

La vía vaginal en la cirugía ginecológica

POR EL DR. ALBERTO CHUECO

Miembro de las Academias de Río de Janeiro y Lima

Jefe del servicio de cirugía de mujeres del H. Juan A. Fernandez de Buenos Aires

Las etapas sucesivas que marcan los progresos obtenidos en las prácticas de la cirugía ginecológica a realizar por vía vaginal, podemos subdividirlas en tres períodos bien delimitados con sus caracteres propios, en qué, en el primero, o sea el inicial, se concretan los operadores a drenar por las vías naturales los procesos supurados que por defensa espontánea del organismo hallaban su curación abriéndose camino por dichas vías; también le pertenecen, la extirpación de los pólipos submucosos pediculados y sangrantes que al extraerlos ponían remedio a un mal como los anteriores por eliminación espontánea, obtenían la sanación de sus portadoras. La cirugía progresa en este primer período inicial, merced a la observación de los hechos naturales.

En el segundo ciclo, beneficiado grandemente por los descubrimientos de la asepsia y antisepsia y con un mayor conocimiento de la anatomía de los órganos genitales internos de la mujer, los cirujanos con las primeras nociones de hemostasia, se lanzan a extirpar a estos órganos; mas la imperfección de las técnicas empleadas aunadas a un desconocimiento de las lesiones a tratar, y de las indicaciones aún no precisas, detienen momentáneamente los progresos realizados y los cirujanos encuentran en la vía abdominal, un campo más fácil, al par que más seguro para obtener la curación de los procesos sometidos a los tratamientos quirúrgicos, más, a medida que los éxitos por laparotomía abdominal se confirman, surgen nuevamen-

te los vaginalistas, que innovando por completo las técnicas operatorias, así como el instrumental a emplear, que llevan a un alto grado de perfección, no se detienen ante la magnitud de las lesiones a extirpar, y por eso nos es dado apreciar en este ciclo, a los innovadores de la escuela francesa empeñados en extraer gruesos fibromas, ya por morcellement ya por hemisección, enormes quistes o neoplasias voluminosas de otra índole que si bien prueban la posibilidad de obtener curaciones con una habilidad y dominio completo de la vía, no precisan las indicaciones y contraindicaciones de ella, haciendo que la colpotomía, como vía de elección en el tratamiento quirúrgico de estas lesiones del útero y sus anexos, sea patrimonio exclusivo de unos pocos para perjuicio de los más.

La escuela alemana así como la norte-americana en este ciclo, proceden en igual forma; en sus reputadas clínicas, austriacos y alemanes eximios vaginalistas realizan cientos de colpotomías, con un porcentaje de mortalidad que decrece día a día y muy por debajo del número de los decesos que se producen en idénticos procesos, intervenidos por vía abdominal. Así vemos a Martín, afirmar que la colpotomía no debe ceder su lugar en nada a la laparotomía, y con Wertheim, expresarse en igual forma al hablar de la vía baja. En esta misma época, el célebre vaginalista ruso Prof. Ott, que tanto contribuyó con su instrumental y sus métodos operatorios, al desarrollo de las técnicas a emplear por colpotomía, puso en evidencia que el porcentaje de su mortalidad descendía de año en año, hasta alcanzar en su último período de práctica vaginal, a una mortalidad de 1/600.

Examinando la producción científica de este segundo ciclo, y compulsando las obras de cirugía ginecológica de este período, se nota siempre la misma falla, lo que los autores exponen y los cirujanos realizan, es un sport; el quinto tomo de la magistral obra de cirugía del artífice francés Doyen, que dedica por entero a la exposición casi gráfica de sus técnicas operatorias a realizar por colpotomía, pone en evidencia la verdad de nuestras afirmaciones; Segond y con él D'Artigues, demostraron su habilidad adquirida, pero dejaron constancia en sus obras, de la pobreza de las indicaciones y contraindicaciones de

la vía. En nuestro suelo, a igual que otros en idéntico período, hechos análogos se han reproducido; cuando la habilidad de nuestros maestros había alcanzado un grado máximun de perfección por laparotomía abdominal, se entregaron al sport de extirpar por vía vaginal, enormes fibromas o bien realizar histerectomías vaginales en breves minutos sin detenerse en determinar las circunstancias favorables las unas, desfavorables las otras, inherentes a la pelvis o a los órganos, que establecieran las indicaciones y contraindicaciones de la colpotomía; nosotros mismos, hace 20 años, influenciados por el ambiente, fatalmente caímos en el mismo error; después de vencer nuestros propios prejuicios, nos entregamos al sport de extirpar gruesos fibromas cuyo límite máximo sobrepasó algunas veces la línea umbilical o bien otras neoplasias de excesivo volumen, cuyos actos operatorios, han quedado consignados en uno de nuestros primeros trabajos (1), que si bien probaban la habilidad operatoria, no demostraban sino un desconocimiento de lo que, por la vía debe realizarse.

Cuando entran en escena, sueros y vacunas; medios físicos, (helioterapia, sol de altura, rayos X, radio) ambas cirugías, la alta y la baja, día a día ven perder sus dominios en la curación de muchos procesos patológicos de la esfera genital de la mujer; es entonces, que entramos en el tercer ciclo de las prácticas de la cirugía a realizar por colpotomía; ciclo que denominaremos, el de las indicaciones, al que hemos contribuido a su perfeccionamiento, con la labor de muchos años.

En 1914, al dar a conocer en un segundo balance, los resultados obtenidos con el empleo de la vía vaginal en la cirugía obstétrica y ginecológicas (2), decíamos en el seno de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires: "Si somos vencidos como ya lo prevee el ilustrado ginecólogo que preside esta reunión, lejos estaremos de inculpar a la vía la derrota sufrida; quedará en nosotros el convencimiento, que la técnica empleada, que el instrumental utilizado y ante todo, como piedra angular del éxito, la oportunidad e indicación operatoria, no fueron hábilmente seleccionadas para darnos el éxito anhelado".

Puestos en la brega de precisar paso a paso las indicacio-

nes necesarias, que hicieran de las colpotomías vía accesible y fácil a todo operador, valoramos en el terreno de la práctica los inconvenientes que surgían a cada paso cuando se emplea una mala técnica, de ahí explica la falta de adeptos; los vaginalistas de todas las escuelas no formaron discípulos y los pocos que siguieron sus pasos, es porque cooperaron a los éxitos de sus maestros o bien, porque alcanzaron igual habilidad operatoria sin precisar ni unos ni otros, las condiciones necesarias e sea, las indicaciones y contraindicaciones de la vía.

Siendo el campo operatorio limitado, debiendo operador y ayudantes actuar casi matemáticamente por así decirlo, cabe pensar que no es posible pretender intervenir con resultados positivos, con el mismo instrumental que se emplea por vía alta, y es por eso, que aunado al desconocimiento de la técnica a emplear en la vía o bien con un concepto erróneo, se han cometido graves faltas, que siempre han sido inculpadas a lo reducido del campo operatorio. En esta vía, la visual del operador jamás deberá ser interceptada por instrumento alguno o mano de los ayudantes, por eso se explica que el instrumental empleado será siempre de mangos acodados en ángulo recto, las valvas de peso de Auvard de calibre distinto, que deprimen el periné ampliando la vagina y evitando que una de las manos de un ayudante sea inutilizada durante todo el curso del acto operatorio se impone su empleo; las valvas que deprimen elevando el plano superior o sea rechazando y protegiendo la pared de la vejiga deben igualmente ser de mangos acodados, que se fijan al pubis, o bien se substituyen por otras de distinto calibre, según las necesidades que en el curso de la intervención lo requieran; la pinza herina, con que el operador hace presa del cuello uterino para traccionar de él, no debe ser dentada sino en cremallera, pues los tejidos sometidos a trituración por varios dientes, terminan más tarde como consecuencia de la lesión sufrida, en esfacelarse retardando el curso normal de la curación; la exteriorización del útero se hará mediante el empleo de instrumental apropiado, para el que se ha ideado, pinzas de tracción y nuestro modelo de pinzas forceps de dos ramas que se articulan luego de haber hecho la toma del útero que se trata de exteriorizar; debe igualmente mantenerse al

órgano exteriorizado por fuera de la vulva, mediante el empleo del hysterolabo Sommer, y no el de D, Artigues útil en la vía abdominal pero que no debe ser empleado en esta, por la falta de mangos acodados y de un resorte en cremallera en ellos, que permita graduar a voluntad la presión ejercida sobre la pared del cuerpo uterino, efectuando una hemostasia perfecta en los casos que lo requiera y en especial en las gestaciones tubarias rotas que de inmediato actúa; las pinzas Kocher, los porta-agujas, y demás instrumentos, deberán igualmente ser de mangos acodados y de ramas terminales largas para obtener con su empleo, un máximun de eficacia.

El vaginalista que interviene por colpotomía, al par que toca la lesión, trata de ver siempre, nada deberá hacer sin tener a la vista los tejidos que secciona, y si emplea como en vía abdominal, la luz artificial, lo hará con el mismo propósito de llevar un contingente mayor de iluminación al campo operatorio.

No siéndonos posible detenernos en detalles, solo esbozaremos en síntesis lo que atañe igualmente a las nociones de la anatomía de la región, que conceptuamos de importancia capital, pues mediante su conocimiento se subsanarán errores que se cometen al iniciarse la operación, poniendo en peligro el éxito, que debe coronar la intervención quirúrgica. La brecha abierta de la colpotomía, se hará la anterior sobre el cuello, en el límite en que la mucosa vaginal no se desliza sobre el músculo uterino; la posterior, lejos de él; cuando más se aleje del cuello uterino la incisión transversal de la colpotomía anterior, más se aleja del plano de clivaje y más se aproxima a la pared de la vejiga, que anuncia su agresión sangrando abundantemente; en el buen camino la colpotomía se lleva a cabo, sin hemorragia alguna ni aún en la napa, llegando a la serosa peritoneal, que si no ha sido agredida, se abre a la menor presión del extremo terminal de la valva o del dedo que investiga, o bien se abre con un golpe de tijera, ampliando luego a voluntad el ojal abierto; un error se comete con frecuencia en los no avezados en las prácticas de la vía vaginal y que suele malograr desde los primeros momentos el resto de la operación cuando no suspenderla definitivamente; nos referimos a la he-

rida de la uterina o bien la de sus ramificaciones por no haber determinado con exactitud la posición del útero; cuando se efectúa el desprendimiento del tejido celular existente entre vejiga y útero, la pulpa del dedo índice no abandonará jamás la parte media de la pared anterior del útero, siguiendo por lo tanto la desviación del órgano si existiera; igual conducta deberá ser aplicada a la colocación de las valvas cuyas extremidades terminales pueden igualmente herir la red arterial o venosa, que costea ambos bordes laterales del útero.

La incisión transversal al eje mayor de la vaginal en la colpotomía posterior, hemos dicho que deberá hacerse lejos del hocico de tenca homónimo, es decir se adoptará una conducta opuesta, a la determinada para la colpotomía anterior; la razón de tal conducta estriba en detalles de orden anatómico; si bien es cierto, que alejándonos del cuello uterino nos aproximamos a un órgano tan vascularizado como el recto, también lo es que abriendo el Douglas en su parte más declive, drenaremos mejor la cavidad abdominal, objeto primordial en la mayoría de los casos del empleo de estas colpotomías; la serosa peritoneal, desciende por debajo del cuello del órgano y si no se busca el punto más declive, tendremos una insuficiencia de drenaje, así pues, en las colecciones purulentas que bombean el Douglas, la incisión de la colpotomía no se hará en el punto prominente sino por debajo de él.

Si las colpotomías se realizan con el propósito de drenar o bien simplemente de explorar, antes de abrirse la serosa peritoneal, deberá punzarse la parte más fluctuante, aspirando el líquido que se trata de evacuar; si este es pus, para impedir que los labios de la herida operatoria se contaminen y la cavidad vaginal sea bañada, deberá retirarse el pus mediante el empleo de aparato aspirador de nuestro compatriota el Dr. Finocchietto, y a falta de él con un trocar al que se adapta un tubo de goma que finaliza en un recipiente; si el líquido, es claro o hidatífico, antes de su evacuación, se inyectará previamente la solución de formol de uso corriente.

Las laparotomías vaginales descriptas en el anterior párrafo, pertenecen al grupo que las hemos denominado sinto-

máticas, pudiendo ser en sus efectos, en unos casos curativas y en otros paliativas.

Las colpotomías que se realizan para efectuar cirugía conservadora, ocupan el lugar preferente en la técnica operatoria por vía vaginal ellas son de data reciente, y su empleo se inicia en las postrimerías del pasado siglo, marcando una nueva etapa en la cirugía genecológica; cuéntase entre ellas, las roturas de adherencias peri-uterinarias, peri-anexiales; corrección de las desviaciones uterinas, cateterismo de las trompas; salpingo y salpingectomías por gestaciones tubarias; y para abreviar aplicaciones de medicamentos, sueros y vacunas directamente sobre las lesiones anexiales, procedimientos conservador este último, cuya iniciativa nos pertenece.

Hace 11 años, en uno de nuestros trabajos que versa sobre la curación de retroposiciones uterinas, en la que dábamos a conocer una estadística de casos de gestaciones y partos normales seguidas a estas correcciones, decíamos: "Los procedimientos que hemos puesto en práctica, él de Doyen él de Baldy y el de Jennesco, los tres son bien simples por cierto y como lo hemos manifestado en otra oportunidad, su práctica debe ser, los primeros actos operatorios a realizar por aquellos que se inician en la cirugía ginecológica a efectuar por vía vaginal". (3) Y agregábamos: "Estos tres procedimientos operatorios deben aplicarse aislada o aunadamente, según sea la variedad de las retro-flexiones uterinas, que debemos subdividirlas en tres: en la primera, se encuentran comprendidas las retro-posiciones movibles, pero con lesiones anexiales; en la segunda, con úteros igualmente movibles, pero con lesiones anexiales; en la tercera variedad, úteros adherentes con lesiones anexiales igualmente adherentes". "En las primeras se aplicará el procedimiento de Doyen; en las segundas, él de Baldy asociado o no al de Doyen y en la tercera variedad el procedimiento operatorio de Jennesco".

Pero dentro de esta limitación general a los procedimientos operatorios, debemos manifestar que caben otras indicaciones, una de ellas la de no aplicar el procedimiento de Jennesco o sea el de la cuneo-histeropexia en las retro-posiciones uterinas adherentes con órganos de paredes friables, pues en estos

casos el músculo que sangra en grado sumo, no es posible obtener un perfecto adosamiento de las superficies cruentas, lo que origina colecciones sanguíneas que malogran el post-operatorio prolongándolo.

Para realizar cualquiera de estos procedimientos, es menester previamente, después de efectuada la colpotomía anterior, exteriorizar al útero; he ahí la maniobra que por largo tiempo ha constituido un escollo que no pocas veces empañaba la lucidez del acto operatorio; por lo general dos son las causas que impiden de inmediato exteriorizar hacia la vulva el órgano a corregir; la una, la desigualdad existente entre el volumen del cuerpo del útero y la brecha abierta de la colpotomía por donde debe pasar el órgano; y la segunda, la maniobra de aprehensión del útero para su extracción; la primera dificultad la subsanamos por la incisión de Makenrott, incisión de ampliación que partiendo de la mitad anterior de la herida de la colpotomía anterior, que vá de extremo a extremo, tanto como las circunstancias lo permiten de la pared vaginal, se eleva hacia el meato urinario interesando la mucosa vaginal; la segunda causa, es la maniobra propiamente dicha de la exteriorización del útero; si el órgano es adherente o bien lo son sus anexos, la indicación previa será la deliberación de estos órganos, realizada esta, se trasladará la pinza herina en cremallera del hocico de tenca anterior al posterior, y llevando hacia abajo y hacia adentro, vale decir, hacia el fondo del saco de Douglas al cuello uterino, tratando de hacer vascular el cuerpo del órgano hacia adelante para que presente su cara anterior, es sobre esta pared anterior que debe actuarse para exteriorizar el órgano; todos los procedimientos que traumatizan lo menos posible serán los más aceptables; unos colocan escalonados hilos de seda por los que traccionan; otros, pinzas herinas de extremidades romas con el propósito de no herir el músculo uterino, pinzas que igualmente se van colocando sucesivamente escalonadas del cuello hacia el fondo del órgano, y que se retiran a medida que se obtiene una buena toma; otros operadores se valen de pinzas grifos que haciendo presa en la pared posterior, por tracción exteriorizan al útero; con todos estos medios podemos en numerosos casos obtener rápidamente

el propósito deseado, pero hay observaciones, en que las paredes friables del útero no permiten tales maniobras y para estas hemos ideado la pinza forceps de ramas desmontables, cuyos mangos acodados y provistos de una cremallera, permiten hacer una toma del cuerpo del útero que con suave tracción se lleva al órgano por fuera de la vulva, donde se substituyé la pinza forceps por el histerolabo Somer. La pinza se aplica en la siguiente forma: primero la rama posterior que se deja descansar sobre ella, previo exámen de que ningún órgano, se encuentra en inmediato contacto o adherido a dicha pared, un ayudante mantiene fija esta rama, mientras se coloca la rama anterior que se articula con la primera, mediante un suave movimiento obteniendo de inmediato una toma uterina perfecta no traumatizante, y haciendo tracción y descenso de las dos ramas acodadas de la pinza forceps, se exterioriza el útero.

Los tres procedimientos de correcciones de las retroflexiones uterinas mencionadas y otros que actúan ya sobre los ligamentos redondos por separados, o bien conjuntamente sobre ellos y el útero, y cuya técnica no mencionaremos puesto que es la misma que se emplea por vía abdominal, en sus resultados inmediatos o lejanos, no varían de los que se obtienen por laparotomía alta.

La tesis inaugural de uno de nuestros discípulos, el Dr. Julián Balvée que versa sobre "Retro-posiciones uterinas intervenidas por vía vaginal" (4) publicada en 1917, figuran 69 casos intervenidos en nuestro servicio, que aunados a los que un año más tarde uno de nuestros médicos agregados a nuestra sala, el Dr. Bartolomé Calcagno, diera a conocer en el Congreso Médico Nacional celebrado en nuestra capital en dicho año, suman con las operaciones realizadas posteriormente dentro y fuera de nuestro servicio hasta la hora presente, más de 300 observaciones cifra que por sí sola es una manifestación elocuente de la bondad de la vía, como igualmente el número crecido de las gestaciones y partos sobrevenidos después de realizadas las interenciones, y que llegaron a feliz término.

En las gestaciones tubarias, la vía vaginal cuando se la aplica llenando las indicaciones precisas, demuestra de una manera manifiesta su superioridad a la vía alta; nuestra pu-

blicación: " Contribución al estudio de las indicaciones de la colpotomía de urgencia en el tratamiento de las gestaciones tubarias rotas con inundación peritoneal" (5) pone de relieve esta superioridad; en efecto, en el trabajo mencionado presentábamos observaciones de idéntica índole, que sometidos a un tratamiento operatorio análogo por distintas vías, el post-operatorio satisfactorio en ambos, fue más breve e inócuo en la colpotomía, como una consecuencia lógica, de ser menos traumatizante, menos shock operatorio, circunstancia que es menester tener en cuenta, especialmente en los casos de hemorragias profusas en que hay que actuar con rapidez, es decir obrar con la sentencia consagrada: entrar rápido y salir aún más rápido.

En las gestaciones tubarias que se intervienen por colpotomía, pueden llevarse a cabo según la época en que se opera el proceso inicial; antes de su rotura; durante el proceso de la rotura cataclísmica o bien, después de producida esta; en este último caso, se tratará el hematosale retrouterino, por colpotomía de drenaje y lo será, en un tiempo alejado de la hora de su formación y nunca de inmediato; ya anotaremos el porqué de esta contraindicación.

En los dos primeros casos diagnosticada la gestación tubaria, cabe establecer cuales son los que son factibles de ser favorecidos por su tratamiento por colpotomía. Cuando en la observación que se trata de intervenir, el útero desciende al ser traccionado por una pinza herina colocada en el cuello del órgano y su cuerpo desplaza por la palpación en tal forma que combinado al tacto vaginal, se le puede igualmente descender y llevar a ocupar el fondo de saco vaginal anterior (cavidad de Retzius) pone en evidencia que sus ligamentos anchos son extensibles, lo que permite exteriorizar el órgano y con él, a la trompa ocupada, que se extirpa por salpingectomía o se conserva por salpingotomía; así pues, ni el calibre de la vagina ni el tamaño del tumor, son factores que es menester tener en cuenta para el resultado final de la operación.

En los casos de rotura cataclísmica, con inundación peritoneal por la colpotomía de urgencia, se detiene en breves segundos la hemorragia y el shock operatorio es tan leve que nos

ha permitido a los tres días de operada una enferma, presentarla en las sesiones de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, donde exponíamos los resultados de nuestra práctica de muchos años con las siguientes conclusiones: que en igualdad de condiciones la supremacía de la vía baja la hemos encontrado por las siguientes razones:

“Local y preparativos previos de la intervención. Las colpotomías de urgencia en las lesiones de la naturaleza de que tratamos, pueden realizarse en cualquier local que se disponga de luz, y de inmediato, sin exigir más desinfección del campo operatorio que el lavado de bencina.

Factor tiempo. Intervención rápida en la vía vaginal más larga en la abdominal; en la primera el drenaje por colpotomía posterior, permite que la sangre se elimine por esa brecha abreviando el tiempo que se pierde por la vía alta para retirar los coágulos y la sangre líquida contenida en la cavidad abdominal; y ese factor tiempo en las historias clínicas expuestas es de 45 minutos en la una y 20 en la otra.

Narcosis. Mucho menor, como consecuencia lógica del empleo de menor tiempo.

Shock operatorio. Casi nulo en la vía vaginal, pues respeta la serosa peritoneal de la pared abdominal, evita el manoseo de las asas intestinales y el traumatismo lleva su agresión a meos cantidad de tejidos que la laparotomía, que en cambio interesa en gran cantidad, agregando al shock traumático el shock operatorio.

Rapidez de la intervención. Efectuada la colpotomía, exteriorizado el útero la sola aplicación del histerolabo Sommer cohíve de inmediato la hemorragia; y esto se realiza con una rapidez que no es posible obtenerla por la vía alta.

Drenaje eficaz. El mantenimiento a voluntad de la brecha abierta por la colpotomía, nos dá una garantía de poder drenar la cavidad abdominal al par que impedir con ello las complicaciones que puedan acarrear la existencia de accidentes de diversa índole.

Facilidad del acto operatorio. Dominando ambas vías, no trepidamos en manifestar que la operación realizada por vía vaginal, se hizo con una comodidad que no pudo efectuarse por

vía alta, por las circunstancias ya anotadas; pero aún conviniendo que el acto operatorio hubiera sido de mayores dificultades por vía vaginal, repetiríamos lo que ya en muchas oportunidades hemos manifestado, que durante el acto operatorio los beneficios deben primar de parte de la operada y no del operador. Cuando un laparotomista abre ancho campo para llevar a cabo una intervención, que con idénticos resultados pueda obtenerse por colpotomía, ese acto operatorio redundará siempre en su beneficio pero en perjuicio de la enferma.

Ausencia de toda hernia y cicatriz operatoria. El solo enunciado de estas dos ventajas ponen en evidencia la superioridad de la vía baja.

Post-operatorio. Cuando hemos comparado nuestras dos operadas en su estado tanto local como general, no quedaba duda alguna que era benigno el de la vía vaginal, como consecuencia lógica de un traumatismo operatorio menor. La enferma operada por vía baja reaccionaba en breve tiempo, presentando horas después de ser intervenida, un estado general tan satisfactorio, que no condice con el grado de importancia de la intervención mutiladora realizada."

En el cuadro de las gestaciones tubarias, réstanos hablar, de una de las complicaciones más frecuentes de las roturas tubarias, nos referimos el hematosole retrouterino; habíamos dicho que esto debía intervenir por colpotomía en un tiempo alejado al de su producción. No ha mucho, en el seno de la Sociedad de Obstetricia Ginecología de Bs.As. , contestando a réplicas a un trabajo nuestro sobre "Abstención en el aborto tubario" (6) poníamos de manifiesto el por qué del fracaso obtenido por uno de los participantes en la discusión, que citaba como argumento en contra de la indicación de la vía vaginal, el empleo de la colpotomía en un hematosole retrouterino de data reciente; en ese entonces decíamos: "El operador al efectuar la colpotomía de drenaje dando salida a los coágulos de sangre de reciente formación había destruido la defensa natural orgánica, que obrando de taponamiento a la brecha abierta de la rotura tubaria había detenido la hemorragia; así pues el fracaso de la colpotomía no era imputable a ella sino al operador por una mala indicación; la colpotomía posterior de drenaje, que

fué practicada en el caso mencionado debió realizarse tan solo, cuando la sangre derramada, entrando en supuración por contaminación de la flora microbiana rectal, originara el hemato-sele supurado, complicación ésta que se realiza, cuando la herida de la rotura tubaria está ya cicatrizada y no sangra y por lo tanto, no hay contraindicación alguna a la evacuación del proceso supurado contenido en el Douglas". De todas las observaciones de roturas tubarias intervenidas de urgencia o bien las que atañen a la curación de procesos supurados, no registramos un solo caso fatal debido al operar por colpotomía; tal es la conclusión que se desprende de nuestro trabajo que figura en el libro de oro de nuestro maestro, el eminente clínico Dr. Luis Guemes y que lleva por título "La colpotomía posterior de drenaje en el tratamiento del hematocele retro-uterino". (7) Si de estos procesos tubarios pasamos a los ováricos y de éstos a las neoplasias, podemos afirmar, que cuando la colpotomía se encuentra autorizada, la eficacia del tratamiento quirúrgico no debe ceder en nada a lo realizado por vía alta. Hemos procurado establecer que dos son las circunstancias que median para que el éxito sea el resultado final en las intervenciones por quistes ováricos, cualesquiera que sea su naturaleza; que estas neoplasias sean *reductibles y exteriorizables*, condiciones las dos, que aunadas, son las que cooperan siempre al buen resultado de las operaciones a realizar por colpotomía.

Ni el tamaño del campo operatorio así como el de la neoplasia a extirpar, son factores que deban ser tenidos en cuenta; en cuanto atañe a su localización, contrariamente a lo que se piensa no encontramos ninguna contraindicación a las de localización francamente abdominales, y sí la hallamos, cuando éstas se hallan ubicadas en la escavación pelviana aún haciendo relieve en los fondos de saco vaginales.

Cuando un quiste ovárico, merced a su movilidad supeditada a la existencia, de un largo pedículo se le puede trasladar de la gran cavidad abdominal a la pelviana, a la que previamente se la ha vaciado con la posición exagerada de Trendelenbourg, nada impide que se la fije para evacuar su contenido, que reducido se le exterioriza y extirpa, peritonizando su largo pedículo que se reintegra a la cavidad pelviana; esta intervención,

que no exige sino la anestesia local para obtener la brecha abierta de la colpotomía, permite a la operada que por sus propios medios, abandone la mesa de operaciones para reintegrarse a sus ocupaciones habituales a las horas de haberse llevado a cabo la ovariectomía. Como en estos casos no es necesario exteriorizar al útero, iguales resultados se obtienen, cuando a la neoplasia ovárica previa, acompaña una gestación uterina normal; en nuestra publicación sobre "La vía vaginal de las intervenciones del útero y sus anexos" se encuentran toda una serie de observaciones de esta índole, figurando entre ellas como digna de ser destacada, la historia clínica Nr. I, en que la distocia de un parto a término era producida por un voluminoso quiste dermoideo enclavado en la pélvis, en el momento del período expulsivo.

Los detractores de la vía vaginal, afirman que la naturaleza sólida del contenido de los quistes dermoideos del ovario, son una contraindicación formal al empleo de la colpotomía en la extirpación de ellos; sucesivas publicaciones nuestras que manifiestan los resultados obtenidos, prueban todo lo contrario; cuando estas neoplasias ováricas son *exteriorizables y reductibles*, nada se opone a su rápida eliminación por colpotomía. Los trabajos que versan, el uno sobre "La vía vaginal en los quistes dermoideos del ovario" (8) y el otro "Voluminoso quiste dermoideo del ovario izquierdo conteniendo un rudimento de maxilar, partes óseas, pelos, materias sebáceas, muelas y dientes, extirpado por colpotomía anterior", (9) son manifestaciones fehacientes de nuestras afirmaciones.

Suman hasta el presente, 15 las observaciones de quistes dermoideos extraídos por colpotomía, no registrándose en ninguna de ellas, el menor accidente durante el acto operatorio y en el post-operatorio; en la mayoría se ha empleado la raquianestesia con novocaína, debiendo manifestar que entre quistes extraídos figura una neoplasia ovárica, que ocupaba por su excesivo volumen, casi toda la cavidad abdominal y que por su magnitud y contenido, ha sido considerada en las clínicas ginecológicas europeas, como el quiste dermoideo del ovario de mayor magnitud hasta ahora observado.

Hemos manifestado en párrafos anteriores que las neopla-

sias ováricas de localización abdominal que reúnan las condiciones de reducción y exteriorización, deberán ser extirpadas con manifiestas ventajas, por colpotomía; en prueba de ello, traeremos a colación nuestras publicaciones: "Voluminoso quiste hidático del mesenterio extirpado por vía vaginal"; (10) "Paralelo entre la laparotomía y la colpotomía, en una observación de quiste hidático de localización uterina intra-mural posterior en una mujer virgen"; (11) "Indicaciones de la vía vaginal en el tratamiento de los quistes hidáticos de localización pelviana"; (12) "Valor comparativo entre la colpotomía anterior y posterior"; (13) "Embarazo y quiste del ovario extirpado por colpotomía anterior"; (14) y no las neoplasias ováricas fijas en la pelvis, como los quistes ováricos o paraováricos intraligamentosos, que si bien son tumores reductibles, no son exteriorizables; una excepción a esta regla, lo constituye la observación de: "Quiste intraligamentario del ovario extirpado por colpotomía posterior"; (15) que diéramos a conocer en sesión del 2 de Junio del corriente año en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de nuestra capital federal. La pieza anatomopatológica de esta observación de gran magnitud y cuya copia fotográfica acompaña al referido trabajo, muestra un largo y ancho pedículo, circunstancia ésta, que permitió que haciendo una excepción a la regla por nosotros establecida, extrajáramos el quiste intraligamentario sexil.

Cuando por laparotomía abdominal se interviene decortizando un quiste intraligamentario, las paredes internas sangrantes de las dos hojas del ligamento ancho, se las adosa para impedir la hemorragia de los numerosos vasos que irrigan a la neoplasia ovárica; estas maniobras no son posibles llevar a cabo por colpotomía, vale decir, decortización completa (exteriorización) ni hemostasia.

En el mencionado trabajo citado llegábamos a las siguientes conclusiones:

Primero: los quistes intraligamentarios sexiles, de localización abdominal o pelviana, deberán ser intervenidos por colpotomía anterior o posterior, prefiriéndose esta última brecha por el drenaje, sin tener en cuenta el volumen del tumor y el calibre de la vagina.

Segundo: la anestesia local a novocaína es eficiente para realizar la intervención.

Tercero: teniendo en cuenta la inocuidad completa del traumatismo operatorio, el hecho de realizar la intervención por fuera de la cavidad abdominal, la de no dejar cicatriz operatoria, vale decir, la integridad de la pared abdominal, no trepidamos en manifestar que la vía de elección para la extirpación de estos tumores, deberá ser la colpotomía.

En el primer trabajo sobre "Resultados de la cirugía vaginal en los procesos supurados de los anexos del útero" (16) manifestábamos: "Cuando se hace cirugía, por vía vaginal en los procesos supurados de los anexos del útero, puede realizarse la intervención armada bajo 3 formas; haciendo cirugía sintomática, conservadora y radical". Subdividíamos a la primera, en dos clases; la cirugía sintomática curativa y la paliativa, comprendiendo la una la que se limita a dar salida al contenido purulento de un fondo de saco vaginal que bombea y que de inmediato acarrea la curación definitiva del proceso; la segunda, la paliativa, que puede realizarse con la evacuación del contenido de la trompa u ovario quístico o por la colpotomía, que rompiendo adherencias abre camino en el block formado por los tejidos inflamatorios y que aún sin dar de inmediato con el foco purulento, que las más de las veces es muy reducido, produce en breve tiempo una atenuación del proceso inflamatorio, acortando el lapso de tiempo de la enfermedad, o determinando en otros casos, la curación definitiva bien, por el drenaje a posteriori del foco, o bien por un proceso de autoterapia.

Los procesos anexiales supurados capaces de ser beneficiados por la cirugía conservadora, son aquellos que sin haber llegado a destruir los tejidos nobles de glándulas y conductos, al ser deliberados de los tejidos de neoformación que los encierra, pueden ser tratados directamente con la aplicación de medicamentos sueros y vacunas que actuando *in situ* sobre el foco inicial, producen no solo curación, sino que integran a dichos órganos, haciéndolos aptos para sus funciones. Creemos haber sido los primeros en poner en práctica hace 12 años esta cirugía, en los procesos supurados de los anexos del útero,

contando en nuestro haber una serie de observaciones en que las enfermas han obtenido la curación definitiva y en otros, las enfermas al integrárseles las funciones de la reproducción, han tenido gestaciones normales llegadas a feliz término; para que esta terapéutica médica quirúrgica sea eficaz, es menester ante todo determinar de una manera precisa, la etiología del proceso que los origina, si es de origen puerperal, gonocócico, vasilar; aislados o bien aunados entre sí, o a un proceso de marcha crónica, como la lues.

Todos los procesos supurados anexiales, que por su avanzado estado de destrucción de los órganos, no son factibles de ser beneficiados con la aplicación de la cirugía conservadora de que hemos hablado en nuestro anterior párrafo, caen bajo el dominio de la cirugía radical, que merced al empleo de sueros, vacunas y medios físicos (diatermia) vemos felizmente disminuir día a día, el porcentaje de los casos tratados; ahora bien, es necesario determinar cuales son los que deben ser operados por vía vaginal.

Si mentalmente consideramos al útero como el cuerpo de un ave cuyas alas son las trompas, si éstas se encuentran extendidas hacia arriba, el caso observado pertenece a la laparotomía abdominal; en caso contrario, vale decir, si las alas están plegadas por detrás del cuerpo, ocupando ambas trompas el fondo de saco del Douglas, el caso pertenece a la vía vaginal, es lógico que así sea. Cuando se interviene por vía alta, lo primero que el operador observa, son las ansas intestinales adosadas a la serosa peritoneal de la pared abdominal o bien al epiplón, vejiga y algunas veces al proceso supurado; el epiplón, en su misión de aislar el mal de la gran cavidad abdominal, pone una barrera, las más de las veces infranqueable a los avances del pus, y en último término comprueba el cirujano, a la lesión supurada, de trompas u ovarios, o simultáneamente ambos, ocupando la parte más declive, la menos accesible, la cavidad pelviana en la mujer; abordando este idéntico mal, por vía vaginal, el orden de los factores se altera; lo primero que el vaginalista encuentra en su camino, son los órganos que trata de extirpar, luego el epiplón y por último las

ansas intestinales, que nunca toca y menos vé en el curso del acto operatorio.

Los operadores que no tienen noción de las prácticas a realizar por colpotomía en estos procesos supurados, nos hablan del peligro de provocar desgarraduras de ansas intestinales producidas como consecuencia de las maniobras de deliberación de adherencias peri-anexiales; más, háse visto que las trompas vienen a las manos del operador, sin que en momento alguno las ansas intestinales, en los casos en que está indicando la colpotomía, aparezcan en el campo operatorio durante la intervención.

Los procedimientos radicales pueden limitarse a la extirpación de los anexos o llegar a su alto grado; que sería la histerectomía total. Al hacer el balance de las técnicas de las histerectomías en un trabajo nuestro publicado hace 3 años en Leipzig, decíamos: "Desde la atrevida inicial histerectomía vaginal, quizás única que curara sin hemostasia alguna de los ligamentos uterinos, hasta la hora presente, se han sucedido toda una serie de innovaciones, que simplificando el manual operatorio, han permitido destruir la terrorífica idea de las hemorragias por las uterinas y presentar un porcentaje tan crecido de histerectomizadas, en que un deceso constituyese en la actualidad un hecho excepcional." (17)

Cuando hace 30 años, veíamos efectuar histerectomías a nuestros maestros, utilizando para ello el concurso de grandes pinzas clamps que quedaban en el campo operatorio 48 horas y aún más, para asegurar una perfecta hemostasia; comprendíamos el por qué de la preferencia a la histerectomía abdominal en la casi totalidad de los casos intervenidos; esta preferencia estaba tan justificada, que los esfuerzos de los innovadores en la vía vaginal fuera de simplificar la técnica operatoria, al par que asegurar una curación definitiva; de ahí que surgieran los procedimientos de ligaduras en masa de los ligamentos anchos; luego, los en cadenas de esos mismos ligamentos; más tarde, las ligaduras previas de las uterinas en un solo muñón, y el resto de los ligamentos, en uno o varios muñones, según la extensión y vascularización de los tejidos a ligar; por

último, de perfección en perfección, la extraperitonización de esos muñones, para asegurar el post-operatorio.

En el terreno de la práctica, todos estos procedimientos, según nuestro concepto, adolecen de un defecto capital: el muñón; en efecto todo tejido desprovisto de vitalidad por falta de irrigación, como consecuencia de las ligaduras, debe esfacelarse, y por la misma circunstancia de la construcción ejercida por la ligadura, el tejido falto de defensa orgánica es campo propicio para el desarrollo de supuraciones que contaminando los tejidos vecinos, obligan a drenar, retardando como consecuencia la curación definitiva; algunos autores, con el propósito de remediar este mal, propusieron eliminar estos tejidos cortándolos a ras de la ligadura, para dejar la menor cantidad de ligamento a esfacelar; o bien como Doyen, someterlos a la acción de su *ecrasseur*. Teniendo en cuenta estos inconvenientes, tratamos de subsanarlos creando un procedimiento operatorio que durante muchos años hemos puesto en práctica, nueva técnica que ha merecido la aprobación de los jefes de las más reputadas clínicas ginecológicas europeas y de las publicaciones de la especialidad, que le han dado favorable acogida, dando a conocer los gráficos que acompañan al texto y que para mayor ilustración, hemos fielmente hecho reproducir en dibujos animados y que daremos a conocer en película cinematográfica.

En nuestro procedimiento de histerectomía vaginal, se peritonizan los ligamentos anchos, en igual forma que por la laparatomía abdominal; la sutura corrida que adosan ambas hojas del ligamento ancho, no deja al tejido desprovisto de irrigación como el muñón; la técnica se inicia después de haber exteriorizado el útero; colocamos dos primeras pinzas largas Kocher en sentido contrario en cada ligamento comprendido en toda su extensión y a ras del útero, de modo que el extremo terminal de cada pinza se tocan; enucleando el útero por incisión de los ligamentos anchos, se inicia la sutura de ellos por arriba, ligando previamente la arteria útero-ovárica, y dejando un cabo de catgut cuyo empleo indicaremos luego; realizada esta ligadura se pasa el extremo largo del hilo del catgut alrededor o sea en forma circular, de la rama de la pinza superior, quedando por lo tanto pinza y tejido comprendidas en las suce-

sivas circulares sin cerrarlas demasiado, para permitir luego la extracción de la pinza; llegado al extremo terminal de esta pinza, se la retira y tomando los dos cabos catgut se tira de uno de ellos hasta que la sutura obtenga la peritonización del ligamento ancho; se prosigue en igual forma con la pinza inferior hasta llegar a la arteria uterina que viene a quedar comprendida en el último círculo del catgut, a la que se liga tirando el cabo terminal; en esta forma quedan peritonizadas las dos hojas del ligamento ancho por una sutura corrida y ligados simultáneamente los dos principales vasos arteriales; en igual forma, se procede para la sutura del ligamento ancho del lado opuesto; los extremos superior e inferior del hilo catgut, se entregan al ayudante de su respectivo lado, el que coloca una pinza en ellos; se procede al cierre de la cavidad abdominal, por una sutura corrida en catgut fino, de ambas hojas de la serosa peritoneal, dejando en los extremos de dicha herida, espacio suficiente para poder pasar ambos ligamentos anchos que quedan extra-peritonizados y fijándolos por medio de los cabos terminales de la sutura de los ligamentos anchos a la pared de la vagina en sus respectivos lados, contribuyen no solo a cerrar la pared vaginal, sino también a mantener hacia arriba la cúpula vaginal, impidiendo su prolapsus; se termina el acto operatorio cerrando la herida de la pared vaginal con una sutura corrida.

Al presentar en octubre de 1924 en las sesiones del Segundo Congreso Nacional de Medicina reunido en Sevilla, al que concurriéramos en representación de nuestros ginecólogos, decíamos: "Este procedimiento operatorio, que llamamos argentino y que es el producto de 14 años de aplicación en nuestra clínica quirúrgica en decenas de observaciones, habiendo sufrido sucesivas innovaciones hasta alcanzar el límite actual", "es un método que llega a un grado mayor de perfección no igualado, de hemostasia con peritonización de ambas hojas del ligamento ancho, con ligadura simultánea de sus grandes vasos, que al par que no varía la posición anatómica de los ligamentos, los extra-peritoniza y fija por separado a la vagina, manteniendo su cúpula en su estado normal, permitiendo que al terminar el acto operatorio, se obtenga la curación definitiva de la operada."

En el ligero bosquejo trazado, hemos procurado poner de relieve las notas acentuadas que constituyen los factores de éxito interviniendo por vía vaginal; hoy como ayer, después de una práctica constante de más de tres lustros, opinamos igualmente, que es a la falta de indicaciones precisas el que no se intervenga por colpotomía o no se llegue a feliz término en la mayoría de los casos operados; teniendo en cuenta que el campo operatorio es limitado, hay razón de más para especificar uno a uno los procesos que deban ser abordados por ella; al ginecólogo que opera por vía alta, todo le es favorable, y si el diagnóstico de la lesión que trata de curar no es él determinado, lo mismo dá, tiene ampliamente abierto el abdomen como lo desea para extirpar el tumor quístico, fibroma, hidrosalpinx, gestación tubaria, piosalpinx, etc.; en cambio, el vaginalista debe precisar no solo la naturaleza exacta de la neoplasia, sus relaciones con los órganos vecinos, con los de la caja ósea que los retiene, sino también las dos circunstancias que en todos nuestros trabajos hemos procurado acentuar: que los tumores abordables, por la vía vaginal, deberán ser *reductibles y exteriorizables*. Para el abdominalista todo son facilidades; para el vaginalista, en cambio, todo son dificultades como compensación a estos hechos que siempre se confirman en la práctica, en que el segundo se sacrifica en holocausto de las enfermas, el post-operatorio es más brillante y más seguro que en el primero; la serosa peritoneal pelviana reacciona menos intensamente a la agresión operatoria de lo que lo hace la serosa peritoneal abdominal, que por lo general indemne del proceso pelviano que lo origina, reacciona a la mejor agregación de una manera violenta y por ende grave.

Si el porcentaje de la mortalidad es infinitamente inferior en la vía baja, por las circunstancias anotadas y por el hecho de que no hay shock traumático, se explica que el esfuerzo de los vaginalistas deberá ser llevado a precisar las indicaciones y contraindicaciones de la colpotomía y simplificar la técnica operatoria; merced a estas circunstancias las pacientes debilitadas por hemorragias profusas, las afectadas por afecciones corazón que deban ser intervenidas; las poseedoras de fibromiomas, que por el hecho del proceso conocido de la toxemia

miomatosa, su músculo cardíaco no soporta la mejor agresión traumática; las poseedoras de un panículo adiposo considerable; las embarazadas que llegan a feliz término o próximo a él, debiéndoselas respetar la integridad de su prensa abdominal para su próximo parto; serán todas grandemente beneficiadas, si no hay contraindicaciones al empleo de la colpoto-mía, por la operación realizada por esa vía.

Se infiere por lo manifestado, que el cirujano ginecólogo no será completo si no aborda con igual maestría por ambas vías; se aduce en contra de las prácticas quirúrgicas a realizar por vía vaginal, que algunos maestros de las diversas escuelas, después de haberlas practicado, la han abandonado; para nosotros, este abandono se justifica por el hecho de que ellos la practicaron por sport, no preocupándose en determinar el por qué de sus contraindicaciones; esta observación se halla confirmada en los textos de la materia y en las palabras ver-tidas por los representantes más conspicuos de esas escuelas.

Hace 4 años, uno de nuestros médicos agregados, actuando como portavoz de los progresos alcanzados por la escuela argentina, hacía decir en la cátedra de la especialidad, en París, al Prof. Faure: "Que las operaciones otras veces demasiado a-menudo ejecutadas, lo son ahora demasiado pocas y que entre esas operaciones de la cirugía conservadora a realizar por col-potomía, siempre más difícil que las a efectuar por vía abdominal cuéntase la ligamento pexia posterior por vía baja, si bien corrientemente ejecutada en Buenos Aires, era para ellos nueva" (18) y agregaba "Se gana y se aprende mucho con estas manifestaciones recíprocas", y al felicitar al compatriota a quien se le había brindado el acto operatorio para ilustrar a la cátedra oficial, lo hacía en los siguientes términos: "lo hago por su técnica operatoria simple y elegante y de sprit muy latino".

El Prof. Lazco, de Viena, al igual del Prof. Faure, a quien oímos expresar hace dos meses, en los siguientes términos de las indicaciones de la colpoto-mía: "debe intervenirse lo limpio por arriba, lo sucio por abajo", pone de manifiesto con esta declaración, el desconocimiento que el ilustrado Prof. de Viena tiene de las indicaciones y contraindicaciones de la vía que él

ha practicado como sport. Estas opiniones no vienen sino a confirmar lo que hemos podido apreciar en nuestra reciente visita a las clínicas ginecológicas europeas, en que en la mayoría de ellas nuestras prácticas por vía vaginal constituían una revelación.

Preveemos que la aplicación de nuevos procedimientos terapéuticos limiten de una manera apreciable, el campo de la cirugía abdominal en los procesos de los genitales internos de la mujer, haciendo que la vía por la colpotomía sabiamente indicada, harán de ella la vía del porvenir, a la que habrá contribuido a su perfección y difusión, los esfuerzos realizados por la escuela ginecológica argentina.

BIBLIOGRAFIA

- (1) "La vía vaginal en las intervenciones del útero y sus anexos". Comunicación al Quinto Congreso Latino Americano (sexto Pan-Americano) celebrado en Lima en 1913.
- (2) "La vía vaginal en la cirugía obstétrica y ginecológica; sus resultados". Conferencia pronunciada en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. "La Semana Médica" Nr. 25 Año 1914.
- (3) "Gestaciones y partos en intervenidas por retrodesviaciones uterinas por vía vaginal". Conferencia pronunciada en la Asociación Obstétrica Nacional de Parteras. Buenos Aires 1916.
- (4) "La retroposiciones uterinas intervenidas por vía vaginal". Tesis inaugural, Dr. Julián Balbée Buenos Aires 1917.
- (5) "Contribución al estudio de las indicaciones de la colpotomía de urgencia en el tratamiento de las gestaciones tubarias rotas con inundación peritoneal". "La Semana Médica" Nr. 37 Año 1922.
- (6) "Abstención en el aborto tubario". Conferencia pronunciada en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología. Año 1926.

- (7) "La colpotomía posterior de drenaje". El libro de oro del Dr. Luis Guemes. Año 1924.
- (8) "La vía vaginal en los quistes dermoideos del ovario". "La Semana Médica" Nr. 37 Año 1921.
- (9) "Voluminoso quiste dermoideo del ovario izquierdo conteniendo un rudimento de maxilar, partes óseas, pelos, materias sebáceas, muelas y dientes extirpado por colpotomía anterior". "La Semana Médica" Año 1922.
- (10) "Voluminoso quiste hidático del mesenterio extirpado por vía vaginal". Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología. Año II, Nr. 1 Pág. 87 Año 1918.
- (11) "Paralelo entre la laparotomía y la colpotomía en una observación de quiste hidático de localización uterina intra-mural posterior, en una mujer virgen. "La Semana Médica" Nr. 17 Año 1921.
- 12 "Indicaciones de la vía vaginal, en el tratamiento de los quistes hidáticos de localización pelviana". "La Semana Médica" Nr. 51 Año 1922.
- 13 "Valor comparativo entre colpotomía anterior y posterior". Comunicación al Segundo Congreso Nacional de Medicina. Año 1922.
- 14 "Embarazo y quiste del ovario extirpado por colpotomía anterior". "La Semana Médica". Nr. 42 Año 1913.
- 15 "Quiste intra-ligamentario del ovario extirpado por colpotomía posterior". Comunicación a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Boletín de la Sociedad. Tomo VI. Nr. 4 Año 1917.
- 16 "Resultados de la cirugía vaginal, en los procesos supurados de los anexos del útero". "La Semana Médica". Nr. 22. Año 1917.
- 17 "Procedimiento de histerectomía vaginal por peritonización de los ligamentos anchos, con ligadura simultánea de sus grandes vasos". Leipzig 1924.
- 18 "Actitud de la escuela ginecológica francesa, ante los progresos e innovaciones de los ginecólogos vaginalistas argentinos". "La Semana Médica", Nr. 28 Año 1923.