

gulando las partes con pinzas, todos los cuales se han empleado tambien para lograr el objeto apeteido. No entraré en la descripción de estos procedimientos: el lector que desee mas pormenores acerca de ellos, puede consultar la obra de Scanzoni sobre las *Enfermedades de las Mujeres*. Ocurre advertir, sin embargo, que todos, sobre presentar el inconveniente de ser en extremo dolorosos despues de disipado el sueño anestésico, son mas engorrosos y ménos seguros en sus resultados que los que dejamos descritos.

## CAPÍTULO XXI.

### ANTEVERSION DEL ÚTERO.

ANTES de pasar al estudio de las versiones y flexiones de la matriz, deseo advertir con especialidad al lector, que si las considero en capítulos diferentes, no es porque sean clínicamente distintas entre sí, sino por haberme parecido ese modo de estudiarlas mas conducente á la exactitud y perfeccion en los detalles; pues las versiones rara vez existen sin que las compliquen las flexiones, y estas se ven con frecuencia complicadas por aquellas.

*Definición y frecuencia.*—Esta lesion consiste en la inclinacion de la matriz hácia adelante, de modo que el fondo se aproxima á la sínfisis pubiana, y el cuello se dirige contra el sacro. Aunque es ménos frecuente que la anteflexion, no son por eso raros los casos que de ella se presentan; manifestándose unas veces como complicacion molesta de la hiperplasia areolar ó de escrescencias fibrosas, y otras, sin que se observe el menor cambio en el parénquima uterino.

El Dr. Churchill<sup>1</sup> empieza con estas palabras su capítulo sobre la materia: “No dejará de parecer inoportuno que tratemos en este lugar de algunas de estas dislocaciones, ya que tienen una conexion tan íntima con la preñez y el parto; pero como suelen tambien ocurrir independientemente de esas condiciones, hemos creido preferible esta digresion á tener luego que considerarlas de un modo incompleto ú omitirlas del todo.” Mi esperiencia me pone en completo desacuerdo con la del célebre tocólogo irlandés; pues he observado muy comunmente las versiones en el estado no puerperal. M. Goupil, en 115 mujeres nulíparas, observó 14 casos de versiones ó flexiones; y encontró 36 casos en 114 mujeres multíparas, examinadas con respecto á este punto.

El siguiente cuadro está estractado de un interesante informe estadístico del Dr. Meadows:—

<sup>1</sup> Diseases of Women, ed. americana.

Casos de dislocaciones examinados.....	84
“ “ posteriores 52 {	Retroflexion.....34
	Retroversion.....18
“ “ anteriores 32 {	Anteflexion.....20
	Anteversión.....12

Es imposible conciliar la diferencia de los resultados obtenidos segun los datos estadísticos recogidos por diversos autores; por ejemplo, M. Nonat<sup>1</sup> habla de 339 casos de dislocaciones, de los cuales el número de desviaciones anteriores y posteriores fué como sigue:—

Anteversión.....	135
Anteflexion.....	33
Retroversion.....	67
Retroflexion.....	14

“La anteversión, dice Klob,<sup>2</sup> es por lo regular una forma rara de dislocacion, y ocurre con ménos frecuencia que la retroversion.”

Los razonamientos y las teorías especulativas mas bien oscurecen

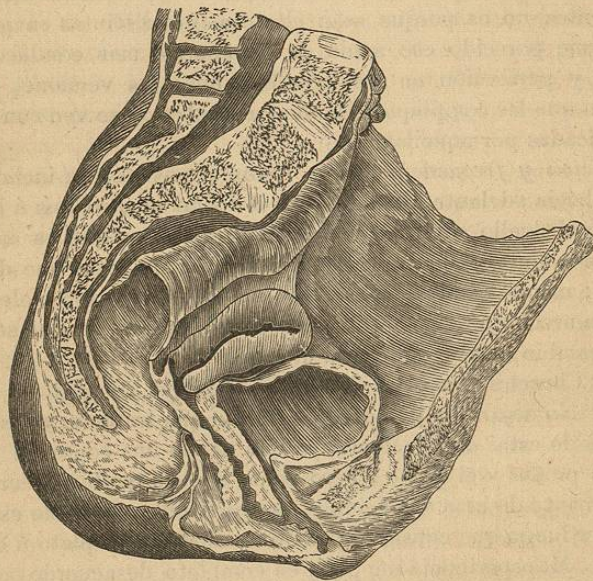


FIG. 93.—Posición normal del útero.<sup>3</sup> (Breisky.)

que aclaran los asuntos de esta naturaleza; siendo los datos estadísticos, reunidos con atención, la única vía de acierto; y aun esto no siempre de un modo concluyente, como se notará en el caso de que se trata, en que vemos al Dr. Meadows presentar como la forma mas comun de

<sup>1</sup> Mal. de l'Utérus, p. 416.

<sup>2</sup> Klob, Patholog. Anat., p. 69.

<sup>3</sup> Boston Gynæcol. Journ.

desviacion, la misma que Nonat y Scanzoni aseguran ser la ménos frecuente! El análisis comparativo de los casos referidos por estas tres autoridades escrupulosas, nos deja indecisos; y bien podemos decir con Sidney Smith, en vista de esta comparacion de pruebas estadísticas, que “escepto los hechos, nada hay ménos digno de confianza que los números.”

La matriz en su posición normal se inclina ligeramente hácia adelante, correspondiendo su eje al del estrecho superior, cuya dirección es la de una línea que, partiendo del ombligo, ó un poco mas arriba de este, se dirige hácia el cóccis.

Causas de carácter leve pueden aumentar de tal modo el grado de esta inclinacion hácia adelante que constituya un estado morboso. En cuanto á la línea divisoria entre lo normal y lo anormal, es imposible sentar una regla fija, debiendo guiarnos la experiencia; aunque en términos generales puede decirse, que hay anteversión cuando se observa el útero atravesado en la pélvis, con el fondo cerca de la sínfisis pubiana, y el cuello en la concavidad del sacro.

Los agentes principales que suspenden la matriz son los ligamentos vésico-uterinos y útero-sacros, que tienen su insercion en el punto de union del cuerpo y el cuello, punto que por esta razon se ha llamado el “centro de revolucion” del órgano. Suspendido así el útero, estorban su rotacion anterior los ligamentos anchos, y cierto grado de apoyo que le proporcionan la vejiga y las paredes del abdómen. Cualquiera influencia que venza ó anule la fuerza sostenedora de la vejiga, de los ligamentos vésico-uterinos ó de las paredes abdominales, ó determina el cambio de situacion de que se trata, ó produce en el órgano una marcada predisposicion á experimentarlo bajo la influencia de causas de carácter escitante.

*Causas predisponentes.*—El parto, un estado de debilidad muscular, la indolencia é inactividad, y la atonía de las paredes abdominales, son causas predisponentes de esta afeccion.

*Causas escitantes.*—Estas pueden enumerarse como sigue:

*Influencias que aumentan el peso del útero.*

- Congestion;
- Hipertrofia ó hiperplasia;
- Subinvolucion;
- Cuerpos fibrosos;
- Preñez.

*Influencias que empujan directamente hácia adelante el fondo.*

- Esfuerzos violentos;
- Derrames en la cavidad del abdómen.
- Tumores abdominales;
- Vestidos ajustados.

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

- Rasgadura del periné ;
- Prolapso de la vagina ;
- Relajacion de los ligamentos ;
- Destruccion de la resistencia de los ligamentos vésico-uterinos por un cistocele.

*Influencias que arrastran el fondo directamente hácia adelante.*

- Falsas membranas ;
- Prolapso de la vagina ;
- Cistocele ;
- Reducida estension de los ligamentos redondos.

La hiperplasia areolar produce un gran número de casos ; los tumores fibrosos un número nada insignificante ; de las falsas membranas provienen algunos de los casos mas incurables ; muchos del cistocele que suprime el apoyo del órgano, al mismo tiempo que le hace experimentar una fuerza de traccion ; y unos cuantos se presentan sin otra causa aparente que una compresion directa que ejercen las vísceras abdominales en el fondo del útero. Esta última causa es ayudada en gran manera por la relajacion de las paredes abdominales, que priva á las vísceras de su apoyo.

*Sintomas.*—En ciertos casos raros existe la anteversion sin acarrear perturbacion alguna local ni constitucional. Produce comunmente dismenorrea y esterilidad por la compresion que sufre el hocico de tenca contra la pared posterior de la vagina ; y la presion que ejercen el fondo del útero en la vejiga, y el cuello en el recto irrita estas vísceras y estorba sus funciones. La vejiga padece con mas especialidad, desarrollándose á veces un estado morboso casi idéntico á la cistitis ; y la compresion del recto produce, si bien con ménos frecuencia, tenesmo, irritacion y dolor.

Este mal dificulta el andar de una manera sorprendente en ciertos casos escepcionales. Cuatro he visto en que las enfermas se vieron obligadas por este motivo á guardar cama, ó á estar recostadas sobre un sofá durante largo tiempo. Una de ellas no había salido de la casa en cuatro años ; dos de las mismas apenas se habían puesto en pié durante ocho meses ; y la última, por espacio de doce años, no pudo andar ni un cuarto de milla sin experimentar el mayor malestar. En todos estos casos ví la prueba mas positiva de que provenía de la anteversion la imposibilidad de andar ; pues esta desaparecía cuando el útero se hallaba bien sostenido con un pesario á propósito, y reaparecía en cuanto se quitaba el instrumento sin saberlo la enferma. Ninguna de estas mujeres padecía el histerismo que tan á menudo engaña al médico en lo relativo á los resultados de los remedios.

*Curso, duracion y terminacion.*—Aunque se suprima la causa esci-

tante, la dislocacion suele persistir, por cuanto la distension prolongada de los ligamentos anchos y vésico-uterinos ha tenido por efecto aflojarlos y debilitarlos ; al paso que el reposo no interrumpido ha determinado la contraccion de los útero-sacros. Los primeros no ayudan en nada al órgano caído, y los últimos contribuyen á mantenerlo fuera de posicion, elevando el cuello hácia el recto. Algunas veces la preñez efectúa la curacion, desapareciendo la oblicuidad al terminarse la involucion ; pero generalmente continúa sin modificarse la desviacion, á ménos que se suprima la causa escitante, y se mantenga el órgano en su posicion normal durante un año, ó mas.

*Variedades.*—La anteversion puede ser completa ó parcial, es decir que de ella sólo se reconocen dos grados ; miéntras que tienen tres la retroversion y el prolapso. Es tanta la inclinacion anterior normal del eje uterino, que no nos permite mirar como estado morboso una ligera exageracion de oblicuidad.

La Fig. 94 representa las variaciones mencionadas : la inclinacion de 45° constituye el primer grado, ó de anteversion parcial ; la de 90°, el segundo grado, ó de anteversion completa.

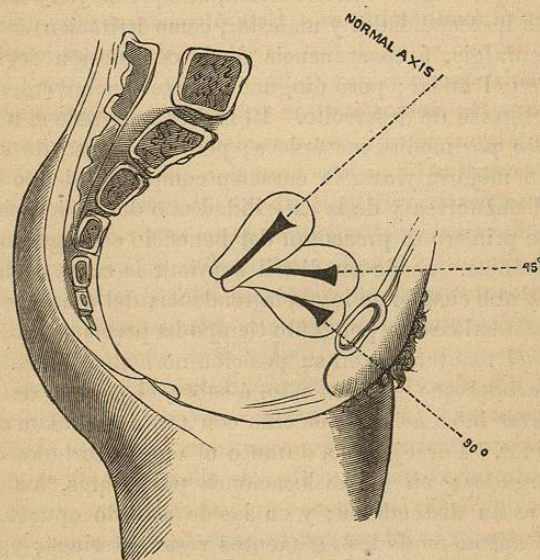


Fig. 94.—Grados de anteversion.

*Diagnóstico.*—Cuando en un caso de esta dislocacion se practica el tacto vaginal, recostada la enferma de espaldas, el dedo no da con el cuello uterino ; una investigacion rápida prueba que no se encuentra en la region púbica, ni en las laterales de la pélvis ; pero si se explora profundamente, con dos dedos, se le descubre en la parte superior de la concavidad del sacro. Si se desliza en seguida el dedo hácia el púbis,

se percibe una protuberancia dura que se dirige hácia la sínfisis pubiana, y que la palpacion y el tacto combinados demuestran ser el cuerpo del útero, con lo cual queda establecido el diagnóstico, á ménos que se juzguen necesarias mas pruebas, en cuyo caso se introduce en la cavidad el estilete uterino muy encorvado; pero esto es rara vez indispensable, y siempre difícil.

*Diagnóstico diferencial.*—Dice Capuron,<sup>1</sup> que equivocando Levret el primer caso que observó de esta desviacion, con el de piedra en la vejiga, operó en este concepto, y sacrificó la vida de la enferma; pero puede decirse que á pesar de tan grave error, padecido por autoridad tan eminente, no hay razon para confundir esta afeccion con ninguna otra enfermedad. Quizás no sea posible conocer el estado morbozo que da lugar á la dislocacion, y tal vez pueda padecerse un error igualmente grave respecto de su naturaleza; pero esto no concierne al asunto de que estamos tratando. El descubrimiento del mero hecho de la existencia de la anteversion, nunca es difícil, si con este objeto el médico se vale de los medios propios para establecer el diagnóstico.

*Pronóstico.*—Este es en extremo feliz en cuanto á la gravedad de los accidentes que origina la dislocacion, aunque se vea esta acompañada de muchas incomodidades y malestar, como irritacion de la vejiga y del recto, neuralgia, á consecuencia de la compresion de los nervios, y dificultad en el andar; pero ninguno de estos inconvenientes alcanza un grado peligroso de desarrollo. El mal es incurable si no se recurre al tratamiento por medios mecánicos; pero con el uso de estos puede lograrse gran mejoría y aun la curacion completa; siendo la desaparicion de la dismenorrea y de la esterilidad uno de los indicios mas importantes que primero se presentan del beneficio conseguido con el tratamiento mecánico. Suele ser difícil suprimir la causa escitante de la anteversion, y aun cuando se logre, la tendencia del útero á continuar en la posicion anormal en que por tanto tiempo ha permanecido, dificulta en gran manera el mantenerlo en su posicion normal. Ya se ha espuesto una de las razones que esplican esto, á saber, el cambio de disposicion que, bajo ciertas influencias, se efectúa con tanta facilidad en los ligamentos uterinos. Por ejemplo, durante el embarazo todos ellos se encuentran alargados; en las dislocaciones posteriores, los ligamentos útero-sacros están distendidos; y en las de sentido opuesto se hallan afectados del mismo modo los ligamentos véscico-uterinos; y, á la inversa de esto, la continuidad del reposo determina la contraccion de dichos órganos, cuyo fenómeno presentan por regla general los ligamentos útero-sacros en la anteversion, sin que sea lícito dudar se verifica igualmente en los redondos.

*Tratamiento de las dislocaciones anteriores en que la version prevalece sobre la flexion.*—El primer punto que importa decidir, ántes que se

<sup>1</sup> Mal. des Femmes, p. 202.

instituya el tratamiento, es, si los fenómenos morbosos existentes reconocen por causa principal la dislocacion, ó son consecutivos á la enfermedad que originó esta lesion. Si existieren motivos para considerar la oblicuidad simplemente como una condicion coincidente ó resultante, que no causa molestia, claro es que la afeccion primitiva reclamará la prioridad en el tratamiento; pero sería ocioso repetir que á lo que debe atenderse principalmente, no es al cambio de posicion, sino á su causa; y que si esta fuera una endometritis, la subinvolucion ó un tumor fibroso, debe dirigirse el tratamiento á estos estados morbosos y no á la dislocacion. Al buen éxito en el tratamiento de casos de esta naturaleza, nada se opone con tanta eficacia como el querer aplicar á la práctica la idea teórica de que el sosten artificial debe limitarse á aquellas dislocaciones en que no existe complicacion ninguna. El apoyo mecánico viene á ser indispensable muchas veces cuando la desviacion es resultado ó complicacion de otra enfermedad; y es nuestro deber entónces, como en otros muchos casos, aliviar uno de los síntomas mas molestos de la afeccion. La matriz necesita muchas veces del pesario, como de las tablillas un hueso roto; no estrictamente como medio curativo, sino como auxiliar del tratamiento, por cuyo medio se disipa el dolor y se consigue descanso, miéntras se van efectuando las evoluciones de la curacion.

*Métodos para la reduccion.*—El restablecimiento de la matriz en su sitio se verifica casi siempre con facilidad, pues al contrario que en el caso de retroversion, la dislocacion rara vez llega á ser completa; y aun cuando lo sea no es difícil la reduccion. Si se experimenta alguna dificultad, se evacúa la vejiga con la algalia, y se recuesta la enferma de espaldas sobre una mesa ó una cama dura, cuidando de quitarle toda compresion de vestido ajustado en el abdómen. El operador introduce en la vagina dos dedos, bien untados con alguna sustancia crasa, y comprime con sus estremidades el cuerpo del útero, que habrá empujado hácia abajo las paredes de la vejiga. Miéntras se emplean de esta manera los dedos de la mano izquierda, se coloca la derecha sobre el abdómen, á fin de empujar hácia arriba el útero y las vísceras abdominales cuando se intenta la reduccion. Entónces se previene á la enferma que llene de aire los pulmones, y que lo espela despues suavemente con una espiracion prolongada; y al acercarse el fin del acto espiratorio el médico empuja hácia arriba el cuerpo del útero con los dedos que se hallan en la vagina, y su fondo y las vísceras abdominales con la mano que está sobre el hipogastrio.<sup>1</sup> De esta manera suele conseguirse restablecer inmediatamente la matriz en su lugar; pero si no sucediere así, se repetirá el procedimiento segun se ha descrito, hasta lograr el objeto apetecido. Cuando es parcial la anteversion, la reduccion, por de contado, es mucho mas fácil; pero entónces nada se gana con ella,

<sup>1</sup> Antes de emplear fuerza para reducir el órgano en anteversion, debe cerciorarse el operador á no quedarle duda, de que aquel no se halla sujetado por falsas membranas.