

## LECCION XXVII.

RETROVERSION.=Anatomía patológica.=Síntomas.=Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.=RETROFLEXION.=Etiología.— Síntomas. = Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

**Señores:**

Así como el útero puede inclinarse hácia delante, puede hacerlo también hácia atrás, de suerte que el fondo venga á colocarse en la concavidad del sacro. Cuando en la asignatura de Obstetricia nos ocupábamos de las diversas clases de distocias, hablamos de la que resulta de esas retroversiones y retroflexiones de las cuales expusimos ya toda la historia en el estado de plenitud ó estado de embarazo: debemos ocuparnos, pues, solamente de las que se refieren al estado de vacuidad. La retroversion y retroflexion, lo mismo que hemos dicho en la dislocacion que estudiamos en la leccion anterior, pueden ser efecto de causas accidentales dependientes de lesiones próximas, como son las producciones morbosas de los órganos adyacentes, tumores ó falsas membranas, que tiran, le empujan ó le arrastran y le hacen cambiar de posicion, pero á parte de esto, puede ser efecto de causas intrínsecas residentes en el mismo útero. La retroversion, como hecho espontáneo que se desarrolla independiente de otras alteraciones, es mas rara que la anteversion, y algunos dudan que se pueda encontrar en mu-

jeros que no hayan concebido. Sin llegar á asegurar esto en absoluto, puesto que hay algunos casos evidentes de retroversion, en mujeres que nunca han concebido, y hasta en vírgenes, sin embargo debemos esto considerarlo como excepcional. Hay una retroversion congénita que depende de una prolongacion del estado propio de la época embrionaria en la cual se halla inclinado hácia atrás el útero, de modo que no solo en el citado período, sinó tambien en la pubertad puede verse esta inclinacion hácia atrás. En otros casos está sostenida por una falta de desarrollo del órgano, probablemente por un desequilibrio entre la pared posterior y la anterior, que, dando á aquella mayor peso, hace bascular todo el órgano hácia el sacro.

La retroversion y la retroflexion se distinguen anatómicamente en que la primera es una inclinacion total, y en la segunda está doblado hácia atrás el fondo, sin moverse de su sitio el cuello.

En la retroversion, que se asemeja por su naturaleza á la anteversion, aunque estando invertidos los términos, toma el eje del útero una direccion antero-posterior acercándose al diámetro antero-posterior de la pélvis. Muchos ginecólogos admiten la retroversion como el primer paso del descenso del útero, y efectivamente son muchos los casos en que al cambiar de posicion el útero para ir á buscar su plano inferior, tiene que empezar por la retroversion, y cuando llega el útero hasta el plano perineal, está ya tendido, como reclinado, en virtud del peso mayor de su region posterior. Entonces corresponde el hocico de tenca detrás de la uretra y el fondo delante del recto, de modo que uno y otro órgano pueden naturalmente resentirse del contacto ó presion directa de la matriz, mayormente si ésta no descende mucho dentro de la excavacion. Las relaciones que en este caso guarda la matriz, son las que ya antes hemos indicado; descansando el fondo sobre el repliegue de Douglas, pero con la particularidad, que no hemos visto en la anteversion y es que de ordinario se encuentra algo oblicuada ó lateralizada, de suerte que viene á colocarse el fondo á un lado del sacro, y el hocico de tenca al lado del pubis, viniendo á coincidir con uno de los diámetros oblicuos, circunstancia que debe tenerse presente al practicar



la exploracion interna, para ir á buscar las dos extremidades del útero, no en el sentido directo, sino en el de la oblicuidad. Esto hace tambien que algunos de los síntomas pueden dejar de presentarse ó se presentan muy poco marcados por ser insignificante ó nula la compresion sobre el recto y la vejiga. Esta oblicuidad responde á que el espacio libre de la pélvis, es mas holgado y largo en el sentido oblicuo; y á que las contracciones del recto tienden á impulsar hácia un lado todo lo que se coloca delante de él y tiene movilidad para ser cambiado fácilmente de sitio.

Son varias las causas que pueden producir la retroversion. Desde luego reconoceremos como extrínsecas todas las que comprimen el útero y se encuentran fuera de él, como los cambios de situacion y volúmen de los órganos inmediatos, pero sobre todo, las que obran de arriba abajo, debiendo comprender entre éstas la compresion por el paquete intestinal, y aquí haré mencion de una causa que tiende á caracterizar mas la retroversion. Por la manera especial como se encuentra colocado el útero, por las relaciones que guardan entre sí el eje de la pélvis y el eje de la cavidad abdominal, resulta que el peso comunicado á la cavidad pélvica, no corresponde al eje de la pélvis, sino que viene á recaer sobre el pubis, lo cual se demuestra perfectamente por la vertical que marca la estacion de pié, que pasa por detrás del pubis, cayendo aún mas atrás en el estado de gestacion; quién pues recibe principalmente el peso de las vísceras abdominales es la matriz. Hay además dos circunstancias que pueden hacer cambiar la direccion de este eje; es la primera una falta de normalidad en la pélvis, que aproximándose por su disposicion á la de los cuadrúpedos, viene á formar una línea casi recta con el raquis; la matriz se halla entonces tambien mas recta, y el peso de las vísceras que gravitan sobre ella la hace bajar y reclinarse encima del saco constituyendo una retroversion. Esta causa no es frecuente, y supone una mala configuracion en el esqueleto; pero hay otra que se parece á la citada, y es la estacion de rodillas inclinando el cuerpo hácia delante; entonces se produce un cambio de direccion de los ejes; el del abdómen, se dirige hácia delante, y de consiguiente la gravitacion se hace de distinta manera; todo el peso de los

intestinos gravita sobre el fondo del útero y hasta sobre su cara anterior como si tratara de insinuarse entre el útero y la vejiga urinaria, tanto es así, que en algunas mujeres, cuando por partos anteriores ó por abortos están algo relajados los ligamentos, al ponerse de rodillas sienten un gran dolor lumbar é hipogástrico, que arguye primero un mayor peso sobre la parte anterior, y en segundo lugar una dislocacion uterina. Asi se comprende porque segun la estacion de rodillas, y mas si esta postura no viene ayudada de un objeto que sostenga al cuerpo, como es un reclinatorio, puede llevar como consecuencia la retroversion.

Puede producirse tambien esta dislocacion uterina por un esfuerzo brusco, como por ejemplo el que resulta de levantar un peso desde el suelo con los brazos, inclinado préviamente el cuerpo. Entonces á la postura que antes he indicado, se añade la contraccion brusca de los músculos abdominales que empuja fuertemente los intestinos hácia atrás y abajo, impulso que se comunica al útero, dando lugar á la retroversion instantánea (1). Fuera de estas causas, la mas comun en la práctica, es la falta de involucion ó la involucion incompleta despues del parto. Esta aberracion de los fenómenos puerperales, dá mayor peso al útero, ya por la presencia de elementos extraños ya por el desarrollo anormal de los elementos propios, y esto, no solo provoca la retroversion, sinó que la ocasiona acompañada de hipertrofia y de inflamaciones, como complicacion obligada de estas alteraciones. Lo que entonces viene á representar la causa ocasional, es el dejar prematuramente la cama la recién parida, pues la estacion vertical ó sentada favorece como ya he dicho la presion sobre el útero que se inclina bajo su peso, y el de la presion intestinal.

En el mismo caso se encuentra la atrofia y sobre todo la atrofia senil, aunque parezca una contradiccion. Sin embargo, vése en la menopausia que, á medida que se atrofian todos los órganos que constituyen el aparato generador, y pierden su actividad funcional, la matriz va reclinándose

---

(1) De esta forma he visto un caso muy notable en una jóven soltera, en el que se produjo una completa retroversion y descenso, por solo el citado esfuerzo muscular.



sobre el sacro, hasta producir una retroversion completa. En muchas mujeres encuéntrase en esta época la retroversion con descenso, lo cual se comprende perfectamente, pues la atrofia viene acompañada de una absorcion de los elementos adiposos que rodean el útero, resultando este como suelto, abandonado y poco seguro en su sitio, y entonces se inclina hácia el sacro y va descendiendo tanto como permite la elasticidad de sus ligamentos y la fuerza de la vagina. Aparte de esto, hay otra atrofia patológica á la cual se debe atribuir la retroversion aunque sea mas frecuente como resultado suyo la retroflexion.

Entre los síntomas mecánicos que caracterizan la alteracion que estudiamos, unos se refieren á los órganos inmediatos principalmente la compresion del recto y de la vejiga, aunque respecto á esto hay el hecho de que, cuando se coloca como ya he indicado en el sentido oblicuo, la compresion es casi nula y faltan los síntomas característicos. Otros se refieren á los ligamentos que sufren la tirantéz, dando lugar á dolores intensos. Existen luego los síntomas propios ó anatómicos. El mas notable es el infarto del mismo útero: pocas son las mujeres en quienes se presenta una de esas retroversiones en que el útero no se ponga mas duro, mas abultado, efecto de la misma falta de involucion causante de la version. Cuando no existe esta causa debe atribuirse el infarto á una alteracion circulatoria, que primero congestiona, y luego es el punto de partida de una hipertrofia persistente.

Compréndese que todo esto ha de dar muy notables fenómenos subjetivos locales, entre ellos el dolor, dolor que se deja sentir en dos puntos: 1.º El que las mujeres llaman y caracterizan con el nombre colectivo de dolores de lomos ó de riñones, producido ya sea por una verdadera neuralgia lumbo-sacra, ya por la tirantéz de los ligamentos posteriores. 2.º El de la region coxijea, debido á la compresion sobre los últimos filetes que emerjen de los agujeros sacros, el cual se alivia de una manera eficaz, colocando á la enferma en pronacion, en cuyo estado cesa la compresion. Este hecho prueba prácticamente que el dolor es efecto mecánico de la compresion, lo mismo que cuando se puede levantar el útero, que desaparece tambien y se alivian instantánea-

mente los sufrimientos, y vuelven las funciones á su estado normal.

Como síntomas reflejos los encontramos sobre todo en el aparato digestivo, en el cual existe un conjunto de alteraciones que recuerdan el embarazo, como vómitos biliosos, sobre todo al levantarse por la mañana, por el cambio de posicion. Encuéntranse asimismo alteraciones en la inervacion, produciéndose accesos histerálgicos. Fijémonos en el hecho de que en las inclinaciones hácia atrás son mas frecuentes estos síntomas que en las anteriores, lo cual debe atribuirse á la compresion de los plexos hemorroidales, causante directo de estados congestivos en toda la region pélvica, lo cual influye no poco en las manifestaciones histeriformes, A estas mismas congestiones, junto con el estorbo material que produce la matriz dislocada debe atribuirse la dificultad en el andar, lo cual se explica perfectamente desde el momento en que hay un cuerpo duro que viene comprimiendo los músculos que contribuyen eficazmente al movimiento de los miembros inferiores. Todos esos datos deben tenerse presentes para formular un juicio completo cuando examinamos una enferma que sufre una retroversion.

Sin embargo, el reconocimiento completo de los caracteres fundamentales de esta dislocacion, solo puede hacerse por la exploracion directa por medio del tacto, que deberá ser á la vez rectal y vaginal, combinados con la palpacion abdominal y el cateterismo. Por el tacto vaginal deberá reconocerse mas bajo el útero, faltando el cuello en su sitio; el fondo de saco posterior estirado y un poco arrastrado hácia arriba. El mecanismo de este fenómeno es igual el que expuse en la leccion anterior al hablar de la anteversion: el movimiento de báscula que se verifique sobre el plano de sustentacion, que viene á ser el punto de insercion de las columnas vaginales, arrastra la pared posterior de la vagina, y viene á formar un plano inclinado, sobre el cual descansa el fondo del útero frente del sacro. Por la parte anterior y detrás del pubis, se encuentra el lábio posterior del cuello, como pegado á la vejiga urinaria. En la parte posterior se encuentra el fondo del útero que está completamente encajado y que se puede reconocer bastante bien cuando hay descenso, que es lo mas comun. Siempre se



aprecia esto mejor que en la anteversion, pues solo en los casos en que está muy graduada es cuando el útero se coloca al alcance del dedo; esto no sucede en la retroversion que como ya he dicho se considera como el primer grado del descenso. Se completa el diagnóstico por el tacto rectal, por cuyo medio se encuentra todo el fondo del útero materialmente pegado á la pared del recto, pudiendo reconocerse en algunos casos el repliegue de Douglas algo estirado que le sirve de punto de descanso. Si guarda una direccion oblicua, se conoce tambien, pues entonces se encuentra el fondo del útero casi siempre á la derecha. Si se combinan el tacto rectal con el vaginal, es posible llegar á encerrar entre el dedo que se ha introducido en el recto, y el dedo introducido en la vagina, el útero dislocado, fijándose definitivamente su situacion por el espacio comprendido entre ambos dedos exploradores. Aun puede hacerse el diagnóstico mas detallado por el cateterismo intra-uterino. Este debe hacerse sin espéculum como en la anteversion, cogiendo en lo que sea posible el lábio posterior para llegar á penetrar en el orificio externo. La sonda debe estar encorvada en ángulo y debe mirar hácia atrás, de esta suerte penetra á todo lo largo del cuello, si la arcada del pubis no impide los movimientos de este instrumento.

Una vez introducida se la puede enderezar con bastante facilidad dirigiendo el mango hácia el periné, y para que verifique este movimiento se le puede ayudar con el tacto ya por la misma vagina, ya por el recto. Una vez enderezado el útero, se coloca cual corresponde á su estado normal, y por lo regular se vé libre la mujer de los síntomas de compresion que se ejercian sobre el recto y sobre la vejiga, á menos que, como he visto alguna vez, esa compresion haya producido una parálisis de la vejiga, en cuyo caso la retencion de la orina persiste por un tiempo mas ó menos largo despues de la reduccion.

La retroversion uterina puede confundirse con otros estados patológicos, y hacerse difícil de formular el diagnóstico.

Lo primero que ocurre es la posibilidad de un fibroma posterior, es verdad que esto es mas fácil con la retroflexion pero tambien pudiera confundirse con aquella clase de tu-

mores, el estado patológico que nos ocupa. La diferencia deberá apreciarse principalmente por el tacto vaginal y rectal, y el cateterismo uterino. Puede confundirse con la presencia de un tumor en las partes inmediatas, sobre todo con un tumor del ovario, los cuales al principio y antes de ascender á la cavidad abdominal, tienen tendencia á colocarse detrás del útero. Deberá tenerse presente que, como consecuencia del crecimiento que tiene el tumor ovárico se verifica una latero-version, y naturalmente el hocico de tenca se inclina del lado del tumor. Entonces, pues, lo que en realidad hay no es retroversion, sinó mas bien una latero-version, con descenso mas ó menos pronunciado, carácter que define tanto mas las diferencias del tumor ovárico con la retroversion, cuanto que los síntomas de compresion sobre el recto y la vejiga son mucho menos efectivos, pues colocados el fondo del útero hácia uno de los lados del sacro, quedan bastante libres en sus funciones uno y otro órgano. Sin embargo, á pesar de estos datos, convendrá siempre asegurar el diagnóstico con nuevas exploraciones, y sobre todo como en el caso anterior con el cateterismo. Por este medio se puede mover la matriz si es retroversion, tanto mas cuanto que se encuentra en la cavidad del sacro y sus movimientos hacen desaparecer el abultamiento, al paso que en el tumor ovárico, la matriz se mueve difícilmente y el movimiento no se comunica al tumor, que mientras tanto se toca por el recto. Esta doble exploracion combinada, descubre que el cuerpo del útero y el tumor son dos cosas distintas, razon por la que este procedimiento es uno de los mas á propósito para conducir á un buen diagnóstico. Este resultado, sin embargo, no se consigue siempre á la primera tentativa, siendo necesaria una série de exploraciones para formar el hábito y delicadeza del tacto, de modo que solo con práctica se llega á adquirir una destreza bastante grande para apreciar todos los pequeños detalles.

Acerca del pronóstico de estas alteraciones se debe decir lo mismo que ya hemos dicho al tratar de la anteverision. No constituyen estados graves en el de vacuidad del útero, aunque sí molestos y largos de curar, pero en el estado de plenitud, ya es el caso mas grave que presentarse puede, y que lleva al aborto ó á una rotura del útero,



por la imposibilidad de extenderse este á medida que crece el huevo. Cuando la mujer á pesar de la retroflexion ó retroversion concibe, y aquel desvio no se corrige espontáneamente, á veces se consigue el enderezamiento por medio de la táxis: pero si esto no se alcanza estando el útero como aprisionado en la excavacion, se producen estados generales consecutivos á la presion, ó bien se determinan las contracciones y con ellas el aborto; y si esto no es posible por la misma dislocacion del útero, pueden dar lugar hasta á la rotura con todas sus consecuencias. Mas en el estado de vacuidad, excepcion hecha de algunas versiones agudas provocadas por traumatismos, no ofrece gravedad por mas que se diga que una gran parte de los trastornos que sufren las mujeres son debidos á la retroversion. Para mí son debidos mas bien al estado de inflamacion ó de infarto que los acompaña, unas veces como efecto y otras como causa de la retroversion. Cuando llegan á formarse adherencias, entonces son mayores las incomodidades, y suelen presentarse algunos síntomas de peritonitis parcial. De todos modos deben tenerse en cuenta que la curacion es difícil porque siempre supone la aplicacion de medios físicos que son incómodos, bastante por sí solos á producir lo que no habia producido la alteracion, es decir, la congestion é inflamacion del cuello del útero, lo cual obliga á retirar el pesario que se habia colocado. Dice con este objeto Barnes que respecto á la retroversion no habria ninguna que no se curase si se pudiese sostener el pesario mucho tiempo. Esto es mucha verdad, y casi tiene la categoría de aforismo, pero por desgracia es tambien cierto que los medios físicos de reduccion no pueden siempre tolerarse todo el tiempo que se necesita para que el útero vuelva á su volúmen normal. Ni aun basta esto. Es preciso que los ligamentos del útero que han perdido su tonicidad por efecto de embarazos sucesivos, la recobren y lleguen á tener bastante fuerza para sostener el útero en su sitio, y esto cuesta mucho. Lo mismo sucede con la vagina que representa un gran papel para sostener la matriz y á cuya tonicidad se opone la presencia del pesario colocado allí para levantar el útero. Se encuentra alguna que otra mujer que tolera esos apósitos, pero la mayor parte de casos no se consi-

que y se tiene que retirarlos sin haber conseguido casi nada.

El tratamiento consiste en la aplicacion de medios físicos de sustentacion , pero se tiene que atender en todos los casos principalmente á desinfartar el útero, dar vigor á los tejidos y curar los estados patológicos concomitantes que puede presentar el útero, como son endometritis, infartos, hipertrofias, etc. Respecto á esto se acude á los medios ordinarios, al yodo, á las duchas frias aplicadas á la region lumbo-sacra, y en el infarto á las aplicaciones de chorros ascendentes con un tratamiento general apropiado y basado en los tónicos, sobre todo el bierro y una buena alimentacion, los alimentos azoados y el uso del vino seco y poco alcoholizado.

Las diferentes clases de pesarios conocidos, son los que responden á la indicacion de mantener el útero en su sitio, despues de reducido por medio de la táxis. Esta se practica por Gallard Thomas, haciendo bajar el cuello con un dedo introducido en la vagina, mientras otro dedo levanta el cuerpo ya por la vagina ya por el recto. Una vez colocada en su sitio la matriz, se puede aplicar un pesario que tiene la forma de una S y que tira hácia atrás el cuello del útero para mantenerlo en su posicion, pero para mí tengo que son mas útiles los pesarios circulares si vienen bien ajustados al cuello. Cuando la vagina tiene poca fuerza, se pueden aplicar otros provistos de un apéndice ó muelle exterior que viene á fijarse á una faja hipogástrica, ó bien, y es mas sencillo un pesario de aire. Este, sin embargo, tiene el defecto de ser demasiado voluminoso, y relajar por esta causa la vagina.

Digimos al principio de estas lecciones que la retroflexion era la flexion del útero hácia atrás, de suerte que el fondo venia á corresponder á la concavidad del sacro pero doblado de modo que forma un ángulo á seno posterior; la retroflexion no debe considerarse ya como la retroversion, un primer grado de prolapso del útero, supuesto que puede existir sin haber descendido este órgano.

La retroflexion se produce bajo la accion de diferentes causas, pero la mayoría debidas al desarrollo extraordinario del cuerpo del útero, principalmente al que tiene lugar des-



pues del puerperio, y por lo tanto á defectos de involucion. Hay sin embargo, una génesis de esta afeccion que se separa de todas las demás, y que se ha llamado retroflexion congénita. El útero, en la vida fetal, está retrovertido y cuando se va desarrollando mas, cuando toma la forma y disposicion que le caracterizan en la mujer púber y adulta, parece posible que se conserve ese estado de retroversion del fondo, enderezándose el cuello, no conociéndose tal deformacion hasta que viene la menstruacion presentando entonces dismenorreas que tienen mucha similitud con la dismenorrea flogística, porque viene á cerrarse mecánicamente el cuello sobre todo el orificio externo; esto sin perjuicio de que se produzcan adherencias y una oclusion aun mas marcada. Aparte de esos estados congénitos que suponen una lesion, un retraso en el desarrollo orgánico, encontramos causas de la afeccion en el defecto de involucion. Se comprende perfectamente la manera, el mecanismo como esto se produce; cuando acaba la mujer de parir, queda el útero muy grande pero al mismo tiempo blando, flexible, de modo que sus paredes no tienen la tension y la energía que les corresponde, y siguiendo las leyes de la gravedad cae hácia el lado mas declive, inclinacion que corresponde á una de las fosas ilíacas; si la enferma guarda el decúbito lateral, se encuentra como descansando en la fosa ilíaca correspondiente, y si el decúbito supino, corresponde á la cavidad del sacro. Hay que recordar que el cuello se reduce bastante rápidamente, y tanto es así, que algunas veces se retiene la placenta, y si se pasan algunas horas sin hacer la extraccion, no solo no se puede introducir la mano sino ni tan solo el dedo para extraerla. Despues de veinte y cuatro horas el cuello tiene bastante firmeza y sin embargo, el cuerpo está aun ingurjitado de los mismos líquidos que contenia antes y por lo tanto pesado y blando. En esta época se le ve en retroflexion y por esta razon hay una tendencia muy grande entre los tocólogos á aconsejar no el decúbito supino, sinó un decúbito lateral que impide que el útero vaya á colocarse en la cavidad del sacro, lo cual favorece los procesos de subinvolucion; pero en el decúbito lateral cae hácia un lado y va retrayéndose poco á poco sin doblarse y sin producir de consiguiente la retro-

flexion. Si á esto añadimos luego una especie de retraso de las fuerzas absorventes del útero, de suerte que no se reduce ni desaparecen aquellos elementos hiperplasiados que han constituido durante la época de gestacion la estructura íntima de la matriz, teniendo en cuenta que esa reabsorcion puede hacerse de una manera desigual, dejando de verificarse en una zona que suele ser la de la insercion placentaria, comprenderemos como es posible que se vaya acentuando la flexion hácia atrás y que quede luego en un estado permanente.

No contribuyen poco á que tal cosa suceda los fenómenos que acompañan á la primitiva retroflexion, y que por una série de procesos vienen á fijar con carácter definitivo y anatómico, la inclinacion que en un principio era solo accidental. Lo que entonces sucede es de ordinario lo siguiente: Haya ó no endometritis que preceda á la flexion, esta va marcándose mas y mas, y desde el momento en que se encuentra el útero de esta suerte, el cuerpo doblado sobre el cuello, se establece cierta dificultad para la circulacion, están comprimidos los vasos venosos, y por lo tanto hay una razon muy abonada para la congestion, esta produce á su vez la hiperplasia, y últimamente la hipertrofia; resultando al fin el infarto y la ingurjitacion del útero complicados con inflamación de la mucosa y la leucorrea, que nunca falta.

Acompaña entonces á la inflamacion de la mucosa, una dismenorrea inflamatoria muy marcada, y que debe ser mas acentuada que en los casos ordinarios, porque hay que añadir al estado catarral, la flexion del útero que ha de hacer mas difícil la salida de los coágulos sanguíneos. A medida que esta lesion se prolonga, van acumulándose las fuerzas asimilativas y por lo mismo el volúmen y peso del útero, en términos que en algunas ocasiones nos encontramos con un cuerpo que recuerda perfectamente al útero en el tercero ó cuarto mes del embarazo. Entonces puede llegar á adquirir tales dimensiones, que llene por completo la cavidad de la pélvis. Ya se comprende que en esta época han de levantarse una porcion de síntomas que antes no existian; así acusa la enferma una sensacion de peso y compresion en el interior de la pélvis, acompañadas de dolores vivos cuando anda ó se mueve; si es durante la menstrua-



cion, hay dismenorrea, si fuera de la época menstrual sobrevienen ataques histerálgicos algunas veces muy enérgicos, con alteraciones respecto á la sensibilidad y á la motilidad, aberracion de las facultades intelectuales afectivas, de modo que se pueden ver accesos de mania histérica, de alucinaciones, etc. En otro orden de fenómenos aparecen varices y hemorroides, neuralgias, entre las cuales predominan la ciática y la del nervio obturador, y son producidos por la compresion sobre el plexo lumbo-sacro, á la par que otras de carácter reflejo como v. gr. las neuralgias intercostales, la neuralgia facial y todo el cortejo de perturbaciones nerviosas que acompañarian á estos estados.

Se debe resentir el sistema del gran simpático; de aquí las alteraciones en la digestion, dispepsias, anorexia, con una notable retraccion del recto, vómitos biliosos pertinaces que al principio afectan la forma de los vómitos de las embarazadas, mas frecuentes por la mañana durante la vacuidad del estómago, rebeldes muchas veces al tratamiento, hasta llegar á producir la desnutricion del individuo. A esto pueden seguir ya síntomas generales de anemia, y un cuadro completo de neurosismo.

La compresion que ejerce la matriz doblada sobre los órganos vecinos, puede producir la oclusion completa del recto y la imposibilidad de la expulsion de las heces fécales seguida de la infeccion de la economía, constituyendo la *coprohemía*. Cuando llegan las cosas á este punto, nos encontramos con un estado séptico parecido á la septicemia pútrida, producido por la absorcion de las materias esterco-ráceas de que hablamos en la leccion dedicada al cáncer, y por lo tanto escalofrios, frecuencia de pulso, sequedad de la lengua, disnea, tos, algunos fenómenos atáxicos muy marcados, subsalto de tendones, y á parte de esto un síntoma que indica el origen de aquella septicemia y es que la traspiracion desprende olor á excrementos, como si la sangre se impregnara de esos materiales. Esto se marca sobre todo en la mucosa aérea, de suerte que el aire expirado huele siempre mal. Cuando las cosas llegan á este punto, puede decirse que la Medicina es impotente, la infeccion está ya hecha y es poco menos que imposible restablecer las cosas á su estado normal.

Felizmente, raras veces llegan las consecuencias de la retroflexion á revestir tanta gravedad, aun en los casos en que es muy antigua la inclinacion. En los casos ordinarios la inflamacion es poco marcada, y al mismo tiempo que no hay infarto ni crecimiento del útero, lo encontramos un poco lateralizado, lo cual impide comprima el recto; ocasiona sí mal estar y dolores vagos, pero no ese conjunto de síntomas graves que terminan por la muerte.

Los síntomas que presenta la retroflexion vienen ya, puede decirse, trazados por la historia misma de la enfermedad. Si el infarto no es notable, si no llega á producirse esa fuerte compresion sobre el recto y sobre los vasos y nervios de la pélvis, solo se vé en primer término la dismenorrea de carácter inflamatorio, que se acompaña de todos los fenómenos nerviosos que le son propios, y luego síntomas generales lijeros, malestar, fastidio, esa desidia especial que hace no estén bien las enfermas mas que echadas en cama y dolores por la progresion.

El *diagnóstico* lo debemos formular sobre el conocimiento de todos los síntomas expresados, y principalmente por el reconocimiento físico y positivo de la retroflexion. Esto es mas difícil de conseguir que en la retroversion, pues el tacto vaginal y la exploracion por medio del espéculum acusan los caracteres y situacion normal del cuello, y es preciso combinar estos procedimientos con la palpacion abdominal, el tacto rectal y el cateterismo.

Llevando el dedo explorador al fondo de saco anterior lo mas alto posible cuando está en su sitio la matriz, no puede pasar entre el cuerpo de ésta y el pubis, precisamente porque el cuerpo del útero está pegado á la parte posterior del pubis; pues bien en los casos en que hay retroflexion no se encuentra el cuerpo del útero; el dedo encuentra tal vez en su lugar algun asa intestinal y por la palpacion abdominal se puede tocar el dedo introducido en la vagina, sin mas intermedio que las paredes abdominales; esto indica que el cuerpo del útero no está en su sitio, sino algo inclinado hácia atrás. Cuando por el fondo de saco posterior se llega á la altura de la union del cuello con el cuerpo, se encuen-



tra éste como decíamos al hablar de la retroversion, en el mismo repliegue de Douglas que le sirve como de lecho ó apoyo y los movimientos que le imprime el dedo, se comunican al otro dedo introducido en el recto, hasta llegar á limitar con bastante exactitud la situacion y forma del útero doblado.

Esto se confirma mas por medio del cateterismo. Se necesita aquí una habilidad especial para sondar, tanta como para hacer el cateterismo de la uretra en el hombre. En los casos de grande flexion el ángulo que formen el cuello con el cuerpo, será menos que un recto, menos de 80 grados y es preciso que la sonda primero penetre hasta el ángulo y que luego pase mas adelante, para lo cual es menester calcular aproximadamente el ángulo que forman para dar á la sonda una inclinacion igual; conocido esto se introduce la sonda guiada por el dedo índice de la mano izquierda hasta llegar al cuello; el instrumento llega con facilidad hasta el punto de duplicacion en ángulo; el ángulo que forma la sonda debe mirar hácia el pubis, de modo que el mango corresponda á la comisura anterior de la vulva, hasta que ha recorrido el cuello, y siente el obstáculo que le opone la flexura de éste; entonces se imprime á la sonda un movimiento de rotacion, dándole una vuelta completa de manera que el mango que viene á corresponder á la comisura anterior pase á la comisura posterior, con lo cual el ángulo mira hácia atrás adaptándose exactamente al que forma la flexion. Durante este movimiento, la sonda penetra por completo en el útero de la misma manera que sucede con el cateterismo uretral en el hombre cuando se practica por el procedimiento llamado la *vuelta de maestro*.

El cateterismo en las flexiones del útero se facilita admirablemente con el nuevo instrumento *histerómetro de Teru-llon*, formado por un tallo de acero flexible recubierto de cautchouc puede recorrer todo el trayecto por mucha que sea la flexion, cuyo ángulo marca una aguja sobre un cuadrante colocado en el mango.

Una vez introducida la sonda, no solo se confirma la existencia de la retroflexion y el ángulo que forma, sinó que imprimiendo al útero movimientos, al propio tiempo que un dedo colocado en el recto reconoce el fondo, puede

elevarse éste , y restituir hasta cierto punto el órgano á su posicion normal.

Cuando esto pueda conseguirse fácilmente , probará que no hay infarto uterino , supuesto que , cuando este existe, es difícil levantar el útero. Para llegar á esto sirve el enderezador de Simps , especie de sonda articulada que se levanta por medio de una pequeña tuerca colocada en el mango, y comunica al fondo del útero un movimiento suave para no herir la mucosa uterina como puede suceder cuando se usa la sonda sencilla. Antes de llegar á este procedimiento, es necesario ante todo asegurarse de que no hay embarazo supuesto que la existencia de la preñez no invalida la flexion aun despues de haberse realizado , y dado el hecho, no debe practicarse el cateterismo que podria provocar el aborto.

Comprobada la retroflexion , debe examinarse si ésta ha llegado á producir adherencias , ó bien está sostenida por una lesion de nutricion , como la hipertrofia de la pared anterior , con atrofia concomitante de la region inferior y posterior , pues de existir tales lesiones toda tentativa para enderezar el útero , seria altamente perjudicial , antes de conseguir su curacion por otros medios.

*Tratamiento de la retroflexion.*—Este debe comprender tres partes ; primera , corregir los estados anatómicos que le acompañan como son casi siempre la inflamacion , los infartos y la hipertrofia , sin lo cual no es posible la reduccion. Segunda : debe tratarse el estado general , haciendo todo lo posible para restablecer el equilibrio en la economía , combatiendo la anemia si existe , y las demás perturbaciones que le acompañan ; y tercera , procurar la reduccion del órgano por los medios físicos que tenemos á nuestra disposicion.

Reconocida la endometritis y el infarto , se podrán usar las inyecciones intra-uterinas , la medicacion astringente y la medicacion antiflogística , á fin de facilitar la absorcion de los elementos hipertrofiados , al propio tiempo los tónicos valiéndose principalmente del hierro y de la quina , á fin de crear un gran conjunto de fuerzas orgánicas para restituir las funciones á su estado normal. Aquí alguna vez será necesario emplear una medicacion antitética , hacer aplicacio-



nes de sanguijuelas, por ejemplo, y al propio tiempo aplicar los astringentes en el mismo sitio y dar al interior la quina y el hierro. Para disminuir, pues, el peso del útero y entonar el organismo es por lo que se emplean estos medios, y una vez conseguido el objeto se acude al tratamiento de la flexion por los medios físicos que se conocen. Primero, procurar á enderezar el útero; y segundo, mantenerlo en su posicion. Si la flexion depende de un defecto de involucion uterina, se consigue ya mucho con los medios empleados para resolver el infarto, pues á medida que éste desaparece, el útero adquiere sus proporciones, y basta entonces la simple táxis para enderezarlo, pudiendo mantenerse en su sitio por medio de un pesario. Pero si el infarto no se resuelve del todo, no hay mas medio que los enderezadores para mantenerlo en posicion, porque aun el mismo pesario de Cutter todo lo mas que hace es levantar el fondo del útero, sin deshacer la flexion. En cámbio los enderezadores tienen el inconveniente de producir endometritis, y á veces es menester quitar esos medios antes de que surtan efecto para no producir estados graves. Los partidarios de este tratamiento mecánico dicen que ese mal efecto resulta cuando se usan en un estado de rapidéz, con lo cual se lastima el útero, pero que si son flexibles de tal suerte que obedezcan á los movimientos del útero, al poco tiempo producen la tolerancia, y pueden llevarse hasta completar la curacion. Uno de ellos, el mas oportuno es un enderezador que podemos llamar mixto, y consiste en un tallo hueco, ligeramente flexible, de unos 40 milímetros de longitud, terminado en una pequeña rodela que se aplica al cuello y sirve de punto de apoyo al útero. De esta suerte no gravita sobre la punta del vestago, sinó en la rodela de la base, y se mantienen perfectamente en línea recta el cuello y el cuerpo, y por lo tanto endereza la flexion. Para completar entonces la reduccion, ó bien se contiene el enderezador por medio de un aparato que comunica con una faja hipogástrica al exterior, ó bien aplicando luego para sostener aquel otro pesario circular, como el de Dumontpallier, ó el de cubeta de Jocoler, etc. Hay pesarios mas complicados que sirven tambien á este objeto como el de Valléx, el de Zwank, el de Hoog, etc. Los pesarios contenidos por fajas exteriores, como por ejem-

plo los de Simpson y Valléix, tienen el inconveniente de ser muy incómodos, y hacerse pronto insoportables, porque todos los movimientos que hace la enferma parece que se reflejen en este aparato y vienen á herir el útero.

En la retroflexion tiene aplicacion lo que anteriormente dije respecto á la electricidad, si es debida por ejemplo á que la pared anterior está muy gruesa como ingurjitada de elementos sólidos y líquidos, y la pared posterior está delgada, desnutrida, entonces indudablemente puede la electricidad producir dos efectos: uno fundente absorbente, y otro tónico, porque excitando las contracciones uterinas dá fuerza esta region. Se puede emplear la electricidad en estos casos con tanta oportunidad como en la anteversion siguiendo las reglas que han dado Tripier y Cheron para la aplicacion de las corrientes eléctricas á las desviaciones del útero. (1)

---

(1) TRIPIER. = *Lesions de forme et de situation de l'uterus, etc.* = Paris 1871.



## LECCION XXVIII.

PROLAPSO Ó DESCENSO DEL UTERO.—Division.—Etiología.—Patología.—Síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento

INVERSION.—Variedades.—Etiología.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

**Señores:**

Con el nombre de prolapso, procidencia ó caída del útero, se entiende el cambio de situación de este órgano, por el cual queda fuera de su nivel normal. Puede entonces resultar mas ó menos bajo segun se separe del punto que ordinariamente ocupa, de lo cual deben originarse diversos grados de descenso. Astruch, y con él muchos autores modernos, admiten tres grados, designados por el número ordinal que á cada uno corresponde, ó bien con los nombres de *depression*, *procidencia* y *prolapso*; por el primero se entiende el descenso del útero que no llega al plano perineal; en el segundo comprenden los casos en que baja hasta descansar en el periné, y en el tercero aquellos en que sale fuera de la pélvis al través del anillo vulvar. Otros ginecólogos solamente admiten dos grados, que califican de *descenso incompleto* y *descenso completo*, comprendiendo en la primera de estas denominaciones el primero y segundo grado de Astruch, y en la segunda el tercero. Yo he adoptado en mi programa esta última division, por ser mas sencilla y porque en rigor de verdad, no existe entre el primero y segundo grado de los autores una diferencia tan

marcada, como entre los dos y el tercero, tanto si miramos á la razon fisiológica y etiológica, como á los fenómenos de que se acompañan y vienen á constituir una sintomatología completa. Partiendo, pues, de esta manera, de comprender las cosas, llamamos descenso ó prolapso incompleto aquel cámbio de situacion del útero en que, bajando de su nivel, no sale sin embargo de la cavidad de la pélvis, y descenso completo, cuando graduándose hasta el extremo, abandona aquella cavidad y se presenta fuera de la vulva, á manera de un tumor pensil. Esto último constituye ya una verdadera hérnia uterina.

Recordando bien la anatomía del útero y sus anexos, se comprende fácilmente el mecanismo segun el cual se realizan esos descensos, y aun la frecuencia con que deben presentarse, dado el sinnúmero de causas que á ello pueden contribuir. Verdaderamente el útero se halla como suspendido en la excavacion de la pélvis, y á pesar de los muchos medios de sustentacion que le relacionan con las paredes óseas, la verdad es que todos ellos son poco poderosos, y sobre todo, se encuentran con frecuencia sujetos á modificaciones anatómicas que no pueden dejar de producir relajaciones y pérdidas de su tonicidad, traducidas mas ó menos tarde por un descenso del órgano. Los ligamentos anchos y redondos, los posteriores ó semi-lunares, el tejido conectivo laxo interpuesto entre el útero y las paredes pélvicas, y la vagina, constituyen un conjunto de medios de sustentacion bastante poderosos, cuando existe perfecta relacion entre su fuerza de tonicidad y el peso del órgano que sostienen, pero en cuanto potencia y resistencia se desequilibran, no pueden menos que ceder. Esto puede suceder de dos maneras: 1.<sup>a</sup> aumentando el peso del útero: 2.<sup>a</sup> relajándose los medios de suspension.

De aquí surge naturalmente el estudio etiológico que debe referirse á tres órdenes de causas: una relativa al útero; otra á los ligamentos, y otra que debemos considerar como accidental ó existente fuera del aparato que estudiamos, y que comprende cierto número de causas ó agentes que muy bien pudiéramos calificar de traumáticos.

Encontramos entre las del primer orden, la falta de involucion completa del útero despues del parto; la hiperplasia



sia areolar conectiva, la hipertrofia; los tumores uterinos, en especial los sub-serosos y sub-mucosos. Entre los del segundo, los embarazos sucesivos, como causa lenta de relajacion de los ligamentos, las inflamaciones peri-uterinas terminadas por reblandecimientos, la rasgadura no curada del periné; la subinvolucion de la vagina. Finalmente, en el tercer órden; los tumores abdominales, las colecciones líquidas, los esfuerzos de tos y de defecacion difícil, la presion exajerada del abdómen por los corsés, los esfuerzos musculares extraordinarios, ó realizados estando el cuerpo inclinado en una posicion violenta, etc.

Todas las causas de los dos primeros órdenes, obran á la vez como predisponentes y como ocasionales, su accion es lenta pero continúa, y por esto dan lugar á descensos graduales y lentos, que pueden muy bien recorrer sucesivamente todos los grados, hasta llegar al prolapso completo sino se corrije esa tendencia y se opone un obstáculo al movimiento iniciado, por los medios que aconseja la ciencia. En cámbio, los del tercer órden pueden obrar bruscamente algunos de ellos, produciendo un descenso instantáneo y grave, á la manera que se producen muchas hérnias. Se encuentran en este caso las impulsiones que proceden del aparato respiratorio, como los accesos fuertes de tos y el estornudo; y todos los esfuerzos musculares, ya internos como la defecacion forzada, ya externos. En cuanto á los demás que he mencionado, obran al igual que los del primero y segundo órden de una manera lenta, y ocasionan descensos graduales.

El prolapso rápido é instantáneo es mucho mas raro que el lento, pues al paso que éste podemos observarlo todos los dias en la práctica, aquel constituye hechos poco menos que excepcionales, si bien revisten en cámbio mayor gravedad. Por lo que hace á los síntomas, y á los detalles de su produccion, no se diferencian las dos formas, aunque algunos de aquellos se presentan mas acentuados en la produccion brusca. Por esto al describirlo tomaré por tipo la forma lenta, á lo cual pueden referirse todos los casos prácticos, haciendo al paso aquellas observaciones que exige la diferente manera de presentarse los síntomas, ó las consecuencias distintas en los fenómenos reflejos cuando el prolapso, debido á

una causa instantánea, ha sido producido también bruscamente.

Si se me preguntara cual de todas las causas citadas es la que con mas frecuencia produce el prolapso, no titubearia en decir que es la falta de involucion del útero, razon indudablemente, por la cual el mayor número de des-  
censos se observa en mujeres pluríparas, y entre éstas especialmente las que han ofrecido puerperios trabajosos ó incompletos. Esta causa obra en verdad como predisponente y ocasional lenta á la vez, y esto le dá mucha importancia. Despues de ella figura indudablemente el enflaquecimiento que produce por un lado la absorcion del tejido conectivo peri-uterino, y por otro la relajacion de los ligamentos y de la vagina. Éstas son las causas mas frecuentes en el orden de los graduales, secundadas casi siempre por el peso de los vestidos y la presion del corsé sobre el abdómen. En cuanto á su accion son tanto mas efectivas, cuanto mas dispuesto se halle el útero á descender por la accion de otras causas persistentes. Esto no obsta para que comprobemos muchas veces su accion sobre mujeres jóvenes, nullíparas, y hasta en vírgenes, faltas por lo tanto de toda predisposicion anterior.

El descenso del útero, como hecho patológico, no se limita á este efecto mecánico, sino que va acompañado de otros estados patológicos que contribuyen no poco á formalizar los sintomatológicos. A la relajacion de los ligamentos acompaña de ordinario el de la vagina; ésta se halla distendida, doblada sobre sí misma é invertida, y su mucosa fuertemente congestionada, presenta un aspecto que recuerda el de los mismos tejidos en la época de la gestacion. La matriz á su vez se halla también congestionada, la mucosa del cuello y de la cavidad presenta los caracteres de la endometritis crónica, el orificio externo abierto, y como desgarrado da salida á abundante moco denso, y si llega á alcanzar el último grado y salir fuera de la vulva, toda la mucosa de la porcion libre, y de la vaginal que lo recubre, pierde su aspecto normal, se engruesa, al principio parece que adquiere el aspecto y textura del dermis, endureciéndose el epitelio, pero poco á poco la accion del aire y el frote con las partes vecinas, provocan una especie de eritema



y se ulcera, presentando estas úlceras un aspecto feo, sórdido, de color grisiento que las asemeja á las úlceras crónicas de las piernas, con notable tendencia á hacerse diftéricas, y aun verdaderamente gangrenosas.

El cambio de relaciones del útero con las regiones vecinas, y la tension de los ligamentos, producen una compresion efectiva sobre las venas hipogástricas, lo cual explica perfectamente el estado congestivo de toda la zona, la hiperemia de los tejidos superficiales y la hiperplasia de los profundos, sobre todo del tejido areolar del útero y del tejido conectivo peri-uterino. De todo esto resulta una ductilidad especial que se traduce por una prolongacion notable del cuello, y un aumento en las proporciones de la cavidad, al paso que la masa de tejidos circunyacentes lo mantienen como enclavado y sujeto en su nueva situacion.

Sea cualquiera la causa que haya producido el descenso, no es por lo regular única, sino que combinan algunas de ellas á partir, ó bien de una mala involucion despues de un parto, ó de un estado congénito en virtud del cual, el útero, ya mas bajo de lo regular, es fácilmente arrastrado hasta el periné. En esta situacion cualquier esfuerzo que la mujer realice, ya obligada por estados morbosos del pecho ó del abdomen, (toses, tenesmo rectal, etc.), ya por un ejercicio muscular exagerado y repetido, ha de concluir por completar el prolapso. Así se comprende como, examinando á diversas épocas una misma paciente, se encuentre primero un simple cambio de nivel, mas adelante se halla el cuello ya descansando en el periné, luego asomando por entre los labios de la vulva, y últimamente, tal vez sin haber precedido ninguna impulsión extraordinaria fuera de esta, constituyendo un prolapso completo.

Se comprende tambien que, dadas esas condiciones, los órganos vecinos deben encontrarse alterados en su situacion y relaciones mútuas. La vejiga arrastrada por el útero sufre una especie de retroversion, por la cual el fondo viene á caer encima del útero cuando se halla llena de orina, el trigono tirado hácia atrás comprime el nacimiento de la uretra y los ureteres; arrastrada á su vez la vagina lleva consigo el conducto uretral, y la direccion de éste en vez de ser hácia bajo y adelante, se convierte hácia adelante y arriba, encor-

vándose de suerte que hace difícil la emision de la orina. En cuanto al recto, menos influido por la traccion del útero, se encuentra sin embargo comprimido en su region inferior, la defecacion exige mayor esfuerzo, y la compresion de los plexos hemorroidales favorece la formacion de hemorroides que completa el estado varicoso de toda la region.

Los *síntomas* que caracterizan esta afeccion deben referirse por una parte al efecto mecánico del cambio de situacion, compresiones por consiguiente, y tirantezas sobre los órganos inmediatos y los ligamentos; y por otra parte á los resultantes de las modificaciones patológicas experimentadas por el útero. Es posible, sin embargo, que exista un descenso bastante marcado, hasta descansar el útero sobre el plano perineal, y no obstante está perfectamente bien la mujer en términos de no haber resentido la mas lijera molestia. Esto sucede sobre todo cuando el descenso ha sido lento y progresivo, y no ha llegado á provocar inflamaciones.

Pero en la mayoría de casos se presentan, desde el momento en que se caracteriza el descenso, síntomas bastante positivos para llamar poderosamente la atencion del médico. Lo primero que siente la enferma es dolor, que predomina en la region lumbar y en las ingles, y se exaspera al estar mucho tiempo de pié y con la marcha, aliviándose de ordinario al poco rato de tomar el decúbito supino. A este dolor contusivo permanente, suelen acompañar otros dolores pasajeros de carácter pungitivo, que parece partan del fondo de la pélvis, extendiéndose á las ingles y á lo largo de los muslos. A medida que el descenso progresa, se percibe la sensacion de peso, como si una gran masa gravitára sobre el periné, la imposibilidad de andar aumenta, y no puede doblarse el cuerpo sin provocar dolores intensos; iguales molestias acompañan á los esfuerzos de la defecacion. Cuando el útero está muy bajo, detrás materialmente del esfínter de la vagina, es comun ver que al realizar estos esfuerzos, la matriz sale fuera de la vulva impulsada por los músculos abdominales, volviendo á introducirse luego espontáneamente, ó ayudando sencillamente á la reduccion la mano de la misma paciente. Las alteraciones en la emi-



sion de la orina se presentan tambien cuando llega á este grado el descenso, aunque por lo regular no son muy marcados en los descensos lentos. En cámbio el descenso brusco y traumático, sobre todo si va acompañado de ante ó de retroversion, como es comun suceda, ocasiona casi siempre la retencion de la orina, primero por compresion directa sobre el cuello de la vejiga, y mas adelante por parálisis consecutiva, que puede persistir bastante tiempo despues de reducido el útero. (1)

Los síntomas del segundo órden se refieren al infarto y á la inflamacion uterina. Así hay dolores locales, leucorrea y dispareunia, siendo á veces tan doloroso el ejercicio del coito que se hace de todo punto impracticable. La menstruacion es muy comun ver que no ha sufrido alteracion, pero en otros casos hay dismenorrea con los caractéres de la inflamatoria. Como desórdenes generales, es posible, pero no constante, encontrar algunas perturbaciones en las funciones digestivas, y sobre todo accidentes ó crisis histerálgicas.

Dados los síntomas mencionados, y para llegar á establecer un diagnóstico perfecto, es preciso comprobar físicamente la existencia de la lesion. Cosa fácil, cuando el descenso es completo pues á la primera ojeada, se reconoce el útero fuera completamente de la vulva, apreciando debidamente los caractéres que deben distinguirlo de algunos tumores con los cuales pudiera confundirse. Cuando el descenso es incompleto, debe recurrirse á la exploracion por el tacto vaginal. Por medio de esto se encontrará el cuello del útero á una altura que no es la normal, y la pared anterior del mismo descansando sobre el fondo de saco vaginal cuando haya al propio tiempo anteversion. En algunos casos bastará separar los lábios de la vulva para encontrar inmediatamente detrás de ellos el cuello ó el cuerpo del

---

(1) En un notable caso que he visto recientemente de descenso del útero provocado por el esfuerzo de levantar del suelo un peso considerable, y que recaía en una jóven de 19 años, soltera y bien constituida, apareció la retencion de la orina al dia siguiente al accidente, siendo tan pertinaz que solo se aliviaba la vejiga de su contenido por medio del cateterismo. Reducido el útero quedó una parálisis que se prolongó por espacio de 20 dias, cediendo al fin de una manera definitiva á la accion de unas corrientes eléctricas aplicadas sobre y dentro de la vejiga. Los dolores desaparecieron así que se redujo la matriz dislocada.

útero. Este exámen debe practicarse siempre estando la mujer de pié y estando acostada, pues en los descensos poco graduados, es muy comun que la matriz se eleve á su nivel regular cuando guarda la enferma una posicion horizontal en cuyo caso únicamente estando de pié puede reconocerse el verdadero estado de dislocacion del útero. Si se quiere completar el diagnóstico, se practica el cateterismo del cuello, en cuya operacion, si el descenso es ya antiguo penetra la sonda mucho mas que en los casos normales, lo cual constituye una prueba física del alargamiento ó prolongacion hipertrófica del cuello, que tan á menudo acompaña los descensos.

El descenso del útero puede confundirse con los pólipos fibrosos, la hipertrofia del cuello y la inversion uterina. De los primeros se distinguirá comprobando la presencia en el cuello del agujero cervical externo y practicando el cateterismo. Los pólipos no presentan conducto ninguno, y además se puede reconocer al rededor del pedículo el rodete formado por el cuello. La hipertrofia mas fácil de confundirse con el útero descendido, se podrá distinguir comprobando por medio del tacto vaginal y rectal la existencia del fondo en su sitio normal. Finalmente de la inversion se diferenciará por los caracteres propios de ésta, y además por el exámen de la totalidad del órgano que aunque descendido no ha cambiado de forma y disposicion.

El pronóstico de esta enfermedad no es grave bajo el punto de vista de la salud en general y de la vida de la paciente, pero respecto á la curabilidad de la lesion, corre parejas con la de las versiones y flexiones. En los casos de prolapso instantáneo, si recae en una mujer cuya matriz esté sana y de un volúmen normal, suele conseguirse fácilmente la reduccion persistente; pero en los prolapsos lentos es muy difícil, aun con medios mecánicos alcanzar la curacion definitiva.

*Tratamiento.*—Lo primero que debe hacerse en todo caso, es reducir el útero. Cuando el descenso es incompleto, no suele ser difícil; si fuere completo, la operacion es algo entretenida. Para facilitar la reduccion se coloca la mujer



sobre las rodillas y los codos, á fin de que las vísceras abdominales, gravitando sobre el diafragma, abandonen la pequeña pélvis, y faciliten la colocacion de la matriz en su sitio. En seguida se coje ésta con la mano derecha, y se empuja suavemente al través de los labios de la vulva, haciéndola ascender en seguida, por dentro de la vagina siguiendo la direccion del eje de la excavacion. Estos movimientos deben hacerse con suavidad, no empujando bruscamente, sinó conduciendo lentamente el útero hasta hallarse en su sitio. Ya allí, se le mantiene durante algunos minutos en posicion con la misma mano que ha servido para introducirlo, antes de aplicar los medios mecánicos para mantener la reduccion.

La contencion definitiva se hará en todos los casos respondiendo á las causas que motivaron el descenso. Por esto, cuando es efecto de la presion ejercida por un tumor abdominal, por una cistitis, etc., no puede esperarse conseguir la curacion, sinó despues de tratadas y curadas aquellas enfermedades. Los medios que aparte de esto se emplean podemos dividirlos en higiénicos ó preventivos y curativos. Figuran entre los primeros la posicion horizontal, en algunos casos con la pélvis sensiblemente elevada, el uso de cinturas á propósito para sostener los vestidos, evitando que estos graviten sobre el abdómen (faja ó cintura de Bachelier) y el uso de laxantes para evitar los esfuerzos de la defecacion. Entre los segundos deben figurar ante todo los que van dirigidos á modificar el estado patológico del útero y sus anexos que pudo provocar ó sostener el descenso, la hiperhemia, la congestion y la hipertrofia del cuello, deben ser el primer objeto de atencion, tratándolas por los medios depletorios, los astringentes, y si la hipertrofia fuese muy grande por la amputacion del cuello. La falta de tonicidad de los ligamentos y de la vagina deberá combatirse con los astringentes locales y la hidroterapia, aplicando de preferencia los chorros frios á la region lumbar, la hipogástrica y la perineal. Muchas veces basta esto para mantener reducido un útero descendido, de manera que, apenas queda mas lijero á beneficio de una modificacion oportuna, asciende á su sitio, ó permanece fijo en él si se practicó la reduccion manual. Cuando esto no se consigue debe acudirse á los

medios mecánicos, es decir, á los aparatos que se llaman pesarios. La primera condicion para que estos sean eficaces, es que tengan un buen punto de apoyo, de modo que los casos en que se saca mejor resultado de la aplicacion de un pesario, son aquellos en que la vagina no está relajada, pues entonces sirve de punto de apoyo seguro; cuando esta circunstancia no existe, ni se llega á obtenerla por los medios dirigidos á dar fuerza á la misma vagina, entonces fracasa fácilmente el pesario, á menos que sea muy grande, lo cual por otro lado produce muchas incomodidades. El pesario debe suplir la accion de los ligamentos uterinos, y al propio tiempo contener la relajacion de las paredes vaginales, por lo cual es difícil conseguir uno perfecto, y que al llenar el primer objeto, no se oponga al segundo por la manera como distiende la vagina. Cuando ésta tiene buenas condiciones, pueden servir pesarios sencillos, como por ejemplo, el de anillo elástico de Dumontpallier, el de aire de Gariel, que sostiene muy bien las paredes vaginales y apoya sobre el periné; el de Hoog, el de Zwanck, etc., pero cuando esto no puede ser, hay que recurrir á pesarios que tengan un punto de apoyo exterior, como el de Simpson, el de Valléix, el mismo de Dumontpallier provisto de un resorte metálico que viene á salir al exterior y se fija en una faja hipogástrica.

Cuando se trata de descensos completos antiguos, y cuya reduccion no puede mantenerse por ningun medio, se ha ideado recurrir á un procedimiento quirúrgico, la *Eluytrorrafia*, ó sutura de la vagina. Discutida la eficacia de este recurso por los autores, no me entretendré en examinarla, ni daré la descripcion de todos sus procedimientos. Creo que fracasa la mayor parte de veces, y que aun en los casos en que se consigue por de pronto mantener la matriz reducida, va poco á poco cediendo la especie de soporte que representa el pliegue vaginal, y á la vuelta de algunos meses vuelve á presentarse la matriz fuera de la vulva.

Los procedimientos que se usan generalmente, son el de Sims y el de Emmet, consistentes en levantar en cada una de las caras de la vagina, un colgajo de la mucosa, triangular ó semilunar, de lo cual resultan dos superficies cruentas que se reunen por medio de suturas, y queda cerrada



la vagina (1). Mas completo que estos procedimientos, pero tambien mucho mas complicado, es el de Thomas. Este incinde de arriba abajo todo el grueso de la vagina, en una sola de sus paredes ó en ambas, disecciona luego los colgajos para separarlos del tejido subyacente que los une á la vejiga y al recto, los yuxtapone sujetándolos con un *clamp* á propósito, y últimamente los fija por medio de suturas. El *clamp* puede retirarse á las 48 horas, y las suturas á los diez dias. Con este procedimiento resulta estrechado el calibre de la vagina, y reforzada ésta, además por dos como columnas carnosas anterior y posterior. Sin embargo de esto, el mismo autor del procedimiento no se atreve á responder de su eficacia en todos los casos, y cree que no ha de bastar en muchos para contener definitivamente el útero reducido.

Esta opinion, despues de todo, me parece que es aplicable á todos los procedimientos de elytrorrafia.

INVERSION.—Con este nombre comprendemos la lesion en la cual el útero se vuelve al revés, á la manera que pueda hacerse con un saco ó una bolsa, de manera que, al completarse la mucosa queda al exterior, y la superficie externa del útero constituye una cavidad ó bolsa en la cual pueden retenerse los ovarios y trompas y tal vez alguna asa intestinal.

Se han admitido diversos grados de inversion, segun era mayor ó menor el cambio de superficies. Nosotros siguiendo el mismo criterio que para la lesion que acabamos de estudiar, admitiremos solo dos: inversion incompleta ó simple depresion, é inversion completa. En la primera el cuerpo del útero sufre una depresion que lleva parte del mismo hasta cerca del cuello, pero no llega á franquear éste: en el segundo la porcion deprimida lo atraviesa y sale á la vagina formando una especie de tumor que ya Hipócrates comparó al escroto, y que tiene mucha semejanza con el aspecto de un pólipo voluminoso.

La inversion se verifica casi siempre de una manera

---

(1) SIMS.—*Chirurgie uterine.*—GAILLARD THOMAS.—*Tracé clinique des maladies des femmes.*

brusca , necesitándose para que pueda verificarse , dos condiciones : 1.<sup>a</sup> relajacion é inercia de las paredes uterinas : 2.<sup>a</sup> presion ó traccion ejercida sobre el fondo del útero para ser llevado en la direccion del cuello.

Dadas esas condiciones , el mecanismo , segun el cual la inversion se verifica ha sido explicado de dos diferentes maneras : para unos , una parte del cuerpo reblandecida se deprime , penetra en el cuello , y por traccion arrastra al través de éste el resto de las paredes del cuerpo ; para otros , la parte deprimida al tocar al cuello excita las contracciones uterinas , y éstas empujan y hacen salir fuera de aquellas paredes relajadas , á la manera que lo hacen con la placenta en el alumbramiento natural . La teoria mas generalmente admitida hoy es la primera , aunque no sea del todo inverosímil la segunda , siendo para unos el fondo el que adelanta y forma luego la base ó punto de partida de la inversion , y para otros una de las porciones laterales que corresponderia á la insercion de la trompa , la cual es arrastrada tambien en la inversion .

La inversion no puede producirse mas que estando previamente relajadas las paredes uterinas , de modo , que todos aquellos estados fisiológicos ó patológicos que ocasionan una relajacion ó falta de tonicidad del útero , deben considerarse como causas predisponentes . Figuran , pues , en primer lugar , el embarazo , y luego las distensiones del útero por la presencia de líquidos en su interior , ó por la existencia de tumores y en primera línea , los pólipos .

Supuesto uno de esos estados , existen muchas causas ocasionales ó determinantes de la inversion , como por ejemplo las tracciones ejercidas sobre la placenta que conserve alguna de sus inserciones naturales , ó las tenga patológicas ; las tracciones ejercidas sobre un pólipo ; la extraccion rápida y poco cuidadosa del feto ; los esfuerzos musculares voluntarios exagerados , cuando despues del parto queda el útero relajado é inerte . De todas estas causas la mas comun se refiere al parto , en términos que resulta de las estadísticas , que el 87 por 100 de las inversiones que ocurren se deben á la extraccion de la placenta ó de un feto , y el 13 por 100 restante á causas diversas , pero principalmente á pólipos , que al ser expulsados ó extraídos , arrastran



consigo la porcion del útero en que se implantan. En el caso de alumbramiento artificial, la relajacion de las paredes uterinas obra como causa predisponente necesaria, y la traccion manual como causa determinante, mas no necesaria, supuesto que es posible dado aquel estado, que los esfuerzos musculares de la paciente sean suficientes para producir la inversion, sobre todo cuando los realiza la mujer estando sentada. Un caso de esta naturaleza pude comprobar en una señora que acababa de parir sentada, y en la que un esfuerzo de expulsion produjo instantáneamente la salida de la placenta y trás de ella del fondo del útero. Felizmente pude hacer al momento la reduccion, y el caso no tuvo consecuencias, pero me convenció de la facilidad con que este fenómeno puede realizarse, cuando se trata de plúripas, sobre todo si paren sentadas, y no saben moderar los conatos de expulsion voluntaria.

Los casos de inversion espontánea, sin tracciones sobre el producto de la concepcion ó sobre un pólipo son excepcionales, y los poquísimos que se registran en los libros recaen todos en mujeres, cuya matriz estaba enferma y relajada desde mucho tiempo antes del accidente.

Los *síntomas* que caracterizan la inversion son reducidos, pues se refieren á la presencia de la especie de tumor formado por la porcion invertida, ya limitado á una procidencia al través del cuello, cuando es incompleta, ya á una masa piriforme, pediculada que ocupa la vagina ó sale tal vez por la vulva. De modo que tienen mucha analogía sus síntomas propios, con los que corresponden á los pólipos. Si la inversion se produce inmediatamente despues del parto, como efecto de tracciones ejercidas sobre la placenta, es un hecho muy evidente, pues se puede apreciar por el tacto y hasta por la vista la mucosa del útero invertido, que dá sangre en abundancia, y sobre la cual tal vez adhiere aun una porcion de placenta. En tal caso, la enferma sufre además de la hemorragia, un dolor vivo y síncope, pudiendo éstos y la hemorragia ser mortales, sinó se le socorriera inmediatamente. En los casos en que la inversion data de algun tiempo, los síntomas culminantes son los siguientes: sensacion de peso en el fondo de la pélvis, y de tiran-

téz en las regiones lumbar é inguinal, algo parecido á lo que produce el descenso; hemorragias, á veces continuas y poco acentuadas, otras intermitentes y coincidiendo con las épocas menstruales; dificultad para la marcha y la estacion y para el coito. Si la enfermedad persiste mucho tiempo, pueden venir síntomas de anemia, debidos á las reiteradas pérdidas sanguíneas.

Pero todos estos síntomas son vagos, y pueden corresponder á diversas alteraciones, para lo cual, es menester buscar signos físicos completamente significativos para establecer el diagnóstico. Esto se consigue por la exploracion directa, el tacto y el cateterismo. El tacto vaginal reconoce un tumor voluminoso que llena mas ó menos el útero, liso, y que en su pedículo, ó en su base, si es pequeña é incompleta la version, se halla rodeada por los lábios del cuello dilatado. La palpacion abdominal no encuentra el fondo del útero en su sitio; falta ó está cambiado de forma; el tacto rectal, encuentra que el útero no existe, si la inversion es completa; en su lugar hay una gran depresion, y si se coloca una sonda en la uretra, el dedo introducido en el recto llega á tocarla al través de la pared anterior de éste y la posterior de la vejiga, sin obstáculo intermedio. En los casos de inversion incompleta, el útero no falta, pero en vez de reconocer su figura globulosa propia, lo encuentra como cortado por su mitad, y afectando en vez del fondo redondeado, la forma como de un cubilete. La sonda uterina introducida por el lado del tumor, penetra muy poco en la inversion incompleta, en la completa no puede entrar absolutamente nada porque no existe cavidad.

Estos síntomas bien apreciados son los que se utilizan para diferenciar la inversion del descenso, y de los tumores con los cuales pudiera confundirse. La distincion con el descenso no es difícil, pues ésta presenta á la exploracion los caracteres del cuello, con su correspondiente orificio cervical, por el cual pasa el cateter, y la inversion al contrario ofrece una superficie convexa lisa, sin agujeros, que es el fondo del útero. Mas difícil es distinguirla de los pólipos, con los cuales se puede confundir la inversion completa, y de los tumores fibrosos que se parecen á la incompleta. Es preciso entonces buscar todos los pequeños detalles, sobre



todo los que se refieren á la existencia del cuerpo y de la cavidad en un caso (pólipo), y la no existencia en el otro (inversion). Así y todo es muy fácil el error, y hombres muy conocedores y experimentados han extirpado alguna vez la matriz, creyendo hacerlo con un pólipo (Parker) (1).

La inversion no se cura instantáneamente. La que se produce bruscamente al fin de un parto puede determinar rápidamente la muerte por hemorragia ó síncope, pero en cambio si se atiende con premura puede curarse bien y de prisa. La que se produce despacio, ó persiste en forma crónica despues de un parto, ocasiona molestias grandes, y á veces graves accidentes. Se citan casos de reduccion espontánea por efecto de las contracciones uterinas, pero sobre ser raros, son problemáticos.

De aquí resulta que el pronóstico debe hacerse siempre grave, en unos casos, por el peligro inmediato de muerte; en otros, por las incomodidades y accidentes que acompañan á la inversion, y siempre por las dificultades que lleva consigo la maniobra de reduccion en las inversiones antiguas, como por ejemplo. la rasgadura de la vagina, la pe-

(1) Para distinguir la inversion de los pólipos y los tumores fibrosos, continuaré aquí dos cuadros tomados de Gaillard Thomas.

### Pólipo.

El cáterer penetra generalmente en el útero á lo largo del pedículo del tumor.

La palpacion abdominal y el tacto constatan á presencia del cuerpo del útero en el abdómen.

El tacto rectal descubre el útero en su sitio.

La exploracion recto-vesical descubre la presencia del útero.

La acupuntura no es dolorosa.

### Tumor fibroso.

El cateterismo uterino demuestra que la cavidad ha aumentado.

La palpacion abdominal y la exploracion practicada segun el método de Sims, prueban que el útero conserva la forma globulosa.

La enfermedad ha sobrevenido lentamente.

El tumor es completamente independiente del parto.

La acupuntura del tumor no es dolorosa.

### Inversion total.

El cáterer nunca penetra en la cavidad uterina.

Esta exploracion descubre una especie de excavacion ó cubilete en lugar del útero.

El exámen rectal encuentra que el útero no está en su sitio.

Esta exploracion dá resultado negativo.

La acupuntura es dolorosa.

### Inversion parcial.

El cateterismo uterino demuestra la cavidad disminuida.

Estos procedimientos de exploracion hacen reconocer una depresion en forma de anillo sobre el cuerpo del útero.

La enfermedad se ha presentado de repente.

El tumor ha aparecido regularmente despues de un parto.

La acupuntura es dolorosa.

ritonitis, y la imposibilidad de completarla por haberse ya fraguado adherencias que mantienen la matriz en su disposicion viciosa.

*Tratamiento.*—En las inversiones recientes se practica siempre la reduccion rápida, pero en las antiguas ó abandonadas el tratamiento debe tener uno de los tres objetos siguientes: 1.º reducir la inversion; 2.º si la reduccion no es de manera alguna posible, dejar el útero invertido y combatir los accidentes, principalmente las hemorragias; 3.º cuando nada de esto pueda practicarse, amputar el útero.

*Reduccion.*—Puede ésta intentarse por dos métodos distintos; la reduccion gradual y la reduccion rápida. Para lo primero existen diferentes procedimientos, encaminados todos á realizar sobre la superficie invertida una presion mecánica sostenida, que va poco á poco reduciendo el útero. Conviene empezar siempre por preparar el órgano, facilitando su relajacion, ya por medio de embrocaciones emolientes y calmantes, ya por escarificaciones hechas en el parenquima uterino. Despues de esto se aplica un tallo provisto de una esponja y sostenido contra el útero por medio de un vendaje en T como hacia Siebold, ó bien se hace la presion elástica por medio de una esfera de caoutchouc llena de agua, ó bien finalmente por repetidas sesiones de taxis, seguidas de la colocacion de un pesario de aire.

Son un procedimiento reciente, que puede emplearse en los casos rebeldes, las inyecciones de agua fria, dos veces al dia hasta conseguir la reduccion.

El método de reduccion rápida, único que suele emplearse en las inversiones recientes y que puede intentarse en las antiguas, viene representado por los diferentes procedimientos de taxis. No puedo entretenerme en describir todos los que se han ideado, cuya historia y manual encontraréis en la mayor parte de libros de ginecopatía; me limitaré á indicar los principales. Figura en primer lugar el método antiguo, del cual encontramos dos procedimientos; uno que consiste en tratar de dilatar el cuello contraido para facilitar el paso por él de la parte invertida. Esto se consigue cogiendo con toda la mano el tumor formado por el útero, mientras los dedos van dilatando el anillo que cierra el pe-



dículo y tratan de ir introduciendo por él las porciones últimamente salidas, es decir, las que forman el cuello. El segundo procedimiento sigue un orden inverso; en vez de dilatar el anillo para hacer penetrar las últimas porciones, se aplica el dedo en el fondo, determinando una fosita ó depresion que á medida que adelanta produce una especie de invaginacion que poco á poco entra por el agujero cervical, de modo que se reducen primero las partes primeramente salidas. Es el procedimiento que mejor éxito dá en las inversiones que siguen al alumbramiento si se practica sobre la marcha. La presion se hace con los dedos y con la mano previamente engrasada, pero puede hacerse tambien por medio de instrumentos que facilitan la accion de deprimir el fondo del útero invertido.

Los demás procedimientos son modificaciones de los citados, pero merece especial mencion el de Thomas, que ha practicado la reduccion intra-abdominal, abriendo previamente el abdómen, y llevando luego la mano al fondo de la pélvis para dilatar por arriba el anillo cervical contraido. Este procedimiento solo debe usarse como sustitutivo de la amputacion.

Cualquier procedimiento de reduccion rápida que se emplee, no puede prolongarse por mucho tiempo sin exponer á la paciente á inflamaciones desastrosas; por esto conviene dejar descansar á la enferma, despues de una ó dos horas de tentativas de reduccion, para repetir las mas tarde.

*Tratamiento de los síntomas.*—Cuando la reduccion no ha podido conseguirse, se trata ya de hacer llevadera aquella situacion, combatiendo los síntomas graves, en especial la hemorragia que es el mas peligroso. Esto se consigue aplicando á la mucosa que cubre el útero sustancias astringentes enérgicas, y una compresion moderada (tanino, alumbre, persulfato de hierro, acetato de plomo, etc.). Si estos fracasan puede acudir al medio ideado por Aran de cauterizar toda la mucosa tocándola lijeramente con una solucion concentrada de potasa cáustica. Inmediatamente se lava la superficie cauterizada con un líquido neutralizador, y se envuelve con uata ó hilas. Por este medio puede conseguirse que llegue á adquirir la mucosa los caractéres de la piel, y viva así mucho tiempo la paciente.

*Amputacion del útero.*—Solamente graves consideraciones y un peligro inminente de muerte, pueden legitimar esta operacion en las inversiones irreducibles, puesto que va rodeada de muchos riesgos, como son: la excision del peritoneo y de los intestinos que muy á menudo forman hernia en la cavidad del útero invertido; la peritonitis generalizada, aun sin lesion directa de los intestinos; la invaginacion de éstos en la herida resultante de la excision, etc. Sin embargo de esto, y de la esterilidad que necesariamente debe producir, puede darse el caso de que la indicacion sea apremiante, y la operacion pueda ser coronada por el éxito.

Los procedimientos de operacion son: la excision con el bisturi, prévia ligadura del pedículo ó cuello; la extranguacion con iguales precauciones; y la gálvano-cáustica. Indudablemente este último es el método preferible, porque aleja el peligro de las hemorragias que casi siempre acompañan á los demás procedimientos. Para evitarlas en lo posible, los operadores producen la isquemia prévia por medio de una fuerte ligadura aplicada durante un tiempo de tres ó cuatro dias antes de la amputacion.



