

Sesión científica de 24 de febrero de 1907

PRESIDENCIA: DOCTOR CARULLA

La Retroflexión uterina.—Sus consecuencias y tratamiento

POR EL DOCTOR DON ALVARO ESQUERDO

SEÑORES:

Deseando contribuir en lo que pueda a las Sesiones científicas de la Academia, no pude resistir al requerimiento del señor Presidente y ofrecí traer un asunto a la sesión de hoy.

Treinta años de práctica ginecológica en el Hospital de la Santa Cruz, en donde tengo que examinar unas quinientas enfermas semanales por año y tratar u operar unas trescientas con la necesidad de estar al corriente de la ginecología para salir del paso, son motivo para que me crea con competencia para tratar asuntos de ginecología. Por esto elegí para esta sesión la retroflexión uterina y la elegí con más motivo por la frecuencia con que encuentro casos de retroflexión, por la complicación que la acompañan en las enfermas que examino y opero y por las consecuencias que tiene por no ser atendida y tratada.

No me figuro dar novedad al asunto ni presentarlo bajo un concepto nuevo, porque el que yo tengo formado es el mismo que expone Pozzi en los primeros párrafos de su última edición de Ginecología al hablar de las desviaciones del útero; pero como son muchos los médicos que confunden la retroversión con la retroflexión y más los que sólo ven en la retroflexión el hecho de la desviación uterina, no se pierde nada en que hablemos de ello.

Desde que Schmit, West y Simpson en el segundo cuarto del siglo pasado estudiaron las desviaciones uterinas, la retroflexión ha quedado bien estudiada y conocida. Sin embargo, son bastantes los que confunden la retroversión con la retroflexión, lo cual no tiene nada de particular si se tiene en cuenta que ginecólogos como Sims, Fritsche y Cousty la consideran como un grado más avanzado de la retroversión. Para los que no están acostumbrados a los exámenes ginecológicos, es fácil confundir la retroversión con la retroflexión y para los que no han estudiado en serio el asunto viene a ser lo mismo una cosa que otra. El ginecólogo debe distinguir las y saber diagnosticarlas, porque las consecuencias y el tratamiento son distintos.

Puede haber retroversión sin retroflexión, puede haber retroflexión sin retroversión, y puede haber retroflexión con retroversión. La retroversión ligera puede preparar al útero para la retroflexión, pero la retroversión completa regularmente lo prepara para el prolapso. La retroversión depende de una laxitud de ligamentos, puede existir en úteros completamente sanos que conservan su movilidad, mientras que la retroflexión supone un estado patológico anterior, va acompañada casi siempre de alteraciones patológicas de útero y anexos y suele coincidir muchas veces con adherencias y lesiones anexiales de más o menos importancia. En la retroversión las paredes y cavidad uterina conservan siempre su dirección relativa, mientras en la retroflexión las paredes están dobladas formando convexidad la anterior y concavidad la posterior, con adelgazamiento de la pared en el sitio de la flexión. La cavidad puede estar deformada hasta el punto de quedar reducida simulando una estrechez en el sitio de flexión. En la retroversión podemos encontrar el cuello del útero dirigido hacia delante hasta por encima del pubis y en la retroflexión puede encontrarse dirigido hacia atrás o presentarse en la posición normal.

La retroflexión del útero es más frecuente de lo que se cree. Fritsche dice que una mitad de mujeres examinadas ginecológicamente, la padecen. Por las que yo examino, me parece que está en lo cierto.

Los exámenes repetidos del aparato sexual y las intervenciones por lesiones uterinas y anexiales

me han hecho descubrir retroflexiones no sospechadas porque no ocasionaban sufrimientos y retroflexiones que no podían diagnosticarse sin una exploración histerométrica porque lo que ocasionaba sufrimientos y trastornos eran las lesiones anexiales que envolvían al útero, lo cual no permitía perfilar la posición y relaciones del órgano. Aunque la retroflexión supone siempre un estado patológico del útero y muchas veces da lugar a trastornos, hay casos en que se soporta muy bien porque no ocasiona sufrimientos ni trastornos de importancia; la mujer menstrúa con regularidad, concibe con facilidad y lleva el embarazo a feliz término.

La retroflexión uterina debe considerarse siempre como un estado patológico y como un defecto que predispone a las alteraciones patológicas. Los hechos que la han preparado, la manera como puede perturbar la circulación uterina, la evacuación de las secreciones intrauterinas y la nutrición del útero, son suficientes para llamar la atención del ginecólogo a pesar de que hay enfermas que pueden soportarla perfectamente y llegan a la menopausia o sea al final de la vida sexual sin que la desviación haya tenido consecuencias.

Hay ginecólogos que creen que las lesiones del cuello preparan el útero para la retroflexión y pueden llegar a producirla. Yo creo que sólo pueden influir en el sentido de favorecer las endometritis y metritis parenquimatosas, que son las que pueden ser causa de retroflexión; pero que regularmente son un hecho concomitante que más bien puede estar sostenido por la retroflexión que producirla.

Regularmente una endocervicitis sencilla como las que padecen algunas mujeres linfáticas y artríticas debidas al descuido y abuso sexual, una endocervicitis fungosa, un ectropion consecutivo a rasgaduras e hipertrofia de la mucosa suelen mantener un estado de hiperemia, de infiltración de la mucosa y de septicidad por las secreciones y supuración que pueden correrse hacia la cavidad uterina determinando la endometritis cavitaria, la metritis parenquimatosa y las salpingitis con todas sus consecuencias. En este sentido se comprende que por engrosamiento e hipertrofia del útero, si la mujer no se cuida y los ligamentos son laxos, puede producirse la flexión y alterándose la contextura anatómica de las paredes se convierte en fija; o bien por las salpingitis y perimetritis adhesivas quedando sujeto y aprisionado el cuerpo del útero al venir la hipertrofia tiene que doblarse.

En la mayor parte de casos he visto que tratando las lesiones del cuello, sin preocuparme de la retroflexión, desaparecían las leucorreas, desaparecían las metrorragias, se regularizaba la menstruación; mejoraba el estado congestivo del útero, cesaban los dolores y el útero se hacía más movable. Esto demuestra que no eran las lesiones del cuello las que habían producido la retroflexión; a lo más podían agravarla y eran influenciadas por ella.

Las causas más comunes y evidentes de las retroflexiones son los embarazos y abortos. En unos y en otros hay una alteración anatómica de las paredes. En el embarazo la distensión obligada de las paredes trae consigo la distensión de los ligamentos. Según la distensión sufrida, la tonicidad y el estado de reblandecimiento en que queda el útero después del parto, hacen que la reducción sea más o menos rápida. Esto sin sobrevenir complicaciones, pues hay mujeres que tienen el útero reducido a los ocho días, mientras que en otras a los quince días todavía está convertido en una bolsa con la mucosa congestionada. Regularmente las menos dispuestas a una reducción rápida son las más expuestas a las infecciones uterinas. Toda mujer que tiene infección endouterina después del parto o del aborto acaba por tener metritis de más o menos importancia. De consiguiente, el parto y el aborto en las mujeres que no se cuidan bien, que se sientan en la cama o se levantan antes de estar reducido el útero, antes de estar dominada la metritis o conservando restos placentarios, son candidatas a la retroflexión. Toda congestión uterina, endometritis o metritis con aumento de volumen del útero en mujeres que se ven obligadas a permanecer mucho tiempo de pie, que tienen que hacer esfuerzos, que retienen excesivamente la orina o que padecen constipación pertinaz, puede conducir a la retroflexión.

Las lesiones anexiales que determinan peritonitis con adherencias, infiltraciones plásticas o supuraciones aprisionando y fijando el cuerpo del útero, pueden determinar la retroflexión.

Se habla de retroflexiones en mujeres que no han cohabitado ni concebido, para deducir que puede haber retroflexiones congénitas o por defecto de desarrollo. Estas, si acaso, son pocas y no tienen gran importancia. Se habla también de retroflexiones súbitas a consecuencia de un esfuerzo o de abusos sexuales. También hay que dudar de esta patogenia, siendo probable que la violencia, exacerbando los sufrimientos, las haya revelado.

Yo la he visto producida por quistes para-ováricos desarrollados en la expansión anterior del ligamento ancho, por quistes pequeños de los ovarios caídos en el fondo de Douglas, por ovarios quísticos hipertrofiados y prolapsados, por fibromas intersticiales voluminosos de la pared y por fibromas pequeños de la pared posterior pediculados. En estos casos, si no hay lesión de la mucosa ni del parenquima del útero, antes de producirse la retroflexión poco a poco se va desarrollando hasta sobrevenir la hipertrofia del cuerpo y la alteración de textura de las paredes. Cuando la retroflexión dura algún

tiempo, a simple vista se nota el adelgazamiento de la pared posterior en el ángulo de flexión, debido a la compresión y caracterizado anatómicamente por la esclerosis, tan bien estudiada y descrita por Virchow y Sommer.

En los casos en que la retroflexión todavía es reductible por el tacto vaginal, por el tacto y la palpación combinadas o bien por el histerómetro, las lesiones anatómicas de las paredes hacen que se reproduzca en seguida a no ser que se aplique un medio contentivo permanente. Por esto no comprendo las retroflexiones agudas de que hablan algunos ginecólogos ni caeo en las reducciones rápidas y curaciones definitivas. Creo que en los casos referidos debe haberse tratado de ovarios caídos detrás del útero en retroversión, sostenidos unos y otros por coproestasis o bien de congestiones uterinas o agudizaciones de procesos anxiales sobrevenidos a consecuencia de fatigas o excesos sexuales. Solo así se comprende que la reducción, el reposo y la administración de un purgante puedan haber curado rápidamente la retroflexión.

La lesión primitiva de útero o anexos que han preparado una retroflexión o las lesiones sobrevenidas a consecuencia de la retroflexión no desaparecen en absoluto mientras persista ésta. Pueden dominarse y mejorar hasta el punto de que la paciente se considere curada, que no experimente ninguna molestia ni trastorno, pero al examinar el útero siempre se encuentra algo engrosado, siempre se encuentra alguna erosión o rubicundez en el cuello y siempre se nota algo de leucorrea o de secreción mucosa en el conducto cervical. Por consecuencia de estas lesiones bien toleradas, en cuanto tienen que andar mucho o trabajar en posición derecha, si no tienen cuidados de limpieza o abusan del coito, con facilidad tienen exacerbaciones congestivas o inflamatorias caracterizadas por los dolores, el peso, el aumento de leucorrea, las menorragias o las metrorragias.

Habiendo, como hay, lesiones en la mucosa, es natural que haya aumento de secreción y estando doblegada la cavidad uterina es natural que haya dificultad de evacuación de estas secreciones. La congestión y la retención favorecen la agudización de los procesos sépticos y son motivo suficiente para que se desarrollen las salpingitis y salpingo-peritonitis. Por esto las lesiones anxiales se encuentran con tanta frecuencia acompañando a la retroflexión. Lo que ocurre es que muchas veces, en período de agudización de las lesiones anxiales no se concede la debida importancia a la retroflexión, desentendiéndose de ella o relegándola a segundo término. Cuando las complicaciones anxiales se han constituido en un hecho definitivo, regularmente se olvida la retroflexión para no pensar más que en la anexitis.

Es positivo que en muchos casos de anexitis primitiva se establecen adherencias del epiploon con la cara anterior del útero obligando al cuerpo a doblarse hacia atrás, que las mismas adherencias que se forman en el fondo de Douglas tiran del cuerpo del útero y le obligan a doblegarse, y que otras veces, los anexos montan encima del cuerpo del útero y lo aprisionan obligándole a doblegarse. En estos casos lo importante en el período de agudez es la anexitis, pero si se consigue dominar ésta, permite definitivamente la retroflexión, toma carta de naturaleza, es la que ocasiona las perturbaciones y sufrimientos y la que determina las reproducciones y exacerbaciones de la anexitis. De consiguiente debe considerársela como retroflexión con la agravante de las adherencias. De aquí que el número de las retroflexiones sea más considerable de lo que acostumbra a creerse.

Aunque la retroflexión uterina es un hecho bien definido, puede presentarse con tantas gradaciones y complicaciones y estar combinada con tantas lesiones anatómicas que puede pasar de la tolerancia perfecta a constituir un hecho grave.

Tenemos la retroflexión consecutiva a un parto o un aborto en que la mujer no ha guardado el reposo debido y en que a pesar de no haber habido complicaciones, por no haberse verificado la reducción uterina se inicia la desviación para constituirse definitivamente, gracias a la laxitud de ligamentos, a las distensiones forzadas de la vejiga, a la constipación intestinal y a los corsés muy apretados: las retroflexiones debidas a pequeños fibromas pediculados del cuerpo del útero y a ovarios engrosados y prolapsados. En estos casos, como el útero queda movable, a pesar del engrosamiento del cuerpo y de las perturbaciones de circulación, secreción y excreción inevitables, la retroflexión se tolera perfectamente sin leucorreas, sin hemorragias, casi sin dismenorreas, casi sin dolores y hasta puede haber embarazos y llegar a término. Es más, un embarazo a término puede corregir la desviación si se cuida el puerperio debidamente. En cambio tenemos las retroflexiones consecutivas a anexitis o que han determinado ya las anexitis con infiltraciones plásticas y supuraciones que son un peligro para la vida de la enferma. La mujer puede quedar embarazada a pesar de la retroflexión, pero regularmente la retroflexión es un motivo de esterilidad y en caso de embarazo un motivo de aborto, siendo muy probable la retención de vellosidades coriales en los primeros meses, de la placenta después y de complicaciones serias. Muchas anexitis que sobrevienen después de los abortos son debidas a la retroflexión que no había llegado a corregirse antes del cuarto mes del embarazo, que dificulta la buena evacuación del útero y que favorece la infección séptica por la congestión y retención de líquidos.

Para hacerse cargo de lo que representa la retroflexión uterina para la mujer no basta diagnosticar la retroflexión sino conocer todas las circunstancias que la acompañan y las complicaciones que pueden haber alrededor del útero y de los anexos. Es necesario también conocer todo esto para indicar un buen tratamiento y la oportunidad del mismo.

Regularmente, las mujeres no se preocupan de la retroflexión mientras no les ocasiona sufrimientos serios. Se preocupan de la leucorrea, de las metrorragias, de las menorragias, de la dismenorrea, de los dolores y de la esterilidad. El médico que practica un examen serio y es experto en ginecología diagnostica la retroflexión. Comúnmente no se trata la retroflexión de la manera debida porque el médico se limita a tratar las lesiones del cuello, a corregir los trastornos funcionales o a curar las lesiones inflamatorias y los trastornos congestivos. Por un pudor mal entendido, por no disponer de recursos, por no perder tiempo o por miedo a cualesquiera intervención, son muchas las mujeres que no teniendo trastornos serios o sufrimientos de importancia no quieren someterse a tratamiento o una vez aliviados aquéllos lo abandonan. Esto hace que la retroflexión se acentúe cada día más, que sobrevengan complicaciones que la hagan irreductible o que la retroflexión quede dominada por las lesiones anexiales.

En realidad, en la mayoría de casos el ginecólogo tampoco debiera preocuparse por la retroflexión teniendo sólo en cuenta los sufrimientos que ocasiona, pero sí debe hacerlo teniendo en cuenta las consecuencias que puede tener. Debemos pensar que un embarazo en retroflexión uterina puede producir la incarceration del útero grávido; que muchos abortos son debidos a la retroflexión, que la retroflexión es una amenaza en toda infección endo-uterina porque favorece la propagación a las trompas; y que la retroflexión es una causa de esterilidad. Por la retroflexión se sostiene la congestión uterina y la ingurgitación consecutiva que pueden sostener hemorragias, dando lugar a dudas y equivocaciones diagnósticas de fibromas y epitelomas intrauterinos. En algunos casos he evitado que se practicara una histerectomía aplicando un pesario enderezador.

Debe, pues, cuidarse la retroflexia, cuidarse debidamente y corregirla cuando ocasiona molestias o trastornos persistentes. Podrían prevenirse muchas retroflexiones si los médicos conociesen mejor su patogenia y consecuencias aconsejando y hasta obligando a las mujeres a cuidarse debidamente después de los partos y abortos.

La partera no debiera dejar la cama hasta que el médico hubiese comprobado la reducción del útero, ya que no puede fijarse fecha para que ésta sea completa, porque depende de una porción de circunstancias. Es difícil cuidar bien los abortos, porque las mismas interesadas tienen empeño en ocultarlos; pero debiera inculcarse a la mujer lo peligroso que es no cuidar el aborto aunque se expulse todo y no se presenten complicaciones. La mayor parte de mujeres no guardan cama después de un aborto y debieran tratar el aborto como un parto pequeño con la agravante posibilidad de retención durante días o semanas.

La mujer con retroflexión uterina no debe entregarse a los abusos sexuales, sobre todo en el período menstrual, para no aumentar y sostener la congestión uterina. Debe evitar los esfuerzos y los trabajos que le obliguen a estar mucho tiempo derecha. Ha de evitar las retenciones prolongadas de orina. Debe evacuar el vientre cada día por medio de laxantes o lavativas.

La congestión uterina, las endometritis, las retenciones placentarias, en caso de aborto deben tratarse con empeño en los casos de retroflexión. Tratando bien el puerperio y los abortos es como pueden corregirse definitivamente muchas retroflexiones.

Puede coadyuvar al tratamiento de la retroflexión la posición boca abajo o la posición de la mujer apoyando sobre las rodillas y el pecho con las caderas levantadas al estilo de los mahometanos cuando están en oración. Esto en las mujeres que tengan tiempo, buena voluntad y convicción puede ser suficiente para corregir una desviación; pero se requiere mucho tiempo. Además pueden introducirse en la vagina tapones de gasa, espéculums o tallos macizos que empujen el útero por detrás.

Estando la mujer en posición natural en la cama puede reducirse la desviación con los dedos introducidos por la vagina y aplicar un taponamiento posterior, cosa que puede aprender a hacer la misma enferma.

Se ha aconsejado también la introducción de tapones rectales, pero esto, además de trabajoso porque tendría que hacerse con espéculum, ha de ser muy molesto y hasta insoportable, además de ser de efecto contraproducente.

Hay quien se hace muchas ilusiones de la aplicación de fajas hipogástricas con almohadillas para fijar la posición del útero o enderezarlo apretando la convexidad. Sólo puede admitirse esta idea en aparatistas o bragueristas ignorantes y atrevidos, pues ningún médico que conozca lo que es la retroflexión y piense un poco sobre los efectos de los compresores abdominales puede abrigar la menor esperanza de utilidad. Al contrario estoy convencido de que son perjudiciales lo mismo que los corsés bajos que usan hoy las señoras para disimular el vientre.

Los primeros ginecólogos que se ocuparon de la retroflexión concibieron grandes esperanzas de los enderezadores intrauterinos. Cuando no podía pensarse en operaciones abdominales se comprende que se aguzase el ingenio para inventar enderezadores.

El primer enderezador es el histerómetro, el cual nos sirve para confirmar el diagnóstico, para ver si es fácil su enderezamiento y si la maniobra produce dolores. Es necesario saber la dirección que adquiere la cavidad para dar al histerómetro la curvatura adecuada y hacer la maniobra conveniente para introducirlo. Es necesario que se encorve la extremidad en unos dos o tres centímetros dando una curva bastante pronunciada. Debe conducirse por el conducto cervical, primero hacia delante y así que llega al orificio cervical superior en donde encuentra resistencia dirigir la punta hacia atrás y levantar el mango, lo mismo que se hace para el cateterismo del hombre, dando la vuelta de maestro. El histerómetro debe penetrar sin violencia hasta alcanzar el fondo y por lo tanto sin producir dolor. Después se deshace la vuelta dirigiendo la punta hacia delante y bajando el mango. Si no hay adherencias ni lesiones anexiales, la rectificación es fácil, pero si hay una de estas cosas la maniobra resulta dolorosa y la enferma continúa quejándose mientras se aguanta el útero en posición. Esto debe servirnos para establecer el plan de tratamiento posterior.

Para reemplazar el histerómetro se han ideado varios tallos rectificadores, fenestrados, huecos, macizos y en forma de rejilla. Los más usados han sido los de Simpson, Fehling, Lefour, Kirvisch, Valleix, Martin, Winckel, Schulbre, Schroden, Newist, Barnes, Gallard y Frasmes. Courty había empleado un enderezador galvánico al estilo de Simpson. Todos estos enderezadores, que habían estado muy en boga en Inglaterra, Francia y Alemania a mediados del siglo pasado, apenas si se usan hoy. Conty dice que tuvo que desecharlos por haber perdido una enferma de peritonitis. West los condena diciendo que son muy incómodos y peligrosos, que pueden producir accidentes graves a pesar de los cuidados y que no se mantienen las curaciones. Si su aplicación pudiera ser de tiempo limitado para que la mujer pudiese guardar cama y ser vigilada mientras lleva el enderezador, podría considerarse como un medio de los más racionales; pero eso de pretender que la mujer lleve durante meses el tallo intrauterino y se dedique a la vida ordinaria es muy aventurado y poco razonable. A pesar de que algunos ginecólogos lo han usado creo lo han hecho sin pensar en las consecuencias que podía tener su permanencia dentro del útero largo tiempo sostenida y cambiando la enferma de posiciones.

Efectivamente, de los enderezadores pueden esperarse dos efectos; el primero rectificar y sostener la posición; el segundo estimular la mucosa y tejido uterino como se hace en las estrecheces uretrales con la candelilla permanente, para reblandecer el tejido y determinar la reabsorción de exudados. De este modo pueden desaparecer las induraciones que dan la retroflexión. Si se tiene en cuenta que el enderezador se convierte en cuerpo irritante, que puede dificultar la evacuación de líquidos y que obrando continuamente sobre un punto puede llegar a determinar la perforación del útero se comprenderá lo peligroso de su uso además de la molestia que ocasionaría a las enfermas.

Yo he aplicado el enderezador de Simpson sostenido con compresas, pero tuve que desistir por los dolores que provocaba.

Es preferible, cuando se tiene que tratar antes la endometritis, hacer un raspado y después introducir una sonda de goma dura recubierta de gasa para practicar el taponamiento. Con esto después de limpiar la cavidad se modifica la nutrición y pueden darse irrigaciones intrauterinas durante seis u ocho días. En algunos casos en que lo he hecho he obtenido buenos resultados.

Antes de empezar un tratamiento serio deben curarse las lesiones del cuello, endocervicitis, ectropion, hipertrofia, para evitar que la supuración de estas lesiones pueda contaminar la cavidad. No porque crea, como dice Pozzi, que las lesiones del cuello puedan producir y sostener la retroflexión. Pueden producir la endometritis y metritis parenquimatosa que puede producir la retroflexión.

Indudablemente el medio más sencillo, más inocuo y más eficaz para tratar las retroflexiones uterinas, cuando no hay adherencias ni complicaciones anexiales, es el pesario de Hodge. Este, como es sabido, consiste en un anillo de caucho endurecido o ebonita, de un grosor de ocho milímetros y de diámetros diferentes. Los hay también formados por un alambre revestido con un tubo de caucho. Fargas los hacía construir en aluminio, yo los he hecho construir en plata. Los de caucho blando se estropean y alteran fácilmente y los de metal no pueden amoldarse a diferentes casos y caen fácilmente, tanto por su peso como porque no adhieren bien. El de caucho endurecido puede adaptarse a todos los casos, porque poniéndolo en agua bien caliente se le da la forma que se quiere.

Puede decirse que es el pesario más generalizado y que ha dado mejores resultados, porque en todas las obras de ginecología se habla de él para recomendar su uso.

El pesario de Hodge, para estar bien colocado tiene que apoyar por los lados sobre la cara interna de los isquions, por delante contra el pubis sin comprimir la uretra y por detrás en el fondo de saco posterior con tendencia a remontarse hacia arriba. Esto depende de la forma abarquillada que se le dé. Una vez colocado no ha de producir molestia ni dolor aunque la enferma haga los movimientos que quiera.

No todos los médicos saben colocar un pesario de Hodge, pues yo lo he visto colocado al revés y lo he encontrado apoyando el extremo posterior por delante del cuello del útero.

El doctor Fargas cita el caso de una señora que lo llevaba aplicado en el extranjero y que al requerir a un ginecólogo de aquí para que se lo quitase y volviese a colocar no pudo soportarlo porque se lo había puesto mal.

Estos pesarios pueden llevarse años, teniendo cuidado de sacarlos de cuando en cuando, limpiarlos y cambiarles la forma si conviene, para que levanten más el cuerpo del útero.

Tengo la convicción de que, cuando no hay adherencias ni complicaciones anexas, con ellos se puede corregir la desviación y se combate la metritis, corrigiendo los trastornos consiguientes. Cuando hay adherencias y complicaciones anexas, según sean éstas no puede curarlas el pesario por más que digan algunos ginecólogos que tienen la pretensión de curar todas las retroflexiones sin necesidad de recurrir a la operación.

Dentro de la misma clase de pesario se han hecho varias modificaciones, dándole la forma de ocho de guarismo Schultze, de urna Vuillet, de eslabón de cadena Fritsche y haciéndolo más grueso en el arco posterior Gaillard y Thomas. Para mí basta el de Hodge porque se le pueden dar varias formas y acomodarlo a las necesidades de la enferma y del grado de retroflexión.

Cuando una enferma no puede soportar un pesario de Hodge, si está bien colocado, es que hay adherencias periúterinas o lesiones anexas, cosa que he podido comprobar practicando la operación abdominal. No puede admitirse la reducción violenta preconizada por Schultze, dilatando el cuello con laminaria para introducir el dedo en la cavidad y enderezar el útero rompiendo las adherencias, por ser manipulación ciega y peligrosa.

Se han preconizado y practicado operaciones vaginales para corregir la retroflexión uterina. La discisión del cuello de Sims y la traquelotomía posterior de Emmet para suturar por separado los labios de la herida con el objeto de conducir la abertura del cuello hacia abajo podrán ser útiles para facilitar la evacuación del útero, pero no veo el efecto que puedan producir sobre la retroflexión. Aunque se añada una colporrafia anterior, no creo pueda ser de utilidad.

Las colporrafias anteriores con escisión cuneiforme de pared de útero, las cauterizaciones de la pared anterior del útero hechas por Amussat y Consty, son operaciones de efecto ilusorio.

Las vagino-fijaciones del cuerpo del útero de Laenger, de Dührsen y de Mackenrodt son operaciones ingeniosas pero ciegas y que pueden convertir la retroflexión en anteflexión.

El acortamiento de los ligamentos redondos por la vagina preconizado por Wertheim, Campbell y Alexandroff son operaciones muy bien concebidas pero expuestas y que han de quedar incompletas hechas por la vía vaginal.

Todas las operaciones que se practiquen por la vía vaginal han de ser inseguras, incompletas y pueden ser peligrosas, particularmente cuando hay adherencias posteriores y lesiones anexas. Lo que se consigue con las operaciones vaginales puede conseguirse por la aplicación de un buen pesario si se tiene la pericia de aplicarlo y la paciencia de llevarlo el tiempo necesario para rectificar la posición. Cuando haya lesiones anexas y adherencias pueden resolver una parte de la cuestión, pero pueden aumentar los dolores por las tracciones anteriores y pueden ser un inconveniente para el caso de un embarazo.

Por esto creo que las retroflexiones reductibles deben tratarse siempre con el pesario y con los cuidados higiénicos; y cuando de esta manera no puede conseguirse ni mantenerse la reducción, si la retroflexión molesta o produce dolores debe recurrirse a operaciones por la vía alta.

Desde que Alquier, Alexander y Adams practicaron el acortamiento extraabdominal de los ligamentos redondos, ha sido ésta la operación corriente de la mayor parte de los ginecólogos, registrando estadísticas tan favorables que parece había de ser este procedimiento la panacea indiscutible para curar la retroflexión. Parece extraño que cirujanos de tanta experiencia y competencia no hayan tenido en cuenta las adherencias y lesiones anexas que se encuentran en muchas retroflexiones. Es que tal vez en estos casos, por conceder más importancia a las adherencias, lesiones anexas e infiltraciones perimetriticas no conceden importancia a la retroflexión como causante de dichas lesiones ni a éstas como causantes de la retroflexión y se han desentendido de ella, pues si hubiesen concedido la importancia debida a la retroflexión complicada no publicarían estadísticas de curación casi totales. No puede ser que en estos casos, ni las operaciones vaginales, ni el acortamiento extraabdominal de los ligamentos redondos conduzcan a la curación.

Indudablemente el acortamiento extraabdominal de los ligamentos redondos es la operación más sencilla, más inofensiva y que requiere menos cuidados. A pesar de que cada ginecólogo pretende tener su procedimiento y hace notar su habilidad, no se requiere mucha para practicarla y pueden variarse los procedimientos a gusto. Al fin y al cabo no se trata de otra cosa que de buscar el orificio inguinal externo como se hace para la operación de las hernias inguinales y dentro del orificio buscar

el ligamento redondo. Aunque esto puede confundirse con las fibras aponeuróticas del oblicuo mayor y con las fibras musculares del transverso, fijándose un poco es fácil encontrarlo entre los dos pilares del conducto inguinal. Aislado el ligamento puede conducirse por un túnel subcutáneo para atarlo con el del otro lado Dolaris, o bien seccionarlo para ir tirando de él hasta colocar el útero en posición, cosa que comprobará un ayudante, y después suturarle junto con los pilares en la parte más alta de la incisión Legand, o bien atravesarlo por ojales aponeuróticos como hace Kocker para dar más seguridad a la fijación.

La operación tiene mucho de sencilla pero bastante de ciega, pues no puede apreciarse el estado de los anexos, ni obtenerse la reducción en casos de anexitis y adherencias. Yo creo que la mayor parte de veces se ha practicado en casos de retroflexión uterina bien tolerados y descubiertos al azar, casos en que no era necesaria o habría podido conseguirse la reducción por medio del pesario. No obstante, como es una operación elegante, sencilla y que no perjudica a la enferma, creo que se continuará practicando de preferencia a las otras.

Para decidirse a un tratamiento quirúrgico de la retroflexión uterina se necesita no tan sólo hacer el diagnóstico de la retroflexión sino de los accidentes y complicaciones que la acompañan. Mientras la retroflexión no hace sufrir a la mujer ni trastorna su vida pueden aconsejarse cuidados, régimen higiénico, medicaciones coadyuvantes y pesario. Es muy posible que con esto se corrijan los dolores lumbo-sacros, los reflejismos nerviosos, las leucorreas, las metrorragias y menorragias, las dismenorreas y se curen las lesiones del cuello. Es probable que vengan nuevos embarazos y que la mujer llegue a la menopausia sin otros percances. De todos modos, es bien sabido que la retroflexión expone al prolapso y por esto debe vigilarse.

Puede haber pequeños fibromas, ovarios escleroquísticos hipertrofiados o quistes del ovario algo crecidos sin que determinen molestias. Tampoco debemos precipitarnos en hacer un tratamiento radical, aunque ya sabemos que estos procesos no se curan sin la intervención quirúrgica, pero debemos vigilar su evolución.

Puede haber habido salpingitis que acaban con la oclusión de las trompas y la formación de hidrosalpinx, salpingo-ovaritis o salpingo-peritonitis que han determinado adherencias, pero que no molestan; no hay necesidad de precipitarse, pero la enferma debe estar alerta para acudir al primer recrudescimiento.

Si hay infiltraciones plásticas o colecciones purulentas; aunque no molesten debe intervenir porque son un peligro constante.

En cuanto la retroflexión haga sufrir a la enferma y sobre todo si hay complicaciones que no puedan resolverse sin la intervención quirúrgica, debe acudir a ella y por la vía más segura.

La vía abdominal es la que permite hacerse cargo de las lesiones que acompañan a la retroflexión, de su importancia y la única que puede guiarnos para hacer lo más conveniente. Además, nos permite procedimientos más seguros de curación.

A Koeberli se le ocurrió fijar el pedículo en la pared abdominal, después de extirpar un quiste de ovario para corregir una retroflexión (1869). Sims hizo lo mismo en 1875. Entonces se practicaban operaciones de necesidad para extirpar tumores de útero y ovario, pero no podía pensarse en operaciones que podían comprometer la vida sólo para corregir una desviación del útero; pero después que se ha visto que la abertura del vientre no es peligrosa como intervención si se practica con los debidos cuidados de asepsia, tampoco deben serlo operaciones en que no haya mutilaciones ni hemorragias. Por esto las pexias abdominales han tomado carta de naturaleza en ginecología. Lo difícil es encontrar procedimientos de éxito seguro y definitivo.

Las ventro-fijaciones del cuerpo del útero o histeropexias son un procedimiento eficaz, pero me parecen demasiada operación para corregir una retroflexión: es diferente cuando tememos que venga el prolapso posteriormente. Además, si es posible que vengan embarazos después de la corrección o la practicamos para favorecerlos, hemos de contar con no proporcionar estorbos para la evolución del embarazo ni para la buena terminación del parto. Todos los procedimientos de histeropexia al fijar el útero vacío en la pared abdominal lo tienen que dejar en condiciones desfavorables para el normal desarrollo de la matriz y para el trabajo regular del parto. Además, no es necesario fijar el cuerpo del útero para corregir la desviación.

Me parece que con el acortamiento intraabdominal de los ligamentos redondos, o con la ligamentopexia hay suficiente para enderezar y contener el útero. Eso sí, quitando antes las lesiones concomitantes, causantes o consecutivas que pueden mantener la retroflexión.

Varios procedimientos se han empleado para fijar los ligamentos redondos a la pared abdominal acortándolos o para acortarlos sin fijarlos a la pared, lo cual parece más racional porque deja más libertad al útero para los casos de embarazo posible.

Beck aproxima un ligamento al otro y los lleva a la abertura peritoneal, entre cuyos bordes los

sutura en una extensión de 8 a 10 centímetros. Doleris forma un asa con cada ligamento, practica un ojal en cada lado de la herida y sutura ambos ligamentos por delante, formando una especie de punto que una los dos bordes de la herida abdominal.

Rugi pliega los ligamentos, cogiendo los extremos de cada uno con un nudo y continúa la aproximación hasta la línea media del mismo con puntos pasados por encima. Wylie aproxima la parte media de cada ligamento plegándolo con tres puntos de sutura después de despegar la serosa que los reviste. Dudley aviva los lados del útero, forma una V con el extremo interno de cada ligamento y la sutura con tres puntos a la parte denudada. Rosk aproxima un ligamento a otro por delante del útero y los anuda entre sí después de quitar la serosa.

Yo creo que todas las pexias fracasan cuando no van precedidas de denudaciones amplias de la serosa o más bien de la formación de colgajos serosos o sero-musculares que dejen una herida extensa para determinar adherencias amplias y profundas. Así lo he visto en histeropexias, en ligamentopexias y nefropexias. Por esto, desde hace tiempo practico un procedimiento especial de denudación y colgajos del cuerpo del útero para practicar la histeropexia: abro la cápsula del riñón, suturando sus bordes por separado para dejar una gran superficie de riñón denudada y levanto un colgajo sero-muscular en el cuerpo del útero, debajo del cual escondo los ligamentos redondos cruzados y suturados al estilo de Polak. Aun así no siempre se tiene la seguridad de que el efecto de la pexia sea de duración indefinida.

He aquí cómo practico la operación. Abro el vientre, examino los anexos, los extirpo si hay lesiones de los ovarios, que en la mayoría de casos las hay; enucleo, si hay algún pequeño fibroma, adherencias que pueden impedir el enderezamiento; extirpo el apéndice y cuando todo está arreglado llevo el cuerpo del útero al centro de la herida, introduciendo una compresa en el fondo de saco anterior y otra detrás del útero; éstas me sirven para evitar que la sangre que mana de la herida uterina vaya hacia dentro; cojo los ligamentos redondos con pinzas para que el ayudante sostenga el útero en posición tan a la vista como sea posible; practico una incisión curva de convexidad inferior desde la base de un ligamento a la del otro, cuya incisión debe penetrar de uno a dos milímetros en el tejido del útero y diseco un colgajo llevando la base al borde superior del útero. Después tiro de los ligamentos lo suficiente para que se crucen bien delante del cuerpo y queden tirantes y los sujetó uno a otro con un punto de sutura; los coloco debajo del colgajo y pongo tres puntos de sutura desde el borde del colgajo uterino al borde inferior de la incisión dejando los ligamentos escondidos debajo de este colgajo y sujetos por él y los puntos de sutura.

Como el enderezamiento y ascenso del útero los verifica la mano por la herida abdominal, no hay necesidad de ayuda vaginal, ni con tapón ni con pesario, ni con histerómetro. La mano que palpa el útero averigua si hay algún fibroma y se cerciora de la consistencia de las paredes.

Por último cierro la herida abdominal, como en todas las laparotomías, con doble sutura continua peritoneal y aponeurótica muscular, con seda, fijando las sedas fuera de la piel con botones para retirlas a los doce o trece días.

No he de encomiar las ventajas del procedimiento, porque el que se entretenga en analizarlo puede comprenderlas y su demostración de eficacia depende de los resultados obtenidos. No resulta complicado, permite el examen del fondo de la pelvis, de los anexos y útero, y deja a éste la conveniente libertad para el caso de embarazo y parto.

Cuando la causa de la retroflexión ha sido la anexitis o hay infiltraciones plásticas con o sin supuración, después de extirpar lo que haya enfermo, si es que puede conservarse el útero se ve si al soltarlo recobra su posición normal, en cuyo caso no hay necesidad de pexia; pero si el útero conserva la tendencia a caer en el fondo de la pelvis, puede practicarse la ligamentopexia para evitar que vuelva a quedar adherido en el fondo de la pelvis. Esto depende de la laxitud que se observa en los ligamentos redondos.

Resumiendo diré: 1.º Que la retroflexión uterina, aunque muchas veces no constituye enfermedad porque no ocasiona molestias ni sufrimientos, debe vigilarse y cuidarse. 2.º Que hay muchas retroflexiones uterinas desconocidas porque van acompañadas de lesiones anexiales y éstas las dominan. 3.º Que cuando la retroflexión uterina va acompañada de lesiones anexiales debe tratarse para curar los trastornos y sufrimientos y evitar recrudescencia. 4.º Que cuando no hay lesiones anexiales ni adherencias basta el uso del pesario acompañado de un tratamiento médico para combatir los trastornos y sufrimientos. 5.º Que cuando a pesar de esto persisten los trastornos y sufrimientos debe apelarse a un tratamiento radical. 6.º Que en estos casos las operaciones vaginales y extraabdominales no resuelven la cuestión y pueden empeorar la situación de las enfermas. 7.º Que antes de decidirse a una operación abdominal debe perfeccionarse el diagnóstico todo lo posible. 8.º Que la ligamentopexia es la operación más radical y segura y deja más libre el útero, permitiendo completar el diag-

nóstico y proceder con verdadero conocimiento de lo que debe hacerse. 9.º Que en cuanto se encuentren lesiones de importancia en los anexos, debe procederse a su extirpación y hasta la del útero si hay lesiones en este órgano.

Las reinfecciones y sobreinfecciones sífilíticas.—La coexistencia y la convivencia de las infecciones sífilíticas

POR EL DOCTOR JAIME PEYRI

La sistematización de las curas hidargíricas y la entrada de los compuestos arsenobenzólicos en la terapéutica de la lues ha cambiado su fisonomía clínica; lo que el tiempo y los cambios cósmicos hacen variar en la modalidad sindrómica de las infecciones, lentamente, después de decenios y de siglos, se ha efectuado bruscamente en la sífilis; este cambio se ha traducido, sobre todo y entre otros caracteres, por el aumento de número de las *reinfecciones*.

El conocimiento científicamente controlado de las altas cuestiones serológicas en la sífilis ha producido una mayor comprensión de los hechos; por esto se habla ahora de *sobreinfecciones* o de *super-sifilizaciones*.

Tal como pasa siempre en los movimientos de intensa remoción científica, se confunden los términos o no se acomoda la terminología nueva a los hechos viejos y no obstante nada más sencillo, nada más claro, que los términos y los conceptos derivados de los hechos experimentales que han venido acumulándose desde que, en 1904, Metchnikoff y Roux demostraron la inoculabilidad de la sífilis a los animales.

* * *

Un individuo que ha sido sífilítico y presenta una neoformación indurada de los genitales puede tener uno de los cuatro procesos siguientes:

- 1.º *Un chancro redúx.*
- 2.º *Un sífiloma terciario chancriforme.*
- 3.º *Una sobreinfección.*
- 4.º *Una reinfección.*

La cuestión así expuesta es clara: existe el prejuicio de los tradicionalistas discípulos de los maestros del siglo pasado y existe confusión en la lectura de los hechos. Nuestras observaciones las exponemos para contribuir a la elaboración y divulgación de la doctrina actual de la inmunidad en la sífilis.

La base experimental de Neisser (1), de Finger y de Landsteiner (2) es también clara; la sífilis es reinoculable a los animales de experimentación; la sífilis no deja inmunidad una vez curada; no sólo esto, sino que la inmunidad sólo existe durante los primeros momentos del período constitucional y aun no en todos los casos; esta inmunidad implica la no receptividad para los espiroquetes venidos de fuera, simplemente porque ya existe la diseminación universal de los mismos, no es la inmunidad en el concepto general; por esto se le ha llamado *halb-immunitat* o semi-inmunidad.

Esta inmunidad especial de la sífilis que se va expandiendo por toda la economía desde el período primario, cuando la sífilis envejece va desapareciendo de regiones más o menos extensas; es

(1) Deutsch. Med. Woch., números 38 y 39-1904, número 19-1905, y números 1 y 3, 13 y 19-1906.