

CIRUGIA VAGINAL

DR. MARIANO G. BEDOYA HEVIA *

EL Comité Ejecutivo del XIIavo Congreso Peruano de Cirugía ha elegido como uno de los temas oficiales del Congreso, uno de los capítulos más importantes de la cirugía ginecológica, como es la Cirugía Vaginal.

Felicito al Comité Ejecutivo por la elección del tema y agradezco la distinción que inmerecidamente han hecho de mi persona al designarme como uno de sus relatores.

En el presente relato trataré de exponer la experiencia adquirida en el transcurso de veinte años, que sobre las indicaciones, contra-indicaciones y técnicas a seguir por vía vaginal me permiten evaluarlas, haciendo para su estudio una división en dos grupos:

- a) el primer grupo considera las afecciones de los órganos externos de la vagina y del cuello del útero, del mismo modo que el legrado uterino; y
- b) agrupa las operaciones por Colpotomía.

La pobreza que sobre las indicaciones y contraindicaciones de las colpotomías hay en las obras y revistas de la especialidad, me obligaron desde los primeros años a un aprendizaje largo y metódico, y es lo que hoy me permite exponeros sobre lo que se debe o no hacer por esta vía.

CAPÍTULO I

LIMITES Y OPERABILIDAD POR VIA VAGINAL

Las operaciones vaginales, como ya lo expresamos, comprenden dos categorías de intervenciones:

- a) aquellas donde la vía de abordaje no se discute, como son las operaciones sobre los órganos externos, vagina y cuello;
- b) aquellas que se practican por Colpotomía —aquí comienza el problema— donde según el caso y el operador hay una competencia entre la vía alta y la vía baja. La discusión es en gran parte sobre las operaciones intraperitoneales, como las histerectomías simples o ensanchadas, con o sin anexectomía, etc. Esta discusión recae también sobre ciertas correcciones de malas posiciones del útero, así como de muchas intervenciones conservadoras.

En esta segunda categoría la elección del caso tiene una gran importancia. Un error de ese género puede obligar a cambiar la vía operatoria en el curso de la intervención. Sin embargo, sostenemos que una colpotomía no es tan grave como una laparatomía exploratoria.

* Lima, Perú.

El error puede estar en la naturaleza patológica de la afección. Así tenemos que un tumor sólido de útero-fibroma puede ser operado por vía vaginal y por el contrario un tumor sólido de ovario necesita de la laparotomía.

El error puede también —es lo más frecuente— consistir en una mala apreciación de la operabilidad por vía baja.

La operabilidad depende de dos factores:

- a) del estado de las vías de abordaje; y
- b) de la movilidad de los órganos.

La vía de abordaje o acceso.—La posibilidad de arribar a la parte alta de vagina o debajo del diafragma pelviano, a los órganos de la pelvis, depende en gran parte del estado funcional y anatómico de las partes blandas.

Dilatabilidad.—La resistencia del tejido conjuntivo y muscular, es posible de vencer, por una anestesia apropiada, si es que ella es funcional, por los instrumentos y por las incisiones auxiliares, si ella es anatómica.

En este orden de ideas la anestesia general es preferible a la anestesia local.

La dilatabilidad con instrumento, se puede efectuar fácilmente con el especulum o las valvas, suprimiendo funcionalmente durante cierto tiempo la acción de los tejidos blandos. La dilatabilidad de la entrada vaginal es más grande en aquellas mujeres que han tenido hijos que en las nulíparas. Otro, sí, es mayor la flexibilidad de las nulíparas en actividad sexual que en las múltiparas de edad avanzada, donde la involución climatérica ha comenzado actuar.

Cuando la dilatación instrumental es difícil, contamos con otros recursos, como son las incisiones auxiliares, que permitirán un buen acceso.

Se sabe perfectamente que un abundante tejido adiposo así como la mala conformación pélvica, son causas de dificultad de acceso a la pequeña pelvis. Así también la limitación de los movimientos de la articulación coxo-femoral o su anquilosis puede hacer imposible la puesta en lugar correcto de la enferma.

La movilidad de los órganos.—La movilidad del útero depende sobre todo del estado de sus ligamentos.

Por alteración fisiológica o patológica de estos elementos, el útero puede estar más o menos fijo por adherencias, inflamaciones o procesos neoplásicos. Las intervenciones pueden provocar sólidas adherencias. Es de fácil comprensión que las alteraciones de la topografía normal, puedan traer dificultades en el acto quirúrgico.

La movilidad del órgano puede estar dificultada por causas tumorales o por el volumen propio del órgano. La exéresis se ve dificultada por estas condiciones. Los tumores de vagina pueden jugar un rol importante muy parecido a los tumores de útero.

Es útil darse cuenta de las causas de disminución de la operabilidad. Algunas veces los exámenes logrados con anestesia general, citoscopías, radiografías, nos pueden aclarar sobre la topografía operatoria. Sin embargo todos

esos elementos que determina la operabilidad —o inoperabilidad— no tienen un carácter absoluto, pero relativo sí y sobre todo individual. Es así, pues, que del grado o del número de estos diferentes factores depende la indicación de la vía de abordaje.

La vía de abordaje vaginal debe ser bien establecida:

- 1) Cuando se trata de una afección abdominal, se excluye la vía baja, por ejemplo una apendicitis.
- 2) Cuando existen procesos infecciosos.
- 3) Cuando el diagnóstico es incierto.

Preparación de la enferma.—Es muy sencilla. La víspera se aplica un enema. La paciente es rasurada convenientemente. En la noche se hace el pre-anestésico.

Posición de la enferma.—La enferma debe de estar colocada de tal manera que el ginecólogo pueda ver cómodamente el centro de la pelvis. El nivel de los glúteos debe reposar por fuera del borde la mesa, sino la aplicación de las valvas posteriores será difícil. La mesa debe permitir una cierta elevación del plano pélvico. La posesión de Trendelenburg es a menudo innecesaria en cirugía vaginal.

Asapsia y desinfección.—Es necesario poner todos los cuidados necesarios para evitar la infección exógena. La forunculosis peri-vulvar, las ulceraciones vaginales, la metritis del cuello, pueden ser causa suficiente para suspender una operación vaginal. Si esto no fuera posible uno puede proceder a practicar en el acto operatorio una cauterización antes de la operación, si la cauterización se lleva acabo días antes de la operación principal, es peligrosa, porque crea una cantidad de productos de residuo necrosado que favorecen la infección. Un buen procedimiento consiste en aislar el cuello por medio de un collar vaginal.

La hemostasia debe ser perfecta, para obtener un tejido sano bien vascularizado, factor que contribuye a proteger a la paciente contra la infección.

El traumatismo del peritóneo, es mínimo, ya que la incisión es pequeña, el contacto con el medio exterior —materias infecciosas— por esta misma razón, ofrece la garantía de que los accidentes infecciosos se vean disminuídos, se debe tener presente que el plano de clivaje también favorece que el índice de morbilidad sea muy bajo.

Instrumental.—Para la ejecución de estas operaciones el instrumental debe ser apropiado, el instrumental no apropiado puede hacer hasta imposible la operación vaginal.

Como valva para desplegar la pared vaginal posterior nos servimos de la valva de Sims o de la valva de peso de Auvard o las valvas de Doyen. Como valva anterior usamos la valva de bayoneta de Breisky.

Como pinzas de garfios usamos las pinzas de Museux.

Como pinzas hemostáticas usamos las de Ochsner curvas y rectas.

Las pinzas de Babcock, son de gran utilidad para trabajar sobre las trompas y uréteres. Así como los separadores laterales de vagina.

Pinzas de Heaney, para las histerectomías vaginales. Pinzas pequeñas de Kocher.

Porta-agujas. Aguja de Deschamps curva roma. Pinzas de disección. Tijeras curvas largas de Still, tijera recta.

Para disecar los colgajos vaginales, así como para tratar los pequeños quistes ováricos, nos servimos de un bisturí recto mediano.

Para coger el cuerpo uterino, utilizamos pequeñas erinas, que después son reemplazadas por puntos tractores de hilo.

Para drenar el Douglas, utilizamos un tubo de goma delgado.

El material de sutura que empleamos, es el catgut y en algunos casos la seda o el hilo.

Anestesia.—En cirugía vaginal empleamos todos los métodos conocidos.

OPERACIONES SOBRE LOS ORGANOS EXTERNOS

Las intervenciones sobre los órganos externos y la vagina, se encuentran bien descritas en los numerosos tratados de la especialidad. Trataré de hacer una síntesis de este capítulo.

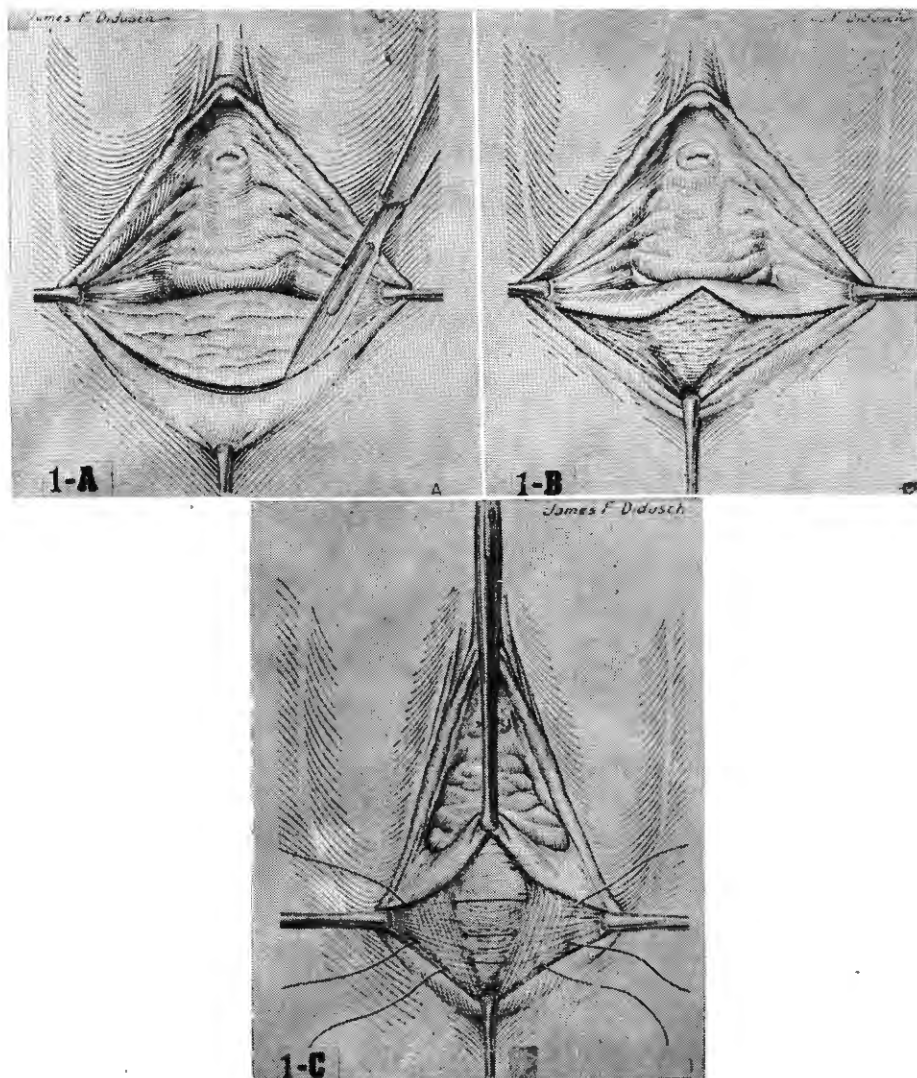
Desgarros del perineo.—Los autores (1) (6) (9) (10) (11) (12) (33) (35) están de acuerdo en que los desgarros observados durante el parto deben ser tratados en el mismo acto, así como los adquiridos por accidentes recientes. Los desgarros antiguos simples son tratados por colpo-perineorrafia. La técnica es la siguiente: A) Incisión sobre el borde mucocutáneo (Fig. 1-A); B) Se disecciona un colgajo de mucosa y se extirpa ésta en forma de V invertida (Fig. 1-B); C) Se colocan tres puntos de catgut O ó 1 crómico interesando los elevadores del ano, luego se aproximan éstos (Fig. 1-C); D) La mucosa es cerrada con catgut simple así como la piel del perineo, con lo que se termina la operación.

Cuando el desgarro interesa el esfínter y tabique recto vaginal, el procedimiento más recomendado y que aconsejamos es el de Lawson-Tait. Cuando la lesión es mínima preferimos la técnica de Kelly-Warren.

Es importante saber escoger el momento para efectuar la cura quirúrgica de estas lesiones, pensamos como todos los autores que el tiempo prudencial es de seis meses o más después del parto. Esto es suficiente para que todos los tejidos retornen a la normalidad, lo que proporciona un margen de buen pronóstico, ya que la operación será ejecutada con mayores probabilidades de éxito.

La técnica de Lawson-Tait, comprende, la reparación del tabique, la unión de los cabos del esfínter y la reconstrucción del perineo. Esta intervención requiere cuidados especiales, pre-operatorios, destinados a la evacuación del recto, limpieza de la vagina. El ideal es intervenir en las mejores condiciones de limpieza.

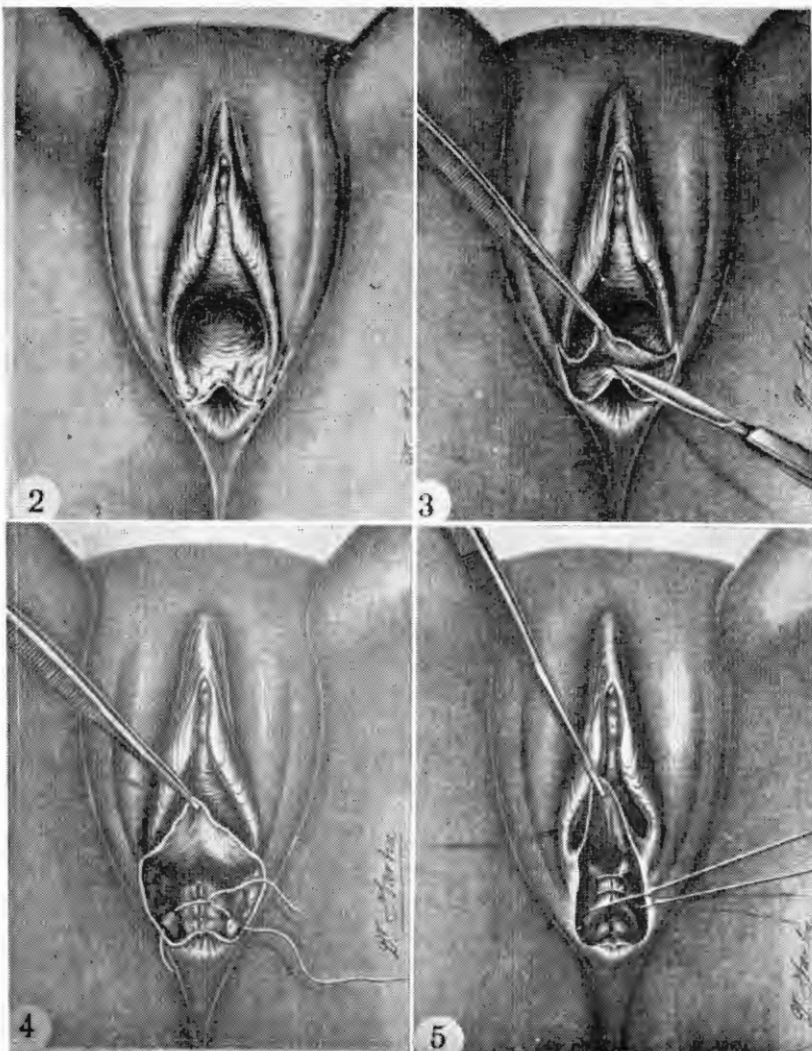
Técnica.—Trazado de la incisión (Fig. 2).—Se efectúa con un bisturí

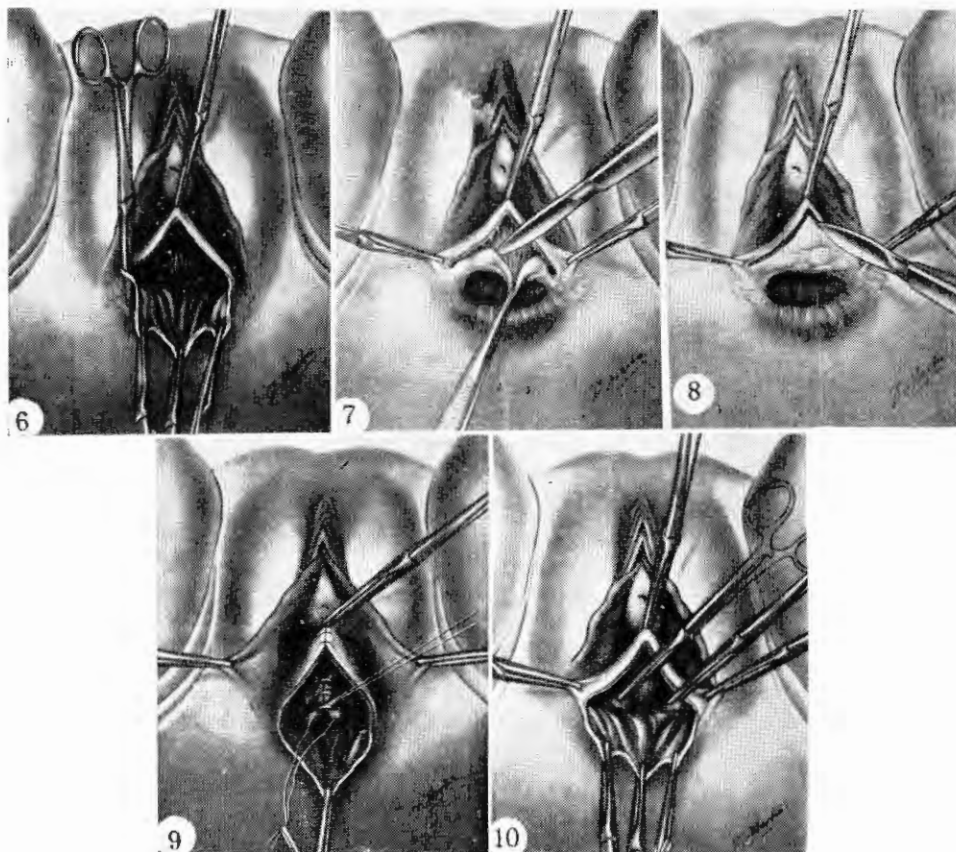


el desdoblamiento recto vaginal, teniendo cuidado del recto, (Fig. 3). Luego el corte de la piel se profundiza en las partes laterales hasta exponer los planos musculares y separa las paredes laterales del recto. En la siguiente Fig. 4, se ve que se ha suturado el desgarro del recto, evitando de perforar la mucosa, estos puntos son en U y con crómico O. Al afrontar los puntos se invierte la mucosa hacia la luz del recto. Luego tomamos los cabos del esfínter y con un catgut crómico fino se les une en la línea media. Inmediatamente se procede (Fig. 5) a reparar los elevadores, suturándolos a la línea media. Los tiempos siguientes son como los de una colpoperineorrafia.

La técnica de Warren-Kelly.—En la Fig. 6, observamos el trazo de la incisión; en la Fig. 7, se desdobra la pared vaginal en el tabique recto vaginal; en la Fig. 8 vemos cómo una pinza de Kocher se le orienta hacia el cabo retraído del esfínter, y haciendo presa de él, se le exterioriza; los cabos son exteriorizados (Fig. 9) y con catgut cromado bien fino se les une entre sí por delante del recto, reconstruyendo el anillo anal; posteriormente se aproximan con puntos de catgut cromado 1 ó 2 las fibras del elevador, iniciando también la sutura de la mucosa vaginal (Fig. 10) hasta el vértice del colgajo.

Glándula de Bartholino.—Los ginecólogos (1) (18) (33), recomiendan practicar una incisión amplia, cuando el absceso no se abre espontáneamente.





Cuando la glándula se transforma en foco crónico de pus y se inflama frecuentemente, su extirpación total está indicada.

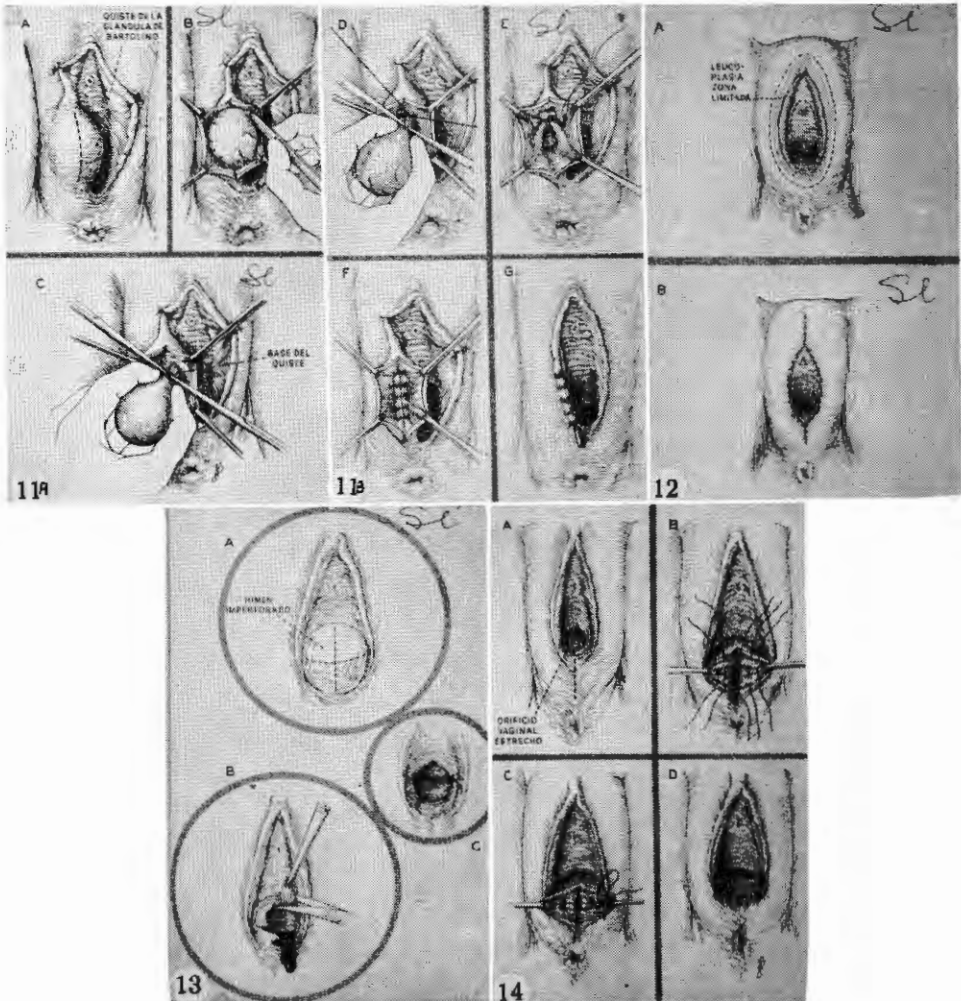
Los quistes de la glándula que por su situación y volumen provocan una serie de molestias, el tratamiento quirúrgico es lo indicado.

La técnica es la siguiente: Fig. 11-A.—Sutura de los labios menores a la piel. Se traza una línea de incisión muco-cutánea bastante larga, de tal forma que cubra todo el tumor. Se procede a la disección de la piel y mucosa, (Fig. 11-B), hasta lograr aislar el quiste y se colocan dos pinzas en su base, inmediatamente colocamos un catgut crómico por debajo, se corta entre las pinzas y sutura y se extirpa el quiste (Fig. 11-C-D). Recubrimos el muñón con puntos separados (Fig. 11-E-F). Cerramos la reunión muco-cutánea a puntos separados y drenamos con Penrose (Fig. 11-G).

Leucoplasia de la Vulva.—Son lesiones que están catalogadas por los autores (1) (2) (33) (36), como estados pre-cancerosos. La vulvectomía está indicada cuando la lesión está localizada. Se procede como en la (Fig. 12-A) a trazar dos líneas de incisión. La incisión mayor debe estar por fuera —1 cm.

aproximadamente— del área leucoplásica. Otra incisión interna se sitúa en los labios menores, iniciándose a 0.5 cm. por encima del meato uretral. Extirpada la zona, debe reunirse con puntos subcutáneos y se procede luego a aproximar la mucosa y piel con puntos separados de crin o hilo (Fig. 12-B). Cuando los signos de proliferación son evidentes y hay presencia de ganglios inguinales, la exéresis será más amplia, procediéndose a practicar una vulvectomía radical.

Epitelioma de la vulva.—Los autores de gran experiencia como Taussig, Stoeckel y otros, recomiendan la cirugía, siempre y cuando las condiciones de las enfermas lo permita. Se entiende que esta cirugía debe ser tomada en toda su amplitud, con el concepto de la moderna cirugía anticancerosa, es decir extirpación del tumor y ganglios regionales en un solo block. Otros autores recomiendan asociar la técnica quirúrgica a la radioterapia complementaria.



Las operaciones económicas, están indicadas para aquellas pacientes de edad avanzada o que presentan graves taras.

Se distinguen varias técnicas como son:

A) La operación de Ruprecht, que no es otra cosa que practicar una vulvectomía total asociada a la extirpación de los ganglios linfáticos superficiales y profundos de ambas ingles.

B) La operación de Ruprecht-Basset, que además extirpa los ganglios retrocrurales, previa apertura del espacio subperitoneal a través del canal inguinal.

C) La operación de Ruprecht-Kehrer, que además comprende la exéresis de los ganglios ilíacos externos e internos y obturadores, pero la vía es la misma que la anterior es decir extraperitoneal.

D) La operación de Ruprecht-Stoeckel, que consiste en hacer el vaciamiento ganglionar por vía transperitoneal.

El Fibroma, Lipoma y el Hidroadenoma de la vulva, tienen en la escisión quirúrgica su indicación precisa.

Papiloma de la vulva.—El tratamiento de las lesiones pequeñas se hace por fulguración. Los de gran crecimiento son destruidos por el electro-bisturí o por vulvectomía simple. Los autores (33-36) no recomiendan extirparlos durante la gestación, debido a la gran circulación existente en este período, volviéndolos peligrosos durante el acto quirúrgico.

Vulvitis hipertrófica crónica.—Te Linde (33) recomienda la vulvectomía parcial o total según el grado de extensión de la lesión.

Himen imperforado.—Greenhill (18), Te Linde (33), Weber (36) y otros investigadores señalan que el tratamiento varía según la edad. Si es antes de la pubertad, debe extirparse la membrana himneal, suturando los bordes con catgut crómico fino (Figs. B-A y B-C). Si es después el tratamiento debe plantearse con cautela. La técnica, es incisión crucial, extirpación de los cuadrantes restantes y sutura de sus bordes. La paciente debe permanecer en posesión de Fowler.

Atresia de la Vagina.—Te Linde (33) recomienda como tratamiento de la aglutinación de los labios, el cierre de la vagina, así como la oclusión del meato, la separación por maniobras manuales, seguida de baños y aplicación de vaselina en la zona desnuda, hasta que se observe la recuperación total.

En algunas pacientes que han sufrido después de un parto una reparación perineal excesiva o que sufren de dispareunia, el tratamiento indicado es la operación de perineo-plastia para cura de la estrechez del orificio vaginal (fig. 14 A. B-C-D).

TUMORES DE LA VAGINA

Quistes y Fibromas.—Su exéresis es lo recomendado.

Carcinoma de la Vagina.—El tratamiento deja mucho que desear. La

técnica quirúrgica consiste en la remoción total del órgano y los órganos anexos, así como el vaciamiento ganglionar. Los resultados son malos. Los autores (2), (11), (12), (17), (20), (27), (31), (33), (35) prefieren la radioterapia, nosotros pensamos de la misma manera.

AFECCIONES QUIRURGICAS DE LA URETRA.

La carúncula uretral.—Es tratada por fulguración cuando es pequeña o extirpada con el electro-bisturi.

Quistes de los conductos de Skene y quistes sub-uretrales.—La mejor conducta es la extirpación.

Divertículo de la uretra.—La extirpación completa de la pared y cierre del defecto producido en la uretra es lo recomendado.

Prolapso uretral.—Lo esencial de esta cirugía es reparar el soporte de la uretra, con el empleo adecuado de la fascia pubo-vesco-cervical. Se trata una incisión en losange o lineal de unos cuantos centímetros de longitud, extendiéndose desde el meato hacia atrás, luego se procede a colocar puntos en U para efectuar el plegamiento, posteriormente se aplican una segunda fila de puntos a través de la fascia y los bordes libres son suturados con catgut simple.

Carcinoma de la uretra.—El tratamiento quirúrgico depende de la sensibilidad del tumor. Ahumada (2) y Te Linde (33) recomiendan en los casos de inicio hacer la extirpación de la uretra vaginal y cuello vesical, con trasplante bilateral de los uréteres en el colon. En los casos de que el proceso sea más extenso, la cistectomía total, uretrectomía, trasplante de los uréteres y vaciamiento ganglionar es lo indicado; pudiendo efectuarse esta intervención en uno o dos tiempos.

LAS OPERACIONES PARA AMPLIAR TEMPORALMENTE

LA VIA DE ACCESO VAGINAL

La dilatación instrumental no es suficiente para crear un acceso a las partes altas de la vagina y de la pelvis. Por esta razón la abertura amplia del introito vulvo vaginal mediante la incisión vagino-perineal y la sección parcial del elevador del ano según la técnica de Schuchardt, es un recurso indispensable para lograr un fácil acceso y poder operar con tranquilidad.

La episiotomía, se emplea en los casos de gran necesidad. Los autores (1), (18), (20), (25), (28), (31), (36-37), están de acuerdo en practicar la incisión sobre el lado izquierdo, salvo que la localización de la lesión sea sobre el lado derecho. También puede practicarse una doble incisión, procedimiento poco recomendable. Otros son partidarios de practicarla en la línea media. El corte interesa la pared vaginal, la piel del perine y los planos subyacentes. De las dos variantes la episiotomía mediana es menos sangrante y más estética; la lateral es más sangrante la sección de los tejidos se hace de una forma asimétrica, lo que determinará una sutura posterior irregular. De otra parte la episiotomía lateral, tiene la ventaja de no tener límites, en caso de necesidad, es posible transformarla en una gran incisión vagino-perineal.

La técnica es la siguiente: Observamos en la fig. 5-A que la incisión es mediolateral, que interesa la vagina y piel del perine, conseguida la ampliación, debemos hacer luego una buena hemostasia; luego aplicamos los puntos para el afrontamiento de los planos profundos (fig. 5-B) y terminamos la operación con el afrontamiento de la mucosa vaginal y piel perineal (fig. 15-C y D).

En ciertos casos pueden llevarse a cabo algunas incisiones auxiliares de diferente orientación según las necesidades del caso en particular. Así tenemos las incisiones laterales del fondo de saco vaginal, indicadas por Halban, en el curso de una Histerectomía ampliada. Nosotros la recomendamos en el caso de que exista una desproporción entre el calibre de la vagina y el tumor a exteriorizar.

Para la ejecución de operaciones difíciles, está recomendada la gran incisión para vaginal de Schuchardt. Consiste en practicar una incisión lateral profunda (fig. 16). Inmediatamente se continua con la sección del plano medio del perineo y del elevador (fig. 17), debe evitarse la herida del recto en el curso de la operación; el último tiempo consiste en la sutura de los haces del elevador como se aprecia en la fig. 18 y la sutura de la vagina y piel del perineo.

La incisión de Schuchardt crea un gran campo operatorio. Staude y Stoeckel, recomendaron un corte a cada lado, con lo que los autores aumentan el índice de operabilidad hasta un 72 %. Schauta y Amreich, son partidarios de un solo corte.

Nosotros somos partidarios de un solo corte.

OPERACIONES PARA CREAR UNA VAGINA ARTIFICIAL

Si la ausencia de vagina corresponde a una mujer casada la formación de una vagina artificial está indicada; pero si la paciente que consulta es una niña o adulta que no tiene relaciones sexuales, la operación carece de objeto, salvo que existan indicaciones precisas. Otro caso es el de la mujer en trance de matrimonio, a ella debe hacerle conocer el alcance de la intervención y sus resultados y contar con su consentimiento.

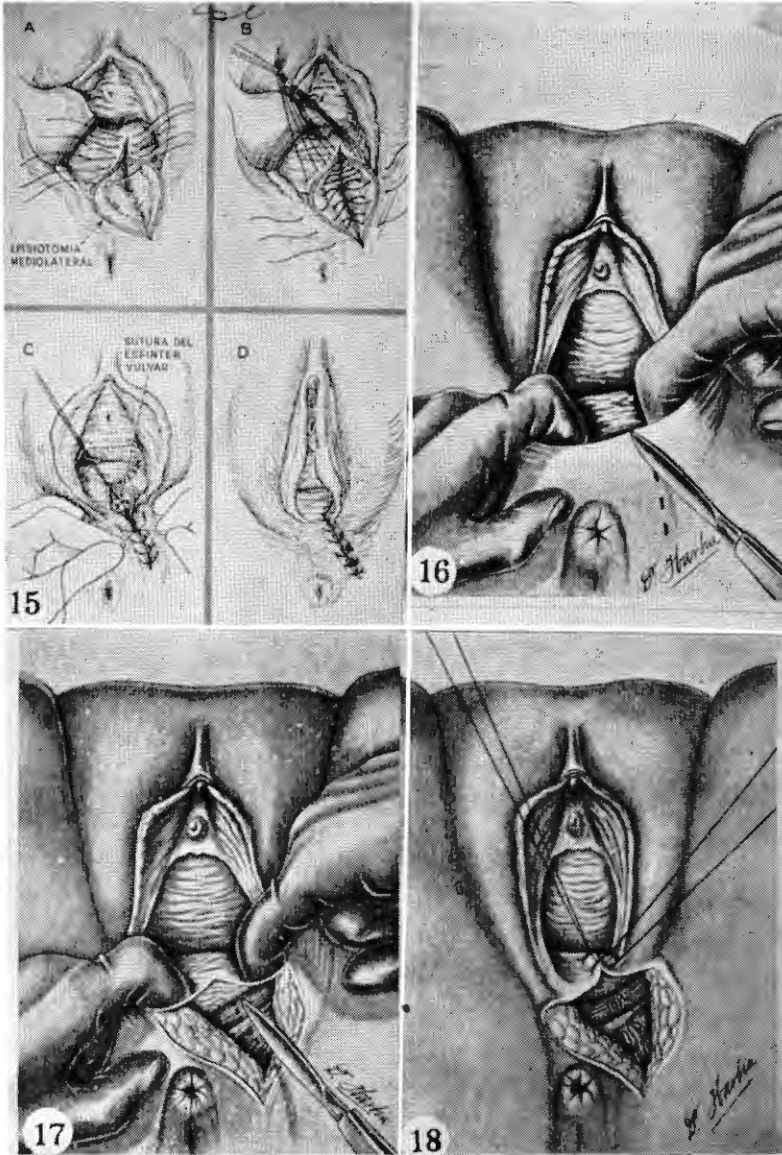
Existen muchos casos de hipoplasia vaginal y que por acción reiterada del coito, el infundíbulo se transforma en una vagina más o menos normal.

Los autores (17), (18), (33), (36) recomiendan de manera especial, que antes de proceder a una intervención quirúrgica, se investigue el aparato urinario, ya que es frecuente encontrar alteraciones congénitas de dicho tracto.

La elección de la técnica depende del desarrollo anatómico de la vulva y vagina, los métodos son los siguientes:

a) el método incruento de Frank, que está indicado en los casos de hipoplasia poco acentuada y que se deja distender fácilmente por la presión.

b) el plástico, que consiste en el deslizamiento de los grandes y pequeños labios, la operación es la realización difícil.



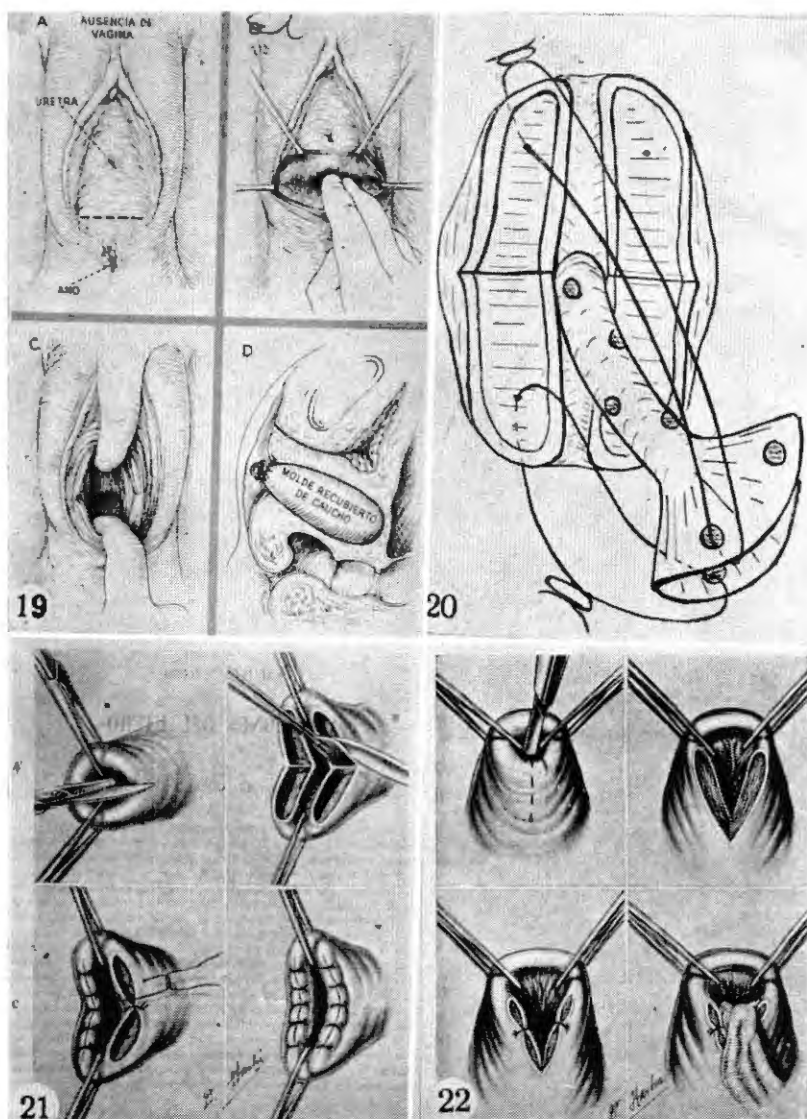
c) la formación de vagina a expensas de intestino delgado o grueso, está indicada en los casos de aplasia muy acentuada. Estas intervenciones tienen graves riesgos, provocan alta mortalidad, aunque el autor (33) piensa que con la era antibiótica pueden mejorarse los resultados.

Actualmente contamos con nuevos precedimientos de técnica bastante sencilla y de resultados excelentes.

El método de Warton, consiste en la disección del espacio vesico rectal

figs. (14-A) y (14-B) y (19-C) en la introducción en el interior de dicho espacio de un molde vaginal recubierto por un profiláctico (fig. 19-B). El molde queda insertado en la vagina por espacio de tres semanas. Luego se extrae y se continua vigilando el proceso de epitelización. En muchas ocasiones el molde debe aplicarse un mes o más, hasta lograr una buena epitelización. Otras veces debe utilizarse solo en parte del día. El coito se reanuda, solo cuando la epitelización sea total, generalmente a partir de los dos o tres meses.

Otro Método es el de Mc Indoe, que es igual que el anterior, pero



con el agregado adicional de hacer un injerto de piel obtenido de la piel del muslo, el injerto es mantenido en la vagina creada, mediante un molde. Los cuidados son los mismos que para la operación anterior.

Los resultados son excelentes para estas dos operaciones, obteniéndose generalmente una vagina de calibre y profundidad normal.

CAPITULO II

LAS OPERACIONES SOBRE EL CUELLO UTERINO. — EL CURETAJE GINECOLÓGICO BIOPSIA

El diagnóstico diferencial entre una afección benigna y una afección maligna del cuello es de gran importancia y por lo tanto es preferible hacer una biopsia cien veces antes que omitirla una sola vez en caso de cáncer.

La biopsia puede hacerse con un instrumento especial, como la pinza de Faure, o la pinza de Gaylor, también es posible usar el bisturí o la tijera. La conización del cérvix, la indicamos cuando existe una gran lesión, ya utilizando el bisturí de Ayre o el electro-bisturí.

POLIPOS Y MIOMAS PEDICULADOS DEL CUELLO

Los polipos y otros tumores benignos del cuello se tratan, por torsión, con una tijera o con una cureta. Generalmente recomendamos el curetaje del cuerpo para suprimir otros pólipos que puedan existir. La extirpación de un pólipo rutinariamente va seguida de cauterización. El estudio histopatológico es de rutina.

ESTENOSIS DEL CUELLO UTERINO. — OPERACIONES PARA DILATAR EL CUELLO

Las operaciones para dilatar el cuello son:

La dilatación, que es el primer acto de un curetaje y luego tenemos la dilatación permanente del cuello por medio de tubos o instrumentos metálicos, como el tallo de Iribarne, cuya técnica de aplicación es la siguiente: Se dilata el cuello, posteriormente se secciona el cuello en las dos comisuras laterales, inmediatamente se introduce el tubo en el canal, fijándolo con puntos de seda a cada uno de los labios (ver fig. 20).

El tubo debe quedar aplicado 8 ó 10 días y la operación debe ejecutarse la semana siguiente de la menstruación.

Otros métodos son el procedimiento de Duoay o el de Bunster.

La discisión bilateral del cuello, ha sido abandonada por los malos resultados.

La estomoplastia de Pozzi.—Es una operación sencilla y excelente para combatir la esterilidad y dismenorrea. La operación tiene por objeto ensanchar el cuello. La técnica, es en la siguiente forma: a) sección de ambas comisuras (fig. 21-A en fig. 21-B) vemos como se reseca las cuñas; en (fig. 21-C) apreciamos el afrontamiento de las mucosas endo y exocervical y en la (fig. 21-D) la operación terminada.

En la estenosis del trayecto cervical por acodadura pronunciada del canal, en la anteflexión cérvico corporal, la insición del labio posterior, cervicotomía posterior— es una operación simple y eficaz para hacer desaparecer la esterilidad, la dismenorrea y la frigidez (fig. 22-A-B-C-D).

Desgarradura del cuello.—Los desgarros post-partum, las lesiones post-cesárea vaginal o histerotomía por inversión son causa de debilitamiento del segmento inferior del útero y por lo tanto motivo de abortos de repetición. Así también observamos la frecuencia de extropión. Este conjunto de lesiones hacen necesaria la traquelorrafia, es decir la resección parcial de las superficies cruentas granulosas y su sutura con lo que se consigue regularizar la forma del cuello.

La técnica que siguen los autores (1), (11), (12), (17), (36), la exponemos a continuación:

En la fig. 23-A se procede al avivamiento de los bordes desgarrados, resecaando la superficie mucosa y cicatrizal.

En la fig. 23-B se ve como se colocan los puntos para adosar las superficies avivadas, y en (fig. 23 C y D) se aprecia la operación terminada.

OBSERVACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA CERVICITIS CRÓNICA

Los ginecólogos como Greenhill (18), Te Linde (33) y otros destacados especialistas recomiendan los siguientes procedimientos para el tratamiento de las cervicitis crónicas:

A) la cauterización del cuello, que es el método más simple y práctico, nosotros somos partidarios de practicar previamente una dilatación suave del cuello antes de proceder a la cauterización. Los quistes de Naboth los tratamos por puntura.

B) otro método es el de la conización, nosotros particularmente estimamos recomendar a los especialistas y manera muy especial a nuestras pacientes un control periódico, practicándoles dilataciones de tiempo en tiempo, para evitar la estenosis.

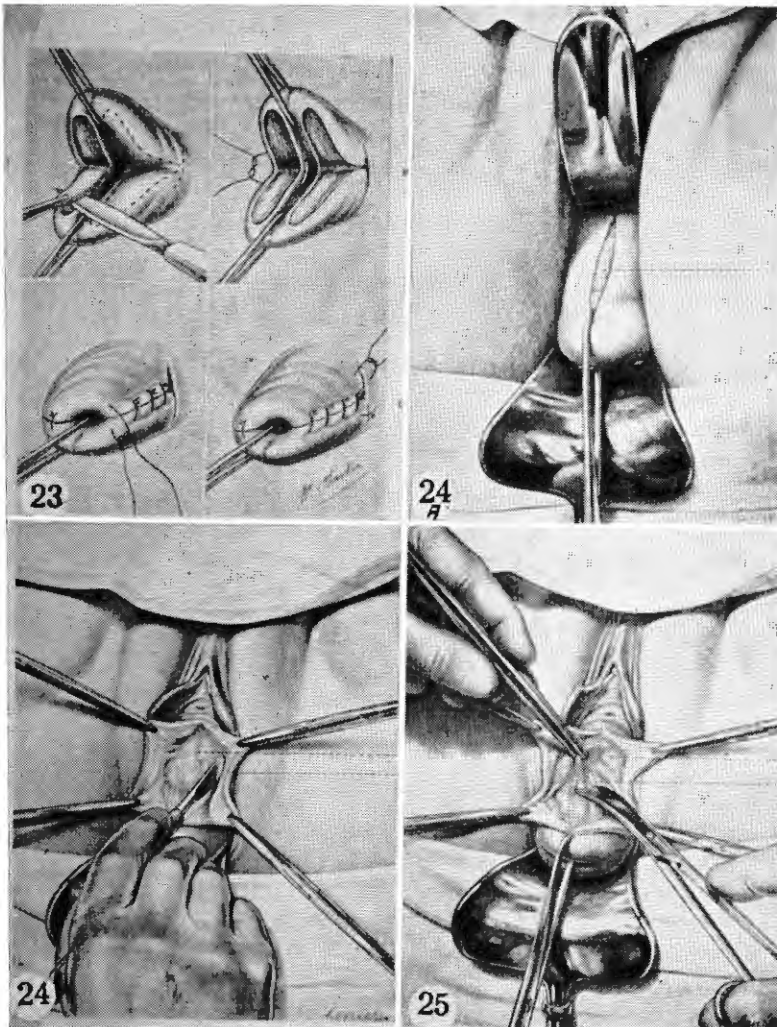
C) la amputación del cuello, esta intervención la justificamos en los casos de encontrarnos con una cervicitis crónica de aspecto tumoral, o asociada a una hipertrofia o a una elongación del cuello, o cuando las lesiones cervicales no ceden a los tratamientos electro-quirúrgicos.

Las operaciones que se pueden practicar en estos casos, son:

La amputación baja del cuello o la amputación alta; otro procedimiento es el Stundendorf o la operación de Schroeder, esta última tiene su indicación para los casos de labio anterior hipertrofiado.

EL CURETAJE GINECOLOGICO

Operación de gran frecuencia, sencilla y sin peligros; pero que puede practicarse incorrectamente. La falta de asepsia será causa de graves complicaciones.



El legrado puede ser del conducto cervical, con el objeto de descartar una lesión neoplásica de él o del muñom cervical.

Cuando el legrado es del cuerpo, los fines que se pueden investigar son múltiples, a si tenemos, que estudiando la mucosa extraida, se puede evaluar una hemorragia uterina, descartando un cáncer; si la hemorragia es funcional el curetaje servirá para establecer el tratamiento; si deseamos estudiar un caso de esterilidad el legrado nos permitirá establecer el grado de insuficiencia ovárica. El legrado puede ser también terapéutico, así es en los casos de hemorragias funcionales.

Las lesiones accidentales en el curso de un legrado, pueden presentarse por falta de examen. La perforación se descubre por la falta de resistencia,

al histerómetro o a la cuchara. Si sucede una perforación la conducta varía de acuerdo al grado de ella, esta, puede ser de expectativa, combatiendo la infección o evitando la hemorragia. Otros casos son las perforaciones en úteros grávidos donde las indicaciones están marcadas por los siguientes datos:

- a) que la perforación se ha producido en el transcurso de un aborto terapéutico;
- b) que la perforación se ha producido al completar un aborto incompleto;
- c) que la perforación se ha producido por un abortista, etc.

Si la perforación es en cuello anterior, esta debe suturarse inmediatamente; si a esta perforación se acompaña lesión vesical, esta debe suturarse; cuando la lesión interesa el cuello en su parte posterior, esta lesión debe abordarse por fondo de saco posterior y suturarla.

Cuando tal lesión interesa el cuerpo uterino, la conducta varía con las diferentes escuelas, nosotros creemos que la terapéutica debe ser urgente, es decir abordar a la paciente por vía abdominal y tratar de reparar la lesión, ya sea por medio de una histerectomía o por medio de una simple sutura.

LAS VIAS DE ABORDAJE DE LA CAVIDAD PERITONEAL

Se llega a la cavidad peritoneal por colpotomía anterior o posterior. Estas operaciones se practican corrientemente como intervenciones que tienen por objeto evacuar colecciones purulentas intraperitoneales, que se encuentran comúnmente detrás del útero.

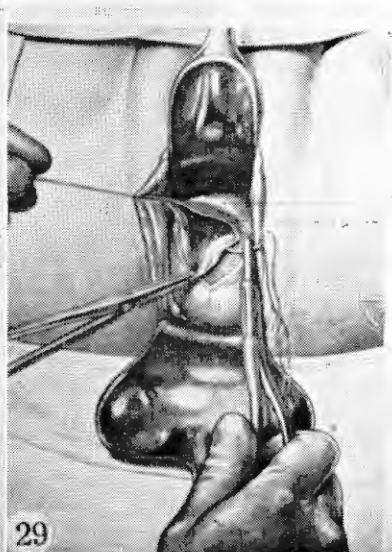
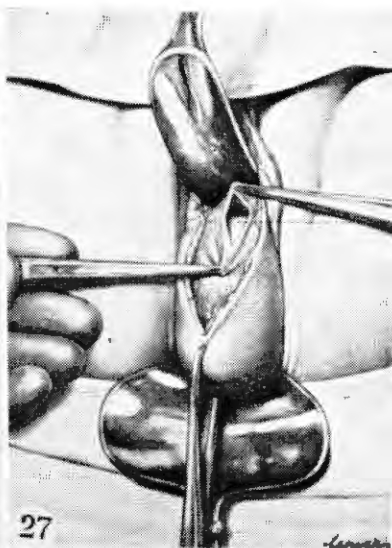
La apertura de la cavidad abdominal por colpotomía es un acto de gran importancia quirúrgica en el curso de una histerectomía o de operaciones conservadoras.

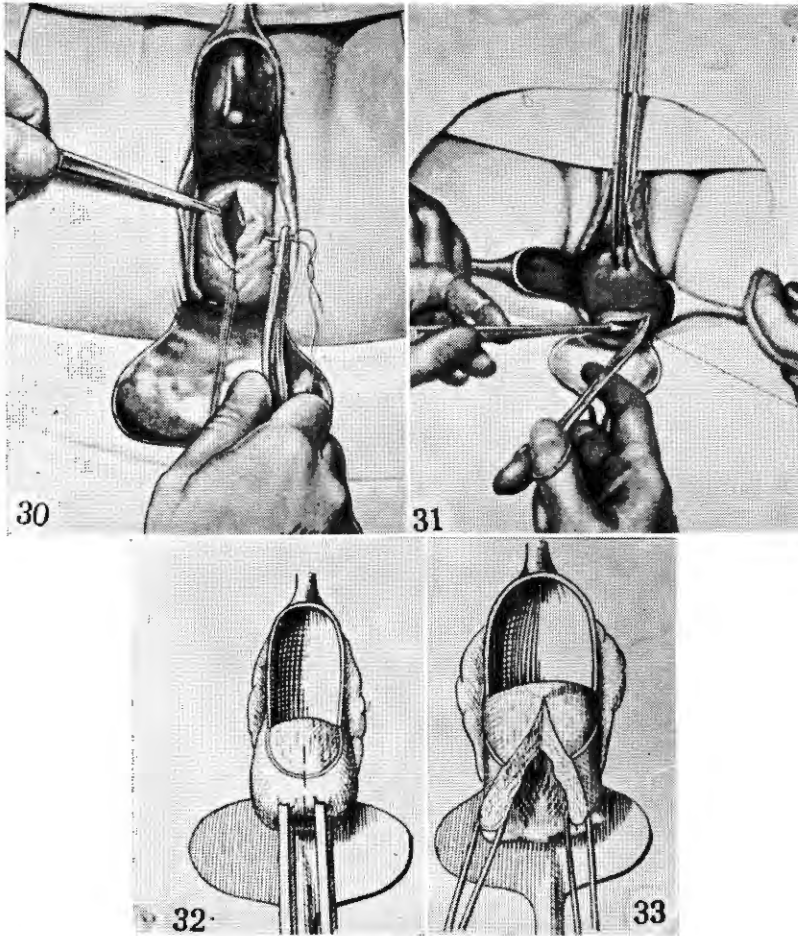
Los vaginalistas (4), (6), (9), (10), (14), (16), (17), (18), (19), (24), (25), (30), (32), (36), ((37) y nosotros podemos decir sin exageración que las colpotomías son la base técnica de las operaciones intraperitoneales por vía baja. El acceso a través de la vía posterior es fácil y rápido, el acceso por vía anterior escasamente demanda algunos minutos más; pero debemos tener presente que los peligros sin embargo pueden ser considerables y las dificultades ser de tal naturaleza que se prohíba el acceso por tal vía.

Colpotomía anterior.—Con incisión longitudinal o transversal de la pared anterior de la vagina, procedemos a disecar buenos colgajos vaginales laterales (fig. 24-A-B); luego se procede a separar la vejiga de la vagina por disección con tijeras (fig. 25), recomendamos hacerlo con este instrumento, ya que con la gasa o el dedo se corre el peligro de herir la vejiga. Los tractos conjuntivos deben ser seccionados de tal forma que no estén ni próximos ni lejos del cuello. Si lo hacemos cerca del cuello, corremos el peligro de que se corra la plica peritoneal, con lo que se caerá en la cara anterior del útero. Si seccionamos lejos del útero, corremos el peligro de herir la vejiga. Terminada la disección de los pliegues conjuntivos, la disección debe continuarse

en forma suave separando la vejiga del cuello, dándose cuenta que uno sobrepasa el cuello, mostrándose la plica vesico uterina y la cara anterior del cuerpo uterino (fig. 26). En la siguiente fig. 27, vemos como se levanta la plica y abrimos esta de un tijeretazo en forma transversal.

Algunas veces podemos encontrarnos con una plica muy alta, que para poder dominarla existe un truco, que consiste en tomar el cuello en forma escalonada con pinzas de garfios, luego se procede a introducir el cuello, hacia la bóveda vaginal posterior, con lo que se consigue bajar aun más el útero, y abordar la plica (fig. 28).





El cierre de la plica se hace como en la (fig. 29) y el de la vagina como está representado en la (fig. 30).

Las dificultades de la colpoceliotomía anterior, está dada por la accesibilidad y sobre todo por la movilidad de los órganos que puede estar limitada, debido a procesos inflamatorios, retracción por aplicación de radium o senilidad. En tales condiciones la tracción del cuello, es de cuidado, la vejiga se separa peligrosamente. Las dificultades aumentan cuando existen adherencias, por operaciones anteriores. La unión entre la vejiga y el útero bicorne son también muy íntimas, el fondo de saco puede encontrarse muy alto y prácticamente es inaccesible. Otra dificultades pueden ser al encontrarnos con un cuello voluminoso, o con tumores que por más pequeños cambian la orientación. En muchos casos se ha observado que en el curso de una enucleación se abra el peritóneo.

Las maniobras sobre la vejiga deben tenerse muy presente, debe tra-

tarse con delicadeza éste órgano. Si la pared muscular de este órgano es lesionado y se ve aparecer la mucosa formando hernia, estas lesiones deben ser tratadas, porque las consecuencias pueden ser graves, como la creación de fistulas.

La exteriorización del útero por colpoceliotomía anterior, se hace para verificar el estado del órgano y de sus anexos.

Es importante que la abertura del peritóneo sea amplia para que permita la exteriorización y reposición del órgano. En otros casos la dificultad se soluciona, aplicando la valva entre el útero y vejiga, luego el útero es tomado alternativamente con pinzas, pero en otros casos el volumen no permite su exteriorización, en estos casos se le toma por los ángulos y se le trata de sacar por los costados. Durante estas maniobras es conveniente rechazar el cuello hacia atrás con lo que se consigue vascular el órgano. Tratar de exteriorizar el cuerpo, tirándolo al mismo tiempo que se tira el cuello es una maniobra absurda.

Si existen adherencias detrás del útero, debemos liberarlas poco a poco.

Por colpoceliotomía anterior, tendremos a la mano el útero, para practicar todas las operaciones conservadoras o de corrección del órgano.

Los anexos son también posible de tratarlos cuando ellos son de tamaño normal y móviles. Las maniobras deben practicarse con suma delicadeza.

Cuando el útero es demasiado grande, es preferible primero sacar los anexos, a este propósito se desplaza el útero lateralmente. La exteriorización de la trompa está indicada en casi la totalidad de las operaciones conservadoras a fin de poder examinar este órgano, para confirmar un examen de histerosalpingografía ó apreciar una lesión propia de ella. El examen del ovario por el tacto directo a menudo es suficiente. En algunas oportunidades nos encontraremos con adherencias que dificultan las exploraciones anteriores, en estos casos debemos tratar de desprender con maniobras manuales, con lo que obtendremos una buena movilidad.

Si las adherencias son muy sólidas, de suerte que dificultan la exteriorización de los anexos, debemos tomar una decisión, o practicar una histerec-tomía total o abandonar la operación por vía baja. En este último caso, la colpoceliotomía no ha tenido más que un fin, el de ser un método de exploración. Algunos autores (30-37) consideran necesario el drenaje, ya que las lesiones de los anexos o de la pared exponen a la enferma del peligro de retener una infección.

Colpoceliotomía posterior, está indicada con fines diagnósticos o con fines de drenaje. Entre una valva posterior corta y una pinza para cuello colocada sobre el labio posterior, se pone en tensión la pared vaginal posterior. Con un corte transversal, (tijera y bisturí) se abre la cavidad peritoneal (fig. 31), se toma el peritóneo y se fija mediante un punto de reparo posterior.

La colpoceliotomía, también ofrece sus dificultades, especialmente cuando existen adherencias, que como es fácil comprender son más frecuentes que en la región anterior. En tales condiciones es prudente abrir con cuidado el

Douglas. Debe tenerse presente siempre el recto, que en cualquier descuido puede perforarse con cualquier maniobra. Cualquiera accidente de esta naturaleza debe ser reparado inmediatamente.

La técnica de exteriorización del útero y anexos es igual que por colpoceliotomía anterior. La exploración se realiza en forma bastante fácil.

Indicaciones.—En caso de dificultades idénticas para ambas colpoceliotomías, es la anterior la que tiene la preferencia, ya que normalmente el cuerpo uterino tiene una situación anterior, el acceso a los anexos es más fácil por delante, no necesitándose de gran tracción sobre los ligamentos infundíbulos pelvianos y redondos. Se comprende que la exteriorización del útero y anexos, no es más que una acentuación más pronunciada de la situación normal, mientras que por colpoceliotomía posterior, se obliga a vascular al órgano más o menos unos 360 grados. Por consecuencia las operaciones conservadoras de las trompas son más factibles de hacerse por vía anterior así como para las correcciones de las retrodesviaciones.

Pero existen un buen número de indicaciones, donde la colpoceliotomía posterior es preferible; los quistes, donde el polo inferior se toca perfectamente por el Douglas o los fibromas sub-serosas situados en el Douglas.

Una de las indicaciones más precisas son las grandes colecciones purulentas y los abscesos del Douglas que demandan su evacuación.

Después de una punción positiva, no queda más que dilatar la abertura y colocar una sonda en T para hacer un buen drenaje. Si en lugar de obtener pus, se obtiene sangre al hacer la punción, inmediatamente se debe pensar en un embarazo ectópico y se procederá a practicar una laparatomía inmediata o continuar por colpoceliotomía, haciendo la exeresis de la trompa enferma.

OPERACIONES CONSERVADORAS SOBRE EL UTERO

Histerotomía mediana.—Esta técnica que en Obstetrícia se llama "Cesarea vaginal" encuentra ciertas indicaciones en Ginecología. La insición mediana no expone a ninguna o poca pérdida de sangre, como es el caso de las insiciones laterales, es el mejor procedimiento para procurarse el acceso rápido y amplio a la cavidad uterina. Se puede practicar una histerotomía anterior o posterior o las dos a la vez.

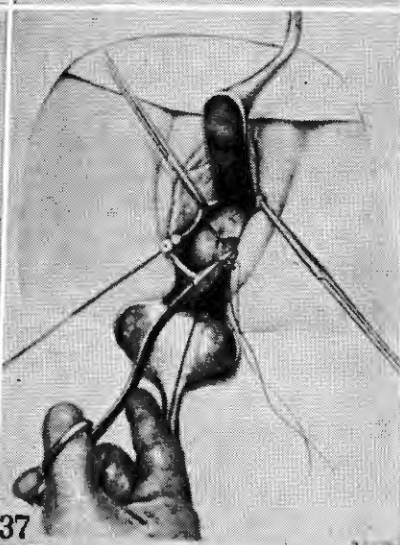
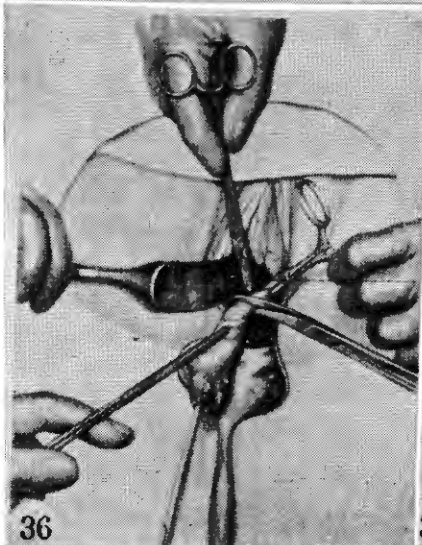
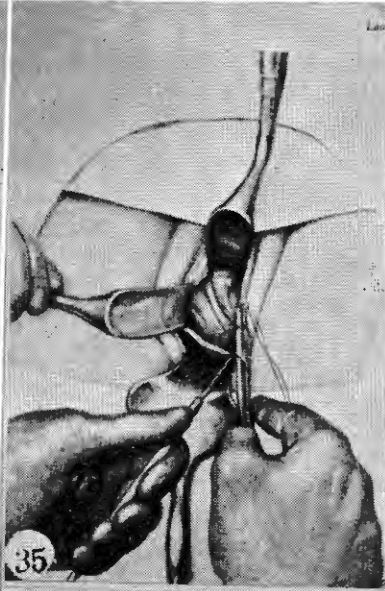
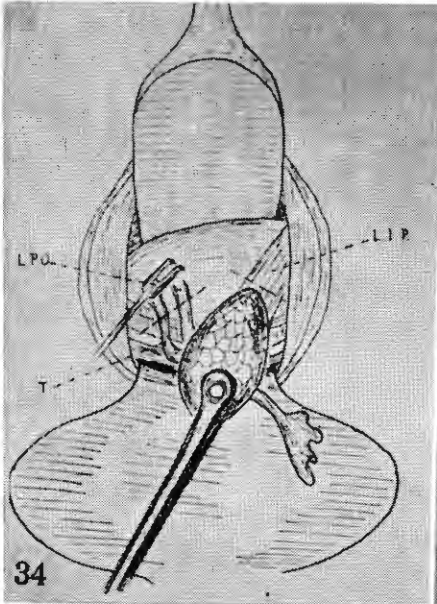
La técnica preconizada y aceptada por los autores (17), (18), (36) y otros es sencilla y se procede como para practicar una colpotomía sin abrir el peritoneo, enseguida sobre dos pinzas de Museux que tiran sobre el cuello, se incide la pared de éste sobre la línea media (fig. 32). la insición puede ampliarse más alto y así sucesivamente llegar hasta la cavidad. Extraído el tumor, se reconstruye exactamente el cuello, pasando hilos sin interesar la mucosa (fig. 33). La posterior se hace de la misma manera.

La miomectomía intra uterina por enucleación tiene su indicación precisa, principalmente el factor edad es decisivo así como otros elementos de juicio.

Los tumores sub-serosos son accesibles por colpotomía y pueden ser objeto de enucleación por vía baja.

Cuando el mioma submucoso es muy grande y difícil de extirparlo, la episiotomía o la insición para-vaginal, así como también con el recurso del "morcellement" se consigue reducir el tamaño, localizar el pedículo y extirpar el tumor en su totalidad. La hemorragia se controla con suturas temporales.

Histerectomía sub-total.—Se puede considerar como operación de cirugía conservadora por el hecho de conservar la arquitectura anatómica del fondo vaginal y porque en algunas de estas operaciones se puede conservar la función menstrual; como la operación fúndica y la miometrectomía (5), (6), (8), (29).



OPERACIONES SOBRE LOS ANEXOS SIN HISTERECTOMIA

Si la movilización de los anexos se practica con facilidad la exceresis será muy simple. En la (fig. 34), vemos como se exterioriza el anexo izquierdo, se coloca una pinza en ligamento infundíbulo pelviano (l. i. p.) y otra sobre la trompa (t) y el lig. propio del ovario (l. p. o.). Si por el contrario deseamos conservar el ovario, sólo colocaremos la pinza del l. i. p., respetando la circulación al ovario y otras pinzas colocaremos en el meso-salpinx y una tercera pinza en la inserción uterina de la trompa.

Si se trata de la extirpación de un quiste de ovario, es recomendable tener presente, que el éxito quedara supeditado a la selección de los casos. Debemos considerar como buenos casos, los tumores quísticos, más no los sólidos, ya que es difícil poder excluir con certeza la malignidad de estos, lo que contra-indica la operación vaginal. Otro factor importante que debe tomarse en consideración es el tamaño, aunque para algunos autores (36-37) el tamaño no es una contraindicación ya que la punción evacuadora permite su extirpación. Los quistes multiloculares no tiene contra-indicación. Los quistes infectados y a pedículo torcido serán excluidos de esta operación. Muy importante factor es la movilidad, ya que los quistes intranligamentarios o que presentan adherencias no pueden ser operados, así como tampoco los encarcerados. También están excluidos los quistes dermoides.

Operaciones sobre la trompa.—Preconizada por ginecólogos de prestigio como Weber (36) y Werner (37) esta cirugía tiene sus indicaciones precisas, si el hidro o hematosalpinx es pequeño, con condiciones favorables de la paciente, la extirpación del órgano será muy fácil.

Nosotros también estamos de acuerdo que en ciertas condiciones favorables —factor enferma y extensión y grado del proceso— se puede realizar esta cirugía, pero si nos encontramos, sospechamos o diagnosticamos un pio-salpinx o embarazo ectópico, preferimos actuar por vía abdominal, estamos pues de acuerdo con la mayoría de los especialistas que no todos los casos son susceptibles de ser operados por vía vaginal.

La técnica de salpingectomía.—Previa colpoceliotomía anterior, buscamos la trompa, rechazando el útero hacia el lado sano (fig. 35) y pasamos una sutura por el pedículo de los anexos; exteriorizada la trompa, aplicamos unas pinzas en el mesosalpinx, que lo seccionamos y colocamos unas pinzas en la trompa antes de extirparla (lámina 36); los muñones se fijan al borde de la incisión vaginal. Suturamos el peritóneo al fondo uterino (fig. 37).

Los tiempos siguientes, son los señalados anteriormente para el cierre de la colpoceliotomías.

En los casos que sea necesario restablecer la permeabilidad tubaria, aconsejamos intervenir por vía alta.

HISTERECTOMIA TOTALES. — VENTAJAS Y LIMITES

La histerectomía vaginal es menos grave que la histerectomía abdominal.

La histerectomía vaginal, presta grandes servicios para todas aquellas enfermas con graves riesgos quirúrgicos, como las obesas y cardíacas.

Algunos investigadores (4-7-9-10-13-15-16-17-22-23-26-28-31-34-35) afirman que la histerectomía vaginal puede ser practicada en todos los casos, ya que sus ventajas son grandes y que sus dificultades técnicas no se cuentan.

Las ventajas de la histerectomía vaginal sobre la abdominal se basa en que al abrir la cavidad abdominal, la incisión es pequeña, el peligro de shock y las molestias consecutivas a el traumatismo de los intestinos se encuentran disminuídas en una gran proporción. La falta de una sutura en la pared abdominal, permite una mejor respiración y movimientos activos de la enferma, considerado como un gran factor para evitar las complicaciones respiratorias y vasculares (trombosis).

Otra ventaja, aunque es la menor, es que la abertura peritoneal —que desde ya es reducida— se encuentra en el punto más bajo de la pelvis. Lo que tiene su importancia para el drenaje. El peligro de las peritonitis en mucho menor, ya que solo se abre su parte más bajo, sin tocar la parte superior que es más extensa.

La atonia intestinal es poco frecuente, observando que la motilidad intestinal se recobra con facilidad.

Las pacientes pueden levantarse precozmente y volver a sus actividades rápidamente. Las pacientes prefieren y aceptan una proposición para operarse por vía vaginal antes que por vía abdominal, ya que la idea de abrir el vientre les atemoriza y en forma muy particular prefieren no tener una cicatriz abdominal.

La experiencia de los autores (13-14-17-18-19-24-25-30-36-37-38) y de nosotros (6), nos permite manifestar que la histerectomía total vaginal es más fácil que la sub-total, de suerte que una operación menos complicada obtiene resultados más seguros ya que aparte de proporcionarnos pocas molestias, evita la cancerización del cuello restante.

La histerectomía vaginal en la mayoría de los casos es una operación de corta duración. Si la anestesia general está contraindicada, se le puede evitar. Ella no necesita de un plano declive Tredelemburg.

La histerectomía vaginal que es una operación de fácil ejecución, puede llegar a ser una operación difícil, por una asistencia deficiente o también deberse a una mala selección de los casos, por lo tanto es conveniente saber seleccionarlos.

Por último las histerectomías vaginales dan una mortalidad y morbilidad muy baja.

La técnica operatoria vaginal tiene sus límites y está basada en el estado anatómico de las vías de abordaje, la movilidad, consistencia y tamaño del órgano. El factor volumen es importante, ya que un órgano de gran volumen es difícil exteriorizar, además si a esto agregamos el sentido de orientación de las masas tumorales, tendremos que si el eje de orientación de estas masas es

transversal hará mucho más difícil la operación, que, cuando el eje es longitudinal.

La consistencia tumoral, debe tenerse presente, ya que tumores, necrosados, difícilmente pueden ser extirpados intactos, lo que atenta contra el buen éxito de la operación.

Indicaciones.—Las indicaciones de histerectomía vaginal son numerosas, estas indicaciones pueden hacerse para los siguientes procesos: Fibromas uterinos, hemorragias próximas al climaterio, la adenomiosis, el cáncer del cuerpo, el carcinoma in-situ. También es una operación recomendada para los casos de atonía post-parto y en casos de aborto séptico. Esta recomendado en ciertos casos de prolapso uterino o que él este asociado a lesiones concomitantes, como por ejemplo: miomas, cáncer, etc., En los casos de prolapso debe hacerse siempre una plastía anterior y posterior.

Está también indicada la histerectomía vaginal en casos bien seleccionados de lesiones anexiales crónicas y tumores de ovario.

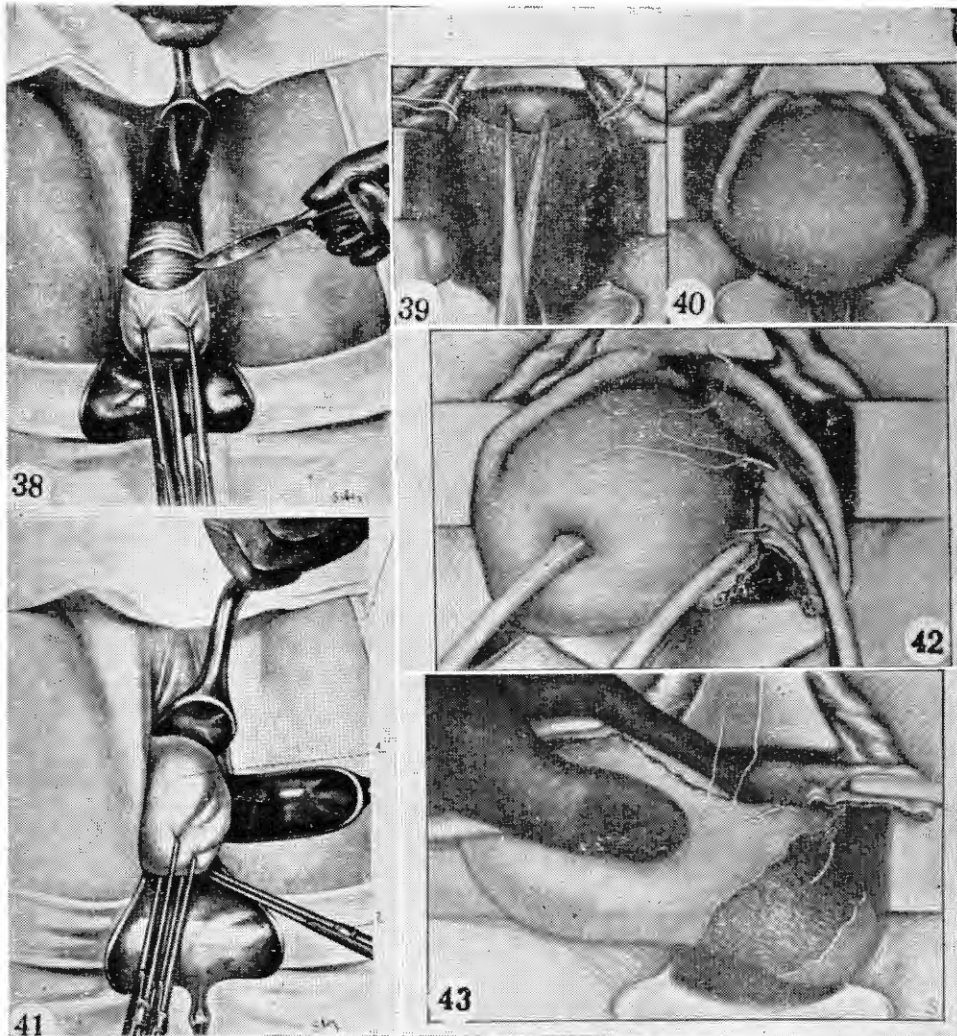
Técnicas de Histerectomía.—Las técnicas siguen dos lineamientos clásicos para la extirpación del útero por la vía vaginal; el uno permite hacer la exeresis del órgano, avanzando de abajo hacia arriba, es decir abordando el útero por colpoceliotomía posterior, es en nuestro concepto y en el de la mayoría de los ginecólogos vaginalistas (17-18-19-24-25-33-36-37-38), el método de más fácil ejecución. El otro, es el que va de arriba hacia abajo, es decir abordando el órgano por medio de una colpoceliotomía anterior. Este método es un poco más complicado.

La histerectomía por colpoceliotomía anterior, sigue la técnica siguiente:

- a) incisión circular (Fig. 38) o lineal (Fig. 24) de la vagina, con preparación de un manguito peri-cervical.
- b) Decolamiento y luxación de la parte alta de la vejiga con sección de los pilares cervicales (Fig. 25).
- c) Celiotomía anterior (Fig. 27).
- d) Versión anterior del cuerpo uterino (Figs. 39-40-41).
- e) Comprensión con pinzas y división de la porción superior del ligamenchito en el lado contrario, como se ve en la (Fig. 45).
- f) Ligadura de la última porción del ligamento ancho (porción vascular) arteria uterina (Fig. 43) En la (Fig. 44) se observa el lado izquierdo del útero totalmente desprendido.
- g) En el siguiente tiempo se comienza por hacer lo mismo que se ha hecho en el lado contrario, como se ve en la (Fig. 45).
- h) Los cabos de los pedículos, son pasados a nivel de las comisuras de la vagina, al ajustar estos bordes, se adosan los bordes del peritoneo a los vaginales y se estrecha el orificio vaginal (Fig. 46).

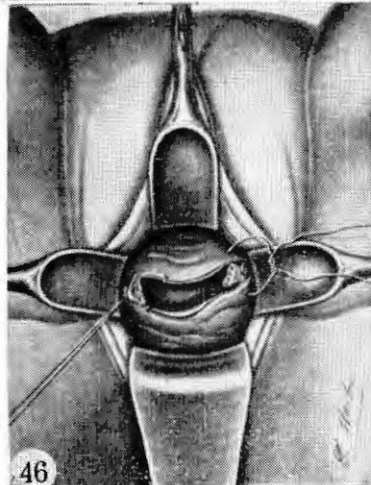
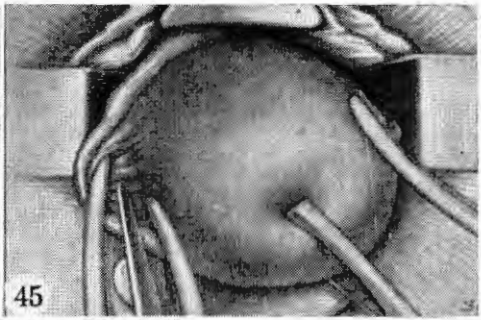
Actualmente existe la tendencia a reconstruir las paredes vaginales.

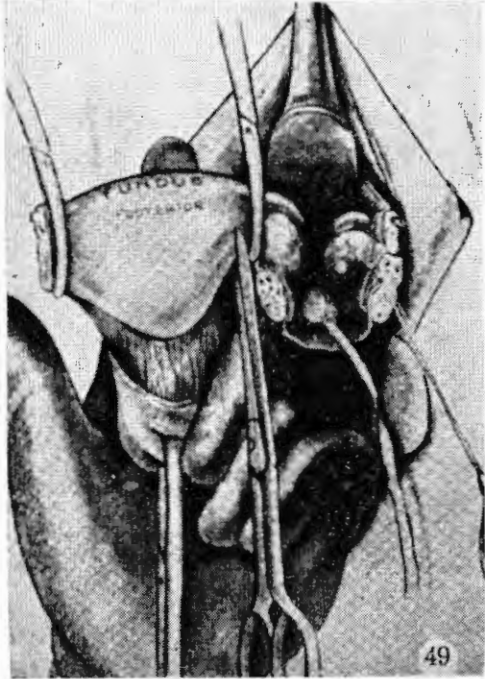
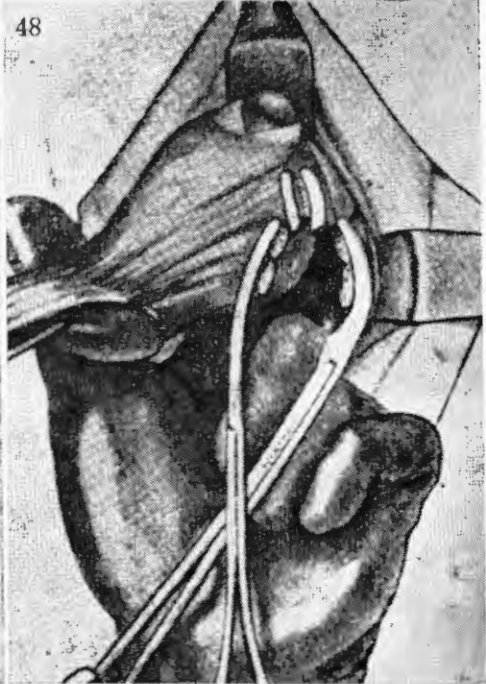
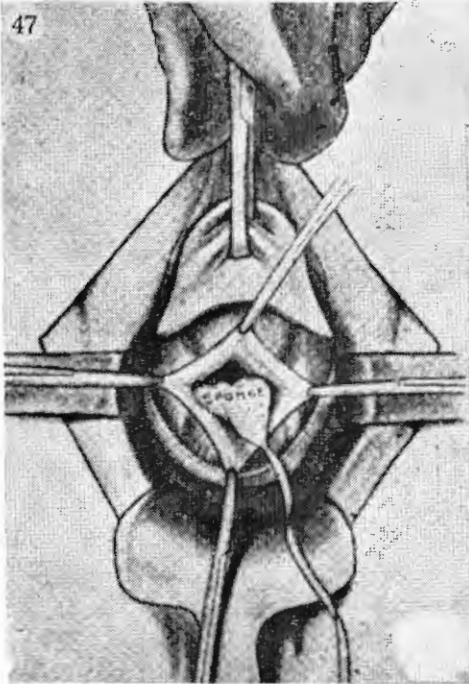
La histerectomía por colpoceliomía posterior.—El procedimiento es el siguiente:



- a) Incisiones de las paredes vaginales y preparación del manguito cervical como en el caso anterior (Figs. 24 y 38).
- b) Decolamiento y luxación de la vejiga con sección de los pilares cervicales (Fig. 25).
- c) Celiotomía posterior, se lleva el cuello hacia el pubis (Fig. 47) y se procede a hacer el decolamiento de la vagina en su parte posterior, se abre el Douglas, y pone un punto de reparo que fija el peritoneo a la vagina.
- d) Ligadura y sección de los parametrios y ligamentos útero sacros (Fig. 48) así como ligadura y sección de las arterias uterina.
- e) Pasando el dedo por el Douglas hacia la cavidad abdominal, repara-

- mos en el fondo del saco vésico-uterino (Fig. 48) y de un tijeretazo lo abrimos, se repara el peritoneo anterior con un hilo.
- f) Se procede a la sección y ligadura de los ligamentos redondos y de los anexos.
 - g) Cumplida con esta primera parte se tiene una visión de la otra mitad (Fig. 49) de los elementos ligamentarios y vasculares y se procede en la misma forma que en el lado opuesto.
 - h) Peritonización y extraperitonización de los muñones (Fig. 50) y extirpación del peritoneo en exceso.
 - i) Colpectomía parcial y disección de las hojas, la fascia y la mucosa vaginal, idéntico como para la operación de Richardson o de Watkins.
 - j) Afrontamos los ligamentos redondos y trompas cabo a cabo, así como los ligamentos anchos. Posteriormente, como se ve en la Fig. 51, tomamos el útero sacro de uno y otro lado con un punto de seda y lo conducimos hacia los adyacentes del arco púbico, es decir que transformamos los ligamentos útero sacros en útero-púbicos, con lo que conseguimos un buen sostén que refuerzan a las restantes estructuras anatómicas, luego procedemos a suturar los útero sacros entre sí (Fig. 52).





- k) El siguiente tiempo consiste en la aplicación de puntos que interesen la fascia vaginal que anteriormente fue disecada, y en esta forma practicar puntos de refuerzo de las estructuras, al pasar estos puntos por los útero púbcos, estamos haciendo una fascio-ligamento rafia, se practican varios puntos escalonados, en esta forma el lecho es más sólido.
- l) Posteriormente se practican puntos de la colpórrafia, que a su vez van a interesar los planos profundos —fascia y ligamento— evitando los espacios muertos.

Histerectomía previa amputación del cuello.—Es un procedimiento que presta gran ayuda en los casos de cuello grande. Previamente a la técnica de histerectomía se procede a practicar la amputación del cuello, lo que permite posteriormente ejecutar la histerectomía con éxito.

Histerectomía con hemisección del útero.—Cuando el útero no puede descender por causas múltiples tumores, adherencias, etc., es recomendable la hemisección del órgano, dividiéndolo en su pared anterior por la línea media, este corte se continua hacia arriba y abajo (Fig. 52); luego protegido por el dedo se corta la pared posterior terminándose en esta forma la sección del útero (Fig. 53); inmediatamente se repone en la cavidad una mitad del órgano (Fig. 54); de esta manera se obtiene bastante campo, lo que permite la extirpación de una mitad, para enseguida proceder a la extirpación de la otra mitad.

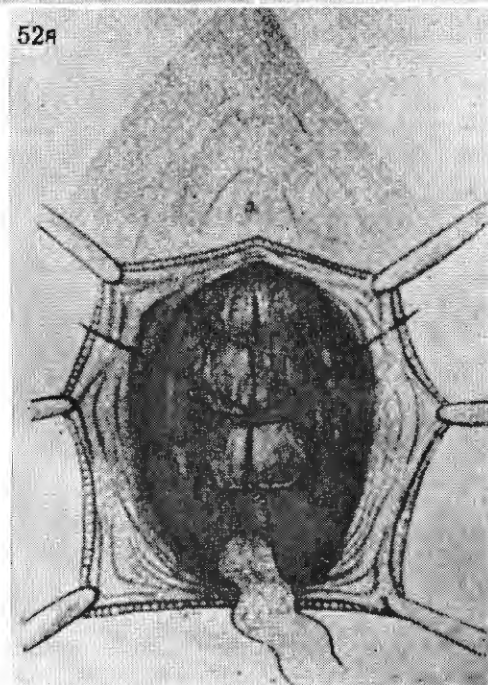
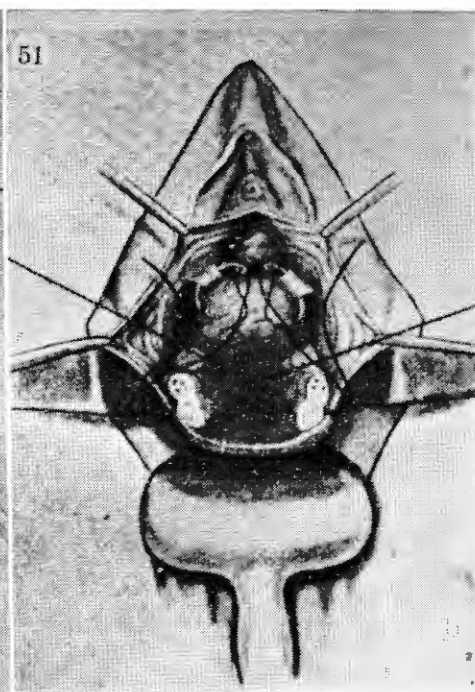
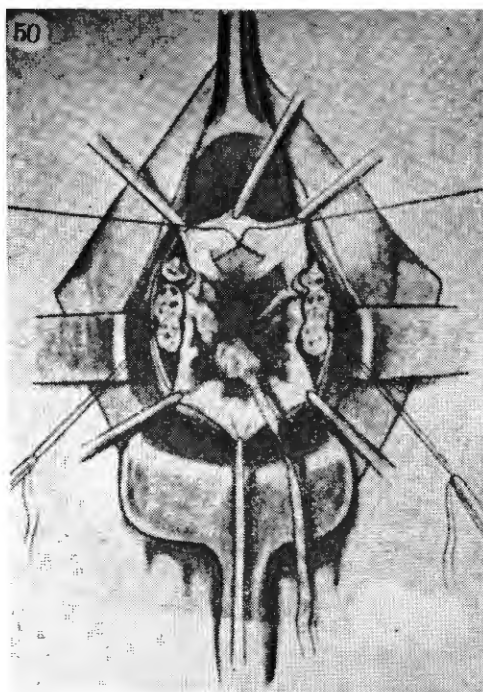
Se termina la operación como en las indicaciones anteriores.

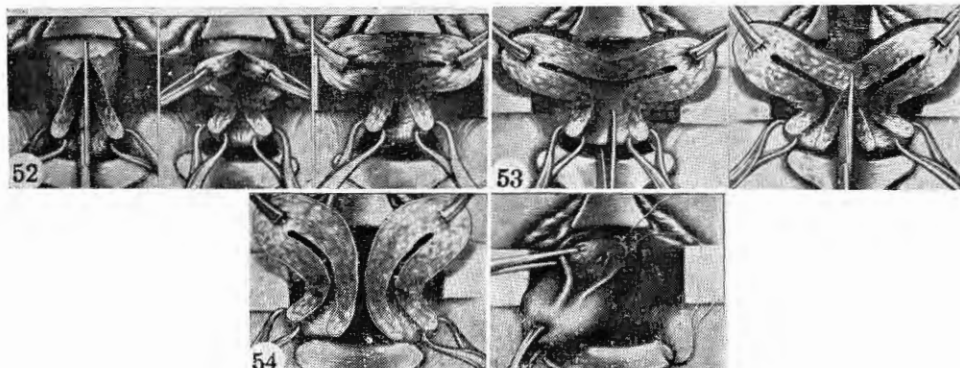
Histerectomía por enucleación.—La técnica tiene sus indicaciones sobre todo en las matrices fibromatosas y como su nombre lo indica, el objeto es enuclea todos los nódulos fibrosos, para disminuir el volumen tumoral y poder practicar la histerectomía.

Histerectomía con fraccionamiento del tumor "Morcellement".—El objeto es reducir gradualmente el volumen del tumor, por fraccionamiento de los núcleos que lo integran —el llamado "morcellement"—. Creemos que esta cirugía sólo debe estar reservada a los especialistas de mayor experiencia, ya que los riesgos son enormes, se puede desgarrar la vejiga, los ureteres o el recto, cuando no se tiene bastante práctica.

Casos especiales de histerectomía.—Ante la presencia de útero puerperal, de un mioma esfacelado, de una piometra o de un neoplasma del cuerpo uterino, es fundamental sacar el órgano sin que el contenido infeccioso se deje escapar. Por lo que recomendamos cerrar los orificios con suturas o pinzas para así proteger el campo operatorio.

Otras veces nos podemos encontrar frente a pacientes que fueron intervenidas por vía vaginal o abdominal y a las que les practicaron una fijación de útero y en las que se ha desarrollado un fibroma. La extirpación de un útero vagino-fijado puede efectuarse por vía vaginal, recomendando seguir de acuerdo al proceso patológico una conducta muy cuidadosa. Puede abordarse el





útero por hemisección de fondo a cuello o viciversa, o también extirparse una parte de cuello, todas estas variaciones de la técnica permitirán la exeresis del órgano, que con técnica clásica sería imposible.

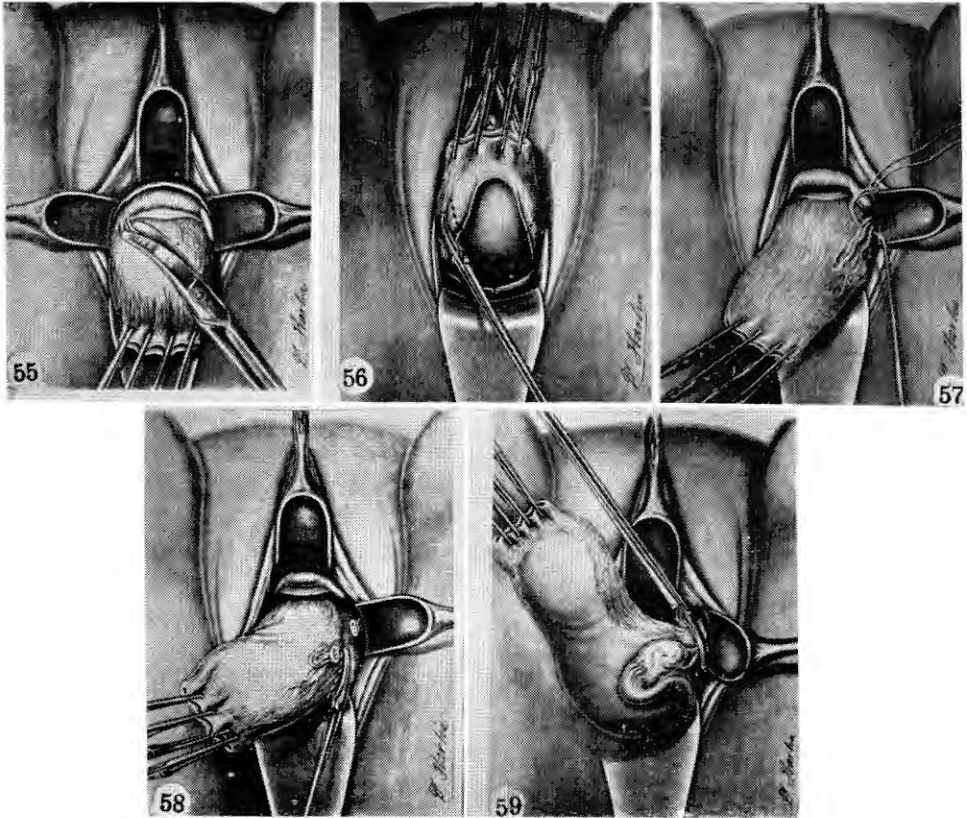
Histerectomía con anexectomía.—Esta puede efectuarse en la siguiente forma:

- 1) Puede extirparse primero el útero y después los anexos.
- 2) Puede extirparse todo en un solo block.
- 3) Puede hacerse la hemisección del útero, extirpando por mitades, esto en el caso de adherencias, malas posiciones, útero en retroflexión con plica muy alta, o por procesos de oclusión y adherenciales de fondo de saco posterior.

Para practicar el primer caso, después de haber extirpado el útero, se colocan buenos separadores en la vagina para exponer ampliamente la pelvis. Se introduce un dedo en un lado de la cavidad pelviana y con él se ejerce presión hacia abajo y afuera, con lo cual se llevan al campo operatorio los anexos. Aplicamos pinzas de Ochsner a nivel del ligamento infundibulos pelvianos, procedemos a la sección entre dos pinzas y ligaduras, lo mismo se hará en el lado opuesto, si es que es necesario la extirpación de ambos anexos.

Para efectuar la anexectomía seguida de histerectomía en un solo block se procede a aplicar las pinzas de Ochsner en ligamenta infundibulo pelviano, después que ha terminado la ligadura de los ligamentos cardinales.

En el grupo de intervenciones que corresponden a la hemisección del útero el procedimiento marchará de acuerdo al tipo de lesión que se encuentra, así realizada la hemisección, aparecen en el fondo las tumoraciones anexiales y deben extirparse con la mitad uterina correspondiente, una vez despegadas las adherencias. Se procede a aplicar las pinzas en los ligamentos infundibulos pelvianos, para luego hacerlo en los redondos y extirpar así el órgano, mas si los parametrios no han sido seccionados al comienzo de la operación se procede hacerlo con pinzas que tomen los ligamentos anchos, parametrios y



útero-sacos. Enseguida se procede a la sutura, para evitar que las pinzas dificulten el tubo operatorio.

Terminamos la intervención con la sutura del peritoneo y la plástica vaginal.

Histerectomía total por cáncer del cuello

En el momento actual la mayoría de los cirujanos prefieren (16-28-31-36-37) abordar las lesiones malignas por vía abdominal, puesto que además de brindar una mejor visión, permite controlar y, extirpar los ganglios linfáticos regionales, nosotros (6) pensamos de la misma manera.

La técnica vaginal más usada para tratar el carcinoma de cuello es el procedimiento de Schauta, y sostenemos que esta cirugía sólo es recomendable para: casos muy incipientes, enfermas con serias contraindicaciones —(gordura, trastornos cardio vasculares, renales, etc.)— o paciente en que la lesión maligna se acompaña de un prolapso genital.

La histerectomía por vía vaginal como tratamiento de los carcinomas del cuello, sólo debe ser ejecutada por el especialista, puesto que es necesario para realizarla, tener amplios conocimientos de la anatomía quirúrgica, que sólo se adquieren haciendo la práctica quirúrgica vaginal.

Si el campo operatorio no es bueno, debe conseguirse una mejor visión practicando la incisión de Schuchart (Figs. 16-17). Si las vegetaciones tumorales son grandes es recomendable destruirlas con el cauterio.

Técnica.—Se procede a tallar un mango cervical que protegerá la herida operatoria, y aísla el cuello (Fig. 55).

Diseción de los colgajos vaginales, rechazado de la vejiga. Abertura del Douglas y sección de los ligamentos útero-sacros (Fig. 56), aplicando una pinza que tome todos los elementos conjuntivos, lo más próxima a la pared pélvica, con lo que debe conseguirse extirpar la mayor cantidad de parametrio. Se procede hacer la sutura ligadura. Esta operación se repite en el lado opuesto.

El aislamiento del ureter y la ligadura de la uterina (Fig. 57), es un tiempo importante que demanda toda la atención del cirujano. Se debe rechazar la vejiga lo más alto posible, y por tracciones opuestas, se pone en evidencia en las partes laterales, los ligamentos vésico-uterinos, dentro de ellos se encuentran los uréteres. Estos ligamentos deben ser cortados, con bastante precaución hasta llegar a los uréteres, que son fácilmente reconocibles. Conseguido esto la vejiga es rechazada ampliamente acompañada de los uréteres. Con una valva que rechaza estos últimos órganos, exponemos perfectamente la arteria uterina, que es ligada y seccionada.

La sutura y ligadura de los elementos que corresponden al ligamento lateral de Mackenrodt, debe efectuarse lo más lejos posible del útero y lo más cerca de la pelvis. Esta ligadura se efectúa bajo el control de los dedos y con la aplicación de una buena pinza de Faure (Fig. 58).

Terminado este tiempo, vemos que el útero descende con bastante facilidad lo que permite traccionarlo y con la ayuda de una valva rechazar la vejiga con lo que se consigue presentar el peritóneo vésico-uterino, que de un tizeratazo se abre.

Guiado siempre por sus dedos el cirujano actúa sobre los elementos del infundíbulo, precisando el sitio adecuado para la aplicación de las pinzas hemostáticas, la sección y ligadura, de estos elementos (Fig. 59). La maniobra que se acaba de ejecutar se repite igual en el lado opuesto.

El cierre se efectúa de la siguiente forma: se toman los ligamentos infundíbulo-pelvicos y se transfiere con una aguja, que a su vez es llevada hacia afuera, pasando por peritóneo y vagina de adentro afuera lo mismo se hace en el lado opuesto, se juntan los bordes y quedan adosados sus bordes a nivel de la comisura (Fig. 46). Se aplica una gasa o mecha, que sirve para hacer hemostasia y drenaje.

Los cuidados de post-operatorio son de todos conocidos.

Capítulo

OPERACIONES DE PROLAPSO GENITAL Y DESVIACIONES DEL UTERO

El factor anatómico constituye el principio básico en que se fundamentan las técnicas quirúrgicas para llevar los órganos prolapsados a su posición normal.

Las estructuras anatómicas que junto a la prensa abdominal contribuyen a la estática de los órganos genitales femeninos son:

- a) el aparato de suspensión (1) (4) (6) (9) (10) (18) (19) (22) (30) (36) que no es más que el tejido conjuntivo de relleno que existe sobre el peritoneo-pelviano y el músculo elevador del ano, adquiere personalidad como elemento de suspensión al condensarse en ligamentos y tomar inserciones en el fondo-istmo uterino y cuello del útero y acompañar a éste en todas sus modificaciones fisiológicas; y
- b) el aparato de sostén (1) (2) () () (8) (9) (10) (17) (25) (30). Su conocimiento es de gran valor para el cirujano, ya que las múltiples técnicas quirúrgicas se basan en estas estructuras para corregir la estática de los órganos genitales.

Los elementos de mayor interés quirúrgico son:

- 1º El diafragma pelviano, con la hendidura ano-vaginal y el hiatus genital, punto débil del diafragma pelviano.
- 2º El diafragma urogenital, que constituye con sus diferentes elementos un refuerzo para el hiatus genital.
- 3º El cuerpo perineal, que juega un gran papel como elemento de apoyo y cierre del suelo pelviano. Contribuye a la estática de la vejiga y de la cara anterior de la vagina.

Un descenso de los órganos genitales puede producirse:

- 1º Si el aparato de suspensión y de manera especial el de sostén fallan.
- 2º Si la posición de los órganos es tal que la presión abdominal los dirige hacia el hiatus.

Según la importancia de uno o de otros de los elementos citados se hará la elección y la combinación de los diferentes actos que componen la operación de prolapso.

La mayor parte de las operaciones se resumen en la reconstrucción del diafragma pelviano, la sutura de las fascias y la restitución del útero a su posición normal. Todas las condiciones anatómicas serán tomadas en consideración. Como lo hemos reafirmado en otra ocasión (6) somos partidarios de no limitar el tratamiento al uso de una sola técnica. Autores como Cruz (10), Malpas (24), Te Linde (33), tienen este mismo criterio.

Técnicas Operatorias.—Expondré los procedimientos operatorios que con

más frecuencia hemos utilizado para corregir el prolapso genital, ya que sería imposible detallar todas las técnicas descritas en la literatura.

La operación de Curtis.—(11) está indicada para los pacientes portadoras de Colpocistoceles y que tengan una histerometría normal. La técnica consiste en avanzar hacia arriba la vejiga y cerrar la brecha herniaria a través de la cual se proyectaba el órgano. Es una operación valiosísima y que se puede practicar con anestesia local y con mínimo de shock operatorio.

El procedimiento operatorio es de todos nosotros conocido.

Operación de Halban baja (4) (6) (9) (10) (11).

Tiene las mismas indicaciones y principios que la operación de Curtis, con la diferencia que al disecar la fascia deben también researse su parte inferior colocando sobre los colgajos una jareta que atraviesa en su porción inferior la cara anterior del istmo uterino, al cerrar esta jareta se ocluye el hiatus.

Operación de Manchester —Fothergil (4) (6) (9) (16) (19) (26) (30).—Es la operación ideal para cualquier tipo de prolapso y reúne los siguientes requisitos:

- a) cura el prolapso;
- b) conserva la función menstrual y restaura las condiciones de la paciente en lo referente a la función sexual;
- c) conserva la función de reproducción.

La operación consiste: en una amputación del cuello uterino y acortamiento de los ligamentos laterales y colpoperineorrafia complementaria.

Si el prolapso está asociado a una fuerte retroposición, está recomendado asociar el procedimiento de cura del prolapso, con una ligamentopexia, ya abordando el órgano por vía abdominal o vaginal.

En una operación de fácil ejecución, conserva todas las funciones, respecta la anatomía, es de bajo índice de mortalidad y morbilidad, permite el tratamiento de las lesiones asociada y el problema de futuros embarazos no se ve perturbado.

Técnica.—Incisión mediana de la pared vaginal anterior. Disección de los colgajos vaginales, reparo de la vejiga y rechazo de ella hasta reparar la plica vésico-uterina.

Abertura del peritóneo. Exploración del útero y anexos. Se toma el cuerpo y se atrae hacia afuera. Luego se procede a tomar el peritóneo vesical de gradación ascendente, hasta que una resistencia nos demuestre que hemos alcanzado la porción más alta del mismo. Luego suturamos el peritóneo a la vertiente posterior del útero por debajo de la inserción tubaria, con un punto a la derecha y otro a la izquierda; se continúa con una serie de puntos de manera de cerrar la brecha peritoneal.

Se termina la operación con la fasciorrafia vésico-vaginal.

Colporrafia anterior.

Operación de Watkins-Werthein-Schauta.—(4) (6) (21). Está indicada para aquellos casos en que exista un gran cistocele. Los especialistas sostie-

nen que esta intervención soluciona el problema de la cura y recidiva del prolapso genital. El fundamento de la técnica es la interposición vésico-vaginal del útero, teniendo como requisito que el órgano tenga un tamaño suficiente para que sirva de sostén y evite el descenso de la vejiga. Nosotros lo recomendamos para los casos de mujeres menopáusicas y en los grados I y II con gran colpocistocele. Con esta intervención se consigue tratar también los procesos asociados.

Operación de Spalding-Richardson.—(4) (6) (31). Con esta intervención los autores solucionan el problema del prolapso y de las lesiones asociadas. Su fundamento es practicar una histerectomía vaginal subtotal con extirpación de los anexos, si es necesario, amputación del cuello y conservación de las diferentes estructuras anatómicas que permitan su correcta utilización en la plástica vaginal.

Miometrectomía por vía vaginal.— (5) (6) (8) (27). La finalidad de esta operación es conservar la función menstrual y sexual practicando una Miometrectomía, conservando las diferentes estructuras anatómicas para realizar una buena plástica vaginal.

Todos nosotros sabemos de la importancia que merece conservar en una mujer joven el útero y sus anexos, conocemos perfectamente del trauma psíquico que significa la exéresis de los órganos genitales, en pacientes portadoras de múltiples lesiones. Abundando en estos conceptos es que no decidimos practicar esta operación por vía vaginal, con la finalidad de corregir las lesiones asociadas en las pacientes jóvenes portadoras de prolapso.

La técnica está citada en varias obras y revistas de la especialidad por lo que no entro a detallarla en este relato.

Histerectomía vaginal.—(4) (5) (6) (15) (17) (19) (22) (28) (30) (31) (36).—Indicamos la Histerectomía vaginal para aquellos casos en que necesariamente la exéresis del útero es indispensable.

La técnica de Miller, consiste en suspender la vagina, mediante suturas de los ligamentos útero-sacos.

Métodos operatorios para corregir la incontinencia de orina de esfuerzo asociada con prolapso genital.— (3) (20) 21). Las técnicas operatorias tiene su fundamento, que consisten en la elevación del cuello vesical, la restauración del ángulo vésico-uretral y la desaparición del cono o embudo. Las técnicas más recomendadas son las operaciones con Cincha y las de Kelly y Kennedy.

La histerectomía sola no cura el prolapso, debe hacerse la reparación plástica a expensa de todos los elementos de sostén y suspensión para conseguir que los resultados sean satisfactorios. Somos partidarios de la disección previa de la vejiga antes de extirpar el útero.

Las lesiones malignas asociadas a prolapso, si no existen contraindicaciones, preferimos tratarlas por histerectomía vaginal. Es una intervención de poco riesgo. El índice morbilidad y mortalidad es bajo.

Existen varias técnicas descritas en forma amplia en todas las obras

de la especialidad que creemos que descubrirlas no es necesario. Nosotros hemos adoptado el procedimiento de Campbell, con algunas modificaciones nuestras que nos permiten reforzar las sólidas estructuras anatómicas y hacer una mejor plástica vaginal. (Fig. 47-48-49-50-51-52).

Operación de Le Fort.—(4) (6) (31). Está indicada en las personas de edad avanzada, portadoras de un prolapso genital y en las que no es necesario conservar una vagina funcional. La técnica es fácil, tiene bajo índice de morbilidad y mortalidad y el shock operatorio es mínimo. Los resultados son bastantes satisfactorios.

El procedimiento consiste en una colpectomía parcial, con afrontamiento de las caras denudadas.

Operación de Labhart.—(4) (6) (31). Se trata de una colpoperineocleisis subtotal. Con esta técnica se forma un periné bien alto que permite retener el cistocele sin atacarlo directamente. La operación la concibió, porque la operación de Le Fort produce incontinencia de orina y consideraba que el índice de mortalidad de ésta era alto.

Operaciones para corregir el prolapso post-histerectomías totales o sub-totales.—(4) (6) (9) (10) (24) (30) (31) (32) (37). El tratamiento de este tipo de prolapso queda supeditado a varios factores como, edad, estado general y función sexual. Si existe una contraindicación operatoria, el pesario soluciona el problema, pero en algunos casos ni el pesario lo soluciona, para lo cual se han ideado varias técnicas, como, la colpocleisis de Conill (11), que permite operar con el mínimo de riesgo. Si no existe interés en conservar la función sexual, se recomienda el procedimiento de Le Fort.

Otros casos son los prolapsos post-histerectomía subtotales, donde los cirujanos se valen de una serie de artificios de técnica para conservar una vagina funcional.

CONCLUSIONES

En los últimos años la Cirugía Ginecológica Vaginal, ha asumido, una posición sobresaliente en gran número de Escuelas, en comparación con la Cirugía por vía abdominal. Estos progresos son evidentes para la vía celiotómica vaginal, ya que las indicaciones, contra-indicaciones y técnicas a seguir para el tratamiento de las afecciones de los órganos externos, vagina y cuello, no se discute por ser bien conocidas.

La evaluación de este progreso, está dado.

1) Por la seguridad en los medios de diagnóstico, que permite excluir los casos no aptos por vía vaginal.

2) Seguridad en la apreciación de la operabilidad por vía baja. La episiotomía y el procedimiento de Schuchardt, son dos recursos indispensables para lograr un fácil acceso y poder operar con tranquilidad. La movilidad del útero, es un factor decisivo, ya que la alteración de la topografía normal, determinará sobre la operabilidad o no.

- 3) Por el advenimiento de los antibióticos.
- 4) Por la disminución de las formas inflamatorias.
- 5) Por el perfeccionamiento de las técnicas y de adiestramiento.
- 6) Por el menor peligro de Schok.
- 7) Porque las enfermedades trombo-embólicas y las complicaciones pulmonares son raras.
- 8) Por la morbilidad y mortalidad reducida a más o menos cero.
- 9) Por la paridad, particulares condiciones y períodos de vida de la mujer, así como particulares afecciones morbosas, que facilitan la operación.
- 10) Por las condiciones de orden biológico, que pueden modificar en forma variable la evolución y el pronóstico post-operatorio de la cirugía vaginal.
- 11) La histerectomía vaginal en los procesos benignos o malignos bien localizados es menos grave que la histerectomía abdominal. Es de fácil ejecución, requiere una buena selección de los casos y una buena asistencia, es recomendada para aquellas pacientes con graves riesgos quirúrgicos, como las obesas y cardíacas. El peligro de infección, atonía intestinal y de complicaciones respiratorias y vasculares, está reducido a cero.
- 12) Las técnicas de histerectomía de uso más frecuente son dos: la histerectomía que va de abajo hacia arriba (la más utilizada) y la histerectomía que va de arriba hacia abajo.
- 13) Las lesiones malignas preferimos tratarlas por vía abdominal, ya que proporcionan una mejor visión y permite extirpar los ganglios linfáticos regionales. Recurrimos a la Histerectomía total vaginal, procedimiento de Shauta, en casos de lesiones incipientes o en enfermas con serias contraindicaciones o en que la lesión maligna se acompaña de un prolapso genital.
- 14) La histerectomía vaginal, sólo debe ser tratada por el especialista.
- 15) Para realizar un correcto tratamiento del prolapso genital es conveniente tener un profundo conocimiento de las diversas estructuras anatómicas.
- 16) La orientación en la elección del método operatorio no las dará la misma paciencia por su edad, sus condiciones generales, el tipo de prolapso y las lesiones asociadas. Los problemas de orden sexual y generativos se consideran dentro de una cirugía funcional.
- 17) Nuestra experiencia nos permite aconsejar la utilización de las diferentes técnicas conocidas y no limitarnos a una sola de ellas.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahumada J. C.— Tratado de Ginecología.
2. Ahumada J. C.— Cáncer Ginecológico.
3. Arenasa N.— Importancia de la Cis-uretrografía en el tratamiento de la Incontinencia de Orina. Rev. de Gyn. (Lima) 4-1957.
4. Belloso R.— Prolapso Genital. Relato (Uruguay) 1945.
5. Bedoya M.— Congreso Jubilar de Gynecología. Junio 1951 (París). Revista del Viernes Médico. Vol. III. 1.1952.
6. Bedoya M.— Tratamiento Quirúrgico del Prolapso Genital. 1er. Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. tomo I. 1959.
7. Burch — Laverly.— Hysterectomy. Cap. V.B. Téc. Vaginal de Histerectomía.
8. Cirio C.R.—Bol. oc. Obs. y Gyn. B. Aires. 735. 1940.

9. Cádiz R. Prolapso genital. 11 Jornadas Chielenas de Obst. y Gyn. 1947.
10. Cruz H.— Prolapso genital. 11 Jornadas de Obs. y Gyn. 1947.
11. Curtis.— Gynecología. Cap. 1. 1941.
12. Conill. Gyn. 1946.
13. Di Paola G. y Guzmán. Histerectomías vaginales. La Prensa Médica. Vol. XLIII.
14. Dellepiani.— Técnica Quirúrgica Ginecológica. 1954.
15. Diamant Berger.— Tratamiento sde los prolapsos consecutivos a la Histerectomía Comites. Rendus de la Soc. Francaise de Gyn. 2-1955.
16. Edwards E.— Histerectomía vaginal. Progresos de Ginecología J.V. Meigs y Sturgis. 1958.
17. Fox e Ibarbria.— Ginecología 1960.
18. Greenhill.— Cirugía Ginecológica. 1953.
19. Firpo y Perea.—Histerectomía vaginal. Bol. de la Soc. de Obst. y Gyn. 1955. 492.
20. Halban y Seitz.— Biología y Patología de la mujer. 1931.
21. Hunter M.D.— La intervención de Manchester. Progresos de Gyn. J. Meigs y Sturgis. 1958. pág. 733.
22. Hilesman V.— Incontinencia urinaria. Sinop. Obst. Gyn. T.V. N. 5-1958, pág. 542.
23. Inglisi J.— Incontinencia de Orina. La Prensa Médica. Vol. 45. Nº 18, 1958. pág. 1808.
24. Ma pas P.— Elección de la técnica para prolapso genital. Progresos en Ginecología y J.V. Meigs y Sturgis 1958. pág. 754.
25. Morales M. y Chasse.— La Histerectomía vaginal en el tratamiento del prolapso genital. Rev. de Obst. y Gyn. Bs. As. 1952. Pág. 36.
26. Nicholson E.— La colpectomía como tratamiento de cientos casos de prolapso. Bol. Soc. Obst. y Gyn. B. Aires 1935.
27. Novack E.— Ginecología Cap. 18. 1952.
28. Pehan y Amreich Ope.— Ginecología. 1934.
29. Provenzano S.— Cirugía Conservadora en el mioma uterino, pág. 105. 1942.
30. Rojas A.— Cáncer del cuello y prolapso genital. Tesis 1956.
31. Stoeckel.— Tratado de Ginecología.
32. Tapfer S.— Las operaciones Ginecológicas Regladas.
33. Te Linde.—Ginecología Operatoria. Cap. 7. 1956.
34. Thon Charles.— Tratamiento Quirúrgico del prolapso útero-vaginal. Journal International College of Surgeons. Vol. 29. 1958. pág. 186.
35. Warton.— Ginecología 1950.
36. Weber E.— Técnica G. Vaginales. 1948.
37. Werner P. y Sederl J. Operaciones Ginecológicas. 1954.
38. Zuckermann C.— Conducta Terapéutica de los prolapsos genitales. Rev. Española de Obst. y Gyn. Tomo XVII. Nº 100. 1958. pág. 179.
39. Zunino, Franzani y Orsini.— Tratamiento del prolapso del muñón cervical por vía vaginal. La Prensa Médica. Vol. XLIV. Nº 1957. pág. 1226.