

CAPÍTULO XXII.

RETROVERSION DEL ÚTERO.

Definicion y frecuencia.—En la retroversion el útero está inclinado en sentido posterior, de manera que el fondo se dirige hácia el sacro, y el cuello hácia la sínfisis pubiana. No es comun como lesion idiopática

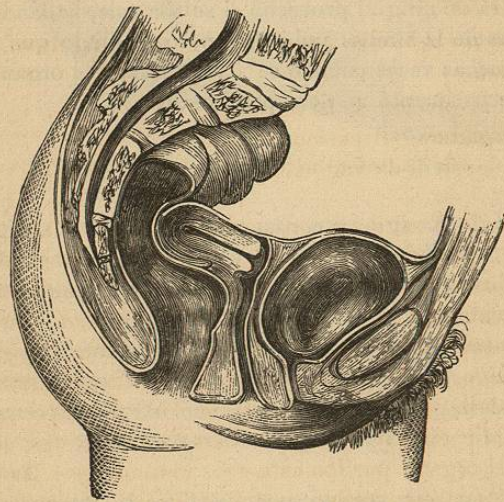


FIG. 104.—Retroversion del útero.

primitiva; pero es con frecuencia sintomática de los neoplasmas, la hiperplasia areolar, y otros estados que aumentan el peso del órgano.

Causas predisponentes.—Son el parto, la debilidad general del sistema muscular, y los hábitos de indolencia é inactividad.

Causas escitantes.—Estas pueden clasificarse como sigue:—

Influencias que aumentan el peso del útero.

- Cuerpos fibrosos ;
- Subinvolucion ;

- Hiperplasia areolar ;
- Preñez ;
- Congestion.

Influencias que arrastran el útero fuera de su lugar.

- Adherencias que resultan de la pelvi-peritonitis, ó de la inflamacion del tejido celular ;
- Rectocele ;
- Subinvolucion de la vagina ;
- Prolapso de la pared vaginal posterior ;
- Retroflexion.

Influencias que dislocan el útero por compresion directa.

- Sacudimientos graves á consecuencia de golpes ó caidas ;
- Esfuerzos musculares ;
- Plenitud de la vejiga ;
- Tumores ;
- Fajas apretadas despues del parto ;
- Vestidos ajustados y pesados.

Influencias que debilitan los medios de fijeza del útero.

- Preñez ;
- Subinvolucion de la vagina ;
- Rasgadura del periné ;
- Prolapso de la vagina.

El descenso de la vagina á consecuencia de la involucion incompleta, ó rasgadura del periné, y la hiperplasia areolar como estado mas avanzado de la subinvolucion del útero, son las dos causas mas frecuentes entre las que acabamos de enumerar. Las otras suelen observarse, pero son insignificantes comparadas con las dos que hemos mencionado.

La anteversion, como lo hará suponer la oblicuidad anterior que es natural á la matriz, se presenta con frecuencia como afeccion idiopática, resultante de la compresion de las vísceras sobrepuestas, arrojadas sobre el fondo del órgano por los esfuerzos musculares y las ropas demasiado ceñidas. La retroversion, por el contrario, se observa ménos de esta manera, dependiendo generalmente de algun estado patológico del útero ó de sus anejos. Las causas de la tercera categoría mencionada, ó sean aquellas que arrojan el órgano hácia atras por compresion directa, pueden obrar por medio de un sacudimiento violento, dando lugar instantáneamente á la dislocacion acompañada de síntomas muy graves. Tambien dislocan la matriz, aunque gradualmente, la compresion prolongada de un tumor delante ó encima de ella, ó la de la vejiga en estado de plenitud. Un poco de reflexion bastará para explicar cómo, en el tratamiento de la recién-parida, contribuyen los prácticos á que ocurra el accidente, por lo ménos, los ingleses y americanos. Recuérdese en

primer lugar que el embarazo une en sí dos de las causas que producen esta condicion, á saber: aumento de peso del útero, y relajacion de sus apoyos; y no exageramos al decir que una de las otras causas antedichas nace de los "cuidados" de que es objeto la mujer despues del parto. Muchas enfermeras se empeñan en mantenerla casi constantemente acostada de espaldas, sin permitirle, á veces en muchos dias, la comodidad de volverse de lado; y es muy natural que el fondo pesado de la matriz tienda á caer en la concavidad del sacro. Pero hay mas todavía: la fama de mas de una enfermera, en concepto de muchas señoras, se funda en su habilidad para "conservar la figura" por medio de la faja apretada; y no pocas veces una mujer robusta emplea toda su fuerza en apretar la faja cuanto sea posible, para lograr lo que de ella se espera. A nadie que haya observado el procedimiento le quedará la menor duda de su influencia en dislocar el útero por compresion directa; y nada de lo relativo al parto es objeto de tanta supersticion, por decirlo así, como la virtud de la faja obstétrica para "conservar la figura" é impedir la hemorragia. Esto es una repeticion de lo dicho en otro lugar; pero la importancia de la materia me hace creer justificable su recuerdo.

La involucion tardía é incompleta predispone aun mas á la caída posterior del útero; los ligamentos redondos, compuestos de un tejido muscular idéntico al de la matriz, son agentes importantes para impedir la dislocacion; pero es muy probable que participando de la detencion de la metamorfosis retrógrada que se efectúa en el útero, queden alargados y ménos potentes de lo natural. Scanzoni¹ dice que "la hipertrofia de ámbos ligamentos (redondos) acompaña siempre al embarazo normal; miéntras que, segun hemos podido determinar nosotros mismos, en el caso de una matriz bicorne, bífida ó bilocular, sólo estaba hipertrofiado el ligamento que correspondía al lado en que se hallaba la preñez. . . . Tenemos presente un gran número de casos de mujeres muertas despues de una metritis ó peritonitis puerperal, en que uno ó ámbos ligamentos redondos aparecían notablemente hipertrofiados, presentando un color rojo encendido y una infiltracion serosa."

El estado que se desarrolla en estos ligamentos, disponiéndolos á ceder á la traccion del útero aumentado de peso, no sobreviene sólo como resultado del embarazo; Boivin y Dugès han observado en ellos la hipertrofia y dilatacion de sus vasos, como consecuencia de una ingurgitacion crónica, de cuerpos fibrosos, y hasta de tumores en los ovarios.

Variedades.—La retroversion puede presentarse en grado leve, inclinándose el eje del útero de manera que, con el del estrecho superior, forma un ángulo de 45°; ó bien se inclina hasta los 90°, quedando atravesado en la pélvis; ó el cuello se eleva y el fondo descende formando

¹ Ob. cit., p. 358.

un ángulo de 135°. Estas variedades constituyen los grados primero, segundo y tercero de retroversion.

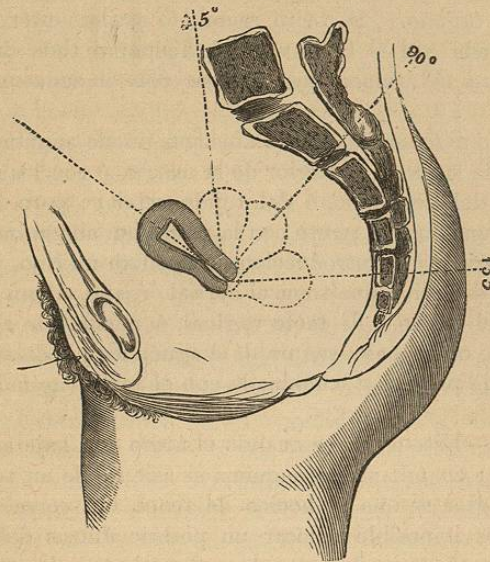


FIG. 105.—Grados de retroversion.

Sintomas.—La retroversion, aunque es muchas veces síntoma, causa perturbaciones que sin ella no se manifestarían; siendo esta la razon de que sea difícil determinar cuál de los elementos del caso proviene de ella, y cuáles de la afeccion que la produce. Suele existir sin aumentar en nada el catálogo de síntomas, como lo prueba el hecho de no causar ningun alivio la reduccion; pero por lo regular provoca tenesmo rectal y vesical, y congestion de la membrana mucosa de estas vísceras; un dolor fijo y sordo en la espalda; incomodidad al andar; y dolor al defecar. Estos fenómenos, sin embargo, no bastan para establecer el diagnóstico, ni escitan muchas veces sospechas de su existencia. La afeccion se descubre comunmente por el tacto vaginal. Lo que acabamos de decir no se refiere á la retroversion repentina, ocasionada por un sacudimiento, pues entónces los síntomas son graves y bien marcados. La enferma cae y no puede levantarse; siente un dolor agudísimo en la pélvis; hay retencion de orina y de materias fecales; y el padecimiento es á veces tan intenso, que el rostro se baña de sudor, y el pulso se vuelve débil é irregular.

Signos físicos.—El dedo en la vagina descubre la ausencia del cuello uterino de su lugar ordinario, y lo encuentra cerca de la sínfisis pubiana. Pasando el dedo hácia atras, en direccion al sacro, se nota una eminencia dura que termina en una masa redonda y resistente que descansa contra el recto. El tamaño, la redondez, y los caracteres

distintivos de esta, dependen del grado de dislocacion; en el primer grado se percibe una línea resistente, sin tumor; en el segundo, un tumor ligeramente globuloso; y en el tercero, la forma característica del fondo del órgano. El tacto rectal, el estilete uterino, y la palpacion combinada con el tacto vaginal, disiparán toda duda respecto de la naturaleza del tumor que se toca con el dedo que está en la vagina.

Diagnóstico diferencial.—Esta afeccion puede confundirse con un tumor fibroso de la pared posterior de la matriz, ó con los resultados de una flegmasia del peritoneo, ó del tejido celular; pero toda duda se desvanece comunmente al punto con la palpacion abdominal combinada con el tacto vaginal y la introduccion del estilete uterino, y observando con cuidado la direccion que toma el eje del órgano, segun lo demuestra la situacion del cuello. El tacto vaginal, á ménos que el caso sea en extremo simple, no es base segura de diagnóstico; y debemos traer en nuestra ayuda la palpacion combinada con el tacto vaginal y el estilete uterino.

Pronóstico.—Este es grave cuando el útero está sujetado por adherencias fuertes; cuando su parénquima es asiento de un tumor fibroso; y cuando la vagina se une al hocico de tenca tan cerca de su orificio esterno, que es imposible colocar un pesario detras del cuello para sostener el útero despues de repuesto. Cuando la union de la vagina y la matriz se presenta de esta manera, el pronóstico, en cuanto á la curacion de las dislocaciones en sentido anterior y posterior, es muy grave.

Resultados.—La retroversion puede engendrar las perturbaciones siguientes:—

Congestion;
Hiperplasia areolar;
Dismenorrea;
Esterilidad;
Cistitis;
Rectitis.

Tratamiento de las dislocaciones en sentido posterior en que predomina la version.—La primera indicacion es la reduccion del útero; la segunda, impedir que se disloque de nuevo.

Métodos de reduccion.—En un caso ordinario en que no hay enclavamiento del útero, se colocará la enferma sobre el lado izquierdo, como para el exámen ordinario con el spéculum de Sims. El operador se pone detras de ella, y habiéndose untado bien los dedos índice y del medio de la mano derecha, con un cuerpo graso, los introduce en la vagina y lleva hasta el fondo del órgano, vueltas las superficies palmares hácia el recto. En seguida eleva el útero hasta enderezarlo, con la cara interna de los dedos, y con el dorso de estos, que será verdaderamente la superficie esterna de las uñas, lo empuja hasta colocarlo en su

posicion normal. Puedo recomendar el ensayo de este método, exactamente segun lo he descrito, respondiéndolo de su eficacia.

Pero sucede á veces que no puede reducirse el útero sino por los medios mas potentes, y entónces, evacuados ántes el recto y la vejiga, y aflojado el vestido, se pone la mujer de rodillas sobre una superficie dura, con el esternon en contacto tan próximo como sea posible con dicha superficie; el médico, despues de untarse dos dedos de la mano derecha, los introduce en la vagina y los coloca contra el fondo del útero; hecho esto, previene á la enferma que llene los pulmones de aire y lo espela en seguida completamente; y miéntras ella ejecuta lo último, el operador eleva el fondo con fuerza y lo repone en su lugar. Si no se logra la reduccion por este medio, se elevan aun mas las nalgas, colocando cojines debajo de las rodillas, y se repite el procedimiento, introduciendo esta vez los dos dedos en el recto.

Si nada se consigue con estos métodos poderosos y generalmente eficaces, no debe recurrirse á esfuerzos para enderezar el órgano con instrumentos introducidos en su cavidad; pues si obrasen con ménos fuerza, resultarían inútiles, y si con más, podrían penetrar en el útero causando una peritonitis. Además, cuando algun caso opone resistencia á los esfuerzos mencionados, se descubrirá generalmente que la dificultad proviene de adherencias que fijan el órgano en su posicion anormal. Para tales circunstancias recomienda Kuchenmeister,¹ cuya experiencia en estos casos debe respetarse, la introduccion diaria en la vagina del *colpeurynter* lleno de agua, reteniéndolo tanto tiempo como pueda soportarlo la enferma. Muchas veces se consigue sin peligro, con la compresion hidrostática continuada, lo que no podría lograrse con la fuerza repentina sin riesgo para la enferma.

El repositor de Sims es un instrumento muy útil para la reduccion, y debe empleársele en los casos que requieran un grado de fuerza mucho menor. Se compone, segun se ve en la Fig. 106, de una sonda metá-



FIG. 106.—Repositor uterino de Sims.

lica pequeña que termina en una bola en que están abiertos siete agujeros, y que está unida á un tallo recto por medio de un eje sobre el cual se mueve. El tallo contiene en su interior una varilla que empuja un resorte oculto manejado por el dedo que entra en el anillo. Tirando de este hácia atras, y bajando el mango del instrumento, se retira la varilla, lo cual hace girar la bola de manera que la sonda describe un semi-círculo.

¹ Am. Journ. Med. Sci., julio, 1870, p. 275.

La sonda uterina se emplea mas frecuentemente con este objeto. Una vez introducida hasta el fondo, el operador, sosteniendo el mango del instrumento con la mano izquierda, oprime cerca del medio el tallo con los dedos de la derecha; y convirtiendo de este modo en palanca la sonda, y en punto de apoyo la mano izquierda, empuja el mango suavemente hácia el periné. Esta maniobra eleva y en parte repone el útero; y haciendo en seguida girar con suavidad el extremo de la sonda, se trae el órgano al estado de anteversion.

En la mayor parte de los casos la reduccion del órgano es enteramente practicable por medio de la palpacion combinada con el tacto vaginal, ó la táxis rectal; ó bien comprimiendo el *fornix vaginae* con una esponja fija en un mango.

Lógrase muchas veces buen resultado introduciendo en el recto una esponja montada en su porta-esponja, y otra en la vagina, para comprimir el fondo, segun el método adoptado por el Dr. Bond, de Filadelfia, en su ingenioso repositor, que se verá representado en el tratado de Obstetricia del Profesor Meigs. Al reducir un útero que haya adquirido esta ú otra cualquiera posicion anormal, se debe siempre tener muy presente, que un trabajo inflamatorio puede haber causado una exudacion de linfa alrededor del órgano, que impide su movilidad, y que el desgarro violento de estas adherencias puede provocar una inflamacion del peritoneo ó del tejido celular (70).

Métodos para mantener el útero en su posicion.—La cuestion que se presenta despues de reducido el órgano, no es, cómo ha de mantenerse en su posicion normal, sino si tal retencion es prudente, practicable, y sin peligros; y si los síntomas que afectan á la enferma provienen particularmente de la dislocacion, ó es esta simplemente indicio de la existencia de una enfermedad que hace peligroso el tratamiento mecánico del vicio de posicion. En semejantes circunstancias debe desecharse el tratamiento local, si hay, por ejemplo, peritonitis pelviana; sin embargo, aun cuando exista una afeccion uterina de carácter subagudo ó crónico, y se considere que la dislocacion lo agrava, ó aumenta el malestar de la enferma, se debe, como regla, hacer un esfuerzo para vencerla por medios locales. Los recursos de que nos valemos para lograr este objeto son:—

Decúbito abdominal;
Taponamiento;
Cintura abdominal;
Pesarios;
Perineorrafia;
Elitrorrafia.

Para demostrar por estenso el método que conviene seguir en un caso crónico de este mal, supongamos que se trata de un caso de naturaleza rebelde, en que el grado de sensibilidad alrededor del útero

hace intolerable la presion de un pesario bastante potente para contener el órgano. Aquí, como en la anteversion, es indispensable adoptar ciertas medidas preparatorias ántes de introducir el pesario; las cuales consisten en evacuar los intestinos, inyectar en la vagina agua caliente por la mañana y por la noche, quitar del vientre todo peso, haciendo uso del suspensor de faldas y de la cintura abdominal, y ordenando la abstencion de esfuerzos musculares; y durante una semana, ó tal vez mas, reducir el útero cada dos dias, manteniéndolo por dos ó tres minutos en estado de completa anteversion. Despues de haber empleado, durante una semana, estos esfuerzos preparatorios para el apoyo permanente del órgano dislocado, se aplica un tapon de algodón fenicado, ó una esponja empapada en glicerina, lo que se ejecuta como sigue. Manteniendo la matriz en anteversion completa por medio del repositor, ó de la sonda, se introduce tan á lo alto de la vagina como sea posible, de modo que venga á quedar detras del cuello, un rollo de algodón ó una esponja fina del tamaño de un huevo de gallina y empapada en un glicerolado de ácido fénico. En seguida se estraee la sonda y se coloca un tapon grande de algodón debajo y algo hácia adelante del cuello, (y no detras, como se hizo con el primero,) de manera que eleve esta parte hácia la concavidad del sacro y contra el otro rollo de algodón, que ahora queda oculto en el fondo de la vagina. El tapon colocado debajo del hocico de tenca, no sólo empuja hácia atras el cuello que, ántes de ser introducido aquel, se hallaba cerca de la sínfisis, sino que eleva tambien el que se colocó en lo alto del cuello, el cual levanta cada vez mas el fondo del órgano, hasta que este, libre de toda compresion superior, y auxiliado por el decúbito abdominal que habrá mantenido la enferma, cae hácia adelante por su propio peso. La Fig. 107 explica la accion de los dos taponnes cuando se aplican *cual corresponde*; pero si en vez de colocarlos del modo indicado, se emplea el tapon ordinario que ocupa la parte inferior de la vagina, no se logrará mas que elevar el órgano retrovertido, mientras que lo que realmente se desea es producir la anteversion. Una vez introducido el rollo sub-cervical, como se ve en la lámina, se taponna la vagina con algodón, para mantenerlo en su lugar, y para elevar el útero y traer en nuestro auxilio la gravitacion, á fin de echar el cuerpo hácia adelante. En el tratamiento de esta lesion, no es el decúbito dorsal, á mi modo de ver, un recurso valioso, sino un agente auxiliar de otros medios que directamente rectifican el eje de la matriz. Posee, cuando se ha elevado el órgano en retroversion, cierto grado de eficacia como auxiliar, de que carece mientras existe la dislocacion. El tapon puede, sin inconveniente, retenerse cuarenta y ocho horas, si se

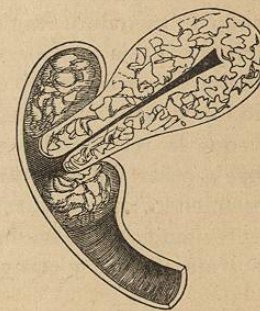


Fig. 107.

ha hecho bien antiséptico el material que lo compone; y como la importancia de esto es incalculable, describiré en seguida el modo de preparar el algodón.

Una cantidad grande de algodón fino se mantiene sumergida en una disolución saturada de bicarbonato de sosa, durante tres ó cuatro días; al cabo de los cuales se saca y se seca bien al sol. Antes de usarlo se empapa la cantidad que se requiera en una disolución de 2 gramos de ácido fénico cristalizado en un litro de agua; luego se exprime, se empapa en glicerina, se exprime otra vez ligeramente, y se introduce. Preparado de esta manera el tapon, además de poseer propiedades antisépticas, es un recurso excelente para tratar la vaginitis crónica, y aun subaguda; siendo en extremo beneficiosos sus efectos en la llamada úlcera del cuello.

La enferma puede dedicarse á sus quehaceres ordinarios mientras se prosigue en este tratamiento; aunque sería mejor que guardase el decúbito abdominal, si le fuese posible.

Quando la enferma reside fuera de la ciudad, ó no le permiten sus medios someterse al tratamiento que acabamos de indicar, puede sustituirse este con otro muy eficaz y ménos incómodo para ella y su facultativo, y el cual consiste en introducir y dejar permanente un pesario de esponja, despues de haber puesto el útero en anteversion por medio del repositor, ó de los dedos introducidos en la vagina, colocada la mujer en el decúbito lateral izquierdo. El pesario de esponja es simplemente el de Cutter, (Fig. 111,) cuya pelota ha sido sustituida por una esponja suave del tamaño de un huevo de gallina, y la cual se acomoda en el fondo de saco de la vagina. La correa dorsal elástica le da un empuje continuo hácia arriba contra el útero, y el instrumento mantiene firme, aunque suavemente, el órgano en su posición normal. Este es un medio tan valioso en casos como los que acabamos de indicar, y en aquellos en que la retroversion se manifiesta rebelde, en términos de reproducirse á pesar del pesario introducido completamente en la vagina, que recomiendo su uso para todo caso difícil. Con él me ha sido posible vencer muchos que habían resistido á todos los demas medios mecánicos de tratamiento; y estoy seguro de que no dejará de producir iguales resultados en manos de otros. Escusado es advertir que sólo sirve de método temporal y preparatorio; pues la esponja es una sustancia que no conviene dejar mucho tiempo en la vagina; y cuando se emplea de esta manera, se debe extraer, lavar, é introducir de nuevo cada doce horas.

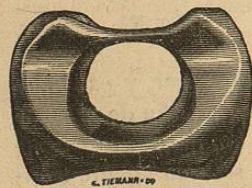


FIG. 108.—Pesario de goma elástica, inflado, de Hoffman.

Los pesarios de Hurd, ó Hoffman, pueden emplearse también interinamente y como medio preparatorio, con objeto de elevar suavemente el fondo del órgano por medio de un cuerpo obtuso introducido

en el fondo de saco vaginal. Estos instrumentos deben vigilarse, porque suelen aprisionar el cuello del útero; y se han de conservar muy limpios, haciendo uso frecuente de copiosas duchas vaginales.

La continuación por espacio de dos ó tres semanas de los métodos que llevé descritos, hará que aun los casos mas rebeldes toleren, al cabo de este tiempo, un pesario permanente bien ajustado; pero si no sucediere así, se continuará en el uso del tapon medicamentoso ó del pesario de esponja hasta llegar á producir la tolerancia necesaria.

El siguiente hecho es importante con relación á este método de reducir el útero. Los ligamentos redondos se fijan en los ángulos del órgano, y en la vulva; si se abandona á sí misma la matriz en retroversion ó retroflexión, empujándola simplemente hácia arriba, es inevitable que los ligamentos se alarguen perpetuando la dislocación; pero si, al contrario, se arroja el cuerpo hácia adelante, manteniéndolo así inclinado hasta que se eleve el órgano, los ligamentos, poniéndose tirantes, tienden á remediar las desviaciones posteriores. Un poco de reflexión bastará al lector para convencerse de la verdad de este aserto. De esta acción de los ligamentos redondos depende en parte el provecho que se alcanza con el método de que estoy tratando.

No debe suponerse que sea mi objeto principiar de este modo el tratamiento de todo caso de retroversion; pues de intento he comenzado las observaciones que anteceden suponiendo que tuviésemos entre manos un caso grave é intolerante de apoyo mecánico. La mayor parte de los casos permiten desde luego el uso de un pesario de retroversion, sin requerir tratamiento preparatorio; pero, con todo, hay muchos que lo exigen y en que es aventurado y aun peligroso echar mano inmediatamente del sosten artificial. Algunos supondrán que el tratamiento preparatorio roba mucho tiempo, sin ser absolutamente indispensable para el alivio del caso; pero si no fuere necesario, no debe recurrirse á él, y si lo es, con su adopción se ganará en vez de perder tiempo. Yo recomendaría con empeño, que cuando fuese molesto el pesario mas cuidadosamente adaptado, se dedicase un mes al método preparatorio que he descrito; recurriendo de nuevo al pesario al cabo de este tiempo. Así se observará que muchos casos, ántes rebeldes, ceden al tratamiento mecánico, y con mucha mas seguridad si se ponen en práctica los medios recomendados para evitar la presión de arriba sobre el fondo del órgano. Al tratamiento cauteloso, perseverante y filosófico de estos casos se deben algunos de los resultados mas satisfactorios de la ginecología; pero no se crea que todo esto puede lograrse llenando descuidadamente las indicaciones que se han presentado; pues si el método que vengo recomendando se emplea de un modo brusco y sin inteligencia, producirá mas daño que provecho, mas molestia que alivio.

Supongamos ahora que se haya determinado ensayar un pesario de retroversion, ¿á cuál de ellos se debe dar la preferencia? Sólo recomiendo tres, si bien mencionaré muchos mas. Ya se observará que prefiero una modificacion del pesario del Profesor Hodge, al instrumento primitivo; lo cual no obsta para que convenga en que á este práctico, mas que á nadie, debe la ginecología el método científico de apoyar el útero retrovertido. Todos los pesarios de palanca que se usan en la actualidad, son modificaciones del precioso y original que él ideó, y obran con arreglo al principio por él establecido.

La regla con respecto á otras invenciones mecánicas no ha faltado aquí, y vemos que trabajos posteriores, fundados en el pensamiento primitivo, han perfeccionado su aplicacion; habiendo hoy dia muchísimos pesarios de retroversion tan superiores al modelo del Profesor Hodge, como hay armas de fuego de repeticion que superan la idea primitiva de Colt.

En los casos de retroversion era mi costumbre emplear por regla general el pesario de Hodge, de que siempre tenía á mano un buen repuesto, y de las otras variedades sólo hacía uso una que otra vez; hasta que, cuatro años ha, mi amigo el difunto Dr. James L. Brown me habló de la gran superioridad del instrumento modificado por el Dr. Albert Smith, de Filadelfia, recomendándome que lo probase; y desde entónces empleo esta modificacion del pesario casi sin excepcion, con preferencia al instrumento de Hodge, como lo han hecho tambien muchos prácticos que conozco. Este pesario, que se ve en la Fig. 110, es mas largo, angosto y puntiagudo en su estremidad púbica que el de Hodge; y miéntras que el último descansa contra las ramas del púbis, el de Smith queda colocado entre ellas.

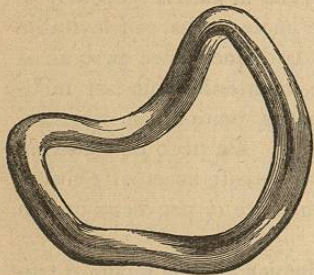


FIG. 109.—Pesario cerrado de palanca, de Hodge.

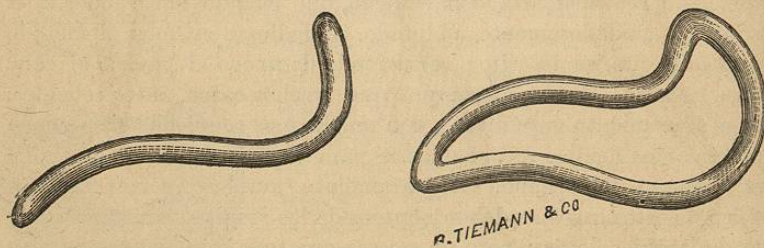


FIG. 110.—Pesario de Albert Smith.

Este pesario, que es el que comunmente empleo primero en las retroversiones, suele no ser útil, por hallarse el útero tan pesado y gravitar

con tanta fuerza que ó bien arroja el pesario de tamaño ordinario fuera de la vagina, ó bien lo disloca de manera que deja de oponer resistencia al descenso del fondo. Esto podría evitarse empleando un instrumento mas grande; pero la vagina no lo toleraría, y la compresion y distension del canal produciría dolor y ulceracion. En otros términos: sin una base firme, el útero arroja el instrumento fuera de su lugar; y con una base que baste á resistir el empuje del órgano, el resultado es la ulceracion por exceso de compresion.

En algunos casos es tal el grado de compresion que ejerce el útero dislocado, que no hay medio puramente interno de apoyarlo; pues á pesar del mayor cuidado y vigilancia, el extremo púbico ó uterino del pesario causa ulceracion en el punto en que descansa. En tales circunstancias he conseguido los mejores resultados haciendo uso de una modificacion del pesario de retroversion de Cutter, ideada con objeto de corregir un defecto de este apreciable instrumento, que es el de entrarse en los tejidos de la vagina. El pesario de Cutter es muy útil cuando es poca la presion que ha de resistir; pero cuando esta es excesiva, la punta del instrumento pone en peligro la continuidad del tejido en que descansa. Para obviar este inconveniente, he fijado en el extremo del pesario pelotas de varios tamaños, (algunas del volúmen de una nuez,) pues el objeto es no sólo evitar el herir la vagina, sino colocar detras del fondo en retroversion un obstáculo que determine su inclinacion hácia adelante, por *dislocacion*, y no por compresion. Es insignificante la modificacion que yo he introducido en este instrumento, mereciendo toda la gloria el Dr. Cutter, á quien agradezco personalmente el haberme

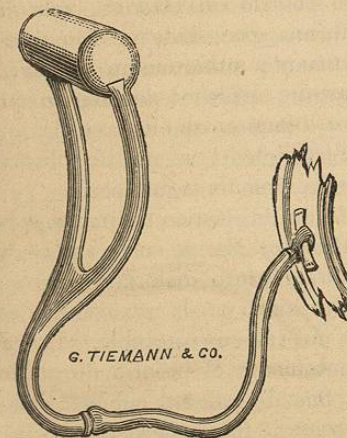


FIG. 111.—Pesario de Cutter modificado.

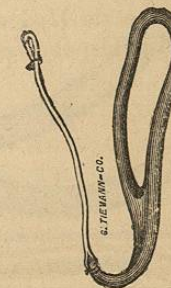


FIG. 112.—Pesario de Cutter.

proporcionado un medio tan sencillo como precioso de combatir las dificultades que presentan los casos graves de retroversion. Si no me lo

impidiese la falta de espacio, citaría algunos casos muy graves de esta afeccion que cedieron fácilmente al uso del pesario de la Fig. 111, despues de resistir por muchos años al tratamiento con pesarios comunes. La estremidad inferior del instrumento pasa hácia atras por encima del cóccis, uniéndose á una cuerda elástica que continúa hácia arriba por encima del sacro, y termina en un cinturon que rodea el cuerpo. Este método de sostener el útero es eficaz y no causa dolor; cualidades que lo harán altamente favorito para las dislocaciones en sentido posterior; y es particularmente útil en las que son producidas por el prolapso de la pared vaginal posterior, proveniente de la rasgadura del periné ú otra causa. Cuando se aplica en las dislocaciones en sentido posterior, la parte mas elevada del instrumento viene á quedar en el fondo de la vagina, sin que el cuello, por supuesto, se engaste en la abertura del pesario.

El instrumento se debe quitar por la noche é introducir de nuevo por la mañana; y no se crea que esto será difícil para la enferma, pues lo he empleado en centenares de casos, sin observar en uno solo semejante inconveniente. Sucede á menudo que el pesario se hace molesto á la paciente, por producir la escoriacion del periné; pero esto se remedia con facilidad y un poco de paciencia, cubriendo con hilas untadas de grasa las partes del instrumento que lastimen, ó bien dejando de hacer uso de este hasta que se halle sano el punto irritado.

Estos son los instrumentos que puedo recomendar para la retroversion de la matriz; aunque se conocen otros que son muchas veces de grande utilidad. Cuando el peso que se ha de sostener es ligero, no hay inconveniente en hacer uso del pesario de Hewitt; pero si es

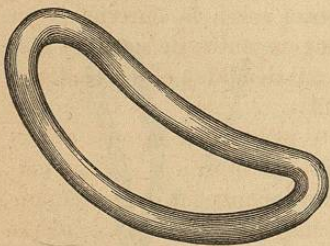


FIG. 113.—Pesario de Hewitt.

de alguna gravedad, no sólo será este instrumento enteramente inútil, sino peligroso; pues descansando en las partes blandas que cubren la sínfisis pubiana, puede, segun he observado, cortarlas y meterse en ellas. Un anillo elástico ordinario, como el del Profesor Meigs, suele ser muy útil cuando el útero dislocado ejerce muy poca presion, y á la retroversion acompaña un descenso notable. Los Sres. Tiemann y Ca. han modificado recientemente el pesario de anillo de Meigs, construyéndolo de una varilla fina de ballena, cubierta con caucho; lo que lo hace tan elástico que toma la forma necesaria en la pélvis, siendo sumamente cómodo para las enfermas cuya sensibilidad no les permite soportar un instrumento ménos flexible. Al que no tenga esperiencia en el uso de los pesarios, podrá seducirlo la sencillez y elasticidad de este, haciéndole suponer que no tiene nada de perjudicial;

creencia que vendría á ser del todo ilusoria, pues aun los mas flexibles, cuando son algo grandes, cortan las paredes de la vagina; y aun pueden producir este resultado con mas facilidad que cualquiera de los otros pesarios.

El efecto de todos los instrumentos hasta ahora mencionados es empujar hácia arriba el fondo del órgano, llevando con esto el hocico de tenca hácia atras á la parte superior de la vagina. Spiegelberg, además de esto, ha recomendado el método de empujar al mismo tiempo el cuello hácia atras, y hácia arriba, enganchándolo en un anillo situado en el extremo de un pesario de retroversion. Esto produce muy buenos resultados en algunos casos, y se efectúa con mucha sencillez con sólo ajustar una varilla á traves de la estremidad superior de uno de los pesarios de retroversion á que acabamos de aludir.

Si á consecuencia de la rasgadura del periné, necesita apoyo la pared posterior de la vagina, puede convenir mucho la perinorrafia; operacion que impedirá la caída de la pared posterior vaginal y el consecuente tirar del útero; y si no bastare este procedimiento, podrá recurrirse á la elitrorrafia posterior, con las mas lisongeras esperanzas de curacion.

Despues de introducido un pesario, se averiguará la posicion en que se halla el cuerpo de la matriz, á favor de la sonda, ó de la palpacion combinada con el tacto vaginal ó de ámbos recursos sucesivamente, con objeto de determinar si el instrumento es ó no eficaz. Si no lo fuere, es imperfecto, pues lo que se desea no es introducir el pesario, como asunto de rutina, sino rectificar el vicio de posicion. Cuando se vea otra vez á la enferma, y en cada visita sucesiva, se debe repetir el exámen ántes de sacar el instrumento, á fin de observar el efecto que el tiempo y el movimiento hayan producido en la posicion del útero (71).

Creo que este lugar es el mas á propósito para hacer algunas observaciones generales acerca del uso de los pesarios uterinos. Como medios paliativos y curativos, estos instrumentos ocupan un lugar importante entre los aparatos quirúrgicos; y á semejanza de todos los demas medios mecánicos, eficaces para el bien, son capaces de causar mucho daño. Si en la actualidad se me preguntase si los considero mas beneficiosos que perjudiciales, confieso que mi respuesta sería necesariamente dudosa; si bien creo que deben atribuirse sus resultados nocivos, no á los instrumentos mismos, sino muchas veces al modo impropio de hacer uso de ellos, y al descuido con que los dejan *in situ* sin vigilarlos. Si á un hueso fracturado se aplicase un apósito cualquiera, y no se volviese á examinarlo hasta despues de haberse completado la reunion de los fragmentos, claro es que pronto empezaría á ponerse en duda la efi-

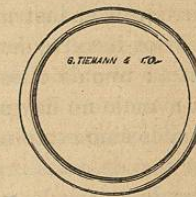


FIG. 114.—Pesario de anillo de Meigs.