventud, creando en ellas hasta graves problemas sexuales.

Aun ya en los años de comienzo de esta estadística tuvimos que operar hasta 15 fístulas véxico-vaginales... verdadera vergüenza de una obstetricia inadmisibile, con espera a ultranza... en manos de parteras de ocasión.

En el prolapso genital dimos preferencia, al principio de nuestro ejercicio, a la interposición útero-vexical de Schauta. Luego, bajo la influencia de la escuela americana, sobre todo de los ginecólogos de la Clínica Mayo, dimos preferencia a la histerectomía vaginal plástica, con la que no tuvimos ni una recidiva del prolapso vaginal (el uterino lo habíamos hecho imposible). En la mujer joven, en que no deseábamos una menopausia precoz, dimos preferencia a la operación más conservadora, de la escuela de Manchester, aunque tiene el inconveniente —como todo lo que sea amputación alta de cuello uterino—, uno de los tiempos de esta operación, de dejar un muñón cervical de difícil exploración ulterior.

Las cleisis vaginales, tipo Lefort, sólo en prolapsos totales en ancianas y aun así, con permiso previo; igual pienso sobre la cleisis vulvar a lo Labartd, operación que no me gusta, pues la sensación de prolapso la sigue experimentando la mujer.

En los procesos de la glándula de Bartolino, antes, hicimos muchas extirpaciones radicales. Era operación laboriosa y de hemostasia a veces

difícil de lograr, por eso, adoptamos en los últimos años la simple masurpialización, que resuelve totalmente el problema.

La vulvectomía simple la empleamos en la craurosis y más si se le suma leucoplasia, más si tiene como síntoma prurito rebelde. En 2 casos hicimos exéresis cutánea tan amplia que hubo de completarse con injertos cutáneos. Estas dos operaciones fueron realizadas en nuestro servicio, por el doctor García-Triviño (jr.) en colaboración con el doctor Larrotcha, y se dedicó a ellas una publicación con muy buena iconografía. En el prurito rebelde, «esencial», hemos practicado la operación de resección con alguna frecuencia y buenos resultados en general.

La vulvectomía ampliada, naturalmente como único tratamiento del gravísimo carcinoma vulvar, con su pronóstico tan reservado como siempre. En uno de estos casos que personalmente di como inoperable, también el doctor García-Triviño (jr.) en colaboración con el doctor Larrotcha, hizo una amplísima exéresis que cubrió con amplios colgajos cutáneos, con excelente resultado; también fue publicado el caso y los resultados inmediatos y tardíos, con excelente iconografía.

En la vía abdominal fuimos exclusivistas para el tratamiento del carcinoma del cuello-útero (como ya hemos indicado antes), pero también para el del cuerpo uterino, pues las manipulaciones sobre el útero, para extirparlo por vía vaginal como hacíamos en nuestros primeros años, exponen a siembas, siendo ese riesgo mucho menor si se aborda el útero por vía alta. Por supuesto, los anexos se extirpan juntamente con el útero, pero la histerectomía en esta localización del cáncer uterino la hacemos total, simple. No precisa ser ampliada, pues la diseminación es muy tardía y excepcional. Hay quien la hace también «ampliada», pero nos parece un riesgo excesivo.

En el carcinoma de cuello, grado 111, sólo una vez hicimos una panhisterectomía a lo Brouswin. Se trataba de la mujer de un médico, que sabía lo que tenía y se prestó a ello. Es operación que, como decía su autor, ocupa «de la mañana a la noche»... Pero el caso determinó que la enferma sobreviviera a su marido, criara a sus hijos, aunque desdichadamente, como en todas las uretero-enterostomías (tiempo obligado), a los diez años de operada muriera de una pielonefritis irreversible, y es que no puede evitarse con ninguna técnica de implantación, el reflujo ureteral.

La histerectomía fúndica (extirpando ambas trompas y un ovario) fue operación que hicimos antes en las anexitis residuales y en mujeres que no debían perder la menstruación. Es que habíamos comprobado, en esas indicaciones, que la simple extirpación de las trompas, como dejaba la

porción intramural, allí quedaba la infección y, con ella, los síntomas dolorosos. Desde los tratamientos antibióticos y antiinflamatorios modernos, esa indicación ha disminuido mucho; es operación que apenas se hace ya.

La histerectomía ístmica (que en la estadística la vemos dominar sobre la total), era y es la operación de los procesos benignos de útero y anexos, inflamatorios o neoplásicos benignos (quistes, miomas, anexitis crónicas...). La misma indicación que la histerectomía total y simple, pero ésta (tanto intrafascial como extrafascial) es técnicamente más difícil y tiene mayores riesgos. No obstante, está justificada, si además de la indicación de la patología de los genitales internos hay una patología cervical, aunque sea benigna. Pero, con un cuello sano, con exámenes colposcópicos y citológicos que descarten una malignidad aun preinvasora, si la mujer es joven (menos de 50 años), preferimos conservar el cuello, pues con él evitamos colpitis atróficas, retracciones y acortamientos vaginales, que pueden crear y crean, muchas veces, problemas sexuales. Téngase en cuenta que el moco cervical es el mejor protector de la mucosa vaginal y que la hemostasia del paracolpio (que la histerectomía total precisa), disminuye mucho el riesgo de la vagina, sobre todo en su tercio superior. Para nosotros, eso de *histerectomía, siempre total, ¡no!* con todos los respetos para quien opine lo contrario. El tiempo le hará cambiar de opinión. Nosotros, en 45 años de ginecólogos, sólo hemos visto un caso de carcinoma de muñón residual en enferma operada muy lejos de nuestro servicio, y por mioma. Los problemas vaginales de la total los hemos visto las suficientes veces para emitir esa opinión restrictiva.

El cambio de criterio obstétrico en favor de la cesárea, que tantas ventajas reportó en las estadísticas obstétricas, tuvo un serio inconveniente: la posibilidad de una cicatrización defectuosa de la histerectomía, que puede ser debida a una defectuosa técnica. La cesárea es operación fácil, por supuesto; pero hay que hacerla bien... No sólo esa cicatriz defectuosa puede ser causa de roturas silenciosas, en gestación y parto ulterior, sino que en necrosis vexical puede crear la fístula útero-vexical (menuria o síndrome de Jouseff), que ha sustituido —aunque por fortuna es menos frecuente— a la antigua fístula véxico-vaginal. El haber operado 4 casos de estos, en una estadística modesta en número, da mucho que pensar. Siempre las hemos operado en colaboración con el urólogo, pues salvo un caso, que lo abordamos por vía intraperitoneal tras histerectomía impuesta por otro proceso, los demás se abordaron por vía intravexical, que es lo que aconsejamos. Por cierto que en uno de estos casos, la mujer, aunque tenía menuria, eso no lo valoraba (y era persona culta)... pero tuvo un aborto y, al hacerle nosotros legrado, al sondearla antes, encontramos hematuria. Una

cistoscopia ulterior demostró la presencia de la fístula útero-vexical. Se operó y curó. Este caso creó un nuevo síntoma en el síndrome de Jouseff —la metrorragia— es decir, sangre uterina, no menstrual, por comunicación véxico-uterina. Mereció una publicación del servicio.

La incontinencia urinaria de esfuerzo, cuando hay que tratarla concomitando con una indicación operatoria alta, la hemos resuelto restableciendo el ángulo uretro-vexical posterior, suspendiendo el cuello, según Ball en un caso y según Marshal-Marchetti, en 3. De ambos métodos quedamos satisfechos. Tanto, que teníamos proyectado en el futuro que si había incontinencia de esfuerzo sin cistocele, era mejor operar por arriba, aunque luego, en un segundo tiempo de la misma operación, hiciéramos una plastia perineo-vulvar complementaria.

Las operaciones abdominales sobre anexos dan un gran porcentaje, aunque cada vez menor; se conservan, claro está, las ovariectomías por quistes ováricos, las salpingectomías en los hidrosalpinx, en las salpingitis crónicas dolorosas (haciéndolas «cuneiformes» en el ángulo uterino, como ya indicábamos antes), las «resecciones cuneiformes de ovarios» en las oovaritis escleroquísticas, para tratar oovarialgias rebeldes o casos de esterilidad por anovulación... Las verificaciones complejas antiálgicas, como les llamó el profesor Conill, con operación de Cotte, de castaño (varicocele pélvico), suspensiones ligamentarias, etc., etc., y todo, para que muchas mujeres sigan con sus algias pelvianas rebeldes y desacreditadas. Ya dijo un ginecólogo antiguo: «El dolor de la mujer, es el dolor de mi vida». El que un ginecólogo oiga a una mujer operada por dolor, «me duele igual o más que antes de operarme»... es algo muy amargo. Y que hay dolores en la mujer, que hasta ahora no sabemos de qué son. Aconsejamos siempre meditar mucho estas indicaciones quirúrgicas en las algias pelvianas «sine materia»... ¿Origen psicósomático?... Prodigando la laparoscopia, al no ver nada capaz de explicar el dolor, operaremos menos y buscaremos con más frecuencia la colaboración del psiquiatra.

Mortalidad en Ginecología

Mortalidad global (en enfermas operadas y no operadas), 18 casos.

Operadas	3.364	
No operadas	1.241	(tratamientos médicos o fisio- terápicos).
Total ...	4.605	0,39 %

Mortalidad en enfermas operadas, 8 casos.

Operaciones	3.364	0,23 %
-------------------	-------	--------

Mortalidad en no operadas, 10 casos.

Casos sin operación ..	1.241	0,80 %
------------------------	-------	--------

Causas de defunción

En operadas.		
Anemia aguda	2	Hemorragias venosas, en cirugía radical de cáncer.
Embolia pulmonar	3	Enfermas ya para darlas de alta.
Accidentes anestésicos	1	?
Peritonitis aguda	1	En una laparotomía correcta. ¿Fallo en esterilización?
Laparotomía exploradora ..	1	Tumor abdomino-pélvico, en enferma caquéctica.
Total ...	8	
En no operadas		
Caquexia cancerosa	5	Carcinomas avanzados, incurables. S. S. las envió.
Ictus apopléctico	1	En el preoperatorio. Obesa e hipertensa.
Pancreatitis aguda	1	Error diagnóstico y la enviaron al Servicio.
Gran mal epiléptico	1	Error diagnóstico. La habían diagnosticado de eclampsia.
Coma diabético	1	Otro ingreso indebido en este servicio.
Encefalitis aguda	1	Ídem.
Total ...	10	

En estos casos, extraginecológicos, se pidió la colaboración de los servicios pertinentes, pero se trataba de casos finales.

Es lastimoso que graven una estadística de Ginecología.

Maternidad Provincial de La Victoria. 1952-1976
Resumen estadístico de ingresos y defunciones por años
Porcentajes de éstas

Años	Ingresos	Defunciones	% de éstas
1952	854	5	0,39
53	1.173	3	0,26
54	1.132	6	0,53
55	1.165	6	0,51
56	1.041	4	0,38
57	944	5	0,53
58	1.140	2	0,18
59	993	2	0,20
1960	492	1	0,11
61	874	1	0,29
62	680	2	0,29
63	626	0	0,00
64	700	1	0,14
65	640	1	0,16
66	625	1	0,16
67	639	1	0,16
68	592	0	0,00
69	584	0	0,00
1970	539	0	0,00
71	545	0	0,00
72	525	0	0,00
73	495	2	0,35
74	470	0	0,00
75	567	2	0,35
76	652	1	0,16
25	19.157	46	

En este resumen no están desglosados los casos de Obstetricia y Ginecología. Es un resumen global de ese período.

Mortalidad global en el período, 0,24 %

Las cifras son expresivas de:

Reducción progresiva de ingresos, al absorberse por la Seguridad Social antiguas enfermas de Beneficencia.

Mortalidad, por fortuna, bastante reducida, y progresivamente reducida al mejorar las instalaciones, la colaboración con otros servicios y el mejoramiento de nuestras técnicas y de nuestro personal colaborador, superior y medio, y la evolución de nuestro criterio obstétrico y ginecológico.

Enfermas atendidas en Ambulatorio 41.721.