

CAPÍTULO XX.

ASCENSO Y DESCENSO DEL ÚTERO.

Ascenso del Utero.

LA matriz en su estado normal desciende en la cavidad pelviana hasta unas dos pulgadas de la vulva. Cuando hay aumento en su peso, baja mucho mas, y continúa descendiendo á medida que crece su volúmen, hasta alcanzar tal grado de desarrollo, que ya no cabe en la pélvis, y se escapa de la cavidad de esta, ascendiendo, en busca de mas espacio, por encima del estrecho superior. Este cambio se efectúa en todo embarazo normal. El órgano, durante los tres primeros meses, desciende en la pélvis, hallándose en estado de prolapso; pero su tamaño es tan grande al acercarse el cuarto mes, que ya no cabe en la cavidad pelviana, y se escapa por encima del estrecho superior, donde encuentra ancho campo para completar su desarrollo. Este cambio de posicion no se limita al estado de preñez: ocurre tambien cuando el órgano es asiento de vegetaciones morbosas. El término *ascenso* se aplica, pues, al útero que sale de la pélvis por motivo de dichas vegetaciones.

El ascenso de la matriz no requiere mencion especial, pues nunca constituye enfermedad primitiva, siendo siempre resultado de algun cambio importante en el órgano. Puede ocurrir cuando se desarrolla un tumor en conexion con la vagina, el recto ó el fondo de saco vaginal posterior; cuando existe alguna formacion morbosa en las paredes, ó la cavidad del útero, que aumenta su tamaño y hace que no quepa en la pélvis; ó cuando un tumor abdominal la atrae hácia arriba. Este estado de la matriz nunca requiere tratamiento, y es importante sólo como indicio de preñez, ó como comprobacion de algun desarrollo morboso en relacion con los órganos genitales.

Descenso ó Prolapso del Utero.

Definicion, sinonimia y frecuencia.—El nombre de este mal esplica su naturaleza con bastante claridad. Ocurre con frecuencia, y es bien

conocido de las mujeres, que lo miran con un horror especial; y así como casi todas las que han pasado de la edad crítica temen intuitivamente el cáncer de la matriz; muchas de las que no han llegado á ese período manifiestan grande aprension de verse víctimas del prolapso: la inquietud de las primeras es por temor á la muerte; la de las últimas por el de inutilizarse y perder su bienestar.

La nomenclatura de este asunto, por desgracia de los que han de estudiarlo, es algo oscura. Algunos llaman prolapso *incompleto* todo caso en que el útero no franquea la vulva, y *completo* aquellos en que el órgano sale fuera de esta; otros aplican el término *procidencia* al prolapso completo; habiendo habido quien designara con el nombre peregrino de *squatting uterus* (*útero agachado*) los casos de descenso apénas perceptible en que el eje del órgano no ha cambiado de direccion. Con objeto de simplificar hasta donde sea posible, doy á todos el nombre de prolapso, clasificándolos en tres grados: primero, segundo, y tercero.

Anatomía.—Los medios que á continuacion enumeramos son los que sostienen en la pélvis el delicado equilibrio de la matriz é impiden que esta baje al suelo de aquella. Una capa de tejido areolar que la fija en la vejiga, en el recto, y en las paredes de la pélvis; ciertos ligamentos que lo fijan en puntos de apoyo inmediatos; la tendencia general del abdómen á sostener las vísceras que encierra y las contenidas en la pélvis; las paredes elásticas de la vagina. Acerca del apoyo suministrado por la vagina, son encontradas las opiniones; algunos, como Savage lo niegan, y otros como Bennet, West y Kiwisch lo afirman. Yo soy de parecer de que algun sosten han de proporcionar la tonicidad y el contacto mutuo de las paredes vaginales; si bien mis observaciones han modificado notablemente la opinion exagerada que ántes tenía acerca de su importancia. El prolapso de la vagina, determinado por la atonía de esta, va generalmente acompañado del descenso de la matriz; pero esto no prueba si el útero cae por falta de apoyo, ó por ser arrastrado por el peso de la vagina, que es lo mas probable.

Háse mirado además como muy importante un experimento que Aran atribuye á Stoltz, y que consistía en quitar toda la vagina sin que se notara el menor descenso del útero. Pero á poco que se reflexione se ve que esto no prueba casi nada, demostrando únicamente el hecho de que los demas medios de fijeza del útero bastan por sí solos á sostenerlo; lo cual nunca se ha puesto en duda, ni tampoco se ha pretendido nunca que fuese la vagina el único apoyo de la matriz.

No cabe duda de que el útero se halla en gran parte sostenido por el tejido areolar, el cual lo une tan íntimamente al recto, á la vejiga, y á las paredes pelvianas, que el descenso del órgano gestador determina la dislocacion de dichas vísceras. El Dr. Savage, queriendo, á favor de unas pinzas con que agarraba el cuello, arrastrar hácia abajo el útero de un cadáver, no pudo lograrlo, aun despues de cortados los ligamentos

principales y de vencida por la fuerza la resistencia de la vagina; lo que explica diciendo que "el obstáculo residía en el tejido celular subperitoneal de la pélvis, especialmente en la parte que rodea y acompaña los vasos sanguíneos uterinos."

Los obstáculos mas importantes que se oponen al prolapso, son los ligamentos útero-sacros, considerados por Aran como los únicos ligamentos verdaderos del útero. Partiendo del punto de union del cuello y el cuerpo de la matriz, se dirigen hácia atras, abrazando el recto entre sus dos estremidades posteriores, que terminan en el tejido celular subperitoneal, á la altura de la segunda vértebra lumbar; aunque excepcionalmente se fijan en el recto. El reconocimiento de esta disposicion anatómica de esos ligamentos importantes, fué lo que indujo á Huguier á sugerir que se los llamara útero-lumbares en vez de útero-sacros. Están formados de un repliegue del peritoneo, de fibras musculares que se incorporan con las del útero y las de la vagina, y de tejido celular. El apoyo que suministran al útero es innegable, como, tambien lo es, aunque en grado menor, el de dos repliegues análogos que unen anteriormente el cuello á la vejiga.

Las fuerzas que van enumeradas son probablemente las únicas que se reunen para estorbar el prolapso en sus grados primero y segundo; pues no entran en accion los ligamentos anchos y redondos hasta despues de vencida enteramente la resistencia de aquellas y siendo ya completo el descenso.

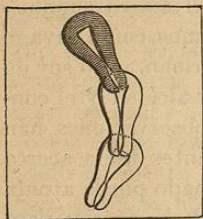


Fig. 86.—El eje de la matriz en los tres grados de prolapso.

Variedades.—La dislocacion puede ocurrir repentina é inesperadamente, ó de un modo lento y gradual. Los síntomas en ámbos casos difieren sólo en la rapidez y gravedad de su desarrollo; y como la última variedad es la mas frecuente, me ocuparé principalmente de ella, describiendo con breves palabras la primera en el lugar correspondiente.

El prolapso puede existir en primero, segundo, ó tercer grado, y la direccion del eje del útero en cada uno de ellos va representada en la Fig. 86.

En el primero el órgano sólo se ha hundido un poco en la pélvis, y conserva su direccion normal; en el segundo el cuerpo se inclina hácia el sacro y el hocico de tenca viene á salir á la vulva; y en el tercero, vencido el último obstáculo, una parte, ó la totalidad del órgano cuelga entre los muslos.

Causas.—Las causas predisponentes son:

- El parto;
- Ocupaciones penosas;
- Edad avanzada;
- Constipacion habitual.

Las causas escitantes, en todo caso, pertenecen á una de estas cuatro variedades: las que aumentan el peso del órgano; las que debilitan sus medios de fijeza; las que lo empujan hácia abajo, viniendo la fuerza de arriba; y las que lo hacen descender atrayéndolo desde abajo; por consiguiente, el mejor modo de presentar un sumario conciso de las causas escitantes del prolapso, es referirme al resumen hecho al tratar de las consideraciones generales sobre las dislocaciones.

a. Ejemplos de causas que tienen relacion con el aumento de peso del útero:

- Tumores submucosos, subserosos, ó del parénquima;
- La preñez (rara, pero no desconocida);
- Hipertrofia, ó hiperplasia;
- Retencion de líquido.

b. Ejemplos de causas en relacion con la debilidad de los medios de fijeza naturales del útero:

- Dimensiones excesivas de la pélvis;
- Rasgadura del periné;
- Atonía de las paredes vaginales;
- Atonía de los ligamentos uterinos;
- Absorcion de grasa procedente del tejido areolar de la pélvis;
- Relajacion de las paredes abdominales.

c. Ejemplos de fuerzas que empujan el útero hácia abajo:

- Accesos violentos de tos;
- Tumores en el abdomen;
- Ascitis;
- Esfuerzos musculares violentos;
- Vestidos ajustados y de mucho peso;
- Esfuerzos violentos para defecar.

d. Ejemplos de causas que arrastran el útero hácia abajo:

- Reducida estension congénita ó accidental de la vagina;
- Prolapso de la vagina, cistocele, rectocele;
- Subinvolucion de la vagina.

Ya he dicho que el estado en que estas influencias nocivas se ejercen mas de consuno es el que sigue mas inmediatamente al parto; que el peso del útero es mayor que de ordinario; débil y relajada la vagina, de resultas de la distension que ha experimentado poco ha; muy alargados los músculos uterinos, y muchas veces flojos los esfínteres de la vagina. Cuando en medio de esto ocurre, como tan frecuentemente sucede, la rasgadura del periné y del hocico de tenca, seguida de la subinvolucion de la vagina, del útero y de sus ligamentos, hállanse reunidos todos los elementos del cuadro patológico que da lugar á la dislocacion de que se trata.

Esta combinacion es la mas frecuente de todas las causas del prolapso, y de aquí las dificultades para la curacion. Esta es la razon de que sea raro el prolapso en las mujeres que no han tenido hijos, ménos raro en las que han parido una sola vez, y tanto mas frecuente al parecer cuanto sean mas numerosos los partos. Segun Scanzoni, de 114 casos de descenso de la matriz, 99 se presentaron en mujeres que habían tenido hijos.

En el orden de frecuencia se sigue un estado propio de la vejez: consiste en la pérdida de resistencia de la vagina, ocasionada por la atrofia de este conducto, y la absorcion del tejido adiposo que ordinariamente ocupa ciertas partes de la pélvis, y ayuda á la vagina á sostener el útero. Algunos patólogos alemanes han hecho especial mencion de este estado morbozo, en cuya importancia el Dr. Barnes, de Lóndres, ha hecho fijar la atencion. En dicho estado, el útero, aunque atrofiado y de poco peso, desciende á causa, en parte, de la falta del apoyo vaginal, y en parte, de la fuerza de traccion debida al prolapso progresivo de las paredes de la vagina. Atendido el efecto que produce en el útero por la respiracion, no se puede negar que la cavidad abdominal ejerce una fuerza contentiva particular en dicho órgano, que se eleva y baja con la misma regularidad que el diafragma, ni mas ni ménos que si formase él mismo parte del aparato respiratorio. El Dr. Matthews Duncan¹ ha prestado un gran servicio con su admirable dilucidacion de este hecho; y creo que las investigaciones análogas á las suyas serán las que á mayor número de preciosos descubrimientos conduzcan en lo sucesivo relativamente á la etiología de las dislocaciones uterinas. Probablemente la atonía de las paredes abdominales deja la puerta abierta para la desviacion del útero, cambiando la direccion de la fuerza transmitida á este órgano, á la vejiga, y á la pared anterior de la vagina, y permitiendo la entrada de los intestinos en la prolongacion peritoneal anterior ó escavacion uterina anterior.

El aumento de peso del útero, y la compresion gravativa contribuyen tan evidentemente á producir el prolapso, que nadie negará su influencia ocasional.

Patología.—La patología y mecanismo de esta dislocacion, mas que de otra ninguna, dan lugar á gran diversidad de pareceres entre los ginecólogos, á pesar de haberse hecho para su esclarecimiento los mayores y mas concienzudos trabajos científicos, entre los que pueden citarse como ejemplos, las investigaciones de Aran,² Legendre,³ Huguier,⁴ Savage,⁵ y Taylor.⁶

¹ Researches in Obstetrics.

² Études Anatomiques et Anatomico-pathologiques sur la Statique de l'Utérus. Paris, 1858, Archiv. Gén. de Méd.

³ De la Chute de l'Utérus. Paris, 1860.

⁴ Les Allongements Hypertrophiques du Col de l'Utérus. Paris, 1859.

⁵ Female Pelvic Organs. Lóndres, 2ª ed., 1870.

⁶ On Amputation of the Cervix Uteri, etc. New York, 1869.

La falta de espacio me impide considerar detalladamente las teorías de estos autores, y me limitaré principalmente á una esposicion algo dogmática de las mias propias, si bien manifestando con franqueza que en gran parte están basadas en las investigaciones á que he aludido.

El prolapso, ya sea debido al aumento de peso del útero, ya á la falta de vigor en las partes que deben sostenerlo, ó ya á la compresion gravativa experimentada por el órgano, tiene por resultado constante la disminucion de la fuerza de los medios de fijeza de la matriz. Los ligamentos se alargan, la vagina se distiende, doblándose sobre sí misma ó invirtiéndose, y los esfínteres pierden hasta cierto grado su contractilidad. Generalmente la mucosa del órgano dislocado es asiento de congestion y flegmasía; hay aumento de dimension de la cavidad, y el cuello presenta soluciones de continuidad. Los pliegues de la vagina están borrados, y el tapiz del conducto, espuesto á la influencia del aire y del roce, presenta mas bien el aspecto de la superficie cicatrizada de una quemadura, que la de una membrana mucosa.

Legendre dice: "la tension de las fibras aponeuróticas de los ligamentos anchos, durante el prolapso uterino, da lugar á la compresion de las venas hipogástricas, así como se produce la de las venas del cuello por la tension de la fascia cervical, cuando se echa fuertemente hácia atras la cabeza. De esta manera se mantiene la congestion del útero y demas órganos pelvianos." El prolapso, por contribuir así á producir hiperemia, va comunmente acompañado de hiperplasia del tejido areolar del órgano; al paso que este experimenta un aumento absoluto de volúmen, alterándose con especialidad el tejido del cuello. Con la hiperplasia existe simultáneamente una degeneracion varicosa de los vasos sanguíneos del cuello, y absorcion de su testura propia; lo cual aumenta la ductilidad ordinaria de la parte, que se alarga á la menor fuerza de traccion, produciendo el fenómeno de cambio de longitud de la matriz, de que se ha hecho mencion al tratar de los signos físicos. Las paredes de la vagina están engrosadas por la proliferacion de su epitelio, é hipertrofia de las capas submucosas de tejido areolar; lo que no sólo aumenta la capacidad del conducto, sino que lo hace mas pesado y voluminoso que en el estado normal; y los dos últimos cambios, si bien consecuencias de la dislocacion del útero, atraen el órgano hácia abajo y favorecen su tendencia á descender.

Cualquiera de las cuatro influencias que van enumeradas, puede por sí sola determinar la caida del útero de su posicion normal en la pélvis. Sin embargo, no debe suponerse que sea por lo comun una sola la causa que produzca este resultado, pues al contrario, sucede que dos, tres, y aun cuatro suelen reunirse para efectuarlo. Consideranse separadamente para poderlas estudiar así con mayor perfeccion, y tambien porque aun cuando varias causas se junten como factores, una sola tiene ordinariamente preponderancia.

La investigacion clínica escrupulosa de tan interesante materia

hará ver que el descenso del útero se verifica de uno de los modos que vamos á describir :—

1°. Una mujer que se hallaba sana empieza á quejarse de tirantez en los lomos, dolores en la espalda, y cierta sensacion de fatiga en la pélvis. El exámen revela que la matriz descansa en el suelo de la pélvis, sin cambio de direccion en su eje; no hay rasgadura del periné ni redundancia de la vagina, y los hábitos de la enferma son negativos en cuanto á que el estado existente sea consecuencia de esfuerzos musculares ó vestidos demasiado ajustados. Mediante el exámen atento del útero dislocado, se le ve aumentado de volúmen y peso, de resultas de la subinvolucion, ó se descubre que su testura es asiento de un tumor fibroso; los medios de fijeza del órgano, ántes perfectamente sanos, han cedido á un peso superior á su fuerza: en una palabra, el aumento de peso de la matriz es la causa primordial del mal. Mas continúese observando este caso. El descenso parcial ya verificado, ha dado lugar á la caida de la vejiga, compresion del recto, é hiperemia de los tejidos de la vagina; y estirando los ligamentos uterinos, comienza á privarlos de su fuerza. La compresion del recto y la traccion de la vejiga son causas de irritacion, la enferma tiene que hacer grandes esfuerzos para evacuar dichas vísceras, y se desarrolla una nueva influencia, á saber: la compresion gravativa que desde arriba se ejerce en el órgano. La congestion de la vagina pronto da lugar al desarrollo excesivo del tejido areolar; las paredes de aquella caen en el conducto que forman; y así se establece otra influencia nociva: la fuerza atractiva inferior que arrastra el órgano hácia abajo. La matriz se encuentra ya en prolapso completo, el hocico de tenca se presenta fuera de los grandes labios; y si sus ligamentos se hallaban ántes alargados, ¡cuánto mas no lo estarán ahora!

2°. En este ejemplo del primer grado de prolapso, el útero se presenta sano, y normal su volúmen, peso y consistencia. Las partes que lo fijan parecen perfectas, y no existe nada que de abajo le haga experimentar traccion alguna: en una palabra, todo se encuentra en estado normal, si se exceptúa el órgano mismo, que ha descendido. El exámen de la mujer demuestra que, ó bien sus ocupaciones han sido trabajosas, teniendo que levantar grandes pesos y que tomar al efecto posiciones forzadas; ó que durante algun tiempo ha padecido una tos espasmódica violenta, ó un estreñimiento rebelde que ha causado el tenesmo. Aquí la causa del prolapso es evidentemente una fuerza aplicada desde arriba sobre el órgano; pero que muy en breve deja de ser causa única, pues no tarda en completarse el encadenamiento vicioso con el aumento de peso de la matriz, ocasionado por la congestion; la debilidad progresiva de los medios de fijeza del órgano debida á la traccion prolongada; y la caida de la vagina hipertrofiada, y de la vejiga en prolapso, que arrastran tras sí el útero.

3°. El exámen del útero en otro caso exactamente idéntico en cuan-

to á los síntomas, no revela aumento de peso, ni la existencia de compresion gravativa ejercida superiormente en el órgano; pero en cambio se nota un exceso de amplitud de la pélvis que siempre ha tenido por resultado precipitar el parto, ó que se está desarrollando una atrofia senil, por tener la enferma mas de sesenta años; ó finalmente que, habiéndose rasgado el periné, las paredes posterior y anterior de la vagina se presentan fuera de la vulva en forma de bolsas ovóideas, sin que sea el prolapso en grado suficiente para que la vagina arrastre tras sí el útero, y sí lo bastante para reducir la estension del canal, permitiendo la salida de su estremitad inferior. En este caso la causa de la lesion es la pérdida de apoyo experimentada por la matriz. El útero tiene su peso normal y no se halla espuesto á ninguna compresion ni traccion nociva; pero aun así y todo las partes ya débiles que lo fijan en la pélvis no pueden llenar sus funciones, y dejan que el órgano se precipite. Este descende hasta el segundo grado de prolapso, y la tirantez que ejerce sobre los ligamentos anchos, hace que las expansiones aponeuróticas de estos compriman las venas hipogástricas, lo cual da lugar á una hiperemia intensa, desarrollándose desde luego una nueva complicacion: el aumento de peso del útero. En seguida el tenesmo rectal y vesical, y la presion efectuada por las vísceras abdominales fuera de lugar, vienen á añadir otro elemento nocivo, que es la fuerza aplicada por arriba; y así como el órgano en descenso determina la inversion de la vagina congestionada y aumentada de volúmen y peso, esta lo arrastra consigo aun con mayor rapidez.

4°. Cansado ya el lector al llegar á este punto pedirá tregua; pero la pide precisamente donde no se la puede conceder, por cuanto ahora venimos al estudio de la causa mas frecuente, y por tanto la mas importante, del prolapso del útero. Este á veces es afeccion primitiva; pero en la mayor parte de los casos con mucho, es secundaria y determinada por el prolapso de la vagina, que literalmente arrastra el útero de su posicion; verificase de dos maneras: 1ª, de resultas de la rasgadura del periné, las paredes vaginales pierden su apoyo, y se disminuye la fuerza del músculo pubio-coccígeo. 2ª, La vagina desarrollada por la gestacion no se involuciona, sino conserva la forma de un saco grande, voluminoso y de mucho peso, y, redundantes, sus paredes vencen la resistencia del cuerpo perineal, y caen trayendo tras sí el útero, ántes, ó al mismo tiempo de su salida por la vulva.

El Dr. Duncan, en una memoria leída, en 1871, ante la *Edinburgh Obstetrical Society*,¹ sostuvo que el periné no mantiene de ningun modo la matriz, y que por lo tanto la rasgadura de aquel no es causa del prolapso uterino. Yo no creo que el periné sostenga directamente el útero, ni que su division en el cadáver origine el prolapso; pero sí creo que la destruccion del cuerpo perineal, que hace las veces de esfín-

¹ Transactions, vol. ii., p. 269.

ter de la vagina, tiene por resultado dejar sin apoyo las paredes vaginales posterior y anterior. Descienden estas, hipertrofiándose sus tejidos, y atraen hácia abajo la vejiga primero y luego la matriz. Una ojeada á la Fig. 22, bastará para demostrar en cuánto grado sirve de sosten á la vagina y á la vejiga el cuerpo perineal y los resultados que ha de producir su rasgadura. La vagina miéntras permanece en la pélvis, estando sus paredes en contacto, y siendo normal su peso y volumen, proporciona, en mi sentir, apoyo al útero, y degenera en agente tensor de este, en cuanto descende de la cavidad pelviana, se hipertrofia, y presenta separadas sus paredes.

El Dr. Duncan dice, con razon, que en muchos casos de rasgadura completa del periné no se produce la caída del útero. Dicha rasgadura es por lo regular resultado del parto; y estoy convencido de que es causa frecuente de la subinvolucion vaginal; en cuyo caso lo mas comun es que á la rasgadura se siga el prolapso de la vagina y por lo tanto el del útero. Pero son raras estas complicaciones cuando se ha efectuado sin estorbo la involucion vaginal.

Aran hace observar que la estirpacion de la vagina no produce en el cadáver el prolapso uterino; y el Dr. Duncan afirma lo siguiente: "No dudo que si, á título de experimento, se practicase la division del periné en una mujer sana, no se manifestará por ello tendencia alguna al prolapso." Admito gustoso el experimento y la proposicion; pero no estoy de acuerdo con las deducciones que de ellos quieren sacarse. El útero, estando fuertes sus ligamentos suspensorios, no abandona fácilmente su sitio y aun á veces la traccion continua ejercida en el cuello no basta para hacer bajar el cuerpo, logrando sólo alargar aquel en términos de que, medido con la sonda, el órgano presenta una longitud de seis á siete pulgadas. Klob¹ asegura que "la relajacion del tejido uterino se nota en la region del orificio esterno, y por consiguiente, en lo que ántes era la porcion vaginal y segmento inferior del cuello, cuya parte afecta á menudo una blandura esponjosa. Esta relajacion debe atribuirse al estado varicoso de los vasos, y á la absorcion del tejido cervical." De esta manera, y no por la hipertrofia, se explica probablemente el estado de la parte distendida. En muchos casos, la matriz, ántes de producirse el prolapso, se halla afectada de hiperplasia areolar, ó de atrofia local engendrada por la flexion (causa frecuente del prolapso, en sentir del Dr. Hewitt), y así debilitada, cede fácilmente á la traccion. Cuando, mediante la reduccion del útero, cesa la traccion, el cuello al punto se contrae, y se disminuye sensiblemente la longitud de todo el órgano.

¿No es posible que este hecho explique la experiencia de Huguier, que, de sesenta casos de prolapso supuesto, no halló mas que dos verdaderos; y la de Routh, que sólo observó tres casos en una práctica dila-

¹ Ob. cit., p. 88.

tada? Tengo por muy probable que estos investigadores, por haber medido el útero en el tercer grado de prolapso, dedujesen que había elongacion hipertrófica de la region supra-vaginal; al paso que la suma elasticidad de ese tejido (consecuencia, y no causa del descenso), era la que constituía el verdadero estado patológico. Ciertamente es que alguna explicacion de este género ha de tener la notable diferencia entre las observaciones de tan eminentes ginecólogos, y las de la gran mayoría cuya experiencia no está de acuerdo con la suya.

En estos casos la fuerza de tension al parecer se ejerce en los ligamentos mas fuertes del útero, que tienen su insercion en el eje de rotacion, ó punto de union del cuerpo y el cuello. Ceden aquellos, y el hocico de tenca se adelanta hácia la vulva; pero el útero aunque fijo por medios menos potentes resiste á la atraccion continua y permanece en su sitio. Legendre suspendió del cuello uterino de un cadáver un peso de 15 kilogramos, que fué aumentado gradualmente á 50 en el trascurso de una hora, y disminuido despues á 30, y este se mantuvo por espacio de dos horas. Medida la cavidad uterina con la sonda, tenia al principio del experimento 5 centímetros y 9 al fin, observándose la elongacion principalmente en el cuello. En otros experimentos se produjo un prolapso completo del útero con elongacion del cuello, por la accion de un peso menor continuada durante algunos dias.

Desde que Huguier dió á luz su ensayo sobre la elongacion supra-vaginal é infra-vaginal del cuello como estados que se confunden comunmente con el prolapso, los autores, por lo general, han incluido en esa categoría la elongacion hipertrófica de la porcion vaginal del hocico de tenca. Yo no seguiré este ejemplo, porque no me parece justificado ni por observaciones clínicas ni por investigaciones patológicas, y porque en otro lugar se tratará de la verdadera hipertrofia cervical.

Convengo desde luego en que se presenta, en la parte intra-vaginal del cuello uterino, una elongacion hipertrófica que, observada muy por encima, parece asemejarse al prolapso, ó que aun lo ocasiona por traccion; pero me parece erróneo tomar por verdadera hipertrofia el alargamiento supra-vaginal caracterizado por la reduccion de los tejidos cervicales, y una "blandura esponjosa," que puede atribuirse, segun Klob, "al estado varicoso de los vasos, y á la absorcion de los tejidos del cuello."

Que este estado anormal consecuente á la traccion pueda sobrevenir durante la preñez y persistir despues como origen de muchísima molestia, es muy de presumir, segun se desprende de las siguientes deducciones de M. Gueniot: ¹

"1°. En ciertas mujeres, existe durante el embarazo, y á veces al

¹ Archives Gén. de Méd., Juillet, 1872.

tiempo del parto, una afeccion especial del cuello del útero, que generalmente pasa desapercibida, y hasta ahora nadie ha descrito.

2ª. Esta afeccion puede designarse con el nombre de *Elongacion edematosa y prolapso del cuello*, que indica sus principales rasgos constituyentes. La hiperemia y turgencia del órgano, la disposicion de su cavidad, que se trasforma en canal completamente abierto; la rapidez con que suelen desaparecer estos fenómenos, y la gran facilidad con que se reproducen en circunstancias dadas, son otros tantos caracteres fundamentales del mal. La ulceracion del hocico de tenca, la oclusion de la vagina, y el adelgazamiento y flacidez de las paredes del útero, tambien son síntomas casi constantes; como lo son igualmente los dolores alrededor de la pélvis, una sensacion de debilidad general, y diversas perturbaciones urinarias.

3ª. Las causas de este cambio en el cuello del útero son complejas, y tienen por origen, 1º, ciertas disposiciones anatómicas del órgano; 2º, diversas circunstancias que ejercen sobre él una accion mecánica prolongada.

4ª. La elongacion edematosa con prolapso del cuello, aunque muy rara, es sin duda afeccion ménos escepcional de lo que pudiera imaginarse. Muchos autores la han confundido erróneamente con el alargamiento hipertrófico, ó el prolapso simple, á cuyas afecciones es en verdad bastante análoga; pero de las cuales se distingue esencialmente por caracteres propios y muy importantes."

Curso, duracion y terminacion. — La duracion del prolapso del útero es ilimitada, y el mal continúa indefinidamente, si no interviene el arte. Compromete el bienestar de la enferma y su aptitud para todo esfuerzo; pero rara vez termina por la muerte, á ménos que escite, como he observado en algunos casos, una flegmasía del peritoneo, ó del tejido celular de la pélvis. Aun en la forma crónica del mal, ciertos casos muy raros han terminado funestamente por la uremia debida á la compresion mecánica esperimentada por los uréteres. En estos casos el trígono vesical se disloca de tal manera que la masa que se halla detras comprime fuertemente las embocaduras de los uréteres contra la sínfisis pubiana; estos se obstruyen y dilatan, y con el tiempo puede sobrevenir la hidronefrosis; hecho que anunciaron Virchow,¹ y Kiwisch.² El Dr. Phillips, en el tomo xii de las *Transactions of the London Obstetrical Society*, trae un caso interesante en que la muerte ocurrió de ese modo. En la página 311 de este libro se hace alusion á otro caso de prolapso irreducible de funesta terminacion, referida por el Dr. Alexander Monro. En otro, que se presentó en mi práctica, y de que volveré á hablar mas adelante, el órgano en prolapso se hallaba estrangulado; y, para reducirlo, tuve que recurrir á un grado de fuerza que á la sazón me pareció sumamente peligroso; pero estoy seguro de que

¹ Trans. Obstet. Soc. of Berlin, 1847.

² Clinical Lectures.

si mis esfuerzos hubieran resultado inútiles, habría muerto la enferma; pues el útero y partes adyacentes parecían á punto de pasar á un estado de gangrena. Este caso, ántes que yo fuese llamado, había resistido á los esfuerzos de tres médicos competentes. Despues de repuesto el órgano, por la fuerza, sobrevino la necrosis de toda la membrana mucosa de la vagina, y una peritonitis violenta que puso á la mujer en riesgo inminente de perder la vida. La táxis enérgica fué motivada por el convencimiento que teníamos, los otros médicos y yo, de que no había mas alternativa que la reduccion ó la muerte.

Síntomas.—Los síntomas del prolapso dependen de dos resultados de la dislocacion: primero, la presion mecánica que ejerce la matriz en las partes inmediatas; y segundo, el cambio que la posicion anormal del órgano ocasiona en la circulacion y tejido uterino. La matriz puede, aun en el tercer grado de descenso, no manifestar síntoma alguno notable; pero generalmente se presentan la hiperemia, la hiperplasia areolar, y la degeneracion granulosa, que la ponen sensible é incapaz de tolerar la presion ó el roce. La traccion que hace experimentar á la vejiga, al recto, y á todo el tejido areolar y fascias de la pélvis, y la prominencia que forma entre los labios, molestan al mismo tiempo, y suelen impedir en alto grado la locomocion. Los síntomas culminantes que de esto se originan, son:—

Sensacion de tirantez y peso en la pélvis;
Irritacion rectal y vesical;
Dolor en la espalda, y lomos;
Cansancio esceseivo al andar;
Imposibilidad de levantar grandes pesos;
Leucorrea y otros signos de congestion.

Es muy digno de notarse que en el prolapso, aun en tercer grado, las mas veces no hay perturbaciones menstruales; y no lo es ménos que, de ordinario, no existe la esterilidad. Estas inmunidades se deben probablemente á que el catarro uterino que por lo regular se observa, es mas bien resultado de una congestion pasiva, que de una verdadera flegmasía de la membrana uterina interna; y á que el órgano, á pesar del cambio de direccion de su eje, no esperimenta obstruccion, porque no se ha doblado sobre sí mismo.

Signos físicos.—Todos los síntomas referidos sólo dan lugar á sospechas, y motivan la exploracion directa que ha de aclarar completamente el caso. Cuando está el mal en su primer grado, el dedo introducido en la vagina encuentra el hocico de tenca bastante bajo, comprimiendo el suelo de la pélvis; pasando el dedo hácia arriba, por delante del cuello, y á lo largo de la base de la vejiga, se percibe distintamente la pared anterior resistente del útero; pudiendo comprobarse que el prolapso va complicado de anteversion ó de anteflexion.