

HISTERECTOMIA VAGINAL EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL

Técnica de Campbell modificada

MARIANO G. BEDOYA *

INTRODUCCION

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 se recurre a procedimientos ortopédicos.

Los ginecólogos están de acuerdo en 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.

La edad y las condiciones generales de la paciente, la variedad de prolapso y las lesiones asociadas, son factores que imprimen una orientación en la evaluación de los procedimientos quirúrgicos.

Así, en las pacientes pre-menopáusicas o menopáusicas, con prolapso totales, que han perdido toda posibilidad de una reposición normal, y/o con lesiones asociadas, y/o cuando la única posibilidad de abordar las estructuras que van a servir de plástica hacen necesaria su exéresis, yo recomiendo la histerectomía vaginal con la técnica preconizada por A. D. Campbell.

La histerectomía vaginal a través de todos los tiempos ha ocupado un lugar destacado y a la vez discutido entre los procedimientos qui-

* Este es un extracto de la tesis que el autor presentara, en marzo de 1963, para optar el título de Doctor en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

rúrgicos para el tratamiento del prolapso genital y después de alternados cambios esta asumiendo hoy, con la nueva orientación impresa a la cirugía ginecológica, posición de predominio en la directiva de muchas escuelas.

Inspirado en esie nuevo criterio es que comencé a trabajar con la técnica ideada por A. D. Campbell, procedimiento que tiende fundamentalmente a crear un sólido soporte de las estructuras restantes. A esta técnica le he complementado otros lineamientos, con la finalidad de reforzar las sólidas estructuras en las que se basa el procedimiento de Campbell, y cuyos resultados han sido ampliamente satisfactorios.

Durante mucho tiempo los especialistas pensaron que la histerectomía vaginal para el tratamiento del prolapso genital, era una intervención inútil.

Sostenían los investigadores, que si el útero es la llave del piso pelviano y la distopía como consecuencia de la insuficiencia total de los elementos de contención, representados por el piso pelviano y el diafragma urogenital, la eficacia de la terapéutica derivará de la reposición del útero a la correcta posición de anteflexión y en la reconstrucción del piso pelviano y el diafragma urogenital.

BERTINO (67), en el Congreso de Obstetricia de Bari en 1933, decía lo siguiente: "que la conservación del útero no pone al reparo de la recidiva, sino la reconstrucción exacta del piso pelviano que se puede hacer con exactitud y eficacia, aunque se haya extirpado el útero".

La experiencia adquirida en los últimos tiempos por destacados especialistas, ha demostrado irrefutablemente una mayor preferencia por la histerectomía vaginal. Con tal objeto, los ginecólogos han ideado varias técnicas que tienen todas un mismo fin, cual es reconstruir el sólido plano de sostén de los órganos pelvianos, cerrando el hiatus urogenital, impidiendo el prolapso de la vejiga y evitando el acortamiento de la vagina, al mismo tiempo que efectuando la reconstrucción plástica de la cara posterior de la vagina y la cuña perineal.

TECNICA DE LA INTERVENCION

Antes de describir la técnica operatoria, me parece oportuno dar a conocer en forma resumida y en el orden cronológico en que suceden, los diversos tiempos de esta operación.

1. Preparación del campo operatorio. Incisión de las paredes vaginales.

2. Preparación de un manguito o capuchón al cuello uterino. Decolamiento de la parte anterior de la vagina y de su pared posterior.
3. Disección y decolamiento de la vejiga y sección y ligadura de los pilares vesicales.
4. Celiotomía posterior.
5. Resección parametrial. Celiotomía anterior. Sección y ligadura de los pedículos —redondo, trompa y útero ovárico—.
6. Repetir el tiempo quinto en el lado opuesto.
7. Eventual ooforo-salpingectomía.
8. Peritonización y extraperitonización de los pedículos.
9. Fijación de los pedículos —redondo, útero ovárico y trompa— a la línea media.
10. Transformación de los úteros sacros a útero-púbicos y su aproximación.
11. Resección del excedente vaginal. Disección de la fascia de Webster-Fascio-ligamento-fasciorrafía.
12. Reconstrucción de la mucosa vaginal.
13. Colpo-perineoplastia con miorrafia de los elevadores.

Primer tiempo. Se fijan los labios menores al pliegue inguinal de cada lado, y luego se fija a la horquilla un campo estéril, con la finalidad de separar el ano —zona séptica— del resto del campo operatorio. Inmediatamente procedo al pinzamiento del cuello que es atraído lo más abajo posible, mientras infiltramos con suero fisiológico o novocaína al 1/2 por ciento, la pared vaginal. Este artificio facilita el decolamiento (Fig. 1).

Procedo a trazar una incisión longitudinal de la pared anterior de la vagina, esta incisión se inicia a un centímetro por debajo del meato uretral hasta dos centímetros por encima del orificio externo del cuello, prosiguiendo la incisión, trazo una incisión transversal que abarca la cara anterior del cuello. Ambas incisiones toman la forma de una T invertida y deben incluir en el corte la fascia perivaginal.

El ayudante lleva hacia arriba y adelante el cuello uterino y el cirujano completa transversalmente la incisión de mucosa por la cara posterior de la vagina, circundando, de este modo, todo el cuello uterino (Fig. 2).

Esta incisión posterior no debe llegar demasiado alto, debiendo recordarse que además del fornix posterior, de inmediato se halla el Fondo de Saco de Douglas, separados únicamente por el espesor de la pared vaginal y del peritoneo.

La ubicación de la línea de incisión está indicada por el límite entre una zona más posterior de la pared vaginal, con visible plegadura y otra más cercana a la portio y más tensa.

La vagina se encuentra arrugada en la zona comprendida entre los ligamentos utero-sacos que, a veces, pueden ser fácilmente visibles, pero siempre evidenciables por palpación.

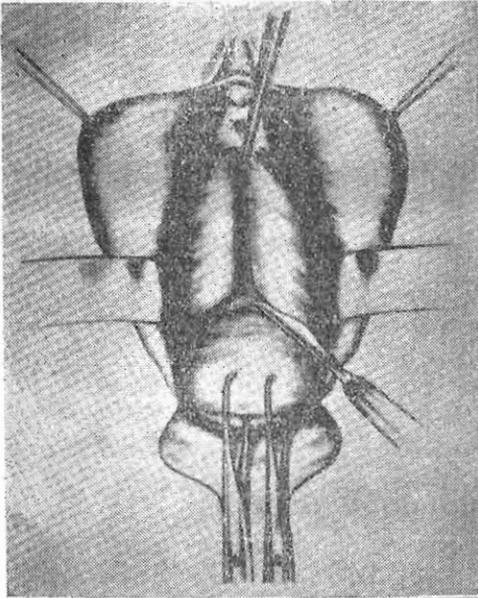


Fig. 1.— Incisión en T invertida de la pared anterior de la vagina.

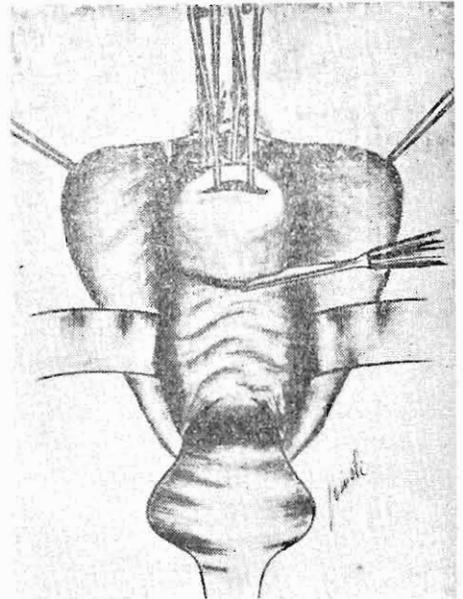


Fig. 2.— Incisión de la pared posterior de la vagina.

Si la incisión es superficial habrá dificultad en la disección, o que sea demasiado profunda y llegue a interesar el músculo uterino, esto aumentará la pérdida de sangre; o también se puede dificultar el acto operatorio al llegar la incisión a las partes laterales del cuello, ya que se puede seccionar algunas pequeñas arterias, dificultad que se soluciona con su ligadura y por fin, podemos encontrarnos con una pared vaginal sumamente irrigada, en cuyo caso la pérdida de sangre puede ofrecer algunas dificultades, que se salvan con una buena hemostasia.

Segundo tiempo. Electuada la incisión se procede a decolar los colgajos de las paredes vaginales que cubren el cuello y que, después

de breve decolaje vienen redoblados y acercados con puntos separados de manera de formar un protector o capuchón al cuello (Fig. 3).

La creación de la capucha excluye eventuales impurezas del canal cervical en la zona operatoria y hay la posibilidad de tener un punto de tracción más seguro y más sólido de las comunes pinzas tirabalas.

Durante toda la intervención la tracción debe ser mantenida constantemente, a fin de facilitar las maniobras de decolaje y modificar las relaciones topográficas con los órganos cercanos facilitando la intervención, como ilustraremos después.

Los hilos deben quedar fijados a una pinza recta.

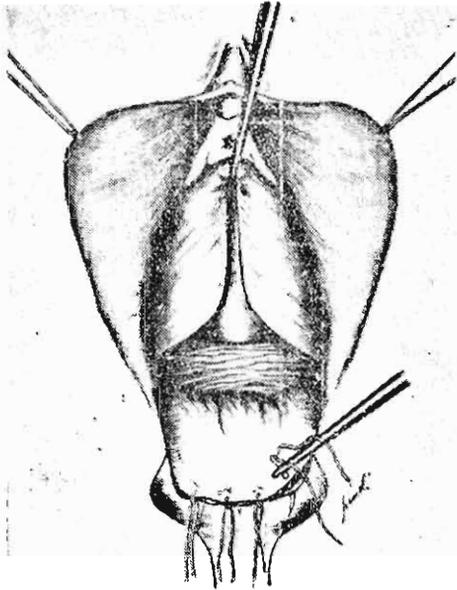


Fig. 3.— Formación del protector del cuello.

Con pinzas de Allis y con bisturí se separan los colgajos de la pared vaginal anterior, unas veces comienzo a disecar por planos, separando la mucosa de la fascia y vejiga y, otras veces, lo más frecuente, practicando la disección conjunta de mucosa y fascia separándola de la vejiga. La disección lateral se completa por vía roma, con una tijera de Mayo curva, o a veces por medio del dedo índice recubierto de gasa, o también con una simple gasa montada en una pinza. Se debe llegar profundamente hasta sobrepasar el borde del útero. Muchas ve-

ces hay necesidad de cortar pequeños tractos fibrosos que impiden la disección. Durante este tiempo se produce a veces una abundante hemorragia, que puede controlarse eficazmente comprimiendo y ligando los vasos que sangran. Aconsejo que la decolación debe continuarse hacia arriba pues así se facilitan los tiempos posteriores (Fig. 4).

Levantando el cuello hacia la sínfisis púbica, se separa por un trefco la pared vaginal posterior de sus conexiones cervicales con golpes

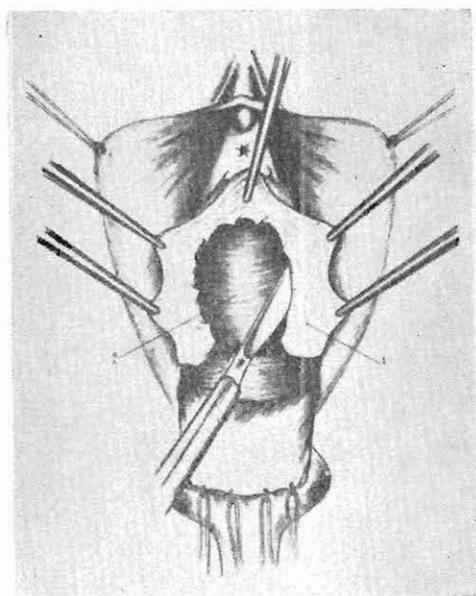


Fig. 4.— Disección de los colgajos vaginales.

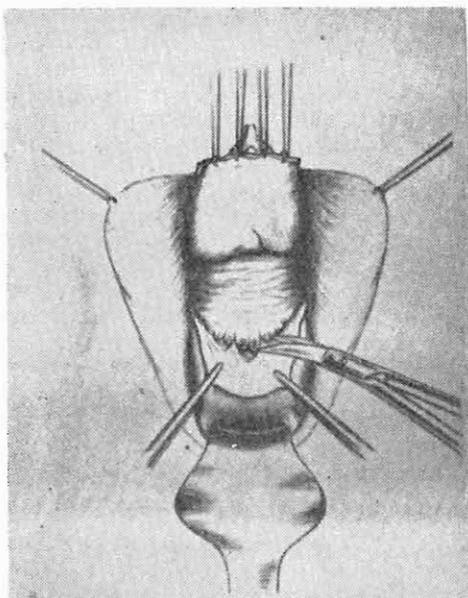


Fig. 5.— Disección de la pared vaginal posterior de sus conexiones cervicales.

de tijera roma o con gasa, hasta que la base de los ligamentos anchos sean claramente visibles, mientras que los ligamentos útero-sacros destacan su relieve. Constatamos que el fondo de saco de Douglas es accesible y recordamos que por detrás de él se encuentra el recto (Fig. 5).

Tercer tiempo. Para comprender mejor los siguientes tiempos de la operación, fijemos nuestra atención en la fig. 6:

El Nº 1, corresponde a la mucosa vaginal, revestida en su cara profunda por la fascia vaginalis Nº 2; por detrás encontramos el espacio

vésico-vaginalis N^o 4 limitado profundamente por la fascia vesicalis N^o 3; el septum supra-vaginalis N^o 5 se encuentra en dirección al istmo uterino, que cierra, hacia abajo, el espacio vésico-cervical N^o 6; finalmente encontramos el N^o 7 que corresponde al peritoneo, que limita este espacio por arriba.

La disección roma de la vejiga se hace tomando un pequeño pliegue de la fascia vésico-uterina, traccionando suavemente hacia arriba y el cuello hacia abajo; con pequeños golpes de tijera se seccionan los tractos fibrosos que fijan ambos órganos, hasta obtener un plano de clivaje, que se constata por la facilidad con que la tijera cerrada penetra en un tejido más laxo.

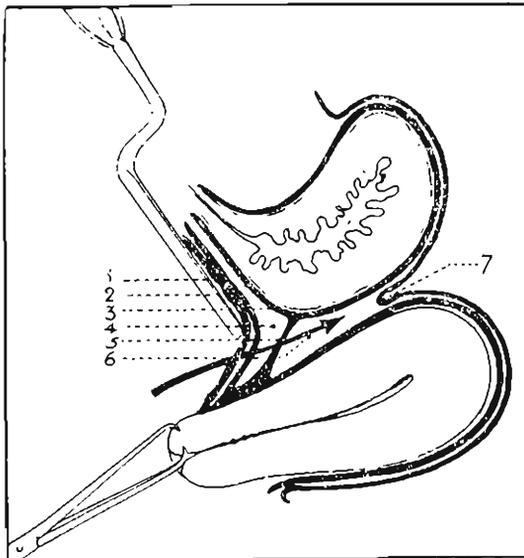


Fig. 6.— Esquema que muestra los diferentes planos que debe atravesar el Cirujano para la disección roma de la vejiga.

Aceleramos la separación de la fascia que corresponde al septum-supravaginalis, llegamos al espacio vésico-cervical y constatamos los pilares vesicales que se seccionan bajo ligaduras, tiempo que debe ser bastante cuidadoso, en esta forma llegamos a decolar la vejiga hasta el pliegue peritoneal del fondo de saco vesico-uterino.

Cuarto tiempo. Como lo hemos expresado en la fig. 2, que corresponde al primer tiempo; sólo nos queda volver a llevar el cuello hacia arriba en dirección del pubis con el propósito de poder pinzar el tejido

conjuntivo submucoso del fornix posterior mientras que con un tijereta se abre el fondo de saco posterior (fig. 8).

En la fig. 7 se señala el camino que hemos seguido.

La apertura del fondo de saco constituye el acto que precede, necesariamente, a la ligadura y sección de los uterosacos, parametrios laterales (Mackenrodt), uterinas, etc.

Muchas veces el cirujano se encuentra con dificultades, porque el fondo de saco se encuentre a un nivel más alto, exigiendo una disección más profunda y cuidadosa.

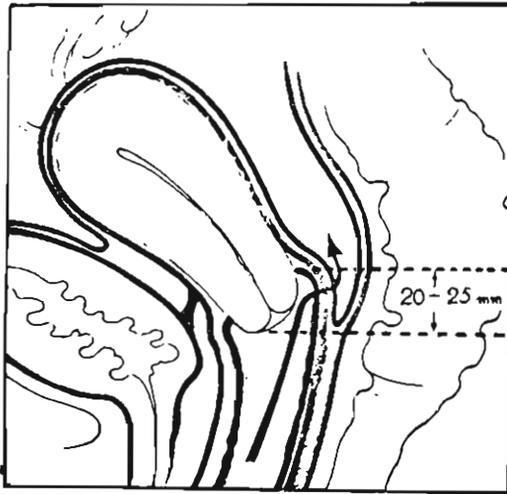


Fig. 7.— Camino a seguir según indica la flecha para llegar al fondo de saco de Douglas. (Jurgens).

Campbell aconseja colocar una gaza, con el doble fin de mantener las asas intestinales alejadas del campo operatorio y absorber las secreciones que eventualmente pueden entrar en él, ésta o estas gasas deben tener una cinta de control que es debidamente pinzada.

Quinto tiempo. La intervención en los tiempos ya estudiados es de simple ejecución y no ofrece dificultades (Fig. 9). El punto crítico de la histerectomía vaginal se encuentra cuando las maniobras operatorias vienen a interesar la región parametrial, por las conexiones íntimas allí existentes entre el aparato urinario y genital y más precisamente por las relaciones topográficas entre útero (1), vejiga (2) de un lado, y entre arteria uterina (7) y úreter (6) del otro.

En la representación esquemática tenemos una clara visión de las relaciones normales, anátomo-topográficas de la región. De la super-

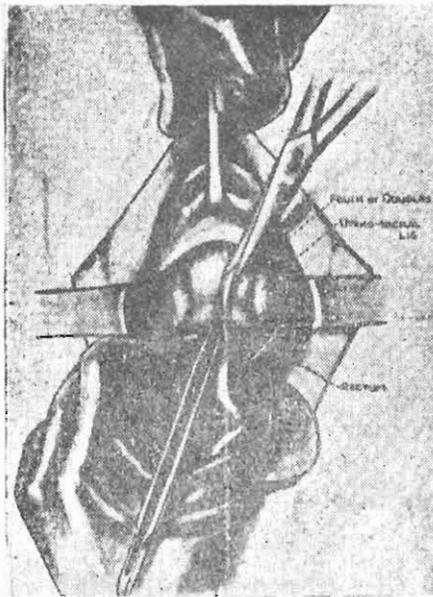


Fig. 8.— Momento en que se va a abrir el fondo de saco de Douglas.

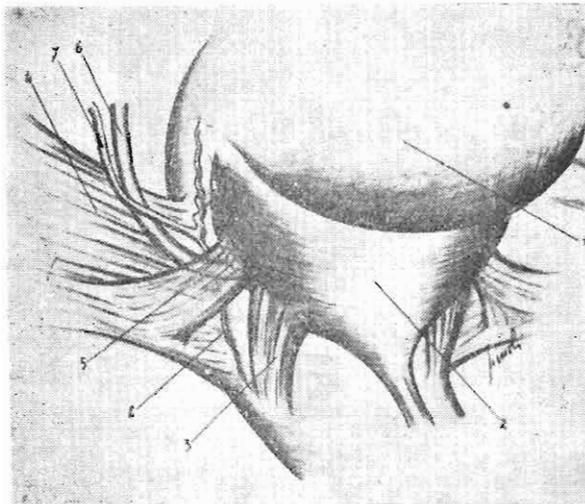


Fig. 9.— Representación esquemática de las relaciones anatómicas entre útero (1), vejiga (2), arteria uterina (7), uréter (6), pilares cervicales (3), ligamentos laterales (4), pilar vesical (5), y la arteria cervical (8).

ficie antero-lateral del istmo se reparten los pilares cervicales (3) que llegan a la vejiga y que son una derivación anterior del retinaculum uteri de Martin (ya estudiado). Lateralmente a estos, se insertan sobre la pared istmica los ligamentos laterales —cardinales— de Mackenrodt (4). De la extremidad medial de estos llega a la vejiga el llamado pilar vesical (5) en los que se ve el uréter (6) y que es cruzado por delante por la arteria uterina (7). Este cruzamiento se hace a unos

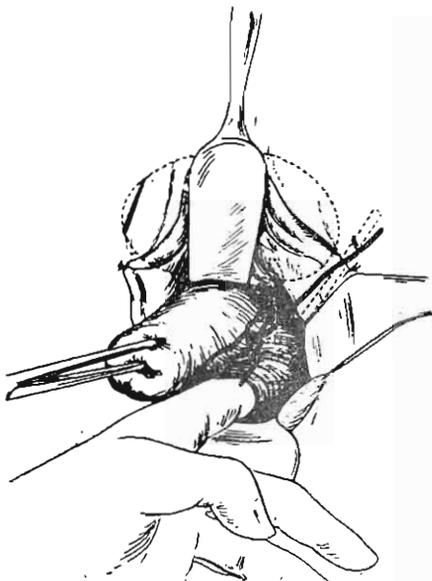


Fig. 10.— El Cirujano introduce el dedo índice a través de la brecha peritoneal y carga de cara posterior del ligamento útero-sacro izquierdo.

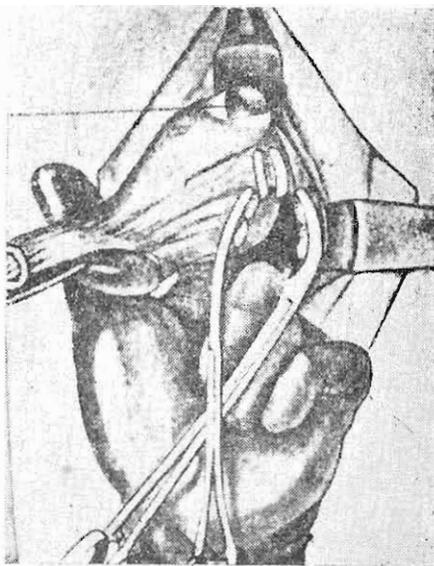


Fig. 11.— El índice del Cirujano penetrando más profundamente alcanza la parte más alta del fondo vésico-uterino.

2 cm. del istmo. La arteria uterina (7) se hace ascendente al llegar al borde del útero y serpenteante. Da una rama, la cervical (8).

Un ayudante desplaza el útero hacia abajo y a la izquierda; mientras el cirujano introduce su dedo índice a través de la brecha peritoneal y carga la cara posterior del ligamento útero sacro izquierdo, (fig. 10) el que debe ser debidamente identificado antes de pinzarlo (1), estos son cortados sin temor de herir los uréteres ni producir hemorragias, sutura ligadura, con catgut crómico 1 o seda, se deja un tractor largo indentificado por una pinza.

Luego procedemos a pinzar (2), la parte más anterior del parametrio (Mackenrodt), tampoco el uréter correrá ningún riesgo, siempre, por supuesto, que el clampeamiento se haga, cerca del borde del cervix.

Por último un tiempo importante comprende la ligadura sutura de la arteria uterina (3), y el pilar vesical ya que marca una zona de peligro, es conveniente recordar que los uréteres, en el tramo final de su recorrido parametrial, están a unos 10-15 mm. del cuello y en esta última parte describen una curva.

En resumen: debe colocarse en estos dos tiempos las ligaduras cerca del cuello uterino y hacer una buena exposición del campo operatorio.

El índice izquierdo del cirujano penetrando más profundamente a través de la brecha, alcanza la parte más alta del ligamento ancho, el cual es seccionado entre pinzas escalonadas (fig. 11). Terminada la sección de éste, el índice progresa en profundidad, y alcanza el repliegue vésico-uterino, atravesándolo por encima del fondo uterino; se completa la brecha seccionándola y el útero es liberado a través de la brecha. Queda unido a la trompa y al ligamento útero-ovárico que son ambos seccionados entre pinzas, ligados y suturados. Todos los pedículos ligados quedan largos, fijados a pinzas.

Sexto tiempo. El útero que permanece amarrado solamente por sus pedículos y ligamentos del lado derecho (fig. 12) es invertido lateralmente de modo que su cara posterior se hace anterior (a la manera de una raqueta dice Campbell).

Vemos, pues, que sólo falta completar la desconexión del útero, en cuanto se refiere a los parametrios en el lado derecho.

Ahora resulta mucho más fácil colocar las pinzas, en los uterosacros, Mackenrodt, ligamentos anchos, uterina, trompa y pedículo ovárico interno, redondo, que son sólidamente ligados en forma individual antes de su sección, dejamos tutores en cada pedículo, y el útero es extraído con facilidad, completando la hemostasia en todo los puntos que sangren.

Séptimo tiempo. La bolsa peritoneal es pinzada con pinzas de Allis, y se procede a inspeccionar los anexos. Si existe algún anexo enfermo se toma el ovario con pinza de anillos y se tracciona suavemente el lazo puesto al extremo uterino de la trompa, de manera de evidenciar el ligamento infundíbulo-pelviano. Forcipresión de éste, sección y ligadura de los mismos.

Octavo tiempo. En este tiempo procedemos al cierre de la brecha peritoneal. Antes inspeccionamos la serosa, para descartar cualquier divertículo que pudiera existir (fig. 13).

Si el Douglas es profundo o presenta algún divertículo, se procede a la extirpación del saco seroso.

El cierre de la serosa se hace practicando sobre ella una o dos suturas de fruncimiento con catgut crómico, cuidando de no incorporar el uréter en ellas, para lo cual es indispensable tomar el tejido muy su-

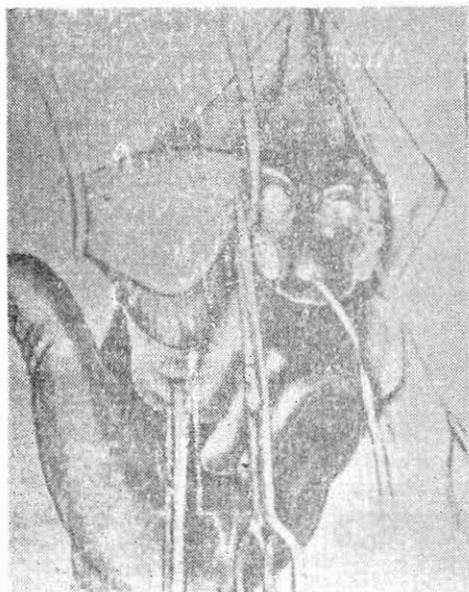


Fig. 12.— El útero es invertido lateralmente por sus pedículos y ligamentos del lado derecho

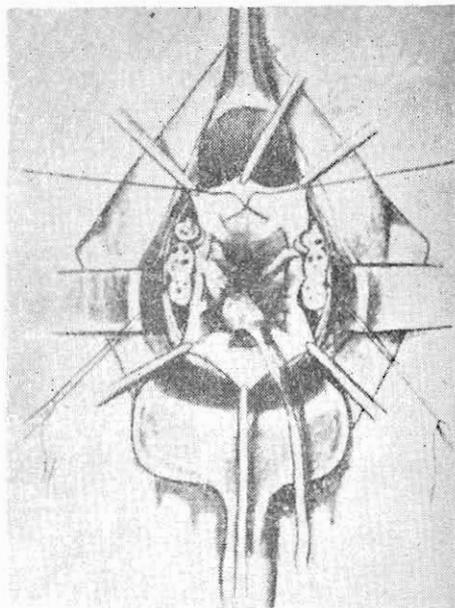


Fig. 13.— La bolsa peritoneal es pinzada con pinzas de Allis y se procede a inspeccionar los anexos.

perforalmente. Ocluída la cavidad peritoneal, repetimos, se corta el excedente de tejido seroso y ligamos los puntos que sangran.

La resección de peritoneo se hace para prevenir la formación de un enterocele (47); los cabos de la sutura se dejan largos, para utilizarlos posteriormente. Observamos que los muñones quedan extraperitonizados.

Noveno tiempo. En este tiempo procedemos a la fijación de los pedículos de los ligamentos útero-ováricos, de las trompas y de los redondos, entre sí, llevados hacia la línea media. Esta unión se hace con

catgut crómico 1 y luego hacemos una sutura por transfixión del cabo restante de la bolsa peritoneal a este muñón, con lo que evitamos el espacio muerto y damos solidez al futuro piso pelviano. (fig. 14).

El pedículo que corresponde a los Mackenrodt —si están individualizados— los llevamos también a la línea media, los unimos por un punto de sutura con catgut crómico 1, con lo que conseguimos agregar un plano más, para dar solidez a la nueva estructura.

Décimo tiempo. Procedemos ahora a realizar uno de los tiempos más importantes de la operación: tomando los cabos de catgut que

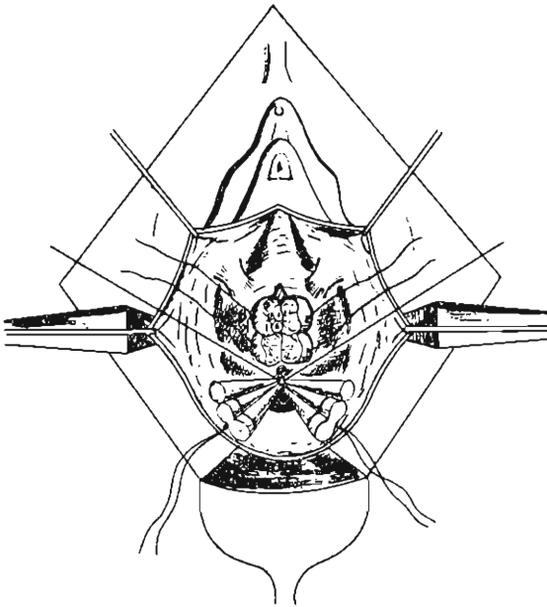


Fig. 14.— Fijación de los pedículos de los ligamentos útero-ováricos de las trompas, y de los ligamentos redondos.

ligaron los ligamentos útero-sacos, enhebramos una aguja curva y colocamos un punto sobre la fascia pubo-cervical en su unión con el diafragma urogenital (fig. 15). Transformando a los útero-sacos en sacro-púbicos, con lo que formamos un plano de sustentación sobre el cual descansen la vejiga y los ligamentos que suturamos en el plano anterior.

En esta etapa aproximamos los sacro-púbicos entre sí, colocando algunos puntos separados, con lo que se consigue hacer desaparecer los espacios muertos, entre los diferentes planos (fig. 16).

Además, aumenta la aproximación de los útero-sacos entre si, evitando que por delante del recto quede un espacio propicio para la formación de enterocele.

Undécimo tiempo. No somos partidarios del drenaje, pero en algunos casos lo aconsejo.

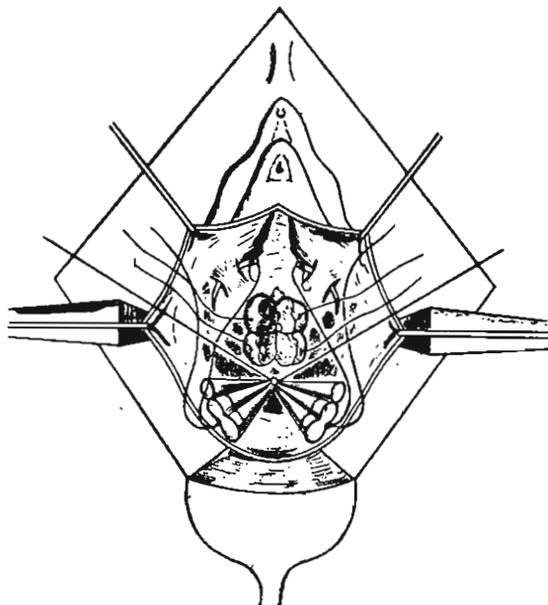


Fig. 15 — Sutura o lo fascia pubo-cervical de los ligamentos útero-sacos, transformandolos en sacro-púbicos.

Resecamos el excedente de mucosa en su justa proporción (fig. 17).

Para mejor tratar la hernia genital, donde el cystócele es predominante anatómica y clínicamente, debemos disecar la fascia de Webster —fascia perivaginal— que puede presentar dificultades para su disección—variantes en su espesor o individualización.

Conseguida la separación, procedemos a colocar puntos que interesan la fascia —de izquierda a derecha— el plano de los ligamentos sacro-púbicos de un lado y estos mismos y la fascia del lado opuesto hacemos pues una fascia-ligamento-fasciorrafia, con lo que creo, damos un plano más sólido al piso pelviano y a la vejiga.

Duodécimo tiempo. En este tiempo procedemos a confeccionar la pared vaginal anterior (fig. 18). Para ello tomamos la mucosa vaginal del lado izquierdo y pasamos puntos separados con catgut simple O, que luego interesen el plano fascial anteriormente formado, con lo que una vez más evitamos los espacios muertos y le damos mayor solidez a nuestro nuevo piso, pasando luego las suturas a la mucosa vaginal del lado derecho, procurando que las suturas que aproximan los colga-

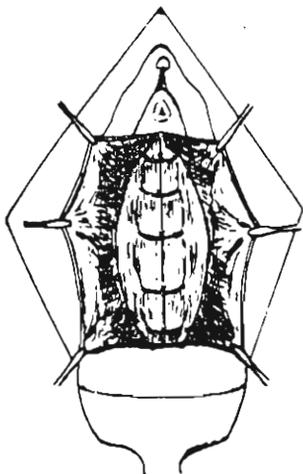


Fig. 16.— Los ligamentos sacropúbicos son suturados entre sí.

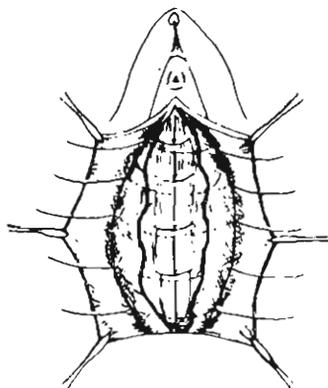


Fig. 17.— El excedente de mucoso es reseca. La fascia pubovesical es diseccionada separándola de los colgajos vaginales. Se practica una fascioligamentorrafia.

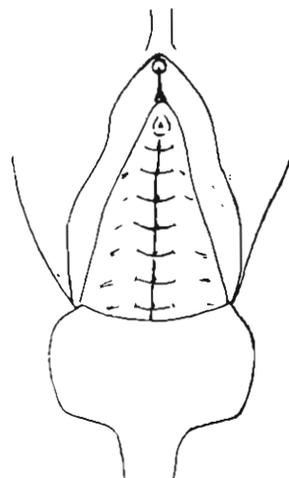


Fig. 18.— Sutura a puntos separados de la mucosa interesando la fascia.

jos vaginales no queden tensas. Procuraremos darle a la vagina restante, profundidad y con ello el estado funcional necesario.

Decimotercer tiempo. La plastia vaginal posterior se realiza como es de rutina, reparando el límite cutáneo —mucoso con dos pinzas de Allis que se mantienen tensas.

Se traza con bisturí una incisión que siga la línea cutáneo-mucosa procurando que la incisión sea de preferencia sobre piel, de este modo el afrontamiento será perfecto y la cicatrización regular y rápida.

Con una pinza de anillos, se fija la mucosa y tomando esa pinza por su base con la mano izquierda, se le tracciona hacia arriba, al mismo tiempo que con el dedo índice se empuja hacia afuera la pared de la mucosa vaginal. Esta maniobra permite hacer la disección con la tijera. Otras veces se hace la disección con una gasa montada, viniendo los tractos fibrosos, que se dejan movilizar con facilidad.

En este momento tratamos de localizar los músculos elevadores, los tomamos con unas pinzas de Allis y los presentamos para comenzar la miorrafia —tiempo importante— que dará gran seguridad a la operación anteriormente descrita y como lo hemos expresado al hablar de la anatomía. La aproximación de los elevadores a la línea media, se hace con catgut crómico N° 2 ó 3. Al hacer la miorrafia, uno de los puntos debe interesar la mucosa vaginal por su cara interna para evitar los espacios muertos y darle forma a la cara vaginal posterior. Se reseca la vagina practicando una colpectomía en su cara posterior. Comenzamos la sutura de la mucosa vaginal a puntos separados y catgut simple O, que afrontan también la piel, colocamos este catgut, para evitarnos el tener que sacar puntos, ya que estos caen solos.

Sonda de orina y apósito con algún antibiótico aplicado al periné.

CASUÍSTICA

En el Servicio de Ginecología —Pabellón 5, sala 11— del Hospital Loayza consignamos desde 1955 a 1961 inclusive, sobre 1.006 prolapsos, 76 fueron tratados por histerectomía vaginal, equivalente al 7 por ciento.

La edades de las enfermas tratadas por histerectomía vaginal variaron entre los 32 y 80 años y con la frecuencia siguiente:

De 30 a 40 años	5 casos	6.7%
De 41 a 50 “	18 “	25. %
De 51 a 60 “	32 “	42 %
De 61 a 70 “	14 “	18.42%
De 71 a 80 “	6 “	7.1%

En cuanto al grado y tipo de prolapso hemos hallado:

Prolapso de 2º grado	5 casos	6.7 %
“ “ 3º “	71 “	93.3 %

Además, hemos encontrado en estos casos, cistócele, rectócele, desgarras perineales incompletos.

La patología asociada fue la siguiente:

Cervicitis crónica	75 casos	98.6 %
Esclerosis de miometrio	4 casos	5.2 %
Hiperplasia epitelial atípica	1 caso	1.3 %
Endometrio atrófico	5 casos	6.7 %
Metaplasia epidermoide	4 casos	5.2 %

Carcinoma epidermoide grado 1	2 casos	2.6 %
Salpingitis crónica	1 caso	1.3 %
Salpingitis T. B. C.	1 caso	1.3 %
Quiste de ovario	5 casos	7.1 %
Hiperplasia basal acentuada	1 caso	1.3 %
Acantosis e hiperqueratosis	1 caso	1.3 %
Adenomiosis	5 casos	7.1 %
Endometrio atrófico quístico	2 casos	2.6 %
Leiomioma uterino	10 casos	13 %
Carcinoma in-situ	2 casos	2.6 %
Pólipo endometrial	1 caso	1.3 %
Quiste folicular de ovario	2 casos	2.6 %

Se efectuaron Histerectomía total en 16 pacientes e histerectomía vaginal con conservación de anexos a 60 enfermas.

Preoperatorio. Durante este período, además del estudio general, se da en algunos casos estrógenos por boca, utilizamos uno sintético, el dipropionato de dietildioxiestibeno, un comprimido diario de 5 mg. durante 6 días; por varios días colocamos estrógenos en vagina con el objeto de mejorar el trofismo de los tejidos y tratar las úlceras de decúbito si las hubiera. Proteinoterapia, Vitaminoterapia, mejorar la anemia y corregir la velocidad de sedimentación si estuviera acelerada. Tratar los focos infecciosos. El riesgo quirúrgico es avaluado por el Departamento de Cardiología.

Anestesia. Como pre-anestésico usamos los barbitúricos noche/mañana. Media hora antes de la operación se aplica una ampolleta de Morfina. Inducción al Pentothal, seguida de anestesia poligaseosa; algunos casos los operamos con anestesia local o raquídea.

Curso post-operatorio. Durante el curso post-operatorio se efectúa un tratamiento con suero glucosado al 5% en sol. salina uno o dos litros, de acuerdo al caso. Coagulantes y antibióticos por unos días. Control de la sonda vesical, la mantenemos por espacio de 5 a 6 días. Si hemos dejado drenaje, lo retiramos lo más pronto 3 o 4 días.

Cuidados del periné, con crema de sulfá o antibióticos.

Se moviliza el vientre al 5º día, con un enema de 1/2 litro glicerinado.

Movilización precoz. Generalmente la enferma se levanta al 5º o 6º día.

Morbilidad. Las complicaciones post-operatorias que se observaron con mayor frecuencia fueron, disuria, discretas pérdidas de sangre y pérdida de orina (fístula en un caso). Todas ellas cedieron al tratamiento médico instituido.

Mortalidad. Sólo hubo un caso de muerte súbita.

Control. Todas las pacientes que se presetan a consideración, fueron chequeadas meses después de operadas y en años sucesivos y no hemos hallado recidiva del prolapso genital.

La histerectomía vaginal en el tratamiento del prolapso genital tiene sus indicaciones y contraindicaciones, y claro está, que es necesario tener un concepto preciso de sus principios fundamentales, pues sólo así se obtendrán los mejores resultados.

Indicaciones. Las indicaciones que consideramos fundamentales para su elección son:

1. Los prolapsos genitales de las pre-menopáusicas, menopáusicas, post-menopáusicas y seniles.
2. Los prolapsos irreductibles o en las inversiones irreductibles.
3. La asociación de una afección ginecológica benigna o maligna a una afección de la estática pélvica.
4. Los prolapsos acompañados de úteros atróficos.

Contraindicaciones. La intervención está formalmente contraindicada, en:

1. Los casos de prolapso y cáncer invasivo de cervix, salvo que la paciente sea obesa, arterio-esclerosa, cardio-renal, hepática, anémica, diabética, etc., etc.
2. Los casos de cáncer de trompa u ovario.
3. La endometriosis externa.
4. Los grandes tumores sólidos de ovario.
5. Los miomas uterinos enclavados o fijos.
6. Las secuelas inflamatorias pelvianas.
7. Las laparotomizadas anteriormente y que se haya actuado sobre el aparato genital.

COMENTARIO

Mientras que el tratamiento del prolapso genital en la mujer joven tiene sus indicaciones precisas, en cambio, en la mujer de edad, existen dos corrientes bien definidas. Una, que es partidaria de conservar el útero para utilizarlo en la reparación de las estructuras pélvicas, como es aceptado para el tratamiento de las mujeres jóvenes; y otro, que no considera necesario dicho órgano para obtener la corrección deseada, y aconseja efectuar su exéresis.

Esta última corriente ha sido aceptada por la mayoría de las escuelas médicas del mundo y en especial por la escuela americana, quien la aconseja para aquellos casos de prolapso genital, en pacientes premenopáusicas, o seniles, y en las que, una lesión asociada, es susceptible de transformarse en cáncer.

También los autores están de acuerdo en que la remoción del útero, facilita el acceso a las estructuras pélvicas, con lo que se consigue una mejor reconstrucción del suelo pélvico.

Los resultados de este proceder se ven favorablemente aumentados con el perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico, el mejoramiento de las formas inflamatorias, el advenimiento de los antibióticos, el mejoramiento de las técnicas anestésicas y el estudio de los riesgos quirúrgicos.

Cualquier operador que intente esta cirugía debe tener un perfecto conocimiento de la anatomía-quirúrgica y de la técnica operatoria, que le dará seguridad para salvar los inconvenientes que, aún después de un buen número de intervenciones, pueden presentarse, ya que la histerectomía vaginal, es una operación de mayor "riesgo" y "envergadura" quirúrgica, que las operaciones plásticas vaginales.

La técnica de Campbell modificada, contacta, en algunos puntos, con la técnica original de Campbell y disiente en otros.

Mientras Campbell traza una incisión en raqueta, nosotros preferimos la incisión en T invertida. A continuación preparamos un capuchón que esconde el cuello uterino, con lo que se evita la contaminación del campo operatorio por las secreciones que pueden derivarse del cuello, este tiempo no lo practica el autor.

Proseguimos con la operación, haciendo el decolaje de las paredes vaginales y de la vejiga, procurando que esta disección sea lo más amplia posible, proyectándola hasta el fondo de saco vésico-uterino.

Campbell, deja el tiempo del decolaje vesical, para una etapa posterior, ya que el autor sostiene que así no pierde la enferma mucha sangre. Nosotros hemos observado que existe muy poca diferencia y que, más bien, la disección amplia de las paredes vaginales y vejiga, permiten trabajar con más seguridad, en el tiempo más importante, cual es el de los parametrios, ya que en este tiempo, sino se hace un buen rebatimiento de la vejiga se corre el peligro de interesar al uréter en la ligadura.

Los tiempos siguientes, apertura del fondo de saco posterior, forcipresión de los parametrios, sección y ligadura, apertura del fondo de saco vésico-uterino, forcipresión, sección y ligadura de lig. redondo,

trompa y lig. útero ovárico; así como la forcipresión, sección y ligadura de las estructuras anatómicas que sostienen al útero en el lado opuesto, son ejecutados en forma idéntica a la técnica de Campbell.

Aconsejamos la exploración de los anexos y si existe lesión, la extirpamos, practicando una ooforo-salpingectomía uni o bilateral.

El cierre de la cavidad —no sufre modificaciones— lo hacemos en bolsa, resecaando el exceso del remanente peritoneal, evitando en esta forma la formación de fondo de saco, que puede ser causa de enteroceles.

Los tutores de los pedículos, correspondientes a los infundíbulos pélvicos, así como los ligamentos redondos son llevados a la línea media, y lo mismo hacemos con los ligamentos de Mackenrodt, suturándolos entre sí —tiempo que no está considerado en la técnica original—. Hemos constituido un nuevo plano, que cierra el hiatus urogenital, dándole mayor solidez al soporte pélvico.

El cierre del hiatus urogenital, se ve completado con la transformación de los úteros-sacros en útero púbicos al suturarlos estos a los ligamentos pubo-cervicales y suturarlos entre sí —los ligamentos útero sacros. En esta forma tendremos una hamaca, constituida por todas estas estructuras, que evidentemente serán un soporte de los órganos pélvicos.

Hemos creído necesario agregar un soporte más, aprovechando la fascia de Webster, para lo cual comenzamos por individualizarla, disección que en la mayoría de los casos la hacemos con bastante facilidad, a continuación procedemos a practicar las suturas, haciendo la fascio-ligamento-fasciorrafía.

Es un hecho anatómico bien demostrado de la importancia y rol que juega este elemento, en la estática de los órganos pelvianos, razón por la cual, no escatimamos en aprovecharla, para reforzar estas nuevas estructuras.

Hacemos la colporrafía anterior a puntos separados y procurando eliminar los espacios muertos, para lo cual, hacemos que los puntos interesen los elementos anatómicos más profundos.

Terminamos la operación con la Colpoperineorrafía con miorrafía de los elevadores, con lo que conseguimos un sólido sustento a la vejiga y al hiatus genital.

La técnica modificada, presenta la ventaja que la interposición de los elementos anatómicos, ligamento redondo, trompa, ligamento útero ovárico, ligamento de Mackenrodt, entre la vejiga y el útero sacro-utero púbico evita la recidiva del cistócele. El cierre del hiatus genital se

ve favorecido por el útero púbcico, la fascio-ligamento-fasciorrafía, planos que agregados al anterior mejoran la estática de los órganos pélvicos. La prevención del enterocele se hace reseccando el exceso de peritoneo y eliminando los divertículos que pudieran existir y obliterando el fondo de saco de Douglas, al practicar el cierre lateral de los útero-púbicos. Finalmente, con esta técnica se brinda una vagina funcional.

Entre las ventajas más importantes de su elección, anotaremos la de ser una intervención que produce escaso choque operatorio, como tampoco embolias ni distensión abdominal, ni eventraciones, por lo que puede recomendarse —hasta en aquellas pacientes en que esté contra indicada la vía abdominal—.

Haremos notar que esta intervención puede llevarse a cabo con anestesia local.

En lo que se refiere a las complicaciones post-operatorias, se observa que las retenciones urinarias o las infecciones ceden rápidamente, gracias a los antibióticos.

Las hemorragias post-operatorias, son raras y cuando ocurren son de fácil solución.

Las lesiones ureterales las hemos observado en un caso —no operado por nosotros, pero sí en nuestro servicio— fístula que fue tratada posteriormente.

En lo referente a la mortalidad es prácticamente nula —salvo un caso, no operado por nosotros, pero si en el servicio—, muerte súbita. Los resultados alejados, son satisfactorios, las enfermas son controladas periódicamente y no hemos podido observar ningún prolapso vaginal, ni enterocele.

CONCLUSIONES

1. La Histerectomía vaginal según la técnica de Campbell modificada, permite el tratamiento del prolapso genital. Ello se hace efectivo por la plástica de los elementos de sostén y suspensión.
2. La Histerectomía vaginal según la técnica de Campbell modificada, también trata la patología ginecológica asociada.
3. La Histerectomía vaginal según la técnica de Campbell modificada, hace la profilaxis de las lesiones malignas del útero.
4. La Histerectomía vaginal según la técnica de Campbell modificada, está indicada principalmente en mujeres pre-menopáusicas, menopáusicas, post-menopáusicas.
5. La Histerectomía vaginal según la técnica de Campbell modifica-

- da puede realizarse con anestesia local, no contando en consecuencia, con las contraindicaciones de las operaciones que requieren anestesia raquídea o general.
6. La técnica de Histerectomía vaginal, requiere dominio absoluto de la cirugía vaginal, y debe ser ejecutada por quienes tengan el hábito de esta cirugía.
 7. El cierre del hiatus genital está constituido: en la parte central y anterior por la sutura de los pedículos correspondientes al ligamento redondo, útero ovárico, trompa y ligamentos de Mackenrodt en la línea media; completada por la transformación de los útero-sacros en sacro-púbicos, que cierran a su vez la parte posterior de la hernia sacro-pública.
 8. La sutura entre sí de los sacro-púbicos, evita la producción del enterocele vaginal.
 9. La fascio-ligamento-fasciorrafía, refuerza los planos de sostén de los órganos pélvicos.
 10. La estática de los órganos pélvicos se ve reforzada por la miorrrafía de los músculos elevadores.
 11. La técnica permite emplear una vagina funcional.
 12. Con este procedimiento se realiza la cura de la incontinencia de orina, si la hubiera, con todo éxito.
 13. La morbilidad y mortalidad operatoria es mínima, casi nula.
 14. Se presenta 76 enfermas, portadoras de diversos grados de prolapso genital, sobre 1016 prolapsos, observados en un período de 7 años, equivalente a un 7%, sometidas a Histerectomía vaginal según la técnica de Campbell modificada.
 15. Se ha controlado el estado actual de todas ellas, encontrándolas en perfectas condiciones y no hemos hallado recidiva de prolapso genital.

BIBLIOGRAFIA

1. Achard, M. A. Considerations sur la chirurgie des prolapsus genitaux.— Comptes Rendus de la Société Française de Gynecologie.— 1955, XXV, 107. (Paris) (Ed. E. S. F.).
2. Ahumada, J. C., Arrighi L. y Calandra D.: Notre opinion au sujet du traitement du Prolapsus genital.— Comptes Rendus de la Société Française de Gynecologie.— 1955, XXV, 142 (Paris) (Ed. E. S. F.).
3. Aljovin, M. Lozada G.: "A propósito de 40 casos de fibromatosis uterina" Crónica Médica 1925; XIII, 72 (Lima-Perú).
4. Alcedan; Bello; Neuhaus y Zavala.: Estadística.— Crónica Médica. 1898; 15; 74. (Lima-Perú).

5. Antoine, T.: Operación vaginal de carcinoma.— Ginecología. 1956; 26; 36. Ed. Mundi (Buenos Aires).
6. Bedoya H. M.: Tratamiento Quirúrgico del Prolapso Genital.— 1960. 2, 3, 4, 22, 23, 24, 25. (Lima-Perú) Ed. Villanueva.
7. Bedoya H. M.: Cirugía Vaginal.— 1960 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, (Lima-Perú) Ed. Villanueva.
8. Bello Eduardo.: Estadística. Crónica Médica.— 1907; XXIV; 25 (Lima).
9. Bello Eduardo.: Historia de la Ginecología en el Perú. Rev. Médica Peruana.— 1933; V: 816. (Lima-Perú).
10. Blanchard Oscar.: Histerectomía vaginal, según la técnica de Dickinson modificada y la corrección del prolapso útero-vaginal.— La Prensa corección del prolapso útero-vaginal.— La Prensa Médica Argentina.— 1951; XXXVIII, 897 (Buenos Aires).
11. Blanchard O. y Gentile, J. M.: La Histerectomía vaginal y sus indicaciones en el tratamiento del prolapso genital.— Rev. de la Asociación Médica Argentina.— 1952; XIII, 738 (Buenos Aires).
12. Bradford W. Z. Bradford W. W.: Brown Ch. de Bradford Clinic.: Experiences with vaginal hysterectomy.— A. Jour. of Obst. and Gynec.— 1954; 68; 540-548 (E. E. U. U.).
13. Baer J. L.; Hysterectomy.— The evolution of the American Attitude Toward of indications and Types.— Am. Jour of Obst and Gynec.— 1954; 68; 423-427. (E. E. U. U.).
14. Barnes J.: L'Histerectomie vaginale dans le traitement du prolapsus.— Comptes Rendus de la Société Française de Gynecologie.— 1952; XXII, I. (Paris) Ed. E. S. F.
15. Belloso Rogelio.: Prolapso Genital.— 1945 (Uruguay) Imprenta Augusta.
16. Blanchard O. y Gentile.: La Histerectomía vaginal.— Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Argentina. 1954; XXXIII; 557.
17. Borras P., Tisera Lopez y Sans P.: Operaciones Ginecológicas.— 1959; 11; 251 (Rosario-Argentina) Ed. Bibliográfica.
18. Burch J. y Lavelly H.: Hysterectomy.— 1954; 55. Ch. C. Thomas - Publisher - Springfield - Illinois U. S. A.
19. Colmeiro - Laforet. C.— Histerectomía vaginal según Price y Kennedy. Rev. de Obst. y Gin. Latino Americanas.— 1949; 7; 15-28.
20. Curtis.: Ginecología. 1941. Ed. Salvat (México).
21. Calvánico M. R.: Chicurgie Gynecologique por voi vaginale.— Comptes Rendus de la Societe Francaise de Gynecologie 1952; XXII, 102 (París) Ed. E. S. F.
22. Cruz Héctor.: Cirugía del Prolapso Genital.— Segundas Jornadas Chilenas de Obst. y Gyn. 1947; 169 (Santiago-Chile).
23. Cadiz Oyanguren R.: Prolapso genital.— Segundas Jornadas Chilenas de Obst. y Gyn. 1947; 241 (Santiago-Chile).
24. Cordier M. G.: La Place de L'histerectomie vaginale dans le traitement du prolapsus.— Comptes Rendus de la Societe Francaise de Gynecologie.— 1957, 27 année, 281 (París) Ed. E. S. F.
25. Corpancho Nestor.: Referencias sobre Histerectomías vaginales.— Monitor Médico.— 1896.— 11.— 11.— (Lima-Perú).

26. Chueca A.: La vía vaginal en las intervenciones del útero y anexos. Congreso Latino Americano.— 1914; VII; 122. (Buenos Aires).
27. Denegri Juvenal.: "Tratamiento quirúrgico de los fibromas uterinos" Tesis Doctoral.— 1895. (Lima-Perú).
28. Denegri Juvenal.: Estadística.— Gaceta de Hospitales.— 1903 - 1904; 1; 51; 54 y 1905-1906; 3-8-9. (Lima-Perú).
29. Denegri Juvenal.: Estadística.— Gaceta de Hospitales.— 1907-1908; 5, 39 (Lima-Perú).
30. Donato V. M.: Tratamiento del Prolapso genital senil.— Bol. de la Soc. Obst. y Gyn. Buenos Aires - Argentina 1955; 34; 127.
31. Dorgan L. T. Carter J.: Vaginal Hysterectomy. Operative Technique Am. Jour. of Obst. and Gynec. 1955, 69, 320-332 (U. S. A.).
32. Dujovich A.; Ghersovici M.; Lisak E.: La Histerectomía vaginal en el tratamiento del prolapso genital. La Prensa Médica 1957; XLIV; 2242 (Buenos Aires - Argentina).
33. Di Paola G. y Guzmán A.: Histerectomías vaginales.— La Prensa Médica; 1956; XLIII; 813-815. (Buenos Aires - Argentina).
34. Dickinson R. L.: Efficiency Engineering in pelvic Surgery, one and two suture Operations. Sug. Gynec. and Obst.; 1914 18, 559 U. S. A
35. Danforth W. C.: Vaginal Hysterectomy in the management of descensus, uteri.— Am. Jour Obst. and Gynec. 1945, 50 376. U. S. A.
36. Dellepiane G.: Tecniche Chirurgiche Ginecologiche.— 1954, 75. Torino (Italia).
37. Dionisi Humberto.: Prolapso genital.— Congreso Argentino de Cirugía. 1944 (Buenos Aires) Argentina.
38. Emmert F. V.: Vaginal Hysterectomy. An evaluation of Gellhorn Modification of Dickinson Technique in 600 cases. Surg, Gynec. and Obst. 1944, 79, 277. U. S. A.
39. Edwards E.: Histerectomía vaginal.— Progresos en Ginecología.— Meigs y Sturgis.— 1958; 768. Ed. Científico-Médico (Barcelona).
40. Ellis J. an de Vita.: Vaginal Hysterectomy - A modified Tecníc Excerpta Médica - 1962; 5; 257. Washington D. F. (U. S. A.).
41. D'Esopo D. A.: Modification of the vaginal Hysterectomy Technique for the treatment of uterine prolapse.— Excerpta Medical 1962; 4; 198. Washington (U. S. A.).
42. Fleming Kearns, Lock.: Factores que influncian en la morbilidad seguida a histerectomía vaginal.— Excerpta Medical 1955; 1525. Washington (U. S. A.).
43. Falk Polishak y Solomon.: Histerectomía vaginal para útero prolapsado. Excerpta Medical - 1955; 1945. Washington (U. S. A.).
44. Firpo R. J. Perea J. J.: La histerectomía vaginal en el tratamiento del prolapso genital.— Bolt. de la Soc. Obst. y Gynec. Argentina.— 1955, XXXIV, 401. (Buenos Aires).
45. Green - Armytage. V. B.; Maxwell D.; Hunter J.: La operación de Ward-Mayo en el prolapso uterino.— Sinopsis Obst-Ginecológica 1955, 11; 186 (Buenos Aires - Argentina).
46. Gellhorn G.: Vaginal Hysterectomy under local anaesthesia. Surg. Gynec and Obst. 1930, 51; 484 (U. S. A.).

47. Gómez D.: El tratamiento del peritoneo en la Histerectomía vaginal. La Prensa Médica. Argentina 1960, 47; 1216. (Buenos Aires).
48. Gheorghiu N. N.; Savu J.; Papanicu V.; Nicolesco.: Consideraciones sobre la Colpohisterectomía vaginal seguida de oclusión vulvar en los casos de Prolapso genital total.— Sinopsis Obst. Gyn. 1958; V; 84. (Buenos Aires - Argentina).
49. Halban J; Seitz (Fisher I.): Biología y Patología de la Mujer.— Consideraciones Históricas.— 1929, 1. Ed. Plus-Ultra. (Madrid).
50. Halban J., Seitz.: Biología y Patología de la Mujer.— Prolapsos 1930 - V; 585-601. Ed. Plus Ultra (Madrid).
51. Halban J. Técnica quirúrgica - Pan-histerectomía vaginal.— Tratamiento quirúrgico ginecológico 1951; 234. Ed. Plus Ultra (Madrid).
52. Heaney N. Sproat.: Vaginal Hysterectomy-its indications and technic. A. Jour. Surg. 1940, 48, 284. (U. S. A.).
53. Igram Wither R. Wrihth.: Histerectomía vaginal después de cirugía pelviana.— Sinopsis Obst-Gyn. Argentina 1958 V; 178. (Bucnos Aires).
54. Jürgens O. Histerectomía por vía vaginal.— 1948; VI *tm.* (Buenos Aires)..
55. Kennedy J. W. y Campbell A. D.: Vaginal Histerectomy.— 1942. F. A. Davis Cía. Philadelphia (E. E. U. U.).
56. Keithen P. B. Recientes discusiones en Histerectomía vaginal. Excerpta Medical; 1954; 1401. Washington (U. S. A.).
57. Leonardo R. A.: Historia de la Ginecología 1948. Salvat. (Buenos Aires Argentina).
58. Lastres J. B.: Historia de la Medicina Peruana.— 1951; 111 (Lima-Perú).
59. León Juan.: La vía abdominal y la vía vaginal en Ginecología y Obstetricia. Bol. de la Soc. de Obst. y Gyn. de Buenos Aires - Argentina 1959; XXXVIII; 197.
60. Mc. Murray y Nashville. Casuística.— Excerpta Medical, 1954; 876 Washington (U. S. A.).
61. Mazzola, Mazzola y Mitchell.: Histerectomía vaginal.— Excerpta Medical.— 1954; 2178. Washington (U. S. A.).
62. Mimbela P.: Colpo histerectomía radical Schkardt-Schauta Congreso Latino Americano; 1914; VII; 122. (Lima - Perú).
63. Morales J. M. y Chase S. V.: La histerectomía vaginal en el tratamiento del prolapso uterino.— Rev. de Obst. y Gyn. Latino Americana, 1952; X, 36. (Buenos Aires-Argentina).
64. Mayo C. H.: Uterine Prolapse with associated pelvic relaxation. Surg. Gynec. and Obst.; 1915, o; 253 (U. S. A.).
65. Mazza H., Huergo H., Zunino F., Franzani W., Orsini W.: Operación modificada de Mayo. Bolt. Soc. de Obst. y Gyn. Buenos Aires - Argentina 1956, XXXV; 294.
66. Pratt y Sherman Q.: Morbidity in vaginal hysterectomy.— Am. Jour of and Gynec. 1954; 11; 186-190. (U. S. A.).
67. Puglielli M.: Sobre el tratamiento del prolapso completo del útero mediante la Histerectomía por vía vaginal. Sinopsis Obst. Gyne. 1957; IV; 413. (Buenos Aires-Argentina).
68. Pichevin R.: L'Extirpation Totale, por la voie vaginale.— 1897; 1. Maloine, Libraire Editeur (Paris).

69. Phaneuf L. E.: The surgical Management of Prolapse of the uterus and vagina.— Surg. Gynec. and Obst.— 1936 63; 385.
70. Peralta Ramos A. G. y Goñi M. A.: La Histerectomía vaginal en el prolapso genital de la mujer de edad. Soc. de Obst. y Ginec. de Buenos Aires - Argentina. 1954, 407-422.
71. Peham H. y Amreich J.: Ginecología Operatoria.— 1950; 1; 464. Ed. López Etchegoyen (Buenos Aires).
72. Recasens Luis.: Técnica Quirúrgica Vaginal.— 1927. (España).
73. Ricci James.: One Hundred Years of Gynecology. 1945-30-506, The Blakiston Company - Philadelphia (E.E.UU.).
74. Rodríguez V. A.: Cirugía Geriátrica en Ginecología.— Octavo Congreso Chileno de Obst. y Ginec. 1959; 1; 212 (Santiago de Chile).
75. Rodríguez López M.: Colpectomie et hysterectomie dans la cure radicale du prolapsus uterin. Comptes Rendus de la Société Française de Gynecologie.— 1955; XXV, 139. (Paris).
76. Sosa Artola B.: Algunas referencias sobre Histerectomía vaginal. Crónica Médica.— 1912; 29; 381. (Lima-Perú).
77. Salaber Juan.: Ginecología Geriátrica. 1957; 36. Ed. López Etcheo.
78. Te Linde.: Ginecología Operatoria - 1956. Ed. Científica. (Buenos Aires - Argentina).
79. Thom Ch.: Surgical Treatment of uterine and vaginal Prolapse.— The Journ. International College of Surgeons. 1958-29-186 (U. S. A.).
80. Tapper S.: Las operaciones regladas.— 1954; 34. Ed. Alhambra (Madrid).
81. Vlyssides M.: Presentation d'un film sur L'Histerectomie vaginale dans le prolapsus total uterin. Comptes Rendus de la Societe Francaise de Gynecologie.— 1955-XXV-155. Ed. E. S. F. (Paris).
82. Val B. y Polacino.: Terapéutica del Prolapso en Geriatria.— La Prensa Médica - Argentina - 1961-XLVIII-3310. (Buenos Aires).
83. Ward G. G.: Cystocele and Prolapsus uteri.— Gynecology by Howard A.— Kelly and Collaborators. D. Appleton and Co. New York— London - 1928, 305.
84. Weber Eric.: Techniques Chirurgicales Vaginales.— 1948. J. B. Brilliere y Fils - Editeurs (Paris).
85. Werner P. y Sederl J.: Operaciones Ginecológicas mediante Celiotomía Vaginal.— 1950. Ed. Alhambra. (Madrid).
86. Zuckermann C.: Conducta Terapéutica en los prolapsos genitales. Rev. Española de Obst. y Gin. 1958; XVII; 179-187. Ed. Facta (Valencia).
87. Zettelman M. H. J.: Hysterectomie vaginale.— Comptes Rendus de la Société Française de Gynecologie.— 1952-XXII-104 Ed. E. S. F. (Paris).