

Obsérvanse también irradiaciones dolorosas hacia los nervios crurales y ciático mayor, máxime si la enfermedad recae en personas neuropáticas y de nutrición deficiente, de manera que muchas enfermas ofrecerán fenómenos generales, sobre todo en las formas llamadas congénitas. Estos fenómenos generales consisten en el síndrome uterino ya descrito, y débense á desórdenes tróficos del aparato genital que ocasionan un predominio del sistema nervioso. A más, habrá esterilidad, siendo estos casos de los más constantes respecto á este síntoma.

El diagnóstico no presentará grandes dificultades; el reconocimiento nos permite llegar á él sin grandes esfuerzos, y cuando se ha visto una ó dos veces una anteflexión, puede diagnosticarse bien, en adelante. Así como normalmente el fondo de saco anterior, lo hallamos libre, aquí encontraremos un tumor, un cuerpo extraño que es el fondo del útero, y que á veces baja más que el cuello. La existencia de este cuerpo extraño despertará la atención, y si hallamos también alteraciones en el cuello, y nos aseguramos de que no hay neoplasias, compréndese que el diagnóstico no ha de ser difícil. Con todo, puede ocurrir que el útero esté en su sitio, pero que haya un tumor que nos confunda en el diagnóstico; acudiremos entonces á la palpación combinada, y si con ella cogemos el útero entre las manos no habrá anteflexión. Pero como puede ocurrir que el tumor esté situado sobre la flexión, deberemos acudir en tal caso al histerómetro, que penetrará ó no, siendo preciso en el segundo caso, que lo adaptemos á la dirección del órgano con lo que el diagnóstico de flexión quedará establecido.

El pronóstico es serio, ya que la enfermedad reviste el carácter de incurable por su curso espontáneo y prepara el terreno para muchas enfermedades, constituyendo otras tantas complicaciones. En cuanto al tratamiento, ha de comprender dos extremos, uno que se dirige á combatir la metritis que existe casi siempre en estos casos, unas veces como causa y otras veces como efecto, y otro encaminado á conseguir la reducción del útero. Deben aplicarse, pues, los medios para corregir las metritis y particularmente los que favorecen el desagüe del útero, el cual ha de ser muy difícil colocado el órgano en anteflexión; sería muy conveniente en tales casos acudir á la dilatación del útero, sea como acto previo para el raspado, sea con el fin de facilitar el desagüe y las secreciones. Para combatir la misma desviación, introduciremos laminarias y como para verificar esta introducción hay que enderezar el útero, el órgano debe realizar cierto ejercicio que le será muy saludable. Como muchas veces la flexión se reproduce, sobre todo si es de origen congénito ó espontáneo, debemos hacer algo para que no ocurra esta desagradable recidiva, y con este objeto recurriremos á los pesarios intrauterinos, siendo preferible de entre todos el llamado tallo intrauterino de Lefour, que consiste en un tallo largo de 5 á 6 centímetros, de aluminio, con superficies lisas, cuadriláteras y excavadas, por las que desagua el órgano.

Para la aplicación de este tallo se desinfectará el útero, procediendo luego

á su dilatación y al raspado; preparado de este modo el órgano y no habiendo complicaciones por parte de los anexos, puede colocarse el pesario. Deben usarse á veces distintos medios para asegurar el tallo, que á veces se expulsa; en este sentido usaremos el pesario circular ó bien practicaremos un punto de sutura al través del caello. En la inmensa mayoría de ocasiones, sin más que colocar el pesario, como el órgano tiende á la anteflexión, se sostiene perfectamente. El pesario puede dejarse aplicado durante mucho tiempo, retirándolo de vez en cuando para limpiarlo y volviéndolo á colocar; al cabo de un periodo más ó menos largo, se retira el pesario y la enferma se encuentra mejorada de su anteflexión, hallándose ésta reducida y hallándose la mujer en condiciones para desempeñar las funciones de generación. El tratamiento indicado puede repetirse por temporadas más ó menos largas según la tendencia del mal á las recidivas.

Otras veces, sobre todo cuando se trata de desviaciones del cuello, acudimos á la intervención quirúrgica, cuyo objeto es combatir una de las principales manifestaciones de la dolencia, la esterilidad. La operación que se practica es la discisión sagital del cuello, que no es sino la discisión del cuello aplicada al caso que estudiamos. Consiste en realizar un corte en el labio posterior, con lo cual el eje del útero que estaba doblado completamente se endereza; después, mediante un bisturí ó un metrotomo, se añade un corte que obre en el ángulo de la flexión. Debe interesarse sólo la capa muscular del útero y ha de ponerse cuidado en que las incisiones no se cicatricen y vuelva á cerrarse el conducto cervical, pues así persistiría la desviación. Se ha llegado á practicar la laparotomía para corregir la anteflexión, suturando el útero á la pared anterior del vientre, con lo cual se cura radicalmente la enfermedad y se evitan las recidivas, pero los casos en que resulta justificada esta medida son muy contados. Háse empleado asimismo una operación vaginal que puede dar magníficos resultados y que consiste en acortar la pared anterior vaginal, dirigiendo el cuello del útero hacia abajo y adelante, y curando de esta manera la anteflexión. Con todo, con la dilatación del útero, el pesario intrauterino y la discisión sagital, podemos triunfar de las molestias y síntomas que ocasiona la anteflexión.

Puede el útero estar desviado hacia los lados originando las latero-versiones y latero-flexiones que tienen poca importancia, porque en la mayoría de veces son síntomas más que enfermedades. Los fenómenos que experimenta la enferma débense á un tumor que empuja el útero hacia un lado, ó bien á una inflamación que ha infartado los ligamentos anchos, ó quizás á la formación de adherencias resultado de flogosis antiguas. Pocas veces, pues, tendremos que combatir las desviaciones laterales del útero como hecho primitivo.

Más importantes son, indudablemente, las desviaciones posteriores, ó sean las retroversiones y las retroflexiones, y al mismo tiempo más frecuentes, especialmente la última. En la primera forma, ó sea en la retroversión, el útero bascula hacia atrás sin que el eje esté doblado, pues conserva su dirección rectilí-

nea, el órgano en conjunto se halla enderezado completamente y dirigido hacia atrás, aplicado contra la cavidad del sacro y apoyado en la cara anterior del recto. El hecho es bastante frecuente y puede revestir diversos grados. Etiológicamente diremos que la retroversión preséntase cuando existen adherencias. La dilatación de la vejiga, aunque sólo sea temporal, puede ocasionar la retroversión como es capaz de originarla el decúbito supino prolongado durante mucho tiempo, junto con la falta de involución suficiente después del parto. Basta que exista una lesión flogística del tejido celular que convierta los ligamentos del útero, de flojos y elásticos que son en estado normal, en duros y resistentes ó que se inflame el peritoneo del fondo de saco de Douglas estableciéndose adherencias, para que la retroversión se haga persistente.

La Anatomía Patológica de la afección es sumamente sencilla y redúcese á la mala posición del órgano junto con las adherencias mencionadas. Los síntomas son parecidos á los que describimos en la retroflexión, pero faltan los fenómenos reflejos. La deambulación resulta pesada y difícil, á veces dolorosa, exacerbándose estos fenómenos durante el período menstrual, y como es raro que no acompañen á esta desviación fenómenos de metritis, compréndese que los fenómenos propios del fondo de la pelvis serán bastante acentuados. Por lo que toca al diagnóstico no presenta grandes dificultades, el tacto es un gran auxiliar en este sentido y por medio de él encontramos libre el fondo de saco anterior, pero no podemos coger el útero por la palpación combinada, pues su fondo está hacia atrás contactando con la pared anterior del recto. Por el tacto rectal reconocemos un cuerpo extraño en la pared anterior del recto y practicando el cateterismo del útero reconocemos que el órgano no está en su posición normal con lo que queda hecho el diagnóstico.

El curso y síntomas de la dolencia son iguales á los de la retroflexión, y lo mismo diremos del tratamiento, estudiándolo todo al tratar de aquella enfermedad.

Lección XXXIX

Retroflexión.—Etiología y Patogenia de la misma.—Curso y complicaciones.—Variedades.—Síntomas y diagnóstico.—Indicaciones.—Tratamiento paliativo y curativo.—Resultados que se obtienen con los paliativos.

Es la retroflexión del útero una enfermedad muy frecuente en nuestro país, que reconoce tres órdenes de causas. En el primero pueden incluirse las llamadas retroflexiones espontáneas, constitucionales ó diatésicas, porque vienen ligadas con el estado general; en el segundo se encuentran aquellas que podemos llamar puerperales; y finalmente, en el tercero se hallan las que reconocen por

causa otros afectos del aparato genital, principalmente de carácter flogístico, sobre todo cuando residen en los anexos del útero, y que podemos apellidar retroflexiones flogísticas.

En el primer grupo, esto es, en las retroflexiones espontáneas ó constitucionales, puede presentarse el mal en cualquier período de la vida, pero por lo común aparece en la pubertad. Recae principalmente en enfermas que tienen el tipo neuropático y que conservan un fondo de artritismo, que presentan desórdenes menstruales y que sufren de deficiencia de desarrollo en el aparato genésico. Las causas locales pueden favorecer asimismo el desarrollo de la enfermedad; tal ocurre con la masturbación, por esto encontramos retroflexiones en muchas jóvenes vírgenes todavía. Contribuyen también á la aparición de la enfermedad, ciertas infecciones que dificultan el desarrollo del aparato genital, por alteraciones tróficas y circulatorias del mismo. Cuando el útero se encuentra falto de resistencia por todas estas condiciones, y falto de tonicidad en sus paredes, la causa ocasional más insignificante basta para provocar la retroflexión. Así una retención de orina, un cansancio, una caída, pueden obrar de esta manera, y como el órgano está ya preparado para la evolución morbosa, permanece en la falsa posición que se ha creado.

El segundo grupo, ó sea el de las retroflexiones puerperales, es común en nuestro país, por las circunstancias que referiremos. La falta de involución suficiente es la causa principal de la enfermedad, y esta falta de involución se debe á causas locales y generales, influyendo más las primeras. Figuran entre las causas generales, ciertas infecciones que si no bastan para trastornar el puerperio, son suficientes para alterar la involución del útero. Si ésta se realiza de una manera irregular ó tardía, el útero conserva, aun después del parto, su volumen notablemente aumentado, con sus paredes muy flexibles, pero lo más notable en la involución irregular, es que se realiza muy lentamente en la pared anterior del órgano, por insertarse allí comunmente la placenta, mientras que en la posterior sigue su curso normal; de aquí el desarrollo de la retroflexión. Otra causa de esta falsa posición debe buscarse en la falta de cuidados durante el puerperio; en ciertas regiones de nuestra patria hay la fatal costumbre de que las púerperas se levanten al segundo día, ó por lo menos antes de lo que debieran; de aquí la gran frecuencia de las retroflexiones en nuestro país, aunque todo vaya normalmente y no se presenten infecciones uterinas. El útero, después del puerperio, conserva sus paredes flácidas y se desplaza en el vientre, cayendo hacia la concavidad del sacro, en dirección del fondo de Douglas. Este estado, que debiera ser transitorio, conviértese en permanente y, por esto aparecen retroflexiones en un puerperio en que sólo podemos reconocer la precipitación con que la enferma ha vuelto á sus quehaceres.

Las retroflexiones flogísticas, ó del tercer grupo, lo mismo pueden existir en una nullípara que en una múltipara: trátase en tales casos de inflamaciones de los anexos ó del peritoneo pelviano, que originan el aumento de volumen de los

primeros y su caída hacia el fondo de saco de Douglas, donde se adhieren, retrayéndose el fondo del útero hacia atrás, realizándose la retroflexión al hacerse crónicas las adherencias. Otras veces, las bridas de adherencia débense á la peritonitis pelviana, formándose aquéllas entre la concavidad del sacro y entre el recto y el órgano.

La retroflexión puede revestir diversos grados: unas veces consiste tan sólo en que el cuerpo del útero, dirigido hacia atrás, forma cierto ángulo con el cuello (retroflexión de primer grado). Otras veces, este ángulo es tan exagerado, que en lugar de afectar la forma obtusa, aparece con la forma recta, constituyendo la retroflexión de segundo grado. Finalmente, hay casos en que el ángulo es agudo y tendremos la retroflexión de tercer grado. Casi siempre existe en tales ocasiones alguna metritis, ya porque ha obrado como causa, ya porque aparece consecutivamente. Si la enfermedad es antigua, habrá trastornos en las paredes uterinas, sobre todo en la pared posterior del órgano, que se presenta esclerosada y con predominio del tejido conjuntivo sobre el muscular, que se presenta atrofiado y degenerado. Los ligamentos anchos y redondos se relajan, lo que favorece la enfermedad.

Los síntomas de la retroflexión son locales y generales. Ante todo diremos que existen alteraciones menstruales, presentando dos tipos: en el primero, la menstruación sólo se ofrece disminuída y retardada; ofrécese este tipo en las formas más simples. En el segundo, está aumentada la función menstrual en cantidad de líquido perdido y en el tiempo de su duración; obsérvase esta forma cuando la retroflexión va acompañada de metritis intensa. No olvidemos que en ciertos casos, la menstruación no ofrece absolutamente ninguna alteración morbosa. Hay también dolor lumbar y tenesmo rectal, paresia de las extremidades inferiores, por el peso que siente la enferma en el bajo vientre; existen además ciertos síntomas variables según la clase de la retroflexión, así la forma flogística es muy dolorosa, mientras que la constitucional lo es menos, porque en la primera el mal es de por sí doloroso, mientras que en la segunda no ocurre de este modo; en la puerperal los dolores son escasos, pues sólo se trata de un hecho mecánico. Preséntase fácilmente la esterilidad, la cual es relativa, tanto que más adelante estudiaremos los embarazos con el útero en retroflexión, y desde ahora podemos decir que el mejor medio de curar la dolencia, radica en la fecundación. La esterilidad es, pues, puramente relativa y sigue un orden de menos á más entre la retroflexión puerperal, la adquirida y la flogística. Otro síntoma que debe registrarse es la leucorrea, que aparece á consecuencia de la endometritis.

Los síntomas generales de la retroflexión son sumamente variables, pues mientras unas enfermas apenas experimentan trastorno alguno, otras los sufren muy persistentes. Consisten generalmente los referidos síntomas, en una tirantez que asienta en la región del ombligo, como si algo tirase de él hacia adentro; débese este fenómeno á que el útero en retroflexión tira hacia atrás el re-

pliegue peritoneal que cubre la vejiga. Quéjense las enfermas de mareos incessantes, que se convierten á veces en verdaderas náuseas, no siendo raro que se presenten gastralgias intensísimas y rebeldes. Todavía recuerdo el caso de una mujer que padecía gastralgias, tan terribles que la medicación calmante era del todo inútil, reconocí en ella (por verdadera casualidad) una retroflexión, y tratada ésta convenientemente, vino después un embarazo que siguió su curso ordinario y la molesta gastralgia cesó completamente. Cuando no hay la referida tendencia al mareo, puede presentarse ansiedad precordial y también dispepsia gástrica con inapetencia, todo acompañado de astricción muy pronunciada. El sistema nervioso responde á la retroflexión como en la metritis, por lo cual no sabremos si el síndrome uterino depende de la desviación uterina ó de la metritis concomitante. Pueden presentarse asimismo fenómenos de bradicardia y taquicardia.

El diagnóstico, si se trata de establecerlo sólo acerca de la retroflexión, es sumamente sencillo y puede realizarse acudiendo al tacto vaginal y al rectal, combinados. Al reconocer la enferma, encontraremos el cuello del útero, bien en su sitio, bien elevado hacia adelante, hacia la región del pubis, el fondo de saco anterior está más libre aún que en estado normal, y lo mismo diremos de los laterales. En cambio, el fondo de saco posterior está á más ó menos profundidad, según el grado de la lesión; hay una elevación ó tumor que puede tocarse por el fondo de saco posterior ó acudiendo al tacto rectal. Si el ángulo de flexión es agudo, el tumor llega á formar proeminencia en la vagina; si la flexión es sólo de segundo grado, debe comprimirse algo el fondo de saco para encontrarlo, y si es de primero, la punta de nuestros dedos debe penetrar profundamente. Cuando por el reconocimiento encontramos este tumor, se procede á la exploración combinada, siendo inútil que busquemos el fondo del útero en el hipogastrio, pues éste se halla vacío, y todo lo más que lograremos, si la enferma se presta á ello, es hacer contactar los dedos que están en la vagina, con los que están en el hipogastrio. No podemos, pues, coger el útero con las manos, porque es inasequible en esta enfermedad á la palpación combinada. Ya presumido el diagnóstico definitivo, emplearemos el tacto rectal, sin abandonar el vaginal, y así demostraremos que el tumor tiene forma redondeada y consistencia sólida, es decir, todas las condiciones del cuerpo del útero. Ya encaminados de este modo, sólo falta diagnosticar el tumor que hallamos en el fondo de saco posterior, de todo otro tumor que exista en aquella región, sea flogístico ó neoplásico. Para esto deberemos buscar al través del fondo de saco vaginal, la continuidad del cuello del útero, y si podemos pasar sin interrupción el pulpejo de nuestros dedos entre el mencionado tumor y la cara posterior del cuello, sólo podemos confundirnos con un fibroma de la pared posterior del útero. Esta maniobra, que muchas veces es sumamente fácil, resulta muy difícil si la retroflexión ofrece un grado muy notable, pues el ángulo de flexión es tan agudo que el pulpejo del dedo no puede penetrar en su vértice, quedándonos siempre dudas

acerca de la continuidad entre el tumor del fondo de saco y el cuello del útero. Por medio del tacto vaginal, unido á la palpación y al tacto rectal, podemos sentar el diagnóstico en la mayoría de casos.

En ciertos casos, á pesar de todos nuestros esfuerzos, nos quedan dudas acerca del diagnóstico, y para orientarnos, lo más práctico será acudir al histerómetro; éste penetrará hasta llegar al cuello, pero al tocar el ángulo de flexión se atascará, y para que pase será preciso adaptarlo á la dirección del útero. Con este objeto, dirigiremos el pico hacia atrás, y en vez de impulsar el mango hacia la horquilla, haremos que se dirija hacia arriba. Si con el histerómetro ordinario no obtenemos resultados, nos valdremos de uno especial que tiene una curvatura apropiada dirigida hacia atrás, con el que establecemos un diagnóstico más seguro, alejando toda sospecha de que el tumor pueda ser otra cosa que el útero en retroflexión.

Al diagnosticar una retroflexión es preciso que designemos la forma y patogenia de la misma, con el fin de sentar las oportunas indicaciones. También debe indicarse la Anatomía Patológica del proceso, lo que importa muchísimo, pues según se hayan establecido ó no adherencias de la cara posterior del útero con el peritoneo pelviano ó el fondo de Douglas, la retroflexión será reductible ó inmóvil é irreductible. Estos calificativos los añadiremos explorando la movilidad del útero é intentando reducir la retroflexión. Lo mejor para saber la clase de retroflexión que existe, es verificar la reducción del útero por la acción manual ó instrumental; por la primera podremos salir de dudas fácilmente, colocando un dedo en la vagina y otro en el recto, éste último situado más alto que el primero, podemos dislocar el fondo del útero y llevarlo á uno y otro lado. Después de este movimiento lateral del útero, con el dedo situado en el recto elevamos el fondo del órgano y lo hacemos girar hacia el lado derecho ó el izquierdo; si además sabemos coger el cuello del útero llevándolo de delante atrás, se unen los dos movimientos y de esta manera conseguimos reducir la retroflexión cuando ésta es movable.

A veces por la antigüedad de la lesión ó por las congestiones del útero, es difícil realizar esta maniobra, á pesar de ser movable el útero, y en este caso recurrimos á la reducción instrumental. Esta puede verificarse con el antiguo repositor de Sims ó con el enderezador de Trelat, pero si se maneja bien no hay nada como una sonda común y ordinaria. Así pues, con un histerómetro rígido y flexible nos adaptamos á la dirección del útero, haciendo que la curva del instrumento venga más arriba que el ángulo de flexión; el instrumento se introducirá dirigiendo el mango hacia el pubis, de manera que, colocada la enferma en posición supina, la sonda penetra hacia abajo. Después de esto viene la verdadera maniobra de reducción; la curva apropiada del instrumento levanta algo el cuerpo y damos la vuelta á aquél por el mango, de manera que venga á colocarse en definitiva con la concavidad hacia arriba girando la punta del histerómetro sobre su eje. Bajamos entonces el mango hacia abajo y el vértice

del instrumento sube hacia arriba, afianzándose en la pared anterior del útero y colocando el órgano en su posición normal. Si la retroflexión del útero es adherente, no podremos reducirla. Después de esto podremos añadir al diagnóstico la nota de reductible ó irreductible.

Debe añadirse al hacer el diagnóstico de las retroflexiones el síntoma ó síntomas más culminantes. Sabemos ya que hay mujeres que sufren durante años de retroflexión sin experimentar grandes molestias, en tanto que otras padecen muchos desórdenes locales y generales. Será conveniente, por tanto, al hablar de la retroflexión añadir el calificativo de tolerada ó intolerada.

Por lo que se refiere á las complicaciones que pueden acompañar la retroflexión y á su curso, diremos que éste es crónico y tiende á la exageración de la dolencia. En cuanto á las complicaciones, pueden consistir en metritis simples, inflamaciones de los anexos ó prolapsos del útero. La retroflexión prepara el terreno para el desarrollo de ovaritis y salpingitis, y al hablar del prolapso del útero ya indicaremos la importancia que en su desarrollo tienen las retroflexiones y retroversiones. El pronóstico se desprende de todo lo que acabo de indicar, la dolencia en sí no es grave, pues no ataca la vida de la enferma, pero es molesta, es rebelde y si debe acentuarse la nota pronóstica es por las complicaciones que pueden sobrevenir.

El tratamiento de la retroflexión es asunto de mucha trascendencia; siendo tan frecuente la enfermedad y presentando cuadros tan variados, el modo de corregirla debe variar también. Este capítulo, uno de los más interesantes de la Ginecología, es todavía punto de controversia, á pesar de lo mucho que se ha escrito y hablado acerca de él. Quién pretende que todas las retroflexiones pueden tratarse con medios usuales, quién opina que debe intervenir siempre quirúrgicamente, y entre los de este parecer no hay unanimidad ni mucho menos acerca de los procedimientos que deben emplearse. Estos han sido numerosísimos, casi tanto como los autores que han trabajado en este asunto, y los discutiremos más adelante. Hablando ahora del tratamiento en general diremos que puede dividirse en tres capítulos, á saber: el paliativo y el curativo cuando es posible sin intervenir quirúrgicamente, y luego el quirúrgico.

La metritis la corregiremos por toques, cauterizaciones, y todos los demás medios á ella aplicables. Muchas retroflexiones, sobre todo algunas de origen espontáneo y puerperal no necesitan de nuestra intervención y las enfermas sufren la desviación uterina sin que nada se lo advierta. Otras veces no hay síntomas directos, pero existe esterilidad y la enferma viene á consultarnos por ésta. En este caso no podemos abandonar la enfermedad, y lo mismo diremos cuando haya endometritis simple ó complicada con lesiones del cuello.

En la forma intolerada empléase con éxito el tratamiento paliativo, pues corrigiendo las complicaciones se dominan los síntomas, tolerando la enferma su retroflexión, cosa que antes no sucedía. En la forma puerperal aplicaremos el tratamiento de la endometritis y obtendremos buenos resultados, para esto

dilataremos bien el útero, lo desinfectaremos después, raspándolo y aplicando el taponamiento sucesivamente. De esta manera despiértase la contractilidad, que es lo que interesa, y obtenemos una curación indirecta. A veces la retroflexión resulta intolerada porque hay fenómenos flogísticos de vecindad, en este caso combatiremos las complicaciones que la enfermedad determina; sin embargo, como la enfermedad puede continuar, debemos ir en busca de algún medio de tratamiento que pueda dar mejores resultados.

El tratamiento directo de la retroflexión consiste en reducir el útero con la mano sola ó auxiliada por algún instrumento; esta reducción es tan conveniente que muchas veces ha bastado por sí sola para curar la enfermedad, siempre que se use de un modo repetido. Si después de reducir la retroflexión ésta se reproduce, no podemos esperar gran cosa del procedimiento, no así cuando la dolencia no se reproduce, pues entonces podremos lograr buen resultado. Con todo, las retroflexiones que se corrigen por la reducción son contadas, generalmente son aquellas que siguen al puerperio ó á alguna acción traumática. Para auxiliar estos medios tenemos otro muy eficaz, consiste en hacer que la enferma adopte durante más ó menos tiempo una posición tal que en ella las leyes de la gravedad se opongan á la retroflexión. Así, por ejemplo, colocada la enferma en decúbito horizontal y boca abajo (plegaria mahometana) será muy difícil que subsista la retroflexión, pues el útero tiende á caer hacia la parte anterior. Este medio de tratamiento, que no tiene mucha importancia en la retroflexión ginecológica, la reviste muy grande en la retroflexión tocológica. Para seguir este tratamiento la enferma se colocará de rodillas en la cama y como besando el suelo; en virtud de esta posición la pelvis queda más alta que el tronco y se exagera la fuerza de gravedad que se opone á la retroflexión. En efecto: la pelvis está inclinada hacia abajo y el útero en buenas condiciones, todo lo que, auxiliado con la reducción manual ó instrumental, puede lograr buenos resultados en los casos recientes.

Aparte de estos medios para combatir la lesión en sí, uno de los más eficaces es el masaje, sobre todo cuando la retroflexión se debe á falta de involución de la pared anterior del útero, pues con aquel medio, avivando la contractilidad de la parte, combatimos directamente la causa de la afección. Cogiendo el útero entre las manos y verificando diversas maniobras podemos descongestionar el órgano y hacerlo contraer. En cuanto á la faradización y galvanización, no pueden gran cosa contra la enfermedad de que tratamos.

También disponemos de otros medios que combaten la retroflexión, sosteniendo el útero en posición adecuada después de reducirlo manual ó instrumentalmente, refiérome á los pesarios. Estos pueden ser de distintas formas y modelos, pero yo sólo he obtenido resultados con el *pesario cuna*, consistente en un aro aplastado de forma oval é incurvado en cierto sentido, de modo que tiene los extremos desiguales; está formado de ebonita ó de aluminio y puede ser de distintos tamaños. Antes de colocar el pesario debemos asegurarnos de que la

retroflexión es movable, pues si no lo fuera nuestros esfuerzos serían ineficaces; después de esto conviene averiguar la forma de retroflexión, y así, cuando ésta es dolorosa, el pesario no puede colocarse casi nunca, porque exacerba los dolores. El pesario es un gran medio de tratamiento en las retroflexiones movibles sin complicaciones, de reducción fácil y acompañadas de esterilidad. Para colocar el pesario, después de preparada la enferma y previa la desinfección de la vagina, redúcese la retroflexión y se aplica el pesario de las dimensiones convenientes, de un modo que siempre es igual. Tanto es así, que si no se coloca del modo debido, la enferma aqueja molestias de consideración, mientras que si es bien aplicado, los efectos son inmediatos. Se colocará, pues, el pesario de manera que su extremidad más pequeña vaya á parar al fondo de saco posterior y la mayor apoye en el pubis, estando la convexidad del pesario dirigida hacia atrás. Una vez colocado el pesario no debe quedar libre y flotante, sino que debe apoyar en el pubis en el fondo de saco anterior distendiendo la vagina por sus partes laterales; buena prueba de que está bien colocado el pesario la tendremos en que la enferma no advertirá siquiera que lo lleva. Por medio de la aplicación del pesario, las paredes vaginales cobran tonicidad, gracias á la distensión que el pesario ejerce sobre ellas. De esta manera fijase el cuello del útero y como distiende más la pared vaginal anterior que la posterior, tirando del cuello hacia abajo, estamos en las mejores condiciones para reducir la retroflexión; además la extremidad posterior se apoya en el fondo de saco posterior, deprimiéndolo y dando apoyo al cuerpo del útero. De manera que si el pesario no lleva el fondo del útero hacia el pubis, aminora la retroflexión hasta reducirla al primer grado.

El alivio que proporcionamos á las enfermas por el uso de los pesarios es tan grande, que muchas que se creen curadas, no tienen conciencia de lo que llevan y no sufren obstáculos para las relaciones sexuales, pues las ramas laterales vienen á los lados de la vagina ocultas detrás de la rama isquio-pubiana, y la parte superior queda oculta en el fondo de saco posterior. También logramos, mediante el pesario, remediar uno de los síntomas de la retroflexión, la esterilidad y ya sabemos que, corregida ésta, damos un gran paso en la curación de la dolencia. Debe cuidarse de retirar el pesario de vez en cuando para limpiarlo, y tampoco debe olvidarse que en ciertas enfermas este medio despierta dolores que llegan á hacerlo intolerable. A veces podemos retirar el pesario y la enfermedad no se reproduce, persistiendo la paliación; otras sólo hay alivio en tanto que la enferma lo lleva puesto. Por fin, no faltan casos en que el pesario no da resultados porque el instrumento es intolerado, ó porque la lesión depende de causas que el pesario no puede corregir.

Lección XL

Tratamiento quirúrgico de las retro desviaciones del útero.—Indicaciones del mismo.—Procedimientos de elección, técnica de los mismos y resultados que producen.

El tratamiento quirúrgico de la retroflexión puede realizarse de muy distintas maneras, pues los procedimientos son numerosísimos, lo cual se debe á cierto prurito de originalidad por parte de los autores y á falta de estudio de las indicaciones. Ya sabemos que la gran variedad de formas que la retroflexión reviste hace que se soliciten diversas indicaciones, pues no se curará del mismo modo una simple complicación puerperal que una flogosis de los anexos con adherencia del útero al fondo de saco de Douglas; ahora bien, ha sucedido que aplicándose indebidamente en ocasiones el tratamiento quirúrgico, hanse presentado fracasos que los autores han atribuido á deficiencias del procedimiento buscando otro nuevo, cuando lo que debieran haber hecho es aplicar el anterior con mejor criterio y oportunidad. Nosotros sólo describiremos tres procedimientos de tantos como hay: la operación de Alexander ó acortamiento de los ligamentos redondos, la histeropexia abdominal y la histeropexia vaginal. Consiste la operación de Alexander en buscar los ligamentos redondos y descubrir sus extremos, tirar de éstos y acortarlos lo suficiente para que el útero se ponga en anteflexión ó en anteversión. La sencillez de este procedimiento es seductura y esto quizás ha influido en que muchos lo hayan aplicado indebidamente.

Los ligamentos redondos deben buscarse encima de la eminencia ileo pectínea, para lo cual se trazará una incisión oblicua que descubra el orificio externo del conducto inguinal y se disecará capa por capa hasta encontrar la aponeurosis del oblicuo externo y en ella el punto referido. El conducto inguinal puede reconocerse con la vista y el tacto, viéndose un paquete de tejido celular recubierto por una celdilla aponeurótica; incindida esta celdilla, vemos el nervio gónito-crural y el ligamento redondo que salen á través del orificio externo del conducto inguinal; el primero es blanco, del tamaño de una aguja, y el segundo está situado debajo y profundamente, pudiendo reconocerse sus primeras fibras. Se tirará suavemente de estas fibras con una pinza y se irá aislando el tejido celular, quedándonos con un penachito de fibras que van engrosando hasta aparecer el ligamento redondo, del cual tiraremos, con lo que irá cediendo más y más.

La operación presenta sus dificultades, pues no siempre es fácil hallar los ligamentos redondos; cuando esta dificultad suba de punto, puede introducirse una sonda acanalada debajo del conducto inguinal é incindir la aponeurosis por entero, en este caso hallamos perfectamente los ligamentos que tienen una gro-

sor ya acentuado. Sea como sea, conociendo la anatomía de la región y teniendo un poco de paciencia, se encontrarán siempre los referidos ligamentos. Puede suceder que, acortados los ligamentos redondos y muy tirantes, arrastren todo el cuerpo uterino hacia adelante, y para evitar este escollo debe reducirse la retroflexión antes de operar, pues de esta manera no puede ocurrir aquel accidente que más bien exagera la retroflexión. Si introducimos un histerómetro dentro del útero para que lo sostenga al tirar de los ligamentos redondos, la sonda se moverá en la porción que sale por la vulva. No hay ningún procedimiento que nos dé una posición tan buena como éste, pues insertándose los ligamentos redondos en los cuernos del útero, tendremos un excelente punto de apoyo. El ligamento redondo se fija á los pilares del conducto inguinal por algunos puntos de sutura que comprendan todos los tejidos, piel, tejido celular, pilares del conducto inguinal y ligamento redondo. Los referidos puntos de sutura pasan de una á otra parte. Cicatrizase la herida por primera intención, y para evitar que el mal se reproduzca practicaremos un taponamiento, esto cuando la causa productora de la lesión primitiva no continúa obrando. Pero si la retroflexión es adherente, como los medios de unión antiguos y primitivos podrán más que los nuevos, la lesión se reproducirá. Para que la operación de Alexander esté indicada es preciso, pues, que el mal sea espontáneo ó sobrevenga en el puerperio, no cuando tiene carácter flogístico.

Explorando la enferma después de operada, observaremos que la retroflexión se ha corregido y que al venir la fecundación realizase el embarazo y el parto normalmente, sin que el acortamiento del ligamento redondo perjudique á ninguna de las funciones genésicas.

La histeropexia abdominal es muy eficaz mecánicamente y evita la reproducción de las falsas posiciones. Pero antes de describir esta operación digamos que en muchos casos puede acortarse un solo ligamento redondo, con lo que obtendremos los mismos efectos y al mismo tiempo disponemos de un medio de reserva si la enfermedad no sigue como debiera en su curso ulterior á la operación, reproduciéndose, por ejemplo, después de un parto. Siempre que esté contraindicado el acortamiento del ligamento redondo por lesiones flogísticas de los anexos ó por otras causas, acudiremos á la histeropexia abdominal, que consiste en practicar una laparotomía, incidir por la línea media hasta cortar el peritoneo, buscar el fondo de útero, desprenderlo si está adherido y dejar el fondo de saco posterior completamente libre, así como también los cuernos del órgano. Después con una aguja curva que comprenda piel, tejido celular, capa muscular y peritoneo parietal, se pasa por el ángulo inferior de un lado á otro, hácese lo mismo más arriba y así sucesivamente. Al hacer estos puntos debe recordarse que la aguja debe coger mucho tejido de la cara anterior del útero, pero dejando libre el fondo de este órgano, de manera que el último punto debe llegar á los cuernos del útero. El objeto de dejar libre el fondo del útero, es que si no lo hiciéramos sobrevendrían deformidades al venir un embarazo; también

debe procurarse rasgar un poco la pared anterior del útero para que haya superficie cruenta. El útero se juntará á la pared anterior del abdomen de un modo íntimo y que producirá eficaces resultados. En efecto: la laparotomía es muy sencilla y los buenos efectos de la misma son evidentes, á los ocho ó diez días pueden retirarse los puntos de sutura, la enferma guarda cama algunos días y queda completamente curada.

La histeropexia vaginal es operación que no puedo recomendar, pues expone á enojosos accidentes si sobreviene después un embarazo. Si se ha generalizado el procedimiento, débese á su sencillez, al poco traumatismo que produce y á que deja pocas señales. Para realizar este acto quirúrgico, descúbrese el fondo de saco anterior con una incisión longitudinal, sepárase la vejiga, ábrese el fondo de saco peritoneal y, ya reducido el útero, se sutura su fondo á la pared anterior de la vagina, de manera que la retroflexión se convierte en ante-flexión.

Se ha recomendado otro procedimiento de histeropexia vaginal que consiste en la llamada resección cuneiforme. Realízase la operación descubriendo el útero por el fondo de saco anterior, respetando el peritoneo y practicando un corte que arrastre una parte del útero, que será la anterior; después de suturadas las superficies el órgano tiene que levantarse forzosamente. A esto añaden algunos el acortamiento de los ligamentos redondos. De todas maneras, la histeropexia vaginal ofrece siempre el inconveniente de corregir la retroflexión, ocasionando otra posición viciosa, por crear adherencias entre la cara anterior del útero y el fondo de saco vaginal.

Resumiendo, pues, las indicaciones para el tratamiento de la retroflexión diremos: 1.º medicación sintomática de las complicaciones para hacer tolerable la dolencia; 2.º combatir directamente la enfermedad con el masaje y el pesario cuna cuando resultan aplicables; 3.º dado el fracaso de los medios anteriores y la persistencia de la indicación, tratamiento quirúrgico, con la operación de Alexander en las formas reductibles, espontánea ó puerperales, y con la histeropexia abdominal en las de origen flogístico ó irreductibles ó que tienen complicaciones anexas.

Lección XLI

Prolapso del útero.—Grados y variedades.—Etiología y Patogenia.—Síntomas.—Diagnóstico y pronóstico.—Curso y complicaciones.—Indicaciones.—Tratamiento paliativo y curativo.—De la intervención quirúrgica en los prolapsos del útero.—Estudio de la misma.

El prolapso del útero, enfermedad de estudio muy complicado, no lo será tanto para nosotros, pues en muchos de sus puntos sólo deberemos hacer refe-

rencia á lo explicado en otras lecciones. Por lo que atañe á Etiología y Patogenia, residen en alteraciones de la arquitectura correspondiente al suelo pelviano; dado este hecho inicial, las causas que pueden originar el prolapso son muy variadas. Veamos primero cómo puede alterarse la arquitectura de la pelvis, para originar el prolapso del útero. Ya recordamos la existencia de los dos segmentos, pubiano y sacro, apoyando el primero en el segundo de manera que entre los dos cierran el fondo de la pelvis; esta disposición es muy parecida á la de una puerta de dos hojas que para abrirla separásemos una hacia adelante y otra hacia atrás. Por tanto, para salir del interior de la pelvis un cuerpo extraño ó para introducir algún instrumento, debe separarse el segmento pubiano hacia arriba y el sacro hacia abajo. En el prolapso del útero, debe ocurrir algo parecido por dos mecanismos, ó por alteraciones del segmento sacro ó por alteraciones del segmento pubiano. El segmento sacro puede alterarse por diversas enfermedades, como desgarros del periné, que dejarán sin apoyo el segmento pubiano, que cederá á su vez. Otras veces se desvía el segmento pubiano; sabemos ya que los dos segmentos conservan su modo de ser porque los conductos que atraviesan por ellos, como la vagina, forman un ángulo agudo abierto hacia adelante, estando el útero en anteflexión, de manera que este órgano forma parte del segmento pubiano. Cuanto más fuertes son las presiones intraabdominales, más se exagera el ángulo referido y más se superponen los dos segmentos cerrando el fondo de la pelvis. Ahora bien, si el ángulo agudo se hace obtuso ó bien se continúan los ejes del útero y la vagina, el fondo de la pelvis no se cierra y la vagina va dilatándose, con lo cual el segmento pubiano puede descender llegando hasta la vulva. Si hay retroflexión, el cuello del útero tiende á dirigirse hacia adelante, enfilando por la vagina. Tanto si se ha destruido el segmento pubiano, como el segmento sacro, se han creado condiciones favorables para el desarrollo del prolapso del útero.

Las causas de estas alteraciones pueden ser traumáticas como el desgarro perineal ó depender del propio funcionalismo del aparato genital, á consecuencia de la repetición de los partos. Ciertos estados constitucionales que favorecen la relajación de todos los tejidos, como los estados artríticos, pueden obrar del propio modo, distendiendo el segmento sacro y originando el prolapso del útero. Por esta razón hay familias predispuestas á tal enfermedad. En cuanto á las alteraciones del segmento pubiano, pueden reconocer por causa todas las condiciones que favorecen la retrodesviación del útero, principalmente las de orden espontáneo y puerperal, pues las flogísticas, creando medios de adherencia pueden contribuir á la curación de la dolencia. Las retroflexiones y retroversiones representan muchas veces el primer paso para el desarrollo del prolapso uterino. En estos casos las presiones de las vísceras abdominales que normalmente cierran más y más el fondo de la pelvis, hacen que el útero enfile por la vagina y ésta va dilatándose para dejarle paso, con lo cual al cabo de más ó menos tiempo aquél aparece en la vulva. Estos dos elementos de prolapso uteri-

no pueden resultar favorecidos por muchas concausas, entre las que colocaremos el cistocele y el rectocele que, relajando las paredes vaginales, destruyen el ángulo que forma el útero con la vagina y arrastran el cuello hacia afuera. También influyen en la producción del prolapso uterino las presiones intraabdominales exageradas (derrame en el peritoneo y particularmente las dos grandes neoplasias de los anexos). En este concepto influyen tanto las neoplasias que, muchas veces extirpadas éstas, corríjese espontáneamente la lesión.

Aunque la enfermedad puede presentarse en jóvenes de 18 á 20 años, si tienen ciertas enfermedades constitucionales, lo común es que aparezca en época más adelantada. Durante la vejez el órgano está en condiciones muy abonadas para el prolapso, gracias á la relajación de todos los tejidos. De todas maneras las causas que obran en la vejez pueden obrar hasta en mujeres vírgenes, pero en este caso el prolapso más bien se debe al cambio en la posición del útero y á las presiones intraabdominales, que á las alteraciones del segmento sacro.

Respecto á la Anatomía Patológica, debemos establecer una gran diferencia entre lo que llamamos prolapso simple del útero y prolapso complicado; en el primer caso, el prolapso es el hecho esencial, siendo consecutivo todo lo demás. En cambio, el prolapso complicado indica otra lesión concomitante. Pueden reconocerse tres grados en el prolapso simple; en el primero el útero enfla por la vagina invirtiéndose como un dedo de guante y asomando por la vulva, viéndose por ésta el hocico de tenca. En el segundo grado, el cuello sale al través de la vulva, separa los grandes labios y se presenta al exterior en posición adecuada. Finalmente, en el tercer grado, sale fuera todo el útero. Sea cualquiera el grado del prolapso simple, nunca observamos en él metritis del cuello ó del cuerpo, hipertrofia de este órgano ó retroflexión; sólo hay inversión de la vagina, pero no relajación de sus paredes. Sin embargo, este hecho es muy raro, pues si no primitiva de una manera consecutiva aparecen otras alteraciones, y es natural que así suceda, pues colocado el útero fuera de la vulva, expuesto á roces y presiones continuadas, es fácil que se infecte ó sufra cualquier acción traumática.

Las complicaciones que acompañan al prolapso son varias, así puede presentarse el cistocele, y entonces, además de observar el útero prolapsado, vemos delante de este órgano la pared vaginal anterior muy distendida, en tanto que la posterior está intacta. Otras veces se trata de un rectocele y entonces la distensión se encuentra en la pared vaginal posterior; también puede encontrarse el rectocele combinado con el cistocele, apareciendo un tumor en la pared anterior y otro en la posterior. En ocasiones puede comprobarse la hipertrofia del cuello, el cual sale por la vulva, permaneciendo en su sitio los fondos de saco; añadamos que esta lesión se asocia comunmente al prolapso uterino. Es de rigor que cuando haya prolapso exista endometritis, y se comprende, pues las alteraciones circulatorias, los roces, la facilidad con que se infecta el hocico de

tenca, son causa abonada para su determinación, principalmente en el cuello. Puede hallarse asimismo otra enfermedad que es la retroflexión, la cual es el primer paso, en muchas ocasiones, para la producción del prolapso uterino.

Cuando no hay cistocele, ni rectocele, ni alteraciones hipertróficas ó flogísticas del cuello, habiendo sólo un prolapso completo, nos encontramos con lo siguiente: el útero fuera de los genitales y todavía en retroflexión más ó menos acentuada que quizás ha originado el prolapso. Los tumores pelvianos pueden causar también el prolapso uterino que sólo constituye una complicación del mal.

Desarrollada la enfermedad, sus síntomas variarán bastante. En el prolapso de primer grado, pueden reducirse á una sensación de peso en la pelvis, malestar como si algo quisiera salir por los genitales, esto aparte de los síntomas propios de las enfermedades que pueden acompañar al prolapso. Cuando se trata del prolapso de segundo grado, puede observarse ya un cuerpo extraño que sale por la vulva y que produce todas las molestias descritas al tratar del cistocele y el rectocele. Todavía se acentúa más el cuadro en el prolapso de tercer grado, pues el cuerpo extraño sale más todavía.

Como síntomas generales, aparte de una sensación de vacuidad en el abdomen, pueden aparecer los fenómenos propios de las enfermedades que acompañan al prolapso. En el prolapso simple, no se altera la menstruación en nada, conservándose del mismo modo que antes de existir el prolapso. Las funciones de fecundación muchas veces no sufren el más leve desorden, pues la enferma puede pasar un parto feliz aun con el prolapso del útero; si hay esterilidad debe atribuirse á las enfermedades que acompañan la lesión.

El diagnóstico del prolapso uterino no ofrece grandes dificultades, sobre todo cuando es de segundo y tercer grado. En caso de que sea de primero, no bastará la inspección y debe acompañarse del tacto vaginal; es preciso también añadir al prolapso los calificativos necesarios para sentar indicaciones. Así, pues, debe decirse si el prolapso es simple ó complicado con cistocele, rectocele, hipertrofia del cuello, retroflexión. La manera de proceder el diagnóstico es, pues, sencilla; importa no confundir el prolapso del útero con la hipertrofia del cuello y conocer los casos en que haya las dos modalidades á la vez. Para lo último debe explorarse el fondo del útero, y si éste se conserva en su sitio, no diremos que hay prolapso, sino prolongación del cuello. Si tenemos dudas, recurriremos al histerómetro, y si éste penetra 10 ó 11 cms. podremos asegurar la hipertrofia de la región cervical.

El curso de la dolencia tiende á la cronicidad y es además progresivo. Algunas veces, sin embargo, la enfermedad es transitoria como sucede en los primeros tiempos del período puerperal, pues la relajación de los tejidos permite este prolapso y después éstos recobran su tonicidad, desapareciendo aquél. Pero por lo común, el prolapso se acentúa cada vez más, recorriendo sus diver-

sos grados y originando complicaciones. Al llegar el prolapso al tercer grado, aparecen síntomas urinarios; la enferma necesita reducirse el prolapso para realizar la micción. Al mismo tiempo hay ulceraciones del órgano que está al descubierto y que vemos entre las extremidades de la enferma en forma de un tumor salpicado de úlceras, á causa de los roces que las paredes sufren, junto con su infección. En estas ocasiones, el prolapso presenta un hecho que lo hace tolerable y es que puede reducirse, gracias á los esfuerzos de la misma enferma que permanece en decúbito supino; á veces el prolapso se hace irreductible andando el tiempo. Vemos, pues, que debe dividirse el prolapso del útero en reductible é irreductible, según que el útero pueda ó no volverse á introducir en los genitales. La reducción será posible mientras no haya neoplasias en la pelvis que lo impidan de una manera mecánica. Se hará difícil la maniobra, pero no imposible, cuando á consecuencia de la flexión de la uretra haya retención urinaria considerable ó cuando por otra causa haya acúmulo de materias fecales; lo mismo diremos si el órgano se presenta congestionado y de volumen mucho mayor del normal. Si se ha desarrollado un embarazo estando el útero fuera de los genitales, no hay que decir si podrá reducirse. Por lo demás, la maniobra fuera de estos casos, no resulta difícil.

El tratamiento puede dividirse en paliativo y radical: consiste el primero en alejar en lo posible todas las causas que pueden producir un prolapso. En este concepto, importa también tratar todas las enfermedades que acompañan al prolapso uterino, junto con una buena limpieza y desinfección del órgano. Buscaremos después la manera de mantener reducido el útero, lo cual puede lograrse con el masaje ó la aplicación de pesarios. El masaje será beneficioso cuando no haya gran destrucción del suelo perineal porque despierta la contractilidad de los músculos de la región, sobre todo del elevador del ano. Sosteniendo la contractilidad de este músculo, el útero se mantiene reducido; de todas maneras los efectos obtenidos con el masaje sólo son temporales. Si el masaje fracasa podemos recurrir á los pesarios, que estarán indicados cuando el prolapso del útero sea fácil de mantener reducido. Los pesarios que empleemos serán el indiferente ó circular, el *de paloma*, que consiste en dos ramas que se abren en la vagina y que los cuales se apoyan en las ramas isquio-pubianas; el aparato se lo quitará la enferma cada noche para reponerlo al día siguiente, ó también los llamados histeróforos (el de Bournier es el mejor), consistente en un soporte vaginal sostenido por cintas unidas á un cinturón y que la misma enferma coloca y retira. Téngase siempre presente que la enfermedad sólo podrá curarse cuando se formen adherencias inflamatorias que fijen el útero. De todas maneras, yo creo que los pesarios producen más perjuicios que beneficios, porque alteran las paredes vaginales y además porque la lesión se reproduce al quitar el aparato. Si las mujeres son descuidadas, puede venir una infección que afecte formas graves y rebeldes.

El tratamiento quirúrgico está indicado en todas las jóvenes y en todos los

grados, sobre todo en los dos últimos, y cuando no existe un afecto constitucional. Depende el tratamiento del diagnóstico establecido; si hay prolapso total del útero con todas las complicaciones indicadas, practicaremos contra el cistocele la colporrafia, contra el rectocele la colpoperineoplastia, contra la hipertrofia del cuello la amputación y contra la retroflexión el acortamiento de los ligamentos redondos. Debe procederse, en estos casos, al raspado del útero, amputación del cuello, colporrafia anterior, colpoperineorrafia y operación de Alexander ó hysteropexia abdominal, según los casos: á veces podrá prescindirse de alguna de estas operaciones si el caso es menos complicado: todas las operaciones dichas se practican en una sola sesión.

La operación no es grave y sus resultados son excelentes; los cuidados que se han de prodigar á la enferma son iguales á los de la perineorrafia. Al hablar de los resultados de la operación debe distinguirse entre los inmediatos y los definitivos; los primeros son siempre beneficiosos, en tanto que los segundos son *por lo general* eficaces, pues obtenemos la curación en un 85 por 100 de los casos. En un 15 por 100 hay tendencia á la reproducción, que puede llegar á ser completa; estos casos son aquellos en que no se han sentado bien las indicaciones ni se han cumplido debidamente: también influyen en este sentido las condiciones que han favorecido el prolapso la primera vez, así si aquella viene sostenida por afectos constitucionales será más fácil que se reproduzca que no si depende de causas fortuitas. Las estadísticas de Freund, que sientan la referida proporción, establecen la recidiva á más ó menos larga fecha, según las condiciones de la enferma. Si ésta debe permanecer mucho en pie por su profesión, la enfermedad será más fácil que se reproduzca que no si la enferma guarda más quietud. Si la enferma lleva un soporte perineal tendrá asimismo una gran garantía. De todas maneras el tratamiento quirúrgico es excelente y menos expuesto que la aplicación de pesarios.

Algunos proponen la extirpación del útero en ciertos casos de recidiva ó de difícil tratamiento, y aunque la operación en estos casos no reviste mucha gravedad ni presenta dificultades, tampoco constituye un medio completamente seguro, pues será posible el prolapso de las paredes, ya que no del órgano que se extirpó.

Para ciertos casos inoperables constituye un buen recurso la transfixión circular de la vagina por el procedimiento de Freund.

Lección XLII

Inversión del útero.—Grados y variedades.—Etiología y patogenia.—Síntomas y diagnóstico.—Curso y complicaciones.—Indicaciones.—Tratamiento paliativo y curativo.—Indicaciones de la histerectomía en estos casos.

Vamos á estudiar aquí la inversión uterina, en el concepto ginecológico, por más que ésta tenga su real y verdadera importancia en Tocología, pues en ella

estudiaremos el hecho que la origina. Para distinguir la inversión del útero ginecológico de la tocológica, algunos la han llamado crónica. Consiste el afecto en que el útero se coloca al revés, de manera que la superficie interna se hace exterior, la mucosa se convierte en vaginal y la serosa forma la cavidad, correspondiendo la abertura del útero por encima del abdomen y hacia abajo. Si suponemos el útero vuelto como un dedo de guante, comprenderemos lo que es la inversión.

La Etiología y Patogenia de la enfermedad deben buscarse en dos causas: ó bien la inversión uterina se realiza en el acto del parto ó aparece por neoplasias del útero que colocan el órgano en condiciones favorables para que se invierta. De todas maneras, en el acto del parto encuéntrase las mejores condiciones para la inversión, pues el cuello del útero dilatándose y las paredes del órgano perdiendo su tonicidad y resistencia, contribuyen á dicho resultado. El paso de la cabeza del feto produce enormes dilataciones del cuello uterino en un momento dado, lo cual, junto á la falta de resistencia que puede haber en las paredes del órgano, puede hacer que éste salga al través del cuello. Compréndese que habrá concausas que facilitarán el desarrollo de la inversión, las cuales radicarán en el modo de realizarse el alumbramiento. Así, la placenta demasiado adherida en el cuerpo del útero puede obrar como cuerpo extraño por su propio peso y arrastrar el cuerpo del útero por tracción excesiva de sus paredes. Otras veces débese el hecho á la intervención en el parto de personas ineptas que practicaron maniobras intempestivas tirando excesivamente del cordón. En la inmensa mayoría de ocasiones, la inversión uterina reconoce este origen y si la enferma no muere, se establece aquélla con todos los caracteres de la cronicidad y á la vuelta de algún tiempo el ginecólogo tendrá que ocuparse de ella.

Estas mismas condiciones de dilatación del cuello y falta de tonicidad de sus paredes, pueden desarrollarse en otras ocasiones que nada tengan que ver con el parto; tal sucede con el desarrollo de ciertas neoplasias como los fibromas y particularmente los *cavitarios*; en estos casos desarróllase en la cavidad del útero un tumor más ó menos voluminoso, que está unido por su periferia á las paredes del útero mientras que la cavidad de éste se distiende enormemente. El desarrollo de estos tumores prepara las paredes del órgano, distendiéndolas y haciéndolas perder su rigidez normal, al mismo tiempo que puede dilatar el cuello presentándose las condiciones existentes en el acto del parto. Ahora bien, como el tumor está adherido á las paredes del útero, concíbese que al salir de los genitales debe arrastrar aquéllas, produciéndose la inversión. No faltan casos en que se reúnen las dos condiciones indicadas, parto y fibroma; las enfermas tienen flácidas las paredes uterinas y presentan algún fibroma en el fondo del útero, que puede enfiar por el cuello y producir la inversión uterina. Tales son las causas más comunes de la inversión uterina; de todos modos la más frecuente es la puerperal.

Divídese la inversión en completa é incompleta; en la primera todo el cuerpo del útero sale al través del cuello, formando hernia y apareciendo un tumor en la vagina. En cambio, en la inversión incompleta, el cuerpo del útero no atraviesa el cuello aunque quizás asoma hasta el orificio externo. Al realizarse la inversión, los demás órganos alteráanse también en su topografía; en la inversión completa, las trompas y ovarios son arrastrados hacia abajo, comprobándose el mismo fenómeno aunque menos acentuado, en la inversión parcial é incompleta. La vejiga no experimentará tales dislocaciones, pues á lo más será arrastrada una pequeña parte de la misma.

El útero ofrece asimismo alteraciones en sus paredes, así, obsérvase en la parte del cuello uterino no invertido una gran rigidez. Se comprende bien este hecho, pues la inversión se ha realizado mientras el cuello se dilataba, y éste, al retraerse luego, lo hace con fuerza apretando el sitio de la inversión. A veces, cuando la inversión es incompleta, corresponde á la región del orificio interno; excitada la contractilidad del cuello, qued. comprimida y agobiada la parte del útero invertida, apareciendo una gran resistencia. Como consecuencia de estos hechos las paredes uterinas están engrosadas y congestionadas. Hay endometritis crónica de forma hipertrófica en la que participan todos los elementos vasculares y glandulares; verificase mal la circulación de retorno y esto nos explica muchos síntomas de la enfermedad.

Pasando ahora á tratar de los síntomas, no diré nada de los que se presentan en el momento de la inversión, porque nosotros estudiamos ésta en su forma crónica. Cuando vemos la enferma, ésta nos refiere los antecedentes de la inversión, contándonos que desde aquel momento no dejó de percibir un dolor gravativo y difuso por toda la pelvis, acompañado de una sensación de vacuidad en todo el abdomen. La deambulación y la estación bípeda son sumamente molestas para la enferma, la cual nos explica también sus desórdenes menstruales, caracterizados por fuertes menorragias y leucorrea abundantísima, de manera que hay pérdidas continuas por los genitales. Las funciones de fecundación están del todo abolidas, y como síntomas generales preséntase el cuadro de la anemia crónica, que se manifiesta por palidez de la piel y las mucosas. En estos síntomas y el examen de la enferma, el diagnóstico no ha de ser difícil.

Al practicar el reconocimiento, lo primero que encontraremos por el tacto vaginal es un cuerpo semi-esférico, prolongado ú oblongo, que llena la vagina y ocupa su porción central, encontrando siempre en el fondo el relieve del cuello uterino. Si la inversión no es total sino parcial, podemos hallar libre la vagina y en el cuello del útero apreciamos cierta dilatación que permite el paso del dedo, comprobando á su través que existe un tumor. Aunque estos datos son bastante seguros para diagnosticar la inversión, podemos encontrarnos en casos de un perfecto parecido que pueden inducirnos á error. Tal ocurre en ciertos fibromas pediculados, que nos pueden hacer creer, al tocarlos, que damos

con el útero. Una vez sospechada la afección, podemos diagnosticar la inversión uterina de un pólipo fibroso vaginal ó de uno intrauterino con pocos datos. En efecto: procediendo á la exploración combinada, en los casos de inversión completa nada encontraremos en el hipogastrio, ni hallaremos en ninguna parte el fondo del útero. Tratándose de la inversión incompleta, es difícil convencernos de que la parte que tocamos y que corresponde al útero, es más corta de lo que debiera. De todas maneras, si abrigamos dudas acerca del diagnóstico, podemos recurrir al histerómetro, que nos dará magníficos resultados. Al intentar introducir la sonda uterina no podía pasar por ninguna parte, si se trata de una inversión, tratándose de un fibroma penetrará 6 ó 7 cents. En la inversión parcial, es el único medio seguro de diagnóstico, pues, de este modo apreciamos el tumor; si la sonda penetra 3 cents. y nos aseguramos de que por ninguna cara penetra más de 3 cents., no se trata de un tumor intrauterino, pues, en éste la sonda se introduce más profundamente por las partes laterales. Lo que es más difícil de diagnosticar, es el caso en que existe á la vez tumor é inversión parcial del útero, hecho que es necesario tener en cuenta para ciertas intervenciones; pero este fenómeno lo estudiaremos más adelante, al ocuparnos de los fibromas. Para afianzar el diagnóstico recurriremos al tacto rectal; de todas maneras, el diagnóstico, en general, no ofrecerá grandes dificultades.

El curso de la dolencia es de carácter crónico; cierto que se citan casos de reducción espontánea, pero estos casos corresponden al momento de fraguarse la inversión, no cuando ésta ha adquirido ya estabilidad. Desde el momento en que la inversión se ha hecho crónica, no curará abandonada á sí misma. En cuanto á complicaciones, las principales son la endometritis, la hipertrofia é hiperplasia del cuerpo del útero; no olvidemos tampoco que hay enfermas que sucumben por la anemia crónica. También aparecen con facilidad infecciones que, por regla general, no se extienden á los anexos, ni al tejido celular pelviano. Entiéndase, de todos modos, que las complicaciones deben buscarse más en el estado general que en el local.

El tratamiento de la dolencia comprende dos partes, según la inversión sea irreductible ó reductible. Lo primero que ha de proponerse el ginecólogo, es volver el órgano á sus condiciones primitivas: para esto se han empleado todos los medios imaginables, que muchas veces no dan resultado. Ha de tenerse en cuenta, que la inversión del útero depende de las alteraciones que presentan las paredes del órgano; si el rodete que circunscribe el útero está rígido, difícil será la reducción; ésta se intentará, pues, según el cuello esté más ó menos rígido. Las primeras tentativas de reducción son manuales, y se practican sin anestesia, introduciendo la mano en la vagina, y cogiendo el tumor cerca del pedículo, comprimiendo con fuerza hacia arriba y realizando una verdadera *taxis*. Desgraciadamente esta maniobra fracasa muchas veces y entonces tendremos que auxiliarnos con la anestesia general, con lo cual la *taxis* podrá llevarse al extremo, pero si así y todo no obtenemos resultados recurriremos á la

compresión sostenida para vencer las resistencias que nos impedían lograr ningún beneficio. Lógrase esto practicando un taponamiento vaginal con gasa, y aplicando un pesario para sostener la compresión; la enferma llevará el taponamiento y el pesario veinticuatro horas, al cabo de las cuales se renovará, y así sucesivamente.

Pero en muchas ocasiones es preferible recurrir á los repositorios uterinos, entre los cuales mencionaré el de Lawson Tait, consistente en un tallo que lleva un tope en la parte superior y un soporte en la inferior. Conócense tres modelos de este repositor, y empieza por aplicarse el que lleva el núm. 1, que se aplica al fondo del útero; el tallo sale por la vulva, y entonces, con unos lazos que lleva el aparato, se sujeta á la cintura y queda así colocado. La elasticidad de las cintas comprime el repositor uterino, y de esta manera se obtiene una compresión sostenida en el fondo del útero que vence la resistencia del rodete que circunscribe el cuello; examínase la enferma cada veinticuatro horas y se mira si han cedido las paredes distendiéndose ó el útero reduciéndose. Colócase después el segundo repositor, que es más pequeño, con lo cual el útero se va reduciendo, y cuando logremos resultados más positivos, echaremos mano del modelo de menos dimensiones que hará penetrar el útero en su sitio, reduciéndose éste por sí solo, ó mediante un taponamiento de gasa. Este tratamiento es muy eficaz, habiéndose comprobado su virtud en casos que llevaban años de duración. De todas maneras, en ciertos casos, gracias á la rigidez del anillo, no conseguimos nada, y entonces recurrimos á procedimientos quirúrgicos.

Siguiendo el método de Doyen podemos evitar la laparotomía; consiste dicho método en cortar el cuello del útero desde la vagina, haciéndolo descender; insértase una pinza á cada lado y se hace salir el rodete, se da un corte en el labio anterior que profundice más ó menos y puede llegarse hasta el punto de flexión, y haciendo la taxis con fuerza, se reduce el útero, á lo que contribuye el corte ó desgarró mayor del órgano. Queda una herida que se sutura.

Si á pesar de todo, no logramos resultados, procederemos á la histerectomía, pues un órgano que no sirve para nada, ya que no puede realizar sus funciones, bien puede ser extirpado. Hay muchos procedimientos de histerectomía aplicables á cada caso concreto, así puede echarse mano de los estranguladores, del uso del gálvano-cauterio, del termo-cauterio y de la amputación parcial. No podemos aconsejar el gálvano-cauterio ni los estranguladores en la histerectomía, pues no tienen aplicación á este caso, siendo buenos para un pólipo, pero no en tales operaciones. Puede procederse, por lo tanto, á la histerotomía vaginal, empleando un procedimiento que da buenos resultados y es muy expedito. Yo lo empleé en una mujer tan anémica que no hubiera resistido la más leve hemorragia; cogí con unas pinzas de presión el fondo del útero, tiré de él hacia abajo y apliqué una pinza á cada lado, cortando el órgano bajo las pinzas. La enferma toleró bien la operación, á pesar de su pésimo estado general. Las pinzas deben dejarse tres días para evitar un defecto de casi todos los procedimientos,

y es que el peritoneo no se haya adherido en el sitio de la inversión y pueda ranversarse, infectando la cavidad del peritoneo. Este procedimiento es el mejor en casos de urgencia.

Los resultados de la intervención son beneficiosos, y la enferma se ve libre de toda clase de pérdidas y de toda molestia, y se repone fácilmente su estado general.—La permanencia de los anexos no produce molestias, ni tiene inconvenientes, si están sanos.

Lección XLIII

Neoplasias del útero.—Miomomas y sus variedades.—División y estudio según su topografía, su volumen y su textura.—Estructura de dichos tumores.—Generaciones que pueden sufrir.

Las neoplasias uterinas pueden dividirse en dos grupos: benignas y malignas ó típicas y atípicas. Llamamos típicas á las primeras porque encontramos en ellas representación de los tejidos normales, mientras que las segundas se llaman atípicas porque se separan en su estructura de los tejidos que fisiológicamente forman parte de nuestro organismo. Vamos á estudiar en el presente capítulo las neoplasias benignas, y entre éstas figuran en primer lugar los *miomas* uterinos ó *fibro-miomomas*, según otros.

El estudio de estas neoplasias ha sido siempre de gran interés por la extrema frecuencia con que éstas se presentan. Tanta es ésta, que ciertos autores admiten que de las mujeres que llegan á los 50 años, el 30 por 100 padecen miomas, y si bien esta cifra es exagerada, basta para darnos idea de la frecuencia de la enfermedad.

Desde el punto de vista topográfico, podemos dividir los miomas en dos grupos, según sean del cuello ó del cuerpo. Los últimos son mucho más comunes que los primeros, tanto es así que por cada mioma del cuello hay 15 ó 20 del cuerpo. Los del cuerpo se han dividido topográficamente también según sus relaciones con las paredes del útero; unas veces los miomas están empotrados en las referidas paredes y constituyen los miomas intersticiales; otras sólo están unidos á la pared por una base más ó menos ancha ó por un pedículo más ó menos largo y delgado, dirigiéndose hacia la mucosa del órgano (miomas submucosos ó cavitarios), ó desenvolviéndose hacia la superficie del peritoneo ó cavidad abdominal (miomas subperitoneales). Probablemente todos los miomas comienzan siendo intersticiales, por cuanto todos nacen en la capa muscular del órgano, pero á medida que crecen se dirigen á la capa serosa ó la mucosa. Preséntanse en este supuesto todas las variedades imaginables, tanto por su número, como por su volumen, como por lo que se refiere á su base de implantación.