

## CAPÍTULO XVIII.

### ÚLCERA SIFILÍTICA DEL CUELLO DEL ÚTERO.

LA sífilis, en su forma primitiva ó en la secundaria, puede presentarse en el cuello de la matriz, pero ámbos casos son raros; y si bien es un hecho que el verdadero chancro reside en dicho órgano, no lo es ménos que esto sucede pocas veces. Yo no he observado mas que un caso del que puedo asegurar que era de esta naturaleza, en el que se hizo la prueba por medio de la inoculacion, que es el medio mas seguro de cerciorarse, corroborando el hecho la presencia de la roseola sifilítica, sin hallarse enfermedad primaria en otro lugar. El Dr. Bennet<sup>1</sup> dice, que casi nunca lo ha observado en su práctica, y cita la experiencia de Ricord, Cullerier, Gibert, Duparcque, y otros en confirmacion de la suya propia. Bernutz, que segun Becquerel,<sup>2</sup> hizo un estudio especial del chancro en los hospitales de Paris, describe detalladamente los del orificio uterino, dividiéndolos en Hunterianos, difteríticos, y ulcerosos casi idénticos á los fagedénicos. Las afecciones secundarias del cuello han sido objeto de largas discusiones, teniéndolas unos por muy comunes, y opinando otros lo contrario. Una investigacion cuidadosa hecha en el hospital l'Ourcine, en Paris, convenció á Becquerel de que existian, y Bernutz describió las placas mucosas, vegetaciones, erosiones, tubérculos, y tumores gomosos. El Dr. Bumstead<sup>3</sup> apenas menciona las afecciones sifilíticas del cuello de la matriz, en su tratado de la sífilis, el último publicado sobre esta materia, y que es notable por la manera cabal con que trata de todo lo referente á ella; omision, que á mi modo de ver, prueba evidentemente lo raro de esas manifestaciones. El autor estudia la sífilis tal como se presenta en cualquiera region del cuerpo, y aun en el saco lagrimal, membrana del tambor, etc.; pero en ninguna

<sup>1</sup> Bennet on the Uterus, p. 350.

<sup>2</sup> Mal. de l'Utérus, p. 169.

<sup>3</sup> Bumstead on Venereal Diseases.

parte alude á su presencia en el cuello del útero, si se exceptúa el indicar ligeramente haber visto en el Hospital de Bellevue (Nueva York), algunos ejemplos notables de placas húmedas situadas en aquel lugar. Como las placas mucosas son uno de los accidentes secundarios mas comunes, es natural que esperásemos observarlas en el cuello, como prueba de aquel período del mal; pero MM. Davasse, y Deville<sup>1</sup> afirman que el exámen de 186 mujeres afectadas de sífilis manifestó sólo en una atacado aquel lugar.

*Curso y terminacion.*—La infeccion general del organismo ocurre igualmente cuando el cuello es el punto primeramente atacado que cuando lo es otra cualquiera parte del cuerpo; siendo posible, segun M. Gosselin, que el chancro adquiriera el carácter fungoso, en vez de desaparecer rápidamente, como suele suceder. La úlcera venérea del cuello uterino, segun observó primero Robert,<sup>2</sup> y confirmó despues Bernutz, manifiesta marcada tendencia á cubrirse de falsas membranas. Para evitar un error grave al distinguir esta forma de úlcera, de una afeccion maligna, téngase muy presente el hecho referido por Forster;<sup>3</sup> el cual asegura que la ulceracion sifilítica causa algunas veces tal destruccion de tejido que penetra en la vejiga ó el recto.

*Diagnóstico diferencial.*—Este, por razones óbvias, es punto de grande importancia, no sólo por lo que hace á la terapéutica, sino porque puede originar una cuestion judicial delicada, que afecte la castidad de la mujer. He aquí los caracteres diagnósticos del chancro:—

- Elevacion de los bordes de la úlcera;
- Depresion de su superficie;
- Tendencia notable á sangrar;
- Tendencia notable á cubrirse de capas de falsa membrana;
- Aparicion temprana de la roseola sifilítica;
- Trasmision por inoculacion.

Estos signos todos son muy importantes, pero el diagnóstico sólo puede basarse positivamente en los tres últimos.

Las vegetaciones,—placas mucosas y otras erupciones secundarias que se presentan en este lugar,—se conocen por los siguientes fenómenos:—

- Rapidez de su desarrollo;
- Relacion con síntomas constitucionales;
- Manifestacion simultánea en la vagina;

<sup>1</sup> Davasse et Deville, Des plaques muqueuses: Arch. Gén. de Méd., 1845, t. ix. et x.

<sup>2</sup> Aran, Mal. de l'Utérus, p. 524.

<sup>3</sup> Klob, ob. cit., p. 243.



Ausencia de la flegmasia crónica del cuello ;  
Aspecto característico de las erupciones secundarias.

*Tratamiento.*—Este es el mismo que se indica cuando el chancre se presenta en otro cualquier lugar. Los síntomas secundarios se combaten con el mercurio ; la superficie atacada se cauteriza ; haciendo despues aplicaciones de tópicos mercuriales, de los cuales los mejores son : el agua fagedénica de la farmacopea francesa, el agua fagedénica negra de los ingleses, la pomada mercurial, y el calomel.

## CAPÍTULO XIX.

### CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DE LAS DISLOCACIONES DEL ÚTERO.

*Historia.*—En los escritos de las escuelas griega y romana vemos que los médicos mas antiguos no carecían de conocimientos en esta materia. Hipócrates alude terminantemente á ella, y Galeno y Moschion con mayor exactitud y claridad todavía, en el siglo segundo de la era cristiana. Esta observacion es aplicable no sólo al descenso sino tambien á las oblicuidades, que evidentemente conocían bien, puesto que Hipócrates y Moschion describieron hasta la histeroloxia lateral, (látero-version) de que los autores modernos apénas han hablado. No existe, sin embargo, el menor indicio de que supiesen distinguir las versiones de las flexiones.

A mediados del siglo décimo-octavo vemos que los ginecólogos fijan su atencion en las oblicuidades y aun en las flexiones del útero puerperal, pero descuidando los mismos accidentes del órgano en el estado de vacuidad. En esa época Gartshore, W. Hunter, Jahn, y Desgranges describieron las oblicuidades de la matriz ; y Saxtorph, Wltzek, Baudelocque, y Böer, las flexiones de la misma. Gartshore describe un caso de retroflexion complicado con retroversion, aunque la flexion no fué objeto especial de su exámen. Saxtorph, en una memoria (1775), titulada *De Ischuria ex utero retroflexo*, refiere un caso, añadiendo el resultado del exámen autópsico ; pero las palabras *orificium alte supra pubem reperi* nos autorizan á no creerlo verdadero. Hacia la misma época publicó Wltzek otro caso *de útero retroflexo*, que aunque inquestionable, está fuera de nuestro objeto, por haber tenido lugar durante la gestacion. En esa época llamaron la atencion en Francia é Inglaterra las dislocaciones del útero. “Entónces fué cuando Chopart, á su regreso de Inglaterra donde había trabado íntimas relaciones con Hunter, presentó á la Academia de Cirujía un informe de los adelantos hechos en un ramo de la ciencia, que treinta años ántes había despertado el interés de los profesores franceses.”<sup>1</sup> Denman fué el primero

<sup>1</sup> Cusco, “Thèse sur l'Antéflexion et la Rétroflexion de l'Utérus,” Paris, 1853.



que, en 1800, describió la flexion del útero en el estado de vacuidad, publicando un caso de retroflexion; pero la materia quedó incompleta hasta el año 1827, en que M. Améline, de Francia, describió la flexion anterior. Los adelantos realizados se deben mas especialmente á los autores siguientes:—

Bazin, de Paris.....	1827.
Améline, de Paris.....	1827.
Boivin y Dugès, de Paris.....	1833.
Simpson, de Edimburgo.....	1843.
Amussat, de Paris.....	1843.
Bennet, de Edimburgo.....	1845.
Hodge, de Filadelfia.....	18—.

Los hechos suministrados por estos autores han enriquecido el caudal de la ciencia médica, y han sido admitidos en todos los tratados sistemáticos de ginecología. En la lista que antecede he incluido solamente aquellos escritores que han emitido ideas nuevas, ó en algun modo han contribuido al adelanto de la materia. A Bazin le pertenece la gloria de haber sido uno de los primeros que han escrito sobre ella; á Améline, además de esta, la de ser el primero que describió cabalmente las flexiones, diferenciándolas de las oblicuidades. Boivin y Dugès dedicaron espacio á esta materia, en un tratado sistemático de ginecología; y Amussat, observando estos fenómenos durante el embarazo, contribuyó con nuevos datos al progreso de la ciencia. A estos siguieron los brillantes trabajos de Simpson, que abrió la senda al diagnóstico, é introdujo la sonda uterina; y en época posterior, los no ménos apreciables de su compatriota el Dr. Bennet, que sostuvo el hecho enunciado por Lisfranc, en el que este último no logró fijar la atencion de los ginecólogos fuera de Francia, á saber: que la enfermedad de la estructura del órgano causa muy generalmente su dislocacion.

En los Estados Unidos, la ciencia es deudora principalmente á Dewees, Meigs, y Hodge por las ideas exactas que posee acerca del ramo de que nos venimos ocupando. Hodge mas particularmente ha asociado con ella su nombre, contribuyendo con sus importantes trabajos al progreso de la patología y la terapéutica.

*Importancia patológica de las oblicuidades y flexiones.*—Los antiguos atribuan á estas dislocaciones muchas dolencias constitucionales, como la parálisis, el histerismo, etc., y aun en épocas muy recientes han sido consideradas como causa de mucho dolor en la pélvis, y de perturbaciones uterinas funcionales, que se suponía las acompañaban casi siempre. Esta creencia se hizo muy general hasta 1854, apoyándola hombres de tan poderosa influencia como Velpeau, Simpson, y Valleix. Es verdad que había sido combatida ántes por Cruveilhier, y Dubois;<sup>1</sup> pero en la época mencionada promoviósese en la Academia de Medicina

<sup>1</sup> Goupil, B. & G., ob. cit., p. 459.

de Paris una reñida discusion, que no sólo puso en duda su exactitud, sino que dió márgen á una fuerte oposicion, en cuyas filas aparecieron Depaul, H. Bennet, Aran, Becquerel, y otros facultativos no ménos eminentes. Sostenían estos la hipótesis de que las dislocaciones de la matriz, cuando se presentan sin lesion de estructura, no producen perturbacion ninguna constitucional, no suelen causar incomodidad, ni requieren en el tratamiento la atencion que se les había prestado. Opinaban además, que la dislocacion por sí sola no escita dolor, considerándolo, cuando existía, como un epifenómeno debido á otra lesion de mayor importancia. De aquí su oposicion á que se confiase en el apoyo que, como punto esencial de tratamiento, creían sus opositores, prestaban los pesarios.

Cuando se repudian teorías que se suponen erróneas, es muy comun volverse estremistas con las nuevas que se adoptan. Así ha sucedido en el presente caso; y Scanzoni justifica ese aserto cuando dice, que “las flexiones de la matriz sólo adquieren importancia ó provocan síntomas graves cuando se complican con alteraciones en la estructura del órgano.”

Creo que los hechos justificarán las tesis que sobre esta materia paso á esponer:—

1ª. Las oblicuidades y flexiones del útero pueden existir, aunque muy rara vez, sin presentar síntoma alguno, puesto que por sí no constituyen un estado morbos; así se explica cómo en algunos casos raros vemos la matriz completamente fuera de su lugar, debido al uso de vestidos ajustados, sin que se produzcan fenómenos morbosos.

2ª. Estas lesiones, por regla general, adquieren gran importancia y requieren especial atencion, porque oponen obstáculos á la salida de los menstruos, trastornan la circulacion uterina, sosteniendo la hipermia; causan compresion y roce por el contacto con las partes adyacentes, é impiden la entrada del flúido seminal.

3ª. Siendo con frecuencia resultado, así como tambien causa, de enfermedades uterinas y peri-uterinas, una de las miras del tratamiento debe dirigirse al alivio de estas condiciones.

4ª. El tratamiento por medio de pesarios y procurando apartar del útero el peso de los intestinos, es de gran valía; pues aunque no ejerza la menor influencia en el mal primitivo, podemos, con su ayuda, aliviar uno de sus síntomas mas molestos, y que suele agravar y prolongar la afeccion que lo originó. Los pesarios son muy útiles y eficaces cuando la dislocacion proviene de la relajacion de los ligamentos uterinos, á consecuencia del peso aumentado de las vísceras abdominales, ó de la compresion que estas ejercen en el órgano; y aun en los casos de flegmasía de la membrana interna, puede llegar á ser necesario su empleo, para evitar que se relajen los medios de fijeza naturales del útero.

5ª. El hecho de haberse atribuido casi todas las hipertrofias del útero á la flegmasía del parénquima, explica la marcada oposicion de



muchos á los pesarios. La elevacion mecánica de una víscera inflamada les parecía contraria á la razon ; y miéntras no se curaba la inflamacion, todo esfuerzo se dirigía al parecer contra un fenómeno incidental resultado, y no origen, del mal. Esa objecion teórica carece de valor en la actualidad, puesto que sabemos que lo que se suponía metritis crónica es en realidad un vicio de nutricion que produce una nueva formacion de tejido conjuntivo.

6ª. Otra circunstancia hay que esplica tambien aquella oposicion:—

La aplicacion de los pesarios necesita la habilidad é inteligencia que se adquieren con la práctica, no sólo para lograr que reporten utilidad, sino á fin de evitar que causen daño á la enferma. En manos de un médico para quien su uso no haya sido objeto de un estudio especial, ó al ménos detenido, y que nunca aplique mas de media docena al año, son peligrosísimos los pesarios ; y esperar que, aplicados por manos inespertas, proporcionen eficacia, bienestar y seguridad, no está mas puesto en razon que querer que sin haber aprendido el oficio de zapatero se pueda calzar con la perfeccion debida.

*Defnición y sinónimos.*—Los autores ingleses y americanos designan con el nombre de dislocacion todo cambio marcado en la posicion del útero, cualquiera que sea la direccion en que se verifique ; miéntras que los escritores franceses aplican dicho término sólo al ascenso y descenso del órgano, reservando el de desviacion para las oblicuidades y flexiones.

*Anatomía.*—Las relaciones normales del útero en la pélvis se mantienen á favor de los siguientes medios :—

- 1º. La vagina, aunque de una manera casi insignificante ;
- 2º. El tejido areolar y fascia de la pélvis ;
- 3º. Su justaposicion con respecto á la vejiga y al recto ;
- 4º. Los ligamentos que siguen :—

- a. Los redondos, que son continuaciones del tejido uterino ;
- b. Los vésico-uterinos, que son cintas de fascia pelviana y de tejido muscular uterino, que se estienden desde la vejiga hasta el punto de union del cuerpo y el cuello de la matriz, donde se insertan, é impiden la retraccion del último ;
- c. Los útero-sacros, formados por repliegues de la fascia hipogástrica, y continuaciones de los tejidos de la matriz y de la vagina ; los cuales se estienden desde la cara posterior del cuello hasta la anterior del sacro, é impiden la inclinacion hácia adelante del cuello ;
- d. Los anchos, formados por un repliegue del peritoneo que encierra una capa celulosa, los ovarios y sus ligamentos

redondos, é impiden las dislocaciones lateral, anterior y posterior.

5º. El apoyo que suministra el abdómen.

Ninguno de estos medios de suspension de la matriz tiene parte en sus flexiones ó inversion, las que son regidas por otras influencias de naturaleza distinta. El tejido de la matriz en estado de vacuidad, es tan fuerte y resistente en la mujer adulta, que imposibilita la incurvacion demasiado pronunciada del cuerpo sobre el cuello, ya sea anterior, posterior ó lateral ; debiendo el órgano á esa circunstancia el hallarse exento de dichas irregularidades.

El tejido uterino, estimulado por la preñez, se convierte rápidamente en estructura muscular ; la contraccion tónica de esta mantiene cerrada la cavidad del órgano, é impide la inversion del mismo, á ménos que se efectúe por absoluta violencia ; pero si esa fuerza contráctil se destruye por una causa cualquiera, y al estado de tonicidad sucede el de atonía, puede sobrevenir la flexion ó la inversion.

Ya se deja entender que ciertas influencias mecánicas pueden llevar por fuerza hácia arriba, abajo, atras, ó un lado, el órgano sostenido así, y aun doblarlo sobre sí mismo, ó invertirlo por completo de dentro á fuera ; determinando la naturaleza de la dislocacion la direccion de la fuerza motriz ó el carácter y sitio de la pérdida de apoyo. Estas dislocaciones se han designado con los nombres que siguen :—

- Ascenso :
- Descenso, ó prolapso ;
- Anterversion ;
- Anteflexion ;
- Retroversion ;
- Retroflexion ;
- Látero-version ;
- Látero-flexion ;
- Inversion.

Es innecesario retener estas variedades en la memoria ; pues si el estudiante se imagina un saco piriforme, de guta-percha por ejemplo, suspendido en una cavidad por medios susceptibles de relajacion, comprenderá que los únicos cambios de posicion que puede presentar son los que van enumerados.

Las causas generales que ocasionan esos resultados en la matriz, son las siguientes :—

- 1ª. Toda influencia que aumente el peso del útero ;
- 2ª. Toda influencia que debilite los medios de fijeza del útero ;
- 3ª. Toda influencia que obligue al útero á abandonar su posicion ;
- 4ª. Toda influencia que mediante una fuerza de traccion ejercida en el útero lo disloque.



Esplicaremos en otros términos y con mas detenimiento lo que antecede :—

1°. Los medios que fijan la matriz son capaces para sostenerla cuando su peso es normal; pero dejan de serlo cuando se aumenta dicho peso.

2°. Aun cuando el peso del útero no sea mayor que el normal, puede tambien motivar su dislocacion el del apoyo que le es esencial, y que está destinado á sostenerlo.

3°. Por mas que la matriz y sus medios de fijeza se hallen en perfecto estado normal, claro es que una presion directa ó poderosa bastará para vencer la resistencia de dichos medios y desalojar el órgano.

4°. Es igualmente cierto que así como en el cadáver podemos atraer el útero fuera de su sitio, á favor de una erina implantada en sus tejidos; lo mismo efectúa en la mujer viva la contraccion de un exudado de linfa, ó el prolapso de la vagina.

Sentados todos estos hechos, pasaremos á enumerar concisamente las causas especiales de las dislocaciones uterinas.

1. *Influencias que aumentan el peso del útero.*

Congestion ;  
Tumores en el parénquima, ó cavidad ;  
Preñez ;  
Crecimiento escesivo de cualquiera de sus partes componentes ;  
Subinvolucion ;  
Retencion de flúido en la cavidad ;  
Masas cancerosas ó tuberculosas.

2. *Influencias que debilitan los medios de fijeza del útero.*

Rasgadura del periné ;  
Debilidad de las paredes vaginales ;  
Estiramiento de los ligamentos uterinos ;  
Atonía del tejido del útero ;  
Degeneracion del tejido uterino ;  
Capacidad anormal de la pélvis.

3. *Influencias que desalojan de su sitio el útero.*

Las ropas ajustadas ;  
Los vestidos pesados, ceñidos en el abdómen ;  
Esfuerzos musculares ;  
Ascitis ;  
Tumores abdominales ;  
Absesos, ó acumulaciones de linfa ;  
Replecion de la vejiga.

4. *Influencias que ejercen traccion en el útero.*

Depósitos de linfa en el tejido areolar de la pélvis ;  
Depósitos de linfa en el peritoneo de las vísceras pelvianas ;  
Cicatrices en las paredes de la vagina ;  
Retraccion de los ligamentos uterinos ;  
Reducida estension de la vagina ;  
Prolapso de la vagina, de la vejiga, ó del recto.

El modo de obrar de cada una de estas causas es tan fácil de comprender que no hay para qué deternernos á esplicarlo en este lugar ; tanto mas cuanto que trataremos de este asunto por estenso mas adelante.

Ninguna circunstancia reúne tantas de las causas mencionadas como la gestacion y el parto. Cuando la involucion consecuente á estos fenómenos se verifica sin obstáculo, no hay tendencia á dislocaciones ; pero el proceso involutivo se contiene á menudo como consecuencia de la interrupcion de la metamórfosis retrógrada de la matriz ; este permanece aumentado de volúmen y peso ; la vagina floja y voluminosa, y débiles y relajados los ligamentos uterinos que deben principalmente su resistencia al tejido uterino que contienen. Tambien se debilita con frecuencia el periné, como resultado del parto, permitiendo el prolapso de la vagina, que á su vez ejerce traccion en el útero.

Escusado es estendernos mas sobre las dislocaciones uterinas en general ; pasaremos, pues, á completar el bosquejo que precede, estudiando las circunstancias particulares de cada una de las variedades de la afeccion.