

CINCUENTA AÑOS DE LA ESPECIALIDAD GINECOLÓGICA

Discurso de turno leído por el Académico Numerario

Prof. Dr. FRANCISCO TERRADES PLÁ

en la Sesión inaugural del Curso 1946-1947 de la Real Academia de Medicina,
celebrada el día 29 de enero de 1947

PERPLEJO estoy, y sobrecogido de ánimo al presentarme ante vosotros para cumplir la función reglamentaria inaugural de curso de esta Corporación. Esta misión me estaba encomendada ya hace diez años; pero por circunstancias azarosas de todos conocidas fué retrasándose de plazo en plazo hasta hoy, lo que hace el acto mucho más solemne y a mí me pone en la duda de si sabré corresponder a la benevolencia con que venís a honrarlo y que os pido hagáis extensiva a mi discurso.

No voy a disertar de altas cuestiones médicas, que las hay muchas e interesantes, pero más propias de exponer en el palenque de las discusiones que ante un auditorio mixto; pero creo que puede interesaros un poco de la historia médica patria vivida por mí; me da pie a ello el que en este interregno de dos lustros he podido celebrar mis bodas de plata con esta Academia y las de oro con la medicina; medio siglo dedicado en gran parte a la especialidad ginecológica por lo que, voy a pasar ante vuestros ojos la parte que os pueda interesar de la película de mi vida plasmada en el celuloide de masa cerebral que se llama memoria, que hace referencia a la evolución que en España ha hecho la ginecología desde mis mocedades de estudiante; con lo cual, y antes que se cierren mis ojos y enmudezca mi lengua, tengo ocasión de rendir un tributo de admiración y gratitud a quienes fueron mis más destacados maestros. Así, pues, hago un alto en el camino de mi vida, me siento, algo cansado, en la cuneta, y paso a traduciros en palabras, ya que no es posible en imágenes, la cinta que podemos titular: *Cincuenta años de la especialidad ginecológica*.

Sean los primeros metros para el maestro de párvulos de mi pueblo natal, Don PABLO TARRÉ, de quien con los años he admirado cada vez más su labor docente y su amor a los niños, y seguidamente a don VALENTÍN BROSÀ, de recuerdos gratos de mi infancia; y entre los del Instituto a don ENRIQUE GIMÉNEZ DE CASTRO, que me enseñó a estudiar las Matemáticas, y don MÁNUEL MIR Y NAVARRO, que me encaminó la afición hacia la Historia Natural, curioseando ya por los vericuetos del cuerpo humano; y en los pórticos de los estudios universitarios veo a LUANCO, FELIU Y ODÓN DE BUÉN, que me dan paso a esta casa por el anfiteatro de la Anatomía, donde el Dr. SILONIZ nos la enseñaba mostrándonos con su gesto rígido, producto de los años, la no menos rígida preparación anatómica puesta en la mesa de mármol; en la misma mesa que mi padre, mi abuelo y mi bisabuelo aprendieron el a b c de la Medicina. En aquel mismo local recuerdo con gusto a RAMÓN Y CAJAL, que con su dialéctica clara me hizo coger afición a la histología. Más tarde, en el vetusto Hospital de la Santa Cruz, JAIME PI Y SUÑER, cortó de palabra, pero de expresión precisa, nos inició a leer en el libro del enfermo; no había entonces rayos X, ni electrocardiogramas, y precisaba aguzar el oído y aprender a percutir para diagnosticar. Puestos ya en aquel patio de sabor medioeval que invita a la quietud y al recogimiento, al que los estudiantes dábamos la nota alegre en las mañanas soleadas de invierno, veo a mis compañeros, entre clase y clase, departir animadamente esperando la hora de entrar y reconozco a algunos por suerte todavía vivientes, tal cual eran entonces. De repente, la masa se mueve en dirección de una de las escaleras laterales; ha asomado un coche por el patio, baja el Dr. ROBERT y todos subimos en tropel alrededor suyo en completa camaradería, pero con la máxima devoción hacia aquel hombre que, clínico o político, supo siempre hacerse escuchar por su palabra fácil, por los de arriba y los de abajo; porque de ROBERT puede decirse que encarnó la máxima simpatía y fué admirado y respetado por todos los barceloneses; y como ejemplo, vaya una anécdota. En una de las frecuentes huelgas con algaradas callejeras de

la última década del siglo pasado, un grupo de obreros subió al domicilio de un fabricante, a la sazón enfermo, con ánimo no muy amical; abierta la puerta, pretendieron entrar en su habitación, pero ROBERT estaba casualmente allí y les salió al paso conminándoles a que respetaran a un enfermo que estaba bajo su protección; y los obreros, obedeciendo al hombre que supo tocar sus sentimientos de humanidad, se fueron escaleras abajo. ROBERT previó en cierto modo el mecanismo de su muerte; explicando la angina de pecho con el dramatismo que el caso requería, nos dijo que, puesto que dos de sus deudos habían muerto de ella, si la ley de herencia se cumplía, él debería morir de lo mismo; pocos años después el ataque le sorprendió brindando con la copa en la mano en un banquete de médicos y murió entre sus discípulos y admiradores. Fué un enamorado de la cátedra que no dejó ni en los días de mayor agobio.

El Dr. FARGAS entraba a las ocho de la mañana; su explicación era clara, metódica, reposada; al lado de la enferma, con su interrogatorio y la exploración, parecía que nos iba transparentando lo que había detrás de la pared abdominal y sin forzar la mente, el diagnóstico salía como una cosa lógica; y en los casos dudosos nos invitaba a la controversia. FARGAS fué un formidable autodidacta, porque no tuvo maestros; con su firme voluntad de aprender acudió a clínicas extranjeras contrayendo amistades que le animaron al estudio de la especialidad, contribuyendo, como luego diré, a su formación en España; con él nació mi afición de estudiante por la ginecología, sin por esto abandonar la medicina general; y si mi consejo ha de servir de algo, diré a los jóvenes estudiantes que quieran dedicarse a ella que antes se fundamenten bien en medicina interna, porque el aparato genital de la mujer, más que ningún otro, está fuertemente ligado al resto del organismo.

Aunque poco influyeron en mi vocación, no dejo de recordar con gratitud a los doctores BONET, COLL y PUJOL, RODRÍGUEZ MÉNDEZ, FARRERAS HOMS, GINÉ, GADEA, MORALES PÉREZ, MASÓ y VALENTÍ VIVÓ. Y dejo por último al que por fortuna está entre nosotros, al Dr. MARTÍNEZ VARGAS, del que recibí buenas enseñanzas; de él hizo hace pocos meses un merecido elogio el Dr. SALAMERO que yo suscribo.

Tales eran los profesores que hacían milagros de enseñanza, sin laboratorios, y con unas pocas camas que nos prestaba la Administración del Hospital de la Santa Cruz, a regañadientes y limitando la posibilidad de exploración de las embarazadas, lo que motivó una huelga que ganamos los estudiantes.

Refiriéndome a la Ginecología, puedo decir que a fines de siglo pasado se desarrollaba en España en un ambiente tranquilo, sin apenas ser interferida por los adelantos quirúrgicos que apoyados en los progresos de la bacteriología se sucedían con vertiginosa rapidez y que en Barcelona representaban principalmente CARDENAL, ALVARO ESQUERDO y MORALES PÉREZ. Tan sólo se vislumbraban algunos chispazos de tocólogos avisados para los cuales la ginecología no era sino un apéndice poco apreciable. No se crea que exagero; en 1892 FARGAS, antes de ser catedrático, en un opúsculo se lamentaba de la dificultad de aprender diagnóstico ginecológico por falta de clínicas oficiales o privadas en Barcelona. En Madrid estaban poco más o menos igual, hasta el punto, dice, que llegó a dudar ante la lectura de revistas extranjeras y la visión del vigoroso adelanto que en otros países tomaba la especialidad, si en la mujer española no cuajaban tantos miomas y quistes de ovario como decían que encontraban y operaban con éxito, y sintiendo entonces la necesidad de estudio, fundó una clínica privada, ya que la oficial prácticamente no existía; baste decir que años después, cuando yo estudié la asignatura, la clínica oficial constaba de siete camas.

En el resto de España debían estar igual o peor, si bien en Madrid el Instituto Rubio funcionaba ya a pleno rendimiento como excelente escuela de cirujanos de donde salió la meritísima figura del Dr. GUTIÉRREZ.

En 1894, FARGAS ocupa la cátedra de Obstetricia y Ginecología, alternando en los dos cursos con el Dr. BONET, el cual, salvo algunos ensayos ginecológicos (hizo la primera laparatomía en España), tuvo siempre más devoción por la obstetricia. En esta época, pues, podemos situar el renacimiento de la especialidad ginecológica en nuestra patria, con FARGAS en Barcelona y GUTIÉRREZ en Madrid, y que pocos años después cristalizó en el libro de ginecología de FARGAS, primero, en España.

El auge de la cirugía abdominal que se manifestaba en todos los congresos

internacionales que en aquella época de paz octaviana menudeaban en Europa, abrió las puertas de la ginecología a una pléyade de cirujanos, hecho que contribuyó a un rápido perfeccionamiento del tratamiento quirúrgico de muchas ginecopatías y al abordaje de otras para las cuales hasta entonces regía el *nolli me tângere*; de un congreso a otro con dos años o menos de distancia se confirmaba la bondad de un método quirúrgico o se perfeccionaba o le salía otro en competencia más audaz; este avance, sin duda utilísimo momentáneamente, fué también un perjuicio porque dejó algo rezagada la parte médica de la especialidad.

En España hubo también su éxodo de cirujanos hacia la ginecología. Destaca en primer lugar RECASENS, que habiendo hecho sus primeras armas como cirujano en Barcelona, ganó a principios de este siglo la cátedra de Obstetricia y Ginecología de Madrid, entregándose a ella con la impetuosidad que le caracterizaba. Con poca diferencia LÓPEZ-SANCHO ocupa la cátedra de Valencia, formado allí una escuela que debía dar sus frutos. En el Hospital de la Princesa de Madrid aparece COSPEDAL; en Málaga, GALVEZ GUINACHERO, y en Barcelona, CARDENAL, que se interesó algo por la ginecología, y, sobre todo, ALVARO ESQUERDO, quien se pasó completamente a este nuevo campo y fundó escuela en el Hospital de la Santa Cruz; sin embargo, siempre se resintió del radicalismo quirúrgico de sus antecedentes.

Con estos valiosos elementos, entre otros no tan destacados, la ginecología española emprendió un rumbo de paridad con la extranjera. Tomó parte en el primer Congreso español internacional contra la tuberculosis discutiendo cuanto a tuberculosis genital se refiere, entonces tan poco conocida; en 1911 pudo organizarse en Madrid un Congreso de Obstetricia, Ginecología y Pediatría del cual fué Presidente FARGAS y Vicepresidentes GUTIÉRREZ y RECASENS. En él, quien se tome la molestia de leer las actas, podrá ver que tanto por las ponencias que trató como por las comunicaciones, las discusiones rayaron a gran altura; haciendo sus primeras armas los que entonces éramos jóvenes, entre los cuales pláceme recordar a NUBIOLA, GUILERA, SUREDA MASANET, PARACHE, BECERRO DE BENGOA, BOTIN, VALERO y otros y más tarde CONILL.

Dos años más tarde se celebró el Congreso de Valencia, presidiéndolo LÓPEZ SANCHO, que no fué menos fructífero que el anterior. Luego concurrimos a los Congresos para el progreso de las Ciencias y en 1931 se celebró en Madrid el primer Congreso Hispano-Portugués de Toco-Ginecología.

Veáse, pues, con este índice de nuestras reuniones, cómo surgió potente nuestra especialidad porque en ellas se revertía lo que aisladamente elaborábamos en clínicas y academias locales. Alguien ha dicho posteriormente, en una de estas que ahora se llaman Jornadas Médicas, sin duda por hacer una frase o con ánimo de agradar, que aquellos Congresos eran juergas científicas; es indudable que había su programa de festejos, pero ¿es que los médicos que tratamos tantas cosas tristes no merecemos derecho a ser obsequiados? La labor de los primeros treinta años de este siglo la encuentran ahora los noveles especialistas plasmada en buenas clínicas y laboratorios, un excelente profesorado y una velocidad adquirida, de la que no se dan cuenta, pero que les permite formar en la vanguardia del progreso.

Cumplido este deber de reconocimiento patrio, paso a revisar a grandes zancadas el recorrido de la ginecología en este tiempo.

Cuando terminé mis estudios universitarios allá por el año 1896, la ginecología había salido del estrecho cauce de tipo vulvo-vaginal para entrar de lleno en la gran cirugía. La etapa anterior, que contaba en su haber innumerables procedimientos para hacer una buena amputación de cuello, una traquelorrafia, plásticas perineales, fistulas y otras operaciones de menor cuantía por vía vaginal, fué superada. Por aquel entonces apenas se conocía nada de secreciones internas y muchas afecciones genitales dolorosas como las dismenorreas, o se hacían tributarias de la teoría obstructiva o eran achacadas al histerismo puesto de moda por CHARCOT, sambenito que ha cargado la mujer durante muchos años y que se va esfumando casi por completo gracias al mejor conocimiento hormonal y su maridaje con el sistema neuro-vegetativo que en tanta cuantía participa en el modo de ser del bello sexo. La posibilidad de penetrar casi impunemente en la cavidad abdominal, permitió conocer mejor y curar las afecciones inflamatorias de los ge-

nitales internos. Así la ginecología tomó decididamente a últimos del siglo pasado un cauce quirúrgico, pero como todos los avances quirúrgicos son por naturaleza primeramente destructivos y después constructivos, aquí pasó lo mismo. Pero el aparato genital interno tiene dos vías de acceso, la vaginal y la abdominal, teniendo cada una sus partidarios, hecho que motivó serias controversias; los campeones de la vía vaginal, verdaderos artistas, fueron entre otros PEAN, DUDLEY, SCHAUTA y quizás el más entusiasta OTT DE S. PETESBURGO; entre nosotros FARGAS y GUTIÉRREZ; en general la ciencia alemana era más partidaria de la vía abdominal. Esta lucha se comprende en aquella época, en que, mal conocida la asepsia, el peritomeo inspiraba todavía un legítimo respeto. Actualmente con mayores seguridades se ha impuesto la vía abdominal quizás con exceso, por su mayor comodidad para el cirujano no especializado; sin embargo la vía vaginal tiene sus indicaciones precisas que el ginecólogo no debe olvidar.

Con más o menos fortuna por no conocerse bien las reglas de asepsia que hoy sigue el médico más novel, se habían abordado ya los grandes tumores ováricos; era la época de los quistes gigantes, que se esperaba a que fuesen casi incompatibles con la vida para operarlos, y que hoy con más confianza en una buena técnica se operan tempranamente; es ya rarísimo encontrar algún ejemplar como el que opere nace pocos años cuyo peso era de 35 quilógramos.

En las lesiones inflamatorias o dolorosas de ovarios y trompas, LAWSON-TAIT marcó un periodo de agresividad; todo lo que dolía era extirpado, a falta de tratamiento mejor, con tal de librar a la mujer de sus dolencias y así hemos asistido durante muchos años a mutilaciones muchas veces innecesarias, que no por quedar ocultas eran menos sensibles; se perdió el respeto a los atributos de la feminidad y de la fecundidad; ovarios con pequeños quistes foliculares o degeneraciones parciales eran extirpados en totalidad y tras ellos muchas veces el útero, sin más razón de que sin ovarios no servía para nada; posteriormente se ha dado cuenta el cirujano, que su agresividad producía a veces desequilibrios mayores que los que trataba de curar.

Con los tumores del útero la cosa fué más complicada; los miomas eran difíciles de abordar; a un estudiante de hoy le parecerían pueriles las enconadas discusiones que se entablaban sobre la histerectomía con pedículo externo, que todavía vi practicar a FARGAS en 1894, o con pedículo interno, que hoy llamamos subtotal, y más tarde entre esta y la total, y el derroche de ingenio de los ginecólogos de vanguardia para imponer un procedimiento o una variante. Hace tiempo que esto está definitivamente zanjado y hoy una histerectomía abdominal la practica cualquiera; en cambio se han sentado mejor las indicaciones de la histerectomía vaginal, demasiado olvidada por el cirujano especialista.

Con el cáncer uterino pasó cosa parecida; a la amputación supravaginal del cuello había sucedido la histerectomía vaginal o abdominal y los partidarios de ambos bandos fueron perfeccionándolas y ampliándolas para evitar las recidivas, cristalizando en dos técnicas definitivas: la abdominal ampliada de WHERTHEIM y la vaginal ampliada de SCHAUTA, que ya no son posibles de sobrepasar quirúrgicamente; la primera de mayor mortalidad inicial y menos recidivas, la segunda menor mortalidad operatoria y más recidivas.

Estábamos pues a principios de este siglo en el auge del período quirúrgico; en cuanto a agresividad no era ya posible una superación porque el perfeccionamiento de la antisepsia y el uso de los guantes de goma estériles permitió todas las ardideces posibles; para aumentar el grado de operabilidad y disminuir las recidivas el único recurso era coger el mal en sus comienzos. Para esto WINTER inició en Alemania una campaña de divulgación, entre los médicos y el público, de los primeros síntomas del cáncer, y mejoró la operabilidad mientras la campaña duraba.

En España muy posteriormente, en el Congreso de Valencia (1913), se formó una junta en este mismo sentido que fué presidida por COSPEDAL y para Cataluña fui yo el encargado de ella; mi discurso inaugural del Instituto Médico-Farmacéutico de 1915, versó sobre los síntomas precoces del cáncer uterino, y fué copiado por algunas revistas, imprimiendo prospectos con estos síntomas para repartirlos entre las enfermas que acudían a los dispensarios del Hospital Clínico y a cuantas lo solicitaban. Esta campaña mejoró en dos años la estadística de operabilidad. Aunque después por circunstancias que no es del caso mentar, no pudo continuar-

se, el impulso estaba dado, y en forma esporádica ha continuado difundiéndose entre el público la idea de que el cáncer es curable si se trata tempranamente; y no hace mucho que tuvimos el gusto de oír en esta casa una disertación del Dr. HORNO de Zaragoza, en este sentido. Todo esto y una buena instrucción médica ha hecho que el nivel de operabilidad del cáncer de matriz en tiempo hábil, haya mejorado desde un 10 por ciento en 1915 (cifras coincidentes del Dr. ESQUERDO y nuestras) a un 50 ó 60 por ciento en la actualidad.

Aquí es tiempo de recordar los beneficios que los rayos X y el rádiom han reportado a la ginecología cuando se descubrió su acción letal sobre las células y la desigual vulnerabilidad de éstas, colocándose en primera fila de vulnerables las de mayor intensidad reproductiva como el óvulo, seguido se cerca por la célula cancerosa. Aquí cumpíeme rendir un efusivo homenaje a los Dres. COMAS y PRIÓ, introductor el primero de los rayos X en España, haciendo sus primeras demostraciones hace 51 años en el anfiteatro de esta casa y actualmente mutilado por estos mismos rayos, y víctima el segundo de su acción letal.

Aprovechando esta acción letal se ha servido de ella el ginecólogo para atacar principalmente dos dolencias: el mioma y el cáncer.

Con respecto al primero, se han entablado desde el principio vivas luchas, con todos los extremismos, entre radiólogos y cirujanos, que ya se manifestaron en el congreso de Valencia, recordando análogos apasionamientos que en años más atrás había traído el método eléctrico de APÓSTOLI, hoy completamente olvidado.

No es de este lugar describir esta lucha, que ahora a distancia ha cuajado en unas fórmulas de casi coincidencia para los casos tributarios de uno u otro método curativo, sobre todo con el perfeccionamiento y la mejoría que da la miomectomía conservadora.

Con el cáncer uterino ha pasado algo parecido; la menor resistencia de la célula cancerosa pareció dar una solución matemática al problema.

En Barcelona se formó una sociedad, sin lucro alguno, promovida por FARGAS y PEYRI, que adquirió una cantidad de rádiom para uso de los médicos que una vez amortizada pasó a propiedad del Hospital Clínico. Con ella y con el perfeccionamiento de los tubos de Röntgen y el uso de campos cruzados, creímos dominar tan terrible dolencia; pero el hallazgo de células cancerosas radioresistentes, la existencia de metástasis incontrolables y la disminución del poder defensivo celular y extacanceroso complicaron extraordinariamente el problema. Por fin los dos métodos de cirugía e irradiación que parecían rivales, se han aliado de tal modo, que, combinando su acción en la mayoría de los casos o usados aisladamente en otros nos dan un porcentaje de operabilidad y curabilidad que serían casi de un 100 por 100 si las enfermas nos llegaran en las primicias del mal. Desde luego cánceres inoperables antes, se hacen hoy operables gracias a las aplicaciones previas de rádiom y se evitan muchas recidivas con la acción preventiva de los rayos X; y en casos inoperables se obtienen suspensiones de desarrollo que equivalen a curaciones definitivas.

La cirugía plástica ginecológica no ha variado esencialmente. En todos los congresos médicos ha sido un motivo obligado de comunicaciones con variantes de procedimientos que muchas veces no tienen más alcance que la notoriedad, cuando no sirven para excusar faltas de diagnóstico como en ciertas operaciones para desviaciones uterinas; en las plásticas úterovaginales por prolapso ciertas técnicas de buenos resultados han sido en parte abandonadas sin más razón que el requerir una ejecución más esmerada, substituyéndolas por otras más sencillas pero más imperfectas; y es que muchas veces la bondad de una técnica depende de quien la ejecuta. Mi discurso de ingreso en esta casa trataba este tema; desde entonces no he sentido necesidad de varias sus directrices.

Por todo lo dicho vemos que el radicalismo quirúrgico llegó ya a su máxima potencia y como parece una ley biológica el que el radicalismo cuando ha adquirido la edad adulta se hace conservador, y así lo vemos en las grandes evoluciones de la humanidad, el radicalismo quirúrgico se volvió también conservador.

Esta segunda etapa quirúrgica empezó ya a principios de siglo en pleno auge de la cirugía radical, pero estaba representada como las ideas avanzadas de las naciones, por una tímida minoría.

FARGAS en su libro insiste en las operaciones conservadoras de útero en casos

de pequeños miomas; todos los libros hablan también de la miomectomía abdominal o vaginal; pero en la práctica eran pocos y escogidos los casos en que se hacía, y aún hay libros de ha pocos años como el de ORTZ, que la condenan por más mortífera y por que dicen que conserva un útero enfermo. Yo puedo decir que desde hace más de treinta años he venido haciendo hincapié en las grandes posibilidades de la cirugía conservadora del útero en los casos de mioma, y en la última década en que he dirigido la clínica ginecológica del Hospital de S. Pablo he podido hacer cirugía conservadora 48 veces entre 195 casos sin contar los miomas pediculados simples, lo que representa más de un 25 por ciento y si se descontara los casos en que la mujer tenía más de 40 años o que existía concomitantemente una anexitis dooble que inutilizaba ya el útero, tendríamos un porcentaje de miomectomías complicadas en mujeres en plena vida genital mucho mayor, con la ventaja de que algunas han tenido hijos posteriormente; la mortalidad de un caso entre 90 que abarca un periodo de 30 años, es la de cualquier laparotomía benigna y esto que algunos casos eran complicadísimos, hasta con esfacelo del tumor.

Otra ventaja sobre la operación radical es que conserva a la mujer un equilibrio hormonal perfecto. De modo que bien puedo decir que la miomectomía es más inocua que la histerectomía y debe procurarse practicarla siempre antes de los 40 años; querer es poder. Si no se hace más, creo que es porque el cirujano general cuida más del éxito momentáneo, que de la salvación del aparato genital. Confío en que vendrá día en que el conservadurismo vuelva a imperar y lo radical se guarde solo para casos de excepción.

En cirugía anexial vemos también esta evolución. Desde la época de LAWSON-TAIT en que todo se extirpaba de raíz, han ganado mucho terreno la conservación de todo o parte de un ovario con lo cual se evitan los trastornos ovarioprivos a lo que han contribuido mucho el mejor conocimiento que tenemos de las secreciones internas y el equilibrio hormonal.

Esto ha llevado como corolario el injerto de trozos de ovario en otras partes del cuerpo para asegurar el ciclo menstrual, a lo menos por una temporada, cuando existe el útero, para lo cual se ha tenido cuidado cuando éste está enfermo en parte, en conservar una porción suficiente para que la regla tuviera lugar creándose la histerectomía fúndica. Como al fin y al cabo estos injertos ováricos se atrofian, se han sustituido por los estrógenos con resultado temporal más o menos parecido. Desgraciadamente cuando el útero no existe los injertos ováricos dan un rendimiento muy incierto con respecto a la evitación de los fenómenos de la menopausia artificial. Si se examinan las cosas fríamente, sin partido previo, se verá que la menopausia natural poco tiene que ver con ésta; sus fenómenos son mucho más complejos y responden a un envejecimiento total del organismo; tanto es así que me ha sido dado ver mujeres castradas en plena madurez sexual, no tener fenómenos molestos después de operadas y en cambio al cabo de unos años, en la época correspondiente, presentan, bien claros, fenómenos de menopausia.

La cirugía tubárica ha beneficiado también de la tendencia conservadora y ello con miras a la procreación; y esta sí que ha sido una bella conquista. La abertura de un pabellón ocluido, la desobstrucción por acodamiento, la resección de una parte enferma para abocar la sana al útero y hasta el injerto directo de un ovario a un ojal uterino, constituyen hoy el desideratum de cuantos nos preocupamos para conservar en la mujer su fertilidad; es claro que no siempre se logra, y aun a veces a cambio de esta posibilidad quedan algunas molestias que no nos agradacen las interesadas, pero este desagradecimiento tiene la satisfacción compensadora de ver coronados nuestros esfuerzos por algún embarazo posterior. Con esto podemos dar por completado el periodo quirúrgico conservador y vamos a pasar a la etapa que podríamos llamar médica.

No es que no se hayan practicado siempre curas locales no sangrientas, lavados, pomadas, supositorios, líquidos modificadores, etc., y medicamentos internos para cohibir hemorragias, para provocar reglas o para tonificar un cuerpo empobrecido; antes de la era quirúrgica o sea cuando el aparato genital en función de reposo era un menguado apéndice del organismo femenino cuya patología se repartía entre tocólogos y el médico internista porque su fisiología era apenas conocida, se emplearon curas locales.

El impulso médico, posterior al quirúrgico lo podemos situar en el descubrimiento de las secreciones internas; arranca pues de las concepciones de BROWN-SQUART. En los libros de hace 50 años no se habla apenas del tratamiento médico de las ginecopatías, enfrascados sus autores en el auge creciente de la cirugía, pasa casi desapercibidos los primeros atisbos de la opoterapia que sólo consiguen llamar la atención por los fenómenos de carencia ocasionados por las numerosas castraciones que se practican; todo se dedica al bisturí y como «rara avis» vemos a ROBIN y DALCHÉ escribir todo un tratado médico de las enfermedades de la mujer que en el prólogo de su segunda edición en 1901 dice «el sujeto de estudio que vamos a tratar es tan vasto que durante largo tiempo podremos ahondar en él antes de llegar a sus límites. Pero nos daremos por ampliamente recompensados si llegamos a convencer a nuestros colegas que la medicina puede recuperar en patología genital todos los derechos que ha perdido». En la edición de 1909, trata ya ampliamente, con la confusión natural de los inicios, de la opoterapia ovárica y tiroidea y de la sinergia de los órganos de secreción interna, entreviendo algo del papel de la hipófisis. También dedica largos capítulos al tratamiento hidromineral y a las relaciones del aparato genital con todos los demás.

Esta visión protética se ha cumplido ya en este período de 40 años y hoy que está desbrozada y agotada la parte quirúrgica, la medicina toma su partido y el ginecólogo puede preocuparse del tratamiento médico con lo que se completa la especialidad en sus dos partes, médica y quirúrgica.

La ginecología ha beneficiado grandemente de las conquistas médicas de este siglo y principalmente del descubrimiento de las secreciones internas. Primero fue la ovárica en sus dos aspectos, la glándula intersticial de acción vagamente estimulante sobre el útero y la del cuerpo amarillo de decidida acción sobre el óvulo fecundado, según los experimentos de FRAENKEL. Esta acción fué perfilándose más empezando un tanteo de administración de preparados ováricos, glicerinados, extractos secos, glándulas en polvo, etc., principalmente en amenorreas o en mujeres castradas, pero los resultados eran imprecisos sin que lograran desviar la atención de los hechos quirúrgicos. Pronto se sumó a la secreción ovárica la tiroidea y más tarde empezó a descorrerse el velo de la hipófisis, esta glándula misteriosa que preside el crecimiento individual hasta el límite que la naturaleza le tiene asignado y acto seguido, estimulando la glándula genital, continúa en cierto modo el crecimiento del individuo en forma de otro ser, del mismo modo, pero infinitamente más complicado, que los seres unicelulares se multiplican por simple desdoblamiento una vez han alcanzado su estado adulto. A esta triada hormonal tan íntimamente relacionada se le unen, como no podía menos de ser, otras hormonas, como la suprarrenal, la tímica, la pancreática, etc., todas tienen que ver con el aparato que fabrica óvulos y los incuba y alimenta.

Como esto se hace luz sobre la fisiología del aparato genital en reposo, y quien dice fisiología dice patología; esclarecida la patogenia de muchos procesos, tenemos medio ganada la curación. Así se ha conocido bien el papel importante del tiroides que en el mixedema es amenorreizante por inhibición de la maduración ovular; en cambio en el hipotiroidismo ligero produce metrorragias, principalmente juveniles, que curan con la tiroidina; ciertas esterilidades se curan también mejor con esta hormona que con hormona ovárica y el falso bocio de las menopáusicas debido a un hiperfuncionalismo tiroideo, se cura con anti-tiroides. Los síndromes pluri-glandulares, tan frecuentes en la mujer, se perfilan cada día más y se medican mejor, sobre todos los hipofisarios como el síndrome adiposo genital de FROELICH; y la enfermedad de SIMONDS, estudiada recientemente por nuestro compañero CERVERA. Las hormonas ováricas dejan de emplearse rutinariamente y la folliculina y la luteína encuentran clara indicación en ciertos casos de esterilidad, aborto habitual, etcétera, debidos a carencia, en amenorreas o en metrorragias; la reacción biológica del embarazo nos pone sobre la pista de casos inciertos permitiéndonos una terapéutica más racional.

Otra conquista importante es el esclarecimiento del papel del sistema neurovegetativo en sus dos tipos antagónicos vagal y simpático y sus relaciones con las secreciones hormonales, que son mucho más complicadas en la mujer que en el hombre por su inestabilidad. Ello nos permite comprender y tratar mejor muchas dismenorreas, fenómenos dolorosos intercalados en la patología sexual y

trastornos a distancia de los procesos genitales que antes se colgaban muy cómodamente en el sambenito del histerismo. ¡Pobres mujeres, cómo se desentendía de ellas el médico con esto de que estaban locas de los nervios! Y todo por no comprender el desequilibrio nervioso vagosimpático en constante movilidad, influido por la riqueza e inestabilidad hormonal de que carece el hombre, que a su vez es influido por el sistema nervioso cuyo centro rector parece ser el diencéfalo, en extraña vecindad y correspondencia por el subtálamo óptico con la hipófisis, la glándula mantenedora de la especie. Esto ha hecho decir a MARAÑÓN que la mujer es un organismo de paso entre el infantilismo y la virilidad, afirmación a mi juicio equivocada; el tipo femenino puro no es un tipo de paso, es un tipo deamitivo y más complicado que el masculino, porque da a la especie, no sólo, uno de los elementos gonadales, sino también el arca santa de su incubación; pero es ser más complicado le da mayor movilidad y en la decadencia no evoluciona hacia el tipo pícnico o viriloide, sino hacia un tipo neutro en que se hermana con el masculino cuando éste ha perdido la virilidad, y que, como es más simple, lo hace con menos ostentación. El conocimiento de este complejo constitucional tan íntimamente ligado con el complejo hormonal, nos ha llevado a una mejor comprensión de los fenómenos de la menopausia natural con un cortejo de hiper o hipotiroidismo, suprarrenalismo y con sus estados de psiconeurosis ansiosa o emotiva, que tan bien han han estudiado MARAÑÓN y LAIGNEL-LAVASTINE.

Aparte de todo lo mentado concerniente directamente al aparato genital femenino, esta especialidad se ha beneficiado en alto grado de todos los adelantos de la medicina, tanto de patogenia como de terapéutica y laboratorio, que sería prolijo enumerar; sólo citaré como principales las radiaciones actínicas o caloríficas, la diatermia, las vacunas, las vitaminas, la proteinoterapia y últimamente las sulfamidas y la penicilina.

La ginecología es una especialidad que ha alcanzado ya la edad adulta, sin que esto signifique que haya llegado al límite de sus posibilidades. Más que las otras, está íntimamente ligada al organismo todo; ya no se puede llamar ginecólogo al que sepa extirpar un mioma; es preciso más, hay que conocer sus relaciones con el sistema vascular, el endocrino y el neurovegetativo. El médico que sólo sea ginecólogo no es médico ni ginecólogo; todo lo más, es un operario de la ginecología.

* * *

Hasta aquí he presentado la película de la ginecología, natural es que pase ahora algunos metros de la película del médico.

Si ahora que están de moda las entrevistas, me preguntan si estoy satisfecho de mi profesión después de medio siglo de ejercerla, diré sin titubeos que sí. Y lo es que no se cosechen disgustos y emociones dolorosas emanadas del propio ejercicio profesional, ni que el producto material del mismo represente el que puede en mi vejez permitirme el lujo de dedicarme al descanso. Es idea corriente que los médicos somos insensibles al dolor ajeno, y nada está más lejos de la realidad: el dolor ajeno horroriza muy a menudo al pensar que uno pudiera sufrirlo; pero el médico no tiene ni siquiera el derecho a exteriorizarlo; lo dice muy bien Benavent en un elogio de la Medicina en la frase que transcribo gustoso: *«Lo que sucede es que el médico, cuando nadie ve llegar la muerte, cuando todos sonríen a su alrededor confiados, es el único que no puede llorar todavía; y cuando todos lloran porque la ven llegar implacable, es el único que debe sonreír hasta el preciso instante, interponiéndose con fingida calma entre los ojos espantados del moribundo y la negrura insondable de la muerte.»*

A pesar de todo, las satisfacciones que en su ejercicio se encuentran son tan grandes que compensan sobradamente el estar constantemente en contacto con las miserias humanas.

Está sobradamente dicho que la medicina es un sacerdocio y que ha de estar alejada del mercantilismo, aunque nos sea necesario vivir de ella. Pero el que quiera disfrutar plenamente de la profesión debe sentirla también como artista; un pintor o un escultor pone su arte en su trabajo, disfruta mientras lo ejecuta y cuando se desprende de él se desprende de algo de su alma. Así, el médico, cuando cura, goza del bien que hace; por esto la máxima satisfacción la tiene en la visita hospitalaria, donde su trabajo no es comprado, ni está empañado por el vil papel;

cobra espiritualmente en dinero que no se pierde y en esta moneda poseo, como todos los médicos viejos, un capital del que, de vez en cuando, me permito distrutar con los ojos de mi memoria, como un avaro que cuenta su dinero. No sólo de pan vive el hombre, dice el refrán. Y para muestra citaré sólo dos casos.

Una mujer que sufre horribilmente de una cistitis, y en trance ya de pensar en el suicidio, después de haber agotado todas las medicaciones, acude al hospital; la mucosa vesical es como una piel de paquidermo; me decido a practicarle una fistula véscovaginal y la mujer deja inmediatamente de sufrir; a los dos años, regenerada ya la vejiga, cierro la fistula y la mujer no sufre nunca más. Todos los años viene a felicitarme en las grandes festividades; como es pobre, no me trae nada material, pero me trae el recuerdo de que un día la curé, que vale mucho más.

Otro caso. Soy llamado desde un pueblo cercano para un niño que sufre difteria; voy rápido con el instrumental para practicar la traqueotomía; no hay tiempo que perder, y sin tiempo de hervir el instrumental, apenas puesto el niño sobre la mesa, cesa de respirar. Está amoratado y parece muerto; con la voluntad de salvarlo hago el corte, que casi no sangra, introduzco la cánula y empiezo la respiración artificial. ¿Un minuto?... ¿Dos?... No lo sé... pero al cabo de un tiempo la piel se pone sonrosada, se inicia la respiración y abriendo los ojos nos dirige una mirada de reconocimiento. ¡Estaba salvado! Han pasado treinta y cuatro años, del niño no he sabido más, debe estar hecho un hombre maduro. Me pagaron el trabajo material, no mucho... Del dinero no queda nada, pero la angustia, el esfuerzo espiritual, me lo pagó el niño con su primera mirada de vuelta del otro mundo, que recordaré siempre.

De estas satisfacciones inmateriales, intercaladas de otras más pequeñas, las de todos los días, poco conoce el público y son las que hacen vivir al médico espiritualmente.

* * *

Pero la ginecología no culmina en poner en buenas condiciones de procreación a la mujer. Además de la esterilidad orgánica, hay una infecundidad matrimonial voluntaria que incumbe por igual estudiar al médico, al sociólogo y al moralista; y con ella voy a acabar esta cinta.

Hay una plaga social propia de países civilizados, la que más víctimas causa, de la cual apenas se habla; todo lo más, de vez en cuando, algún legislador que se siente moralista, se limita a recargar un poco el código penal, que es, para disminuir el mal, como poner una pica en Flandes. Esta demografía clandestina tiene sus altas y bajas en armonía con el ambiente social. En una comunicación que presenté a esta Academia en el año 1931 me ocupé de ella, llegando a la conclusión de que de poco sirven los códigos para reprimirla, ya que las únicas armas eficaces que se le pueden oponer son: la abundancia de los alimentos (ley aplicable a la reproducción de todo ser viviente), la morigeración en las costumbres de todas las clases sociales, el buen ejemplo de los de arriba y la práctica íntima de la doctrina cristiana.

El tiempo me dió la razón. Durante la guerra civil que azotó nuestra Patria se dieron estas circunstancias, pero en sentido contrario, y la plaga social se mostró más pujante que nunca, agravado esta vez porque se le ocurrió a un legislador, contra todas las leyes divinas y humanas, reglamentar y proteger esta plaga obligando a ponerse a su servicio a todos los ginecólogos de Cataluña, y especialmente a los de los grandes hospitales. En aquella época negarse a cumplir la ley era firmarse la sentencia de muerte; a pesar de todo, todos protestamos, aunque inútilmente. En mi calidad de Jefe del departamento en el Hospital de San Pablo, entendí que mi obligación era combatir la ley por todos los medios posibles; podía dimitir o darme de baja por enfermo, porque mi salud en aquel entonces era bastante precaria, pero entendí que esto hubiera sido una cobardía y decidí luchar con los médicos a mi servicio, como soldados inermes en una posición sitiada. Luché, pues, poniendo a la plaga cuantos obstáculos la imaginación me sugería, empleando incluso el lenguaje apostólico de la persuasión, sin que me alentara nadie más que mi conciencia; coseché ingentes victorias de índole médico-social que me dieron íntimas satisfacciones, pero también me hice blanco obligado

de serias amenazas que por suerte no llegaron a cumplirse, pero que les constan a todos cuantos me rodeaban... y, si llegan a ejecutarse, los mismos señores que me han apartado de mi puesto en el Hospital de San Pablo, seguramente se hubieran apresurado a escribir mi nombre en letras de oro sobre mármol blanco.

El fin de esta lucha que duró medio año, no fué tan aparatoso como la de San Jorge con el dragón legendario, pero sí tan peligroso por el estado caótico reinante, que huelga describir; tampoco tuvo por espectadores a los concellers y a la nobleza, sino a unos cuantos médicos del hospital. Consistió en elaborar primero, discutir después y hacer aceptar luego por la Consejería de Sanidad unas normas, que si aisladamente parecían sólo pequeños detalles de aplicación, tomadas en conjunto invalidaban por completo aquella ley. Esta fué mi lucha personalísima; las entrevistas en la Consejería se desarrollaron en un terreno quebrado y resbaladizo, pero acabaron en franca victoria, que permitió respirar tranquilos a los ginecólogos de los hospitales. *La ley quedó congelada un año y medio antes de acabarse la guerra.*

He omitido anécdotas y detalles muy interesantes del desarrollo de esta lucha, porque quizás ya a nadie importan, y hasta pueden ser molestos; pero que demuestran que no hubo por parte de los médicos catalanes, ni cooperación, ni pacto, ni siquiera aquiescencia con la ley. Estoy dispuesto, si a alguien le interesa, a discutir públicamente sus incidencias, tanto desde el punto de vista moral como social, como jurídico; porque me admira que ninguno de mis impugnadores a los que me he dirigido personalmente haya querido darme una explicación particular sobre la actitud a tomar, a pesar de haberla pedido reiteradamente. ¡Finezas de los tiempos modernos!...

Este triunfo sobre una ley única en el mundo, que era un baldón de ignominia para Cataluña, me proporcionó, como es natural, una de las alegrías que en la vida se pueden contar con los dedos de una mano. Pero no me di cuenta que me metí a redentor... y se cumplió el refrán en tierra de cristianos.

No es que aspirara a una medalla, porque no me seducen vanidades humanas, pero sí a un reconocimiento leal de mi esfuerzo.

En vez de esto he probado la amargura de una dura sanción oficial, seguida de otra, más incomprensible todavía, de los dirigentes del hospital cuyo honor defendi cuando todos se echaban para atrás, y hasta cierta indiferencia glacial de los que procuré proteger de todo riesgo.

Sólo puedo atribuir este error a la pasión que después de una guerra intestina se pone en los juicios y que vemos actualmente aplicada con distintos nombres en otras naciones, como una plaga social no catalogada en las que el Señor envió a Egipto, y contra la cual no se cansa de predicar el Papa. Juicios temerarios en que es nueva la forma de delito, caprichoso el castigo y desconocido en absoluto el ambiente en que se desenvuelve la acción. Yo quiero creer que esta pasión, el afán quizás de otros de pescar a río revuelto, y el haber salido de la lucha sin rasguños apreciables, habrá hecho ver como un abrazo lo que fué para mi dura pelea. Así me lo confirma la consideración de ecuanimidad deontológica de que he sido objeto por parte del Colegio de Médicos, el testimonio de adhesión de la Asociación de Obstetricia y Ginecología nombrándome su presidente, la estima de esta misma Academia y la aprobación particular de mis actos por altas jerarquías eclesiásticas. *Por esto confío en que, serenado el espíritu, sosegadas las pasiones, sabrá, quien corresponda, enmendar espontáneamente aquel error, no con una indulgencia que mi dignidad impediría aceptar, sino con una apreciación ponderada de los hechos.*

Relacionado con este asunto de la natalidad, los ginecólogos vamos del brazo con los sociólogos; tropezamos muchas veces con la esterilidad por enfermedad, pero también, como he dicho antes, vemos a menudo la infecundidad matrimonial voluntaria, ya practicando el método de Ogino, ya con otras prácticas que si no rozan el código penal son igualmente censurables en términos generales, pero que tienen su origen en las dificultades de la vida; en la encíclica *Casti connubii* del Papa Pio XI, se habla de esto largamente en tiempos menos difíciles que ahora.

Mientras el mundo esté racionado, mientras suba la carestía de la vida, los matrimonios no encontrarán dinero para ir a París a comprar hijos, y los racionarán también. El día en que, como antaño, cada hijo traiga debajo del brazo

un buen pan blanco, y que a la catolicidad a horas fijas corresponda una catolicidad íntima bien arraigada, aumentará la natalidad. Los premios a los matrimonios prolíficos son muy dignos de encomio, pero no harán nacer ni un niño más.

Tal es mi convicción sacada de una larga experiencia personal.

Señores: He llegado al término de la película que os prometí y es preciso separarnos. Os doy las gracias por la benevolencia con que me habéis escuchado, sobre todo en la última parte de esta disertación; *pero necesitaba dejar al borde del camino aquel molesto bagaje, por si lo encuentra un hombre probo que quiera romper una lanza en pro de la verdad.*

Y ahora, continúo camino adelante, con la frente alta y la mirada serena.