

si el útero estuviese en su posición normal, esto es, el estreño de la sonda en dirección del eje de la pelvis mayor y la concavidad adelante. Cuando se siente resistencia, hay que detenerse, pues se llega á la flexión. Nótese la profundidad y punto en que se encuentra situada, como en la ante-flexión. Después se vuelve á introducir la sonda del mismo modo hasta la flexión, se hace ejecutar un movimiento semi-circular al mango del instrumento, de modo que el pico de la sonda venga atrás y abajo, y por lo tanto la concavidad en la misma dirección; entonces la sonda penetra sin esfuerzo y casi sin dolor hasta el fondo del órgano, para lo que basta elevar el mango del instrumento hacia el púbis mediante un ligero movimiento de propulsión. La necesidad de esta maniobra para llegar á la cavidad del cuerpo existe particularmente en la retroflexión.

El *estreñimiento* es por lo común pertinaz, sin embargo, es menos constante que la retroversión. La *emisión de orina* es casi constantemente natural, lo que difiere de las demás dislocaciones, lo que se explica por la situación del cuello, que se encuentra poco ó nada inclinado adelante.

El *curso*, la *duración* y *terminación* de esta dislocación, no difiere en nada de las precedentes.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Se encuentra en la pared posterior y en el punto correspondiente á la flexión una blandura y á veces atrofia semejante á la que se observa en la anterior en las ante-flexiones. La parte de la pared posterior situada por encima de este punto, se encuentra más ó menos ingurgitada. En cuanto á las *adherencias* y á las diversas *lesiones concomitantes*, son las mismas que en las demás dislocaciones.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

De todas las dislocaciones, la retroflexión es la que puede presentar el diagnóstico más difícil, dando con más frecuencia lugar á error.

Recordemos primero que detrás del cuello se encuentra el cuerpo globuloso del útero; que entre ambas partes existe un ángulo cuyo seno es posterior é inferior, y que estas partes son muy accesibles al tacto vaginal. Parece que en semejantes condiciones la dislocación debía ser fácilmente diagnosticada; pero hay lesiones que pueden simularla perfectamente.

1.º Puede existir un *infarto considerable del cuerpo que no se extiende hasta el cuello*. Resulta de esta lesión, de la que hemos citado un caso muy notable (1), un ángulo entre el cuello y la salien-

(1) Valleix, *Leçons cliniques sur les déviations utérines*.

te del cuerpo, puede hacernos creer que el cuerpo está doblado hacia atrás por el peso de la parte infartada, pudiendo á la par no encontrarse el cuerpo por delante. El *empleo de la sonda* permite en este caso preciar el diagnóstico.

Desviándola, en efecto, en la dirección normal del útero, se la hace penetrar hasta 7 ú 8 centímetros, y se asegura por el tacto que el tumor no ha cambiado en ninguna de sus relaciones, y al mismo tiempo se observa entre el dedo y la sonda un gran espesor de los tejidos.

2.º Un *tumor fibroso* puede ocupar la pared posterior del cuerpo y dar lugar á todos los síntomas apreciables por el tacto (Barth). El diagnóstico se verificará del mismo que en el caso precedente. Es menester reconocer la dureza considerable y la forma muy globulosa del tumor, que pondrán en vía del diagnóstico. Pero no creemos que esto baste para disminuir todas las dudas.

3.º El *tumor sanguíneo ó hematocele retro-uterino* forma también detrás del cuello una saliente, de la que le separa un surco cuando aun no ha adquirido un gran desarrollo. Se reconocerá por su fluctuación más ó menos manifiesta, por su prolongación hacia la fosa ilíaca accesible por el tacto, y sobre todo por la penetración de la sonda uterina. Cuando el tumor es muy voluminoso, dirige el cuerpo contra el púbis y rechazándole arriba, borrando el fondo posterior de la vagina y á veces el mismo cuello. En semejante caso, no presenta el diagnóstico la menor dificultad.

4.º El *flemon retro-uterino* simula tan bien la retroflexión, que tres veces hemos sido llamados para enderezar el útero en casos de este género. En semejante caso, la gran sensibilidad del tumor situado detrás del útero, su resistencia más ó menos blanda; los pliegues de la vagina que existen en su superficie, cuando el tumor no está muy desarrollado, pone en vía de diagnóstico, pero no basta. Es menester también recurrir á la sonda, que penetra directamente, dejando el tumor en su lugar sin cambio alguno.

5.º Solo indicaremos un tumor que, según algunos autores ingleses (Reigby en particular), está formado por el *ovario inflamado y dislocado*, colocándose en la parte posterior del útero. Los datos no son aun suficientes sobre este punto. Basta, pues, decir que la penetración directa de la sonda, puede, además de la movilidad del tumor, dar á conocer que la enfermedad no pertenece al útero.

6.º En la tercera forma de retroflexión, el dedo no puede percibir el tumor formado atrás por el útero, porque se encuentra situado muy alto. En esta circunstancia es indispensable el cateterismo uterino. Sin él no hay diagnóstico posible, y como el cuello está muy inclinado atrás, puede creerse que existe una anteversión. Este error sería funesto, porque expondría á la perforación del útero al nivel de la flexión. No olvidemos, pues, que la sonda debe introducirse directamente, su concavidad adelante, si á la altura de 3 centíme-

tros, próximamente, se detiene, y si haciendo ejecutar á la sonda un movimiento circular precedentemente descrito, penetra en el cuerpo á una profundidad de cerca de 4 centímetros, es que se trata de esta forma de retroflexion.

Pronóstico.—El útero colocado en retroflexion no tiene ninguna tendencia á recuperar espontáneamente su posicion normal. La reduccion no es por lo general difícil, de modo que el pronóstico no es desfavorable; aunque hemos observado en dos casos tendencia á recidiva.

§ VII.—Tratamiento.

De 18 casos que hemos tratado, 3 se curaron por reduccion, con solo la sonda. En 13 se aplicó el enderezador, produciendo diez curaciones, y alivio en un caso. En 2 casos el tratamiento fué incompleto, y el resultado no fué favorable.

En fin, en dos enfermas tratadas por *enderezamiento con la sonda y empleo del pesario de caoutchouc combinados*, se curó una, y otra está en curacion.

Este es el lugar de hallar con algunos detalles del empleo de la sonda como medio reductor y del pesario de caoutchouc combinados, que especialmente conviene á las *dislocaciones hácia atrás* (retroversion y retroflexion).

Cuando una enferma parece bien dispuesta al tratamiento, que la cavidad uterina no tenga mucha sensibilidad, y en la que el útero se endereza bien, se procede del modo siguiente:

Se introduce la sonda uterina hasta el fondo del útero, dirigiendo el extremo de la sonda y la concavidad atrás, despues se dirige el cuerpo de la matriz hácia el púbis. Hecho esto, se coloca el índice que ha servido para colocar la sonda sobre la cara anterior del cuello, y al mismo tiempo que se retira el instrumento, recházase fuertemente el cuello atrás y arriba hácia la concavidad del sacro. Tómese entonces el pesario que puede llamarse *enderezador extra-uterino* (figura 37), introdúzcase vacío y arrollado en el fondo del saco anterior de la vagina; y despues, *si se tiene un ayudante*, insúflese con una pera de caoutchouc previamente llena de aire. *Si se está solo*, únase rápidamente la bola de insuflacion, introdúzcase de nuevo el índice para mantener el cuello rechazado atrás y no se le abandone hasta haber comenzado la insuflacion, que se continuará en seguida.

La dilatacion del enderezador extra-uterino determina en las enfermas un efecto desagradable que no tarda en calmarse. Si persiste, es que el globo está muy dilatado, lo que siempre debe evitarse, dando salida á una parte de aire comprendido en el pesario, lo que determina inmediatamente un alivio manifiesto.

En esta situacion, el útero previamente bien reducido, no puede dislocarse, pues evita el que el cuello se dirija contra el púbis la per-

manencia en la vejiga del enderezador distendido. La parte superior aun en las retroflexiones no puede dirigirse atrás, pues no alcanzándola la vejiga mas que por una extremidad, no puede rechazar al útero cuando se dilata por el acúmulo de orina.

Las enfermas tienen necesidad de acostumbrarse al cuerpo extraño, así en las primeras aplicaciones conviene no dejar el instrumento puesto mas de veinticuatro horas, y menos en algunos casos. Mas tarde se deja tres y cuatro dias, con objeto que el útero se mantenga reducido. Entonces las enfermas le soportan con facilidad. A cada nueva aplicacion es menester enderezar nuevamente el útero con la sonda.

Las enfermas aprenden muy pronto á insuflar ellas mismas el pesario, lo que es menester hacer dos ó tres veces al dia, pues el aire se escapa aun en los aparatos mejor contruidos. En fin, cuando la matriz se mantiene en su lugar, puede extraerse el instrumento para la limpieza y colocarle ellas mismas. Para esto es necesario que el cuello se mantenga hácia atrás, pues de lo contrario pudiera colocarse el pesario en la parte posterior, y rechazar el útero á la posicion anormal.

No es raro que este sencillo aparato determine cierto grado de irritacion; á veces en la primera aparicion de las reglas sobreviene un poco de congestion uterina; pero estos inconvenientes no tienen importancia.

Resultados del empleo del enderezador extra-uterino.—Hemos reunido nueve casos, siete de retroversion y dos de retroflexion, en los que se empleó este medio, y hemos obtenido siete curaciones radicales. En un caso hizo suspender el tratamiento un poco de irritacion uterina; pero la matriz se habia enderezado notablemente. En el octavo se obtuvo gran mejoría, pero causas particulares obligaron á suspender el tratamiento.

Desgraciadamente este tratamiento no puede aplicarse tan bien á las desviaciones anteriores; pues los púbis se oponen á que la reduccion sea tan completa como en las dislocaciones posteriores, no encontrándose por detrás espacio suficiente para el enderezador extra-uterino. Quizá mas adelante una modificacion del instrumento aleje esta dificultad.

7.º RETROVERSION FLEXUOSA (*variedad*).

Definicion.—Esta dislocacion, que es análoga á la anteversion flexuosa, está caracterizada por la inclinacion atrás y una ó varias flexuosidades que dan al órgano una forma ondulosa.

Con relacion á las *causas*, los *sintomas*, *curso de la enfermedad* y lesiones, esta dislocacion difiere escasamente de la retroversion.

Solo bajo el punto de vista del *diagnóstico* presenta esta variedad alguna importancia. Podria creerse al encontrar un útero tan irregu-

lar la presencia de tumores en sus paredes. Es necesario observar lo que pasa durante la introduccion de la sonda, porque se ven desaparecer las flexuosidades á medida que la sonda penetra y despues de su introduccion queda el útero como en la retroversion.

La *introduccion de la sonda* presenta algunas dificultades. Es menester seguir las diversas sinuosidades que presenta la cavidad uterina. Para ello se debe, sin obrar con violencia, dirigir el instrumento unas veces adelante, otras atrás, segun que la flexion sea anterior ó posterior.

El *tratamiento* no difiere del de la retroversion y de la retroflexion; pero sus resultados son un poco menos ventajosos. Así en doce casos hemos obtenido ocho curaciones completas y una notable mejoría, en dos casos la reduccion no se consolidó y demandó el empleo del enderezador; pero mediante á este tratamiento pudieron las enfermas entregarse á sus ocupaciones habituales, que no podian hacer antes. En fin, en una enferma, aunque el útero quedó reducido, continuaron dolores vexicales y necesidad frecuente de orinar, resultado sin duda de una inflamacion crónica de la vejiga.

8.º LATEROVERSIONES Y LATEROFLEXIONES.

Designaremos las dislocaciones laterales con los nombres de *latero-
version* y *lateroflexion* derecha é izquierda, segun el lado á que se inclina el cuerpo del útero.

Nunca las hemos encontrado aisladas, siempre unidas á otras formas de dislocaciones, han podido en muchos casos dar cuenta del predominio de ciertos síntomas, como por ejemplo, el dolor excitante de un solo muslo. Generalmente el dolor parece mas intenso en el lado á que se inclina el útero, aunque hemos visto ejemplos de lo contrario. ¿Esto pudiera explicarse, en el primer caso, por la presion del cuerpo del útero sobre el plexo sacro y los nervios que parten de él, y en el segundo, por la traccion de los ligamentos?

Hemos observado con mas frecuencia el estreñimiento en las latero-
versiones izquierdas que en las derechas, lo que se explica por la disposicion anatómica de las partes.

Dezanneau (1) dice haber encontrado desviaciones laterales mas frecuentes á la derecha que á la izquierda. No hemos podido confirmar esta opinion, aunque se comprende que así sea, puesto que estando el recto situado á la izquierda, cuando las materias fecales le distiendan, rechazará el útero á la derecha.

(1) Dezanneau, *loc. cit.*

CAPÍTULO IV.

HEMATOCELE PERI-UTERINO.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

No están conformes todos los autores en lo que debe entenderse por *hematocele peri-uterino*; pero cualesquiera que sean los límites asignados á esta lesion, el primer punto sobre que conviene insistir, es el siguiente: que el *hematocele*, tan importante por sí mismo, *no es una enfermedad*, sino un resultado patológico. Esta interpretacion de los hechos generalmente admitida hoy, hace definir el hematocele peri-uterino, diciendo que es *un derrame formado por la sangre depositada (sea por delante ó por detrás del peritoneo) en las inmediaciones del útero?*

Debemos decir desde ahora, que esta definicion, dada y aceptada por muchos autores, es rechazada por otros. A Voisin (1), por ejemplo, reserva la denominacion de hematocele, para los casos en que la sangre se derrama y se enquistas en el saco peritoneal. G. Bernutz (2), conservan el nombre de *trombus* á los *derrames sanguíneos que ocupan el tejido celular pelviano* y que solo se observan en estado puerperal (3), y describe exclusivamente con el nombre de hematocele, los casos en que la sangre *procedente de cualquiera de los órganos genitales*, se derrama en el peritoneo pelviano. Segun el mismo autor, los *derrames sanguíneos intra-pelvianos, sintomáticos de un embarazo extra-uterino*, deben separarse tambien de los hematoceles propiamente dichos.

Por el contrario, muchos autores comprenden de un modo general, bajo la misma denominacion, los casos en que la sangre se encuentra extravasada detrás ó alrededor del órgano, ya en el fondo de saco peritoneal, ya fuera de él.

Procurando presentar una descripcion en relacion con la acepcion

(1) A. Voisin, *De l'hémalocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin*. Paris, 1860, con una lámina.

(2) G. Bernutz y E. Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*. Paris, 1860, t. I, p. 352.

(3) Sin embargo, en 1858, Benjamin Ball ha dado á conocer un caso en que fuera del estado general, el derrame sanguíneo era subperitoneal. El ovario derecho estaba además tan alterado que era casi imposible desconocer que era el origen de la hemorragia.

«No podemos darnos cuenta de estos casos, sin admitir que la rotura del ovario se produce en el mesenterio ovárico. Sin embargo, no se dice en la observacion que esta rotura se hubiese demostrado; entonces pudiera suponerse que una de las trompas, ingurgitadas de sangre, habia dejado escapar por una abertura accidental la sangre menstrual en el espesor del ligamento ancho.» (A. Trousseau, *Clinique médicale*, 2.ª edic., t. III, p. 601, Paris, 1856.)