

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PROLAPSO GENITAL

DR. MARIANO G. BEDOYA HEVIA \*  
(Lima-Perú)

### CAPITULO I

#### HISTORIA

**C**REO interesante para este Relato referirme a los comienzos de la Cirugía Ginecológica Nacional que se inicia en el año 1898 con los ilustres maestros Drs. Constantino T. Carvalho y Néstor Corpancho quienes practicaron las primeras intervenciones de Prolapso Genital.

En el año 1902 es presentada la primera Tesis por Eudocio Pauta titulada "Doble Colporrafia anterior a cada lado de la línea media con refacción perineal de Hegar-Pozzi".

Posteriormente en 1905 el Prof. Denegri presenta un trabajo sobre "Tabicamiento del Douglas con sutura de los ligamentos anchos y redondos por detrás del útero".

En 1911 Fernández Dávila relata en un interesante trabajo la casuística de los casos operados por los Profesores Carvalho, Bello y Denegri.

Ricardo Arias en el mismo año presenta su tesis sobre La Operación de Fargas

Felipe Denegri, en 1916 estudia los casos operados por el Prof. Denegri.

En 1918 J. Ríos se ocupa del Tratamiento del Prolapso por vía abdominal asociado o no a la Histerectomía.

Manuel Portugal en 1918 aborda el tema sobre el Tratamiento de los Prolapsos Genitales por las operaciones plásticas vaginales.

En 1922 Magno Herran trata sobre la Técnica de la Colporrafia anterior de Simon y la posterior de Duval y Proust.

Alfredo Otero en 1934 titula su tesis "Cura del prolapso en las mujeres viejas por el tabicamiento vaginal de Le Fort".

Gerardo Cavero V. en 1942 trata sobre la Operación de Manchester.

En 1946 Marcelino Castellares en su Tesis Doctoral se ocupa de la Operación de Halban asociada a una nueva técnica de repación plástica colpo-perineal sin sutura externa.

Francisco Talledo en 1949 presenta su tesis "Nuestra experiencia en el tratamiento del prolapso genital. Datos Estadísticos 1944-1948".

En 1951 T. Barrionuevo trata de la Operación de Halban modificada en el tratamiento del prolapso genital.

C. Reyes en su tesis de 1954 se ocupa del Tratamiento de los prolapsos genitales en las mujeres ancianas.

A. Rojas en 1954 trata del cáncer del cuello uterino y prolapso.

En 1956 J. Durand aborda el Problema de los Prolapsos de IV grado.

Martin Huapaya en 1958 hace un estudio sobre el Tratamiento del prolapso genital en el lapso de 20 años.

Esta intensidad de trabajo nos demuestra la inquietud científica que despierta en los especialistas del complejo problema del tratamiento del prolapso genital.

El desarrollo de este Relato está basado en la experiencia adquirida en la Clínica Ginecológica del Hospital Arzobispo Loayza.

## CAPITULO II

### VALOR DE LAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS

Para abordar el tema del tratamiento quirúrgico del prolapso genital es imperativo referirnos a los valores de las diferentes estructuras anatómicas que enfocan el principio básico en que se fundamentan las técnicas quirúrgicas para llevar los órganos prolapsados a su posición normal.

Estas estructuras anatómicas que junto al mecanismo de la prensa abdominal contribuyen al mantenimiento de la estática de los órganos genitales femeninos son:

1) El aparato de suspensión (1), (3), (8), (9), (10), (17), (25), (30), constituido por el tejido conjuntivo de relleno que existe entre el peritóneo pelviano y el músculo elevador del ano adquiere personalidad como elemento de suspensión al condensarse en ligamentos y tomar inserciones en el fondo-istmo y cuello del útero y acompañar a éste en todas sus modificaciones fisiológicas.

*Estos ligamentos son:*

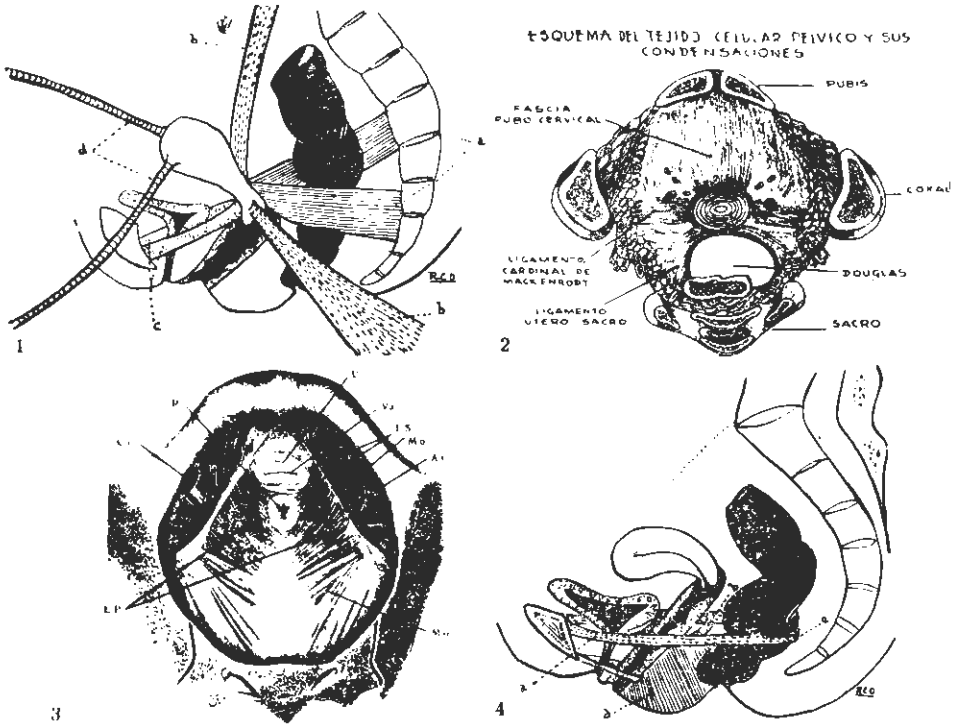
a) los ligamentos redondos (esq. 1-d) que mantienen la posición del útero hacia adelante y se oponen a su desplazamiento, estos hechos están demostrados al recuperar el útero su posición normal después de un embarazo o cuando la distensión vesical o cesado. También se demuestra quirúrgicamente su función al practicar las ligamentopexias.

b) los ligamentos útero-sacros (esq. 1-a) mantiene el cervix hacia atrás. Para Campbell estos ligamentos son de vital importancia para mantener la posición normal del útero y vagina. Las alteraciones de estos elementos se traduce en el desplazamiento del cervix adelante acompañado de su descenso; éste hecho trae aparejado el desplazamiento del útero hacia atrás lo que da por resultado que los ejes útero-vaginal coincidan. Si a estas lesiones agregamos la acción de la prensa abdominal observaremos que el descenso del útero se hará más notable.

c) los ligamentos anchos, encierran en su base elementos de gran valor quirúrgico, como son el paquete vásculo nervioso del útero, el ureter y los ligamentos de Mackenrodt (esq. 1-b). El valor de estos ligamentos es

discutido y debemos destacar las opiniones de los más autorizados investigadores. Campbell opina que estos ligamentos juegan un importante rol en el mantenimiento de la bóveda vaginal, pero sin tener el valor de las otras condensaciones. Curtis sostiene que estos ligamentos son básicos en la conservación de la estática útero vaginal.

d) los ligamentos pubo-vesicales (esq. 1-c) son antagonistas de los útero-sacos.



e) la fascia endopelviana emite prolongaciones que envuelven las visceras huecas de la pélvis y adquiere un desarrollo de sumo interés en los puntos débiles tal como el hiatus genital que lo cierra y refuerza con su fascia pubo-vesico cervical (fig. 2).

La fascia recto vaginal colocada entre estos órganos evita los desplazamientos del recto.

A pesar de que existe una cierta tendencia a desvirtuar la existencia de estos elementos, mi experiencia personal me permite afirmar que deben considerarse estas estructuras en el acto quirúrgico.

El aparato de sosten (1), (2), (8), (9), (10), (17), (25), (30), (esq-2). Su trauma conduce a la distopia de los órganos genitales, por lo tanto su co-

nocimiento est tan importante como el de los elementos de suspensión, ya que las múltiples técnicas quirúrgicas se basan en estas estructuras anatómicas para corregir la estática de los órganos genitales.

Fijaremos nuestra atención en los puntos de más interés quirúrgico:

a) El diafragma pelviano (fig. 3) en el que el haz pubo coxigeo forma la hendidura ano-vaginal por donde pasa la vena dorsal del clitoris, la uretra, la vagina y el recto.

Al recorrer lateralmente los órganos de la vejiga y vagina el haz pubo-coxigeo emite por detrás de éste último órgano prolongaciones musculares que con las de el lado opuesto determinan el hiatus genital punto débil del diafragma pelviano (esq. 4-a y b).

b) El diafragma uro-genital, fundamentalmente está constituido por el músculo transverso profundo del periné y otros elementos musculares del periné anterior que junto con la fascia véscico-vaginal cierran y refuerzan el hiatus.

c) El cuerpo perineal, núcleo anátomo-quirúrgico que juega importantísimo papel como elemento de apoyo y cierre del suelo pelviano. Contribuye a la estática de la vejiga y de la cara anterior de vagina. (esq. 4-d).

### CAPITULO III

#### ELECCION DE LA TECNICA

El tratamiento de elección del prolapso genital es el quirúrgico y no hay duda que la mejor vía es la vaginal. Solamente en casos excepcionales recurrimos a procedimientos ortopédicos.

Autores como Cruz (9), Malpas (21), Te Linde (33), preconizan la conveniencia de no limitar el tratamiento al uso de una sola técnica. Mi experiencia personal me permite reafirmar este concepto.

En consecuencia la elección de la técnica estará supeditada a las consideraciones clínicas que presente cada caso.

Los factores directivos son:

*La edad y las condiciones generales de la paciente* (3), (8), (9), (18), (21), (30), (33) son factores que imprimen una orientación en la evaluación de la técnica.

Consideramos que los diferentes procedimientos quedan supeditados según se trate de mujeres con vida genital activa con posibilidades generativas, en estos casos evitaremos toda intervención que lleve a la esterilización, tales como una amputación alta del cuello que determinará un aborto o un parto prematuro; otro grupo de pacientes son aquellas con vida genital, pero sin posibilidades de nuevos embarazos en estos casos adoptamos procedimientos que conserven una vagina funcional. En las personas ancianas que no han renunciado a la vida sexual el cirujano tiene que realizar un procedimien-

to que llene éste fin. En la mujer virgen el tratamiento de elección es la operación de Bumm-Schaeffer.

Otra de las evaluaciones que deben tenerse muy presente es la del riesgo quirúrgico, así tenemos que para el grupo más numeroso de nuestras pacientes que están comprendidas entre los 30 a 50 años, en su mayoría mujeres sanas, toleran perfectamente una amplia intervención.

En las personas de edad esta evaluación nos dará la pauta para indicar el procedimiento, si el riesgo es mínimo optamos por el procedimiento de Le Fort y si presentan un riesgo mayor nos inclinamos por la operación de Labarth y Kahr.

*Varietades de prolapso.* (1), (3), (8), (9), (21), (28), (33).

Según que la distopia englobe parte o la totalidad de los órganos genitales clasificamos los prolapsos en parciales y totales.

Distinguimos para los prolapsos parciales las siguientes variedades:

a) el prolapso de la pared anterior de la vagina que para nosotros esta representado por el Colpo-cistocele, estando de acuerdo con la mayoría de autores que no aceptan la opinión de Jaschkie que admite un Colpocele anterior puro. Según que los órganos prolapsados esten por encima, a nivel, o por debajo de la vulva tendremos los colpocistocelos de 1, 2 y 3 grados. Cuando la lesión es notable se asocia el uretrocele.

En estos casos hacemos la elección de la técnica de acuerdo a la actividad sexual y a las posibilidades de tener nuevos embarazos, recomendando las operaciones de Curtis, Halban o Manchester con reconstitución de la cuña perineal.

Estos procedimientos son también recomendados para aquellas pacientes con vida sexual pero sin posibilidades generativas. Cuando el Colpo-cistocele es de 3º grado y existe una posibilidad de recidiva muchos autores recomiendan practicar la operación de Watkins.

Algunos autores han preconizado la red de Tantilio en la reparación del cistocele y a este propósito se hace un reportaje en un último artículo del mes de Mayo de 1958 del *Journal American Obstetrician and Gynecology* sobre su aplicación, la respuesta, es de que los resultados no han sido felices ya que la red se ha fragmentado y eliminado. El Dr. Sharm, se preocupa del asunto al decir que actúa como un cuerpo extraño, ya que se coloca en un sitio donde ha habido que disecar la zona en dos capas, siendo la capa externa la que menos recibe nutrición sanguínea. Termina recomendando, que el uso del Tantilio debe utilizarse para casos bien estudiados, ya que acarrearía un serio problema en una mujer joven al no tener éxito la curación y se formula estas dos preguntas:

¿Cómo quedan esos genitales? ¿No estaremos induciendo a un problema más de desavenencias conyugales?

b) En el prolapso de la pared posterior de la vagina con rectocele y

sin rectocele, variedad aceptada por todos los autores, el tratamiento de elección es la Colpo-perineorrafia con miorrafia de los elevadores.

c) En el enterocele vaginal anterior, variedad rara y en el enterocele vaginal posterior de observación más frecuente, el tratamiento de elección para éste último puede ser la vía abdominal o vaginal. Los procedimientos abdominales de Marion, Moschcowitz y el de Massony y Simon son los que se utilizan para tratar los casos de gran tumor herniano o cuando el caso presenta fuertes adherencias. Generalmente es la vía vaginal la más aceptada, contando para su tratamiento con la técnica de Ward y las colpectomías.

e) En el prolapso aislado del útero, variedad rara, el tratamiento es la operación de Bumm-Schaeffer.

f) En el prolapso vaginal post-histerectomía total o sub-total, que es de observación poco frecuente en nuestro medio, los procedimientos más recomendables para tratarlos son las Colpocleisis como la operación de Miller (30) que sufra la vagina mediante los ligamentos útero sacros. Otros emplean la vía abdominal. Tenemos que insistir que en la elección de la técnica se debe tener muy en cuenta el factor edad y función sexual.

2) Los prolapsos totales, están caracterizados por un descenso de todos los órganos. Según que el cuello quede por encima, a nivel o por debajo del orificio vulvar se distinguirán, los prolapsos de 1º, 2º y 3º grados. Una variedad del prolapso uterino es el alargamiento hipertrofico del cuello.

Respecto al tratamiento nuestra experiencia nos demuestra que la operación de Manchester es de utilidad para cualquier tipo de prolapso.

La operación de Halban igual que la anterior, llena todas las exigencias de la técnica y el resultado final es el de una vesico fijación alta del útero.

Cuando el prolapso es de primer grado con gran Colpo-cistocele, y en pacientes con vida sexual activa pero sin posibilidades de embarazo recomendamos la operación de Watkins.

Otra de las intervenciones recomendadas para tratar este tipo de prolapsos es la operación de Le Fort o la operación de Labarth y Kahr.

La histerectomía vaginal está justificada, para los casos de prolapso total que han perdido toda posibilidad de una reposición normal y cuando existen lesiones asociadas o sospechosas o cuando la única posibilidad de abordar las estructuras que van a servir de plástica hacen necesaria su exéresis.

Otras intervenciones de gran interés son las operaciones de Spalding Richardson y la Miometrectomía vaginal para la cura del prolapso y lesiones asociadas en mujeres jóvenes.

*Lesiones asociadas.*—Tenemos que las cervitis crónicas son fáciles de tratar por cualquiera de los procedimientos conocidos.

Los procesos anaxiales o tumorales del aparato genital, pueden tratarse por intervenciones abdominales, pero siempre antes que el tratamiento del prolapso o abordándolas por vía vaginal a la vez que se trata del prolapso.

Una de las intervenciones que ofrece grandes ventajas para resolver este problema es la operación de Spalding Richardson, el Halban el Watkins o la Miometrectomía vaginal o la Histerectomía vaginal.

La coexistencia de Cáncer y prolapso según nuestra estadística estudiada por Rojas (27) en 5 años sobre un total de 117 pacientes internados por prolapso total, es de 3.41%. Para su tratamiento empleamos la vía vaginal en los grados 0, I, II. En la mujer joven con carcinoma grado 0 recomendamos la amputación alta del cuello con controles periódicos. En una observación de cáncer de cuerpo y prolapso instituímos como tratamiento la combinación de radium y cirugía vaginal. Estamos de acuerdo con los autores que cuando existe una contraindicación operatoria es recomendable hacer reoengenterapia y radium y cuyos resultados han sido satisfactorios y se ha comprobado que la esclerosis retráctil ha llegado a curar el prolapso.

Otro problema es el de la asociación de prolapso rectal y genital. Autores como Mc Donald y Borglio (citados por Conill (11) ) son de opinión de realizar la intervención en dos tiempos, otros son partidarios de realizar la intervención en un solo tiempo, practicando una operación abdomino vaginal o solo vagino-perineal.

En nuestras dos pacientes de clientela particular, portadoras de esta asociación una presentaba un prolapso que afectaba las últimas porciones del recto, en este caso efectuamos la técnica de Bacon (4), cuyo fundamento es disminuir la longitud para aumentar la anchura del recto y evitar las estenosis futuras. El otro caso lo tratamos con la operación de David (4). Se trataba de una paciente con gran prolapso rectal y atonía del esfínter. La técnica consiste en la denudación de la mucosa y en el plegamiento transversal mediante suturas hechas en sentido longitudinal.

#### CAPITULO IV

##### TERAPEUTICA PRE-OPERATORIA Y POST-OPERATORIA

*Pre-operatorio.*—En todo prolapso que va a ser intervenido hacemos de rutina un examen humoral completo (orina, hemograma, velocidad de sedimentación, reacciones serológicas, úrea, glucosa, tiempo de protrombina-coagulación y sangría). Luego valoramos el riesgo quirúrgico con un examen clínico exhaustivo.

Las lesiones inflamatorias del aparato genital deben tenerse muy en cuenta controlando su evolución con la velocidad de sedimentación, no debe intervenir hasta que no se halla normalizado el proceso.

El estudio del aparato urinario es de importancia. La cistitis de frecuente observación, la tratamos con los recursos terapéuticos conocidos. Al hallazgo de un hidro-ureter o hidronefrosis confirmada por el estudio radiológico, le instituímos la terapéutica de reposo y antibióticos.

Una de las complicaciones de mayor repercusión es la incontinencia de orina al esfuerzo, que tratamos con las operaciones con cincha o con las intervenciones vaginales.

Cuando existe una vaginitis senil prescribimos los estrógenos a la dosis de 10.000 unidades hasta un total de 30.000.

Para la personas de mayor edad recomendamos un régimen pre-operatorio a base de proteínas, minerales y vitaminas.

*Preparación inmediata al acto quirúrgico.*—La víspera de la operación indicamos un enema evacuante. Luego aconsejamos un hipnótico en la noche y mañana y una ampolla de Morfo-atropina 30 minutos antes de la anestesia.

*Anestesia.*—Somos partidarios de la anestesia general asociada a la local, que siempre nos ha deparado éxitos.

La preparación del campo operatorio se hace con mercurio-cromo, merthiolate o zefirol.

*Hemostasia y suturas.*—Para la hemostasia empleamos las ligaduras con catgut o simple, no somos partidarios de la electrocoagulación. Para las ligaduras de los ligamentos y fascias recomendamos el catgut crómico 0 ó 1. Para las miorrafias utilizamos el catgut crómico 3. Las colporrafias anteriores y posteriores las suturamos con catgut simple 0. y preferimos las suturas a puntos separados.

*Post-operatorio.*—Terminada la intervención sondamos a la paciente, recomendando la sonda de Fowler. Esta debe permanecer de 4 a 5 días. Utilizo con poca frecuencia el apósito intra-vaginal. Aplico un apósito protector a la herida perineal y levantamos a nuestras pacientes al 5º o 6º días.

## CAPITULO V TECNICAS OPERATORIAS

Expondre en este capítulo 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* (10) está indicada para los pacientes portadoras de Colpocistóceles 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 riesgo de shock operatorio.

*El procedimiento operatorio es el siguiente:*

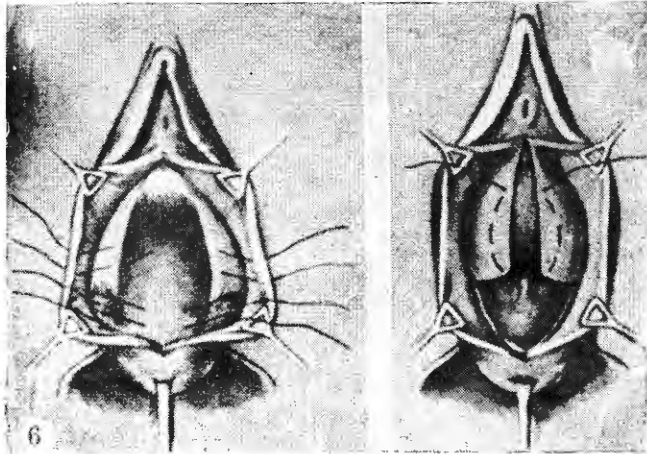
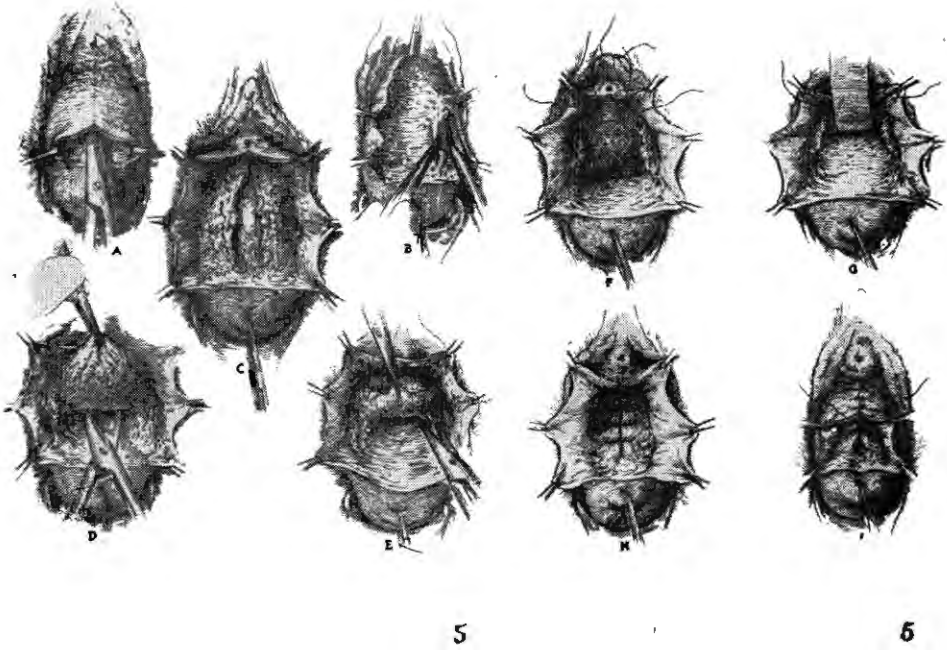
a) incisión transversal de la mucosa vaginal cerca del cuello y separación por disección roma de él plano músculo fascial; la mucosa es seccionada en la línea media hasta la vecindad del meato uretral (fig. 5-a).

b) obtenemos dos colgajos, que constituyen la mucosa vaginal y la fascia de Webster clivando varios centímetros entre estos dos elementos (fig. 5-b) la disección nos permite individualizarlos.



c) sección de los pilares de la vejiga, (fig. 5 d-e) con lo que se logra separarla del cuello y llevarla hacia arriba.

d) si existe uretrocele o incontinencia, la tratamos con puntos de Kelly.



e) en la (fig. 5 g) vemos como se aplican los puntos, tomamos una fuerte porción de músculo-fascial a la izquierda, elevamos la vejiga con un

separador, luego insertamos el punto en la pared anterior del útero, para enseguida tomar los elementos fasciales del lado opuesto, posteriormente se colocan otros puntos similares, con lo que se ocluye el hiatus (fig. 5-h).

f) Terminamos la operación con una colpografía anterior evitando los espacios muertos (fig. 5-i).

*Resultados estadísticos.*—Hemos practicado 158 operaciones de Curtis en 7 años sobre un total de 569 casos de prolapso o sea el 27.7%, estas pacientes han logrado su recuperación total inmediata. Los controles posteriores no han sido posible debido a la psicología especial de nuestro ambiente y a la falta de un servicio social.

*Operación de Halban baja.*—(3), (9), (17). Tiene las mismas indicaciones y principios que la operación de Curtis, con la diferencia que al disecar la fascia debe también researse su parte inferior colocando sobre los colgajos una jareta que atraviesa en su porción inferior la cara anterior del istmo uterino (fig. 6), al cerrar esta jareta se ocluye el hiatus genital. Martius critica esta técnica basándose en que la jareta acortaría la vagina y lo que traería como consecuencia serios trastornos.

*Operación de Manchester-Fothergill.*—(3)-(8), (9), (15), (18), (24), (25), (30). Es la operación ideal para cualquier tipo de prolapso, aunque algunos autores como T. Linde solo la indican para los casos de Cistocele con prolapso genital de 1er. grado y que no entre en consideración un futuro embarazo y que además el útero no esté en marcada retroposición. Heany, preconiza el procedimiento para los casos de prolapso de II<sup>o</sup> grado.

La operación de Manchester reúne los siguientes requisitos:

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

El problema de futuros embarazos, ha sido motivo de discusión y las publicaciones son numerosas, todas hablan de los trastornos de la fertilidad; sobre la duración del embarazo y parto y se demuestra una frecuencia de partos prematuros y abortos. En mi casuística, he tenido oportunidad de controlar una gestación y parto, sin recidiva. Cuando existe una marcada retroposición recomendamos asociar el procedimiento con una ligamentopexia abdominal o abordamos por vía vaginal corrigiendo la retroposición siguiendo otras variantes.

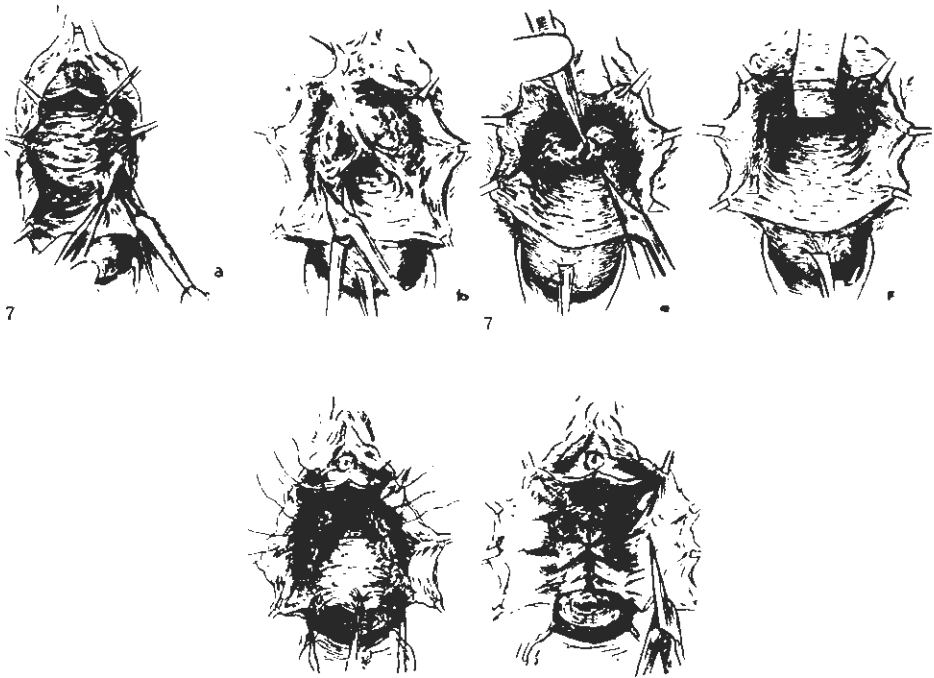
La operación consiste: en una amputación del cuello uterino con acortamiento de los ligamentos de Mackenrrodt y colpoperineorrafia complementaria. El ideal de la operación es que la preservación del útero radica en los soportes de éste o sea los ligamentos de Mackenrrodt, acortándolos y suturándolos frente al cervix con el fin de mantener el útero en la parte superior

de la vagina y más que todo lo que sería el futuro cervix y el útero ante-flexionado.

*Técnica.*—Reparamos los labios menores de la vulva, suturándolos con puntos de hilo a la piel vecina.

a) dilatación del cuello uterino, para facilitar la incisión ulterior de las suturas cervicales.

b) reparamos el meato uretral y el cuello y trazamos la incisión de la mucosa vaginal en T invertida. Practicamos la disección con tijera o bisturi de la mucosa vaginal. La disección se profundiza lateralmente (fig. 7-a). El aislamiento de la vejiga se termina con la sección de los tractos conjuntivos



del septum supra-vaginal (fig. 7-b) y sección de los pilares bajo ligaduras, con lo que se consigue rechazar la vejiga hasta las vecindades de el peritoneo vesíco uterino.

c) Prolongamos la incisión hacia atrás circundando el labio posterior del cuello (fig. 7-c) despegando la mucosa vaginal hasta conseguir que quede totalmente libre, para que permita cubrir el labio posterior del cuello que va amputarse circularmente. Una vez liberada la mucosa en su totalidad, exponemos la base del ligamento ancho en la región para-cervical, pinzamos el tejido, cortamos y ligamos y luego amputamos el cuello (fig. 7-d).

d) suturamos estos ligamentos por delante del cervix (fig. 7-f).

e) despegamos la mucosa o disecamos la mucosa de la fascia, reseca-  
mos el excedente de mucosa, rechazamos la vejiga con una valva y principiamos  
a colocar los puntos de restauración del sostén musculo fascial (fig. 7-e).  
Procuramos al terminar esta hilera de puntos de ofrecerla a la vagina cierta  
concauidad.

f) Colporrafia anterior con catgut simple evitando los espacios muer-  
tos. Para recubrir el labio anterior y posterior utilizamos el punto de Stuu-  
derford y lateralmente aplicamos al cuello un punto en X.

g) Practicamos la colpoperineorrafia complementaria.

*Resultados estadísticos.*—Sobre un total de 569 casos de prolapso entre  
1951 y 1958, hemos operado 267 ó sea el 46.9% practicando este procedimien-  
to, nuestros resultados inmediatos han sido excelentes, el índice de morbilidad  
es bajo, ya que evitamos hacer cateterizaciones prolongadas así como la rea-  
lizar traumatismo en el acto operatorio que dañen el trigono.

Siendo motivo de gran interés entre los ginecólogos conocer los efectos  
de esta intervención sobre la reproducción y siendo la amputación del cuello  
uno de los tiempos más importantes de la operación, los observadores se han  
basado en estas circunstancias para plantear los inconvenientes de las indica-  
ciones de esta cirugía en mujeres jóvenes que deben continuar procreando, ya  
que esta intervención acarrearía trastornos de la fertilidad y la frecuencia de  
partos prematuros y abortos, por lo que en el momento actual aconsejamos  
y seguimos esta conducta de no remover el cuello, sino hay necesidad, y si la  
paciente es joven preferimos tratar el cuello haciendo resecciones mínimas.  
Ahora bien si después de un parto apareciera una recidiva, esta debe repararse  
con una intervención más amplia.

El índice de mortalidad para nosotros es de 0.

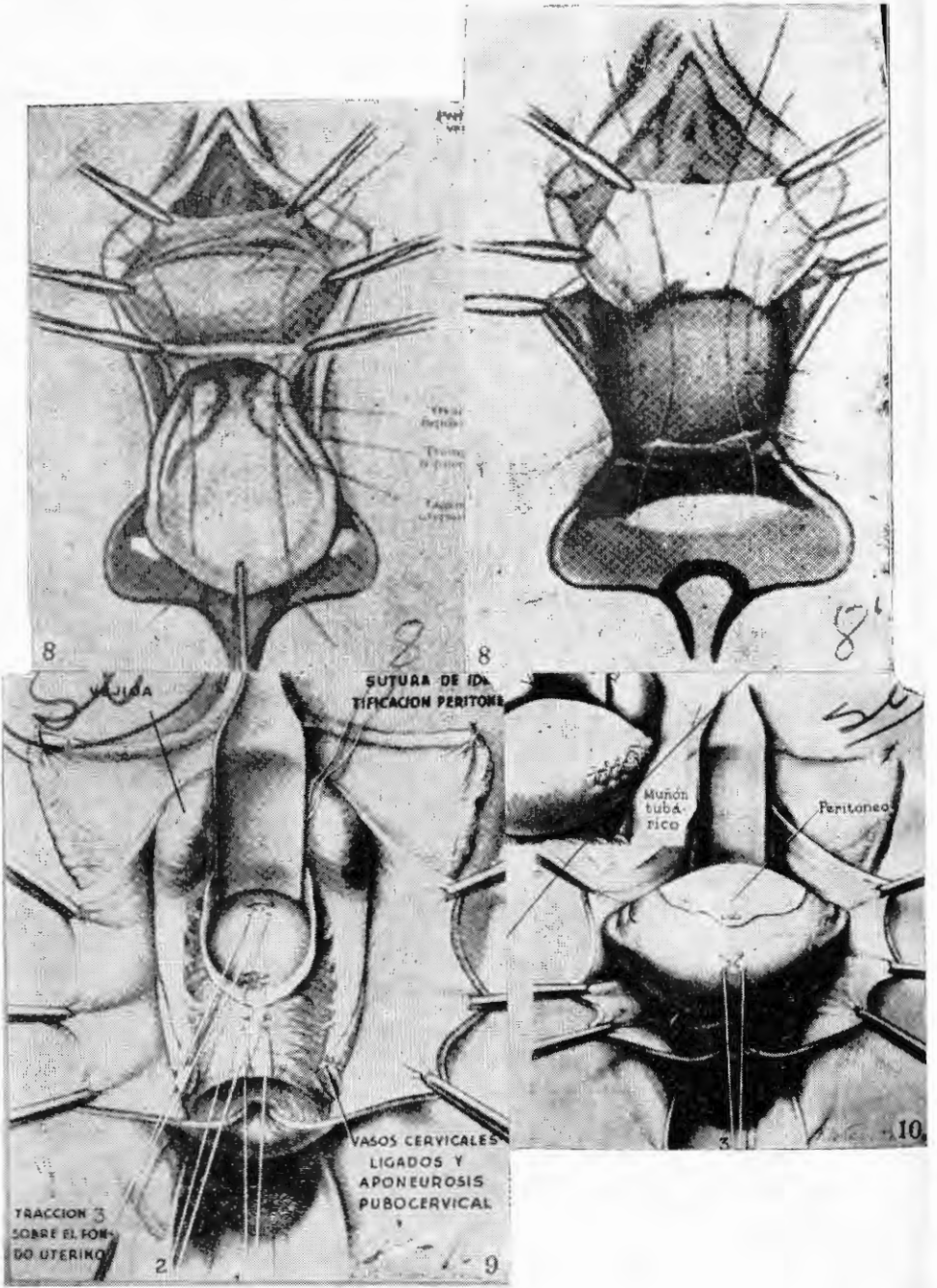
*Operación de Halban.*—(1), (2), (8), (9), (15), (17), (25) (33).

Es otra de las operaciones que cuenta con la preferencia de la mayoría  
de los cirujanos. Es de fácil ejecución, conserva todas las funciones, respeta  
la anatomía, es de bajo índice de morbilidad y mortalidad, permite el trata-  
miento de las lesiones asociadas del aparato genital y el problema de futuros  
embarazos no se ve perturbado. En resumen se trata de una intervención  
que satisface desde todo punto de vista.

*Técnica:*

a) Incisión mediana de la pared vaginal anterior, desde un centímetro  
por debajo del meato uretral hasta el cuello uterino, esta incisión comprende  
la mucosa y la fascia. Disección de estos elementos por disección roma o al  
bisturi. Liberamos la vejiga del cuello uterino rechazándola hacia arriba has-  
ta que aparezca el peritóneo vésico-uterino.

b) El repliegue vésico-uterino es abierto y el peritóneo es reparado.  
La vejiga es rechazada con una valva y el cuerpo uterino es luxado. Se pro-  
cede a tomar el peritóneo vesical en gradación ascendente hasta que una re-



sistencia nos demuestre que hemos alcanzado la porción alta del mismo (fig. 8). 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 (fig. 8); se continua con una serie de puntos escalonados de modo que la última corrida de ellos cierre la brecha peritoneal.

c) Se termina con la fasciorrafia vesico vaginal.

d) Colporrafia anterior a puntos separados y puntos de Stunderford para la parte anterior de la sección cervical.

f) Colporrafia posterior.

*Resultados estadísticos.*—El número de pacientes intervenidos por nosotros con este procedimientos es muy inferior al procedimiento de Manchester, no alcanza a 0.1%; sin embargo la experiencia adquirida en la clientela particular nos permite estar de acuerdo con la mayoría de los especialistas y consideramos sus resultados altamente satisfactorios. El número de casos tratados particularmente fuera de la clínica Ginecológica es de 48 casos y en todos ellos los resultados en lo que se refiere al índice de morbilidad y mortalidad han sido excelentes.

*Operación de Watkins-Werthein-Schauta.*—(3), (8), (9), (15), (30), (32). Esta intervención es útil para los casos en que existe un gran Cistocele. Los especialistas sostienen que esta intervención soluciona el problema de la cura y recidiva del prolapso genital. El fundamento de esta técnica es la interposición vesico 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 utilizamos para los casos de I y II° grados con gran colpocistocele y en mujeres menopausicas. Con esta intervención también se consigue tratar los procesos asociados. La técnica es de fácil ejecución.

*Técnica.*—Los tiempos iniciales de la intervención no difieren en nada a lo expuesto para las técnicas descritas con anterioridad.

a) Se incide el pliegue vesico uterino, reparamos el peritóneo vesical, rechazamos la vejiga y basculamos el útero (fig. 9).

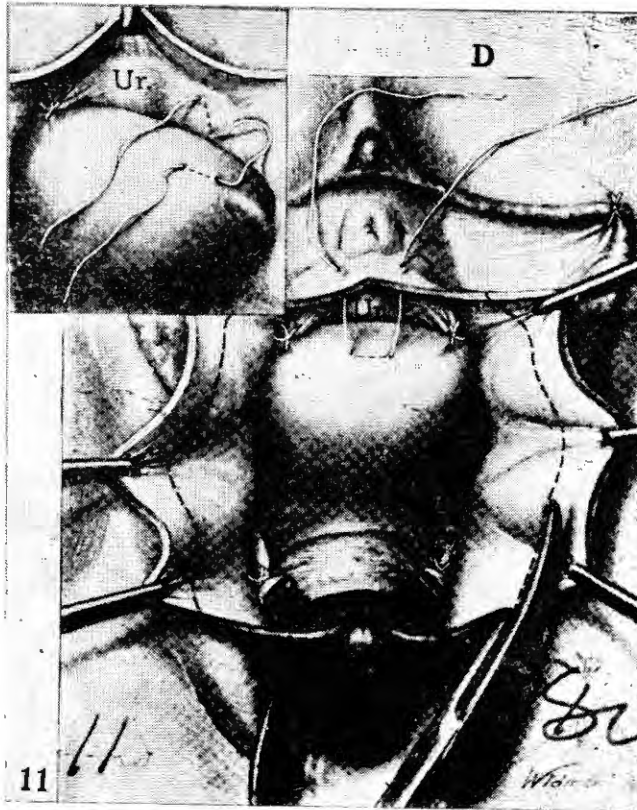
b) Peritonizamos con puntos separados a la cara posterior del útero (fig. 10).

c) Suavemente reluxamos el útero y colocamos dos puntos laterales que van del cuerno del útero a los tejidos subyacentes a las ramas del pubis (fig. 11).

d) procedemos a practicar la fascio-metro rafia. Resecamos el exceso de mucosa vaginal y hacemos la colporrafia terminando el punto del cuello con un Stunderford.

*Resultados estadísticos.*—Su benignidad está ampliamente demostrada por los autores americanos, el índice de morbilidad es bajo y la mortalidad es de 0. Nuestra experiencia no nos permite valorar los alcances de esta intervención de tan grande utilidad.

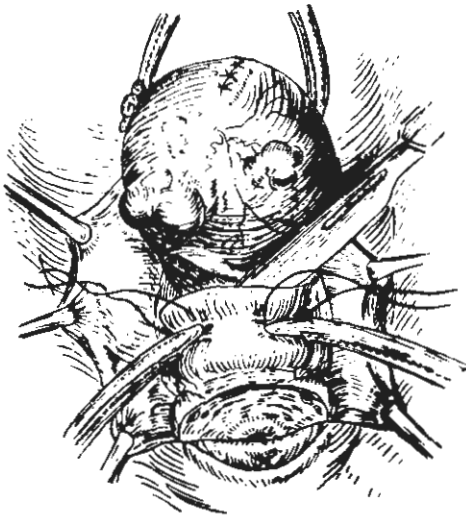
*Operación de Spalding-Richardson.*—(3), (9), (30). Concebida por los autores para solucionar el problema del prolapso genital y de las lesiones asociadas. Su fundamento es practicar una histerectomía subtotal junto con anexectomía bilateral si es necesario, amputación del cuello enfermo, y conservación de las diferentes estructuras anatómicas con su total irrigación sanguínea que permitan su correcta utilización en la plástica vaginal.



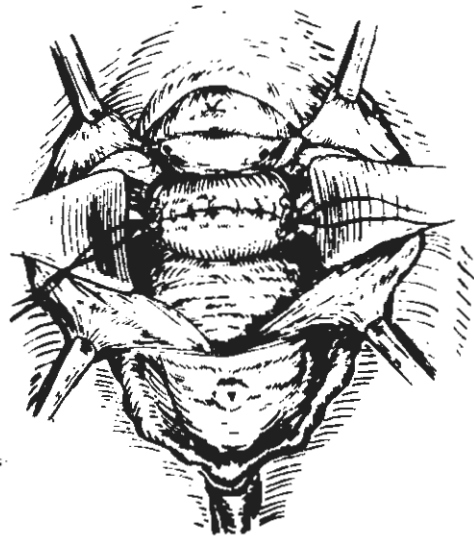
Los autores recomiendan esta operación para las pacientes menopausicas o pre-menopausicas. Siendo una operación complicada debe tenerse muy en cuenta las condiciones generales y humorales de la paciente.

*Técnica.*—Todos los tiempos de esta intervención son muy parecidos a los procedimientos anteriormente descritos por lo que no entraremos en repeticiones.

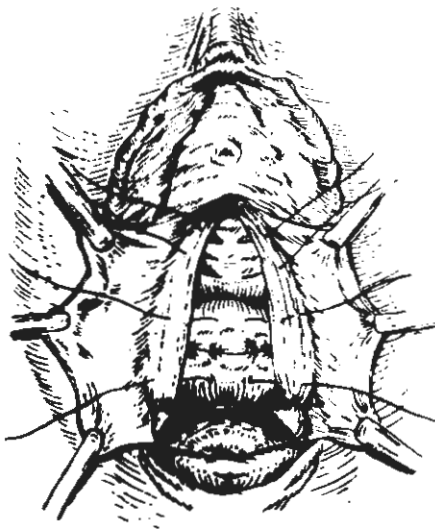
- a) Colpoceliotomía anterior.
- b) Luxación del cuerpo (fig. 12).



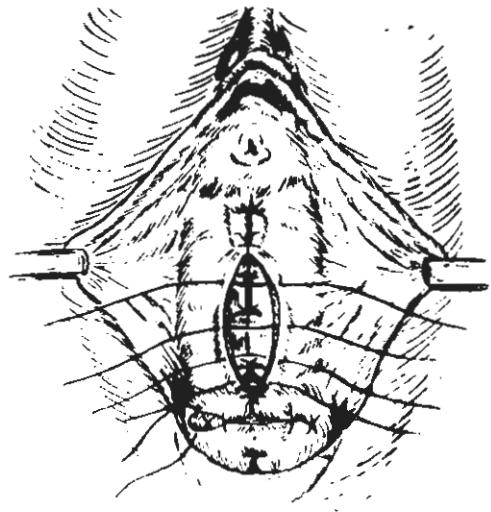
14



15



15



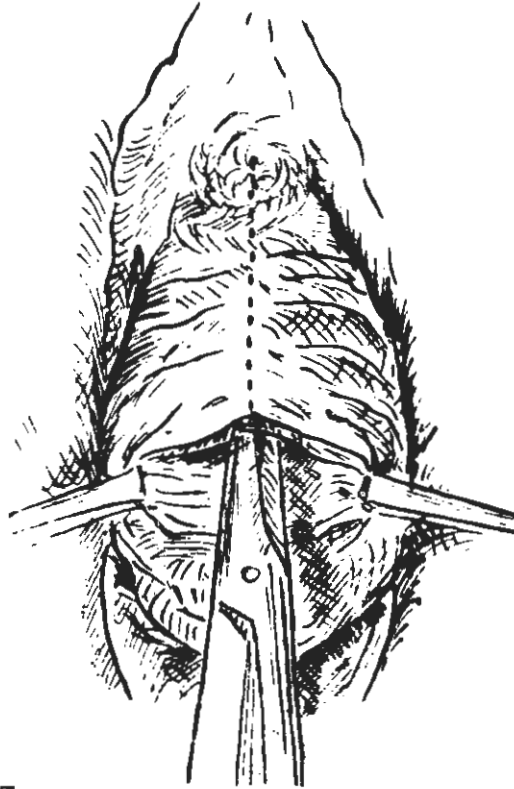
16



c) Los pedículos y ligamentos son pinzados, seccionados y ligados (fig. 13).

d) Se procede a practicar la histerectomía supra vaginal (fig. 14). Se fijan los ligamentos y pedículos al muñón.

e) Cierre del peritóneo, fijándolo a la parte posterior del muñón restante luego se toman puntos que van de la fascia pubo-vesical y atraviesa la vejiga, por debajo de la uretra (fig. 15), otros puntos toman el muñón istmico (fig. 15-b).

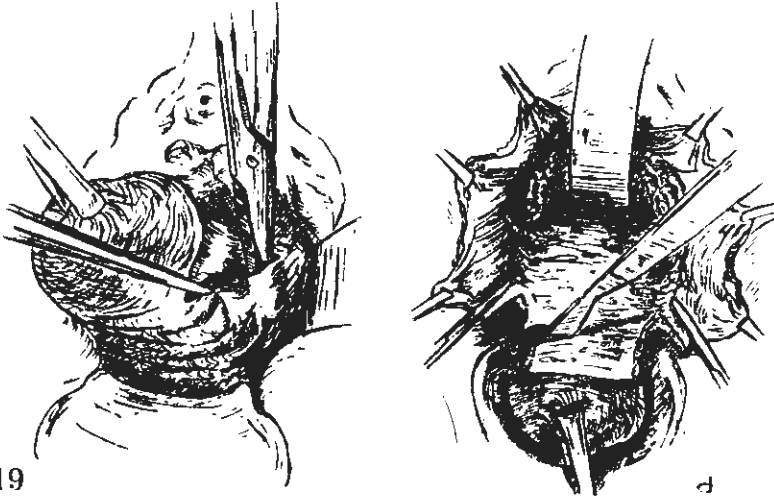


17

f) Se termina con resección de la mucosa y sutura a puntos separados y recubriendo el cuello con un punto de Stunderford (fig. 16).

*Resultados estadísticos.*—Para los autores los resultados son satisfactorio. Nosotros hemos practicado esta cirugía en algunas oportunidades obteniendo buen resultado inmediato, el resultado lejano no lo conocemos por las razones que hemos expuesto anteriormente.

*Miometrectomía por vía vaginal.*—(4), (7), (26). Cuando discutimos la importancia que tiene el útero en la mujer en relación con la técnica operatoria de la cura del prolapso, hay que tener en consideración los aspectos fisiológicos que acarrea la presencia y ausencia de este órgano. En la mujer joven el útero merece toda nuestra atención convencidos del trauma psíquico que significa la exéresis de este órgano en mujeres portadoras de múltiples lesiones del aparato genital y en las que una histerectomía vaginal o una intervención a lo Spalding Richardson sería el desideratum del problema. Todos conocemos del sinergismo hormonal, de que su interrelación es posible, de que de este vasto problema no solo es responsable el ovario sino todo el aparato genital, de aquí que es fácil darse cuenta del significado que tendría la



exéresis total del órgano en una mujer joven y de los graves cambios psicosomáticos que puede sobrevenirle. Basado en estos conceptos concebí esta operación, utilizando procedimientos y técnicas de diversos autores. La finalidad de esta operación, es conservar la función menstrual y sexual, practicando una miometrectomía a lo Cirio por vía vaginal, amputando el cuello enfermo y conservando las diferentes estructuras anatómicas para realizar una buena plástica vaginal. Este procedimiento fue presentado por primera vez en el año 1951 al Congreso Jubilar de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de París.

*Técnica:*

- a) Incisión en T invertida (fig. 17).
- b) Disección de los colgajos vaginales y disección de la vejiga a nivel del septum supra-vaginal y rechazo de esta hasta llegar al repliegue vesico-

uterino, previa sección y ligadura de los pilares vesicales, lo más próximo al útero (fig. 18 e-f) (ver fig. 7 e y f).

c) Luego prolongamos las ramas de la incisión mediana, rodeando el cuello como para la operación de Manchester, disecamos la mucosa vaginal. Con pinzas tomamos los parametrios, los seccionamos y ligamos y procedemos a amputar el cuello si está enfermo, terminando este tiempo aplicando un punto de Stunderford (fig. 19-c). Ver fig. c y d.

d) Exponemos el fondo de saco vesico uterino, con un piquete lo abrimos ampliando la brecha, inmediatamente procedemos a reparar el peritóneo vesical con un hilo. Practicamos una exploración de la cavidad abdominal, introducimos una valva que rechaza la vejiga y asas intestinales y luxamos el cuerpo uterino hacia adelante, lo fijamos con algunos puntos tractores (20). (Ver fig. 12).

e) Pinzamos los elementos del pedículo, ligamentos, trompa y útero ovárico, los seccionamos y suturamos con catgut crómico 1 (fig. 21) ver fig. 13.

f) Procedemos a amputar el cuerpo uterino (esquema 22).

g) Vaciamiento miometrial (esq. 23). Se tallan dos cuñas en pleno miometrio y procedo hacer el vaciamiento, sutura ligadura de los puntos que sangran.

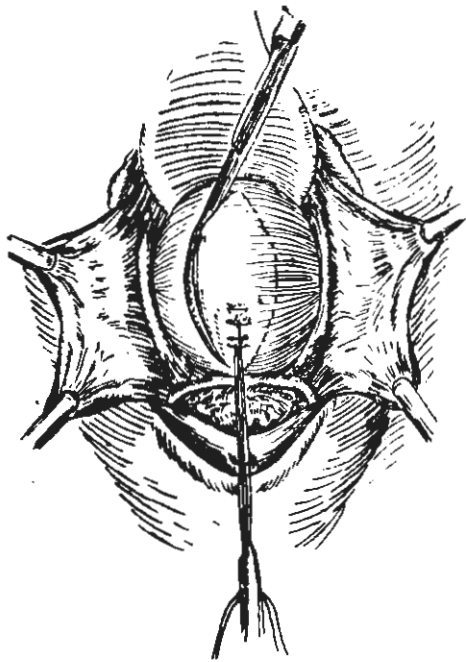
h) Suturas del plano mio-mucoso a puntos separados, evitando interesar la cavidad preferimos el punto que recomienda Sweet para esófago, con lo que se consigue invertir los bordes mucosos hacia la cavidad endometrial. Injerto de los ligamentos y trompas al lecho miometrial, para que queden pérdidas en su lecho; sutura del plano muscular y luego otro plano sero-mio-mio-seroso (esq. 24).

i) extraperitonizamos para que en esta forma el cuerpo sirva como un pesario biológico y el peritóneo lo suturamos a la porción istmica de la cara posterior como en la operación de Halban o de Watkins (esq. 25).

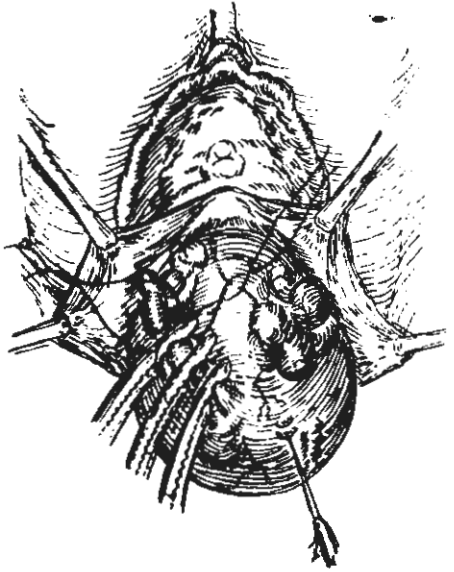
j) Ligeramente relajado el cuerpo, coloco dos puntos a nivel de los cuernos que luego son suturados a los tejidos subyacentes a las ramas del pubis (esq. 26), como en la operación de Watkins, con esto logramos una interposición entre vejiga y vagina, que cura el cistócele.

k) Colpectomía y disección de la fascia de la mucosa. Procedemos a tomar puntos que interesen la fascia y la cara anterior del útero restante (fascio-metrorrafia). Terminamos por una colpografía a puntos separados que no deje espacio muerto, recubrimos el cuello con puntos de Stunderford.

*Resultados estadísticos.*—En todas nuestras operadas no hemos observado trastornos consecuentes a esta intervención. El índice de morbilidad es bajo, estas pacientes acusan algunas veces trastornos de la micción, como disuria y polaquiria que con tratamiento médico cede. En otras hemos observado pequeñas pérdidas de sangre, que han sido controladas fácilmente. Tenemos 0 de mortalidad con este tipo de operación. El levantamiento es precoz.



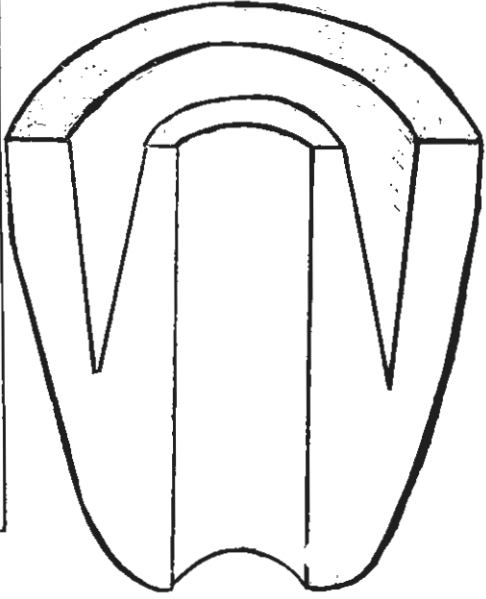
20



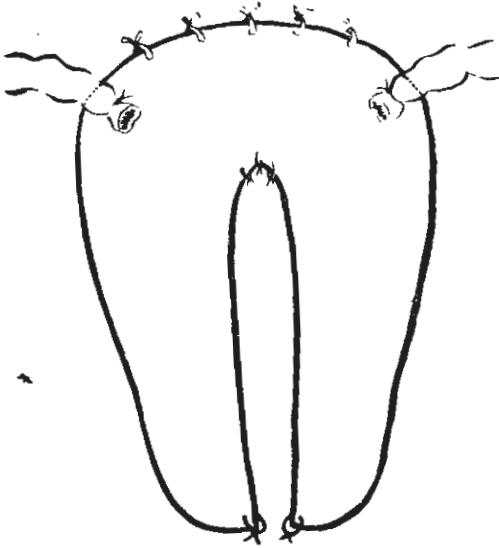
21



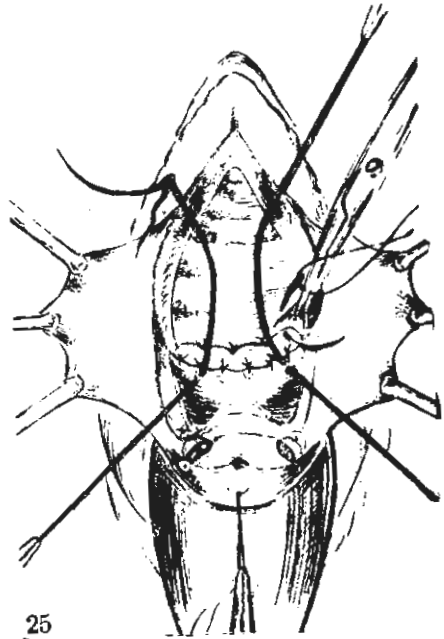
22



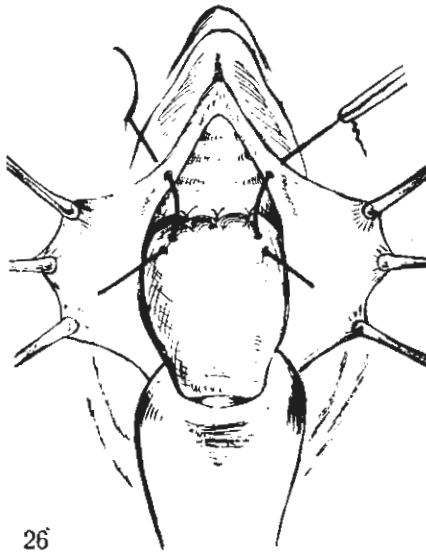
23



24



25



26

Nuestra estadística alcanza un total de 38 operadas, en su mayoría de clientela particular. Los casos para esta cirugía tiene que ser bien seleccionados.

Histerectomía vaginal.—(3) (8), (9), (11), (12), (13), (14), (16), (22), (29), (30), (31), (32), (33), (34).

Indicamos la Histerectomía vaginal para aquellos casos de prolapso genital en que necesariamente la exeresis del útero es indispensable.

La histerectomía sola no cura el prolapso,, debe hacerse la reparación plástica vaginal a expensas de todos los elementos de sosten y suspensión para conseguir que los reultado anatómicos sean satisfactorios. Preconizamos la disección previa de la vejiga antes de extirpar el útero. Las lesiones malignas asociadas al prolapso, siempre que no tengan contraindicación las tratamos por histerectomía vaginal. En todos nuestros pacientes la plástica fué hecha a la vez que la histerectomía. También podemos manifestar que esta es una operación de poco riesgo y contamos en nuestra estadística con un bajo índice de morbilidad y mortalidad.

La técnica que ejecuto es la de Campbell y como muy bien lo dice el autor su mayor preocupación es la de conservar y fijar el ligamento cardinal de manera de poder ofrecer un soporte sólido a las estructuras restantes, a este procedimiento he adoptado algunos lineamientos de otras técnicas, que no llevan otra finalidad que reforzar las sólidas estructuras en las que se basa el procedimiento de Campbell.

a) Incisión en T invertida, disección de los coljagos vaginales, con rechazo de la vejiga a nivel del septun supra-vaginal, ligadura y sección de los pilares. Visualización del pliegue vesico uterino. Trazamos la incisión alrededor del cuello circundándolo por completo, remangamos la mucosa para darle bastante vuelo, esto nos permite visualizar los ligamentos útero-sacos y la base de los ligamentos anchos, así como el peritóneo posterior. Llevamos el cuello hacia arriba y abrimos el fondo de saco posterior, (fig. 27).

b) Introducimos el dedo por la brecha peritoneal, identificamos el útero-sacro, lo pinzamos, seccionamos y ligamos (fig. 28). Se recomienda tener presente el ureter. Luego en forma escalonada se toman los otros elementos, aplicando pinzas al ligamento ancho, uterina, ligamentos útero-ovárica, trompa y redondos, sección y ligaduras (fig. 29). Procedemos en igual forma en el lado opuesto. Se extripa el órgano.

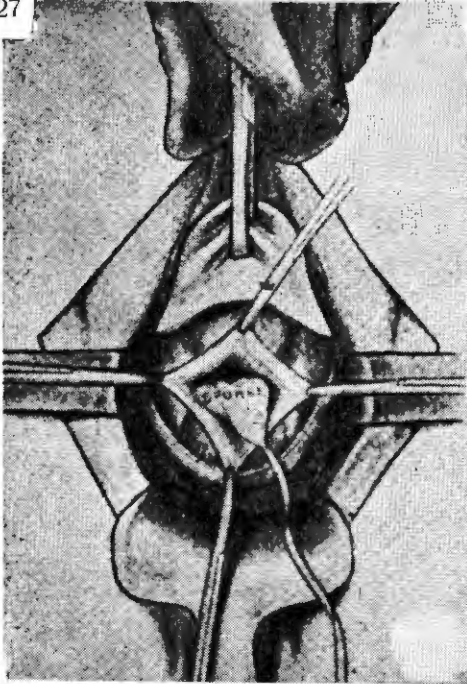
c) Peritonización en bolsa de tabaco, previamente extraperitonizamos los muñones (fig. 30), extirpamos el peritóneo en exceso.

d) Colpectomía parcial y disección de las dos hojas, la fascia y la mucosa vaginal, idéntico que para la operación de Richardson o de Watkins.

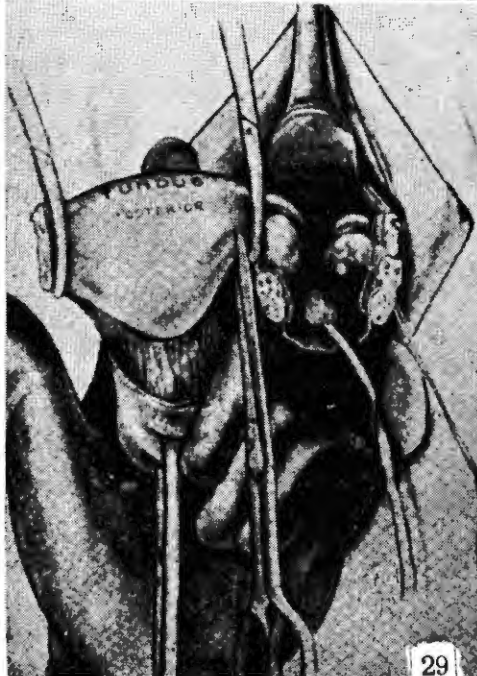
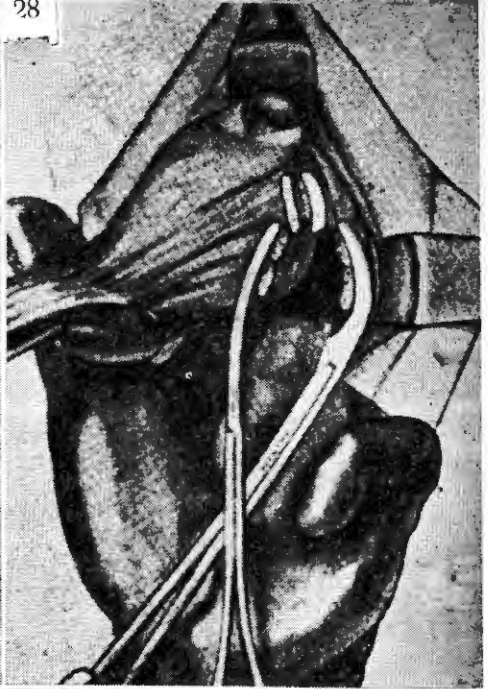
e) Afrontamos los ligamentos redondos, trompa y ovario y los ligamentos anchos, cabo a cabo.

f) Tomamos el útero-sacro de un lado practicando un punto con seda, punto que luego lo conducimos hacia los tejidos subyacentes del arco púbico

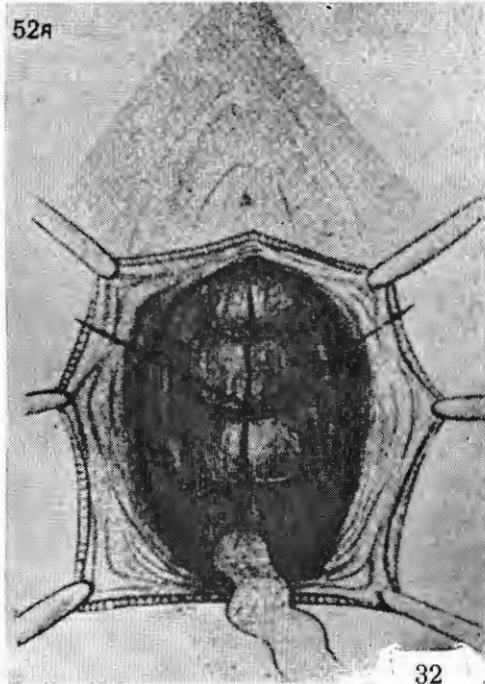
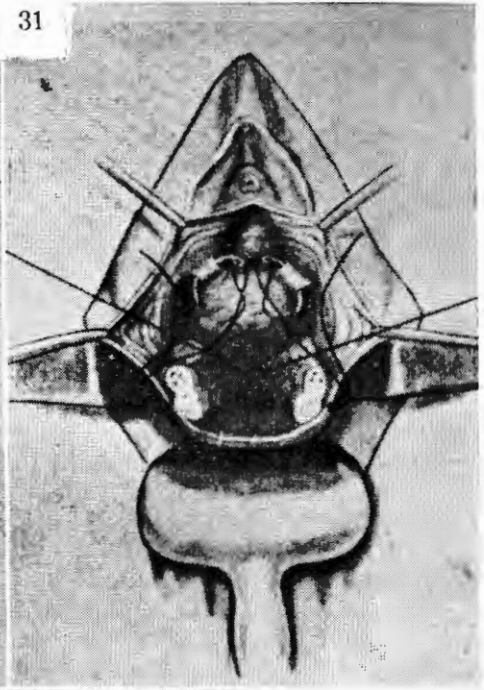
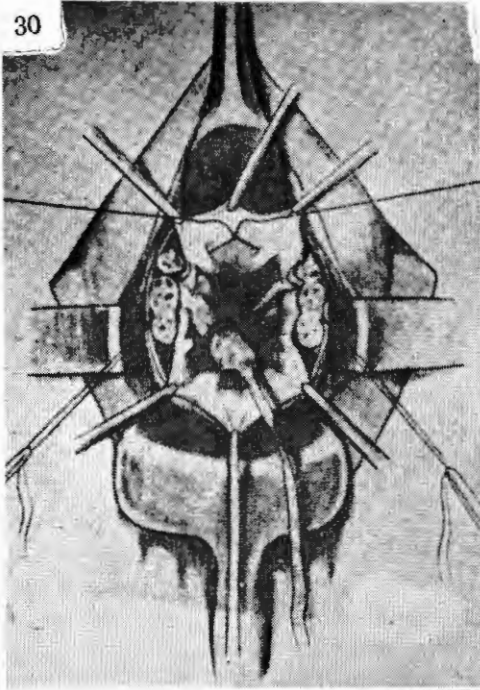
27



28



29



32



(fig. 31), hacemos lo mismo con el lado opuesto y tendremos constituídos dos puntos; luego de anudados los puntos tendremos constituído un buen sostén que refuerzan a las restantes estructuras anaómicas, a continuación se suturan los ligamentos útero sacros entre si (fig. 32).

g) Procedemos aplicar puntos que tomen la fascia de un lado que pasen a interesar los ligamentos útero sacros y enseguida pasa el punto a la fascia del lado opuesto, continuamos haciendo puntos escalonados, con esta modificación obtendremos un lecho más sólido.

h) Colporrafía sin dejar espacio muerto.

*Resultados estadísticos.*—Nuestra experiencia se basa en 17 casos 2.09% del total de enfermos (56), casuística poco numerosa, pero que nos permite hablar de las bondades del método. El índice de morbilidad estuvo caracterizado por pérdida de sangre en algunas oportunidades, elevación de temperatura en otras, cistitis se presentaron en algunos casos, trastornos que fueron subsanados con éxito por la terapéutica moderna.

*Operación de Le Fort.*—(3), (8), (9), (30). Está indicada para las personas de edad avanzada que son portadoras de un prolapso genital y en las que no se quiere conservar una vagina funcional. Esta intervención es de fácil ejecución, puede realizarse con anestesia local, el shock operatorio es mínimo y el índice de morbilidad es reducido. Sus resultados son bastante satisfactorios.

El procedimiento consiste en una colpectomía parcial de las caras anterior y posterior de la vagina y el afrontamiento posterior de estas superficies desnudas. Si existe una marcada alteración del periné es recomendable terminar esta intervención con una Colporrafía posterior con miorrafía de los elevadores. Esta reconstrucción da solidez a la vejiga y deja una vulva cerrada.

Los resultados estadísticos son satisfactorios y la mayoría de los autores señalan un porcentaje de 80% de curaciones. Nuestros casos son 9 que es el 1.06% del total de los casos.

*Operación de Labhardt.*—(3), (9), (23). Basado en las múltiples observaciones de que la operación de Le Fort produce incontinencia de orina debido a que ejerce tracción la pared vaginal posterior sobre la anterior por estar íntimamente unida a la uretra y trigono y que en muchas estadísticas se señala un índice de mortalidad de 6.2%, 8.4% y 3%, al autor ha tratado de solucionar el problema recomendando su procedimiento cuyo fundamento es una colpoperineocleisis sub-total. Con esta técnica se crea un periné bien alto que permite retener el Cistocele sin atacarlo directamente.

Para Nicholson esta técnica es tan complicada como la anterior. Nosotros nos abstenemos de hacer comentarios sobre el procedimiento, ya que nuestras cifras (0.8%), no nos permiten sacar conclusiones.

*Operación de Bumm-Schaeffer.*—(3), (9), (33). Todos los ginecólogos están de acuerdo en que este es el procedimiento indicado para aquellos casos

de prolapso de las nuligestas, ya que las marcadas lesiones de las estructuras anatómicas no permiten una intervención vaginal. Poco es lo que tenemos que decir sobre nuestra experiencia con este tipo de cirugía, pensamos que lo que expresan los demás investigadores con más experiencia con estos procedimientos son el resultado de sus investigaciones para valorizar y recomendar la técnica.

*Técnicas para corregir el prolapso post-histerectomías totales o sub-totales.*—(9), (13), (30), (31), (34). El prolapso post-histerectomía es de observación poco frecuente en nuestro medio. El tratamiento queda supeditado a los factores edad, estado general, y función sexual. Cuando existe una contraindicación quirúrgica el pesario es la medida terapéutica más aconsejable; sin embargo puede presentarse casos en que las lesiones anatómo-patológicas son de tal magnitud que el pesario no soluciona el problema, para estos casos se han creado técnicas, como, la colpocleisis de Conile (11) que permiten operar con el mínimo de riesgo.

Cuando la paciente no tiene interés por conservar una vagina funcional, es recomendable los procedimientos de Le Fort o de Colpocleisis total.

Es posible encontrarse frente a casos de prolapso con muñón restante y donde hay interés de conservar la función sexual, cuando se presentan estas situaciones los cirujanos se valen de una serie de recursos técnicos aprovechando de los procedimientos descritos anteriormente, tales como el Curtis, Manchester, Watkins. En dos casos nuestros, pude resolver con éxito este trastorno en la siguiente forma: primero practique una amputación del cuello a lo Stunderford y terminé la intervención a lo Watkins, haciendo una interposición.

La evolución inmediata y alejada de estos dos casos han sido satisfactorios. En muchas oportunidades esta variedad de prolapso se puede presentar en mujeres vírgenes, razón para que se recomienden procedimientos de suspensión abdominal o vaginal.

Debemos mencionar que existen varias técnicas ideadas para corregir este tipo de prolapso, siendo las más importantes, la técnica de Mille que se realiza por vía vaginal, suspendiendo la vagina mediante suturas de los ligamentos útero-sacros y la técnica de Brady y Ward que fijan la vagina por vía abdominal.

*Técnicas para corregir la incontinencia de orina de esfuerzo asociada con prolapso genital.*—(2), (19), (20), (30). Es de gran interés referirnos a la Incontinencia de orina en relación con el prolapso genital. Primero por los serios trastornos de orden psíquico que se pueden presentar en las pacientes. Segundo, porque en el momento actual se cuenta con una serie de recursos, tales como los métodos de diagnóstico que permiten dar una mejor orientación terapéutica, que se traduce en un elevado índice de resultados satisfactorios.

Solo voy hacer una breve exposición sobre el método de diagnóstico que nos ha deparado éxitos en nuestro plan terapéutico, me refiero a la Uretrocistografía. Actuamos en la siguiente forma: Inyectamos una solución de 75. c. c. de yoduro de potasio más 75 c. c. de agua más Lipiodol 10 c. c., se ha agregado el Lipiodol con el fin de obtener un mejor contraste del fondo vesical. Luego procedemos a introducir una cadena metálica y tomamos las diferentes placas, con este procedimiento nos ha permitido tomar las medidas con mayor facilidad. Las placas que tomamos son dos de frente y de perfil, en reposo y al esfuerzo, en esta forma podemos precisar las diferentes modificaciones del ángulo véstico uretral y de la vejiga.

Los fundamentos de esta cirugía son la elevación del cuello vesical, la restauración del ángulo vesico uretral y la desaparición del cono o embudo.

Las operaciones más recomendadas son las operaciones con Cincha y las operaciones vaginales de Kelly y Kennedy.

*Datos estadísticos.*—De nuestro grupo (569 casos) hemos estudiado 12 casos, practicando el método diagnóstico de Uretrocistografía y la operación de Kelly y Kennedy o sea el 2.01% del total. Los resultados son satisfactorios desde el punto de vista clínico, ya que refieren que la sintomatología de incontinencia ha desaparecido. En lo que se refiere a los resultados radiológicos de control los resultados son satisfactorios para 6 casos en que la reconstrucción del ángulo se ha logrado; otros 4 no han sido controlados post-operatoriamente con el estudio radiológico y en dos no se ha conseguido recuperación controlada por radiología pero si clínica.

### CONCLUSIONES

- 1) Para realizar un correcto tratamiento del prolapso genital es conveniente tener un profundo y cabal conocimiento de las diversas estructuras anatómicas.
- 2) El tratamiento de elección es el quirúrgico y de preferencia la vía vaginal.
- 3) La orientación en la elección del método operatorio nos lo dará la misma paciente 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.
- 4) Las normas para el pre-operatorio están supeditadas a la edad y a las condiciones generales de la paciente, y en el post-operatorio se guiarán de acuerdo a la intervención practicada.
- 5) Nuestra experiencia nos permite aconsejar la utilización de las diversas técnicas conocidas y nos limitaremos a una sola de ellas.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahumada, J.C.—Tratado de Ginecología.— Buenos Aires, Argentina.
2. Arenas, Normando.—La importancia de la Cisto-uretrografía en el Tratamiento de la Incontinencia de Orina.— Rev. de Ginecología (Lima).— No. 4.— 1957-
3. Belloso, R.—Prolapso Genital.— Relato.— 1945.
4. Bacon, H.E.—Anac Recto Colon Sigmoideo.— Págs. 439 y 441.— Año 1942.
5. Bedoya, M.—Congress Jubilar de Gynecologie.— Junio, 1951 y Revista del Vier- nes Médico.— Vol. III.— No. 1.— 1952.
6. Burch.— Lavelly.—Hystectomy.— Cap. V.B. Técnica Vaginal de Histerectomía.
7. Cirio, C.R.—Bol. Soc. Obst. y Gyn.— Buenos Aires.— 735.— 1940.
8. Cádiz, R.—Prolapso Genital.— II Jornadas Chilenas de Obst. y Gyn.— 1947. Pág. 242.
9. Cruz, H.—Prolapso Genital.— II Jornadas Chilenas de Obs. y Gyn.— 1947.— Pág. 181.
10. Curtis.—Ginecología.— Cap. I.— 1941.
11. Connill.—Ginecología.— Pág. 479.
12. Di Paola, G. y Guzmán.—Histerectomías vaginales.— La Prensa Médica.— Vol. XLIII.— 1956.— Pág. 813.
13. Diamant, Berger.—Tratamiento de los prolapsos consecutivos y las histerecto- mías.— Comptes Rendus de la Sec. Francaise de Gynecologie.— No. 2.— 1955.
14. Edwards, E.—Histerectomía vaginal.— Progresos de Ginecología, J.V. Meigs y Sturgis.— 1958.— Pág. 768.
15. Fox y Ibarbriá.—Ginecología.
16. Firpo y Perea.—Histerectomía vaginal.— Bol. de la Soc. de Obst. y Gyn.— No. 492.— 1955.— Pág. 401.
17. Halban y Seitz.—Biología y Patología de la mujer.— 1931.
18. Hunter, M.D.—La intervención de Manchester.— Progresos de Gyn.— J.V. Meigs y Sturgis.— 1958.— Pág. 733.
19. Hilesmaa, V.—Incontinencia urinaria.— Sinop. Obst. Gyn.— T.V.— No. 5.— 1958.— Pág. 542.
20. Englishi, J.—Incontinencia de Orina.— La Prensa Médica.— Vol. 45.— No. 18.— 1958.— Pág. 1808.
21. Malpas, P.—Elección de la técnica pa aprolapso genital.— Progresos en Gi- necología.— J.V. Meigs y Sturgis.— 1958.— Pág. 754.
22. Morales, M. y Chasse.—La histerectomía vaginal en el tratamiento del pro- lapso genital.— Rev. de Obst. y Gyn.— L.A.— 1952.— Pág. 36.
23. Nicholson, E.—La colpectomía como tratamiento de ciertos casos de prolapso.— Bol. Soc. Obst. y Gyn.— B. Aires, 1935.
24. Novack, E.—Ginecología.— Cap. 18.— 1952.
25. Pehan and Amreich Ope. Gynecológica.— 1934.
26. Provenzano, S.—Cirugía Conservadora en el mioma uterino.— Pág. 105.— 1942..
27. Rojas, A.—Cáncer del cuello y prolapso genital.— Tesis.— 1956,
28. Stoeckel.—Tratado de Ginecología.
29. Tapfer, S.—Las operaciones Ginecológicas Regladas.
30. Te, Linde.—Ginecología Operatoria.— Cap. 7.— 1956.
31. Thon, Charles.—Tratamiento quirúrgico del prolapso útero vaginal.— Journal International College of Surgeon.— Vol. 29.— 1958.— Pág. 186.
32. Warton.—Ginecología.— 1950.
33. Zuckermann, C.—Conducta terapéutica de los prolapsos genitales.— Rev. Es- pañola de Obst. y Gyn.— Tomo XVII.— No. 100.— 1958.— Pág. 179.
34. Zunino, Franzani y Orsini.—Tratamiento del prolapso del muñón cervical por vía vaginal.— La Prensa Médica.— Vol. XLIV.— No. 16.— 1957.— Pág. 1226.