

En las formas crónicas el asunto resulta más complicado, porque unas veces se necesitan raspados mientras que otras, éstos se hallan excluidos por una formal contraindicación. Puede establecerse como regla general que en una afección flogística crónica del tejido celular peri-uterino ó del peritoneo pelviano ó de los anexos, hay contraindicación cuando existen colecciones purulentas, sanguíneas ó serosas. Es, pues, de suma importancia, cuanto se refiere á las contraindicaciones del raspado del útero, no porque la enferma muera caso de no cumplirlas, esto ocurre sólo en contados casos, sino porque su situación resulta empeorada.

Lección XXXIII

Tratamiento quirúrgico de la endometritis del cuerpo y del cuello.—Técnica de dichas intervenciones; resultados que producen, próximos y remotos.—Pronóstico de la intervención en cada caso.

La operación del raspado del útero es en extremo sencilla, aunque exige cierta atención en los detalles si se quiere que resulte eficaz. Preséntanse dos asuntos que resolver antes de proceder á la maniobra quirúrgica. El primero se refiere á la conveniencia de practicar la anestesia general y á la posibilidad de emprender la operación con sólo la anestesia local. Bueno es observar que por más que muchos prácticos afirman la posibilidad de realizar el acto operatorio sin anestesia general, todos la emplean cuando se hallan en el caso de practicar el raspado. Esto significa que, si bien la operación puede efectuarse sin anestesia general, se hace más fácilmente con este auxilio, porque la operación es dolorosa, gracias á la sensibilidad especial de la región. Esta sensibilidad hace que aparezcan accidentes si no se recurre á la anestesia general; tal sucede con el síncope, fenómeno que se presenta con facilidad en este caso. En ciertas mujeres la anestesia es de rigor, mientras que en ciertas otras poco impresionables y que no tienen prevenciones contra la operación, podremos prescindir de aquel medio auxiliar.

¿Puede aminorarse la sensibilidad con sólo la anestesia local? A esta pregunta responderemos negativamente, mientras no se trate de las inyecciones intersticiales de cocaína, pues esta substancia ejerce una acción superficial y nosotros operamos bastante profundamente. La anestesia local no tiene grandes aplicaciones, mientras que la general, si bien no siempre es de rigor, se recurre á ella la mayoría de veces.

Como para practicar el raspado deben introducirse en el útero ciertos instrumentos que no pasan por él, en estado normal, debe dilatarse el cuello del órgano. Esta precaución puede tomarse antes de operar ó en el momento mis-

mo de realizar la operación; por mi parte creo indiscutible la ventaja de una dilatación previa con laminaria. Fúndome para ello en diversas consideraciones: en primer lugar, aunque la aplicación de laminarias es algo dolorosa, la dilatación del cuello y cuerpo obliga á una gimnasia de las paredes del órgano beneficiosa para desengurgitarlo. Además esta dilatación prepara la cavidad del útero para la extirpación de su mucosa, tanto que al retirar la laminaria salen á veces grandes colgajos de la misma. Finalmente, con la dilatación previa evitamos los grandes traumatismos y no se rompen las fibras del útero, en cambio con la dilatación estemporánea mediante los dilatadores de Sims, ó bien con la dilatación cruenta echando mano del bisturí ó el metrotomo, corremos más peligros. Ninguna de las ventajas obtenidas con la acción lenta, puede obtenerse con la acción rápida y sólo recurriremos á esta última cuando haya una indicación de urgencia, una indicación vital. Por regla general, aplicando dos ó tres laminarias, una cada veinticuatro horas y preparada debidamente la enferma, la operación es por todo extremo sencilla.

El instrumental se compondrá de una valva de Sims, pinzas de garfios para coger el cuello del útero y hacerlo descender, y cucharillas para hacer el raspado. Uno de los ayudantes coge la valva, separa con ella la pared posterior de la vagina, y con la otra mano sostiene el cuello del útero por medio de la pinza de garfios y la hace descender. Puesto el órgano al descubierto, nos aseguramos de si la dilatación es suficiente; para acabarla de realizar tenemos los dilatadores de Hégar que introducimos hasta obtener la dilatación de un centímetro y medio. Una vez nos hemos asegurado de la dilatación completa, puede procederse al raspado, pero antes es muy conveniente practicar un lavado intrauterino con una sonda de doble corriente, vigilando siempre la salida de líquido por el cuello, para que no pase á las trompas llegando al peritoneo. Se registran casos de intoxicaciones mortales por este mecanismo, y para evitar tan enojosos percances, será bueno emplear líquidos que no puedan intoxicar; así recurriremos á la creolina, ácido salicílico y hasta agua simplemente esterilizada.

Para verificar la operación, nos valdremos de una cucharilla del modelo de Richelot, de Sims ó de Auvard, que todos son buenos con tal que el ginecólogo se haya habituado á manejarlas. El modelo de Richelot ofrece la ventaja de amoldarse á la cavidad del útero. Tómate con la mano derecha el instrumento y se introduce en la cavidad del útero; la cucharilla es cortante para arrastrar toda la mucosa. Comenzando por la cara anterior del útero se hace entrar y salir más ó menos, pero sin retirar la cucharilla del interior del útero y siguiendo todas sus paredes. De esta manera la mucosa ha de ser arrastrada y efectivamente al través del cuello se ven salir los colgajos de aquélla. Es necesario insistir en el paso de la cucharilla hasta tanto que los bordes de ésta rocen las paredes musculares; para ello tenemos un síntoma muy claro; mientras la cucharilla roza con mucosa no percibimos nada, como si tocáramos lana, pero tan

pronto como nos ponemos en contacto con los hacecillos musculares se oye un ruido especial, llamado por algunos *grito uterino*, que nos anuncia la necesidad de poner fin al raspado, pues de prolongar éste impediríamos la regeneración de la mucosa. Deben dejarse, pues, los fragmentos de ésta que existen en los fondos de saco glandulares y entre los hacecillos musculares, con el fin de hacer posible su regeneración. Existen en la cavidad del útero dos zonas en que la cucharilla penetra difícilmente y son los cuernos del órgano, por esto importa hacer uso de una cuchara de escasas dimensiones, que pueda penetrar en todos los puntos de la cavidad para reseguirla después de retirar la cucharilla mayor.

¿Es necesario emplear una cuchara que permita al mismo tiempo una irrigación continua? Seguramente que no, y hasta añadiré que enmascara algo la operación, pues saliendo mucha sangre en el acto de operar impide que vigilemos si el líquido antiséptico penetra por las trompas. La operación termina en uno ó dos minutos, pero después de aplicar la cucharilla no es bueno darla por concluida, es necesario limpiar la cavidad de los colgajos de mucosa, y para ello la lavaremos y desinfectaremos, valiéndonos principalmente de los escobillones de Doleris, empapados en glicerina creosotada y que se introducen en la cavidad uterina dándoles varias vueltas en ella, con lo cual penetran en todos los hoyos y hoquedades de la cavidad, dejándola limpia y aséptica. Aquí se limitan algunos, pero otros van más allá y practican una ligera cauterización, no faltando quien emplea una inyección intrauterina de algún líquido cáustico como el percloruro de hierro. No puedo menos de censurar este procedimiento, puesto que el raspado se hace precisamente para evitar las cauterizaciones que pueden destruir por completo la mucosa é impedir su regeneración; si hacemos una cauterización debe ser superficial para que no penetre en los recodos de las masas musculares donde hay los elementos que han de reproducir la mucosa. Empleéase un alambre cubierto de algodón en su extremo para cauterizar superficialmente. Si queremos combatir la hemorragia usaremos el percloruro de hierro; si se quiere obrar antisépticamente podemos emplear el ácido fénico alcoholizado. Los escobillones se pasarán primero que el aplicador, para desinfectar y limpiar previamente la cavidad.

A las maniobras antedichas queda reducida la técnica de la operación en los casos ordinarios; en ciertas formas de endometritis, como la sub-involutiva, en que el útero está muy aumentado de volumen, después de pasar el aplicador se efectúa el taponamiento intra uterino con gasa empapada en una solución antiséptica, como la glicerina creosotada; rellena la cavidad de gasa, se hace que ésta salga por el cuello para extraerla cuando convenga. Este tratamiento tiene por objeto estimular el útero, despertando sus contracciones y reduciendo su volumen.

Después de la operación, la enferma es trasladada á la cama, donde guardará reposo absoluto tres ó cuatro días, permaneciendo en su habitación tres ó cua-

tro días más; después puede permitírsele pasear un poco, y á las tres ó cuatro semanas de nuestra intervención puede volver á sus quehaceres habituales. Si se han observado bien las contraindicaciones, la enferma no debe experimentar molestia alguna después de la operación; no hay dolores agudos, ni nada que nos obligue á una medicación calmante; mucho más dolorosos son los días que preceden á la operación, al dilatarse gradualmente el cuello uterino; tampoco se presenta fiebre, á menos que no se haya operado con la debida asepsia. Únicamente cuando se ha practicado el taponamiento intra-uterino, la enferma siente algún dolor, el cual aparece al segundo ó tercer día y es beneficioso, pues demuestra que aparecen las contracciones uterinas, verdaderos cólicos uterinos que la enferma compara, aunque con menos violencia, á los dolores del parto. Después de estos dolores establécese la tolerancia, porque el taponamiento se expulsa por la vagina ó porque el útero se habitúa á él. Durante los primeros días, conviene no hacer nada, pero pasado algún tiempo están indicadas las irrigaciones vaginales para disminuir la congestión y mantener aséptica la región de la vagina. Interesa, sobre todo, evitar el cansancio, y por esto es absurda la práctica de permitir que vuelvan á su casa las enfermas acto seguido de la operación, pues todos los movimientos activos y pasivos pueden originar complicaciones que vale la pena de evitar. También debemos aconsejar que se abstengan de las relaciones sexuales durante las primeras semanas, pues caso de realizar un coito prematuro, pueden presentarse accidentes de gravedad.

No son de temer los accidentes operatorios; la hemorragia es casi de rigor, pero no debe asustarnos. También puede ocurrir la perforación del útero, sea porque ha transcurrido poco tiempo desde el último parto ó porque la misma metritis ha originado ciertas degeneraciones uterinas, ó porque existen neoplasias malignas. Todavía recuerdo un accidente que me ocurrió al practicar una histerectomía en una mujer afecta de nódulos fibrosos múltiples en el espesor del útero, y á la cual le había extraído ya un fibroma en época anterior; antes de practicar el raspado como operación preliminar, introduje la sonda uterina y me sorprendió ver que pasó toda ella con facilidad; creí al principio que me había equivocado, pero fuerza fué convencerme de que había ocurrido una perforación del útero. Ninguna importancia tenía en este caso, pues el órgano debía extirparse, y después de separado observé en su fondo una aberturita, sin importancia, pero suficiente para que los líquidos antisépticos hubiesen pasado por ella al peritoneo y determinado una peritonitis mortal. De todos modos, cuando el útero no está degenerado, como lo estaba en el caso citado, la perforación debe atribuirse á impericia del operador.

Si no pasan accidentes pueden ocurrir dificultades: una de ellas consiste en que el útero no baje hasta la vulva, no haciéndose asequible de este modo á nuestra intervención. Algunos han aconsejado hacer el raspado del útero sin hacerlo descender, pero, en mi concepto, el descenso es beneficioso.

El tratamiento quirúrgico de la endometritis del cuerpo ha tenido sus épo-

cas de boga y descrédito, ambas sin razón alguna, pues ni el raspado del útero es un remedio universal para los afectos genitales, ni merece las inculpaciones que se le han dirigido. Ha de tenerse en cuenta que la operación se ha mixtificado y se presta á ello; claro que la mejoría después de esta falsa intervención, es nula y que ésta expone á complicaciones desagradables. Puede suceder que se hagan erosiones en el cuello, se abran boquillas y allí puede entrar el moco procedente del cuerpo del útero, llevando la infección al tejido celular. El raspado debe preceder á toda intervención quirúrgica en el cuello del útero.

Una causa de descrédito de la operación ha sido el abuso que de ella se ha hecho; empleándola en casos en que estaba contraindicada se había llegado á efectuar en casos de salpingitis supuradas, con lo cual se abrían los abscesos y venían peritonitis, etc. Los resultados definitivos del raspado varían según la forma del mal; si ésta es la hemorrágica, son excelentes los efectos; pero, debiéndose las hemorragias á una tendencia del aparato genital á las congestiones, se comprende que en un 6 ú 8 por 100 de casos se presente recidiva. Si la endometritis reviste la forma leucorreica, los resultados no son tan brillantes, pues la enfermedad reaparece en un 12 ó 14 por 100, sobre todo si es de origen blenorragico. Se comprende que esto suceda, pues dejando, como dejamos, elementos anatómicos para la reintegración de la mucosa, en ellos pueden alojarse los microbios de la blenorragia, volviendo á aparecer más adelante con su virulencia atenuada; por esto los fracasos ascienden hasta un 15 por 100. Aparte de estas circunstancias, los resultados definitivos son perfectos; se restablece la menstruación, la fecundación no sufre, antes bien, en muchos casos se cura la esterilidad que la mujer venía padeciendo, y el embarazo y parto se realizan debidamente, gracias á las mejores condiciones de la nueva mucosa que se ha formado.

El tratamiento quirúrgico de la endometritis cervical representa un gran progreso en el tratamiento de las afecciones ginecológicas. Fúndase en que las lesiones residen principalmente en las glándulas de la mucosa y que éstas, siendo arracimadas, penetran profundamente en la capa muscular, á diferencia de las del cuerpo que quedan aisladas. Compréndese, pues, la ineficacia de muchos medios de tratamiento, incluso el raspado del cuello, pues, aunque extirpáramos la mucosa, siempre quedará gran parte de la misma en la capa muscular, que impedirá la resolución del mal. Por esta razón se recurre al *rastrillaje* de la mucosa del cuello como Vds. saben, que produce profundas sajas, interesando todas las glándulas. La extirpación de la mucosa del cuello, cuyas indicaciones se basan en la Anatomía Patológica de la dolencia y cuyas contraindicaciones son las mismas que para la endometritis del cuerpo, es la llamada operación de Schröder ó amputación anaplástica del cuello del útero. Puede ésta revestir diferentes formas en su técnica, según cuál sea la que adopte la enfermedad. Supondremos el caso más sencillo, una metritis cervical crónica en una mujer nullípara, cuyo cuello no está deformado; en cambio, la mucosa está hipertro-

fiada, hay gran hipersecreción, forma un rodete rojizo, pero conserva su forma anatómica; en este caso se realiza la amputación anaplástica en toda su pureza.

Es raro que habiendo metritis cervical no haya al mismo tiempo metritis del cuerpo, por esto el primer acto de la operación ha de consistir en un raspado del útero, dejando después limpio y aséptico el interior de este órgano. El instrumental que elegiremos se compondrá del spéculum de Fritz, que abre la vulva, separa los labios mayores y menores y permite un descenso casi total del útero. Cuando tenemos el útero en esta posición, sustituimos la pinza que sujeta el labio anterior del útero con otra que sostiene el posterior y mantiene el útero en la vulva. Tómanse luego las tijeras y se abre el cuello por cada lado, practicando un corte limpio desde el hocico de tenca al fondo de saco vaginal; con esto queda el cuello abierto en dos mitades, una anterior y otra posterior; esta última es la que queda engarzada en la pinza y sujeta el útero. Sepáranse luego las dos valvas del cuello y por medio del bisturí se traza una incisión alrededor del hocico de tenca que parta el cuello en dos mitades, superior é inferior. La incisión penetrará profundamente hasta unos 2 centímetros, comprendiendo toda la mucosa que queda extirpada. Procédese después á la reconstitución anaplástica del cuello; por medio de una aguja curva se pasan los puntos de sutura desde el conducto cervical á la porción vaginal por el espesor del cuello, aplicando primero un punto en la parte central ó media. Anúdase en seguida dicho punto, y de esta manera se renversa la parte vaginal del cuello, las mucosas se unen y las superficies cruentas se ponen en contacto. Se aplican en seguida otros dos puntos en el labio anterior á cada lado del primero, con lo cual reconstituimos dicho labio: retíranse las pinzas del labio posterior, pues los puntos de sutura del labio anterior sostienen el útero y entonces repetimos la operación en el labio posterior. Realízase un corte que se lleva profundamente hasta extirpar toda la parte de mucosa que nos conviene y se aplican los correspondientes puntos de sutura. Para favorecer la cicatrización practicamos dos puntos de sutura á cada lado del cuello que deben reunir la parte profunda de las incisiones laterales que hemos practicado al principio.

Durante este acto quirúrgico existe hemorragia, á veces bastante regular, pero que debe despreciarse, pues en cuanto se aprietan los puntos de sutura, cede espontáneamente y de un modo absoluto. Los puntos de sutura pueden hacerse con plata, seda ó catgut; las dos primeras sustancias ofrecen el inconveniente de tener que quitarlas después; en cambio, el catgut, como se reabsorbe, no hemos de preocuparnos en extraerlo. La operación ofrece muchas variantes sin importancia; de un modo especial queda reducida á lo que dejamos dicho.

No siempre se presenta el cuello de una manera tan sencilla; al hablar de la metritis cervical ya dijimos que podía ser simple y complicada esta última cuando la mujer es multipara y hay desgarró del cuello. A veces toda la lesión depende de este desgarró, como también los síntomas. Para obviar á esta complicación, ya Emmet había ideado la *traquelorrafia*, que hoy se emplea en con-

tados casos. Emmet había notado que muchas enfermas que venían aquejadas de molestias en el útero y fenómenos reflejos como manifestaciones neurálgicas, presentaban el desgarró del cuello, y creyendo el susodicho autor que á esta lesión podían deberse los síntomas que molestaban á la enferma, ocurriósele remediarla, á cuyo fin inventó la *traquelorrafia*. Aun en la operación de Schröder, los dos puntos que aplicamos á cada lado son propios de la *traquelorrafia*. En ésta avivaremos el desgarró, y después pasaremos diversos puntos de sutura de atrás adelante, comenzando por el ángulo. Apretando después los referidos puntos, se pondrán en contacto las superficies cruentas, y así, después de la intervención, el cuello quedará reducido á su forma normal. Haremos uso de este procedimiento cuando la metritis sea poco intensa y domine el desgarró del cuello. En cada operación, nos adaptaremos á la forma que reviste el cuello, si éste no tiene desgarró, practicaremos el primer procedimiento típico, si hay desgarró no practicaremos la separación del cuello, pues ya la tenemos hecha, sólo avivaremos los desgarró, como en la *traquelorrafia*, para verificar la sutura en buen terreno. Puede darse el caso de que las dos mitades sean laterales; puede hallarse un desgarró en la parte posterior del cuello y entonces el segundo corte se dirigirá hacia la parte anterior; la figura resultante será la misma que hemos descrito, pero invertida, y el cuello quedará partido de delante atrás.

Los accidentes que pueden presentarse durante la operación son escasos ó nulos, menos, pues, que en el raspado del útero; no cabe perforar la vejiga porque no llegamos á ella, ni interesar ninguna víscera, ni destruir ningún fondo de saco; sólo puede suceder que no extirpemos totalmente la mucosa cervical, lo que no tendrá gran trascendencia, ó que no se adapten bien las superficies cruentas. Si no existen accidentes, pueden presentarse dificultades, pues si la operación es sencillísima cuando el útero baja hasta la vulva y se hace asequible á nuestras manos, no siempre ocurre así, pudiendo el útero quedar á media vagina, lo cual dificultará la operación. Entonces recurriremos á ciertas agujas largas y curvas que pueden llegar profundamente al fondo de la vagina. El hábito, más que nada, vence tales dificultades.

Por lo que toca á complicaciones, si se han observado bien los hechos que pueden contraindicar la operación, no deben aparecer. Las contraindicaciones son las mismas que para el raspado del útero; así pues, si no hay infecciones agudas, ni afectos especiales peri-uterinos, no hemos de abrigar ningún temor. Si hemos operado con asepsia completa, no hemos de temer que las superficies se infecten; además la región es muy vascular y por tanto dotada de gran vitalidad, reuniéndose los bordes de la herida por primera intención. La enferma no experimenta dolor alguno en el período de la convalecencia y el tratamiento que seguiremos será muy sencillo; se expolvorea con yodoformo, se coloca gasa aséptica ó mejor yodofórmica, déjase este taponamiento durante cinco días y la enferma permanece tranquila, pues, por lo común, no tiene necesidad del cateterismo. Después de retirar el taponamiento, se practican irrigaciones vaginales,

la enferma abandona la cama á los ocho ó diez días y á los doce ó catorce el cuello está cicatrizado. Si las superficies cruentas no hubiesen coaptado con regularidad y vemos que las suturas se han desprendido y las mucosas no están en contacto, se expolvorea la superficie con yodoformo y se aplica un taponamiento compresivo, con lo cual se reune la herida por segunda intención y á las tres semanas todo está concluído.

La influencia que la amputación del cuello ejerce en las funciones genésicas ha de ser poca, pues, en rigor, no sabemos qué papel desempeña la mucosa cervical que nosotros sustituimos por mucosa vaginal. Hoy sólo conocemos su función protectora de la cavidad del útero contra las infecciones procedentes del exterior, como también en el momento del parto; no ocurre aquí como en la mucosa del cuerpo, que es necesaria para la fecundación, por tanto podemos destruirla del todo. Después de sufrir la amputación del cuello, muchas mujeres son fecundadas cuando antes sufrían de esterilidad. Además, el desgarramiento del cuello que es causa de abortos repetidos, por no ofrecer al producto de la concepción el apoyo suficiente, corrigiéndose con la operación, se aparta la causa de aquéllos. Indudablemente que las operaciones descritas perturbarán el funcionalismo normal del parto, pero no en un sentido perjudicial. En efecto: el período de dilatación del cuello, que constituye el fenómeno más largo y doloroso del parto, dura mucho menos por hallarse el cuello más reducido. Tampoco son obstáculo para nada las cicatrices que quedan.

Por lo que toca á resultados definitivos, podemos ser mucho más expresivos que en la metritis del cuerpo; como extirpamos toda la mucosa, no hay peligro de que se reproduzca la enfermedad. Pueden aparecer otras lesiones, pero de distinto carácter y fáciles de curar. Creyéndose que la metritis cervical es una causa abonadísima para la producción de neoplasias malignas, importa sobremanera corregir la enfermedad. Algunas veces en que el cuello está muy deformado y alterado, puede estar indicada la amputación total ó alta del cuello, pero los casos son excepcionales.

Lección XXXIV

Metritis parenquimatosa crónica.—Etiología y patogenia.—Síndrome.—Curso y complicaciones.—Diagnóstico y pronóstico.—Indicaciones y tratamiento médico y quirúrgico.

La metritis intersticial parenquimatosa ó infarto del útero, consiste principalmente en la hipertrofia del tejido conjuntivo que representa el estroma de la capa muscular del útero, habiendo algunas veces hipertrofia é hiperplasia de este tejido muscular, lo que justifica las dos denominaciones de intersticial ó

parenquimatosa; al mismo tiempo el útero aumenta de volumen. Reconoce esta enfermedad las mismas causas que las metritis estudiadas hasta ahora: unas veces comienza de un modo agudo en la mucosa de donde desaparece, quedando la lesión en la capa muscular. Pero otras veces la enfermedad, en lugar de reconocer como origen un estado agudo, único y repetido, empieza ya de una manera crónica por congestiones repetidas del órgano, ocasionadas por las múltiples circunstancias que ya conocemos. En esta categoría podemos colocar el coito incompleto, los estados generales caracterizados por poca actividad circulatoria con cierta tendencia á las congestiones parenquimatosas, las enfermedades constitucionales que disminuyen el tono del organismo y producen alteraciones circulatorias en distintos órganos. En tales casos la enfermedad reviste distinto carácter de cuando depende de formas agudas que no llegaron á resolverse. Existen, pues, dos formas de metritis intersticial crónica, una que deriva del estado agudo y otra que principia ya siendo crónica. Dada esta forma de desarrollo, se comprende que en ciertos casos la enfermedad será pura lesión simple del parénquima, no habiendo infección local y existiendo sólo trastornos circulatorios, mientras que otras veces la afección va acompañada de endometritis. Sea por uno ó por otro mecanismo, la Anatomía patológica es idéntica; el órgano se presenta indurado mientras que normalmente es blando y flexible, y por el tacto apreciamos el cuello del útero que puede conservarse sano pero que generalmente aparece indurado también. La facilidad con que doblamos el útero por el tacto combinado, desaparece cuando hay metritis intersticial, porque presenta cierta rigidez. Pero ya hemos dicho que en ciertos casos no sólo hay predominio del tejido conjuntivo, sino hipertrofia é hiperplasia del tejido muscular, con lo cual todo el órgano aumenta de volumen y el cuello del útero se ofrece engrosado, liso é hipertrofiado con uniformidad. El aumento en las dimensiones del útero puede ser tanto que éste alcanza un tercio del volumen normal, pero si llega al doble constituye lo que se llama *gigantismo del útero*. A la inspección, el útero presenta pocas alteraciones, pues su forma se conserva regular y su coloración más bien disminuida, pues se trata de una lesión esclerósica.

Por lo que se refiere á la estructura, compruébase un gran predominio del tejido conjuntivo; trátase de una degeneración esclerósica con atrofia del tejido muscular unas veces ó con hipertrofia é hiperplasia de este elemento, y esto explica que el aumento de volumen del órgano tenga sus límites, pasados los cuales entramos en el gigantismo del útero. Cuando existe hipertrofia é hiperplasia del tejido muscular, desde el primer momento debe llamarse á la enfermedad *metritis miomatosa ó parenquimatosa*, que consiste en la formación de paquetillos musculares; pero, en la práctica, nó somos tan exigentes y clasificamos en las metritis enfermedades que podrían llamarse miomas.

Respecto á síntomas, diremos que en esta enfermedad se desarrolla con todo su esplendor el llamado *síndrome uterino*; las manifestaciones de la metritis crónica intersticial presentarán fenómenos locales y generales. Entre los pri-

meros llama la atención el dolor que ofrece siempre la misma localización; es el dolor lumbar típico, y es continuo aunque con exacerbaciones que aparecen en las cercanías del período menstrual, ó cuando la mujer se cansa, ó en el acto del coito y hasta por cualquier trastorno de la cavidad del vientre. Hay asimismo otras manifestaciones dolorosas locales que pueden variar muchísimo, manifestaciones accidentales relacionadas con el temperamento de la enferma. También puede haber dismenorrea y verdadera histeralgia, que se manifiesta al practicar el reconocimiento ó en el acto del coito. Estos fenómenos pueden molestar tanto á la enferma, que han llegado á justificar la extirpación del útero. Las manifestaciones dolorosas indicadas, dependen del temperamento de la enferma, pues teniendo la misma lesión habrá mujer que apenas se quejará y otra que sufrirá muchísimo. También se presentan irradiaciones locales en la baja pelvis, y no es raro ver enfermas que ofrecen alteraciones en la micción (tenesmo punjitivo), como también puede presentarse coccigodínea, junto con alteraciones de la defecación, y hasta irradiaciones en el ciático mayor ó en los nervios crurales.

La leucorrea no es síntoma de esta enfermedad, pues no hay lesión glandular. En cambio, la función menstrual se halla alterada, aunque de un modo en extremo variable; á veces no hay alteración ninguna. En ocasiones, ni es dolorosa siquiera, pero generalmente hay tendencia á la disminución del período menstrual, que se manifiesta primero por ser menor la cantidad de sangre perdida y acaba por originar trastornos de la periodicidad menstrual, hasta que aparece un retardo. Raras veces se presenta abolida la menstruación, pero la menopausia se encuentra adelantada, al revés de lo que ocurre en las metritis mucosas. Pueden presentarse otras lesiones muy variadas, pero corresponden á un período adelantado del mal.

Aparte de estas manifestaciones locales, preséntanse otras de carácter general, caracterizadas por el síndrome uterino que se despliega por entero. Por parte del tubo digestivo hay tendencia acentuada á la dispepsia y hasta á ciertas formas de ésta, llamadas por algunos irritativas y caracterizadas por ansiedad precordial y astringencia de vientre; al mismo tiempo se observa que algunas enfermas engordan, lo cual se explica, porque ingiriendo alguna substancia mitigan sus sufrimientos, lo cual hace que coman mucho y engorden por modo visible. Otras veces las manifestaciones dispépticas se caracterizan por anorexia, presentándose verdadero enflaquecimiento, gracias á las malas digestiones; esta forma no es tan frecuente como la anterior. Domina generalmente la astringencia de vientre acompañada ó no de meteorismo, que simula la existencia de embarazos y tumores abdominales; este curioso fenómeno no se debe á la producción de gases en grado exagerado sino que es de índole desconocida, pero quizás tenga parte en él la paresia de las tónicas musculares intestinales. Tampoco es raro que haya gastralgia y enteralgia. Por parte del sistema nervioso se presentan los síntomas característicos de la neurastenia caracterizados por su versatilidad

y variabilidad. Unas veces sufren las funciones emotivas y la enferma tiene cambios de carácter, otras hay desórdenes en las facultades intelectuales, que se debilitan y no faltan casos en que se desordenan las funciones motoras, en este caso la enferma siente necesidad de no hacer nada, de no verificar movimientos. Tampoco faltan alteraciones de la sensibilidad que se revelan por neuralgias, de las cuales la más común es la jaqueca ó hemicránea, sumamente rebelde. En ocasiones, las referidas enfermas presentan el cuadro de la llamada neurastenia uterina, que se presenta sumamente variable en sus múltiples manifestaciones. Los sentidos pueden asimismo resentirse, y así se comprueban alteraciones oculares, del oído, etc., lo cual se comprende, pues los nervios de sensibilidad especial pueden sufrir paresias como los de la sensibilidad general y de movimiento. En el aparato respiratorio puede reconocerse la llamada *tos uterina*.

Estos trastornos, antes de hacerse continuos, manifiéstanse en las cercanías del período menstrual. Después á medida que la enfermedad va arraigando, los síntomas generales se acentúan cada vez más; unos días antes del período menstrual la enferma cambia de modo de ser, abandona sus ocupaciones, y viene la dismenorrea junto con los fenómenos generales que ya conocemos; si á esto se añaden los dolores locales, comprenderemos que la enfermedad constituya una dolencia mensual. Se comprende que el síndrome uterino se despliegue de tal manera, atendido lo que expusimos en la Etiología referente á la influencia de los estados generales del organismo; la enfermedad se desarrolla en una economía ya predispuesta, y todos los órganos en este caso se encuentran en el caso de uno que no disfruta de la integridad fisiológica.

El curso de la dolencia es eminentemente crónico y no hay tendencia alguna á la curación espontánea, de modo que el iniciarse la enfermedad acompañará á la mujer durante toda su vida sexual. Se comprende, pues, que al venir la menopausia y al atrofiarse el útero que acaba su destino fisiológico, ha de terminar la enfermedad; la única curación espontánea de la dolencia debe atribuirse, por lo tanto, á la menopausia. Ciertos fenómenos, como el embarazo, pueden alterar el curso de la dolencia. En los primeros períodos la enfermedad influye en la fecundación, haciéndola más difícil, y cuando está desarrollada constituye una causa formal de esterilidad, aunque no absoluta. Si no se llega á este grado se comprende que el embarazo y el parto han de modificar el curso de la dolencia, y este hecho es el único que puede influir, aparte de la menopausia; pero como después del parto vuelven á obrar las causas que motivaron la enfermedad, ésta se reproduce casi siempre.

La enfermedad no tiende á propagarse por los órganos y tejidos vecinos, pero en cambio predispone al desarrollo de un estado miomatoso del útero. No se ha observado predisposición á las neoplasias malignas como en la metritis mucosa; si hay alguna predisposición será á las neoplasias de la capa en que la enfermedad se desarrolla. Tiene importancia la enfermedad por los efectos generales que produce, ya que muchas enfermas llegan á hacerse inválidas, apareciendo

verdaderas enfermedades nerviosas independientes del útero. Deben, pues, buscarse las complicaciones á distancia.

El pronóstico viene ligado con lo que acabo de decir; la enfermedad no merece un pronóstico grave, pues nada ocurre por parte del útero, pero tiene importancia por las manifestaciones sintomáticas locales y generales. De aquí que el pronóstico sea de reserva y hasta grave por lo que se refiere al curso, ya que no por lo que toca á la vida de la enferma.

En el tratamiento de esta enfermedad no tenemos tantos recursos como en el caso de la metritis mucosa, por cuanto hemos de atender á las circunstancias que facilitan el desarrollo de aquélla, y por tanto todos los agentes medicamentosos que obran sobre la circulación uterina han de tener aquí sus indicaciones. Las medicaciones purgante, tónica y astringente son aplicables, sobre todo en los primeros períodos y hasta en los primeros años; los referidos medios pueden impedir el desarrollo de la enfermedad atacando el elemento patogénico. También puede decirse lo propio de las irrigaciones vaginales calientes, aplicación de supositorios, taponamiento, en ciertos casos de metritis intersticial. Los revulsivos locales y los modificadores de la circulación uterina están también indicados. Aquí tiene entera aplicación lo que dijimos al hablar del tratamiento hidrotermal: las aguas sulfurosas y las alcalinas dan buenos resultados, sobre todo las últimas. Cuando la enfermedad está establecida hemos de recurrir á medios más enérgicos, entre los que contamos el masaje y la galvanización, que logra efectos calmantes y modifica el parénquima del útero por la electrolisis. También se ha empleado la sangría local del útero, realizada por medio de escarificaciones en el cuello del órgano ó valiéndonos de sanguijuelas; en ciertos casos, después de la sangría local se observa una mejora considerable, y como la dolencia se exacerba en los períodos intermenstruales, tenemos medio de saber cuando el tratamiento será beneficioso, pues la descongestión que sigue á la hemorragia catamenial calma los sufrimientos. Prescindiremos de hablar de las medicaciones generales como la calmante y la eupéptica. También se ha recurrido á las cauterizaciones del útero aplicadas directamente con los cáusticos actuales ó bien con la ignipuntura, tomando un cauterio punteado é introduciéndolo por la vagina al través del cuello unas cinco ó seis veces á la profundidad de 2 ó 3 cms. formando corona alrededor del hocico de tenca; fórmase una escara que se desprende y tras esto se forma tejido cicatricial, originándose una atrofia en todos los tejidos vecinos, que redundará en beneficio de la enferma. Con todos estos medios podemos combatir el infarto del útero; el ginecólogo busca la causa de la enfermedad y corrige esta última, curándola á veces por completo si la enferma guarda la debida constancia.

No había de escapar esta enfermedad á la operatoria quirúrgica, y en efecto, se ha ideado un procedimiento para curarla, que es la amputación bicónica del cuello. Por lo que hemos dicho de las lesiones, sabemos que se trata de una hipertrofia del órgano, por lo tanto debemos procurar su atrofia y descongestión.

La operación no está indicada siempre que existen metritis intersticiales crónicas rebeldes; lo está, sí, en el caso de que domine la hipertrofia total y sobrepujen los fenómenos locales á los generales. Cuando sean más notables los desórdenes menstruales y modificando el órgano modificaremos la lesión, está igualmente indicado el tratamiento quirúrgico. En cambio, cuando dominen las manifestaciones reflejas, vale más acudir á los otros medios. Sentadas las indicaciones, expliquemos el procedimiento, que es, por cierto, muy sencillo; procédese primero al raspado del útero, se pone el cuello al descubierto, lo partimos en dos mitades y en vez de sustituir la mucosa cervical por la de la vagina, practicamos dos cortes convergentes en cada labio, extirpando toda la parte del hocico de tenca, de aquí el nombre de amputación bicónica. Uense después las superficies cruentas de cada labio y el cuello queda reconstituido.

La convalecencia y el tratamiento consecutivo son iguales á los de la operación anaplástica. La intervención cambia el modo de ser del útero, produce una gran descongestión, obrando como sangría local y acaba por determinar la atrofia del órgano con el cambio que en la nutrición del mismo determina el corte de los vasos. Ya sabemos que la menopausia cura la enfermedad, gracias á la atrofia del útero que la acompaña, ahora bien, si logramos producir una atrofia relativa, tendremos un procedimiento natural de curación de la dolencia.

Algunas veces se ha empleado la histerectomía como medio de tratamiento, pero no creemos que este recurso sea muy aplicable, pues cuando las manifestaciones generales sean muy acentuadas, podemos tener como seguro que el organismo de la mujer está muy depauperado y que la metritis sola no ha podido arruinarlo de aquel modo. No es fácil, por tanto, que corrigiendo la lesión mejoremos el estado de la enferma. La extirpación del útero sólo está justificada en aquellos casos en que hay manifestaciones dolorosas intensísimas, contra las que han fracasado todos los demás medios de tratamiento. En general, si hay fe por parte del médico y constancia por parte de la enferma, lograremos resultados positivos con los medios indicados antes, exceptuando, por de contado, los casos de grandes neuralgias ú otros síntomas aparatosos, en que la intensidad del dolor nos haga pensar en el heroico recurso de la supresión del órgano.

Lección XXXV

Anomalías congénitas del útero.—Ausencia y faltas de desarrollo.—Útero unicomorne y bicorne.—Hematómetra; su estudio.—Atrofia del útero congénita y adquirida ó super-involución.

Tócanos ahora estudiar las anomalías del útero congénitas y adquiridas: entre las primeras hallamos todas las faltas y desviaciones del desarrollo normal.

del órgano, revistiendo una importancia superior las faltas de desarrollo y hasta la ausencia completa del útero, y existiendo otras anomalías caracterizadas por anomalías en el desarrollo. Uno de los tipos que hemos de conocer es la ausencia completa y absoluta del útero, ó bien el útero rudimentario, que prácticamente constituyen la misma entidad, puesto que presentan los mismos síntomas y su diagnóstico ofrece iguales dificultades. La ausencia absoluta del útero es afección sumamente rara y hasta hay quien la niega, pero yo por mi parte la he comprobado alguna vez; más frecuente es el útero reducido á una masa de trabéculas carnosas que ocupan el lugar del órgano, pero que no tienen la forma de éste, ni constituyen relieve siquiera, representando sólo una masa de tejido entre el recto y la vejiga. Cuando existe útero rudimentario, hay al mismo tiempo defectos de desarrollo en otras partes del aparato genital, de manera que no es raro que la vulva y la vagina conserven toda la vida un aspecto infantil, pero en otros casos los genitales externos están bien desarrollados y por su inspección no conoceríamos la existencia del útero rudimentario.

La Etiología y Patogenia de estas anomalías reside en la falta de desarrollo de los canales de Müller, que en las primeras semanas de la vida intrauterina han de formar el útero y que por causas desconocidas no siguen evolucionando. Según parece, habrá ciertas condiciones de herencia, pues hay autores que citan el caso de tres hermanas afectas de la misma anomalía, y yo recuerdo un caso de dos hermanas que igualmente la presentaban; estas observaciones repetidas y comprobadas por varios autores, hacen pensar en el influjo de la herencia.

Los síntomas que nos ofrece la falta absoluta de útero ó el útero rudimentario, dependen de un hecho variable, por cuanto suele existir un desarrollo rudimentario de los demás órganos genitales, sobre todo de los externos, y según como estén los internos variarán los síntomas. Puede existir el útero rudimentario con un desarrollo incompleto, ó bien con un desarrollo acabado de los genitales internos, particularmente de los ovarios. Si estos órganos están faltos de desarrollo no habrá fenómenos apreciables, pero si están con su tamaño y evolución completa, se presentarán síntomas dolorosos muy notables. Estos vienen á reducirse á la amenorrea, que no va acompañada por los síntomas que otras veces presenta, pero que reviste un carácter muy rebelde, siendo inútiles todos los medios de tratamiento. También puede presentarse el mólimen menstrual con crisis dolorosas intensísimas á cada período menstrual, que aparecen en la pubertad y continúan durante toda la vida sexual; generalmente descúbrense el mal por casualidad, pues la enferma consulta al ginecólogo por su amenorrea y por las crisis dolorosas, habiendo agotado ya todos los recursos contra la amenorrea. También llama la atención que no se busque la causa de la amenorrea; parece que el médico ha olvidado que puede dejar de existir el útero, y esto no tendría importancia si los inútiles tratamientos á que se acude no tuvieran consecuencias perjudiciales. En efecto: dirigiendo todos sus esfuerzos á congestionar la pelvis para que aparezca la menstruación, se comprende que no se hará

más que agravar el estado de la enferma. Es necesario en tales casos proceder al reconocimiento, y aún así el diagnóstico no queda asegurado; frente á una enferma de estas condiciones, si encontramos los genitales externos con escaso desarrollo y practicando el tacto vaginal sólo hallamos un fondo de saco liso sin señales siquiera de cuello del útero, ya podemos entrar en sospechas. Sólo puede tratarse, en este caso, de un útero rudimentario, de una imperforación del cuello ó bien de una imperforación de la vagina en la parte alta.

Para asegurar el diagnóstico es muy conveniente recurrir á la palpación combinada, y si la enferma se presta á ello de un modo completo, casi bastará este recurso para convencernos de que no existe órgano uterino. Si con una mano en el hipogastrio y otra en la vagina sólo descubrimos un conglomerado de forma irregular que en nada se parece al útero, podemos diagnosticar la ausencia de éste; pero será mejor practicar al propio tiempo el tacto rectal, que permite salvar la barrera que nos ofrece el fondo de saco vaginal. Algunas veces hay necesidad de verificar el tacto rectal y vesical combinados; el último puede hacerse con los dedos ó con la sonda, teniendo el otro introducido en el recto; hay que notar que caso de no existir el útero, la vejiga estará casi unida al recto.

El pronóstico es de incurabilidad absoluta y el tratamiento nulo; únicamente pueden presentarse indicaciones cuando además de la ausencia del órgano haya desarrollo de los ovarios y las crisis dolorosas periódicas sean bastante intensas para que hayamos agotado la medicación calmante. No queda entonces más recurso que la castración ó extirpación de ambos ovarios. He visto enfermas que padecían crisis horribles desde los 13 años, contra las que ni la morfina había surtido efecto y que curaron gracias á la castración.

No siempre las anomalías de desarrollo alcanzan un grado tan notable; el órgano existe, pero con defectos de desarrollo; está falto de volumen, y puede revestir dos formas: la de útero fetal y la de útero infantil. En ambos casos, hay un paro de desarrollo, que en el primer caso se ha realizado durante la vida intrauterina; de manera que, á los quince años encontramos el útero igual que el de un feto, mientras que en el segundo ha ocurrido más tarde. El útero fetal tiene 2 cms. de longitud, domina el cuello, que también es reducido, como el pulpejo del dedo; en una palabra, el órgano conserva la forma y el tamaño que tiene en el feto; por esto se llama útero fetal. En la segunda forma, el desarrollo del útero se ha detenido en época más avanzada; durante la infancia sólo se desarrolla el cuello del órgano, permaneciendo el cuerpo más ó menos estacionario hasta la pubertad, por esta razón el útero infantil tiene una parte que parece normal. La diferencia entre ambos casos es evidente; en el útero fetal, el cuerpo y el cuello son reducidos; el último es como un garbanzo, con un orificio en el centro, no pudiéndose alcanzar el órgano ni por la palpación combinada; en cambio, en el segundo caso el cuello se ha desarrollado, y en el fondo de la vagina lo encontramos normal y liso. La razón de establecer diferencias entre

ambas formas, consiste en que el tratamiento varía para cada una de ellas; en el primer caso, nos encontramos como en el útero rudimentario, mientras que en el segundo, puede intentarse algo en ciertos casos.

No sabemos nada respecto á la Etiología y Patogenia, pues ignoramos por qué se detiene el desarrollo uterino. Nada diremos de la Anatomía Patológica después de lo indicado, y por lo que toca á síntomas, hay amenorrea completa y absoluta, pero sin crisis dolorosas. No se comprende cómo pudiendo haber ovarios, no se presentan las neuralgias; quizás la explicación se hallaría por un examen acabado del aparato genital. Si al examinar una mujer no le encontramos ovarios, no significa que carezca de ellos, si no fuera así, es decir, si realmente cada vez que por el examen no podemos hallar aquellos órganos la mujer no los tuviera, tendríamos resuelto el problema, pues en la enfermedad de que tratamos, los ovarios no se encuentran. Nosotros creemos que la anomalía principal de desarrollo no está en el útero, sino en los anexos, y que por la influencia de la falta de éstos, aquel órgano no ha podido desarrollarse. Cuando la anomalía es propia del órgano, como en el útero rudimentario, pueden coexistir los ovarios. Aunque la idea que hemos expuesto sea sólo una suposición, por ella se explica perfectamente la falta de desarrollo del órgano. En los casos de útero pubescente, suele existir leucorrea uterina ó cervical al llegar á la pubertad; como toda la vida del órgano se concentra en el cuello, la mucosa goza de mayor actividad y hay una notable hipersecreción; tanta es ésta, que muchas enfermas acuden al ginecólogo, sólo por la leucorrea, no dando importancia á la falta de menstruación.

El pronóstico se hará de incurabilidad absoluta, excepto en determinados casos. En cuanto al diagnóstico es muy importante, pues de él depende el tratamiento; frente á un útero fetal no tendremos grandes dudas, porque encontramos el cuello y la sonda se introducirá poco, no hallando ningún dato con el tacto combinado. En el útero pubescente hay mayores dificultades, vemos el cuello casi normal, y por medio del cateterismo comprobamos que el órgano tiene una longitud de 4, 4 y $\frac{1}{2}$ ó 5 cm. Si tiene más, lo cual se conoce con la mayor introducción de la sonda, deberemos convencernos de que no hay útero infantil sino atrofia del órgano. Si nos hallamos con una mujer amenorreica que tiene el cuello sano y el útero reducido de volumen, pasando la sonda menos de 5 centímetros, sólo puede ocurrir una duda, y es que la sonda se haya desviado, siendo el útero algo mayor. Por este motivo debe repetirse el cateterismo, no dando jamás el diagnóstico por definitivo al primer reconocimiento. Debe tenerse la seguridad de que la sonda ha penetrado hasta el fondo y si no entra más de 4 cms., el diagnóstico es positivo.

Respecto al tratamiento, es nulo en el útero fetal; en el pubescente, si tiene 4 cms., no puede lograrse nada, pero al llegar á 5 podemos hacer algo. El útero pubescente puede confundirse con la atrofia, pudiéndonos escapar un dato importante, ó sea el estado del cuerpo del órgano. Si este se halla desarrollado

cabe emplear el tratamiento de la atrofia del útero, tratamiento que no es muy eficaz, pero que puede dar resultados, restableciendo la función menstrual y la fecundación. Con todo, pronosticaremos gravemente respecto al restablecimiento de la función, ya que no respecto á la vida de la enferma; en un 6 ú 8 por 100 de los casos, logramos buenos resultados, aunque puede objetársenos que ha habido error de diagnóstico. No es lo mismo la enfermedad que hemos estudiado que la atrofia del útero, en cuyo caso éste se presenta reducido de tamaño, pero guardando relación el cuerpo con el cuello. Esta atrofia puede ser congénita mientras no llegue á cierto grado, pues alcanzado éste débese á causas generales, como distrofias, causas que perturban la menstruación, etc., de manera que la referida atrofia, más bien debiera llamarse esencial. También puede ocurrir que un útero normal vaya disminuyendo de tamaño hasta encontrarse en las condiciones del útero atrófico; preséntase este fenómeno después de ciertos partos á término, en los que al retraerse el útero consecutivamente, lo hace exageradamente, viniendo la *super-involución* ó atrofia adquirida del útero. Los síntomas consisten en la amenorrea; pasando al reconocimiento encontramos el cuello pequeño, más liso que en el útero pubescente, y si pasamos la sonda veremos que penetra 5 y 6 cms. Diferenciando la forma del cuello en esta afección de la que se ofrece en el útero pubescente queda hecho el diagnóstico. Hay que tomar también precauciones para asegurarnos de que hemos llegado al fondo del útero, y acabaremos el diagnóstico averiguando si la mujer ha tenido ó no algún parto.

En la atrofia del útero podemos lograr el restablecimiento de la función y no son pocos los casos en que se realiza. A este objeto disponemos de todos los medios farmacológicos de acción emenagoga, del masaje, ejercicio, vida al aire libre, y por fin, tenemos medios locales muy eficaces, como los tallos y pesarios que se colocan en el útero y la aplicación de la electrolisis. El pesario, sea simple, sea el pesario galvánico de Sims, constituye un buen medio; con el último al contacto de las mucosidades uterinas desarróllase cierta corriente eléctrica que sería muy beneficiosa, pero más fácil es que obre sencillamente como cuerpo extraño. De todos modos, ya sea que usemos este pesario, ya sea que echemos mano de otro de ebonita ó marfil, la cuestión es colocarlo de modo que estimule el órgano y haga reaparecer la menstruación. La galvanización es, asimismo, un medio muy eficaz; para aplicarla colócase el polo negativo y hácese pasar una corriente de mediana intensidad para obtener efectos circulatorios. Si la atrofia es adquirida los resultados son beneficiosos en la mayoría de casos; en los casos de atrofia congénita no obtenemos efectos tan satisfactorios, pero también obtenemos la curación en algún caso.

Hay una serie de anomalías que sólo indicaremos y que reconocen un origen distinto. En la vida intrauterina fórmase el útero á consecuencia del desarrollo de los canales de Müller, que existen uno á cada lado y que después se yuxtaponen, constituyendo en época más adelantada el útero, vagina y trompas. Aho-

ra bien; puede ocurrir que los canales de Müller no se yuxtapongan formando cada uno por su lado los órganos correspondientes, hallando una vagina tabicada y un útero en cada parte. También puede suceder que los canales no se confundan del todo y tengamos un útero único pero que parece doble porque está tabicado. Por fin, pueden confundirse los canales de Müller pero quedando el tabique, con lo cual el útero conservará la forma ordinaria pero tendrá un tabique en su interior; este hecho puede observarse aunque en grado rudimentario en todos los úteros sanos, pues en su fondo pueden hallarse restos de la mencionada división. Estas son las variedades llamadas útero bidelfo, doble, habiendo además el útero bicorne, el unicorne y el tabicado. Tales variedades son interesantísimas y su diagnóstico se hace muchas veces por casualidad, ya que todas estas anomalías no despiertan verdaderas enfermedades. En el útero bidelfo, el bicorne y el tabicado aparece la menstruación y las funciones de fecundación se realizan bien, tanto que hasta puede ocurrir que durante el embarazo la mujer menstrúe con regularidad y hasta que tenga un doble embarazo, pues un útero unicorne puede funcionar independiente del otro. Todavía pueden ocurrir otros fenómenos, y ya veremos más adelante que hay embarazos extra-uterinos que se explican por existir un cuerno rudimentario y otro bien desarrollado: la indicación en aquél es análoga al embarazo ectópico.

Puede ocurrir igualmente que sólo haya medio útero, ó sea un órgano semi-atrofiado, pero con decir que con este medio útero pueden realizarse las funciones de fecundación, comprenderemos que no tiene la importancia de las demás variedades. Pasaremos por alto las atresias del cuello, que pueden ser congénitas, existiendo la hematómetra ó tumor por retención y habiendo amenorrea y crisis neurálgicas por haberlas estudiado anteriormente. En presencia, pues, de estos últimos síntomas y no habiendo tumor, no aceptaremos el diagnóstico de hematómetra, y sólo cuando la existencia de ésta quede comprobada estaremos autorizados á intervenir: he visto confundir casos de amenorrea por útero rudimentario con amenorreas por retención, y proponer y practicar intervenciones de todo punto inútiles.

Lección XXXVI

Anomalías del cuello.—Estenosis simples y complicadas.—Variedades.—Patogenia, diagnóstico y tratamiento.—Distintas intervenciones en estos casos.—Atresias adquiridas del cuello uterino.—Estudio de las mismas.

Una de las anomalías más frecuentes del útero consiste en la estrechez del cuello, que puede afectar distintas formas y reconocer diversos orígenes. Ante todo digamos que puede ser congénita ó adquirida; en el primer caso radica,

por lo general, en uno de los orificios del cuello, por lo común en el externo ú hocico de tenca. Preséntase al propio tiempo una deformación del cuello, que presenta la particularidad de ser prolongado, de forma cónica más ó menos acentuada, con predominio de uno de los labios y con un agujero en su vértice, tan diminuto á veces como la cabeza de un alfiler. Aparte de esta deformación preséntase más ó menos alargado, á veces tiene la longitud normal, otras ofrécese prolongado hacia el interior de la vagina. Otras veces la estrechez reside en el orificio interno, permaneciendo sano el conducto cervical. No siempre la estrechez es congénita, en ocasiones es adquirida afectando en este caso formas distintas. Comunmente la estrechez afecta todo el conducto cervical, porque la causa de la estrechez adquirida reside en afecciones, por lo común infectivas, del cuello uterino; tales como la endometritis y la metritis intersticial. La capa muscular, hipertrofiándose, puede ir estrechando el conducto cervical, y como las lesiones alcanzan toda la zona parenquimatosa del cuello se comprende que sobrevenga una estrechez de la totalidad del conducto cervical.

A veces, á consecuencia de las referidas lesiones, puede limitarse la estrechez á un orificio, frecuentemente el interno, al revés de lo que ocurre en las formas congénitas. Compréndese que sea así, pues para detener la infección, el orificio interno sufre un espasmo. Pero la estenosis puede presentarse asimismo á consecuencia de algún parto que ha producido lesiones profundas del cuello con pérdida de susbtancia. Puede también aparecer la enfermedad después de la aplicación de cauterios y lo mismo puede ocurrir después de la amputación del cuello cuando la técnica empleada no sea perfecta.

La estrechez del cuello, congénita ó adquirida, consiste siempre en el mismo hecho anatómico, disminución de la luz, sea hacia el orificio externo, sea hacia el interno, sea en todo el conducto cervical. En ciertos casos se observa una estrechez muy acentuada en el orificio externo y una dilatación del conducto cervical, lo cual se explica por la retención del moco y la sangre menstrual por encima del punto estenosado. Algunas veces la estrechez del cuello se complica con desviaciones de este órgano; obsérvase principalmente este fenómeno en las estrecheces congénitas. En tales casos, flexiónase el cuello unas veces hacia adelante y otras hacia atrás. A más de lo indicado, pueden hallarse las lesiones propias de la enfermedad que produjo la estrechez. El mal que nos ocupa es asaz frecuente: según ciertos autores, el 8 por 100 de las mujeres están sujetas á él, y el cálculo no parece exagerado. La forma adquirida es menos frecuente que la congénita.

En cuanto á síntomas, son iguales en ambas formas y pueden reducirse á dos, la dismenorrea y la esterilidad. La primera es tan frecuente que hubo un tiempo en que se confundió con la enfermedad, llamándola *dismenorrea mecánica*. Realmente la relación entre el síntoma y la dolencia, es muy grande, pero no hay razón para confundir las dos condiciones; en determinados casos, las congénitas como adquiridas, no hay dismenorrea alguna, y la mujer no experi-

menta la más ligera molestia durante el período menstrual. También se observa que los fenómenos dolorosos no guardan relación con el grado de la estrechez, pues hay estrecheces poco acentuadas acompañadas de dolores intensísimos, y estrecheces exageradas con una dismenorrea ligera. No hay, pues, relación de causa á efecto entre el mal y el síntoma, sino un mero hecho de coexistencia. Caracterízase la dismenorrea por un dolor en la pelvis, hacia los lomos y hacia el hipogastrio con irradiaciones en dirección á los muslos y á las fosas ilíacas. Preséntase este dolor en los primeros tiempos, al iniciarse la menstruación ó antes de que ésta empiece; en cuanto á su persistencia, por lo común es de varias horas, diez ó doce por lo común, pero en ocasiones se prolonga hasta veinticuatro, para desaparecer del todo, más tarde. Se ha explicado este hecho por el esfuerzo que tiene que verificarse para impeler el flujo catamenial al través del punto estrechado, más tarde el dolor desaparecería por haber pasado las dificultades. Para admitir esta explicación, precisaría comprobar la dilatación del cuello, fenómeno aun no comprobado. Llama también la atención que hay estrecheces que no provocan dolores. y entonces sería preciso admitir una dilatación indolora del cuello. Duncan no atribuye el dolor á la dificultad mecánica del paso de la sangre, sino á las contracciones irregulares del órgano despertadas por las congestiones del aparato genital, las cuales á su vez obedecerían al estado general de la enferma; de manera que Duncan atribuye los fenómenos dolorosos al estado general; en este caso la dismenorrea sería un síntoma de coexistencia. Obsérvase que las mujeres más dismenorreicas tienen tendencias neurósicas y ciertas deficiencias de desarrollo. La importancia de este fenómeno es para el tratamiento y como no podemos hallar una explicación satisfactoria, nos atendremos á los hechos. Si las dismenorreas mecánicas merecen tal nombre, intervendremos para corregirlas modificando la lesión del cuello, pero si sólo se trata de un hecho de coexistencia, combatiremos las manifestaciones modificando el estado general.

Otro síntoma muy frecuente en estos casos es la esterilidad, pero entiéndase bien que ésta no es absoluta, ya que no es consecuencia fatal de la estrechez. La esterilidad, pues, es un hecho relativo, pues á veces sobreviene la concepción; sólo hay dificultades para que ésta se realice. Para explicar tales hechos no basta la teoría mecánica, pues si bien es cierto que los espermatozoides enfilarán con dificultad, por un orificio punteado, ha de tenerse en cuenta que el cuello del útero se baña en esperma en los momentos que siguen á las relaciones sexuales, existiendo un moco alcalino y muy favorable para la vida de los espermatozoides y para sus movimientos. Algunos se inclinan á conceder más importancia á la falta de salida del tapón mucoso depositado en el cuello uterino; las glándulas de este órgano segregan un moco espeso, que hasta que forma grumo permanece depositado en el cuello, creyéndose que en el acto del coito, por la excitación del útero, expúlsase el referido tapón mucoso. Si no fuera de este modo, los espermatozoides quedarían mezclados en aquella mucosidad, las

glándulas continuarían segregando y al aumentar el moco en cantidad, sería expulsado, arrastrando los espermatozoides y malográndose la fecundación. Por lo tanto, es preciso que el tapón mucoso se expulse antes de este tiempo, para que tarde mucho en expulsarse otro. Quizás por la hiperemia que sufre el órgano, vendría una hipersecreción que arrastraría los espermatozoides, pero sea esta explicación, sea otra, la que adoptemos, la esterilidad, junto con la dismenorrea, son los síntomas más comunes de la dolencia.

La enfermedad, por lo común, es estacionaria, sobre todo en la forma congénita, pero influyen en ella los cambios en la vida genital; así la dismenorrea cede cuando la mujer contrae matrimonio, otras veces se exagera, pero de todas maneras, varía. La concepción es favorable para que se atenúe el mal, y sobre todo el parto, que en realidad es el mejor tratamiento. Tratándose de la forma adquirida, y una vez se establece definitivamente, permanece estacionario, á menos que instituyamos el tratamiento oportuno. El pronóstico no es grave, pues se reduce á la falta de fecundación y á las molestias menstruales.

El tratamiento sería racional si los fenómenos pudieran reducirse siempre á la misma causa; no siendo así, sólo trataremos los síntomas. Por lo que se refiere á la esterilidad, la trataremos por medios mecánicos, tales como la dilatación del cuello, que se realizará gradualmente, por medio de laminarias y tallos de tupelo, ó bien, como se hacía antes, con tallos de esponja preparada. El método preferible consiste en la aplicación de laminarias, que realizarán una dilatación gradual y que llegará hasta donde nos convenga. Pero entiéndase bien que esta dilatación es temporal, y que luego el útero volverá á tomar la misma forma y estaremos como antes; esto no quiere decir que el método sea malo, sino que sus resultados no son permanentes. Por esta razón se ha recurrido al tratamiento quirúrgico, que consiste en la discisión del cuello, la cual puede realizarse de distinta manera. Si la estrechez se limita al orificio externo, tenemos un medio muy sencillo, que es la excisión transversal del cuello del útero con la tijera de Kuchenmeister, que tiene una de las ramas convertida en histerómetro, y otra en forma de pinza para sujetar el cuello del útero, con el fin de que no escape hacia arriba. Introducida esta tijera en el lado derecho primero, y en el izquierdo después, se da un corte en el cuello, pero si abandonamos el tratamiento, nada conseguiremos, por cuya razón someteremos las enfermas á un tratamiento consecutivo, consistente en separar la incisión cada dos ó tres días, durante dos semanas.

La operación, como es poco dolorosa, puede ejecutarse sin anestesia. Cuando la estrechez alcance todo el orificio cervical y principalmente la parte interna del mismo, la trataremos con el metrotomo, instrumento que tiene varios modelos, consistiendo todos en dos láminas que pueden separarse más ó menos. Yo me valgo de uno (el de Aveling) que tiene un tornillo para guardar la separación y va provisto de una lámina cortante que se descubre al abrirse las ramas. El instrumento cerrado se hace penetrar hasta el istmo del útero, se abre con

fuerza y se tira de él hacia afuera, procurando apretarlo lateralmente para que la abertura sea mayor. Vuélvese á introducir el instrumento, pero como quiera que permanece dilatado por un lado, difícil será cortar por el otro; débese, pues, exagerar la separación de sus ramas. El metrotomo que hemos preferido, ó sea el de Aveling, es el mejor, pues con él puede graduarse la separación de las ramas y la profundidad de los cortes.

Es necesario que intervengamos después de la operación, pues de lo contrario la herida cicatrizaría y no habríamos adelantado nada. Así, pues, pasaremos una sonda de grosor aceptable por el conducto cervical para mantener la dilatación y evitar que se junten los labios de la herida, como en el caso anterior. Algunos autores aconsejan dejar permanentemente en la cavidad cervical un tubo de vidrio ó metálico, hasta la cicatrización completa.

Ultimamente, en ciertos casos, en vez de verificar la discisión del orificio externo se recurre á la operación llamada *estomatoplasia*, que es la amputación bicónica del cuello, aplicada á corregir la enfermedad que estudiamos. Pártese el cuello en dos mitades, sacando un cono de cada lado para dejar el orificio externo en las mejores condiciones. El tratamiento que acabo de indicar tiene sus indicaciones cuando el cuello es muy largo y prolongado, y en cuanto á los resultados, tanto de ésta como de las demás operaciones, son la corrección de la estrechez del cuello y con ella de la esterilidad. En efecto: es muy frecuente ver aparecer embarazos á poco de haber realizado la intervención, pudiendo afirmarse que es una de las causas de esterilidad que más fácilmente se obvian. En cuanto á la dismenorrea, desaparecen las crisis dolorosas que le hacían molesta, pero reaparecen á veces después, lo cual parece dar la razón á los partidarios de la teoría de Sims y á los que siguen la explicación de Duncan. De todas maneras, si bien pueden reaparecer los dolores, siempre es con menos intensidad.

Quédanos por estudiar las atresias, ó sean las obturaciones adquiridas del cuello del útero, las cuales dependen de operaciones realizadas en aquel órgano ó de enfermedades del mismo. En el primer grupo encuéntranse las atresias, hijas de cauterizaciones que llegan á la destrucción con el termo-cauterio ó con otros medicos. Hoy día no se encuentran atresias por esta causa, pues no dejamos al descubierto las superficies cruentas sino que las cubrimos con mucosa. Sin embargo, las atresias más frecuentes se deben á causas patológicas, por ejemplo, á consecuencia de daños sufridos durante el parto por la compresión fetal, ó bien por ciertos afectos del útero, verbi gracia: metritis del cuello, ó por ciertas neoplasias malignas, como los epitelomas del cuello. En todos los casos hay retención en el órgano de productos sanguíneos que ocasionan la ematómetra, ó bien se hallan en el órgano colecciones purulentas formando la llamada *puómetra*, colecciones que pueden descomponerse formándose gases en abundancia y originando la *fisómetra*.

Los síntomas son siempre los mismos: cólicos uterinos, aumento de volumen

del órgano y tumor por retención en la cavidad del útero. El diagnóstico resulta á veces muy difícil, particularmente cuando ha de hacerse entre la colección sanguínea y ciertos tumores. Encontraremos siempre atresia del cuello, imposibilidad de introducir el histerómetro que se atasca en el hocico de tenca ó en el conducto cervical. En cuanto al pronóstico, será de poca gravedad cuando la forma sea simple y no haya neoplasias malignas; en cambio deberá acentuarse cuando haya descomposición de los productos retenidos con exuberante formación de gases. El tratamiento es siempre idéntico y se dirige á restablecer la permeabilidad del cuello, para lo cual el medio más indicado es la punción del útero al través del cuello, dilatando luego el conducto y manteniendo su permeabilidad. La enfermedad debe tratarse luego según los casos, si la enferma es joven y está en pleno período genital conviene mantener la permeabilidad del conducto para asegurar las funciones de generación, en cambio podemos ser menos exigentes cuando la enferma esté próxima á la menopausia. Como se comprende, todos estos fenómenos constituyen más bien un síntoma que una verdadera enfermedad.

Lección XXXVII

Hipertrofia del cuello del útero.—Formas y variedades.—Etiología, patogenia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Hipertrofia del cuerpo del útero.—Sub-involución.—Estudio de dicha enfermedad.

La hipertrofia del útero puede estar localizada pudiendo afectar al cuello ó al cuerpo ó generalizarse. Comenzaremos el estudio de las hipertrofias por las formas localizadas, principiando por las del cuello. Normalmente el cuello del útero se extiende desde el istmo hasta el hocico de tenca, representando un conducto muscular cubierto de mucosa en su interior y relacionado por su parte periférica con los órganos vecinos, continuándose hacia arriba con el cuerpo del útero y presentando una porción libre en la vagina, teniendo á su alrededor el fondo de saco vaginal. El fondo de saco anterior se inserta en el cuello del útero á poca distancia de la porción libre de la vagina, á cosa de 1 centímetro á 1 y $\frac{1}{2}$; en cambio el fondo de saco posterior se inserta mucho más arriba, encontrando como consecuencia de estas diversas inserciones, el cuello dividido en tres partes: una que está profundamente por encima de toda inserción vaginal, y que no podemos explorar con los dedos, llámase esta porción *supra vaginal*; entre la zona de inserción correspondiente al fondo de saco vaginal posterior y la anterior extiéndese otra porción de cuello, *porción media*, libre por detrás; finalmente, hay una porción completamente libre, llamada por algunos *infra-vaginal*. El fondo de saco vaginal lateral viene oblicuamente desde un fondo de saco á otro.

Por lo que toca á su Etiología y Patogenia, reconócese dos grupos en las hipertrofias del cuello: uno que podemos llamar de hipertrofias consecutivas, pues en realidad dependen de otras enfermedades, y otro de hipertrofias autóctonas, en que éstas constituyen el elemento principal. Aunque este segundo grupo hay autores que lo niegan, no sé en qué pueden fundar su opinión, pues las hipertrofias autóctonas existen con relativa frecuencia. Las enfermedades que constituyen el primer grupo son principalmente los prolapsos de las paredes vaginales; compréndese bien, que cuando hay un cistocele que arrastra la pared vaginal anterior hacia la vulva, estira desde su inserción el cuello del útero, y esta tracción durante mucho tiempo acaba por alargar el cuello, que en vez de tener como normalmente 3 cms. de longitud, llega á adquirir 7 y 8 centímetros; lo que hace el cistocele puede hacerlo el rectocele, encontrando en este caso el cuello estirado por la porción supra-vaginal. Las hipertrofias autóctonas pueden presentarse desde la pubertad á la menopausia, siendo raras más allá de este período, en el cual fisiológicamente el órgano debe atrofiarse. En la pubertad aparecen formas de hipertrofia que indican que el útero ha rebasado sus límites de desarrollo, no hallando ninguna enfermedad que nos dé la razón de la hipertrofia; así observamos esta deformidad en jóvenes de 16 y 17 años, vírgenes y en las que no han podido obrar las grandes violencias que acompañan las funciones de generación. En épocas más adelantadas, la enfermedad va acompañada de catarro cervical ó de una metritis intersticial del cuello, que ha acabado por producir una hipertrofia. Otras veces hallamos el sello de ciertos actos que influyen en las congestiones uterinas, encontrándose en general las hipertrofias típicas en mujeres nullíparas.

Histológicamente la dolencia está constituida en los casos de hipertrofia secundaria, por un aumento de extensión del tejido conjuntivo y del muscular, que se extienden á todas las zonas del útero. La enfermedad puede localizarse ó difundirse á todas las porciones del cuello, ofreciéndose más comunmente el primer caso, de manera que el cuello está más engrosado en una de las tres porciones. Respecto á la forma de la hipertrofia, cuando ésta recae en la porción media ó en la supra-vaginal, hay aumento de longitud y de grosor en el órgano, aumento que en ocasiones puede revestir caracteres importantes; su diámetro puede ser de 5 cms., y en cuanto á su longitud puede llegar á medir 10 centímetros. En cuanto á la porción infra-vaginal, cuando recae en ella la hipertrofia reviste dos formas distintas: una en la que el cuello se presenta algo engrosado pero dominando su longitud, otra en la que domina el aplanamiento y el desarrollo en sentido transversal, distendiendo los fondos de saco vaginales; esta ultima forma es más común en las múltiparas que en las vírgenes y nullíparas, que sufren de preferencia la primera forma de hipertrofia. Adviértase bien que no hay que confundir estos actos hipertróficos con los que se realizan en casos de metritis complicadas, v. gr., en la degeneración quística.

Los síntomas son pocos, algunas veces la enfermedad va unida á una estre-

chez del cuello, y entonces aparecerá el cuadro sindrómico de esta afección; de todas maneras, los síntomas sólo aparecen cuando la hipertrofia llega á cierto grado. Uno de los datos más característicos es la esterilidad relativa por haber obstáculo mecánico á la fecundación; no se observa dismenorrea; si hay catarro cervical existirá leucorrea, pero sin grandes dolores; si se trata de una mujer casada, observa dificultad para el coito, que llega á fraguar falsas vías. Este último síntoma es el que llama la atención á las enfermas; en cambio, en las vírgenes anúnciase la enfermedad por la salida del cuello al través de la vulva, y muchas son las que, padeciendo esta enfermedad, ven aparecer un cuerpo extraño, pudiendo salir el hocico de tenca por la vulva ó al través del himen. En tales casos, puede tratarse de una hipertrofia del cuello ó de un prolapso del útero; si la hipertrofia es bastante grande para que el cuello salga por la vulva, los síntomas producidos son los comunes de la salida de un cuerpo extraño, los mismos que los del cistocele. Por el reconocimiento, los síntomas son poco positivos; encontraremos el cuello del útero á más ó menos profundidad, hallaremos las lesiones indicadas, pero deberemos hacer el diagnóstico diferencial con un prolapso del útero. Si hay hipertrofia de la porción vaginal, basta el tacto para hacer el diagnóstico, pues encontramos el cuello del útero libre en la vagina 4 ó 6 cms. Cuando la hipertrofia es de la porción media, el fondo de saco anterior se halla en su sitio, pero el posterior estará á una distancia inmensa, toda la de la hipertrofia. Cabe establecer el diagnóstico entre la hipertrofia de la porción alta del cuello y el prolapso del órgano; en ambos casos, los fondos de saco están en su sitio, y el hocico de tenca sale por la vulva, y, para diferenciarlos, nos valdremos del histerómetro. Este instrumento se introduce con facilidad; si sólo penetra 7 cms., el diagnóstico queda hecho, trátase de un descenso del órgano, pero si penetra 10 cms., diremos que la hipertrofia es la lesión primitiva. No nos contentaremos con indicar que hay hipertrofia del cuello, sino que fijaremos en qué porción se desarrollará; si la hipertrofia recae en la porción vaginal, hallaremos el cuello prolongado hacia abajo y el dedo penetrará profundamente, encontrando en su sitio ambos fondos de saco; si se encuentra el fondo de saco anterior muy bajo, y el posterior en su sitio, diremos que la hipertrofia existe en la región media; en cambio, cuando los fondos de saco están los dos igualmente descendidos, diremos que la hipertrofia reside en la porción supra-vaginal.

El curso de la dolencia es sumamente lento y tiende á la incurabilidad, pues sólo hay esperanzas de que el mal se resuelva al venir la menopausia, y aun así quizás el órgano no se atrofiará completamente, de manera que el afecto es incurable de por sí. Téngase también presente que la enfermedad es muy molesta, que es causa de esterilidad y que dificulta el acto del coito.

El tratamiento es bien sencillo, por cuanto se funda en la Anatomía Patológica de la dolencia. Los medios ortopédicos serán más perjudiciales que beneficiosos, puesto que producirán desviaciones, que serán causa de nuevas enfer-

medades. En cuanto á la intervención quirúrgica, se practica al llegar la hipertrofia á cierto grado, y consiste en la amputación del cuello. Como el acto operatorio altera de tal modo el cuello del útero, que éste acaba por atrofiarse casi siempre, no debemos temer la reproducción del mal. Se ha explicado esta atrofia por las alteraciones que sufren los vasos, modificándose la circulación. En cuanto al modo de verificar el acto quirúrgico, será diferente según el lugar donde resida la lesión; si ésta reside en la porción infravaginal, no debe hacerse más que excindir, por un corte circular, la parte que sale al través de la vulva; se cortará la capa muscular llegando á la mucosa cervical y suturándola después con la vaginal. Para asegurar la maniobra, puede empezarse partiendo el cuello del útero en dos mitades, hasta la profundidad que deseemos, por un corte lateral, cortando luego cada mitad en el sitio donde debe llegar la amputación. Como la vejiga queda en su sitio y cortamos solamente el cuello del útero, la operación resulta muy sencilla; cúidese tan sólo de excindir únicamente la porción necesaria del cuello uterino, pues aunque parezca que éste quede hipertrofiado, todavía no debemos preocuparnos por ello, pues luego vendrá la atrofia consecutiva.

Si debemos operar en la porción media, debe recordarse que la vejiga es arrastrada hacia abajo, por lo cual al verificar, como en el caso anterior, la amputación circular del cuello, no se llevará la incisión más allá del fondo de saco anterior, separando luego la vejiga hacia arriba y procediendo luego sin miedo en la parte posterior. Téngase en cuenta también que no hay que amputar todo lo hipertrofiado, y que las suturas deben unir la mucosa cervical con la vaginal.

Cuando la hipertrofia recae en la porción supra-vaginal, hallamos por la parte posterior el fondo de saco de Douglas, por lo que deberemos respetarlo al operar, así como también debe ponerse cuidado en no interesar la vejiga, que queda por delante. La incisión seguirá el fondo de saco vaginal formando un cono (amputación conoidea de Huguies) y evitando los puntos indicados. Colócanse luego las suturas y queda el cuello, aunque existe, reducido á la porción supra-vaginal, por lo que es difícil encontrarlo.

Por lo que atañe á los resultados de la operación, ésta no es grave, y procediendo con las reglas debidas, es benigna, pudiendo hasta realizarse sin anestesia, en ciertos casos de hipertrofia de la porción infra-vaginal. La cicatrización sobreviene á los siete ú ocho días, y á poco la enferma puede abandonar la cama.

Además de la hipertrofia del cuello del útero, hay la hipertrofia del cuerpo, llamada también *sub-involución*, cuya palabra se relaciona con la patogenia casi constante del mal. En efecto: éste, por lo común, se debe á un parto anterior en el cual la involución del útero, ó sea el acto por el cual éste recobra su volumen ordinario, se detiene por una causa cualquiera, quedando el órgano con un volumen mucho mayor del que le corresponde. También se ha llamado á la afección *metritis sub-involutiva*, con lo cual todavía se acentúa más su carácter.

Sin embargo, cabe aceptar una hipertrofia del cuerpo que no reconozca tal origen, sino que sea debida á una metritis mucosa ó parenquimatosa que acabe por hipertrofiar el órgano, pero como el hecho es raro, de aquí que la conozcamos por el primer nombre. Con esto queda indicada la Etiología de la enfermedad; por lo que toca á la Anatomía patológica, diremos que el cuerpo del útero se ofrece aumentado de volumen en sus paredes y en su cavidad, hasta un tercio y á veces el doble de su magnitud normal; por lo que atañe á modificaciones estructurales, aparte de los fenómenos de metritis mucosa é intersticial, no se presenta nada que llame la atención. Sólo añadiremos que la hipertrofia puede ser uniforme, pero nada se opone á que se hipertrofié más en la parte anterior ó en la posterior.

Los síntomas son siempre idénticos: la enferma experimenta ciertas molestias en el bajo vientre, como si tuviera un cuerpo extraño, sintiendo algunas cual si hubiera un feto en el útero, cuyos movimientos se percibieran. No existen dolores intensos, sino más bien remisos, y se presentan síntomas de metritis, como alteraciones menstruales, principalmente en cantidad, por lo que la enferma suele ser menorragica, ó bien en duración, que es mayor de la normal. Según el grado de la metritis, habrá ó no leucorrea, pero lo característico es la menorragia. Practicando el reconocimiento, hallamos el cuello del útero que puede ofrecerse normal y luego el cuerpo aumentado de volumen, que puede comprobarse con el cateterismo; por éste, si la sonda penetra 8, 9, 10 y hasta 11 centímetros en el órgano, conservándose éste en su posición normal, tendremos una prueba irrecusable en favor de la hipertrofia del órgano. Luego, con hacer el diagnóstico diferencial respecto á ciertos fibromas que pueden simular la sub-involución, podemos asegurar la existencia de la enfermedad que estudiamos. El diagnóstico es, pues, relativamente sencillo.

La enfermedad tiende á estacionarse, siendo raro que se corrija espontáneamente, pues además de los daños locales, hay que tener en cuenta los trastornos generales y las complicaciones que se pueden originar. Estas pueden ser locales, efecto de la infección, ó generales, efecto de la hemorragia; de manera, que si bien la dolencia no progresa, está sujeta á complicaciones que pueden agravarla. En virtud de estos datos puede formularse el pronóstico, que merece acentuarse en razón á los mentados desórdenes que la enfermedad ocasiona.

El tratamiento nos dará resultados variables según la antigüedad de la dolencia. Si observamos la metritis sub-involutiva en los primeros tiempos, todavía podemos tener confianza en su resolución; en este período las irrigaciones vaginales calientes sostenidas y practicadas con todo el rigor de la técnica, y ciertos medicamentos que obran sobre la fibra uterina, están indicadísimos y producen beneficios evidentes. Debe administrarse en primera línea el cornezuelo de centeno, que si obra con eficacia despertará cólicos uterinos, los cuales nos advierten la feliz evolución del proceso morboso. También podemos echar mano del bisulfato de quinina, que activa asimismo la contractilidad de las

fibras del útero. Un medicamento excelente de acción todavía no bien determinada, pero que produce saludables efectos, es el clorato de potasa, que quizás obrará como descongestionante del aparato genital. Estos medios, eficaces en los comienzos de la enfermedad, no son de efecto seguro ni sirven de gran cosa cuando aquélla es antigua, pues todo lo más que harán será paliar la enfermedad. En este caso deberemos dirigirnos á otros medios que nos permitirán triunfar de la afección; entre ellos tenemos el masaje, que reducirá el volumen del útero excitando su contractilidad, y la electrolisis aplicando el polo positivo al útero.

En ocasiones, como dominan los fenómenos de metritis interna, no bastan los medios indicados. Así, cuando existe leucorrea, el mejor tratamiento es el raspado del útero, que se hará seguir del taponamiento intrauterino; la gasa de que se rellena el útero obra como cuerpo extraño, despertando la contractilidad del órgano; al segundo ó tercer día del raspado la enferma siente cólicos uterinos parecidos á los de un aborto. De esta manera el órgano vuelve á sus condiciones primitivas y regulares. Después de este tratamiento, se emplearán las irrigaciones vaginales calientes, usando luego del cornezuelo de centeno y el bisulfato de quinina. El pronóstico de la dolencia puede modificarse gracias á nuestra intervención.

Hay otras formas de hipertrofia del útero que alcanzan todo el órgano, difundiéndose y ocasionando el gigantismo del útero ó verdaderas neoplasias (*miomas*), que formarán objeto de otro capítulo.

Lección XXXVIII

Anomalías de posición del útero.—Versiones y flexiones.—Anteversión y ante-flexión.—Etiología, Patogenia, síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de estas afecciones.—Desviaciones laterales.—Retroversión.

Antes de estudiar las desviaciones del útero, ó sea las versiones y flexiones uterinas, fijemos bien el valor de estas palabras. Al hablar de la anatomía de la pelvis dijimos que el útero está normalmente en una ligera anteversión; que en estado patológico puede variar de posición, constituyendo varios tipos clínicos que consistirán en suma en versiones ó flexiones. Cuando el útero se desvía por completo sin que cambie de dirección el eje del órgano, diremos que hay una versión; por el contrario, si se dobla el eje del útero inclinándose el cuerpo sobre el cuello, tendremos una flexión. Ambas pueden tener lugar hacia adelante, originando la anteversión y la ante-flexión, ó hacia atrás, dando lugar á la retroversión y retroflexión ó también hacia los lados, originando las latero-desviaciones.

El primer grupo que consideraremos es el de las desviaciones anteriores, anteversión y anteflexión. La primera es una exageración del estado normal del órgano; importa conocer este punto, pues de otro modo nos expondríamos á calificar de desviaciones muchos estados normales del órgano. Si la vejiga está vacía la anteversión aumenta, si está repleta disminuye; por tanto, siendo la anteversión en grado variable un estado fisiológico del órgano, se comprende las dificultades que habrá para calificar de patológica una desviación de esta clase. Con todo, una desviación patológica se distinguirá de una normal por dos hechos principales; en primer lugar lo exagerado de esta posición del útero, el fondo hállase mucho más bajo y el cuello más alto, y en segundo lugar ofrece este carácter cierta fijeza, lo que no pasa en estado normal, porque la plenitud ó vacuidad de la vejiga influye en ella de una manera notable. También en estado patológico hay cierta resistencia para levantar el órgano y colocarlo en su sitio.

Como causas de la afección encontramos las enfermedades ya estudiadas. Así la sub-involución ó hipertrofia del órgano puede exagerar la anteversión de una manera mecánica, convirtiéndola de normal en patológica. Pero las causas más decisivas vienen representadas por las afecciones flogísticas de la pelvis, tales como las perisalpingitis, peritonitis del fondo de saco posterior, celulitis del fondo de Douglas, etc.; estos afectos, atacando la estructura de los medios de sostén del útero y creando otros nuevos, pueden fijar el útero en falsas posiciones. Tal sucede con las parametritis posteriores ó inflamación crónica del tejido celular correspondiente al fondo de Douglas é inflamaciones del peritoneo en esta misma parte, que producen tejidos retráctiles tan rígidos en los órganos flogoseados, que los ligamentos útero-sacros, que sostienen el cuello en cierta posición, se retraen, pierden la elasticidad y tiran del cuello hacia atrás, basculando el órgano é inclinandolo hacia adelante. Las inflamaciones en los cuernos del órgano pueden determinar falsas membranas entre el fondo del órgano y la parte anterior de la pelvis. Las metritis crónicas sostenidas, alterando de cierta manera los tejidos vecinos y dando rigidez al órgano, pueden ser causa de los referidos fenómenos.

Los síntomas de la dolencia son poco definidos: tenemos en primer lugar los directos; la mujer sufre ciertas molestias en el bajo vientre, dolor lumbar, peso hipogástrico por la gravitación del órgano sobre la vejiga, micción frecuente y quizás dolorosa porque el útero no deja distender con libertad la vejiga y al llenarse ésta lo suficiente aparece el tenesmo.

La dolencia tiende á la cronicidad, debiendo relacionarse con ella el pronóstico. En efecto, la enfermedad, si no es grave de por sí, puede preparar el terreno para otras complicaciones, gracias á lo que se explica la patogenia de muchos afectos que estudiaremos en su día. Así pues, el pronóstico de la lesión en sí, no es grave, pues las manifestaciones locales y generales que produce suelen ser estacionarias.

Respecto al tratamiento de la anteversión ha de ser directo. El masaje, volviendo á sus condiciones normales los tejidos que rodean el útero, es uno de los mejores recursos. La metritis que puede haber se combatirá con irrigaciones. También puede echarse mano de distintos medios mecánicos internos unos y externos otros. La célebre faja hipogástrica, que se empleó como panacea de los afectos uterinos, tiene aquí sus aplicaciones; consiste en una faja que abarca toda la región hipogástrica, provista de una almohadilla de presión en el pubis. Puede asimismo ser útil la aplicación de un pesario circular, que es el más indiferente; introducido en el fondo de la vagina comprime el fondo de saco anterior hacia adelante, sujeta el cuello, pudiendo ayudar en parte á sostener el órgano. Todo esto, unido á los medios que corrigen la metritis, puede influir favorablemente en la evolución de la dolencia, pues ésta á veces depende de aquélla.

Más importante que la anteversión y también más frecuente es la anteflexión, la cual siempre es patológica. Aquí no hay exageraciones del estado normal, y por lo que hemos dicho anteriormente ya sabemos en qué consiste la enfermedad. Puede realizarse la flexión en diversos sitios, pero lo más común es que el eje del útero se doble en la unión del cuerpo con el cuello, lo cual constituye la anteflexión típica. A veces la flexión se efectúa en el cuello del útero, de lo que dijimos algo al hablar del cuello cónico. Finalmente la flexión puede recaer en el cuerpo del órgano, originándose otro tipo. Los principales, con todo, son los primeramente descritos.

Por lo que se refiere á su Etiología y Patogenia, estas diversas anteflexiones pueden dividirse en dos grupos, según sean congénitas ó espontáneas ó adquiridas. De todas las flexiones del cuello casi no hay ninguna que no sea espontánea; es decir, que se desarrolla sin que sepamos cuándo, ni por qué; es raro en estos casos que no exista algo del cuello cónico, habiendo un desarrollo deficiente á veces del resto del aparato genital. Así vemos que la vulva y la vagina presentan un desarrollo deficiente, de manera que parece existir una atrofia congénita total del aparato genésico. A veces encontramos solamente la desviación. Cuando la anteflexión es adquirida, las causas que la han determinado son casi siempre de dos órdenes: ó bien es una metritis que, trastornando la nutrición del órgano, favorece que se doble el eje del útero sobre sí mismo, ó bien á consecuencia de un parto anterior, al realizarse la involución, puede desviarse el eje del útero inclinándose el órgano hacia adelante.

Los síntomas son casi iguales en la forma congénita y en la adquirida. La mujer sufre una dismenorrea típica que se presenta en las primeras horas y que entra en el grupo de la dismenorrea mecánica de que hablamos en la estrechez del cuello. Dada la flexión del útero, al venir el período menstrual es necesario que el órgano entre en contracciones para que la sangre enfile por el orificio obturado. También suele haber disminución en la cantidad del flujo. Pueden existir asimismo dolores variados en la pelvis, y no es raro el tenesmo vesical.