

El *diagnóstico*, por regla general, no es difícil: debe fundarse en el tumor retro-uterino que descubre el tacto, y en el ángulo de flexión, que al través del

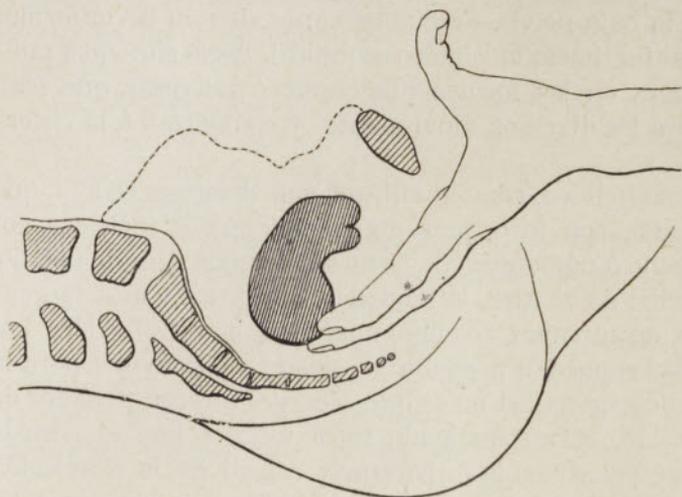


FIG. 88

*Reducción de una retroflexión por el tacto recto-vaginal.  
Primer tiempo (SCHULTZE).*

fondo de saco posterior puede encontrarse perfectamente. En la mayoría de casos basta el tacto para dejar establecido el diagnóstico, pero el histerómetro disipará toda duda. El tacto rectal puede servir mucho comprobando la existencia, forma y condiciones del tumor retro-uterino, é imprimiéndole movimientos puede á la vez servir para convencernos que se trata del útero flexionado.

En ningún caso puede establecerse el diagnóstico por los datos del interrogatorio ni por los síntomas que la enferma aqueja. Por el contrario, con ausencia completa de síntomas descubriremos con frecuencia una retroflexión del todo ignorada.

El simple diagnóstico de retroflexión no satisface las necesidades clínicas, pues para sentar las indicaciones necesitamos un diagnóstico más completo. Puede la retroflexión ser libre ó adherida, y al hacer el diagnóstico debemos sentar su calificación.

La retroflexión libre, que podríamos llamar simple ó reductible, goza de movilidad bastante para ser reducida con facilidad. En

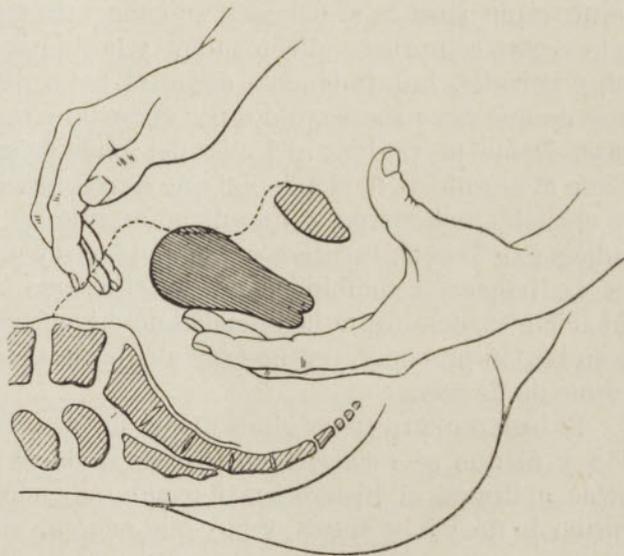


FIG. 89

*Reducción de una retroflexión por la palpación combinada.  
Segundo tiempo (SCHULTZE).*

encuentro el mejor medio para convencerse de la reductibilidad de una retroflexión, practicar la reduc-

ción manual de la manera siguiente: con el índice en la vagina y en su fondo de saco anterior y el medio en el recto, se comprime con éste el fondo del útero, dislocándolo algo hacia un lado y levantándolo hacia arriba; cuando es movable, se levanta sin dificultad, y pronto el dedo medio pierde hacia lo alto el cuerpo del útero; á la vez, con el índice, se lleva el cuello hacia atrás, y al través del fondo de saco anterior se llega hasta el ángulo de flexión; para completar la reducción, con la mano izquierda se busca el fondo del útero al través de las paredes abdominales en el arco del estrecho superior y hacia atrás del mismo y se hace deslizar hacia el pubis, convirtiendo la retroflexión en anteflexión; la maniobra resulta fácil y sencilla en la mayoría de casos de retroflexión simple, particularmente en los de origen puerperal, que suelen ser más móviles que las espontáneas (figuras 88, 89 y 90).

Algunas veces se encuentran dificultades, bien porque la desviación es antigua y el útero está rígido, bien porque la enferma no presenta condiciones abonadas por la estrechez de sus genitales, elevación del útero, ó grosor de las paredes abdominales; entonces puede hacerse la reducción con el histerómetro,

encontrando preferible este instrumento, ó los enderezadores uterinos, como los de Sims ó Trelat, inventados para tal objeto. Se practica el cateterismo, como si quisiéramos hacer una simple exploración diagnóstica, y una vez llegado el histerómetro al fondo del útero, se vuelve al revés, ó sea, que su curvatura, que miraba atrás, mire adelante; esa inversión del histerómetro se realiza por el mango, pero no dando á éste un simple movimiento de rotación, porque la punta del histerómetro describiría dentro del útero un arco de círculo que podría lesionar el órgano, sino describiendo con el mango este arco de círculo de manera que el histerómetro dentro del útero haga sólo una rotación; en seguida se bascula el mango del histerómetro hacia abajo y la punta levanta y reduce el útero, si no está adherido; esta reducción se mantiene más ó menos tiempo.

Si la reducción puede hacerse fácilmente, sin provocar dolor, y persiste

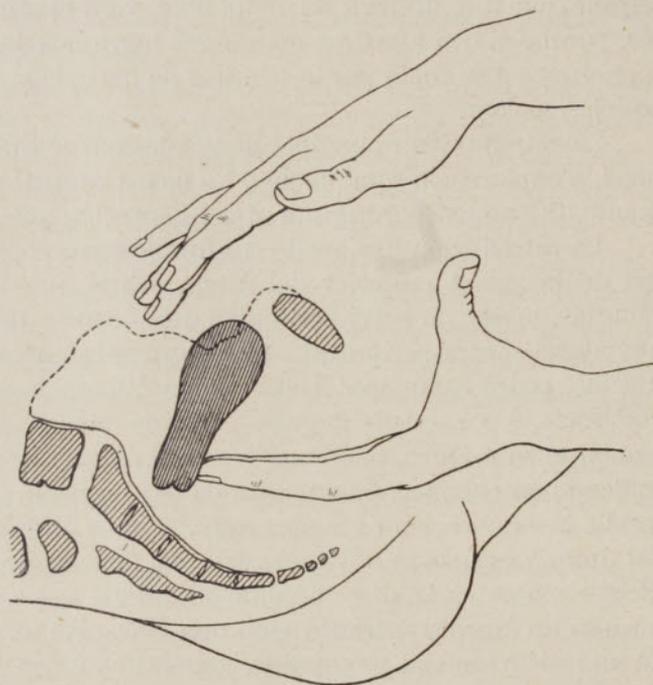


FIG. 90

*Reducción de una retroflexión por la palpación combinada.  
Tercer tiempo (SCHULTZE).*

el órgano reducido algún tiempo, podemos decir que la retroflexión es reductible.

Cuando el útero está adherido, pueden darse dos casos: adherencias cortas y firmes que inmovilizan el órgano é inhabilitan las tentativas de reducción, no logrando reducirlo, y observando que en su movilidad arrastra las partes vecinas, provocando dolor; ó bien adherencias laxas que permiten cierta movilidad y aun una reducción momentánea, pero á costa de provocar dolor y notar frecuentemente, si al levantar el útero hacemos el tacto rectal, que la pared anterior del recto es estirada hacia adelante. En el primer caso tenemos una retroflexión fija, inmóvil ó irreductible, y en el segundo, móvil, pero irreductible, porque si con nuestras maniobras logramos destruir la retroflexión, ésta se reproduce en seguida por la tirantez de las bridas que le vuelven pronto á su posición viciosa.

La retroflexión reductible no puede confundirse con ninguna otra afección, pues la exploración combinada y los tactos vaginal y rectal demuestran sobradamente que no existe ninguna otra tumoración que pueda confundirse con ella.

La retroflexión fija puede confundirse con todo tumor retro-uterino: mioma de la pared posterior del útero, ovario quístico prolapsado en el fondo de Douglas, masas de pelvi-peritonitis que forman tumoración en dicho punto y hematocele intra-peritoneal. El hysterómetro, demostrando la dirección del eje uterino, podrá establecer fácilmente la diferenciación; pero si por sospechas de embarazo, ó por existir flogosis pelviana más ó menos activa no creyésemos prudente su empleo, podremos hacer el diagnóstico con la exploración manual, teniendo en cuenta los siguientes datos: en las masas peritoníticas y de hematocele, la tumoración es menos regular, más difusa, no se dibuja como el fondo del útero y es más inmóvil que éste; el ángulo de flexión no se toca, porque dichas masas están directamente adheridas á la cara posterior del órgano y no forman un ángulo entrante, sino una elevación en el mismo útero. Si se trata de un quiste anexial prolapsado, generalmente se descubrirá la renitencia quística de su contenido, difícilmente se encontrará ocupando la parte media, y no existe el ángulo de flexión, como en los casos anteriores, notándose únicamente un intersticio sin límites que separa el útero del tumor anexial. Un mioma de la pared posterior del útero puede perfectamente simular una retroflexión, pudiendo ser muy posible la confusión si es de tamaño apropiado en la línea media é implantado muy bajo de la pared posterior. Si por la palpación abdominal logramos tocar el fondo del útero, podemos aceptar un tumor peritonítico, hemático á anexial; pero la duda persistirá si se trata de un mioma, pues lo mismo puede ser un mioma posterior con el útero en su sitio, que un mioma anterior con el útero en retroflexión; será rara tal contingencia, pero cuando ocurra, sólo el hysterómetro podrá sacarnos de dudas.

**Curso y complicaciones.** — Dejemos de lado las retroflexiones pasajeras, que por no tener fijeza no constituyen la verdadera retroflexión. Se encuentran en los casos en que el útero goza de una movilidad excesiva, y accidentalmente podemos encontrarlo desviado hacia atrás; ocurre esto principalmente en los primeros tiempos que siguen al puerperio; no es raro encontrar una retroflexión que á las tres ó cuatro semanas ha desaparecido.

La verdadera retroflexión una vez constituida es casi estacionaria. En sus comienzos la flexión no es muy pronunciada, pero generalmente va aumentando hasta alcanzar el último grado, permaneciendo así durante toda la vida. Es rarísimo observar una reducción espontánea, como no sea cuando sobreviene el embarazo; al llegar al tercer mes la mayoría de veces se reduce el órgano espontáneamente, y de no ser así, aparecen los síntomas de embarazo en retroflexión, ya que la evolución de éste es incompatible con la normalidad, á partir del tercer mes, y permaneciendo el útero flexionado. Por lo tanto, el embarazo es la única contingencia que puede producir una curación espontánea de la dolencia. Si espontáneamente no se reduce, es fácil obtener entonces una reducción definitiva con nuestra intervención.

La retroflexión puede existir sin producir complicaciones; pero desde luego debe reconocerse que crea en el aparato genital condiciones muy favorables para que aquéllas se desarrollen. La dificultad con que se realiza la circulación, sobre todo en los casos de flexión acentuada, hace que sea muy frecuente la metritis, en cualquiera de sus formas, como consecuencia de la desviación. Asimismo los anexos sufren de este estado de cosas, son arrastrados hacia atrás, y con mayor facilidad que en los demás casos presentan lesiones de naturaleza muy variada. La misma perimetritis, que generalmente hemos de tenerla en cuenta como causa, puede ser efecto de la retroflexión, y ello explica por qué con cierta frecuencia desviaciones reductibles hoy, podemos encontrarlas adheridas al cabo de uno ó dos años.

Por parte de la vejiga y del recto existe también mayor receptividad, y de aquí que con cierta frecuencia se sumen á los fenómenos de la retroflexión síntomas vesicales ó rectales.

Por sus manifestaciones cabe dividir las en dos grupos: retroflexiones toleradas é intoleradas.

La retroflexión simple sin complicación ninguna es con gran frecuencia tolerada, no produce ningún síntoma y se descubre muchas veces por casualidad. La intolerada desarrolla todo el cortejo de síntomas de que antes queda hecha mención. Cuando en el curso de una retroflexión tolerada sobreviene alguna de las complicaciones indicadas, se convierte en intolerada y empieza á ocasionar sufrimientos. Por eso algunos autores creen que los síntomas de la retroflexión son debidos á las complicaciones y no á la enfermedad en sí; conviene para el tratamiento estar convencido de que en muchos casos el hecho es realmente cierto, y así se observa que, curada la metritis ó apagada la anexitis, desaparecen los sufrimientos. Pero esto no es absoluto, y existen casos absolutamente intolerados en los que no existen complicaciones, y es la dolencia en sí la causante única de los sufrimientos, sea por susceptibilidad de la enferma, sea por causas que ignoramos.

Una retroflexión tolerada puede ofrecer períodos de intolerancia en que determina molestias muy acentuadas; por el contrario, una retroflexión aparatosa, con grandes fenómenos dolorosos, puede apaciguarse, y desapareciendo las causas que motivaron su exaltación, permanecer indefinidamente apagada, y aun permaneciendo la lesión, simular una curación sintomática.

Algunos autores señalan como complicación de la retroflexión fenómenos de obstrucción intestinal por compresión del recto, y de retención de orina por

compresión del cuello de la vejiga; dichos fenómenos no es raro observarlos en los casos de embarazo en retroflexión; pero en los demás casos, estos accidentes serán debidos á otro origen, pues en varios centenares de retrodesviaciones nunca he observado tales fenómenos.

El pronóstico nada tiene de fijo: enfermedad ignorada muchas veces, en cambio puede en otras ocasiones causar grandes sufrimientos y revestir un carácter verdaderamente grave, y aun amenazar directamente la vida de la enferma cuando sobreviene el embarazo. Un pronóstico general no cabe, y debe hacerse para cada caso concreto, teniendo siempre en cuenta que, dada la facilidad y frecuencia con que origina complicaciones, no debe considerarse nunca como enfermedad despreciable; si alguna vez podemos mirarla como á tal, es en el período de la menopausia, en que la atrofia genital evita la aparición de complicaciones.

**Tratamiento.**—El tratamiento de la retroflexión puede ser paliativo y curativo. Las indicaciones á cumplir son variables para cada caso.

Siendo tan frecuentes las retroflexiones toleradas, desde luego ocurre el problema de si en los casos intolerados cabe emplear una medicación que las convierta en toleradas. Si la intolerancia de la retroflexión depende de las afecciones concomitantes manifestadas por períodos dolorosos, combatiendo la metritis coexistente ó la anexitis concomitante, una retroflexión muy molesta deja de ocasionar síntomas.

Por otra parte, las afecciones concomitantes son un obstáculo, y aun á veces una contraindicación para tratamientos curativos, y de aquí la necesidad de recurrir á un tratamiento paliativo local y general, tanto para combatir las manifestaciones patológicas como para preparar el útero á otros tratamientos directos. Poniendo en vigor todos los medios indicados para combatir la metritis, y los que se indicarán contra las perimetritis, logramos con frecuencia ver cómo desaparece toda manifestación hasta el punto de creerse la enferma curada: la retroflexión se ha convertido en tolerada ó latente.

La recidiva ó rebeldía de las complicaciones unas veces, y otras sus síntomas propios, á pesar de combatir aquéllas con fortuna, nos demostrarán toda una serie de casos en los que, por motivos variados, la retroflexión en sí es intolerada, y adquiere, por lo tanto, importancia nosológica, siendo preciso entonces dirigir el tratamiento contra la retroflexión en sí que representa la parte principal en el cuadro sintomático.

La indicación entonces aparece clara é imperiosa: debe reducirse la desviación y buscar la manera de mantener la matriz en la anteposición normal. Esta indicación constituye el verdadero tratamiento curativo.

Cuando se trata de una retroflexión movable, nada tan fácil la mayor parte de veces como verificar la reducción manual tal como queda descrita anteriormente, y en algunos casos excepcionales por medio del histerómetro. En los casos de desviación movable, pero adherida, y en los de desviación fija, la principal dificultad estriba en la imposibilidad de lograr una reducción completa. Para ello tenemos dos medios: el masaje y la reducción forzada con rotura de adherencias.

El masaje de los fondos de saco no hay duda que puede aumentar la mo-

vilidad de la matriz provocando la reabsorción de los exudados y el estiramiento y relajación de las adherencias existentes. Para ello se requieren casos favorables en los que las adherencias no sean muy resistentes ni dolorosas; cuatro ó seis semanas de masaje pueden movilizar una retroflexión fija ó aumentar suficientemente su movilidad para lograr una reducción; cuando el masaje se hace doloroso está contraindicado. En varios casos he logrado hacer fácil y poder mantener una reducción en casos favorables de retroflexión; no obstante, de mis observaciones deduzco que no es un medio tan eficaz como encuentra Prochownich (1) y otros autores partidarios del masaje. Opino que es un medio que no debe despreciarse; con él he visto en algunos casos desaparecer manifestaciones muy molestas de la retroflexión y curarse una esterilidad largo tiempo sostenida aun sin recurrir al empleo del pesario; como tratamiento preparatorio de este último medio, no hay duda que es á menudo eficaz.

La reducción forzada, rompiendo las adherencias, requiere que el caso se preste á ello, para cuyo conocimiento, como recomienda Schultze (2), y su partidario Fritchs (3), es preciso practicar un examen previo de la enferma anestesiada; tiene el inconveniente de que esta maniobra debe practicarse en casos en que han existido flogosis periuterinas, y que á pesar de la exploración previa pueden romperse cavidades quísticas y ocasionar accidentes muy graves que no se habían previsto. En la época en que Schultze propuso esta intervención, la laparotomía revestía una gran gravedad; pero hoy, dada la casi inocuidad de dicha operación, pocos ginecólogos preferirán una reducción ciega á una laparotomía que permite explorar los anexos y convencernos de la índole é importancia de las adherencias. A pesar de la calurosa defensa que hace Fritchs de la reducción violenta, tiene muy pocos imitadores, y realmente en un caso de esta índole creo más peligrosa esta operación que una laparotomía. La anestesia es útil para reducir una retroflexión, no para hacer una mayor fuerza y romper las adherencias, sino para dominar la sensibilidad y resistencia de la enferma; si no es éste el obstáculo, paréceme que la retroflexión, que no puede reducirse con la simple maniobra manual sin anestesia, es tributaria de otro tratamiento.

Sea que se trate de una retroflexión reductible, sea que lleguemos á reducirla con el masaje ó alguna tentativa ligeramente forzada, la repetición de la maniobra puede proporcionar una reducción favorable en algunos casos, aunque pocos, sobre todo cuando son de origen reciente; puede entonces, para favorecer el éxito definitivo, aconsejarse el decúbito genu-pectoral, como indica Pozzi, con inyecciones vaginales calientes y aun la administración al interior del cornezuelo de centeno.

Lo más común es que la desviación se reproduzca muy pronto y que nuevas reducciones resulten infructuosas; para mantener la reducción debe recurrirse al empleo de los *pesarios* ó de la *intervención quirúrgica*.

PESARIOS. — El tratamiento de las retroflexiones por los pesarios ha sido muy discutido; Thomas, Schultze, Simpson, Fritchs, Schröder y muchos otros,

(1) PROCHOWNICH: *Le masage en Gynecologie*, 1892, pág. 158 y siguientes.

(2) *Traité des desviations uterines*, 1884, pág. 287.

(3) FRITCHS: *Traité des maladies des femmes*, 1898, pág. 299.

recomendaban su empleo; hoy se recurre con mayor frecuencia á la intervención quirúrgica; no obstante, ningún autor contemporáneo lo desecha, y en el Congreso de Ginebra los tres ponentes en el *Tratamiento quirúrgico de las desviaciones uterinas*, Kustner, Polk y Pozzi, lo aceptan como bueno y como medio que debe preceder á la intervención quirúrgica. Doleris, Bouilly, Richelot, Montgomery, etc., aceptan todos el empleo de los pesarios con más ó menos restricciones.

El pesario tiene por objeto mantener el órgano reducido en anteposición; por lo tanto, nunca debe emplearse como medio de reducción, y la condición primera para su empleo es la reductibilidad lograda por uno ú otro medio.

Son muchos los modelos de pesario propuestos para mantener reducida una retroflexión. Es inútil describir varios modelos de pesarios: hablaré sólo de los que he usado y que la experiencia me ha demostrado su utilidad; quizás resulten buenos para mí pesarios que para otros son deficientes, porque la elección y colocación de un pesario de retroflexión no es cosa tan fácil como parece á primera vista; tiene razón Fritchs cuando dice que *cada uno de nosotros ha necesitado varios años para aprender el tratamiento por los pesarios, y no puede pretenderse que los demás sean MAESTROS después de la lectura de un capítulo sobre desviaciones uterinas*. Recuerdo que hará unos diez años vino á mi consulta una enferma á quien Olshausen hacía tres meses había colocado un pesario de retroflexión, encargándola que transcurrido este tiempo se lo quitara, y después de cuatro á seis días de no llevarlo, se lo hiciera colocar nuevamente; acudió para ello á un ginecólogo distinguido, quien le colocó el pesario; pero la enferma, al llegar á la calle, volvió por dos veces á casa del médico diciéndole que el pesario le molestaba y apenas podía andar, siendo así que cuando se lo puso Olshausen no sentía nada, y que quizás no se lo había colocado bien; después de examinarlo, cada vez declaró el ginecólogo que estaba bien colocado. Extrañada la paciente me suplicó la examinara, añadiéndome que de estar bien colocado el pesario, estaba decidida á partir aquel mismo día para que se lo aplicara nuevamente Olshausen; el pesario estaba colocado al revés, y al ponerlo bien, la enferma se encontró completamente aliviada.

Después de haber probado algunos modelos, hoy sólo empleo el de Hodge alguna vez (fig. 91) y el de la fig. 92, muy parecido al de Hodge, y al que recomienda Bouilly (1). Actualmente empleo casi siempre el de la fig. 92, que lo hago construir por Clausolles en cuatro tamaños distintos. Como puede verse, su forma es la del pesario descrito por Schröder (2), más separado en sus ramas y más abarquillado. Los hago construir rígidos y de aluminio, que es el material que mejores condiciones reúne de inalterabilidad, resistencia y poco peso; tengo algunos más abarquillados que otros para poder adaptarlos á todas las enfermas, y aun así encuentro á veces alguna dificultad, en cuyo caso empleo uno de Hodge maleable, al que doy la forma que creo conveniente. Prefiero siempre el de aluminio rígido que el maleable de Hodge, sea de alambre revestido de caucho, sea de celuloide, que se amolda calentándolo.

Las condiciones que ha de tener un pesario es que sea bastante grande

(1) *La Gynecologie*, 1896. *Symptomes et traitement des retrodesviations*, pág. 11.

(2) *Maladies des organes genitaux de la femme*, pág. 178.

para que una vez colocado quede fijo, y bastante abarquillado para que por su punta posterior penetre profundamente entre el útero y el recto por el fondo de saco posterior levantando el órgano, y las ramas bastante separadas para que permitan el coito sin obstáculo. Tocante á la enferma se requiere que la retroflexión sea reductible y no existan fenómenos flogísticos por parte del aparato genital, aparte de que el sostén peritoneal se conserve en gran parte, aunque no con perfección, y no exista cistocele. Así se comprende, como dicen todos los autores, que cada enferma necesite su pesario, y que después de elegido cual convenga á un caso dado, debe someterse á prueba para emplearlo según demuestre el ensayo; para las nulíparas en general bastan los dos modelos pequeños; la mayoría de múltiparas necesitan los dos grandes.

Elegido el pesario, lo coloco de la manera siguiente: cogida la punta del pesario (previa reducción del útero) entre la punta de los dedos índice y medio, lo introduzco en la vulva en sentido ántero-posterior y lo conduzco hacia atrás, á la vez que con la mano izquierda lo empujo por el otro extremo para hacerlo

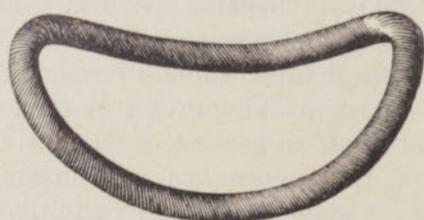


FIG. 92

*Pesario para la retroflexión.*

penetrar todo dentro de la vagina; con la mano derecha llevo la punta al fondo de saco posterior y luego lo pongo plano, de manera que la extremidad posterior empuje el fondo de saco posterior y la anterior se coloque detrás de la extremidad posterior de la uretra y se apoye contra el pubis, y las ramas descansen en la pared posterior de la vagina y suelo perineal. Algunas veces resulta la introducción falsa, porque la extremidad posterior se desliza por delante del

cuello; entonces es preferible retirarlo y volver á empezar. Una vez colocado, me cerciuro por el tacto rectal y la palpación combinada de que el útero está reducido.

Una vez colocado, la enferma no debe experimentar molestia ninguna ni sentir la presencia del pesario al sentarse, al andar, al orinar ni en ningún acto de la vida. No produce estorbo para el coito, y más de un caso podría citar en que la enferma llevó el pesario inconscientemente para ella y para el marido; es un detalle que no ofrecen todos los pesarios y que tiene su importancia, ya que la mayoría de mujeres que deben tratarse una retroflexión son casadas.

A los pocos días se examina la enferma para ver si el pesario conserva su posición y si el útero se manifiesta reducido, pues algunas veces, en úteros muy atónicos, se observa que por encima del pesario se reproduce la retroflexión; cuanto más largo sea y más alto llegue al fondo de saco posterior, menos

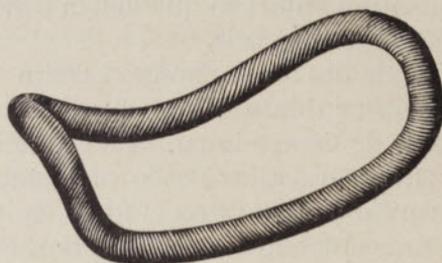


FIG. 91

*Pesario de Hodge para la retroflexión.*

fácil es este hecho; generalmente se encuentra el útero en una anteposición normal.

Si existe metritis ó fenómenos anexiales algo acentuados, el pesario provoca dolor y hay que retirarlo. A veces sin metritis ni otras complicaciones se encuentran enfermas que tienen para el pesario verdadera intolerancia, y entonces es inútil persistir.

Cada dos ó tres meses se retira el pesario y se practican grandes lavados vaginales durante seis ú ocho días, después de los que se vuelve á colocar otro período de tiempo igual. Este tratamiento debe durar de ocho meses á un año.

El pesario así colocado mantiene el útero en su posición normal, porque mecánicamente levanta el útero de un modo directo, tira del cuello hacia atrás por tirar el fondo de saco posterior, toma apoyo en el pubis, con lo que adquiere fijeza su extremidad posterior, y distendiendo la vagina y apoyándose por sus ramas laterales sobre el elevador del ano y periné, comunica fijeza al suelo pelvi-perineal y, por consiguiente, al útero.

Durante su uso la enferma se ve libre de todas sus molestias, y nada demuestra mejor la influencia del pesario que cuando se retira cuatro ó seis días para combatir la ligera vaginitis; las molestias reaparecen para desaparecer nuevamente una vez reaplicado el pesario.

Algunas enfermas se hacen fácilmente embarazadas llevando el pesario, lo que no deja de ser una contingencia feliz, porque después del tercer mes del embarazo puede ya retirarse el pesario, y con algunas precauciones durante el puerperio se logra con frecuencia que no se reproduzca la desviación. Son muchos los casos que podría citar en que he obtenido tan beneficiosos resultados.

Si no sobreviene el embarazo puede ocurrir que á los seis ú ocho meses la retroflexión no se reproduzca y quede la enferma definitivamente curada. En mis casos he obtenido la curación definitiva aproximadamente en la tercera parte; en los demás la desviación reaparece al dejar el pesario, y en unos se reproducen los fenómenos patológicos mientras que en otros persiste un gran alivio; si al cabo de un año los resultados que se obtienen no son definitivos, puede darse por fracasado el tratamiento del pesario.

Bouilly ha obtenido mejores resultados, pues dice que de 130 casos ha obtenido 105 éxitos definitivos. Los resultados de Sanger son muy distintos, pues en 57 casos ha obtenido 7 curaciones y 27 mejorías. Seguramente la diferencia obtenida depende de la índole de los casos; si éstos se escogen los resultados serán buenos; si se generaliza su uso á todos los casos de retroflexión, los resultados no serán más que medianos, pues el pesario tiene sus contraindicaciones que deben atenderse.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.—Dada la diversidad que presentan las retroflexiones y atendido que algunas veces, las menos, representa la desviación el principal elemento patogénico, y que las más tienen el principal papel las complicaciones que las acompañan ó las causas que las producen, se comprende cuán difícil será sentar un criterio que sirva de guía en la curación radical; la enfermedad es frecuentísima, de modo que no hay ginecólogo de regular práctica que no tenga á su disposición gran número de casos, y ocasión, por tanto, de ensayar distintos tratamientos, que tendrán, por lo general, uno ú otro carác-

ter según el temperamento del ginecólogo y el momento en que ponga en práctica las indicaciones, puesto que en este caso, como en todo, existen vaivenes en pro de uno ú otro método.

Existen un gran número de retroflexiones que no resultan beneficiadas de los tratamientos antes indicados, y que justifican plenamente una intervención quirúrgica. Hace treinta años que la intervención se ha aplicado á la curación de las retrodesviaciones, y durante este tiempo han aparecido gran número de métodos y procedimientos. Al principio casi cada autor preconizaba su procedimiento con exclusión de los demás; luego ha dominado un criterio ecléctico, y es bastante general hoy la manera de comprender el tratamiento quirúrgico de las retroflexiones. En este largo período de elaboración, gran número de procedimientos han sido reconocidos como defectuosos ó menos beneficiosos que otros, y han sido olvidados aún por sus mismos autores (1). Pueden reducirse á tres los métodos hoy en uso: corrección de la desviación por *acortamiento de los ligamentos redondos*, y corrección de la desviación por fijación directa del útero: *histeropexia abdominal*, *histeropexia vaginal*.

Sin duda que el acortamiento de los ligamentos redondos se dirige directamente á la causa principal de la retrodesviación, pues es evidente que si éstos no se relajan, la retrodesviación no puede tener lugar; si puede demostrarse que una vez relajados los ligamentos pueden, acortándolos, recobrar su acción sostenedora, es indudable que la operación ha de ser eficaz y viable. En estos últimos años se han publicado centenares de casos de dicha operación, y de ellos resulta, según parecer casi unánime, que los ligamentos redondos acortados pueden mantener el útero en anteflexión perfecta si se trata de úteros movibles, pero que si han de sostenerlo luchando con adherencias más ó menos fuertes y antiguas, la operación fracasa con frecuencia.

Teóricamente, todo el mundo reconoce que el acortamiento de los ligamentos redondos es la operación ideal, por colocar el órgano en posición enteramente fisiológica y no ejercer, por tanto, influencia ninguna en los embarazos ulteriores que puedan sobrevenir; pero tiene una limitación en los casos de adherencias; sin duda Alexander es sobrado optimista cuando dice que el 95 por 100 de casos son tributarios de esta intervención (2), refiriéndose al acortamiento extra-peritoneal.

La histeropexia, sin atender al mecanismo patogénico de la afección, se dirige á corregirla fijando por distintos medios el órgano en otra posición más conveniente, haciéndole contraer adherencias con regiones vecinas. Sin duda es un buen medio, si se demuestra que el nuevo hecho patológico no constituye una dolencia ni un peligro para las funciones genitales. La histeropexia abdominal, realizada en determinadas condiciones, resulta eficaz contra la retroflexión é inofensiva para las funciones del aparato genital. La histeropexia vaginal, aunque eficaz contra la desviación, es un obstáculo á las funciones geni-

(1) Véase Congreso de Ginebra *Comptes rendus*, 1897, págs. 311 á 486. Ponencias de Kustner, Polk y Pozzi, y discusión por los doctores Regnier, Gill-Wilye, Jacobs, Pichevin, Petit, Schwartz, Coelho, Bouilly, Kammer, Pean, Malleix, Engstrom, Mangin, Sanger, Doléris, Sindjard, Dudley, Edebols, Kelly, Bonnet, Doyen y Kustner.

(2) ALEXANDER: *Practical Gynecology*, 1899, pág. 58.

tales y frecuentemente produce fenómenos dismenorreicos: pero sobre todo están todos los autores conformes que si bien la operación es relativamente sencilla, fácil y benigna, en cambio los embarazos que puedan sobrevenir ulteriormente están mucho más expuestos á complicaciones que con la histeropexia abdominal, con lo que su empleo va restringiéndose á determinados casos.

Todos los procedimientos de histeropexia extraperitoneal, como el de Candela, Caneva-Crespi, Sims, Kelly, Assaki, Schucking y algún otro, han sido abandonados por inseguros y peligrosos; las histerotomías cuneiformes de Thiriar, Jonnesco, Doyen y otros tampoco se han generalizado ni es probable renazcan al lado de los procedimientos ya acreditados como buenos; los procedimientos de Kelly, Hersick, Imlac, Gostchalk, Delageniere, Kocks y otros, para acortar los ligamentos anchos ó útero-sacros, tampoco merecen atención especial; quedan, pues, reducidos los métodos de tratamiento al acortamiento de los ligamentos redondos, á la histeropexia abdominal y á la histeropexia vaginal (1).

**Acortamiento de los ligamentos redondos. Acortamiento extraperitoneal ú operación de Alquie-Alexander-Adams.**—Ideada primeramente por Alquie, de Montpellier, fué puesta en práctica y descrita con dos meses de intervalo por dos ingleses: Alexander y Adams; de aquí que en Inglaterra se conoce con el nombre de Alexander-Adams, y en Francia se le añade, con justicia, el nombre de Alquie.

*Primer tiempo.*—Debe colocarse el útero en su posición normal y mantenerlo reducido. Como frecuentemente se practica alguna intervención útero-vaginal, se deja colocado un dilatador de Hegár ó un histerómetro, que un ayudante sostiene para que mantenga la reducción hasta terminada la operación.

*Segundo tiempo.*—Practico una incisión que, partiendo un poco por dentro de la espina del pubis, se dirige hacia atrás y arriba, algo divergente del ligamento de Poupert. Comprende la incisión piel, tejido celular y fascia superficial hasta llegar á la aponeurosis del oblicuo externo, que se deja bien limpia, buscando el orificio externo del conducto inguinal, que se encuentra muy cerca de la extremidad interna de la incisión: la longitud de ésta es de 7 á 8 centímetros.

*Tercer tiempo.*—Dedicado á buscar el ligamento y á tirar de él. Al principio incidía, como recomendaban la mayoría de autores (2), las fibras arciformes, que van de uno á otro pilar del conducto inguinal, para descubrir la grasa, que forma en este sitio un verdadero pelotón, y buscaba la rama nerviosa del génito-crural; por debajo y por dentro de esta rama se encuentra un hacecillo rosado, formado por fibras en forma de pincel, que se coge con una

(1) Véase POZZI: *Traité de Gynecologie*, pág. 521. RICHELLOT: *Chirurgie de l'uterus*, pág. 140. DELAGENIERE: *Chirurgie de l'uterus*, pág. 66. Actas de los Congresos de Bruselas, Ginebra, Amsterdam, París, etc.

(2) POZZI: *loc. cit.*, pág. 522.

pinza y se tira de él aislándolo de los tejidos vecinos hasta que van siguiendo porciones más gruesas de dicho ligamento; sólo recuerdo una vez no haberlo encontrado por este procedimiento; y en algunas otras me fué difícil su hallazgo y aislamiento, teniendo que recurrir á la apertura del conducto inguinal para hallarlo mejor.

Por esta razón, actualmente, siguiendo el consejo de Kocher y otros, descubierta el anillo inguinal externo, introduzco una sonda acanalada é incindo su pared anterior tres ó cuatro centímetros; en el fondo del canal, y muy cerca del orificio interno, se ve el ligamento blanquecino, y formando un cordón de

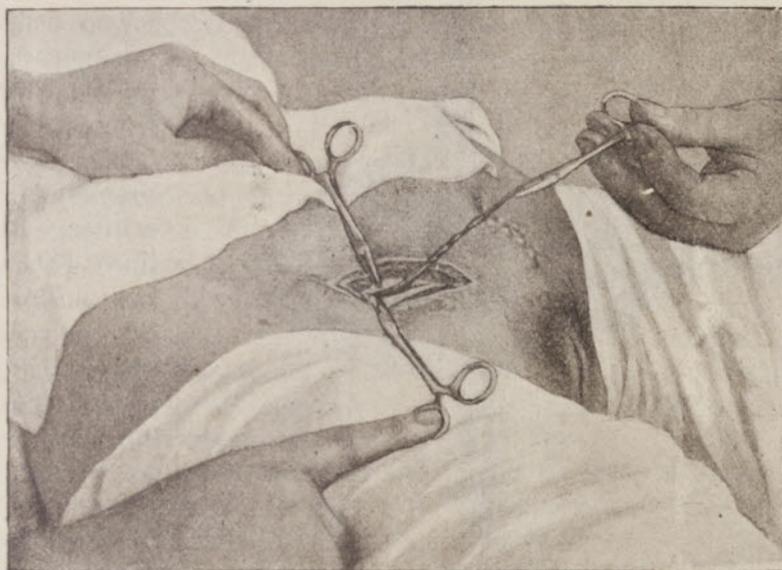


FIG. 93

*Operación de Alquié-Alexander-Adams.  
Estiramiento del ligamento redondo; ligamento derecho.*

grosor variable, se coge con una pinza y se tira suavemente á la vez que se aísla de las conexiones celulosas que pueda tener; el ligamento cede con facilidad, haciéndose cada vez más grueso y resistente; muchas veces arrastra un manguito peritoneal que puede rechazarse fácilmente hacia atrás y adentro, por más que no tiene inconvenientes comprenderlo en la sutura. Caso de convenir una exploración de los anexos, puede abrirse el manguito peritoneal é introducir el índice para examinarlos: no es del todo difícil hacerlos salir al través de dicha abertura, aumentándola un poco y proceder sobre los mismos según convenga.

Los ligamentos deben estirarse hasta que se nota resistencia; ocho, diez, doce centímetros de ligamento salen al exterior, y para convencernos que se hacen ya tracciones sobre el útero, y por lo tanto, que está suficientemente acortado, puede verse si las tracciones se transmiten al histerómetro que sale por la vulva (fig. 93).

*Cuarto tiempo.*—Comprende la sutura, que yo practico de la manera siguiente: un primer punto, que comprende piel y tejido celular, y el borde inferior de la aponeurosis incindida, luego atraviesa el ligamento casi por el centro y en seguida coge algunas fibras del oblicuo menor, borde superior de la aponeurosis, tejido celular y piel; este punto se aplica hacia la parte externa de la incisión, muy cerca del orificio inguinal interno. A un centímetro hacia adentro aplico otro punto igual y luego otro; generalmente aplico tres puntos, pero á veces para cerrar el orificio externo del conducto inguinal aplico un cuarto: en éste engarzo, en forma de tirabuzón, toda la porción de ligamento

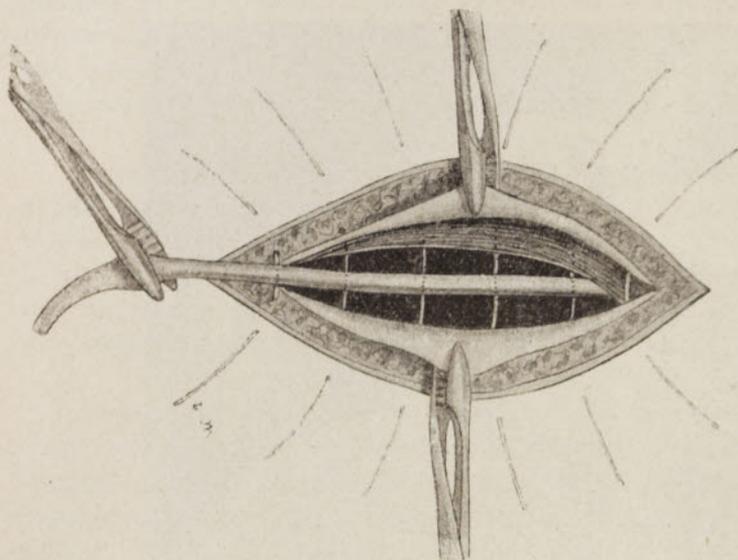


FIG. 94

*Sutura en la operación de Alexander: ligamento izquierdo (esquemática).*

mecha de gasa, que por capilaridad lleva al exterior el rezumamiento que pueda haber, é impide las colecciones de serosidad y de sangre sin perjudicar en nada la cicatrización; compresas esterilizadas y un vendaje inguinal. Por la vagina aplico una verdadera columnización con gasa yodofórmica para que sostenga el útero hacia lo alto y no tengan que soportar los ligamentos la tirantez de los primeros días, tirantez de la que podemos convencernos observando cómo los puntos que cogen el ligamento deprimen la incisión hacia adentro.

Actualmente, apenas se discute si debe acortarse un solo ligamento ó los dos, pues generalmente se acortan ambos. Sin embargo, bastantes veces he acortado un solo ligamento con resultados completamente favorables; pero cuando procedo así es en casos no muy antiguos, muy movibles y en los que el primer ligamento estirado se presenta grueso y potente; en los demás deben acortarse ambos. La inclinación lateral que parece ha de tomar el útero es insignificante y se corrige pronto, y algún caso de los que tengo, en que ha sobrevenido el embarazo, no ha causado complicaciones.

estirado, con lo que en vez de cortarlo formo un verdadero tapón que obtura el orificio inguinal externo. En seguida dos ó tres puntos que comprendan la piel, tejido celular y extremidad libre del ligamento. Los puntos los practico con seda, y, como se ve, no dejo ninguna sutura perdida (fig. 94).

*Quinto tiempo.*—

Destinado al apósito. Con una pinza introduzco en el centro de la incisión, entre dos puntos, una pequeña

La sutura se retira á los diez ó doce días; la enferma debe guardar cama diez y seis ó veinte días. Lo esencial es obtener la reunión por primera intención, tanto para asegurar la fijeza de los ligamentos, cuanto para evitar la formación de hernias consecutivas que algunos achacan al procedimiento. En más de cien casos he visto uno solo en el que se reprodujo un bubonocele, que existía ya antes de la operación.

En bastantes casos ha sobrevenido el embarazo sin accidente ninguno, en todos los resultados han sido permanentes y sólo recuerdo seis en los que la desviación se ha reproducido en parte, pero eran casos dudosos por existir adherencias y antecedentes de flogosis pelvianas, por lo que hace años sólo lo aplico á las retroflexiones fácilmente reductibles.

La técnica que acabo de describir, y á la que me ajusto hace mucho tiempo, no es la adoptada por todos los autores; por el contrario, existe una gran variedad de procedimientos, sea en el modo de practicar la incisión, más larga ó más corta, única ó doble, sea en el modo de descubrir los ligamentos y particularmente en la manera de fijarlos una vez estirados. Así, con incisión bilateral, tenemos los procedimientos de Imlach, Chalot, Segond, Doleris, Carpenter, Newmann, Suyers, Kocher, Gottal, Pozzi, Jacque; con incisión única los de Casati, Duret, Doloris, Bath, etc., etc. En donde existen mayores diferencias es en la manera de suturar los ligamentos; pero entiendo que la fijeza en la unión estriba más en una curación por primera intención que en el procedimiento de sutura empleado; así los procedimientos de sutura perdida, como el de Edebols y otros, no son los mejores, porque pueden facilitar la supuración, que se evita mejor con suturas transitorias.

El *acortamiento intra-peritoneal de los ligamentos redondos* puede hacerse por *laparotomía* ó *colpotomía*. Si se trata con estas operaciones de substituir la operación de Alexander en los casos tributarios de esta última, ningún procedimiento me parece tan bueno como el extra-peritoneal ya descrito. Tan sólo existe una razón, que no carece de valor: la operación es mucho más fácil y sencilla. Sin embargo, si algún otro motivo no justifica la laparotomía ó la colpotomía, como la existencia de adherencias ó lesiones anexiales, la elección no es, para mí, dudosa, y en estos casos es discutible si será mejor hacer una histeropexia ó un acortamiento de los ligamentos redondos. Sin duda que podrá surtir efecto, pero si se tiene en cuenta que la relajación causante de la retroflexión tiene lugar en los ligamentos redondos más hacia su porción extra-abdominal que en la intra-abdominal, se comprenderá lo falso que es dejar confiada la sustentación del útero á una inserción relajada, como se hace en la mayoría de procedimientos de acortamiento intra-peritoneal. Los procedimientos de Wylie, de Ruge, de Bade, de Dudley, de Polk, de Baudouin, de Manz y otros, á cual más ingeniosos, que, previa laparotomía, acortan los ligamentos, pero dejan su punto de apoyo en la inserción antigua, son, bajo este supuesto, defectuosos; los procedimientos de Godhino y de Bode, que practican el mismo acortamiento al través de la colpotomía anterior, ofrecen el mismo inconveniente. De querer obrar sobre los ligamentos redondos previa laparotomía ó mejor aprovechando una laparotomía hecha por otra causa, preferiría la fijación intra-parietal de dichos ligamentos, como ha propuesto y realizado Beck, de Nueva York, que considero preferible á la fijación vaginal propuesta y rea-

lizada por Schauta y Wertheim, porque permite mejor el desprendimiento de adherencias y la exploración anexial.

Existen varios procedimientos para fijar los ligamentos redondos á la pared abdominal; el de Doleris-Richelot me parece el mejor de todos ellos. Consiste en practicar la laparotomía, coger con unas pinzas los ligamentos redondos á cierta distancia del útero y llevarlos con su cubierta peritoneal hacia el ángulo inferior de la herida, donde se fijan con algunos puntos de catgut al plano músculo aponeurótico de la pared abdominal; es substituir la inserción subcutánea del ligamento hacia la espina del pubis por una inserción á la pared abdominal, aprovechando ligamento grueso y resistente (1). Esta operación, quizás en algunos casos, llegará á substituir la histeropexia abdominal si la experiencia demuestra su eficacia, pero difícilmente ocupará el lugar de la operación de Alquié-Alexander-Adams en los casos en que está bien indicada.

**Histeropexia abdominal.**—La técnica de esta operación es por demás sencilla y bastante más fácil que el acortamiento de los ligamentos redondos. Pienso que este motivo no es del todo indiferente á la preferencia que algunos ginecólogos muestran por la histeropexia abdominal.

*Primer tiempo.*—Laparotomía media supra-púbica, de 8 á 10 centímetros de longitud, estando la enferma en posición declive.

*Segundo tiempo.*—Enderezamiento y reducción del órgano, cogiendo luego su fondo con unas pinzas de garfios para mantenerlo en posición; en este tiempo hay que proceder al desprendimiento de las adherencias, que motivan la histeropexia de preferencia al Alexander, y al tratamiento de la lesión anexial, si es que algunas de sus alteraciones motiva la indicación. Es el tiempo más importante y difícil de la operación, tanto, que algunas veces queda la sutura del útero reducida á una operación secundaria.

*Tercer tiempo.*—Sutura del útero, que practico de la manera siguiente: con una aguja grande y curva de Hagedorn, enhebrada en seda fuerte y gruesa, penetro por la piel del lado derecho á centímetro y medio de su borde y muy cerca del ángulo inferior, atravesando las cubiertas abdominales, incluso el peritoneo; paso después la aguja por la cara anterior del útero, algo por arriba del istmo, cogiendo un espesor regular de pared uterina, y, finalmente, por las cubiertas abdominales del lado opuesto. Un segundo punto ocho ó diez milímetros más arriba del anterior y, finalmente, un tercero á igual distancia; éste no alcanza nunca el fondo del útero ni la parte más alta de su pared anterior, que quedan libres para permitir la expansión uterina si sobreviene un embarazo (fig. 95). Algunas veces aplico sólo dos puntos. En seguida, con la punta del bisturí, practico un punteado en la superficie uterina comprendida entre los puntos, como aconseja Leopold, y procedo á anudar los puntos procurando una coaptación exacta de las paredes abdominales entre sí y de la cara

(1) RICHELLOT: *loc. cit.*, pág. 159.

anterior del útero con la parte posterior de la incisión. Para lograr mejor mi objeto, aplico los puntos de sutura dobles y luego los aprieto poniendo en cada lado de la incisión un fiador de gasa sobre el que se apoyan las asas de los tres puntos convenientemente apretados: la incisión se coapta separadamente con las garrafinas.

*Cuarto tiempo.*—Sutura de la abertura abdominal restante por los procedimientos indicados. Terminada la operación, se observa cómo quedan deprimidos los tres puntos de la hysteropexia; se aplica en seguida un taponamiento vaginal con gasa yodofórmica que sirva de sostén al útero y éste no gravite hasta que se haya formado la adherencia.

La enferma guarda cama tres semanas; el taponamiento puede retirarse á los ocho ó diez días, lo mismo que la sutura. El útero conserva su nueva posición, porque de un lado han desaparecido las adherencias que lo retenían hacia atrás y de otro la nueva adherencia lo mantiene hacia adelante, á la vez que las asas intestinales han ocupado la cavidad de Douglas, y en vez de gravitar sobre el útero lo sostienen en su nueva posición.

El útero queda algo más alto de lo normal y adherido á la pared abdominal sin que ocasione molestias ni sufrimientos. En muchos casos he comprobado la fijeza de la nueva posición después de meses y años, y en algunos después de algún parto. En cuatro que yo conozco sobrevino la concepción, y en todos el parto fué normal y no ocurrió accidente ninguno; después del parto, el útero seguía adherido á la pared abdominal, aunque algo relajada la adherencia. Ciertamente que puede estirarse la adherencia y quedar reducida á una brida más ó menos larga que puede causar accidentes, como lo han demostrado Jacobs, Kelly y muchos otros, pero no es esto lo más frecuente, y si yo he de juzgar por aquellos de mis casos que he podido observar después de mucho tiempo, y aun después de algún parto, la nueva adherencia se conserva bastante bien, por lo menos tanto como con el acortamiento de los ligamentos redondos. La operación, aunque de mayor entidad que esta última, puede calificarse de benigna.

El procedimiento que he descrito es muy parecido al de Leopold, diferen-

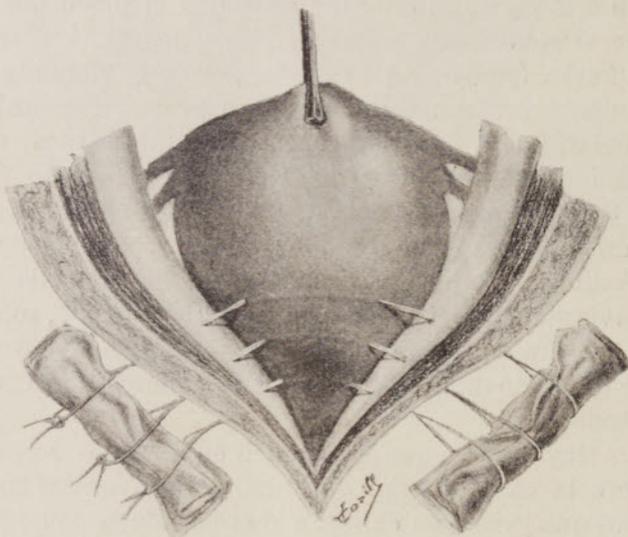


FIG. 95

*Hysteropexia abdominal.*

ciándose en que los puntos quedan colocados más abajo y por lo tanto queda libre más porción de útero hacia el fondo.

Los procedimientos que emplean suturas perdidas en seda ó en catgut, como los de Terrier, Pozzi, Laroyenne, Jannon, Czerny, Picqué, Richelot y otros, tienen la desventaja de que toda sutura perdida supura más fácilmente y puede perjudicar la reunión por primera intención, y sin duda que ésta es mejor garantía de la solidez de la nueva sínfisis que el más ingenioso procedimiento de sutura.

Con sutura perdida ó sutura temporaria, todos los procedimientos que llevan á la pared anterior del abdomen el fondo del útero, tienen el defecto de que si sobreviene la concepción, expansionándose el útero principalmente por su fondo, forzosamente se deformará ó se aflojarán las adherencias. Este inconveniente presentan la mayor parte de procedimientos franceses, como el de Terrier, Pozzi, Laroyenne, Legueu y algún otro; el mismo de Leopold ofrece este inconveniente, y el que Kelly describe en su *Tratado de Ginecología* ofrece el tipo de esta desventaja, pues Kelly sutura la pared posterior del fondo del útero, con lo que sin duda logra mejor posición del útero vacío, pero lleva al máximo los inconvenientes de la histeropexia para el embarazo. Tengo la convicción que si al practicar la histeropexia, sobre todo en una mujer joven, se pensara en que puede estar embarazada y se respetara toda la porción posible de fondo de útero, los pocos accidentes que ocurren serían todavía mucho menores.

Hay autores que prescinden en absoluto de practicar ningún traumatismo sobre la cara anterior del útero para favorecer su adherencia, como Terrier, y otros que la avivan extirpando el peritoneo, como Tiriari; este último medio no perjudicará, seguramente, la solidez de la adherencia, pues ya es sabido que las adherencias peritoneales se adelgazan fácilmente. Por este mismo hecho es preferible comprender en la sutura la pared uterina y no el peritoneo solo (como en el procedimiento de Boldt), porque de este modo, por lo menos en el trayecto de los hilos, se forma un cordón de tejido inodular que da fuerza á la reunión.

Los procedimientos de histeropexia lateral, como el de Olshausen, el primitivo de Kelly, Sanger, Klotz y otros, tienen todos el inconveniente de que, sin proporcionar al órgano mayor fijeza ni mejor posición, dejan entre las dos suturas un embudo en el que puede encarcerarse una asa intestinal y producir accidentes, aparte de que son en su técnica más difíciles que los procedimientos de histeropexia directa.

Después de todo, el procedimiento más sencillo, tal cual lo concibieron los primeros operadores, como Lawson-Tait y Gaillard-Thomas, es el mejor, añadiéndole los perfeccionamientos que la experiencia ha demostrado ser útiles, tanto para una verdadera y duradera reunión, cuanto por la influencia que en las funciones genitales pueda tener.

**Histeropexia vaginal.** — Vulgarizado por los trabajos y resultados obtenidos por Dhursen y Mackenrodt, gozó al principio de gran boga, que ha ido perdiendo porque, si bien es cierto que quizás como ninguna otra operación corrige de una manera permanente y segura la desviación uterina, en cambio

la ante flexión que produce ocasiona con frecuencia molestias, y si sobreviene el embarazo, fácilmente sobreviene el aborto y aun complicaciones durante el parto.

De aquí que sus aplicaciones se han ido restringiendo cada día, y actualmente creo debe quedar reducido á los casos próximos á la menopausia, y sobre todo á aquellas enfermas afectas de prolapso con retroflexión, pues realmente es preferible, según indicaré más adelante, la histeropexia vaginal que la abdominal en los casos de prolapso, siempre que la enferma no esté expuesta á la concepción.

*Primer tiempo.*— Colpotomía anterior. Una incisión longitudinal que á partir del labio anterior llega, por lo menos, á la mitad de la pared vaginal. Se separan los dos labios de la incisión á cada lado, y si hay dificultades, puede hacerse una incisión transversal en el fondo de saco anterior, con lo que se forman



FIG. 96

*Histeropexia vaginal.*

colgajos triangulares que permiten toda la separación necesaria. En seguida se despega la vejiga de la pared anterior del cuello hasta llegar al fondo de saco peritoneal, que se abre ampliamente. Durante este tiempo el cuello está descendido y sostenido por una pinza de garfios.

*Segundo tiempo.*— Reducción del órgano. Con el dedo puede explorarse el fondo de la pelvis, tocar cómo están los anexos, practicar en ellos alguna intervención si es preciso, y desprender las adherencias que pueden retener el órgano en retroflexión. Una vez libre, puede reducirse con el dedo, y si no basta, con un histerómetro, y al través de la pared vaginal implantar una pinza de garfios fina en la pared anterior del útero al nivel del istmo para mantenerlo reducido.

*Tercer tiempo.*— Fijación del útero. La practico con sutura perdida ó temporaria, según los casos.

Si se trata de una histeropexia simple, sin prolapso, aplico tres puntos con crin de Florencia, que comprenden los labios de la mucosa vaginal y la pared anterior del útero, comenzando el primero por encima de la pinza de fijación y los otros dos más hacia el fondo, pero sin llegar á interesarlo. Los puntos quedan aplicados casi en el mismo sitio que para la histeropexia abdominal (figura 96).

Si se trata de una histeropexia en un caso de prolapso, practico los mismos puntos perdidos con catgut y encima la sutura de la colporrafia anterior, tal como queda descrita (1) y más adelante indicaré.

*Cuarto tiempo.* — Sutura de la herida de colpotomía en lo que queda sin suturar, después de la vagino-fijación del útero, por el procedimiento usual.

Este procedimiento es parecido al de Mackenrodt, por la manera de practicar la incisión vaginal, y al de Richelot, por el modo de practicar la sutura.

Existen muchos procedimientos de histeropexia vaginal. Dejando de lado los derivados del de Schucking, todos practican incisión longitudinal, como Mackenrodt, ó transversal, como Dhursen. Con ambas incisiones se logra el objeto, que es llegar al fondo de saco peritoneal. Algunos practican la histeropexia sin abrir el peritoneo, como lo hacía primeramente Mackenrodt, pero luego se convenció de la necesidad de abrirlo para lograr mejor adherencia del útero. La incisión longitudinal tiene la ventaja de que permite hacer la colporrafia anterior cuando está indicada, si no se prefiere hacerla siempre como aconseja Winter.

En la manera de practicar la fijación hay una gran variedad de procedimientos, según que los puntos de fijación sean transversales, inclinados ó verticales, que se haga sutura perdida ó temporaria, y que se emplee el catgut, la seda, el crin ó la plata. Constituyen variedades que no tienen importancia esencial; los procedimientos de Dhursen, Winter, Sanger, Jacobs, Knorse, Orthmann, Pichevin, Doleris, etc., logran todos el mismo fin, ó sea establecer una adherencia sólida entre el útero y la pared vaginal anterior y vesical posterior, porque también ésta, en su parte desnuda, se pone en contacto con el útero. Algunos procedimientos que fijan el útero á la vejiga son indudablemente defectuosos. Aparte de esto, cualquiera sutura que procure buena coaptación de la cara uterina anterior con la cara profunda de los colgajos vaginales, puede dar buenos resultados.

Indudablemente la mejor garantía para evitar la recidiva es suturar toda la cara anterior del útero á lo largo de la vagina, haciendo descender el fondo del órgano hacia la incisión vaginal, y en ello no hay inconveniente si se opera en las proximidades de la menopausia. Más garantías dará contra la recidiva la sutura en esta forma que la fijación posterior del cuello en la pared vaginal posterior, que recomiendan Sanger y Jacobs, á la manera de la operación de Sims para la antedeviación.

El accidente más serio que puede ocurrir en esta operación es la herida de la vejiga ó de los uréteres al despegar aquélla de la cara anterior del cuello. Procediendo con cautela es fácil evitar este accidente. La gravedad de la intervención permite calificarla entre las benignas, y respecto á los resultados terapéuticos son tan buenos, por lo que toca á corregir la desviación, como malos por lo que se refiere á las funciones de generación; las estadísticas de Mackenrodt, Dhursen, Winter y otros, demuestran lo primero, y los trabajos de Strassmann, Wertheim, Kustner, etc., lo segundo.

(1) Véase tomo I, pág. 55.

Reasumiendo lo más culminante de las retrodesviaciones del útero en el estado actual de la ciencia, pueden sentarse las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Las retroflexiones perfectamente toleradas pueden dejarse sin tratamiento si no quiere combatirse la esterilidad que tal vez exista.

2.<sup>a</sup> El tratamiento paliativo por la reducción sola ó con masaje y los pesarios, produce cierto número de curaciones definitivas y desaparición de los síntomas en muchos casos.

3.<sup>a</sup> En la retroflexión intolerada deben siempre combatirse las complicaciones antes de combatir la desviación en sí.

4.<sup>a</sup> El tratamiento quirúrgico está indicado cuando los medios anteriores fracasan ó no son tolerados.

5.<sup>a</sup> El tratamiento quirúrgico más racional es el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos, aplicables á los casos de retrodesviación reductible sin complicación anexial.

6.<sup>a</sup> La histeropexia abdominal está indicada en las retroflexiones adherentes ó con complicaciones anexiales. Ha dado ya sus pruebas, en tanto que las operaciones que parecen pueden sustituirla (particularmente la inclusión parietal de los ligamentos redondos) son todavía demasiado recientes para demostrar su bondad.

7.<sup>a</sup> La histeropexia vaginal sólo debe practicarse, y será preferible á la abdominal y al acortamiento de los ligamentos redondos, cuando la enferma esté próxima á la menopausia.

8.<sup>a</sup> Las tres clases de intervenciones están á la misma altura en cuanto á gravedad operatoria, existiendo cierta ventaja en favor de la operación de Alexander.

9.<sup>a</sup> En cuanto á facilidad técnica, es más fácil la histeropexia abdominal, ocupa el segundo lugar la vaginal, y es la más difícil la de Alquié-Alexander.

10.<sup>a</sup> La histeropexia abdominal permite practicar operaciones conservadoras sobre los anexos, que deben en estos casos hacerse siempre que sean posibles y la enferma esté en su período de actividad genital.

---

## DISLOCACIONES DEL ÚTERO

El útero se aparta de su sitio normal con cierta frecuencia, sufriendo verdaderas dislocaciones en diferentes sentidos. Unas veces se encuentra en ante-posición ó retro-posición, otras en látero-posición. En ocasiones está más alto que en estado normal, y más frecuentemente se disloca hacia abajo, descendiendo más ó menos, y ofreciendo los distintos grados de prolapso ó descenso del útero. Por regla general estas dislocaciones son mixtas, y podemos encontrar una ante-posición con elevación ó una retro-posición con descenso. Aunque

muy raramente, puede el útero, ocupando su sitio y conservando su forma, presentar una rotación sobre su eje, produciendo una verdadera torsión de sus medios de fijación ligamento-vaginales.

Aparte del prolapso del útero, ninguna de estas dislocaciones constituye de por sí entidad nosológica, porque son siempre debidas á otras afecciones que ocasionan la dislocación, quedando ésta reducida á la categoría de síntoma; aun los prolapsos, algunas veces no son más que un síntoma de la enfermedad productora.

Los tumores pélvicos de todas clases suelen producir las dislocaciones del útero; así vemos que los tumores retro-uterinos, sean de la clase que sean, empujan y dislocan el útero hacia adelante contra el pubis, imprimiéndole á la vez frecuentemente un movimiento de elevación.

Los tumores que se encuentran en la mitad anterior de la pelvis y comprimen la pared uterina anterior, le colocan en retroposición haciéndole descender generalmente; por rareza, cuando crecen en el espacio útero-vesical, le llevan hacia atrás y arriba.

Los tumores intra-ligamentosos y algunos anexiales producen con cierta frecuencia látero-posiciones, más ó menos exageradas, combinadas con elevaciones que llevan á veces el útero hasta la fosa ilíaca ó descensos que le hacen fácilmente acequible desde la vulva.

Los procesos flogísticos pelvianos que ocasionan exudados y adherencias consecutivas pueden, al retraerse éstas, arrastrar el útero en distintas direcciones; los procesos retráctiles del parametrio hacen otro tanto. La elevación del útero suele tener su origen en adherencias retraídas ó en tumores que, pasando de la pelvis á la cavidad abdominal, arrastran el útero en su movimiento de ascensión.

La rotación del útero es también debida á bridas que tuercen su pedículo vaginal y los ligamentos anchos, pero más á menudo ocasionan mecánicamente esta torsión las neoplasias.

Los tumores intra-pélvicos ó abdominales con prolongaciones pelvianas, pueden empujar el útero hacia los genitales externos y ocasionar prolapsos más ó menos acentuados que pueden desaparecer una vez separada la causa que los origina.

Todas estas dislocaciones carecen de entidad clínica, aunque á veces comunican carácter á la dolencia que los ocasiona. Su característica son los trastornos menstruales con dismenorreas y metrorragias, y á veces verdaderas metrorragias debidas á los trastornos mecánicos que ocasiona la dislocación, y además á la congestión del órgano producida por dificultades circulatorias, hijas en parte de la dislocación en sí y en parte de las compresiones producidas por la tumoración ocasional. Las torsiones y las grandes dislocaciones laterales por tumores intra-ligamentosos pueden ir acompañadas de metrorragias persistentes por compresión de los plexos venosos.

El pronóstico y el tratamiento de estas dislocaciones se confunde con el de la enfermedad productora, de la que son sólo un epifenómeno; únicamente el descenso ó prolapso del útero y la inversión constituyen verdadera entidad clínica.

## PROLAPSO DEL ÚTERO

**Etiología y patogenia.** — Conocido también con los nombres de descenso, ptosis-uterina, hernia útero-vaginal: es afección bastante frecuente y que puede presentarse bajo distintos aspectos.

Para comprender la etiología y patogenia del prolapso del útero debe recordarse en qué condiciones se sostiene la estática del suelo pelviano y de qué manera el útero representa su papel como órgano que obstruye, por decirlo así, la abertura pelviana inferior (1).

El prolapso uterino se presenta bajo distintos aspectos, y de aquí que su etiología y patogenia sea muy variada. Puede dividirse por su origen en primitivo, ó prolapso propiamente tal, y consecutivo ó secundario.

El *prolapso primitivo* es el descenso más ó menos acentuado del órgano en sentido vertical, pudiendo llegar á salir fuera de la vulva sin otra causa determinante que la presión intra-abdominal.

Recuérdese que los ligamentos del útero (redondos, anchos y útero sacros), más que ligamentos suspensorios ó de sostén del órgano dentro la pelvis, son medios para mantener el útero inclinado en su anteversión normal para que reciba el órgano la presión intestinal sobre su cara posterior y así descansar sobre la pared vaginal anterior y sobre el periné.

El plano de resistencia del suelo pelviano está constituido por el elevador del ano y el segmento sacro fibre-muscular, cuyo principal componente es el periné. El ángulo que forma el eje uterino con el vaginal y el de éste con el plano perineal se cierran con la presión visceral y obturan el suelo pelviano.

Las alteraciones en la dirección de estos ejes y la relajación de los medios contentivos, son la causa inmediata de los prolapsos del útero.

La situación relativa de los ejes uterino, vaginal y horizontal, se altera de dos maneras distintas: una congénita y otra accidental.

La inclinación de la pelvis varía en las distintas mujeres, de lo que resulta que la abertura vulvar está orientada más ó menos hacia delante. El eje de la vagina está, por tanto, más ó menos inclinado sobre el plano horizontal, y cuanto menos inclinado esté, como ocurre en las mujeres cuya vulva mira más hacia abajo, menos agudos resultan los ángulos que forma con el eje uterino y con el horizonte, y por tanto se cierran con menos facilidad, y su yuxtaposición desempeña mal las funciones de válvula obturatriz; cuanto más se aproxime el eje de la vagina á la vertical, más fácilmente el útero y el conducto vaginal formarán hernia ó prolapso hacia abajo. Esta circunstancia, con otras que luego enumeraré, contribuye á formar la predisposición individual para el prolapso del útero, que tan evidente es y que admiten casi todos los autores (Dole-riis, Pozzi, Richelot, Veit, etc.).

Sin duda, una de las circunstancias que más destruye esta disposición de los ejes y ángulos útero-vagino-perineales es la retro-desviación del útero.

(1) Véase tomo I, págs. 25 y 34.

Colocado el útero en retroversión ó retroflexión por relajación de sus ligamentos pélvicos, queda destruído el ángulo que forma el eje uterino con el vaginal, y el útero, en vez de contribuir á formar la válvula obturatriz, colocado en la misma dirección del eje vaginal, obra como cuña separando y dilatando sus paredes y enfilando en su dirección por la acción continua de la presión intra-abdominal. La retrodesviación es casi el preludio obligado del prolapso del útero y á poco que acompañen otras circunstancias abonadas, se observa cómo el prolapso sigue de cerca á la desviación posterior.

La relajación de los medios de sostén del suelo pelviano es un complemento patogénico que facilita mucho el desarrollo del prolapso. De un lado permite la desviación posterior del útero, y de otro las valvas del suelo perineal no se sostienen mutuamente como en estado fisiológico. Además, tal relajación comprende todos los tejidos que sirven para mantener la unión de los diferentes elementos constitutivos de la arquitectura pélvica; el tejido conjuntivo periuterino, peri-vesical y peri-vaginal se hace más laxo y permite una mayor movilidad de estos órganos.

Las causas que producen la relajación de los medios de sostén son debidas á una predisposición individual, al parto y á la edad.

La predisposición individual depende de un estado general no bien definido, que produce tendencia á la relajación y á las distintas ptosis. Doleris insiste acerca este particular, y Richelot atribuye el fenómeno al artritismo. Es evidente que en ciertas mujeres se presenta mayor tendencia á la disminución de la rigidez de los elementos anatómicos, y que en general recae este fenómeno en mujeres que presentan el sello neuro-artrítico. Entre las numerosas observaciones que pueden recogerse en la práctica, recuerdo una de tres hermanas, todas solteras, y afectas, en edades muy tempranas, de grandes prolapsos: todas ellas son manifiestamente artríticas. Toda causa que produzca fenómenos hipotróficos tiene tendencia á producir esa relajación, y así se observa cómo algunas veces se inicia el comienzo de un prolapso después de largas afecciones febriles ó en el curso de enfermedades consuntivas.

El parto, con todos los fenómenos que le preceden y siguen, es, sin ningún género de duda, la causa que más fácilmente produce la relajación de todos los medios de sostén pelviana; á veces no se limita su acción á la distensión y relajación consecutiva, sino que obra más directamente desgarrando el periné ó el elevador del ano; es raro que las grandes múltiparas no presenten cierto grado de prolapso, y desde luego la afección es mucho más frecuente en éstas que en las nullíparas.

La edad produce efectos marcados para el desarrollo del prolapso. Cuando sobreviene la menopausia, todos los elementos constitutivos del aparato genital sufren los efectos de la regresión senil de que éste es objeto, y la falta de tonicidad invade todos sus componentes. Por eso el prolapso se hace más frecuente con la edad, y esta frecuencia va aumentando á medida que la vejez adelanta, siendo ésta la época de la vida más propicia para los prolapsos genitales.

Cuando todas estas circunstancias han preparado el aparato genital para que pueda sobrevenir el prolapso, éste aparece algunas veces lentamente y sin que al parecer exista causa determinante; otras veces se inicia después de un parto; ora comienzan los primeros síntomas después de un período de cansan-

cio, ora á consecuencia de un esfuerzo violento la mujer experimenta por primera vez las molestias de una útero-ptosis. La costumbre de retener largo tiempo la orina inclinando el útero hacia atrás, las profesiones que exigen grandes fatigas ó largas horas de permanencia en pie, son otras tantas circunstancias que favorecen el descenso primitivo del órgano.

El útero desciende lentamente y se aproxima á la vulva arrastrando la pared vaginal, que sufre así una verdadera inversión, pero precediendo el prolapso del útero al de las paredes y obrando como elemento activo; en las múltiparas, el útero, empujado constantemente por la presión abdominal, sale fácilmente fuera de la vulva; si se trata de una nullípara, es más tardía su salida, porque antes debe dilatar la vulva, que opone cierta resistencia á la salida del órgano; si se trata de una virgen, la resistencia es mayor, pero acaba al fin por ceder.

Así se comprende que, dejando de lado los pocos casos de prolapso congénito que se citan, es una afección que se presenta en cualquiera época de la vida, pero que su frecuencia va en aumento desde la pubertad hasta la vejez. Rara á los quince años, más frecuente á los veinte, va acentuándose su aparición á medida que con los partos sucesivos y la edad se acumulan mayores elementos para su evolución.

Sin embargo, el prolapso primitivo típico, en el que el descenso del útero es el fenómeno primordial y los demás son secundarios, no es el más frecuente. Unas veces es un cistocele que, tirando de la inserción vaginal del cuello del útero, á la vez que arrastra el órgano, lo coloca en retroposición que hace más fácil su descenso. Otras es un colpocele posterior que obra de igual manera. En ocasiones es una hipertrofia del cuello que abre el intersticio de las valvas del suelo pelviano y favorece el descenso ó lo simula; otras el hocico de tenca asoma á la vulva ó sale fuera porque el cuello se estira y alarga por la acción del colpocele. A veces sale fuera de la vulva un útero empujado desde la pelvis por tumor que le comprime y obliga á salir.

No es raro el siguiente mecanismo: uno ó varios partos anteriores dejaron un desgarró ó una gran relajación del cuerpo perineal; el elevador del ano quedó por igual motivo laxo ó desgarrado en parte de las fibras que forman su hendidura ántero-posterior. El segmento pubiano desciende lentamente porque el elevador del ano no opone resistencia y no encuentra el apoyo del periné; la uretra, la pared vaginal anterior y el bajo fondo vesical descienden y forman prominencia en la parte anterior de la vulva; el útero empieza á descender, y detrás del segmento pubiano llega hasta la vulva y con aquél sale fuera de la misma arrastrando la pared vaginal posterior. Muchas veces podremos observar que un prolapso acentuado se reduce entrando primero la pared vaginal posterior, luego el útero y, finalmente, la pared vaginal anterior con la vejiga y la uretra; si, ya reducido, hacemos toser á la enferma, observaremos cómo aparecen sucesivamente al través de la vulva las paredes uretro-vaginal, vésico-vaginal, el útero y la pared vaginal posterior.

Muchas veces la patogenia del prolapso es mixta y contribuyen á ella, de un lado, el descenso primitivo del órgano, y de otro, el descenso de las paredes vaginales y aun á veces la hipertrofia del cuello. En los prolapsos de las grandes múltiparas suelen observarse estas formas complejas por su origen, pues

en ellas existen el mayor número de circunstancias para el desarrollo del prolapso. En cambio, en las nullíparas jóvenes, afectas de ptosis útero-genital, pueden observarse formas más aisladas y típicas.

Cuando el prolapso alcanza cierto desarrollo, casi siempre encontramos distintos componentes en su constitución que hacen de él una afección compleja, y justifican que Hart deseche la denominación de *prolapso* para proponer la de *hernia*.

**Anatomía patológica.**—En el prolapso típico del útero todo queda reducido á un cambio de situación del órgano y cambios consiguientes de relaciones.



FIG. 97

*Prolapso total con retroflexión.*

Según que el órgano descienda más ó menos hacia abajo, pueden distinguirse tres grados: 1.º, cuando el útero llega hasta la vulva sin salir al exterior; 2.º, cuando sale en parte fuera de la vulva, pero el fondo del órgano queda aún dentro de los genitales; 3.º, cuando todo el órgano sale fuera de los genitales arrastrando la vagina, que se encuentra en inversión.

En el prolapso de primero y segundo grados no hay grandes cambios de relaciones: el útero está en retrodesviación, el hocico de tenca aparece á la vista si se entreabre la vulva, ó sale al exterior; á su alrededor forma la vagina un fondo de saco circular, y en la excavación descienden las asas intestinales, que continúan empujando el órgano.

Los grandes cambios se encuentran en el prolapso de tercer grado: la vagina, completamente invertida, forma un saco hacia afuera, dentro del que se encuentra el útero generalmente en retroflexión (fig. 97), y más raras veces en anteflexión (fig. 98), pues el órgano, una vez prolapsado, puede colocarse en una ú otra forma. La vagina invertida arrastra en su descenso la vejiga, que está también en prolapso, pero siguiendo al útero y no precediéndole, como cuando el cistocele es la causa del prolapso; el recto es también arrastrado en su pared anterior en forma que, por delante y detrás del prolapso, se encuentran la vejiga y el recto formando parte del mismo. Los anexos son arrastrados hacia este embudo, y con ellos no es raro observar que cierta cantidad de asas intestinales penetra también en este verdadero saco herniario (fig. 99).

Aunque muchos autores franceses, como Pozzi, Legueu, Richelot y otros, conceden poca importancia y consideran como una rareza el prolapso típico del

útero, que Huguier confundió con la hipertrofia del cuello, es lo cierto que dicha lesión existe con cierta frecuencia en la forma que acabo de indicar.

Al analizar los elementos constitutivos de un prolapso encontramos muchas veces que la útero-ptosis es secundaria y que el prolapso viene representado por lesiones ya conocidas é independientes del prolapso. Los estudios de Huguier han recibido en la práctica confirmación completa: algunos casos considerados como prolapso no son más que hipertrofias del cuello en algunas



FIG. 98

*Prolapso total con anteflexión (SCHAUTA).*

de sus porciones; el fondo del órgano ocupa su sitio, en tanto que el cuello sale por la vulva (fig. 100). Otras veces el cuello asoma á la vulva detrás de un enorme cistocele, que por tracción lo ha hecho descender, produciendo un alargamiento del cuello sin que el cuerpo del útero abandone su situación; se demuestra esta acción del cistocele en aquellos casos en que el estiramiento queda limitado al labio anterior del cuello. El colpocele posterior ofrece igual fenómeno, y en todos estos casos las lesiones son debidas, más que al prolapso, que en rigor no existe, á las tres afecciones que lo simulan (fig. 101).

Frecuentemente acompañan al prolapso lesiones del útero: la metritis es muy frecuente, particularmente la cervicitis, que, si no existe, se desarrolla fácilmente por las condiciones favorables que para ello ofrece el útero en pro-

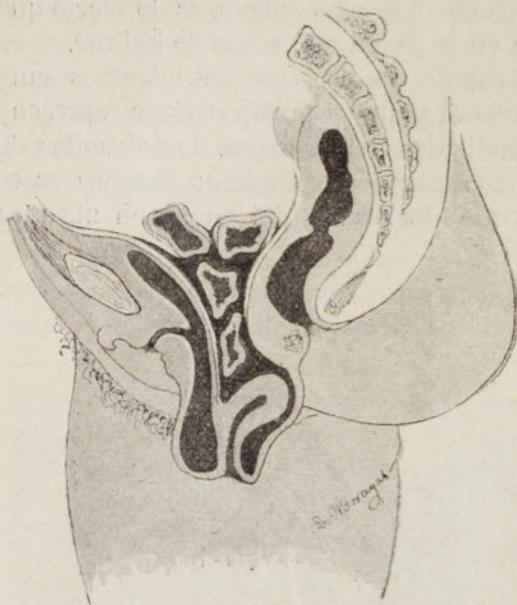


FIG. 99

*Prolapso total con cistocele, retroflexión y enteroptosis.*

mas se diagnostican: la sensación de un cuerpo extraño que aparece ó sale por la vulva, no suele engañarlas, aparte de que cuando el prolapso sale al exterior se convencen fácilmente de la realidad del fenómeno. Sin embargo, no es raro ver enfermas que sin prolapso ninguno tienen todas las sensaciones del mismo, y acuden al ginecólogo creyendo sufrir una ptosis genital; el examen revela tan sólo una vulvo-vaginitis que produce una sensación de peso y de cuerpo extraño muy acentuada. A esto quedan reducidas las molestias que experimenta la enferma, que se hacen más intensas á medida que el prolapso se acentúa. No es raro experimenten una sensación de vacío doloroso hacia la región umbilical.

Cuando llega á sus últimos grados la sensación de peso y cuerpo extraño, llega á producir dificultades de la deambulacion,

lapso. A veces se encuentran nódulos miomatosos. Las lesiones de los anexos y del peritoneo pelviano son muy raras, pues casi son incompatibles con el prolapso, porque con dichas enfermedades coexisten casi siempre adherencias y retracciones que fijan el órgano dentro de la pelvis ó impiden su descenso; si alguna vez existen, seguramente será coincidiendo con un falso prolapso simulado por una hipertrofia del cuello en la que el cuerpo del útero queda retenido dentro de la pelvis. Las neoplasias de los anexos no sólo pueden coexistir, sino que algunas veces son causa de prolapso.

#### **Síntomas y diagnóstico.**—

Generalmente las mismas enfer-

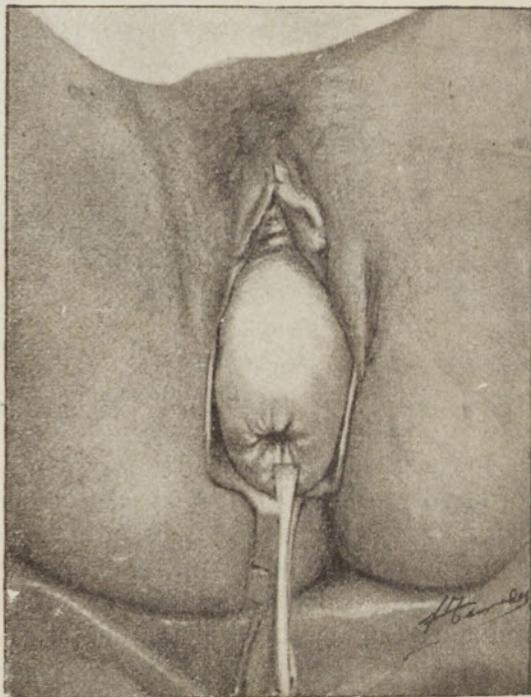


FIG. 100

*Prolapso con gran hipertrofia de la porción media del cuello y cistocele consecutivo.*

que vienen aumentadas por otros síntomas que no dependen directamente del prolapso.

Si la enferma se encuentra en período de actividad genital, la menstruación puede estar aumentada en cantidad y frecuencia en las formas adelantadas, pero en las demás apenas sufre alteración. No acostumbra á existir dismenorrea ni esterilidad. Cuando ciertas complicaciones se juntan con el prolapso, como metritis, ulceraciones y cistitis, se presentan los síntomas propios de estas dolencias.

El diagnóstico es fácil mediante una buena exploración, y debe abarcar varios extremos. Lo primero que debe hacerse es cerciorarse de que el prolapso existe, para lo cual basta la inspección de los genitales; si nada aparece en la vulva ni entreabriendo los labios, se hace toser á la enferma y se observa la ptosis existente; á veces no aparece si la enferma lleva un largo reposo, pues hay prolapsos que se reducen y tan sólo estando de pie largo rato reaparecen.

Confirmada la existencia de un prolapso, debe procederse á diagnosticar la clase del mismo y las circunstancias que le acompañan. La inspección y el tacto nos harán ver fácilmente si existe cistocele ó rectocele y si son primitivos ó consecutivos al prolapso del útero; cuando éste es primitivo, el tumor formado por el prolapso es piriforme, y en el vértice aparece el hocico de tenca normal ó alterado. Cuando ha sido precedido por cistocele ó rectocele, el cuello se presenta hacia atrás ó hacia adelante ó bien entre los dos tumores formados por ambos colpoceles.

El examen del periné, demostrándonos su relajación ó su desgarró, nos pondrá de manifiesto una circunstancia muy importante para el tratamiento.

El histerómetro nos permitirá conocer el grado de hipertrofia ó de elongación del cuello. En el prolapso típico el histerómetro penetra tan sólo siete centímetros; cuando el cuello está alargado, puede penetrar diez, doce y más. Cogiendo entre dos dedos el cuello hacia su parte alta, nos demostrarán si se trata de una simple elongación ó de una verdadera hipertrofia del cuello, encontrando en el primer caso el cuello reducido á un cordón, y en el segundo engrosado y duro.

El tacto vaginal ó rectal y el histerómetro nos permitirán comprobar si existe retroflexión y la importancia de la misma.

Un buen diagnóstico de prolapso del útero debe ir seguido de los detalles que al mismo concurren; raras veces podremos decir, por ejemplo: *prolapso simple de tercer grado*, sino que unas veces el diagnóstico será *prolapso con*



FIG. 101

*Prolapso total con cistocele, rectocele é hipertrofia de la porción supra-vaginal.*

*desgarro del periné y cistocele*, caso bastante frecuente; otras *prolapso con desgarro del periné, cistocele y elongación del cuello*; podrá simplemente tratarse de un *prolapso típico con retroflexión*, ó bien de un *falso prolapso por hipertrofia de la porción supravaginal*: si se trata de una múltipara, puede el diagnóstico ser de *prolapso simple con desgarro del periné y del cuello*, ó bien *prolapso con retroflexión, desgarro del cuello y relajación vulvo-perineal*, etc. Se comprende que los diferentes elementos constitutivos del prolapso pueden combinarse de muchas maneras; de aquí la necesidad de un análisis detenido, pues según sean las condiciones del caso, así varían las indicaciones á que puede dar lugar.

Apenas cabe confusión con ninguna otra enfermedad; la existencia del hocico de tenca en uno ú otro sitio del tumor no permite la confusión con ninguna de las enfermedades que pueden ofrecer una tumoración extra-vulvar (quistes, pólipos y fibromas, vulvo-vaginales).

**Curso, complicaciones y pronóstico.** — La enfermedad es esencialmente crónica y progresiva.

No faltan casos de prolapso temporario, en los que si aparece la útero-ptosis, persiste cierto tiempo para desaparecer definitivamente; por lo común ocurre esto después del parto, en los primeros tiempos que siguen al puerperio, en que los medios de sostén y de fijeza del útero no han adquirido todavía el vigor que perdieron durante el embarazo y el parto; pero que á medida que la enferma se nutre y con el ejercicio recobran todos los tejidos pélvicos el tono perdido, el útero vuelve á ocupar su sitio y el prolapso desaparece. Algunas veces se ve desaparecer un prolapso que se presentó en la convalecencia de una larga enfermedad febril, por análogo mecanismo al del caso anterior.

Aparte de estos casos, que podríamos llamar de prolapso *temporario ó pasajero*, tanto si se trata de una nullípara joven (y el hecho no es tan raro que merezca se cuenten las observaciones), de una múltipara ó de una ultramenopáusica, el prolapso que llega á ser de primer grado, lentamente alcanza el segundo, y luego, con más ó menos rapidez, se convierte en prolapso total.

En la mayoría de casos podríamos decir que la enfermedad es diurna, pues espontáneamente unas veces, ó por maniobras que practican las mismas enfermas otras, durante la noche queda el prolapso reducido para reaparecer en cuanto la enferma se pone de pie. Este hecho demuestra la influencia que ciertas profesiones, que obligan á la enferma á permanecer en bipedestación largas horas, habrá de tener en el curso del prolapso del útero; realmente se ve que las grandes ptosis recaen más fácilmente en las mujeres que llevan una vida trabajosa que en las que disfrutaban de una posición desahogada.

Existe en algunos casos tal tendencia al prolapso, que no se reduce de noche ni estando la mujer sentada, aunque por lo común no resulta difícil su reducción con una buena taxis. Sin embargo, se observa alguna vez un prolapso atascado, y que no es posible reducir sin un tratamiento previo; generalmente ocurre el hecho en mujeres jóvenes, en las que por un esfuerzo ó fatiga excesiva sobreviene un prolapso que podemos llamar agudo; el útero, fuera de

la vulva, se ingurgita; los tejidos vaginales y perivaginales se ponen edematosos y no pueden entrar otra vez por la vulva, que en estos casos ofrece poca relajación.

Una vez desarrollado el prolapso no muestra ninguna tendencia á la curación espontánea, por el contrario, se va pronunciando cada vez más. Tan sólo cuando sobreviene la concepción se observa que á medida que ésta avanza el útero es retenido dentro de la pelvis y luego elevado cuando el volumen de éste le obliga á hacerse abdominal; así desaparece el prolapso durante el embarazo, pero generalmente para reaparecer después del puerperio, por lo común algo más acentuado que antes.

Alguna vez se presenta la curación espontánea de un prolapso de una manera definitiva cuando sobrevienen flogosis pelvianas algo intensas; la enferma guarda cama durante una serie de días y el órgano permanece reducido; gracias á los exudados peri-uterinos, en el tejido celular y peritoneo-pelvianos, adquiere adherencias y queda fijo dentro de la pelvis; algún autor ha pretendido imitar este mecanismo curativo con las inyecciones de quinina en el tejido celular paramétrico.

Cuando sobreviene una neoplasia maligna del cuello, al ser invadidos los ligamentos anchos ocurre un fenómeno igual y el útero queda retenido; por eso

es tan rara la coexistencia del prolapso con el epiteloma del cuello, y cuando se encuentra, éste se halla seguramente en sus primeros períodos.

El prolapso acentuado expone á algunas complicaciones muy molestas. Las úlceras, que se presentan tan á menudo en los grandes prolapsos, son producidas por el roce continuado de las partes prolapsadas que tienen escasa vitalidad por la distensión de que son asiento. Estas úlceras se encuentran al nivel del cuello ó en cualquier sitio de la pared vaginal: son únicas ó múltiples y afectan formas muy variables, ocupando extensiones distintas; sus bordes parecen cortados con bisturí y llegan á destruir todo el dermis mucoso, presentando una superficie grisácea que sangra fácilmente; son sumamente rebeldes (fig. 102).

Aparte de la metritis crónica que puede coexistir ó sobrevenir á consecuencia de la útero-ptosis, no es raro observar una metritis cervical aguda que se presenta con edema de la porción vaginal del cuello, hiperemia pronunciada y gran leucorrea, por lo común sanguinolenta; si no fuese por la difusión de las

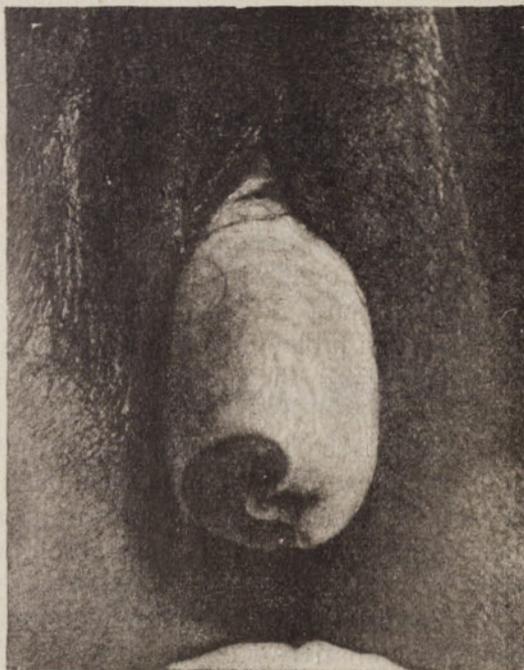


FIG. 102

*Prolapso con ulceración alrededor del cuello.*

lesiones y carácter agudo de las mismas, se confundiría fácilmente con una neoplasia maligna; estas complicaciones suelen alarmar á las enfermas que desde tiempo vienen padeciendo de prolapso y que lo desatienden hasta que sobreviene alguno de estos accidentes.

Las complicaciones por parte de la orina son frecuentísimas, y se comprende por la existencia del cistocele primitivo ó consecutivo. Así la micción incompleta, la disuria y los fenómenos de cistitis existen casi siempre.

Aparte todos estos fenómenos, existen grandes diferencias individuales en la manera de tolerar un prolapso. Hay enferma que con un pequeño prolapso que apenas abulta como un huevo de gallina, está convertida en una inválida sin apenas poder andar y moverse, y otra que con un prolapso mayor que una cabeza de feto, apenas acusa otros sufrimientos que las molestias mecánicas de un cuerpo extraño. Recayendo muchos prolapsos en enfermas neuro-artríticas, se comprende la gran variabilidad que existirá respecto á tolerancia para esta afección. Con todo, la nota general es que el prolapso del útero abandonado llega á producir serios trastornos por conducir á la mujer á una inactividad perjudicial ó á sufrimientos continuos, si la enferma no puede atenderse debidamente.

Claro está que la intolerancia es relativa, y tardará más en presentarse en una enferma cuya posición social le permita sacrificar gran parte de su vida al cuidado de su prolapso, que en aquella que las necesidades del trabajo la obliguen á prescindir de sus incomodidades, en tanto éstas son compatibles con sus ocupaciones.

El pronóstico de la dolencia no es, pues, nada halagüeño, ya que si bien es enfermedad compatible con la vida, dada su incurabilidad y las molestias que produce, ocasiona en las enfermas un estado que llega á ser insoportable; no suele encontrarse una tolerancia absoluta para esta dolencia.

**Tratamiento.** — Comprende distintos medios, de los que unos producen resultados paliativos y otros curativos.

Con el reposo y los medios ya conocidos pueden combatirse las ulceraciones y metritis que puedan existir; aunque estos medios no se dirigen directamente á combatir el prolapso, no dejan de producir en ciertas ocasiones notable alivio á las enfermas.

Contra el prolapso en sí, se ha propuesto, por Thure-Brandt, el masaje; en una excursión que hizo por algunas clínicas alemanas, logró de momento alcanzar cierta fama, pues los resultados obtenidos, aunque pasajeros, al principio parecieron buenos. Desde luego, sus más entusiastas partidarios declaran que en edades avanzadas y en los casos con desgarrros perineales, no tiene sus verdaderas indicaciones (1). Produciría sus efectos en las ptosis poco pronunciadas, y cuya característica es una relajación congénita del suelo pelvi-perineal y una retro-desviación del útero. Realmente, el masaje se dirige á combatir uno de los elementos patogénicos del prolapso; pero como las causas siguen obrando, aun en estos casos, parece que los efectos son pasajeros, y los que lo han ensayado y obtenido resultados (2) circunscriben sus indicaciones y su acción á casos

(1) PROCHOWNICH: *Le masage en Gynecologie*, 1892, págo, 183 á 234.

(2) KUSTNER: *Enciclopedia de Ginecología*, tomo I, pág. 194.

muy especiales que constituyen una inmensa minoría. Según Kustner, sólo produce resultados permanentes en los prolapsos incipientes que tienen su origen en una retro-versio-flexión, hija de una perimetritis antigua que dejó adherencias; el masaje, destruyendo estas adherencias, corrige la causa inicial del prolapso. Sea por la escasez de casos en que tiene verdadera indicación, sea por los resultados dudosos que produce, ó por lo enojosas que son las prácticas necesarias para lograr beneficios positivos, lo cierto es que el método no se ha generalizado, aunque se le reconozcan por todo el mundo ciertas ventajas en casos determinados y concretos.

Un medio muy en boga para el tratamiento de la útero-ptosis es el empleo de pesarios para mantener la reducción del prolapso. Esta, por lo general, no ofrece dificultades: se comienza por reducir la pared posterior, luego el útero, y en seguida la pared anterior; tan sólo en los casos de atascamiento será difícil, pero con el reposo en la cama y otros medios apropiados disminuye el volumen de los órganos prolapsados y la reducción se hace fácil.

Son innumerables los pesarios que se han recomendado para mantener reducido el prolapso; muchos de ellos son más perjudiciales que beneficiosos, y después de aguzar mucho el ingenio, resulta que, cuando el suelo vulvo-perineal tie-

ne todavía consistencia para mantener un pesario, el mejor es el circular de grandor apropiado; la substancia preferible es la ebonita ó el aluminio. Reducido el prolapso, se introduce el pesario de manera que el cuello del útero venga dentro la circunferencia del pesario; éste se apoya en el pubis, en el elevador del ano y ramas isquio-pubianas, y hacia atrás, en el sacro, y mantiene el órgano reducido con bastante facilidad; si se quiere un pesario más adecuado, puede substituirse por el de Schultze, en forma de trineo, que, dada su forma especial (fig. 103), corrige mejor la retroflexión que el pesario circular; cuando existe cistocele, ambos pesarios suelen resbalar y caer por faltarles su punto de apoyo anterior, y entonces debe recurrirse á modelos más grandes que ejercen fuertes compresiones y pueden, por tanto, producir graves accidentes; es preferible en este caso recurrir á los llamados histeróforos, de los que quizás el más beneficioso es el de Borgnet (fig. 104), consistente en un tope de distinto tamaño y de caucho blando, montado en un tallo sostenido por un vendaje ántero-posterior apoyado á la cintura; la enferma misma se lo quita y pone cada día, lo que es una ventaja por la limpieza que exige; pero tiene el inconveniente de ser caro, de tenerse que renovar con frecuencia y no ser práctico para las mujeres que tienen que hacer trabajos corporales; es útil tan sólo para las enfermas de posición desahogada, que son las que menos lo necesitan. Los histeróforos de Cuffer, Scanzoni, Courty, no me parecen tan ventajosos como el de Borgnet.

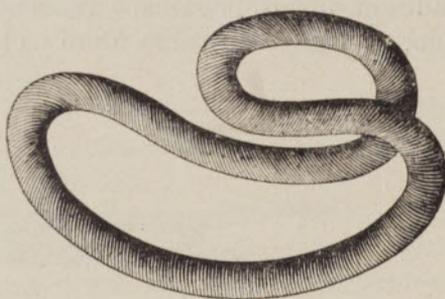


FIG. 103

*Pesario de Schultze en forma de trineo.*