

28 Julio 1887

Fernando A. ...



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

# Sobre el prolapso del útero

Senors:

311

El número considerable, i mas que todo, el éxito obtenido en este último tiempo en la curación del prolapso del útero, me han inducido a tomar por tema de la presente memoria a esta afeccion i especialmente su tratamiento.

Es verdad que la estadística no la encontramos de una manera exacta en los hospitales i en la práctica privada de los médicos, porque cuando una mujer es atacada de esta enfermedad cree pronto que lo sufrimiento que ella le puede ocasionar no encontrará en una curación conveniente, se resigna a soportar hasta el fin de sus días las desagradables i sucesivas que congo lleva, i solo recurre al tratamiento cuando una complicación seria aparece.



Para confirmar lo espuesto dié que de 22 observaciones hechas por mí en las salas del Dr. Víctor Kömmer solo 14 de éstas llegaron al hospital en busca de curación por las molestias que les ocasionaba el prolapso, i las restantes ni aun hacían mención de él cuando se les interrogaba sobre la enfermedad que padecían. Y lejos de considerar una molestia muchas de ellas estaban convencidas de que era un estado normal de su organismo; i aquellas que creían en una afección dudaban de la curabilidad.

¿Qué es un prolapso? Desde los primeros tiempos de la medicina hasta mediados de este siglo se llamaba prolapso a un tumor que aparecía entre los labios de la vulva: que se creía constituido por el útero recubierto por la vagina. En 1859, publicó Huguier un excelente trabajo en el cual espuso que la "afección



que generalmente se tomaba por una caída del órgano gestador no era otra cosa que un alargamiento hipertrofico del cuello." Desde esta época todos los feneolopistas admitieron la proposición anterior. Pero ya en 1871 se modificaron esas ideas por ser demasiado exagerada i que si bien es verdad que en el mayor número de los prolapsos existe una hipertrofia verdadera del cuello, no es ménos cierto que hai otros que están constituidos esencialmente por un descenso en totalidad del cuerpo.

Desde esta última fecha casi todas las publicaciones que se han hecho sobre este punto consideran como entidades perfectamente diferentes al prolapso del útero i a la hipertrofia del cuello.

Se comprende que esta diverjencia haya podido existir cuando para hacer una descripción de ellas solo se tomó en cuenta las modificaciones existentes despues de formado



el prolapso; pero este desaparecerá si se remonta al origen de su formación.

El útero está sostenido i equilibrado en la pelvis por los apénos siguientes: una capa de tejido adoleo que le fija a la vejiga, al recto i a las paredes pelvianas; varios ligamentos que le fijan a ciertos puntos; las vísceras abdominales que ejeren una sobre la otra una cierta fuerza de contencion; i por último las paredes vaginales que a su vez están sostenidas por el suelo pelviano, constituido en este punto por una gran cantidad de tejido celular, vasos i músculo i que vienen a hacer las veces de almohadilla elástica para soportar las fuertes presiones abdominales.

Siempre se le ha dado una gran importancia a los ligamentos que fijan al útero para la producción del prolapso, así *Burton* en su obra de *Enfermedades de mujer*



dice que "la relajacion de los ligamentos es una causa  
 frecuente de prolapso"; Guerin, por otra parte, dice que la  
 laxitud de los ligamentos suspensorios de la matriz es una  
 causa admitida por todos los médicos que se han ocupado  
 de esta cuestion: Talvez estas opiniones sean demeridas  
 expiradas, puesto que los ligamentos no hacen una trac-  
 cion constante sobre el útero; i ademas, si se examina el  
 estado de los ligamentos en una mujer que sufra prolapso  
 notaremos siempre que los ligamentos conservan un cierto es-  
 tado de relajacion, por consiguiente, la funcion de estos no  
 es mantener en suspencion a la matriz, sino impedir los cam-  
 bios de lugar de gran estension.

Se le ha dada gran importancia, en la formacion  
 de los prolapsos, al aumento del volumen del útero; así Lutra  
 en su citada obra dice, hablando sobre las causas a que dan  
 lugar la formacion del prolapso uterino, que "hai unas inte-





rentes al útero" al útero i entre éstas las hai muy nu-  
merosas, siendo preciso citar "todas las circunstancias que  
aumentan el volumen i sobre todo el peso del órgano: los  
tumores sub-mucosos, parietales, el embarazo, la hiper-  
trofia, la retencion de líquidos en la cavidad. etc." Sin em-  
bargo, diariamente vemos úteros aumentados excesivamente de  
volumen a consecuencia de tumores fibrosos o grandes pólipos  
del cuello, en los que la posicion del útero no es modificada  
absolutamente. Sin duda que esta causa tendría valor cuan-  
do hai otras de mas importancia que lo produzcan, sirviendo  
de coadyudante.

Por último, veamos el papel que le corresponde  
a las paredes de la vagina en la produccion del prolapso. Mu-  
chamente ha sido esta cuestion por los ginecologistas. Así, Dun-  
can, en una memoria que presentó a la Sociedad de Obstetricia  
de Edimburgo en 1871 pretendia que el pene no constituye





Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Juntos uno de los reportes delictivos, i que, consecutivamente,  
 la ruptura perineal no podia ser considerada como una causa  
 de prolapsos uterinos. Por otra parte, Swan dice que no se produ-  
 ce prolapsos en el cadaver cuando se quita la vagina. Esta misma  
 opinion es sostenida por Stolz, quien hizo varias veces este ex-  
 perimento. Gallard Thomas, refiriendose a esta misma in-  
 vestigacion dice que este hecho no prueba sino una cosa, i es  
 que los otros medios de fijezs son insuficiente para sostener el utero sin  
 el concurso de la vagina. Es probable que la vagina tenga un gran  
 papel en la produccion del prolapsos perdiendo la tonicidad a con-  
 secuencia de la absorcion del tejido graso que ocupa la pelvis  
 en el estado normal.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Los autores alemanes, tales como Billrot, Schroeder  
 i otros piensan son de opinion que no siempre un prolapsos tiene  
 un mismo origen; pero, si, creen que su formacion ordinaria se hace  
 del siguiente modo: La pared vaginal anterior, esta i la posteri-

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



ion conjuntamente se deslizan hacia abajo, atraviesan la endidura vulvar i por su insercion superior ejercen una traccion sobre la parte inferior del cuello. Si el útero, como sucede de ordinario, conserva su conexcion normal con los organos vecinos o si se encuentra unida con la pared pelviana posterior por adherencias perimetriticas, tumores u otras producciones patológicas, no sigue la traccion ejercida sobre él por la vagina sino que se alarga i se hipertrofia, constituyendo lo que se ha llamado hipertrofia del cuello. Pero si el útero obedece inmediatamente a la accion de la vagina por haber relajacion de los ligamentos, entonces, tendremos prolapsos o descensos.

En otras ocasiones, despues de la hipertrofia del cuello viene la atrofia del cuerpo, este descende a medida que disminuye de volumen, formandose en consecuencia un prolapsos completo despues de la hipertrofia del cuello.

Como se ve, en los casos que acabamos de describir, el fenomeno primitivo es siempre el prolapsos de la vagina.





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

De lo anterior se desprende, que el alargamiento de las paredes de la vagina juegan el principal rol en la formacion de la entidad miibida que venimos estudiando. Estas dos condiciones las encontramos ordinariamente en el puerperio. Ya en el embarazo, la vagina, como los demas organos de la gestacion, aumenta en su diametro transversal i longitudinal. El utero grávido se inclina hacia adelante, es decir, se coloca en anti-venion, contribuyendo de este modo a producir un alargamiento mas i mas grande de la vagina. Por otra parte, el tejido adiposo sufre tambien en esta época una reabsorcion, haciendo en consecuencia, que el tejido conjuntivo se haga mas flojo.

Despues del parto la vagina pocas veces vuelve a su estado primitivo, queda mas dilatada i mas larga i sus paredes forman un gran numero de repliegues. Sus conexiones con los organos vecinos no estan en tan intima relacion como lo estaban antes del parto.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Por este motivo, las multiparas son las que casi exclusivamente las presentan, siendo muy excepcionales en las multiparas, i cuando en ellas existen son incompletos por lo general.

Se considera como causa suficiente para la produccion de los prolapsos el aumento de presion intraabdominal. Los organos contenidos en esta cavidad son empujados hacia la pelvis, i los de esta, a su vez, hacia la vulva. Si esta presion es ejercida a intervalos separados, la hernia que forma la vagina en la vulva seria solo transitoria, desapareceria en el momento que la presion cesa; pero si ella es ejercida con frecuencia, la vagina, que al principio se presentaba a la vulva a intervalos, se haria poco a poco permanente, a manteniendo consigo ya la parte del cuello o ya el utero mismo.

Esta condicion la encontramos precisamente en mujeres, en quienes, con mas frecuencia presentan esta afeccion: Tales son las lavanderas, cocineras, lecheras, tejenderas; quienes por su oficio se ven obligadas a cargar grandes pesos i mas que todo a tomar una posic

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ción tal que los órganos intra-abdominales son rechazados hacia la pelvis.

En la tracción que la vagina ejerce sobre el cuello es difícil reconocer la dirección de las paredes de la vagina i el ángulo que esta forma con el útero. Si ellas ocupan un plano horizontal, como sucede en las mujeres que tienen peñón rígido i bien conformado, no es difícil comprender que las paredes de la vagina no tenderán a dirigirse hacia la vulva, o al menos solo lo hará la pared anterior. De igual manera, cuando el útero está inclinado hacia adelante, la tracción de la vagina es insignificante. Por el contrario, si la vagina está muy inclinada, como en las rasgadas del peñón o si el útero está en rebuñonamiento, ultra-flexión la vagina se hace más vertical: si a esto agregamos una vulva ancha por las desgarraduras del peñón o en cualquiera otra causa, tendremos condiciones muy adecuadas para producir el prolapso de ambas paredes vaginales.





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El estado de replecion casi permanente del útero i la vejiga, que algunas mujeres suelen mantener, hacen producir un retrazamiento de las paredes anterior i posterior de la vagina, pudiendo ocasionarlas al prolapso.

El catarro vaginal de larga duracion, el ejercicio disminuido del coito i la atrofia senil del tejido celular subvaginal son otras tantas causas de relajacion de las paredes vaginales i por consiguiente de los prolapso.

Por último, se han observado casos en que la implantacion de tumores en el cuello han producido por su peso el descenso en totalidad del útero, pero esto, como he dicho anteriormente son excepcionales i solo obran como causa secundaria.

Muchas otras causas podria indicar, pero por brevedad de secundaria utilidad me abstengo de enumerarlas en honor a la brevedad i a la concision.





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Antes de llegar a la exposicion del tratamiento del  
prolapso, permitáteme decir algo sobre la anatomia patológica  
i sintomatología de esta afeccion.

### Anatomía patológica.

Fácilmente se comprenderá por lo que llevo dicho,  
que la anatomía patológica de los prolapsos no es siempre la mis-  
ma para todos los casos. Me ocuparé primero de aquellos en que hai  
una hipertrofia del cuello i en segundo lugar de los en que hai pro-  
lapso completo o descenso.

Entre los primeros, debemos también hacer una  
division, pues que no siempre es la misma porcion del cuello la hiper-  
trofiada.

Para mayor claridad en la exposicion dividamos,  
con los ginecologistas, el cuello del útero en tres partes, segun los pun-  
tos de insercion de la vagina: Porcion supra-vajinal se ha llamado





Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

a la comprendida por encima de la insercion superior de la pared posterior; porcion media, a la comprendida entre la insercion de las paredes anterior i posterior, i porcion inferior i vaginal a la comprendida por debajo de la insercion de la pared anterior.

Ahora bien, no siempre se hipertrofian estas tres porciones indistintamente. La supra-vaginal es la mas frecuente, la media le sigue i la vaginal nunca.

Quando es la porcion media, encontramos que la pared vaginal anterior ha descendido: ya se encuentra dentro de la vagina misma, ya ha salido por fuera de los grandes labios, formando repliegues, o bien está distendida por la presencia de la vejiga en estado deuplicacion. Esta casi siempre es caracterizada por la vagina en su descenso, porque el tejido celular un tanto adherido a estos dos organos. Entonces, su pared posterior que descansaba normalmente sobre el cuello del útero, se hace anterior. De consiguiente, la media también cambiará de direccion: atravesando su antero se diri-

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ria, atrás i arriba, ahora será abajo i adelante. ~~Por el contrario,~~  
El útero se encuentra, por lo general, en retro-flexión  
fijada, es decir que su extremidad <sup>superior</sup> está en la concavidad del sacro;  
sin embargo no es raro encontrarlo en su posición normal, i a veces aun  
en ante-flexión. Su cavidad enormemente aumentada, llegando a  
veces hasta 17 centímetros.

En los casos en que la hipertrofia del cuello corres-  
ponde a la porción supra-vaginal, los órganos de la pelvis toman dife-  
rentes posiciones que la de la anterior. Después del prolapso de la  
pared vaginal anterior viene la de la pared posterior. En este caso en-  
contamos también al útero en la misma posición que hemos indicado  
arriba, con su cavidad enormemente aumentada, la vejiga sigue el des-  
censo de la pared vaginal anterior, cambia su posición, haciendo que su  
pared posterior se haga anterior i que su fondo venga a encontrarse por  
fuera de la vulva en vez de estar por encima del pubis. El fondo de su  
es posterior o de Douglas desciende hasta por fuera de la vulva.





Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

inmediatamente detrás del cuello i por delante de la broquilla, en una circunstancia que debe tenerse presente en el tratamiento para no herir el peritoneo en la operacion. El recto no acompaña a la pared posterior, como lo hace la vejiga con la anterior, porque el tejido celular que lo separa es muy flojo. Sin embargo, a veces, suele encontrarse dilataciones ampulosas como he tenido lugar a observarlas en dos casos i cuyas dilataciones pasaban constantemente ocupadas por materias fecales. Además del recto, no es raro que las demás asas intestinales vengana en su parte constituyentes del prolapso.

Cuando el prolapso no está constituido por hipertrofia del cuello, las modificaciones son mas o menos las mismas enumeradas, con la excepcion que falta el alargamiento de la cavidad i que en el tumor se encuentra el cuerpo del útero, la vejiga i a veces el recto.

Diversas modificaciones histológicas experimentan con frecuencia estos órganos. La vagina pierde sus repliegues,

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

se hace lisa, tensa, ofreciendo con frecuencia excrecencias debidas al desarrollo de la orina o protuberancias de las partes vecinas; las glándulas desaparecen i son reemplazadas por tejido cicatricial de nueva formacion. El epitelio del trocero de tunica de cilindros que era se hace pavimentoso, i obstruye, a veces, por completo el orificio impidiendo la salida de los líquidos uterinos.

La compresion de la uretra por el cuello del útero, que se produce a consecuencia de la replecion de la vejiga, trae por consecuencia retenciones de orina, catarrs o cálculos vesicales.

Los úteres también, siendo comprimidos por estas mismas causas, traen como fenómenos consecutivos la dilatacion de los úteres, la hidronefrosis etc.

Por último, no dejan de ocasionarse las frecuentes rasgaduras del perini i del cuello, produciendo en consecuencia una vulva muy ancha e inversion de los labios del cuello en los que pronto se producen ectropion.





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Síntomas.

Por lo dicho anteriormente se comprenderá que todos los prolapsos no presentan siempre un mismo orden de síntomas. Ya aparecen de una manera rápida, constituyendo la forma aguda, lo que, por cierto, es muy rara i solo se ve en las puérparas, que a consecuencias de grandes esfuerzos obligan a hacer salir el útero fuera de la vulva; ya se presentan lentamente, tardando en su desarrollo completo dos, tres, cinco o mas años, constituyendo la forma crónica; i es a ésta a la que se refiere nuestra descripción principalmente.

Si es la forma primera la que encontramos nos daremos el tumor propio de los prolapsos, por fuera de la vulva, i al mismo tiempo de la aparición de este tumor un intenso dolor muy vivo se experimenta en la pelvis ~~causa~~ irradiaciones abdominales, que a veces produce hipotimias, síncope o profundas alteraciones nerviosas.



En cambio en la forma crónica, su marcha es len-

ta, <sup>sa,</sup> insidiosa. Con recrudescencias en los grandes esfuerzos. En estas for-

mas se consideran grados diversos, según que el cuello se encuentre

a mayor o menor distancia de la vulva. Se dice que hai abajamien-

to cuando el orificio externo del cuello está a menos de seis cen-

tímetros de la vulva i el eje del útero es normal; descenso o proascendencia

cuando el cuello está en la vulva i el cuerpo es llevado hacia

el sacro; i caída o precipitación cuando el cuello ha franquea-

do la vulva.

Cuando hai solo abajamiento o descenso en-

contramos como signos físicos la hipertrofia del cuello; a veces

llega hasta 60 i 75 centímetros la dilatación en longitud de la

cavidad del útero. Este órgano pierde su posición normal i es

frecuentemente observado en retro-flexión. Si hacemos que la

mujer produzca un esfuerzo (cuando el prolapso está reducido) i abriera-

mos la vulva pronto veremos a la parte anterior de la vagina col-





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Cae entre los labios de la vulva  
 Cuando hai descenso o precipitacion, encontramos por fuera de la vulva un tumor redondeado, piriforme, presentando en su parte anterior i media en sus cercanias, un orificio que es el del cuello del utero. Sus labios casi siempre presentan rasgaduras como señal de parto dificil, encontrándose, por esta causa, dados vuelta, es decir, formando ectropion. Encima de este orificio, a la pared vaginal anterior que ha perdido sus pliegues transversales, i con frecuencia notamos en ella ereniaciones que a veces suelen traer la ruptura de la vejiga. Si percutimos en este punto encontramos un sonido mate por motivo que la vejiga, que está inmediatamente por detras de la vagina se encuentra por lo jeneral con agua. Por encima de la pared vaginal está el meato urinario. Si por el introducimos una sonda, pronto vemos que esta no se dirige hacia atras i arriba como en el estado normal, sino hacia abajo i un poco adelante, dirigiéndose





Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

donos a probar que la vejiga ha tomado direccion opuesta a la normal.

Si examinamos el fondo de saco posterior veremos que a veces no está descendido i entonces nuestro dedo reconocerá la posicion del útero que casi siempre está en retro-flexion. Esto lo podemos <sup>comprobar</sup> con mas facilidad haciendo el tacto rectal. Otras veces, la pared posterior de la vagina tambien desciende i hace tumor al exterior cuando el recto o alguna asa intestinal la rechaza; por consiguiente encontramos en este caso a la percusion un sonido timpánico en este punto. Sin embargo, si el recto está ocupado por materias fecales, esto no tendrá lugar i encontraremos el sonido mate en vez del timpánico.

No es infrecuente encontrar omphalos con prolapso uterino, sobre todo en el primero i segundo grado, que no experimentan sintomas de ninguna especie. <sup>Obstáculos</sup> Solo surgen dolores de cintura con sensacion de peso en la pelvis. Estas

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



molestias, por lo jeneral, se hacen mas intensas cuando la en-  
 ferma hace esfuerzos de cualquier naturaleza que sean. En  
 personas de temperamento nervioso, suele a veces producir  
 el dolor algunos trastornos, tal como el histerismo. Otras ve-  
 ces es solo una sensacion de clavadura la que se experimen-  
 ta en el momento de sentarse.

Por parte de la vejiga se presentan constant-  
 mente retenciones de orina, debidas a compresiones de la uretra,  
 i esta es la complicacion que mas frecuentemente se presenta  
 en esta afeccion.

Otro orden de sintomas son los producidos  
 por las irritaciones. En el primer tiempo los prolapso se redu-  
 cen con facilidad sobre todo durante la noche cuando toma  
 la mujer la posicion horizontal; pero si los esfuerzon conti-  
 nuan diariamente el prolapso permanece mas i mas tiempo  
 por fuera de la vulva, expuesto a la accion del aire de la secun-





Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

cion que maceran los tejidos, produciéndose en consecuencia ulceraciones de diversa naturaleza. No está demás hacer notar que estas ulceraciones pueden llegar a un grado muy avanzado i traer la ruptura de la vejiga o del útero.

### Diagnóstico

Nada mas fácil que diagnosticar un prolapso del útero. Se le podría confundir, sin embargo, con la inversion del útero, pero esto no pasaría de ser una equivocacion lijera si se pone un poco de atencion en que el tumor del prolapso está formado al exterior por la vagina invertida i el orificio externo del cuello situado, mas o menos, en la extremidad anterior del tumor.

Pero, como se comprenderá, el diagnóstico hecho en estas circunstancias no sería un diagnóstico. Para que sea bien hecho necesitamos darnos cuenta cabal del estado i posicion de las partes

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

constituyente del prolapso. Examinaremos, en primer lugar, la vagina por ser ella la primera que se nos presenta a nuestra vista, la existencia o desaparición de sus fondos de saco nos darán a conocer que parte del cuello es la hipertrofiada. Si solo está bonado el anterior diremos que se trata de la hipertrofia de la parte media. Si también lo está el posterior podremos prever que sea la posición supravaginal o todo el cuerpo.

En seguida, trataremos de conocer, por medio del examen de la vagina, recto i paredes abdominales la posición del útero, i sobretodo lo haremos con la sonda uterina, quien nos dará la extensión i posición de este órgano.

Por la percusión de la pared superior del tumor i la introducción de una sonda en la uretra nos posicionaremos de las variaciones de lugar que ha experimentado la vejiga i uretra.

El examen del recto no debe olvidarse, porque, a veces presenta dilataciones hacia el prolapso i porque el examen del útero por este punto nos dará una idea exacta de su situación.





25.

Por último, procuraremos tener conocimiento sobre la altura en que se encuentran los fondos de saco peritoneales. Si bien es cierto, que esto no lo obtendremos por el examen directo, no debemos olvidar que estas modificaciones están siempre en relación con el grado de prolapso. En el estado normal, el fondo de saco vesico-uterino llega solo hasta el orificio interno o superior del cuello. De manera que, cuando solo hai hipertrofia de la porcion media o superior este fondo de saco no descenderá. Por el contrario, en el descenso del cuerpo, este descendente, llegando en casos excepcionales a colocarse entre el útero i la vagina.

No sucede igual cosa con el fondo de saco de Douglas. Este alcanza normalmente hasta por debajo de la insercion superior de la pared posterior de la vagina. De modo que si hai hipertrofia de la porcion supravaginal del cuello descendente, el peritoneo descenderá junto con él, pero no sucederá esto en caso que sea la porcion media la hipertrofiada.



### Tratamiento

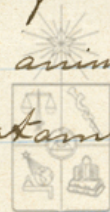
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Siendo enfermedad sumamente molesta por la manera de presentarse i por las complicaciones que frecuentemente le acompañan, como catarras vesicales, retenciones de orina i no pocas veces la muerte, los cirujanos de todos los tiempos le han prestado seria atención.

El primero que parece se ocupó de él, fue Sorano, quien le consagró un capítulo especial. En él censuraba el procedimiento empleado por Empírico, quien colgaba de los pies a la paciente, i calificó de ridículo el de otros médicos que fumigaban la región del peñe, porque decían que el útero era un animal vivo i que no podía vivir en una atmósfera de mal olor. El tratamiento único que impuso fueron los perianos de algodón.

Desde esta manera trascurrió un buen número de años, hasta que el célebre ginecólogo Huguier hizo de él un estudio serio i dió reglas para su curación. Desde esta fecha se ha visto una



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

nueva era en el estudio del prolapso. Humming e Tiland en Inglaterra i Bellini en Italia propusieron sucesivamente la escision de un calgajo en V i  $\Omega$  de las partes laterales de la vagina; desgraciadamente estas operaciones no dieron el resultado deseado. Mas Särde Velpeau i otros propusieron i aceptaron la cauterizacion de la vagina, pero estos no fueron mas felices que los anteriores.

No han faltado otros, tal como Guerin, que se conformaba con el reposo absoluto i la posicion elevada del perini continuado por mucho tiempo, como unico tratamiento; i por fin, para abreviar, debo declarar que los procedimientos propuestos han sido muchos. No pienso hacer la descripcion de ninguno de estos, ni tampoco juzgarlo; i solo me limitaré a exponer el método empleado por el Dr. Kömmer en su clinica libre de ginecología.

Pero antes hablaré a la ligera sobre el tratamiento paliativo i el uso de los pesarios. Llevan este nombre los objetos que se introducen en la vagina para impedir la salida de esta o del útero fuera de la

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



vulva. Muchos i muy variados han sido los empleados, de los que no tengo para que ocuparme. Solo diré que los únicos que se emplean hoy día son: el anillo de Mayer i el pesario de Hottek que es de alambre de cobre recubierto con goma.

Pero, he aquí una primera cuestión que se nos presenta. ¿Se deben emplear los pesarios? Hai algunos cirujanos, tales como Dupaul i con él los miembros de la academia de Medicina de Paris, se oponen absolutamente al empleo del pesario; otros, como Guerin, piensan que solo deben emplearse cuando hai un descenso completo i no en los casos que solo haye abajamiento o caída incompleta; por último, no han faltado, quienes acepten en toda época el empleo de los pesarios.

Sin embargo parece que cuando se trata del primer o segundo grado de prolapso no debe emplearse pesario i si tan solo procurar que las causas que lo originan desaparezca. En todos los casos esto es lo primero que se debe combatir. Si por ejemplo, se





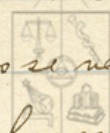
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

trata de alguna cocinera o lavandera u otras personas que por su profesion se vean en el caso de hacer esfuerzos, se les indicará la conveniencia de abandonar su profesion, de procurar que el recto i la vejiga no paren mucho tiempo ocupadas en aquellos que mantengan ese habito i de no tomar la esajerada posicion que habitualmente emplean en el tiempo de la defecacion, pues de este modo los organos abdominales serian empujados hacia la pelvis; i por ultimos, si la mujer presenta paredes abdominales muy gruesas i que la masa intestinal sea muy voluminosa se le aconsejara usar algun cinturon ancho para sostener el abdomen.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Pero cuando se trata del 3.º grado, es decir, cuando hai caida o descenso, no se ve el inconveniente para admitir el uso del pesario, a no ser las molestias que consigo lleva i que por este metodo no se llega a la curacion.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Cuando se está decidido por el uso del pesario, debe ~~en todo~~ siempre tenerse presente i tomarse en cuenta las siguientes





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En las circunstancias antes de su empleo: Primeros, que el no sea ni muy grande relativamente a la vagina, pues produciría una dilatación o intubación en la vagina, ni muy pequeño porque caería con facilidad; segundos, debe dársele las modificaciones correspondientes según los casos, así por ejemplo, cuando se trata de una vagina casta, cuyo fondo de saco posterior no es muy dilatábil, el arco posterior del perineo se deslizará por delante del cuello, en este caso deberá aumentarse la curvadura del arco posterior del perineo; e por último, no mantenerlo por mucho tiempo dentro de la vagina, sin que se limpie cada 15. 20 días para impedir las inflamaciones o otros complicaciones.

Indicado ya el tratamiento paliativo, se describe el curativo.

Al tratar del origen de los prolapsos, se dice que la relajación i el alargamiento de las paredes vaginales son, por lo general, los fenómenos primitivos i de mayor importancia, que el



alargamiento del cuello i el descenso del útero eran consecuencias de lo anterior. Por consiguiente, nuestros esfuerzos deben dirigirse en primer lugar a impedir la persistencia de la causa a que dio origen el descenso de la vagina, i en segundo a destruir las consecuencias o efectos de lo primero.

Ya hemos dado las indicaciones para lo primero, en cuanto a lo segundo, lo conseguimos formando un suelo firme i resistente para que repose la vagina i disminuyendo la abertura vaginal; i lo segundo quitando una parte de la vagina alargada i esta del cuello hipertrofiado. En una palabra tenemos la colpoptia posterior, la anterior i la amputación del cuello.

He aquí como se procede. Colocada la enferma sobre la mesa de operaciones con el pie un poco levantado, los pies sostenidos por dos ayudantes en flexion i abduccion sobre la mesa i estos sobre la pelvis, se cloroformiza convenientemente, es decir, has-  
ta producir una anestesia absoluta o relajación muscular compl-



Ya, pues de este modo se está expuesto a suspender la operación por los movimientos hoidos a consecuencia de los vomitos; se procede a hacer la desinfeccion de la region en que se va a operar. Esto se consigue con el lavado bien hecho con agua fenicada i jaron de la misma clase o un liquido antiseptico cualquiera.

Pivis los anteriores preparativos, se pasa a la incision del colgajo anterior. Este se principia inmediatamente por abajo del orificio de la uretra, o un poco mas abajo, i se termina inmediatamente por encima del orificio externo del cuello, teniendo presente, de darse en las partes laterales el ensanchamiento conveniente para formar un ovalo. La incision debe comprender todo el grosor de la muessa i no mas, pues de otra manera se estaria expuesto a la ruptura de la vejiga. Su desprendimiento es convenientemente hecho con los dedos o mas bien con el mango de un escalpelo i no con el filo para no exponerse a la ruptura de la vejiga que seria muy desagradable; a no ser que antiguas cicatrices mantengan una adhercion in-



tina entre la vejiga i la vejiga. Desprendido el colgajo se ha-  
 cen las suturas. Estas deben ser superficiales i profundas. Las pri-  
 meras con el objeto de producir la cicatrizacion por primera in-  
 tencion i las segundas para evitar las hemorragias o acumula-  
 cion de pus. Por lo jeneral, se prefieren la sutura continua con cat-  
 gut, previamente preparado en aceite de eucalypto durante 24 horas  
 i en seguida en alcohol, para que su absorcion no sea tan ra-  
 pida.

Terminada la colporafia anterior se pasa en segui-  
 da a la posterior. Esta consiste en el avivamiento de una parte  
 de la pared posterior de la vejiga i de toda la parte posterior de la  
 vulva. Se comenzará la incision inmediatamente por detras  
 del orificio externo del cuello, la que se llevará un poco hacia a-  
 trás i despues hacia los lados, teniendo presente que el termino de  
 la incision debe formar un ángulo agudo con el perineo, para evi-  
 tar que se formen fondos de saco al suturar la herida. Lo es-



traccion i sutura del colgajo se hara como el del colgajo anterior, en  
 si que serian menores las dificultades, porque el tejido vaginal en  
 este punto es muy flojo.

Si en el prolapso hai hipertrofia del cuello, este  
 se amputara en una estension conveniente de la manera sigui-  
 ente: se toman los labios con pinzas crinos de Muzens, se introdu-  
 ce en el canal cervical la rama aguda de una tijera fuerte i se ci-  
 ña de un golpe la pared del cuello hasta los fondos de saco. En el  
 lado opuesto se repite la misma operacion. Se separa entonces, am-  
 bos labios con las pinzas i puede observarse con facilidad la mayor  
 parte de la mucosa del cuello. En seguida se practica un corte  
 transversal en la mucosa cervical del labio superior que atravesara  
 no solamente la mucosa, sino que tambien penetra en el tejido mi-  
 nio del cuello en una estension de  $\frac{1}{4}$  a  $\frac{1}{2}$  centimetro. Por fuerza  
 es decir, en la mucosa vaginal del labio, debe practicarse tam-  
 bien otro corte transversal i que venga a reunirse con el anterior.



Museo Nacional de Medicina  
 WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
 www.museomedicina.cl

Museo Nacional de Medicina  
 www.museomedicina.cl

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
 WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
 www.museomedicina.cl

Museo Nacional de Medicina  
 www.museomedicina.cl



Los dos se encontrarán en medio de la pared del cuello i mas arriba de su borde libre. Cuando la porcion vaginal es larga, los cortes se harán mucho mas arriba de la estrechez, cuando es normal inmediatamente despues de esta. Por último, una serie de suturas finas que compundan la mucosa i pared del cuello terminará la operacion. En el labio inferior se procederá de un modo idéntico.

Como medio de antisepsia durante la operacion i para mantener limpio el campo operatorio se mantiene siempre una corriente de agua fenicada de una solucion débil.

Terminada la operacion se coloca en la vagina algunos pedazos de gaza fenicada iodoformada. Siendo esto solo lo suficiente para la curacion en el termino de 15 a 20 dias, época que se quitarán los hilos que no se hayan reabsortido.

Quisiera considerar apuntar en la presente memoria el resultado de mis observaciones i creo que seria suficiente exponer que de 6 enfermas operadas en el año proximo





pasado i des en este por el procedimiento que des expuesto  
 han tenido obtenido en todas el resultado mas esplendido que  
 puede esperarse, advirtiendo, de paso que jamas han experimen-  
 tado los enfermas durante el tiempo de la curacion ni la mas  
 minima elevacion de temperatura, debida a la antiaespiem-  
 pleada.

En vista de lo expuesto considero que cada vez que  
 se nos presente algun caso de prolapsus del utero volvi debe de in-  
 ducirnos operarla con la conviccion que siempre la  
 enfermas quedarian agradecida en tanto  
 el éxito feliz viene a coronar el dia  
 de su vida.

Miguel Fernandez Letelier

