

VAGINOTOMIA OBSTETRICA *

DR. ALCIBÍADES MARVÁN.

Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina,
Sres. Académicos:

Presentamos como trabajo de ingreso a esta H. Academia, una comunicación sobre "VAGINOTOMÍA" por considerar que dicha intervención, dentro de su pequeñez, es trascendente en la práctica obstétrica. Convencidos de su sencillez y de la utilidad que presta, pugnamos porque se practique con más frecuencia, se mejore su técnica, se precisen sus indicaciones y se valoricen sus resultados.

El presente trabajo es un resumen de nuestras publicaciones anteriores, con algunas rectificaciones de criterio, mayor número de casos constatados y observaciones que habíamos omitido en los primeros casos estudiados.

La vaginotomía con fines obstétricos se practica en la pared posterior de la vagina, en sentido sagital, y habiendo previamente separado este órgano de la cara anterior del recto. Consta pues, de dos tiempos esenciales: *Separación recto-vaginal y sección sagital de la pared posterior de la vagina*. Para realizarla empleamos la siguiente técnica:

* Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, leído el 7 de noviembre de 1956.

1º *Episiotomía media*, pequeña, prácticamente vestibular, sólo suficiente para hundir la tijera roma en el tabique recto-vaginal y abrirla después en el espesor del mismo (Fig. 1 y 2).

2º *Corte sagital de la vagina*, con la misma tijera roma, tan profundo como las necesidades del caso lo requieran (Figs. 3 y 4)

3º *Episiotomía diagonal optativa*, según las condiciones del perineo.

Terminado el parto y verificado el alumbramiento, la reconstrucción se lleva a efecto por planos anatómicos en el siguiente orden:

- a) *Sutura de la vagina*. (Fig. 5).
- b) *Afrontamiento muscular y aponeurótico*.
- c) *Sutura subcutánea*. (Fig. 6).

Tres finalidades se han buscado en la intervención: *Ampliar la vagina y hacer desplazables sus paredes laterales, proteger el recto en su pared posterior y disminuir la incidencia y gravedad de los desgarros vaginales laterales*. El porvenir ginecológico de la parturienta, desde el punto de vista estático-genital, estará subordinado a la obtención más o menos real de estas finalidades y a una reconstrucción anatómica correcta.

I.—AMPLIACIÓN DEL CANAL VAGINAL.

La capacidad de la vagina es limitada y la facultad de ampliarse en el momento del parto es distinta según la edad. Frecuentemente está ligada a padecimientos locales o generales y a trastornos tróficos. La vaginotomía obstétrica amplía la vagina, libera la zona inferior de la misma (zona de mayor fijeza y permite el desplazamiento hacia arriba y hacia afuera de sus paredes laterales.

Un canal vaginal amplio favorece el descenso de la presentación y facilita cualquier maniobra de extracción del producto disminuyendo el traumatismo obstétrico del mismo.

Las marcadas diferencias que existen en el parto eutócito, entre primíparas y múltiparas se explican en gran parte, por la distinta amplitud del canal vaginal que existe en unas y otras. En el parto pélvico de primigesta, la mortalidad y morbilidad fetal son siempre altas. Consideramos que para explicar este fenómeno, el factor vaginal no ha sido valorizado con realidad.

Nuestras comunicaciones al respecto, tienden a demostrar que logrando quirúrgicamente una vagina amplia en las primíparas, la incidencia de la distocia, la morbilidad y la mortalidad fetal tienden a hacerse semejantes

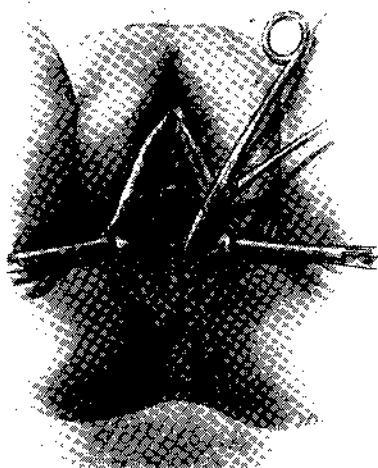


FIG. 1

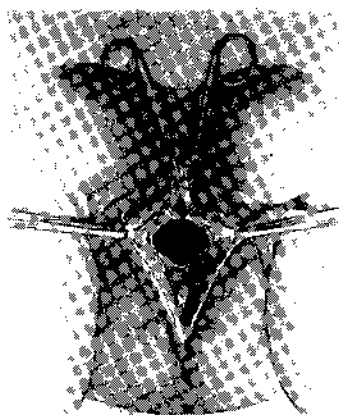


FIG. 2

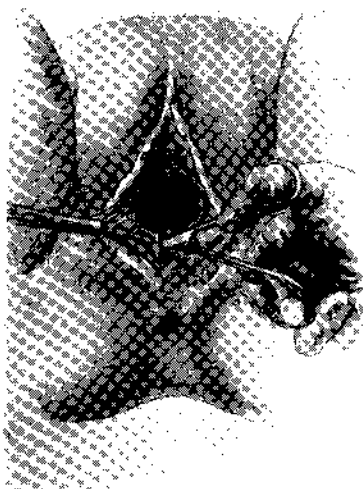


FIG. 3

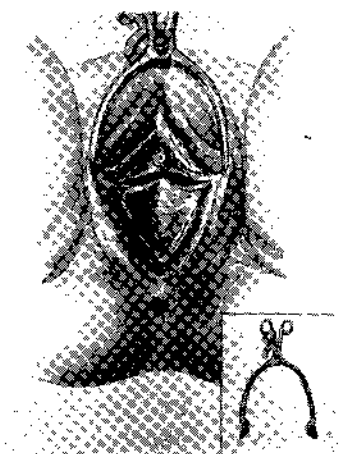


FIG. 4

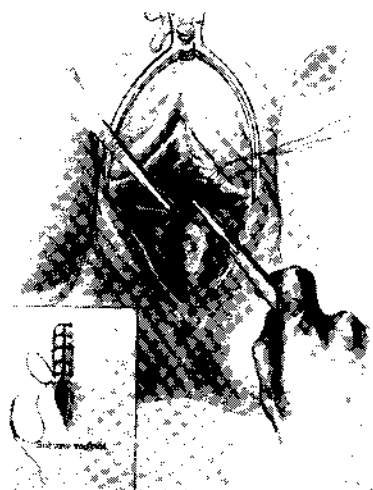


FIG. 5

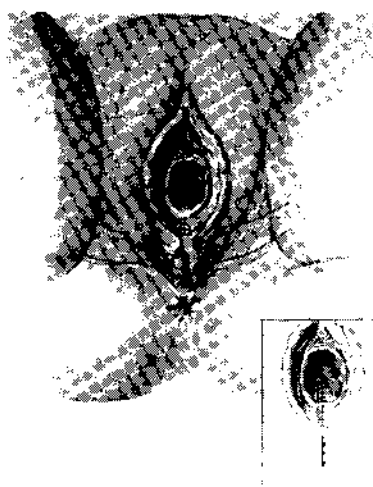


FIG. 6

en la mujer que da a luz por primera vez y en la que lo ha hecho varias veces; dado que, eliminado el factor resistencia vaginal, que es por sí mismo obstáculo para el descenso, expulsión y extracción de la cabeza última, persistirán solamente, tanto en la primípara como en la múltipara los mismos factores de distocia pélvicos y fetales. Quedaría por discutir si los factores dinámicos no son para el parto pélvico más favorables en la primípara que en la múltipara.

La versión interna y las aplicaciones de fórceps se facilitan con vaginas amplias y en igualdad de condiciones obstétricas, se vuelven difíciles con vaginas estrechas y poco distendibles.

II. PROTECCIÓN DE LA PARED ANTERIOR DEL RECTO.

Las lesiones de la pared anterior del recto, se producen por desgarros del esfínter del ano que se propagan, por compresión prolongada y por maniobras instrumentales intravaginales.

Separado quirúrgicamente el recto de la pared posterior de la vagina, la propagación del desgarro vaginal a este órgano se hace imposible por falta de continuidad anatómica. Las compresiones prolongadas en los descensos lentos se vuelven difíciles porque verificada la vaginotomía el recto se vuelve fácilmente desplazable (sección del tabique recto-vaginal).

El corte sagital de la vagina, no evita las lesiones del esfínter del ano, dado que éstas son consecuencia de desgarros perineales y no vaginales; de ahí la necesidad de practicar episiotomía oblicua o diagonal en los perineos cortos, independientemente a que se haya o no practicado vaginotomía.

Es el momento de subrayar que, *vaginotomía y episiotomía son intervenciones distintas: la vaginotomía amplía la vagina y protege sus paredes laterales, la episiotomía amplía la vulva y protege el esfínter del ano*. Una y otra intervención se complementan y a ninguna de las dos es posible pedir lo que no pueden dar: bien poco puede ampliar el orificio vulvar un corte que sólo interesa la pared posterior de la vagina y sólo se modifica el orificio terminal del canal del parto cuando se secciona la vulva, la piel, aponeurosis y músculos perineales.

De hecho, quienes preconizan "*episiotomías amplias*" y hasta "*bilaterales*" en las vaginas estrechas: en el parto pélvico, aplicaciones de fórceps, versión y extracción podálicas, están recomendando y practicando *vaginotomías laterales* que son en principio antianatómicas y en nuestro concepto responsables de accidentes graves.

La *vaginotomía lateral es antianatómica* porque se lesiona con ella la región más vascularizada de la vagina, *es antiobstétrica*, porque no permite la ampliación simétrica de la vagina y *es antiquirúrgica* porque su reparación es difícil e insegura.

Mucho podría hablarse sobre los serios inconvenientes que tiene todo corte vaginal con fines obstétricos que no se realiza en la línea media. La formación de hematomas, hemorragia post-parto, infecciones de la fosa isquiorrectal y hasta algunas parametritis puerperales, son cuadros patológicos que nos parecen íntimamente ligados en su etiología a la práctica de esas "*episiotomías amplias*" *vaginotomías laterales* practicadas en masa cuya propagación se hace anfractuosa e incontrolable.

III.—PROFILAXIA DE LOS DESGARROS VAGINALES GRAVES.

Pocos autores separan para su estudio los desgarros vaginales de los perineales. Es frecuente encontrarlos descritos en el mismo capítulo y hasta ser designados con el mismo nombre: "*desgarros vagino-perineales*". Excepcionales son quienes hacen un esfuerzo para subrayar la diferente importancia que tienen las lesiones obstétricas de la vagina y las del perineo, y quienes expresan con claridad su distinta etiología, el tiempo diferente del parto en que se producen y los distintos elementos anatómicos que lesionan. Esta confusión nos explica en parte, las cifras contradictorias constatadas en

estadísticas consideradas como clásicas: los desgarros "vagino-perineales" son en las primíparas de 30% para Maygryer, de 51% para Döderlein, de 50% para Wells, de 70% para De Lee, y de 73% para Carrel.

La común denominación, crea confusión estadística, pero el no subrayar que la importancia clínica de uno y otro tipo de lesiones es absolutamente distinta, es un error trascendente que, a nuestro juicio, es responsables de muchas tragedias obstétricas. Los desgarros vaginales amplios y anfractuoso son factores de mortalidad y morbilidad materna que, a nuestro juicio, no han sido correctamente valorizados y que la episiotomía por sí sola no es capaz de evitar.

Tanto en el parto espontáneo, como en la extracción manual o instrumental del producto, el desgarro vaginal se produce antes que el perineal, puesto que la vagina se distiende primero. Así se explica la coincidencia no excepcional, de perineos íntegros con lesiones vaginales amplias y hasta graves y la ineficacia de las episiotomías que se practican cuando ya la vagina se ha desgarrado.

Las paredes vaginales son menos extensibles que los planos perineales, excepción hecha de las aponeurosis, es decir, la pared vaginal resiste menos a la distensión que los músculos y la piel del perineo. En colaboración con el Dr. Javier Soberón hicimos, para la preparación de su tesis profesional, algunas mediciones al respecto. Aunque el equipo y la técnica empleados distaron mucho de ser de "precisión", los factores de error se conservaron sensiblemente constantes en todas las observaciones, y por eso creemos, que si no logramos medir, cuando menos sí pudimos comparar la distinta resistencia que ofrecen, antes de romperse, fragmentos sensiblemente iguales en sus tres dimensiones, de pared vaginal y de tejidos perineales (músculo y piel). En todos los casos, los fragmentos vaginales resistieron menos al ser estirados por pesos progresivamente crecientes que los perineales; oscilando las diferencias de resistencia entre la pared vaginal y la piel del perineo de un 70 a 120%. La diferencia con el músculo es tal que escapa a toda comparación.

Los desgarros vaginales laterales revisten gravedad especial: son anfractuoso, profundos y muy sangrantes, con frecuencia comunican la vagina con la fosa isquio-rectal; características anatómicas que los hacen incompletamente visibles, poco accesibles y difíciles de reparar correctamente. Se acentúan las dificultades y la peligrosidad de estas lesiones, cuando las paredes vaginales *fijas* han sufrido verdaderos machacamientos obstétricos o instrumentales; en tal situación, los intentos frustrados de reparación y hemostasia aumentan las lesiones y la gravedad del cuadro clínico. Estos

desgarros son verdaderos estallamientos vaginales, causa frecuente y de mucha importancia de la hemorragia post-partum grave y mortal. Aunque existen casuísticas publicadas que parecen probar lo contrario y en donde las lesiones vaginales no hacen acto de presencia, o están apenas mencionadas con un 0% delante como causas de mortalidad, seguimos pensando que este tipo de lesiones ha matado más enfermas que la "inercia uterina" y los "trastornos en la coagulación sanguínea", causas muy invocadas para explicar la muerte cuando falta la autopsia. Decíamos a este respecto en la IX Asamblea Nacional de Cirujanos de 1951: "Las estadísticas publicadas no son la verdad misma, sino uno de tantos medios que existen para acercarnos a ella, su valor está subordinado, a la capacidad de observación de quienes constatan, clasifican y subordinan los hechos y a la sinceridad de quienes las forman y publican. . ."

"Hemorragia grave", decíamos entonces, "es en nuestro concepto la hemorragia persistente debida a lesiones obstétricas uterinas y vaginales" . . . y subrayábamos la importancia de estas últimas, haciendo incapie en la gravedad de las lesiones laterales, la dificultad con que se tropieza para repararlas correctamente y la frecuencia con que son parcialmente ignoradas.

Dexeus Font, refiriéndose a este tipo de lesiones dice textualmente: "Contra la opinión generalmente reinante de que los desgarros vaginales son poco frecuentes, escasamente hemorrágicos y por lo tanto de poco interés clínicos, debemos elevarnos categóricamente" . . . "Sangran en abundancia a veces profusamente y dan origen a situaciones muy comprometidas que pueden terminar fatalmente" . . . el mismo autor, califica la vaginotomía media previa como tratamiento profiláctico "eficásísimo" para este tipo de lesiones.

La vaginotomía media disminuye la incidencia y la gravedad de los desgarros vaginales laterales en la extracción manual e instrumental del producto y prácticamente los evita en el parto espontáneo de la primípara. Los desgarros yuxtaclitorideos son igualmente evitados por la vaginotomía y por la episiotomía.

INDICACIONES DE LA VAGINOTOMIA MEDIA

Hemos practicado la Vaginotomía Media con fines obstétricos en la mayor parte de las primíparas que hemos atendidos con productos a término, en múltiparas poco distensibles o con plastias vagino-perineales o vaginotomías anteriores y además la hemos hecho como "tiempo" preliminar, de

toda operación obstétrica por vía vaginal. La consideramos formalmente indicada en las *primíparas con vaginas estrechas y poco distensibles, en el parto pélvico, y como tiempo preliminar en la aplicación de fórceps, la versión y la extracción podálica.*

CASUÍSTICA:

Hemos practicado 638 vaginotomías con la técnica que en esta comunicación presentamos, de las cuales 534 fueron practicadas en primíparas y 104 en múltiparas; en el parto pélvico 39, previamente a la aplicación de fórceps y versión 28, el resto en partos espontáneos. En dos partos consecutivos en la misma enferma hemos practicado la vaginotomía 91 veces. en tres partos consecutivos en 13 ocasiones.

OBSERVACIONES:

1º *En el parto espontáneo de las primíparas:*

La última parte del descenso (tercero a cuarto plano) y el desprendimiento de la presentación, se llevaron a efecto con facilidad y rapidez en todas las primíparas con vaginotomía media que dieron a luz espontáneamente. En ningún caso se practicó "fórceps electivo".

El número de desgarros vaginales laterales fué de 7, ninguna de estas lesiones fué calificada como grave.

2º *En el parto espontáneo de las múltiparas:*

Ni plastias vaginoperineales, ni vaginotomías anteriores fueron motivo de distocia en las múltiparas en quienes se practicó la vaginotomía media, en ningún caso los mismos antecedentes fueron motivo de dificultades técnicas para realizar la intervención de que nos venimos ocupando.

3º *En el parto pélvico:*

En el parto pélvico practicamos la vaginotomía con presentación alta, entre primero y segundo planos, ni la presentación ni la cabeza presentaron dificultades para su desprendimiento en los casos constatados. Tuvi-mos una muerte fetal no atribuible al parto. En ningún caso se presentaron desgarros laterales de la vagina.

4^a En las aplicaciones de fórceps:

En las aplicaciones directas, no observamos desgarros laterales, en las que realizamos en cabeza sin rotar el desgarro lateral se presentó en 9 casos; en ninguno de ellos revistió esta lesión carácter grave, cuando se practicó vaginotomía media previa.

DOLOR POST-OPERATORIO:

Sólo observamos post-operatorios dolorosos cuando además de vaginotomía practicamos episiotomía. En la mayoría de los casos (no constatamos con suficiente disciplina para poder señalar cifras) encontramos como signos constantes en los perineos dolorosos: equimosis o edema; ambos atribuibles a técnica defectuosa en la reconstrucción de la episiotomía; mala hemostasia, "espacios muertos", o puntos, que en lugar de afrontar simplemente los músculos perineales los estrangulaban.

En ninguno de los casos presentados se produjeron lesiones del recto ni del esfínter.

Estas son, en resumen, las observaciones que hemos podido realizar en las vaginotomías practicadas por nosotros; queremos en lo futuro sujetarlas a mejor disciplina y esperamos con mucho interés, antes de sacar conclusiones, que otras personas se ocupen del problema que hoy presentamos, para ratificar o rectificar nuestros conceptos.

México, D. F., 7 de noviembre de 1956.

*COMENTARIO QUE HACE EL DR. MANUEL MATEOS
FOURNIER AL TRABAJO DE INGRESO QUE PRESENTA
EL SR. DR. DN. ALCIBIADES MARVAN A LA ACADEMIA
NACIONAL DE MEDICINA **

EL TRABAJO DE INGRESO que presenta el Dr. Marván con el título de VAGINOTOMÍA, se refiere a una pequeña intervención obstétrica, como él la califica, pero que resuelve grandes problemas y da enormes beneficios a la parturienta y al médico que la asiste.

Desde hace 200 años, se pensó por primera vez, ampliar el orificio vulvar cuando éste ofreciera resistencia excepcional a la salida del producto, y a través del tiempo, con las modificaciones y variantes necesarias, se llegó a implantar como un procedimiento dentro de la técnica quirúrgica-obstétrica, denominándosele Episiotomía o Perineotomía como la llama Lorca.

En los actuales momentos, es de uso común y se prodiga con amplitud, no creyendo que exista por ahora, especialista que niegue los beneficios que esta intervención reporta, abreviando el tiempo perineal del parto, permitiendo la salida del producto retenido en este sitio, frecuentemente en forma prolongada, sobre todo en las primíparas de estrechas y resistentes partes blandas, con grave riesgo para la vida del niño y con intenso sufrimiento para la madre.

En este orden de hechos, el Dr. Marván se le ha ocurrido ampliar la vagina, seccionándola, con el fin de facilitar el descenso del producto. En efecto es una pequeña operación, pero antes, nadie la había pensado y si alguien casualmente la practicó, no fué calculada su trascendencia, ni se pre-

* Leído el 7 de noviembre de 1956.

cisó su técnica y sus indicaciones. Así pues a él le corresponde el mérito y nosotros aplaudimos calurosamente el talento del Dr. Marván, considerándonos beneficiados con su idea, que adoptamos como buena y razonable desde hace 4 ó 5 años, por considerar que facilita el parto de las primíparas y de algunas múltiparas y que con ello, se hace profilaxis de las graves y muchas veces mortales lesiones de la vagina, en las extracciones instrumentales del producto.

Natural es que nosotros adoptáramos una nueva técnica que mejora la duración del parto en uno de sus tiempos, pues desde hace muchos años, venimos pugnando por abreviarlo, mediante una serie de maniobras manuales y a fin de disminuir el sufrimiento materno y el riesgo para el producto, auxiliados además con ciertas drogas y bajo anestesia general. Ya en esta Honorable Academia, he tenido el honor de presentar tres comunicaciones relativas bajo el título de "El Parto Rápido" y "Alumbramiento Provocado" en los años de 1946, 1947 y 1953. Con el fin de disminuir la resistencia de las partes blandas y como primer tiempo de las maniobras hemos aconsejado, la dilatación manual de vulva y vagina, introduciendo la mano bien lubricada, en forma de embudo y ejecutando movimientos rotatorios de la misma, para empuñarla después y conseguir así ampliación suficiente del canal. Lo mismo hacemos con el cuello uterino, cuando tiene condiciones especiales de dilatabilidad, por los procedimientos bimanual de Harris y unimanual de Rizoll, y entonces la impulsión normal del producto por la contracción uterina, que reforzamos con medicamentos y auxiliándonos por la expresión de Kristeler conseguimos el descenso y rotación interna del producto que llega así a la vulva, en donde hacemos sistemáticamente episiotomía central. Pero sucede como lo hemos explicado en repetidas ocasiones, que muy fáciles y rápidas estas maniobras en las múltiparas, no lo son en las primíparas cuya rigidez especial de los tejidos no permiten estas dilataciones en suficiente grado y es precisamente aquí donde la Vaginitomía del Dr. Marván tiene su aplicación, aliviando las dificultades y permitiendo el descenso fácil del producto por la supresión de la resistencias, como la episiotomía alivia el desprendimiento al nivel de la vulva. Y más aún puedo asegurar que en muchas ocasiones y tratándose de primerizas, la vaginitomía ha sustituido una aplicación de fórceps en el plano medio.

Me parece, que el uso combinado de los dos procedimientos, es más efectivo y así lo he hecho en las primerizas y en las intervenciones obstétricas vaginales, considerando que no es solamente la vagina la que detiene

el descenso del producto, sino los músculos y aponeurosis que la envuelven y que integran el diafragma uro-genital o piso de la pelvis.

Pero no dejamos de considerar que si vencemos la resistencia de los tejidos estirándolos más allá de lo razonable, aunque no haya dislaceración aparente, dejamos la vagina flácida por ruptura submucosa inapreciable de los elementos histológicos del tejido conjuntivo que le da su elasticidad. En el mismo orden de hechos, podemos decir de las vulvas que han sufrido distensiones exageradas sin romperse, dejando pasar grandes cabezas fetales, quedan amplias y flácidas, con severa mengua de sus funciones copulatorias y de sostén. Por eso es que desde hace muchos años, hemos abominado de las maniobras llamadas de protección perineal, que si bien protegen la integridad cutánea en un número determinado de casos, producen estiramientos musculares y roturas subcutáneas y submucosas que no serán en verdad causas de salud y bienestar futuro de la mujer. Y en nuestra manera de pensar y de actuar, todo cuanto se oponga o retrase la salida del producto, es inconveniente para éste y para la madre. Por eso es que en lugar de ejecutar maniobras de problemáticos beneficios para la madre, opinamos por la episiotomía y ahora también por la vaginotomía que alivia y facilita la expulsión del producto cuya permanencia prolongada en la vulva, significa, además de tantos inconvenientes, una mortalidad siete veces mayor según Zak, después de un cuidadoso estudio comparativo de 5,600 casos atendidos con una y otra técnica.

OPERACIONES OBSTÉTRICAS.

Al expresar el Dr. Marván que los desgarros vaginales profundos han matado más enfermas que la inercia uterina y los trastornos de la coagulación sanguínea, ha dicho una sentencia y una gran verdad que denota su basta experiencia y claro juicio. Estas graves lesiones se producen con el fórceps y son tanto más importantes, mientras más altas sean las aplicaciones y mientras más veces se ejecuten las rotaciones instrumentales internas de la cabeza. Las hemorragias a que da lugar el desgarro cuando éste es lateral, son profusas y son más graves que las uterinas, pues éstas, frecuentemente es posible controlarlas con medicamentos o medios físicos que procuran la contracción del útero, como el taponamiento apretado de gases. A las paredes laterales de la vagina se adosa en su tercio inferior, el bulbo vaginal y más arriba un rico plexo venoso que se entremezcla con las ramas arteriales anteriores y posteriores de la hemorroidal inferior. En el tercio superior de la vagina está la arteria vaginal y las ramas vaginales de la

uterina, que en la mujer embarazada adquieren proporciones demasiado importantes. Los desgarros que interesan estos vasos, dan hemorragias graves y sólo se cohiben con suturas profundas, frecuentemente ciegas y muy difíciles de hacer aún para el especialista experimentado, aunque se actúe en medios quirúrgicos apropiados, con ayudantes, buena luz y buen instrumental.

La vaginotomía hace profilaxis de estas lesiones ampliando la vagina y orientando el desgarro, si éste tiene que suceder, sobre la pared posterior del conducto, en donde la vascularización es menor y en donde el acceso para la sutura no ofrece grandes dificultades. En algunas ocasiones, a pesar de haberla practicado, hemos observado de todos modos desgarros laterales, casos en los cuales, hemos estado seguros de haber practicado la sección vaginal tímidamente. De cualquier manera, en estas enfermas, las lesiones fueron menos importantes y por consecuencia, nunca revistieron gravedad.

Tanto para el fórceps, como para la extracción manual podálica y versión por maniobras internas, la practicamos con mucha frecuencia, auxiliándonos de la episiotomía central, para cuando no se requiere gran ampliación vulvar o bien oblicua diagonal cuando el producto tiene importantes dimensiones o se presenta en posterior o en actitudes de deflexión, cuando peligra la integridad del esfínter anal y del recto. La maniobra previa que aconseja el Dr. Marván de despegar la pared posterior de la vagina, del recto, introduciendo una tijera cerrada curva y roma a través del ojal para abrirla después y que se hace en la horquilla como el inicio de una episiotomía central es muy importante también y hace profilaxis de la ruptura de estos órganos, aunque consideramos que si éstos se rompen, con esmero y buena técnica se consiguen excelentes reparaciones. Algunas veces traen consigo desagradables consecuencias para la enferma y motivo de inquietud y disgusto para el médico como es la pérdida de las suturas y la cicatrización por segunda intención lenta y penosa o las fístulas recto-vaginales como desagradabilísimas secuelas.

No es la primera vez que tengo que referirme a un trabajo del Dr. Marván y siempre lo he hecho con profundo interés por su calidad como especialista. En esta ocasión lo hago con mayor gusto que nunca, por tratarse en primer lugar, de un procedimiento original que marca nuevas rutas en la técnica obstétrica en beneficio de la madre y del niño. En segundo lugar, por ser la ocasión en que es honrado inmerecidamente con un sitio en la Sección de Gineco-Obstetricia de esta Honorable Academia. Lo felicito sinceramente deseando que su inteligencia y su claro sentido de observación, sigan siendo luz para nuestra oscura ciencia.

CURRICULUM VITAE DR. A. MARVAN

DR. ALGIBIADES MARVÁN. Hizo sus estudios profesionales en la Escuela Nacional de Medicina, donde se graduó el año de 1935 el 25 de junio. Desde ese año ha sido, sucesivamente, Profesor Adjunto de Clínica de Obstetricia, Profesor de Obstetricia Teórica, de Clínica Obstétrica; y, de las mismas disciplinas, en la Escuela de Post-graduados. Ha escrito 13 trabajos sobre especialidad, siendo miembro de varias Sociedades de esa misma especialidad, siendo miembro fundador y Presidente de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.

Ingresó a la Academia el día 7 de noviembre de 1956 pasando a ocupar un sitial en la Sección de Ginecología y Obstetricia.

