

Leucorrea.—Se acusa á la leucorrea de producir la anteversion, pero los datos recogidos para apoyar esta opinion son insuficientes. En una escasa minoría de casos la leucorrea ha precedido á la anteversion; si sobreviene despues, es mas bien como síntoma de la enfermedad.

La *menstruacion* está por lo general bien establecida, y si en algunos casos se observa dismenorrea en la época de la primera aparicion de las reglas, no es con mas frecuencia que en las demás mujeres. Las demás alteraciones de la menstruacion sigue casi siempre á la aparicion de la enfermedad constituyendo un síntoma.

2.º *Causas ocasionales.*—*Parto.*—De 45 casos que hemos reunido, siguieron al parto de un modo tan evidente los síntomas de la enfermedad que se reconocian aquel como causa. El número de hijos, la dificultad en los partos, su larga duracion no parece presentar una influencia marcada en la produccion de la enfermedad en la mayoría de los casos. La *prematura salida de la cama*, las *fatigas* despues del parto, pueden producir la dislocacion, pero solo se verifica en muy pocos casos.

Las observaciones precedentes se aplican al *aborto*, que produce la anteversion mas rara vez que el parto de tiempo.

En un pequeño número de casos, la dislocacion sucede inmediatamente á los *violentos esfuerzos*, y á las *caídas*, *golpes*, etc.

Hemos visto en algunos casos una simple *inflamacion* del útero producir la anteversion, demostrándose bien la influencia de la causa por la curacion de la metritis que restituyó al órgano su posicion normal.

Kiwisch (1), Rokitansky, Virchow, etc., han hecho ver *adherencias* reteniendo el útero en su posicion anormal, pero no las podemos considerar en los mas de los casos como causa de la dislocacion, sino que una vez producida la anteversion, la inflamacion del peritoneo determina las adherencias que impiden al útero reducirse. La matriz puede, en la mayoría de los casos, enderezarse en el vivo sin ninguna traccion penosa ni resistencia, de lo que resulta que las adherencias son en realidad mucho menores que lo que creen los autores que solo han hecho investigaciones cadavéricas. (Mayer.)

Sin embargo, despues del parto, en la época en que el útero aun voluminoso tiene la tendencia de dirigirse adelante ó la derecha, puede declararse una pelviperitonitis y sujetar el órgano en sus relaciones anormales. Esta influencia que ejerce la inflamacion peritoneal sobre la posicion del útero despues del parto se desprende claramente de la observacion debida á Natalis Guillot (fig. 42), y publicada por P. Picard (2).

(1) Kiwisch, *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten, des weiblichen Geschlechtes*. Prag, 1851.

(2) Pablo Picard, *Des inflexiones de l'utérus à l'état de vacuité*. Itésis de Doctorado. Paris, 1862.

En cuanto á las demás causas, como el *infarto de la pared anterior del útero*, el *aumento de volumen de los órganos abdominales*, el *cáncer*, es dudosa su influencia. En un solo caso citado por M^{ma}. La-chapelle, se ha demostrado la *adherencia del cuello á la porcion posterior de la vagina*.

Hay casos en los que *no se descubre ninguna causa evidente*, y es probable que en los casos en que esto sucede, sea congénita la dislocacion.

§ III.—Síntomas.

Invasion.—El principio de la enfermedad solo es brusco ó rápido en el caso de grandes esfuerzos, sacudidas, caídas, etc. En semejante caso, los síntomas rápidamente ascienden al mayor grado de intensidad, y en ocasiones experimentan las enfermas en el momento en que obra la causa, un dolor y sensacion particulares, una especie de chasquido ó traccion que ha sido el fenómeno inicial del padecimiento.

En otros casos los síntomas se manifiestan con lentitud. Primeramente los dolores en las ingles, las caderas y los muslos; despues la fatiga, durante la progresion que bien pronto se hace penosa, por último, la frecuente necesidad de orinar, la leucorrea, las alteraciones de las funciones digestivas, etc. La enfermedad se encuentra en estos casos confirmada.

Enfermedad confirmada.—En un solo caso habia ausencia del dolor; pero experimentaba la enferma al orinar una sensacion desagradable que lo comprendia en la regla general.

Casi siempre el *dolor espontáneo* se localiza en ambas ingles, otras en una ó en el hipogástrio, en general mas intenso en el lado á que se inclina el útero; se irradia por lo comun á los muslos, y en

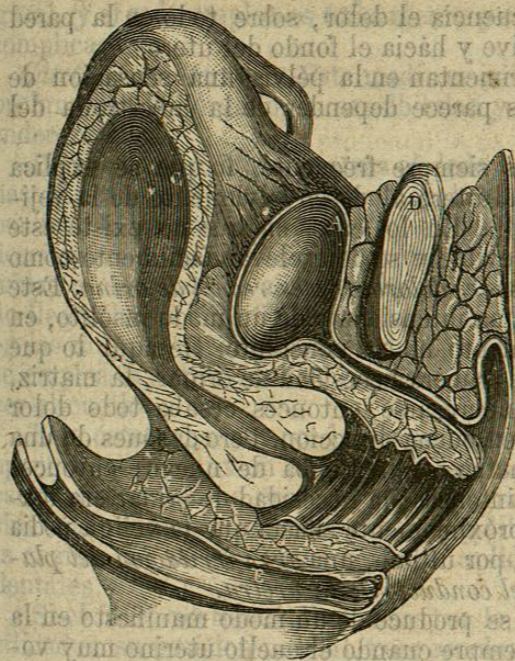


Fig. 42.—Anteversion producida por falsas membranas, uniendo la cara anterior del útero á la posterior de la vejiga.—Hipertrofia del útero consecutiva al parto.—A, vejiga; B, falsas membranas que unen el útero á la vejiga; C, útero hipertrofiado. D, sínfisis del púbis; E, recto. (Pablo Picard.)

un caso hemos podido observar la retraccion del miembro inferior izquierdo como su consecuencia. El dolor se propaga con mas rareza á la region lumbar y expecialmente al sacro, y algunas veces tambien al periné y al ano.

El tacto *provoca* con frecuencia el dolor, sobre todo en la pared anterior, que es la mas declive y hácia el fondo del útero.

Algunas enfermas experimentan en la pélvis una sensacion de peso general, algunos casos parece depender de la hipertrofia del cuello uterino.

La *emision de la orina* es siempre frecuente, lo que se explica por el obstáculo que opone el útero al desenvolvimiento de la vejiga haciendo presion sobre ella. En los casos en que no existe este síntoma, el útero es muy movable y se deja elevar fácilmente como una válvula. En algunos casos *es dolorosa la escrecion de orina*. Este síntoma se manifestó con suma intensidad y de un modo insólito, en una jóven; pero el padecimiento no era constante. Hé aquí lo que sucedia: si podia soportar la primera necesidad de orinar, la matriz, que estaba movable, podia enderezarse, entonces cesaba todo dolor porque el útero se colocaba en buena direccion. Pero despues de una escrecion abundante, la matriz se inclinaba de nuevo; entonces reaparecian los dolores mas intensos, la necesidad de orinar era manifiesta cada diez minutos próximamente, hasta que la vejiga podia distenderse de nuevo. Habia, por último, una *gran irritacion del plano inferior de la vejiga y del conducto de la uretra*.

El *estreñimiento* apenas se produce de un modo manifiesto en la mitad de los casos, y casi siempre cuando el cuello uterino muy voluminoso descansa sobre el recto.

La *menstruacion* es casi siempre normal; á veces se *suspenden ó disminuyen* las reglas. Solo hemos observado dos veces la *menorragia* y un poco mas frecuentemente la *dismenorrea* que se presenta en las primeras horas de la erupcion de las reglas.

Casi todas las enfermas tienen *leucorrea* mas ó menos abundante.

Exploracion del útero.—Por medio del espéculum hemos encontrado siempre el cuello voluminoso. Solo en la menor parte de los casos se observan *granulaciones y exulceraciones*. Si se introduce el instrumento en la direccion de la vagina, se cae sobre la cara anterior del cuello, y apenas se percibe el labio anterior, y á veces no se le descubre. Para poder comprender el cuello, se dirigirá el espéculum hácia atrás, haciéndole describir una curva, lo que á pesar de estas granulaciones solo suele alcanzarse con dificultad.

Por el *tacto vaginal* se encuentra el cuello dirigido exageradamente hácia atrás y arriba, de tal modo, que para llegar á su orificio y sobre todo para alcanzar la cara posterior, es necesario dirigir profundamente el dedo hácia el ángulo sacro-vertebral. Dirigiendo el dedo hácia el púbis, se recorre toda la cara anterior del cuello y del cuerpo; y si se eleva este, lo que no es difícil, pues se encuentra

mas cerca del orificio vaginal, vuelve á chocar sobre el dedo. Nunca puede alcanzarse la cara posterior del cuerpo.

El *tacto rectal* no es indispensable. No da otro efecto que reconocer la posicion del cuello, cuya situacion ha demostrado el tacto vaginal, y si se le emplea es únicamente para investigar si hay alguna complicacion.

Cateterismo uterino.—Este medio es indispensable para conocer la profundidad del órgano, su sensibilidad y la facilidad con que pueda enderezarse.

Dirijase profundamente atrás el dedo índice de la mano izquierda, hasta alcanzar el orificio externo, inclínese el útero adelante, hágase penetrar el catéter en el cuello; despues suavemente y sin fuerza descíndase el mango hácia el periné, dirigiendo lentamente la extremidad de la sonda de abajo arriba y adelante. Si el dedo no ha podido llegar hasta el orificio del cuello, lo que sucede con frecuencia en las mujeres cargadas de gordura y en las de pélvis muy ancha, se emplea la extremidad de la sonda como un gancho romo para mover el cuello.

Este cateterismo es por lo comun muy fácil. Lo único que puede oponerse es la oclucion ó estrechez del orificio interno; en semejante caso, es menester no proceder con energía, se escogerá la sonda uterina mas delgada y despues el orificio dilatado permitirá el paso de la comun. La misma observacion se aplica á las coartaciones accidentales.

Si el útero no tiene adherencias, se le coloca con prontitud y facilidad en su posicion normal, pero recobra en seguida la patológica. Para asegurarse, pues, que todos los tejidos están flexibles en su contorno, es necesario explorar su movilidad despues de retirada la sonda.

Esta exploracion es por lo comun poco dolorosa.

Si examinamos los demás síntomas presentados por las enfermas, encontraremos que casi constantemente la *progresion* se encuentra mas ó menos dificultada. Los casos raros en que sucede lo contrario, cuando las enfermas se presentan á la observacion, pueden considerarse como excepciones.

Las enfermas experimentan á veces *dolores fuera de la pélvis*, como *neuralgias intercostales, lumbo-abdominales*, dolores de *reuma muscular*, etc.

Las fuerzas están abatidas por lo general, fatigándose las enfermas con facilidad. Por lo comun están *pálidas*, algo *demacradas*. El *apetito* disminuye ó es caprichoso, las digestiones son lentas, difíciles, acompañadas con frecuencia de tumefaccion epigástrica y de dolores mas ó menos intensos (gastralgia).

Hemos observado con frecuencia el *histericismo* demostrado por opresion externo-laríngea y deseos de llorar. Tres veces tan solo en 45 casos, habia verdaderos ataques de *histerismo convulsivo*.

Consecuencias de la dislocación.—Rara vez el aborto sobreviene en las afectadas de anteversión. Lo hemos observado cuatro veces de 45 casos, número que no es mucho mayor que lo observado en las circunstancias normales.

Dificultad en el parto.—Resulta de las investigaciones de Dezanneau (1) que si existe la anteversión en las mujeres que han tenido hijos y cuyas paredes abdominales están flácidas, la matriz podrá no enderezarse y continuar en su evolución con el fondo sobre el púbis, y el cuello atrás y arriba, y en el momento del parto las contracciones dirigirán al feto contra el sacro. Hemos observado un caso en que todo parecía que se verificaría de este modo, pero lo evitamos por medio de la aplicación de una cintura hipogástrica.

Esterilidad.—La esterilidad es una consecuencia casi necesaria de esta dislocación en su mayor grado: de 32 mujeres jóvenes aun, que después de haber tenido un hijo deseaban tener otro por haber perdido el primero, 23 quedaron estériles. En un caso, después de una interrupción de seis años, una señora que había tenido cinco niñas, y deseaba un hijo, se hizo embarazada poco tiempo después de reducido el útero. Velpeau ha visto mujeres anteriormente estériles hacerse embarazadas en iguales condiciones.

§ IV.—Curso, duración y terminación.

En casi todos los casos el curso de la enfermedad es progresivo y continuo, con intervalos de alivio producidos por diversas modificaciones. En casos raros, solo cuando hay una inflamación aguda ó la dislocación es reciente, un tratamiento apropiado produce la curación de esta.

La duración es indeterminada, varía de algunos meses á veinte años ó mas.

La terminación por curación espontánea no se ha presentado nunca á nuestra observación. Hemos visto siempre, por el contrario, que la enfermedad tiende á agravarse cuando se abandona á sí misma.

§ V. Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas no presentan nada perteneciente á la anteversión exclusivamente.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de la anteversión es siempre fácil cuando se emplean los medios indicados. Sin embargo, en un caso citado por Levret, los síntomas suministrados por las vías urinarias hicieron creer

(1) Dezanneau, *De l'obliquité antérieure de la matrice*. Paris, 1835.

en la existencia de un cálculo, y se practicó la operación de la talla. Para evitar el error, Ameline (1) propone sondear la vejiga y explorar á la par la vagina con el dedo. Malgaigne aconseja combinar el tacto rectal con el cateterismo vexical. El dedo penetrado en el recto se encuentra separado de la vejiga solo por el espesor de la matriz, si se encuentra en posición normal, mientras que si está en anteversión, se coloca separando ambos órganos por toda su longitud. Lisfranc quería que se auscultase el abdomen á la par que se hiciera el cateterismo, á fin de percibir el choque del cateter contra el cálculo. Velpeau aconseja combinar el tacto vaginal con la palpación abdominal.

La exploración con la sonda uterina reemplaza con ventaja todos estos medios.

El examen minucioso de los órganos hará distinguir con facilidad la anteversión de la *cistitis*, que produce en la vejiga fenómenos análogos á los determinados por la dislocación uterina.

Los demás errores de diagnóstico que han podido cometerse no son de temer hoy.

En cuanto á las adherencias, la resistencia y el dolor indican su existencia cuando se quiere enderezar el útero. Demostrándose el *infarto*, *granulaciones*, *escoriaciones* y *metritis*, por los medios ordinarios de exploración.

Pronóstico.—Resulta de los hechos que las dislocaciones adelante se curan con menos facilidad que las otras. En este concepto, la anteversión no presenta nada de particular. Cuando hay adherencias peritoneales debe considerarse la afección como incurable, porque sería imprudente el empleo de cualquier medio mecánico.

§ VII.—Tratamiento.

Los diversos tratamientos puestos en uso antes del empleo del enderezador intra-uterino, se han expuesto lo suficiente en el artículo consagrado á las dislocaciones en general, y no presentan nada que pueda aplicarse con especialidad á la anteversión. Solo en dos casos de cuarenta y cinco ha bastado el cateterismo para producir la curación.

Para enderezar la matriz después de la introducción de la sonda basta dirigir el mango adelante.

Hoy empleamos el *enderezador de flexión articulada* (figuras 36 y 37) con disco de caoutchouc. La longitud del vástago no debe pasar de cinco centímetros y medio, siendo á veces suficiente cuatro y medio. Los cordones de la cintura deben estar un poco apretados con objeto de que la pieza anterior se aplique sobre la pared abdominal, la parte inferior del vástago intra-uterino debe dirigirse ade-

(1) Ameline, *Anteversion de l'utérus*, Tesis de Paris, 1827, n.º 55.

lante arrastrando consigo el cuello del útero. Los tirantes inferiores deben atarse simplemente a los cordones de la cintura.

En las mujeres que han tenido anteriormente inflamaciones ó tienen el útero muy sensible, conviene no dejar aplicado el instrumento mas de medio día.

3.º ANTEFLEXION.

La anteflexion se encuentra en el vivo con menos frecuencia que la anteversion, y sin embargo, se observa con frecuencia en el cádaver (Rokitansky, Virchow y Boulard) (1). Este hecho parece menos extraño desde que Boulard ha demostrado que el mayor número de anteflexiones son congénitas. Se comprende muy bien que: 1.º, antes de la acción de una causa ocasional, estas dislocaciones puedan existir sin dar lugar á ningun síntoma; 2.º, que si tiene lugar un embarazo, el útero pueda enderezarse ó presentar simplemente una anteversion. Para el práctico, los casos que tienen importancia, son los que puedan demostrarse durante la vida, y de estos será de los que nos ocuparemos.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Hay anteflexion cuando el cuerpo se dirige adelante sobre el púbis, mientras el cuello conserva su direccion ó se dirige adelante (fig. 43). En ambos casos la matriz está doblada, pero mucho mas en el último.

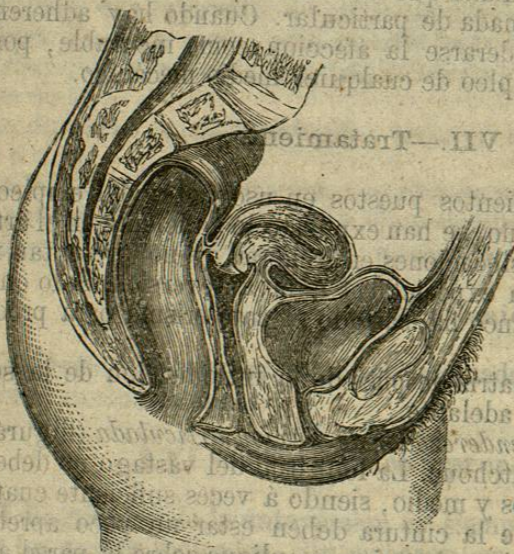


Fig. 43.—Anteflexion del útero.

§ II.—Causas

Bajo algunos puntos de vista, los casos de la enfermedad presentan particularidades propias á la anteflexion; estos son los únicos puntos que vamos á examinar.

1.º *Causas predisponentes.*—La edad varía entre diez y seis y

(1) Boulard, *Quelques mots sur l'utérus*. Tesis, Paris, 1853.

treinta años; el término medio es veintiun años y una fraccion. Vemos, pues, que la edad de la invasion es algo menor que la de la anteversion; primer hecho que viene en apoyo de las investigaciones de Boulard, pues que una disposicion congénita pone al útero en una condicion tal, que ha respondido á las primeras causas ocasionales.

Bajo todos los demás aspectos, las causas predisponentes no difieren de las que favorecen la anteversion.

2.º *Causas ocasionales.*—Como en la anteversion hemos notado algunas veces *esfuerzos violentos, caídas, etc.*

En 15 casos se manifestaron cuatro veces los síntomas de la enfermedad *muy poco tiempo después de las primeras relaciones sexuales*. Esto demuestra mas una disposicion congénita viciosa en cierto número de casos, disposicion que no ha empezado á traducirse por síntomas sino después de las primeras excitaciones. La *inflamacion* produjo dos veces el mismo resultado.

Estos hechos son aún mas significativos, si se les une otra notable circunstancia, y es que de quince enfermas tres eran *virgenes*, y otras cinco eran *estériles*. Esta proporcion es tan considerable que no se la puede considerar como efecto casual.

La anteflexion es *congénita* con suma frecuencia, sin embargo, hay casos en que, como lo ha reconocido Boulard, es *adquirida* la anteflexion. En estos casos las causas no difieren de las de la anteversion. Veremos mas adelante cómo Virchow explica el *mecanismo*, segun el cual se produce la anteflexion.

§ III.—Síntomas.

La *invasion* ha sido en general mas rápida que en la anteversion, lo que solo se explica por la disposicion del útero, presentando una flexion formada.

Enfermedad confirmada.—En todas las mujeres existia *dolor* espontáneo ó provocado; expecialmente en la época de las reglas, habiendo en ocasiones *dismenorreas* mas ó menos considerables. Bajo este concepto, la anteflexion tiene mas influencia que la anteversion porque obstruye el conducto uterino, dificultando la salida de la sangre.

Exámen con el espéculum.—El cuello se presenta casi siempre en el campo del espéculum. Rara vez es voluminoso. Por lo comun es largo, delgado y puntiagudo, circunstancia no menos notable que las precedentes y que habla en favor de la anteflexion congénita en gran número de casos.

Tacto vaginal.—Esta exploracion da resultados diversos, segun los casos, porque la anteflexion presenta dos formas diferentes.

a. *Primera forma.*—El cuello está poco ó nada dislocado y el cuerpo se reducía adelante como en la anteversion. En semejante

caso, la flexion se produce á una altura de 2 á 4 centímetros, próximamente, por encima del orificio externo.

Por el tacto vaginal, se encuentra primero el cuello en su posición normal ó un poco dirigido adelante, formando un ángulo poco agudo. Estando el cuerpo colocado horizontalmente puede reconocerse toda su cara anterior.

b. Segunda forma.—El cuello se dirige adelante y el cuerpo doblado sobre sí, la cara sobre su parte anterior hecha superior. El útero está completamente doblado en dos.

Por el tacto vaginal se alcanza fácilmente la cara posterior del cuello, despues, dirigiendo el dedo adelante, se encuentra el orificio uterino, y siguiendo la cara anterior, se llega á un ángulo muy agudo y profundo, por encima del que se encuentra el fondo del útero formando una especie de tumor globuloso.

El tacto rectal no es necesario. Si se practica, se siente que el cuerpo del útero no hace continuacion con el cuerpo hácia la concavidad del sacro.

Si se combina el tacto vaginal con la palpacion hipogástrica, se reconoce que el cuerpo del útero no puede cogerse tan fácilmente como cuando conserva su posición normal.

Cateterismo.—El empleo de la sonda es muy útil en la anteflexion. Sirve en efecto para reconocer la profundidad de la flexion, lo que tiene gran importancia para el tratamiento.

En la primera forma la sonda introducida primero, como si el útero no estuviese dislocado, se detiene á una profundidad de 2 á 3 centímetros y medio, y conviene notar esta profundidad para descender mucho el mango hácia el periné; por este movimiento se hace penetrar fácilmente la sonda en la cavidad del cuerpo.

En la segunda forma es menester buscar el orificio adelante y arriba, hacer penetrar la sonda dirigiendo su extremidad atrás y abajo, así como su concavidad. Se detiene el instrumento en este tiempo á una profundidad de 3 á 4 centímetros; entonces se le hace ejecutar un movimiento circular que dirija el extremo y la concavidad adelante, y penetre como en el caso precedente.

Este cateterismo es, como se ve, mas difícil que en la anteversion. En los primeros ensayos, nos fracasó esta maniobra, pues no habíamos comprendido su utilidad, ni nos habíamos familiarizado con ella.

Los otros síntomas no difieren de los de la anteversion, á no ser la frecuencia de emitir la orina que se observa rara vez, porque el cuerpo pesa menos, sobre todo en la segunda forma, sobre la pared posterior de la vejiga.

En la anteversion es donde con mas frecuencia han observado Kivisch y Virchow la *retencion del moco*. El primero ha visto esta dislocacion ser la causa de una hidrómetra.

El cuerpo se reduce á una altura como en la anteversion. En semejante

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El curso de la enfermedad no nos presenta ninguna particularidad, sino la rapidez de su invasion, mayor que en la anteversion, la constancia mayor de los síntomas y de las exacerbaciones mas frecuentes y generalmente mas violentas en las épocas menstruales. La *duracion y terminacion* no nos ofrece ninguna consideracion propia de la anteflexion.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Segun exista una de las formas anteriormente descritas, el útero se presenta en condiciones diversas. En la primera, no hay atrofia de la pared anterior, el útero está por lo comun ingurgitado y apretado; en la segunda existe con frecuencia una disposicion indicada por Depaul, de la que hemos podido observar un ejemplo notable en la clinica (1), y que Virchow ha descrito muy bien. La matriz está doblada en dos; si se la endereza, el cuerpo del útero cae inmediatamente sobre el cuello. En el punto de flexion, la pared anterior está mas blanda y adelgazada. Esta atrofia se ha observado en el mas alto grado en las enfermas observadas por Virchow (2), que ha indicado de un modo preciso el punto de la flexion por debajo del punto en que el peritoneo se refleja en la escavacion útero-vaginal, y en un espacio comprendido entre el ángulo vaginal y el peritoneal. Este espacio, indicado ya por Lisfranc, se ha descrito por Sédillot y Maligne, y Jobert ha indicado con cuidado, como punto por el que puede hacerse penetrar el bisturí sin interesar el peritoneo en la operacion de la fistula vaxico-vaginal. Existe aquí un punto en el que no existe mas que un tejido celular apretado del cuello del útero, mas laxo hácia el cuerpo. En el punto correspondiente al orificio interno es donde se verifica la flexion.

Segun Virchow, es menester, para que se forme la flexion, que el fondo del útero esté menos movable por la disposicion de sus ligamentos ó por sus adherencias. En cuanto al cuello, el tejido celular apretado que le une á la vejiga le fija naturalmente. Las cosas en este estado, se dilata la vejiga, y el cuerpo y el cuello no pueden ceder porque están fijos. La parte que se deja rechazar es la línea de demarcacion entre el cuerpo y el cuello y de aquí la anteflexion. Esta teoría solo puede aplicarse á la segunda forma; pero aun en este caso, no parece completamente admisible, pues, que puedan curarse semejantes anteflexiones, lo que no se conseguiría á ser cierta la causa incesante indicada por Virchow (Mayer). Por otra parte,

(1) Valleix, *Leçons cliniques*, p. 93, obs. VIII.

(2) Virchow, *Verhandl. der Gesellschaft für Geburtshülfe*. Berlin, 1851.