

del cuerpo sin percibir la sensacion de resistencia determinada en el momento en que se verifica el paso; pero siempre nos lo dará á conocer la sensibilidad del órgano, pues el cuello es siempre casi insensible, y el orificio, presentando gran sensibilidad, determina, aun en los menos susceptibles, una sensacion desagradable que el profesor aprecia fijando un poco la atencion. En otras hay dolores muy intensos, con pequeños cólicos, semejantes á los que producen las contracciones uterinas. Una vez en la cavidad del cuerpo, la sensibilidad cesa; pero reaparece en el momento en que toca la sonda el fondo del útero, dando lugar á un dolor especial que, segun la expresion de las mujeres, les *llega al corazon*. Es fácil asegurarse que las paredes de la cavidad uterina son sensibles, tocándolas con la extremidad de la sonda, y si despues de haber pasado el orificio externo se suspende la sensacion, es porque la sonda se desliza con suavidad entre las paredes. Cuando penetra la sonda en la cavidad uterina, se siente mas libre y puede moverse mejor.

Si se percibe una resistencia mayor por las paredes del útero antes de llegar al fondo, es que existe una dislocacion, y entonces, en lugar de insistir para penetrar siguiendo la direccion normal, se inclinará la extremidad de la sonda en el sentido en que el tacto haga suponer la dislocacion.

Dirigida la sonda en el sentido de la direccion del conducto que debe penetrar, se endereza el útero á medida que penetra, de modo que la retroflexion, por ejemplo, se trasforma en retroversion, cuando la sonda llega al fondo.

Una vez introducida la sonda, y enderezado el órgano, se la imprimirá con suavidad un movimiento opuesto al ejecutado para penetrar. Para juzgar aproximadamente cuándo ha llegado la sonda al fondo del útero, hemos hecho practicar á $6\frac{1}{4}$ centímetros de la extremidad de la sonda (longitud que representa la profundidad media de este órgano en estado normal) una escotadura que pueda sentirse con el dedo sin retirar el instrumento. Mientras que la sonda no ha penetrado hasta este punto, y se presenta un obstáculo, hay lugar á creer que no es el fondo del útero, y debe procurarse sobrepasarle; mientras que cuando pasa de esta marca no es prudente ir mas allá.

Al retirar la sonda, es menester marcar con el dedo índice de la mano izquierda el punto correspondiente al orificio externo, porque es importante conocer con exactitud la profundidad del útero, pues si se quiere aplicar un enderezador intra-uterino, debe darse al vástago una longitud notablemente menor.

La longitud del cuello puede reconocerse teniendo presente la sensacion especial experimentada por las enfermas y la resistencia que existe en el orificio interno. Basta retirar el instrumento cuando ha llegado á este punto.

Es mas conveniente reiterar estas tentativas dos ó tres veces, que

intentar forzar el paso; porque podrian determinarse accidentes ó por lo menos dolores muy intensos, suficientes para que las enfermas rechacen desde el principio un tratamiento que debe ser muy largo.

Es útil *combinar el tacto con el cateterismo* del útero. Introducido el dedo en la vagina para guiar el instrumento, explora el cuello, aprecia el espesor de sus paredes mientras que la sonda le mantiene fijo, reconocerá ciertas sinuosidades existentes en la direccion del cuello, apreciará si hay tumores en las inmediaciones, y si estas partes están flojas ó resistentes cuando se hace mover el útero.

Los movimientos impresos al órgano por medio de la sonda permiten tambien apreciar la rigidez ó flexibilidad de los tejidos inmediatos, y las adherencias que pueden haber contraído. Cuando se quiera conducir la matriz á su posicion normal, se obrará con lentitud y sin esfuerzo, porque queriendo dislocarla con violencia, se producirian ó roturas ó tracciones que determinarian inflamaciones graves.

Al retirar la sonda, conviene sostener un poco el cuello con el dedo, á fin de mantenerle el mas tiempo posible en la direccion que se le ha dado.

En cuanto al *diagnóstico diferencial*, tendrá lugar al ocuparnos de cada dislocacion en particular, así como la exposicion de los cuadros sinópticos. Solo expondremos algunas consideraciones generales.

El *descenso del útero* se ha confundido principalmente con las dislocaciones uterinas; hay sin embargo, una gran diferencia entre el simple descenso y una dislocacion.

En casi todos los casos, y principalmente en la retroversion, el útero está infartado y descendido. Pero la experiencia demuestra que, si no hay dislocacion, los ligamentos no están tensos dolorosamente, hasta que el hocico de tenca no aparece en la vulva.

La compresion ejercida por el útero sobre los órganos inmediatos, despues de haberse dislocado, no son solo accidentes consecutivos, que cesan cuando se devuelve al órgano su normal direccion, aunque el descenso sea el mismo.

Los *diversos tumores* que pueden tomarse por dislocaciones se indicarán al tratar de cada una de estas en particular.

Las inversiones del útero determinan gran número de fenómenos diversos, y no extraña que se haya crecido en la existencia de varias afecciones diferentes, sin reconocer el origen que hubiera podido demostrar una conveniente exploracion.

Así se han tratado muchas enfermas sometidas á nuestra observacion, por *histerismo*, *gastralgias*, *dispepsias*, *neuralgias diversas*, *enfermedades del higado*, *de los riñones*, por *tisis pulmonar* y aun por una *afeccion orgánica del corazon*. Este último error se cometió en un caso de anemia, sobrevenido en el curso de una enfermedad, dando lugar á ruido de fuelle, palpitaciones y dolores en el lado izquierdo del pecho.

Trasformacion de las dislocaciones una en otra.—A veces puede una anteversion, ya pasajera, ya permanente, *transformarse en retroversion y reciprocamente* (Demarquay, Hervez de Chégoïn, Amussat). En semejante caso, las mismas enfermas tienen conciencia y refieren estas diferencias de dislocacion. No debemos obstinarnos en tomar como error de diagnóstico, el encontrar una dislocacion diferente á la reconocida por otro profesor anteriormente; debemos interrogar minuciosamente á las enfermas para averiguar si han observado en otras épocas síntomas que no experimentan en el momento de nuestra observacion.

Pronóstico.—Hemos podido observar la curacion completa de estas dolencias por medio de un método nuevo metódicamente empleado.

La antigüedad de la enfermedad no presenta ningun obstáculo absoluto para la curacion. Se ha obtenido lo mismo en casos en que la enfermedad contaba nueve años como pocos meses de antigüedad. Estos hechos son contrarios al modo de ver de Davis (citado por Beattie) (1). Segun los casos antiguos y crónicos, presentan mas gravedad, y solo pueden curarse mediante un embarazo. Todas las dislocaciones, aun las mas antiguas, se curan bien sin necesidad de una nueva gestacion, lo que no deja de tener importancia, pues que las dislocaciones son un obstáculo á la concepcion.

§ VII.—Tratamiento.

En los medios curativos de las dislocaciones uterinas, se han seguido diversos procedimientos. Los *taponos* y *pesarios* colocados, sea en el recto, sea en la vagina; las *adherencias provocadas entre el cuello y la pared vaginal* de que se separa el cuello; el *enderezamiento del útero* intentado ó conseguido por medio de instrumentos ó aparatos diversos, entre los que deben citarse el de Bond (2), la *sonda uterina* (fig. 33) empleada por Kiwisch (3) Mayer, y algunos otros; la *espátula*, cuya introduccion en el recto se ha aconsejado por Évrat y Richter. Entre los enderezadores, propiamente dichos, mencionaremos la *sonda de ramas divergentes y elásticas* de Kiwisch (4) (fig. 34) y el *enderezador de Simpson* (fig. 35), cuyo difi-

(1) *Cases of retrofl.*, in the *Dublin quarterly Journ.*, Agost. y Noviembre, 1847.

(2) Bond, *loc. cit.*

(3) Kiwisch, *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes*. Prag, 1854.

(4) Nos limitaremos á expresar las objeciones que Sichel (*Jahrbücher der gesammten Medicin*, 1851) ha hecho al empleo del instrumento del Kiwisch, cuyo dibujo explica suficientemente.

1.º Cuando la cavidad del cuello es estrecha, la introduccion del instrumento es mas difícil y dolorosa que la de la sonda, porque los hilos de seda colocados en la parte convexa del instrumento pasan directamente por los anillos, que siendo muy estrechos y plegándose durante la introduccion, determinan dolores.

2.º Sucede con frecuencia que al retirar el instrumento, los hilos aglutinados

cil empleo nos ha conducido despues de muchas y necesarias modificaciones á emplear el enderezador articulado (fig. 36).

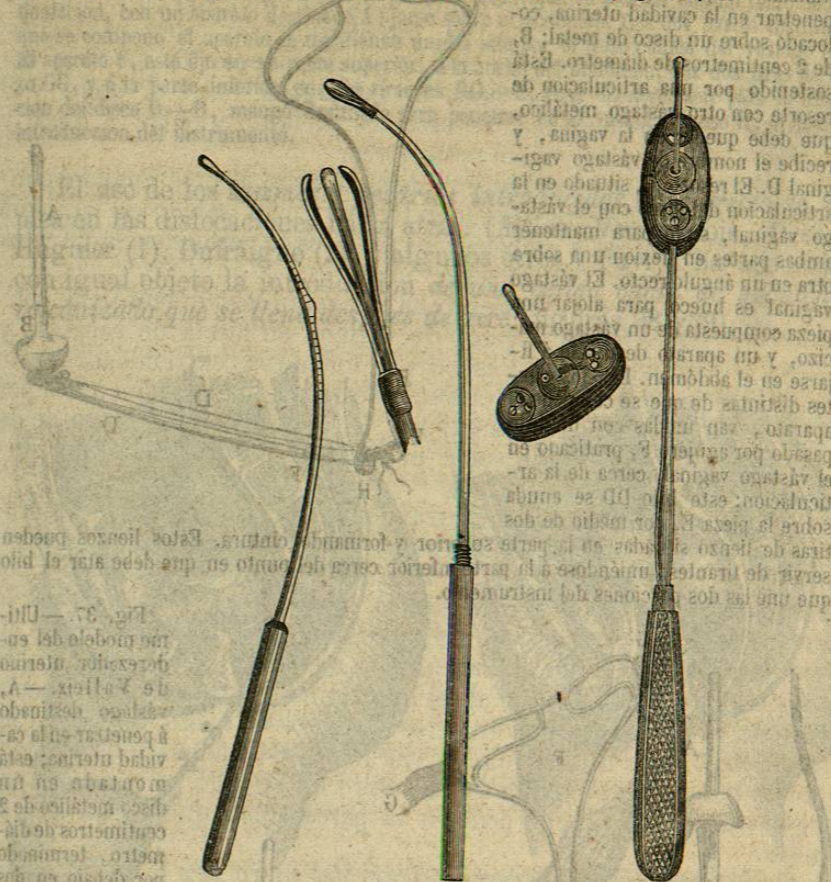


Fig. 33.—Sonda uterina de Kiwisch.

Fig. 34.—Enderezador de ramas divergentes de Kiwisch.

Fig. 35.—Enderezador uterino de Simpson.

por el moco se rompen cuando se abre el enderezador; y asi no puede confiarse ni á la enferma ni á personas extrañas el cuidado de esta operacion.

3.º La introduccion del instrumento suele dar lugar á una hemorragia (bien sean unas gotas solamente, ó una gran cantidad).

4.º Por último, la irritacion diaria que experimenta la mucosa, determina flujo moco-purulento que hace necesaria la intervencion del arte.

Fig. 36. — Enderezador uterino de Valleix. — A, vástago destinado á penetrar en la cavidad uterina, colocado sobre un disco de metal; B, de 2 centímetros de diámetro. Está sostenido por una articulación de resorte con otro vástago metálico, que debe quedar en la vagina, y recibe el nombre de vástago vaginal D. El resorte C, situado en la articulación del disco con el vástago vaginal, sirve para mantener ambas partes en flexión una sobre otra en un ángulo recto. El vástago vaginal es hueco para alojar una pieza compuesta de un vástago macizo, y un aparato destinado á fijarse en el abdomen. Las dos partes distintas de que se compone el aparato, van unidas con un hilo pasado por agujero F, practicado en el vástago vaginal, cerca de la articulación; este hilo DD se anuda sobre la pieza E, por medio de dos tiras de lienzo situadas en la parte superior y formando cintura. Estos lienzos pueden servir de tirantes, uniéndose á la parte inferior cerca del punto en que debe atar el hilo que une las dos porciones del instrumento.

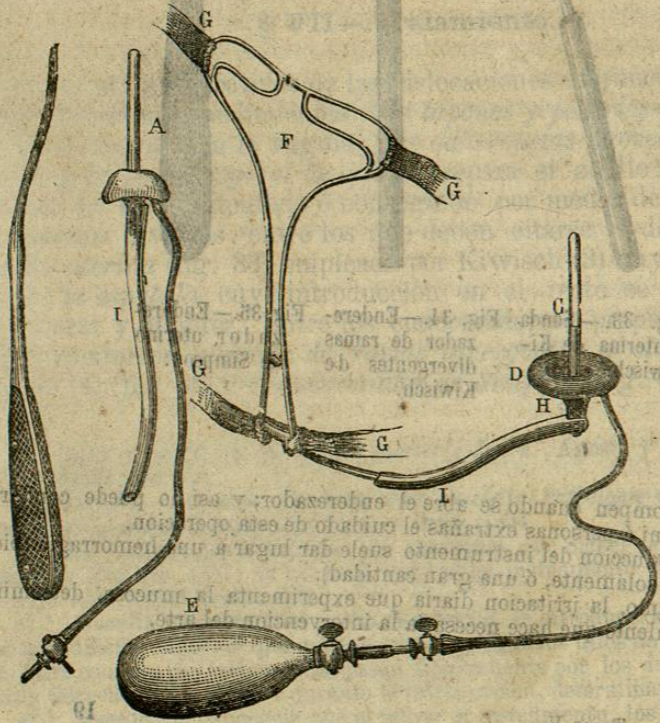
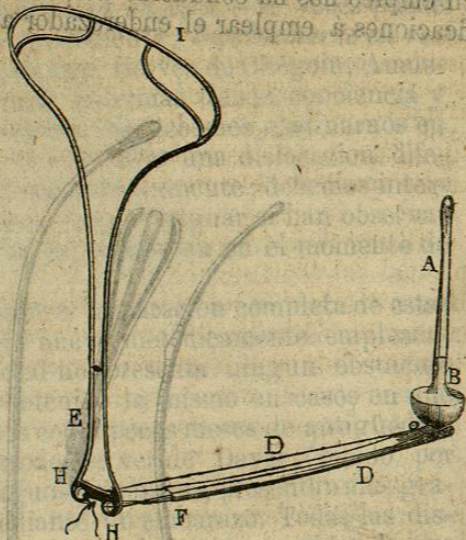


Fig. 37. — Último modelo del enderezador uterino de Valleix. — A, vástago destinado á penetrar en la cavidad uterina; está montado en un disco metálico de 2 centímetros de diámetro, terminado por debajo en dos salientes circulares, entre las que debe colocarse un disco hueco de caoutchouc D. Esta primera parte del aparato está unida por una articulación de resorte con otro vástago metálico I, que debe quedar en la vagina, y recibe el nombre de vástago vaginal. El resorte H, situado en la articulación del disco con el vástago va-

ginal está dispuesto de modo que sirva para mantener ambas partes en ángulo recto uno sobre otro. El vástago vaginal está hueco para dejar que se una en ángulo recto sin articulación, con un aparato destinado á fijarse sobre el abdomen. Las dos partes distintas de que se compone el aparato se mantienen unidas sólo por el fróte cónico del vástago lleno. El aparato F, está fijo en su parte superior, á lo ancho del abdomen, por dos tiras de lienzo GG, y á la parte inferior, por dos tirantes GG. — E, pesa de inyección para la insuflación del disco D. — B, mango destinado para penetrar en el vástago hueco H, al hacer la introducción del instrumento.

El uso de los tapones y pesarios introducidos en el recto se emplea en las dislocaciones hácia atrás. (Ætius, Vermandois, Desault, Huguier (1), Dufraigne (2) y algunos otros.) Favrot ha aconsejado con igual objeto la introducción de una vejiga vacía de caoutchouc volcanizado que se llena después de aire (figuras 38 y 39).

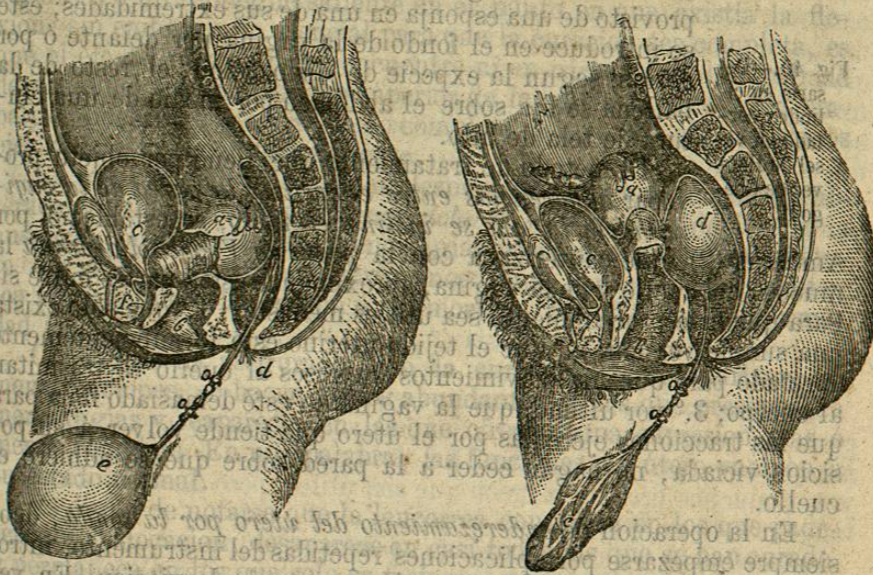


Fig. 38. — Reductor de aire antes de la reducción. — a, útero; b, vagina; c, vejiga; d, reductor vacío; e, insuflador lleno de aire; f, sínfisis del púbis. (Favrot.)

Fig. 39. — Reductor de aire, después del enderezamiento. — a, útero; b, vagina; c, vejiga; d, enderezador lleno; e, insuflador vacío; f, sínfisis pubiana. (Favrot.)

El empleo de los diversos pesarios introducidos en la vagina, se ha aconsejado y puesto en práctica por Drejet y Sander, por Hervez de Chégoïn (3) y Beattie (4). Mientras que Hervez (fig. 40) em-

- (1) Huguier, *De l'hystérométrie*. Paris, 1865.
- (2) Dufraigne, tesis mencionada.
- (3) Hervez de Chégoïn, *De quelques déplacements de la matrice et des pesaires les plus convenables pour y remédier* (Mem. de l'Acad. de Med., Paris, 1833, t. II, página 319).
- (4) Beattie, *Dublin Journal*, 1847.

plea pesarios que abrazan el cuello al par que una parte saliente (diligida ya adelante, ya atrás) tiende a dirigir el cuerpo en una dirección normal. Beattie, por el contrario, obra exclusivamente sobre el cuello por medio de pesarios macizos colocados en el fondo de la vagina, entre el útero y el recto para las desviaciones adelante y entre el útero y la vagina en las posteriores.



Fig. 40. — Pesario en cilindro cortado en visel de Hervez de Chégoin.

Estos medios producen buenos efectos cuando pueden soportarse mucho tiempo; pero sabido es con qué frecuencia rechazan las mujeres la permanencia de estos cuerpos extraños (1).

Mayer (de Berlin) ha ideado un instrumento que consiste en un vástago de ballena en forma de espátula y provisto de una esponja en una de sus extremidades; este se introduce en el fondo de la vagina por delante ó por detrás, según la especie de dislocación, el resto de la ballena se fija sobre el abdomen por medio de una cintura de tela de hilo.

El método de tratamiento que tiene por objeto provocar adherencias entre el cuello y la pared de la vagina hacia la que se inclina el útero, se estableció por Amussat (2), que cauterizaba con la pasta de Viena solidificada la mucosa del cuello y de la vagina, aproximando estas partes entre sí. Para que este procedimiento sea útil es menester: 1.º que solo exista una simple versión; 2.º que el tejido uterino esté lo suficientemente apretado para que los movimientos impresos al cuello se trasmitan al cuerpo; 3.º por último, que la vagina no esté demasiado floja para que las tracciones ejercidas por el útero que tiende volver á su posición viciada, no hagan ceder á la pared sobre que se adhiere el cuello.

En la operación de enderezamiento del útero por la sonda, debe siempre empezarse por aplicaciones repetidas del instrumento, introduciéndole según las reglas trazadas para cada desviación. En vez de retirarle se mantiene el dedo sobre el vástago, como se hace cuando se quiere reconocer la profundidad de la cavidad uterina, permaneciendo el dedo en la vagina; servirá para rechazar el cuello en sentido opuesto al que tenía el útero antes del cateterismo. Este movimiento tiene por objeto el obligar al útero el permanecer el mas tiempo posible en la situación en que se le ha colocado, y aun exagerar el enderezamiento obtenido con la sonda. Con el mismo objeto se debe también, mientras que el instrumento permanece en la cavidad uterina, volver la concavidad del lado opuesto al de la dislocación. A pesar de los excelentes efectos producidos por la sonda, aun

(1) Piachaud, tesis mencionada.

(2) Amussat, *Bulletin gén. de thérap.*

en los casos en que no llegan á lograr una curación completa, pues que en estos prepara el órgano para recibir el enderezador, ha habido autores que critican su empleo (1).

Relativamente al tiempo durante el que debe permanecer el enderezador en la cavidad uterina y á la época en que conviene retirarle, recordaremos que la susceptibilidad del útero es mayor en la inmediación de las épocas menstruales que en los períodos intermedios. Así las mujeres que por una ú otra causa no tienen menstruación soportan el instrumento durante un tiempo mas largo que los demás: cuarenta y ocho y cuarenta y nueve días, por ejemplo, mientras que el término comun es de ocho ó diez días, y á veces solo veinticuatro á treinta y seis horas.

Por lo comun despues del enderezamiento queda cierto descenso del útero ó un repliegue saliente en el punto en que existia la flexión; sin embargo, lo esencial para que la curación sea completa, es que el eje del órgano no se encuentre ni en parte, ni en la totalidad desviado del eje del estrecho superior de la pelvis. A veces, sin embargo, puede considerarse como completa su curación sin que ambos ejes se correspondan exactamente.

En muchas enfermas quedan despues de la reducción ciertas alteraciones funcionales y algunos dolores neurálgicos, debidos á la ausencia consecutiva á las menorragias provocadas por el tratamiento. Un sencillo tratamiento ferruginoso suele vencerlos, ó si resisten los vejigatorios volantes con ó sin morfina, triunfan de la enfermedad (2).

Cuando se ha asegurado bien la curación, se regularizan las menstruaciones, se hacen menos abundantes en los que presentaban menorragias y reaparecen en las que ofrecían una supresión mas ó menos completa. En una palabra, las funciones del útero vuelven á su estado normal.

Es digno de notarse que la leucorrea constante en los que padecen una dislocación, desaparece en casi todas las que se han curado, y permanece en los que solo se mejoran, y mas aun en las que no se curan.

Efectos del tratamiento sobre las granulaciones y exulceraciones del cuello.—En cierto número de casos son considerables las ulceraciones del cuello; sin embargo, no debe preocuparse por ella el profesor, pues desaparecen cuando el útero se reduce. Otras veces persisten y la leucorrea continúa, en cuyo caso se debe recurrir á los medios ordinarios (inyecciones, cauterizaciones), y los restos de la lesión desaparecen por completo. También es posible que desaparezcan mas tarde espontáneamente, pero si las enfermas desean curarse solo hemos esperado ocho ó diez días para combatir las.

(1) Ashwell, *Practic. treat. of the Diseases peculiar to Women*. Londres, 1848.

(2) Se puede emplear también la cauterización trascurrente (Nonat).

Esta fácil curacion de lesiones que por lo común exigen un tiempo bastante largo para destruirse, es tanto mas notable cuanto que en muchos casos se habian tratado durante meses enteros, desesperando su persistencia á los médicos, así como la facilidad con que se reproducen.

Accidentes que pueden producir el tratamiento.—La experiencia prueba que el enderezador intra-uterino, bien colocado y vigilado, no presenta en la mayoría de los casos ningun inconveniente.

Sin embargo, en algunos casos determina este tratamiento síntomas que exigen la intervencion del arte. Se encuentra en primer lugar la *metritis*. La inflamacion del útero es casi siempre ligera; una sencilla aplicacion de sanguijuelas y la quietud bastan para disiparla. En algunos casos en que es menester un tratamiento mas activo se unirá á los medios anteriores la morfina por el método endérmico. Solo una vez hemos visto comunicarse al peritoneo la afeccion uterina como suele suceder en las metritis espontáneas y determinar una peritonitis parcial muy limitada, y que cede á los medios apropiados. La curacion no fué por eso menos segura, datando ya de dos años (1853). En seguida viene la *inflamacion del tejido celular peri-uterino*, que no suele presentarse durante la permanencia del instrumento, pero que la primera erupcion de las reglas suele ser el punto de partida de su manifestacion. Se termina en la mayoría de los casos por resolucion, pero puede producir aberturá el foco purulento en la vagina, como en los casos de flemón peri-uterino, producido por otras diversas circunstancias, y que son mucho mas frecuentes que lo que generalmente se cree.

Se observan tambien *menorragias*, rara vez *metrorragias*. Estas pérdidas sanguíneas no tienen importancia; se detienen espontáneamente ó son fáciles de cohibir. No alteran el éxito del plan curativo y aun muchos profesores creen que son útiles, pero nosotros no participamos de su opinion.

Quedan, por último, ataques *histéricos* y algunos *accesos febriles* pasajeros, que pueden contrariar el plan curativo retrasándole, pero que no tienen importancia positiva. Los ataques *histéricos* por sí solos cuando son muy violentos tienen un grande inconveniente, porque hay el temor de que las enfermas se hieran con el instrumento; así es menester recomendar su extraccion en estos casos.

Medios auxiliares.—En ciertas enfermas, en que es intensa la gastralgia, los *ensayos*, algunos *lavantes*, los *narcóticos* á dosis pequeñas, sobre todo en el momento de comer, producen buenos resultados; en la mayoría hemos empleado lociones de agua fria en todo el cuerpo. Fleury dirige estas lociones en el contorno de la pelvis y la region lumbar. Este medio es muy útil para calmar los dolores, para disminuir los infartos, y mejora notablemente el estado de las enfermas en muchos casos, pero hasta ahora no le hemos visto producir una curacion radical.

2.º ANTEVERSION.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La anteversion propiamente dicha (*pronatio uteri*) es una dislocacion en la que el cuerpo del útero se dirige adelante sobre el púbis, sin que exista ninguna flexion en el órgano, de modo que el cuello se encuentra dirigido mas ó menos fuertemente atrás y arriba (fig. 41). Todo induce á creer que es la mas frecuente de las dislocaciones, porque en la primera serie de casos reunidos la hemos encontrado 21 vez de 68, y en la segunda serie 24 de 49. Es probable que los autores que afirman lo contrario hayan dejado pasar desapercibidas las anteversiones medianamente pronunciadas, mientras que las demás desviaciones han llamado la atencion por su carácter mas culminante.

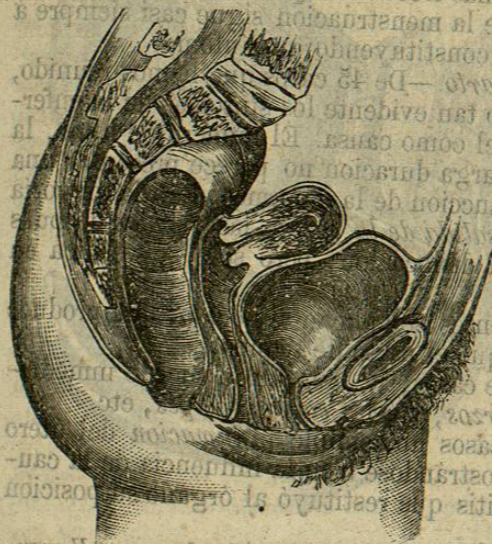


Fig. 41.—Anteversion del útero.

§ II.—Causas.

1.º *Causas predisponentes.*—*Edad.*—En dos series de casos hemos encontrado que la invasion de la afeccion habia tenido lugar de los diez y nueve á los treinta años, por término medio alrededor de los veinte y seis. Los casos de anteversion *congénita* son mucho mas raros que los de ante flexion, sin embargo Huguier cita uno, y nosotros hemos observado otro en el cadáver de una jóven que falleció á consecuencia de fiebre tifoidea (1).

La *constitucion* es unas veces robusta y otras mediana ó débil, cuando la enfermedad dura mucho tiempo la constitucion se debilita. En cuanto al *temperamento*, era linfático en la tercera parte de las enfermas próximamente, linfático nervioso en el segundo tercio, y sanguíneo ó bilioso en el tercero.

(1) Conviene tener presentes las ante flexiones indicadas por Boulard.