

11217

176  
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA

NO. 3 CENTRO MEDICO NACIONAL " LA RAZA "

HISTORIA DE LA GINECO - OBSTETRICIA  
MEXICANA DURANTE EL SIGLO XIX Y SU  
RELACION CON EL ESPECIALISTA MODERNO

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**E S P E C I A L I S T A E N :**  
**G I N E C O L O G I A Y O B S T E T R I C I A**  
**P R E S E N T A :**  
DRA. MARIA ESTHER SALINAS IBARRA



ASESORES: DR. MARTIN MEZA VARGAS  
DR. SAMUEL A. LIEVANO TORRES

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

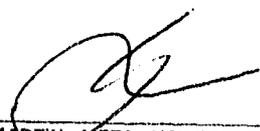


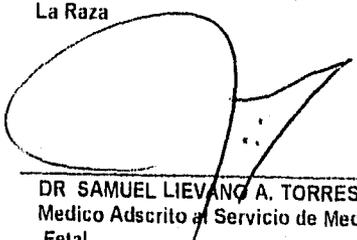
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

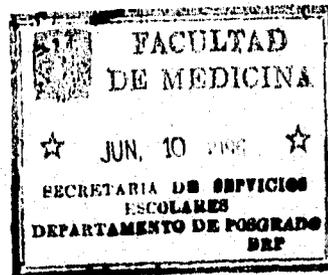
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

  
DR MARTIN MEZA VARGAS  
Jefe de Enseñanza HGO3 CM  
La Raza

  
DR SAMUEL LIEVANO A. TORRES  
Medico Adscrito al Servicio de Medicina  
Fetal



CENTRO MÉDICO LA RAZA  
Hosp. de Ginecología y Obstetricia  
Inst. de Enseñanza e Investigación



## INDICE

ANTECEDENTES.....	1.
PROBLEMAS.....	2.
OBJETIVO.....	3.
METODO.....	4.
INFORMACION.....	5.
I. CONTEXTO HISTORICO.....	6.
II. LA MUJER EN EL SIGLO XIX.....	8.
III. ALGUNAS CREENCIAS DE LA EPOCA.....	9.
IV. CONCEPTOS PREDOMINANTES DE LA EPOCA.....	15.
4.1 Signos Maternos del embarazo, llamados de presunción y probables.....	18.
4.2 Signos Fetales del embarazo, llamados de certidumbre, perceptibles del 5º mes en adelante.....	20.
4.3 Maneras de calcular la edad de la preñez y época de parto. ....	21.
4.4 Precisiones sobre la figura, dimensiones y ejes del canal pélvico, y particularidades que presenta la pelvis de las mexicanas.....	22.
4.5 Precisiones del tratamiento de la distocia hemorrágica por implantación anormal de la placenta, y de la distocia eclámpsica, histórica y epiléptica....	26.
V. ALGUNOS ARTICULOS SOBRE OBSTETRICIA.....	31.
5.1 Cuatro palabras sobre Antisepsia Obstétrica.....	31.
5.2 Un caso de infección puerperal.....	32.
5.3 Rotura prematura de la Bolsa de Aguas.....	33.
5.4 Hemorragia Post Partum en que no están indicados el Cuernecillo de Centeno, sus derivados y sucedáneos.....	34.

VI. LA PARTERA.....	36.
6.1 Auxiliar para hacer venir la leche de las mujeres.....	41.
6.2 Curación de la supresión de los menstros.....	42.
6.3 Partus (Parto).....	42.
6.4 Esterilidad en las mujeres.....	43.
VII. HOSPITALES.....	50.
VIII. CATEDRA DE GINECOOBSTETRICIA.....	54.
8.1 La enseñanza en el Siglo XIX.....	54.
IX. AVANCES DE LA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL SIGLO XIX HASTA LA DECADA DE LOS 70.....	65.
9.1 Aplicaciones de Genética.....	65.
9.2 Aborto Habitual.....	72.
9.3 Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.....	72.
9.4 Galactorrea Patológica.....	74.
9.5 Isoinmunización Materno Fetal.....	75.
CONCLUSIONES.....	77.

## ANTECEDENTES

En la actualidad, la influencia del desarrollo tecnológico y la celeridad de los avances técnicos, metodológicos y terapéuticos de la medicina, cuyo fin es resolver los problemas de salud y mejorar las condiciones de vida del ser humano, ha hecho posible, en especial en la Ginecología, la identificación de múltiples causas de esterilidad, el monitoreo del feto como paciente, la cirugía intrauterina fetal, la resolución de múltiples patologías de la gestación, y las nuevas técnicas laparoscópicas como los nuevos métodos diagnósticos.

Hoy el ginecólogo es un médico absorto en la carrera de la tecnificación, esto en detrimento de la esencia humanista de la especialidad y su origen, así como la influencia que ante el devenir del tiempo ha consolidado los principios del SER en nuestra especialidad.

Por este motivo y con el fin de romper con la tendencia del investigador que ve únicamente hacia adelante y no pone énfasis en sus raíces y origen filosófico del ser y del que ha llegado a ser, hemos avocado nuestro esfuerzo a incrementar nuestro conocimiento de la historia, filosofía y cultura de las distintas épocas de la Ginecología en México; sus influencias y su trascendencia en la práctica actual de la especialidad. Esto no sólo en el aspecto puramente histórico, sino cultural y, por qué no decirlo, en el romanticismo propio de la época que trataremos con detalle en algunos pasajes anecdóticos que identifiquen el pensar y actuar, sin ser propiamente un punto de vista del investigador.

También se ilustra con esquemas, grabados y litografías de la época para enriquecerlo artísticamente y ambientar al lector.

## PROBLEMAS

1. El conocimiento de la historia, filosofía y evolución de la Gineco-obstetricia en México, en el período de formación de la residencia médica, se ha limitado a breves nociones y comentarios anecdóticos, la mayor de la veces de pasillo y de aula en menos de cuatro horas a lo largo de toda la residencia médica.
2. Existe desconocimiento por parte del especialista en Ginecología y Obstetricia acerca de la historia, filosofía y evolución de su especialidad en las distintas épocas; así como su influencia actual de la especialidad en nuestro país.
3. No se ha valorizado a la Gineco-obstetricia como parte fundamental en el desarrollo de la medicina en México.
4. No se han reconocido los valores históricos y filosóficos de la gineco-obstetricia en el siglo XIX y su influencia en el desempeño del gineco-obstetra actual.
5. Se desconocen en nuestro medio las aportaciones de la gineco-obstetricia mexicana a la medicina universal.

## OBJETIVO

Que el Ginecologista en formación y formado conozca la historia, filosofía, evolución e influencia de su especialidad durante el siglo XIX en México.

## MÉTODO

Se realizará una investigación documental bibliográfica de la historia, filosofía y evolución de la Gineco-obstetricia en México en el siglo XIX y su influencia en el desempeño del ginecoobstetra moderno. Una vez conjuntado el material gráfico y escrito, se procedió a la selección y análisis, de acuerdo a mi punto de vista, con discusión de cada uno de los aspectos que se consideren trascendentales, finalmente se compiló en el presente escrito que es entregado como ensayo de *tesis*.

Dicha investigación documental comprende el siguiente período:

Período Independiente (1810-1970)

## LA INFORMACIÓN

Fuentes utilizadas para compilar la información gráfica y escrita:

- 1.- Revistas médico culturales de reconocido prestigio nacional e internacional.
- 2.- Textos históricos médicos y no médicos en relación con el tema específico de cada capítulo.
- 3.- Fuentes primarias como escritos médicos y anecdóticos de localización bibliotecaria en la Facultad de Medicina de la UNAM, Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, Escuela Superior de Medicina del IPN, Colegio de México e Instituto Nacional de Antropología e Historia.
4. - Comunicaciones personales y entrevistas con historiadores, filósofos y doctores expertos en el tema.

## I. CONTEXTO HISTÓRICO

A principios del siglo XIX en la Nueva España, un grupo importante de "letrados", criollos y pobres; todos ellos dedicados al desempeño de almas y entregados a las lecturas de obras teológicas y jurídicas; relegados en su mayoría a las ciudades de provincia, formaban una élite intelectual unida por la insatisfacción común.

Económicamente improductiva, esta "intelligentsia" acaparaba un arma terrible: la ilustración, depositada casi toda en sus manos. El pueblo trabajador, constituido por indios y castas, base de la pirámide social, sólo compartía la extrema miseria.

El aumento de la riqueza a fines del siglo XVIII había beneficiado a la oligarquía económica y a la vez, agudizado los contrastes sociales. En el año de 1808 una serie de sucesos inusitados en la historia de los reinos hispánicos, manifestaba la debilidad del imperio al tiempo que abría la posibilidad del cambio.

En 1809, varias personas habían formado en Valladolid una conspiración que tenía por objeto reunir en México un congreso para gobernar la Nueva España en nombre de Fernando VII. La revuelta habría de comenzar en Valladolid el 21 de diciembre, sin embargo, en la mañana del mismo día fueron aprehendidos los conspiradores.

En 1810, por lograr un México independiente, Don Miguel Hidalgo se alista para la conspiración. Da el "Grito de Independencia" el 16 de septiembre de 1810, consumándose ésta, después de once años y once días de lucha, el 27 de septiembre de 1821. 1

**FALTA PAGINA**

**No. 7**

## II. LA MUJER EN EL SIGLO XIX

Al entrar al siglo XIX, cuando se registra un caos político y un México ansioso por definir su personalidad acorde a los proyectos específicos de una nación, la mujer mexicana debió moldearse al nuevo país. En 1821, México inicia su vida como nación independiente, los procesos históricos son lentos y entre los niveles económicos, políticos, sociales e ideológicos suele faltar la coincidencia.

La primera mitad del siglo se caracteriza por una evolución lenta por la inseguridad del Estado, se trata de años de gran actividad política ideológica y económica. El proyecto liberal abre la posibilidad del crecimiento económico, en lo que ha sido llamado proceso *sui generis* de acumulación originaria de capital. En lo social, este proyecto implica la doctrina de igualdad entre las personas, pero en su contra estaban la costumbre y la diferencia económica entre las clases. 2

En la continuidad del siglo XVIII y XIX se observan cambios que permiten a la mujer una mayor participación fuera del hogar, un mayor respeto por su persona y por parte de la sociedad en su conjunto. Frente a un estado de ánimo pesimista, en que se dudaba respecto a los logros efectivos del México independiente, se fomentaba que la mujer ejerciera los roles clásicos de la maternidad y la crianza.

En la maternidad la mujer no alude sólo al hecho de parir: "no es el mero hecho de la maternidad sino la multitud de recuerdos que se asocian con la época de las necesidades infantiles, lo que forma la base de un cariño que dura tanto en la vida".

La maternidad se considera algo natural, que marca a la mujer desde su infancia hasta la vejez. Sin embargo, esta actividad se rodea de consejos, no siendo el puro instinto el que gobierna la crianza; así, las costumbres respecto al parto variaban considerablemente según la clase, etnia o región. 2

La crianza muestra esa confrontación entre la naturaleza y la cultura, que es evidente en la cuestión femenina.

Se insiste mucho en la necesidad de amamantar al hijo dejando para casos especiales el empleo de *chichigüas y nodrizas*; tanta insistencia sugiere la evasión de esa labor en mujeres de clase acomodada.

La maternidad rebasa el acto de parir: aludía a la crianza.

"Una mujer débil o de mala salud no debe criar", y para elegir una nodriza debe buscarla de 24 a 30 años de edad, que goce de completa salud, que tenga la tez fresca y buena dentadura, los pechos voluminosos y el pezón bien formado. Las nodrizas morenas son más convenientes que las rubias para los niños de las ciudades.

La leche de la nodriza debe ser inodora, de un color azulado, derramada sobre una superficie lisa, se conservará en gotitas cuando se le incline, y cuanto más tiempo tenga, más ganará en espesor y blancura.

A falta de nodriza, la lactancia por medio de una cabra o de una burra puede preferirse a la del biberón o cualquier otro instrumento para beber la leche. La leche de burra es más conveniente, pero la de cabra se presta mejor, y se acostumbra a colocarse por sí misma sobre la cuna de su cría... 2

A través del siglo, la mujer, como parte fundamental de la familia y la sociedad, fue evolucionando en cuanto a su papel de madre, en la sociedad, en el trabajo y hasta en la política misma del país.

El concepto de "mujer" en esa época lo definían como "el complemento glorioso de la naturaleza humana": ¿fue hecha para el hombre? Lo fue, como el hombre para ella, con títulos, derechos y deberes especiales aunque sea hueso de sus huesos, y carne de su carne.

En cuanto al destino de la mujer se decía: "Es indispensable que la autoridad del hombre continúe tanto como la inferioridad de la mujer, la cual debe ser eterna como la naturaleza".

La mujer es desde luego, un ser físicamente más débil que el hombre; su organización física, su temperamento húmedo y su aspecto exterior convienen de esta verdad.

Su vida es más corta que la del hombre, se ve estrecha y cercenada por una larga infancia, una prematura decrepitud, una multitud de enfermedades que eran desconocidas; por los períodos del embarazo, del parto y la lactancia que consumen las dos terceras partes del más florido y vigoroso tiempo de su existencia, así como por todos los hábitos y privaciones que estas situaciones originan.

El cuerpo de la mujer es un tejido de nervios según la sensibilidad que tiene: sus sentidos muy finos; los olores tienen gran poder sobre ella; los perfumes suaves la embriagan; los olores fétidos la calman y la dominan.

Su gusto es muy delicado, a los ojos deben las mujeres la mayor parte de sus conocimientos y de sus placeres, el gusto de ver y mirar es preferible al de tocar y oír; ver demanda menos atención y poco raciocinio, la vista es el sentido de la pereza, y expuesto a pocos errores. 3

Las costumbres de la mujer en esa época giraban alrededor de la moral, situación preocupante en todas las clases regidas por lo que llaman "decencia".

Varios aspectos como la timidez, la reserva, la modestia y el pudor; formaban el carácter moral de una mujer. La religión y la virtud de esa decencia, eran parte fundamental de su posición social, sin embargo no lo era todo, ya que debía adornar su entendimiento con algunos conocimientos que le fueran útiles.

La mujer debía entonces ser protegida por la ley y se incrementaban los cuidados de las madres a sus hijas.

Para entonces, en 1851 se lanza el "Proyecto de decreto y reglamento sobre la prostitución", posteriormente se funda "un asilo para las mujeres arrepentidas" de las actividades en que aprovechaban su innata belleza para obtener un ingreso.

Con el paso del siglo aparece una aparente crisis de valores; el amor en esa época está sometido a la influencia de principios más racionales, más ilustrados, siendo la base el matrimonio y la religión.

La religión cristiana es la que rige en esta época la participación femenina en los rituales religiosos y en las posiciones políticas eclesiásticas.

Con el matrimonio se incrementa el rol doméstico de la mujer. En las labores domésticas el tiempo empleado era largo; éstas incluían además de la cocina, la costura, la limpieza y la manufactura de una serie de productos de tocador y de higiene.

El ideal de la mujer ociosa daba paso al de la mujer ocupada en las labores domésticas. Sin embargo, es claro que dicha exclusividad al hogar sólo podían ejercerla las mujeres de clase acomodada. La mayoría de aquéllas que nutrían los sectores populares realizaban labores como empleadas domésticas, vendedoras de todo tipo de productos en las calles, así como infinidad de oficios o empleos ocasionales como vendedoras de billetes de lotería. Algunas mujeres además de sus labores del hogar para ocupar provechosamente sus horas de ocio, deberían leer libros y escuchar música. 5

La educación se considera a lo largo del siglo XIX como la llave mágica que habrá de dar un sitio a la mujer en el nuevo país. La educación pretendía preparar adecuadamente a las madres que el país requería, pero también para evitar las situaciones de precariedad en las que se veían envueltas las mujeres.

La participación de la mujer mexicana de 1876 hacia 1935 comienza a tomar un papel social cada vez más importante. Durante el Porfiriato y la Revolución, hay mejor educación, oportunidades de trabajo y mayor participación política.

La realización laboral más importante de las mujeres durante esta época fue un ingreso mayoritario al trabajo remunerado en las fábricas, talleres, industrias y oficinas, con las mismas jornadas de trabajo que las de los hombres, pero con salarios menores. Esta situación de desventaja las llevó a organizarse y a luchar.

La prensa obrera de la época fue portavoz de una de sus demandas, sin embargo continuaba difundiendo el modelo añejo de la mujer de hogar, y la maternidad como su función primordial, destacando las virtudes innatas de abnegación y sumisión, aceptando que la mujer trabajara sólo por necesidad económica; se insistía en que su responsabilidad seguía en las tareas domésticas del hogar única y exclusivamente.

A pesar de que surgen varios textos, uno de ellos "El decálogo de la mujer casada", para llegar a la felicidad se recalca la sumisión, la fidelidad y la honestidad.

Algunas ideas sobre la poca inteligencia de las mujeres aún eran vigentes, como fue en el libro que hablaba sobre ello, "Mujeres dementes": "creemos que si los médicos estudiaran las causas que influyen en el crecimiento de la demencia, en las mujeres, harían tristes y curiosas revelaciones". 3

La maternidad es para entonces la base de la mujer mexicana, por lo que la Secretaría de Educación Pública patrocina la iniciativa del "Día de las Madres".

Sin embargo, no todas las mujeres tenían la base de su existencia en torno al matrimonio ni la maternidad como un fin; otras actividades ocupaban a la mujer.

Problemas como la prostitución se fueron incrementando. Surgen entonces reglamentos de sanidad más organizados, se hacían cumplir por personal capacitado que examinaba semana a semana a las mujeres y detectaba alguna enfermedad transmisible. La ley de sanidad clasificaba a las mujeres como: bonitas, de regular figura, feas y de 15 a menos de 50 años de edad. Por otro lado, hacían una diferenciación como sigue: educadas, de regular educación y sin educación. Para entonces se registra un incremento en el número de abortos; en 1898, sobre una población de 473,820 habitantes en el Distrito Federal, el número de casos ascendió a 1,644.

Así como se incrementaba la prostitución, también el abuso contra las mujeres por parte del sexo masculino era más que una práctica común; el gobierno del Estado toma parte más activa en la defensa de éstas, condenando la violación e implementando la ley sobre estas acciones.

La sociedad y el gobierno se preocuparon más en la participación de la mujer, sobre todo por la educación, no sólo en aquellas ramas que entran en el dominio de la instrucción primaria y en el programa de la enseñanza secundaria sino en la introducción a las bellas artes, las ciencias, y aún en ciertos oficios que, aunque humildes, son una fuente de honroso trabajo y de modesta subsistencia.

Es en esa época cuando se abren nuevas escuelas como la Escuela para Mujeres Obreras (1888), la Escuela de Artes y Oficios para Mujeres, las Escuelas Vocacionales femeninas y la Escuela teórico-práctica de Obstetricia para mujeres, inaugurada el 21 de Marzo de 1888; en el Decreto número 89 promulgado por el congreso del Estado de Toluca en Marzo de 1896, se estipula lo siguiente:

Art. 1º Se establece una escuela teórico-práctica de obstetricia, en la casa de Maternidad y Hospital de Infancia "Concepción Cardoso de Villada".

Art. 2º. En dicha escuela podrán inscribirse todas las alumnas que deseen, siempre que llenen las condiciones siguientes:

- I. Ser mayor de veinte años
- II. Certificar su instrucción primaria
- III. Certificar su buena conducta

Art. 3º Se suprimen las cinco plazas de afanadoras en Hospital, que serán ocupadas por igual número de alumnas de gracia, las que tendrán a su cargo las atenciones económicas del establecimiento bajo la dirección de la *Partera en Jefe* así como la obligación de asistir a las clases teórico-prácticas de Obstetricia.

Art. 4º Las alumnas de gracia se elegirán en los distritos del estado, en la forma que disponga el ejecutivo.

Art. 5º La instrucción se hará en dos años, sujetándose al programa vigente en la Escuela de Medicina de México.

Art. 6º Las alumnas de gracia, una vez terminada su carrera tendrán la obligación de ejercer en su distrito, salvando el caso de impedimento plenamente justificado.

Art. 7º Se encargarán de la Escuela teórico-práctica de Obstetricia, los médicos del establecimiento.

Art. 8º Se autoriza al Ejecutivo para reglamentar los exámenes de la escuela y extender los títulos profesionales respectivos, así como para modificar el presente decreto conforme lo aconseje la práctica, y expedir los reglamentos y plan de estudios que fueren necesarios.

Lo tendrá entendido el gobierno del Estado haciéndolo imprimir, publicar, circular y ejecutar...

La educación elemental se hace obligatoria hacia 1908. La incorporación misma de la mujer como participante en la educación se observa hacia 1921 en las maestras de la Secretaría de Educación Pública, "la Universidad no se sentiría satisfecha de sus gestiones mientras no se vea que se constituyen agrupaciones de señoritas dedicadas a la enseñanza voluntaria y gratuita".

Después del relego social de la mujer, ésta poco a poco fue participando en forma progresiva no sólo en el ámbito social y cultural sino en el político, tal como lo describe Rafael Martínez en su texto "Las mujeres en la Revolución" sobre la participación de las soldaderas, siendo la violencia de guerra la que rompe los esquemas que habían imperado como norma social. 2,3,4,7

### III. ALGUNAS CREENCIAS DE LA ÉPOCA

La lucha en la transformación del país incluyó ideas en el control de la natalidad, difundiendo en esa época un folleto escrito por la señora Margarita Sanger, doctora especialista en la materia de higiene sexual, intitulado "La regulación de la natalidad o la brújula del hogar", en el cual se sostenía que no debería nacer ningún niño que no se necesitase, y que el nacimiento de un nuevo ser debe tener lugar como resultado de una selección inteligente y amorosa, nunca como resultado ocasional de la pasión.

Hay muchos medios mecánicos para evitar la concepción, cualquier mujer podrá evitar el embarazo o dejar que ocurra si así lo desea. Si una mujer es demasiado indolente para cuidarse a sí misma, y si el hombre es demasiado egoísta para pensar en las consecuencias de su unión, entonces si que será imposible la concepción.

Puede parecer algo molesto tener la preocupación constante de la fecha menstrual, parece poco artístico y algo sórdido el introducirse un pesario o un supositorio, pero es más sórdido y menos artístico que una mujer pobre se encuentre, al cabo de unos años, hecha una sombra de lo que fue y con media docena de muchachos hambrientos, faltos de ropa, agarrados a sus enaguas.

No hay que ser sentimental en esta fase tan importante de la higiene; las mujeres de clase trabajadora deben a lo sumo tener dos hijos. "Solamente los matrimonios que carecen de los conocimientos necesarios para evitar la concepción, llenan el mundo de niños enfermizos y desgraciados, que más tarde poblarán las cárceles, los asilos locos y las fábricas, o caerán en las tumbas prematuras".

Toda mujer que quiera evitar la concepción, debe seguir los siguientes consejos:

- No espere usted a ver si menstrúa o no; haga un deber suyo menstruar.
- Si usted debe "enfermar" el ocho de agosto -por ejemplo-, no espere dicho día, empiece a prepararse desde el día cuatro, tome un buen laxante para mover el intestino y continúe de la misma manera hasta el día ocho. 6

- Si ha habido contacto con el hombre, tome durante esas mismas noches de diez a veinte centigramos de clorhidrato o sulfato de quinina en una bebida alcohólica, porque la cápsula endurece y evita se disuelva la quinina, retardando su acción. Tomando las precauciones indicadas evitará que el óvulo se implante en la cavidad del útero."

Las mujeres inteligentes que se rehúsan a tener hijos hasta que están en buenas condiciones para ello, llevan cuenta exacta de sus reglas. Debe tenerse un calendario en que se marca la fecha de la pasada y la fecha en que debe ocurrir la siguiente.

Toda mujer debe conocer su propio organismo y saber si sus períodos vienen regularmente, -cada veintiocho días como es lo normal- o antes o después de las fechas probables. Hay que marcar todo esto en el calendario privado y no confiarlo a la memoria o a la suposición. Solamente la ignorancia o la indiferencia pueden hacer que una persona sea descuidada en un asunto tan importante.

Las píldoras de Beechamps y las de Dehaut (aunque patentadas) son buenos laxantes; dos de estas píldoras tomadas en la noche o en la mañana, desde cuatro días antes de la regla, limpian muy bien los intestinos y ayudan al flujo menstrual. El aceite de ricino es también un buen laxante.

Si la mujer se atiende antes de que llegue su período menstrual, nunca tendrá molestias, pero si espera ver que resulta, es posible que tenga serias dificultades.

Si a pesar de las precauciones indicadas pasan ocho días sin que el flujo se presente, debe presumirse que la concepción ha tenido lugar.

Cualquier intento de intervenir en el desarrollo del huevo ya fecundado, tiende a provocar el aborto, el cual es peligroso y criminal en la mayoría de los casos. No cabe duda que hay casos en que el aborto está justificado, pero la mujer no debe nunca intentarlo por sí misma, pues le va en ello la vida. Basta con que sepa evitar la concepción, y así el aborto nunca será necesario. Generalmente se cree que la concepción puede no tener lugar en ciertos días del mes, por ejemplo, durante los diez días después del período menstrual y cinco antes del período.

No hay que fiarse de esta creencia, pues está demostrado que la mujer puede concebir en cualquier día del mes.

Se cree también que la lactancia evita la vuelta del flujo y, por consiguiente, el embarazo. Lo primero es cierto en muchas ocasiones; lo segundo no, pues muchas mujeres se embarazan criando. No hay que descuidarse y usar algún preventivo aunque no haya menstruación.

También se cree que la mujer puede evitar el embarazo colocándose sobre su costado izquierdo; esta es una creencia sin fundamento de alguna clase.

Probablemente, el preventivo más común, es la interrupción del acto sexual antes de su terminación. Nadie puede dudar que este método es perfectamente seguro y no es peligroso para el hombre, pero requiere de una fuerza de voluntad superior que no todos tienen. La mayor objeción que se hace a este procedimiento es el mal efecto que causa en la condición nerviosa de la mujer, que puede quedar en un estado de excitación no satisfecha. El acto sexual completo, mutuo, satisfecho, es de gran utilidad a la salud, tanto en el hombre como en la mujer.

Cuando la relación sexual no es deseada por la mujer, no debe verificarse, pues constituiría un acto de prostitución degradante para la mujer, a pesar de cuantos certificados de matrimonio existan en la tierra. Hay que buscar pues, un procedimiento que no dañe a la mujer. 4,7,6

#### IV. CONCEPTOS PREDOMINANTES EN EL SIGLO XIX DE LOS SIGNOS DEL EMBARAZO INTRAUTERINO

##### I. Signos maternos del embarazo, llamados de presunción y probables:

**Amenorrea.-** La menstruación falta; pero la supresión del flujo catamenial puede ser motivada también por otras circunstancias.

**Digestión.-** Se trastorna; ascos, náuseas, vómitos, constipación (común), diarrea (rara), malasia, pica, bulimia. Generalmente disminuyen y desaparecen estos trastornos entre el tercero y cuarto mes.

**Inervación.-** Neuralgias dental, facial, lumbar, ciática, crural.

**Neurosis.-** Histeria, Eclampsia. Manía puerperal.

**Circulación.-** Hidrohemia y trastornos fisiológicos consiguientes. Validos, soñolencia, palpitaciones cardiacas. Accidentes mecánicos debidos a la compresión de los vasos; edema, várices, trombos.

**Respiración.-** Trastornos mecánicos progresivos.

**Secreción.-** Tialismo. Disminuye la cantidad de sales, de urea y demás principios inmediatos de la orina, y relativamente aumenta la del agua. La albumina aparece a veces en la orina. El pigmento mancha la piel de la cara, cuello, pecho, manos (pañó), colora la línea alba, el contorno del ombligo, las areolas de los pezones y los pezones mismos, y se deposita alrededor de los folículos vellosos de los pechos, donde forma lo que llaman "areola lenticular".

Los pechos crecen, su epidermis de hiende, y esto ocasiona picoteo, comezón; el tejido de Malpighi suele henderse allí como en la pared del vientre (cuarteaduras); la areola se espacia y sobresale; sobresalen también los tubérculos papilares; los pezones se yerguen y se ponen dolorosos; al comprimirlos brotan de los conductos galactóforos gotitas de serosidad opalina. Esgurrimento leucorreico que suele ser abundante.

**Piel del vientre.-** Da de sí en proporción de su elasticidad: cuando ésta es poca rómpese la red de Malpighi en la zona subumbilical y las roturas aparecen de color amoratado, después nacarado, en curvas concéntricas que se extienden de los flancos a las fosa ilíacas.

#### MODIFICACIONES QUE SUFRE EL CUERPO DEL ÚTERO

**Volumen.-** Aumento gradual.

3º arriba del estrecho superior

4º más arriba

5º más alto

El fondo se halla en el mes 6º en el ombligo poco más o menos

7º arriba del ombligo

8º entre el ombligo y el epigastrio

8º y 1/2 en el epigastrio

9º abajo del epigastrio

**Figura.-** Al principio piriforme, luego esferoide y después ovoide.

**Consistencia.-** Elástica.

**Dirección.-** De abajo arriba y de izquierda a derecha, con raras excepciones.

**Situación.-** Como ligeramente torcido sobre su eje longitudinal

**Resonancia.-** Falta en la extensión de la zona ocupada por el útero. 5

## MODIFICACIONES QUE SE ADVIERTEN EN EL CUELLO DEL ÚTERO

Volumen.- Crece. Hacia la última quincena del noveno mes disminuye hasta desaparecer.

Altura.- En los tres primeros meses baja, en seguida asciende hasta llegar a ser difícil tocarle.

Figura.- En las multíparas, cuello y cavidad son fusiformes. El hocico de tenca se entreabre al fin del embarazo y permite que entre un poco la extremidad del índice. El orificio cervical permanece cerrado hasta el momento mismo en que empieza el trabajo del parto. En la multíparas, la figura del cuello y de su cavidad es escifuliforme. El hocico de tenca se entreabre hacia el 5° y 6° mes, y va dilatándose gradualmente hasta el fin del embarazo.

Consistencia.- Va reblandeciéndose de abajo hacia arriba; el reblandecimiento es superficial en las nulíparas y total en las multíparas.

Dirección.- Primero de abajo arriba y seguidamente de atrás adelante y de izquierda a derecha.

## II. Signos fetales del embarazo, llamados Signos de certidumbre, perceptibles del 5° mes en adelante:

Colocada la mujer en posición toconómica, por medio de la palpación con ambas manos, se siente dentro de la matriz un contenido mixto, parte sólido y parte líquido. El sólido tiene desigualdades grandes y pequeñas, y contornos rodeados y angulosos.

Naturalmente, o por efecto reflejo, si el engendro vive, se sienten y hasta se ven sus movimientos, que son de tres clases: deslizamiento, choques y sobresaltos. Vivo o muerto el engendro es móvil, ya su movilidad es tanto mayor cuanto es menor su desarrollo o proporcionalmente abundante la cantidad de líquido amniótico.

En el hidroamnio es exageradísima y se puede traquear mucho más fácilmente. La verificación de los tráqueos clásicos, el abdominal y útero-vaginal, no es absolutamente indispensable. La parte líquida del contenido es fluctuante, y la sensación percibida se llama *quística*, del griego *χυστις*, vejiga.

Por medio de la *auscultación abdominal* se oyen la circulación fetal y la materna; la primera está caracterizada por un tic-tac, cuyo promedio por minuto monta a 136. Máximum, 160; minimum, 112. El timbre de estos latidos resuena más en el dorso del feto acurrucado y mucho más en el punto que corresponde a la región escapular izquierda.

A veces se oye un soplo isocrónico del tic-tac, lo cual indica que el paso de la sangre arterial por el cordón umbilical no es franco ni expedito en alguno de los puntos de su trayecto; o en otros términos, que el cordón umbilical está comprimido.

La circulación materna presenta los caracteres que le son propios, y de nada sirve para el diagnóstico del embarazo. Aún el soplo que con frecuencia se oye en alguno de los puntos de la zona ocupada por el útero grávido, impropriamente denominarlo "soplo uterino", "placentario", "útero-placentario", ninguna significación tiene en este caso por estar probado que su sitio anatómico es alguna o algunas de las arterias abdominales, y su causa, la compresión producida por el útero desenvuelto por la preñez ó por cualquier motivo patológico que acrezca su tamaño o el del alguno de sus anexos y contiguos. 5

### III. MANERAS DE CALCULAR LA EDAD DE LA PREÑEZ Y ÉPOCA DEL PARTO

*Puntos de partida.*- 1º. Desde el instante de la concepción. 2º. Desde que se suspenden las reglas. 3º. Desde el día en que la mujer siente por primera vez los movimientos del producto. 4º. Por la apreciación de las modificaciones que en los diferentes períodos de la preñez sufren el cuerpo y el cuello del útero.

*Manera de hacer el cómputo.-*

1º No existiendo ningún signo que marque la fecha precisa de la fecundación del óvulo, el primer modo de calcular sólo puede ser aceptable cuando no haya habido más de un coito: cuarenta semanas después, *poco más o menos*, se verificará el parto.

2º Desde la fecha de la última menstruación: cuéntanse nueve meses solares o diez lunares: el parto *probablemente* tendrá lugar entre los 270 y 280 días; lo cual equivale, y ésto es más sencillo, a agregar 7 días al cómputo de los nueve meses solares.

Ejemplo: la última menstruación de el 15 de Julio de 1884: el parto probablemente se verificará el 22 de Abril de 1885.

3º. Si se tomare como punto de partida el día que la mujer por primera vez sintió los movimientos del producto, se contarán adelante cuatro meses y medio más 7 días.

Ejemplo: fecha de la primera data, 30 de Enero; el parto probablemente se verificará el 22 de Junio. 4º.

Este cómputo se hace teniendo presente lo dicho respecto a las épocas en que generalmente han tenido lugar las modificaciones del cuerpo y del cuello del útero durante la gestación, y está tan sujeto a error como los anteriores.

#### IV. Precisiones sobre la figura, dimensiones y ejes del canal pélvico, y particularidades que presenta la pelvis de las mexicanas.

La pelvis forma la parte inferior del tronco y de la cavidad abdominal: casi está en la parte media del cuerpo; en las mujeres generalmente se halla situada a tres centímetros arriba de la mitad de la talla.

Para estudiarla se la divide en superficie interna y externa, en grande y pequeña pelvis.

La superficie interna de la pelvis tiene una estrechura irregularmente circular que la divide en dos partes: la superficie ensanchada en dos partes: la superior ensanchada, y la inferior reducida. Llámase a la primera *gran pelvis* y a la segunda *pequeña*.

La *gran pelvis* está ampliamente escotada adelante, y aunque también se halla así detrás, está dividida en dos por la columna vertebral, que con el sacro forma el promontorio o ángulo sacro-vertebral. A uno y otro lado de éste se ven las superficies triangulares que forman las alas del sacro, y más afuera los intervalos que corresponden a la unión de éste con los ilíacos.

La *pequeña pelvis*, llamada excavación pélvica, comprende toda la parte situada entre los dos estrechos, de los cuales el superior va arriba y adelante y el inferior abajo y atrás. La excavación pélvica, muy oblicuamente dirigida en este último sentido, tiene cuatro paredes: una anterior, transversalmente cóncava, dos laterales, planas, y una posterior, cóncava longitudinalmente.

Aunque en la pelvis europea la longitud ordinaria de esta pared oscila entre 30 y 40 milímetros, es un hecho casi general que en México mida más: 57, 63, 65 milímetros, ya hasta 7 y 8 centímetros. La pared posterior, constituida por la cara anterior del sacro y coxis, la más alta de la excavación, mira abajo, y está encorvada de delante hacia atrás. Tiene a los lados las sínfisis-ilíacas, y afuera de ellas el límite superior de las grandes escotaduras ciáticas.

El estrecho superior o abdominal, separa a la gran pelvis de la excavación; el promontorio hace que su contorno sobresalga atrás; a los lados es cóncavo y redondeado; arriba de los agujeros subpúbicos casi es rectilíneo y se dirige oblicuamente hacia la sínfisis púbica; arriba de la pubis es redondeado y casi transversal.

El estrecho inferior o perineal tiene tres porciones salientes y tres escotaduras profundas: el coxis y la parte inferior del sacro forman la saliente posterior, y la tuberosidades isquiáticas las otras dos.

El estrecho inferior está limitado atrás por el coxis y bordes internos de los ligamentos sacro-ciáticos; lateralmente por las tuberosidades isquiáticas, y adelante por las ramas isquio-púbicas y parte inferior de la sínfisis.

Bajo el punto de vista de la Tocomonía la pelvis debe ser considerada en su composición, forma y dimensiones.

Importa mucho también que esta parte del esqueleto sea estudiada con respecto a la inclinación de los planos de los estrechos superior e inferior y a la dirección del canal comprendido entre ambos.

De la determinación de estos dos puntos dedúcense varias advertencias importantes, de que pueden aprovecharse igualmente el partero y el cirujano en la práctica de algunas operaciones.

La pelvis desnuda en su conjunto ha sido comparada a una cavidad cónica, trunca, ligeramente comprimida de adelante atrás, cuya base está en la parte superior y adelante, y la trunca abajo y atrás.

Conviene saber el grado de inclinación de los planos de los estrechos en la pelvis mexicana.

El resultado del cálculo hasta hoy es como sigue, siendo de advertir que en la construcción de los triángulos relativos el maximum del error llegó sólo a 122 millonésimas de milímetro.

Valor del ángulo que el plano del estrecho superior forma el horizonte.....	61° 50' (promedio)
Valor del ángulo que el plano del estrecho inferior forma con el horizonte.....	18° 35' (promedio)
Ángulo de inclinación de la sínfisis púbica con respecto a la vertical.....	45° (promedio)

## SINOPSIS COMPARATIVA DE LAS MEDIDAS DE LA PELVIS DE LA MUJER

		MEXICO	ALEMANIA	FRANCIA		INGLATERRA	
		Centim.	Noegele (hijo) Centim.	Cazeaux Centim.	Cruveilhier Centim.	Sappey Centim.	Playfair Centim.
<b>GRAN PELVIS</b>							
Distancia entre las espinas ilíacas antero-superiores		22 a 23	23	24	22 a 25	0	25
Id. entre la parte más elevada de las crestas ilíacas.		23.5 a 24.5	26	27	24 a 27	28.2	26.5
<b>PEQUEÑA PELVIS</b>							
		Millim.	Millim.	Millim.	Millim.	Millim.	Millim.
Diámetros del estrecho superior	Antero-posterior	108	110 a 115	110 a 115	110	110	1008
	Oblicuo	120	120	120	125	120	1202
	Trasverso	130	135	135	135	130	1302
Diámetros del estrecho inferior	Antero-posterior	115	122 a 128	120 a 130	0	0	120
	Oblicuo	120	135	120	0	0	1302
	Trasverso	120	115	120	0	0	120
Diámetros del estrecho inferior	Antero-posterior	95	95	110	110	110	1205
	Oblicuo	100	123	110	110	110	1302
	Trasverso	100	100 a 110	110	110	110	1008
Pared anterior de la pelvis		55	40	40	45	35 a 40	0
Paredes laterales		85	95 a 100	90	95	90 a 100	0
Pared posterior (del promontorio al vértice del sacro)		110	120 a 135	110	0	0	0
Longitud de la curva sacra (del promontorio al vértice del coxis)		138	0	130	123	0	0
Distancia entre las espinas císticas		104	110	0	0	0	0

## SINOPSIS COMPARATIVA DE LOS DIÁMETROS CEFÁLICOS, DE LA LONGITUD Y PESO DEL FETO MADURO, VIVO Y NORMALMENTE CONSTITUIDO.

<b>DIÁMETROS</b> (Las medidas son en centímetros)	MEXICO	ALEMANIA	FRANCIA	INGLATERRA
		Noegele y Gersner	Cazeaux	Playfair
Occipito-mentoniano	13.1	13.0 a 13.5	13.5	13.0 a 13.5
Occipito frontal	11.5	11.5 a 12.0	11.5	11.5 a 12.5
Occipito bregmático	08.9	09.5 a 10.0	09.5	08.5
Ilioparietal	09.0	09.5	09.0 a 09.5	09.0 a 10.0
Biparietal Zigomático	07.7	06.1 a 06.7	08.0	08.5
Fronto-mentoniano	08.2	08.0	08.0	08.0
Longitud	47.6	51	50	50
Peso	2,776 grms.	3000 a 3500	3,000	3,000

V. Precisiones del tratamiento de las distocia hemorrágica por implantación anormal de la placenta, y de la distocia eclámpsica, histérica y epiléptica.

#### I. Distocia Hemorrágica

En vista de la gravedad que tiene la pérdida de sangre causada por inserción viciosa de la placenta, y del desacuerdo que reina aún sobre la manera de redimirla, resulta conveniente fijar las reglas a que ha de normarse la asistencia facultativa, poniendo desde luego a un lado las que dan loa automotores.

Porque la observación enseña que los medios hemostáticos generalmente recomendados para contraer las fibras lisas y los tejidos contráctiles, ni sirven, ni pueden servir en esas circunstancias.

*El único medio hemostático eficaz cuando hay inserción viciosa de la placenta, es el desembarazamiento uterino.*

Regla 1a. En caso de hemorragia durante los meses mayores del embarazo hágase el diagnóstico exacto del sitio donde esté situada la placenta.

Regla 2a. Si el partero logra asegurarse de que la hemorragia procede del despegamiento de la placenta previa, aún cuando en el acto de la visita la pérdida de sangre fuere leve, debe aplicar el tapón desocupando antes el recto y la vejiga.

Regla 3a. Si por la exploración encontrare que las membranas están rotas, no dilatado ni dilatado el cuello uterino, además de poner el tapón, aplicará un vendaje abdominal ajustado, para impedir que la hemorragia se trueque interna, y desde ese momento no se apartará de la paciente.

Regla 4a. Si la inserción de la placenta es marginal, están intactas las membranas, y el orificio dilatado o muy dilatado naturalmente, o por efecto del tapón, debe romperse la fuente y observar el efecto hemostático de este medio, para dejar subordinado el trabajo a los esfuerzos de la naturaleza o ejecutar el parto manual, según que la hemorragia se contuviere o continuare.

Regla 5a. Cuando el producto esté muerto, después de romper las membranas se despegará y extraerá la placenta (con cuyo arbitrio se contiene a veces la hemorragia), y confiará el parto a la naturaleza, o lo ejecutará si la pérdida continúa.

Regla 6a. Cuando en las circunstancias de la regla 5a. viva el feto, sea marginal o central la inserción placentaria, inmediatamente después de despegarla y sacarla se practicará la operación que estuviere indicada: fórceps, versión, parto manual; teniendo presente que de su destreza y sangre fría pende la salvación de la vida de la madre y del producto. 5

## II. Distocia Eclámpsica

La epilepsia aguda de las embarazadas, de las parturientas y de las puérperas, es enfermedad tan peligrosa y de marcha tan rápida, que por ello demanda del partero la asistencia más afanosa e inteligente: debe prevenirla cuando amenace, y combatirla cuando estalle.

Naturaleza.- Depende esencialmente de modificaciones particulares producidas por el embarazo en la composición de la sangre (intoxicación urémica) y el sistema nervioso.

Causas ocasionales.- Albuminuria puerperal, plétora general, nuliparidad, dilatación del útero por hidroanmios o preñez gemelar; suma actividad del útero al principio del trabajo, traumatismo de los nervios del cuello y de la excavación pélvica por tracción o compresión, contracciones irregulares; indigestión, plenitud de la vejiga y del recto, penas morales, etc.

Prodromos.- Los más notables son: cefalgia, dolor epigástrico, grande agitación interior, súbito cambio de carácter, indiferencia por cuanto las rodea, feroz fobia, ambliopía y hasta amaurosis, y ligeras convulsiones de los músculos de la cara.

Advertencia importante.- El útero puede contraerse tan enérgicamente en cualquiera de los paroxismos reflejos, que de ello resulte la expulsión del producto vivo, real o aparentemente muerto.

Por lo mismo el partero debe estar atento para socorrerle en el primero y último caso. La eclampsia, grave como es para la madre, lo es más aún para el feto.

Puede acaecer también que el útero se rompa.

Pronóstico.- Siempre es muy grave; pero es más todavía cuando existen serios obstáculos para la expulsión del feto, cuando su extracción demanda operaciones toconómicas largas y penosas, y cuando los paroxismos se suceden sin interrupción.

Profilaxia.- Si la embarazada está edematosa, haya o no albuminuria procúrese mejorar la composición de la sangre por medio de los tónicos y analépticos muy albuminosos.

Se excitará la diuresis y la transpiración cutánea por medios a propósito (diuréticos, sudoríficos, baños, frotaciones, ejercicio) y se cuidará el intestino por medio de labativas laxantes.

Tratamiento curativo.- Apenas se insinúe el acceso eclámpico, se vaciará el estómago, el recto y la vejiga, y se inyectará bajo la piel éter sulfúrico o cloroformo.

*Este medio usado con largueza es el único que puede disminuir la excitabilidad refleja exagerada, modificar la intensidad de los accesos, y hasta retirarlos.*

Eclampsia en los últimos meses.- Provocación inmediata del parto, reblandeciendo y dilatando el cuello uterino por inyecciones de agua tibia con cualquier jeringa de corriente continúa (procedimiento nacional).

Si el caso surge y la dilatación no estuviere completa, *desbrídese* el orificio.

Eclampsia durante el parto.- Tan luego como el orificio sea dilatado o esté dilatado, desocúpase la matriz practicando la operación que estuviere indicada.

Eclampsia después del parto.- Si no cediere, se recurrirá a los derivados cutáneos (vejigatorios con la pomada de Gondret en los lagartillos y pantorrillas), y a los intestinales (purgantes y enemas drásticos).

### III. Distocia Histérica

Las convulsiones histéricas que perturban la marcha regular del parto, deben comportarse por medio de los antiespasmódicos: éter sulfúrico, licor de Hoffman, valerianato de amoníaco, bromuro de alcanfor, etc., etc.

Cuando el mal no ceda, deberán hacerse inyecciones hipodérmicas de éter sulfúrico o cloroformo, y en casos necesarios se harán inhalaciones de uno u otro.

### IV. Distocia Epiléptica

La epilepsia propiamente dicha puede estallar durante el trabajo del parto. Lo único que debe hacerse es evitar que la parturiente se estropecé. En casos muy urgentes se terminará el parto. 5,6

**FALTA PAGINA**

No. **30**

## V. ALGUNOS ARTÍCULOS SOBRE OBSTETRICIA

Mucha de la información de la ciencia médica provenía de Europa, sin embargo, los médicos mexicanos del siglo XIX basaban el conocimiento en las experiencias propias; un ejemplo es el del Dr. Fernando Zárraga quien nos lo demuestra en su obra "Artículos de Obstetricia":

### 5.1 "Cuatro Palabras sobre Antisepsia Obstétrica"

El uso de antisépticos era del todo útil en la práctica obstétrica; en la casa de Maternidad no se observaban hechos de septicemia puerperal, bastaba el simple aseó", esta opinión era vertida por el admirable Dr. Juan María Rodríguez, persona enteramente dedicada al ramo de los partos. Con el fin de desvanecer estas ideas y conocer la clase de complicaciones puerperales en la casa de Maternidad y a fin de averiguar si la realidad correspondía a la impresión que los hechos dejaron en el ánimo del eminente profesor, se realizó una revisión entre los años de 1883 y 1888, publicado por la Secretaría de Gobernación. Durante un período de 5 años en los que hubo 1845 partos, se cuentan:

Peritonitis.....	11
Metritis.....	111
Metro-peritonitis.....	18
Septicemia.....	24
Gangrena vulva y vagina.....	8
Flemón fosa ilíaca.....	6
Flemón de filamento ancho.....	46
Abscesos e infarto de la glándula mamaria.....	4

TOTAL = 232 Casos

Los casos de infecciones puerperales determinaban que por cada 1000 partos, 125 presentaban complicaciones puerperales septicémicas. 6

## 5.2 "Un Caso de Infección Puerperal de Forma Rara"

"La Sra. N., me llamó un mes antes de su parto a fin de que le atendiera en él, aunque en 7 partos anteriores no había estado asistida por médico, hoy se encontraba temerosa sobre todo a causa de una hernia umbilical que había nacido después del último parto. La exploración de un feto único vivo, en presentación pélvica, la cual por maniobras externas lo convirtió en cefálico. Se le recomendó a la Sra. aseos de vulva en forma minuciosa con jabón de cianuro de mercurio. Así como a la partera se le indicó antes del inicio del parto aseos vaginales calientes con solución de bicloruro de mercurio, procurando barrer con el dedo las suciedades que existieran en la vagina. Al inicio del trabajo de parto no se encontraba la partera por lo que las indicaciones no se lograron realizar; a la expulsión del feto, una niña vino asfixiada explicándose por el enrollamiento del cordón. Durante tres cuartos hube de dedicarme a la atención de la niña. Como el parto había sido brusco y sin haberse terminado la dilatación, juzgué que existía una desgarradura del cuello. Se le realizó un aseco con solución de bicloruro al 1 por 2,000 y a 45 grados de temperatura.

Posteriormente fui llamado pues la enferma se había puesto mal, pensé que sufría de hemorragia. Volver a lavar aquella matriz me pareció inútil porque dos horas antes lo había sido con profusión, así que, me concrete a prescribir sulfato de quinina dando 0.50 centígramos cada seis horas....

Posteriormente la paciente presentó dolor a nivel supraclavicular derecha, la enferma continuó tomando quinina con aceite de ricino 40 gramos.... En tanto que la madre presentaba estos fenómenos curiosos, la niña tenía desde el día siguiente, reacción elevada, los bordes de los párpados llenos de vesículas supuradas y así estaban también en lengua, paladar y faringe, siendo imposible para ella la succión.

Estos fenómenos, así como la persistencia del agujero de Botal, hicieron que la niña muriera al cuarto día de nacida.

Hubo sin duda una infección, pero no una infección vulgar, sino una rara que se produjo en la madre, sin duda por la desgarradura del cuello, y en la niña al pasar por la vagina de la madre”.

### 5.3 “Rotura Prematura de la Bolsa de las Aguas”

“No todas las innovaciones son buenas, no todas producen un avance en el arte de los individuos para atribuirse algo original; otras vienen de errores de observación, pero en nuestro arte las más son originadas por una mala generalización.

Para inducir, la mayor parte de las veces no tenemos otro medio que la observación, y por tanto el método inductivo aplicable es el de la concordancia, y sabido es cuán grande debe ser el número de observaciones para poder incluir en un sentido o en el puesto.

El profesor Pinnard en su estudio de las prácticas obstétricas trata de implantar como regla, la conductas la rotura prematura de la bolsa de las aguas. Exige, para encontrar indicada esta pequeña operación, que haya un retardo en la dilatación, existiendo, sin embargo, dolores persistentes; dado que ni una presentación viciosa, ni una estrechez pélvica, ni alguna otra causa explica el retardo en el trabajo de parto.

Pinnard sostiene que la rotura se debe practicar aún cuando el cuello no tenga más que una dilatación de tres, dos, o un centímetro de diámetro.

Para él, favorece la marcha rápida del parto, sería salvaguarda del producto, dado que impediría la disociación de la placenta así como su despegamiento, fenómenos que producen la muerte del feto.

Estas ideas son opuestas a las aceptadas por los parteros de nota y paso a mostrarlos.

El Sr. Rodríguez, la voz más autorizada en este ámbito predicaba día con día el respeto a la bolsa como la garantía más segura de la vida del feto, previene a parteros y parteras que se cuiden bien de no romper esta bolsa prematuramente si no quieren verse expuestos a chascos de importancia.

Los numerosos alumnos que han pasado por sus cursos y que hoy son en la mayoría los médicos de la República, han escuchado esta sana doctrina."

El tratado de partos de Cazeaux anotado de Tarnier, dice:

"Las membranas se desgarran algunas veces al comenzar el trabajo, lo que lo vuelve, en general, un poco más largo y difícil: se vuelve también más peligroso para el niño, sobre todo cuando en el momento de la rotura se ha escapado mucha agua.

Hubert en su tratado de partos nos manifiesta así su opinión:

"Se aconsejan generalmente tener entonces a la mujer acostada, para conservar en la matriz la mayor cantidad de líquido posible y prevenir así el "parto en seco", siempre más penoso para la madre y sobre todo más peligroso para el niño."

Considero que no sólo no se consigue el objeto deseado: "aceleración del parto"; no sólo existe el peligro: "desplegamiento placentario" sino que la práctica es realmente peligrosa. 6

#### **5.4 "Hemorragias Post Partum en que no están indicados el Cuernecillo de Centeno, sus derivados y sucedáneos"**

Es una práctica constante el uso del cuernecillo de centeno y sus derivados en el tratamiento de las hemorragias post partum. En la mayor parte de los casos se consideraba que este tratamiento tenía éxito, pero no en todos los casos resultaba.

Las hemorragias post partum se clasifican en dos:

1. Hemorragias que tienen su fuente abajo del anillo de Bandt.
2. Hemorragias que tienen su fuente arriba de este anillo.

¿Cómo obra el cuernecillo de centeno para cohibir una hemorragia?

Podemos asegurar que esta acción tiene lugar provocando la contracción de la matriz. Los vasos que surcan la pared del órgano antes de que se desembarace, tienen a veces un calibre muy grande, hasta el grueso del dedo meñique pero como la matriz está enormemente distendida, como es elástica y vuelve bien sobre sí: como los vasos al atravesar la capa media muscular quedan enteramente rodeados por sus fibras, la retracción: he ahí el gran medio que pone la naturaleza para que no haya pérdida sanguínea...

Cuando por alguna cosa la matriz pierde, aunque sea temporalmente, su elasticidad y cuando la contractibilidad no viene a suplirla, se determina una hemorragia y entonces la aplicación del cuernecillo que provoca una contracción tetánica de la matriz; un modo constante y eficaz para cerrar las bocas de los vasos, que estaban dejando salir sangre, pero cuando la hemorragia es en otros sitios, en el cuello de la vagina o bien en la vulva, se considera que el tratamiento no es eficaz.

Cuando la matriz está agotada, cuando su energía muscular es insignificante, sobreviene una hemorragia; después de la salida del huevo; el médico que no ha meditado esta situación recurre al cuernecillo, pone una inyección de un gramo de ergotina de Lyon, ve que continúa la hemorragia, pone otro y la situación no mejora, pone un tercero y empieza a notar que la mujer expulsa grandes coágulos y a medida que se hace sentir el efecto del cuernecillo, se agrava de momento en momento, produce sangre líquida o coagulada que ponen en gran peligro la vida de la madre." 6

## VI. LA PARTERA

"...Cada siglo nos trae un descubrimiento; y a propósito, hubo uno en que se descubrió que para parir era necesario una partera; de consiguiente, la partera es hija de esa civilización progresiva que no conocieron ni el pobrete de Adán ni la reverenda madre Eva: dichosos ellos que no conocieron a la partera, a ese apéndice de la facultad médico-quirúrgica, porque realmente la partera en el cuerpo médico viene a ser lo que en el cuerpo humano un lobanillo, como vulgarmente, o una berruga, sin embargo, como esa berruga es parte integrante de aquel cuerpo sin ahna, toma la parte que le corresponde en el ejercicio de sus funciones".

"La partera tiene analogía con una vista de aduana, que por el sueldo ordinario sólo permite la salida de efectos de legítimo comercio y por un tanto más, los deja salir de contrabando. Tiene analogías con el minero, la sola diferencia está en que el uno extrae metales y la partera muchachitos".

Cuando era reciente el descubrimiento de la partera, el ejercicio se consiguó de cuarenta para arriba.

Si averiguamos el cómo y por qué comienzan las parteras su extraña profesión, vendremos a encontrar que la obstetricia es un recurso de la viudez en las mujeres, de menos de mediana esfera, que después de veinte años de casadas, no logran tener un chico, o que de tenerlos se les murieron.

Por otra parte, el sexo femenino cuando está cercano a jubilarse, toma un afecto extraordinario a la medicina, y por lo regular la matrona, que con más andacia decide y diagnóstica sobre las *aventaciones del bazo y las irritaciones del hígado*, esa es la más propia o la que está próxima a ser partera: la dificultad está en que asista a seis u ocho parturientas, y ya la tenemos en carrera...

- ¿Estás mala?

- Sí.....

- ¿Es cosa de llamar a un médico?

- ¡No!....Yo creo..... como ya salté de cuenta....La partera, ¡pero que sea pronto!
  - Mis chanelos, mi capote, mi sombrero. ¡Natividad! ¡Tiburcio! pongan aquí en la cabecera a San Inocencio.....¡Llamen a Concepción!
  - ¡Ay!.....¡ las aguas!
  - Sí, el tiempo de aguas es pésimo, pero aunque llueva a cántaros voy.
- Y en efecto salté, corrí, llegué a la casa de Doña Secundina, toqué la puerta, no me respondieron, di tres golpes con mi paraguas, que se hizo añicos; no me respondieron: tomé un guijarro....Tuu....Tuu...., y....gracias a Dios!
- ¿Quién es usted?.....allá van
  - ¡Pronto, Doña Secundina!
  - Está durmiendo; como lleva cinco desveladas
  - Uf.....! ¡como paren en esta tierra!.....Pues despiértela usted, porque el caso es.....
  - ¿Traen coche?
  - Qué coche!!!!... pero la llevaré cargada.- Ande usted con mil santos!...

“Las parteras se hacen esperar como unos ministros de hacienda”

Eso quiere decir que aunque la misión de la partera es altamente humanitaria, es una misión que no puede llenarse sino con las comodidades posibles.

A mediados del siglo XIX, cuando una mujer se creía de parto, la primer providencia de su familia era llamar a la partera vulgar y a sus ayudantes o *tenedoras*.

Éstas, a más de arreglar en la alcoba de la enferma sus ropas, cama, santos ahogados para el parto, velas benditas, medallas y escapularios; preparaban la famosa *silla para el parto*.

Era ésta un fuerte sillón de brazos con el asiento perforado y todo forrado con badana o cuero acolchonado, mueble por lo común de la propiedad de la partera y que llevaba de casa en casa para aquel lance.

Yo alcancé a conocer y ver usar uno, en mis mocedades, en la ciudad de Pátzcuaro, todo manchado con sangre y bastante sucio.

Apenas los dolores arreciaban, colocaba la partera sobre el epigastrio de la paciente el ya descrito *muñeco* y cubría la cabeza de la misma con una mascada de seda negra, arreglándosela en forma de *toca mongil*.

En tanto que los dolores de dilatación no se acentuaban, la paciente estaba de pie acostada o paseando por su recámara. Así que estos aumentaban de intensidad, la sentaban en la *silla o banco de parir*, colocándose la partera sentada y enfrente de la paciente y las *tenedoras* a los lados. En tal actitud se verificaba el parto y la expulsión de la placenta.

Al recién nacido lo bañaban con agua un poco caliente, le curaban el ombligo, le fajaban las manos para que no se espantara y se hiciese *manilargo*, y le ponían en la boca un *chupón* mojado con agua azucarada; esto continuaba haciéndose hasta que aflúa la leche a la madre.

La alimentación de ésta los primeros 4 ó 5 días después del parto, era: atole blanco, champurrado o almendrado, después gallina cocida, pan frío y tortillas tostadas. No podía beber agua natural sino hervida o de cocimiento de grama (*Triticum répens*).

Después de 12 días del parto comenzaba la parida a bañarse en agua muy caliente y a la que previamente se le había agregado hojas de naranjo, lechuga y bastante aguardiente refino. El miedo a un *aire (enfriamiento)* dominaba en toda la cuarentena pues éste traería el *retroceso de leche* (flegmasia alba dolens). No había ningún aseó vulvar ni vaginal y sólo de vez en cuando, se le cambiaban lienzos genitales; todo ello por miedo de un aire.

Si la leche era excesiva, se les sacaba con botellas calientes o los consabidos perritos. Las mujeres se levantaban rosagantes y llenas de vida con ese método.

"Superstición hoy común en México e importada del Oriente (Egipto y Palestina) es el uso de la llamada *Rosa de Jericó*. Esta planta la venden los mercaderes turcos, es la *Anasatica hierochundia* de Lineo (Arabideas-Crucíferas) que la exportan seca. Cuando comienza el parto la colocan dentro de la vasija con agua y dicen: que a proporción que ella vaya abriendo sus ramas, así también los órganos sexuales de la mujer se irán ampliando y cuando aquella esté en completa expansión, se verificará el parto".

En la obra del Dr. Engelmann se encuentran las subsecuentes noticias relativas a las costumbres populares obstetriciales de México, casi al terminar el siglo XIX.

"La postura *arrodillada* y parcialmente *suspendida* se ve entre los indios y la clase baja del pueblo mexicano, en los alrededores de San Luis Potosí...El parto se verifica de este modo: un poste de 5 a 6 metros de largo por 15 cm de diámetro, se coloca apoyado por una de sus extremidades al muro de la habitación o en las extremidades del lecho, en tanto que la otra descansa en el pavimento, formando él un ángulo de 45 grados. En él se fija una cuerda terminada por un nudo.

La paciente se arrodilla sobre un lecho especial formado por una zafra de horrogo cubierta con una sábana de manta. En la cabeza del lecho se coloca una almohada, sobre la cual coloca su cabeza la parturienta cuando se acuesta después del parto. Este se efectúa de rodillas, afianzándose ella de un lazo amarrado al mencionado poste.

Dos ayudantes se encargan de las maniobras. La partera, la más vieja de entre ellas y la más experimentada, se arrodilla delante de la paciente, su papel se limita a manipular sobre el útero, oprimiéndolo, friccionándolo y de cuando en cuando introduciendo su mano a la vulva y preparando al cóxis.

La tenedora más joven, enucleada y colocada hacia atrás oprime con sus rodillas los cuadriles de la paciente, cruza sus manos sobre el estómago de la misma y ejerce así una fuerte presión en tanto que su compañera práctica el masaje...".

El Dr. Titon relata un caso de intento de alumbramiento artificial ejecutado por una partera mexicana, el cual representa uno de los métodos más brutales conocidos...

"Solicitado por los dudosos se le informó que se había suministrado a la enferma un medio litro de habas crudas, pensando, probablemente, que ellas se hincharían en el intestino y ejercerían así una presión intra-abdominal sobre el útero y determinarían la expulsión de la placenta. Habiendo fallado este expediente, se había tratado de *sofocarla* para provocar la descarga.

Finalmente, se la había colocado sobre las rodillas de su marido, el cual abrazándole el talle le comprímía fuertemente el abdomen; (los mexicanos ligan el cordón umbilical a 7 cm de su inserción fetal)".

En la práctica vulgar corre como infalible el subsecuente procedimiento el *sexo del feto*:

"*Datos.*-Para averiguarlo ténganse presentes los siguientes: 1) El número misterioso que es el 49. 2) Mes en el cual se verificó la última menstruación. 3) Número de años de edad cumplida de la embarazada, despreciando las fracciones de meses y días. 4) Número de orden natural de los meses. Este se usará como sustraendo, después de la suma de la edad cumplida.

*Procedimiento.*-a) Se suma el número de orden del mes de la última menstruación con el misterioso 49. b) Al resultado de esta suma se resta la cifra de la edad cumplida. c) A la cifra resultante de la anterior operación, se resta el número de orden de los meses, partiendo del primero; y eso se sigue haciendo con los subsecuentes, hasta que ya no quede manera de hacerlo. d) Si el resultado final es número impar el feto es varón; si es par será hembra".

Después de no poca investigación se ha podido saber que el anterior procedimiento es de origen chino, y que se usaba en México desde fines del siglo XVIII.

En el "Compendio de Medicina" del Dr. Venegas (México 1788), se encuentran noticias de las creencias vulgares ligadas con las funciones generatrices, ciertos remedios populares que él no desdeña prohibir:

"Los malos parlos (abortos) aprovechan a las cloróticas, y a las que padecen supresión de meses".

Para contenerlo; "en el caldo se echaran unas gotas de la tintura de grana...por agua del tiempo cocimiento de llave (cuerno) de venado quemada".

"Las señales que hacen sospechar el haber concebido varón son las siguientes: color del rostro manchado y apagado, movimientos del feto, cuando más tarde, pasados los tres primeros meses; sumo aborrecimiento al congreso; y calor grande que suele sentirse en el lado del vaso.

Presume estar encinta de mujer por la suavidad de los efectos del preñado, por las pocas manchas de la cara y porque los meteorismos del vientre no cesan hasta los cuatro meses".

"Si la creatura se hubiese muerto en el vientre: se harán algunas labativas; se aplicarán al vientre gallinas abiertas por el espinazo, y un sudadero de bestia a las caderas, coeido antes en orines; se hará pasar beber a la enferma en infusión de...el estiércol de caballo desecho en vino..." 10

#### 6.1 Auxilios para hacer venir la leche de las mujeres

En el siglo XIX se usaba con frecuencia la horchata de las nueces grandes, hecha en cocimiento de las semillas de hinojo y de cardo santo.

También: las poleadas de garbanzos tostados, mezclándoles en el cocimiento un poquito de manteca; o las de harina de cebada, hechas en leche.

"Para desterrar la leche han de acortarse los alimentos, ceñirse los pechos y excusarse las succiones (menos en el caso de estar muy cargados, pues entonces han de vaciarse de una vez). También se practicarán los siguientes:

Toma cuatro naranjas agrias entre verdes y maduras, hechas en menudos pedazos, de aceite común un cuartillo; cuézanse hasta que se constuma la humedad; cuélese el aceite y úntese amenudo en los pechos.

También se aplicarán lienzos mojados en agua ardiente, o en agua primera de cal".

## 6.2 Curación de la supresión de los menstruos

(Menstrua Retenta-Falta de reglas en las mujeres). Se creía que los remedios que facilitan la sangre de las mujeres se dividen en suaves e irritantes. "Los primeros convienen en las sanguíneas, cálidas, secas, iracundas, histéricas, y en las que tienen recién suprimidos los meses. Los segundos son útiles a las frías, húmedas, pasmadas, caquéticas y obstruidas".

### *Remedios Fuertes que arrempujan las Reglas de las Mujeres:*

El tepachi de piña, el vino mezeal tibio, los cocimientos de cortezas de tarai con raíces de perejil y corazones de zanahoria; las gotas antihidrópicas; los termas sulfúreos; el ejercicio constante a caballo. Otros son: Vino de tunas o Malvasia de la América, Colomchá o Colorado, que promueve las purgaciones de la orina y reglas de las mujeres.

## 6.3 Partus (Parto).

"El parto es la exclusión del feto ya maduro por la vías que la naturaleza tiene destinadas. Estando bien adulto el feto, habiendo llegado a su último incremento, la matriz se irrita por el volumen animado que contiene: el diafragma, y los músculos abdominales, y fibras uterinas se contraen.

El feto se exaspera o como falta de respiración; el hambre y la necesidad de alimento suficiente lo hacen brincar y mover con ímpetu; la cabeza regularmente se inclina al orificio o boca de la matriz, con la cara hacia el recto.

Las membranas *amnion* y *chorion* por esta parte se dilatan: el feto y el peso del licor en que esté, nada las rompen; salen las aguas, siendo precursores algunos rasgos sanguíneos de las venas capilares laceradas; las mismas aguas reblandecen, se ensachan el cuello y la vagina, y abierto ya el camino, se verifica el parto."

#### *Curación del parto dificultoso*

Si la criatura se hubiese atravezado en el vientre (lo cual comúnmente se origina de los saltos, contradanzas, movimientos desordenados y ejercicio a caballo, que suelen hacer las preñadas) ya es necesaria la operación manual. La *debilidad* y el *miedo* se remedian con los alimentos ligeros y analépticos.

En el *puerperio* o tiempo posterior al parto acontecen muchas veces *deshollos*, *flujo uterino de sangre, copioso, secundinas detenidas, diarrea, inflamación del útero, además en las piernas: fiebre láctea; enfermedades de las mamas, y loquios suprimidos.*

La *inflamación del útero* se conoce por la dureza, erisipela, y dolores tensivos en el vientre; y por la fiebre, vasa, ardor, pujo y supresión de la orina. En este caso se aplicarán a todo el vientre las cataplasmas emolientes, repitiéndolas luego que se enfríen, se echarán labativas igualmente emolientes y suministrarán horchatas de cimientes frías.

La *calentura de la leche* se destierra con horchatas muslas, labativas y dieta ténue.

#### 6.4 Esterilidad en las Mujeres

La *infecundidad de las mujeres* es la falta de concepto. La causa inmediata es la *impemisión* del óvulo materno con el semen masculino. Los antecedentes son las malas disposiciones de los instrumentos, y materias que cooperan a la generación.

"Las procatárticas son:

Primera: defecto de condescencia en el otro sexo, estrechando voluntariamente el interior de la vagina o no efundiéndose al mismo tiempo que el varón.

Segunda: todo lo que cierra la vagina, la estrechez natural de las vírgenes, en quienes las carúnculas mirtiformes se hayan enlazadas por unos ténues filamentos, la clausura en las *Memas* que propiamente es un fimosis natural, o adquirido; y la oclusión facticia mediante los apositos glutinales y restrictivos, que se aplican para emular la virginidad.

Tercera: lo que hace invibratil el útero para la expresión del óvulo: descenso de la matriz, la mucha gordura...Cuarta: lo que infecunda el huevecillo: las flores blancas, las gonorréas, los flujos uterinos de sangre. Quinta: vicio del pene por la eyaculación remisa, o arrastrada, o por su corta longitud, falta de erección y parálisis; y por las úlceras, tumores, carnicidades, embarazos, y perforación o ruptura de la uretra. Sexta: daño en el semen por estar infecundo, lo que es común en los débiles, en los viejos y en los muchachos, como también en los que padecen gonorreas, y úlceras virulentas en las pudendas; o por su efecto, lo cual acontece a los muy venéreos, y a los *enucos*, en quienes la falta de testículos impide la generación". 10

Refiriéndose el Dr. Villanueva a lo que por los años del último tercio del siglo XIX se observaba en la ciudad de Puebla, por lo general, en materia de partos, dice lo siguiente:

"Voy a permitirme dos palabras sobre una costumbre que en mi concepción merece una mención especial. Me refiero a la postura que se hace guardar a la mujer durante el parto, y a los inconvenientes y peligros que de ella puedan resultar. La posición que se da a la mujer durante el parto, no es indiferente a sus resultados.

Ahí tenemos desde luego la *silla*, testimonio irrecusable de su saber e instrucción. Sobre ella colocan a la parturienta hasta el fin del trabajo; y la postura que sobre ella guarda para parir no puede ser ni más falsa ni más inconveniente, ni más peligrosa; a esto llaman *parir sentada*: otras veces, se arrodilla a la mujer sobre una pobre estera, en cuya posición hay más incomodidades y mayores sufrimientos, y a esto le llaman *parir incada*.

Sólo en pocos casos, se ve que las mujeres toman para este acto supremo, la única posición aceptable por ser la sola racional, la posición horizontal; y esta se dice que *paren acostadas*.

Los partos que se verifican en la primera posición son los más numerosos, en cuanto que de ella son tributarias las mujeres de los artesanos, industriales, domésticos, y toda la parte pobre de nuestra sociedad.

Es la que pasa sus partos asistida de parteras completamente ignorantes y torpes, que desconocen de una manera absoluta el papel que representan; y sin embargo, es la parte de la sociedad que necesita precisamente toda nuestra consideración, si atendemos a que en ella la mujer se acerca a la hora de su parto, destruida por las fatigas, consumida por las privaciones y condenada a reanudar cuanto antes una vida de sufrimientos y trabajo.

No debemos admirarnos por lo mismo, que sean entre ellas, donde por poco que se aparte el trabajo de su marcha natural, mueran los niños en el parto, o a su consecuencia; a las mujeres cueste su maternidad muchas veces la vida, o largos años de enfermedad cuando menos. En la segunda posición se verifican los partos de las mujeres, que por su posición, reclaman para aquel trance la asistencia de otra clase de parteras que no menos ignorantes que las otras, tienen sin embargo, la pretensión de poseer los conocimientos suficientes para el desempeño de su profesión.

Para la última postura nos quedan sólo los partos que ocurren en algunas familias, que con menos preocupaciones, y conocedoras de sus verdaderos intereses, saben encomendar en manos de médicos inteligentes, la dirección de acto tan delicado e importante". En la Ciudad de México se usaron y acostumbraron, con relación al embarazo, parto y sus consecuencias, desde la época colonial, varias prácticas piadosas que envuelven mucho de superstición.

Durante todo el embarazo y aún el momento del parto, acostumbraban dar de comer a las pacientes unas obleas, y en su defecto tiras de papel impreso que contenían esta jaculatoria:

.....  
En tu Concepción O Virgen María  
fuiste inmaculada: Ruega por nosotros  
al Padre cuyo hijo diste a luz.  
.....

A esto se le llama "palabras de la Virgen".

Para el trance del parto se ponía también, sobre el vientre de la enferma, el cinto de cuero negro que usan los religiosos de San Agustín o los Cofrades de la Asociación denominada Nuestra Señora de Consolación. A la Virgen María, bajo esta advocación le hacían especial novena las señoras embarazadas.

El señor F. Rodríguez Marín en su obra "Cantos populares españoles", dice: "San Ramón Nonato es abogado de las parturientas; durante el parto se le suele encender una vela a que por tal concepto se llama *la vela de San Ramón*. Un cantar picaresco, suhídillo de color, comienza de este modo:

"Las mujeres euando paren  
se acuerdan de S. Ramón  
y no se acuerdan del santo"

En 1801, los RR. PP. Don Pedro Palacios y Don Antolín P. Villanueva comenzaron a resucitar esa casi pérdida devoción proporcionando estampas, medallas, medidas del háculo de Santo Domingo y noticias de sus virtudes. Unas astillas de este háculo, se enviaban a las parturientas para alentarlas y consolarlas en el doloroso trance del alumbramiento.

Las embarazadas reciben una bendición especial de San Carlos Borromeo y toman por agua usual, la que tiene la bendición de San Ignacio de Loyola.

El Sr. Estrada en su *Tesis* ocupándose de la higiene con relación a la función genital materna en México, relata lo que pasa en las clases sociales del siglo XIX, diciendo:

"En la clase acomodada hay señoras que se entregan a sus caprichos, que refinan en el embarazo. Llevan una vida ociosa de inacción completa; dedicadas a meditaciones o lecturas de novelas, o bien se entregan sin descanso a veladas, bailes, paseos en carruaje o a caballo, y jamás abandonan, por lo general, su indispensable corsé, al cual le encuentran un uso más, el de ocultar por ridícula vergüenza el embarazo".

Las mujeres de la clase proletaria, ven su embarazo con la mayor indiferencia siguen entregadas a sus penosas tareas; moliendo, lavando, alzando objetos pesados; para proveer a sus necesidades.

Consultan a las comadres y parteras que suelen administrarles el *zihuatpat*; generalmente con la mayor buena fe pero siempre con el mayor mal posible.

En la clase media se observa un término medio también entre las otras dos, pues no obstante que es la clase mártir de la sociedad...tienen las ventajas de una vida más tranquila y ordenada, menos fatigosa y miserable, aunque no es raro ver a las madres aumentar el trabajo y menguar el presupuesto de la cocina para hacer una hermosa canastilla a su hijo.

Por lo demás, esta clase, como las otras, sigue abusando del acto matrimonial con gran detrimento propio y de su engendro.

La ausencia materna es otro flagelo para el recién nacido.

En la clase pobre y aun en la media, las mujeres apenas han transcurrido algunos días de su parto, abandonan a sus hijos en manos extrañas para ir a sus labores en pos del salario indispensable.

En tales circunstancias, la leche de la madre, único alimento propio para el niño, es sustituida por la leche de cebra, de vaca, té con leche, café con leche, infusiones de anís, de hojas de naranjo, atoles, etc.

Otras mujeres, las *nodrizas*, abandonan a sus hijos para vender al mejor postor el alimento que la naturaleza les dió y de que eran solamente depositarias.

No es raro que los niños sufran las consecuencias de una alimentación insuficiente, debido al ningún cuidado que han tenido las madres durante el embarazo para preparar sus pezones; descuido que pagan con los sufrimientos que les determina, la succión, las grietas y aveces los abscesos.

La lactancia entre la clase *acomodada*, se encuentra a las nodrizas, porque la madre quiere conservar la morbidez de sus senos y ve poco aristocrático alimentar a su hijo.

"La nodriza puede transmitir al niño enfermedades o diatesis que no han podido serle diagnosticadas, ya porque no haya habido tiempo para observarle, ya porque de buena o de mala fe oculte sus padecimientos, o porque el diagnóstico no sea fácil. El cambio repentino de la alimentación de la nodriza hace cambiar las cualidades de su leche, así como los desórdenes de todo género a que se entregan clandestinamente".

El uso de chupones (muñequillas) y maderas ocasiona también diarrea y el algodoncillo, porque no se tiene el asco escrupuloso que requieren.

"La costumbre de poner a los niños los pañales en que se han orinado, luego que se secan: además de ser una porquería, les ocasiona eritemas, que son vulgarmente tratados con albayalde, y es la causa de muchos cólicos".

Respecto a la adolescencia, lo que merece fijar más nuestra atención, son los vestidos y algunas costumbres, cuya influencia para la salud es más marcada en la mujer. "Se sabe que el corsé altera no solamente las formas exteriores de las vísceras (hígado, hazo, pulmones, etc) y no es posible creer que estas modificaciones orgánicas no determinen cambios funcionales". 10

He aquí una pequeña estadística que se formó con los datos suministrados "...por algunas señoritas o sus mamás y tres lavanderas para examinar la ropa de sus amas. Todas las observadas usan corsé desde muy niñas; algunas desde la edad de seis años no cumplidos. Sobre 49 casos repartidos como sigue se tiene lo siguiente":

Número de casos	EDADES	Padecimiento
5	14 a 19 años	Ninguno
6	18 a 20 años	Ninguno
20	17 a 23 años	Escurrecimientos Leucorreicos y dismenorreas más o menos dolorosas y molestas.
3	19, 20, 22 años	Dismenorrea y metrorragias.
2	13 a 15 años	Amenorrea y escurrecimientos leucorreicos.
13	15 a 20 años	Dismenorrea
<b>Total</b> 49		

Como factores de todo lo señalado, indica el Sr. Estrada, estos:

"La generación que siguió inmediatamente a la conquista, tuvo que ser forzosamente más débil, porque sus padres que habían sufrido la acción debilitante de la guerra, del hambre y de las pestes; en su abatimiento moral la pérdida de su patria, de sus bienes, de su familia, de su libertad, de sus costumbres y de su religión, desatendían el desarrollo físico y moral, considerando quizá que en tales circunstancias, una vida corta es el mejor don de la naturaleza. Esta infeliz generación, creciendo en la esclavitud siguió debilitándose por las malas condiciones a que se le redujo.

Los cruzamientos sucesivos y la opresión de los conquistadores, hicieron que todos los pueblos, en su imposibilidad de seguir las costumbres de los mexicanos, olvidaron lo bueno de aquellos y tomaron lo malo de estos, es decir, enfermedades y vicios que han sido transmitidos de generación en generación hasta llegar a la actual en que parece que se han refinado". 10,11

## VII. HOSPITALES

Las luchas de Independencia, la guerra de Reforma y la intervención extranjera están a punto de acabar con la labor hospitalaria de México. Desaparecen la mayor parte de las instituciones virreinales, unas por falta de fondos; otras por la desamortización de bienes eclesiásticos y casi todas por dificultades para atenderla.

Entre los que sobreviven quedan algunos cuya historia está ligada íntimamente a la vida mexicana: el de Jesús, el de Indios, el de San Juan de Dios y sobre todo el de San Andrés, que debe ser considerado como el centro hospitalario más importante durante todo el siglo XIX.

Al consolidarse la República, aparece la beneficencia como función de Estado, y aunque su organización es lenta y se tarda muchos años en desarrollarla, constituye el origen de una serie de centros hospitalarios cada vez más en toda la República.

La imagen del hospital benéfico está ligada al siglo XIX. En sus salas se forjó el enorme cambio de la medicina a partir de la escuela anatomoclínica inventada en Francia a principios de siglo. Por un tácito, y nunca escrito convenio, las clases humildes entregaron al hospital decimono, a cambio de una asistencia médica, el material necesario para el progreso de la clínica.

En 1905 se origina una nueva etapa hospitalaria al fundarse el Hospital General siguiendo las más modernas ideas de su tiempo.

Todos los médicos que ya alcanzan cierta edad han pasado su aprendizaje juvenil en un hospital clínico benéfico que en México es el Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. El hospital benéfico, laico, estatal; es casi siempre una escuela de medicina.

A partir de 1910, la Revolución irrumpió momentáneamente el proceso de desarrollo de los hospitales, pero terminada la lucha se emprende la reconstrucción del país y ello repercute también en el aspecto hospitalario, superando el esfuerzo cumplido en siglos precedentes. 2

Este renacer posrevolucionario se inicia con los institutos, entre ellos el Instituto Nacional de Cardiología, mundialmente famoso; aparecen también otros hospitales especializados como el Infantil o los centros de Maternidad y Ginecología, el del Cáncer y el Instituto de Enfermedades de la Nutrición, y el centro de maternidad y ginecología ha sido completado con los modernísimos centros hospitalarios, de tipo general. El primer hospital de zona edificado por el Seguro Social se inauguró el 29 de Octubre de 1952.

### *Hospital de La Raza.*

En esa época era el más equipado, contando para entonces con 11 pisos que sumaban más de 50,000 metros cuadrados de edificación especializada, con capacidad de 800 camas que cubrían la totalidad de especialidades médicas y quirúrgicas. Entre sus funciones, además de la hospitalaria, sobresalen los servicios de medicina preventiva, protección materno-infantil, enseñanza y adiestramiento médico y de personal auxiliar y la investigación científica. Está edificado este hospital a uno de los lados de la Avenida Insurgentes norte, cerca del monumento a la raza, de donde tomó su nombre.

### *Hospital de San Andrés.*

Pasó a poder de las Hermanas de la Caridad, las que lo tuvieron a su cargo hasta el año de 1874, que atendía a toda clase de enfermos.

### *Hospital de Maternidad e Infancia.*

Inaugurado hacia 1774. Debido a la invasión americana tiene que cerrar sus puertas; haciendo su reapertura hacia 1854, por el Sr. Canónigo Carpena; siendo el encargado del departamento de partos el Dr. Wenceslao Reyes.



Convento de Betlemitas



Hospital San Andrés

En 1865, el 10 de Abril, se creó un Consejo General de Beneficiencia, quedando a su cuidado todos los hospitales. En julio de 1866 se creó una institución para las embarazadas, proporcionando un nuevo campo a los estudiantes de la medicina.

El Dr. Pacheco y la Sra. Doña Luciana A. de Baz, en 1867 donaron al Hospital de San Carlos una casa antigua llamada de San Carlos; fué a su cuidado que entonces se hicieron departamentos para separar las embarazadas de las paridas, y fué a su iniciativa que se levantaron los altos que tiene en la fachada del edificio.

En el año de 1868 se establecieron allí las clínicas de partos.

En 1842, en la capital del país se constituye la asociación de beneficencia del Hospital Francés, el cual atendía toda clase de enfermos (seniles, maternidad, infantes, etc.) haciendo un acuerdo con el Hospital Juárez; en asociación con las colonias belga y suiza se hizo preciso organizar un hospital propio que se llamó de San Luis, y fue instalado en la Ribera de San Cosme bajo la dirección del Dr. Julio Clement en el año de 1860. Posteriormente se trasladó a la calle Industria en Serapio Rendon. Este lugar no tenía las condiciones apropiadas para el enorme desarrollo que se produjo en la cirugía a fines del siglo XIX. Se acordó levantar un Hospital con todos los adelantos de la época. Se inició su reconstrucción en 1913, para ser inaugurado en 1915, funcionando en las calles de Avenida de los Niños Héroes. 2,12

## VIII. CÁTEDRA DE GINECO-OBSTETRICIA

Más de una década duró la guerra de libertad que iniciara Hidalgo. A su término, había nacido un país con un promisorio futuro, pero con una realidad en ruinas. Durante el tiempo que duró el conflicto, la cultura y la enseñanza se encontraban en deterioro, deficientes, así como olvidadas por muchos. No había condiciones para continuidad y mucho menos para creación. Aunque el régimen liberal de Gómez Farias se propuso forjar nuevos rumbos, su esfuerzo sólo dejó la Escuela de Medicina.

### 8.1 La Enseñanza en el Siglo XIX

#### Los cirujanos

En 1825 se dio una disposición mandando que se guardasen a los cirujanos las mismas consideraciones y respeto que a los médicos.

A cargo del Protomedicato estaban los exámenes de los médicos, cirujanos, boticarios, barberos, flebotomianos, dentistas, algebristas o componedores de huesos, hernistas y parteros, y así subsistió ello hasta la extinción de ese cuerpo por ley del 21 de Noviembre del año 1831. 13

Entre los deberes y atribuciones de su incumbencia, tenía: disponer las cartillas por lo que los sangradores y parteras aprendan su oficio y desempeñen sus exámenes.

Con respecto a los cirujanos mandaba la ley lo siguiente:

El cirujano que pretende examinarse en cirugía, debe saber que hay cirujanos latinos, que tienen los cursos de Universidad; y hay cirujanos meramente romancistas que sólo practican 4 años con cualquier profesor aprobado, sufren un examen preparatorio de los catedráticos de cirugías quienes certifican su actitud.

El cirujano latino de universidad presenta con su solicitud la fé de bautismo, certificación de haber estudiado gramática latina y cursos de artes; otra de haber practicado la cirugía más de dos años con facultativo aprobado.

El cirujano romancista; presenta con su escrito y fé de bautismo; certificación de haber cursado 4 cursos en el anfiteatro, otra de haber practicado la cirugía 4 años con profesor aprobado, asegurando que sabe el arte *obstétrico*.

"El cirujano, del mismo modo que el médico, para ejercer su profesión debe presentar su título ante el ayuntamiento y gobernador del lugar de su residencia; debe poner al público letrado que avise de su habitación, y también papel y tintero, para que le avisen de los enfermos que lo buscan...debe recetar en romance sin poner cifras y dando a los medicamentos los nombres más vulgares, para que no pueda haber equívoco".

Con respecto a los barberos, dentistas, algabistas y *parteras*, se ordenaba lo siguiente:

"Los barberos...y *parteras*, presentan con su escrito de petición en papel de a dos reales, su fé de bautismo, certificación de haber practicado su respectiva profesión cuatro años con maestro aprobado y una información de vida y costumbres; y como las *parteras han de ser viudas o casadas*; agregan las primeras certificaciones de sus párrocos de ser viuda y honrada, y las segundas de consentimientos de sus maridos...". En el año de 1830 solamente se registraban, ante esa corporación, dos *parteras*: Doña Angela Leite y Doña Anastasia Recuero, ambas residentes en la ciudad de México.

En esa misma época había los siguientes:

Cirujanos: 85

Profesores examinados en Medicina y Cirugía: 14

Profesores aprobados en Medicina: 31

Cirujanos Latinos y Cirujanos Bachilleres en Filosofía: 32

Cirujanos (Romancistas): 83

Las leyes y reglamentos referentes a la medicina, cirugía y obstetricia tenían su origen en el gobierno hispano, y no fué sino hasta el establecimiento de la Escuela de Medicina y extinción de Promedicalto cuando esas profesiones se normaron por leyes mexicanas.

Desde 1821 a 1830 podemos considerar a las ciencias médicas en México como un período de transición; a partir de éste la veremos darse impulso propio.

El *Cirujano* es una especie de paria de ellas pues arrancaba su estirpe del barbero y del flebotomiano. Las preeminencias de los doctores médicos eran grandes y casi nominales las de los cirujanos. Para seguir esta carrera, por lo mismo, se necesitaban gran dosis de buena voluntad o necesidad bien grande.

Parece que lo primero, más que lo segundo, impulsó al *Sr. José Miguel Muñoz* a seguir esta profesión.

Don Guillermo Prieto, en sus "Memorias", nos relata respecto a él, lo siguiente:

"Por los años de 1808 o 1809, vino a nuestra leal ciudad de México Don Francisco Javier Balmis, insigne propagador de la vacuna y persona de alta y merecida categoría.

Para cumplir el sr. Balmis con su cometido, trató de emprender relaciones con la gente del pueblo, los curas y las personas influyentes en los barrios, y se fue a vivir a la calle del Rastro, muy adecuada para su objeto.

El Dr. Muñoz, con superficialísimos estudios, guiado con su talento clarísimo, se dedicó a observaciones propias y aplicaciones a nuestros hábitos, a nuestras costumbres, elementos de vida, etc.; no obstante ser su título de puro cirujano romancista. 11-14

Su fama se extendió.

Aplicóse a las curaciones de los ojos, y el día menos pensado apareció levantando un aparato con el que abatía las cataratas, invento que produjo efectos que se vieron como maravillas.

Poco tiempo después de esto, Santa-Anna perdió una pierna defendiendo a Veracruz (1838). Se cerró en su estudio Muñoz, y por sí y sus libros, sin modelo, construyó una pierna, tan perfecta, con tan finos resortes, con muelles flexibles adecuados y dóciles, tan ligera al mismo tiempo que fuerte, que excitó la admiración de los sabios y de los mecánicos, y el obsequiallo que era entonces el Presidente de la República, la usó con preferencia a las piernas que le remitieron de Europa.

El Sr. Miguel Muñoz aplicaba el forceps con maestría:

"el Sr. Jiménez (D.Miguel) recuerda que teniendo aquel parto a una de sus hijas y no pasando todavía la cabeza del feto el estrecho superior, Muñoz desgarró la bolsa y llevó al forceps hasta esa altura, extrallendo al feto vivo".

Don José Miguel Muñoz nació a fines del siglo XVIII en la ciudad de México. Falleció en su casa del Portal de las Flores el día 18 de Mayo de 1855. Su cadáver fue inhumado en mausoleo especial en el panteón de los Angeles, y de allí trasladados sus restos a la Iglesia de Santa Inés...

Tiene lugar en esta época el proceso de cambio; Luis José Montaña pugna por que se implante la enseñanza clásica. El estudio de la botánica y de la química adquieren cierto interés.

En 1804, el rey de España ordena la unión entre la cirugía y la medicina, afirmando: "el cirujano latino debe estar completamente instruido en las enfermedades internas porque de otro modo no podría atender las externas, que sean su efecto o causa sin poder agravarlo; y es tanto más necesaria esta instrucción, a los que se dedican al servicio de mil ejércitos y armada, cuanto que en una marcha o navegación son los únicos a que hay que acudir, para socorrer las dolencias que ocurran, de cualquier especie que fueren".

Varios fueron los sitios en donde se inicia la impartición de las cátedras médicas. Iniciando en el Convento de Belén, posteriormente designado como Colegio de Medicina, ubicado ahora en número 11 de la calle de Tacuba, colonia Centro.

El 4 de diciembre de 1833 se inician las clases en el Establecimiento de Ciencias Médicas. Cátedras que se crearon por la ley de 23 de Octubre de 1833: Farmacia teórico práctica, Anatomía patológica y descriptiva, Fisiología e Higiene, Patología externa, Operaciones y Obstetricia, Patología Interna, Materia médica, Medicina Legal, Clínica externa e interna.

Hacia 1938 se reinstalan en el Convento Espíritu Santo en conjunto con el Hospital de San Andrés para impartir clases.

Los textos básicos para impartir la cátedra de obstetricia fueron los de Coster Doges; se impartía por el Dr. Pedro del Villar, sin embargo, a pesar de lo avanzado del programa se unieron la materia de cirugía y obstetricia.

El 5 de diciembre se dispuso que el catedrático de obstetricia diera lecciones de partos a mujeres que siguieran esa carrera, para lo cual se le asignó un sueldo de 300 pesos anuales.

El programa de estudios hacia 1839, para impartir la cátedra de obstetricia, fue realizado por Pablo M. del Río, utilizando como texto de base el Latín. Hacia 1841 se denominaba la cátedra de Obstetricia y enfermedades de mujeres y niños.

Durante esa época se forma una sala especial con doce camas, quedando para la enseñanza de alumnos y parteras. 11,13,14,15

En 1842 se decide impartir las cátedras de obstetricia por separado a médico y parteras. Por influencia política, la cátedra de medicina se tiene que impartir en varios sitios.

Así vemos cómo la Escuela de Medicina se muda a San Idelfonso, posteriormente a San Juan de Letrán; estudiantes y profesores salen para prepararse a defender la ciudad de los invasores norteamericanos, posterior a estos acontecimientos, se compra el edificio de la Santa Inquisición.

En el siglo XIX, el 16 de septiembre de 1854, aparece la noticia "En la antigua Inquisición, están emprendiéndose grandes trabajos para la construcción de salas para las cátedras de la escuela de medicina, anfiteatro y capilla..." .

Para 1856 se imparte la cátedra de Obstetricia por José Ferrer Espejo, usando como texto a Cazeaux y la cátedra de Partos por Martínez del Río y Torres. En 1869 tienen lugar las oposiciones de adjuntos para la Clínica de Obstetricia y la Medicina Operatoria.

La Medicina pone especial interés sobre anatomía, cirugía, higiene y patología, así, en 1878 se realiza la obra nacional denominada "Guía de Partos", por Juan María Rodríguez; así como otras obras como la de Ricardo Vértiz "Indicaciones precisas de fórceps y de la versión bipolar".

Hacia 1886, Vértiz se encarga de otorgar la cátedra de Obstetricia. El gran tino del gobierno es el establecimiento ilustrado y reformista de las cátedras, entre las que se encuentra la Obstetricia. Esta materia fue el cuadro más completo posible que la división de enseñanza pudo otorgar al campo de la medicina.

Hacia 1833, en el momento que la revolución científica derribaba los añejos planteles, se levantaba el establecimiento de las ciencias médicas, se incrementaba el interés sobre la patología quirúrgica, surgieron importantes cirujanos como el Dr. Don José Rutz -quien dio la primera cátedra formal de operaciones que viera la patria- Dr. Casimiro Licéaga, Don Pedro Escobedo y el Dr. Rafael Lavista, importante cirujano nacido en Durango, que obtuviera una plaza en el hospital de San Andrés, fue director del mismo, realizando varias cirugías y siendo también uno de los más hábiles de la República, realizando las cirugías más atrevidas para esa época, como fue: "desarticulación de las más grandes articulaciones como la coxofemoral, la Uretrocistostomía, como medio diagnóstico de algunas afecciones vesicales, ovariectomía, y resección intestinal, entre otras".

El Dr. Lavista realizó además un protocolo de estudio de las pacientes con padecimientos vesicales:

"La imposibilidad de llegar al diagnóstico de ciertos padecimientos vesicales por los medios de exploración conocidos y al mismo tiempo accidentes graves determinados por la evacuación incompleta de la orina o por la reabsorción de productos sépticos".

Y como indicaciones especiales:

1. En el catarro purulento crónico
2. En la prostatitis aguda terminada por abscesos prostáticos
3. En la hipertrofia de la próstata
4. En la cistitis calculosa no diagnosticada por los medios de investigación común
5. En las infecciones degenerativas de la vejiga.

Las ovariectomías cirúrgicas, las cuales causaba temor realizarlas, fueron practicadas por el Dr. Clemente primeramente y posteriormente por los doctores Lavista, Andrade, Fenelon y Fuertes.

Se realizó ligadura de vasos por los doctores Lavista y Montes de Oca.

La Transfusión de la sangre ha venido siendo practicada desde tiempo atrás, como referencia de la primera realizada en Europa al Papa Inocencio VIII, en el año de 1492, quien estando hidrópico se la practicó un médico judío sirviéndose de la sangre de dos jóvenes a quienes cortó las arterias carótidas, sin embargo, el Papa murió por obstrucción circulatoria, y los jóvenes por hemorragia. Algún tiempo después se practicó con sangre de ternera.

En México su introducción data de tiempos posteriores, disputándose la prioridad de haberla aplicado el Dr. Martínez del Río -que decía la había aprendido en Europa de Blondel, y la había practicado a una enfermera del sr. Hidalgo Carpio-, y el Dr. Béistegui -que la ejecutó con éxito en una mujer exangüe a consecuencia de un laborioso parto-; el método se fue mejorando poco a poco.

Los avances en la cirugía provocaron un interés entre los cirujanos, sobre la higiene en los hospitales así como en la cirugía que efectuaban; transcurrieron varios años hasta que el Dr. Vértiz empezó a introducir en las curaciones de las heridas y operaciones, el método antiséptico de Lister, que ya se veía emplear con buen éxito en el año de 1878 en el Hospital Juárez, del que era profesor.

A falta de algunos productos antisépticos, el Dr. Vértiz realizó algunas modificaciones en la curación listeriana. Hecha cualquier cirugía, colocaba un pedazo de tela de salud muy fina lavada en solución fénica fuerte, en seguida, una tela empapada con la misma solución, posteriormente colocaba una capa de ouate humedecido y finalmente unas vendas.

Un punto importante en la práctica resolvió que los casos en los cuales se colocaran caualizaciones, éstas deberían quitarse definitivamente, ya que muchos vacilaban en que momento debían retirarse. El Dr. Vértiz llamó la atención sobre lo que es precisamente aquello que parecen granulaciones carnosas en los bordes de los orificios que dan paso a los tubos. 14, 15

En una cirugía de Ovariotomía, realizada por el Dr. Andrade en el Hospital de San Andrés, el Dr. Vértiz se encargó de curar a la operada conforme al método listeriano. La paciente falleció al tercer día, según la autopsia murió a causa de una estrangulación gastrointestinal, y debido a que la herida ventral toda había cicatrizado de primera intención.

Bajo encargo del Dr. Andrade, en el año de 1882, se realizó una monografía intitulada "El Himen en México", obtenida de 180 observaciones en el archivo de la cátedra legal de la Escuela de Medicina, y de algunas consideraciones sobre las características histórico anatómicas y médico legales de tales membranas.

"Teoría de la resistencia de las diferentes formas del Hímen, las cuales fueron clasificadas en regulares y anómalas. Dos son los factores que intervienen en la verificación de ciertos delitos de incontinencia: la potencia representada por el pene (en estupro, o violación), el dedo, el cuello de una botella, un tapón, etc.; amores lésbicos y la resistencia representada por el hímen. Para vencer esta resistencia, hay necesidad de un gasto de trabajo que variará según sea menor o mayor la fuerza (intensidad) empleada en la unidad de tiempo. Entran en composición del trabajo mecánico 3 factores que son: la distancia, la intensidad, la duración y aplicación (tiempo).

Se realizaron, según el tipo de Hímen, fórmulas matemáticas exactas que describían cómo cada forma tenía una resistencia diferente, y que disminuía a medida que la extensión de la membrana es menor. En su orden decreciente debe enumerarse en labial, anular, en herradura.

En cuanto al origen se dice que el hímen es formado por los dos fondos de saco de los oviductos que en suma, tienen dependencia de los órganos genitales internos, y que lo es, por consiguientes, de la hoja interna del blastodermo; que su forma primitiva es siempre y por siempre el imperforado. Al reabsorberse el tabique que separa las dos trompas, vendrá en la mayoría de los casos, la zona en la que se implanta.

En 1858, en México se realizó una interesante obra, un Manual de Partos escrito por el Dr. Torres, profesor fundador del establecimiento de ciencias médicas e inaugurador de la Cátedra de Obstetricia en la escuela de Medicina.

Trató de rehabilitar la antigua práctica popular de parir en sillas especiales. Señaló como indicaciones de esta posición -que él llamaba nacional- que se trata de parturientas asmáticas o nerviosas que tuvieran los diámetros de la pelvis estrechos y que los dolores de parto se alejaran, buscando en ello que el peso del producto, aumentaba la introducción de su cabeza en el segmento inferior del útero, reanimara las cansadas contracciones.

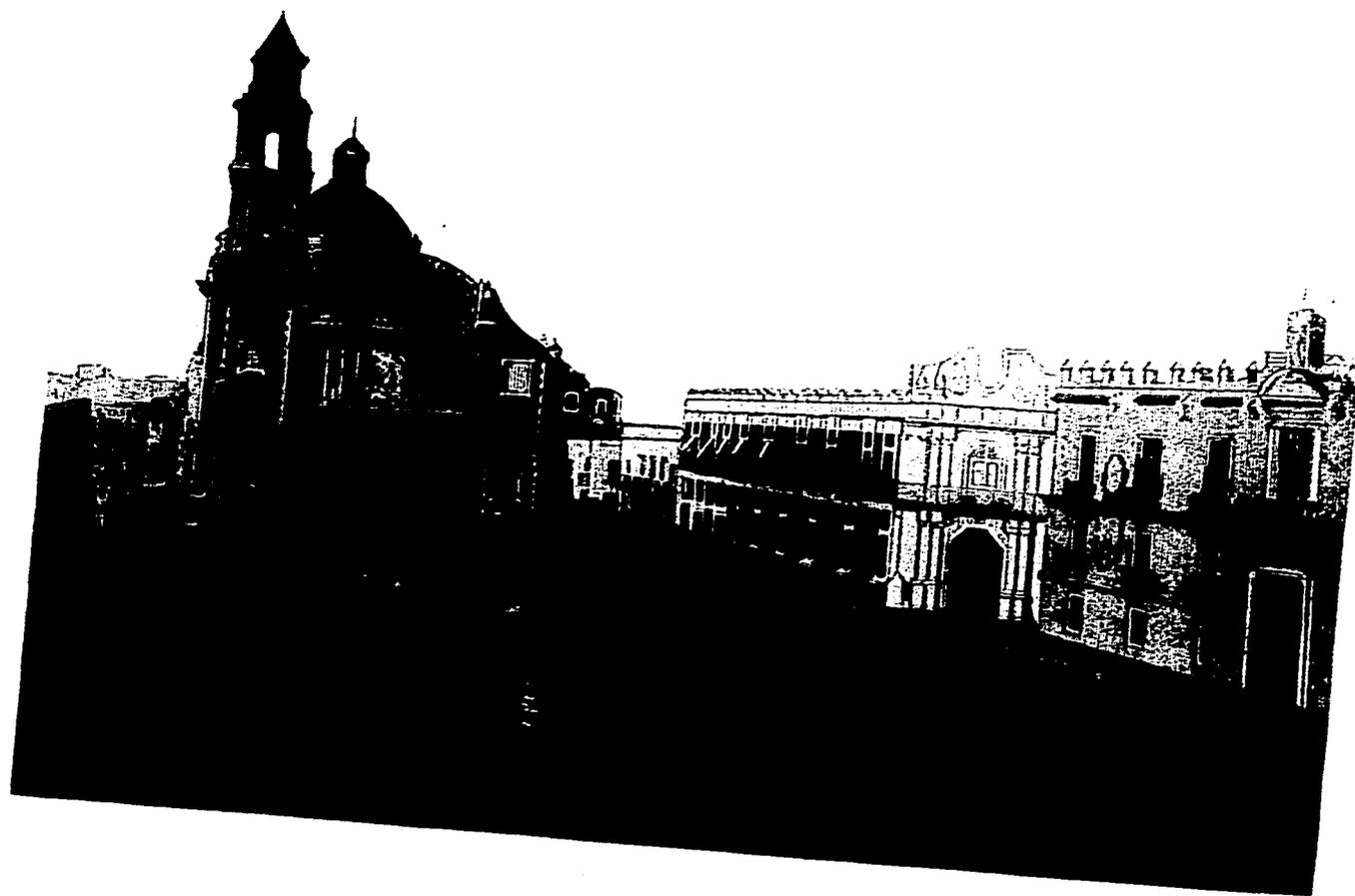
En cambio, creyó que está indicada la posición francesa en las mujeres que fueran propensas a las hemorragias, en las que tuvieran un prolapso del útero y en las que los estrechos de la pelvis fueran muy anchos.

El Dr. Torres también recomendó la faja a las paridas en el epigastrio, buscando evitar síncope y no aprobaba que se lo hicieran en el hipogastrio.

En 1885, se realizan dos ediciones de la obra del Dr. Rodríguez "Guía de los Partos".

En tal obra destaca los signos del embarazo, las presentaciones y posiciones del feto y la de los fenómenos mecánicos del trabajo de parto.

"Ya se deja entender -dice una nota de la época refiriéndose a las enseñanzas médicas de la Universidad- la ninguna uniformidad que había en todos los médicos, la misma que hay en sus conocimientos por falta de cursos arreglados y corrientes, y por autores determinados en el orden de un colegio, no pudiéndolos conseguir sino ayudados por la casualidad y de la suerte. La carestía de libros extanjeros, su escasez, la pobreza de los principiantes, la falta de maestros, etc., etc...todo contribuye, para que los estudiantes aplicados se formen como puedan, lean los autores que consigau prestados, oigan a un profesor particular de pura gracia, y visiten con él sus enfermos, si es que a estos más se les presta". 14,15,16,17



La Escuela de Medicina en 1875.  
Tres años más tarde perdería su aspecto original, al ser demolido el remate del  
ochavo y al recibir el edificio un tercer cuerpo.

## IX. AVANCES DE LA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL SIGLO XX, HASTA LA DECADA DE LOS 70

### 9.1 Aplicaciones de Genética.

En 1970, el Dr. Luis Manuel López Santibañez hace consideraciones recientes de la Genética y su importancia hasta esa época de lo que se conoce para el estudio de la Ginecología y Obstetricia.

Desde los estudios de Tjio y Levan en 1959, se demostró en forma definitiva que el número de cromosomas para la especie humana es de 46, de los cuales 44 son autosomas y dos heterocromosomas.

"Hasta el momento actual, se conocen algunas anomalías cromosómicas. Se calcula que en el humano aproximadamente del 3.5 por ciento al 4 por ciento de los embarazos dan lugar a un producto portador de algún cambio cromosómico capaz de provocar un desarrollo anormal en el 90 por ciento de ellos. De los productos anormales, casi el 90 por ciento se eliminan como abortos espontáneos y el resto pueden llegar a la viabilidad pero con malformaciones congénitas".

"De algunos productos de abortos espontáneos en que se han hecho estudios cromosómicos, se deduce que del 20 al 30 por ciento presentan constitución cromosómica anormal".

Se supone que estas anomalías en el desarrollo del embrión son incompatibles con la viabilidad, por lo cual son expulsados. Hasta ahora las anomalías cromosómicas más estudiadas son: Trisomía 21, llamada también trisomía G1, síndrome de Down o mongolismo, Trisomía del grupo 13-15 o trisomía D1: Trisomía 18 o trisomía E1 y las anomalías del cromosoma 5 llamado síndrome de "Cri du Chat".

Se han hecho estudios también en relación con genética y enfermedades neoplásicas malignas de las que en el caso de la ginecológica han sido estudiadas las del cuello uterino, endometrio y ovario, observándose que la etapa temprana de carcinogénesis puede comenzar con inestabilidad genética.

En etapas más tardías aparecen cambios citogenéticos más extensos en combinación con anomalías en la organización y diferenciación de los tejidos. Se han estudiado al respecto los cambios en los diferentes pares de cromosomas.

El estudio de la genética puede representar un campo de investigación básico en el entendimiento de las enfermedades neoplásicas, así como llegar a un tratamiento oportuno de las mismas. 18

En otras áreas de Ginecología aumenta el interés por el estudio de la endocrinología, con el estudio de las glándulas endocrinas y su efecto en el aparato genital femenino, así como en la reproducción humana, poniendo interés en el uso de inductores de la ovulación. El Dr. Jorge Bravo Sandoval, en un apartado en el libro "Cirugía Avances Recientes", habla sobre la fisiología que se conoce hasta el momento sobre el tema, y sobre avances para la inducción de la ovulación; "se usaron primeramente los ciclos 3:2 con estrógenos y progesterona, tres semanas de estrógenos y dos semanas de progesterona que no dieron resultado. Se ha utilizado la progesterona sola a la dosis de 100 mg. el día 24 del ciclo (Holmstrom), con la idea de estimular la hipófisis en el ciclo siguiente, con resultados variables. Se han usado las gonadotropinas de hipófisis humana HPG por los autores suecos (Gemzel), pero se tropieza con el problema de que se necesitan grandes cantidades de hipófisis de cadáver para obtener un miligramo de sustancia activa.

El conocimiento de que la mujer postmenopáusica tiene un hiperfuncionamiento de la hipófisis, junto con el hallazgo de un aumento de gonadotropina hipofisiaria en la orina, han hecho que los investigadores obtengan gonadotropina hipofisiaria en orina de menopáusicas, que son capaces de hacer crecer y madurar el folículo hasta convertirlo en folículo de Graaf.

Hacia falta la presencia de una cantidad importante de HL (hormona luteinizante) para que ovule el folículo maduro. El conocimiento de que la gonadotropina coriónica del embarazo tiene efectos similares a la HL, hace que se complete este tratamiento y se produzca así la ovulación".

En forma casi accidental, al estudiar una droga no hormonal, en problemas de hipercolesterolemia, se descubre una acción antiestrogénica, con producción de bochornos y reacción de hiperhemiante en ovarios. Esta ausencia es el clomifeno, y el mérito se debe a Greenblat al haber sospechado la acción inductora de ovulación. Mas recientemente se ha descubierto una sustancia llamada inicialmente "factor liberador" y ahora designada como "hormona desencadenante" de la Hormona Folículoestimulante, la cual está en investigación, para entonces ya están reportados en el mundo casos de gestación en condiciones selectas de anovulación por deficiencia hiposaria atribuible a problemas hipotalámicos.

No sólo el tratamiento médico tiene auge en el campo de la reproducción humana, investigadores como Robert Edwards en Cambridge, anuncian la posibilidad de fecundación artificial de óvulos humanos para implantarse en una matriz huésped que sería la mujer estéril.

Experimentos realizados en animales lograron para entonces transplantar el huevo temprano o blastocito en un útero huésped, pero el embrión no ha alcanzado el estado adulto y siempre desarrollándose con monstruosidades. En la mujer se ha intentado el trasplante, pero sin éxito hasta el presente. 19

En el campo de la reproducción humana, el interés de los médicos se fue incrementando así como la introducción de nuevas técnicas para diagnóstico y tratamiento de la esterilidad, y para patologías ginecológicas y obstétricas. En los 70, el uso de procedimientos endoscópicos era privilegiado aún en sólo algunos centros hospitalarios, como la Colposcopia ya conocida en muchos países desde el año de 1925 por Hinselman. Otro procedimiento era la Colpomicroscopia, para entonces muy empleado en Europa, aunque muy poco en Estado Unidos y en México.

La Histeroscopia, utilizada desde el siglo pasado, para los años 70 empieza a adquirir experiencia principalmente en el Hospital de Ginecobstetricia del Centro Médico Nacional del I.M.S.S., donde sugieren que la experiencia se adquiriera primeramente en úteros extirpados, para familiarizarse con el instrumental y las imágenes normales y patológicas.

En otras técnicas como la Culdoscopia, Perineoscopia y Amnioscopia, se empieza a adquirir más habilidad, siendo practicadas en numerosos hospitales de las ciudades más importantes del país.

La cirugía reconstructiva en el aparato genital es de importancia ya en esta época, como es el ejemplo en pacientes con malformaciones Mullerianas. Los Doctores Carbajal y Delgado publican 21 casos de metroplastías practicadas en el Hospital de Ginecobstetricia No.1 del I.M.S.S. de 1962 a 1968, en la mayor parte de los casos el diagnóstico se hizo durante legrado postaborto.

La edad de las pacientes fue de 19 a 40 años, y entre las patologías encontradas fueron: Útero bicorne "unicollis" en 13 casos, siguiéndole el bicorne "bicollis" en cinco casos, el éptum en dos y el bicorne "unicollis" con cuerno rudimentario en sólo un caso.

La frecuencia de anomalía congénita reportada para entonces en el Hospital de Ginecobstetricia No.1 del I.M.S.S. es de 2.13% según el reporte del Dr. Reyes Ceja y Cols; en un estudio realizado de 1,029 histerografías esto concuerda con las cifras reportadas en la literatura mundial, en donde se observa que la frecuencia global varía de 1.1 a 3.5% 20-21

Entre la década de los 60 y 70, el avance en el estudio de la esterilidad, tuvo gran desarrollo en el mundo con repercusión en el desarrollo de la Medicina en México.

El Dr. Víctor M. Espinosa de los Reyes y el Dr. Luis Enrique Alisedo Aparicio, realizan un capítulo sobre los avances en la detección y vigilancia del embarazo de alto riesgo hacia los 70, haciendo las siguientes consideraciones:

"El embarazo puede predisponer a determinados trastornos de las funciones del organismo y por otro lado, existen enfermedades de la madre que pueden ejercer una influencia sobre el curso del embarazo, o ser ellas mismas influidas por la gestación".

Anteriormente, los preceptos adquiridos por la experiencia humana representaban el conocimiento, "afortunadamente, en nuestra época contamos con recursos superiores, que si bien distan aún de la que se consideraría ideal, representan una valiosa ayuda en el manejo de los problemas obstétricos, como constituye el Embarazo de Alto Riesgo".

El Embarazo de Alto Riesgo es aquel en el cual, el feto tiene mayores posibilidades de morir, ya sea durante el embarazo o incluso durante el período neonatal.

Para catalogar un embarazo como de "algo riesgo" se requieren -de acuerdo con el Comité Norteamericano para el Bienestar Materno-infantil- los siguientes requisitos:

A) Caracteres de la paciente.

- 1) Edad: Menores de 16 años y mayores de 35 años al concebir.
- 2) Peso menor de 45 Kg y mayor de 91Kg

B) Antecedentes obstétricos:

1. Grandes multíparas. 7 o más embarazos excluyéndose aquellos que terminaron con fetos con peso por abajo de 500g.
2. Antecedentes de parto operatorio (operación cesárea, etc. excepto aplicación de fórceps)
3. Antecedentes de embarazo con parto prolongado: más de 12 horas.

4. Resultados en gestaciones previas:

- a) antecedentes de pérdida fetal temprana: dos embarazos con óbito antes de las 28 semanas de gestación.
- b) antecedentes de pérdida fetal avanzada: en una ocasión o en más después de las 28 semanas de gestación.
- c) dos o más prematuros vivos (excepto embarazos múltiples)
- d) antecedentes de muerte neonatal antes de los siete días del parto.
- e) una pérdida fetal temprana más un prematuro vivo.
- f) neonato traumatizado, con parálisis cerebral, retardo mental, trastorno nervioso, etc.

C) Antecedentes Médicos.

En el período sin embarazo, durante gestaciones previas o en el embarazo actual.

- 1. Enfermedad hipertensiva (140-90 ó más)
- 2. Nefropatías .
- 3. Diabetes
- 4. Cáncer en los últimos 5 años
- 5. Enfermedad Tiroidea
- 6. Trastornos hereditarios
- 7. Enfermedad cardiovascular reumática o congénita
- 8. Sensibilización a factor Rh o grupo ABO.
- 9. Diversos entre ellos: Lupus eritematoso, tuberculosis, desnutrición, retardo mental, alcoholismo.

Estados médicos adicionales, en un embarazo precedente o en el actual:

- 1. Toxemia gravídica.
- 2. Embarazo que cursó con amenaza de aborto.
- 3. Rubéola actual.
- 4. Anemia severa (8g o menos de hemoglobina).

5. Embarazo múltiple actual.
6. Presentación o situación anómala del feto.
7. Indiferencia al embarazo y/o pobre cultura.
8. Estados diversos: hidramnios, narcomanías, psicosis mayores.
9. Administración de algunos fármacos durante el primer trimestre.
10. Radiografía abdominal practicada durante el primer trimestre.
11. Anestesia general durante el embarazo.

Lo ideal sería que los embarazos de alto riesgo se detecten antes de que la mujer esté embarazada, pero en la mayor parte no es posible, sin embargo, el control prenatal debe seguirse adecuadamente tanto por el médico como por la paciente. La paciente obstétrica requiere vigilancia, recordando que el riesgo fetal constituye un riesgo materno, por lo que se debe considerar como una unidad biológica.

La vigilancia es uno de los mayores procesos biológicos humanos que existe en la vida extrauterina del concepto, es obligatoria y servirá para protegerlo durante este período, hasta hacer que su separación de la madre se realice correctamente, hasta el establecimiento de la vida extrauterina en forma normal.

En los últimos años se han desarrollado diferentes tipos de investigación, nuevas tecnologías, instrumental de precisión, etc., y es muy importante detectar el Sufrimiento Fetal. El Dr. Caldeyro y Barcia, lo ha definido como "perturbación de la homeostasis fetal, ésta se produce cuando el intercambio de anabolitos y catabolitos entre madre y feto es insuficiente para satisfacer las necesidades del producto. Se altera la composición química de la sangre fetal (hipoxemia, acidemia, hipoglucemia, etc.), lo que causa la perturbación funcional y más tarde, lesión y muerte de las células fetales".

Existen en la actualidad métodos como la Cardiografía, la medición del Ph del cuero cabelludo del producto, la amniocentesis entre otros, para diagnosticar que el producto está en sufrimiento fetal. 22

## 9.2 Aborto Habitual

Avances sobre el conocimiento del "aborto habitual", considerado como terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación en tres o más abortos espontáneos en forma consecutiva (la frecuencia para entonces era del 4% de los abortos espontáneos)...

La Etiopatogenia, considerando el factor uterino, factor cervical, defectos del plasma germinal, factor endocrinológico e inmunológico infecciosos.

Corrección de las causas etiológicas antes que se presente un nuevo embarazo, a excepción de la insuficiencia Istmico cervical, sin desgarro evidente del cuello, la cual debe tratarse durante la gestación.

En el Hospital de Gineobstetricia No.1 del I.M.S.S., de 52 casos intervenidos con la técnica de Shirodkar se obtuvieron 28 embarazos en término con 27 productos vivos, hubo 8 prematuros y 10 inmaduros que fallecieron, lo que da un porcentaje global de 65.3% de productos vivos. En otro grupo, de 95 pacientes operadas con la técnica de Espinosa Flores, los resultados fueron de 59 embarazos a término con productos vivos, 19 prematuros y 13 inmaduros, con un porcentaje global de 85% de productos vivos.

El estudio adecuado de la pareja, nos llevará al diagnóstico correcto, ya que en la actualidad se cuenta con las técnicas necesarias para investigar los factores etiológicos. 24

## 9.3 Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

El nombre de "incontinencia urinaria de esfuerzo" dado por Holland en 1947, ha sido el más usual ya que define con más precisión la sintomatología, sin involucrar causa anatómica o funcional: se conoce también con los nombres de "incontinencia diurna", "incontinencia ortostáticas", "incontinencia postural" e "incontinencia esfinteriana".

En fecha reciente, ha adquirido valor el estudio uretrocistométrico directo, técnica que permite el registro simultáneo de las presiones intravesicales e intrametrales y que ha permitido a muchos investigadores como Hodgkinson, Enhoming, Beck y Manghan y Towes, afirmar que la presión interior de los dos tercios de la uretra es un poco mayor o igual a la intravesical en la mujer normal. 25

El estudio clínico de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, debe tender dos objetivos principales:

- A) Hacer un diagnóstico preciso, eliminando todos los cuadros nosológicos semejantes, que con etiología diferente requieren un tratamiento distinto, y algunos padecimientos neurológico que dan una sintomatología semejante.
- B) Seleccionar a las pacientes con verdadera incontinencia urinaria de esfuerzo.

En su tratamiento se ha seguido, frecuentemente, la conducta de operar a todas las pacientes por vía vaginal, y en los fracasos de estas técnicas emplear las de fijación o suspensión uretrovesical con colgajos musculofaciales o de material plástico, através de una incisión abdominal o abdominovaginal. Este procedimiento actualmente no está justificado porque ha demostrado ser muy poco alentador su porcentaje de efectividad.

La multiplicidad de técnicas quirúrgicas, demuestra por sí sola la imposibilidad de emplear alguna de ellas para el tratamiento de las pacientes; Ullery, en su monografía sobre el tema, coloca a todas las técnicas existentes en 4 grupos:

- I. Las que emplean colgajos musculofaciales para suspender la uretra. En este grupo conviene señalar la de Pereyra, que según su autor es la técnica ideal para resolver el problema, y lo hace por vía combinada abdominovaginal, usa una aguja especial, diseñada por él, para facilitar la colocación de la cinta de plástico.
- II. Las que pliegan el cuello vesical y la uretra.
- III. Las que alargan o incurvan la uretra.
- IV. Las que fijan la uretra y el cuello vesical en su posición retropúbica.

La experiencia adquirida en 10 años de manejo de un grupo de pacientes de incontinencia urinaria de esfuerzo, en el Hospital de Gineco-obstetricia No.2 del C.M.N., nos ha demostrado la bondad de esta selección, pues en los casos puros, tipo II, sin patología agregada, la operación de Marshall Marchetti Krantz, nos proporcionó un 98.1% de curaciones elevadas dos años o más después de la cirugía. Sin embargo, no hemos podido coincidir en la aseveración de Cren, de que todos los casos curados deben tener urecistografías normales, pues algunas de nuestras pacientes tienen ángulos vesicouretrales normales después de la operación y la sintomatología persiste o viceversa. 25,26

#### 9.4 Galactorrea Patológica

Desde 1928 se demostró que los extractos hipofisarios producían aumento de secreción láctea. Posteriormente, se comprobó que la inyección de extractos hipofisarios provocaban la proliferación y secreción del hueso de la paloma, acción que equivale al efecto que los extractos hipofisarios tiene sobre la glándula mamaria de los mamíferos; esta prueba, desde entonces ha sido utilizada para valorar biológicamente la hormona lactogénica. Más tarde, se demostró que la prolactina era capaz de iniciar y sostener la lactancia, pero era necesaria para la preparación de dicha glándula con estrógenos y progesterona.

La galactorrea es un signo aislado, en términos generales se tiene que definir si se trata de un síndrome orgánico, tumoral, endocraneal, o simplemente de una difusión que altera complicados mecanismos endócrinos y que el bajo nivel estrogénico hipogonadotrópico produce galactorrea persistente. Ya aclarado el diagnóstico de la etiopatogenia del síndrome, la evolución, el tratamiento y el pronóstico serán muy diferentes en cada caso. 23

## 9.5 Isoinmunización Materno Fetal

En 1940, Landsteiner y Wiener tipificaron a los humanos como Rh (+) y Rh (-) según su sangre fuera aglutinada o no por el suero de macaco Rhesus. Hacia 1941 Levin relaciona el cuadro clínico del neonato con madre Rh negativo e hijos Rh positivo, carácter este heredado por el padre, y fue factible identificar el padecimiento mediante la búsqueda de anticuerpos libres en sangre materna (Coombs indirecto) y de anticuerpos fijos a eritrocitos de recién nacido (Coombs directo).

En 1946, se habla sobre la exanguíneo transfusión por Wallerstein, practicada oportunamente en el recién nacido.

Hasta antes de 1960, el manejo de los casos de isoinmunización maternofetal a factor Rh sólo podía ofrecer: identificación de la existencia y grado de sensibilización materna por medio del estudio clínico de antecedentes de los embarazos anteriores y por las titulaciones de anticuerpos en la madre.

Con base en los resultados de esto, se planteaba la conveniencia de la interrupción del embarazo.

A partir de 1950, Bevis inició estudios de líquido amniótico extraído por punción abdominal, basando estos estudios en la detección de la presencia de pigmentos bilirrubinoides derivados de la destrucción de los eritrocitos fetales, los cuales pueden ser identificados por métodos químicos, a partir de las modificaciones físicas derivadas de la densidad óptica de líquido amniótico.

Posteriormente Liley lo estandarizó con la correlación entre las desviaciones de la densidad óptica del líquido amniótico, DO 450 extrapolándolo a 3 zonas:

Zona I (que incluye productos inmunocompatibles, Rh1 y productos sin hemólisis);

Zona II (productos moderadamente dañados, la cual se subdivide en alta y baja); y

Zona III (productos severamente dañados).

Las ventajas de la espectofotometría ha reducido considerablemente la mortalidad perinatal de 35-50% ahora en la actualidad de 12-15%. La profilaxis inmunológica fue introducida en 1961 por Finn y Clarke en Inglaterra y por Freda en los Estados Unidos, después de un período de experimentación. La importancia del uso de la gamaglobulina hiperimmune anti D , es practicamente del 100%.  
**27,28,29**

## CONCLUSIONES

A través de los años y por las investigaciones, la gineco-obstetricia ha ido evolucionando tanto en la teoría como en la práctica, así lo observamos cuando en el desarrollo de ésta, influyen factores como el contexto histórico, la modificación en la ciencia y la enseñanza.

No es de sorprender que el rol sumiso predominante que tuvo la mujer durante todo el siglo XIX, haya sido un elemento importante en la práctica médica "frente a un estado de ánimo pesimista en que se dudaba respecto a los logros efectivos del México independiente, se fomentaba la práctica de los roles clásicos de la maternidad y la crianza".

Si averiguamos el cómo y el porqué comienzan las parteras su extraña profesión, vendremos a encontrar que las parteras en la obstetricia, son un recurso de la sociedad ante la carencia de médicos. Surgen junto al médico desempeñando un papel fundamental en el cumplimiento de las tareas médico sanitarias. El conocimiento de profesión entre las mismas mujeres de la comunidad, en donde la oportunidad y la práctica diaria son el único adiestramiento que recibían, se transmitía de madres a hijas:

"Ser partera es un recurso de la viudez de las mujeres, de más de 20 años de casadas", y la experiencia en la multiparidad servía de capacitación, tanto que la partera más vieja era la más experimentada.

En este sentido, la práctica de la partera, que aún en nuestros días es propia de las etnias o comunidades indígenas o en la pobreza, se nutrió de las creencias ajenas a la ciencia, pero con alguna utilidad práctica en comunidades marginadas.

Basta recordar las condiciones insalubres y hasta inconcientes en que una mujer debía parir: "La postura arrodillada y parcialmente suspendida se ve entre los indios y la clase baja del pueblo mexicano, en los alrededores de San Luis Potosí".

La religiosidad ha sido juez y parte en la Gineco-Obstetricia. Un ejemplo fue la devoción con que "se proporcionaban estampas, medallas, medidas de báculo a las parturientas para alentarlas y consolarlas en el doloroso trance del parto y alumbramiento".

Es de analizar también la forma en que era abordado el embarazo y las enfermedades ginecológicas en los diferentes grupos sociales, así como en la clase acomodada, "las señoras se entregan a sus caprichos que se refinan en el embarazo, las mujeres proletarias ven a su embarazo con la mayor indiferencia y siguen entregadas a sus tareas cotidianas". Mientras las primeras consultan a los médicos más renombrados de la época o los médicos de moda, las mujeres de la clase proletaria acuden a comadres y parteras que solían administrar diferentes remedios.

En cuanto a los hospitales, éstos eran sucios y las operaciones se realizaban en la mesa de disecciones o de autopsias. Los médicos después de practicar una autopsia, ejecutaban un acto quirúrgico o atendían un parto, con las consecuencias fatales que se podían esperar.

Históricamente la posición social del médico ha sido muy variable. Para entender la situación del siglo XIX, importa sobre todo recordar que, en la sociedad de clases, la sociedad médica se integró a la clase burguesa y asimiló profundamente sus valores. Repartidos entre la clase media y la capitalista, los médicos se incorporaron a lo largo del siglo XIX, a los principios de la burguesía y sus normas de conducta, elevándolas a la categoría de código ético de su grupo.

Ante esta auténtica crisis de posición social del médico, en general los profesionales de la medicina intentaban mantener su situación anterior frente a los profundos cambios sociales, políticos y económicos que se estaban produciendo en la época. Como es sabido, la división del trabajo es el proceso sociológico fundamental que ha conducido a la aparición de las ocupaciones. En el período del siglo XIX, la división del trabajo ha seguido actuando en el seno de la profesión médica, llevando a la constitución de las llamadas especialidades médicas.

Así es como surge la enseñanza de la Gineco-Obstetricia.

En la era moderna, el gineco-obstetra adquiere el reconocimiento que por tanto tiempo se le había negado y es un profundo estudioso de la Anatomía descriptiva y de la Anatomía patológica; la técnica operatoria progresa y la práctica de la anestesia permite realizar intervenciones más largas. Con los conocimientos aportados por Semmelweis de la fiebre puerperal que hacía estragos en las parturientas, se demostró que la técnica de lavado de manos, había disminuido la incidencia de infecciones. Así el uso de antisépticos era del todo útil en la práctica obstétrica; en la casa de la maternidad no se observaban hechos de septicemia puerperal, bastaba el simple aseo de manos y del instrumental quirúrgico y los cuidados mínimos de asepsia y antisepsia durante la técnica quirúrgica aplicados en el paciente. (Dr. Juan María Rodríguez)

"En la teoría, mucha información provenía de Europa, sin embargo, los médicos mexicanos basaban su conocimiento también en experiencias propias. Transcurrieron varios años hasta que el Dr. Vértiz introdujera en 1878, el método antiséptico de Lister".

En las sociedades postindustriales, la aparición de las especialidades es consecuencia de una serie de condiciones médicas y en parte de carácter social.

Las condiciones médicas pueden sintetizarse en el extraordinario desarrollo de la medicina en una zona monopolizada por la profesión médica y de sus técnicas. Este desarrollo ha hecho imposible que el complejo conjunto resultante pueda ser dominado por un sólo individuo, por lo que se ha impuesto la dedicación especializada a un aspecto concreto, en este caso la Gineco-Obstetricia.

Las condiciones sociales son muy complejas, un factor decisivo ha sido la aparición de numerosas agrupaciones metropolitanas. En efecto, las grandes ciudades tienen recursos socioeconómicos suficientes para el mantenimiento de médicos especializados, lo cual no sucede en agrupaciones urbanas y mucho menos en zonas rurales, lo que ha reducido la presencia de ginecologista en la atención médica de las mujeres.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Otro factor importante es el interés de la sociedad por un aspecto concreto de la lucha contra la enfermedad, motivado por la conciencia del peso objetivo que ésta tiene para la colectividad o sencillamente por valores o ideologías de tipo circunstancial...

La institucionalización de la medicina y aparición de ésta como *medicina social*, incluso como recurso estatal utilizado en ocasiones como arma electoral o como control de masas, se ve reflejada por la necesidad de prestar servicios a una clase trabajadora ya establecida en el país en pleno desarrollo industrial, que obligó al gobierno, partiendo de la nada, a expedirse el decreto que estableció la obligatoriedad y observancia de la Ley del Seguro Social en el año de 1943, así se inició una carrera vertiginosa para dar al pueblo mexicano los beneficios de la seguridad social, un ideal revolucionario para combatir la desigualdad social.

En este contexto, los cambios que se han operado tanto en la enseñanza como en la práctica de la Gineco-Obstetricia, van desde la demanda actual de esta especialidad en el estudio de la medicina, hasta los nuevos conocimientos adquiridos por una teoría-práctica, en conjunción con los avances tecnológicos.

Si bien durante el siglo XIX, la mujer, la ginecología y la enseñanza de esta especialidad se mantuvieron en precarias condiciones para su desarrollo, nada sería de lo que es ahora la gineco-obstetricia, si no hubieran existido las parteras, los primeros estudios y la necesidad de considerar otro rol para la mujer, sus derechos y la seguridad propia de la maternidad...

A pesar de los recursos humanos, avances tecnológicos y de recursos en general, aún se observan altas tasas de morbilidad neonatal, de hido a las asociaciones con la morbilidad materna, y a que las condiciones políticas y sociales, hoy por hoy, aún prevalecen; lo que ha mermado la salud de nuestras mujeres e hijos.

En los últimos doce años, en el HGO3 CM La Raza, se atendieron 106 482 casos de recién nacidos vivos y mortinatos.

En el año 1994, se atendieron un total de 7179 recién nacidos vivos, de los cuales 4 462 fueron a término; 2 414 prematuros y 303 productora inmaduros.

Los nacidos muertos fueron 157, dado que nuestro hospital es de concentración de embarazo de alto riesgo. En 1994 se reportó el 37,87 % de prematuridad, con una morbilidad del 37,98%.

La mortalidad prenatal fue del 21,39%; la neonatal de 54,32%; y la perinatal fue del 74,5%. Esto se debe a la gravedad de las patologías maternas atendidas en el Hospital, la mayor morbilidad en patologías como la Preeclampsia y la Rotura de Membranas. La mortalidad a término es el 0,47% y por prematuridad del 2,82%.

Tabla

#### TASA DE MORTALIDAD GENERAL.

*Resultados expresados en tasas*

TASA	HGO3 CM LA RAZA	DELEGACIONES NORESTE
MORTALIDAD GENERAL (x 1000)	74.55	46.57
Mortalidad Neonatal	54.32	30.40
Mortalidad Perinatal I Semana	42.35	27.33
Mortalidad Perinatal II Semana	74.55	46.57
Tasa Fetal tardía de Mortalidad	15.24	9.89
Mortalidad Edomedaria	27.52	17.61

Estos números, a simple vista, son alarmantes. Sin embargo, no son más que un reflejo de los muchos avances que aún necesita la Gineco-Obstetricia. Así pues, no se pueden soslayar las antiguas creencias en la práctica actual de esta especialidad, ya que son las herramientas del especialista moderno en el cuidado y mejoramiento de la atención a la mujer y su maternidad.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rivapalacio, Vicente. *México a través de los siglos-La Guerra de Independencia*, Tomo 5, Editorial Cumbre, México D.F., 19 Ed., pp. 4 a 103.
2. *Historia bibliográfica y geográfica de México*, Editorial Porrúa, México D.F., 1964, 3ra. Ed., pp. 1066 y 1067.
3. Muñoz Pablos, Enriqueta. *Antología ilustrada de la mujer mexicana*, Tomo II, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México D.F., 1991, pp. 20 a 78.
4. Muñoz Pablos, Enriqueta. *Antropología ilustrada de la mujer mexicana*, Tomo III, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México D.F., 1991, pp. 30 a 50.
5. Rodríguez, J.M.. *Libro de los signos del embarazo*, Ed. México, México, 1885, pp.16 a 75.
6. Zárraga, Fernando. *Obstetricia*, Ed. Tipografía económica. México, 1910, pp. 77 a 117.
7. Flores, Francisco. *Historia de la medicina en México, desde la época de los indios hasta el presente II*, Oficina de la Secretaría de Fomento, México, 1886.
8. Ferrer, Diego. *Historia del Real Colegio de Cirugía Avanzada de Cádiz*.
9. Ocaranza, Fernando. "Elogio del Dr. Manuel Carpio, primer profesor de Fisiología e Higiene en el Establecimiento de Ciencias Médicas 1883-1933", Contribuciones de la Academia Nacional de Medicina, el Departamento Autónomo de Poesía y Publicidad, México, 1939, pp. 42 a 95.
10. Velez, Angel. "Bonus Socios Obstetrix", Ed. México, México, 1860, pp. 16 a 108.
11. Paracelso. *La oposición a la cátedra de Obstetricia*, Crónica de la Escuela de Medicina, México, abril 15 de 1881, pp. 270 a 289.
12. Somolinis P., Juan. *Breve Historia del Concepto del hospital en México*, Revista Médica IMSS, México, 1987, pp. 25 a 251.

13. León, Nicolás. *Apuntes para la historia de la enseñanza de la medicina en México desde la conquista hasta el año 1833* 2a. parte, Gaceta Médica de México, Academia Nacional de Medicina, México, 1916, pp. 200 a 215.
14. Herrera Moreno, Enrique. *La Escuela de Medicina en México, Memorias de la Sociedad Científica "Antonio Alzate"*, Tomo 43, Talleres Gráficos de la Nación-Diario Oficial, México, 1925, pp. 360 a 420.
15. Velasco Caballos, Rómulo. *La cirugía mexicana en el siglo XIX.*, México.
16. Parra, Porfirio. "La Nueva Ley de estudios profesionales de medicina", Tomo XII, núm. 1, México, enero 1 de 1902, pp. 8 a 14.
17. Vergara López, Daniel. "El Instituto Médico Nacional", Revista quincenal de anatomía patológica y clínica médica y quirúrgica, Tomo 1 núm. 16, México, noviembre 15 de 1896, pp. 550 a 558.
18. López S., M. *Aplicación de la genética en ginecoobstetricia*, Academia Mexicana de Cirugía, 1a. Ed., México, 1972, pp. 184 a 190.
19. Rodríguez, Antúnez. et.al. *Endocrinología*, México, 1968, pp. 82 a 123.
20. Castro, C. *Ginecología y Obstetricia*, vol. XXIV, México, 1968, pp. 603.
21. Reyes Ceja, L. *Ginecología y Obstetricia*, vol. XXI, México, 1996, pp. 122.
22. Espinoza de los Reyes, V. *Detección y Vigilancia de embarazo de alto riesgo*, Academia Mexicana de Cirugía, 1a. Ed. México, 1971, pp. 222-226.
23. Salazar, P. *Estudio Clínico de 8 casos de galactorrea patológica*, Jornada Médica Bienal, Tomo 1, México, pp. 383 a 384.
24. Alvarez, B. et.al. *El aborto habitual*, Memorias del II Congreso de la Academia Nacional de Medicina, Vol. 1, México, 1969, pp. 147.
25. Quiñones G., R. et. al. *Memorias del IV Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia*, Vol. I, México, 1963.

26. Quiñones G., C. *Ginecología y Obstetricia de México*, Vol. XXIII, México, 1968, pp. 257.
27. Gómez Pina, S. *Profilaxis de la Isoimmunización Materno Fetal al Rh.*, Ginecología y Obstetricia, vol. XXIX, México, 1971, pp. 99 a 104.
28. Zárate S., H. *Exanguíneo transfusión intrauterina: recambio de una arteria umbilical simultánea a través de una arteria umbilical*, Ginecología y Obstetricia, vol. XXIV, México, noviembre 1968, pp. 493 a 502.
29. García Roel, R. *Exanguíneo transfusión de feto intrauterino*, Ginecología y Obstetricia, vol. XXII, México, 1967, pp. 635.