
MEDICINA.—TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DEL ÚTERO POR EL MÉTODO DE BRANDT.—*Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia, por don Manuel Concha García, leída en 18 octubre de 1888.*

Honorable comisión examinadora:

Para cumplir con el requisito exigido por los reglamentos universitarios, tengo el honor de presentaros, como tema de mi memoria de Licenciado, un estudio sobre el tratamiento del prolapso del útero, que confío recibiréis con benevolencia.

Para nadie es desconocida la frecuencia de las afecciones uterinas que afligen nuestras clases sociales, como lo hace notar un distinguido profesor de clínica ginecológica, que constituyen unos de sus factores más importantes, el clima de nuestro país, hábitos y costumbres de nuestras gentes.

No es raro, por otra parte, encontrar tanto en la clínica domiciliaria como en la de hospital, esta afección de que me ocupo, que ha sido hasta antes de ahora, aun en los mejores servicios de Europa, una enfermedad rebelde á todo tratamiento.

La sencillez de su aplicación, y la eficacia del tratamiento importan la preferente atención que hoy se da á este nuevo método. Antes de entrar á exponer el tratamiento y los resultados obtenidos en Chile, creo conveniente recordar, á la ligera, los principales puntos sobre esta enfermedad.

El prolapso del útero es una enfermedad conocida desde los tiempos más antiguos, pues Hipócrates se ocupó de ella.

Los casos en que la vagina se encuentre fuera de la vulva, cubriendo un tumor en que aparece el hocico de tenca, no deben ser considerados, en la generalidad de los casos, como prolapso del útero, porque el fondo de este órgano está próximamente á su altura normal.

En casi todos los casos, este prolapso (queremos conservar el nombre) se forma de la manera siguiente: la pared vaginal anterior, ó esta y la posterior, se deslizan hacia abajo, salen por la hendidura vulvar y por su inserción superior, ejercen tracción sobre el cuello.

Si el útero conserva su conexión normal con los demás órganos, y es lo más común, ó si hay adherencias perimetríticas que lo unen á la pared abdominal tumores ú otra producción patológica no sigue la tracción ejercida sobre él sino que se alarga é hipertrofia. Es por esto que el orificio externo aparece fuera de la vulva y el fondo conserva su posición normal.

Esto no es un verdadero prolapso del útero, sino un crecimiento exclusivamente del cuello. Debiera llamarse hipertrofia del cuello.

En algunos casos raros, el útero, por la relajación de sus ligamentos, obedece á la acción de la vagina y tenemos un prolapso completo del útero.

Puede ser causa de prolapso completo la hipertrofia del cuello y la atrofia del cuerpo, que primitivamente estaba desarrollado de volumen. Esto puede verse en un prolapso ya formado á consecuencia de la involución senil que experimenta el útero. En tal caso el orificio externo y el fondo descienden á medida que el cuerpo disminuye de volumen. De esta manera se forma, al principio, un prolapso incompleto y después uno completo. También puede producir un prolapso completo la retirada brusca de un pesario que contenía un prolapso incompleto. Á la retirada del pesario, se precipitan las paredes de la vagina y arrastran al útero atrofiado.

En todos estos casos, y que forman la mayor parte de los llamados prolapsos del útero, la afección primitiva es un prolapso de la vagina que trae la hipertrofia y prolapso del útero.

El prolapso de la vagina entraña la etiología de todos estos casos de prolapso del útero y por eso estudiaremos las causas que lo producen. Estas causas son: el alargamiento de la vagina y la relajación, tanto de sus paredes como de los órganos que la rodean y tejido conjuntivo que los separan.

El puerperio engendra ordinariamente una relajación y un alargamiento de las paredes de la vagina. Durante el embarazo, la vagina se desarrolla y aumenta en diámetro y longitud.

El útero grávido, inclinado hacia adelante en fuerte anteversión tira atrás y arriba la parte superior de la vagina, sin embargo la

parte inferior de la pared anterior hace hernia por la abertura vulvar. Además, según Hoffman, hay una reabsorción de tejido adiposo y en consecuencia, el conjuntivo se hace más suelto y fácil de relajar. Verificado el parto, la vagina queda más dilatada y larga que antes y sus paredes forman pliegues. Las conexiones con los órganos vecinos están, en cierto modo, relajadas en el primer tiempo que sigue al parto, y esto facilita, cuando reunen las condiciones necesarias, el descenso de la vagina y la salida por la abertura vulvar de la extremidad inferior.

El aumento de la presión intraabdominal empuja hacia el canal vaginal los órganos contenidos en la pequeña pelvis y produce el prolapso; pero es necesario que esta fuerza impulsiva se repita con frecuencia; y en tal caso, la parte inferior de la vagina concluye por permanecer fija en la abertura vulvar y arrastra la parte superior y la inferior del útero. De la mayor ó menor abertura de la vulva, depende la facilidad para formarse el prolapso del útero. El ensanchamiento de la vulva, después de partos repetidos y desgarraduras del periné, facilita la formación rápida y completa del prolapso.

Si el periné se haya rígido, bien conformado, y la vagina ocupa un plano horizontal, la pared anterior de la vagina no tiene tendencia á descender; la posterior avanza muy poco.

Si el útero está en retroflexión ó retroversión, la vagina se hace más vertical. Cuando la abertura vulvar está dilatada, ambas paredes vaginales hacen prolapso y tiran hacia abajo el cuello del útero.

La repleción exajerada de la parte inferior del recto y la vegiga, facilita la formación del prolapso, rechazando hacia abajo las paredes anterior y posterior de la vagina.

El prolapso producido frecuentemente por el puerperio puede también tener por origen un catarro vaginal de larga duración que con el tiempo relaja las paredes de la vagina y las hace descender hasta producir hernia á través de la vulva. Pasada la época de la menopausia y perdida la elasticidad de los tejidos, la mucosa adelgazada á veces aparece fuera de la vulva; pero este prolapso se halla entorpecido por el acortamiento senil de la vagina.

Es muy raro que en el estado normal de la vagina el útero descienda y arrastre á la mucosa vaginal hasta salir de la vulva. Este prolapso primitivo del útero, muy raro, se encuentra favore-

cido por una vagina corta y rígida y esfuerzos continuos de la presión intraabdominal que empujan hacia abajo el útero.

Es raro en las nulíparas, y aun J. Veit cita un caso en que se verificó el prolapso en una niña de 14 años que no menstruaba. Este caso parece que fué debido á la disminución de la cavidad abdominal á consecuencia de una xifosis que padecía la enferma.

Reasumiendo tenemos: 1.º el prolapso es muy raro en las nulíparas; 2.º frecuentes en las mujeres que se entregan á pesados trabajos corporales. También se encuentra facilitado por las causas que aumentan la presión intraabdominal: tos incesante, vómitos repetidos, defecación habitualmente difícil, trabajo por largo tiempo en cuclillas, como sucede principalmente en las lavanderas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Las paredes vaginales se encuentran en gran parte aplicadas la una á la otra y por esto forma hernia una de sus paredes ó las dos á la vez. Es muy raro que se invierta circularmente la vagina.

Cuando las partes blandas del suelo de la pelvis son normales, la pared anterior puede descender, la posterior se aplica sobre la masa del periné que se prolonga hacia adelante. Cuando este se desgarran y la vulva se prolonga hasta el ano, la pared posterior puede hacer prolapso, porque le falta la protección perineal.

La pared anterior de la vagina desciendo con más facilidad y no es raro su prolapso aislado; el de la pared posterior requiere causas especiales. Á la caída de la pared anterior sigue casi siempre la pared posterior de la vejiga. La pared posterior, al descender, se desprende del recto y forma un doble repliegue entre cuyas hojas se encuentra tejido conjuntivo laxo. Esfuerzos violentos de defecación hacen descender el recto, lleno de gas ó materias fecales, al repliegue formado por la pared posterior de la vagina. En otros casos, la repleción del recto por materias fecales empujan la pared posterior hacia adelante hasta que hace hernia en la vulva. En algunos de estos casos, el tumor que se ve está formado por la pared posterior vaginal. Á la percusión, da timpanismo, y con la exploración combinada se comprueba que el útero, en algunos casos, conserva su posición normal.

La mucosa vaginal, en el prolapso, se hace más lisa, desaparecen sus repliegues y su epitelio pavimentoso se engruesa. Esta al-

teración del epitelio hace que su color sea más blanco. Se forma una especie de epidermis ó irritaciones que pueden ocasionar inflamaciones ó ulceraciones.

Estos procesos se desarrollan generalmente cerca del orificio externo que aparece en el prolapso como una ancha hendidura de un rojo vivo. Otras veces se presentan vegetaciones de base ancha ó pediculadas. La porción vaginal está muy engrosada y la prominencia del labio inferior, en sí muy pequeña, desaparece por la tumefacción del tejido conjuntivo pericervical. El labio posterior se reconoce por su íntima unión con la mucosa, y por este motivo queda muy visible el repliegue formado por el fondo de saco posterior.

Cuando hay profundas desgarraduras del periné, se forma un ectropión muy pronunciado. El canal cervical aparece dilatado y en forma de embudo. La mucosa cervical puede cubrirse de epitelio pavimentoso y semejar á la cutis. J. Veit cita un caso en que el orificio interno cerrado formaba la extremidad del prolapso, y los labios estaban tan completamente invertidos que era apenas posible reconocerles, y cubrían la parte inferior del tumor de un reborde convexo. La consecuencia ordinaria del prolapso de la vagina es producir por el estiramiento del cuello una irritación á consecuencia de la cual se alarga hasta aparecer en el orificio externo de la vulva. Este alargamiento no es solamente en el cuello, por más que en él se desarrolle de preferencia. Sobre este punto hay que hacer distinciones importantes.

Para juzgar mejor estos estados patológicos, dividiremos el cuello en tres partes, que corresponden á la diversidad de inserción del fondo de saco anterior y posterior: (a) la parte que se encuentra por debajo de la inserción del fondo de saco anterior, porción vaginal; (c) la que se encuentra por encima de la inserción del fondo de saco posterior, supra vaginal; (b) la que está entre las dos mencionadas, porción media. Cuando únicamente desciende la pared anterior de la vagina, se alarga la parte media del cuello y el orificio externo avanza hacia abajo, y el fondo del saco posterior permanece en su altura normal.

Cuando descienden ambas paredes vaginales, la tracción sobre el cuello se hace oblicuamente y con igual intensidad en los dos fondos de saco. Dado este mecanismo, se alarga la parte supravaginal y los fondos de saco descienden á la vez. Estas hipertrofias pueden hacerse considerables. La más común es la supravaginal.

Encuétrase en ella que delante de la vulva hay un tumor cubierto por la vagina invertida en dedo de guante. En la extremidad inferior del tumor, se halla el orificio externo visible. El fondo de saco anterior no existe, sino que del meato urinario parten numerosos repliegues que cubren el tumor.

El fondo de saco posterior tampoco existe. La hendidura que separa el periné del prolapso pertenece á la fosa navicular del vestíbulo. El útero, que tiene la parte inferior muy por fuera de la vulva, se prolonga mucho hacia arriba: su cuerpo, unido al cuello, que está fuertemente alargado, tiene mayor longitud que de ordinario. El órgano se dirige arriba y atrás en la concavidad del sacro. La longitud en esta posición de retroversión es 15 centímetros. En algunos casos, las paredes del cuello están muy engrosadas; en otras, se aproximan á la normal.

El cuello puede adelgazarse al ser estirado, sobre todo, en las enfermas de edad avanzada.

La uretra y la vejiga sufren cambios notables. La primera sigue una curvatura contraria á la normal y penetra en el tumor dirigiéndose hacia abajo; otras veces recorre un pequeño espacio en dirección normal y después hacia abajo. La vejiga á más de la dislocación sufre en su forma un cambio completo. La pared posterior alcanza desde el orificio interno del cuello hasta la extremidad del tumor. La vejiga afecta la forma de un divertículo que penetra en el prolapso entre el cuello y la pared vaginal anterior.

Cuando el cuello está muy engrosado el acceso á este divertículo puede encontrarse tan dificultado y sus paredes encontrarse tan aplicadas una á otra que no puede correr ni una gota de orina. Si no se repone el útero se estagna la orina, origina catarros de la vejiga y formación de cálculos. La tracción del fondo de la vejiga puede producir la compresión de los uréteres y sus consecuencias (dilatación de los uréteres, hidronefrosis).

La escavación vésico uterina queda invariable y el peritoneo á la altura del orificio interno, se refleja para pasar de la pared anterior del útero á la vejiga.

El peritoneo desciende con la parte posterior del cuello, de tal manera que el fondo de saco de Douglas penetra hasta el extremo del prolapso, revistiendo así al cuello, excepto la parte que ha quedado como porción vaginal.

El recto no envía ningún divertículo al interior del prolapso, si bien el tacto rectal es fácil de proyectar con el dedo su pared

anterior en forma dedo de guante. Excepcionalmente, puede el recto, en los casos de prolapso, formar divertículo con materias fecales y gas intestinal. Esto puede suceder en el prolapso de la pared posterior, como en la hipertrofia supra vaginal y en el prolapso completo del útero.

La cara anterior del prolapso, originado por la parte media del cuello, no se diferencia de la que hemos descrito. La vejiga y el fondo de saco anterior se comportan de la misma manera; pero detrás del cuello puede encontrarse el fondo de saco posterior á la altura normal, lo que manifiesta que el espacio de Douglas no ha experimentado variación.

Es raro que el útero siga en todo á la vagina en su descenso, y aparezca fuera de la vulva en su volumen normal, recubierto por la vagina invertida *prolapso completo del útero*. Con el útero, descendiendo la vagina, parte del recto, y algunas asas intestinales. Los ligamentos anchos, tensos como cuerdas, tiran al útero hacia la línea innominada; las extremidades de las trompas y los ovarios están poco dislocados.

Los fondos de saco anterior y posterior desaparecen, el útero se hallan en retroflexión y en casos raros, en ante-flexión. Este órgano conserva unas veces su longitud normal; en ocasiones aumenta de volumen y de cuando en cuando, en las mujeres de edad, disminuye.

La vejiga penetra en el prolapso, cubre la cara anterior del fondo y en muchos casos lo tapa todo. Los intestinos se aplican sobre la vejiga y el espacio de Douglas alcanza la extremidad del prolapso.

Estas relaciones anatómicas no son constantes. Á veces experimentan algunas variaciones; pero son las más frecuentes y comunes.

En los casos en que el intestino ocupa todo el espacio de Douglas las asas intestinales constituyen el contenido esencial del prolapso. Es raro que el intestino empuje hacia abajo al peritoneo que forma la escavación vésico uterina, hasta el punto que un repliegue de aquel que penetre, entre el cuello del útero y la vejiga y los separe entre sí.

S Í N T O M A S

El prolapso agudo es muy raro y á causa del rápido vaciamiento de la cavidad abdominal y de la tracción de los repliegues peritoneales, se manifiestan síntomas semejantes á los de la inversión del útero; dolores abdominales violentos, lipotimia y profundas conmociones nerviosas.

En el descenso paulatino, se manifiestan sensación de peso y dolores de cintura. Aparte de las molestias mecánicas ocasionadas por el prolapso completo, se producen otras que no son más considerables que las mencionadas. En casos raros, casi faltan los síntomas: los que ordinariamente se manifiestan son los dolores de cintura, que á veces se hacen insoportables y la sensación de peso en la pelvis. También hay trastornos en la micción causados por la dislocación de la vejiga y la extagnación de orina en el divertículo que aquella forma en el prolapso. En algunos casos se puede orinar sólo cuando el tumor se repone, aunque sea en parte. No son raras las molestias por parte del intestino y los trastornos nerviosos que pueden llegar á la histeria pronunciada, si bien esto no es frecuente.

Los esfuerzos violentos exaltan los dolores porque rechazan el útero hacia abajo y aumentan la tensión de los ligamentos, tensión que ya es de por sí muy considerable.

La tos, el vómito, sostener en alto cargas pesadas y los trabajos corporales penosos, exageran la presión intra-abdominal y la tirantez de los ligamentos uterinos.

Las irritaciones que sufre el prolapso entre los muslos, trae otra serie de síntomas. Recién formado el prolapso, se reduce espontáneamente en la noche y sólo reaparece después de algún tiempo de trabajo pesado. Más tarde permanece más tiempo fuera de la vulva, pero se repone en la noche, hasta que aumenta de volumen, lo que hace imposible reducirlo. Si el prolapso es muy grande, molesta tanto á la enferma que no le permite una ocupación activa cuando el tumor está entre los muslos. El frote y la maceración por la secreción de los tejidos produce ulceraciones de la piel del muslo y la mucosa del prolapso. Estas ulceraciones de la mucosa vaginal pueden hacerse muy extensas de superficie, difterítica ó gangrenosa.

Rara vez las ulceraciones perforan la vejiga, ó desprenden fragmentos gangrenosos del útero y á veces tal vez del útero entero.

La menstruación no está alterada en el prolapso. Unas veces es reducida, otras profusa. La esterilidad no existe, pues hecha la reducción es practicable el coito y parece que se verifica á veces dentro del cuello y no en la vagina.

El útero grávido en estado de prolapso sube en la pequeña pelvis, pero queda fuera de la vulva parte del cuello hipertrofiado. La marcha de esta afección es crónica, si no se interviene el prolapso aumenta de volumen y llega á hacerse irreductible, si adherencias perimétricas lo retienen hacia afuera ó grandes exudados disminuyen el espacio de la pelvis. El peso del tumor que pende los muslos y las ulceraciones de su superficie hacen muy penoso el estado de la enferma.

DIAGNÓSTICO

Se reconoce un prolapso cuando se ve aparecer fuera de la vulva un tumor cubierto por la mucosa vaginal y en cuya extremidad inferior aparece el orificio externo. Basta un poco de atención para no confundirlo con otro tumor, como una inversión del útero ó un neoplasma.

Cuando el prolapso vaginal es reciente, al examen ginecológico es característico: los grandes y pequeños labios están separados y entre ellos aparece la vagina con un color rojo violáceo ó rosa-pálido.

No basta el conocimiento del hecho que acabamos de constatar, es necesario el examen de las partes constitutivas del prolapso. Es conveniente explorar sucesivamente la vagina, el útero, la vejiga, el recto y los repliegues peritoneales.

La exploración se simplifica cuando el prolapso es muy pronunciado; pero no siempre puede obtenerse aunque la enferma tosa, ande ó levante grandes pesos. Para estudiar con exactitud los cambios de posición experimentados por los órganos interesados, es menester que el prolapso alcance un volumen aproximado á su máximo de desarrollo.

En el examen de la vejiga se reconoce si los fondos de saco están á su altura normal, si están hechados hacia abajo ó si fultan en-

teramente. Cuando el prolapso es considerable, desaparece el fondo de saco anterior. Si el fondo de saco posterior también ha desaparecido hasta la depresión de la fosa navicular, se trata ó de una hipertrofia supravaginal ó de un prolapso completo del útero. Cuando el fondo de saco posterior está á su altura normal, es una hipertrofia de la parte media del cuello.

Practicando conjuntamente el tacto rectal y la palpación abdominal, se examina la parte del útero contenida en el prolapso, y si este órgano se contenía hacia arriba, en la pelvis, se le sigue en esta dirección, tratando de determinar la posición y aproximadamente su grosor y la longitud de su cavidad. Esta última se mide mejor con la sonda.

En el examen de la uretra y la vejiga, se sirve de un catéter largo y de extremidad encorvada. Con este se determina la dirección del canal y el lugar que ocupa la vejiga. Téngase presente que ella no se encuentra en todos los puntos donde se deja empujar la extremidad del catéter.

Las relaciones anatómicas del recto con la vagina se exploran con el dedo. Es difícil averiguar el estado de los fondos de saco anterior y posterior porque no se pueden palpar ni sondar directamente. En algunos casos raros, se determina la dilatación que experimentan constatando que los llenan las asas intestinales. Se mide la profundidad del espacio de Douglas cuando la vejiga está muy dilatada y se le empuja en dicho espacio.

El estado del peritoneo escapa generalmente á un diagnóstico preciso, y es necesario atenerse á lo que se sabe sobre las modificaciones de los fondos de saco en las diversas especies de prolapso.

La escavación vesico-uterina no llega sino al nivel del orificio interno y no sufre, en consecuencia, ninguna alteración en las hipertrofias del cuello. En caso de prolapso real del útero, desciende con él conservando sus relaciones. Puede suceder que el fondo de saco peritoneal anterior penetre profundamente y de un modo anormal entre la vejiga y el útero.

El peritoneo del espacio de Douglas está adherido al fondo de saco posterior de la vagina y á la parte superior de la pared posterior de esta última. Esto es causa de que el peritoneo, en este punto, no experimente, por la hipertrofia media del cuello, modificación alguna en su situación; mientras que se encuentra inme-

diatamente detrás del labio posterior en la hipertrofia supravaginal y en el prolapso real del útero.

TRATAMIENTO

Hipócrates se preocupó de la curación de esta enfermedad, y desde entonces se han usado tantos métodos que sería necesario extenderse demasiado para darlos á conocer todos, y sólo haremos mención de ellos hasta llegar al nuevo método del Dr. Brandt que tan buenos resultados está dando.

Europhon colgaba á sus enfermos en una escalera con los pies para arriba. Otros fumigaban con olores fétidos para que incomodado por estos olores volviera á su antigua habitación. Como suponían al útero con vida propia creían que poniéndolo en contacto con animales repugnantes, como ratas, lagartos, etc., bastaría para que recobrará su posición primitiva.

Sorano fué el primero que trató esta enfermedad reponiendo el útero y reteniéndolo por medio de un pesario de algodón, extirpaba los tejidos gangrenosos y en algunos casos el útero entero.

Durante mucho tiempo se trató aplicando torpemente un pesario.

En el último siglo se hicieron algunos progresos en la anatomía patológica y esto puso en el camino de hacer un tratamiento más racional y en conformidad con las lesiones.

La profilaxis del prolapso vaginal tiene una gran importancia en la del prolapso del útero é hipertrofia del cuello.

Con este objeto se usan diversos aparatos, pesarios, anillos, etc., que pueden dividirse en pediculados y no pediculados. Estos no sobresalen de la vagina y obran distendiendo sus paredes para evitar descendan á la abertura vulvar. Los pediculados se fijan por resorte ó un vendaje y así retienen la vagina.

Se han inventado un número extraordinario de pesarios.

Aparte de las esponjas empapadas en glicerina ó un líquido astrigente, mencionaremos el anillo de caulschuc de Mayer.

El alambre de cobre cubierto con goma que es flexible.

En mujeres de edad avanzada, con panículo adiposo muy desarrollado, presión abdominal exagerada, y las que el cistosele empuja la pared anterior de la vagina hasta hacerla aparecer en

los labios de la vulva en forma de un tumor del volúmen de una naranja; el presario falla y es impotente para contener el prolapso.

En estos casos ofrecen ventajas los pesarios pediculados contruidos especialmente para el prolapso de la pared anterior de la vagina, como el histeróforo de Roser-Scanzoni.

El histeróforo de Zovanck-Schilling que también tiene sus inconvenientes porque dilata las paredes de la vagina á los lados y no puede contener la caída de las paredes anterior y superior.

Cuando hay prolapso completo es muy difícil conseguir la retención del útero, pero no lo es tanto cuando no hay adherencias y el útero se encuentra poco ó nada engrosado. Al practicar la reposición debe cuidarse que no quede en retroflexión porque ó no se soporta ó produce perimetritis. Esta última puede conducir á la curación por la adherencia que provoca, pero á costa de grandes sufrimientos y también puede traer la muerte. Freund y Schroeder han visto varios casos de esta terminación. En consecuencia es absurdo tentar la curación produciendo una retroflexión.

Tantas mayores ventajas ofrece el uso del pesario cuanto más agudo es el ángulo que por efecto de él forman el útero y la vagina; esto es más fácil obtenerlo con el anillo de cobre, su arco posterior rechaza hacia arriba el fondo de saco posterior y fija el cuello en la parte posterior de la pelvis. Pero si los órganos pelvianos están muy relajados y la vulva muy dilatada por la mucha duración del prolapso, el anillo se expulsa fácilmente y el prolapso se reproduce cuando un esfuerzo aumenta la presión intra-abdominal.

En este caso es muy usado el histeróforo de Zuvanck Schilling, que consiste en dos hojas que semejan á las de mariposa y que se reúnen ó separan por medio de un tornillo.

Este aparato tiene el inconveniente que si toma una colocación oblicua ó se retira tanto hacia atrás que una parte ó todo el prolapso se reproduce pasando por delante de él. Además tiene el inconveniente del pedículo que queda fuera de la vulva y que incomoda considerablemente. Las reformas que se le han hecho por Eulemburg, Brelau, Savege, Coxeter y otros, no han salvado los inconvenientes.

El histeróforo es un mal recurso, no satisface su objeto y ocasiona una serie de molestias. Si no se recurre al tratamiento operatorio, es preferible usar los grandes pesarios que llenan la va-

gina por completo. Breisky recomienda el antiguo pesario ovoideo y Loehlein modificó el de Martín colocándole un arco para evitar las molestias causadas por el pedículo de que está provisto el aparato primitivo. Si por estos medios no se consigue el objeto deseado, se usará un coginete aplicado sobre la vulva que se mantiene fijo con un vendaje en T. Así descansa el útero directamente en el coginete. Á este último puede agregársele un contentivo para mantener el útero elevado. Seyfert y Scanzoni han propuesto vendajes de esta especie.

La reposición y retención del prolapso son difíciles cuando se complica con hipertrofia del cuello. En tal caso, el fondo del útero está próximo á su altura normal y se creería que la operación era impracticable por tener que empujar el útero más arriba de su estado normal. Pero la experiencia enseña que la reducción se consigue y lo mismo la retención en la mayor parte de los casos.

Es difícil la reducción del prolapso cuando las partes que lo forman están muy hinchadas, sea por engrosamiento de la mucosa vaginal, sea por enfibración del tejido conjuntivo, por hipertrofia del cuello ó por repleción anormal del cistocele ó rectocele. Si se vacian estos últimos y se disminuye la tumefacción de los otros órganos por el reposo, la reposición del útero se hace fácilmente y el órgano se coloca en pronunciada anteflexión. Consiguiendo mantener el útero en esta posición (y para esto es mejor usar el anillo de alambre de cobre) el estado hipertrófico del cuello desaparece, puesto que la tracción ejercida sobre él por el prolapso vaginal ya no existe. Á cada esfuerzo de la presión abdominal, es expulsado el anillo hacia afuera por la presión ejercida por el útero engrosado por su permanencia en el exterior. En este caso, si no se quiere limitar al vendaje en T, es menester recurrir á la intervención quirúrgica.

Todos los pesarios obran en la vagina como cuerpos extraños y ejercen una acción irritante. La intensidad de la irritación varía con la clase de pesario; uno bueno, de dimensiones á propósito para el caso, apenas aumenta la secreción vaginal, sobre todo, si está siempre limpio para evitar la descomposición de las materias concretadas en su superficie. Un pesario mal colocado ó muy grande puede provocar peritonitis, inflamaciones pútridas y las más considerables alteraciones de las partes blandas. Franque cita algunas perforaciones del recto, de la vegiga y del espacio de Douglas, debidas á estas causas.

El auxilio de los pesarios es sólo paliativo y la relajación y dilatación de la vagina que ha producido ó favorecido el prolapso del útero, aumentan por la acción de los pesarios.

Los medios quirúrgicos, apartes de la repugnancia, el miedo y los sufrimientos, las hemorragias y peligros á que exponen á las enfermas tampoco traen una curación radical, porque suelen venir recidivas y se pierden todas las ventajas que se habían esperado.

Este procedimiento operatorio debe amoldarse á las condiciones del prolapso. Se puede decir que se conseguiría una curación más ó menos duradera siempre que se consiga formar un suelo pelviano sólido y una abertura vulvar estrecha. Asi se contiene el prolapso de la pared posterior de la vagina y el del útero. Como generalmente el prolapso de la pared vaginal anterior es el más notable y en muchos casos el único, y como en el procedimiento expuesto no trae la curación, es necesario exindir un fragmento de la pared anterior de la vagina para que la parte más retraída no vuelva á hacer prolapso.

En los casos en que el útero está aumentado del volumen, es conveniente la amputación de un fragmento del cuello para que la regresión del órgano se haga más rápida y completa.

De lo dicho resulta que en los grandes prolapsos, que generalmente pertenecen á la hipertrofia del cuello hay que hacer una de las operaciones siguientes: amputación parcial del cuello, retracción de la pared vaginal anterior y de la pared vaginal posterior con oclusión de la hendidura vulvar en su parte posterior; es decir, reconstitución de un triángulo perineal sólido y resistente. Las operaciones que se practican son la colporrafia anterior y la colporrafia posterior, que creo inútil describir por ser demasiado conocidas. Se han propuesto varios otros métodos operatorios, pero creo que todos ellos tienen la gran dificultad, como he dicho antes, de los peligros á que se expone á la enferma y que ninguno de ellos trae la curación radical, pues no son raras las recidivas.

Estas razones son las que creo habrán hecho acoger con entusiasmo el método de Brandt, que á más de ser de muy sencilla aplicación no expone á ninguna clase de peligros, y que además tiene la ventaja de haber producido hasta hoy tan buenos resultados.

Este método, que es el tema de esta memoria, ha producido en Suecia, Viena y en Chile, resultados que merecen tenerse en

cuenta por cuanto es una enfermedad frecuente en nuestro país y que presenta ventajas sobre los otros métodos de curación.

Los pesarios, como ya hemos dicho antes, no llevan sino á un tratamiento paliativo, los métodos quirúrgicos exponen á las resistencias por parte de la enferma y no previenen las recidivas. El sistema de Brandt no permite todavía sacar conclusiones definitivas respecto á la curación radical, pero tienen desde luego la ventaja de ser de muy fácil aplicación y no tienen las dificultades de los pesarios.

No queriendo hacerme cansado á la honorable comisión, entro de lleno á hacer la exposición del método que me parece que llevará á hacer una curación que ofrezca muchas ventajas sobre los métodos conocidos.

El tratamiento de Brandt llena dos indicaciones: destruir las adherencias que pudiera haber contraído el útero en estado de prolapso y volver la tonicidad á las fibras musculares relajadas, y para esto ensaya el levantamiento metódico del útero y la gimnástica de los músculos de la pelvis. He aquí el *modus operandi*: La enferma en cama y en decúbito dorsal, el cirujano se coloca por el lado izquierdo (aunque no lo creamos de rigor, pues debe buscar el lado en que quede con más comodidad). Un ayudante introduce el dedo en la vagina y lo aplica á la parte posterior del cuello, levanta el útero y trata de mantenerlo en anteversión; al mismo tiempo, el cirujano introduce las manos entre la sínfisis púbica y el fondo del útero, abraza el útero y sus anexos cuanto más le sea posible con los dedos de las dos manos y en esta posición levanta el útero cuanto más le sea posible; llevado al máximo, deja volver lentamente al útero á su antigua posición y repite esta misma maniobra por tres veces. Durante este tiempo, el dedo del ayudante debe seguir al útero en su movimiento de ascensión y descenso. En esto consiste lo que pudiera llamarse el primer tiempo.

En el segundo, las maniobras consisten en lo siguiente: retirado el dedo que tenía colocado el ayudante en la parte posterior del cuello y colocada la mujer en la misma posición, se hace que junte los talones y las piernas, y abrazando el cirujano con cada mano una rodilla, procede á separarlas con fuerza, mientras que la enferma trata de oponerse á este movimiento con la tensión de los adductores. Llegado al máximo que el cirujano se propone separar las piernas, se procede á unir con fuerza las rodillas,

siempre encargando á la enferma que emplee todas sus fuerzas en impedirlo. Esto también se repite por tres veces. Durante este tiempo, debe hacerse lo posible porque estén levantadas las caderas.

Esto es todo el tratamiento con que el doctor Brandt se propone curar el prolapso del útero. El Dr. Pruschen da cuenta de haber curado, por este medio, un caso de prolapso completo con cistocele y rectocele vaginal. El útero medía once centímetros en la vagina. Desde los primeros días de tratamiento, el útero permanecía sin bajar en la pelvis, á pesar de que la enferma tenía que hacer un largo camino para llegar á su casa y subir dos pisos. Después de tres meses y medio del principio del tratamiento la curación se mantenía persistente.

Brandt considera que el ejercicio de los adductores es la parte principal de este tratamiento, porque obra fijando el útero dentro de la pelvis en una buena posición. Pruschen cree que el levantamiento del útero es también de mucha importancia, porque destruye las adherencias tan frecuentes en el prolapso.

Durante el ejercicio de los adductores, se contraen los músculos del periné. Esta contracción se manifiesta en primer lugar por el elevador del ano, y que es tanto mayor cuanto más enérgica es la de los adductores. El levantamiento de las nalgas aumenta la contracción de ellas. Además, de esta manera, se da dirección al elevador del ano que ofrece un punto de apoyo á la porción vaginal del cuello, disminuyendo la abertura del diafragma pelvis. Todo esto debe atribuirse al ejercicio de los adductores de los músculos de la pelvis y periné, al mismo tiempo que el levantamiento del útero destruye las adherencias del útero á la vagina, haciendo lo posible por mantenerlo en una anteversión normal.

Como ve la honorable comisión, este método tiene muchísimas ventajas sobre los otros que se habían usado: más sencilla aplicación y aunque todavía no es posible declarar, de una manera definitiva, sin embargo, hasta hoy, no ha habido ninguna recidiva. En la mayor parte de los casos, basta hacer esta maniobra diez ó doce veces para traer la curación. Aun hay más, en un caso de la clínica del Dr. Moericke se había hecho, antes de conocer el método de Brandt, la colpografía anterior en un caso de prolapso completo con rectocele y cistocele, y no se había conseguido reducir por completo el prolapso; y antes que se hiciera la colpogra-

fia posterior, se tuvo conocimiento de este procedimiento y se ensayó con muy buen éxito.

He aquí los casos que he podido observar:

Clorinda Núñez: 26 años, sirvienta, viuda, ha tenido seis embarazos, cuatro de tiempo y dos abortos; partos buenos, ha criado á sus hijos. No tiene herencia de enfermedades.

La enferma dice que hasta hace cuatro años ha tenido buena salud y que desde entonces ha notado que sus reglas son abundantes y con fuertes dolores de cabeza, caderas y muelas. La pérdida del flujo menstrual le dura á veces hasta nueve días.

EXAMEN MÉDICO

Corazón: endocarditis, hipertrofia cardíaca.

PULMÓN NORMAL

Sífilis: infarto ganglionar y erupciones.

Tubo digestivo: dipepsia acida, constipación habitual.

Tratamiento, exclusivamente antisifilítico, píldoras de Dupuytren y ioduro de potasio.

Mejorada de la sífilis se hace el

EXAMEN GINECOLÓGICO

Prolapso, catarro del cuello y retroflexión fijada.

Tratamiento: para el catarro, lavados con vinagre pirolíñoso dos veces por semana é introducción de la sonda de Bande en el canal; en los restantes, jeringatorios calientes.

Para el prolapso gimnástica muscular, para reponer el útero á su posición normal se introduce la sonda uterina y se le lleva hacia adelante.

Septiembre 24.—La enferma mejor, el descenso disminuye, sólo aparece al exterior una parte pequeña de la parte posterior, la anterior es la misma.

Septiembre 26.—Está oculta la parte posterior de la vagina: parte anterior se presenta entre la vulva. No pierde aún su color rojo violáceo con que se presentó al principio.

Septiembre 28.—Aparece la menstruación.

Octubre 2.—Se interviene. El prolapso está como cuando se le vió la última vez.

Octubre 5, 6, 7, no se interviene.

Octubre 9, se interviene.

Octubre 10, no se interviene.

Octubre 11, se interviene.

El prolapso estaba reducido y la enferma pidió su alta.

Carmen Oteiza: 27 años, lavandera, soltera, enfermiza, débil, mal musculada, mal reglada, esta no es constante en su duración y aparición y es muy dolorosa.

Examen médico: pulmón y corazón normal; estómago; dolores, se le avinagra después de las comidas; mixión, defeca con regularidad.

La paciente dice que hace como nueve meses comenzó por sentir dolores de vientre, caderas y un prendimiento tan doloroso cuando menstruaba que la obligaba á guardar cama.

Desde seis meses atrás notó que algo se le salía por entre los grandes labios; que esto, en vez de disminuir, aumentaba de volumen hasta adquirir las proporciones que ha alcanzado al ingresar al hospital.

Examen ginecológico: prolapso, este sobresale bastante; pero no se alcanza á ver el cuello al exterior; el útero en posición normal por detrás del puvis; fondo de saco de la vagina un poco relajado, sin que sea obstáculo para la mixión y defecación; uretra, no está desviada.

Al expeculum: catarro del cuello.

Agosto 11.—Tratamiento: lavados con vinagre pirolifoso. Dos veces por semana el resto jeringatorios.

Septiembre 16.—Catarro ha desaparecido. Se interviene contra el prolapso por medio de la gimnástica muscular.

Septiembre 21.—La enferma está mejor. El prolapso disminuye.

Septiembre 25.—Aparece la menstruación.

Septiembre 30.—Se interviene.

Octubre 2.—La enferma siente muy sensible la pared abdominal.

Tratamiento: reposo y cataplasma.

Octubre 6.—Se interviene.

Octubre 9 y 10.—No se interviene.

Octubre 11.—Se interviene.

El prolapso está reducido y la enferma se va de alta.

Margarita Mardones: de 30 años, casada. Buena salud, bien reglada, ha tenido cuatro embarazos, partos buenos y ha criado á sus hijos. Hace tres años la enferma notó que algo se le salía por la vulva, no le dió mucha importancia, pues creyó que el descenso era debido al estado de debilidad en que estaba por un parto reciente.

Al poco tiempo desapareció lo que le incomodaba para aparecerle cada vez que tenía la menstruación. Desde el último parto, hacen siete meses, el prolapso quedó permanente; sólo permanecía la vagina en su cavidad cuando la enferma estaba acostada y por presión ejercida con el dedo la introducía al interior. Al levantarse ó alah cer el menor ejercicio reaparecía.

Desde tres meses atrás la enferma comenzó á perder humor en abundancia; éste al salir al exterior irritó la vulva hasta producirle algunas escoriaciones. Estuvo en tratamiento hasta venirse á este hospital.

Examen médico: pulmón y corazón normal; tubo digestivo: poco apetito sin que haya nada de anormal, mixión, buena; defeca todos los días.

EXAMEN GINECOLÓGICO

Inspección: prolapso, la pared anterior y posterior hacen hernia, la primera sobrepasa á la segunda. No se ve el cuello. La vagina está violácea y en la mucosa irritada se encuentra un líquido lechoso verde amarillento.

Examen combinado: el dedo siente á la vagina ardiente y al útero en posición normal, pero un poco caído. Diagnóstico vaginitis blenorragica.

Al expeculum: catarro del cuello y existencia de mucus gelatinoso en su cavidad.

Tratamiento: se interviene contra la vaginitis. Lavados con vinagre pirolinoso mezclado á parte iguales de ácido fénico al 5 por ciento. Estando la mezcla en contacto con el cuello se introduce la sonda de Baude en el canal para poner al remedio en contacto con la mucosa y arrastrar el mucus gelatinoso y después se pone un poco de algodón en una pinza y mojóndolo en la mezcla se pasea por toda la vagina al retirar el expeculum de Meyer.

Esta maniobra se repite dos veces por semana; en el intervalo se le da jeringatorio con ácido félico.

Septiembre 15.—No se interviene, porque el catarro y la vaginitis han desaparecido.

Septiembre 16.—Se obra contra el prolapso: gimnástica muscular, método de Brandt.

Septiembre 19.—No se interviene por inconvenientes.

Septiembre 23.—La parte posterior se ha reducido totalmente y la anterior de un modo muy considerable.

Septiembre 28, 29 y 30.—La enferma está con su regla.

Octubre 1.º—No hay descenso. Se interviene.

Octubre 5.—La enferma pide el alta.

Carmen Alarcón, 68 años, viuda, lavandera, hace 14 años que desapareció la menstruación, tuvo la primera á los 14, ha tenido 7 partos y 2 abortos.

No da datos precisos desde cuando se sintió enferma.

Examinada se encontró un prolapso del útero y de la vagina. Entró el 5 de julio y el 7 se comenzó á aplicar el método de Brandt.

Desde la primera sesión la enferma se sintió mejor.

El 15 de agosto y después de varias sesiones podía darse por curada y sintió mucha diarrea, por lo que hubo que pasarla á otra sala.

Irene Mena: de 47 años, costurera, viuda, ha tenido cuatro partos, menstruaciones abundantes é irregulares, apareciendo algunas veces cada quince días. Hace 5 años á que se siente enferma, pero sólo siete meses á que notó el descenso del útero.

Examinada se reconoció un prolapso del útero. Perimetritis. Retroversión.

Se sometió al tratamiento de Brandt y después de seis sesiones no pudo seguir en el hospital y salió de alta; no estaba completamente curada pero notablemente mejorada.

Nicolasa Alvarado: de 65 años, viuda, ha tenido dos partos y un aborto que fué el último, sus reglas han sido regulares y hace veinte años que concluyeron.

Examinada se reconoció que había un prolapso del útero con cistocele y rectocele.

Hace tres meses á que sintió por primera vez la salida del útero.

Como tratamiento se usó la colpografía anterior.

Después de operada se reconoció que el útero no se había reducido.

La temperatura mayor ha sido de 37°8. Se hicieron irrigaciones de ácido fénico al 2½ por ciento. Cuando se preparaba hacer la colporrafia posterior se tuvo conocimiento del procedimiento de Brandt y después de seis sesiones el útero había recobrado su posición normal.

Salió de alta el 12 de julio.
