

LECCION XXVI.

CÁMBIOS DE POSICION DEL ÚTERO. = Versiones y flexiones — ANTEVERSION. — Anatomía patológica. Etiología. Síntomas mecánicos, anatómicos y generales. = Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. = ANTEFLEXION. = Anatomía. = Síntomas, diagnóstico y tratamiento.

Señores:

Al clasificar las enfermedades que pueden presentarse en la matriz, dijimos que habia un grupo que consistia en simples alteraciones mecánicas, cambios de situacion, y por lo mismo de relacion entre la matriz y los órganos inmediatos. Los cambios de situacion del útero pueden ser muchos y esa variedad en la manera de presentarse, depende principalmente de la situacion especial que tiene el útero dentro de la pélvis. Recuérdese lo que decia en Obstetricia, que este órgano no está sujeto é inmóvil en un sitio determinado, como sucede con los demás órganos de la economía, que están unidos al punto que le sirve de apoyo, del cual no se mueven nunca, tal sucede con el corazon, el hígado, los riñones, etc., los cuales cerrados dentro de cavidades proporcionadas al volúmen de cada órgano, están sujetos donde les corresponde, por medio de ligamentos ó de membranas que les dan un grado de inmovilidad casi absoluta, y no gozan de mas movimientos que los necesarios para sus funciones. Recuérdese lo que decíamos al comparar las diferentes cavidades del cuerpo, cerradas completamente unas, cerradas otras, pero con ciertos movimien-

tos de expansion, abiertas algunas por uno de sus extremos, encontrándose en este caso la pélvis que ofrecia una ancha abertura superior, por la cual el útero se eleva é invade la cavidad abdominal en determinadas épocas de su funcionalismo. Y aun no es esto solo; la matriz, colocada en la pélvis no descansa sobre ningun plano fijo; está suspendida á beneficio de elementos músculo-membranosos que se llaman ligamentos, y que forman un juego completo de medios de sustentacion, de suerte que puede moverse obedeciendo á la influencia de los órganos inmediatos; así cuando se llena la vejiga urinaria, la empuja hácia atrás, y el recto hácia delante; cuando el ovario ó las trompas lo mismo que el ciego y la S del colon se llenan y aumentan de volúmen por una causa cualquiera, comprimen la matriz y la empujan hácia el lado opuesto, ó hácia abajo cuando ella aumenta de volúmen, ya por la gestacion, ya por la hipertrofia de sus paredes, ya por la preséncia de un tumor, ya por las diferentes enfermedades que producen ese aumento, se eleva y sale fuera de la excavacion, cuando se hipertrofia y hace mas densa; ese órgano obedece á las leyes de la gravitacion, y desciende tanto mas cuanta mayor diferencia hay entre el aumento de peso y la resistencia de los ligamentos, y va bajando hasta que encuentra el plano perineal sobre el cual descansa, pero si este es poco resistente puede salir por fuera del periné atravesando el anillo vulvar, hasta llegar á colocarse fuera completamente de la cavidad pélvica. Pues bien, á esta manera excepcional de estar colocada en medio de la pélvis, debe añadirse la índole especial de las funciones del útero; el útero todos los meses aumenta de volúmen, de consiguiente pesa mas y se encuentra en condiciones distintas de las de fuera los dias menstruales, por lo tanto tiende á inclinarse ó á bajarse, segun el punto por donde predomina ese aumento de peso, de aquí que efectivamente haya gran variabilidad de forma y de situacion segun se le considere: puede inclinarse hácia delante, hácia atrás, hácia los lados, puede subir, puede bajar, y esto constituye los cámbios de situacion relativos, bis á bis de los órganos inmediatos.

Puede tambien sufrir un cámbio absoluto que varía sus relaciones con el eje del pélvis, y se puede añadir á esto

un cambio intrínseco, constituido por la variacion que sufren sus superficies volviéndose al revés, es decir, haciéndose externa la interna.

Surgen de aquí las diferentes variedades que se han estudiado de cambios de situacion. Las mas importantes como enfermedad que consideramos idiopática, son los cambios locales debidos á una modificacion en la textura del útero ó de sus ligamentos. Cuando la matriz se encuentra fuera de su sitio no por una causa que resida en sí misma, sinó por otra agena á ella, como cuando un tumor del ovario la comprime ó la excesiva plenitud del recto la empuja, entonces esto no representa mas que un síntoma ó un efecto mecánico de otros estados patológicos, y en este toda su importancia está subordinada al estado de que depende. No sucede así cuando es debido á un cambio en su textura ó en la fuerza ó cohesion de sus ligamentos, causas principales de estas dislocaciones.

Como variedades de dislocacion ó desviacion, admitiremos las inclinaciones hácia delante, hácia atrás, hácia los lados, el descenso del útero, y la inversion. Las inclinaciones hácia adelante y hácia atrás, pueden ser totales ó puede suceder que no cambie de posicion mas que el fondo, lo cual supone una flexion del útero, de lo cual resultan las variedades siguientes: *anteversion*, *anteflexion*, *retroversion*, *retroflexion* y *latero-version*: *descenso del útero*, y finalmente la *inversion del útero*. En la ante-version está inclinado hácia delante el fondo del útero y el cuello se encuentra dirigido hácia atrás. En la anteflexion está inclinado el fondo del útero hácia delante, pero sin ser llevado hácia atrás el cuello lo cual supone una verdadera duplicacion del útero en ángulo á seno anterior. En la retroversion el fondo se inclina hácia atrás, y el cuello se dirige hácia el pubis por un movimiento de báscula. En la retroflexion, hay inclinacion hácia atrás del fondo, pero sin que el cuello se mueva, lo cual supone una duplicacion ó flexura del eje sobre sí mismo, en ángulo á seno posterior. En la latero-version hay inclinacion del útero hácia un lado ó hácia otro, no encontrándose en la práctica las latero-flexiones. En el descenso, baja el útero y puede hasta llegar á salir fuera de la vulva. Finalmente, en la inversion, el útero sufre un

cámbo de superficies, de modo que la superficie interna sale al exterior, viniendo á presentar cuando es completa, un útero invertido del todo, encerrando en la cavidad que constituye, las trompas, los ovarios, y á veces hasta algunas asas intestinales, resultando casi siempre al propio tiempo un descenso. Entonces el fondo invertido mira hácia abajo, y tal vez descansa sobre el periné, y lo que constituye la cavidad mira hácia arriba, en vez de mirar hácia el conducto vaginal.

En una época no distante de la nuestra, se habia atribuido á los cámbios de situacion del útero, una importancia extrema, de suerte que se suponía podían ser causadas por ellos la gran mayoría de las molestias que sufren las mujeres, y aun las admitían como principales causantes de muchos desórdenes orgánicos y funcionales. Mas hoy día, se ha modificado mucho la opinion en este particular, y sin caer en el extremo de creerlos desprovistos de toda importancia, puede aceptarse, que en muchos casos existen sin producir molestias, y hasta sin apercibirse de ello las interesadas; que cuando incomodan y dan lugar á síntomas sérios, una parte puede atribuirse al cámbio de situacion en sí mismo, pero una gran parte debe referirse al estado patológico concomitante, muchas veces causa principal de la desviacion, como son todas las alteraciones de textura; finalmente, que las dificultades que algunas de esas alteraciones llevan á la salida de la sangre menstrual, ó el cumplimiento del cóito, constituyen la mayor importancia intrínseca de los cámbios de situacion, ocasionando en el primer caso dismenorreas, y en el segundo esterilidad ó tal vez impotencia (*dyspareunia*). Ya veremos que algunas de ellas, sin oponerse á la fecundacion pueden en un momento dado convertirse en graves causas de distocia.

Anteversión.—Antes de entrar en detalles sobre esta variedad, será conveniente recordar las relaciones normales del útero y su situacion dentro de la cavidad de la pélvis. Sostenido como en suspension por sus ligamentos, ocupa el centro de la cavidad pélvica, y aunque movable dentro de ciertos límites sin alterar su verdadera posicion fisiológica, se puede, sin embargo, fijar una zona en la cual se le

puede considerar que está en su estado normal. Viene esta limitada superiormente por un plano tangente al estrecho superior, á este plano corresponde el fondo del útero, y luego otro inferior que, partiendo de la parte mas baja de la sínfisis del pubis va á pasar por la union de la segunda con la tercera vértebra sacra y que corresponde al cuello; dentro de esta especie de zona es donde se encuentra comprendido el útero en su estado normal; siempre que se encuentre mas alto ó mas bajo, debemos considerarlo cambiado de situacion.

El eje del útero, considerando como tal, la línea que cruza este órgano desde el fondo hasta el orificio externo del cuello, coincide ó poco menos con el eje del estrecho superior, que ya se sabe es perpendicular al plano de este estrecho y forma con el horizonte un ángulo próximamente de 60° y que prolongado viene á parar hácia el cóxis; de modo que el fondo viene á corresponder al centro de aquel estrecho y el cuello, mirando al sacro, en la misma direccion de la línea que antes hemos indicado como eje del estrecho superior, á la altura de la segunda vértebra sacra. En algunos casos parece que el eje del útero está lijeramente mas hácia atrás que el de la pélvis, de modo que no viene á formar con aquel una misma línea, sinó que se cruzan en un ángulo sumamente agudo; esta pequeña diferencia de inclinacion sin embargo es poco importante, y depende del estado en que se encuentren los órganos inmediatos; cuando la vejiga está llena, levanta el fondo del útero enderezando su eje, y vuelve á bajar cuando se vacía este órgano; lo mismo sucede cuando se llena el recto, pero entonces la compresion la ejerce éste sobre el cuello.

La matriz se encuentra sujeta por los ligamentos y sobre todo por dos pares que son los que la sostienen en su sitio; los ligamentos anchos entre cuyas hojas se encuentra la matriz, las trompas y los ovarios, y los ligamentos lumbo-sacos que la tienen sujeta al sacro; los ligamentos redondos anteriores y los redondos posteriores no tienen bastante fuerza para retenerla. Por delante el fondo del útero está pegado materialmente á la vejiga urinaria; no hay entre ambos mas que una capa poco gruesa de tejido célulo-adiposo que al crecer la matriz se relaja en gran manera y

permite que se separen estos dos órganos que normalmente están poco menos que unidos. Posteriormente no sucede esto entre la matriz y el recto; hay allí una gran cantidad de tejido adiposo elástico, y sobre todo el repliegue del peritoneo llamado repliegue de Douglas que viene á formar una especie de tabique á la altura poco mas ó menos del cuello del útero cuyo límite determina por su cara posterior.

Trazando una línea que vaya desde el punto de union de la 2.^a con la 3.^a vértebra sacra, se obtiene lo que se llama *plano de sustentacion* que es el que sirve para fijar la altura de este órgano; cuando la mujer está bien constituida, y su esqueleto bien conformado, este plano se encuentra á la altura de unos 11 ó 12 centímetros del plano perineal. Sin embargo, debe desconfiarse de estas cifras que varían en cada individuo. He dicho antes que la situacion que guardaba el útero le permitia obedecer á las modificaciones que le imprimen ya los cambios propios, ya los de los órganos inmediatos. La matriz tiende á salir por encima de la excavacion en todos aquellos casos en que se encuentre aumentada de volúmen por una marcha progresiva como en la preñez, en los tumores de la cavidad, y en los fibromas del fondo. Pero cuando este crecimiento no es rápido ni graduado y el aumento de peso es bastante notable, de modo que quepa perfectamente la matriz dentro de la excavacion, como sucede en la hipertrofia del cuello, en las inflamaciones del útero, sobre todo en la inflamacion parenquimato-sa que ofrece un gran aumento de densidad; el útero en todos estos casos tiende mas bien á descender buscando un apoyo en el plano perineal.

En los tumores del cuello y del cuerpo que se desarrollan mas especialmente en toda la cara y region anterior, aumentando parcialmente la densidad y peso por esta parte, produce la inclinacion hácia adelante, y lo debemos considerar esto como la exajeracion del estado normal. En el estado normal el eje del útero forma un ángulo de 60 grados con el horizonte y relativamente el cuello va á buscar la pared posterior de la vagina, si se exagera pues esta inclinacion, aumentando el ángulo, será causa de que se separe del eje de la excavacion y se encuentre mas inclinado hácia delante, el fondo, pudiendo este descender hasta colocarse detrás del

púbis; al mismo tiempo que se inclina el fondo hácia adelante, el cuello sube mas, asi es como en la mayor parte de estos casos encontramos el cuello del útero como flotando en la parte superior de la vagina mirando hácia arriba, elevado en esta direccion hasta corresponder al mismo ángulo sacro-vertebral, de lo cual resulta una posicion casi horizontal (1).

Este grado de anterversion se puede observar normalmente en los primeros meses de la gestacion, en los que el útero toma una forma aproximadamente esférica, y bascula dentro la excavacion en la forma indicada. Lo cual conviene tener presente para no confundir con una anterversion patológica lo que es propio del embarazo. Mas adelantada esta y al pasar el útero á la cavidad abdominal, se rectifica la posicion, pero si las paredes abdominales están muy relajadas sea por la causa que quiera se produce otra vez la anterversion que puede llegar á ser tan notable en determinados casos que se cae delante del púbis y viene á presentar esa forma que llaman los franceses *à manera de alforja*, pero en todos estos casos mas bien que anterversion hay anteflexion.

Prescindiendo de esos casos que se refieren al embarazo, en el estado de vacuidad, puede considerarse la anterversion como una exageracion de la inclinacion natural del útero, y así se comprende la facilidad con que se producen las anterversiones, al paso que para producirse la inclinacion hácia atras se necesita, primero que vaya á buscar la perpendicular y despues inclinarse hácia atras, entonces ya no es una exageracion del estado normal sino que necesita mayor concurso de causas, que hacen sea mucho mas rara la retroversion. Todas las inclinaciones hácia adelante tienen como carácter comun el empezar por un verdadero descenso; no se inclina el útero, ya sea en totalidad, ya doblándose, sin que préviamente no haya descendido algo de su nivel. Así es como se encuentran tantas veces unidas las dos formas al-

(1) Esto corresponde al primer grado de anterversion de Gaillard Thomas, es decir cuando el eje del útero viene á formar con el eje de la excavacion un ángulo de 45°, constituyendo segun el mismo autor el 2.º grado la inclinacion que forma con el citado eje de la excavacion un ángulo de 90°. En el primero queda el útero horizontal, en este segundo resulta más bajo el fondo que el cuello.

teracion, y ha hecho que algunos autores consideraran como un mismo hecho ambos cámbios, ó sea tomando la version como el 2.º grado de descenso. No puede, sin embargo, dejar de admitirse que muchas veces la anteversion se presenta sin aparente descenso, tanto mas cuanto que el descenso que hubo de producir para facilitar la version, queda corregido al levantarse hácia atrás el cuello.

El cambio de situacion del útero que estudiamos, produce notables modificaciones en las regiones y órganos inmediatos: lo primero que puede apreciarse, es una tirantez del fondo de saco anterior, el cual se estira y se destiende al paso que el fondo de saco posterior viene á formar una especie de capuchon sobre el cuello del útero. Luego en cada uno de estos puntos en vez de encontrar un espacio libre, se encuentran ocupados respectivamente el anterior por el fondo que gravita encima de él, y el posterior por el cuello que al contrario de aquel se encuentra por debajo. Se comprende tambien que en la nueva situacion del útero debe comprimir los órganos adjuntos. El primer efecto de esa compresion se nota en la imposibilidad de dilatarse la vejiga, pues el fondo del útero se convierte en un cuerpo que la comprime contra la superficie ósea del pubis. La compresion sobre el recto es menos notable, pero no deja de presentarse tambien en la mayoría de casos.

Etiología.—Podemos reconocer por regla general, dos órdenes de causas de la version, unas que existen en el mismo útero, y otras causas que están fuera de él. Entre las primeras encontramos el aumento de volúmen ya en su totalidad, ya tan solo en la pared anterior, lo cual produce un aumento de peso y ha de producir una inclinacion hácia delante; la distinta manera de desarrollarse la nutricion del órgano, por ejemplo, siendo desmedida en el punto de union del cuerpo con el cuello, á proporcion de como se encuentra en el resto (Tripier), lo cual facilita que caiga hácia delante el fondo del útero ó tome la forma de calabaza inclinándose hácia delante. La falta de involucion despues del parto, la no involucion, y la subinvolucion suelen ser una causa de las principales, habiendo gran número de lesiones hijas directas de estos estados, muy especialmente las inclinaciones del útero hácia delante, porque se encuen-

tra mas pesado y sobre todo con una textura que no le es propia. En este caso se produce la anteversion, no solo porque le sobra volúmen, sino tambien porque la falta de absorcion de los elementos degenerados dá á todo el órgano un notable carácter de flojedad que facilita todas las alteraciones de situacion.

Respecto á las causas que se encuentran fuera del útero, hallamos la inflamacion peri-uterina, sobre todo cuando ataca á la porcion de peritoneo que se refleja encima del útero, lo cual produce adherencias, que luego tiran del órgano que sujetan y le hacen cambiar de situacion. Precisamente entre las afecciones puerperales hay una peritonitis, la que tiene su asiento en la region mas baja del peritoneo, que termina muchas veces por tales adherencias, de la cual resulta que sean frecuentemente el precedente etiológico de la version, la para-metritis y la peri-ovaritis, que aun cuando se curen, lo hacen dando lugar á una gran exudacion de linfa-plástica, la cual, coagulada á su vez contrae las adherencias y bridas peritoneales que á manera de ligamentos de nueva formacion, vienen á sujetar la matriz en una posicion viciosa. Se encuentra en el mismo caso el infarto de los gánglios peri-uterinos, ya sea debido á la absorcion de los elementos histológicos de tumores del útero, ya simplemente al proceso flogístico ordinario, ya á la adenopatía escrofulosa. En todos estos casos, se convierten en un medio de union firme que mantiene dislocada la matriz.

El estudio de esas causas es de importancia notable, porque de su conocimiento resulta el juzgar bien de su curabilidad ó incurabilidad, y el establecer un tratamiento apropiado.

Bajo el punto de vista del embarazo, puede decirse que cuando la version es efecto de un mayor peso del útero ó de una laxitud de los ligamentos, no ofrece inconveniente sério para la gestacion; se puede encontrar embarazada en tales condiciones una mujer sin graves peligros; pero cuando depende de adherencias peritoneales, entonces hay graves riesgos, porque al aumentar de volúmen la matriz producirá tiranteces del peritoneo, que pueden acabar por romperlo y producir peritonitis que en el período del embarazo son mucho mas graves. Hechas estas consideraciones gene-

rales recordaré lo que dije en un principio; que los síntomas mecánicos son debidos á la compresion que se produce sobre la vejiga , acompañada por lo tanto de fenómenos generales, representacion de ese estado local , como malestar , tendencia al histerismo , pesadéz intrapélvica , dificultad casi siempre para ir en carruaje y para la progresion.

La inspeccion directa puede revelarnos estos cámbios, teniendo presente al explorar con el tacto principalmente la region enferma, que, como no se ha doblado el útero sobre sí mismo , no hay mas que un movimiento de báscula; todo lo que ha bajado el fondo ha subido el cuello , de modo que en vez de encontrarse el útero paralelo al eje del estrecho superior de la pélvis , forma con él un ángulo y la mayor abertura de este ángulo dará el grado mayor ó menor de la inclinacion. El eje del útero no es exactamente rectilíneo forma un pequeño ángulo al nivel del orificio interno; es un ángulo sumamente oblicuo , pero al fin y al cabo un ángulo que altera la perfecta continuidad de la cavidad cervical con la del cuerpo, de modo, que no hemos de esperar que la sonda pase en línea recta; y por esto son preferibles las sondas maleables ó flexibles , por adaptarse mejor á las condiciones de la matriz. Haciendo así el cateterismo , podremos descubrir realmente la direccion del eje del útero , y estimar su grado de inclinacion. He dicho ya antes que casi siempre habia descenso, por el mero hecho de inclinarse descenderá algo la totalidad del órgano, y este síntoma lo descubrimos perfectamente por medio del tacto.

Los síntomas que caracterizan esta alteracion, podemos referirlos á tres órdenes: signos que se refieren á los órganos inmediatos , signos *mecánicos* ó de compresion : signos que se refieren á los caractéres *anatómicos* del órgano dislocado: y síntomas que se refieren al estado general. Alteraciones en los órganos inmediatos ó *síntomas mecánicos*: se refieren precisamente á la alteracion de la funcion urinaria; si no hay mas que una lijera inclinacion , por razon de la cual el fondo del útero descansa sobre el fondo de la vejiga , sucederá que ésta no se podrá dilatar y sufrirá una incontinenia de orina con una continua necesidad de expeler el líquido que va segregándose.

Si la inclinacion es muy grande , el fondo del útero baja

mas, y viene casi á corresponder al cuello de la vejiga, haciéndose la compresion en este y en la uretra. Entonces por poco espacio que quede podrá depositarse la orina dentro de la vejiga y dará lugar á la dificultad en la expulsion ó retencion urinaria. Esta forma sin embargo no es muy frecuente tratando de la anteversion, pues se ha de encontrar la matriz casi vuelta al revés, para que se produzca una verdadera retencion de orina. Esta accion sobre la vejiga no excluye la presentacion de fenómenos de parte del recto; cuando se inclina el fondo hácia delante, el cuello se dirige hácia atrás y va á comprimir aquel órgano. Esta compresion no es muy grande, pero sí bastante para que la expulsion de las heces ventrales se encuentre algo dificultada; es como si dijéramos que el útero viene á tomar un punto de apoyo en las dos caras opuestas, entre la vejiga y el recto, de modo que existe compresion en ambos órganos. Esta accion doble es bastante para servir de distincion entre la inclinacion que nos ocupa y la anteflexion en la cual no comprime poco ni mucho el recto. Otra de las alteraciones inmediatas que se producen, es una distension de los ligamentos y muy especialmente los ligamentos redondos anteriores que son arrastrados por el útero y esto se manifiesta por dolor en las ingles que se exacerba cuando la mujer anda, pero que cesa cuando se acuesta porque deja de sentirse esa distension; tambien se presenta el dolor lumbo-sacro que procede de la tirantéz de los ligamentos redondos posteriores estirados á su vez por la inclinacion del fondo hácia delante. De lo cual resulta que la region menos modificada, es precisamente el punto que se encuentra menos alterado y parece el centro del movimiento de version, esto es, la union del cuello con el cuerpo. Generalmente no se encuentra ya otra lesion notable, porque la compresion sobre determinados vasos no basta para producir ninguna alteracion.

Síntomas anatómicos.—El útero presenta las alteraciones anatómicas que han dado lugar á su cambio de situacion, es decir, la hipertrofia, la metritis parenquimatosa crónica, etc. Pero además de estas lesiones que podemos considerar como causales, existen otras que son consecuencia de la version y se ven por lo tanto en todos los casos, aun en aquellos que dependen de causas extrínsecas. Son las varias

formas de endometritis crónica y de sus acompañantes, en particular la erosión y la abrasión del cuello.

Síntomas generales.—Estos se refieren primeramente á la menstruación. Hállase constantemente alterada esta función bajo la forma de dismenorrea espasmódica y en algunos casos inflamatoria, sobre todo cuando se acentúa mucho la endometritis. En segundo lugar, se acompaña casi siempre de crisis histerálgicas. Estas pueden revestir todas las diversas formas que afecta el histerismo, pero empezando casi siempre por el dolor local. Aquí sucede una cosa parecida á lo que digimos acontecía con la irritación crónica. El dolor localizado en el útero, efecto á la vez del cambio de situación y del estado flogístico, se refleja en los centros nerviosos, y excitando patológicamente la sensibilidad y la motilidad dá lugar á los variados fenómenos histéricos, á primera vista dependientes de graves alteraciones centrales, y que sin embargo cesan y desaparecen, en cuanto se restituye el útero á su situación normal.

Diagnóstico.—El de la anteversión debe hacerse principalmente por el reconocimiento directo, supuesto que todo lo que no sea asegurarse por medio del tacto y de la vista de la disposición especial del útero, los demás datos no nos dan mas que ideas vagas y caracteres generales que se refieren á perturbaciones mas ó menos notables de las funciones menstruales ó á síntomas de compresión propios de muchas enfermedades del útero; así es como síntomas de esta índole los hemos encontrado en la mayor parte de las enfermedades que llevamos estudiadas, en la inflamación, en las proliferaciones morbosas ó tumores, en las afecciones del ovario, etc., supuesto que la causa que las produce siempre es la misma la simpatía ó la acción refleja sobre los gánglios del gran simpático. Lo mismo podemos decir de las incomodidades que resultan en las funciones de los órganos inmediatos, la compresión sobre la vejiga y sobre el recto: cuando el cuello llega á producir la compresión de la pared anterior de este intestino, será también un síntoma vago, supuesto que puede referirse esto al aumento de volumen y á los cambios de posición. Desde el momento en que por los antecedentes comprendemos que hay allí algo, es menester ir á buscar los caracteres objetivos, y practicar la exploración por el

tacto y con el espéculum. Desde luego el tacto encuentra un dato negativo, esto es, la falta del cuello á la altura que debia estar lo que indica ya que está cambiado de sitio; entonces se procurará llevar la exploracion mas hácia arriba, comprimiendo al propio tiempo la pared abdominal, á fin de hacer descender el útero y hacerlo mas accesible á la mano que practica el tacto vaginal. Entonces se reconoce una porcion de la vagina que se encuentra como tirante que viene á formar una especie de bóveda ó techo por encima de la cual está el útero inclinado hácia delante, y una porcion de la superficie del cuerpo mas abultado, se toca hácia la parte anterior, pudiendo limitarla á veces detrás del pubis, entre la mano que explora por encima de las paredes abdominales, y la que tacta por dentro. De la misma manera se reconoce mas atrás y mas arriba el cuello del útero tendido, del cual solo podemos reconocer el lábio anterior y se puede encontrar algunas veces el orificio externo mirando hácia atrás, y encima de éste el fondo de saco posterior que viene á formar una nueva cavidad dirigida hácia arriba y adelante. Este reconocimiento combinado, no es difícil de hacer cuando la vagina es corta y el dedo bastante largo, pero en una mujer desarrollada en que tendrá mayor altura la pélvis y corresponde por lo tanto á mayor altura el plano de sustentacion del útero, ya será difícil alcanzar el cuello sino hay mucho descenso. Cuando no se alcanza con un dedo, no hay inconveniente en introducir dos, y si con esto no se consigue, introducir la mano hasta donde se pueda, para conseguir este objeto. Cuando se encuentran las cosas tal como he dicho antes, el diagnóstico está formulado, hemos encontrado el cuerpo del útero como recostado detrás del pubis, y cambiada la direccion del cuello que en vez de ser vertical en el centro de la vagina, está mirando hácia atrás, caracteres bastantes para determinar la anteversion. Si se consigue hacer penetrar la sonda por el orificio externo del cuello, lo cual es siempre difícil, porque hay que ir á buscar el sitio de entrada en un punto muy separado, entonces se puede enderezar el útero llevando el cuello arrastrado por la sonda hácia abajo y adelante, hasta colocarlo en su posicion normal. Esto se consigue simplemente por el movimiento de báscula impreso á la sonda que

viene á llevar el cuello del útero hácia delante todo lo que el mango desciende y va hácia atrás. Una vez enderezado el cuello, la sonda recorriendo toda la cavidad nos certificará su rectitud, y por lo tanto confirmará que existe version y no flexion. Se puede explorar por la vista, mas esta exploracion no es muy completa, porque al entrar el espéculum no se encuentra nada de lo regular, si solo la porcion de vagina que forma la bóveda de esta region, no pudiendo reconocer la presencia del cuello, pero cuando ya se tiene mucha práctica, es posible llegar hasta pasar parte del pico del instrumento por entre el cuello y la pared posterior de la vagina, poniendo en descubierto el lábio anterior del útero dirijido hácia atrás. Si se deja ver bien esto, se puede intentar enderezarlo, comprimiendo la pared anterior por medio de unas pinzas armadas de una esponja, de suerte que se levante el cuerpo del útero y se coloque en el sitio que le corresponde. Esta pequeña maniobra sirve para reconocer bien el cuello y cerciorarse de si existe algo en él que tenga que curarse, como es por ejemplo una erosion del cuello ó una metritis bien caracterizada. Esto completa el diagnóstico, que puede quedar bien establecido, cuando no lo oscurecen otros estados morbosos.

Pronóstico.—Este no es grave, á pesar de que se ha dicho que hay muchos trastornos generales que dependen de la anteversion; pero esto no es cierto en absoluto, puesto que pueden observarse muchas mujeres cuya matriz antevertida parecia vuelta de arriba á bajo y no sentian nada, y yo creo que estas alteraciones que se revelan por trastornos en la digestion y crisis histerálgicas, dependen mas bien que del cambio de situacion de la matriz, de la inflamacion que le acompaña, que unas veces es la inflamacion parenquimatosa, otras una endometritis, estados morbosos que sostienen las alteraciones menstruales y las que hacen mas intensos los accidentes histerálgicos. Si lo vamos á considerar bajo el punto de vista de la curabilidad, ya es distinto, sobre todo cuando depende de alteraciones de estructura del mismo útero ó de sus ligamentos. En tales condiciones son dificiles de curar porque generalmente tropezamos con falta de elementos orgánicos apropiados; es inútil que queramos que la matriz vuelva á su estado normal y se mantenga en

él si los elementos que la han de sostener en su sitio como son los ligamentos y las columnas carnosas de la vagina son flojos, relajados ó poco resistentes, y si el mismo tejido del útero se ha hecho compacto y pesado, y cede al mayor peso de su fondo que lo arrastra hácia delante. Solamente á beneficio de medios mecánicos puede alguna vez conseguirse el mantenimiento, sobre todo si la version ha sido brusca ó traumática y se acude á ella pronto. En el caso opuesto, el pronóstico de la curabilidad es poco lisonjero.

El tratamiento de la anteversion debe consistir en volver el útero á su sitio normal, lo mismo que cuando se trata de la luxacion de un miembro que no hay mas tratamiento que volverlo á sus relaciones fisiológicas. Cuando se trata de versiones poco acentuadas, es muy fácil conseguir este objeto, como que en algunas mujeres basta que guarden el decúbito supino algun tiempo para que la matriz se enderece, tardando lo posible á andar para evitar recidiva; si se trata de versiones mas marcadas en las que parece que el fondo baja mas que el cuello, entonces por el simple cambio que induce la gravitacion del órgano en el decúbito supino, no se consigue que vuelva á su primer estado, y es preciso recurrir á la taxis ó reduccion manual. Para esto se introducen dos dedos de la mano derecha por la vagina hasta llegar al fondo del útero, comprimiéndolo hácia arriba y haciéndolo bascular; si la mano no pudiese llegar á aquel punto, se auxilia de un instrumento á propósito que llevado por detrás del pubis y comprimiendo el fondo, lo coloque en su situacion normal, recordando que esta no consiste en la posicion exactamente vertical, sino en la direccion del eje de la pélvis. Esto suele conseguirse la mayoría de veces. La dificultad principal está en mantenerlo en posicion una vez reducido. Si el cambio ha sido brusco, casi instantáneo, probablemente quedará colocado y no será necesario que el médico haga nada mas que aconsejar algunos dias de decúbito dorsal y quietud; pero cuando al practicar la reduccion ha pasado ya mucho tiempo, de suerte que tal vez se hayan producido adherencias, ó cuando menos alteracion en los fondos de saco vaginales, entonces por lo regular no se sostiene, y en cuanto se retira la mano, la matriz vuelve á caer. Para evitar esto se han inventado los que se llaman

pesarios, instrumentos destinados á mantener la matriz reducida. Los hay de diferentes clases y modelos, aplicables á las versiones, á las flexiones y á los descensos. Para el caso que nos ocupa, puede servir perfectamente el pesario de aire ó de Gariel, y el de hilo metálico recubierto de caoutchouc en forma de anillo, segun el modelo de Jalante; el pesario de Gaillard Thomas, que tiene la ventaja de introducirse cerrado, y se abre al estar ya en la vagina, levantándose entonces la rama que comprime el fondo del útero; el pesario de Cutter, sujeto á un cinturón hipogástrico por medio de un tallo de acero flexible; el pesario de Graily Hewitt, y otros varios muy ingeniosos todos, pero que todos tienen los inconvenientes. 1.º De ser cuerpos extraños y producir con facilidad inflamaciones y leucorreas: 2.º Que son inútiles si la vagina no goza de mucha tonicidad para sostenerlos. En definitiva, estos aparatos no son mas que un medio de transmision ó de apoyo entre el útero y el órgano que debe sostenerlo que es la vagina, sobre la cual gravita todo el peso de aquel; si, pues, no tiene bastante tenacidad, cederá al peso, se relajará, y el útero cambiará otra vez de situacion. Por ello dice Barnes que cuando se coloca un pesario, incomoda de tal suerte que solo puede llevarlo la enferma cuando se halle acostada, que es precisamente cuando menos se necesita. Lo mas racional, pues, será empezar por la aplicacion de los medios adecuados para entonar los tejidos, como el hierro, la quina, una alimentacion succulenta, la aplicacion de sustancias astringentes á la vagina, los chorros frios, tanto intra-vaginales como lumbares, con lo cual se dá fuerza á la vagina, y se hace posible despues de conseguido esto la colocacion de un pesario con garantía de éxito.

La mayor parte de síntomas generales se deben á la inflamacion del útero y así será una buena práctica no colocar pesarios ni ningun medio mecánico hasta que se haya curado la endometritis ó que se haya tratado de corregir la hipertrofia del cuello ó del cuerpo, si existe alguno de estos estados: de modo que debemos considerar la aplicacion de los aparatos reductores como el complemento de la curacion, despues de modificadas las condiciones anatómicas que se hallaban alteradas.

La otra forma de inclinacion del útero digimos que era la *anteflexion* que se distingue de la *version* porque el eje de la matriz está doblado formando un ángulo á seno anterior, lo cual la diferencia de la *anteversion* en que permanece recto el eje del útero. En este caso tiene la matriz la forma parecida á una retorta, permaneciendo el cuello en su posicion normal, al paso que está doblado el fondo hácia delante.

Esta flexion no es de ordinario muy considerable, de suerte que presenta la totalidad del órgano simplemente una lijera flexion en la cara anterior al nivel de la union del cuerpo con el cuello. Pero existen casos en que llega á exagerarse esta de un modo notable, y se encuentra tan inclinado hácia delante y abajo el fondo, que éste y el cuello se presentan en un mismo plano, apareciendo aquel por encima del fondo de saco vaginal anterior al cual deprime, al paso que empuja hácia atrás la porcion cervical. Cuando de esta manera existe la *anteflexion*, depende de una atrofia considerabilísima de la pared anterior, acompañada al propio tiempo de una hipertrofia de la pared posterior.

Algunos han propuesto llamar á esta forma estado fetal de la matriz, porque es la disposicion que ésta suele guardar en los primeros tiempos de la vida, levantándose y tomando su posicion regular despues del nacimiento, á cuya época regulariza tambien sus formas. Sin embargo, á veces conserva su flexion primitiva despues del parto, hecho que es menester tomar en cuenta, porque prueba que la *anteflexion* puede ser un estado congénito y que no debe entonces atribuirse á causas especiales. Las causas que producen la *anteflexion*, son las mismas que producen la *anteversion*; el salto, los traumatismos, la relajacion de la pared anterior de la vagina, pero muy especialmente la falta de involucion despues del parto, sobre todo si á esto se añade el que la mujer abandone muy pronto el lecho. Entonces la matriz, gruesa y fláxida, obedece á la ley de gravedad y cae su fondo hácia delante, en cuya disposicion permanece, aunque lentamente se vaya haciendo luego la involucion, resultando un notable engrosamiento de las paredes posterior y laterales sobre todo en el punto que corres-

ponde al eje de sustentacion, esto es, la union del cuerpo con el cuello. Este engrosamiento coincide con un adelgazamiento sensible de la pared anterior en la misma region y una infiltracion de sustancia grasa en la totalidad del órgano; es posible tambien que entre las dos caras del útero que la flexion pone en contacto se establezcan adherencias ó bridas, que contribuyan á sostener la inclinacion. Esas bridas suelen ser el resultado de inflamaciones exudativas localizadas.

Creo que esta causa de flexion debe ser mas frecuente que las anomalías de desarrollo del tejido fibro-muscular que produce á su vez el que una parte del útero no se desarrolle bien, y así la parte mas desarrollada ejerce tracciones y produce la flexion del órgano en algunos casos. Fundado Tripier en esta opinion, cree que puede obtenerse la curacion radical de esta enfermedad por medio de la electricidad aplicada de una manera conveniente para provocar la absorcion de los elementos anatómicos acumulados en el punto citado, en donde constituyen una verdadera hiperplasia.

Los síntomas que desarrolla son muy parecidos á los de la anteversion; como por ejemplo la presion sobre la vejiga urinaria, las alteraciones en la menstruacion que siempre se refieren á dismenorreas bastante intensas, ya espasmódicas, ya con el carácter de inflamatorias, alternando con trastornos generales, estados reflejos nerviosos, alteraciones en el aparato digestivo, crisis histeriformes, etc. Cuando se trata de descender á algunos detalles, nos encontramos con que á esa presion por parte de la vejiga, no acompaña otra parecida de parte del recto; este se encuentra libre y nada cohibidas sus funciones. Como que una vez doblado el útero su fondo comprime el fondo de la vejiga, produce una incontinencia de orina, acompañada casi siempre de dolores en diferentes puntos de la region pélvica, y en las ingles y parte superior de los muslos.

La dismenorrea he dicho que era espasmódica, aunque afectando muchas veces los caracteres de la inflamatoria, y es porque cuando se halla fuertemente doblada la matriz, la sangre no puede salir libremente, las paredes se distienden, y se producen dolores expulsivos, tanto mas sensibles y

violentos, cuanto que se encuentra en malas condiciones para la contraccion. Cuando se trata de los síntomas locales, los encontramos ya completamente distintos de los de la version; se puede reconocer el fondo de saco vaginal anterior, ocupado por el fondo del útero, quedando detrás de éste una pequeña cavidad relajada que la separa del cuello, el cual guarda su posicion normal. Hacia atrás el fondo de saco posterior se encuentra estirado y mas extendido, pudiendo á veces apreciar al través de él, el codo que forma el útero doblado. El cuello es pequeño, y por su conducto se hace difícil practicar el cateterismo, lo cual arguye un defecto de desarrollo, ó el principio de un estado atrófico. Esta misma operacion dá idea de la verdadera situacion del útero, pues apenas recorrido el cuello toca la punta de la sonda un obstáculo, que no es otra cosa mas que la pared posterior de la cavidad hecha superior por la flexion. Puede practicarse este cateterismo con una sonda flexible que pueda ya recorrer todo el trayecto, ó bien con el nuevo instrumento de Tevullon, sonda flexible que marca en un cuadrante de que está provisto el mango el grado de flexion de la cavidad uterina. Al introducir una sonda no flexible, el útero se endereza, si la flexion no es causada por una alteracion de estructura que da como resultado una pared posterior gruesa, al paso que la anterior está adelgazada, en cuyo caso, no se endereza el útero, y el movimiento de báscula de la sonda lo que hace es levantar el fondo hasta casi colocarlo al nivel normal, pero al mismo tiempo se levanta el cuello y el hocico de tenca se vá á colocar detrás del pubis, en el sitio que antes ocupaba el fondo porque no se puede enderezar. Este hecho debemos tenerlo muy en cuenta para no forzar las cosas, porque se puede muy fácilmente producir lesiones intensas con esos ensayos de enderezamiento.

Es preciso, ante todo, reconocer con el tacto y cerciorarse de la presencia del cuello en el sitio que le corresponde, dato necesario para distinguirlo de la anteversion. Luego, si se alcanza con el dedo, se puede pasar por el fondo de saco posterior y reconocer esa especie de proeminencia ó ángulo formado por el cuerpo doblado limitando en aquel punto el útero, cuyo fondo no se encuentra

ya, pero en cambio puede reconocerse al través del fondo de saco anterior, inmediatamente detrás del pubis. Para no confundir estos datos, con los que produce la presencia de un fibroma, convendrá completar la exploracion con el tacto rectal, por cuyo medio se puede estimar aun mejor la verdadera forma que afecta el útero al encontrarse doblado sobre sí mismo. Puede este procedimiento combinarse con la palpacion abdominal y llegar en algunas ocasiones á poner en relacion el dedo que comprime por encima del pubis, con el que está en el recto, limitando así la zona en que debia estar el fondo del útero, lo cual confirma el diagnóstico.

El exámen por medio del espéculum, solo puede darnos á conocer el estado de la mucosa, y por lo tanto no influye en la formalizacion del diagnóstico de la anteflexion.

El pronóstico se encuentra en el mismo caso que el de la anteversion, es decir, que está subordinado á la índole de las lesiones anatómicas de que depende. Comparativamente á la expresada alteracion es mas grave, por ser siempre mas difícil reducir y mantener reducida una anteflexion que una anteversion.

El tratamiento debe tener por objeto volver á su situacion normal al órgano dislocado, valiéndonos para ello de parecidos medios. En primer lugar, la reduccion por medio de la taxis, y luego el mantenimiento de ella por medio de los pesarios. Entre éstos son los mas ventajosos el de Cutter, el de Gaillard Thomas y el hidrostático. Su accion, sin embargo, solo es eficaz cuando la flexion es reciente y no reconoce como causa una alteracion de textura, pues en este caso son completamente inútiles. Mas eficaces son á este objeto los pesarios intra-uterinos, llamados tambien enderezadores del útero, especie de tallos que introducidos á lo largo de la cavidad uterina, levantan el fondo y reducen la flexion. El efecto inmediato de la colocacion de uno de estos pesarios intra-uterinos es indudablemente seguro, casi matemático, cuando es reducible la flexion, pero su permanencia es tan incómoda, que serán muy raras las mujeres que puedan soportarlo. Téngase en cuenta los cólicos uterinos que produce la simple presencia de un coágulo, ó de un líquido de inyeccion en la cavidad uterina, que

llega á amenazar sériamente la vida por los síntomas generales que levantan, y se comprenderá el efecto que han de producir esos cuerpos extraños no solo introducidos en el útero, sinó ejerciendo compresion permanente y una verdadera violencia sobre las paredes del órgano, en términos de producir hasta inflamaciones agudísimas. En consideracion á estos hechos, el procedimiento ha sido pues abandonado, y únicamente se usa cuando la flexion es muy grave y exige una pronta y arriesgada solucion.

Teniendo en cuenta que, sobre todo, en las flexiones graves, la causa va siempre unida á lesiones de textura, ha ideado Tripier utilizar la accion fuertemente resolutive de la electricidad para tratar las flexiones, habiendo dado resultados la aplicacion de corrientes eléctricas sobre las regiones hipertrofiadas ó engrosadas. Estas corrientes interrumpidas producen una contraccion de las fibras que viene á ser una especie de gimnasia localizada, de modo que aumenta el desarrollo de las fibras uterinas dándoles fuerza para mantener el útero en su sitio, al paso que si se aplica la electricidad voltáica de corriente continua, dá lugar á un proceso molecular de resolucion y absorcion, que produce el adelgazamiento de los tejidos engrosados. Sobre estas doctrinas funda Tripier su tratamiento, que consiste en faradizar por medio de corrientes interrumpidas la parte anterior del útero, es decir, la pared doblada en ángulo, y por lo tanto adelgazada, y aplicar las corrientes continuas á la pared posterior hipertrofiada. Esta doble accion de las corrientes eléctricas le ha dado á Tripier excelentes resultados, consiguiendo reducir en poco tiempo ante flexiones y retroflexiones muy rebeldes, siendo especialmente notable su buen efecto en las que eran resultantes de una mala ó incompleta involucion uterina despues del parto. (1)

La aplicacion se hace por medio de un sencillo aparato de corrientes continuas ó interrumpidas, aplicando un excitador en la parte interna del cuello del útero, y el otro, cuando se trate de la pared anterior, en el fondo de saco vaginal anterior, ó por encima de las paredes abdominales, comprimiendo el hipogastrio hasta casi tocar el fondo del

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

útero; y cuando se aplica á la pared posterior, introduciéndole en el recto hasta el nivel de la duplicacion del útero; ó bien si se puede alcanzar, al través del fondo de saco posterior. Aunque es muy racional este procedimiento, no ha dado grandes resultados, probablemente por las muchas dificultades de hacer bien la aplicacion.

Es por demás decir que las complicaciones que constantemente acompañan la anteflexion, como son las inflamaciones y los accesos histerálgicos, deben tratarse conforme á la índole de estas afecciones, y siguiendo los preceptos ya conocidos.