

peritoneo de la fosa ilíaca izquierda; la parte alta de estos bordes desprendía el peritoneo parietal anterior de la pared abdominal. 2. El cuerpo de la matriz cubierto de tumores y con su mucosa en degeneración adenosarcomatosa, tenía el tamaño de una cabeza de feto. 3. El cuello uterino con la porción del istmo en el punto en que se desgarró y donde se ven granulaciones de la degeneración mencionada. 4. Las dos porciones que constituyen la parte alta de la vagina.

CONCLUSIONES.—1. La práctica de abrir el peritoneo lo más cerca posible del ombligo pone a salvo de herir la vejiga. 2. No debe practicarse ninguna intervención, así sea parcial, sin darse cuenta de una manera general de lo que constituye la lesión y cerciorarse si hay probabilidades de llevar a buen fin la operación. Si las venas que revestían la pared anterior de la vejiga hubieran sido seccionadas desde un principio, se habría alargado la operación y hecho algo que no era necesario para el tratamiento de la afección. 3. La canalización pélvica abdominal con tubo y gasas a través de la vagina peritonizando como se dejó dicho, ha venido a confirmar una vez más su existencia, permitiendo el paso de la orina mientras se reparaban por sí solas las capas vesicales disociadas. 4. Los tumores malignos en las nulíparas y vírgenes parecen ser más frecuentes de lo que hasta ahora asientan las estadísticas.

México, abril 3 de 1918.

## **Algunas consideraciones acerca de la vaginofijación supracervical.**

DR. ROSENDO AMOR.

Para tener una idea clara de este problema, no es preciso recordar por ahora lo que se ha escrito acerca de la anatomía, fisiología y clínica de los órganos genitales internos, en relación con las desviaciones uterinas; pero si prescindo de estas nociones tan importantes en el presente trabajo, no olvidado ni por un momento que la estática uterina tiene un punto capital sobre el cual se debe concentrar la atención, y es el sistema ligamentoso. El procedimiento a que me voy a referir consiste, como su nombre lo indica, en poner en íntimo contacto, en fijar sólidamente una parte de la matriz y la cara interna de la mucosa vaginal. En el caso de una desviación hacia atrás, que es uno de las más comunes, el íntimo contactó a que vengo refiriéndome se hace entre la porción inferior de la cara anterior del útero o sea su porción supracervical y la cara interna de la mucosa vaginal, previa resección de un sector de mucosa. En otras ocasiones, en lugar de un rombo, en lugar de este sector, se hace la resección de un cilindro vaginal en la porción superior de ésta (su tercio o su cuarto), de manera que al acortarse en su longitud queda estirada, viniendo en estas condiciones a representar todo el tubo vaginal un verdadero ligamento que tiende a darle al útero la posición normal que le corresponde en cualquier caso de desviación, siempre que los puntos de tracción sean suficientemente eficaces y fuertes para poderlo palanquear. Las suspensiones del útero a la vagina no han realizado su objeto en muchos

procedimientos, precisamente porque no se forma una adherencia sólida entre el útero desviado y la vagina que va a levantarlo, lo cual no puede conseguirse de otro modo que facilitando un contacto amplio, y el procedimiento que voy a describir tiene esto como punto objetivo; se hacen adherencias fuertes y amplias entre la vagina y la matriz, y por lo mismo se está en las mejores condiciones para corregir una desviación, siempre que realice las condiciones indicadas.

Es condición indispensable que la desviación que trata de corregirse, se encuentre libre o débilmente adherida, pues los procedimientos que van a ocupar nuestra atención, no llevan la pretensión de ser eficaces en todos los casos de desviaciones uterinas, cualesquiera que sean su naturaleza y sus causas, sino únicamente las dos condiciones ya mencionadas que constituyen su verdadera indicación.

Puede realizarse el procedimiento de dos maneras: 1a. Extraperitoneal; 2a. Intraperitoneal; y en ambas, haciendo puramente la resección de un rombo más o menos ancho o del cilindro vaginal completo en su tercio superior.

Cuando las operaciones son extraperitoneales, como deben ser en las desviaciones permanentes libres, se reseca como está ya indicado, un rombo vaginal más o menos ancho en el punto contrario a la desviación; así por ejemplo: en la retroposición se hará una resección en la pared vaginal anterior exactamente al nivel de la unión del cuello con el cuerpo de la matriz, y una vez realizada ésta se procurará separar en una extensión de 3 ó 4 centímetros cuadrados la vejiga de la pared vaginal sobre el borde superior de la resección mencionada y a la vez un poco en el borde inferior, para lo cual se tomará el cuello con unas pinzas adecuadas, se restirará perfectamente para exhibir la cara anterior de la vagina, se resecará el rombo transversalmente, se despegará el borde superior que resulte de esta resección de la vejiga hasta dejar una especie de colgajo vaginal sobre el borde superior de la herida. Realizado este tiempo, se colocarán dos puntos de sutura que son los fundamentales, de tal manera que este colgajo vaginal disecado quede en contacto mediato con la cara anterior del útero. Esto hace que el fondo de saco vésicouterino disminuya de profundidad por la manera de colocar los puntos de sutura; y por lo tanto, la serosa uterina y vesical del fondo de saco mencionado, se funde en una sola hoja en una extensión de 3 ó 4 centímetros cuadrados, y sirve de intermediario entre la porción inferior de la cara anterior de la matriz y la cara interna de la pared vaginal anterior, disecada en forma de colgajo. Como se ha hecho una resección importante, la vagina ha disminuído de longitud en su cara anterior, se ha estirado y puede decirse, sin error, que la pared anterior de la vagina, desempeña el oficio de un ligamento prendido enérgicamente sobre la porción inferior de la matriz, sobre la cual ejerce palanca, trayendo consigo al útero que del estado patológico en posición posterior, se convierte a la posición normal, todo por virtud de la acción mecánica enérgica de los puntos de sutura que comprenden el colgajo vaginal, las dos serosas del peritoneo que forman el fondo de saco vésicouterino, y la cara anterior del útero en una extensión aproximada de 3 ó 4 centímetros cuadrados, dado que la disección cuidadosa que se ha hecho de la vejiga y de la vagina hasta quedar a ese nivel un colgajo, permite y levanta la vejiga en el momento de la su-

tura para hacer íntimo y efectivo el contacto de los tejidos mencionados. Ahora bien, cuando la acción mecánica del punto de sutura debe concluir, o sea cuando esta unión accidental es substituída por la adherencia debida a la cicatrización de los planos mencionados, la atracción que la vagina ejerce sobre el útero será directa y continua y corregirá por lo mismo la acción defectuosa de la matriz.

El procedimiento intraperitoneal no tiene más diferencia, que la sutura se hace de tal manera, que el colgajo de vagina resultante de la disección de ésta, permite el íntimo y directo contacto con la cara anterior de la matriz, puesto que el fondo peritoneal anterior ha sido abierto; de manera que una vez comenzada o iniciada la operación como en el caso anterior, una vez realizada la resección del rombo vaginal tan amplia como sea necesario y de hecha la disección a que tantas veces nos hemos referido en el borde superior de la herida que resulte de esta resección, se levanta la vejiga y se realiza el contacto íntimo en una extensión de 3 ó 4 centímetros de la vagina con la cara anterior del útero arriba del cuello, sin interposición de ninguna serosa. Realizado este contacto como en el caso anterior por medio de dos puntos fuertes de sutura, uno enteramente cervical o sea en la unión del cuello con el cuerpo y el otro 1 ó 2 centímetros arriba, o sea supracervical, se hace la sutura transversal de la herida que ha resultado de la resección vaginal, y se termina dando a los puntos de sutura principales, apoyo sobre un rollito de gasa colocado transversalmente en lo que debe ser el nuevo fondo de saco vaginal anterior; rollito que no tiene otro objeto que evitar el estrangulamiento de la mucosa. Es preciso hacer notar que inmediatamente después de apretados los puntos de sutura contra el rollito de gasa, se nota el cambio de actitud de la matriz, convirtiéndose de una posición defectuosa permanente como es la característica de este estado patológico, en una actitud normal. Se observa lo mismo que cuando se toma con pinzas de Musseaux la cara anterior para invertirla al través de un ojal vaginal en muchas operaciones vaginales.

Hay veces que en lugar de una resección en forma de rombo en cualquiera de las caras de la vagina, se hace una resección cilíndrica, pero dándole mayor extensión en el lado contrario a la desviación; y así por ejemplo, en una desviación posterior, podemos sacar un cilindro vaginal que comprenda dos tantos en la porción anterior y uno en la posterior para las desviaciones hacia atrás, o bien al contrario, para las anteriores, o aun dos tantos sobre cualquiera de los lados para las laterales; procedimiento aplicable para todos aquellos casos en que hay algo de relajamiento de toda la vagina, algo de prolapso, accidente que debemos tener muy presente, tratándose de las desviaciones uterinas. Este relajamiento trae como consecuencia indispensable en los úteros libres o débilmente adheridos, una ruptura de su equilibrio y la formación de cualquiera de los estados patológicos que incluyen las desviaciones uterinas, porque la matriz se encuentra intermediaria entre el sistema ligamentario interior y la vagina, que le hacen oficio de tirantes, y cuando todos o algunos de los principales sufren relajamiento, tiene que sufrir indis-

cutiblemente desviación el órgano suspendido; de aquí el porqué de que el cilindro de resección no siempre puede ser uniforme sino que el mayor número de ocasiones debe ser casi el doble en un lado que en otro, lo que guarda relación con el grado de la desviación.

Una vez resecada la totalidad de este cilindro vaginal, para lo cual se ha tomado el cuello uterino con unas pinzas adecuadas y se le exhibe en la posición que vaya siendo conveniente al hacer esta resección hasta completarla circular, se disea la vejiga como en el caso anterior para las desviaciones posteriores que son las más comunes, se ejecuta la sutura fundamental como ha quedado indicado, y el resto en una serie de puntos aislados hasta completar la circunferencia. Se ha conseguido de esta manera que la vagina relajada se restire, que presente mayor tonicidad y se provoquen los estiramientos necesarios del sistema ligamentario interior, que cambia la actitud anormal de la matriz desde el primer momento.

Estos procedimientos sencillísimos me han dado la satisfacción de ver radicalmente corregidas muchas desviaciones libres o débilmente adheridas y hasta en algunas reincidencias de otros casos operados por cualquiera de los múltiples procedimientos descritos; de manera que teniendo en consideración la técnica dicha me parece que el nombre de vaginofijación supracervical, da una idea exacta de lo que significa el procedimiento, pues fija no solamente la naturaleza íntima de la operación, sino el sitio anatómico en que se verifica.

Para describir estos procedimientos y preconizarlos no hubiera sido indispensable, como dije al principio, entrar en tantas consideraciones que pueden ser motivos simpáticos de discusiones prolongadas, puesto que nos haría recordar y comentar un sinnúmero de padecimientos, de accidentes y de causas que vienen a provocar muchas de las desviaciones secundarias sintomáticas, y que los procedimientos descritos están muy lejos de intentar corregir.