

Bourlard ha demostrado en gran número de casos que la anteflexion no es otra cosa que la persistencia ó exageracion de la forma natural del útero en el feto.

Las adherencias, en gran número de casos, las estrecheces del orificio interno, la coartacion de una parte del cuello, tales son las otras lesiones anatómicas que importa mencionar.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

En la direccion normal del cuerpo ó su propulsion adelante, el ángulo existe hácia la union del cuerpo y el cuello ó por encima; el cuerpo dirigido trasversalmente en la anteversion (1.^a forma) ó globuloso, y cayendo sobre el cuello (2.^a forma) sirve para distinguir esta dislocacion.

Sin embargo, hay algunos casos raros en que un tumor cualquiera, desarrollado delante del útero, puede tomarse por una flexion del útero. En un caso habia un *cáncer de la vejiga* haciendo prominencia en la vagina por su parte superior, dando lugar á los síntomas de dislocacion (emision frecuente, dolorosa y de orina, dolores, etc.). El cateterismo uterino hizo ver que la direccion del útero no habia cambiado, y que el tumor quedaba inmóvil cuando se imprimian movimientos al útero, y por otra parte el cateterismo vexical dió á conocer las lesiones de la vejiga, así como las alteraciones de la orina.

En otro caso habia delante del útero un tumor producido por una *dislocacion ovárica*, que representaba el cuerpo de la matriz. En este caso el cateterismo fué suficiente para demostrar que la matriz estaba únicamente rechazada atrás, pues que la sonda penetraba directamente y el tumor estaba inmóvil. La prolongacion de este tumor hácia la fosa ilíaca se reconoció por el tacto vaginal y la palpacion hipogástrica combinadas.

Un punto muy importante en el diagnóstico es la determinacion del punto fijo en que existe la flexion. Aun admitiendo como cierto, que no lo es, que ocupa siempre el punto indicado por Virchow, el cuello puede ser mas ó menos largo, lo que aleja mas ó menos el punto de la flexion del orificio externo.

En semejante caso es necesario no olvidar el precepto general de *introduccion de la sonda como si debiera penetrar directamente*. Despues de cierto trayecto se detiene por la flexion; se retira y se aprecian con cuidado los milímetros que ha penetrado; despues, repitiendo la maniobra, se baja el mango del instrumento y se penetra sin dificultad á pesar de lo que presenta el orificio interno; se habrá determinado el punto principal de la flexion.

En cuanto á las adherencias, la rigidez de los tejidos y las complicaciones, se reconocen como en las demás dislocaciones.

§ VII.—Tratamiento.

El *cateterismo uterino* produce una mejoría muy notable, pero solo en un caso fué suficiente para producir la curacion.

El *enderezador uterino* ha producido en manos de Simpson y Mayer curaciones duraderas. Nosotros hemos obtenido resultados muy diferentes en las dos séries de casos que hemos tratado. En la primera la curacion se obtuvo diez veces de once, y en la segunda una sola vez de cuatro. Esta diferencia no puede explicarse que por la naturaleza de las dislocaciones que eran congénitas en los cuatro casos de la segunda série. De estas enfermas tres eran vírgenes, y la cuarta habia sentido los primeros fenómenos de la enfermedad en los dias inmediatos á su matrimonio. Tres solo se sometieron al tratamiento, pues la cuarta era mal conformada (desviacion extrema de la columna vertebral) hasta el punto que juzgamos imprudente la aplicacion del instrumento. La cavidad pelviana era demasiado estrecha para permitir el desarrollo normal de los órganos.

Es importante: 1.^o, que el *vástago del enderezador pase de la flexion centímetro y medio próximamente*; 2.^o, que el *útero se haya enderezado* por la sonda antes de su introduccion.

En esta desviacion es menester extraer el enderezador desde que la enferma se queje, pues hay que temer que la pared posterior del cuerpo se apoye sobre la extremidad del vástago intra-uterino.

Si no se sobrepasa la flexion hay el temor de implantar el vástago en el ángulo ó codo formado por la dobladura.

4.^o ANTEVERSION FLEXUOSA (*variedad*).

§ I.—Definicion.

En las dislocaciones que hemos reunido con este nombre, el eje del útero, considerado de un modo general, se encontraba desviado completamente como en la anteversion, pero el órgano presentaba además *una ó varias flexuosidades*, de modo que no habia como en la anteversion dos ejes, una para el cuerpo y otro para el cuello, reuniéndose en ángulo agudo, sino un solo eje representado por una línea curva, ó una línea ondulosa ó quebrada.

§ II.—Descripcion.

En tres casos de anteversion con flexion hemos encontrado *tres variedades* diferentes.

En la primera variedad, la mas sencilla, el útero estaba situado como en la anteversion, solo que su cara anterior, en vez de estar

completamente horizontal, formaba un ángulo de concavidad inferior. Esta es la flexion en arco de Sommer.

En la segunda variedad, el útero, muy ingurgitado, formaba la misma curva por su cara anterior, pero además el cuello estaba un poco elevado por detrás, presentando una ligera flexion.

En la tercera variedad, la mas complicada, existian dos flexiones sucesivas.

§ III.—Diagnóstico y tratamiento.

Por el tacto deben reconocerse todo lo posible las flexuosidades, y despues con la sonda *seguir sin violencia las sinuosidades* que forman.

Bajo todos los demás conceptos pueden aplicarse á la anteversion flexuosa lo que hemos dicho de la anteversion. En un caso el resultado del tratamiento fué muy notable, pues Recamier y otros profesores habian empleado todos los medios aconsejados sin otro resultado mas que mejorías pasajeras. La enferma curó completamente, y su marido, que es médico, nos hizo una historia de la enfermedad que demostraba su rebeldía. Despues de año y medio no se desmintió la curacion.

5.º RETROVERSION.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *retroversion* (*inclinacion hácia atrás, supinatio, reclinatio uteri*) es una especie de dislocacion en la que la matriz está mas ó menos echada atrás, de modo que el cuello se dirige al púbis y el cuerpo á la escavacion del sacro (fig. 44). Es menos frecuente que la anteversion, pero las investigaciones sobre este punto merecen confirmacion. Es simple cuando no hay flexuosidad notable del eje del órgano.

§ II.—Causas.

Pueden aplicarse á la retroversion el órden de causas que hemos visto producir la anteversion. Simpson ha insistido mucho en considerar el estreñimiento como causa ocasional; pero los observadores demuestran que lo mas frecuente es su aparicion despues de la enfermedad.

Habiendo observado cinco casos de veinte, en que existia la enfermedad, sea en las vírgenes, sea en las que no han tenido hijos y muy poco tiempo despues de las primeras relaciones sexuales, hemos llegado á considerar la dislocacion como *congénita*.

Soudry, de 71 casos recogidos en el hospital de Santa Eugenia, ha

encontrado 15 retroversiones simples, 2 retroversiones con ante-flexion y 2 retroversiones con retroflexion (1). En casi todas las ni-

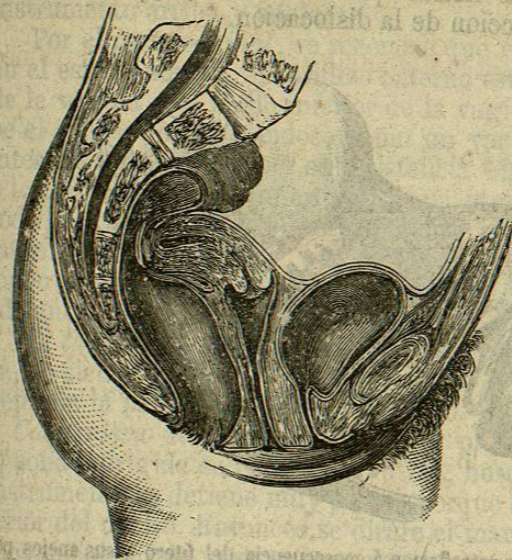


Fig. 44.—Retroversion del útero.

ñas recién nacidas que ha podido observar Lala (2), ha encontrado el útero en retroversion. De 13 jóvenes púberes, encontró cuatro veces el útero un poco inclinado atrás, y de 42 multíparas le encontró veintitres veces en retroversion. Pero por otra parte en 25 autopsias de niñas muertas en la primera quincena, no ha encontrado P. Lorain ninguna retroversion, y en 16 autopsias ejecutadas en Santa Eugenia, solo ha encontrado Marjolin dos retroversiones, ambas complicadas de laterover-

(1) Soudry, citado por Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 981.

(2) Lala, tesis de Paris, 1857, n.º 253, p. 20.

(3) G. Bernntz et E. Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, t. II, p. 526, Paris, 1862.

(4) Wieland et Dubrisay, *Additions au Traité des maladies des femmes*, de Fl. Churchill, Paris, 1866, p. 464.

(5) F. Picard, *Des inflexions de l'utérus à l'état de vacuité*, Paris, 1862 (Observation due à Nat. Guillot).

(6) Fl. Churchill, *loc. cit.*, p. 464.

útero es necesario indicar la presencia de tumores fibrosos, la congestión, la hipertrofia, la existencia de coágulos en la cavidad uterina, etc. Las condiciones físicas que resultan del parto, de un aborto, favorecen la producción de la dislocación.

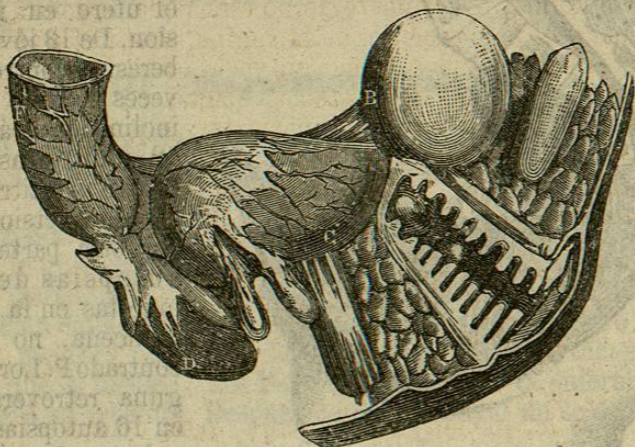


Fig. 45.—Útero en retroversion y retroflexion á consecuencia del útero y sus anejos por una parte y del recto por otra.—A, sínfisis del púbis; B, vejiga; C, útero; D, trompa y ovario derechos replagados sobre sí mismos y rodeados de falsas membranas, que se extienden á los dos quintos superiores del útero C, y que de aquí parten á la curva del recto F. (Pablo Picard).

§ III.—Síntomas.

El *dolor*, que se manifiesta espontáneamente en todos los casos, no presenta nada de particular, á no ser el *ocupar constantemente la región lumbar*, lo que no siempre se observa en la anteversion, y que á veces se localiza en la misma *región sacra*. Bajo los demás puntos de vista (neuralgias, dolores en los muslos, tórax, etc.), no hay diferencias.

El *estreñimiento* es constante (lo que dista de suceder en las dislocaciones adelante), y se aplica por la compresión que el cuerpo de la matriz ejerce sobre el recto. En algunos casos alterna con *flujo* y excreción de *mucosidades* mas ó menos abundantes; á veces, en fin, hay *dolores espulsivos* en el recto, sin ningun resultado. El útero, al mismo tiempo que excita al recto con su presencia, hace el efecto de válvula.

El *volúmen del útero* se encuentra casi siempre aumentado. El órgano está *pesado*, á veces doloroso en la cara posterior del cuerpo y la pared posterior presenta á menudo mas espesor que en el estado sano; lo que se reconoce por medio de la sonda, como luego diremos.

Exploración del útero.—Por medio de *espéculum* se observa que el

cuello se presenta por su parte posterior, con el orificio arriba, distinguiéndose apenas una pequeña parte de un labio anterior. *Para abrazar el cuello*, es necesario dirigir fuertemente la extremidad del instrumento arriba y adelante.

Por el *tacto vaginal*, se reconoce que el útero está mas bajo que en el estado normal. El orificio externo está adelante contra la pared de la vagina y el fondo inferior de la vagina. Mas arriba no se percibe el cuerpo, encontrándose como un vacío ocupado por una masa intestinal perceptible por su resistencia blanda. Si se dirige el dedo á lo largo de la cara inferior y hácia atrás, se puede recorrer casi toda la extensión del útero dirigiéndose el fondo á la concavidad del sacro. Cuando solo hay una simple oblicuidad, se observa que el fondo se dirige al ángulo sacro vertebral, y el cuello ligeramente adelante.

El *tacto rectal* no es del todo indispensable. Cuando se le practica, se siente un cuerpo globuloso, que es el fondo del útero, que deprime la pared anterior del intestino.

Cateterismo uterino.—Es menester primero con la extremidad de la sonda dirigida su concavidad atrás, buscar el orificio externo. El instrumento se detiene muy pronto porque choca contra la pared anterior del cuello. Entonces se dirige el mango de la sonda arriba, y suavemente atrás, y se la hace penetrar hasta el fondo del útero. Con frecuencia es fácil de elevar el órgano dirigiendo adelante la concavidad de la sonda y dirigiendo el mango al periné. A veces se encuentra *resistencia*, la que si es considerable nos demostrará que no debemos insistir; puede haber *adherencias* que pudieran romperse, ó una simple *retracción de tejidos* que cederá con la lenta elevación del útero.

Los otros signos ó síntomas, el *curso*, *duración*, *terminación* de la enfermedad y sus *lesiones anatómicas* no presentan nada de particular aplicable á la retroversion.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la retroversion no presenta ninguna dificultad. La situación del cuello adelante, la continuación en línea recta del cuerpo hácia la concavidad del sacro, son suficientes datos. No puede quedar la menor duda cuando se introduce la sonda, y elevando el útero se aparta de esta concavidad.

Ya hemos dicho anteriormente cómo se diagnostican las *adherencias*. A veces la pared posterior del cuerpo está hipertrofiada, lo que se aprecia tocando con la extremidad del dedo cuando se ha introducido la sonda, percibiéndose un gran espesor del tejido que separa la sonda del dedo.

Pronóstico.—Casi todas las enfermas sometidas al empleo del enderezador se han curado. Sucede á veces que los dolores y necesidad

de orinar persisten despues del plan curativo, pero estas son excepciones. En iguales condiciones, la retroversion está menos expuesta á recidivas que las demás dislocaciones. Sin el empleo de un tratamiento principal, esta afeccion no tiene ninguna tendencia á la curacion radical.

§ V.—Tratamiento.

De 24 casos, 17 se trataron con el enderezador intra-uterino (figuras 36 y 37); 15 se curaron completamente, 2 estaban en tratamiento cuando hacíamos la historia de nuestra primera série de casos. Una renunció al tratamiento antes de que tuviese tiempo de obrar, y otra, por último, vió persistir sus dolores despues de la reduccion; presentaba síntomas de sífilis constitucional, pero no logró hacer cesar los dolores el tratamiento antisifilítico.

Este resultado es de los mas satisfactorios; pero no es fácil á todos los médicos introducir un vástago en el útero, pudiendo ocasionar accidentes cuya importancia se ha exagerado mucho. Hemos procurado el establecimiento de otro medio y hemos puesto en uso el *cateterismo*, la *reduccion momentánea* y el *pesario de caoutchouc* combinados.

El empleo de un pesario de goma se aplicó en siete casos que tenemos á la vista. En seis fué completa la curacion, el sétimo está aun en tratamiento, y presenta ya una notable mejoría. La duracion del plan curativo varia entre tres semanas y tres meses y medio, cuyo plazo es excepcional. La curacion es aun reciente, pero en todas el útero está bien colocado y es mas que probable que sea permanente. Creemos, pues, que este último medio de tratamiento es tan fácil y eficaz como el primero, y debe adoptarse definitivamente.

En resumen, de 24 retroversiones, se curaron 21 por uno ú otro medio, lo que es un resultado bien satisfactorio.

Gariel (1) ha propuesto el uso de un pesario de receptáculo de aire y se compone de dos pelotas con dos tubos que se unen con llave. Antes de emplearle es menester vaciar una pelota y llenar de aire la otra (figuras 46 y 47) y cerrar la llave.

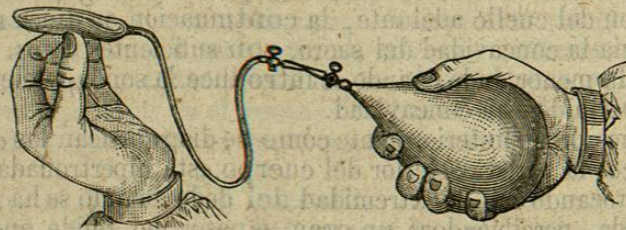


Fig. 46.—Pesario de receptáculo de aire (vacío).

(1) Gariel, *Gazette des hôpitaux*.

La pelota vacía de aire (pelota pesario) arrollada sobre sí misma, se reduce á un pequeño volumen, y se dirige sin resistencia al nivel del cuello del útero. Entonces se abre la llave y apretando con la mano la pelota llena de aire (pelota insuflador), se dilata, cuanto se cree necesario, la pelota previamente introducida. No hay mas que cerrar la llave correspondiente para que persista la dilatacion, la pelota exterior, vacía y reducida de volumen, se ata á los vestidos por medio de cordones.

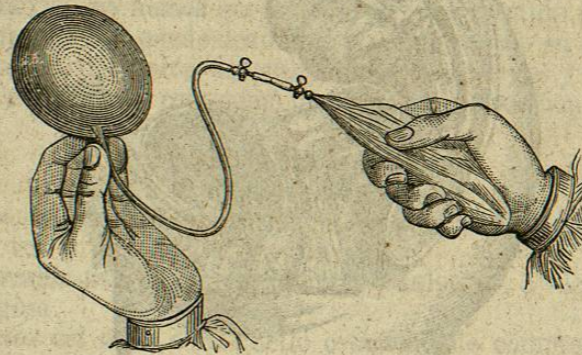


Fig. 47.—Pesario de receptáculo de aire (lleno).

La extraccion de la pelota pesario es tan fácil como su introduccion; se verifica abriendo la llave; el aire pasa por la accion combinada de los intestinos y de las paredes vaginales, y penetra en la pelota insufladora, donde se tiene reservado para una nueva aplicacion. Esta maniobra puede ejecutarse por las mismas enfermas desde la primera vez (1).

6.º RETROFLEXION.

La retroflexion nos presenta acerca del diagnóstico algunas particularidades muy importantes, sobre las que llamaremos la atencion.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *retroflexion* es una desviacion en la que el cuerpo del útero se dirige atrás y mas ó menos abajo, mientras que el cuello queda en su posicion normal, ó solo en direccion del eje de la vagina ó en fin se dirige atrás. Cualquiera que sea la direccion precisa de estas

(1) Wieland et Dubrisay, *loc. cit.*, p. 482 y 483.

dos partes del órgano, resulta siempre un ángulo con el seno posterior y generalmente inferior (fig. 48).

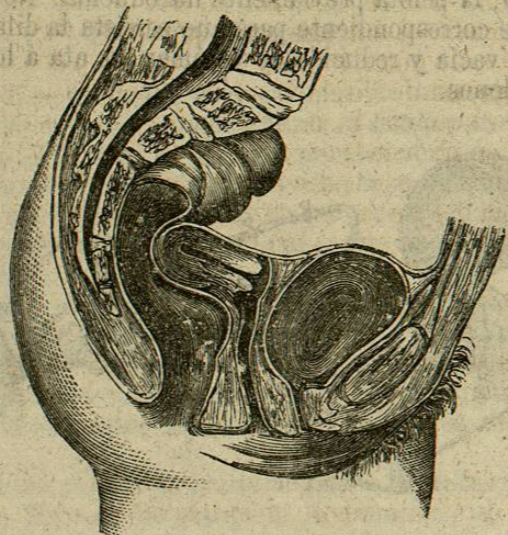


Fig. 48.—Retroflexion del útero.

Formas.—Hemos reconocido tres formas principales de retroflexion.

A. *Primera forma.*—El cuello no se desvía de su direccion normal, solo el cuerpo se encuentra doblado de modo que su fondo hace saliente un poco por encima y detrás del cuello.

B. *Segunda forma.*—Es la mas comun. El cuello está dirigido adelante hácia el fondo inferior de la vejiga, el cuerpo cae atrás, donde forma un tumor globuloso que á veces desciende tan abajo como el cuello.

C. *Tercera forma.*—Es la mas rara y difícil de reconocer. El cuello está dirigido atrás como en la anteversion, y el cuerpo descansa sobre él, de tal modo que el órgano está completamente doblado. Esta forma corresponde á la segunda de la anteversion descrita en uno de los artículos precedentes.

La retroflexion es menos frecuente que la retroversion simple. En la práctica se la encuentra casi con la misma frecuencia que la ante-flexion, lo que es debido sin duda á que da lugar mas constantemente á síntomas, pues ya hemos hecho mencion que la ante-flexion se reconoce muchas mas veces en el cadáver.

§ II.—Causas.

Bajo el punto de vista *etiológico*, nada encontramos que pertenezca exclusivamente á la retroflexion. Acerca de esta dislocacion decia Simpson que existia el estreñimiento pertinaz; pero la que hemos dicho en el artículo anterior, con este motivo pudiéramos repetirlo aquí. La explicacion de Virchow, relativamente á la ante-flexion, no puede invocarse aquí con razon. En cuanto á la existencia congénita de la retroflexion no hemos encontrado un solo ejemplo incontestable, sin embargo, no puede decirse que sea imposible su existencia.

La influencia del *parto*, del *aborto*, de los *esfuerzos* y de los *golpes*, es tan evidente en esta como en las otras dislocaciones.

§ III.—Síntomas.

El *dolor*, como en la retroversion, se fija en la *region lumbar* y *sacra*, rara vez en los muslos.

La *progresion* es por lo comun difícil y dolorosa, á veces solo penosa y fatigosa.

Exploracion del útero.—El cuello está fácil de comprender en el espéculum, y está voluminoso y entreabierto, como lo ha notado Kiwisch.

Por el *tacto vaginal* se encuentra el cuello situado mas ó menos bajo y dirigido unas veces, en su posicion normal, otras adelante y algunas atrás. Estas direcciones corresponden á las tres formas indicadas. Si se coloca el dedo en el orificio, penetra mas ó menos profundamente; siendo á veces tan exagerada la abertura del orificio uterino, que pueden penetrar dos dedos en la cavidad cervical. Lo que prueba que este signo corresponde á la dislocacion y no á ninguna otra lesion del órgano es que cuando se reduce el órgano á su posicion normal, el cuello se cierra mas ó menos completamente.

Dirigiendo el dedo adelante y arriba, no se encuentra el cuello y se percibe solo la resistencia blanda de la masa intestinal. Si por el contrario, se dirige atrás, se encuentra el cuerpo globuloso del útero que desciende á veces hasta el cuello, quedando entre ambos un ángulo entrante muy manifiesto.

El *tacto rectal* es casi siempre inútil. Si se emplea, se encontrará en la pared anterior del intestino la inyeccion causada por el cuerpo del útero en una extension mas ó menos pronunciada.

Es raro que la *presion* ejercida sobre el cuerpo no determine dolor á veces muy vivo.

El tacto da á conocer el infarto del útero, y comunmente mayor dureza en el tejido excepto en el punto de la flexion. En la menor parte de los casos se encuentra el útero blando y flácido.

Para practicar el *cateterismo uterino*, se introducirá la sonda como