

*B.—Creación de una nueva zona de fijeza uterina, que alivie el peso que los ligamentos vencidos soportan.*

Esto se consigue por medio de la *ventri-fijacion* ó *histeropexia abdominal*.

Los procedimientos de láparo-histeropexia, son variadísimos. KEBERLÉ, KLOTZ, OLSHAUSEN y PANGER, KELLEY, LEOPOLD, CZERNY, TERRIER, CANEVA, KALTENBACK, ASSAKY, POZZI y LEGUEU, han descrito procedimientos diversos de histeropexia abdominal.

Estas distintas operaciones pueden dividirse en dos grandes grupos: *histeropexias abdominales extra-peritoneales*, CANEVA, KALTENBACK, KELLY, etc., é *histeropexias abdominales, intra-peritoneales*, POZZI, TERRIER, LEGUEU, etc.

Estas últimas ofrecen tres grupos importantes:

- I. *Procedimientos de fijación indirecta.*
- II. *Procedimientos de fijación lateral del útero,<sup>1</sup> y*
- III. *Procedimientos de fijación directa y mediana del útero.*

Los procedimientos del primer y segundo grupo van siendo abandonados, más y más, en beneficio de los del tercer grupo.

He aquí cómo procedo yo:

Después de haber abierto el vientre en una pequeña extensión, busco el fondo del útero, que un ayudante ha elevado por medio de mi sonda vaginal, y lo atravieso por medio de una aguja gruesa que lleva una asa de seda fuerte.

Por medio de esta asa de seda, tiro del útero y lo traigo hasta colocar su fondo y parte de su cara anterior, en el ángulo inferior de la incisión abdominal.

Con una aguja y seda finas, suturo el borde peritoneal de la pared contra el peritoneo visceral del útero: sobre el fondo procuro que esta sutura quede algunos milímetros adentro de las inserciones tubarias.

1C. BECK.—XII Cong. Moscou.—Incisión en la línea media, se toma el fondo del útero y se saca fuera de la cavidad abdominal; acto seguido se busca uno de los ligamentos, se le aísla mediante dos incisiones superficiales de 50 m. m. de anchura y que arranca á 12 m. m. del origen uterino del ligamento, se le separa mediante una sonda acanalada; se extrae esta porción de ligamento con una aguja de aneurisma y en seguida se cosen los bordes del peritoneo, de manera que el ligamento cabalque sobre éste; se sigue suturando por abajo las aponeurosis y los músculos sobre los cuales se cose el ligamento, después se cose la piel como de costumbre. Se puede repetir sobre el otro ligamento, pero basta comunmente con un lado; la versión lateral carece de importancia. Tres casos con éxito.

De cada lado de la incisión parietal coloco tres ó cuatro gruesos puntos de catgut, que comprenden la aponeurosis abdominal, y profundamente el tejido uterino.

Hacia el fondo del útero y hacia el límite inferior de la zona que procuro fijar al vientre, paso dos hilos gruesos de seda que comprenden la piel, todo el espesor de la pared abdominal, y parte del cuerpo del útero.

Estos hilos no los anudo inmediatamente, sino que las extremidades, fijas en pinzas, quedan á uno y otro lado del campo operatorio.

Cierro el resto de la herida peritoneal en el ángulo superior de la incisión y comienzo la sutura, por planos, en el mismo ángulo superior. Al llegar al nivel del cuerpo del útero, suspendo un momento la sutura, para decorticar rápidamente, con bisturí ó tijeras, la zona uterina comprendida entre las suturas del peritoneo parietal, que se colocaron antes, y luego continúo mi sutura músculo-aponeurótica, tomando con la aguja pequeñas porciones de la superficie avivada y sangrienta del cuerpo del útero.

Súto la piel con crin de Florencia y termino la operación anudando sobre pequeños rollos de gasa yodoformada, los cabos de los hilos de seda gruesa que unen el útero y todo el espesor de la pared.

La enferma permanece en cama tres ó cuatro semanas: al cabo de este tiempo la ventri-fijeza del útero está suficientemente sólida.

### II.—Recursos terapéuticos en los prolapsus de desviación.

Obrando sobre las retro-desviaciones del útero, es como tienen influencia estos medios sobre el prolapsus.

Comprenden, pues, todos los procedimientos aconsejados contra las retro-desviaciones uterinas, que son:

- I. *Pesarios.*
- II. *Operación de ALQUIÉ—ALEXANDER—ADAMS.*
- III. *Metro-elitrorrafia.*
- IV. *Colporrafias.*
- V. *Vagino-fixaciones.*
- VI. *Colpo-histeropexia pélvica posterior.*
- VII. *Láparo-histeropexia.*
- VIII. *Operación de RELLY y*
- IX. *La histerectomía.*

En un caso notable, el Dr. GUSTAVO PAGENSTECHE, de San Luis Potosí, recurrió con éxito á la *colpopexia rectal*; obstruyendo el fondo de DOUGLAS, corrigió una retro-versión acentuada y curó así á una enferma de prolapsus uterino por desviación.

El análisis detenido de todos estos medios, corresponde al estudio de la retro-versión uterina, y no nos ocuparemos de ellos en este lugar.

### III.—Recursos terapéuticos en los prolapsus de debilidad.

Este grupo es el que posee un número mayor de procedimientos y el que ha sido más estudiado y explotado por todos los autores de Ginecología.

No me ocuparé, ni de la *episiiorrafia*, ni de la *infibulación* por medio de un anillo metálico, ni de la *cauterización* de la vagina, ni de ninguno de aquellos procedimientos que si en un tiempo fueron recomendados, hoy están en el olvido más completo.

Estudiaremos los recursos verdaderamente útiles, y nuevos si los hay, que permitan obtener sólidos y seguros resultados terapéuticos.

Para ordenar este estudio clasificaremos estos recursos en

- I. *Operaciones sobre la vagina*
- II. *Operaciones sobre el perineo y*
- III. *Operaciones colpo-perineales.*

Véamos aisladamente estas operaciones:

#### I.—Operaciones sobre la vagina.

COLPOPEXIAS.—Desde los trabajos de PEAN, relativos á la fijación de la vagina sobre las paredes de la excavación pélvica, los autores se han preocupado por la elevación mecánica de la vagina: La *colpo-cistorrafia* de BYFORD, es la sutura de la vagina, sobre la pared abdominal, al través de la región inguinal.

GOUBAROFF y DELBET han propuesto medios particulares para obtener la elevación y sostenimiento de la vagina, preocupándose el primero por la consolidación del perineo y presuponiendo el segundo una histerectomía anterior.

Pero en tesis general, no son muy recomendables las colpopexias y sus resultados; aun en manos de sus propagandistas, no han sido favorables hasta hoy.

En cuanto á la *colpopexia rectal* de PAGENSTECHEER, ó *retroflexión rectal del fondo de saco posterior*, como su mismo autor la designa, aun no cuenta con estadística suficiente; y si bien es cierto que se ha publicado un caso feliz, no puede clasificarse aún entre los procedimientos experimentados y de confianza.

Como un medio indirecto de fijar la vagina á la pared abdominal, algunos autores, VLACCAS, DUMORET, TUFFIER y otros, no han vacilado en suturar la vejiga sobre los tegumentos de la región hipogástrica, realizando así una verdadera *cistopexia*. La *cistopexia* puede ser una operación complementaria de la *histeropexia*.

PROCEDIMIENTO DEL PROF. LAROYENNE PARA LA CISTOPEXIA.—Comprende cinco tiempos:

1<sup>er</sup> TIEMPO: Desinfección del campo operatorio. Dilatación de la uretra y lavado de la vejiga.

2<sup>o</sup> TIEMPO: Colocación de la enferma en la postura de TRENDELEBURG.

3<sup>er</sup> TIEMPO: Laparotomía, introducción de un dedo en la vejiga, que se levanta hasta encima de la sínfisis del pubis.

4<sup>o</sup> TIEMPO: Paso de las agujas<sup>1</sup> al través de los tegumentos y de la pared vesical, guiadas por el dedo introducido en la vejiga.

5<sup>o</sup> TIEMPO: Se retiran una á una las agujas y se ligan los hilos fijadores de la vejiga.—Sutura superficial con catgut.

PROCEDIMIENTO DE D. LOWSON PARA LA CISTOPEXIA.—Incisión abdominal mediana hasta descubrir el *fascia* sub-peritoneal: los bordes de la herida se separan fuertemente, mediante dos ganchos poderosos.

Incisión peritoneal transversal, de cerca de 3 centímetros, colocada á igual distancia de la sínfisis y del ombligo. Sobre cada una de las extremidades de esta incisión transversal del peritoneo, se comienzan nuevas incisiones peritoneales, que se llevan hasta los lados de la vejiga. El colgajo así circunscrito, encierra los ligamentos vésico-púbicos y el uraco: tirando sobre este colgajo se levanta la vejiga, con tanta más facilidad, cuanto que

<sup>1</sup> *Aiguilles-broches*, LAROYENNE, *La Gynecologie*, 1898, p. 275.

## CLINICA QUIRURGICA.

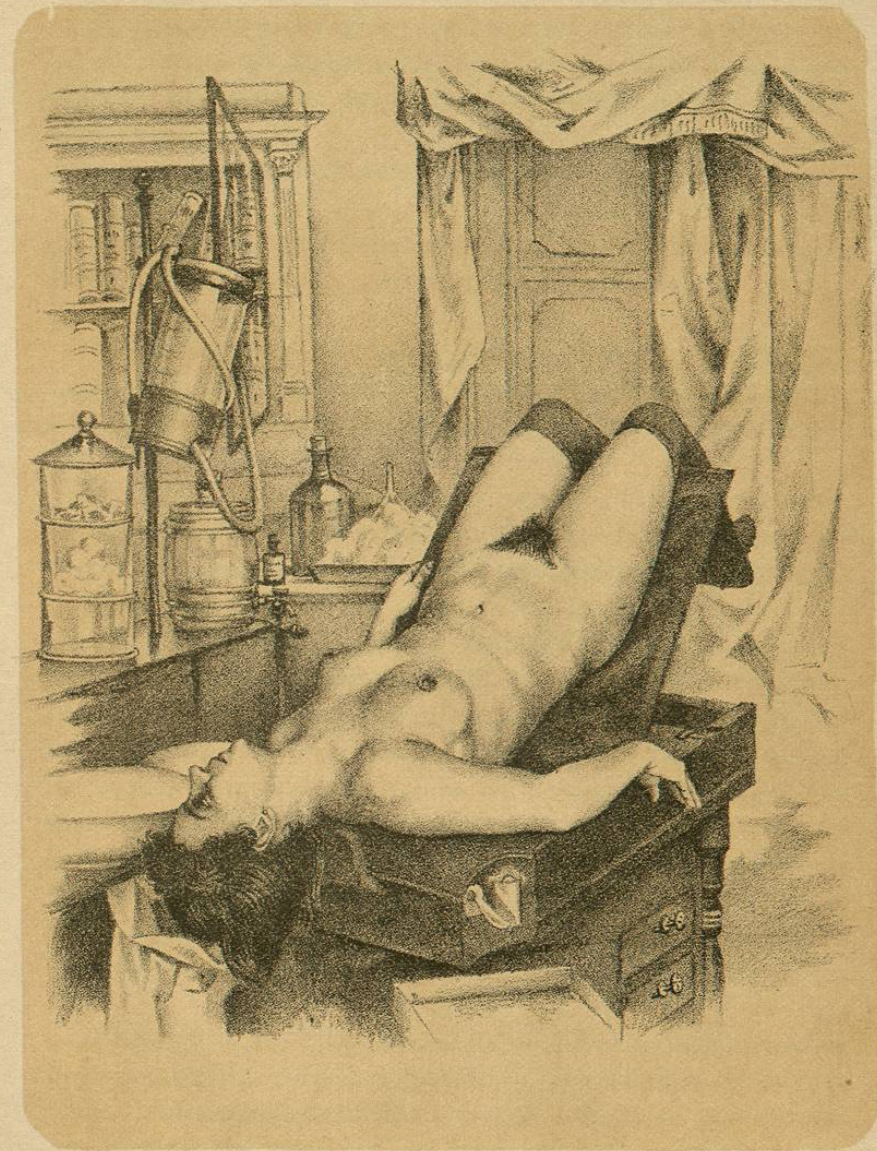


Fig. 44.—Posición de Trendelenburg, para las operaciones ginecológicas abdominales.

se han aflojado previamente con el dedo sus conexiones con el pubis, y se sutura el uraco y los ligamentos vésico-púbicos sobre la aponeurosis abdominal y los músculos rectos, en el punto más alto que se desee. La vejiga puede subirse así, á voluntad del operador.

Sutura abdominal con catgut y crin de Florencia.

La cistopexia suspende la vejiga; pero no impide en el mayor número de los casos, la continuación de la colpocele anterior.

COLPECTOMIA.—MÜLLER, ginecólogo de Berna, ha recurrido á un procedimiento nuevo para la curación del prolapsus uterino, y desde 1896 á la fecha, cuenta con ocho observaciones, seguidas todas de éxito. He aquí cómo procede:

Después de haber traído el útero fuera de la vulva, traza sobre las paredes vaginales una incisión en forma de rombo, cuyo eje mayor está dirigido desde el meato urinario hasta el perineo: el cuello del útero representa el centro de este rombo. Todo el colgajo vaginal circunscrito por el trazado de la incisión, se disecciona cuidadosamente y se quita: resulta una vasta herida, en el centro de la cual se encuentra el útero. Este se rechaza fuertemente hacia el fondo de la vagina, y sobre el útero mismo se reúnen los bordes correspondientes de la herida vaginal, por medio de suturas con catgut fuerte: el útero desaparece totalmente. Queda en realidad excluido de la cavidad vaginal, por una especie de cápsula cicatricial limitada por las líneas de sutura. La vagina se halla transformada en una pequeña cavidad de tres ó cuatro centímetros de extensión.

OPERACION DE FREUND.—FREUND ha propuesto estrechar la vagina por una serie de hilos colocados en su espesor y susceptibles de desarrollar una inflamación intersticial que termine por la retracción cicatricial del conducto. He aquí su técnica:

Comienza por colocar una sutura circular, en jareta ó bolsa, muy cerca de las inserciones vaginales del cuello, con alambre fino de plata: al apretar la sutura, la vagina se frunce, el cuello uterino se eleva y queda abajo de él un anillo vaginal estrecho. Se procura no apretar demasiado la sutura, á fin de no obstruir la luz del canal.

Hecho esto, se coloca á 2 ó 3 centímetros abajo de esta sutura otra análoga: al apretarla, sube un poco más el útero.

De la misma manera se van colocando una tercera y cuarta

series circulares de suturas vaginales, que al irse frunciendo alzan más y más el útero y reducen el diámetro del canal. El último hilo se coloca en la entrada de la vagina, á fin de estrechar el orificio vulvar.

Este procedimiento ha sido empleado, también con éxito, por CHAPUT y por GÆZTIG.

**OPERACION DE L. LE FORT.**—LEÓN LE FORT ha tenido la idea de aumentar la solidaridad y resistencia de la columna vaginal, uniendo las paredes anterior y posterior, mediante una faja ancha de cicatriz. Se procede de la siguiente manera:

Sobre las caras anterior y posterior de la vagina, comenzando lo más cerca posible de la vulva, se trazan dos colgajos homólogos de 5 á 6 centímetros de longitud, por 1 ó 1½ centímetros de latitud. El avivamiento de estas superficies debe ser muy superficial, á fin de no debilitar la fuerza de los tejidos en este nivel.

El útero se introduce en el canal, el avivamiento posterior afronta con el anterior y sus bordes y superficies se reúnen por suturas metálicas: la sutura se hace del útero á la vagina, y á medida que se avanza, la matriz se eleva hasta quedar apoyada sobre una columna de suturas que más tarde será una cicatriz dura y resistente.

La vagina queda dividida en dos canales pequeños, por un tabique de cicatriz intermediario.

**COLPORRAFIA ANTERIOR Ó ELITORRAFIA.**—GERARDIN, en 1835, ideó esta operación, que ha sido vulgarizada y modificada por SIMS, EMMET, HEGAR y DOYEN. Hoy la elitrorrafia es una operación que se ha hecho clásica.

Como su nombre lo indica, esta operación es una resección parcial de la pared anterior de la vagina, con sutura consecutiva de la herida.

SIMS daba al colgajo la forma de una herradura de vértice agudo, dirigido hacia la uretra. EMMET dió á la herida la forma de una cuchara de albañil; y mientras HEGAR recomienda la de una elipse de curvatura superior muy roma, DOYEN y DOLÉRIS, hacen un triángulo de base posterior.

El procedimiento más sencillo y rápido es el de DOYEN. He lo aquí:

El cuello uterino se toma con una pinza y se abate fuera de la vulva.

Una incisión en V, de vértice anterior, alcanzando adelante el

meato urinario y atrás los límites extremos de la superficie por avivar, se traza al bisturí.

El ángulo anterior asido con una pinza de garras, se desprende con el bisturí de los tejidos peri-uretrales, á los que se adhiere íntimamente. El desprendimiento se prolonga á derecha é izquierda, hasta alcanzar el tabique vésico-vaginal verdadero. Este colgajo flotante se toma por medio de una pinza de anillos y se desprende en algunos instantes con los dedos, la pared vaginal anterior, de la vejiga, hasta las cercanías del cuello uterino. La mucosa vaginal se aísla á derecha é izquierda, en todo el contorno de la incisión y se procura no cortar el colgajo, sino dejando un margen de vagina de 5 ó 6 milímetros, en el ángulo diedro formado por el desdoblamiento del tabique vésico-vaginal. Se obtiene así, para la sutura, dos verdaderos colgajos vaginales, que permiten la aplicación de una sutura sólida y capaz de sostener el fondo vesical plegado y rechazado hacia la cavidad de la vejiga.

Algunos autores, al ejemplo de LEJARS, antes de suturar los bordes cruentos de la vagina, hacen una sutura profunda, plegando hacia adentro la pared inferior de la vejiga, y dando así menos tensión á los tejidos comprendidos en la sutura superficial de la vagina.

STOLTZ y MUNDÉ, emplean otro procedimiento de sutura vaginal. Una vez terminado el avivamiento, pasan en los contornos de él, á cuatro ó cinco milímetros del borde, una sutura periférica, en jareta: al apretarla, fruncen la herida como una bolsa, rechazan la vejiga hacia adentro y obtienen una cicatriz circular, especie de ombligo, en vez de la cicatriz lineal de los otros autores.

Sea cual fuere el procedimiento de colporrafia anterior que se siga, la superficie del avivamiento tiene que ser muy amplia para que sea suficiente.

**COLPORRAFIA POSTERIOR.**—Hay que distinguir dos casos:

1º El perineo está ileso.

2º El perineo está más ó menos desgarrado.

Si el perineo está ileso, el avivamiento vaginal se detiene en la horquilla; si está desgarrado, se combina la colporrafia con la perineoplastia.

El avivamiento posterior para la colporrafia debe ser ancho, al nivel del cuello y al nivel de la horquilla, y muy angosto en el centro. Ha de tener la forma de dos triángulos unidos por sus vértices truncados. Una base está en el cuello uterino, la otra en la horquilla. (MARTIN, DOLÉRIS.)