

En la elongación del cuello no hay, por lo común, verdadera hipertrofia ni existe hiperplasia ninguna. El cuello, á la vez que se alarga, se adelgaza, y en las grandes elongaciones queda reducido á un cordón que á veces no es mayor que el índice, y que se encuentra extendido desde la porción vaginal, que conserva su volumen, hasta el istmo (fig. 72). Si esto ocurre en las proximidades de la menopausia, su delgadez es todavía mayor. La elongación del cuello puede

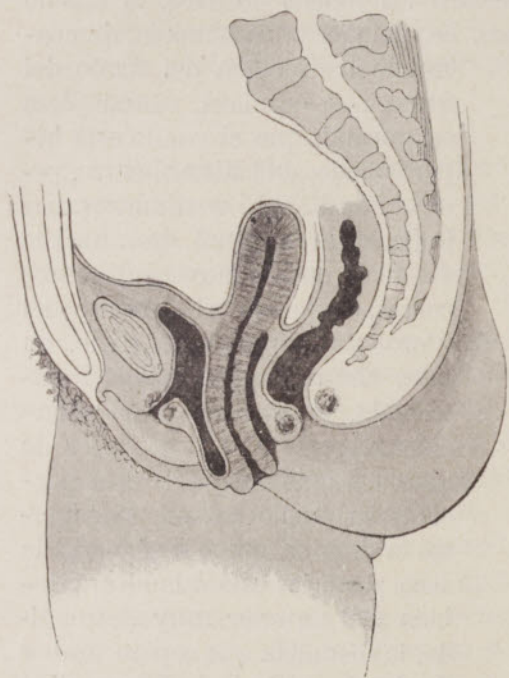


FIG. 70

*Hipertrofia de la porción media
del cuello.*

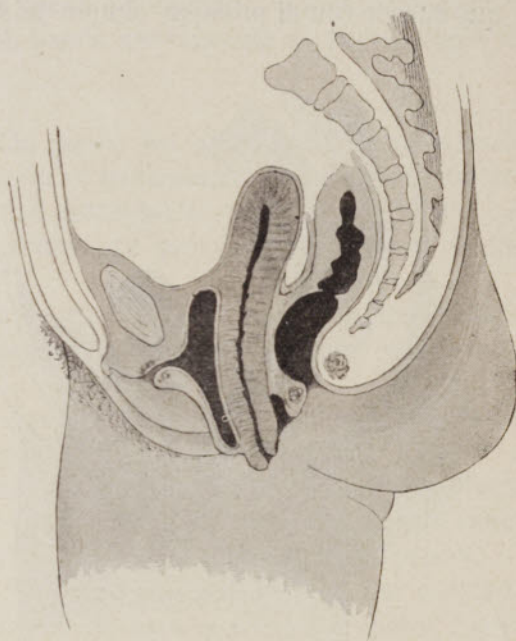


FIG. 71

*Hipertrofia de la porción supra-vaginal
del cuello.*

alcanzar grandes dimensiones, no siendo raro encontrarla de 10 ó más centímetros.

Síntomas y diagnóstico.— Los síntomas subjetivos de la hipertrofia del cuello son casi nulos. Aunque algunas veces existe dismenorrea en los casos de hipertrofia de la porción vaginal, por lo que he podido observar no es este hecho muy frecuente; me ha parecido notar más bien tendencia á las menorragias y á una periodicidad más frecuente. Constituye una verdadera dificultad para el coito y es también un obstáculo á la fecundación, aunque no una imposibilidad. Las demás formas son tan silenciosas como ésta, y cuando la lesión es pura no existe leucorrea.

Los primeros y únicos síntomas que suele experimentar la enferma son los debidos á la presencia del cuello en la vulva, en donde produce los fenómenos propios de todo cuerpo extraño. Sensación de estorbo, fenómenos vulvares irritativos, cierto dolor cuando el himen opone dificultad á su salida, que desapa-

rece una vez está dilatado, y la sensación desagradable de un cuerpo extraño que sale por la vulva.

El diagnóstico es, por lo común, muy fácil, sobre todo si se trata de hipertrofias de la porción vaginal; se ve salir el cuello por la vulva y el tacto vaginal comprueba que los fondos de saco vaginales ocupan su sitio. No cabe equivocación ni puede confundirse con otra enfermedad.

La hipertrofia de la porción supravaginal y media es más difícil de diagnosticar, pues con el hocico de tenca descienden los fondos de saco, lo mismo que sucede con el prolapso simple del útero. La palpación combinada, demostrando la situación del fondo del útero, nos enseñará, cuando ésta es normal, que el cuello está hipertrofiado, y el histerómetro, penetrando 12 y 15 centímetros, nos indicará su longitud, descontando del total unos cuatro centímetros correspondientes al cuerpo del útero, ya que éste no suele, en tales circunstancias, estar hipertrofiado. El examen de la situación respectiva de los fondos de saco nos indicará cuál es la porción del cuello en que la hipertrofia domina, pues si el fondo de saco posterior está á la altura debida y el anterior muy descendido, la distancia que separa ambos fondos de saco nos dará la medida de la hipertrofia alcanzada por la porción media.

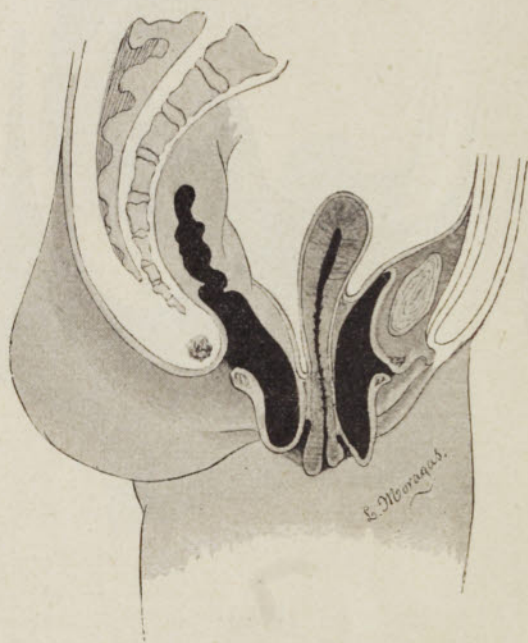


FIG. 72

Elongación del cuello por estiramiento.

Cuando el histerómetro penetra diez centímetros ó más, y el tacto revela el descenso del hocico de tenca, es evidente que el cuello está hipertrofiado. La hipertrofia del cuerpo en descenso ó un mioma pueden darnos también parecidas medidas histerométricas; pero la palpación combinada corroborará la existencia de un cuerpo de útero voluminoso ó de un mioma.

Cuando en vez de hipertrofia se trata de elongaciones, el diagnóstico no es menos fácil; los colpocelos que preceden al prolapso del cuello indican el origen de la elongación, y ésta se comprueba cogiendo el cuello entre los dedos y comprobando su delgadez, á la vez que el histerómetro nos indica su longitud y, por tanto, la distancia á que se encuentra el cuerpo del útero.

Curso y complicaciones.—Aunque la enfermedad es estacionaria y absolutamente incurable abandonada á sí misma, no pone en peligro la vida de la enferma.

Es de curso lento y progresivo, pero, en general, alcanza un límite en el

que se estaciona. Este límite no es fijo, pues hay cuellos que alcanzan 12 centímetros como máximo, y alguno he visto que ha llegado hasta 15. Sólo la menopausia puede influir produciendo una regresión en su grosor, y en cambio modifica poco su longitud.

Las complicaciones que pueden sobrevenir se comprenden fácilmente, pues cuando el cuello sale fuera de la vulva los roces y la influencia del aire producen metritis, si antes no existían, y provocan fácilmente ulceraciones, que pueden ser el punto de partida de linfangitis que se extienden hacia la parte alta.

Producen frecuentemente, en los casos adelantados, perturbaciones en la micción, y si sobreviene la concepción, puede ser durante el parto origen de distocia.

Tratamiento.—El tratamiento sólo puede ser quirúrgico, pues dadas las condiciones de una hipertrofia del cuello, el tratamiento por los pesarios, aun como vía de ensayo, es absolutamente inaceptable: es más perjudicial que beneficioso; además, el cuello no es, como un prolapso, susceptible de una reducción.

Huguier, practicando su amputación conoidea del cuello en los casos de falso prolapso ó de hipertrofia de la porción alta, señaló el único camino que hay que seguir en estos casos.

Si se trata de una hipertrofia de la porción vaginal, la operación es sumamente fácil y sencilla. Puede emplearse el método de amputación bicónico de Simón Markwald, antes descrito, ó bien la *amputación simplemente circular*. Esta tiene la ventaja de ser aplicable á todas las hipertrofias del cuello, mientras que la bicónica tiene poca aplicación á las hipertrofias de la parte alta.

La técnica es por demás sencilla: se traza una incisión circular alrededor del cuello y á dos centímetros del fondo de saco anterior; se disecciona algo el manguito vaginal y luego se corta circularmente el cuello. En seguida con catgut se sutura la mucosa cervical á la vaginal, aplicando hacia los lados un punto sobre la mucosa vaginal sola, el que forma las comisuras laterales.

La operación es muy rápida, y aunque á veces ocurra una hemorragia regular, puede prescindirse de ella, siendo completamente superflua la precaución de isquemiar el cuello con un lazo elástico fijado por encima del sitio de la amputación, como recomendaban Schröder y Martin, y después de ellos, muchos otros autores. Nunca he usado este medio ni me ha parecido preciso, aparte de que sólo sería aplicable á la amputación de la porción vaginal, ya que en los demás casos el cuello no está libre para circundarlo con el tubo elástico.

Cuando la hipertrofia es de la porción media ó supravaginal, se traza la incisión circular cerca del fondo de saco y luego se va despegando el manguito hacia arriba, teniendo en cuenta que la vejiga está adosada y algo adherida á la pared anterior. Se descubre la porción de cuello que se desea amputar en su parte media ó supra-vaginal, teniendo buen cuidado, si es en esta última donde debe hacerse la sección, de que por su parte posterior no penetremos, al aislar el manguito, en el fondo de Douglas. Aislada la parte alta del cuello se practica la sección circular, que podrá ser algo conoidea para ser más extensa, y en seguida se aplican los puntos de sutura como en el caso anterior, teniendo cuidado que por delante no interesen la vejiga ni por detrás el peritoneo de Dou-

glas. La hemorragia en esta amputación alta del cuello es más abundante que en la de la porción vaginal, pero nunca peligrosa. En estos casos, después de la amputación, el cuello ya no forma procidencia en la vagina, la que termina en un fondo de saco conoideo.

Al calcular la extensión de cuello que debe escindirise, debe recordarse que después de la amputación el resto de cuello se atrofia en parte, según queda dicho anteriormente, de modo que, tanto en la amputación vaginal como en la alta, podemos sentar que, amputando las dos terceras partes de lo que las mediciones parecen indicar, obtendremos el resultado exacto que nos proponemos; por ejemplo: una hipertrofia de la porción vaginal tiene ocho centímetros á partir del fondo de saco anterior; para dejarlo en sus dimensiones normales, debían amputarse seis y medio; pues amputando de cuatro á cinco, á la vuelta de tres meses tendremos la dimensión normal. He visto comprobado este hecho muchas veces.

La operación es inocua como todas las operaciones plásticas sobre el cuello, y el tratamiento post-operatorio análogo al que se sigue en todos estos casos.

Los resultados remotos de la operación son excelentes, pues no ocurren recidivas en los casos típicos y el funcionamiento genital es perfecto. Poseo varios casos en que la fecundación y el parto se han realizado sin contratiempo.

HIPERTROFIA DEL CUERPO

La hipertrofia del cuerpo del útero, como fenómeno autóctono y con independencia completa, es, sin duda, una afección sumamente rara y que casi no puede decirse que forme entidad nosológica; por regla general, existe una relación patogénica con alguna de las enfermedades perfectamente clasificadas. Unas veces depende de una metritis parenquimatosa, otras de una endometritis de origen puerperal, que, dificultando la involución del útero, deja como secuela la llamada metritis sub-involutiva, ó bien depende de la existencia de algún nódulo fibroso que provoca una marcada hipertrofia de las paredes del útero. Los casos de gigantismo uterino, y de los que Polaillon ha descrito uno notable, porque llenaba el útero casi todo el abdomen, conservando su forma regular y típica, pertenecen más bien á la clase de miomas difusos, y como tales cabe aceptarlos y clasificarlos.

De aceptar una hipertrofia del cuerpo del útero autóctona, la única que podría admitirse es la verdadera sub-involución, sin ingerencia de metritis ni otras causas, tal como se presenta en las grandes múltiparas, en las que se observa que en cada parto la involución es algo más lenta é incompleta. Realmente, se observan en la práctica algunos casos de esta índole, en los que no se descubre otra etiología que el número de partos anteriores; el útero voluminoso

mide ocho y nueve centímetros; no existe leucorrea ni manifestaciones dolorosas; la menstruación conserva su regularidad y duración normal, pero es menorragica; frecuentemente la enferma percibe la sensación de un cuerpo extraño en el abdomen, sin manifestaciones dolorosas. Se distingue de la endometritis en que la mucosa no está alterada, y no existen, por tanto, sus síntomas propios, y de la metritis parenquimatosa en que no hay manifestaciones dolorosas ni reflejos y el útero conserva bastante bien su contractilidad, hecho raro en la metritis intersticial.

Aunque de curso lento, no es enfermedad progresiva, al contrario, el útero se reduce y los fenómenos propios de la hipertrofia tienden á desaparecer. Así no es raro ver desaparecer las menorragias después de haber persistido seis meses, un año y más después del último parto; ello hace que el pronóstico de la simple sub-involución sea mucho más favorable que el de las metritis sub-involutivas y las demás formas de hipertrofia secundaria del cuerpo del útero.

Obedece fácilmente al tratamiento, obteniéndose resultados rápidos y definitivos con las inyecciones vaginales calientes y la administración del cornezuelo durante quince días. Si ello no basta, algún taponamiento intra-uterino para excitar la contractilidad del órgano, y principalmente unas cuantas sesiones de galvanización uterina, producen efectos rápidos y constantes.

ATROFIA DEL ÚTERO

Etiología y patogenia.—Comprendemos con este nombre la atrofia verdadera, ó sea la disminución de volumen total ó parcial del órgano una vez adquirido ya su completo desarrollo.

Se observan á veces atrofas limitadas al cuello del útero, en las que éste se encuentra reducido en su volumen y formando escaso relieve en el fondo de la vagina, pero con un cuerpo perfectamente desarrollado y aun á veces hipertrófico. Las más de las veces que esto ocurre es debido á que el órgano ha sufrido una atrofia total, que ha sido pasajera para el cuerpo, pero ha quedado permanente para el cuello. Por sí sola, no tiene importancia ni da lugar á síntomas. No debe confundirse con los cuellos rudimentarios congénitos, que suelen acompañar á los úteros mal desarrollados y que presentan toda la sintomatología indicada al hablar del útero fetal ó infantil.

La atrofia del cuerpo del útero se presenta en distintas circunstancias. No cabe señalar como estado patológico la atrofia senil que se presenta en la menopausia, pues es un proceso natural en la vida del aparato sexual; ni tampoco debemos hacer mención especial de la atrofia consecutiva á la castración, por ser una consecuencia operatoria de dicha intervención.

Sin duda, el caso más frecuente de atrofia típica del cuerpo del útero

es el consecutivo al parto, y sobre el cual Simpson llamó especialmente la atención (1).

Llamada también super-involución ó hiper-involución, reconoce dos orígenes distintos: uno se encuentra en un proceso natural y fisiológico, y otro es debido á complicaciones puerperales infectivas. La primera es de origen fisiológico; la segunda de origen patológico.

La atrofia fisiológica se atribuye, desde los trabajos de Frommel, confirmados por Thorn y muchos otros, á la lactancia. La amenorrea, á veces muy persistente, que sufren las mujeres que lactan, es debida á una atrofia pasajera del útero, que con cierta frecuencia se convierte en hecho patológico. Se ha discutido si era debida á la excitación que la succión produce sobre el pezón, estimulando la contractibilidad del útero, ó á un efecto distrófico de la lactancia. Realmente, se observa en la práctica el hecho indicado por Frommel, Erms-trong y otros, de que por lo común la super-involución en las mujeres que lactan se presenta de preferencia en las que sufren anemia ó están sujetas á mala alimentación, ó tuvieron hemorragias puerperales ó se entregan á una lactancia excesivamente prolongada. Esto parece indicar más bien que la lactancia, obrando sobre el estado general de la enferma, produce la atrofia consecutiva, y lo demuestran casos como el de Blondel (2), en el que en una primípara que no lactó, pero sufrió una prolongada galactorrea, á los catorce meses del parto persistía la amenorrea con síntomas generales de atrofia útero-ovárica y útero de cinco centímetros escasos. Algún otro caso parecido se registra, y yo recuerdo uno con galactorrea abundante que siguió á una lactancia de catorce meses; á los dos años del parto persistía aún la galactorrea, y también la amenorrea absoluta, pero el útero no podía decirse que estuviese atrofiado. Cuando la galactorrea desapareció, presentóse la menstruación.

Otra atrofia del cuerpo, de origen puerperal, es debida á las infecciones del útero. Sanger y Dittrich han demostrado que la infección del útero puede perturbar la involución normal del órgano, ora produciendo una degeneración y reabsorción de fibras musculares, ora ocasionando pérdidas de substancia en el órgano, pérdidas debidas á los esfacelos parciales á que dan lugar las compresiones durante el parto, ó á la infección bastante intensa para provocar la mortificación de islotes de tejido que luego se eliminan. El resultado final de estos procesos es una atrofia, á veces marcadísima, del órgano, y por lo común de mayor trascendencia que la del caso anterior.

Ciertas enfermedades que perturban notablemente la nutrición del organismo pueden producir la atrofia del útero, y entre ellas merecen especial mención, por su frecuencia, la clorosis, la tuberculosis pulmonar, la anemia perniciosa, la leucemia, la enfermedad de Basedow, la nefritis y algunas veces la sífilis. Todas ellas tienen poca importancia al lado de la afección productora, pero demuestran la influencia que los estados generales ejercen sobre la nutrición del útero.

Más importancia tienen, sin duda, las atrofias consecutivas á enfermedades agudas febriles, como la tifoidea, la viruela, la escarlatina y otras; después de

(1) SIMPSON: *Clinique Obstetricale et Gynecologique*, 1874, pág. 562.

(2) *La Gynecologie*, 1900, pág. 240.

estas enfermedades es frecuente observar una amenorrea pasajera, debida á mala nutrición del aparato genital; algunas veces el fenómeno se exagera y se establece una atrofia permanente del útero. Gottschalk, Scanzoni y otros han citado casos de esta índole que tienen real importancia, porque, curada la infección aguda que los provoca, quedan como enfermedad independiente y de importancia suma en el porvenir de la enferma. He tenido ocasión de observar muchas veces estas atrofias pasajeras, pero entre ellas recuerdo dos casos en jóvenes de unos veinte años, en las que después de una tifoidea intensa, quedó una atrofia incorregible del útero y una verdadera menopausia prematura.

No hay duda que la atrofia del útero puede ser una consecuencia de metritis infecciosas y también de flexiones de la matriz, así como de ciertas enfermedades de los anexos, particularmente las tuberculosas. En estos casos es una complicación de las enfermedades causales y carece de independencia nosológica.

Anatomía patológica.—Algunos autores han descrito dos formas de atrofia: *concéntrica* y *excéntrica*. En la primera todo el órgano se reduce, conservando las paredes su grosor proporcional; el histerómetro penetra tan sólo 6 y á veces 5 centímetros, y en ocasiones menos todavía; el órgano es duro y como esclerosado. En la segunda la cavidad apenas está disminuída, pero las paredes están más adelgazadas y el órgano está flácido ó se dobla fácilmente.

La mucosa está atrofiada, por regla general, y en cuanto á alteraciones de la pared del órgano, las que actualmente se conocen son de naturaleza flogística y análogas á las de la metritis en los casos en que una infección es la causa productora. En los demás, no se halla todavía bien conocido el proceso histológico íntimo que se desarrolla en los casos de atrofia.

Síntomas y diagnóstico.—La amenorrea y la esterilidad son los síntomas principales, y en la mayoría de casos los únicos que se presentan.

Cuando la atrofia se hace permanente y lleva camino de dejar establecida una menopausia prematura, se presentan los síntomas generales propios de este estado, caracterizados sobre todo por abultamiento abdominal y llamaradas en el rostro.

No es raro que se presenten en el bajo vientre sensaciones de peso y aun dolores vagos más ó menos persistentes.

El diagnóstico suele ser fácil, pues nunca faltan los antecedentes de la causa productora y la exploración nos demuestra un útero reducido. El histerómetro penetra tan sólo de 5 á 6 centímetros y aun menos en las formas concéntricas, y en las excéntricas, si bien penetra casi lo normal, apenas si la palpación combinada descubre el órgano uterino, y en cambio nos demuestra la delgadez de sus paredes si practicamos la palpación con el histerómetro dentro del útero.

Recuérdese siempre que el histerómetro no debe emplearse cuando exista la más pequeña sospecha de que la amenorrea sea debida á un embarazo.

Curso, complicaciones y pronóstico.—Está perfectamente demostrado que algunas atrofias del útero bien comprobadas, son pasajeras y desaparecen con la causa que las motivó; son ejemplo de ello las originadas por la lactancia

y por afecciones febriles agudas; no es de extrañar el hecho si recordamos que el útero es asiento, en estado normal, de cambios de volumen periódicos ocasionados por la congestión menstrual que sufre, pudiéndose presentar una verdadera disminución ó atrofia cuando falte por algún tiempo el molimen menstrual, como en los casos citados, ó por el contrario, un aumento de volumen rayano en la hipertrofia en condiciones opuestas.

Las atroflas de origen infectivo son mucho más persistentes y con frecuencia se hacen permanentes, siendo ésta, por lo común, la causa habitual de las menopausias prematuras.

Unas y otras, cuando alcanzan cierto grado, pueden complicarse ó acompañarse de atrofia del ovario, y entonces la senilidad prematura del aparato genital es completa y persistente, ofreciendo una incurabilidad absoluta.

Por regla general, la atrofia debida á la lactancia desaparece de uno á tres meses después de interrumpida la función láctea, dejando aparte las amenorreas pasajeras, que persisten cuatro ó seis meses tan sólo después del parto, y que no llegan á producir verdadera atrofia. Las debidas á afecciones febriles agudas suelen desaparecer, según he podido observar, de seis á ocho meses después de iniciada la convalecencia. Si se traspasan estos períodos sin que reaparezca la actividad genital, es de temer que se hagan permanentes é incurables.

Tratamiento.—La base del tratamiento consiste en alejar la causa productora. Si la lactancia entra en juego, se suprime, y con referencia especial á este caso concreto debe suprimirse cuando la enferma, amenorreica y con atrofia uterina, ofrece fenómenos de desnutrición y de anemia marcados, pues de otro modo nos expondríamos á que se hiciera persistente.

Aparte de esto, un tratamiento tónico y una buena higiene, con paseos y ejercicios al aire libre y al sol, para combatir el estado general de hiponutrición que suele existir en estos casos, es el mejor medio terapéutico que puede emplearse. Los emenagogos no suelen producir efecto ninguno; el hierro es útil, porque combate eficazmente la anemia, casi constante en tales circunstancias.

Muchas veces se ve reaparecer la función menstrual sin recurrir á medios locales, pero cuando obtenidos los efectos del tratamiento general persiste la amenorrea, podemos recurrir á medios locales excitantes, cual las inyecciones vaginales no excesivamente calientes, como las empleamos contra las metrorragias, sino de 35 á 40°. El masaje del aparato útero-ovárico es particularmente beneficioso en estos casos, y la galvanización con el polo negativo en el útero é intensidades de 15 á 20 miliamperios es muy beneficiosa. Con este último medio he logrado efectos muy beneficiosos en amenorreas rebeldes, con atroflas muy acentuadas y que persistían desde algunos meses. Cuando se logra restablecer la menstruación, no es raro ver también reaparecer la fecundación.

Los casos originados por afecciones infectivas, después de corregidas éstas, deben someterse al mismo tratamiento, pero es en ellos menos eficaz.

Se recomiendan por algunos la faradización y los tallos intra-uterinos. No tengo experiencia sobre ellos, pues en los casos curables me ha bastado con los medios antedichos.

Cuando la amenorrea lleva dos años de existencia y el útero mide cinco centímetros, es casi siempre incurable.

Las atroñas debidas á estados generales tróficos no son tributarias de ningún tratamiento local.

DESVIACIONES DEL ÚTERO

La importancia de las desviaciones del útero se ha exagerado mucho en ciertas épocas y en otras se ha disminuído con exceso. A mediados del siglo pasado, en que se inició su estudio por la escuela francesa, dió origen á grandes discusiones la importancia patológica de las desviaciones del útero. Como para la metritis cervical, hubo ginecólogos que casi hacían depender toda la patología del aparato genital de las desviaciones uterinas.

Velpeau, Simpson, Valleix y otros exageraron mucho la importancia de las desviaciones, atribuyéndoles toda clase de manifestaciones. En la discusión que á mediados del siglo pasado hubo en la Academia de Medicina de París, sostuvieron un criterio completamente contrario Becquerel, Depaul, Aran y otros, pretendiendo demostrar que las manifestaciones patológicas de las desviaciones uterinas dependían de afecciones concomitantes y no de la desviación en sí.

De entonces acá se ha concedido por los distintos autores una importancia muy variable á las desviaciones del útero. Véanse las obras de Thomas (1), Courty (2), Scanzoni (3) y otros de aquella época, y las recientes de Schröder, Fritchs, Pozzi, Labadie-Lagrave y Legueu, etc., y se observará bastante diferencia entre unas y otras, dominando en los contemporáneos un criterio más desapasionado y eclético. La obra de Schultze (4) representa, sin duda, un gran progreso, y deja sentado un sano criterio en lo referente á la importancia relativa de este asunto.

Prescindiendo del criterio más ó menos equivocado, y á veces apasionado, de algunos autores, bastará alguna reflexión sobre la materia, de facilísima comprobación en la observación clínica, para conceder á las desviaciones del útero la importancia justa que merecen.

Recuérdese que el útero no tiene una posición fija en la pequeña pelvis. Colocado normalmente en cierto grado de anteversión y ligera anteflexión, ofrece grandes variaciones individuales, y aun en un mismo individuo grandes cambios de posición, según el estado de los órganos vecinos, que pueden desviarlo hacia atrás, como lo hace la vejiga cuando está llena, ó hacia delante, por

(1) T. GAILLARD-THOMAS: *Tratado práctico de las enfermedades de las mujeres*, 1879, páginas 287 y siguientes.

(2) COURTY: *Traité pratique des maladies de l'uterus*, 1881, págs. 631 y siguientes.

(3) SCANZONI: *Órganos sexuales de la mujer*, 1862, págs. 100 y siguientes.

(4) *Traité de desviations uterines*, 1884.

una presión exagerada de las asas intestinales; la característica del útero es su movilidad en todos sentidos.

Si, por otra parte, nos referimos á la observación clínica, no hay desviación que no la encontremos con cierta frecuencia completamente tolerada y sin que produzca síntomas que revelen su existencia; se descubre por casualidad en muchas ocasiones una anteflexión ó una retrodesviación que no han ocasionado ni ocasionan molestia ninguna.

Dada la movilidad del órgano en estado normal, se comprende que pueda estar habitualmente en una posición que no es la suya propia, pero que puede adoptarla accidentalmente, y que en esta desviación sea tolerado por el organismo.

Aun dada su movilidad, tiene el útero una situación y posición normales, que recobra en cuanto las ha perdido y desaparece la causa que momentáneamente lo desvió, y de no ocurrir así, es que algún motivo persiste para que el órgano no recobre su posición primera.

Las causas que producen las desviaciones del útero son muchas de ellas, de por sí, origen de manifestaciones patológicas más ó menos acentuadas, y los síntomas de las desviaciones uterinas dependen muchas veces de las causas que motivaron la desviación y que siguieron obrando, más que de la desviación misma.

La desviación uterina por sí sola es sin duda origen de alteraciones circulatorias en el órgano y sus anexos; alteraciones circulatorias que influyen en los procesos tróficos locales, modificándolos y comunicando al órgano receptividad para infinidad de procesos que consecutivamente vienen á complicar la desviación. Se comprende que estos procesos consecutivos pueden faltar en ciertos casos que presentan marcada resistencia á las alteraciones indicadas.

Finalmente, existen organismos tolerantes y otros intolerantes con las desviaciones uterinas, y las mujeres con receptividad neuropática muy acentuada, presentan fenómenos dolorosos locales y reflejos numerosos, por la sola existencia de una desviación uterina, que ni por su origen ni por sus efectos ofrece en el órgano otro trastorno que la mala orientación ó posición del mismo.

De modo, que una desviación uterina (anteflexión ó retroflexión, por ejemplo), puede pasar desapercibida y no ocasionar molestia ninguna cuando las causas que la produjeron son indiferentes (relajación simple de los ligamentos, por ejemplo), la desviación no ha provocado alteraciones consecutivas en el órgano y recae en un organismo sano y reacio á las manifestaciones de la sensibilidad y excitabilidad nerviosas.

En las causas productoras, en los efectos de la propia desviación y en la receptividad del organismo se encuentra, por tanto, el origen de las manifestaciones patológicas de las desviaciones del útero. Así entendida la manera de ser de estas enfermedades, se comprende que en la práctica la desviación uterina tiene verdadera importancia, porque de efecto se convierte frecuentemente en causa y es origen á veces de serios trastornos; si fundamentalmente la desviación carece de importancia patológica, en cada caso concreto la tiene muy grande y distinta, según las circunstancias, y por lo dicho bien se ve que tan perjudicial es á la terapéutica la idea de quitar toda importancia á la lesión para concedérsela á las complicaciones que la acompañan, como despreciar á éstas

para atender sólo á la lesión: ambas merecen igualmente nuestra atención, que será preferente para unos ú otros términos del problema, según las circunstancias de cada caso.

El útero puede desviarse hacia adelante, hacia atrás y hacia los lados. En todas estas desviaciones puede desviarse el órgano entero, de modo que su eje conserva la línea casi recta, basculando, por tanto, el útero en diversos sentidos, ó puede desviarse parte del órgano, que en este caso se dobla sobre su eje, formando éste un ángulo más ó menos pronunciado hacia adelante, atrás ó á los lados. Las primeras reciben el nombre de *versiones* y las segundas el de *flexiones*.

Así tenemos la *anteversión* y la *anteflexión* en las desviaciones hacia adelante; la *retroversión* ó *retroflexión* en las desviaciones hacia atrás, y las *látero-desviaciones*, entre las que existe también, en rigor, la *látero-versión* y la *látero-flexión* derechas ó izquierdas.

ANTEVERSIÓN

Etiología y patogenia.— En la anteversión, el útero se encuentra todo él basculado hacia adelante, de manera que el fondo del útero descansa sobre la vejiga por detrás del pubis, y el cuello hacia atrás y arriba, se encuentra más alto que el fondo del órgano (fig. 73).

Recordando que normalmente el útero está en una anteversión y anteflexión variable, la anteversión patológica ha de ser muy acentuada para que merezca el nombre de tal, y además tener los dos caracteres que señaló Schultze: que haya perdido el órgano su flexibilidad, y con ella su tendencia á la anteflexión normal, presentándose, por lo tanto, rígido, y que la desviación presente cierta fijeza, pues de otro modo se confundiría con las anteversiones accidentales y pasajeras, que tan frecuentes son.

La rigidez del órgano la producen las metritis crónicas, sobre todo las metritis intersticiales, y realmente se observa que la anteversión se presenta frecuentemente después de accidentes puerperales, y cuando ocurre en nullíparas se trata de enfermas que llevan la historia de una infección genital.

La fijeza de la anteversión es producida por distintas causas; entre ellas la

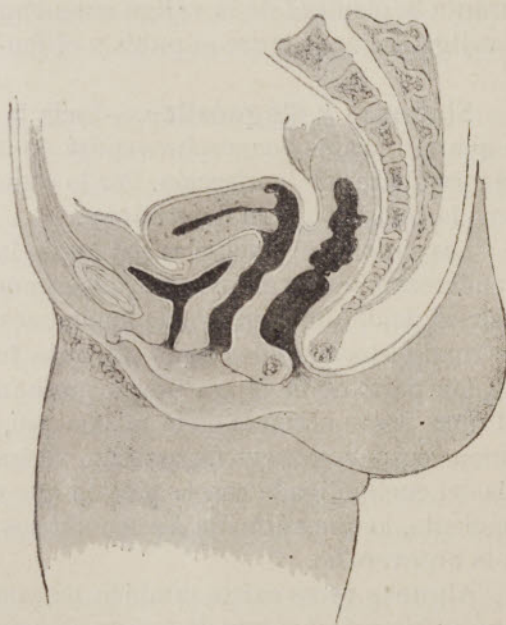


FIG. 73

Anteversión.

parametritis, que ocasiona la rigidez de los medios de sostén, y de una manera especial las flogosis posteriores, que producen acortamiento y rigidez de los ligamentos útero-sacos, que mantienen el cuello hacia arriba y atrás. Muy raras veces el fondo del útero adhiere á la vejiga, manteniendo el órgano basculado; más bien se encuentran estas adherencias entre el fondo del útero y la pared abdominal anterior, muy cercanas al pubis.

Anatomía patológica.— Aunque la anteversión puede presentar distintos grados, no puede llamarse tal hasta que el cuello está más alto que el fondo del útero, de modo que el eje de éste se dirige de arriba abajo y de atrás adelante, pudiendo en tal inclinación presentar grandes variaciones.

Por regla general, el órgano está aumentado de volumen y endurecido, ofreciendo las lesiones propias de la metritis.

El fondo del útero descansa sobre la vejiga; el cuello, oculto en la parte alta de la vagina, mira hacia arriba y atrás, y las asas intestinales descansan sobre toda la cara posterior del órgano.

El ángulo que forma normalmente el útero al nivel del istmo ha desaparecido y el órgano se presenta rectilíneo. Su movilidad está disminuida por la rigidez de los tejidos peri-uterinos, pero generalmente conserva todavía la suficiente para que la vejiga al llenarse pueda levantarlo y ponerlo en situación más ó menos vertical; algunas veces la anteversión se presenta fija y ni aun durante la plenitud de la vejiga abandona su posición inclinada, en cuyo caso la vejiga asciende entre el pubis y el fondo del útero.

Síntomas y diagnóstico.— Dada la índole de la enfermedad, se comprende que muy raras veces sobrevendrá de una manera aguda, desplegando síntomas peculiares de la afección. Por lo común, es su comienzo insidioso y lento como las causas que la determinan.

Los síntomas principales son los de la metritis, que suele preceder siempre al enderezamiento y anteversión del órgano. La leucorrea, dismenorrea, peso hipogástrico, dolor lumbar y demás fenómenos del síndrome uterino no suelen faltar. Las manifestaciones dolorosas son más intensas cuando no existe parametritis.

Por parte de la vejiga suelen presentarse síntomas debidos á la gravitación del útero sobre el fondo de la misma; así, en cuanto la vejiga adquiere un volumen regular, sobreviene tenesmo vesical. Es muy frecuente exista ligera cistitis del cuello, ligada con la presión que el útero ejerce, ó bien de origen independiente, lo que aumenta los fenómenos vesicales, sin duda los más frecuentes en la anteversión.

Algunas veces existe también tenesmo por parte del recto, como si este órgano sufriera fenómenos de compresión por el cuello situado hacia arriba y atrás.

El diagnóstico no presenta dificultades, por regla general. La comprobación por el tacto de un útero recto y rígido, cuyo cuello se pierde hacia arriba y atrás en el fondo de la vagina, cuyo fondo se toca al través del fondo de saco vaginal anterior ó de la pared anterior de la vagina, permiten establecer el diagnóstico con seguridad. Casi no existe causa de error, pues cuando es un tumor de la pared anterior del útero lo que tocamos al través del fondo de saco anterior, el cuello ocupa su situación normal.

Curso y complicaciones.—Es enfermedad esencialmente crónica. Las anteversiones pasajeras, relativamente frecuentes, no merecen ser consideradas como entidad nosológica; la fijeza de la desviación es uno de sus principales caracteres, y cuando se presenta suele ser muy persistente, á pesar de los cambios que el útero puede sufrir.

Es, por otra parte, enfermedad estacionaria, pues si alguna vez ofrece cambios en el sentido de la agravación, más deben imputarse á las complicaciones que pueden desarrollarse que á la enfermedad en sí.

La anteversión acentuada puede ocasionar trastornos en la circulación uterina, que aumentan los fenómenos de metritis ya existentes y favorecen el desarrollo de otras afecciones. Así, no es raro puedan sobrevenir anexitis y perimetritis en el curso de la anteversión. Los efectos mecánicos que ejerce sobre la vejiga, predisponen á este órgano para complicaciones infectivas.

Tratamiento.—El tratamiento de la anteversión debe ser causal y dirigirse especialmente contra la metritis y parametritis posterior.

La metritis debe tratarse poniendo en juego todos los recursos indicados al hablar de esta afección, cual si la anteversión no existiese; cuando la metritis cede, la anteversión deja, la mayoría de veces, de producir molestias.

La parametritis debe también tratarse por los medios usuales, pero cuando ha desaparecido la agudez y existen tan sólo exudados y retraimiento consecutivo del fondo de Douglas y ligamentos útero-sacros, el masaje cumplé una de sus mejores indicaciones devolviendo á dichos ligamentos su blandura y facilitando que el útero recobre su posición.

Realmente, existen casos, aunque raros, en que curada la metritis y persistiendo la anteversión, ésta origina por sí sola fenómenos locales y reflejos, igual que si la metritis persistiera, por la susceptibilidad de la enferma. Además, la persistencia de la desviación puede reproducir el proceso infectivo, y de aquí la conveniencia, algunas veces imperiosa, de combatir la desviación, procurando reducir el órgano y mantenerlo reducido.

La reducción no suele ser difícil, pues basta para ello hacer descender el cuello con los dedos vaginales y á la vez empujar el fondo del útero con la mano hipogástrica. Esta maniobra, repetida varias veces y en varias sesiones, comunica al órgano movilidad y facilita su reposición en actitud normal.

Si este medio no basta, y persistiendo las molestias se juzga necesario emplear algún medio que mantenga el útero en su posición normal, podemos recurrir al cinturón hipogástrico, los pesarios vaginales, el tallo ó pesario intrauterino y las operaciones plásticas.

La *faja hipogástrica* alivia indudablemente los sufrimientos, pero no he visto nunca que mantuviera reducida una anteversión, de modo que sus efectos son indirectos por la acción contentiva que ejerce sobre todas las vísceras abdominales.

Los *pesarios vaginales* son poco útiles y casi todos deben su origen á la época en que se consideraba á la anteversión como el principal elemento patológico en tales enfermas. Los de anteversión de Gaillard-Thomas, de Grayli-Hewid, de Galabin, de Cutter, de Hitchcock, de Gersuny y otros, han sido completamente abandonados por su inutilidad é ineficacia. Un simple pesario cir-

cular de Dumontpallier produce tan buenos efectos como esos pesarios especiales; el pesario circular obra poniendo tirantes las paredes y fondos de saco vaginales é inmovilizando el órgano, con lo que produce verdadero alivio, pues sin duda que de las molestias que directamente emanan de la anteversión son las más acentuadas las que se ofrecen por parte de la vejiga, las cuales son tanto más acentuadas cuanto más movable es el útero en su gravitación sobre aquel reservorio.

El *tallo intra-uterino* no resuelve nada en la anteversión, pues el útero está ya recto y el simple pesario intra-uterino no impide la anteversión á no ser que esté sostenido por un soporte vaginal. Las verdaderas indicaciones del tallo intra-uterino se encuentran en ciertos casos de anteflexión.

Cuando se juzga indicado corregir la anteversión de una manera definitiva, creo preferible la *operación de Sims* y mejor la de *Simón*. Sims propuso y practicó dos avivamientos transversales en la pared vaginal anterior, uno inmediato al cuello del útero, y otros á tres ó cuatro centímetros más abajo, suturando luego y coaptando ambas superficies cruentas. Me parece mejor el procedimiento de Simón, al que he recurrido tres veces con éxito completo y definitivo: se aviva transversalmente el labio anterior del cuello en su porción vaginal, luego se traza en la pared vaginal anterior un avivamiento transversal y de la misma forma que el del labio anterior del cuello; el avivamiento vaginal se hace bastante bajo (ordinariamente unos cuatro centímetros) para que, adherido al labio anterior del cuello, quede tirante la pared vaginal y retenga el cuello orientado hacia abajo y atrás, en vez de estar hacia arriba y atrás. Produce el mismo efecto que si tiráramos del labio anterior con la pinza de garfios. Para que los efectos sean permanentes, se requieren dos circunstancias: por una parte, que la operación esté bien indicada, y para ello se necesita que el útero esté movable, lo que se logrará con un tratamiento preparatorio adecuado, y por otra, que la unión del cuello á la vagina se obtenga por primera intención para que sea perfecta. En mis casos he obtenido siempre resultados excelentes. Las anteversiones en que se hace precisa la intervención son relativamente pocas.

Me parece que por una simple anteversión no estará justificada la *histeropexia*, propuesta por Laroyenne, Richelot (1), Labadie-Lagrave y Legueu (2) y otros: entre una adherencia de la pared anterior del fondo del útero á la pared abdominal y la del cuello á la pared vaginal anterior encuentro preferible esta última. Únicamente en el caso de que alguna lesión anxial hiciera precisa la intervención por la vía abdominal, podría utilizarse ésta para corregir una anteversión con la histeropexia.

ANTEFLEXIÓN

Etiología y patogenia.—Con Schultze y Schreder admiten todos los autores dos clases de anteflexión, por lo que toca á su etiología y patogenia. Una que debemos llamar *congénita*, ó mejor *evolutiva*, y otra *adquirida*.

(1) *Chirurgie de l'uterus*, 1902, pág. 174.

(2) *Traité médico-chirurgicale de Gynecologie*, 1898, pág. 369.

ANTEFLEXIÓN EVOLUTIVA.—En la anteflexión evolutiva ocupa un lugar preeminente una alteración en el desarrollo del órgano. A veces esta alteración se presenta ya en la infancia, y por eso Schultze la llamaba pueril; otras veces evoluciona en los tiempos que preceden á la pubertad y durante este mismo período.

Schultze y Gaillard-Thomas explican un gran número de anteflexiones de las llamadas evolutivas por una desproporción en el desarrollo de la vagina al llegar la pubertad; por un lado el útero se desarrolla y se forma la anteflexión normal, doblándose algo el cuerpo sobre el cuello; y por otro la vagina, que alcanza un desarrollo escaso quedándose corta, retiene el cuello hacia abajo, y, al doblarse el cuerpo, el ángulo de flexión se exagera por la fijeza del cuello y la anteflexión queda constituida; realmente muchas de las anteflexiones evolutivas recaen en mujeres cuya vagina aparece reducida en su tamaño.

No siempre la anteflexión evolutiva es debida á la falta de desarrollo de la vagina; puede ser también ocasionada por la evolución deficiente del útero, el que, en el momento de adquirir todo su desarrollo, al llegar la pubertad, sufre un proceso trófico verdaderamente aplásico que se manifiesta en todo el órgano, pero que puede obrar parcialmente en alguna de sus regiones, la pared anterior, por ejemplo, que al quedarse más corta, obliga al órgano á doblarse sobre su eje. Esta forma de anteflexión se presenta en mujeres de desarrollo orgánico deficiente, habiéndose señalado el linfatismo y al escrofulismo como causas principales de anteflexión evolutiva.

Sin duda que los estados generales mencionados obran favoreciendo la anteflexión por aplasia del órgano, hija de la hipotrofia general, pero existen infinidad de casos que recaen en jóvenes en las que no cabe invocar su estado general, y en cambio han concurrido circunstancias favorables para este trastorno trófico del útero.

El *surmenage* producido por la educación, las malas condiciones higiénicas en que viven muchas jóvenes durante la pubertad, influyen manifestamente en la nutrición uterina, alterando su circulación y favoreciendo el desarrollo de la anteflexión. En el momento de aparecer las primeras menstruaciones, todas las causas que alteran el molimen menstrual, congestionando excesivamente el órgano, alteran grandemente su nutrición y favorecen la anteflexión; así se comprende se haya señalado el onanismo como causa de la desviación uterina hacia adelante.

Emmet ha demostrado perfectamente que muchas anteflexiones evolucionan durante la pubertad, y al estudiar las relaciones entre dicha desviación y el flujo menstrual, ha demostrado claramente (1) la importancia que tienen los trastornos circulatorios como elemento patogénico.

La hipotrofia ó distrofia del útero durante todo ese largo período que va de la infancia á la pubertad, y aun durante ésta, produce en el órgano una hipoplasia marcada, y ello es la causa de la anteflexión. Retracciones de la pared anterior del cuello unas veces, hipertrofia relativa de la pared posterior otras, son la consecuencia de estos trastornos tróficos y la causa inmediata de la anteflexión.

(1) *La pratique des maladies des femmes*, 1887, pág. 290.

ANTEFLEXIÓN ADQUIRIDA.—Cuando el útero ha adquirido un desarrollo completo y perfecto, puede sobrevenir la anteflexión por distintas causas.

Las metritis pueden ocasionar la anteflexión produciendo en el órgano trastornos tróficos de sus paredes por un mecanismo enteramente igual á la anteflexión evolutiva, con la diferencia de que en ésta los trastornos evolucionan independientemente de la infección, y en la otra se desarrollan precisamente á consecuencia de ésta. Por esto esa forma de anteflexión es más propia de las casadas, en tanto que la otra aparece de preferencia en las vírgenes.

El proceso de involución que tiene lugar durante el puerperio y en la convalecencia de un aborto, es causa frecuente de anteflexión. Martin demostró palpablemente este hecho en los casos de inserción placentaria en la pared posterior, la que produciendo en dicho sitio una involución más lenta que en la de la pared anterior, ésta, al retraerse, origina la anteflexión.

Los catarros inveterados del cuello serían también, según Martin (1), causa de anteflexión, originando una hipertrofia de la porción supra-vaginal del cuello.

Desde que Schultze lo demostró (2), se acepta como causa de la anteflexión la parametritis posterior, la que obra igual que en la anteversión, fijando hacia arriba y atrás el istmo, con lo que el cuerpo del útero, si conserva su flexibilidad, cae hacia adelante. Sin embargo, esta anteflexión tiene poco de característica, pues el fondo del útero puede moverse con bastante facilidad.

Aunque raras veces, puede la anteflexión ser originada por adherencias peritoneales que retengan el fondo del útero en el fondo de saco vésico-uterino, por adherencia directa ó por reunión de las dos partes yuxtapuestas de la cara anterior en las flexiones muy pronunciadas.

Siendo tan variadas y frecuentes las causas de la anteflexión, se comprende que será mucho más frecuente que la anteversión.

Anatomía patológica.—Para calificar con el nombre de anteflexión una desviación anterior del útero, es preciso que conserve cierta fijeza en su nueva posición, pues aparte de la anteflexión normal, existen flexiones accidentales y pasajeras, en los casos de útero muy movable, que no tienen importancia ninguna como entidad nosológica.

La anteflexión puede presentar distintas variedades, según el sitio en que tenga lugar la flexión del eje. La división de Gaillard-Thomas es exacta y en un todo conforme con la observación clínica (3); comprende tres variedades:

- 1.^a Anteflexión del cuerpo, en la que el cuerpo del útero está doblado sobre sí mismo.
- 2.^a Anteflexión del cuello, en la que la flexión del eje uterino tiene lugar en una zona más ó menos alta del cuello del útero.
- 3.^a Anteflexión media, en la que el cuerpo se dobla sobre el cuello al nivel mismo del istmo.

(1) *Traité clinique des maladies des femmes*, 1897, pág. 94.

(2) *Traité des desviations uterines*, pág. 210.

(3) GAILLARD-THOMAS: *Tratado práctico de las enfermedades de las mujeres*, 1879, pág. 368.

Cada una de estas flexiones puede formar un ángulo más ó menos abierto. Como normalmente existe cierto grado de anteflexión, podremos decir que ésta empieza cuando el ángulo de flexión es perceptible por el dedo al través del fondo de saco anterior (fig. 74). A veces es la flexión tan acentuada, que cuerpo y cuello forman un ángulo tan agudo que sus superficies se yuxtaponen por completo (fig. 75); cuando el eje del útero forma en cualquier sitio un ángulo recto abierto hacia adelante, con cierta fijeza del órgano en esta posición, podemos decir que existe anteflexión.

Generalmente el útero se presenta endurecido, fijado en su posición patológica, porque la metritis altera su constitución, unas veces como proceso primitivo que favorece su desarrollo, otras como lesión consecutiva al trastorno circulatorio que la flexión origina.

En la mayoría de anteflexiones evolutivas se encuentra un cuello cónico más ó menos pronunciado, siendo muy raro que las flexiones del cuello no vayan acompañadas de esta anomalía.

En el ángulo de flexión existe siempre una estrechez virtual ó real. Al doblarse el eje del útero, las paredes del órgano se ponen en contacto, como lo hace un tubo de caucho al doblarse; el calibre es el normal, pero la luz del conducto queda obstruída por la yuxtaposición de sus paredes. Otras veces existe

una estrechez real por engrosamiento de la mucosa en dicho sitio de flexión ó por la formación de fungosidades mucosas por encima del ángulo que obran á manera de opérculo, y sobre las que ha insistido mucho Doleris; dichas fungosidades pueden comprobarse al practicar con atención un raspado en un útero en anteflexión. Puede también ser debida la estrechez al proceso trófico, que origina consecutivamente en el ángulo de flexión, y sobre la pared anterior, una retracción marcada. Por regla general estas estrecheces no impiden el paso de la sonda si previamente se endereza el órgano.

Si bien el útero suele estar endurecido por esclerosis, raras veces presenta aumento de volumen, antes al contrario, existe cierto grado de atrofia; tan sólo en las de origen

puerperal se observa un ligero aumento del útero.

Es muy frecuente la existencia de endometritis total, así como á menudo ofrece el órgano adherencias con los tejidos vecinos, sobre todo cuando han existido peri y para-metritis.



FIG. 74

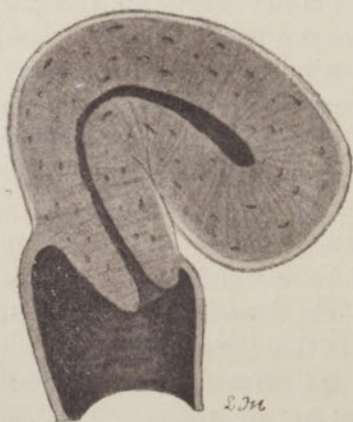
Anteflexión poco acentuada.

FIG. 75

Anteflexión muy acentuada.

Síntomas y diagnóstico.— Existe un número regular de enfermas afectas de anteflexión evolutiva que no experimentan la más pequeña molestia por su anomalía, y en las que ésta se descubre por casualidad. No faltan tampoco anteflexiones en las que la fecundación se realiza sin obstáculo. En estos casos la flexión suele ser movable y el útero poco rígido, de lo que resulta que el conducto uterino, aunque desviado, es perfectamente permeable.

Con todo, los síntomas habituales de la anteflexión son la esterilidad y la dismenorrea.

Muchas enfermas consultan al ginecólogo por una esterilidad sostenida sin sufrimientos de ninguna clase, y al practicar la exploración se descubre una anteflexión evolutiva. Indudablemente existen en estos casos sobrados motivos para la esterilidad; ésta es de origen mecánico, como lo demuestra el resultado del tratamiento, y contribuyen á mantenerla el cuello cónico y estenósico, tan frecuente en la anteflexión, la estenosis que se encuentra en el ángulo de flexión, y, finalmente, el tapón mucoso que obstruye el conducto cervical, pues es raro que una anteflexión antigua se vea libre de endometritis más ó menos acentuada. La esterilidad en la anteflexión no es absoluta, y algunas veces, tras un período de esterilidad más ó menos largo, sobreviene un embarazo y tras éste otros varios; el embarazo y parto constituyen el mejor tratamiento, pues con ellos desaparecen las condiciones patogénicas. Al sobrevenir el embarazo, la anteflexión no deja sentir sus efectos en el curso del mismo, que por lo común es normal.

La dismenorrea, aunque frecuente, es sumamente variable; sorprende á veces encontrar una anteflexión con ángulo muy agudo, con cuello cónico y hocico de tenca puntiforme, en la que la menstruación aparece sin molestia ninguna; en cambio, en otros casos la dismenorrea es muy intensa, presentándose, por regla general, en las horas que preceden á la menstruación. Los dolores en el bajo vientre son paroxísticos, comúnmente con irradiaciones á toda la pelvis y á los muslos y suelen ir acompañados de vómitos y malestar general; persisten cierto número de horas, desapareciendo casi siempre cuando la pérdida se establece de un modo regular, quedando libre la enferma de toda molestia unas veces, y otras con dolor gravativo en el bajo vientre que puede persistir durante toda la regla.

Los dolores en la anteflexión pueden atribuirse á dos causas: bien es la metritis concomitante la que exalta la sensibilidad del útero y su tendencia espasmódica, bien es un estado general con tendencia á toda clase de manifestaciones nerviosas. Dadas estas condiciones, el molimen menstrual despierta la sensibilidad del útero, que se espasmodiza, y la salida de las primeras cantidades de sangre menstrual provoca cólicos uterinos intensos; con la pérdida menstrual disminuye la congestión uterina y su sensibilidad se apaga calmando la dismenorrea. No de otro modo se comprende que algunas anteflexiones muy acentuadas sean perfectamente toleradas á pesar de que el obstáculo mecánico á la salida de la sangre menstrual es mayor que en otras que son sumamente dolorosas; empero estas anteflexiones toleradas recaen siempre en mujeres bien equilibradas de su sistema nervioso, generalmente en gente del campo y no de las ciudades. Así se explica también fácilmente que una anteflexión sea tolerada durante mucho tiempo y luego se haga dismenorreica, porque ha sobrevenido

la metritis que comunica al órgano la susceptibilidad necesaria al desarrollo de la dismenorrea.

En la anteflexión típica quedan los síntomas reducidos á la dismenorrea y esterilidad. A veces existen dolores vagos en la pelvis y abdomen que pueden referirse más á la metritis concomitante que á la anteflexión.

Los reflejos vesicales y rectales, los primeros más frecuentes que los segundos, que existen algunas veces, nada tienen de característicos ni de fijos.

Los fenómenos reflejos que con cierta frecuencia se presentan, análogos á todos los reflejos uterinos, dependen más de la metritis y del temperamento neuropático que de la anteflexión, lo que se comprende coincidiendo tan frecuentemente la antedeviación uterina con el estado general caracterizado por una susceptibilidad nerviosa más ó menos acentuada.

El diagnóstico no acostumbra presentar grandes dificultades: ordinariamente basta el tacto vaginal para comprobar el cuello en su posición casi normal mirando hacia el eje de la vagina; al través de la pared vaginal anterior ó del fondo de saco correspondiente se descubre un tumor esférico, duro, bien limitado, que es el fondo del útero; entre éste y el cuello un recodo más ó menos pronunciado, según sea el ángulo de flexión: la palpación combinada permite asegurarse de que el tumor del fondo de saco anterior es el cuerpo del útero.

Si se trata de una anteflexión evolutiva, se encuentra el cuello cónico y reducido, así como todo el órgano se presenta también pequeño; en la forma adquirida el útero está aumentado de volumen y presenta los síntomas de la metritis que suelen preceder á su desarrollo.

También el tacto sirve para diagnosticar el sitio de la flexión, pues si está en el cuello se encuentra el ángulo de la acodadura cerca del hocico de tenca y el fondo del útero más bajo que el mismo cuello; si está en el cuerpo, hay que deprimir el fondo de saco anterior para llegar á tocar la tumoración correspondiente al fondo del útero, y si se encuentra la flexión al nivel del istmo, cuello y fondo aparecen á un mismo nivel.

Además, por el tacto nos convenceremos de la figura del órgano en esta falsa posición, elemento que hay que tener en cuenta para el diagnóstico, pues no basta encontrar el útero en anteflexión en un momento dado para sentar el diagnóstico si no existe permanencia de la anomalía.

Sólo puede confundirse la anteflexión con un tumor adosado á la cara anterior del útero y ocupando el fondo de saco peritoneal vésico-uterino. Un fibroma de la pared anterior del órgano (fig. 76) puede simular perfectamente una anteversión; una tumoración anexial pre-uterina puede también dar lugar á



FIG. 76

Mioma de la cara anterior del útero que puede simular una anteflexión.

error, por más que sea muy rara la contingencia, ya que muy pocas veces los anexos ocupan tal región; un nódulo de parametritis puede también ser causa de error. La palpación combinada bastará muchas veces para evitar toda equivocación, demostrando la verdadera situación del fondo del útero.

En caso de duda diagnóstica, el histerómetro podrá servirnos perfectamente para disiparla. Conviene para ello emplear un histerómetro maleable para darle una curvatura pronunciada que se adapte á la dirección del eje uterino (fig. 77), y además, cuando llegue al ángulo de flexión, proceder por tanteo basculando fuertemente el mango hacia atrás. Así se logra que la punta del histerómetro atraviese la estenosis de la flexura y penetre fácilmente rozando la pared posterior del cuerpo, que se levanta gracias á la sonda, desapareciendo

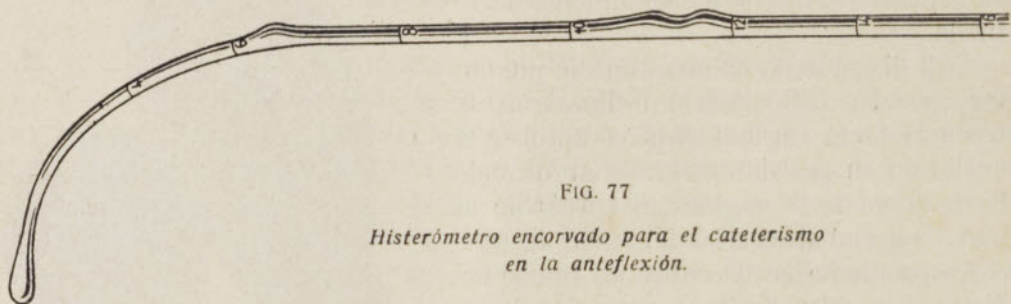


FIG. 77

Histerómetro encorvado para el cateterismo en la anteflexión.

el tumor del fondo de saco anterior, lo que no ocurre si lo que tocamos en dicha región es una producción patológica. El histerómetro permite, además, asegurarnos de la firmeza de la flexión, pues en la verdadera anteflexión, en cuanto se retira el histerómetro, se reproduce la anomalía; para convencernos de la firmeza de la anteflexión, podemos recurrir también á la exploración que recomienda Schultze, practicando el tacto con la vejiga regularmente llena: si la anteflexión es patológica, persiste á pesar de la plenitud de la vejiga; si es pasajera ó normal, desaparece en estas circunstancias.

Curso y complicaciones.—La enfermedad es completamente estacionaria si no sobrevienen complicaciones. El embarazo y el parto modifican el útero de tal manera que hacen desaparecer la anteflexión: es la única curación espontánea de la anteflexión evolutiva; en la adquirida, al disminuir los fenómenos de la metritis productora puede la anteflexión desaparecer como hecho patológico. En los demás casos, la dolencia persiste y á veces se agrava á causa de las complicaciones que sobrevienen.

La anteflexión primitiva crea condiciones abonadísimas para el desarrollo de la metritis, tanto, que difícilmente suele faltar dicha complicación como causa unas veces y otras como efecto.

Colocado el órgano en dicha posición viciosa, la circulación uterina sufre perturbaciones que pueden acarrear trastornos tróficos muy pronunciados y facilitar el desarrollo de metritis intersticiales y de endometritis. Además, la estenosis de la flexura produce en la cavidad del cuerpo la retención del moco segregado y frecuentemente de parte del líquido menstrual, de lo que es fácil

convencerse observando cómo se eliminan estos productos de retención al retirar la sonda con que se practica el cateterismo; estas condiciones crean un estado de receptividad favorabilísimo á la aparición de distintas formas de metritis. A esto pueden agregarse otras causas que favorecen el proceso, como el coito; así se observa que anteflexiones perfectamente toleradas durante el celibato, se hacen dolorosas al establecerse las relaciones sexuales, y otras que se agravan en los primeros tiempos del matrimonio.

En parte por el hecho de la anteflexión, y en parte porque las condiciones que produjeron la evolución de aquélla, obran igualmente sobre el resto del aparato genital, es frecuente encontrar, coincidiendo con la anteflexión, alteraciones anexiales, particularmente de orden trófico, como degeneración quística y cirrosis en los ovarios. También se comprende que con cierta facilidad las endometritis puedan hacerse ascendentes y llegar hasta las trompas, produciendo anexitis variadas.

Baudron, en su ponencia del Congreso de Obstetricia y Ginecología de Nantes (1), atribuye la perimetritis que acompaña á ciertas formas de anteflexión á un efecto de la desviación del órgano que, dificultando la salida de la sangre, ocasionaría el reflujo de pequeñas cantidades hacia las trompas y el fondo de Douglas, en donde ocasionaría pequeños hematoceles periódicos, origen de la perimetritis. Es muy difícil comprobar este mecanismo, que, de ser cierto, parece que la perimetritis sería más frecuente de lo que realmente es, pues generalmente sólo se encuentra en algunas formas adquiridas. Es, pues, más natural considerar la perimetritis y parametritis posterior como causa, según antes he dicho, que como efecto de la anteflexión.

El pronóstico de la dolencia en sí no es grave, aunque se trate de una afección estacionaria; pero atendidos los síntomas que produce y las complicaciones que, aunque con rareza, puede acarrear, no carece de importancia práctica.

Tratamiento.—La división de las anteflexiones en evolutivas y adquiridas tiene trascendencia práctica, pues en unos casos la desviación lo es todo y en otros no es más que una consecuencia.

Para las flexiones adquiridas, se comprende que la primera indicación es causal, procurando combatir las causas que originaron la anomalía, sean éstas de origen puerperal ó debidas á una metritis ó á una parametritis posterior. Todos los medios apropiados para combatir estas dolencias ocasionales deben ponerse en práctica, prescindiendo de la desviación uterina. Generalmente, en las flexiones adquiridas no se necesita más, y una vez desaparecida la enfermedad ocasional, carece la flexión de importancia y desaparecen sus manifestaciones propias. Si curada la enfermedad y sus causas persiste la desviación y sus síntomas, entonces queda equiparada á las de forma evolutiva, en las que la desviación lo es todo y debe combatirse.

Muchos medios se han propuesto contra la anteflexión para corregir sus síntomas principales: la esterilidad y la dismenorrea. La dilatación, los pesarios vaginales, los tallos intra-uterinos y las distintas operaciones plásticas.

La dilatación es un medio sencillo y práctico: se hace con laminarias, de

(1) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1901, pág. 851.

las que bastan tres ó cuatro. Debe recordarse que en la anteflexión es cuando suele ser más difícil la introducción de un tallo de laminaria, y que generalmente debe emplearse la pinza de garfios para enderezar el útero y favorecer su introducción.

Pocas veces basta la simple aplicación de laminarias; si existe endometritis, aunque sea ligera, ó el ángulo de flexión es muy marcado, debe hacerse seguir la dilatación producida por las laminarias de taponamientos intra-uterinos precedidos ó no de raspado, según los casos. El taponamiento uterino es particularmente beneficioso en la anteflexión, porque produciendo contracciones del órgano le obliga á una gimnasia verdaderamente útil; esos taponamientos repetidos no sólo corrigen algo la flexión, sino que dejan expedito el conducto cervical, y la dismenorrea y la esterilidad se corrigen con mucha frecuencia por estos sencillos medios. Si el tiempo transcurre sin que la concepción se realice, alguna galvanización favorece dicho fenómeno, y puedo garantizar que con esta conducta he obtenido muy brillantes resultados en casos de esterilidad sola ó de esterilidad y dismenorrea por anteflexiones evolutivas.

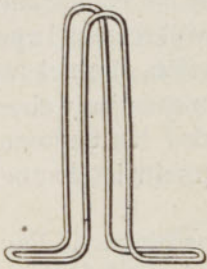


FIG. 78

Pesario intra-uterino de alambre.

Baudrón y Pinart, en el Congreso citado, Schröder, Fritchs, Legueu y muchos otros, exponen resultados favorables obtenidos con este tratamiento. Realmente, la dilatación metódica y algo sostenida, es eficaz en gran número de anteflexiones evolutivas.

Con todo, hay casos rebeldes en los que el ángulo de flexión es muy pronunciado y se reproduce, ó en los que ya de antemano se sospecha que el tratamiento que acabo de indicar ha de fracasar porque á la vez existen en los anexos algunas de las lesiones que antes he mencionado.

Cuando la flexión es rebelde, debemos dirigirnos directamente á corregirla, poniendo en práctica distintos medios. Los pesarios vaginales, algunos de ellos muy ingeniosos, como los de Hart y Thomas, han resultado tan ineficaces contra la anteflexión como contra la anteversión y han caído completamente en desuso.

Desde que Velpeau propuso el empleo de un tallo rígido intra-uterino en la discusión mentada de la Academia de Medicina de París, el pesario intra-uterino no ha sido totalmente abandonado, habiendo tenido épocas de más ó menos predilección por parte de los ginecólogos. Huguier, Valleix, Simpson, Schultze, Holshausen (1), Lefour (2), Petit y muchos otros, han demostrado que el pesario intra-uterino es tolerado si se atienden sus contraindicaciones y que los resultados obtenidos son favorables.

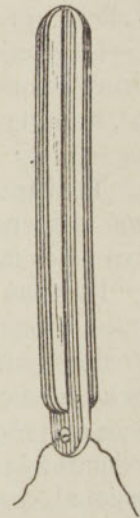


FIG. 79

Tallo intra-uterino de Lefour.

(1) Véase GAILLARD-THOMAS: *loc. cit.*, pág. 375.

(2) LEFOUR: *Tijes intra-uterines*. Comunicación al Congreso de Burdeos. *Comptes rendus*, pág. 269, 1896.

El empleo del pesario intra-uterino está formalmente contraindicado en toda flogosis peri-uterina aguda ó crónica y en toda infección uterina. Por lo tanto, estará indicado únicamente en los casos de anteflexión pura sin complicaciones, y en el caso de que éstas existan deberán tratarse antes convenientemente.

Algunos han reprochado al pesario intra-uterino la facilidad con que puede producir la infección del útero; Schroeder (1), fundándose en la intolerancia que el útero tiene para los cuerpos extraños, opina que no debe emplearse. Sin embargo, está perfectamente comprobada la tolerancia del útero por un lado, y por otro, que no es imposible evitar la infección de la cavidad, teniendo gran cuidado en mantener la vagina aséptica.

Se han propuesto infinidad de modelos de tallo uterino; prácticamente sólo conozco dos: el de Lefour y el de la figura 78 (2). El de Lefour (fig. 79) tiene la ventaja de quedar del todo dentro del útero, y por tanto más protegido contra la infección, pero es de aplicación más difícil, porque exige la práctica de un punto de sutura con crin para retenerle (fig. 80). El de ramas elásticas se mantiene por sí solo apoyándose en la mucosa del útero por la expansión elástica de sus ramas, y se aplica con gran facilidad previa una ligera dilatación.

Varias veces he empleado el tallo de Lefour y también el de alambre rígido elástico que he hecho construir por Clausolles en diferentes tamaños: todos han sido bien tolerados, aunque nunca he traspasado tres meses de permanencia, siendo así que algunos los han dejado ocho meses y un año. Los resultados funcionales contra la dismenorrea han sido buenos; la esterilidad, pues todas eran estériles, no tengo noticia que se haya corregido. Prefiero el pesario de alambre al de Lefour por su facilidad de aplicación, y en los pocos casos en que me decido á aplicarlo empleo este último desde que lo conozco.

Se han propuesto diferentes operaciones por la vía vaginal, si no para corregir la desviación directamente, para enderezar el conducto del útero y facilitar la salida de la sangre menstrual y la entrada de los espermatozoides.

La operación de Sims, consiste en una discisión del labio posterior en sen-

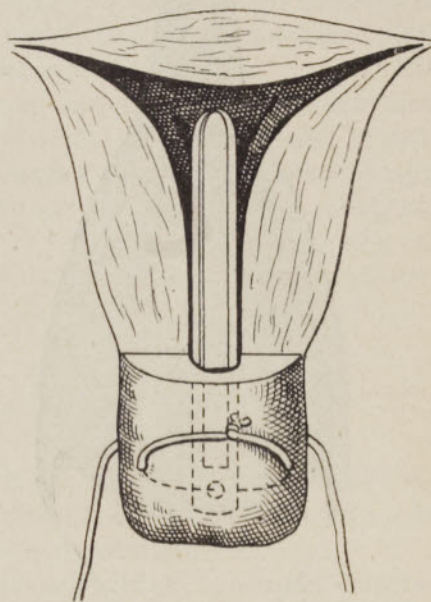


FIG. 80

Tallo intra-uterino de Lefour, colocado.

(1) SCHROEDER: *loc. cit.*, pág. 167.

(2) Este pesario, cuyo autor ignoro, lo conocí hace siete años: la señora que me lo presentó para que se lo reaplicara, me dijo hacía cinco meses se lo habían aplicado en Nueva York y que se sentía mal desde que se le había caído hacía pocos días. Era soltera y sufría una anteflexión con cuello cónico que le producía grandes dismenorreas; con el pesario se encontraba perfectamente bien. Se lo apliqué con facilidad y no he sabido más de ella. No pudo recordar el nombre del ginecólogo que se lo aplicó.

tido ántero-posterior y del istmo en el ángulo de flexión; se practica poco, y en el Norte-América ha sido substituída por la operación de Dudley: consiste ésta en incindir el labio posterior en su parte media hasta el fondo de saco vaginal (fig. 81); las puntas de la discisión del labio posterior se doblan contra el ángulo de la misma y se suturan las superficies cruentas coaptadas, con lo que la abertura del cuello queda hacia atrás; como complemento, se practica en el fondo de saco anterior un avivamiento oval que se sutura transversalmente y ayuda

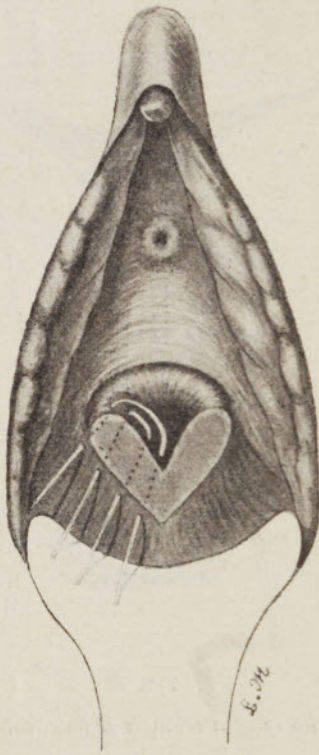


FIG. 81

*Operación de Dudley.
Incisión del labio posterior.*

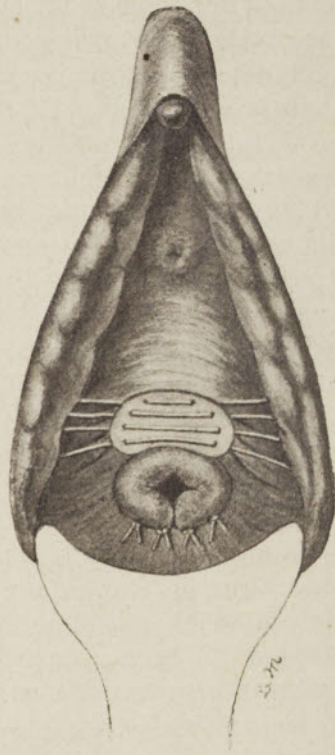


FIG. 82

*Operación de Dudley.
Sutura del labio posterior y segundo tiempo.*

á mantener algo reducida la anteflexión (fig. 82). Parece que sólo puede dar resultados en los casos de flexión muy pronunciada del cuello: es una verdadera stomato-plastia. Nouse corrige la anteflexión incindiendo el cuello por cada lado hasta el fondo de saco, y luego hace deslizar el labio posterior sobre el anterior y los sutura en esta forma, con lo que la pared posterior del útero, estirada por el deslizamiento del labio posterior, levanta el fondo del órgano.

Las operaciones vaginales en los casos de anteflexión, sólo son aplicables cuando la indicación provenga del estado del cuello, pues ninguna es directamente eficaz contra la desviación en sí.

Tiriar (1) propuso en el Congreso de Bruselas practicar la laparotomía y

(1) *Comptes rendus*, 1894, pág. 512.

sobre la cara posterior del útero hacer una histerotomía cuneiforme, suturando el labio superior con el inferior de la pérdida de substancia, operación preconizada después por Reid (1), pero que, sin embargo, no se ha generalizado por la importancia de la intervención y las dificultades técnicas. Doyen propone llegar, por colpotomía posterior, al ángulo de flexión y practicar un punto de sutura transversal en dos haces, una más alta y otra más baja, para enderezar el órgano al apretarlo (2). No es fácil que ninguna de estas intervenciones se convierta en operación corriente.

Laroyenne propuso un procedimiento de histeropexia abdominal sencillo contra la anteflexión (3). Realmente no me parece justificada la intervención más que en el caso en que, además de la anteflexión, existen lesiones de los anexos que pueden ser tributarias de una laparotomía; en este caso se podrá utilizar la laparotomía para fijar la pared anterior del útero á la del abdomen, y sin duda que el método es tan eficaz como cuando se emplea contra la retroflexión. Alguna vez he practicado la histeropexia contra una anteflexión aprovechando la vía laparotómica que otro motivo me había inducido á practicar, y los resultados han sido siempre buenos bajo el punto de vista funcional y contentivo. No obstante, una simple anteflexión no me parece que justifique la laparotomía.

LÁTERO-DESVIACIONES

El útero puede estar en látero-versión ó flexión, pero esta anomalía es la menos frecuente de las desviaciones, puesto que Schultze, entre 851 úteros desviados, no ha encontrado más que 26 desviaciones laterales.

Se han señalado casos en los que parece indiscutible el origen congénito de la desviación por cortedad de uno de los ligamentos anchos ó por deficiente desarrollo de uno de los conductos de Müller, pero generalmente es adquirida. Así como las desviaciones anteriores y posteriores pueden existir como enfermedad independiente, la látero-desviación es siempre consecutiva á una parametritis ó perimetritis del lado correspondiente á la inclinación. El proceso flogístico ocasiona una retracción del ligamento ancho correspondiente y el útero se inclina hacia el lado retraído. El desgarró lateral del cuello produce con frecuencia una parametritis retráctil de la base del ligamento ancho que estira el cuello hacia un lado, produciendo á menudo una gran oblicuidad lateral de la matriz.

Dada su patogenia, se comprende que no tienen sintomatología propia, sino que los fenómenos que acompañan á las látero-desviaciones son debidas á la enfermedad ocasional ó á la metritis que con ella existe. Cuando la desviación es inveterada y los fenómenos flogísticos causantes de la retracción han desaparecido, no produce síntomas ni molestias; se encuentran á veces úteros muy inclinados hacia un lado sin que produzcan síntoma ninguno.

(1) *American Journal of Obstetrics*, 1900, tomo II, pág. 400.

(2) DOYEN: *Technique chirurgicale*, 1897, pág. 400.

(3) *Comptes rendus du Congrès de Bordeaux*, 1896, pág. 257.

El diagnóstico no presenta dificultades, pues el tacto y la exploración combinada demuestran la desviación. El cuello ocupa en la vagina su sitio normal, pero el cuerpo está inclinado hacia la fosa ilíaca de uno ú otro lado, y por tanto en verdadera flexión lateral cuando la retracción ocupa la parte alta del ligamento ancho; la palpación descubre el fondo del útero hacia la fosa ilíaca. Cuando el útero está rígido ó la retracción está en la base del ligamento ancho, entonces encuéntrase el cuello ladeado hacia el lado opuesto del fondo del útero, existiendo verdadera látero-versión.

El pronóstico de las desviaciones laterales se confunde con el de la enfermedad productora y el tratamiento es sencillamente causal, ya que no produciendo la desviación lateral síntomas propios, no da lugar á indicaciones.

RETROVERSIÓN

Etiología y patogenia.—Schultze encuentra, entre 1.000 desviaciones del útero, 157 retroversiones, de modo que es relativamente frecuente.

En la pelvis normal el útero ofrece con frecuencia una retroversión más ó menos pronunciada cuando la vejiga alcanza una plenitud regular: pero en cuanto ésta se evacúa, el útero bascula otra vez hacia adelante, porque á ello le inclinan los ligamentos redondos tirando sobre el fondo hacia adelante, los úteros-sacros tirando hacia atrás sobre el cuello y las asas intestinales comprimiendo su cara posterior.

Así se comprende que las retrodesviaciones pasajeras sean muy frecuentes, pero no deben contarse como desviaciones. Para ello se necesita que la desviación sea permanente, y esto sólo ocurre cuando el útero ha perdido su blandura normal y se ha endurecido y hecho rígido por un proceso metrítrico, pues de otra suerte la retroversión es pasajera, porque no tarda en convertirse en retroflexión doblándose el eje del útero.

Un factor etiológico es, por consiguiente, una metritis que endereza el órgano y lo mantiene en tal disposición. Otro factor es la relajación de los ligamentos sustentadores del útero (redondos y útero-sacros); en tales condiciones la vejiga obra como causa ocasional, el decúbito supino prolongado, una caída, las asas intestinales que se insinúan entre el útero y la vejiga en vez de estar entre la matriz y el recto; á veces se añade la cortedad de la pared vaginal anterior. Todo esto explica cómo la retroversión es más frecuente en las múltiparas que en las nullíparas, y el por qué frecuentemente subsigue á puerperios accidentados.

Una de las causas que más influyen en producir la retroversión son las adherencias que el fondo del órgano ó su cara posterior contraen con el peritoneo rectal y los ligamentos útero-sacros; es muy frecuente que coexista con la metritis, que ocasiona la rigidez del órgano, una perimetritis más ó menos intensa que lo adhiere en la mala posición que la relajación ligamentosa, la plenitud de la vejiga y el decúbito supino le colocan con tanta facilidad.

Anatomía patológica.—La inclinación del útero hacia atrás es muy variable. Cuando es poco pronunciada, el fondo del útero mira atrás y arriba y

corresponde á las primeras vértebras sacras; en un grado más acentuado, puede casi estar horizontal, y raras veces el fondo corresponde más bajo que el cuello, como en la anteversión (fig. 83).

Lo mismo que en la anteversión, el útero está enderezado y algunas veces presenta un ligero ángulo de flexión sobre su cara posterior, como si quisiera iniciarse una retroflexión.

A menudo la retroversión se encuentra con un ligero grado de prolapso, y algunas veces parece estar situado más alto de lo normal.

La fijeza del útero en esta desviación es lo que le da carácter, y así se observa que la retroversión más típica se presenta cuando existen adherencias entre el fondo ó cara posterior del órgano y la parte posterior de la pelvis.

Casi siempre el útero está aumentado de volumen, sobre todo en los casos debidos al puerperio, porque su principal origen se encuentra en la involución irregular del útero, en virtud de la que la pared anterior no se reduce tanto como la posterior. La metritis concomitante casi siempre contribuye al mismo fin.

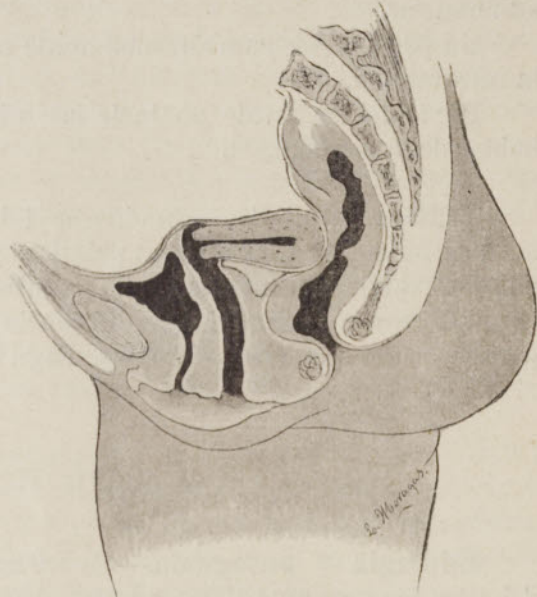


FIG. 83

Retroversión.

Síntomas y diagnóstico. —

La retroversión pasajera no origina síntomas; cuando es permanente y sin adherencias, puede ser tolerada, y cuando está adherida produce manifestaciones iguales á las de la retroflexión.

Hay que contar con que, existiendo casi siempre metritis, los síntomas de esta afección no suelen faltar.

Ni los fenómenos reflejos ni los síntomas directos son, por lo común, tan acentuados en la retroversión como en la retroflexión.

El diagnóstico no es difícil, pues el tacto descubre el cuello inclinado hacia adelante en vez de estar hacia atrás; la palpación combinada no descubre el fondo del útero en el hipogastrio, y el tacto rectal sigue la pared posterior del órgano hasta el fondo sin encontrar ángulo de flexión, como ocurre en la retroflexión.

Sin duda que ciertos tumores y exudados del fondo de Douglas pueden remedar perfectamente la retroversión y ser origen de errores diagnósticos, pero entonces la sonda uterina podrá fácilmente disipar las dudas, porque penetra en sentido completamente contrario al de la situación normal.

Las adherencias podrán diagnosticarse fácilmente basculando el órgano hacia adelante y notando si conserva su movilidad; aun existiendo ésta, con-

viene tener un dedo en el recto al tiempo de verificar la basculación para observar si arrastra la pared anterior del intestino.

Curso y complicaciones.—Realmente es enfermedad estacionaria en su curso, pues la mayoría de complicaciones que pueden sobrevenir dependen de la metritis ó perimetritis existentes.

El cambio más frecuente que presenta es convertirse en retroflexión, lo que ocurre á menudo cuando el útero pierde su rigidez y no es sostenido por adherencias.

Un parto puede cambiar totalmente el aspecto de las cosas y dejar reducida la retroversión.

Por lo demás, puede producir las mismas complicaciones que indicaré al hablar de la retroflexión.

Tratamiento.—Se confunde con el de la retroflexión, y con ligeras variantes debe sujetarse á las mismas prácticas y principios. Esto explica que muchos autores estudien en un solo capítulo ambas dolencias, pues si realmente, bajo el punto de vista anatómico, la diferencia es notoria, son perfectamente comparables en lo que toca á síntomas, diagnóstico y tratamiento.

RETROFLEXIÓN

Etiología y patogenia.—Es afección muy frecuente; en la tabla de Schultze representa el 198 por 1.000 enfermas ginecológicas, y 279 retroflexiones entre 851 úteros desviados. Sanger, Winkel, Sholein y Delbet, y cuantos se han ocupado de este asunto, señalan la frecuencia de la retroflexión, encontrándola de un 15 á un 20 por 100 de las enfermas ginecológicas. Realmente constituye una desviación frecuentísima, y en mis observaciones he comprobado también una frecuencia parecida á la indicada.

Puede presentarse desde la pubertad á la menopausia, siendo indudablemente más frecuente en las múltíparas que en las nullíparas.

Bajo el punto de vista etiológico, puede dividirse la retroflexión en tres grupos: espontáneas, puerperales y flogísticas.

En las llamadas *espontáneas* deben incluirse las congénitas, que algunos autores admiten, producidas, según Schultze, por cortedad de la vagina, que al llegar la pubertad no permite al órgano bascular hacia adelante para tomar su posición normal.

A pesar de que las retroflexiones congénitas son muy raras, frecuentemente se observan en los primeros tiempos de la pubertad y en mujeres vírgenes y nullíparas. Indudablemente existen causas que favorecen su aparición, locales unas y otras generales. Entre las locales, el hábito de sostener largo tiempo la orina permitiendo á la vejiga empujar el útero hacia atrás, tiene verdadera importancia; el onanismo y el coito incompleto, perturbando la circulación útero-ovárica, obran también como causas de retroflexión. Es indudable que existen estados constitucionales que favorecen la aparición de las retrofle-

xiones, como se observa en enfermas francamente artríticas, y aquellas otras en las que la retroflexión, la enteritis mucomembranosa y el riñón móvil forman el trípode de un estado neuropático muy pronunciado. Las enfermedades febriles agudas y las afecciones crónicas que alteran la nutrición, deben también contarse entre las causas de la retroflexión por su efecto sobre la consistencia del órgano.

Bajo la influencia de todas estas causas, se desarrollan dos elementos patógenos causantes de la retroflexión: la relajación de los medios contentivos del útero, de una parte, y de otra, la disminución de la rigidez uterina por trastornos tróficos. La tendencia que á la relajación producen ciertos estados generales, la distensión vesical frecuente, el estreñimiento dilatando el recto, las caídas y movimientos violentos, relajan los ligamentos redondos y útero-sacros, con lo que el útero puede bascular hacia atrás, juntándose bien pronto á estas causas la presión intra-abdominal, que se transmite á la pared anterior en vez de la posterior del órgano; si sus paredes tienen la consistencia disminuída, fácilmente se origina la flexión del cuerpo sobre el cuello y el fondo del útero cae en el de Douglas. Esta falsa posición es, por regla general, pasajera en sus comienzos, pero la persistencia de las causas la convierte bien pronto en permanente y la retroflexión queda constituida; algunas veces tiene un comienzo agudo, como cuando es su origen una caída ó una noche de baile, según he podido observarlo algunas veces.

La relajación de los medios de sustentación del útero y la alteración trófica del mismo, aumentan al aproximarse la menopausia, de aquí que al acercarse esta época exista otra vez una mayor frecuencia de la retroflexión espontánea, la que pudiendo presentarse en toda época de la vida de la mujer, se observa más generalmente en los primeros y últimos años del período genital.

La *retroflexión puerperal* es más frecuente que la anterior y se presenta á consecuencia del parto. Durante el puerperio y los días que le siguen, existen las condiciones más abonadas para su desarrollo: relajación manifiesta de los ligamentos uterinos y trastornos tróficos del útero; éste sufre con frecuencia alteraciones en su involución por infecciones más ó menos intensas, y aun sin infección no es raro ver la involución alterada. Martin cree que la inserción de la placenta en la pared anterior, retardando la involución en esta zona, es causa de retroflexión. No es raro observar después del puerperio un órgano uterino voluminoso y flácido que cae al fondo de Douglas con gran facilidad; aun sin otro motivo, estas flexiones puerperales pasajeras alteran la circulación del órgano y convierten la desviación en permanente. En las semanas que siguen al parto es fácil encontrar un útero en una especie de situación indecisa que acaba por convertirse en retroflexión permanente si no se obra según las circunstancias requieren.

La *retroflexión flogística* tiene su origen en alguna flogosis pelviana; es más bien una complicación de ésta que una enfermedad independiente; pero como muchas veces desaparecen las manifestaciones de la inflamación y queda permanentemente el útero flexionado, de aquí la conveniencia de tenerlo en cuenta. En la retroflexión flogística entra en juego otro elemento patogénico que tiene más importancia que la relajación de los ligamentos y la alteración trófica del útero: son las adherencias que el órgano adquiere y que de manera

mecánica lo retienen en su falsa posición. Cuando los ligamentos no están rela-

jados, son, sin embargo, bastante laxos para que el útero pueda colocarse momentáneamente en retroflexión, así se comprende que cualquiera flogosis peri-uterina pueda establecer adherencias entre el útero y el fondo de Douglas, la pared anterior del recto, á los ligamentos útero-sacos, fijando el órgano en la posición que accidentalmente tomó. Otras veces no se limita la peritonitis á adherir el órgano en la mala posición que ya tiene, sino que obra como elemento activo; cuando se forman grandes exudados peritoníticos que llenan el fondo de Douglas y envuelven el útero y los anexos, al reabsorberse se forman bridas retráctiles que lentamente atraen el útero hacia atrás colocándolo en retroflexión. En este último caso puede no existir

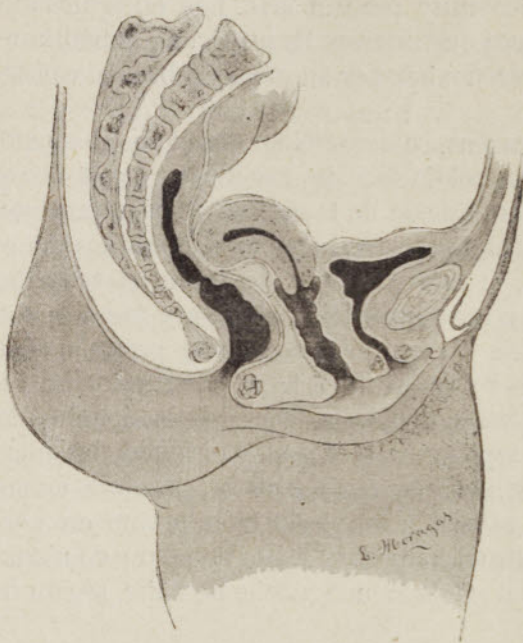


FIG. 84

Retroflexión de primer grado.

relajación ni trastorno trófico y desarrollarse la retroflexión simplemente por la acción de las bridas de nueva formación sobre la movilidad natural del órgano.

Anatomía patológica. —

Así como la ante flexión puede residir en el cuello, en el cuerpo ó en el istmo, en la retroflexión comúnmente el cuerpo se flexiona sobre el cuello, encontrándose el ángulo de flexión en el istmo, lo que se comprende, pues la retroflexión casi siempre es adquirida. Algunas veces se halla la retroflexión en el cuerpo del órgano, constituyendo lo que algunos llaman *retroflexión parcial*.

El ángulo que forma el cuerpo sobre el cuello es sumamente variable, pudiendo existir distintos grados: en el primer grado, forma el eje del útero un ángulo recto (figura 84); en el grado intermedio, forma un ángulo agudo de 45° (fig. 85), y



FIG. 85

Retroflexión de segundo grado.

en el tercero el ángulo es muy agudo, hasta ponerse en contacto la cara posterior del cuerpo con la del cuello (fig. 86).

El cuello ocupa en la vagina su situación normal en la verdadera retroflexión, pero á veces se combina con ella cierto grado de retroversión que inclina el cuello hacia adelante y arriba. Esta situación del cuello se halla exagerada hasta mirar el hocico de tenca hacia el pubis en los casos de anteflexión con retroversión (fig. 87). El fondo del útero mira directamente hacia atrás en los grados moderados y hacia abajo en los grados extremos.

Es muy común el aumento de volumen del útero, sobre todo del cuerpo, hijo de la causa ocasional (involución defectuosa) ó de la congestión que la mala situación sostiene. A veces el ángulo de flexión adquiere una rigidez muy pronunciada, de manera que el cuerpo, al separarse del cuello, recobra su posición como si



FIG. 86

Retroflexión de tercer grado.

fuera un resorte, pero por regla general conserva bastante flexibilidad; en las muy antiguas y complicadas con metritis es en las que generalmente se presenta el endurecimiento de los tejidos y la rigidez consecutiva. Una de las paredes del órgano suele estar adelgazada, la pared anterior en las retroflexiones recientes, la pared posterior en las inveteradas: aquélla es primitiva, ésta consecutiva.



FIG. 87

Anteflexión con retroversión.

Las adherencias en la forma flogística son sumamente variables, pues ora están formadas por tejido fibroso inextensible que mantiene coaptadas las superficies, sin permitir separación ninguna, y entonces se nota que al levantar la retroflexión le siguen el recto ó el fondo de Douglas, ora son laxas y extensibles dentro de cierto límite, permitiendo el órgano una movilidad variable.

La extensión y sitio de las adherencias son sumamente variables en los distintos casos: á veces existe una falsa membrana que se extiende de la vejiga al recto, aprisionando debajo al útero flexionado; á veces son simples bridas que del fondo ó cara posterior del órgano se extienden á la cara anterior del recto

ó al peritoneo de Douglas, unas veces en forma de laminillas, otras como cordones más ó menos gruesos; en otras ocasiones existe una verdadera sínfisis entre la superficie uterina y el peritoneo; además, las adherencias de la cara posterior del cuerpo con la del cuello que no suelen faltar, mantienen el órgano pegado á sí mismo.

Las adherencias se verifican á veces por intermedio del ovario ó de la trompa, que dislocados y en prolapso sirven de lazo de unión entre el útero y las paredes pélvicas. Nada es tan variable como esas adherencias productoras de la retroflexión.

Con gran frecuencia se encuentran por parte del útero las lesiones propias de la metritis, y por parte de los anexos alteraciones tróficas y flogísticas que concomitan con la retroflexión.

Por la importancia que puede tener en ciertos actos quirúrgicos, conviene recordar que, aunque raramente, puede la vejiga haber contraído adherencias con la cara anterior del útero y ser arrastrada en la retroflexión, cubriendo el órgano por encima como un casquete.

Síntomas y diagnóstico. — Aparte de los casos en que una caída, un golpe ó un esfuerzo determinan la retroflexión de un modo agudo y estallan los síntomas en un momento dado, generalmente su desarrollo es lento é insidioso y sus manifestaciones aparecen gradualmente, sin época fija para su comienzo, excepto en los casos en que puede fijarse éste en un período post-*puerperal*.

SÍNTOMAS FUNCIONALES. — Tienen poco de característico. Se indica en todos los autores que la menstruación es dolorosa, menorrágica y más frecuente de lo normal. Creo que estos caracteres hay que apuntarlos en el activo de la metritis, complicación frecuentísima de la retroflexión, pues una observación atenta me ha demostrado que cuando el útero no está congestionado ni hay lesiones anexiales, es muy frecuente un retardo de ocho á diez días en la aparición del *menstruo*, que, por otra parte, no es muy abundante.

La dismenorrea es un síntoma de muy escaso valor en la retroflexión, al revés de lo que ocurre en la anteflexión; son muchas las que no presentan este síntoma, quedando reducido la mayoría de veces á una sensación de peso en el bajo vientre que se alivia al aparecer la pérdida menstrual.

La esterilidad es muy relativa, siendo desde luego más frecuente en las formas espontáneas que en las *puerperales*, y más en las flogísticas que en las dos anteriores. La fecundación es relativamente frecuente en la retroflexión cuando no existen complicaciones *metríticas* ó anexiales, y lo comprueban los numerosos casos de embarazo en retroflexión. El embarazo puede obrar como medio curativo gracias á los grandes cambios que imprime en la nutrición y estática del aparato genital.

Algunas veces existe *dispareunia*, aunque no es muy común, y sólo suele existir en los casos en que el descenso del fondo del órgano es muy acentuado.

Aparte de estas manifestaciones, los demás síntomas funcionales no son muy característicos. Son muchísimas las retroflexiones que no producen molestia ninguna, ni manifestaciones dolorosas de ninguna clase. El dolor más fre-

cuenta es el lumbar, hacia la baja pelvis ó hacia el ano, de carácter gravativo, y que se acentúa con la posición de pie ó por el ejercicio; no es raro que la defecación, sobre todo cuando son grandes bolos los que se expulsan, determine una sensación dolorosa en la baja pelvis. Frecuentemente sienten las enfermas una sensación como de tirantez hacia la región umbilical. Estos síntomas pueden acentuarse de tal manera en las formas intoleradas ó dolorosas, que sean un verdadero obstáculo para los diversos movimientos y conviertan á la enferma en una inválida.

Es más frecuente la coxigodínea, como manifestación dolorosa refleja, que el tenesmo vesical, pudiendo, con todo, presentarse fenómenos molestos por parte de ambos órganos. Como fenómenos reflejos no existe nada fijo. He notado, sin embargo, que la astringencia de vientre, la tendencia al mareo, y aun la gastralgia, son síntomas que acompañan frecuentemente á la retroflexión. Los reflejos nerviosos más variados pueden presentarse, siendo molestísimos para la enferma; no ofrecen nada de especial, si no es que siempre ofrecen períodos de calma y de mayor excitación, correspondiendo estos últimos con el período menstrual, lo que autoriza á pensar en la importancia causal de la desviación uterina; por lo demás, cuando existen es porque la lesión uterina recae en enfermas con tendencia neuropática.

SÍNTOMAS FÍSICOS. — El tacto descubre el cuello del útero en su sitio, y bastantes veces más bajo de lo normal, porque á menudo existe con la retroflexión cierto grado de descenso uterino.

En el fondo de saco posterior se encuentra un tumor liso, uniforme y duro, situado más ó menos alto, según el grado alcanzado por la desviación, exactamente como para la anteflexión se encuentra en el fondo de saco anterior. El tacto rectal comprueba dicho tumor y lo dibuja mejor aún que el tacto vaginal, y permite, imprimiéndole desde el recto distintos movimientos, convenirse de que éstos son seguidos por el cuello y que forman, por tanto, una sola masa. Desde la vagina, al través del fondo de saco posterior, se alcanza fácilmente el ángulo de flexión, en el que se comprueba que existe continuidad entre el cuello y el cuerpo, y que dicho ángulo no es debido á un intersticio que pudiera existir entre la cara posterior del útero y un tumor del fondo de Douglas.

La palpación combinada en las enfermas á propósito, que no son obesas ni excitables, demuestra la vacuidad del hipogastrio por la ausencia del útero de su región propia, y, profundamente, hacia el sacro, puede llegar á tocarse el ángulo de flexión.

El histerómetro es un gran medio de diagnóstico positivo en la retroflexión y al que se recurrirá en caso de duda, si no existen contraindicaciones. Puede aplicarse el histerómetro usual teniendo en cuenta que al llegar al ángulo de flexión se atasca, y hay que adaptar su dirección á la del eje uterino; para ello se dirige la pequeña curvatura hacia atrás y se levanta el mango del histerómetro más ó menos hacia arriba, según sea mayor ó menor la flexión; después de algún tanteo, hecho siempre con gran suavidad, penetra fácilmente hasta el fondo; tan sólo resulta difícil llegar hasta el fondo en los casos de flexión extrema, en que hay que levantar mucho el mango, y el pubis llega á impedirlo.