



Año 1916

Núm. 3101

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**PARALELO ENTRE LA COLPOTOMÍA**  
**ANTERIOR Y POSTERIOR**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**TEÓFILO ROSENDI**

Ex-practicante menor del Hospital Juan A. Fernández  
(1912 - 1915)

Ex-practicante mayor del Hospital Juan A. Fernández  
(1915 - 1916)

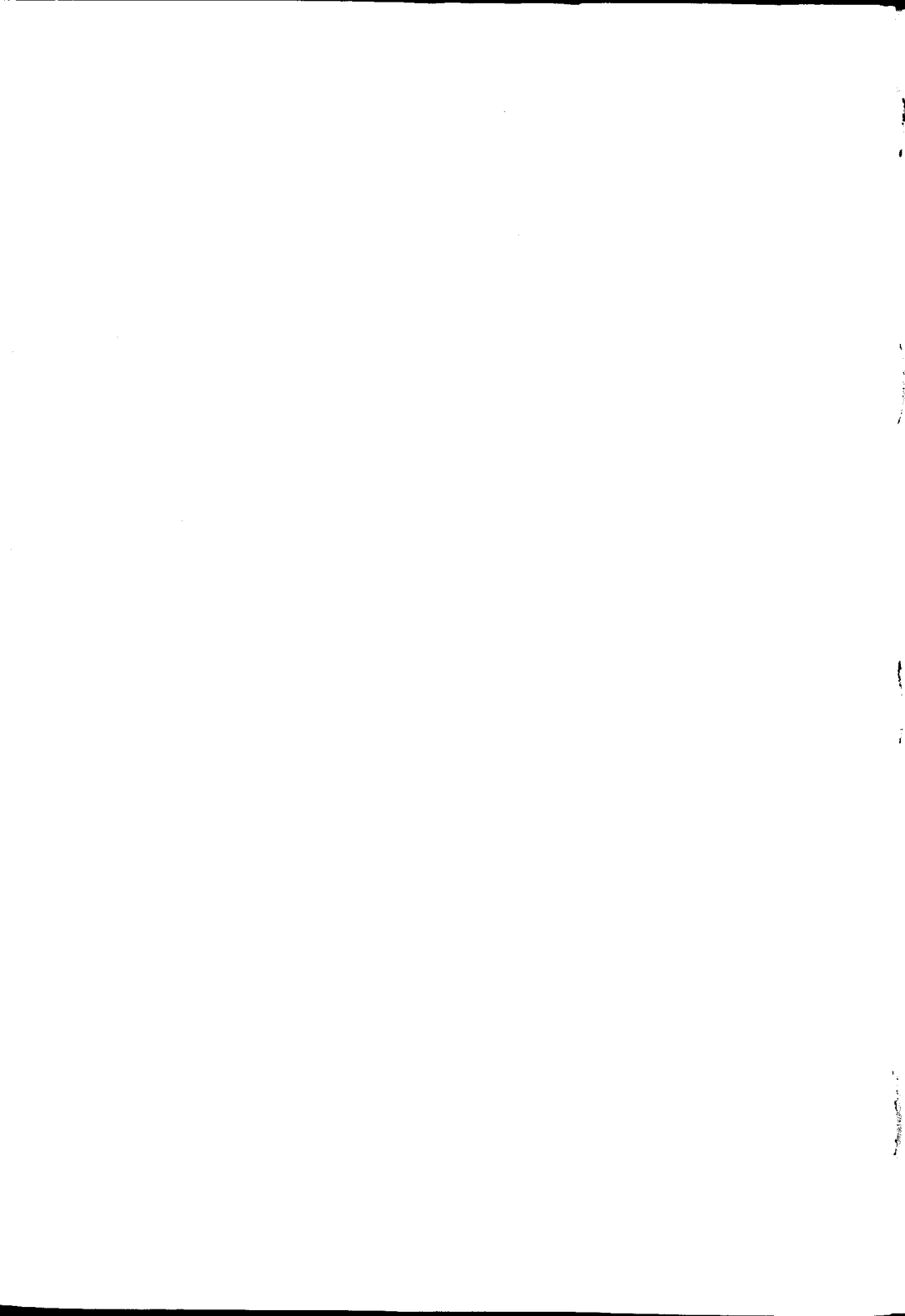


"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI  
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

*Mix. B. 96. h*

**Paralelo entre la Colpotomía anterior  
y posterior**



Año 1916

Núm. 3101

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**PARALELO ENTRE LA COLPOTOMÍA** ==  
== **ANTERIOR Y POSTERIOR**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**TEÓFILO ROSENDI**

Ex-practicante menor del Hospital Juan A. Fernández  
(1912 - 1915)

Ex-practicante mayor del Hospital Juan A. Fernández  
(1915 - 1916)



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI  
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

---

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

*Artículo 162 del R. de la F.*

---

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

### Vice-Presidente

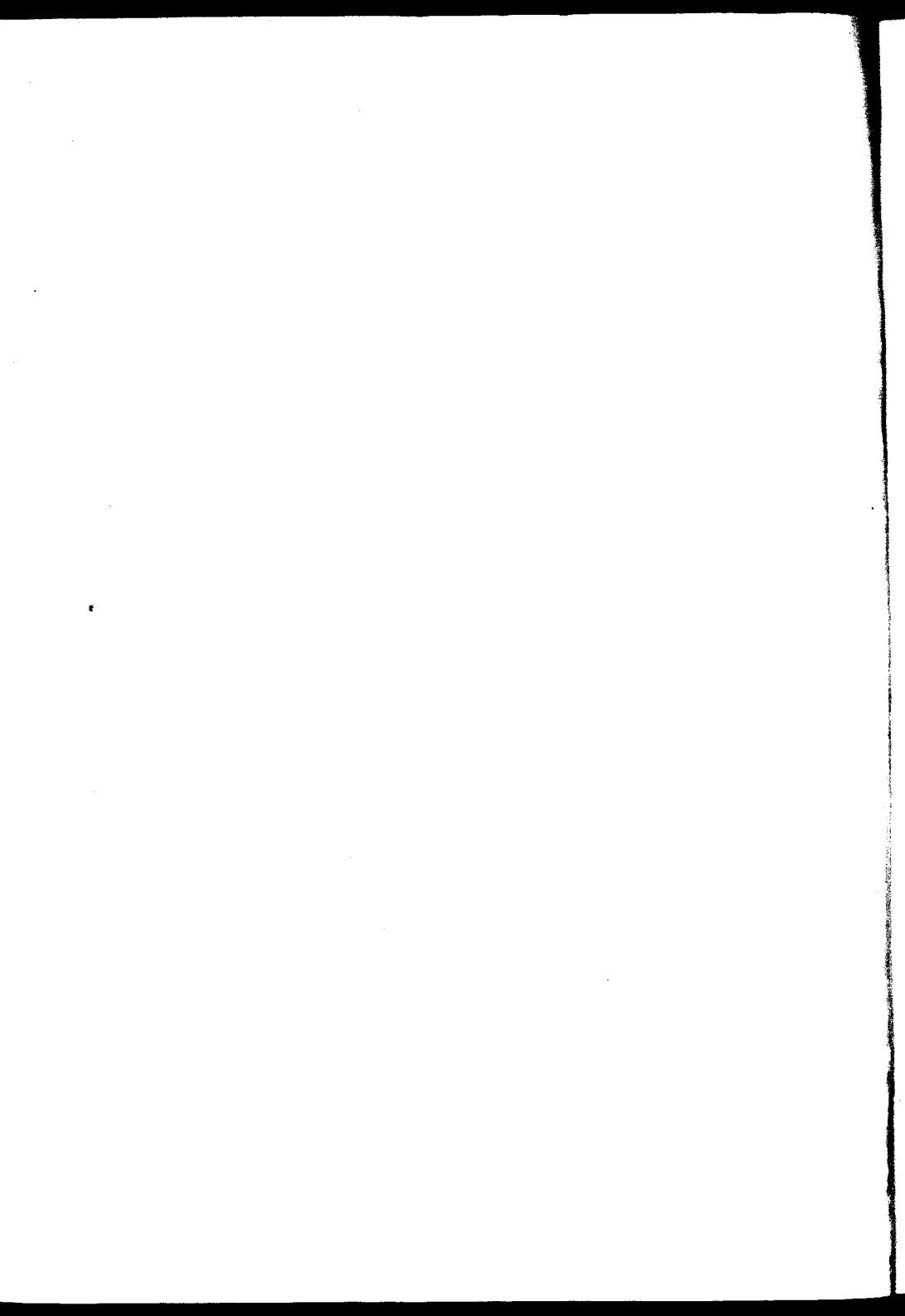
DR. D. JOSÉ PENNA

### Miembros titulares

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

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL  
» MARCELINO HERRERA VEGAS



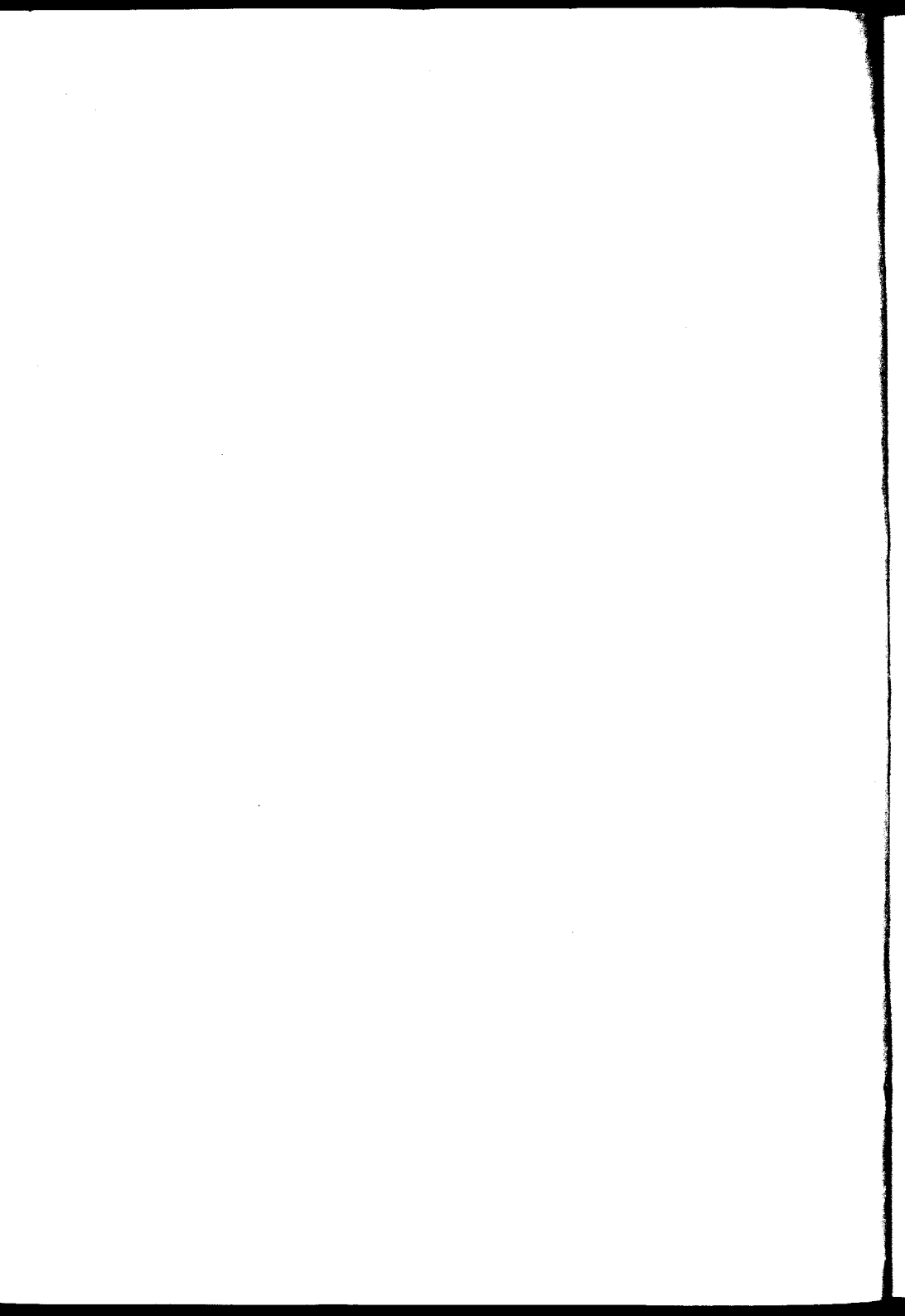
# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2.    >    > EMILIO R. CONI
3.    >    > OLHINTO DE MAGALHAES
4.    >    > FERNANDO WIDAL
5.    >    > OSVALDO CRUZ



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## **Decano**

DR. D. E. BAZTERRICA

## **Vice Decano**

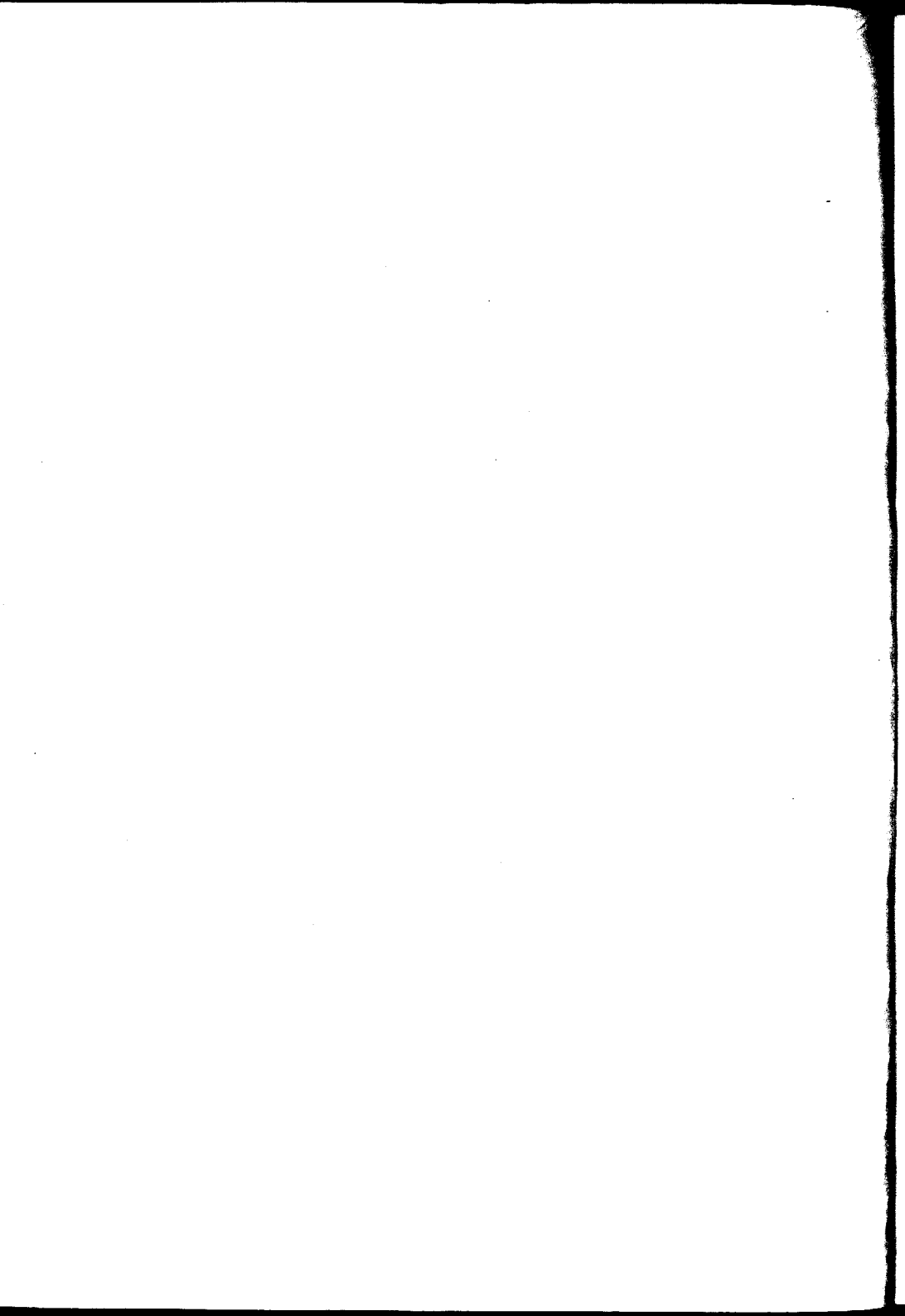
DR. CARLOS MALBRAN

## **Consejeros**

DR. D. LUIS GÜEMES  
» » ENRIQUE BAZTERRICA  
» » ENRIQUE ZÁRATE  
» » PEDRO LACAVERA  
» » ELISEO CANTÓN  
» » ANGEL M. CENTENO  
» » DOMINGO CABRED  
» » MARCIAL V. QUIROGA  
» » JOSÉ ARCE  
» » ABEL AYERZA  
» » EUFEMIO UBALLES (cón lic.)  
» » DANIEL J. CRANWELL  
» » CARLOS MALBRÁN  
» » JOSÉ F. MOLINARI  
» » MIGUEL PUIGGARI  
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

## **Secretarios**

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)  
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

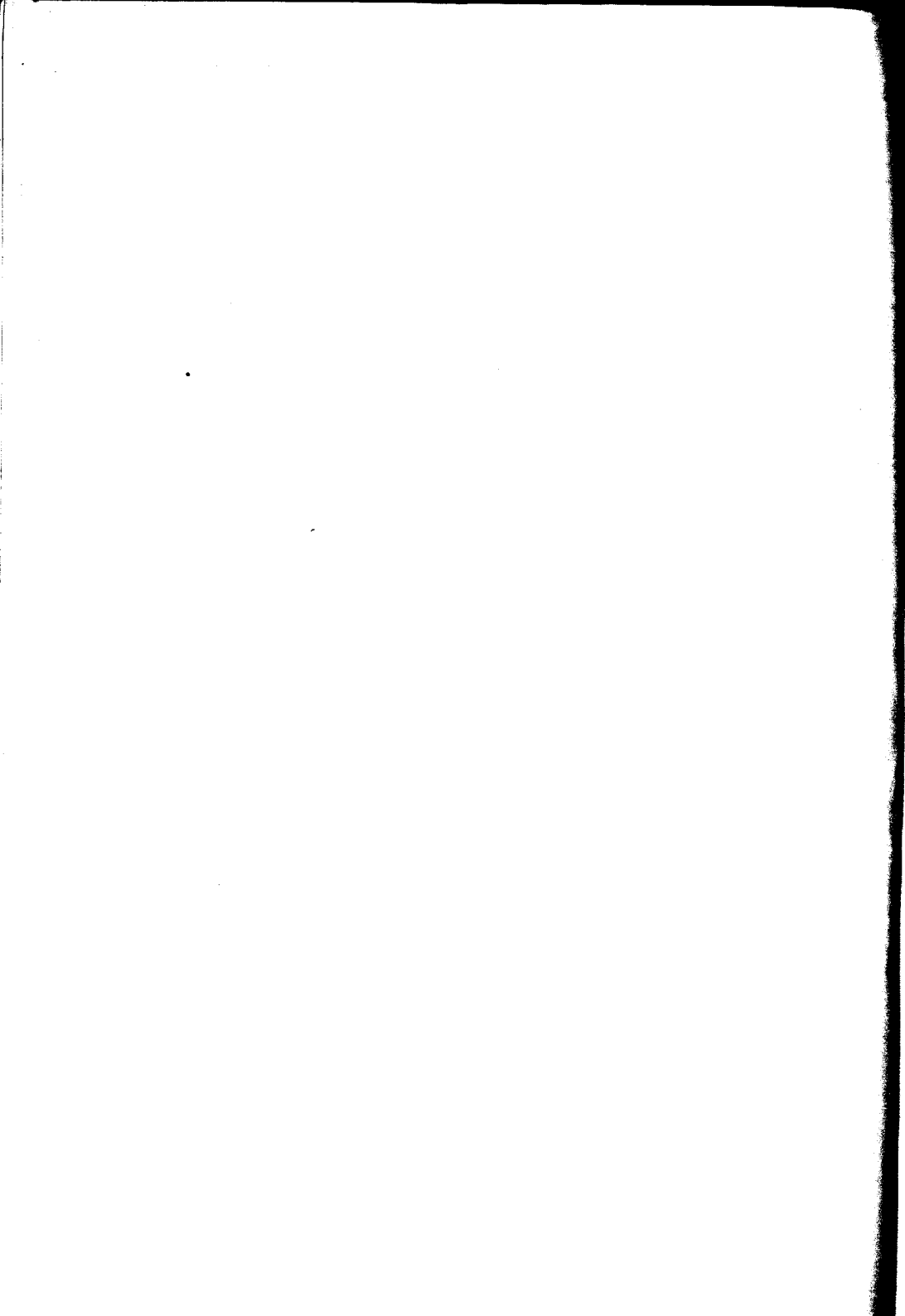


# ESCUELA DE MEDICINA

---

## PROFESORES HONORARIOS

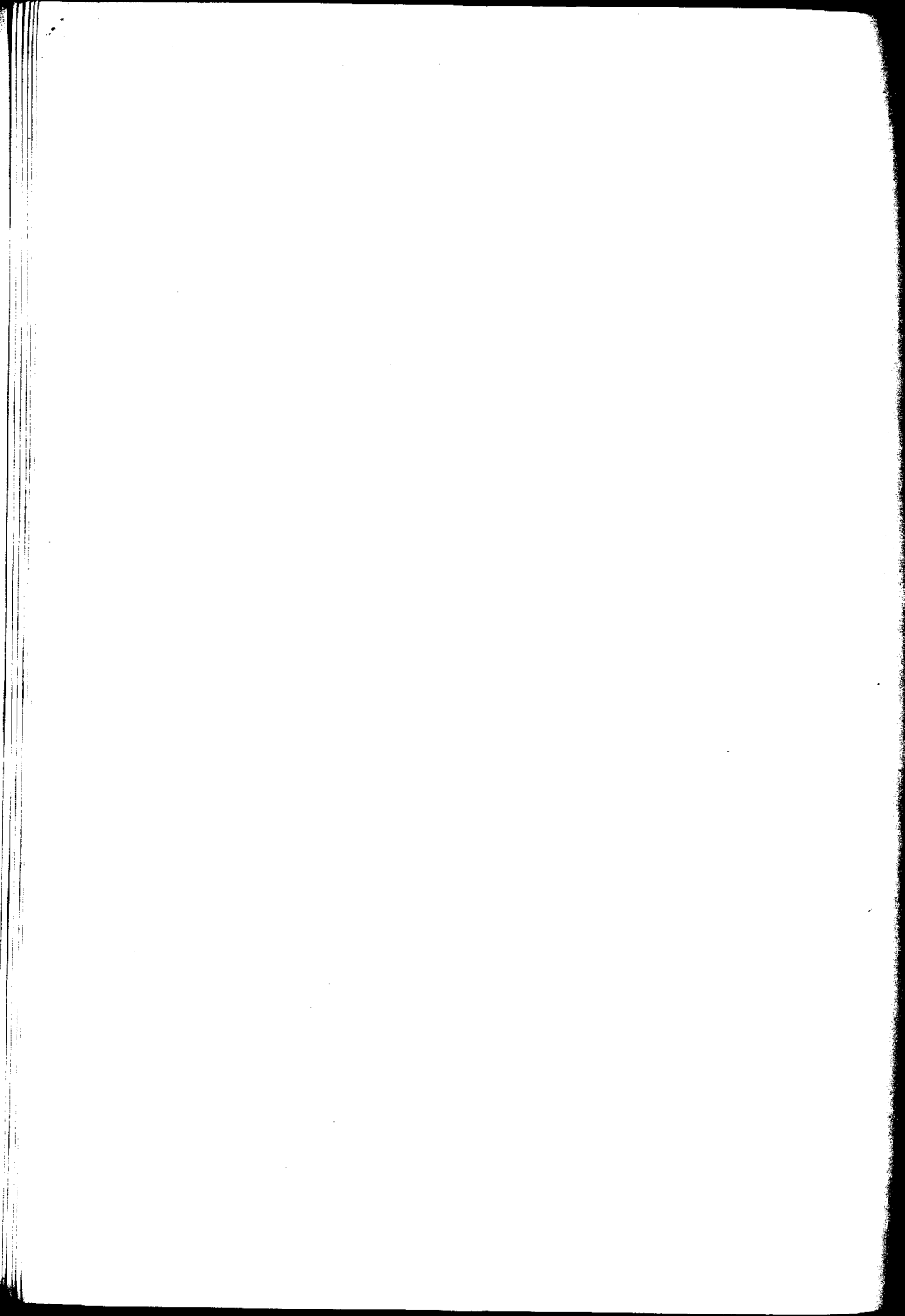
- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



## ESCUELA DE MEDICINA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos Titulares</b>
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASTO QUIROGA
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 ejercicios clínicos.....	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



## ESCUELA DE MEDICINA

---

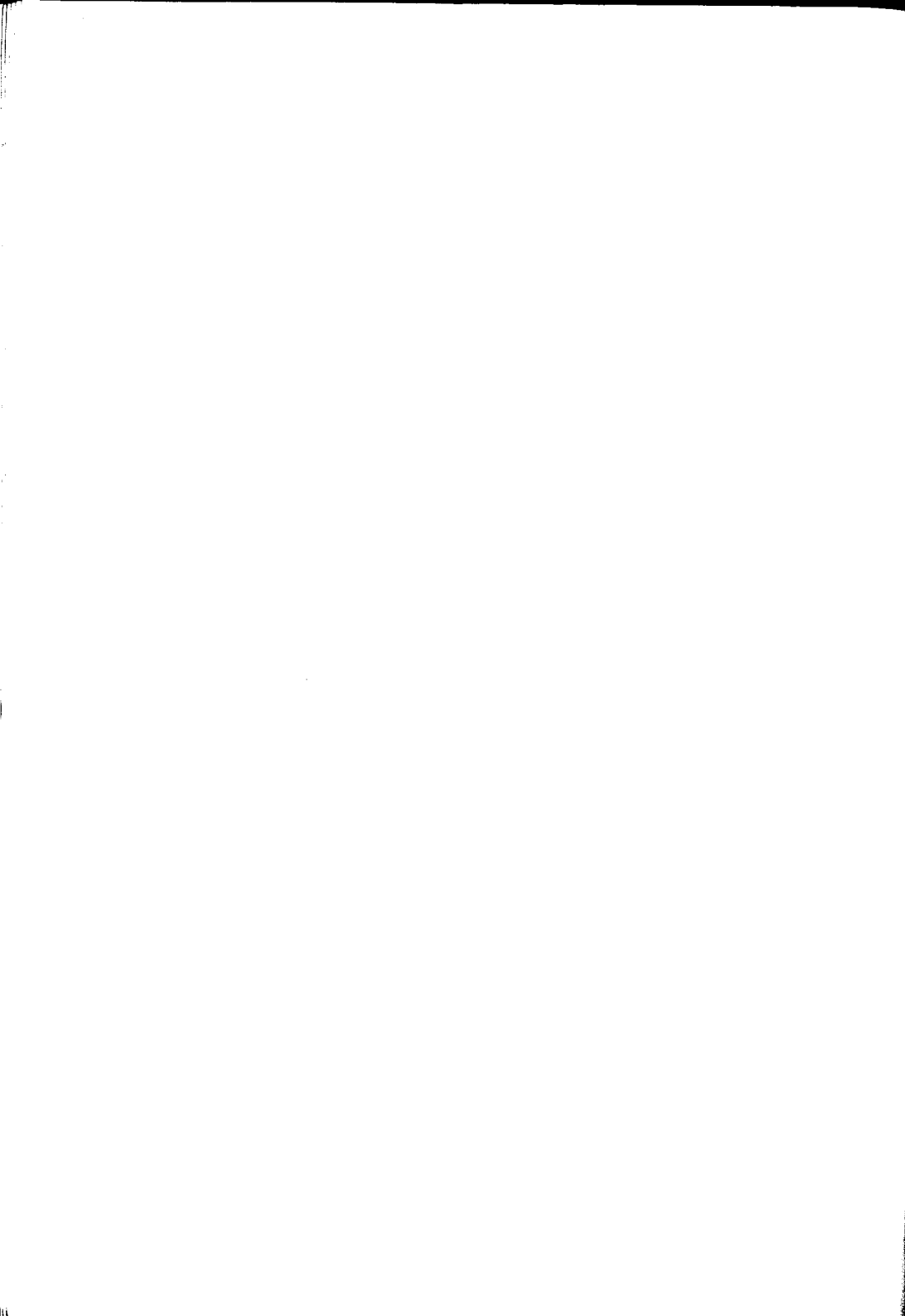
### PROFESORES EXTRAORDINARIOS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	" JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	" JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
	" LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	" JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	" PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	" JOSÉ R. SEMPRUN
	" MARIANO ALERRALDE
Clínica Pediátrica.....	" BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Psiquiátrica.....	" ANTONIO F. PIÑERO
	" MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	" FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	" MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	" RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	" ELISEO V. SEGURA
" Psiquiátrica.....	" JOSE T. BORDA



## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	" EUGENIO GALLI
	" FRANK J. SOLER
	" BERNARDO HOUSSEY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	" GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	" BENJAMIN GALARUE
	" FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" ALFREDO VITON
Materia Médica y Terapia.....	" JOAQUIN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	" ANGEL H. ROFFO
	" JOSE MORENO
	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa.....	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" NICOLAS V. GRECO
	" PEDRO L. BALIÑA
» Genito-urinaria.....	" BERNARDINO MAKAINI
	" JOAQUIN NIN POSADAS
» Epidemiológica.....	" FERNANDO R. TORRES
	" ENRIQUE B. DEMARIA
» Oftalmológica.....	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
» Oto-rino-laringológica.....	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
Patología interna.....	" LEONTIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLAHO
	" EDUARDO MARIÑO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
Clinica Quirúrgica.....	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JEAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
» Médica.....	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JEAN R. GUYENA
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
» Pediátrica.....	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTIARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
» Obstétrica.....	" FAUSTINO J. TRONGE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
Medicina legal.....	" JOAQUIN V. GRECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA



# ESCUELA DE FARMACIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas..	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ
<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas....	„ PASCUAL CORTI
Física farmacéutica.....	„ OSCAR MIALOCK
Química orgánica.....	DR. TOMÁS J. RUMI
Química analítica.....	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica.....	„ LUIS GUGLIJALMELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	„ ANGEL SABATINI



## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	* LEON PEREYRA
Ser. año.....	* N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos suplentes**

DR. ALEJANDRO CABANNE  
,, TOMÁS S. VARELA (2º año)  
,, JUAN U. CARREA (Protesis)

---



## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
<i>Primer año :</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Dr. J. C. LLAMES MASSINÉ
<i>Segundo año :</i>	
Parto fisiológico .....	Dr. MIGUEL Z. O'FARRELL.
<i>Tercer año :</i>	
Clinica obstétrica.....	Dr. FANOR VELARDE
Puericultura.....	Dr. UBALDO FERNANDEZ

---



**Padrino de tesis:**

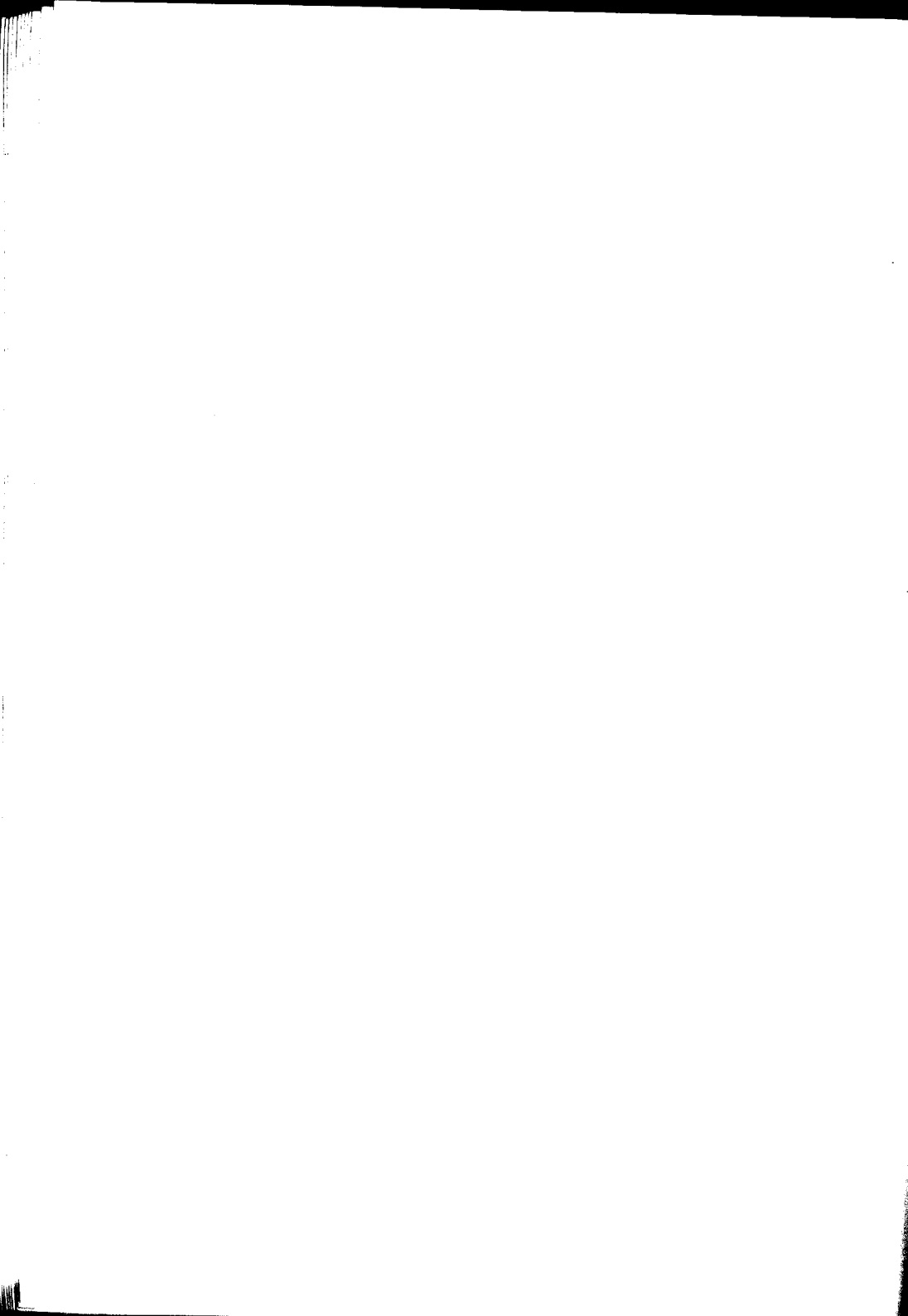
**Dr. ALBERTO CHUECO**

Miembro correspondiente extranjero de la Academia Nacional de Lima  
Miembro de la Sociedad Obstétrica y Ginecológica de Buenos Aires  
Jefe del Servicio de Cirugía Ginecológica del Hospital Juan Antonio Fernández



A MIS PADRES

CARIÑO Y GRATITUD



A LA MEMORIA DE MI HERMANO

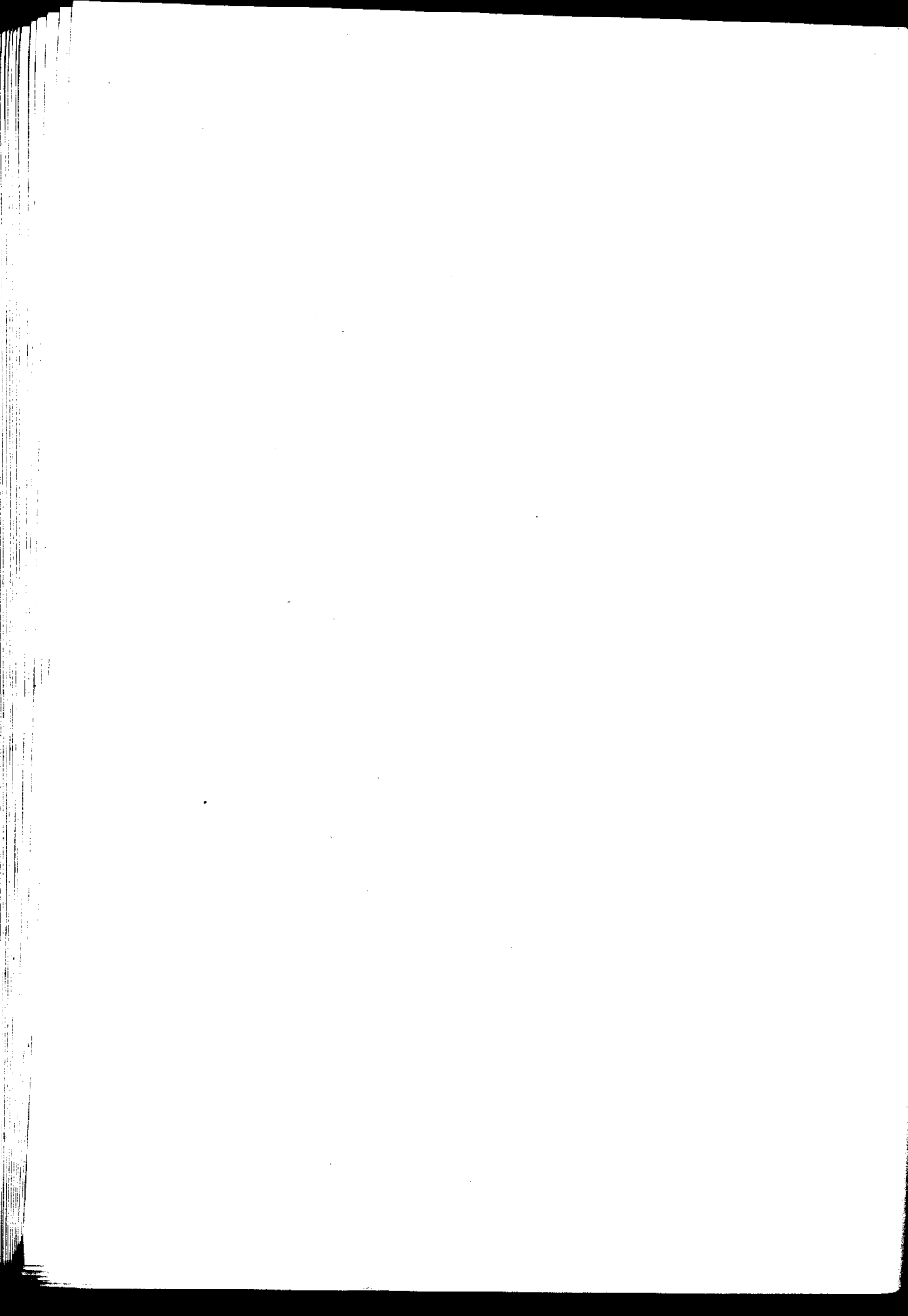
JUAN JOSE ROSENDI



A MIS HERMANOS



A LOS MIOS



Señores: Académicos.

Señores: Consejeros.

Señores: Profesores.

El haber observado durante largo tiempo en la Clínica Ginecológica de la Sala II del Hospital: Juan A. Fernández, intervenciones radicales y conservadoras del útero y sus anexos por vía vaginal; y siendo una vía muy poco conocida por los cirujanos, prácticamente; y siendo tema de muchas discusiones; he querido tratar mi Tesis sobre "Paralelo entre Colpotomía anterior y posterior", y con esto contribuir una vez más al estudio de esta vía, de tan poca práctica entre nosotros y con tan buenos resultados para aquellos que la efectúan.

Este pequeño trabajo inaugural que someto a vuestra consideración, es el resultado de un estudio tenaz y constante durante mi internado en el Hospital: Juan A. Fernández; donde mi corta experiencia adquirida, solicito a vosotros que sean benévulos al considerarla.

He de poner aquí de manifiesto a todos aque-

llos que fueron mis maestros y consejeros; mi más sincero agradecimiento.

Al Dr. Alberto Chuceo, mi más profundo agradecimiento, por el honor que me hace en acompañarme en este acto.

Al Profesor Dr. Ignacio Imaz, al cual agradezco las lecciones recibidas diariamente, durante el internado, como Practicante Mayor.

Mi más grato recuerdo, a mi compañero de estudios y buen amigo Dr. Jorge A. Mac Lean.

A los que fueron amigos y compañeros de in-

ternado del Hospital J. A. Fernández, hago pre-  
que he sido objeto por parte de ellos. .

## CAPITULO I

### Reseña histórica

La colpotomía es conocida de tiempos muy lejanos, tan es así que en el año 1840 se empezó a emplearla como tratamiento de urgencia, efectuando la celiotomía posterior como medio de drenaje, en las colecciones purulentas localizadas en la pequeña pelvis.

Durante el período de 1761 al 1782, se hicieron estudios anatómo-patológicos sobre las lesiones supurativas de las trompas, y al mismo tiempo su posible intervención por la colpotomía posterior.

Más tarde, Portal en 1805, publica varios casos de supuraciones anexiales curadas por la celiotomía, efectuada sobre el fondo de saco posterior de la vagina; desde este tiempo empieza a renacer el tratamiento de las supuraciones pelvianas.

Recamier, desde entonces, empieza la colpotomía como medio de drenaje, en todas aquellas acumulaciones de pus, localizados en el fondo de saco de Douglas. Durante este tiempo, en que la antisepsia no aseguraba una intervención aséptica, los cirujanos se limitaban a puncionar todas aquellas colecciones purulentas, que bombeaban sobre el fondo de saco posterior.

Pero más tarde, el Profesor francés doctor Laroyenne, de Lyon, no solamente efectuó la colpotomía para colecciones situadas muy abajo, sino también para acumulaciones de pus localizados en la parte superior de la pelvis. Courty, hacía la colpotomía en los flemones del ligamento ancho, siempre que no se acompañen de pelvi-peritonitis.

En el año 1840, Amussat, médico que descolla entre los demás cirujanos de su época, efectuaba la enucleación vaginal de fibromas sub-mucosos e intersticiales, que hizo su época entre los intervencionistas norteamericanos, que lo realizan siguiendo la técnica del Profesor francés.

Lisfranc, en el año 1843, efectúa sistemáticamente la enucleación de fibromas de pequeños tamaños; pero, en esta era pre-antiséptica, trajo como consecuencia infecciones post-operatoria que lo obligaron a no ser intervencionista por esta vía.

Llegado a la época antiséptica de Gaillar To-

mas, efectúa un límite de separación, entre las enfermedades que pueden tolerar las supuraciones pelvianas, sin complicación y curar bajo tratamiento médico, y aquellas en que su estado general y local debido ya a la generalización de la infección o a la acumulación de pus, que comprime los órganos vecinos, interviniéndose éstos de inmediatos, dando salida a esta colección por la colpotomía posterior.

La cirugía de los anexos por la celiotomía fué hecha en 1872 por Battey, pero viendo las dificultades que presentaba esta colpotomía para extirpación de ovarios y trompas; Duhrssen, hábil ginecólogo alemán que nos visitara en el año fecha de nuestra centárea fué el que por primera vez empleara la colpotomía anterior para la extracción de los anexos; esto trajo, como es lógico pensar, modificaciones en el instrumental y nuevas intervenciones, entre cuyos colaboradores figuran Doyen, Segond, Czerny, Ott y Wertheim.

Luego aparecen la cúneo-histerectomía de Jonnesco, el procedimiento de Doyen, y un sinnúmero de operaciones que se siguen efectuando en la época actual.

En cuanto atañe a nuestra literatura nacional, transcribiendo párrafos del trabajo inaugural de nuestro ex compañero de internado en el Hospital Juan A. Fernández, Dr. Roberto Gandulfo, de su tesis "Indicaciones y contraindicaciones de la vía

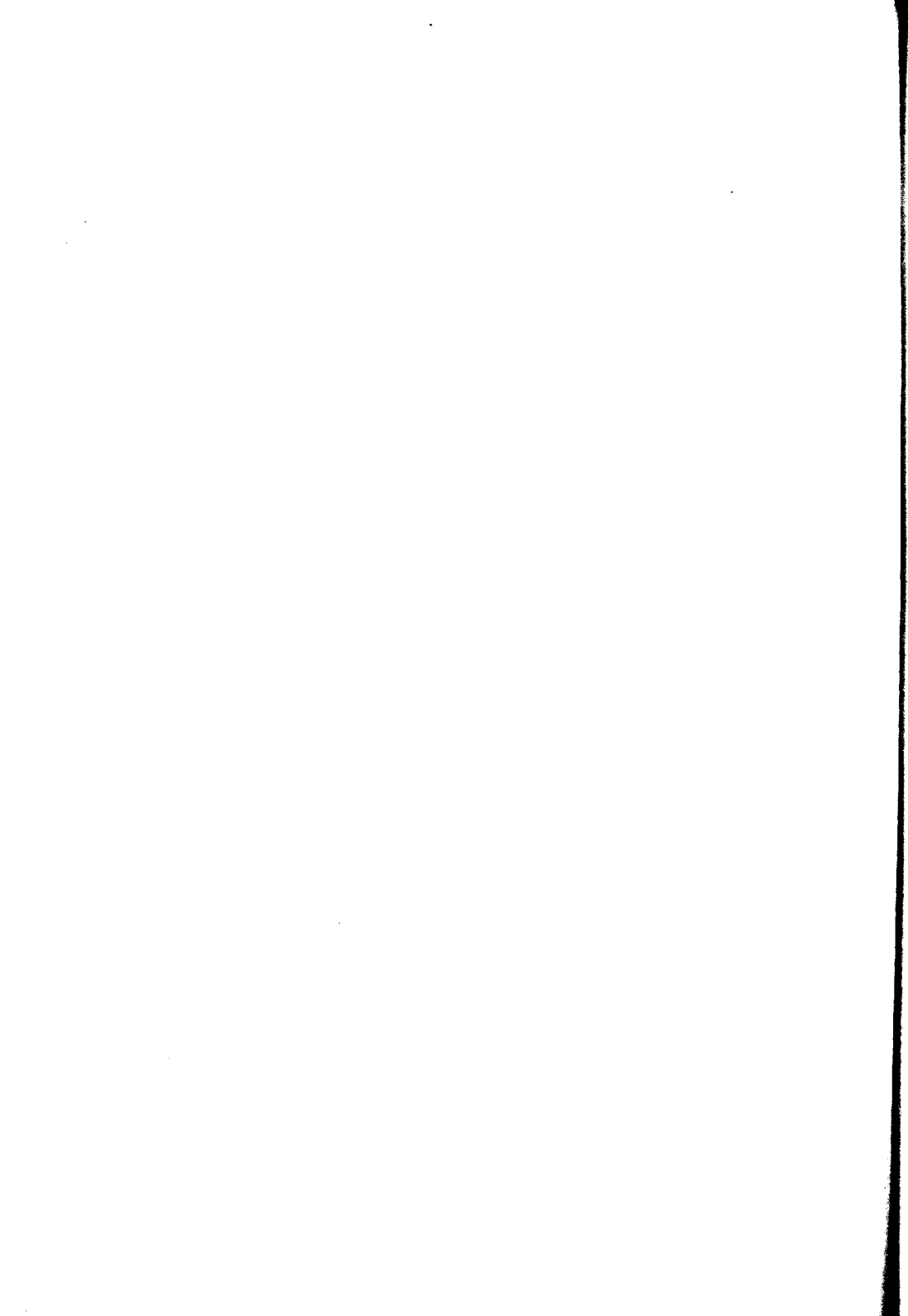
vaginal”, diremos que la colpotomía, ya sea por vía anterior o posterior en la cirugía conservadora, ha dado un paso más hacia el tratamiento de las lesiones del ovario y útero, que entran a formar parte de la cirugía mencionada.

El Dr. Chueco, en uno de sus trabajos sobre la vía vaginal, manifiesta: “La cirugía Ginecológica Argentina, siguiendo la corriente que los progresos imprimen día a día, hora a hora, en el campo de nuestra especialidad, no ha podido, no ha debido quedar indiferente al movimiento que se opera en pro de los procedimientos operatorios realizados por vía baja; era menester ensayarla, y tenemos el convencimiento pleno de que hemos triunfado, de que hemos implantado entre nosotros de una manera definitiva, radical, la vía tan injusta, tan acerbamente condenada”.

Nuestros maestros han efectuado la vía vaginal sintomática y radical; pero en cuanto a los procedimientos de la vía vaginal conservadora, su implantación entre nosotros, no como hecho aislado, sino como hecho definitivo, le corresponde la primicia al Profesor Enrique Zárate, quien, secundado por el Dr. Chueco, efectuaron las primeras series de intervenciones que más tarde diera a conocer el segundo de los citados facultativos sus resultados, en diversas publicaciones cuya originalidad han sido reconocidas en nuestro ambiente.

No hace mucho tiempo, en una sesión científica, el profesor Zárate se expresaba diciendo: “He oído a menudo a nuestros viejos y respetables maestros, cuando hemos tocado este punto, repetir: “La vía vaginal yo también la he practicado hace mucho y concluí por abandonarla”. Y es porque confunden; hay vía vaginal sintomática, diremos así, cuando se hace una punción del absceso que bombea en el fondo de saco vaginal por colpotomía. Hay vía vaginal radical, cuando se hace una histerectomía por fibroma o por cáncer del cuello o del cuerpo, y en esto tienen razón; porque todos los cirujanos que nos han precedido en edad la han practicado”.

“Pero la vía vaginal conservadora, según el concepto moderno, es la adaptación de todos los métodos utilizados por vía abdominal, ya sea para extraer tumores de los ovarios o de las trompas, fibromas subserosos, corrección de desviaciones uterinas, etc. Y en este sentido es una vía nueva, no utilizada entre nosotros hasta hace muy poco. Y es por ese desconocimiento de su moderna acepción que generalmente se opina emitiendo juicios que no debieran darse sino por los que tiene experiencia al respecto y que desgraciadamente son muy pocos.



## CAPITULO II

### **Anatomía de la región**

Si bien es cierto que voy a detallar sucintamente los diferentes elementos músculos-aponeuróticos y órganos muy importantes que se hayan contenidos en la cavidad pelviana de la mujer, y que entran a constituir los medios de suspensión y sosten de la vagina, del útero y sus anexos. No menos cierto es recordar someramente la anatomía de la región y las relaciones más importantes que guarda la celda vaginal, con los órganos vecinos, para más tarde describir un órgano más importante, el útero, que sirve como punto de reparo para todas las intervenciones vaginales, que más tarde serán detalladas en un capítulo especial.

### CONSIDERACIONES GENERALES DE LA VAGINA

Organo musculoso, cuyo papel se limita a dar paso a las secreciones producidas por el útero, como también al feto a término, a sus anexos, en el acto del parto.

Situado en parte en la excavación pelviana, donde se une por arriba con la matriz, en parte en el espesor del periné, al que tiene que atravesar de arriba abajo y de atrás a adelante, para abrirse en la vulva; tiene por delante la vejiga y uretra, que lo separa de la sínfisis pubiana, por detrás al recto que se le interpone e impide su contacto con la columna sacro-coxígea.

La vagina no es un órgano rectilíneo, sino que describe una ligera curva, más o menos acentuada, según los sujetos, curva que mira hacia adelante.

La forma es de un tubo cilíndrico, aplanado de adelante a atrás, cuyas paredes anterior y posterior se hallan aplicadas, la una contra la otra, siendo por consiguiente un estado normal, o también llamada cavidad virtual.

En cortes transversales se nos presenta como una hendidura transversal, ya de una manera rectilínea, o ya describiendo un arco que abraza al recto, sobre la cual descansa por detrás.

Esta disposición, en su parte media, tiende a modificarse a medida que se acerca a su parte superior e inferior, para convertirse, al llegar a la vulva, en elíptica con diámetro mayor ántero-posterior, y es regularmente cilíndrica hacia su extremidad uterina.

En cuanto a sus dimensiones, desde su extremo vulvar hasta la punta del cuello del útero, que hace saliencia en su cavidad; por arriba mide de seis a siete centímetros, medida que se modifica cuando mensuramos el conducto; por su cara anterior y posterior, de siete y medio a ocho y medio centímetros respectivamente.

Así entendido el cilindro vaginal, no se haya calibrado de una manera regular, angosto en su cabo vulvar, ensánchase gradualmente para alcanzar su máximo de amplitud en la proximidad del útero. Como valor medio asignémole veinte y cinco milímetros en su parte media, esto es en estado fisiológico, pues, como nosotros sabemos, adquiere dimensiones enormes, pudiendo introducirse la mano en determinadas manipulaciones que nos son bien conocidas, o de adquirir el tamaño de la cabeza fetal, cuando ésta ha descendido al periné y aparece en la vulva.

## CONFIGURACIÓN EXTERIOR E INTERIOR

### *Estudio topográfico*

La vagina, como hemos dicho anteriormente, presenta, bajo el punto de vista topográfico, dos porciones distintas, que bien debe uno estudiarlas y recordar la importancia que juegan en las distintas afecciones e intervenciones que en él se llevan a cabo.

En su porción intrapélvica, el órgano que estudiamos se haya contenido en una celda que lleva su nombre, celda vaginal, limitada por vejiga y uretra, por delante; recto, por detrás, y elevadores del ano, por los lados.

Se halla mantenida en su celda: 1.º por sus conexiones íntimas con el cuello uterino y con el tejido pelvi-subperitoneal; 2.º con todos los órganos que le rodean, vejiga, uretra y recto; 3.º y es su mejor medio de sostén la fusión que existe entre la aponeurosis media del periné y músculo transverso profundo del mismo con su extremidad interior.

Describamos superficialmente las relaciones por delante, por detrás y lateralmente, como también la de sus dos cabos: vulvar y uterino.

*Pared anterior.* — Llamada no sin razón pa-

red vésico-uretral, se relaciona, como su nombre lo indica, con la vejiga por arriba y uretra por debajo.

Lo que más nos interesa, bajo el punto de vista anátomo-topográfico, es el segmento superior de esta pared, es decir, las relaciones que guarda con el fondo vesical, y su trígono, que, como veremos dentro de un instante, este segmento vaginal nos presenta por su cara interna las dos bifurcaciones de su columna anterior, que viene a limitar el espacio triangular o trígono de Parolik; espacio que se superpone de una manera exacta al trígono vesical y cuyo autor aconseja a emplear estas relaciones para la práctica del cateterismo de los uréteres en la mujer.

Esta relación íntima que presentan los órganos en cuestión, nos da la explicación de como puede llegarse a la vejiga e incindirla, sea para extraer elementos calculosos, o sino como simple drenaje de la cavidad (talla vésico-vaginal).

*Pared posterior.* — La pared posterior, o también llamada pared rectal, descansa, y no nos cansaremos en repetirlo, sobre la ampolla rectal, relación inmediata en sus tres cuartos inferiores y en donde viene a interponerse en su cuarto superior el peritoneo, para formar el conocido fondo de saco de Douglas.

Por lo tanto, se estudiará en esta cara vaginal dos segmentos: uno peritoneal y el otro rectal.

*Segmento peritoneal.* — Comprende, repito, toda aquella porción de quince a veinte milímetros, que el peritoneo, bajando por la cara posterior del útero, tapiza esta cara y se refleja sobre el recto, constituyendo el ya señalado fondo de saco de Douglas, relación cuya importancia operatoria revelará lo que detallaremos más adelante.

Esta porción peritoneal de la vagina varía cuando el útero es llevado hacia arriba, en las diversas intervenciones operatorias, necesarias muchas veces de hacerle alcanzar de dos a tres centímetros, con el objeto de incindir el fondo de saco posterior de la vagina, por letrás del cuello uterino, y dar salida a colecciones pelvianas o tubarias, de origen hemático o supurativas.

*Segmento rectal.* — Es toda aquella porción de la pared, que está por debajo del fondo del saco útero-rectal, inmediatamente aplicada al recto, separándola tan sólo una capa de tejido celular, denominada generalmente tabique recto-vaginal, tabique de poco grosor en su porción intra-pelviana, adquiriendo su máximo en su porción perineal, merced a la inflexión o inclinación del recto hacia atrás, separándose poco a poco de la vagina y constituyendo lo denominado triángulo recto-vaginal.

*Paredes laterales.* — Las dos paredes laterales corresponden siguiendo de arriba a abajo: 1.º con la porción más ancha del espacio pelvi-subperitoneal de Richet y muy especialmente con el plexo-venoso que allí se forma (plexo-venoso vésico-vaginales). 2.º Con la aponeurosis peritoneal superior, y con el elevador del ano, que lo separa a manera de tabique de la prolongación anterior de la fosa isquio-rectal, razón por la cual aconseja Michaux llegar a la vagina por vía isquio-rectal, para tratar fistulas vésico - vaginales situadas por arriba. 3.º Con los fascículos más internos del elevador, sin tomar inserción en la vagina. Se adhieren al tejido celular peri-vaginal y al contraerse este músculo comprime al conducto vaginal; 4.º por último, la vagina se abre paso en el periné, fusionándose con todos sus planos.

*Extremidad superior.* — *Fondos de sacos vaginales:* Esta extremidad, al buscar inserción en el cuello uterino, lo hace de una manera especial. Se fija al cuello en la unión de los dos tercios superiores, con el tercio inferior, dando lugar esta inserción a la formación de un canal circular que se le designa indistintamente cúpula, bóveda o fondo de saco de la vagina, fondo que topográficamente se le divide en cuatro partes, fondo de saco anterior, posterior y laterales.

El 1.º es poco profundo, reducido casi a un surco transversal, debido a la baja inserción de la vagina a este nivel, mientras que los laterales y posterior son más profundos; este último llega a tener hasta tres centímetros.

Su interés, tanto clínico como operatorio, se explican porque las intervenciones se hacen en estos fondos de saco, que se les da el nombre de colpotonias, y además aunque algo lejano en cuanto se refiere a la inserción de la mucosa únicamente, se encuentran las relaciones con el ureter, cayado de las uterinas y peritoneo, en cuanto atañe a los dos primeros en el párrafo último del presente capítulo, describiremos en detalle la topografía de ambos.

*Extremidad inferior.* — Fusionándose con el periné al atravesarlo, la vagina es estrecha y poco dilatatable, causa muchas veces de intervenciones muy laboriosas, debido a la pequeñez del campo operatorio.

Termina en la vulva con el nombre de orificio vulvo-vaginal.

#### CONSIDERACIONES GENERALES DEL ÚTERO

Este órgano musculoso, de forma de un cono aplanado, de delante a atrás, con su base dirigida

arriba y vértice truncado abajo, hace saliencia en el orificio superior de la vagina.

Richet le compara a un calabacín, presentándonos un poco por debajo de su parte media un estrechamiento circular que permite dividirlo en dos partes: una superior, dilatada, de forma triangular, el cuerpo; otra inferior, más corta y cilíndrica, el cuello.

Entre el cuerpo y el cuello existe una porción estrechada, llamada el istmo.

Esto lo referimos a un útero normal, pero en casos no raros obsérvanse deformaciones, resultado de perturbaciones en su desarrollo embrionario del conducto de Müller, que, como sabemos, da origen a la trompa, útero y vagina.

Es por esto que nos hallamos con útero unicorne por suspensión de desarrollo de uno de los conductos de Müller, con vagina y útero bilobares o bicorne, por persistencia total o parcial del tabique útero-vaginal.

La cavidad del útero es aplanada de delante atrás, ensanchándose a medida que se une el cuerpo y el cuello; virtual cuando no se halla en estado de gestación.

Por arriba, la cavidad se comunica con las trompas, por debajo se abre en la vagina.

La cavidad del cuerpo reviste la forma triangular, de base superior, vértice interior. Sus dos

ángulos superiores, redondeados en la múltipara, menos en las nulíparas, corresponde con la extremidad uterina de las trompas (ostium uterinum). Su ángulo inferior se continúa con la porción estrechada, que recibe el nombre de orificio interno del cuello. Las paredes anterior y posterior lisas y convexas.

A continuación de la cavidad del cuerpo viene la cavidad del cuello, formando un ángulo ligeramente abierto hacia adelante, es alargado, ancho en su parte media, estrecho en sus dos extremidades, tanto en la superior como en la inferior, terminando por arriba en el orificio interno del cuello, y por debajo en el orificio externo del mismo.

Las dimensiones varían según que la mujer sea virgen o múltipara; en la nulípara llega a tener una capacidad de tres a cuatro centímetros cúbicos y en la múltipara de cinco a seis centímetros cúbicos.

El diámetro vertical de la cavidad uterina tiene, por término medio, de cincuenta a sesenta milímetros en la nulípara, pero en la múltipara llega a tener de sesenta a setenta milímetros.

En cuanto al diámetro transversal, mide desde una a otra trompa, desde veinte a treinta milímetros en la virgen, y de treinta a treinta y cinco milímetros en la múltipara. A nivel del orificio del cuello es de cuatro a cinco milímetros.

Resumiendo; vemos que la cavidad uterina es ancha a nivel del cuerpo, estrecha en la región del cuello, que hace difícil el acceso al cuerpo.

Sus paredes son de consistencias blandas y depresibles, permitiendo que queden huellas e impresiones de las asas intestinales, que gravitan sobre él. Sin embargo, nos hallamos con cierta dureza, que la apreciamos por medio del tacto y la palpación, o por medio del histerómetro, como también de la resistencia especial que le ofrece a la cuchara en el curetage, y el ruido áspero y particular que produce, conocido con el nombre de “crujido uterino”.

#### *Estudio topográfico*

Bajo el punto de vista de la región, que ocupa en la excavación pelviana, debemos de recordar: 1.º Su situación. 2.º Dirección. 3.º Medios de unión. 4.º Sus relaciones.

*Situación.* — En un trabajo de autopsia podemos precisar mejor la situación en la cavidad pelviana; vémosle situado entre la vejiga por delante y el recto por detrás, sujeta a la pared de la excavación por los dos repliegues peritoneales (ligamentos anchos), que a la vez es sostén de ovarios y trompas, dos órganos que colocados en sentido vér-

tico-frontal, dividen la cavidad pelviana en dos compartimentos, uno anterior cavum vesical, y otro posterior cavum rectal, nombres que de por sí nos indican porqué órganos están ocupados.

Además, se haya por encima de la vagina, que le continúa hacia abajo, entre las dos trompas que desembocan en su cavidad.

Normalmente sabemos que su fondo llega, pero no sobrepasa, al estrecho superior de la pelvis.

El útero y sus anexos se comportan como la vejiga y recto, que se hallan sumergidos en el tejido celular pelvi-subperitoneal; además se hallan separadas en gran parte de este tejido, levantando a la hoja peritoneal, que les forma un verdadero meso, llamado ligamento ancho. Y de aquí la expresión de Testut, que “flotan” en la cavidad que se alojan, faltándole una celda propia.

Pero hay que advertir que esto es cierto, en lo que se refiere al cuerpo; el cuello se halla protegido, por así decirlo, de esta capa celular, que rodeándole completamente lo pone en relación con la vejiga por delante, recto por detrás y paredes de la excavación por los lados (es, pues, el espacio peri-cervical).

*Dirección.* — Conocemos con qué facilidad se desplaza el órgano, merced a los órganos que lo rodean, según estén éstos llenos o vacíos, tales como

asas intestinales, vejiga y recto. Y si partimos de lo que hemos dicho al hablar de su situación, como un órgano colocado vértico-transversalmente en la parte media de la cavidad pelviana, vémosle que se inclina ora hacia adelante, o hacia atrás; inclinarse en rotación, ya a la izquierda o derecha, o transportado por entero a los lados y diciendo que está en ante-versión o látero-versión derecha o izquierda, cuando se inclina respectivamente hacia adelante, atrás, derecha o izquierda; o en dextro-torsión y levo-torsión, si hay rotación hacia un lado o el otro.

Por consiguiente, no podemos afirmar de una manera categórica cual es la posición exacta de la víscera en la cavidad que se aloja; ya que ella depende del grado de evacuación o distensión de los órganos que le rodean.

Ahora, si nosotros consideramos que todos los órganos están vacíos, vemos que tomará el útero una posición de equilibrio, es decir, en ante-versión.

*Medios de fijeza.* — Por lo que antecede deducimos cuan grande es el desplazamiento de este órgano; pero sus límites fisiológicos le son impuestos por diversos medios, que son: 1.º El peritoneo. 2.º Los ligamentos anchos. 3.º Vasos y nervios que le rodean. 4.º Y por último, el periné.

*Peritonco.* — La hoja parietal de esta serosa

que baja tapizando la pared abdominal anterior y cara posterior de la vejiga, al llegar a la altura del istmo del útero se refleja sobre este órgano, subiéndolo su cara anterior, sigue revistiendo su fondo, cara posterior, así como también la porción supra-vaginal del cuello, para reflejarse de nuevo sobre el recto, después de haber tapizado una pequeña parte del fondo de saco posterior de la vagina.

*Ligamentos.* — El órgano que estudiamos se halla suspendido por tres pares de ligamentos, que son: los útero-sacros, los anchos y redondos.

Los ligamentos anchos, dispuestos, como hemos dicho, en sentido vértico-transversal y extendido de los dos bordes laterales del útero a las paredes de la excavación, le permiten a la matriz movimientos ántero-posteriores, pero se oponen en su lateralidad. Uno de ellos, relajado, facilita la látero-desviación del útero.

Su acción es muy discutida, admitiéndose que son capaces de oponerse a la retro-versión; de aquí que aconseja Alquié-Alexander el acortamiento en su porción extra-abdominal, en caso de retro-versión.

Otros medios de sostén, no también muy importantes, son: 1.º Las expansiones fibrosas que rodean a los vasos del espacio pelvi-subperitoneal y

es fijan en el istmo; 2.º por las conexiones íntimas que unen a la matriz con vejiga y recto, por una parte, y el elevador y periné, por otra.

Las expansiones fibrosas, que se condensan al rededor de los vasos del espacio pelvi-subperitoneal, dan origen a la formación de láminas fibro-vasculares, quienes entre ellas debemos mencionar la llamada aponeurosis sacro-recto-génito-pubiana izquierda y derecha, dispuesta en sentido sagital, y que naciendo en el pubis, se dirige hacia atrás y termina en el sacro; siempre sumergida esta aponeurosis en el espacio celular pelvi-subperitoneal, en la porción comprendida entre pubis e istmo del útero, y se viene a separar del tejido celular por detrás del istmo, levantando el peritoneo del fondo de saco de Douglas, dando lugar a la formación de los ligamentos que van, repito, desde el istmo al sacro, llamado ligamento útero-sacro, ligamento que no es otra cosa que la porción posterior de la aponeurosis sacro-recto-génito-pubiana estudiada.

Las conexiones con vejiga y recto son también íntimas; conexiones que permiten dislocarse en masa a estos órganos, y así se explica porqué en un prolapso uterino se complique generalmete con cistocele o rectocele.

*Relaciones.* — Cuerpo: la cara anterior de la matriz, lisa, ligeramente convexa y tapizada por

el peritoneo; se separa éste a nivel del istmo y reflejándose sobre la vejiga da origen a la formación del fondo de saco vésico-uterino, que se interpone entre ambos órganos, cuando la vejiga está llena; no así cuando su estado de vacuidad permite que se interponga asas intestinales.

Las relaciones se exageran en caso de anteversión, viéndose al útero como tendido sobre la vejiga y dando lugar a fenómenos irritativos del reservorio uterino.

Su cara posterior, también lisa, más convexa que la anterior, presenta una cresta rugosa, perceptible al tacto vaginal algunas veces. El peritoneo, que lo tapiza uniformemente, al llegar al cuello muchas veces hasta la porción superior de la vagina, se refleja sobre el recto, dando lugar al ya nombrado fondo de saco de Douglas.

Este fondo de saco, de mayor profundidad que el vésico-uterino, es el punto más declive de la gran cavidad peritoneal y donde tiende a localizarse toda colección purulenta.

Se haya dividida en dos porciones o pisos, por los relieves que forman los dos ligamentos útero-sacros; uno superior, llamado vavum retro-uterino, y el otro, fondo de saco de Douglas propiamente dicho, donde que corresponde a la vagina y que incindiendo ésta en el fondo de saco posterior abrimos la cavidad peritoneal.

No debemos pasar de alto la importancia del fondo de saco de Douglas, en los casos de prolapso de los ovarios y trompas, quienes se vienen a alojar en él y que una lesión inflamatoria de ellos se complica con una pelvi-peritonitis, o se encuentren en él colecciones sanguíneas (hematoceles), por ruptura de un embarazo tubárico o colecciones serosas y purulentas sintomáticas de afecciones salpingo-ováricas.

Los bordes laterales de la matriz, cóncavos, es donde las dos hojas peritoneales que cubren la cara anterior y posterior, se unen para formar el ligamento ancho. Es recorrido en toda su extensión por la arteria uterina y el rico plexo-venoso, que acompaña a esta arteria.

El fondo del útero es la parte más ancha del útero, casi recto en la nulípara, es convexo en la múltipara. Tapizado por el peritoneo, se halla en relación con las asas intestinales, que sobre él gravitan.

El cuello, de forma fusiforme, sirve de inserción en la unión de los dos tercios superiores, con el tercio inferior a la vagina, constituyendo los fondos de sacos vaginales, ya descriptos al hablar de la vagina.

Analicemos las relaciones en su porción supra e intra-vaginal; la supra-vaginal tiene por delante al fondo vesical, separada por una pequeña

cantidad de tejido celular; por detrás, con el fondo de saco de Douglas, hacia los lados, con la arteria uterina y el plexo-venoso, que la acompaña y muy especialmente con el cayado de la uterina, con el ureter, que va en busca de la vejiga, siguiendo una dirección hacia adelante y adentro.

En párrafos anteriores habíamos manifestado la importancia capital que reviste la red arterial y venosa del útero y la vagina; en cuanto atañe a la primera, debemos mencionar, en primer término, a la arteria uterina, que, como sabemos, es el vaso más importante del útero, pues por ella afluye al órgano casi toda la sangre con que lo nutre; importa, ante todo, conocer qué relaciones guarda con el ureter y con los órganos que atraviesa, antes de llegar al útero. Rama de la hipogástrica atraviesa oblicuamente la base del ligamento ancho para llegar a la altura del cuello uterino, donde se ramifica costeadando todo el borde del órgano en numerosas flexuosidades con un calibre de tres milímetros término medio como diámetro, fácilmente reconocible por su coloración blanquecina, su trayecto flexuoso y en una disposición de serpentina tan especial que se le reconoce con facilidad en el ambiente del tejido celular en que recorre. En todo su recorrido del cuello uterino hasta la proximidad del nacimiento de las trompas, da origen a numerosas ramas, que con trayecto igualmente flexuoso

se dirigen hacia el centro del útero, entremezclándose con las terminaciones de las ramas arteriales provenientes de la uterina del lado opuesto.

La arteria uterina, a dos centímetros de la vecindad del cuello uterino, en la proximidad del ureter, se subdivide en dos ramas, la una, la inferior, da margen a la red arterial de la pared vaginal superior y la otra es la que hemos descrito en el párrafo anterior, que es el tronco principal de la uterina que se anastomosa en el fondo del útero con las ramificaciones provenientes de la arteria útero-ovárica.

Esta rama principal de la uterina, en su trayecto por el borde del útero, no penetra en el parénquima del tejido del órgano, sino que se encuentra inmediatamente por debajo de la serosa peritoneal, dato que es necesaria tener muy en cuenta cuando se realizan intervenciones conservadoras sintomáticas o radicales del útero y sus anexos; en efecto, en las histerectomías, ya sean por vía abdominal o vía vaginal, muchas veces las manipulaciones un poco bruscas suelen acarrear hemorragias profusas debidas a desgarraduras producidas en estas bifurcaciones de las ramas arterial de la uterina.

Al ligamento redondo acompaña una pequeña arteria, que lleva su nombre, y que si bien su calibre es menor de la uterina y útero-ovárica, es necesaria

rio no olvidarla para su hemostasia, que si bien es cierto, no da origen a ramas secundarias, pueden dar origen cuando no se la liga a hemorragias abundantes.

En cuanto atañe al plexo-venoso, aún más rico que el arterial, se halla situado, como él, a lo largo de los bordes del útero y del cuello del útero; pero es menester tener presente que este plexo-venoso, bajo el punto de vista operatorio, tiene, cuando se le compara con el plexo-arterial, una importancia secundaria. Hacia arriba y hacia abajo de los ligamentos anchos el plexo-venoso que existe vierte su sangre en las venas uterinas y útero-ováricas.

En cuanto al segmento intra-vaginal o llamado hocico de tenca es la parte del cuello que hace prominencia en la cavidad vaginal, segmento que se palpa en tacto vaginal o visible al examen del speculum.

El vértice del hocico de tenca termina en un orificio (orificio externa del cuello), variable de forma y aspecto, según que se trate de una mujer nulípara o multípara.

## CAPITULO III

### **Técnica de las colpotomías e intervenciones vaginales**

He creído oportuno acompañar esta pequeña contribución al estudio de las técnicas de las colpotomías vaginales y al mismo tiempo mencionar algunas de las intervenciones que con más frecuencia se hacen en el servicio de Ginecología del Hospital Juan A. Fernández, a cargo del Dr. Alberto Chueco.

Creo conveniente exponer las intervenciones lo más superficialmente, porque en el caso contrario me saldría de los límites clásicos establecidos y porque en esta forma he de cumplir suficientemente el fin que me propongo, sin que sea tan vasto, como tendría que ser, si se detallara operación por operación; en cada una de las tantas intervenciones que se hacen por vía vaginal.

### TÉCNICA DE LA COLPOTOMIA ANTERIOR

Antes de comenzar la descripción de la celiotomía anterior, es conveniente mencionar la preparación de la enferma, antes de efectuar el procedimiento quirúrgico.

La preparación consiste en lo siguiente: el día antes de la operación se le da un purgante cualquiera; aquí se usa el aceite de ricino o limonada Rogé; se le ha tenido varios días a lavages vaginales, de soluciones desinfectantes débiles; luego a dieta casi absoluta, hasta el momento de la intervención.

El día antes del que se va a operar se afeita toda la región períneo vulvar, inclusive el Monte de Venus.

La enferma, acostada, en posición sacro-dorsal, sobre la mesa de operación, con los huecos poplíteos apoyados sobre los porta-piernas, la pelvis rozando el borde de la mesa; ya preparada la paciente en esta forma, se limita el campo operatorio con compresas esterilizadas.

En cuanto a la anestesia, si bien es cierto que cualquier anestésico que usemos es indiferente para la intervención, no lo es en cuanto se refiere al post-operatorio. Nosotros usamos el éter, dado con

el aparato de Ombredanne, con buenos resultados; mas la raqui-anestesia se prefiere por su post-operatorio, también usada en este Servicio, que aporta mayores beneficios que cualquiera de las otras anestias; porque la enferma al ser retirada de la sala de operación puede llegar a su lecho y quedarse sentada, que es nuestro ideal para las intervenciones por vía vaginal, porque cualquier proceso supurativo o hemático, localizados en cualquiera de los fondos de sacos vaginales, necesita un buen drenaje, que se cumple con la posición que adopta la paciente de inmediato a la intervención.

Aseptizada la celda vaginal por medio de un hisopo mojado con una solución de tintura de iodo, y luego sacando el exceso con alcohol, se sonda la vejiga y se inicia la intervención.

Primero se coloca una valva de peso, sobre la horquilla vulvar, y se deprime fuertemente la pared posterior de la vagina luego; otra valva sobre la comisura anterior, que sirve para ampliar el campo operatorio.

Se toma el cuello uterino, por su labio anterior, con una pinza erina de Hegar, o bien con pinzas de tres a seis dientes, que aporta ciertos beneficios, especialmente en aquellos procesos que se acompañan de cierta friabilidad del cuello uterino, que al traccionar el cuello se desgarraría.

Se toma de las pinzas y se traccionan hacia

abajo y afuera; el campo operatorio comprendido entre la valva anterior y la pinza erina que descien- de el hocico de tenca, deja al campo operatorio listo para efectuar la colpo-celiotomía anterior.

En cuanto a la incisión en el fondo de saco va- ginal anterior, algunos cirujanos prefieren la in- cisión vertical, pero en el Servicio de Ginecología en que cooperamos, se practica la celiotomía ante- rior transversalmente obedeciendo a la indicación de la anatomía de la región que da un campo ope- ratorio más amplio y mejor drenado, en todos aque- llos procesos que lo requieren.

En cuanto al instrumental, unos usan el bisturí y otros prefieren las tijeras curvas.

Descendido el cuello uterino lo más que se pueda, se comienza a hacer una incisión transversal a centímetro y medio o dos por detrás del borde del hocico de tenca, luego se toma con dos pinza de Kocher el borde superior de la vagina seccionada, se deja la tijera y con el dedo índice se desliza sua- vemente sobre la cara anterior del útero, donde se halla un tejido celular laxo, que ofrece muy poca resistencia, dejándose separar fácilmente el útero de la cara posterior de la vejiga.

Después de obtener el rechazo de estos dos ór- ganos importantes, se nota que el índice siente una cierta resistencia, dificultad para avanzar más ha- cia arriba; este obstáculo es producido por el re-

pliegue peritoneal, que suele hacer prominencia, reconociéndose en tales casos por su tinte blanco amarillento, en los procesos no inflamatorios.

Volvemos a tomar nuevamente la tijera, cortamos el peritoneo, haciendo un pequeño ojal y luego terminando la incisión de través, hasta tener unos cinco centímetros de longitud.

La colpotomía se ha terminado; luego el cirujano efectúa el reconocimiento del útero y sus anejos, haciendo el tratamiento que le parece más conveniente.

#### COLPOTOMIA POSTERIOR

La paciente ya está preparada según la técnica descripta.

Se colocan dos valvas anchas; una sobre la comisura anterior y otra sobre la comisura posterior; se toma el cuello uterino por su labio posterior, se retira la valva anterior, se levanta el cuello en dirección a la sínfisis pubiana y se tracciona fuertemente la valva posterior hacia abajo, quedando el campo operatorio bien descubierto a la vista del operador.

Se toma una tijera curva, y con la punta mirando hacia arriba, se empieza a incidir, no en el fondo de saco posterior por detrás del cuello ute-

rino, como hacen algunos cirujanos, sino sobre la cara posterior de la vagina, a la altura de su tercio superior, donde descende más el fondo de saco de Douglas; porque si nosotros incidimos el fondo de saco posterior, nos queda la colección purulenta siempre por debajo de ella, siendo una colpotomía inútil debido a la falta de técnica operatoria.

Incindida la pared, se deja la tijera e introduciendo uno o dos dedos en la incisión, se empieza a separar la cara posterior del útero, de la cara anterior del recto, que se hallan unidos por un tejido celular laxo y una hojilla fibrosa, haciéndose más fácil la separación de estos órganos que en la colpotomía anterior.

Debo advertir que siempre se debe trabajar sobre la cara posterior del útero, para evitar complicaciones desagradables, como son las desgarraduras de la pared rectal y sus correspondientes fístulas temporarias, que afortunadamente cierran en breve días, con curaciones secas con gasas iodoformadas.

También debo decir que se debe seguir la parte media de la cara posterior del útero para evitar las hemorragias de origen de las uterinas o de sus ramas.

Llegando al fondo de saco peritoneal útero-rectal, se incinde, y luego se sigue de la misma manera que lo mencionado en la colpotomía anterior.

### TÉCNICA EN LOS HEMATOCELES

Siendo el fondo de saco de Douglas el repliegue peritoneal más declive de la cavidad pelviana, lógico es pensar que las hemorragias, producidas casi siempre por embarazos extra-uterinos, vayan a ocupar este fondo de saco útero-rectal.

La intervención es muy sencilla; se trata de efectuar una colpotomía posterior, descrita anteriormente y accesoriamente un lavage con una solución antiséptica cualquiera, para arrastrar los coágulos sanguíneos, o sino simplemente dejando un pequeño drenage con una gasa esterilizada y enrollada siempre, que se cambiará a las veinte y cuatro horas, para ser sustituida al día siguiente y así sucesivamente, hasta lograr que aquella cavidad formada por paredes fibrosas del hematocele enquistado llegue a cerrar del vértice hacia su base, siempre que se considere que el vértice está constituido por la parte más culminante de esta acumulación, y por base la celiotomía posterior.

### TÉCNICA DE LAS DESVIACIONES UTERINAS

*Procedimiento Doyen.* — Primero se hace la colpotomía anterior; luego, incidido el peritoneo,

se toma unas pinzas de Museux, escalonadas unas tras otras, hasta traer el útero fuera de la vulva; ahora llega el momento de tomar la matriz con un histerolabo Dartigue, y en esta forma queda el útero en condiciones de ser intervenido.

Se toma una aguja cargada con hijo cromatado N.º III, y se pasa transversalmente en el cuerpo uterino por su cara anterior, a una profundidad que varía según el espesor de la pared uterina, evitando siempre de no caer a la cavidad virtual, empezando cerca de un cuerno uterino y terminando cerca del polo opuesto. Con la misma aguja se efectúa la misma maniobra sobre la porción supravaginal del cuello. Se anudan los dos extremos del hilo, y queda terminada la intervención; es decir, se ha formado un círculo que dá por resultado reducir una porción de la pared uterina anterior, que hace hernia en la superficie del órgano. Ahora si nosotros deseamos reforzar nuestra operación haríamos la misma maniobra, llevando el ansa de catgut por arriba de esta última, y haciendo el mismo recorrido y la misma terminación.

Por último, suturamos nuestra celiotomía anterior y dejamos un pequeño drenaje de gasa simple, en los casos en que una pequeña arteria ha sido herida y que sirva como taponamiento para el borde vaginal, que casi siempre dá una insignificante pérdida sanguínea. La gasa se retira a las venti-

cuatro horas, y los días siguientes se tocará la incisión con una gasa embebida con tintura de iodo.

#### CUNEO HISTERECTOMIA ANTERIOR

*Procedimiento de Jonnesco.* — La colpotomía anterior y la liberación del útero, se hace como en el procedimiento anterior; luego sobre la cara anterior del útero, en su eje transversal, se hace una recepción cunciforme, cuyo tamaño varía según la inclinación que se le quiera dar al útero, nunca debe llegar a perforar la cavidad uterina; luego, se hacen cuatro o cinco suturas con catgut cromatado, en dirección del eje longitudinal de la matriz. Se termina la intervención, suturando la celiotomía y dejando un drenaje vaginal, que se retira a las veinte y cuatro horas. Este procedimiento debe emplearse en las retro-desviaciones uterinas adherentes.

#### LIGAMENTOPEXIA POSTERIOR

*Procedimiento Dartigue.* — Teniendo el útero fuera de la vulva, y vista su cara posterior, tomamos una aguja cargada con seda o catgut cromatado, se prefieren ambos, para evitar su rápida ab-

sorción, se carga el ligamento redondo sobre la aguja y se le hace pasar por un ojal, practicado previamente en ambos ligamentos anchos, luego, se llega a la cara posterior del útero, se le introduce la aguja y después de haber hecho un recorrido intramuscular, de dos centímetros, se saca y se hace la misma maniobra con el ligamento redondo del lado opuesto; tomados los dos cabos, se anudan y se termina la operación como en los procedimientos anteriores.

#### TECNICA DE LOS FIDROMAS UTERINOS

La técnica de los fibromas son varios, y se hallan en relación directa, según su localización sea intra-uterina, o también llamados intra-cavitarios, que algunos son muy pediculados y fáciles de extirpar, de tamaño variables, habiéndose logrado ver fibromas pediculados, que se asomaban en la vagina después de haber recorrido el cuerpo uterino, segmento inferior y cuello uterino.

Los otros fibromas llamados sub-peritoneales, situados sobre la superficie externa del útero; algunos pediculados y otros haciendo juego con la masa muscular de la matriz, llegando a tener el tamaño de una almendra, de una naranja, de un puño, etc., etc. Y por último los fibromas llamados intersticiales, que constituyen una masa uniforme

con el útero. De aquí los diferentes procedimientos, conservador los primeros, y radicales los segundos.

Los procedimientos para la extirpación de los fibromas uterinos que nos interesan son solo aquellos en que se relacionan con la colpotomía, ya anterior o posterior, ya abriendo o no la serosa peritoneal, en el primer caso, se cuentan los procedimientos de Segond, etc.; en el segundo son aquellos en que se extirpan los fibromas ubicados en la porción del cuello uterino, parte inferior del cuerpo del órgano, en su pared anterior o posterior, o abriendo la cavidad uterina rechazando la serosa peritoneal.

*Procedimiento de Segond.* — Es una intervención sencilla: tomado el cuello con dos pinzas de Museux, se hace descender lo más que se pueda el cuerpo uterino, luego, con una tijera recta se cortan ambas comisuras llegando cerca del istmo, conviene no aventurarse en ir más allá, por temor a herir las arterias uterinas y los plexos venosos que lo acompañan.

Incindido el cuello, se puede ver bastante bien el tumor; se toma con una pinza y bien fijada con la mano izquierda; se toma el tirabuzón, con la mano derecha, se aplica sobre el tumor y luego se penetra en él, se comienza a separar del cuerpo uteri-

no, que algunas veces resulta fácil cuando la cápsula perifibrosa es gruesa, de consistencia dura, y en caso contrario se procede al morcellement, que se hará en varias tomas, teniendo como eje el tirabuzón, y cortando en forma de cuña; cuando el tumor va reduciéndose, llega un momento en que toda la masa neoplásica, aparece de golpe en la vulva, debido al clivage hecho con el morcellement. Si extirpado el tumor, hay algún vaso que dá sangre se le liga o sinó, se deja un taponamiento útero-vaginal, luego se suturan los labios del cuello uterino dando por terminada la intervención.

*Procedimiento Doyen.*—En este procedimiento en vez de cortar las comisuras del cuello, que resulta algunas veces peligrosa, debido a la herida de la arteria uterina y su plexo venoso.

Doyen, incide el cuello sobre su cara anterior, parte media, tomando la forma de una V o Y; llega al tumor y lo extirpa bien aislándolo, o sinó, a morcellement; luego, sutura los labios de la incisión y termina la intervención como en el procedimiento anterior.

#### TRATAMIENTOS RADICALES

*Procedimiento Doyen.* — Entre unos de los procedimientos radicales que con más frecuencia se hacen en este servicio, es el mencionado.

Preparada la enferma, se empieza por colocar dos valvas anchas, una sobre la comisura anterior, y otra sobre la posterior. El cuello bien visible, tomado con dos pinzas a cuatro dientes se descende.

Luego, con una tijera, se comienza a incidir circularmente la vagina, una vez cortado el fondo de saco anterior, se comienza a trabajar sobre esta colpotomía, dejando la tijera.

Con el dedo índice de la mano derecha, se hace la separación entre la vejiga y el cuello uterino, una vez separado, se coloca una valva y queda por ahora protegida la vejiga, levantando la valva anterior, se ve el repliegue peritoneal-pre-uterino, se toma con una pinza y se corta con una tijera, en esta forma tenemos la cara anterior del útero libre, para más tarde comenzar nuestra intervención.

Ahora vamos a ir a trabajar sobre la colpotomía posterior; tomamos el cuello uterino, lo llevamos hacia adelante, en dirección a la sínfisis pubiana, cortamos el repliegue peritoneal y queda el útero en condiciones de que se efectúe su extirpación. Entre las dos pinzas que fijan el cuello uterino se comienza a introducir una tijera recta en la cavidad del cuello; luego, se corta sobre su cara anterior, así queda el útero dividido en dos mitades, tomando los labios de la incisión con pinzas escalonadas, se vá, paso a paso, llegando al fondo uterino, hasta lograr cortar toda su cara anterior,

que el útero bascule completamente hacia adelante y que su fondo aparezca en la vulva. Pero cuando el fibroma intersticial se acompaña de núcleos fibromatosos sub-peritoneales, se hace necesario extirparlos aislándolos, haciendo camino por su periferia, entre la capa perifibrosa y el tumor, o bien usando el procedimiento del *morcellement*.

Una vez el útero descendido, nos queda el tiempo más importante de nuestra intervención que es el de la colocación de pinzas clamps o Kocher sobre el ligamento ancho, que más tarde se cortará al rás de las pinzas, se ligan las arterias y se peritoniza; esto siempre que se trate de ligamentos flácidos, que no dificulten la terminación de la operación; en caso contrario, se colocan pinzas y se dejan 24, 48 o 36 horas, sin ningún inconveniente, para luego retirarlas y colocar un drenage de gasa dentro de la cavidad pelviana.

#### SALPINGECTOMIA VAGINAL

La salpingectomía es una operación sencilla; una vez extraído el útero, fuera de la vulva, se reconoce el tumor salpingeano, luego, se toman unas pinzas clamps, que se colocan sobre el ligamento ancho, se corta al rás de la pinza y se peritoniza; siempre conviene dejar un drenage, que a las veinte y cuatro horas será sustituido por otro.

## EXTIRPACIÓN TOTAL Y PARCIAL DEL OVARIO

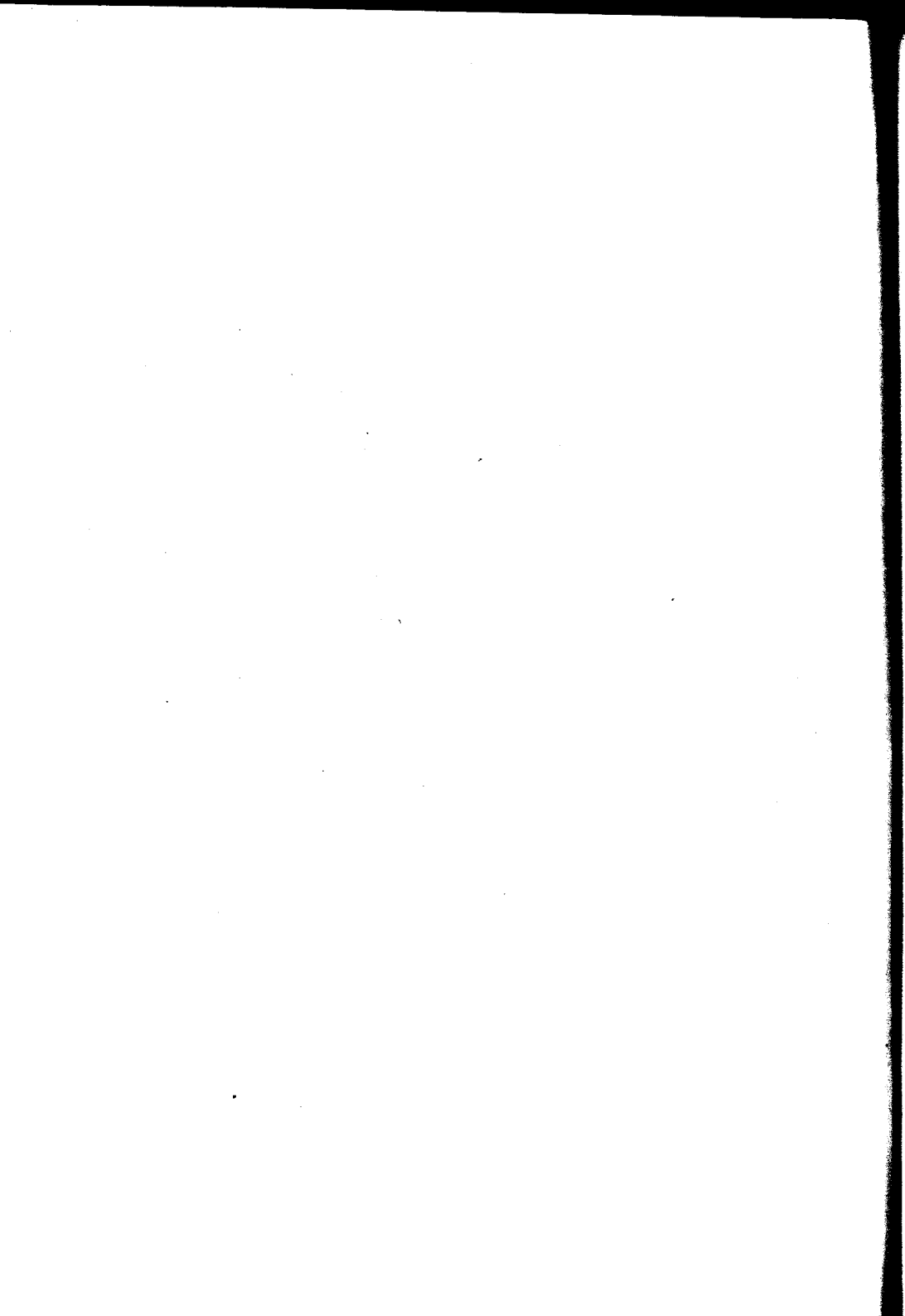
Aquí, como en los fibromas, existen procedimientos conservadores y radicales, que están en relación directa con la lesión del ovario.

*Procedimientos conservadores.* — Los procedimientos son dos: La ignipuntura y resección parcial del ovario, operaciones fáciles una vez que el útero se halla fuera de la vulva.

*Procedimiento radical.* — El procedimiento radical, se usa para aquellos quistes del ovario de tamaños enormes, en que el elemento ovario, se halla reducido a una membrana conteniendo en su interior sangre, pus o materia sebacea.

La operación, es idéntica, a las que se efectúan por vía abdominal, una vez el útero exteriorizado, si el tumor es voluminoso realizado éste, se toma un trócar y se punciona. La neoplasia mediante una fácil maniobra, se le fija y descende haciendo presión por la pared abdominal.

Con suma facilidad descende el tumor, reducido a una simple membrana; ahora, llega el momento de colocar unas pinzas sobre el ligamento, luego extirparlo, peritonizar y dejar un drenaje con gasa.



## ACAPITULO IV

### **Indicaciones y contraindicaciones de las colpotomías**

#### INDICACIONES DE LA COLPOTOMIA ANTERIOR

*Retro-flexiones y retro-versiones.* — Las desviaciones del útero, hacia atrás constituye las variedades más frecuentes y más importantes de todas las desviaciones. Al mismo tiempo, se acompañan de aumentos de volumen, disminución de consistencia, y según la etiología de la afección, puede estar congestionado y la mucosa alterada y como consecuencia acarrear procesos inflamatorios endo-y-peri-metríticos, que más tarde, cuando las lesiones se hagan crónicas, se formarán adherencias, con los órganos vecinos, intestino, epiplón, y peritoneo parietal, debido a los procesos de peritonitis localizados o a lesiones de los tejidos sub-peritonea-

les, transformando una intervención fácil, en las desviaciones movibles, por otra más laboriosa, en las retro-desviaciones adherentes.

*Fibromas.* — Al citar las indicaciones de la colpotomía anterior en los fibromas, he querido hablar de las intervenciones conservadoras de éstos tumores sub-peritoneales, que no forman cuerpo con la masa muscular del cuerpo uterino, y si lo hay, lo hacen bajo la forma pediculada.

La colpotomía anterior y lateral, está indicada para aquellos casos de tratamiento paliativo, en desuso por el procedimiento de las ligaduras atrofiantes, ligando las arterias uterinas.

He querido dejar para el último, el tratamiento quirúrgico de los fibromas intersticiales, por tratarse de una intervención en la cual se incinden las cuatro colpotomías: anterior, posterior y laterales.

*Cáncer uterino.* — La colpotomía anterior, está indicada siempre que el tumor se halle situado en el cuello, o en el cuerpo uterino y que no haya invadido la vejiga, porque, en este caso, es imposible de efectuar la separación de ambos órganos, ésto, se refiere a los neoplasmas a forma papilar, que no solamente invaden los órganos vecinos, sino también los fondos de saco vaginales.

La colpotomía está contra-indicada, siempre

que haya estrechez o rigidez de la vulva y vagina, sea ésta congénita o adquirida.

En la clientela particular, el Dr. A. Chueco, nos ha referido una observación de neoplasia del útero inoperable, por su propagación extendida a los órganos vecinos, en que previamente tratada con el radio y luego, de obtenida una mejoría manifiesta, a tal punto, que permitió la realización de una histerectomía vaginal; análoga observación, nos ha manifestado el Dr. A. Chueco, haberle ocurrido al Dr. Belisario Otamendi, en que pudo previa aplicación del radio, realizar una histerectomía vaginal con igual éxito; aconsejamos pues, en las neoplasias inoperables la aplicación del radio, en un número de aplicaciones que se necesitan, seguido del tratamiento radical con aplicación igualmente en la herida operatoria, de un tubo de radio, durante veinte y cuatro horas.

*Salpingitis.* — Todos los casos de salpingitis, ya sean agudas o crónicas, está indicado, intervenir por ésta colpotomía.

Ahora bien; sobre la elección de la vía que se ha de elegir, sea anterior o posterior, se ha discutido durante mucho tiempo, cual era la mejor de las dos; unos opinaban que la posterior, drenaba mejor, en el caso que fuera una salpingitis supurada, y que se temiese la futura ruptura de la trompa;

los otros, partidarios de la colpotomía anterior, se fundaban que efectuada la intervención por ésta vía, se podía ver mejor los anexos enfermos y extirparlos con más comodidad.

Pero si el pio-salpinx, se hubiera abierto en la cavidad abdominal, por alguna maniobra, se haría una colpotomía como vía de drenaje.

Cuando no existe una colección salpingiana purulenta, que bombee el fondo de saco posterior, conviene siempre intervenir por colpotomía anterior, pues la esteriorización del útero y las rupturas de las adherencias, son maniobras más fáciles de realizar por ésta vía, que no por la posterior; ahora bien, siempre es prudente intervenir en tales casos por colpotomía anterior, y drenar en el mismo acto operatorio, por colpotomía posterior.

*Afecciones del ovario.* — Las afecciones del ovario, que necesiten intervenirse por ésta vía, se harán siempre que éste órgano se halle accesible al tacto, o que se sitúe en unos de los fondos de saco peritoneales, vésico-uterinos o útero-rectal.

Los prolapsus de ovarios, se acompañan muy frecuentemente de desviaciones uterinas.

Los quistes de ovarios de tamaños colosales, son extirpables sin ningún inconveniente.

*Flemón del ligamento ancho.* — Está indicado intervenirse por ésta colpotomía, cuando el pus,

desciende hacia el fondo de saco vésico-uterino o útero-rectal.

#### INDICACIONES DE LA COLPOTOMIA POSTERIOR

*Vía de drenage.* — Recamier, fué el primero que empleó la colpotomía posterior, como medio de drenage, en las colecciones del fondo de saco de Douglas.

Más tarde Peaslee, usa el drenage vaginal, haciendo uso de una sonda elástica, que la introduce en el fondo de saco de Douglas, siendo el fondo de saco útero-rectal, el punto más declive de la cavidad abdominal, donde todas las colecciones de cualquier clase que sean, se acumulan aquí. En todos aquellos casos que se sospeche que hay pus, se hace la incisión del fondo de saco y se drena.

En los casos de duda, si será un hematoceel, un pio-salping o una pelvi-peritonitis, está indicado hacer una colpotomía.

También, en aquellos casos cuya sintomatología es muy obscura, para hacer un diagnóstico diferencial, si será un absceso de origen anexial o apendicular, y cuya colección de pus se ha dirigido hacia la cavidad pelviana, está indicada la colpotomía.

Ahora bien; si resulta ser un absceso apendicular, tiene sus inconvenientes la intervención vaginal, porque consecutivamente aparecen fístulas estercoráceas, difíciles de curar, teniendo que intervenir por segunda vez, haciendo una laparotomía con extirpación de apéndice y su correspondiente tratamiento.

En los abscesos calientes de la pelvis, cuando la hipertermia local, la tumefacción dolorosa y el estado general se agraba, a pesar del tratamiento médico, teniendo la seguridad del pus, aun cuando no haya abombamiento del Douglas, debe hacerse la celiotomía, para darle salida al pus. En los casos de abscesos simple, el tratamiento es curativo, pero en los casos de afecciones útero-anexiales, el tratamiento es solamente paliativo.

En los casos de pelvi-peritonitis agudas, debido a la consecuencias de una ruptura de un pio-salping agudo, está indicada la celiotomía posterior, como medio posible de curación.

Resumiendo: la colpotomía debe hacerse, cuando los fondos de sacos hacen prominencia en la vagina y hay signos de localización y cuando no habiendo, signos de localización la infección parece generalizarse.

*Hematocoles.* — Siendo tan importante la colpotomía para todas aquellas colecciones pelvianas,

ya sean purulentas, serosas o hemáticas es sobre todo en esta última, que debido a su frecuencia y a la gravedad de los fenómenos que ocasionan, necesitan un tratamiento más eficaz.

Todas estas colecciones hemáticas, son debidas a rupturas tubáricas de embarazos extra-uterinos, que traen fatalmente los hematoceles retro-uterinos, que según la hemorragia aproximan más o menos al útero hacia las sínfisis pubiana, pero éstos derrames pueden seguir dos caminos; el uno, hacia la reabsorción y el otro, hacia la supuración. Según su terminación, está indicada la intervención.

En los hematoceles, que durante largo tiempo no ceden al tratamiento médico, está indicada la celiotomía.

En los hematoceles en vías de supuración, cuando la temperatura, los escalofríos y el malestar general aparece, está indicado intervenir inmediatamente sin pérdida de tiempo, por temor, a las complicaciones que pueden ocasionar.

*Embarazo ectópico.* — Está indicada la intervención por colpotomía posterior, cuando es tubo-ovárico o ovárico prolapsado en el fondo de saco posterior, todos aquellos embarazos extra-uterinos que no pasen del tercer mes de gestación, y siempre que no se acompañen de procesos inflamatorios del útero y sus anexos.

### CONTRA - INDICACIÓN DE LAS COLPOTOMIAS

*Retro - flexiones y retro - versiones.* — Está contra indicado intervenir por colpotomía anterior, en todas aquellas enfermas que conservan su virginidad.

No hay ninguna contra-indicación, en las desviaciones adherentes.

*Fibromas.* — En lo que se relaciona a la cirugía, conservadora, debe tenerse en cuenta la edad de la enferma, que no llegue a pasar de 45 a 50 años, que son los límites más o menos aproximativos del período de menopausia.

Cuando la doliente, pase de los límites citados, está indicado la histerectomía.

Cuando un tumor de ésta naturaleza, se sospeche que se ha degenerado en un tumor maligno, está contra-indicado la miomectomía vaginal.

Otra contra-indicación de la colpotomía anterior en los fibromas, son las adherencias que pueden tener con los órganos vecinos, haciéndose imposible algunas veces, intervenir por temor a las desgarraduras de las vísceras abdominales.

Está contra-indicado efectuar la colpotomía, en aquellos casos de tumores degenerados y que han invadido todos los tejidos y ganglios de la pelvis.

*Cáncer uterino.* — Está contra-indicada la colpotomía, cuando la neoplasia ha invadido los fondos de saco vaginales; en éstos casos, toda tentativa de toma del cuello uterino, nos es imposible; porque, como son tejidos friables, se desgarran con suma facilidad; en éstos casos, lo mejor es aplicar la punta del termo-cauterio y destruir lo más que se pueda del tumor maligno.

También en los casos de generalización de la neoplasia al parametrio y a los uréteres. es una contraindicación intervenir por esta vía.

*Salpingitis.* — En los casos de salpingitis tuberculosas, está contra-indicada intervenir. Lo mismo sucede en los pio-salping con fuertes adherencias, con el intestino y la pared abdominal.

En las demás clases de salpingitis, no hay contraindicación para intervenir.

*Ovaritis.* — Todas las lesiones del ovario que se acompañan de adherencias peri-viscerales y cuyos ligamentos son poco laxos y breves, es una contraindicación operar por ésta vía.

*Hematoceles.* — Está contra-indicado, en todos aquellos hematoceles extra-peritoneales, en los cuales se trata de colecciones difusas, que separando el peritoneo de la pelvis, siguen inundando las

fosas ilíacas y la pared abdominal anterior, siendo imposible detener la hemorragia, debido a la dificultad para ligar los pedículos, que dan sangre.

Nunca debe efectuarse la colpotomía si la hemorragia no está localizada; lo mismo sucede, con los hematoceles abdominales.

*Embarazo ectópico.* — Está contra-indicado siempre que la gestación pase del tercer mes y siempre que, haya inflamación del útero y sus anexos.

## CAPITULO V

### **Paralelo entre la colpotomía anterior y posterior**

Para llegar a la cavidad abdominal siguiendo las vías naturales, existen dos caminos, que son: la colpotomía anterior y la colpotomía posterior. Como su nombre los indica ésta se practicarán en sus respectivos fondos de saco vaginales, es decir, en el anterior la primera y en el posterior la última.

Cada una de éstas vías, tiene sus ventajas e inconvenientes, indicaciones y contraindicaciones, como también sus partidarios que la defienden.

Para establecer un paralelo entre las dos, creo necesario empezar por tratar las facilidades y los peligros que presentan cada una de ellas durante el acto operatorio, los resultados inmediatos y lejanos; y por último sus respectivas indicaciones.

Empezaré por la colpotomía posterior, de técnica más sencilla, pues no requiere para ser efec-

tuada más que un simple tijeretazo, efectuado en el fondo de saco vaginal posterior, consiguiendo con esto la abertura de la cavidad peritoneal por su parte más declive, el Douglas. Este camino es seguro, sencillo y fácil como dice Mackenrodt, uno de los ginecólogos que más la defienden. Además de la técnica sencilla Mackenrodt, menciona: poca hemorragia, brillante convalecencia, la falta de serias consecuencias de la operación, ventajosos pronósticos, etc., todas ventajas que el operador no renuncia cuando experimenta los contrarios, en otros métodos operatorios especialmente en la colpotomía anterior.

Como peligros durante el acto operatorio, se encuentra la perforación del recto, hecho de por sí raro, que aun en el caso que sucediera, cura espontáneamente en poco tiempo.

Sus principales indicaciones, se desprende de su situación anatómica, pues siendo el Douglas, la parte más declive de la cavidad abdominal, su utilización principal debe ser como vía de drenaje, ya se trate de hematoceles supurados ó no, supuraciones anexiales agudas, en las cuales un simple drenaje, beneficia mucho y permite poder hacer más tarde la ablación de los anexos enfermos. Además de éstas indicaciones, se utilizan para tratar los quistes del ovario, cuando éstos están enclavados

en el Douglas y en toda lesión anexial que ocupa el fondo de saco vaginal posterior.

Por el contrario, está contraindicado, siempre que se quiera intervenir sobre el útero, para corregir desviaciones o hacer cirugía conservadora.

De técnica algo más complicado es la colpotomía anterior, pues necesita ante todo, recorrer un camino más largo para llegar a la cavidad abdominal, tropezando con un gran inconveniente que lo nota sobre todo el que no está habituado a intervenir por ésta vía, y es el que consiste en efectuar la separación del tabique vésico-uterino, que cuando no se está en el buen camino, se corre el riesgo de perforar la vejiga. Si bien es cierto, que éste peligro, es mayor en el novicio, trayendo por parte de quien la practica juicios en contra de esta vía, deja de existir a medida que se habitúa a esta clase de intervención, pudiendo merced a la práctica hacer este acto operatorio, de una facilidad y sencillez análoga a la de la colpotomía posterior. Uno de los grandes partidarios de esta vía es Dührssen, el que la utiliza para casi todas las intervenciones sobre el útero y anexos, haciendo abstracción completa de la colpotomía posterior.

Esta vía presenta la ventaja de poder exteriorizar el útero y los anexos con toda facilidad y practicar sobre ellos, operaciones tales como ignipunturas, resecciones parciales de los ovarios, catete-

rismo de las trompas, etc. En una palabra recorrerlos y palparlos en toda su longitud y con la misma facilidad que por la vía alta.

Las indicaciones de las intervenciones que se pueden efectuar por la colpotomía anterior, son más amplias pues se puede merced a que el útero se exterioriza, poder practicar intervenciones sobre el útero y sobre los anexos, con mayor facilidad que por la posterior.

Así pues, la colpotomía posterior, se utiliza preferentemente como vía de drenaje y de exploración, mientras que en la colpotomía anterior, se utiliza para hacer la mayor parte de las intervenciones; en que la vía vaginal está indicada.

En el servicio del Dr. Chueco, se utiliza preferentemente la colpotomía anterior, a la cual se asocia una vez terminada ésta y siempre que se quiera dejar drenaje, la colpotomía posterior.

Ahora pasaré a describir por separado, cada una de las diferentes afecciones del útero y sus anexos como también sus complicaciones.

#### HEMATOCELES

En los hematoceles está indicado efectuar la colpotomía posterior, debido a que toda acumulación sanguínea, producida dentro de la cavidad

pelviana, viene alojarse en la parte más declive de la excavación, luego, lógico es pensar, que uno, debe ir directamente sobre el tumor, que hace saliencia en el fondo del saco posterior de la vagina; además, sirve para obtener mejor drenaje que si se siguiera la vía anterior, que tendría el inconveniente de colocar un drenaje con gasa por detrás del útero, siendo una maniobra mucho más difícil, ya para colocarla o extraerla.

Si las paredes del hematoceles enquistados son muy resistentes, será casi imposible drenar la cavidad por ésta celiotomía. En los casos raros de hematoceles que hacen prominencia en el fondo de saco anterior, está indicada la colpotomía anterior.

#### COLECCIONES PURULENTAS

Toda acumulación de pus que aparece en los fondos de sacos laterales y posterior de la vagina, está indicada la colpotomía posterior, por las mismas razones, que han sido mencionadas para los hematoceles.

#### RETROFLEXIONES LIBRES Y ADHERENTES

En estas desviaciones uterinas está indicada la vía anterior, debido que cualquier procedimien-

to que nosotros deseemos efectuar, tendremos que traer el útero al exterior, que no se podría lograr por vía posterior, debido a que los ligamentos de sostén del útero, llamados útero-sacros, no dejarían luxar el útero hacia afuera, a causa de la poca extensibilidad de éstos; mientras que los ligamentos anchos y sus alerones, ceden más fácilmente a la tracción de la matriz hacia la vulva. Además, si nosotros tentáramos hacer algún procedimiento operatorio sobre la cara anterior del útero, sería materialmente imposible ir por la celiotomía posterior, llevando la cara mencionada anteriormente en condiciones de ser intervenida sin que se produjese tironamientos y algunas veces desgarraduras del ureter, así como también hemorragias profusas, debido a la ruptura de las arterias uterinas o de sus ramificaciones secundarias, como del plexo venoso que la acompa; así como también sería imposible ligarlas por ésta vía.

#### FIBROMAS UTERINOS

Aquí es necesario saber que clase de fibroma se va a intervenir. En los fibromas intersticiales está indicado operar por ambas colpotomías a la vez, porque lo que nosotros buscamos, es la extirpación radical de la neoplasia; pero si se tratara de

tibromas múltiples sub-serosos, se haría la colpotomía anterior que aporta grandes beneficios, para el operador que logra verlos y extraerlos, ya sea aislándolo de su capa perifibrosa que lo rodea o bien por el procedimiento del morcellement, que sería muy difícil por la colpotomía posterior, si algunos de éstos tumores se hallaran localizados sobre la cara anterior del útero. Pero si el tumor es único y situado en el fondo de saco posterior del Douglas, estará indicada la celiotomía posterior, por ser la vía mejor para su acceso y extirpación.

#### QUISTES DE LOS OVARIOS

Según la lesión anátomo-patológica del ovario, sea quística o no, estará indicada una u otra celiotomía, según el tamaño y su localización. Si el ovario está atacado de una lesión intersticial con degeneración quística, como sucede en las ovaritis poliquísticas intersticiales, la colpotomía anterior, será la preferida, porque una vez el útero extraído fuera de la vulva, las trompas juntas con los ovarios afectados, serán vistos, reconocidos, y luego, tratados según el criterio del cirujano.

Ahora si el tumor ovárico es del tamaño de una naranja o de un puño, a localización abdomino-pelviano, estará indicada la misma vía anterior. Pero

cuando los ovarios se hallan prolapsados en los fondos de sacos laterales y posterior y acompañados de alguna lesión patológica, entonces es preferida la colpotomía posterior.

#### AFECCIONES DE LAS TROMPAS

En todas las afecciones de las trompas sea de una o de otra naturaleza está indicado hacer la celiotomía anterior que se logra obtener mayores ventajas que en la colpotomía posterior ya sea bajo el punto de vista de su extirpación o ya para su peritonización.

## CAPITULO VI

### Observaciones clínicas

En el capítulo VI hemos compendiado en ligero resumen, un determinado número de observaciones agrupados en series de igual índole, que pone en evidencia la naturaleza de las intervenciones realizadas, al par que los resultados obtenidos.

Esas historias clínicas tomadas al azar, de ex-profeso de las centenas de operaciones realizadas por nuestro jefe el Dr. Chuceo, las agrupamos en varias series; en la primera, van los hematoceles intervenidos por colpotomía posterior, y de ellos llamamos la atención la de la III. Observación que en resumen damos a conocer, pone de relieve que apesar de la gravedad de la paciente en el momento de realizar la operación, la curación en breve lapso de tiempo que se obtuvo. Luego, tratamos de los fle-

mones del ligamento ancho, intervenidos por igual drenaje con idéntico resultado.

Presentamos más tarde tres observaciones, de desviaciones uterinas, tratadas por diversos procedimientos, uno de los cuales de inmediato a la intervención, la enferma se embaraza y su gestación llega a su término normal.

Un caso de gestación ectópica y dos historias clínicas de fibromas uterinos extirpados, muestran igualmente la bondad de la vía, que no solo hemos cooperado como ayudante sino como operador, con resultados post-operatorios lejanos e inmediatos altamente favorables a la vía vaginal, que preconizamos en el presente trabajo inaugural. Termina este capítulo, con las observaciones de procesos inflamatorios o supurados de los anexos del útero; llamamos igualmente la atención sobre la observación V. Trátase en efecto de una enferma examinada en público por el Profesor Dr. Ignacio Imaz, el que en vista de la gravedad del caso, obstrucción intestinal, por neoplasia ovárica aconseja una operación de urgencia; trasladada la paciente, al Sanatorio de los doctores Otamendi y Mirolí, es intervenida por el Dr. Chueco el que por colpotomía posterior, extirpa la voluminosa neoplasia obteniendo una curación rápida y duradera.

## Hematoceles

### OBSERVACIÓN I

Hospital J. A. Fernández. Servicio del Dr. Alberto Chuceo.

L. L., 28 años, argentina, casada. Sala II, cama núm. 2. Ingresa al servicio el 7 de Mayo de 1914.

*Diagnóstico.* — Hematocele.

*Tratamiento.* — Anestesia etérea con el aparato de Ombredanne. Colpotomía posterior, drenaje.

### OBSERVACIÓN II

A. A., de 27 años, casada, española. Sala II, cama núm. 21. Ingresa al servicio el 24 de Septiembre de 1914.

*Diagnóstico.* — Hematocele supurado.

*Tratamiento.* — Anestesia etérea. Colpotomía posterior y drenaje.

### OBSERVACIÓN III

E. A., de 25 años, italiana, casada. Sala II, cama núm. 27. Ingresa al servicio el 13 de Noviembre de 1914.

*Diagnóstico.* — Hematocele supurado y pelvi-perintonitis.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Colpotomía posterior, sale una gran cantidad de coágulos y pus. Drainage.

### **Flemón del ligamento ancho**

#### **OBSERVACIÓN I**

M. L., de 28 años, belga, casada. Sala II, cama núm. 12. Ingresa al servicio el 9 de Octubre de 1914.

*Diagnóstico.* — Flemón del ligamento ancho.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Colpotomía posterior. Drainage.

### **Desviaciones uerinas tratadas por diversos procedimientos**

#### **OBSERVACIÓN I**

D. Z. de Carlo, de 21 años, italiana, casada. Sala II, cama núm. 20. Ingresa al servicio el 2 de Agosto de 1914.

*Diagnóstico.* — Retro-flexión uterina.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Colpotomía anterior. Cuneo-histerepexia y liberación de adherencias.

### OBSERVACIÓN II

S. B. de Martínez, de 27 años, italiana, casada. Sala II, cama núm. 20. Ingresa al servicio el 12 de Octubre de 1914.

*Diagnóstico.* — Retro-flexión uterina y quiste del ovario izquierdo.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Colpotomía anterior. Histeropexia procedimiento Doyen, se esterioriza el quiste del ovario se le reseca dejando parte del ovario.

### OBSERVACIÓN III

J. A. de Varón, de 21 años, argentina, casada. Sala II, cama núm. 15. Ingresa al servicio el 9 de Diciembre de 1913.

*Diagnóstico.* — Retro-flexión adherente y oovitis poliquística izquierda y quiste hemático del ovario derecho.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Colpotomía

anterior. Resección del ovario quístico hemático del tamaño de una mandarina y adherente, ignipuntura del ovario izquierdo; cúnco-histeropexia, habiendo previamente deliberado al útero de las múltiples adherencias. El útero se encuentra aumentado de tamaño y adherente. No se deja drenaje.

El post-operatorio de esta enferma fué excelente al octavo día de la intervención abandona el lecho; al décimo día acusa 38°, primera temperatura que se registra y que cede a la administración de un purgante.

## Embarazo ectópico

### OBSERVACIÓN I

J. B. de Bartolo, de 31 años, española, casada. Sala II, cama núm. 17. Ingres a al servicio el 24 de Agosto de 1914.

*Diagnóstico.* — Embarazo ectópico.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Colpotomía posterior, abertura de la trompa ectópica, salida de gran cantidad de coágulos antiguos. Raspado uterino.

## Fibromas uterinos

### OBSERVACIÓN I

J. T. de Etcheverría, de 52 años, española, viuda. Sala II, cama núm. 23. Ingresa al servicio el 3 de Enero de 1914.

*Diagnóstico.* — Fibroma uterino subserosos pediculados e incluidos en la pared uterina.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Colpotomía anterior. Abierto el fondo de saco, se enúclea un primer tumor subseroso del tamaño de un huevo de gallina y luego se procede a extraer un segundo tumor fibromatoso del tamaño algo menor al de un huevo de avestruz, que es necesario efectuar la hemisección para poderle extraer; luego se extrae el útero y dos pequeños fibromas. El útero es pequeño especialmente el cuerpo, teniendo un largo cuello. Se colocan dos pinzas clamps y se deja un taponamiento con gasa esterilizada.

Abierta una de las neoplasias contiene en su interior un proceso de reblandecimiento. Al tercer día se retiran las pinzas clamps; sin accidente postoperatorio la enferma se sienta en el lecho a los tres días de ser operada y se levanta a los seis días, y es dada de alta a los 15 días de ser intervenida.

## OBSERVACIÓN II

L. B. de Cherfolio, de 41 años, francesa, casada. Sala II, cama núm. 28. Ingresa al servicio el 31 de Diciembre de 1913.

*Diagnóstico.* — Fibroma uterino.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Histerectomía vaginal. En vista del estado de anemia y precario de la enferma se le efectúa previamente una inyección de aceite alcanforado y 500 grs. de suero fisiológico. Se hace el procedimiento de morecellement.

Post-operatorio. La enferma acusa los tres primeros días después de la intervención temperatura que no depasa de 38°, y que cede a un purgante de aceite de ricino; apirética durante cuatro días asciende nuevamente la temperatura sin alcanzar a 38°, se le prescribe un purgante salino se produce un descenso definitivo de la fiebre, abandonando el lecho al noveno día de la intervención y es dada de alta y curada el primero de Febrero de 1914.

## Procesos inflamatorios supurados

### OBSERVACIÓN I

C. M., de 22 años, paraguaya, casada. Sala II,

cama núm. 20. Ingresa al servicio el 17 de Noviembre de 1914.

*Diagnóstico.* — Pio-salpinx izquierdo.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Colpotomía anterior. Se exterioriza el útero y luego de romper las múltiples adherencias que unen el pio-salpinx al recto, ansas intestinales y muy especialmente al epiplón que sangra abundantemente, se coloca una sutura corrida, desde el nacimiento de la trompa siguiendo ambas hojas del ligamento ancho, hasta un tercio de su extensión y en el resto se adosan, dichas ambas hojas del ligamento ancho con un pequeño clamp, que se retira al cuarto día. El postoperatorio bueno.

#### OBSERVACIÓN II

N. Y. de Fangué, de 27 años, argentina, casada. Sala II, cama núm. 28. Ingresa al servicio el 24 de Agosto de 1914.

*Diagnóstico.* — Pio-salpinx izquierdo.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Colpotomía posterior, abierta la neoplasia da salida a gran cantidad de pus, se deja un amplio drenaje.

#### OBSERVACIÓN III

J. G., de 19 años, argentina, casada. Sala II,

cama núm. 21. Ingres a al servicio el 5 de Diciembre de 1914.

*Diagnóstico.* — Pio-salpinx doble y ovaritis quística izquierda.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Colpotomía anterior, abierto el fondo de saco se aprecia que ambas trompas están muy aumentadas de tamaño, ofrecen ambas en su recorrido pequeñas extrangulaciones y se terminan en su pabellón por una dilatación del tamaño algo mayor al de una nuez, con contenido purulento, ambas se adhieren a los órganos vecinos y se unen entre sí por detrás del útero; el Dr. Chueco las desprende a dedo con sumo cuidado sin producirse desgarradura alguna, se extirpa luego el ovario quístico izquierdo.

#### OBSERVACIÓN IV

M. L. de Mastroviene, de 23 años, italiana, casada. Sala II, cama núm. 9. Ingres a al servicio el 2 de Noviembre de 1914.

*Diagnóstico.* — Ovaritis quística izquierda.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Colpotomía anterior. En el ovario quístico izquierdo, existen algunas pequeñas adherencias que se rompen fácilmente; se efectúa la ignipuntura del ovario afectado; los anexos del lado opuesto están sanos.

OBSERVACIÓN V

J. G. de Gil, de 40 años, española, casada. Sanatorio Otamendi. Ingresó el 4 de Noviembre de 1914.

Diagnóstico. — Quiste supurado del ovario derecho. Retro-flexión uterina adherente.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Secundado por el Dr. Otamendi procedemos a efectuar una colpotomía posterior amplia, la incisión en sentido transversal, por la abertura abierta se introduce el dedo, que investiga y aprecia un quiste de paredes sumamente tensas, se punza el tumor, que da salida con gran violencia a un líquido algo turbio y luego membranas; vaciado el quiste, se rompen a dedo las adherencias existente entre el útero y los órganos vecinos, libre el órgano se deja un amplio drenaje estirpando la neoplasia. Post-operatorio. Por la noche la temperatura es de 37.5; mueve el vientre abundantemente y gran emisión de gases y el pulso mejora.

Al día siguiente, se renueva la curación, sin necesidad de laxantes, mueve abundantemente el vientre que se deprime, día a día, se sienta en la cama, sin acusar dolor alguno; al quinto día, abandona el lecho y por sus propios medios marcha ha-

cia la Sala de operación donde se le efectúa una curación; al octavo día, es dada de alta y curada.

#### OBSERVACIÓN VI

M. R., de 18 años, española, soltera. Sala II, cama núm. 21. Ingresa al servicio el 2 de Julio de 1914.

*Diagnóstico.* — Quiste hemático del ovario izquierdo de gran tamaño y quiste de igual naturaleza del ovario opuesto. Salpingitis derecha.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Colpotomía anterior. Resección parcial del ovario derecho que se encuentra quístico perforado y con contenido hemático. Salpingectomía derecha. Ovarietomía izquierda y salpingetomía. Drainage.

#### OBSERVACIÓN VII

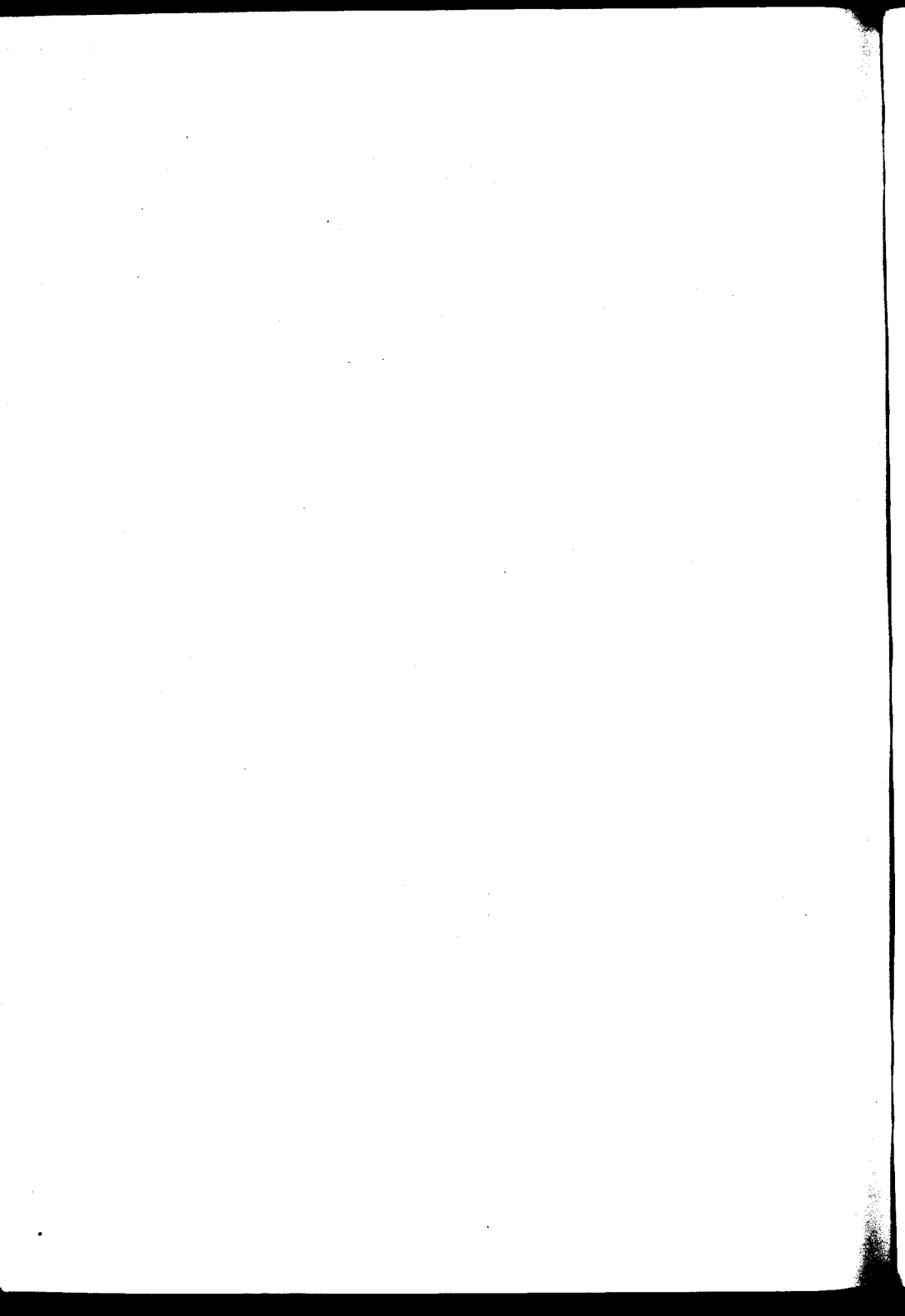
F. M., de 29 años, española, casada. Sala II, cama núm. 6. Ingresa al servicio el 20 de Abril de 1914.

*Diagnóstico.* — Anexitis bacilar.

*Tratamiento.* — Narcosis etérea. Colpotomía anterior. Múltiples adherencias es necesario romper para deliberar toda la cara anterior y fondo de

útero de la pared de la vejiga; se efectua la salpingectomía derecha y luego la salpingo-ovariotomía izquierda. Se deja drenage, impregnado con suero de caballo por existir hemorragia en napa producida por la pared vaginal.





## BIBLIOGRAFIA

### NACIONAL

- Alberto Chueco.* — Embarazo y quiste del ovario extirpado por colpotomía anterior. — La Semana Médica núm. 42. — 1913.
- Alberto Chueco.* — La vía vaginal en las intervenciones del útero y sus anexos. — Comunicación al Congreso de Lima en 1913.
- Alberto Chueco.* — La vía vaginal en la Cirugía Obstétrica y Ginecológica.—Sus resultados.—Conferencia pronunciada como tema libre en la sesión extraordinaria de la Sociedad Obstétrica y Ginecológica, año 1914.
- Alberto Chueco.* — Distocia por quiste dermoides previo, extirpado por vía vaginal en colaboración con los Dres. José Badía y B. Calcagno.—La Semana Médica, núm. 38, del año 1913.
- Roberto Gandulfo.* — Indicación y contra-indicación de la vía vaginal. — Tesis de Buenos Aires. — 1915.
- F. R. Alsina.* — La vía baja en el tratamiento de los fibromas uterinos.—Tesis de Buenos Aires. — 1914.
- B. Bernaldez.* — Contribución al estudio de la colpotomía posterior.

**EXTRANGERA**

- Routier.* — Traitement chirurgicale de l'hématocèle péri-utérine.—Sem. Méd.—Juin 1898.
- Routier.* — Etude sur les inflammations péri-utérines.—Soc. de Chirurgie.—14 Novembre 1888.
- Segond.* — Societé de Chirurgie.—19 Juillet 1899.
- Segond.* — Traitement de grossesses extra-utérines.—Congrès gynécologique.—Marseille.—Octubre 1898.
- Segond.* — Congrès de Chirurgie de Paris.—1899, et Congrès international de Paris.—1900.
- Segond.* — De l'hysterectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes.—Ann. de gynécologie et d'obstétrique.—1891, et Soc. de Chirurgie.—1891, 1892, 1894.—Congrès Fr. de Chirurgie.—Paris, 1893.
- Segond.* — In Duplay et Reclus, Tr. de Chir., t. VIII p. 591.
- Dührssen M.* — La colpotomie dans le traitement des inflammations, annexielles des positions vicieuses et des tumeurs de l'utérus.—La Ginecologia, pág. 470.—1887.
- Dartigues L.* — La cirugía conservadora del útero y de los anéxos en el tratamiento de los fibromas.—Revista de Obstetricia y Ginecología, pág. 675. — años 1901 - 1902.
- Delbet P.* — Des suppurations pelviennes chez la femme.
- Dolérís A.* — Enucléation des fibromes utérines par la voie vaginale.—Reproduction de nouvelle tumeur.—La Gynecologie.—Decembre 1900.—pág. 481.
- Monod, Ch.* — Sur le traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale, observations et remarques.—Bull et mém, de la Soc. de Chir., pág. 463, tomo 24.—1898.

- Richelot G.* — L' hysterectomie vaginale.—París, 1894.
- Goullioud.* — Congrès francais de Chirurgie.—Octubre 1889.
- Rosemblat.* — Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations et hématoceles pelviennes.—Thèse de París.— 1896.
- Brailwaite.* — Ablation des annexes par la voie vaginale. — The Lancet. — 1888.
- Broca.* — Suppurations pelviennes, du choix des méthodes operatoires.
- Perdoux Joseph.* — Le trainage en ginecologie.—Th.—París 1912.
- Picard Jacques.* — L'hematocele intra-peritoneale et son traitement.—Contribution a l'etude des ruptures tubaires.—Th.—París, 1907.
- Picqué.* — De la valeur de la colpotomie.—La Gynecologie, núm. 3.—1898.—Revue gener. de clin. et de therap., 1890.
- Pichevin M.*—Sur la colpocoeliotomie.—La Gynecologie, número 2.—1897.—Pág. 471.
- Le Dentu.*—De las retrodesviaciones.—Lección clínica hecha en el hospital Necker.—La semana ginecológica.—París, 12 de Febrero de 1901.—Pág. 49, y 19 de Marzo de 1901.
- Sassy.*—Incision du cul-de-sac postérieur dans les supp. pelv.—Thèse de París, 1898.
- Ratclánsky N. J.*—Castración por vía vaginal.—(C. R. du 7e. Congrès des medecins russes, tenu á Kazan, 1899).—La Ginecología, núm. 5.—1900.
- Lawson Tait.*—Traité des maladies des ovaires.
- Le Bec.*—Suppurations pelviennes.—Gaz. méd. de París.— Octobre, 1892.
- Terrillon.*—Traitement chirurgical des suppurations pelviennes de la femme.—Sem. mét., 4 Aout, 1886.
- Ablation des annexes par la voie vaginales.—Progrés méd., 1888.

*Tesson.*—Le cancer du corps. de l'utérus.—Th., Paris 1902.

*Thevenard.*—Contribution a l'étude de l'hématocèle retro-uterine.—Thésé.—Paris, 1896.

Buenos Aires, Abril 25 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Enrique Zárate, al profesor titular Dr. Lucio Durañona y al profesor suplente Dr. Jaime Salvador, para que, constituidos 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.*

Secretario

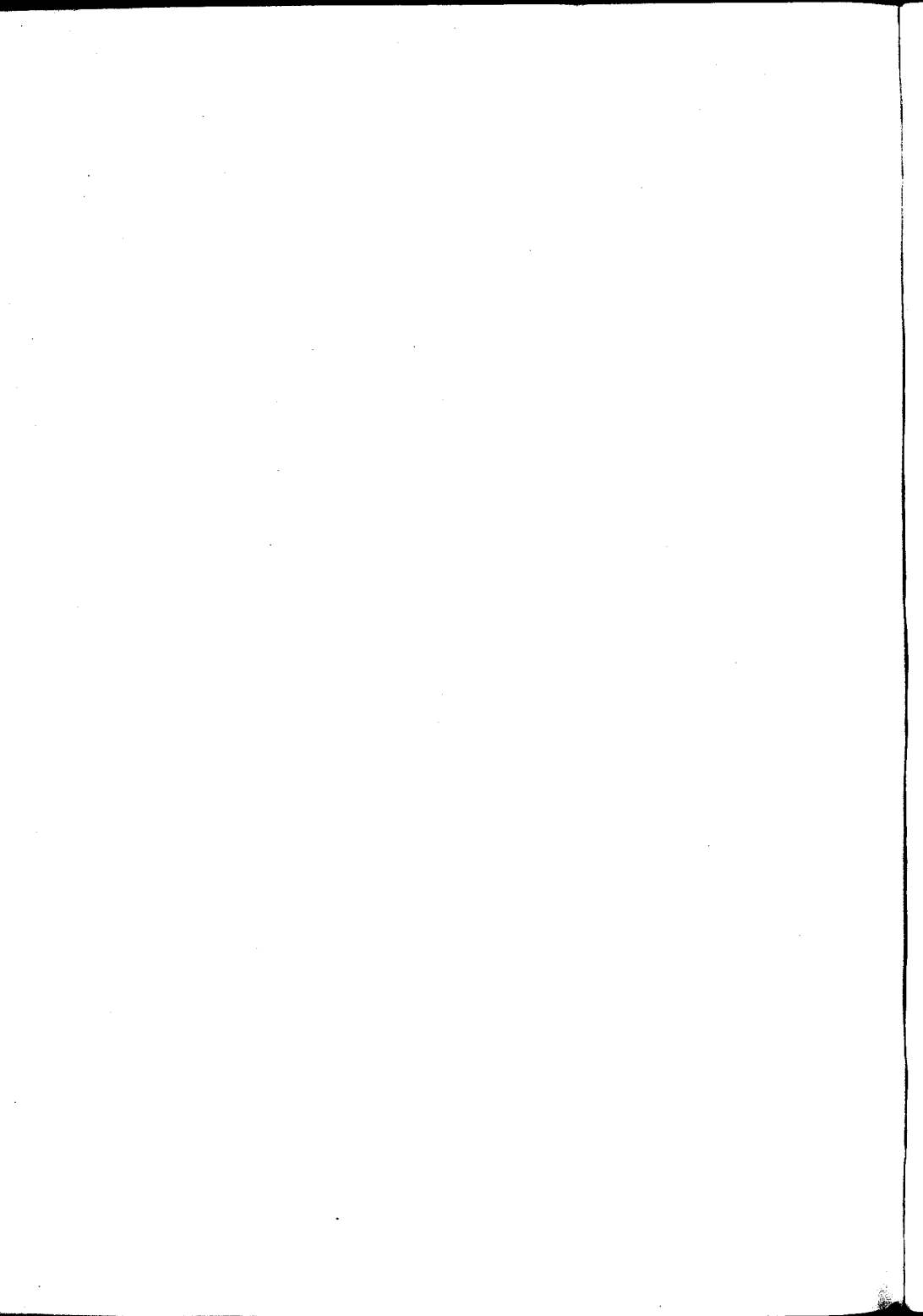
Buenos Aires, Mayo 8 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3101 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

*J. A. Gabastou*

Secretario



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Paralelo entre la Colpotomía anterior y posterior como método operatorio en las afecciones supuradas del ovario.

*Enrique Zárate.*

### II

Paralelo entre las laparotomías y las colpotomías.

*Lucio Durañona.*

### III

Anatomía y fisiología del ovario.

*Jaime Salvador.*





