

mente en la vagina, y cuyo centro tiene una abertura en que se engasta el cuello de la matriz. Untado con algun cuerpo graso, es tan fácil de introducir como el spéculum cilíndrico; y una vez engastado en su abertura el cuello, queda como si estuviese entablillado, y de esa manera se encorva hácia atrás. Ningun otro pesario que yo conozca llena tan bien esta indicacion. Este instrumento sirve admirablemente para todos los casos, escepto los de la clase incurable de anteflexiones en que la vagina se une al cuello muy cerca del orificio esterno; pues en estos, no pudiendo el cuello encajarse completamente en la abertura, es imposible poner en juego el mecanismo (análogo al de las férulas) del pesario. Al usar el pesario de Hurd se ha de tomar la precaucion de que no sea demasiado pequeño; pues si lo fuese, podría seguirse la estrangulacion del cuello despues de encajado en la abertura. Se encuentra de tres tamaños este instrumento, y se cuidará, por lo tanto, de escoger uno del todo propio para el caso; debiendo, además, en todos los casos vigilarse solícitamente miéntras permanezca en la vagina, á fin de evitar dicho accidente. De los pesarios de Hurd hay dos clases enteramente distintas en lo que hace á la direccion de la abertura central. El curso de esta, en los de anteflexion, es exactamente cual se representa en la lámina; en los de retroflexion y retroversion se inclina la abertura directamente hácia adelante.

Acostumbro tambien en estos casos emplear un instrumento de forma idéntica al que representa la Fig. 95; pero con la diferencia de que la pieza movediza anterior consiste en un disco ó placa sólida, contra la cual descansan el cuerpo y el cuello en flexion, como contra una férula que endereza la pared doblada.

Mucho se engañará el que crea conseguir con estos métodos resultados notablemente satisfactorios. Es verdad que en cierto número de casos no se logrará buen éxito con ninguno de los medios hasta ahora ideados, sin esceptuar los procederes quirúrgicos; pero mi esperiencia me autoriza á decir que si el ginecólogo se vale con perseverancia del tratamiento que acabo de indicar, sus esfuerzos se verán muchas veces seguidos de los mejores resultados. Despues de vencida esta forma de flexion, se usará por largo tiempo el pesario de anillo de Meigs, á fin de evitar la presion hácia arriba y hácia adelante de la vagina. En esta como en las demas variedades de flexion, vencido el mal, conviene dilatar, á favor de sondas graduadas, la cavidad del cuello, que generalmente se halla mas ó ménos contraída.

Flexion irreducible, cuello ó cuerpo, ó ámbos, inmoviblemente encorvados hácia adelante.—Estas tres formas de flexion irreducible¹ son incurables, si no se emplea para remediarlas, el tallo intra-uterino ó

¹ Al calificar de *irreducible* una flexion del útero, no se debe emplear este término sino relativamente; pues siendo elástico el tejido uterino, es claro que ha de ceder siempre á la fuerza.

el tratamiento quirúrgico. En estos casos, que creo son casi siempre congénitos, se halla una pared bien desarrollada por exceso de crecimiento, miéntras que la otra se encuentra densa, rígida, atrofiada, y sin elasticidad. Pueden, sin embargo, provenir de una flexion accidental prolongada, acompañada de ligeros ataques de peritonitis, y aun sin estos últimos, pues Klob ha observado en semejantes casos la retraccion cicatricial del segmento atrofiado de tejido conjuntivo.

Hará treinta ó cuarenta años que Velpeau,¹ conociendo nuestra pobreza de recursos para ciertos casos de version, concibió la especiosa idea de restablecer el eje uterino en su direccion normal, introduciendo un tallo hasta el fondo y manteniéndolo allí; despues de hecho el experimento lo desechó en la práctica; y lo mismo hizo Amussat, que siguió con posterioridad su ejemplo. El Profesor Simpson, en 1848, volvió á sacarlo á luz en casos de versiones y flexiones, y encontró un partidario ardiente en M. Valleix, de Paris. Es incontestable que el instrumento llamado pesario intra-uterino, ó de tallo, corrige directa é inmediatamente toda flexion de la matriz; pero á consecuencia de haber ocasionado en muchos casos la peritonitis y la muerte, cayó casi en completo desuso por algun tiempo; y la esperiencia parecía condenarlo de tal manera, que las alabanzas de sus partidarios, y las notables curas atribuidas á su uso, llegaron á ser difíciles de explicar. Nonat afirma que, arrebatados por su entusiasmo, "*ils se sont laissés aller trop facilement sur le terrain glissant des illusions.*" El método, sin embargo, nunca se desechó del todo, pues nadie podía dejar de convenir con la opinion de Malgaigne, que en una discusion habida sobre la materia en la Academia de Medicina de Paris, en 1852, manifestó que "no puede ni debe considerarse contrario al sentido comun un tratamiento ensayado por Amussat, Velpeau, Simpson, Huguier, y Valleix."

En los cinco últimos años se ha manifestado una tendencia progresiva á restablecer el uso de este método; y en el próximo pasado se refirieron varios ejemplos que le son favorables.

Esta materia fué objeto de alguna atencion en un congreso médico celebrado en Innsbruck, en Alemania, en setiembre, de 1869. Spaeth, de Viena, dijo que si bien en algunos casos había observado una insensibilidad absoluta, y falta de reaccion contra los instrumentos intra-uterinos, no creía ventajoso el tratamiento de las flexiones por este método. Hugenberger, de San Petersburgo, habló á favor del uso del pesario de Simpson para las flexiones, asegurando que segun su esperiencia, no solamente lo toleraba el útero, sino que aplicado cual corresponde y mantenido por tiempo suficiente, era de mucho provecho. El Profesor Schultze, de Jena, ha recomendado mas recientemente el empleo del tallo intra-uterino para ciertos casos rebeldes; pero lo hace de una manera cautelosa y reservada, segun el juicio crítico

¹ Discusion en la Acad. de Méd., reproducida en el Med. Journ. de Charleston, 1853.

que de su obra escribió el Dr. Munde en el *American Journal of Obstetrics*.¹

El Profesor Olshausen, de Halle, publica asimismo su esperiencia reciente, y como los datos que presenta dicho Profesor son exactos, el lector podrá por sí mismo formar su juicio. De 297 casos de versiones y flexiones, 81 fueron tratados por el tallo intra-uterino, aplicándose el mismo tratamiento á 5 que no eran de dislocacion. En 7 casos se desarrolló una flegmasia peri-uterina; en 10 fué necesario suspender el tratamiento á causa del dolor, ó de la hemorragia; y en 3 no pudo mantenerse el tallo en posicion. De los 66 casos en que se alcanzaron buenos resultados, en 15 la mejoría fué al parecer permanente; en 18 fué notable y de larga duracion; y en 17 "se obtuvieron resultados permanentes de carácter dudoso." En 11 se alcanzó la curacion de la esterilidad. El tiempo que se usaron los tallos varió entre unas pocas semanas y 22½ meses.

Los Drs. Thomas Savage, y Thomas Chambers nos han proporcionado uno y otro datos muy favorables sobre este método de tratamiento, en el *Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland*, á que se remite al lector para tan interesantes artículos.

Antes de poner en práctica este método, se debe hacer un exámen escrupuloso relativamente á la previa existencia de una inflamacion peri-uterina, y desechar completamente el instrumento, si se descubriere algun vestigio de ella.

Para mantener en posicion el tallo, se han empleado gran número

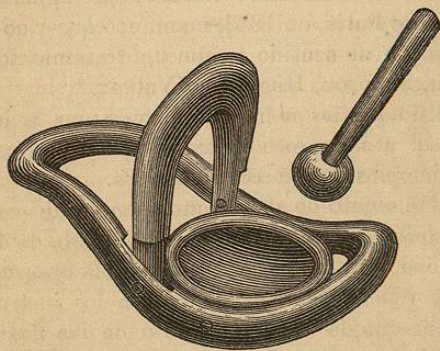


FIG. 122.—Tallo intra-uterino y pesario de anteflexion.

de instrumentos, de los cuales unos son muy complicados, otros duros é inflexibles, y casi todos carecen del elemento principal de seguridad, cual es el poder extraérselo la enferma. El instrumento que empleo en estos casos no presenta dichos inconvenientes, y por lo tanto puedo recomendar su uso. Consta de dos partes: un tallo de cristal macizo, ó

¹ Agosto, 1874.

de caucho vulcanizado, de 2 á 2½ pulgadas de largo, cuya parte inferior termina en una pelota, (Fig. 122,) y un pesario comun de anteflexion, entre cuyas ramas se ve un platillo chato, sobre el cual descansa la estremidad inferior del tallo despues de introducido este en el útero. El platillo es de goma vulcanizada y tiene una pequeña abertura que facilita la salida de los flujos.

Ya se deja entender que para el apoyo del útero no se cuenta con sólo el tallo intra-uterino; concurre además á proporcionarlo el pesario; y á aumentar la eficacia de este último es á lo que se reduce simplemente el oficio del tallo.

El tallo, terminando en una bola que descansa en el platillo del pesario, cambia de posicion á cada movimiento del útero; pues, como debe tenerse presente, no se hace uso de él para la anteversion, sino para la anteflexion, y por lo tanto no conviene que sea inmóvil su base. El tallo tiene, inmediatamente encima de la bola, un pequeño agujero á través del cual se pasa un hilo de seda que cuelgue fuera de la vulva. Al primer indicio de incomodidad, la enferma extrae el pesario, que sale fácilmente, y saca en seguida el tallo, tirando del hilo.

Cuando la cavidad del cuello está demasiado contraída, se la debe ensanchar, ántes de introducir el tallo, con uno ó mas dilatadores de laminaria, los cuales enderezan momentáneamente la matriz y dilatan el canal del cuello. Una vez introducido el tallo, guardará cama la enferma por tres ó cuatro dias; y al levantarse, será, por ocho ó quince, muy prudente en sus movimientos. Durante las reglas no se llevará el instrumento, y se prevendrá á la mujer que, en el período intercalar, lo saque desde luego, si espermentare dolor, frio, sensaciones de languidez general ó malestar. Aun los mas ardientes partidarios de los enderezadores de tallo no pueden ménos de convenir en la importancia de estas precauciones; y sus mas acérrimos opositores confesarán que, con semejante salvaguardia, se debe, en ciertos casos, recurrir al uso de dichos pesarios. Proscribirlos absolutamente, cuando los recomiendan autoridades tan respetables, sería irracional é injustificable; emplearlos sin reserva, no obstante lo que nos enseña la esperiencia, indicaría temeridad y poca cordura.

Si la enferma no puede soportar con comodidad el pesario intra-uterino; si el uso de este no vence la flexion; ó si el médico prefiere adoptar procedimientos operatorios, se puede echar mano de uno que no tiene por objeto curar el mal, sino remediar la obstruccion en el cuello, dejando intacto el cambio de posicion.

Procedimiento operatorio para la flexion irreducible del cuello ó del cuerpo, ó cérvico-uterina.—Si se dobla un pedazo de tubo resistente, la obliteracion de su canal en el punto en que se dobla guarda proporcion con la agudeza del ángulo que se ha formado. Lo mismo sucede en la cavidad del útero mediante la lesion que venimos estudiando. La

obstruccion producida de este modo dificulta la salida de la sangre menstrual; esta dilata la cavidad de la matriz, y forma en ella coágulos que son espelidos por tenesmo uterino á cada presentacion de las reglas. Como consecuencia de esto se desarrolla una flegmasia de la mucosa del útero que con el tiempo puede producir la hiperplasia areolar; y esta, por el aumento del peso del órgano que la acompaña, facilita aun mas la dislocacion. Los esfuerzos necesarios para espeler los coágulos de sangre catamenial, constituyen una menstruacion dolorosa; y la misma obstruccion que retarda la salida de flúidos, dificulta tambien la entrada, é impide la concepcion.

Viéndonos en la precision de aceptar la dislocacion como lesion irremediable, nos esforzamos en combatir la causa de las consecuencias patológicas á que aquella da lugar, venciendo la obstruccion en el punto de flexion; ó, en otros términos, sustituyendo á un canal tortuoso otro recto. Esto se efectúa haciendo una incision á través de una ó de ámbas paredes del cuello. Mas, vencida de este modo la obstruccion cervical, y la acumulacion consecutiva de flúidos en el útero ¿se ha destruido acaso, al mismo tiempo, la tendencia del cuerpo de la matriz á la congestion mecánica? No del todo; aunque ámbas cosas pueden lograrse hasta cierto punto, si como de ordinario debe hacerse, con el uso subsecuente del tallo intra-uterino, aseguramos los resultados de la incision del cuello.

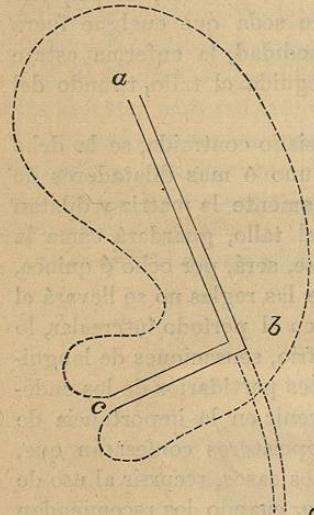


Fig. 123.—Creacion de un nuevo eje uterino. *ab* representa el eje del cuerpo; *bc*, el del cuello; y *bd*, el nuevo eje hecho por la incision.

Si en un caso de anteflexion, la pared uterina posterior doblada hácia adelante, (como se ve en la Fig. 123, *cb*), se incinde hácia el punto en que se une á la vagina, de manera que la sonda penetre en el útero en direccion de la línea *ad*, desaparecerá la obstruccion formada por el ángulo, y los flúidos podrán entrar y salir libremente, pues en vez de cambiar de direccion en el ángulo *b* para salir por *c*, se escurrirán desde luego por *b*.

La operacion con que se logra este resultado, es sumamente sencilla y se practica como sigue. Colocada la enferma en posicion, é introducido el spéculum de Sims, se aferra el cuello con un tenáculo para mantenerlo fijo, y con unas tijeras largas se hace una incision, estendiéndola cuanto pueda hacerse cómodamente sin interesar el punto de union cérvico-vaginal, que probablemente vendrá á quedar debajo del punto *b*, Fig. 123. En seguida se introduce por el orificio interno el cuchillo de

Sims, (Fig. 124,) y se dividen los tejidos á fin de abrir la pared posterior del cuello. El Dr. Emmet ha hecho observar una pequeña prominencia que se encuentra por lo general en la pared anterior del canal, precisamente en el ángulo que forma la dobladura de dicha pared.



Fig. 124.—Cuchillo de Sims.

Debe dirigirse, pues, la hoja del cuchillo hácia esta prominencia, que se ha de incidir completamente.

En esta operacion no se hará uso sino del cuchillo y las tijeras; pues no es nada propio para el caso ninguno de los uterótomos. Inmediatamente despues de terminada la operacion, se introduce un rollo de

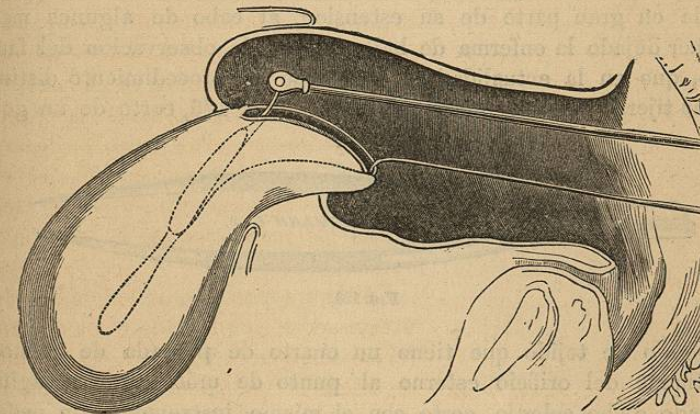


Fig. 125.—Incision posterior del cuello. (Sims.)

algodon empapado en una disolucion de persulfato de hierro, (1 parte para 2 de agua,) de manera que ocupe todo el cuello desde el orificio interno hasta el externo; y debajo de este se coloca un tapon firme de algodon mojado, que debe quitarse á las veinte y cuatro ó treinta y seis horas; pero el rollo puesto en lo interior del cuello puede dejarse tres ó cuatro dias, renovándolo despues dos ó tres veces, á fin de asegurar la penetrabilidad completa del canal. Al cabo de tres ó cuatro semanas se puede introducir el tallo intra-uterino, y usarlo si se cree conveniente.

Si se padece un error con respecto á la etiología de la dislocacion ó

al descubrimiento de sus complicaciones, y se practica este procedimiento, al parecer insignificante, durante la existencia de una peritonitis ó flemon peri-uterino, pueden seguirse los mas peligrosos resultados, aumentándose notablemente los padecimientos de la enferma. A la verdad, si se hubiesen publicado, como habrían debido serlo, todos los casos que terminaron funestamente de resultas de esta operacion, creo que formarían una lista formidable. Yo mismo he tenido noticias de cinco, y oído hablar de otros. Podrá preguntarse ¿por qué esta operacion, practicada en una parte del útero que de ordinario no se resiente de la intervencion quirúrgica, ha de tener tan á menudo consecuencias graves? Estoy convencido de que el procedimiento por sí no va acompañado de mucho riesgo, y de que el practicarle durante la existencia de una pelvi-peritonitis crónica es lo que da lugar á tan tristes resultados. La mas insignificante operacion, ejecutada en circunstancias en que debiera evitarse hasta el uso del estilete uterino, puede desarrollar una serie de fenómenos que conduzcan á una terminacion funesta.

He notado que la incision practicada en la pared posterior, segun el método de Sims que acabo de describir, se cierra con tanta frecuencia en gran parte de su estension, al cabo de algunos meses de haber dejado la enferma de hallarse bajo la observacion del facultativo, que en la actualidad me valgo de un procedimiento distinto. Con las tijeras dobles representadas en la Fig. 126, corto de un golpe

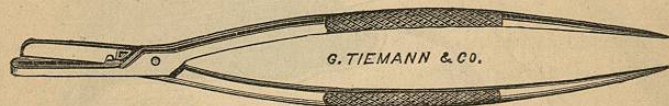


Fig. 126.

un colgajo de tejido que tiene un cuarto de pulgada de ancho y se extiende del orificio esterno al punto de union cervico-vaginal. Apartado dicho colgajo, corto con el mismo instrumento un pedazo pequeño de la estremidad superior de la incision, pues las tijeras se resbalan siempre un poco hácia abajo, y no cortan tan arriba como es de desear. En seguida dirijo hácia arriba el cuchillo, y divido los puntos prominentes del tejido, como se ve en la Fig. 125, á fin de formar un canalículo recto y sin obstruccion. Si se encontrare alguna dificultad para introducir en el cuello una hoja del instrumento, se obviará desbridando con tijeras el borde del orificio esterno. Los resultados que me ha dado este método, han sido mucho mas permanentes que los que he obtenido con el otro ya descrito. El Dr. Nott, no satisfecho con esto, le quitaba en estos casos toda la pared posterior al cuello, tan cerca del punto de su union con la vagina como le era posible.

Despues de ejecutados estos procedimientos para la curacion de una anteflexion que ha permanecido irreducible por largo tiempo, y era probablemente congénita, la concepcion es cosa nada comun. Las operaciones motivadas por esta lesion suelen aliviar las perturbaciones menstruales y circulatorias, y aun pueden dar por resultado la curacion de la esterilidad; pero el que las practica debe ser muy circunspecto en sus promesas relativamente á este último punto.