

EL PROLAPSO GENITAL. LA HISTERECTOMIA VAGINAL COMO
TRATAMIENTO DE UNA DE SUS FORMAS *

DR. MANUEL MATEOS FOURNIER

Académico de número

Un contingente grande de mujeres que asisten a la consulta del ginecólogo, llegan con la queja de molestias múltiples relacionadas con la relajación de la vagina y el descenso de los órganos contenidos en la pelvis, con las consecuentes perturbaciones funcionales de las mismas.

Precisamente por ser tan comunes estas anomalías, es por lo que ha sido motivo de frecuentes disertaciones, escritos y tratados, ahora y en otros tiempos, por lo que el tema parece no valer la pena de abordarse, por vulgar y trillado.

Sin embargo, en este asunto, como en otros, la experiencia va dando nociones especiales, que coadyuvan a pulimentar las ya avanzadas adquisiciones y a elegir las técnicas quirúrgicas más adecuadas. Los resultados inmediatos y lejanos de las intervenciones nos han llevado a fijar nuestro criterio, modificando conceptos que parecían ya definitivos, agregando o suprimiendo algún detalle en cada operación, en pos de mejorar esos resultados a que aludimos, que son, en esencia, la salud y bienestar de nuestras enfermas.

El prolapso genital tiene múltiples variantes y grados, y aunque frecuentemente las enfermas consideran el problema elemental, culpando y atribuyendo su mal a desgarros no suturados o mal logrados, sufridos en los partos y con el reproche de mala atención por el médico que las cuidó en ese trance, el asunto es en realidad más complejo, y no se remedia con esas "puntadas" que alegan necesitar esas pacientes para sentirse bien y que no les fueron dadas en su oportunidad.

Hay multitud de mujeres jóvenes multíparas, y aun algunas con un solo parto en sus antecedentes, que se presentan con estas anomalías, y a quienes

* Trabajo reglamentario leído el 13 de febrero de 1952, e ilustrado con película a colores.

al examinarlas las encontramos con su vulva perfectamente bien conformada, sin huellas de desgarros no suturados o cicatrizados por segunda intención, en las cuales descubrimos un cistocele o un avanzado prolapso uterino.

Con menos frecuencia se observa lo mismo en algunas nulíparas.

Siendo, de todos modos, más frecuente en las multíparas, no podemos descontar al parto como causa etiológica más importante, pero sin olvidar que, de estas mujeres, hay muchas que, a pesar de muchos hijos, operaciones obstétricas y aun con antecedentes de productos grandes, son perfectamente normales en cuanto a la situación, calibre vaginal y funcionamiento de sus órganos genitales.

Quiere decir esto, y nadie lo discute ya, que hay otra causa que predispone a estas alteraciones: el factor personal y constitucional de la enferma, cuyos elementos histológicos tienen una característica individual en cuanto a su resistencia y calidad elástica. Y para sentar claramente estos conceptos, bástenos observar ese gran número de embarazadas de vientre voluminoso que no sufren cuarteaduras en su piel, y otras cuya calidad de tejidos es tan pobre, que sólo con los cambios en la abundancia del panículo adiposo, en sus alternativas de gordura y adelgazamiento, la piel de sus caderas, muslos, abdomen y senos están ya grabadas permanentemente por víbices, resultantes de la ruptura de la dermis por distensión, aunque ésta no haya sido realmente exagerada.

Ese mismo factor constitucional que hace hernias y eventraciones en personas no sujetas a grandes esfuerzos físicos y que aun operadas recidivan, es el mismo que origina la relajación del piso pélvico sujeto a presiones por el peso del contenido abdominal, cuya presión se ejerce en mayor grado en las mujeres constipadas que requieren frecuente acción de pujar y en menor grado en ciertos actos comunes de la vida, como la risa, el estornudo y la tos.

Pero el piso pélvico no es la horquilla, ni la vulva misma, sino ese diafragma músculoaponeurótico situado más arriba, constituido fundamentalmente por el músculo elevador del ano y las aponeurosis perineal media y superior, y atravesadas en la mujer por la uretra, el recto y la vagina, de los cuales esta última, por su mayor o menor amplitud, hará más o menos sólido y completo el punto de apoyo de los órganos pelvianos y abdominales, como son la vejiga, el útero y los intestinos.

Fuera de esta causa predisponente, interviene a menudo, como dijimos antes, el parto, que presupone el paso de un cuerpo voluminoso que ha de distender el suelo pélvico a su máximo, y aunque ya se advierte desde el embarazo un ablandamiento especial de los tejidos que se hacen mucho más flojos, éstos sufren con frecuencia dilaceraciones y rupturas, no siempre

visibles por hacerse submucosas sobre ese diafragma músculoaponeurótico mencionado antes. En otras ocasiones, aun en ausencia de rupturas, la sola distensión vence la elasticidad de esos elementos anatómicos, como puede suceder con un resorte viejo y de mala clase, quedando los tejidos laxos y sin restituirse a su condición anterior.

Ahora bien, a todo esto se pueden añadir los desgarros perineales, que necesitan ser muy profundos para ser causa coadyuvante del prolapso, pues los de primer grado que abarcan la mucosa y la piel y los de segundo grado que llegan al primer plano muscular, aun no siendo suturados o habiéndolo sido, pero sin resultado de cicatrización, no pueden influir eficazmente en la etiología del prolapso, por haberse respetado el verdadero piso pelviano, constituido por el elevador del ano y aponeurosis subyacentes.

Dentro de este tipo de lesiones están los desgarros laterales y profundos de la vagina que, además de ser causa de hemorragia muy grave, a veces sí dilaceran el elevador del ano, teniendo la particularidad de coincidir con pequeña ruptura perineal. Sabida es por todos los obstetras la necesaria y cuidadosa exploración de la vagina inmediatamente después del parto, pues a veces se advierte y sólo se repara una pequeña apertura de la horquilla, atribuyéndose la hemorragia a causa uterina. Estos mismos desgarros inadvertidos son también las causas de graves infecciones del espacio isquio-rectal que complican en forma severa el estado puerperal.

Los desgarros de tercer grado que interesan el esfínter del ano y el recto, si no cicatrizan convenientemente, además del trastorno que por sí solos significan, sí contribuyen al prolapso. Pero las lesiones del parto que realmente son peores desde el punto de vista que nos ocupa, son las episiotomías laterales u oblicuas, casi constantemente necesarias en las aplicaciones de fórceps, porque son las que llegan al piso pélvico, prolongándose casi siempre hacia arriba en el momento de la extracción, y sólo la restauración cuidadosa con técnica apropiada, que consigue una primera intención, previene la supresión total o parcial del punto de apoyo de los órganos contenidos en la pelvis.

Mucho se ha dicho y discutido sobre la influencia que tienen las alteraciones de los ligamentos del útero sobre la estática de este órgano, y ya ha quedado aceptado definitivamente que el término clásico de "medios de suspensión" que se les ha asignado es una connotación errónea, pues por su conformación anatómica no pueden suspenderlo, el cual, en realidad, está sostenido por el suelo de la pelvis.

Los elementos histológicos que los integran: peritoneo, tejido conjuntivo, vasos y alguna pequeña cantidad de fibras musculares lisas, son todos ellos carentes de elasticidad real y, muy al contrario, dispuestos a estirarse por

tracciones sostenidas o frecuentes, sin recuperarse después, como es dable comprobarlo en los casos de cualquiera de las ptosis viscerales. Sólo en el puerperio, estos elementos se reducen progresivamente en sus dimensiones, a merced del proceso de involución de todos los órganos genitales que habían sufrido hipertrofia e hiperplasia por los impulsos hormonales de la gestación.

El útero tiene, pues, tres elementos de fijación y no de suspensión: 1º Los ligamentos anchos, que van de la parte lateral del útero a la pared interna de la pelvis. Estos están formados por peritoneo, tejido conjuntivo, escasos elementos musculares y vasos. Su conformación da la idea de que sirven sólo para mantenerlo en la línea media, limitando sus inclinaciones laterales y movimientos de torsión, y permitiendo los movimientos ánteroposteriores. 2º Los ligamentos redondos que van de los cuerpos uterinos al orificio inguinal interno, por donde salen, recorriendo el canal del mismo nombre e insertándose en el pubis. Están formados por los mismos elementos histológicos que los anteriores y su papel es mantener la matriz adelante, que es su posición normal, en el constante rechazamiento que sufre hacia atrás, por la mayor o menor repleción vesical. La laxitud de estos ligamentos permite que el útero caiga hacia atrás y que permanezca en ese sitio, por el apoyo y peso del intestino aplicado sobre su cara anterior. 3º Los ligamentos útero-sacros, que son repliegues del peritoneo que van de la parte posterior del cuello y suben hasta el istmo, y que, limitado en las partes laterales y superiores al Douglas, se dirigen hacia atrás, perdiéndose en la cara anterior del sacro. Contribuye a la fijación del cuello.

El útero se encuentra normalmente en anteverso-flexión, que significa un ángulo abierto hacia adelante entre el cuerpo y el cuello. Se mantiene apoyado por su cara anterior sobre la vejiga, mientras que los intestinos se apoyan por su cara posterior. En esta situación, forman un ángulo como de 90 grados abierto hacia adelante, con la vagina, por lo que en estas condiciones, siendo diferentes los ejes de estos órganos, el descenso del útero no está favorecido en condiciones normales. La posición intermedia de la matriz y la retroversión sí favorecen el prolapso, por orientarse la fuerza y el peso del contenido abdominal en la misma dirección.

Ahora bien, ya dijimos que el útero está apoyado sobre un plano músculo-aponeurótico que es el piso de la pelvis y, como se comprende, el prolapso no es un fenómeno aislado, sino la combinación en el descanso de todos los órganos, participando cada uno de ellos, siempre, en mayor o menor grado.

La vagina se encuentra suspendida en su sitio, por su continuidad con el útero, apoyado en el piso pelviano, y si éste está dañado, descienden el útero y la vagina, aunque esté también sostenido por sus relaciones anatómicas, con la vejiga hacia adelante y el recto hacia atrás, pues estas adherencias

son débiles y prestas a ceder a las tracciones, las que permiten deslizamientos que forman los colpoceles, que en grados más avanzados constituyen los cistoceles y los rectoceles, que preceden o acompañan al prolapso uterino.

Es necesario hacer notar que mediando todas estas circunstancias se pueden instalar todas estas alteraciones en la mujer joven, pero a través del tiempo el mal puede irse agravando, contribuyendo a ello la edad, pues después de la menopausia comúnmente sufren adelgazamiento las mujeres y atrofia parcial y progresiva del sostén músculoaponeurótico.

Es común oír decir a las enfermas que los prolapsos y desviaciones uterinas les fueron causados por caídas o sentones, o por esfuerzo violento. Dadas las consideraciones anteriores, creemos del todo improbables estas razones, y sólo la presencia de los factores anatómicos enunciados y la persistencia de causas como la tos y el vómito pertinaces, la constipación y ciertas exigencias profesionales de algunas mujeres, como es permanecer prolongadamente de pie, cargar bultos pesados o hacer esfuerzos repetidos, se deben tomar en cuenta como coadyuvantes.

Secundariamente, en buen número de casos, aparece una complicación, como es el alargamiento hipertrófico del cuello uterino, resultante de la tracción que ejerce la vagina hacia abajo y la dimensión límite de los ligamentos úterosacros que apoyan en el istmo y que se oponen en cierto grado al descenso.

Las perturbaciones circulatorias a este nivel, el edema crónico, la infección secundaria favorecida por estas circunstancias y la instalación de una cervicitis crónica concomitante, complementan el aumento de las dimensiones del cuello y del istmo, apareciendo el hocico de tenca, cerca de la hendidura vulvar, y que algunos ginecólogos tratan sólo por amputación.

Esta elongación hipertrófica del cuello da casi siempre la impresión de un prolapso de mayor grado, y sólo el examen clínico cuidadoso revelará, frecuentemente, que el cuerpo del útero no está en realidad muy descendido, aunque siempre participe en algo y coexista, como es común, con todas las otras distopias.

Distinguimos tres grados de prolapso genital:

El primero, en el cual se encuentra colpocele con o sin cistocele, con o sin rectocele y un descenso apreciable del útero durante la exploración.

El segundo grado, en donde las alteraciones se hacen más marcadas y el cuello uterino llega a la vulva al menor esfuerzo.

El tercer grado, en el cual el útero separa los grandes labios y sale entre los muslos arrastrando consigo la vejiga y el recto.

Estas alteraciones se descubren fácilmente a la exploración, con la enferma en posición ginecológica, sobre la mesa de exploración y haciéndole

pujar. Aunque lógicamente sería más claro apreciar el descenso tactando a la mujer en posición de pie, es exploración difícil y casi siempre impracticable por antiestética y por razones de pudor, no siendo estrictamente necesaria.

Las mujeres afectadas de prolapso genital presentan una sintomatología variada en relación con su grado, interviniendo mucho la condición psíquica de la mujer, que es quien estima primero su importancia, pues en la joven, en plena vida sexual, es motivo de estados depresivos y complejos, causas frecuentes de frigidez. Aunque la sensibilidad sexual de la mujer es principalmente clitorídea, la flaccidez vaginal resta frotamiento y disminuye el placer del hombre, que la busca y la desea menos, siendo origen frecuente de desavenencias y complicaciones conyugales.

Las mujeres con prolapso se quejan también de sensación de pesantez en la vulva y de dolores abdominales y lumbares, propagados a las ingles y a los muslos, molestias relacionadas con las tracciones que sufren los ligamentos en la estación de pie.

En el primero y segundo grados se presentan trastornos urinarios, más acentuados cuanto más avanzado es el mal, consistentes en polaquiuria, que cesá durante la noche por el reposo en cama, y de incontinencia relativa que se manifiesta por deseo imperioso y muchas veces incontinente, o emisiones involuntarias de orina, con la risa, el estornudo, la tos, lo que hace sufrir mucho a la mujer, por convertirse en un mal antisocial.

La formación de una bolsa vesical que desciende a la vagina hace que quede orina residual, encontrándose favorecidas las infecciones urinarias ascendentes y constituyéndose una inflamación crónica del cuello de la vejiga, que añadida al relajamiento del esfínter que origina el prolapso, contribuyen a la incontinencia ortostática.

Los trastornos a la defecación son menos acentuados y se relacionan con los rectoceles avanzados.

También es frecuente la cervicitis crónica y flujo, pues la contaminación del cuello es más posible por su contacto fácil con el medio externo.

A veces las infecciones prosperan y aparecen metritis, con hipertrofia del endometrio, dismenorrea y, en grados más avanzados, salpingoovaritis crónica, parametritis y, por consecuencia, dispareunia. Frecuentemente es causa de esterilidad secundaria.

Es necesario hacer notar que dependiendo de un factor anatómico, no puede evolucionar el mal a la curación espontánea. Los cuidados higiénicos, el reposo, descongestivos pélvicos, abstinencia sexual, etc., no son más que paliativos, y, muy al contrario, el mal tiende a aumentar progresivamente con su cortejo sintomático; sólo los casos leves son compatibles con un buen

estado de salud general. En la mayoría de los casos es grande y múltiple el número de molestias, hasta llegar a ser intolerables.

Su tratamiento es esencialmente quirúrgico, y sólo se usarán pesarios y otros cuidados cuando no sea posible sujetar a la enferma a la operación correspondiente. Hace algunos años, los pesarios eran de uso común y corriente en ginecología, pues además del temor a las intervenciones quirúrgicas, la cirugía no se encontraba en el plano de avance y seguridad en el que estamos actualmente. Ahora se han casi olvidado, y son escasísimos los casos en los cuales no haya una operación que ejecutar con un mínimo de riesgos y con elevadísimo margen de seguridad para el acto y resultados inmediatos y lejanos, aun tratándose de mujeres de mucha edad.

No es nuestro propósito describir el gran número de técnicas existentes para corregir cada una de las variedades del prolapso, pues de esto se podría hacer un libro especial. Me concretaré a enunciar los más importantes, considerando en especial la histerectomía vaginal en sus indicaciones, sobre la cual traemos película a colores para hacer más clara y comprensible la modalidad de técnica que hemos elegido para tratar ventajosamente estos casos.

Considerando las lesiones anatómicas que originan el prolapso, las operaciones tendrán por objeto:

- 1º Reconstruir el piso perineal.
- 2º Estrechar la vagina y la vulva.
- 3º Llevar el útero a su posición normal y suspenderlo.

1º La reconstrucción del piso perineal se logra haciendo perineorrafias, pero con sutura de los músculos elevadores del ano. Por estos precedimientos se lleva el orificio vulvovaginal hacia adelante, cerca y debajo del arco púbico, desviándolo del punto débil que recibe la presión del contenido abdominal; se refuerza el diafragma músculoaponeurótico que sostiene la matriz y se estrecha el orificio vulvar.

2º El estrechamiento de la vagina se consigue por las colporrafias. Corrigen los colpocelos y reducen la flaccidez. La colporrafia anterior corrige el cistocele y puede acompañarse de la plegadura del fondo vesical, del esfínter y uretra, cuando hay disurias concomitantes. La colporrafia posterior corrige el rectocele y generalmente se hace como uno de los tiempos de la perineorrafia. También reduce la amplitud vaginal y corrige la flaccidez. Ambas mejoran la calidad sexual de la mujer.

3º Para llevar el útero a su posición normal y suspenderlo, se hacen las ligamentopexias e histeropexias, de las que existen diferentes técnicas y que, como dijimos antes, no vamos a describir y menos a discutir, pues cada una de ellas tiene ventajas e inconvenientes y no es fácil poner de acuerdo a los ginecólogos sobre cuál procedimiento es el mejor.

Lo que sí es cierto es que, teniendo en cuenta que las lesiones no son únicas, los procedimientos se hacen mixtos y se adaptan a cada caso particular según la predominancia de las lesiones. Algunas veces será suficiente una colpórrafia anterior, otras sólo una perinerrafia y con frecuencia se necesita hacer las tres cosas, es decir, fijar y suspender el útero, reconstruir el piso perineal y estrechar la vagina y la vulva. El prolapso uterino tratado sólo por ligamentopexia en casos avanzados, indefectiblemente recidiva, porque los ligamentos acortados cederán de nuevo, y en breve plazo, a las presiones.

Hay que hacer notar que existe una serie de procedimientos para tratar el prolapso genital, cuando la mujer está completamente fuera de la vida sexual, como es la introducción hacia la vagina del cuerpo útero basculado a través del fondo véscouterino o por el fondo de saco posterior y a través del Douglas (procedimiento antiguo de Wertheim y de Freund respectivamente), que tienen por objeto obturar el conducto introduciendo en la vagina este cuerpo extraño, a la vez que se aplica un elemento de sostén a la vejiga. Por el procedimiento de Schauta se hace lo mismo, pero introduciendo el cuerpo del útero basculado hacia abajo, a través del fondo de saco véscouterino, e interponiendo este órgano entre la vejiga y la vagina, previa colpotomía en T invertida, que se sutura después.

Estos procedimientos, acompañados o no de sección de las trompas y acortamiento de ligamentos redondos, son de resultados dudosos sobre el bienestar posterior de las enfermas, y ya a primera vista se antojan anti-fisiológicos.

Nosotros hemos ejecutado en estos casos, con éxito definitivo, la colpo-pexia o tabicamiento de Lefort, que ocluye parcialmente la vagina, suturando la pared anterior contra la posterior en casi todo su largo, dejando dos canales laterales para la salida de las secreciones uterinas. Se forma una columna cicatrizal central, que sostiene al útero y da apoyo a la vejiga y al recto. La complementamos, en la mayoría de los casos, con perineorrafia.

La hemos destinado a aquellas enfermas viejas de prolapso avanzado, con útero atápsico y sano, aplicando frecuentemente en los cuellos sospechosos un tratamiento médico local previo, electrocoagulaciones y biopsias, para no dejar un órgano degenerado o con posibilidades de degenerarse, inaccesible a la exploración y tratamiento.

Así hemos operado muchísimos casos en que deseamos un procedimiento lo más benigno posible, y en algunos de ellos con anestesia local, a mujeres, la más joven de 62 años y la más vieja de 84, con prolapso de tercer grado y estado delicado de salud general, sin tener, hasta la fecha, fracasos que lamentar o molestias secundarias a la operación.

La histerectomía vaginal no la practicamos en estos casos, aunque en sí es muy fácil, por existir los procedimientos anteriores de mucho menos peligrosidad. Sin embargo, en determinadas ocasiones el procedimiento está estrictamente indicado, como es el caso que tendré el honor de presentar a ustedes en la película, en la cual la enferma, de 44 años, tenía vagina y vulva flácidas, con cistocele y rectocele acentuados, hipertrofia y elongación del cuello, con cervicitis crónica y pólipos, prolapso y fibromatosis del útero. Lleva vida sexual y tiene esposo más o menos de la misma edad, potente y sano. Padecía múltiples molestias y disfunciones; dentro de ellas, dispareunia y frigidez, que se hicieron progresivas; meno y metrorragias, relacionadas con su edad y con la degeneración fibromatosa del útero. Neuropatía consecutiva.

No sólo es necesario, en estos casos, suprimir un órgano enfermo con una degeneración establecida que da síntomas molestos y peligrosos y que puede llegar fácilmente a la malignidad, sino dejar lo que queda, en condiciones funcionales suficientes para conseguir un buen estado de salud y permitir la vida sexual. Cualquier otro procedimiento no resolvería los múltiples problemas de este caso y de otros similares, siendo indispensable en un solo tiempo corregir además el cistocele, el rectocele, estrechar la vagina y la vulva.

Tenemos muy presente que el ideal actual es la cirugía conservadora, y así lo hacemos desde hace muchos años, procurando no mutilar inútilmente órganos indispensables para el funcionamiento equilibrado del organismo y jamás tratamos por histerectomía prolapso alguno que no tenga además, como es este caso, lesiones irreparables por otros procedimientos. Una matriz prolapsada grande y degenerada, que da hemorragias, muy fácil de degenerarse y en una mujer en la edad crítica, no tiene más tratamiento que su extirpación.

Se verá también, en la película, que extirpamos el útero dejando los anexos que exploramos claramente a la vista y que están sanos, pues en las histerectomías que no son por cáncer, ya sean abdominales o vaginales, siempre lo hacemos así, mientras no tengan lesiones irreparables, ya que las necesidades hormonales siempre existen en mayor o menor grado, y ningún tratamiento médico de sustitución es comparable con la propia generación de estos elementos. Y aunque se afirma que una vez extirpado el útero los ovarios se atrofian, esto sucede paulatinamente, permitiendo al organismo, mientras tanto, adaptarse poco a poco y en forma decreciente a la futura carencia hormonal. Siguiendo esta conducta, no vemos estas tormentosas menopeusias quirúrgicas que traen consigo las mutilaciones totales, que son inútiles.

La técnica seguida está inspirada en el procedimiento de Pozzi, pero difiere en muchos tiempos. Consiste en lo siguiente:

1º Exploración bajo narcosis general de amplitud, movilidad, tamaño del útero, etc.

2º Damos luz amplia al campo suturando los labios menores a los pliegues genitocrurales, aplicando valva de pesa de Pozzi y separador de Gelpi invertido.

3º Tracción del útero, exteriorizándolo con pinzas de doble garra de Musseux o preferiblemente de garra sencilla de Pozzi.

4º Exploración de la vejiga introduciendo sonda uretral rígida de arriba hacia abajo para darse cuenta de su límite sobre la pared anterior de la vagina.

5º Pinzas de Allis para limitar la extensión de la resección vaginal en su pared anterior, una abajo de la uretra y dos laterales. Se traza incisión triangular de vértice superior y se despega con gasa el colgajo vaginal. La adherencia de la vagina hace este despegamiento frecuentemente difícil. Hay que hacerlo con extremada paciencia y cuidado para no herir la vejiga. La hemorragia en capa es a veces copiosa, pero cesa por compresión.

6º Se levanta el útero y se traza en la pared posterior otro triángulo de vértice inferior, despegándose el colgajo vaginal de abajo arriba. Este tiempo es extremadamente fácil por la laxitud del tejido subyacente que une la vagina al recto y al Douglas.

7º Se unen lateralmente la incisión de los colgajos haciendo en total un rombo cuyo centro está ocupado por el cérvix.

8º Se despega la vejiga del útero, hasta el fondo de saco véscouterino, cargándole con una valva.

9º Se aplican dos pinzas curvas fuertes de pedículos y con dientes sobre los parametrios y al nivel del istmo. Toman vaginales y uterinas. Se ligan por transfixión con catgut crómico N° 2 y se refieren para ser utilizados al final para rehacer la cúpula vaginal.

10º Se abre el Douglas y se introduce una compresa para evitar la salida del intestino.

11º Se abre el fondo de saco véscouterino y se introduce la valva que suspendían la vejiga por el nuevo orificio.

12º Se exterioriza el útero, maromeándolo por el fondo de saco vesicouterino abierto, por tomas con pinzas de Musseux, progresivamente ascendentes.

13º Se exploran los anexos y se decide la extirpación, incluyéndolos o no.

14º Se ponen dos pinzas curvas fuertes de pedículos, con dientes, una de arriba hacia abajo, pinzando, la primera, ligamentos redondos, trompas y mitad superior de ligamentos anchos, y la segunda de abajo hacia arriba y por dentro del punto referido al principio para volver a tomar uterinas y mitad inferior de ligamento ancho, procurando cabalgar los puntos de ambas pinzas por dentro de ellas.

15º Sutura de los pedículos con puntos en 8, por transfixión.

16º Unión de los pedículos superiores para dar apoyo al punto declive de la cavidad abdominal: los pedículos inferiores no los unimos para evitar tracciones sobre la segunda ligadura de los vasos uterinos. Los puntos referidos inicialmente los unimos para dar otro apoyo en el nuevo piso de la pelvis que se está formando.

17º Sutura en bolsa con catgut crómico atraumático del peritoneo vesical y del Douglas para cerrar la cavidad abdominal.

18º Plegadura del fondo vesical y del esfínter con catgut atraumático 00.

19º Sutura de vagina en la pared anterior y en la posterior con puntos separados de catgut atraumático crómico Nº 1.

Esta operación queda complementada por una perineorrafia, cuyas modalidades especiales son las siguientes:

1º Sutura de elevadores del ano por dos puntos en X.

2º Resección de un triángulo vaginal.

3º Dos planos de surgete con catgut atraumático 00, el primero suturando músculos superficiales del periné y fascia superficial y el segundo suturando piel. Esta forma consigue primeras intenciones con escasísimo dolor.