



1917

N. 3329

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Retro-Posiciones Uterinas

Intervenidas por la vía vaginal

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIÁN BALLVÉ

Ex-ayudante del Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires (1909-10-11)

Ex-practicante agregado al Servicio de Cirujía de la Sala VI del Hospital de Clínicas (1912-13-14)

Ex-practicante de la Policía de la Capital (1912-13-14)

Ex-practicante externo con guardia del Hospital Durand (1913)

Ex-practicante mayor del Hospital Fiorito (1914)

Ex-practicante menor de la Asistencia Pública, Casa Central (1915-16)

Ex-practicante interno por concurso del Hosp. J. A. Fernández (1916-17)

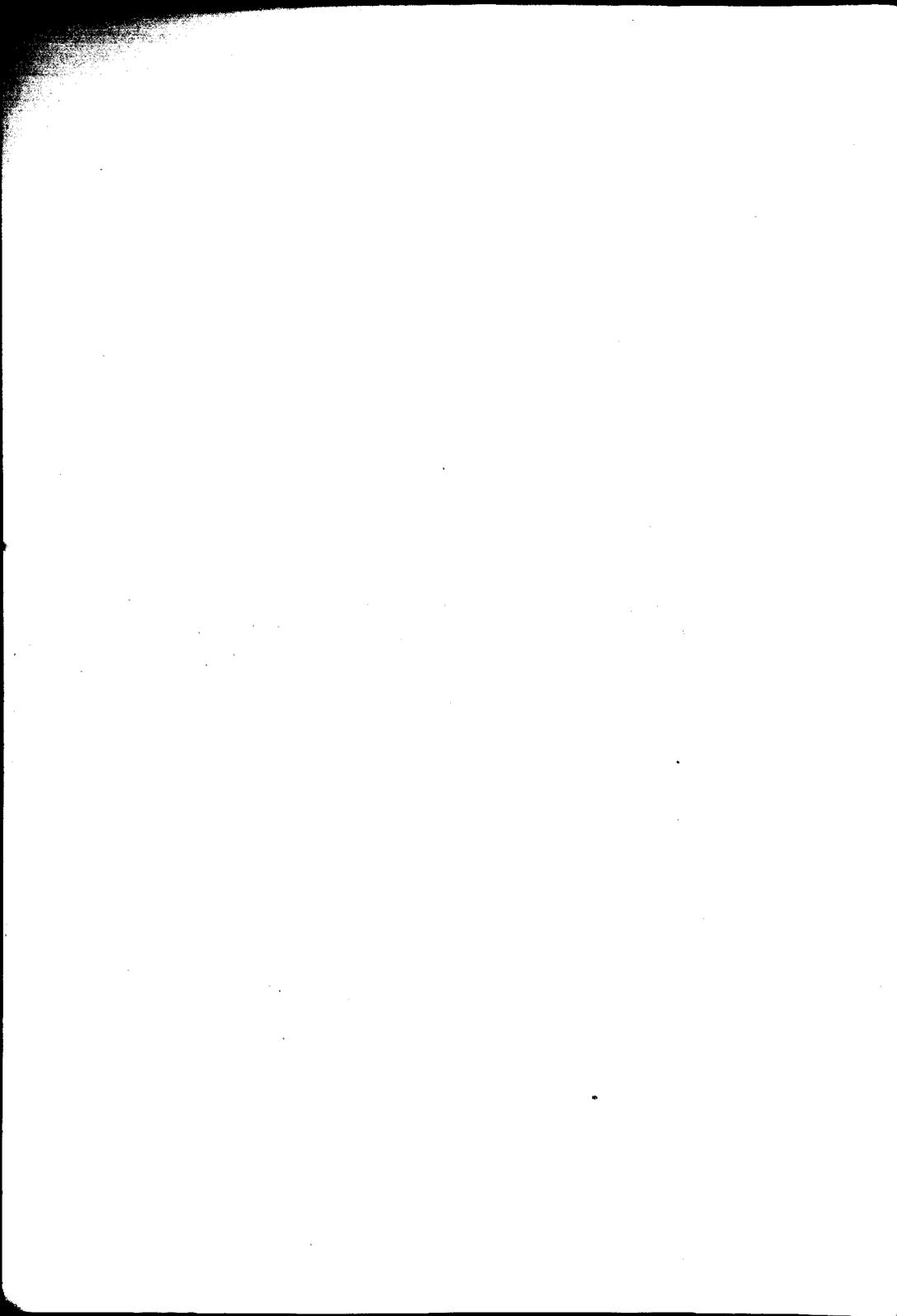


BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1917

Retro-posiciones uterinas intervenidas por la vía vaginal



Año 1917

N. 3329

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Retro-Posiciones Uterinas

Intervenidas por la vía vaginal

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIÁN BALLVÉ

Ex-ayudante del Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires (1909-10-11)

Ex-practicante agregado al Servicio de Cirujía de la Sala VI del Hospital de Clínicas (1912-13-14)

Ex-practicante de la Policía de la Capital (1912-13-14)

Ex-practicante externo con guardia del Hospital Durand (1913)

Ex-practicante mayor del Hospital Fiorito (1914)

Ex-practicante menor de la Asistencia Pública, Casa Central (1915-16)

Ex-practicante interno por concurso del Hosp. J. A. Fernández (1916-17)



BUENOS AIRES

Imp. BOSSIO & BIGLIANI CORRIENTES 3151

1917

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRELL

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BORRI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIOGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO E. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRELL
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO
24. » » PEDRO BENEDIT

Secretario General

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

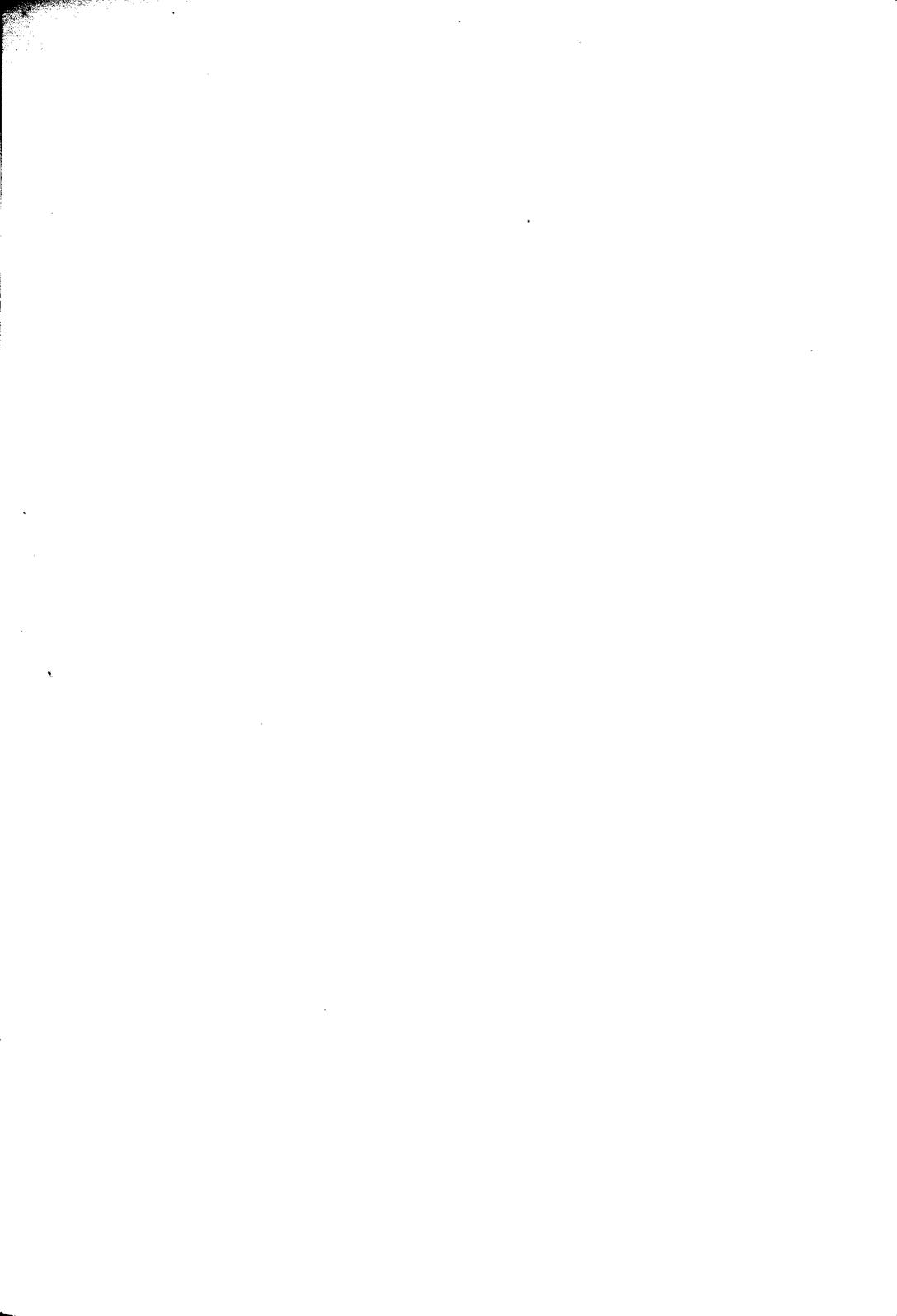


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSO DE CASTRO
6. » » CARL S CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » EUFEMIO UBALES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU

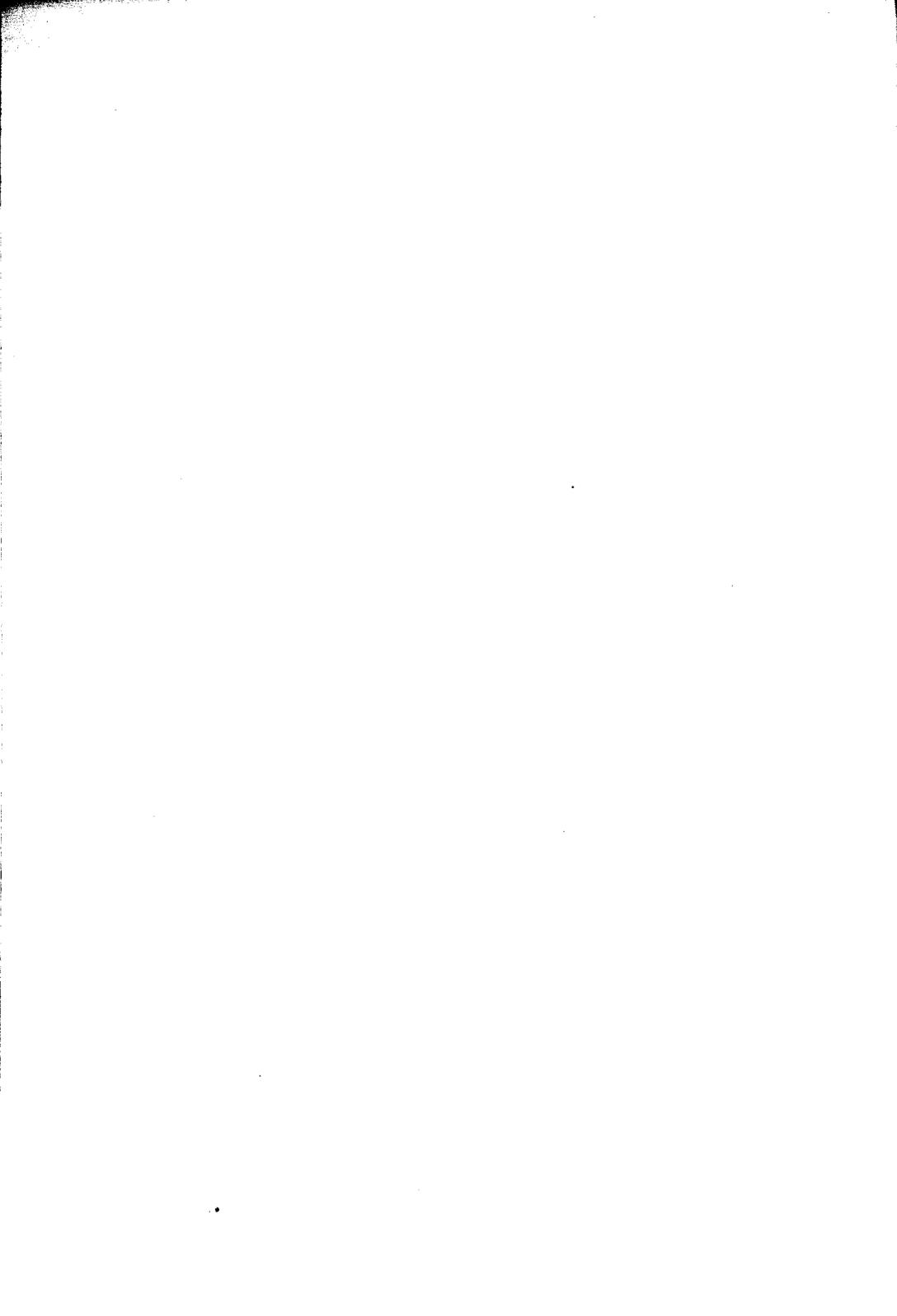


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEIGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANOÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica .	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicio clínico.	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSTI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica..	» BALDOMERO SOMMER
Clinica Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SENORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRAT
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología Interna.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Clínica oto-rino-laringológica..	» RICARDO COLON
	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUÉZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEBBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» JEAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» BERNABEO BOUSSAY
Semiología y ejercicios clínicos.....	» ROBERTO RIVAROLA
Anatomía patológica.....	» SALVADOR MAZZA
Materia médica y terapéutica.....	» BENJAMIN GALARCE
Medicina operatoria.....	» FELIPE A. JUSTO
Patología externa.....	» MANUEL A. CARBONELL
Clinica dermato-sifilográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
» génito-urinary.....	» ALFREDO VITON
» epidemiológica.....	» JOAQUÍN LLAMBEA
» oftalmológica.....	» ANGEL H. ROSSI
» oto-rino-laringológica.....	» JOSÉ MORENO
Patología interna.....	» ENRIQUE PINO CHIETTO
Clinica quirúrgica.....	» CARLOS ROBERTSON
» Neurología.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» Médica.....	» CASTELLFORT LIGONES
» pediátrica.....	» ENRIQUE M. OLIVIERI
» ginecológica.....	» ALFONSO CAYALLOS
obstétrica.....	» NICOLÁS V. GREGO
Medicina legal.....	» PEDRO L. BALANA
Clinica Psiquiátrica.....	» JOAQUÍN SIN POSADAS
	» FERNANDO E. TORRES
	» FRANCISCO DESTEFANO
	» ANTONINO MARCO DEL PONTI
	» ADOLFO SOCIETI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LAGUÉ
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARRIARÓ
	» EDUARDO MARIÑO
	» JOSÉ ARCE
	» ALFONSO E. MAROTTA
	» LUIS L. TAMINI
	» MIGUEL SUSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHIETTO
	» JOSÉ M. JORGE ILLI
	» OSCAR COPPOLA
	» JOSE LEYVA DIAZ
	» ANTONIO P. KELÉSA
	» TOMÁS R. KENNY
	» ADOLFO E. LANDIVAR
	» VICENTE DIMITRI
	» GOMULO E. CHIATTORI
	» JUAN JOSÉ VEGAS
	» PABLO E. MORSALENE
	» RAFAEL A. BULBICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. CARLA
	» JOSÉ DENTELANO
	» JUAN B. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» MAMBRETO AUCÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIMÉ SALVADÓR
	» DOMINGO PEGARRO
	» CARLOS R. CIRIO
	» JULIO BIRBANE
	» OSVALDO E. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUÉZ
	» ALBERTO PERALTA BAMOS
	» FORTUNO J. TRONCÉ
	» JUAN R. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUES
	» VICTORIO MONTEVERDE
	» JUAN A. GARASTOT
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOAQUÍN A. GSEBOO
	» JAVIER BERANEN
	» ANTONIO FODINSA
	» AMABLE JONES





ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc..	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNÁNDEZ

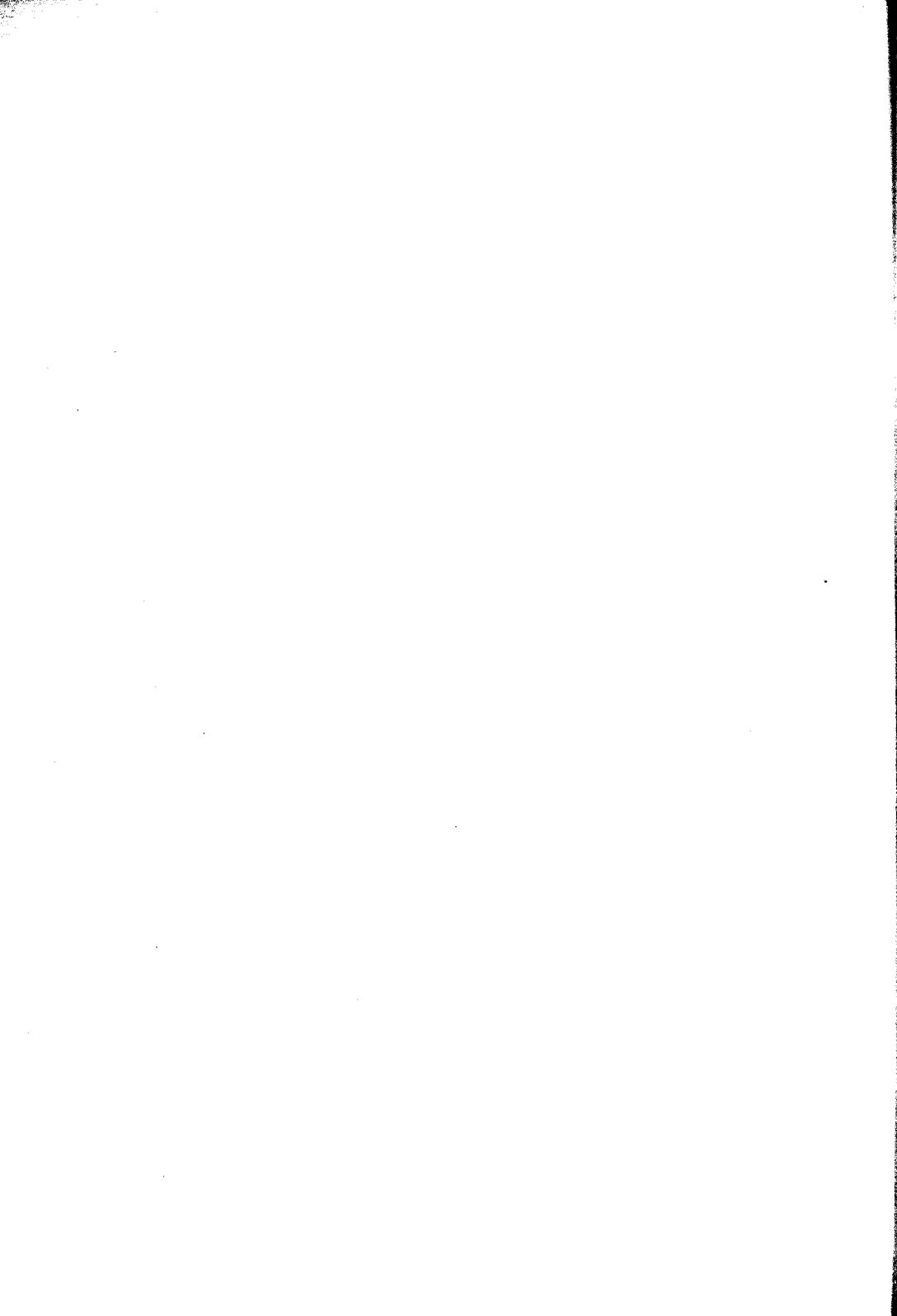


ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica.....	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal.....	» ADOLEO MUJICA
Química farmacéutica orgánica.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er curso).....	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	» RICARDO SCHATZ
Química analítica general.....	» FRANCISCO P. LAYALLE
Farmacognosia especial.....	SE. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Técnica farmacéutica (2º curso).....	Dr. J. MANUEL IRIZAR
 Asignaturas	
Física farmacéutica.....	Dr. TOMÁS J. RUI
Química farmacéutica inorgánica.....	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica.....	SE. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química farmacéutica orgánica.....	Dr. LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial.....	SE. OSCAR MIALOCK
Química analítica general.....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas.....	— —
Mineralogía y Geología.....	
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general.....	— —
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Toxicología y Química legal.....	» JUAN B. SEÑORANS



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	* LEÓN PEREYRA
3.er año.....	* N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
* TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)
* CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



PADRINO DE TESIS

DOCTOR ALBERTO CHUECO

Miembro de la Academia de Lima

Miembro de la Academia de Río de Janeiro

Jefe de la Sala II del Hospital J. A. Fernández



A LA MEMORIA DE MI PADRE

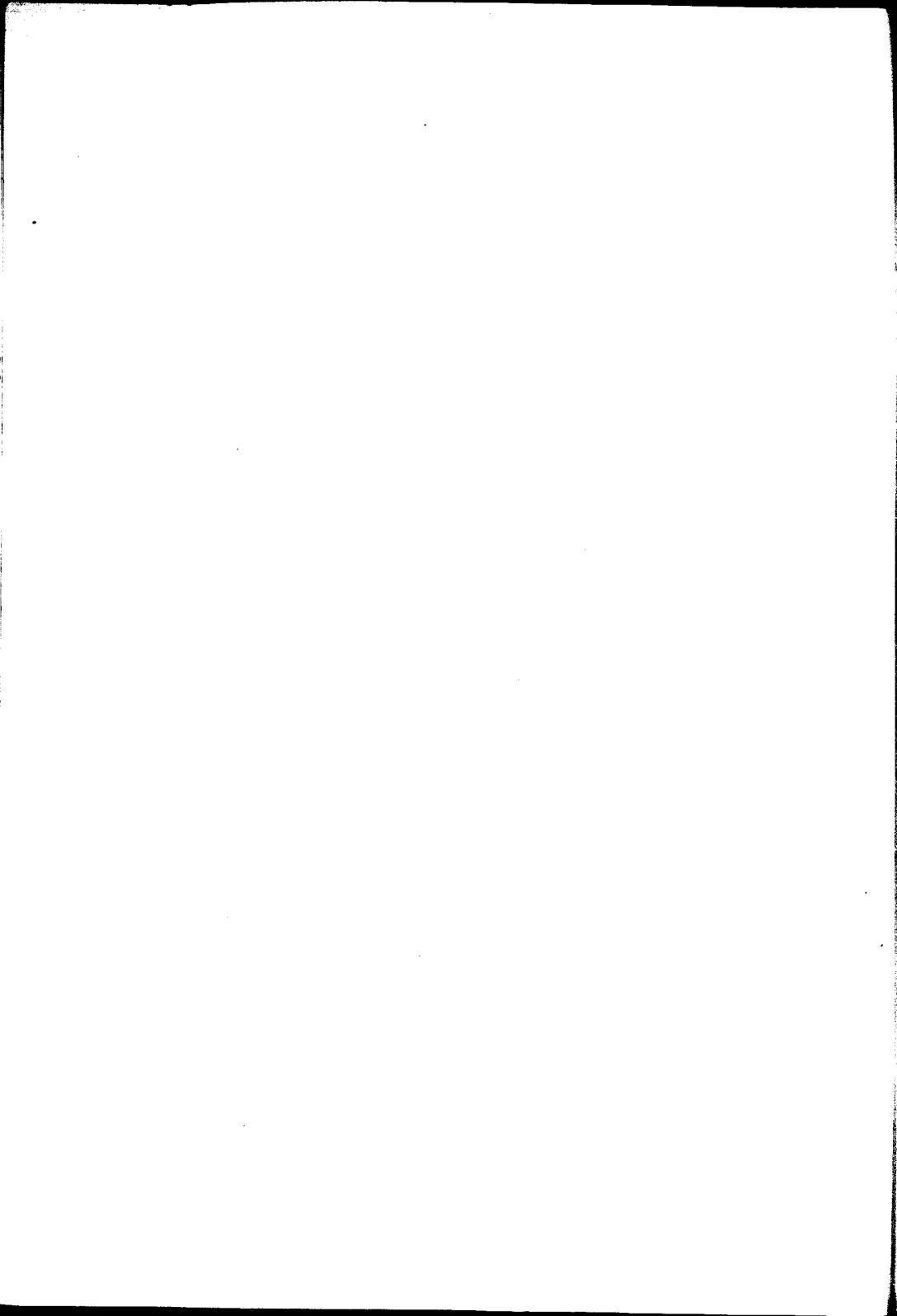
MI MEJOR MAESTRO

A LA MEMORIA DE MI ABUELO ANTONIO SIRVEN



A MI SANTA MADRE

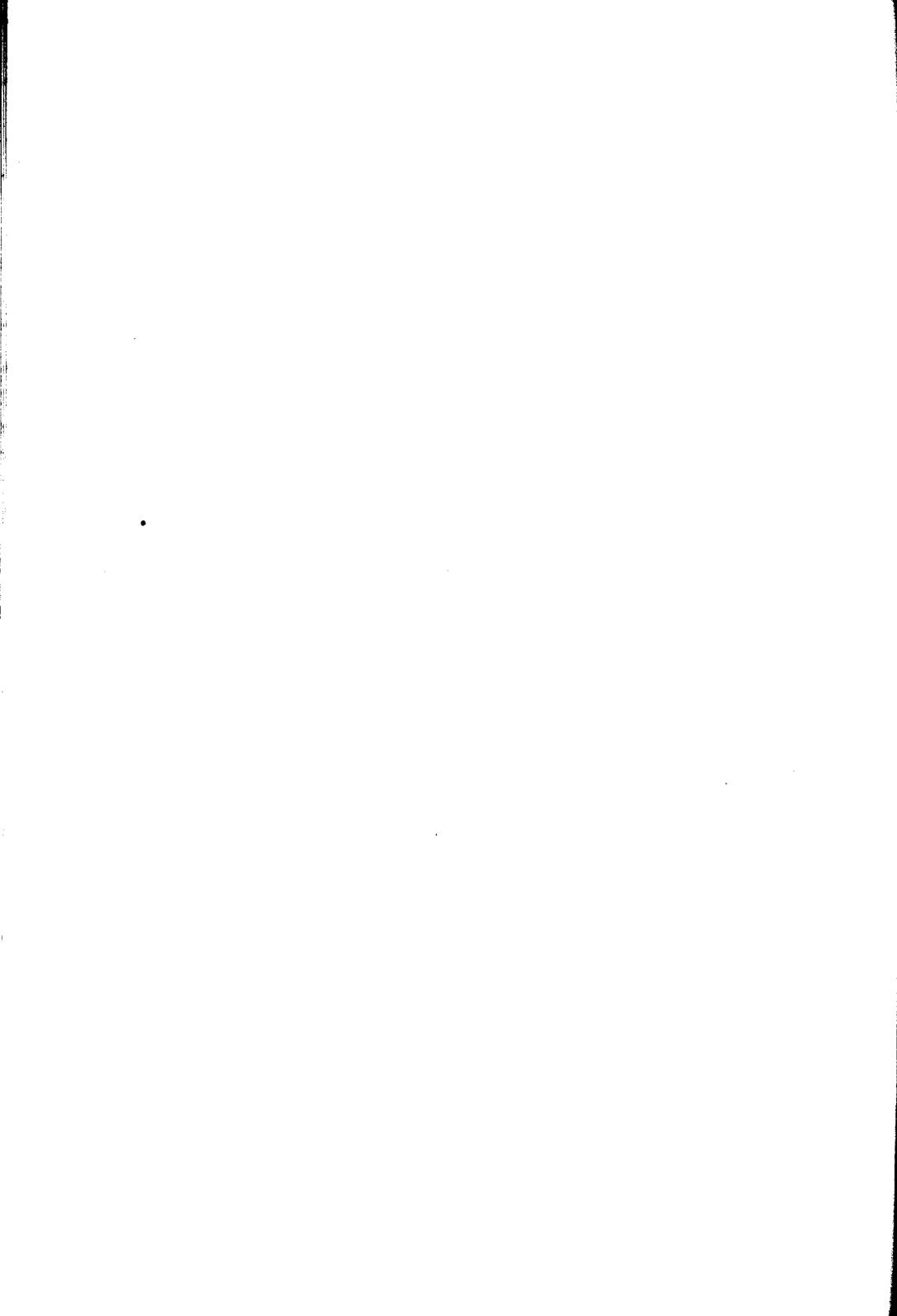
A MI ABUELA



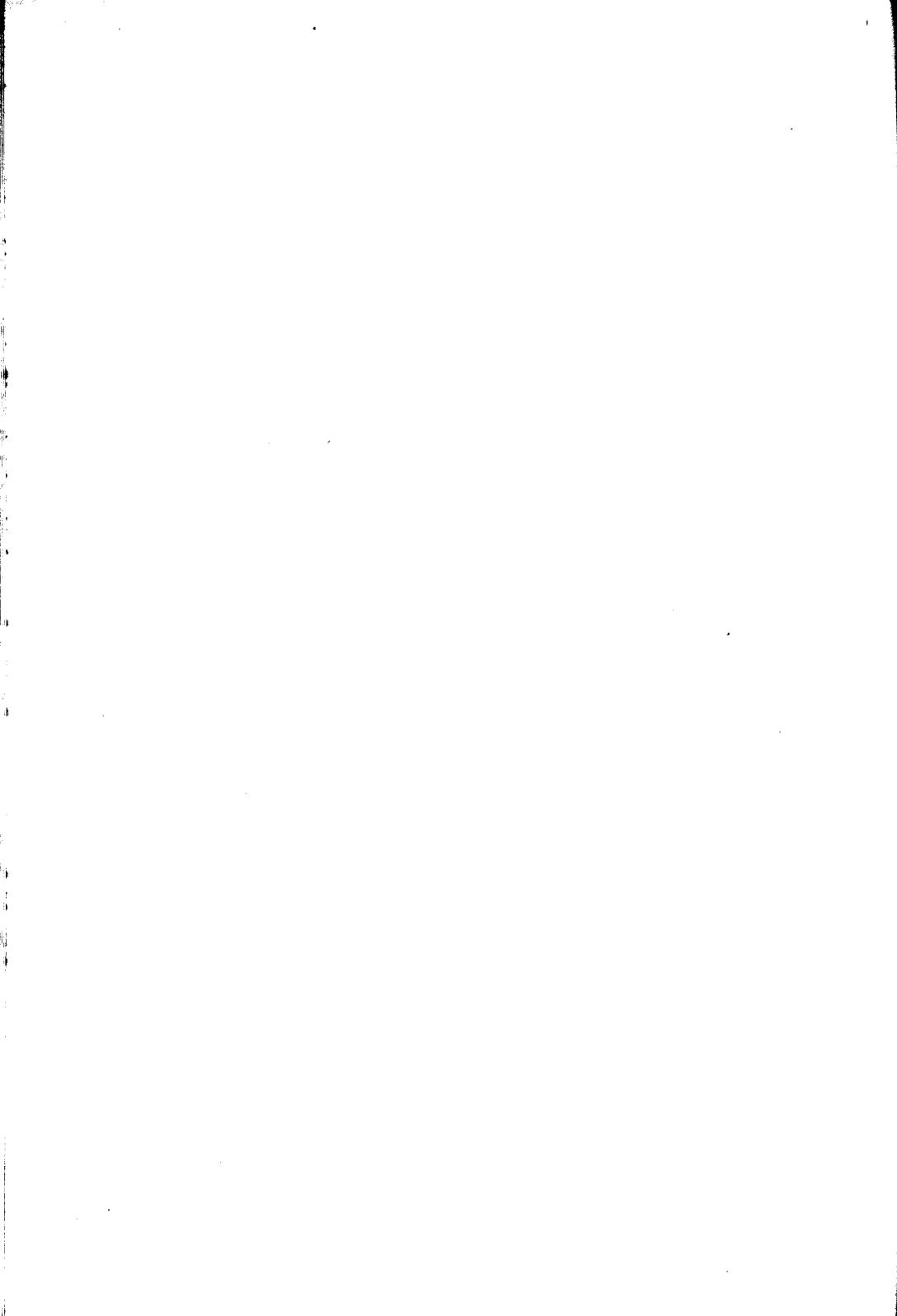
A MIS HERMANOS



AL CAPITAN DE NAVIO HORACIO BALLVÉ



A LOS MIOS Y A MIS AMIGOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Ha llegado el momento en que presento a vuestra consideración el último trabajo en que me debéis juzgar como alumno y reclamo una vez más la indulgencia, el consejo y la enseñanza que me habéis otorgado a manos llenas cada una de las mil veces que los he necesitado en el curso de mi carrera.

Agradecer particularmente a cada uno de vosotros sería pasar en revista la lista completa de profesores, por lo que puedo asegurar que alcanza a todos por igual mi respeto y consideración.

Al Dr. Alberto Chueco, hábil e ilustrado ginecólogo que me dispensa el honor de acompañarme en este trabajo, mi mejor amistad.

Quiero dejar especial constancia de mi reconocimiento a los Dres. Marcelino Herrera Vegas y José M. Jorge que me enseñaron a deletrear en Medicina.

Al Dr. Juan Carlos Almanza, como sincero y leal amigo, mis mejores afectos.

Al personal técnico del Hospital J. A. Fernández y en particular a los Dres. Angel Villa, José B. Martínez, Ricardo Sarmiento Laspiur, U. Carbone, C. Manzone, R. Gandulfo y J. J. Caride, de quienes tantas enseñanzas recibí, mi amistoso recuerdo.

Al Dr. Carlos Edo y a los médicos de la Casa Central de la Asistencia Pública, mi mejor recuerdo.

Mi imperecedero recuerdo a aquellos que me hicieron pasar horas inolvidables durante mi internado en el Hospital Fernández.

CAPTULO I

Historia

Entre las primeras intervenciones que se efectuaron por vía vaginal figuran las que se hicieron con el objeto de corregir retro-posiciones uterinas. La de Amussat en 1840, que consiste en cauterizaciones de los fondos de saco vaginales hechas con el objeto de «solidificar el útero.» Es digno de hacer notar que esta intervención marca el primer paso de la cirugía ginecológica conservadora del útero y sus anexos.

En 1868 Richelot (padre), intenta fijar el cuello uterino a la pared posterior de la vagina con el objeto de corregir una retro-desviación de la matriz. En 1887 Nicoletti, de París, propone con ese objeto una intervención que consiste en modificar las inserciones de la vagina sobre el cuello.

El primero que tuvo la idea de hacer una col-

potomia para llegar al cuerpo del útero y fijarlo, fué Von Raveneau en el año 1886, y poco después Reed y Follet aplican por vía vaginal el procedimiento del ginecólogo rumano Jonnesco o sea la cuneo histeroplastia que él propuso por vía abdominal.

En 1888, ya más generalizada la vía, Schukling y Schwartz practican un procedimiento de vagino-fijación en buen número de casos, pero sin obtener los resultados que esperaban.

Para no citar uno por uno a todos los cirujanos que desde el año 1890 hasta la fecha, han contribuido al desarrollo de la vía vaginal, en el capítulo de la cirugía conservadora que estudiamos en este trabajo, nos contentaremos con citar a aquellos que más han contribuido a que esta vía ocupe el lugar a que es acreedora. Doyen, con su procedimiento de reducción de la cara anterior del útero, Duhrness preconizando la colpotomia anterior, Schauta, Zwiffel, Bertheim, Makenrodt y el célebre maestro ruso Ott, que proponiendo nuevas técnicas o modificando otras, han contribuido tan eficazmente a hacer cada día más factible la técnica operatoria.

Entre nosotros, la práctica de la cirugía vaginal es un hecho reciente, si no se aceptan como tal, las tentativas aisladas de nuestros primeros maestros en la materia que con técnicas poco precisas e

instrumental deficiente no pudieron formar escuela y dejar sentado como en las clínicas europeas las indicaciones precisas de esta vía.

Cabe al Prof. Zárate ser el iniciador de esta cirugía, pues en compañía del Dr. Chueco, practicaron en el Hospital Juan A. Fernández las primeras operaciones de cirugía conservadora por vía vaginal; práctica que se continúa cada vez más perfeccionada hasta el presente en que el último acaba de presentar un trabajo a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, proponiendo un nuevo procedimiento para la intervención de las lesiones supuradas de los anexos. Al Dr. Chueco, debemos también la publicación de las primeras observaciones del tratamiento vaginal en las retro-desviaciones que figuran en el trabajo presentado al Congreso de Lima en 1913. Publica luego un trabajo sobre Gestaciones y Partos en las intervenidas por retro-posiciones por vía vaginal, en que los casos llegan a 6 y que hoy llegan a 11, figurando en las estadísticas de este trabajo.

Secundando este esfuerzo inicial los Doctores B. Calcagno, Cirio, Gandulfo, Rosendi, Alsina, Bottaro, Malbrán, etc.; han contribuido eficazmente a que la cirugía vaginal conservadora, sea una conquista definitiva en el campo de la cirugía ginecológica.

CAPITULO II

Clasificación y descripción de los procedimientos operatorios

En este capítulo haremos una breve reseña de los procedimientos que más comúnmente se emplean para la corrección de las retro-posiciones del útero y más especialmente de los que hemos visto aplicar y tenido la oportunidad de efectuar personalmente en el servicio de ginecología en que hemos actuado.

Con el objeto de facilitar el estudio de los métodos operatorios que vamos a describir, nos ha parecido conveniente clasificarlos en dos categorías. Una que comprende los métodos creados, para llevarlos a cabo por la vía abdominal y que los vaginalistas han aplicado a la vía baja; y en la segunda los ideados para ser ejecutados exclusivamente por ella.

Primera categoría:

Jonnesco.—Cuneo-histeropexia.

Baldy.—Ligamentopexia posterior.

Segunda categoría:

Histeropexias indirectas	Sobre los ligamentos útero-sacros	Kelly Schauta Bode
	Sobre los ligamentos redondos.	Godhino Schata Wertheim
Histeropexias directas	Llegando al peritoneo.	Langes Makenrodt Duhrsen Ledentu-Pechevin Richelot Gottschalk Pryor Freund Amussat
	Sin llegar al peritoneo.	Lchuking Thiem Sweifel Jacobs

Procedimiento de Jonnesco. — Se efectúa una colpotomía anterior y después de separar el útero de la vejiga se abre el peritoneo y se atrae el útero hasta hacerlo bascular y exteriorizarlo; se revisan los anexos y se hace sobre la cara anterior de la matriz una cuña lo más grande posible, pero teniendo cuidado que en su profundidad no interese la mucosa; luego se aproximan los dos labios de esta cuña con hilos de seda lo que trae como consecuencia un acortamiento de la cara anterior del útero que corrige la mala posición, se cierra la colpotomía y se deja o no, según el caso, un pequeño drenaje.

Procedimiento de Baldy. — Por colpotomía anterior se exterioriza el útero y se toman los dos ligamentos redondos, se les hace hacer un ansa por detrás de la matriz y se fijan entre ellos y con el útero para que impedidos de correrse hacia abajo, no coadyuven a mantener la posición que se quiere evitar.

Histeropexias indirectas sobre los ligamentos útero-sacros

Procedimiento de Kelly.— *Colpotomía posterior.*—
—Atraviesa con un hilo el origen de los ligamentos útero-sacros por debajo del peritoneo, llega hasta la pared lateral de la pelvis a una altura que varía con el grado de desviación, luego anuda.

Sobre los ligamentos redondos

Procedimiento de Schata, Bode y Godinho. — Por colpotomía anterior llegan a los ligamentos redondos, los pinzan cerca de su inserción uterina y traccionan suavemente, formando así un ansa que mantienen por medio de un surget. Se llega a conseguir un acortamiento de 5 o 6 centímetros.

Procedimiento de Schauta. — Por colpotomía anterior llega a los ligamentos redondos, los tracciona con una pinza, formando un ansa que sutura luego por delante del útero con el ansa del lado opuesto.

• *Procedimiento de Wertheim.* — Muy semejante al procedimiento de Shauta, difiere no obstante, en que, en lugar de unir las ansas por delante del útero las fija por separado, en la vagina.

Histeropexias directas intra-peritoneales

Procedimiento de Langer. — Por colpotomía anterior atrae al útero a la incisión y lo fija con hilos a las paredes de la vagina, luego cierra esta con una sutura en sentido ántero-posterior para conseguir un alargamiento en sentido longitudinal.

Procedimiento de Mackenrodt. — Hace una colpotomía anterior y una insición que partiendo desde un centímetro atrás del tubérculo sub-uretral, va

a terminar en la parte media de la insición de la colpotomía anterior; disecan los dos colgajos de la pared vaginal y separa la vejiga del útero; atrae al útero por la colpotomía y lo fija por puntos de crin a los colgajos de la vagina; sutura luego, rehaciendo la pared de la vagina.

Procedimiento de Duhrssen.—Hace una colpotomía anterior, atrae el útero levantado por un histerómetro, y lo fija a la vagina por dos o tres puntos de catgut, que toman todo el espesor de la vagina, menos la mucosa; cierra la herida.

Procedimiento de Le Dentu - Pichevin. — Hace una colpotomía anterior y atrayendo el fondo del útero lo fija mediante puntos transversales que hacen que la herida de la colpotomía se cierre en sentido ántero-posterior.

Procedimiento de Richelot. — Hace colpotomía anterior atrayendo el fondo del útero lo fija mediante puntos transversales que hacen que la herida de la colpotomía se cierre en sentido ántero-posterior.

Procedimiento de Freund.— Por colpotomía posterior fija la cara posterior del útero al peritoneo, situado por debajo del promontorio.

Extra-peritoneales

Procedimiento de Amussat.— Se cauteriza con el termo-cauterio el fondo de saco posterior bus-

cando que las adherencias que se forman entre el labio posterior del cuello y las paredes vaginales corrijan las desviaciones uterinas.

Procedimiento de Schuking. —Practica una fijación del fondo del útero con el fondo de saco anterior; para ello se pasa una aguja de mango, cargada con doble hilo, por la cavidad del útero hasta el fondo, luego deprime el fondo de saco anterior hasta ponerlo en contacto con el fondo de la matriz, y pasa la aguja, corta el hilo y retira la aguja; une luego los dos cabos.

Procedimiento Sweiffel. —Abre el fondo de saco anterior a termocauterio tratando de no herir las partes vecinas, una aguja introducida en la cavidad atraviesa la pared anterior y sale por la herida tomando uno de los labios. Sutura.

Operaciones plásticas

Procedimiento de Doyen. —Por colpotomía anterior llega a la cara anterior de la matriz y hace una jareta con seda y cuando ésta se cierra produce un acortamiento de esa pared del órgano.

~~~~~

## CAPÍTULO III

### Indicaciones y contraindicaciones

Los diversos procedimientos operatorios que en el anterior capítulo he pasado en revista, los unos han caído en el olvido, por no haber satisfecho sus resultados, en cambio los otros han merecido según el concepto que cada operador tiene de la manera como debe tratarse una desviación uterina, una preferencia que prueba, con el número de casos tratados. De lo que he visto en la práctica, deduzco que a cada caso en particular debe aplicársele un procedimiento operatorio, de lo que se infiere que no es posible sentar reglas en absoluto, pues teniendo en cuenta la diversidad de los factores que intervienen en la etiología de la afección, se explica que un procedimiento que puede ser bueno para una observación determinada deje de serlo, para otro caso dado.

Así creo pues, concretando diremos, que no es posible tratar de la misma manera, una retro-desviación adherente de una que no lo es; así como también, no ha de aplicarse análoga intervención en una enferma con amplia vagina portadora de una retroposición con útero grande a otra enferma nulípara con útero y vagina pequeños, portadora de una retroposición congénita.

En el servicio del Dr. Chueco, los procedimientos que con más frecuencia he visto aplicar son, en orden de frecuencia: Jonnesco, Baldy, Doyen, y Baldy y Doyen asociados.

Después de siete años de haber practicado la vía vaginal en una forma casi sistemática mi ex jefe el Dr. Chueco, observa la siguiente conducta para con las enfermas que ingresan a su servicio de ginecología del hospital Fernández portadoras de la afección de que vengo tratando: Procedimiento Jonnesco por colpotomía anterior en las retro-posiciones adherentes que se acompañan de meiritis y anexitis dobles.

Procedimiento de Jonnesco o bien Baldy asociado a Doyen, en las retro-posiciones uterinas no adherentes en multíparas con anexos sanos.

Procedimiento de Baldy en las retro-posiciones uterinas congénitas no adherentes.

Ahora bien, creo que el éxito de estas intervenciones estriba en toda una serie de pequeños de-

talles que es menester no olvidar y que hay que tener bien en cuenta, para el resultado final. Así pues me permitiré detallar lo que he visto y practicado para obtener la curación de esas lesiones.

Supongamos a una enferma múltipara provista de amplia vagina que es portadora de una retroposición uterina fuertemente adherente que se acompaña de una lesión uterina y anexial doble igualmente adherente, la conducta a seguir será la siguiente: Previa comprobación de la naturaleza bacteriológica del flujo vaginal, dato que es menester tener en cuenta antes de intervenir, pues será un elemento ilustrativo para saber a que atenerse respecto al tratamiento conservador de las lesiones anexiales, y efectuado el análisis de orina y preparación de la enferma, que consiste en lavajes vaginales antisépticos, purgante el día anterior al de la operación, se interviene en estos casos bajo anestesia etérea, suministrada con el aparato de Ombredanne, o clorofórmica si existiera un contraindicación a la primera; luego con bencina se lava vulva y vagina y con alcohol se frota suavemente la mucosa vaginal y por último con tintura de yodo se toca el cuello del útero y se procede luego a efectuar un raspado uterino; realizado este primer acto operatorio se cambian las compresas y se impregna luego con bencina

la vagina, y se procede de inmediato a efectuar la colpotomía anterior. Por la brecha abierta del peritoneo el dedo índice que investiga la magnitud del proceso rompe las adherencias que retienen el útero a la pared del recto, operación que se realiza sin abandonar la pared posterior del órgano, cuando el útero se encuentra libre se le tracciona colocando sucesivamente escalonada pinzas herinas especiales que van del cuello hacia el fondo del órgano, en esa forma, se consigue sin violencia alguna exteriorizar el útero por la vagina; pero si a pesar del desprendimiento efectuado la matriz no desciende, es indicio que los anexos adherentes igualmente lo retienen y para ello, es menester desprenderlos para exteriorizar todos los órganos genitales internos; una vez realizada esta maniobra el descenso del útero se obtiene fácilmente y se mantiene mediante el concurso del histerolabo Sommer el que lleva al órgano por fuera de la vulva en muchos casos en que no existe brevedad de los ligamentos anchos.

Antes de realizar el procedimiento de Jonnesco o cúneo-histeropexia, se tratan las lesiones anexiales, efectuando en ellas cirugía conservadora o bien cirugía mutiladora tanto más radical cuanto mayor sea el grado de intensidad del proceso inflamatorio. La cúneo-histeropexia, como su nom-

bre lo indica consiste en la extirpación de una porción del tejido de la pared anterior alargada del útero, extirpación que debe realizarse teniendo en cuenta dos datos importantes para el éxito de la operación; primero: Que no se llegue a la cavidad uterina, perforando por lo tanto la mucosa del órgano y segundo, que la cuña del tejido uterino extirpado no se realice ni muy arriba en las inmediaciones del fondo del órgano, ni muy abajo en las proximidades del cuello, sino en la parte media del cuerpo del útero en sentido transversal al eje de la matriz. Deberá tomarse con una pinza dentada el centro de esa cuña luego de haber retirado el hysterolabo, y manteniendo al útero por dicha pinza a bisturí se hará un óvalo sobre la serosa peritoneal, luego se profundiza esa primera incisión llevando la punta del bisturí hacia arriba y centro del colgajo que se trata de extirpar, cortando por lo tanto al tejido uterino a bisel para obtener maniobrando en esa forma una verdadera cuña, afrontando luego esas dos superficies cruentas por medio de puntos separados con seda de mediano calibre, se obtiene una sutura que ocupa la parte media y transversal cuerpo del útero, antes de llevar al órgano/ a su posición definitiva en la cavidad abdominal se baña con éter la zona intervenida y luego se efectúa a tijera por dentro de la ca-

vidad abdominal manteniendo el dedo índice en el fondo de saco vaginal posterior, una colpotomía posterior de drenaje que obligará a que todo líquido tenga fácil salida por ella; en cuanto atañe a la colpotomía anterior, se deja ampliamente abierta, sin efectuar sutura alguna dejando igualmente como en la brecha posterior un drenaje con gasa simple.

El tratamiento post-operatorio a seguir con la enferma es bien simple por cierto, tan luego como la anestesia lo permite se la sienta en el lecho; a objeto de facilitar el drenaje que se le renueva al segundo día y si no presenta la enferma complicación alguna a partir del 6.º u 8.º día puede abandonar el lecho.

He dicho que en las enfermas multíparas portadoras de retro-posiciones no adherentes con útero grande y anexos sanos, se efectuará el procedimiento de Jonnesco o bien el de Baldy asociado al de Doyen.

Se procede con idénticas medidas previas a la intervención, debiendo advertir que en todos estos casos en que no existen adherencias, la raqui-anestesia con novocaína es preferible, pues ella permite de inmediato a la intervención, sentar a la enferma en el lecho.

Si se efectúa el procedimiento de Jonnesco, se procederá a realizarlo en la forma que lo

hemos detallado en los párrafos que anteceden; pero sin efectuar la colpotomía posterior de drenaje, pues en las observaciones de esta índole no nos está precisada su indicación y la colpotomía anterior es suficiente para drenar las pérdidas sanguíneas que pueden producirse por la herida en que ambas superficies cruentas no han sido suficientemente afrontadas o bien porque el órgano friable sangra en los puntos en que fuera herido por el pasaje de la aguja o por las tomas de las pinzas.

En los casos en que el útero no tenga paredes friables, no existan adherencias y no se acompañe de lesiones inflamatorias anexas, se procederá a efectuar el procedimiento de Baldy y para ello, luego de tener lo más posible exteriorizado al útero mediante el concurso del hysterolabo Sommer, y de reconocer el ligamento redondo teniendo en cuenta su consistencia y demás particularidades que es menester precisar, se le tracciona a una distancia del punto de su inserción del útero que variará según las particularidades que cada ligamento presenta; y traccionándolo desde ese punto se le hará pasar a través de un ojal efectuado en el ligamento ancho a una altura que ha de variar en cada caso en particular; pero teniendo siempre cuidado de no herir vasos arteriales que sean el origen

más tarde de retenciones sanguíneas que obliguen a una colpotomía. Procediendo de análoga manera para el ligamento redondo del lado opuesto y teniendo el útero exteriorizado, se mantienen ambos ligamentos redondos por detrás del útero, mediante el concurso de una pinza que luego se substituye con una sutura de seda que penetrando en el tejido uterino en forma tanto más profunda cuanto más friable, sea dicho tejido, se cierra el nudo manteniendo adosados ambos ligamentos redondos a la pared del útero.

Para este último tiempo de la intervención es menester tener en cuenta que hay que contar como primer factor del éxito, la consistencia de la pared del órgano, pues irán a un fracaso previsto la aplicación de este procedimiento de Baldy, en los úteros con paredes friables; pues al cerrar el nudo con seda, esta corta al tejido uterino produciendo de inmediato un derrame de sangre que transformándose en hematoma separa a los ligamentos redondos del útero, los distiende luego, y trae como consecuencia el fracaso de la intervención. Así pues, en todos los casos en que se cuente con una pared uterina friable, estará contra-indicado el procedimiento de Baldy. Efectuado el primer acto operatorio, se procederá a realizar el procedimiento de Doyen, que consiste como lo sabemos en disminuir por retracción mediante

el concurso de una jareta con seda de la pared anterior uterina alargada por su posición viciosa. Este procedimiento aunado al de Baldy fácil de realizar, presenta la ventaja de que en los úteros no adherentes pero algo grandes de las múltiples en las que se interviene, impide que todo el peso del órgano se haga sentir sobre los ligamentos redondos.

Queda por último a tratar las retro-posiciones congénitas no adherentes y que se acompañan de lesiones anexiales; como en estos casos el útero afectado no tiene el tamaño que se presenta en las observaciones que pertenecen a los dos grupos anteriormente tratados, puede utilizarse con éxito previo un raspado uterino cualquiera de los procedimientos operatorios que hemos descrito en este tercer capítulo; pero deseo manifestar que la opinión del Dr. Chueco, basada en sus prácticas y los resultados por ellas obtenidas, se inclinan a favor del procedimiento de Jonnesco, como lo demuestra el cuadro estadístico que acompaña.





## CAPÍTULO IV

### **Paralelo entre la vía baja y la alta en el tratamiento de las retro-desviaciones uterinas**

Para poder sentar de una manera definitiva la superioridad de una vía sobre la otra en el tratamiento de las afecciones que tratamos en este trabajo, sería menester tener presente los resultados de numerosas estadísticas de distintos ginecólogos, y no siendo así, tendremos forzosamente que limitarnos a estudiar los resultados obtenidos por una u otra vía en las diferentes fases o modalidades que puede presentar el conjunto nosológico de la afección que tratamos.

Vamos pues, a seguir el orden establecido en el capítulo anterior, del tratamiento; es decir a estudiar primero el resultado obtenido en casos de retro-desviaciones adherentes acompañadas de metritis o de lesiones anexiales uni o bi-laterales

y que son con mucho los casos más frecuentes en la clínica. En estos casos, he visto aplicar el tratamiento vaginal en el servicio de ginecología en que he actuado y puedo asegurar que, para quien está familiarizado con el procedimiento, no existen mayores dificultades. Por otra parte, esta vía presenta las siguientes ventajas: en primer lugar se inicia el acto operatorio con un raspado del útero que es la intervención vaginal de necesidad y que yendo a actuar por esta vía simplifica el conjunto de la intervención; luego, la ruptura de las adherencias que retienen al útero es más sencilla por esta vía, pues las adherencias están generalmente en el fondo de Douglas que se hace accesible por esta vía, y más aun en el caso en que el desprendimiento de las adherencias de lugar a esas pequeñas hemorragias en napa que obligan a dejar drenaje; éste puede hacerse más fácilmente por el sito de elección, el fondo de saco posterior.

En el párrafo anterior nos referimos a las ventajas generales de los procedimientos que preconizamos, ventajas que aumentan comparando con ciertos métodos ciegos que pretenden corregir la mala posición uterina, sin abrir la cavidad abdominal y por lo tanto sin tener la seguridad de que se va a traccionar por los ligamentos redondos una matriz que puede estar adherida o

imposibilitada por lo tanto de colocarse en buena posición sin ser antes librada. Si comparamos los procedimientos que empleamos con aquellos que fijan el útero, ya sea a la pared abdominal, ya a la vagina, tampoco resisten la comparación y no entramos en mayores comentarios pues está en la mente de todos su ineficacia en muchos casos y su nocividad en otros.

En segundo lugar, estudiaremos aquellas desviaciones que sin ser adherentes se ven acompañadas de procesos de metritis crónica, que hacen que la matriz se presente como un órgano grande y pesado en el que no influiría para su curación, ningún procedimiento que se liara en la poca resistencia de los ligamentos redondos dándoles el papel de sostener ese útero hipertrofiado y que sólo beneficiaría de un tratamiento enérgico sobre su mucosa enferma y de una reducción de su musculatura relajada.

En el tercer grupo, vamos a colocar a las retro-desviaciones no adherentes y desprovistas totalmente de lesiones anexiales y metritis; en estos casos, que son aquellos en que cualquier intervención es buena, la vía vaginal no tiene indicación expresa, pero en el terreno del pronóstico inmediato y lejano encuentra una ventaja, ya que en unos casos la intervención es menos seria y el post-operatorio mejor y en otros deja a la en-

ferma en mejores condiciones para un futuro embarazo, pues conserva la prensa abdominal en toda su integridad.

Hemos visto pues, que en cada caso tiene la vía vaginal sus indicaciones precisas; pero, y en eso estriba la virtud del cirujano, es necesario saber aplicar a cada caso el procedimiento más conveniente y creemos que muchos de los fracasos que se conocen son debidos más a este factor que a la inferioridad del procedimiento y es por otra parte, la única manera de explicarse el hecho de que dos cirujanos que usan el mismo procedimiento lleguen a resultados tan opuestos.



## CAPITULO V

### **Observaciones personales, estadísticas conclusiones**

Iniciaremos este capítulo con las dos historias clínicas de las enfermas que he tenido oportunidad de intervenir en el servicio de ginecología de la Sala 2 del Hospital J. A. Fernández y una de las cuales, que fué intervenida por sus continuos abortos, se ha embarazado inmediatamente después de la operación llegando en la actualidad al 7.º mes sin que tenga novedades.

#### HISTORIA 1

Juana C. de L.—24 años, casada, argentina.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha sido siempre una persona sana, no recuerda haber tenido enferme-

dades infecciosas, no hay antecedentes de sífilis ni de tuberculosis. Regla por primera vez a los 14 años, siendo sus periodos catameniales de 3 a 4 días de duración, sin dolores que incomoden.

Se casa a los 19 años y un año después da a luz una niña a término, con parto normal; desde entonces comienza a sufrir trastornos dismenorreicos y tiene en los años siguientes 4 abortos espontáneos de los que en uno quedó con una retención de placenta por la que fué necesario rasparla. Por estos síntomas ingresa al servicio con el siguiente estado actual:

Estado actual.--Mujer blanca, bien conformada, con regular panículo adiposo, de buen esqueleto. Cabeza, cara y cuello normales. Corazón y pulmones normales. Abdomen superior normal.

Examen ginecológico.--Vulva y vagina de mujer múltipara, el cuello del útero se encuentra un poco hacia adelante, en el fondo de saco anterior no se alcanza al útero, en el fondo de saco posterior se toca un tumor poco doloroso a la presión que sigue los movimientos que se imprimen al cuello y que hace cuerpo con él, en el fondo lateral derecho se palpa un tumor poco doloroso que huye debajo del dedo, en el fondo lateral izquierdo no se palpa nada.

La histerometría acusa 10 centímetros en retroposición. La mucosa uterina hace hernia en el orificio externo; ligero escurrimiento.

Septiembre 7.—Operación. Raspado. Colpotomía anterior se llega al útero que se exterioriza con bastante facilidad, se traen los anexos y se constata una ovaritis esclero-quística bastante avanzada en lado derecho, por lo que se le efectúa una ovariectomía; el ovario izquierdo es también poliquístico por lo que se hace ignipuntura.

Cuneo-histeropexia de Jonnesco.—Se deja drenaje por la brecha de la colpotomía y se retira a las 48 horas.

Anestesia etérea con aparato Ombredanne.

Operador.—Pract. Ballvé, ayudantes Dres. Gandulfo y Rosendi.

Septiembre 16.—La enferma es dada de alta con su matriz en buena posición.

Tres meses después se presenta al servicio con un embarazo de dos meses, se sigue observando hasta la actualidad sin que se noten novedades.

## HISTORIA II

Carmen G. 23 años, soltera, argentina.

Antecedentes hereditarios.—Su padre ha muerto ignora de qué enfermedad, pero recuerda que

era un hombre sano, la madre vive sana, tiene 5 hermanos sanos.

Antecedentes personales.—Recuerda haber tenido sarampión en la infancia, no ha tenido otras enfermedades. Regla a los 13 años, siendo sus períodos dolorosos en la proximidad y durante su duración que es de 4 a 5 días. Desde hace 4 meses nota bastante cantidad de flujo por lo que se presenta al servicio con el siguiente:

Estado actual.—Mujer blanca, de regular estatura y panículo adiposo, de esqueleto bien conformado. Cabeza, cuello, corazón y pulmones, normales. Abdomen superior, normal.

Examen ginecológico.—Vulva y vagina normales, el cuello del útero en buena posición, en el fondo de saco anterior no se toca el cuerpo mismo que se alcanza a tocar en el fondo de saco posterior. Los fondos de saco laterales están libres y no son dolorosos a la presión. La histerometría da 9 centímetros en retro-posición.

Operación.— Noviembre 10. --- Bajo anestesia etérea con el aparato de Ombredanne se hace una colpotomía anterior, por la que se exterioriza el útero en el que se practica una cunco-histeropexia de Jonnesco. Se cierra la colpotomía sin dejar drenaje.

Noviembre 20.—Se da de alta a la enferma con su útero en buena posición.

## Estadísticas

De las estadísticas que acompañan este trabajo, una pertenece al servicio de Ginecología de la Sala N.º 2, del Hospital J. A. Fernández y comprende 77 casos y la otra al servicio de Cirugía del Hospital de Lomas que dirige el Dr. B. M. Calcagno a quien agradecemos la gentileza de poner a nuestra disposición los resultados obtenidos en los 12 casos que comprende su estadística.

### **Hospital Luisa G. de Gandulfo (Lomas de Zamora)**

Enfermas de retro-desviaciones uterinas intervenidas por Dr. Bartolomé Calcagno:

#### **Vía Vaginal**

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Número de enfermas intervenidas ..... | 12 |
| Nulíparas .....                       | 3  |
| Múltiparas .....                      | 9  |
| Con retro-desviaciones móviles .....  | 1  |

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| Con retro-desviaciones adherentes ..... | 11 |
| Con procesos anexiales .....            | 8  |
| Con metritis .....                      | 4  |
| Con desgarradura del periné .....       | 1  |

**Procedimientos operatorios**

|                                          |   |
|------------------------------------------|---|
| Cuneo-histeropexia (Reed y Follet) ..... | 9 |
| Ligamentopexia (Baldy) .....             | 3 |

**Operaciones concomitantes**

|                                                            |   |
|------------------------------------------------------------|---|
| Raspado del útero .....                                    | 3 |
| Colporrafia anterior y Colpoperineorrafia .....            | 1 |
| Ignipuntura ovárica .....                                  | 1 |
| Salpingectomia unilateral (por proceso inflamatorio) ..... | 2 |
| Salpingectomia unilateral (por gestación ectópica) .....   | 1 |
| Oóforo-salpingectomia unilateral .....                     | 1 |

**Complicaciones**

|                                             |   |
|---------------------------------------------|---|
| Hiper-corrección (curada por masajes) ..... | 2 |
| Hematomas .....                             | 1 |
| Fístula estercoral .....                    | 1 |

**Resumen**

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Número de enfermas intervenidas ..... | 66 |
| Nulíparas .....                       | 31 |
| Nulíparas con abortos .....           | 2  |
| Multíparas .....                      | 22 |

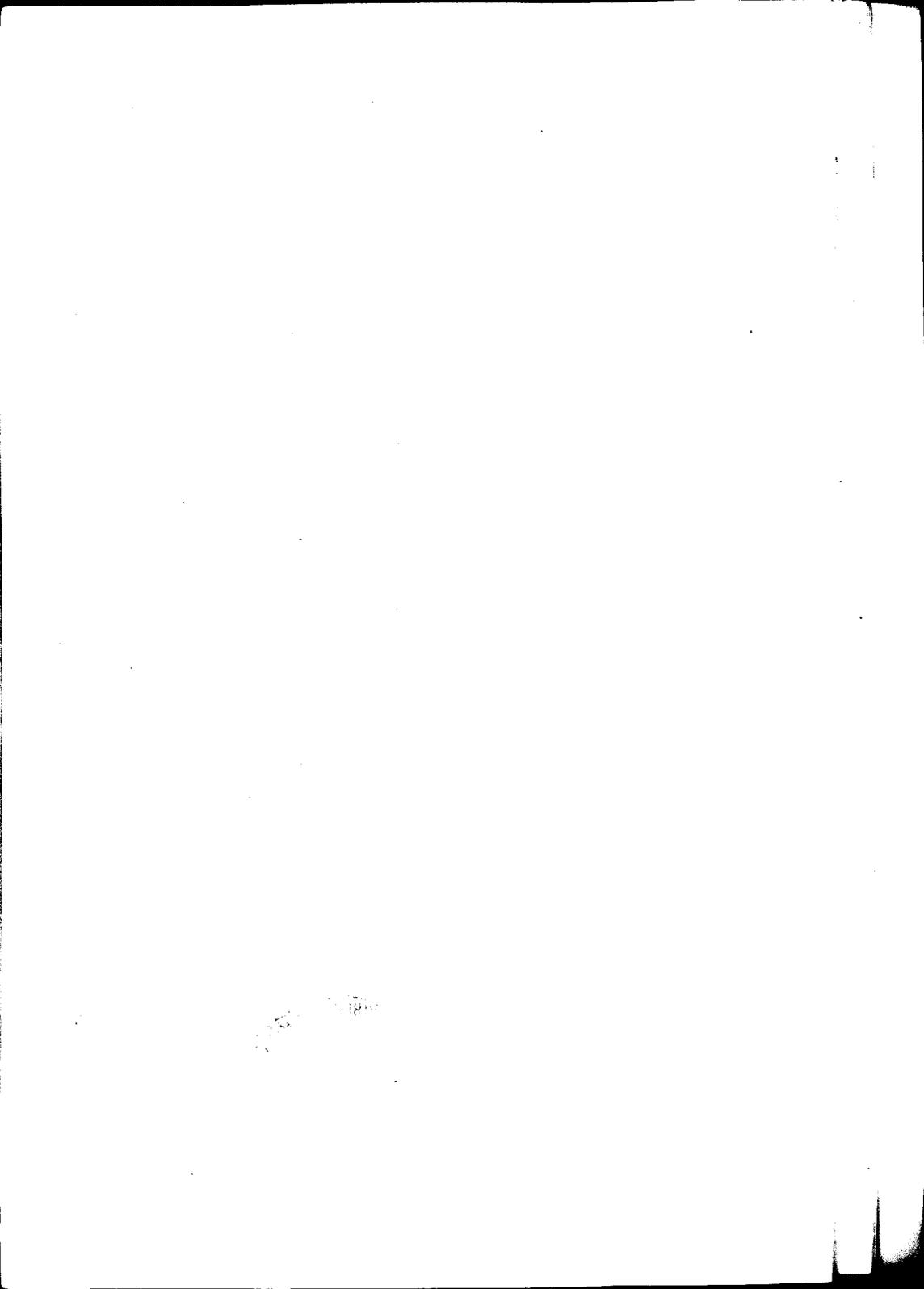




Cuadro estadístico de las Retro-Desviaciones uterinas intervenidas por Colpotomía anterior

| Obs. | Diag.   | Edad | Gst. | Abr. | Anst.     | Proed. | Lesiones anexiales y su tratamiento                                                                                            | DRENAJE          | Fecha Operación | Fecha Alta | OBSERVACIONES                                                                                    |
|------|---------|------|------|------|-----------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Rfl. M. | 34   |      |      | Clof.     | Jo.    | Ovaritis quística doble resección parcial ambos ovarios.                                                                       |                  |                 |            | Hematoma                                                                                         |
| 2    | Rfl. M. | 28   |      |      | Clof.     | Spi.   | Raspado                                                                                                                        |                  |                 |            |                                                                                                  |
| 3    | Rfl. M. | 25   |      |      | Clof.     | Spi.   | Raspado                                                                                                                        |                  |                 |            |                                                                                                  |
| 4    | Rtv. M. | 27   |      |      | Clof.     | Jo.    |                                                                                                                                |                  |                 |            |                                                                                                  |
| 5    | Rfl. M. | 21   | 2    |      | Clof.     | Jo.    |                                                                                                                                |                  | Nov. 3          | Dbre 14    |                                                                                                  |
| 6    | Rfl. M. | 33   | 1    |      | Clof.     | Jo.    | Metritis, Raspado                                                                                                              |                  | Mayo 1          | Mayo 15    |                                                                                                  |
| 7    | Rtv. M. | 33   |      |      | Clof.     | Jo.    |                                                                                                                                |                  | Febrero 15      | Mayo 11    |                                                                                                  |
| 8    | Rfl. A. | 33   | 1    |      | Ra.       | Jo.    | Ruptura de adherencias. Raspado                                                                                                |                  | Abril 15        | Abril 25   |                                                                                                  |
| 9    | Rtf. M. | 21   |      |      | Ra. Clof. | Jo.    | Raspado uterino                                                                                                                |                  | Abril 31        | Mayo 21    |                                                                                                  |
| 10   | Rtf. M. | 29   | 1    |      | Ra.       | Jo.    |                                                                                                                                |                  | Junio 26        | Julio 9    |                                                                                                  |
| 11   | Rtf. M. | 28   |      |      | Ra.       | Jo.    |                                                                                                                                |                  | Junio 12        | Julio 13   |                                                                                                  |
| 12   | R.f. M. | 29   | 6    | 2    | Ra.       | Jo.    | Ovaritis poli-quística. Metritis. Ignipuntura de ovarios. Raspado.                                                             | Colpotomía antr. | Agosto 9        | Agosto 28  |                                                                                                  |
| 13   | Rtv. M. | 36   |      |      | Ra.       | Jo.    | Quiste del ovario derecho. Ovariectomía derecha.                                                                               |                  | Agosto 26       | Octubre 12 | Hematoma                                                                                         |
| 14   | Rtf. M. | 24   |      | 2    | Ra.       | Jo.    | Ovaritis quística izquierda. Ignipuntura y raspado.                                                                            | Colpotomía antr. | Agosto 19       | Sept. 8    | Al año subsiguiente con un parto normal niño sano y a término, en 1915 un segundo parto normal.  |
| 15   | Rtf. M. | 27   | 4    |      | Eter.     | Jo.    | Raspado                                                                                                                        |                  | Dbre. 16        | Dbre. 28   |                                                                                                  |
| 16   | Rtf. A. | 21   |      |      | Eter.     | Jo.    | Quiste ovario derch. Ovario quist. izq. Ovariectomía derch. e Ignipuntura izq.                                                 |                  | Dbre. 18        | Enero 4    |                                                                                                  |
| 17   | Rtf. A. | 23   | 1    |      | Eter.     | Jo.    | Quiste hemt. ovar izq. Ovar. quist. derch. Resección parcial ambos ovarios.                                                    | Colpotomía antr. | Dbre. 23        | Enero 2    |                                                                                                  |
| 18   | Rtf. A. | 25   | 1    |      | Eter.     | Jo.    | Quist. ov. izq. Ovar. poli-quist. derch. Ovariectomía izq. Ignipuntura derch. Raspado Colpoperi y Elitrorrafia ant.            | Colpotomía antr. | Marzo 21        |            | Primer enf. que fallece de septicemia operada por vía vaginal Abril 15.                          |
| 19   | Rtv. M. | 26   |      |      | Eter.     | Jo.    | Ovaritis quística doble. Raspado. Ignipuntura de los dos ovarios.                                                              | Colpotomía antr. | Abril 28        | Mayo 21    |                                                                                                  |
| 20   | Rtf. A. | 27   | 1    | 1    | Eter.     | Bal.   | Raspado. Ruptura de adherencias. Resección parcial ovar. quístico derecho. Enucleación fibroma cara ant. utr.                  | Colpotomía antr. | Junio 13        | Julio 19   | Primer enferma intervenida por procedimiento Baldy. El fibroma extirpado del tamaño de una nuez. |
| 21   | Rtf. M. | 21   |      |      | Eter.     | Jo.    | Metritis Raspado                                                                                                               |                  | Agosto 20       | Stpt. 1    |                                                                                                  |
| 22   | Rtv. M. | 28   |      |      | Ra.       | Bal.   | Ovaritis poli-quística doble. Metritis. Desgarradura periné y Cistocele. Raspado. Ignipuntura dos ov. Colpoperi y Elitrorrafia |                  | Sept. 3         | Octubre 1  | Al año de la intervención hace un parto normal con niño a término sano.                          |





Cuadro estadístico de las Retro-Desviaciones uterinas intervenidas por Colpotomía anterior

| Obs. | Diag.    | Edad | Gst. | Abr. | Anst. | Proed.    | Lesiones anexiales y su tratamiento                                                                 | DRENAJE          | Fecha Operación | Fecha Alta | OBSERVACIONES                                                                                              |
|------|----------|------|------|------|-------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23   | Rtf. M.  | 27   |      |      | Eter. | Spi.      | Riñón flotante. Nefropexia. Quiste hemático ovario izq. Ovaritis quíst. dreh. Ignipuntura. Raspado. |                  | Sept. 12        | Sept. 27   |                                                                                                            |
| 24   | Rtv. M.  | 23   |      |      | Eter. | Bal.      | Raspado                                                                                             |                  | Oct. 3          | Octubre 27 |                                                                                                            |
| 25   | Rtf. M.  | 25   | 2    | 1    | Eter. | Bal.      | Raspado                                                                                             |                  | Octubre 15      | Nov. 5     |                                                                                                            |
| 26   | l.tf. M. | 27   |      |      | Eter. | Doy.      | Quiste ov. izq Raspado ovariectomía pare.                                                           |                  | Octubre 22      | Nov. 5     |                                                                                                            |
| 27   | Rtv. A.  | 24   |      |      | Eter. | Jo.       | Ovaritis izq. Ruptura de adherencias. Ignipuntura ovario izquierdo.                                 | Colpotomía antr. | Dbre 10         | Enero 2    |                                                                                                            |
| 28   | Rtf. A.  | 19   |      |      | Eter. | Jo.       | Pio-salpinx izq. Ovaritis quística izq. Salpingectomía izq. e Ignipuntura.                          | Colpotomía antr. | Dbre 5          | Enero 1    |                                                                                                            |
| 29   | Rtf. M.  | 40   | 5    |      | Eter. | Jo.       | Ovaritis poli-quística doble. Raspado e Ignipuntura.                                                |                  | Enero 7         | Enero 19   | Al año subsiguiente a la operación tiene un parto normal con niño sano a término (M. H. F.)                |
| 30   | Rtf. A.  | 32   |      |      | Eter. | Jo.       | Ruptura de adherencias. Raspado Ovaritis quística doble Ignipuntura.                                | Colpotomía antr. | Enero 14        | Marzo 4    | Hematoma                                                                                                   |
| 31   | Rtf. A.  | 30   |      |      | Eter. | Jo.       | Liberación de anexos prolapsado fondo de saco Douglas. Raspado.                                     | Colpotomía post. | Enero 14        | Febrero 4  |                                                                                                            |
| 32   | Rtf. A.  | 32   | 4    |      | Eter. | Bal.      | Ovaritis poli-quística doble. Raspado e Ignipuntura.                                                |                  | Enero 12        | Enero 27   |                                                                                                            |
| 33   | Rtf. A.  | 24   |      |      | Eter. | Bal.      | Ovaritis poli quística izquierda. Raspado e Ignipuntura.                                            | Colpotomía port. | Enero 30        | Febrero 28 |                                                                                                            |
| 34   | Rtf. A.  | 26   |      |      | Eter. | Bal.      | Pio-salpinx y Ovaritis quística derecha Salpingectomía e ignipuntura del ov.                        | Colpotomía post. | Febrero 9       | Marzo 5    | Al año subsiguiente a la intervención parto normal con niño a término sano.                                |
| 35   | Rtv. M.  | 25   |      |      | Eter. | Jo.       | Ovaritis poli quística doble. Ignipuntura de ambos ovarios.                                         |                  | Febrero 27      | Abril 10   | Hematoma                                                                                                   |
| 36   | Rtf. A.  | 29   | 1    |      | Raq.  | Jo.       | Raspado. Ruptura de adherencias.                                                                    |                  | Abril 13        | Mayo 6     | Gestación que se inicia dos meses después de la interv. y termina con parto normal y niño sano. (M. H. F.) |
| 37   | Rtv. M.  | 35   | 1    |      | Eter. | Bal. Doy. | Raspado                                                                                             |                  | Mayo 1          | Mayo 20    |                                                                                                            |
| 38   | Rtv. M.  | 30   | 2    |      | Eter. | Jo.       | Raspado                                                                                             |                  | Mayo 8          | Mayo 24    |                                                                                                            |
| 39   | Rtf. M.  | 19   |      |      | Eter. | Bal. Doy. | Raspado                                                                                             |                  | Mayo 11         | Mayo 28    | Embarazo con parto normal y niño sano al año siguiente (M. H. F.)                                          |
| 40   | Rtf. M.  | 30   | 1    |      | Eter. | Jo.       | Ovaritis esclero quística doble. Ovariectomía derecha e Ignipuntura izq.                            |                  | Junio 3         | Junio 20   |                                                                                                            |
| 41   | Rtv. A.  | 25   | 3    | 1    | Eter. | Jo.       | Ovaritis poli-quística doble. Ruptura de adherencias. Raspado e Ignipt.                             | Colpotomía post. | Julio 10        | Agosto 11  |                                                                                                            |
| 42   | Rtf. A.  | 24   |      |      | Eter. | Jo.       | Ovario quístico izquierdo quiste ovarico. Ignipt izq. Resección pare. ov. dreh.                     | Colpotomía post. | Julio 31        | Agosto 14  |                                                                                                            |
| 43   | Rtf. M.  | 30   |      |      | Eter. | Jo.       | Raspado                                                                                             |                  | Sept. 21        | Octubre 1  |                                                                                                            |
| 44   | Rtv. A.  | 44   | 3    | 1    | Raq.  | Jo.       | Ruptura de adherencias. Raspado.                                                                    | Colpotomía post. | Sept. 15        | Sept. 30   |                                                                                                            |
| 45   | Rtv. M.  | 39   | 9    | 1    | Eter. | Jo.       | Ovaritis poli-quística doble. Raspado e Ignipuntura.                                                |                  | Novb. 16        | Dic. 1     |                                                                                                            |

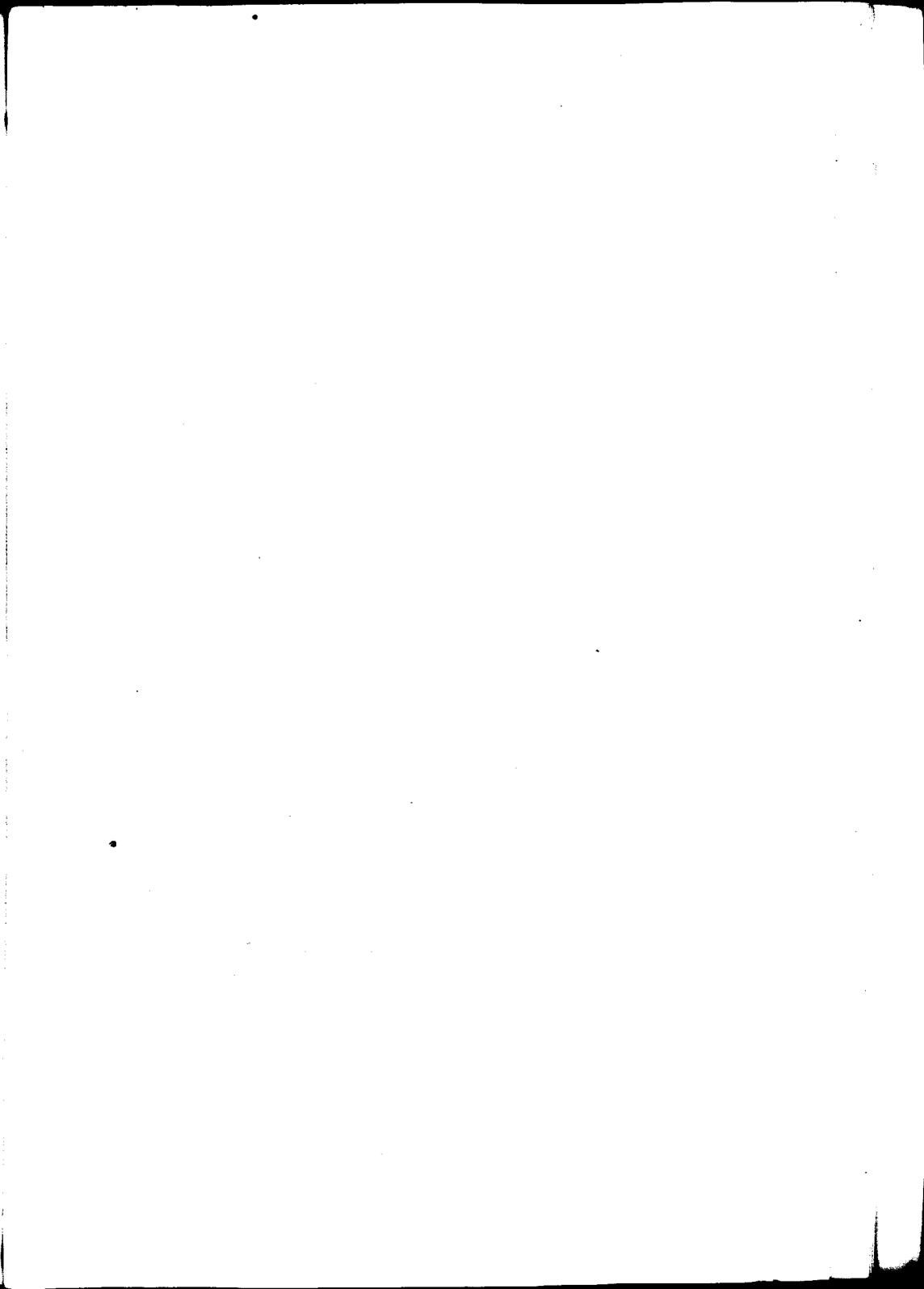




Cuadro estadístico de las Retro-Desviaciones uterinas intervenidas por Colpotomía anterior

| Obs. | Diag.   | Edad | Gst. | Abr. | Anst. | Proed.    | Lesiones anexiales y su tratamiento                                                                                                     | DRENAJE          | Fecha Operación | Fecha Alta | OBSERVACIONES                                                                |
|------|---------|------|------|------|-------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 46   | Rtf. A. | 30   |      |      | Etr.  | Jo.       | Ruptura de adherencias. Raspado.                                                                                                        | Colpotomía post. | Dic. 7          | Dic. 30    |                                                                              |
| 47   | Rtf. A. | 32   |      |      | Etr.  | Jo.       | Quiste hem. ov. derecho. Resección parcial. Salpingo-ovariotomía izquierda.                                                             | Colpotomía ante. | Enero 13        | Enero 29   |                                                                              |
| 48   | Rtf. M. | 26   |      |      | Etr.  | Jo.       | Ovaritis poli-quística doble. Raspado e Ignipuntura.                                                                                    |                  | Febrero 8       | Febrero 20 |                                                                              |
| 49   | Rtf. M. | 37   |      |      | Etr.  | Jo.       | Ovaritis poli-quística doble. Ignipuntura.                                                                                              |                  | Enero 25        | Marzo 1    |                                                                              |
| 50   | Rtf. A. | 30   | 3    |      | Etr.  | Jo.       | Raspado. Ruptura de adherencias. Salpingectomía. Ovariectomía izquierda.                                                                | Colpotomía ante. | Febrero 19      | Marzo 4    |                                                                              |
| 51   | Rtf. M. | 25   |      |      | Etr.  | Jo.       | Raspado                                                                                                                                 |                  | Febrero 12      | Marzo 4    |                                                                              |
| 52   | Rtf. A. | 27   | 2    | 1    | Etr.  | Jo.       | Pio salpinx doble ovaritis poli quística. Salpingectomía doble e Ignipuntura.                                                           | Colpotomía post. | Abril 18        | Marzo 14   |                                                                              |
| 53   | Rtf. M. | 30   |      |      | Ra.   | Jo.       | Raspado                                                                                                                                 |                  | Julio 22        | Agosto 3   |                                                                              |
| 54   | Rtf. M. | 19   |      |      | Ra.   | Bal.      | Raspado                                                                                                                                 |                  | Agosto 1        | Agosto 10  |                                                                              |
| 55   | Rtf. M. | 29   |      | 2    | Etr.  | Bal. Doy. | Raspado                                                                                                                                 |                  | Mayo 11         | Mayo 28    |                                                                              |
| 56   | Rtf. A. | 24   |      |      | Etr.  | Jo.       | Pio-salpinx doble y ovaritis escleroquística doble - Raspado. Ruptura de adherencias. Salpingectomía doble e Ignipuntura ambos ovarios. | Colpotomía pos.  | Agosto 24       | Sept. 4    |                                                                              |
| 57   | Rlf. A. | 22   |      |      | Ra.   | Jo.       | Pio-salpinx doble ovaritis Escleroquística. Salpingectomía doble. Ruptura de adherencias e ignipuntura amb. ovarios                     | Colpotomía post  | Agosto 22       | Agosto 31  |                                                                              |
| 58   | Rtv. M. | 19   |      |      | Etr.  | Jo.       | Metritis hemorr. Raspado. Ovaritis quística doble. Ovariectomía derecha y ovariectomía izquierda.                                       | Colpotomía post  | Sept. 7         | Sept 16    | Operada por el Pract. Ballve a los tres meses de la intervención se embaraza |
| 59   | Ltf. D. | 31   |      |      | Ra.   | Jo.       | Metritis. Raspado. Ruptura de adherencias. Prolapso del ovario izquierdo.                                                               | Colpotomía post. | Nov. 10         | Nov. 20    | Operada por el Pract. Ballve.                                                |
| 60   | Rtf. M. | 26   |      |      | Ra.   | Jo.       | Metritis. Raspado. Rupt. de adherencias. Ignipuntura de ambos ovarios.                                                                  |                  | Dbre. 16        | Dbre. 29   |                                                                              |
| 61   | Rtf. A. | 27   |      |      | Ra.   | Jo.       | Metritis. Raspado. Rupt. de adherencias.                                                                                                |                  | Dbre. 21        | Enero 17   |                                                                              |
| 62   | Alt. M. | 28   |      |      | Etr.  | Jo. post. | Metritis. Raspado.                                                                                                                      |                  | Enero 4         | Enero 13   |                                                                              |
| 63   | Rtv. M. | 35   |      |      | Etr.  | Jo.       | Metritis. Raspado. Ignipuntura de ambos ovarios.                                                                                        |                  | Enero 17        | Febr. 11   | Embarazo a los 4 meses de intervención.                                      |
| 64   | Rtv. M. | 24   |      |      | Etr.  | Jo.       | Metritis. Raspado. Ignipuntura ambos ovarios.                                                                                           |                  | Enero 22        | Febr. 4    |                                                                              |
| 65   | Rtf. M. | 26   |      |      | Etr.  | Doy.      | Metritis. Raspado. Ignipuntura de ambos ovarios.                                                                                        |                  | Enero 20        | Febr. 22   |                                                                              |
| 66   | Rtf. M. | 26   |      |      | Ra.   | Jo.       | Metritis. Raspado. Fibroma intersticial. Histerotomía. Ignipuntura de ambos ovarios.                                                    |                  | Febr. 15        | Febr. 28   |                                                                              |





## Cuadro estadístico de las Retro-Desviaciones uterinas intervenidas por Colpotomía anterior

| Obs. | Diag.   | Edad | Gst. | Abr. | Anst. | Proed. | Lesiones anexas y su tratamiento                                  | DRENAJE        | Fecha Operación | Fecha Alta | OBSERVACIONES                         |
|------|---------|------|------|------|-------|--------|-------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|------------|---------------------------------------|
| 67   | Rtf. A. | 24   |      |      | Eter. | Jo.    | Piosalping. doble y ovaritis escleroquística.                     | colp. post.    | Agosto 24       | Sept. 4    |                                       |
| 68   | Rtf. A. | 22   |      |      | Ra.   | Jo.    | Raspado. Ruptura de adherencias. Ignipuntura.                     | colp. post.    | Agosto 22       | Agosto 31  |                                       |
| 69   | Rtv. M. | 19   | 2    |      | Eter. | Jo.    | Pio-salping. doble ovar. esclero-quística.                        | colp. post.    | Sept. 7         | Stpt. 16   |                                       |
| 70   | Rtf. M. | 31   |      | 3    | Ra.   | Jo.    | Metris, ovar. quíst. dobe ovariect der. Ovariectomia izq. Raspado | sin drenage    | Nov. 10         | Nov. 20    |                                       |
| 71   | Rtf. A. | 27   |      |      | Ra.   | Jo.    | Metritis. Raspado                                                 | sin drenage    | Dbre. 29        |            | Gestación al mes de intervenida.      |
| 72   | Rtv. M. | 28   |      | 1    | Eter. | Jo.    | Metritis. Raspado. Ruptura de adherencias.                        | sin drenage    | Dbre. 21        | Enero 17   |                                       |
| 73   | Rtv. M. | 24   |      |      | Eter. | Jo.    | Metritis. Raspado Ignipuntura de ambos ovarios.                   | sin drenage    | Enero 4         | Enero 13   |                                       |
| 74   | Rtf. M. | 26   |      |      | Eter. | Doy.   | Metritis. Raspado. Ignipuntura de ambos ovarios.                  | sin drenage    | Enero 17        | Febrero 11 |                                       |
| 75   | Rtf. M. | 26   |      |      | Ra.   | Jo.    | Histerotomía. Ignipuntura de ambos ovarios.                       | colp. post.    | Enero 20        | Febrero 14 |                                       |
| 76   | Rtv. M. | 35   | 2    |      | Eter. | Jo.    | Ovaritis escleroquística doble. Ignipuntura de ambos ovarios.     | sin drenage    | Enero 27        | Febrero 11 |                                       |
| 77   | Rtv. M. | 24   |      |      | Eter. | Doy.   | Ovariectomía izq. Ignipuntura derecha                             | colp. post.    | Enero 22        | Febrero 4  |                                       |
| 78   | Rtf. M. | 26   |      |      | Eter. | Jo.    | Salpingo-ovariectomía izq. Ignipuntura derecha Raspado.           | colp. post.    | Enero 20        | Febrero 24 |                                       |
| 79   | Rft. M. | 26   |      | 3    | Ra.   | Jo.    | Histerotomía por fibromas. Ignipuntura de ambos ovarios.          | colp. post.    | Febrero 15      | Marzo 1º.  | Gestación a los dos meses de aperada. |
| 80   | Rtf. M. | 30   |      |      | Eter. | Jo.    | Ignipuntura ambos ovarios. Raspado.                               | colp. post.    | Marzo 15        | Abril 6    |                                       |
| 81   | Rtf. M. | 28   |      |      | Eter. | Jo.    | Ignipuntura de ambos ovarios.                                     | sin drenage    | Marzo 30        | Abril 7    |                                       |
| 82   | Rtf. M. | 29   | 1    | 1    | Eter. | Jo.    | Histerotomías por fibromas. Raspado. Ignipuntura ovarios.         | sin drenage    | Mayo 12         | Mayo 27    |                                       |
| 83   | Rtf. M. | 24   |      |      | Ra.   | Jo.    | Raspado                                                           | colp. post.    | Mayo 15         | Junio 21   |                                       |
| 84   | Rtf. M. | 21   | 2    | 1    | Eter. | Jo.    | Inyección de eter en la trompa derecha. Raspado.                  | colp. anterior | Junio 7         | Junio 21   |                                       |
| 85   | Rtf. A. | 22   |      | 1    | Eter. | Jo.    | Ruptura de adherencias. Raspado.                                  | colp. post.    | Junio 18        | Julio 1º   |                                       |



### Diagnóstico

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| Retro-flexiones .....                           | 49 |
| Retro-versiones .....                           | 16 |
| Retro-desviaciones movibles .....               | 42 |
| Retro-desviaciones adherentes .....             | 23 |
| Con procesos anexiales .....                    | 36 |
| Sin procesos anexiales .....                    | 26 |
| Con procesos uterinos .....                     | 38 |
| Con desgarraduras del periné .....              | 2  |
| Con fibromas .....                              | 2  |
| Con otros órganos enfermos (riñón flotante) ... | 1  |

### Procedimientos

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Jonnesco (cúneo-histeropexia) ..... | 49 |
| Baldy .....                         | 8  |
| Baldy y Doyen .....                 | 3  |
| Spinelli .....                      | 3  |
| Doyen (histeroplastia) .....        | 2  |

### Anestecias

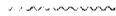
|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| Etérea con aparato de Ombredanne .....        | 42 |
| Raqui-anestesia con novocaina o estovaina ... | 17 |
| Clorofórmicas .....                           | 8  |
| Parto-analgia (que fracasó) .....             | 1  |

### Complicaciones

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Hematomas .....         | 3  |
| Drenaje anterior .....  | 15 |
| Drenaje posterior ..... | 12 |

**Decesos**

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Decesos .....                                                             | 1  |
| De estas enfermas se han embarazado y han<br>tenido un hijo .....         | 10 |
| De estas enfermas se han embarazado y han<br>tenido dos o más hijos ..... | 1. |



## Conclusiones

La observación más interesante de los resultados de las estadísticas que anteceden, son los 11 casos de embarazos que han podido ser justificados lo que acusa un 12,3 por ciento de gestaciones.

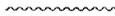
La mayoría de estas intervenidas presentaban complicaciones anexiales, lo que es un factor desfavorable para la curación; se debe hacer notar que de las complicaciones anexiales las más frecuentes son los pio-salping. Se comprueban 4 enfermas portadoras de fibromas uterinos y en las cuales el post-operatorio ha sido de los más fáciles, teniendo en cuenta el tiempo en que han curado.

Es también digno de hacer notar la bondad de la estadística, teniendo en cuenta la mayor proporción de retro-desviaciones adherentes, ya

que éstas, constituían en las primeras operadas por esta vía las que daban mayor proporción de hematomas post-operatorios, complicación que ya hoy casi no se observa gracias a la práctica de la colpotomía posterior de drenaje.

El procedimiento que más se ha empleado es el de Jonnesco, pues en opinión del Jefe del servicio Dr. A. Chueco, en esta clase de lesiones debe actuarse sobre el órgano mismo y no sobre los ligamentos redondos, que no cree sean los encargados de mantener en posición al útero, sino más bien desempeñar su papel en la orientación del órgano.

El mayor número de enfermas han sido intervenidas bajo anestesia etérea, sin haber tenido trastornos pulmonares post-operatorios y en los últimos tiempos se ha empleado con muy buen resultado la raqui-anestesia.



Buenos Aires, Junio 15 de 1917.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari al profesor titular Dr. Miguel Z. O'Farrell y al profesor suplente Dr. Carlos R. Cirio, para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*

Buenos Aires, Junio 16 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3329 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*

1284



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

¿Porque prefiere la vía vaginal en el tratamiento de las desviaciones uterinas?

*José F. Molinari*

### II

Verdaderas indicaciones de la vía vaginal.

*Miguel Z. O'Farrell*

### III

Cirujía conservadora por vía vaginal. Sus indicaciones.

*Carlos R. Cirio*

