



1-

Excelentísimo Señor:

Si grande ha sido el desarrollo e impulso de todas las ramas de la Medicina en estos últimos años, ninguno á mi entender ha tenido mayores adelantos que la fisiología. - Nombres de ilustres doctores que han asistido á la evolución de esta especialidad, declaran que parece un sueño el camino recorrido y la velocidad con que se han salvado sus obstáculos y distancias. - No es España ciertamente la que menos ha contribuido al desarrollo de esta especialidad;

eminentes ginecólogos contribuyen diariamente a su difu-
sion con sus sabias lecciones y con la exposicion de los casos
observados en sus clínicas. — El especulum — el histerómetro —
y la tactacion — es el triángulo que allanando la dificultades
de la investigacion, facilitan los medios que necesitamos para
entrar en el diagnóstico preciso de estas afecciones. — Siendo
numerosos los libros, folletos y artículos que describen un
plan terapéutico en razon con las diversas procesos que estudian,
ardor e imposible empresa, seria para mi elegir un

tema que tuviese viso de novedad; pero ya que esta condicion no esti dentro de mis pobres facultades, he procurado elegir uno que por su importancia mas social que cientifica me supla esta deficiencia. —

El estudio de la Autoflexion patologica lleva esta condicion pues aparte de ser innumerables los enfermos que sufren esta alteracion funcional, se obtienen grandes beneficios de una terapeutica bien dirigida salvando asi a numerosos victimas que pasan la vida sumida en la amargura y en la melancolia. —

Permitidme Señor que antes de entrar en un desarrollo, exprese mi profundo gratitud por las sabias enseñanzas que, primero en cátedra y luego la dirección de sabios maestros, y posteriormente de las lecciones recibidas de mi digno y querido maestro el doctor, D. Eugenio Gutiérrez, en el Instituto de Terapéutica Operatoria del Dr. Rubio. Cuatro años a su lado en dicho Instituto cultivando esta misma especialidad, han dirigido mis aficiones en este estudio; a él debo casi todo cuanto hoy poseo de sus conocimientos. — Mi homenaje a tan ilustre maestro no

es solo el de la gratitud del discípulo, si no el del honor al trabajo e inteligencia. — Infatigable en sus investigaciones, emplea su caudal de conocimientos en allanar nos todas nuestras dificultades, e imbuirnos la voluntad de imitarle. — La exposición profunda de la esencia de sus doctrinas, son un guía para orientarnos en nuestras investigaciones, llevándonos no solo al conocimiento de los adelantos modernos si no al conocimiento de los esitos en nuestros recursos terapéuticos, así médicos como quirúrgicos. — Mi tributo de respeto y agradecimiento.

Anatomia.

Antes de entrar en el estudio detallado de la Autefle-
xion patologica, nos parece muy utiles algunos lijeros
consideracions anatomicas sobre los organos genitales en
lo que hace relacion mas directa a los factores de esta
dolencia. —

— El utero parte central del aparato generador, es un or-
gano colocado en la parte media de la escavacion — Si-
tuado inmediatamente detras de la vejiga — con su fondo

6
mirando arriba y adelante; su cara anterior es lisa y
ligeramente convexa estando recubierta por la expansión
anterior de los ligamentos anchos, y la posterior se encuentra
en parte libre mirando arriba y atrás y en parte en rela-
ción con el recto que se encuentra por detrás. — Su forma
es próximamente cónica a base superior dividiéndose en una
pequeña coartación en dos porciones; una superior aplanada
se delante atrás que es el cuerpo, otra inferior cilindroidea
que es el cuello. — Su posición no es fija pues goza de
portante movilidad por estar sujeto a los regiones

inmediatas por medio de ligamentos elásticos. — ⁷⁻Man-
tenido en anteversión fisiológica por los ligamentos redondos
se encuentra colocado sejiéndose aproximadamente
la dirección del eje de la pelvis ó sea de arriba
abajo y de delante atrás formando por tanto un an-
gulo con el horizonte abierto hacia adelante de unos
70°: mientras que el formado por la vagina está
abierto hacia atrás resultando de ello que al juntarse
el útero y la vagina forman sus ejes un ángulo

abierto hacia adelante. —

Porción superior o cuerpo del útero: se forma próximamente

conica á base superior tiene como hemos dicho dos caras, una anterior y otra posterior, ambas son lisas uniformes, y ligeramente convexas, siendo esta convexidad mas pronunciada en su cara posterior. — Recubierto ambos por el peritoneo este asimismo lo separa de sus inmediatas relaciones con la vejiga y el recto. — Sus bordes laterales son igualmente convexos excepto en la union del cuello y el cuerpo estando en relacion

8-
con las arterias uterinas y con los plexos utero-ovaricos.

Superficie interior: en esta aún se nota mas y mejor que en el exterior, el estrechamiento llamo istmo del utero que es el que establece un limite perfecto entre la cavidad del cuerpo y la del cuello. Su cavidad es aplanada de delante atrás afectando la forma de un triangulo equilatero. — Los bordes de este triangulo son convexos — En cada angulo existe un orificio, los dos superiores corresponden

se continua con los ligamentos anchos. — La segunda ó media es muscular, fibrosa, compuesta, formada de haces longitudinales y de fibras circulares. — La tercera ó interna es mucosa, cubre toda la superficie del útero y se continua superiormente con la mucosa de los trompas e inferiormente con la porción libre del cuello y la mucosa de la vagina. —

Dimensiones del cuello y cuerpo uterino: en las mujeres q. han tenido hijos el diámetro vertical de la cavidad uterina es de seis y medio á siete centímetros, y en los nullíparas de cinco y medio á seis centímetros. — La mensuración de ten-

mismo un aumento a veces bastante considerable en
 sus diámetros. — Las dimensiones respectivas del cuerpo
 y del cuello varían en grandes proporciones según la edad
 de la mujer. — El cuerpo se desarrolla en el momento de
 la pubertad, así que en los niños la matriz está casi
 completamente formada por el cuello. — En los múltiplos
 pero que han cohabitado, las dimensiones del cuerpo y
 del cuello son sencillamente iguales. — En los múltiplos la
 altura del cuerpo excede a la del cuello de diez a
 doce milímetros. —

Extremidad inferior o cuello del útero: está formada por la porción situada por debajo de la estrangulación que se nota en la superficie de este órgano. — Forma un manubrio conocido que tiene salida en la extremidad superior de la vagina a la cual se adhiere al nivel de la unión de su tercio inferior con los dos tercios superiores, inserción que divide a este en dos porciones — una superior supravaginal — y otra inferior intra-vaginal o vaginal propiamente dicha. — En el vertice de la porción libre o vaginal se abren el orificio externo del cuello constituido

por una abertura mas marcada y desigual que permite en muchos la entrada de la yema del dedo indice. —

Superficie interna del cuello: la cavidad del cuello es fusiforme y aplanada de delante atrás por lo cual se le pueden considerar — dos caras — dos bordes — y dos extremidades. — En cada una de las caras se nota unos relieves pulvaceos de abajo arriba y se decotan a fuerza que constituyen el arbol de la vida. Los ejes de uno y otro ocupan al partir del orificio externo

La línea media, pero luego se desvía, el anterior
 a la derecha y el posterior a la izquierda, de lo cual resulta
 una especie de encaje mutuo de las eminencias del
 uno en las depresiones del otro que llevan la cavidad. —

Esas eminencias están formadas por el tejido muscular
 cubierto de mucosa. — El extremo superior se confunde
 con el orificio interno y el inferior constituye el orificio
 externo del cuello. —

— La matij está sostenida en su posición
 por una serie de ligamentos que en número de seis —

tres por cada lado, se dividen en — anteriores — medias —
y posteriores. —

Los ligamentos anteriores son los redondos; están formados por
fibras musculares principalmente, que nacidos de la parte
lateral y superior del útero se dirigen primero — transversal-
mente, tomando luego una dirección oblicua adelante
y afuera para salir por el conducto inguinal y porerse
adhiriéndose al pubis unas fibras y otras en la articulación
de los grandes labios. — La longitud es de doce a quince
centímetros y su grosor el de un plomo de cerros. —

Los medios o ligamentos anchos: son una derivación del peritoneo y forman dos expansiones fibro-membranosas que partiendo de cada lado de la pelvis van a cruzarse en la parte media formada por delante y por detrás de la matriz formando un tabique transversal que divide la excavación en dos compartimientos — uno anterior y otro posterior — el primero contiene la vejiga y el segundo el recto. — Representa dos alas extendidas transversalmente desde el borde lateral de la excavación de la pelvis y fijadas al borde lateral correspondiente del útero. —

En los ligamentos anchos se conocieron particularmente dos caras, una anterior y otra posterior. — Ambos son lisos y uniformes, estando en relación la anterior con la vagina y la posterior con el recto. — De esta posterior se desprenden dos repliegues falciformes llamados ligamentos utero-sacros ó de Douglas: forman como dos medias lunas en las concavidades miran al recto al cual rodean; uniendo del útero en el punto de unión de su cara posterior con la vagina, van á terminar entre la tercera y cuarta vertebra sacras, fijándose fuertemente

el cuello, mientras no se relajen es imposible el prolapso. —————

Todos estos órganos están recubiertos por el peritoneo que desde la cara interna de la pared abdominal se refleja sobre la vejiga, tapizándose su cara posterior, y después de haber recubierto la mitad superior de esta cara se refleja de abajo arriba y se aplica sobre la cara anterior del útero formando el fondo de saco vesico-uterino; recubre luego la cara posterior del útero y desciende hacia abajo recubriendo la pared vaginal posterior en un

extensión de dos o tres centímetros para reflejarse sobre la cara anterior del recto al que forma el meso-recto que mantiene dicho órgano contra el sacro; al reflejarse el peritoneo, de la cara posterior del útero y parte alta de la vagina, sobre la cara anterior del recto, forma el fondo de meso vaginal posterior o de Douglas. —

Definición

Definiremos la ante-flexión diceñeros que es la posición en la cual el fondo del útero está dirigido hacia adelante escapándose así en curvatura normal, y caracterizada por la estabilidad de un modo permanente de un ángulo de flexión no modificados en las variaciones de amplitud de la eyija. Supone dos puntos constantes flexija y estabilidad en un ángulo de flexión. —

Etiología.

Entre las numerosas causas que pueden dar lugar a la anteplaxia hay unas que solo obran de un modo indirecto, y otras que exigen una marcada influencia sobre la producción del fenómeno inicial. — Por lo tanto dividiremos estas causas en predisponentes y ocasionales. —

Entre las primeras tenemos, todas las que debilitando el organismo empobrecen la sangre conyuntiva por tanto la nutrición del musculo uterino. — El útero por su situación fisiológica tendrá entonces una tendencia

a la inflexion por su propio peso y sera suficiente una simple coarsa oensional para efectuarla - asi tenemos ante estos los violencias directas - las caidas - los esfuerzos - levantar objetos pesados etc en suma todas las que llevan el peso de los visceras sobre el cuerpo del utero. —

El peritonio uterino no tarda en presentar una ergestion periton cronica, la cual a su vez es el origen de procesos inflamatorios uterinos y peri-uterinos, dando por resultado la fijacion del utero en periton patologica - La ante-
flexion es por consiguiente el resultado y la causa de

las modificaciones patológicas del útero y su constitución
entrañan nuevas alteraciones morbosas en la zona
uterina y peri-uterina. —

Ocupándonos directamente de los casos predisponentes men-
cionaremos en primer lugar el linfatismo y la escrofula —
por la atonía que despiertan en el músculo uterino; las
profesiones que obligan a las mujeres a permanecer largo
tiempo de pie ^{“modestas”} maestras de escuela, etc. la
equitación y los ejercicios violentos ^{“levantados”} — fregadores de
suelos ^{“”} — el uso del corsé apretado — y de llevar saños,

pesados que obran empujando y cargando sobre el útero
 todo el peso del paquete intestinal. — La constipación
 pertinaz es así un factor importante pues retenidas por
 días las heces fecales se forman verdaderos escitulos que
 ejercen presión directa sobre el cuello empujándolo
 adelante y produciendo una flexión por debajo de la
 unión del cuerpo con el cuello, acaese esto prin-
 cipalmente en los niños por estar sometido todo su
 desenvolvimiento ulterior del útero a esta influ-
 encia. —

Todos estas causas favorecen la congestión del útero y disminuyen la resistencia de su tejido permitiéndolo en condiciones favorables para que la pericia obra con más eficacia. —

Yallia (1) ha visto manifestarse los primeros síntomas muy poco tiempo después de los primeros relaciones sexuales, he aquí como explica esta influencia del coito. — El pene en erección resalta por la parte anterior de la vagina y se aloja en el fondo de saco anterior entre este y el cuello alargado precisamente en los nulíparas y primíparas

(1) des ovulations uterines. —

tiempos de la coacción, así que empuja fuertemente al cuello hacia atrás obligando a el cuerpo a buscar hacia adelante. — He aquí la condición precisa para favorecer la congestión uterina y disminuir su resistencia por efecto de la congestión pasiva del útero. —

Causas ocasionales: dividiremos estas causas en uterinas y peri-uterinas. — Entre las primeras mencionaremos en primer término las diversas tumores del útero — cuerpos fibrosos — polipos situados en su pared anterior, es decir toda tumorección que se asienta directamente en el útero;

pero los causas mas principales que contribuyen a producir la flexion y la poduce por si mismos, son una involucion defectuosa, y mas a menudo la metritis. —

La involucion defectuosa; por dejar el organo voluminoso y pesado sobre todo despues del aborto o de un estado purpural con retencion de cotiledones placentarios. —

La metritis sea aguda o cronica puede producir la ante flexion, mucho mejor cuando esta recal en utero hipertrofiados y en anteversion. —

28-

Como se produce y como obra esta nebitis? fácil
será comprenderlo en solo fijarnos en los múltiples casos
anatomícos - fisiológicos y patológicos, - coágulos con un de
producir de por sí esta lesión. - Cualquiera que sea
la causa que la determine un vez constituida se
verá aumentada notablemente por la congestión procedente
por el aflujó sanguíneo, debido a la pérdida de la continen-
tancia y permeante de los vasos y de las fibras lisas y e-
lásticas que forman el músculo uterino. - Este en su
consecuencia se verá reblandecido - congestivo -

y aumento de volumen, factores que ocasionan el aumento de su peso haciendo que su fondo se desvíe gradualmente hacia abajo y adelante. —

Martin y Schroder conceden gran importancia al catarro cervical crónico en la producción de estas ante-flexiones. —

Dobris (1) concede una influencia preponderante al alargamiento atrofico del istmo uterino que constituye una especie de bisagra del organo y el eje de la flexión normal. — El utero cuando es grueso y pesado se inclina hacia adelante formando el ángulo de flexión

(1) Pathogénie et traitement des flexions uterines (Gaz des Hop. 1888 p. 23)

ción, y cuando por efecto de la flegmonia crónica se ponen rígidas las paredes del órgano, se establece la desviación de un modo definitivo. —

Causas peri-uterinas: en estas entran de lleno los tumores intra y extra-úterinos y los anexiales que influyen mecánicamente sobre el útero deformándolo y desviándolo de su normalidad; pero el mayor coeficiente nos lo dan los procesos inflamatorios — las flegmones peri-uterinas, del ligamento ancho y las pelvi-celulitis y peritonitis que dan lugar a bridas cicatriciales que ejercen una función sobre

el útero. — Las adherencias posteriores pueden producirle al retraerse y aproximar los puntos donde se insertan pues atraído el útero en parte en dirección del sacro al quedar libre de esta atracción su fondo se inclinara adelante. —

Pozzi (1) cree ver la causa mas frecuente de la curvatura en un perisulpingitis. — Las adherencias que resultan y fijan el cuello atrás hacen bascular el cuerpo adelante y causan la flexión al nivel del istmo debilitado por la metritis concomitante mientras que el cuello hipertrofiado y esclerosado por antigua inflamación

(1) Traité clinique et opératoire de gynécologie. —

quedo rígido. — La enteroptosis en las jóvenes cloro-anémicas puede ser considerada como una causa patogénica de la ante-flexión con todas sus consecuencias. Efectivamente el pequeño intestinal por su peso sobre el útero que no le ofrece resistencia suficiente ocasiona las ante-flexiones exageradas en su curvatura normal. —

La retracción inflamatoria de los ligamentos utero-sacro, es también causa de ante-flexión pues tiran del cuello hacia arriba y atrás mientras que el

fondo del útero es sostenido por el ligamento ancho, el istmo uterino habrá perdido su tonicidad muscular y el cuerpo y el cuello se doblan fuertemente hacia adelante. —

Resulta que hoy una lesión frecuente, el acortamiento de los ligamentos utero-sacros sucede ordinariamente a una endometritis crónica. —

Vemos pues que así siempre encontramos un causa que nos explique la producción de la flexión — de cualquier modo debe siempre el médico observar

34.

atenta y minuciosamente los órganos plvianos en
la seguridad de que en la mayoría de los casos en-
contrará un indicio que le permita fijar bien las
condiciones en que se ha producido esta afección. —

Para resumir la cuestión etiológica exponemos a
continuación en dos grupos las causas mas impor-
tantes que conviene inquirir. —

- Causas que ejercen una influencia indirecta en la producción de la autoplejía. —

“ Escrapula y linfatismo ”

“ Profesiones que obligan a permanecer largo tiempo de pie. ”

“ Equitación y ejercicios violentos ”

“ El uso del corse apretado. ” —

“ La contipción pertinaz. ” —

“ Primeras relaciones sexuales. — (Vallée). ”

— ¹⁴ Causas que inicien el primer elemento de la ante flexión y determinen esta afección siempre que exista un estado especial. ₂₇

¹⁴ — Causas uterinas y peri-uterinas. ₂₇

- Causas uterinas -

- 32-
- " Tumores que se aumentan directamente en el útero. -
 - " La involución defectuosa. -
 - " La metritis. -
 - " Catarro cervical crónico. (Scheele.)
 - " Abrogamiento atrofico del istmo uterino. (Doleris.)
-

- Causas peri-uterinas. -

- " Tumores intra y extra-úterinos. -
- " Tumores aneurismales. -
- " Procesos inflamatorios. (peritoneales y celulares.)
- " Adherencias posteriores. -
- " Peri-salpingitis. (Pozzi.)
- " Enteroptosis en jóvenes cloro-anémicas. -

Frecuencia - podemos decir de esta afección que es la
 mas frecuentemente observada en los clínicos ginecológicos
 y seguramente la que mayor contingente lleva a las consultas
 particulares, descontando el paucísimo número de enfermas
 que su susceptibilidad y la reserva pudorosa les obligan
 aun hoy de nuestras observaciones. —

División y variedades: existen dos formas de afección
 la congénita y la adquirida. —

La congénita corresponde a una alteración de desarrollo.

del útero lo cual se efectuará durante la infancia por eso se lo denomina ante flexión infantil. — Estudiando el útero de la niña observamos que se compone de un cuello voluminoso y de un cuerpo relativamente pequeño, esta forma persiste hasta la época de la pubertad en las jóvenes anémicas, — escrofulosas, y en una palabra de organismos debilitados. — El eje del útero corresponde al de la vagina hasta tanto que aparece la pubertad en cuyo caso ensanchándose la pelvis cambia de relaciones. — Entonces el útero tiene que vol-

cular hacia adelante para colocarse en anteversion fisiológica, movimiento que no podrá recordar el cuello cuando la vagina no se ha desarrollado suficientemente permaneciendo una porción de este o el cuello entero retenido constituyendo de este modo la ante-flexión corporal. —

Virchow; cree que la causa primera de la ante-flexión es un acortamiento congénito de los ligamentos redondos que atraerán el cuerpo del útero hacia adelante, y producirán la flexión que se acentuará doblemente por la

atrofia del tejido sobrevenida en el angulo de flexion. —

Bullard et Verneuil: atribuyen la anteflexion congenita a la presencia de un estrangulamiento muy marcado en los fetos al nivel del punto de union del cuerpo con el cuello. —

Admitimos tres variedades de anteflexion patologica:

- 1^o: la flexion corporal en la que, el cuerpo esta doblado sobre el cuello conservando este su situacion normal;
- 2^o: la flexion cervical en la cual el cuello esta doblado sobre el cuerpo el que por el contrario ha conservado

su situación normal: 3.ª: la flexión cervico-corporal, en la que cuerpo y cuello toman parte en la flexión plangiendo el uno sobre el otro. —

Sintomatología. —

La ante-flexión se caracteriza por dos síntomas principales — dismenorrea y esterilidad. — No siempre a las ante-flexiones acompañan estos dos síntomas, pues coexisten en que únicamente la configuración del útero no puede decir que existe la ante-flexión, por lo demás, nada nos

demuestran su historia menstrual, ni tampoco la esterilidad, pues reglan normalmente y pueden concebir evolucionando normalmente el útero; bien es verdad que son estas en escaso número y que la inmensa mayoría sienten grandes molestias y son objeto de una especial vigilancia particularmente en sus primeros meses por su propensión á el aborto y hemorragias consecutivas. —

En la generalidad de los afectos de anteplasia observamos que estos dos síntomas de dismenore y esterilidad —

se acompañan de la de la metritis que casi siempre coexiste con ellos. — Luciente explicación de estos síntomas encontramos apreciando el cambio que en el diámetro cervical podemos observar anotando a su vez las variadas disposiciones que afecta siendo lo más frecuente el adelgazamiento de las paredes anterior y posterior estando borrado por lo tanto su conducto. — Que sucede al llegar la época menstrual? que en la expulsión de la sangre se manifiestan síntomas que constituyen fenómenos críticos. — En estos mismos distinguiremos las lesiones uterinas

45.

simples, de los anesiales con solo la referencia de la em-
ferma; así tenemos que la que acusa sus dolores congestivos
día antes de la salida del molimen nos pone ya en la pista
de padecimientos anesial, debida a la congestión ovariana
que siempre antecede a la debilidad; la que nos acusa
sus dolores coincidiendo con la aparición de los primeros
gotas de sangre nos demuestra lesión cervico-uterina
es decir dismenorrea mecánica por obstrucción en su
marcha. _____

Dismenorrea.

45-

Conocida con el nombre de menstruacion difícil - histeralgia catamenial - se deriva de las palabras griegas δυσ- difícil -
μην - mes, regla - βα - correr, salir - es una menstruacion
difícil. - Se caracteriza este síndrome por la dificultad
y la irregularidad de la menstruacion; este acusa solo los esfuerzos
y la lucha dolorosa del organismo en el trabajo preparatorio y
salida del molimen por las vias genitales. - Estos trastornos
menstruales son los primeros que obligan a la enferma a consultar.

Cual es su origen? es un punto en que existe discrepancia entre los reconocidos ginecólogos así tenemos que Swift insiste en la disminución del calibre del canal cervical fácil de comprobar por el paso de una bujía, obstáculo que tiene que desaparecer para que la fluxión de la sangre se efectue. —

Müller lo explica por la dificultad con que pasa la sangre menstrual del útero al exterior por consecuencia de la flexión del órgano. —

Schultze: no admite la disminución como causa

de este estenosis del orificio interno por consecuencia de la flexion sino como causa de la metritis que es una complicacion frecuente de la flexion. —

Howitz invoca la influencia de los plegamios periviterinos. —

Mundé cree que el dolor atribuido a la flexion es a menudo debido a un catarro de los trompas. —

Velpeau dice que el canal de una matriz acodada se pierde sus dimensiones en el sitio en donde la inflexion se efectua inmediatamente siempre al orificio interno; esto seria un obstaculo para la salida del flujo menstrual de

la cavidad uterina, á ello se debe el que las mujeres se quejen de dolores - cólicos vivos en el útero y en el hipogastrio á la aproximación de los reglos y lo mismo durante el periodo menstrual, esto cesan con la espulsion. — En resumen el dolor es intermitente y precede á los reglos; la sangre se colecciona dentro de la cavidad del útero y es retenida por la obstrucción, el dolor cesa cuando el flujo se ha establecido porq. el canal se ha dilatado. —

Enemos pues un elemento inflamatorio en la parto-

genio del dolor; las irritaciones repetidas debidas a las contracciones uterinas; los trastornos a la circulación del organo - u-
na congestión permanente, y una Endometitis crónica. -
- La causa que traduce las contracciones dolorosas, son precisamente este estado inflamatorio persistiendo durante la duración de los reglos. - Las exacerbaciones dolorosas que sobrevienen durante la menstruación reconocen a menudo por causa la presencia de coagulos necesitados para su expulsión de contracciones mas violentas, y por consiguiente mas dolorosas. -

Vencido el obstáculo que se opone á su salida la sangre fluye y su aparición en los víos genitales es casi siempre sintoma de la remisión de los fenómenos generables. — Esta salida no es idéntica en todos los afetos de dismenorrea pues mientras en unos se produce un verdadero tenesmo uterino que se verifica después de violentos cólicos uterinos en que se serran gota á gota la sangre deteniéndose á pesar de los más acerbos contracciones de la matriz; en otros una vez que comienzan á salir los mientos desaparecen ó disminuyen los dolores siendo excretados con ligeras contracciones. — En ciertos

caso el molimen se acumula en la vagina donde se con-
 gula impidiendo así la salida del líquido situado por
 encima del obstáculo, esto con las enfermas que nos dicen
 tener su menstruación en coajadura, a mi ver su explicación
 es tan sencilla que solo obedece a que la mujer se encierra
 desde los primeros momentos de la crisis que sufre permanece
 inmóvil con las piernas apretadas obligando a detenerse la
 sangre y por consiguiente a coagularse, basta que se
 muevan o hagan un ligero ejercicio para que su salida se
 efectue con regularidad.

Examinando este molimen menstrual vemos que se presenta bajo aspectos diferentes; unas veces es palido - descolorido y mezclada con mucosidades mas ó menos abundantes; en otros es de un color negro azulado mezclado con gran cantidad se coagula siendo estos de un volumen variable y representativo de una masa sanguinea que se ha coagulado en la vagina; otros afectan la forma de un triángulo prolongado representativo de la forma de la cavidad uterina, a esta forma se la ha llamado membranosa por haberse formado por una porción de mucosa uterina espoliada, pero el

microscopio rechaza toda idea de elementos constitutivos de la mucosa. —

Siendo un obstáculo mecánico el que se opone a la salida al exterior del líquido meningeo, mecánico u obstructiva será esta forma de dismenorrea, por lo tanto no pudiendo correr libremente por el conducto cervico-uterino la sangre exhalada, se presentará violentas contracciones que determinan accesos semejantes a los cólicos y caracterizados por dolores que cuando en el hipogastrio se irradian hacia las regiones lumbares y sacra involucrando el recto y la vejiga determinando su te-

vesuras rectal y vesical. -

Estos accesos ó contracciones uterinas sobrevien, tan pronto se sienten como muy vivos adquiriendo un agudez tal que la enferma se revuelca por el lecho y por el suelo hasta el final de la crisis. -

Aplica á sus veces estas enfermas formas singulares no siendo exco como las que permanecen en la cama inmóviles adoptando el decubito lateral derecho ó izquierdo, ó bien fuertemente flexionadas los muslos sobre el vientre al objeto de que los musculos relajados no ejerzan presión sobre los órganos del bajo vientre. - La agudez presente por lo tanto diferentes grados no siempre

en proporción al grado de la flección: hay que contar muy en mucho con la idiocrincasia. —

Los órganos cercanos al útero participan de los trastornos particularmente la vejiga y el recto. — Por parte de la vejiga se observan ya irritabilidades — tenesmos — sensación de peso — micciones frecuentes y algunas veces dolorosas, por la presión que ejerce el cuerpo del útero sobre el fondo de saco anterior y sobre el cuello de la vejiga. — Por parte del recto se observan pertúrgos extremadamente y sobre todo durante la defecación, siendo las defecaciones escasas y constituidas por excrementos duros y reunidos por masoridades blanquecinos o sangui-

volentes. _____

57-

Esterilidad.

A múltiples causas se ha atribuido el origen de la esterilidad. —

Recordemos en primer lugar la situación viciosa del cuello, la extensión de sus orificios — la perimetritis lateral con adherencias o abliteraciones de la trompa — la oclusión del canal uterino al nivel de la flexión, — todas estas son otras tantas causas que se oponen a la entrada de los espermatozoides. —

Schultze: dice que no admite que este estrechamiento del orificio interno sea un obstáculo para la fe-

condicion y consideran la esterilidad como la
 resultante de la endometritis que acompaña
 frecuentemente a la ante-flexion; así mismo dice que la
 mucosa uterina altera su epitelio vibratil siendo reem-
 plazado por celulas planas, poliniformes en las cuales la implan-
 tacion de los velloides coriales es difícil y el ovulo se en-
 cuentra en la pared para nutrirse y desarrollarse. —
 La congestion previa del organo-utero - y su hiper-
 secrecion de mucosidades anormales por compresion
 de los vasos sanguineos en el angulo de flexion

pueden formar un bato mucoso espeso y adherente en el canal cervical obstruyendole, y estas mismas mucosidades pueden descomponerse siendo incapaces de favorecer el desenvolvimiento de un ovulo fecundado. —

Los demás órganos de la economía no tardan en alterarse en consecuencia con los trastornos uterinos. —

Se observan, lo acentuado acompañado de palpitaciones, cardíacas. — La tos uterina caracterizada por una escudida única — seca — breve — es el hem

tan característico - siendo producido por múltiples y variadas causas, tales como la impasión del frío - emociones morales - contacto sexual etc.

Aparato digestivo: se observan también alteraciones por parte de los órganos de la digestión, así tenemos el apetito disminuido - abolido o deprimido. - Las digestiones son pesadas y dolorosas - dispepsia caracterizada por la flatulencia, sensación nauseosa, eructación estomacal y calambres de estómago. -

Son frecuentes la cefalalgia - dolores dorsales - neu-

61

ralgias facial - intercostal o ilco-lumbar, síntomas re-
flejos que se explican por la riqueza de inervación del u-
tero ligado al simpático por los plexos hipogástricos. —
A todos estos trastornos nerviosos por compresión di-
recta o por acción refleja se unen los trastornos psi-
quicos caracterizados por la tristeza e irritabilidad de
los enfermos — indolencia para el trabajo — nerviosismo,
cambio de carácter — lloros sin motivo y la misma
histeria cabe dentro de este cuadro sintomático —
frecuentemente observamos una neuralgia

muchas veces rebelde y caracterizada por dolores en el hipogastrio, y la región ovarica, con una sensación de pesadez intra-pelvicana. — La enferma acusa de ordinario irradiaciones dolorosas en los riñones, lomos y cara interna de los muslos, siendo estos tan pronunciados algunos veces que la enferma se ve obligada a permanecer inmóvil. — Fuera de la regla la dificultad de la marcha es algunos veces muy apreciable pues la enferma no puede dar al-

nunca pero sin experimentar dolores, exacerbados
 sobre todo cuando sube o baja las escaleras. — Estos
 trastornos se locucionen son atribuidos a la congestión
 mas o menos pronunciada del utero en donde
 los tejidos son distendidos o comprimidos. — El
 uso del matrimonio provoca tambien en estas en-
 fermedades grandes dolores hasta el punto de sentir la en-
 ferma repulsion a todos contactos sexuales. —
 En resumen es la exageracion de la presion en

el punto de la flexión que será la principal causa
de los dolores. —

Evolución.

La dismenorrea sintoma capital de la flexión
principia ordinariamente con la pubertad. Si la
enferma evita todas las causas agravantes puede per-
manecer silenciosa; en otro caso aumentará con
cada aparición de los reglos y se hará hasta intole-
rable con el uso frecuente del matrimonio.

Pronóstico.

65.

La anteflexión tiene un pronóstico reservado y serio mientras dura la vida menstrual por la sucesión de fenómenos y por sus complicaciones. — Los estados nerviosos complejos que observamos algunas veces — la metritis con todo su cortejo sintomático — la esterilidad dependiente de esta misma lesión ó de la atresia de los orificios — los serios trastornos que pueden desarrollarse en el desenvolvimiento ulterior del útero gravido, abortos — parto prematuro,

etc - lo confirman. —

66-

Hostlet cita un caso de provocación de parto prematuro por vómitos incoercibles. — Por último sércimus que toda mujer cuyo útero esté a un mismo tiempo en ante-flexión e infectado estará propensa al dolor a la esterilidad — y en general a todas las complicaciones sépticas - peri-uterinas. —

Por parte del útero se observa la leucorrea — la amenorrea y las metrorragias rebeldes. — Por parte de los anejos, el prolapso de los ovarios frecuentemente dol-

roses à la pression - y la ovulación dolorosa que se manifiesta por una dismenoree que precede à la regla en algunos días. —

Diagnostico. -

Para establecer un diagnostico exacto de la anteeflexion recurvacion, à la exploracion directa pues la mayor parte de sus sintomas funcionales son comunes à otras afeciones uterinas ó anexas - Así observamos que la metritis simple ó la salpingitis

58-

se acompañan de dolor abdominal y epigástrico -
dismenorrea - trastornos menstruales - catarros cervico-
uterino - esterilidad y fenómenos de congestión
por parte del recto y de la vejiga. - La cefalalgia, dolores
lumbares y renales - pérdida de apetito, constipación
etc - pueden encontrarse como dependientes de otras
afecciones, pues se observan en mujeres de útero normal.
Pero su signyamiento - su evolución - y los caracteres par-
ticulares pueden ponerlos muchas veces en la relación
forzosa de su aparición y la existencia de una causalidad -

Para su exploración recurrimos al tacto vaginal — al tacto rectal — examen con el speculum — y al cateterismo uterino. — Por el tacto vaginal apreciamos frecuentemente una consistencia y rigidez pronunciadas. — La situación del cuello es variable, puede estar elevado situándose a veces del pubis — puede dirigirse hacia abajo y puede lateralizarse. — Examinando a la mujer en el decubito horizontal combi-
 namos el tacto vaginal con la palpación hipogástrica, y si cogéremos el útero entre los dos manos apreciamos que su cuerpo se continúa con el cuello, y disipando con

esto la duda de que fuera un tumor independiente por ser de cierta movilidad. — Tocáremos el cuello situado por detrás del fondo uterino, el que deprimido por la compresión de la mano abdominal, le hará accesible al dedo que toca en la vagina: entre el cuerpo y el cuello "labio anterior" se percibe un surco muy marcado cuya profundidad será tanto mayor cuanto nos ponamos sea la ante-flexión. — Si insinuamos el dedo por la cara posterior del cuello veremos que la dirección de este cara se dobla hacia adelante. — Para establecer que la

71-

ante flexión es patología, es necesario reconocer que es permanente - la palpación bimanual nos demostrará que esta desviación persiste aunque la vejiga esté distendida. -

En las mujeres poliartricas generalmente se profunde vagina y existe depresión abdominal, recurrimos al tacto rectal: por este medio reconocemos el cuello del útero aplicado sobre la cara anterior del recto y la curvatura posterior en la unión del cuerpo y cuello. -

En la inspección por medio del especulum observamos corrientemente un alargamiento pro-

ciado de la porción vaginal, muy descompartible cuando el fondo de saco vaginal posterior es atenuado. — Muchas veces por su grande inflexión no es difícil recibir el hocico de tenaco en el campo del especulum y solo se consigue mediante tentos. — Observamos también la sequedad anormal del orificio. —

Para completar el diagnóstico nos servimos del cateterismo uterino asegurándonos antes de la normalidad de las reglas pues de otro modo provocáramos el aborto exponiendo a la enferma a sus funestas consecuencias. —

No es practica tan sencilla como a primera vista nos
 pareciera el hacer el cateterismo uterino, pues hay que salvar
 ciertas dificultades que a ello se oponen como son: el grado
 mas o menos pronunciado de la flexion - la existencia de
 una estenosis - y mas aun la retroposicion del cuello. -
 Para verificar este cateterismo nos serviremos casi siempre
 del histerometro al cual acentuaremos primeramente su
 curvatura y despues previa desinfeccion y la colocacion del
 speculum vaginal, aplicaremos el pieo de dicho instrumento
 con su curva vuelta hacia abajo al orificio externo del

74-

utero, dirigiéndolo de arriba abajo y de delante atrás son-
damos la cavidad del cuello hasta llegar al ángulo de fle-
xión, una vez llegado se le imprime al mango media
vuelta de circunferencia al objeto que la curvatura del in-
strumento adapte la del conducto que va á recorrer, á la
manera que se practica la vuelta del maestro en el cate-
terismo uretral; si la flexión es poco pronunciada penetra
seguidamente, y si no mediante tanteos muy suaves se
logrará franquear este ángulo de flexión sin provocar o-
tros síntomas que un dolor agudo en el momento

que frangan el orificio interno, dolor atribuido a la
 hiperestesia inflamatoria o a la irritabilidad de los nervios
 que residen en el ángulo de flexión. — Retirando el histero-
 metro sale un poco de sangre lo cual nos prueba que
 la mucosa está alterada en algún punto pues la histerome-
 tría practicada en un útero normal solo da salida a
 moco gleras. —

Influencia de la ante-flexión en el embarazo y parto. —

(1) La ante-flexión es algunas veces causa de las posiciones transversas y oblicuas del feto a causa del gran obstáculo al desenvolvimiento longitudinal junto a una tendencia anormal al desenvolvimiento bilateral. —

Es causa de abortos que reconocen por motivo el grande obstáculo al desenvolvimiento del útero y el aumento de la flexión en razón directa del crecimiento del órgano. —

Es causa de distocias (Bandl). —

(1) Howitz - De l'influence des flexions uterines sur la conception. —

Tratamiento.

77-

Consideraremos la anteflexión como de origen patológico en relación con sus complicaciones, rechazando así toda conclusión de maestros como Jari-Gill-Wyllie y otros que establecen como conclusión que es preciso tratar las complicaciones y aliviar los sufrimientos sin ocuparse de la flexión misma y que así se puede si no demando tratamiento alguno procuramos todos los recursos terapéuticos que conducen a llevar el órgano a su posición normal, si antes no se tonifica el sistema nervioso general, y obtenido este resultado no habrá necesidad de

78-
intervenir localmente. —

La sintomatología no demuestra la falsedad de este aserto, pues examinando las relaciones estrechas que existen entre la flexión uterina y los síntomas histeriformes, aún sin presencia de estenosis y de dismenorrea, y corregida esta ante flexión desaparecen la iritabilidad de carácter, preocupaciones, y todos los síntomas nerviosos que por su consecuencia repercuten en todo el organismo pues el aparato uterino puede considerarse en la mujer como el centro alrededor del cual giran las demás ~~sistemas~~ ^{sistemas}. (Ameyuz)

con esta referencia á la Sintomatología en la cual hemos descrito ya estos trastornos.) Debemos de hacer constar que la autoflexión patológica precede ordinariamente á la inflamación y puede existir meses y años sin provocar procesos morbidos. — Para esto basta solo recordar la formación de estos procesos y el tiempo que es posible transcurrir sin sentir los molestos de trastornos mentales — dolores lumbares — irritabilidad usial — trastornos gástricos etc — que mas tarde nos atacan. — Recordemos que en las condiciones normales las arterias del útero conservan su calibre gracias á las fibras musculares propias, siempre e-

80-

estado de contracción tónica, y también gracias á la contracción permanente del músculo uterino por las fibras lisas y elásticas, de que está formado. — Pero estas condiciones no existen desde el momento que se establece la flexión coincidiendo con la pérdida de tonicidad de la musculatura uterina. — Después que los vasos se relajan la cantidad de sangre contenida en el útero aumenta, y la congestión pasiva se acentúa sobremanera gracias á el obstáculo que á su desaparición opone el ángulo entrante del istmo uterino siendo esta misma congestión permanente un obstáculo á la desaparición de la

flesion. — Haremos una sucinta relación de los tratamientos empleados fijándonos en los de resultados más satisfactorios.

La primera cuestión que se nos presenta es el medio de restablecer las relaciones normales del cuerpo con el cuello encarejando el eje del órgano. — Si nosotros conseguimos por un medio terapéutico este restablecimiento permanente la lesión está curada. —

Indergamiento manual e instrumental.

La primera forma solo es ejecutable cuando el útero es muy móvil; se hará colocados a la enferma en el decubito

dorsal y posteriormente volviendo la vejiga, se introduce el índice izquierdo en el fondo de saco anterior que se rechaza adelante y en alto, el cuello siguiendo la misma dirección hará salir el fondo del organo del lugar que ocupa detrás del pubis. — La punta de los dedos de la mano derecha colocada al exterior, hará presión por detrás del pubis de manera que los dedos de ambas manos se toquen a través de las paredes vesicales y vaginales. — La mano derecha sostiene fuertemente el cuerpo del útero y el índice izquierdo volviendo al fondo de saco posterior que lo empuja adelante hasta que el

dedo venga alojarse entre el cuello. — Se eleva después a la altura de la punta de los dedos de la mano derecha con los cuales se aprieta el fondo y se rechaza todo el organo hacia atrás levantándolo hasta cerca del contacto con las paredes orbitales. — Esta maniobra será factible cuando el aneurisma se flexion no permanezca rígido por retracción cicatricial de los vasos inflamatorios y cuando no existen adherencias que lo inmovilicen; pero cuando estas condiciones existen la reducción solo es posible con la ayuda de instrumentos. —

Para efectuar la reducción por medio de instrumentos en-

pleamos el histerometro ordinario. — Para ello introducimos el
 instrumento hasta el fondo del utero con la concavidad hacia adelante,
 luego, se imprime entonces à la sonda un movimiento de rotacion
 hasta que su curvatura se dirija en sentido "inverso". — Este
 movimiento de rotacion sera ejecutado ante todo por el mango
 del histerometro, de este modo la punta sera simplemente
 vuelta no haciendo mas que una curva muy pequena
 y no ejercerá ningun violencia sobre la mucosa uterina. —
 Por esta maniobra la curva del canal uterino se en-
 cuentra deflecionado; el utero aun no es reducido y por

ello es preciso llevar el mango del instrumento hasta la
sinfisis. — Inderejado el utero por uno de estos medios es ne-
cesario sostenerle en posición y esto lo conseguimos mediante los
pesarios y el cinturón hipogástrico. —

Los cinturones hipogástricos. pueden disminuir la agudeza
de los síntomas y son recomendables a título puramente pro-
liativo pues ejerciendo su presión sobre el hipogástrico levanta
hacia arriba la masa intestinal impidiendo aumentar la
presión uterina pesando sobre el fondo del órgano. — (1)

Pesarios vaginales. están destinados a ejercer un efecto

(1) Son modelos Pajot - Faillard Etienne y el de Collin. —

mecánico sobre el útero enderezando el ángulo formado por el cuello y el cuerpo facilitando así la circulación de retorno. — Ha sido un medio terapéutico muy discutido por las complicaciones á que puede dar lugar. — (1)

Mundé dice; que perfectamente adaptado y convenientemente vigilado los pesarios vaginales son no solo útiles sino indispensables en el tratamiento de las desviaciones uterinas. — Opinanzas que sin ser indispensables pueden recomendarse como medio paliativo pues previenen á la enferma

algún abris enderezamos el útero, y facilitando así como
 hemos dicho la circulación de retorno. —

Todo pezario colocado en la vagina no debe producir
 dolor — ni incomodidad ninguna. — La enferma tendrá
 cuidado de irrijarla cada día con un líquido antisep-
 tico para combatir la leucorrea e impedir la formación
 de depositos e incrustaciones sobre el pezario. —

Podemos citar como modelos el de Lehmann que tiene la forma de doble herma-
 swurm — el de James-Barnes combinación del de Hodge y de Graily-
 Hewitt. — el de Levilla móvil de Foullard. — El honor que es el mismo

de Hodge sobre el cual se articule un asa movable suplementaria. — No deben de colocarse los pesarios cuando existen inflamaciones agudas de la vagina — del útero, o de los anejos; es necesario curar estas flegmasias por un tratamiento apropiado antes de instituir el mecañico. —

Dilatación.

89.

Estudiando el papel importantísimo que juega la metritis en la genesis de la ante-flexión, claro que a ella debemos de dirigir nuestros tratamientos al mismo tiempo que corregir la ante-flexión. — Para ello disponemos de la dilatación gradual con los tallos de Hegar — y de la lenta y progresiva con los de laminaria. — La dilatación gradual con los tallos de Hegar consiste en el paso de una serie graduada de estos y empleados correlativamente. —

He aquí su práctica: Colocar la enferma en posición

ginecolojien y previamente desinfectada se la introduce el
 speculum vaginal en su cavidad vaginal, y hecho esto cogemos
 el cuello por su labio superior con unas pinzas de agarbamiento
 al objeto de que al introducir los tallos metálicos no se reduce
 el útero hacia arriba ni atrás. — Sostenida ligeramente con
 la mano izquierda esta pinza introducimos el número 1.
 de los tallos metálicos y seguidamente los otros dos o tres números
 siguientes una vez pasado el número anterior; seguidamente
 se hace una irrigación intra-uterina de agua hervida con la
 sonda de Doléris y una vez hecho esto se rellena la ca-

vidas uterino con gas yodofornic permaneciendo en ella por
 espacio de dos o tres dias y en el objeto de sostener la dilata-
 cion. — Una vez pasados estos dias haremos la misma opera-
 cion comenzando por sacar la gas yodofornic que rellena el
 tero y cuello y empezamos por el numero del dilatador conq. ter-
 minamos en la sesion anterior y asi seguiremos por espacio de
 quince a veinte dias y llevamos la dilatacion hasta el numero sei-
 si ocho se Hegar. — Con esto conseguiremos enderezar temporal-
 mente el utero y lograr una menstruacion franca y normal. —
 Como la metritis acompaña generalmente a toda

antiflexión, podemos fustar al mismo tiempo mediante
 toques intra-uterinos con la solución de glicerina creosotada
 de la de fenol yodado - o formalina al 40% este último -
 Estos toques los practicarémos antes de proceder al sellado de la
 su perforación intra-uterina. —

Dilatación lenta y progresiva. —

(1) La dilatación gradual y progresiva se efectúa por medio de la
 falta de laminaria que introducidos en la cavidad uterina se
 resistiendo dilatando al par que endereza el útero; dilatan
 prop. - esta es la propiedad que tiene la laminaria al ser
 (1) Dolis - Pathologie et traitement des flexions uterines. —

influenciadas por la humedad, y enderezo por que siendo poco flexibles obligan al útero a permanecer reflexionado. Al hincharse repleta el estrecho y paulatinamente desaparece. —

La formación de este estrecho en las ante flexiones consiste en que al nivel del ángulo de flexión que generalmente tiene lugar en el istmo, la mucosa de la cara anterior se eleva formando un ángulo que dificulta la salida de las secreciones y excreciones que se acumulan por encima de este primer estrecho; al mismo tiempo y como consecuencia de ello viene la infección y congestión del útero siendo este autoris congestivo origen de un e-

94.
dena de los diferentes capas del utero el cual varia la-
gor mas tarde a una degeneracion fibrosa del anillo del
istmo quedando definitivamente constituido el estrecho. —

De aqui que tengamos que considerar en las ante flexiones dos clases
de estenosis: una primera formada por la flexion misma facil de
combatir — y otra consecuencia de esta ultima que ha sufrido
la degeneracion fibrosa por inhibicion serosa de modificaciones con-
ciones. — La colocacion del falo no difiere del catete-

trismo histerometrico y previa esta practica o la introduccion
de un dilatador de Hegar al objeto de dilatar la es-

Heche, el tallo de laminaria pasará sin dificultad, pe-
 rorá esta pequeña dilatación. — Cuando es muy
 manifiesta la estenosis y opone obstáculo al paso de la lami-
 naria, se bajará el útero por medio de pinzas sacabolas a-
 mericanas en cuyo caso se podrá aplicar sin dificultad
 por deflexión algo el útero al practicar el descenso. — A las
 veinticuatro horas se extraerá el tallo y será seguido de la
 aplicación de otro número más grueso, y así sucesivamente
 hasta obtener tallo de un grosor aproximadamente igual
 al correspondiente al número 18. de la escala de Hegar

combinandola con la introduccion de algunos numeros de los
 Sujos de Hegar con lo cual combatirémos la estrechez junta-
 mente con la flexion y distenderémos los pliegues de la mucosa
 inflamada facilitando el desagüe y el arribo de los medica-
 mentos aplicados para combatir la infeccion a todos los puntos
 de la mucosa. —

Amoramiento: medio terapéutico que empleamos con el
 objeto de distender fijamente o cortar y romper los bríos
 cicaticiales que retienen al útero en posición viciosa. —
Tallos intrauterinos: en general las ante-flexiones re-

beldes à la dilatation han ocurrido salvo raras excepciones al
 enderezamiento con tallo intrauterinos, porq. manteniéndose el
 útero deflexionado durante un espacio de tiempo bastante
 largo (sea à diez meses) evita la recidiva en muchos casos.
 De los diferentes pesarios de tallo intrauterinos que podríamos
 citar hay que reducirnos al de Lefour que es el mas acep-
 tado y se ventaja positivo. — Es uncojo cilindrico y presenta
 una superficie de cilindro con cuatro ranuras ó canales
 equidistantes y paralelos al eje del cilindro. — El objeto

de esta es favorecer el escape uterino:— La colocación no difiere en nada de la de los fallos de laminaria salvo la fijación que se practica pasando un anillo de hilo de plata y a través el cuello de un lado á otro y pase á su vez por un orificio que posee por dicho objeto el referido fallo. — Estos han de permanecer aplicados por un espacio de tiempo bastante largo (de ocho á doce meses) y antes de colocarlos conviene asegurarse del estado de la mucosa uterina pues si esta es afectada se cualquier proceso inflamatorio se procederá al lavado preventivo. — Las antepleciones rebeldes á la

Dilatación han cedido salvo raras excepciones al empujamiento con tallas intrauterinas. —

Tratamiento quirúrgico. —

Se practican algunas operaciones para corregir la ante-flexión — empezando por la mas sencilla tenemos, la incisión bilateral con el bisturí o la tijera; el éxito operatorio es i'buorio pues la cicatrización de la herida vuelve el cuello a su estado primitivo. — Martin; aconseja para evitar esto que se haga una amputación bicorónica del cuello con adaptación de los muñecos y estomatoplastia. —

Abbot y Source: se fundan en la particularidad de que en la anteflexión la pared posterior del útero efecto de su curvatura es más larga que la anterior; si se acorta esta pared seis u ocho milímetros que es lo que superan en longitud a la pared anterior se enderezará la desviación. — Para esto se practican dos incisiones laterales en las comisuras que dividieron el cuello en dos especies de valvas — anterior y posterior — volviéndose prolongar a bastante altura. — Con la ayuda del histerómetro se enderza el útero. — En esta situación que es normal la pared posterior muy larga permite que el labio posterior se

cuello descienden mas que el labio anterior. — Una serie de suturas laterales fijan los labios del cuello en esta situacion es decir sobresaliendo el labio posterior por debajo del nivel del anterior. —

Dudley - fundado en el mismo principio tambien el orificio del cuello mas hacia atrás; practicando una incision, anterior-posterior se divide el labio posterior en dos colgajos - se separan y suturan aisladamente en cada uno de estos colgajos la mucosa cervical y la vaginal. — El orificio vaginal del utero se encuentra de este modo mas atrás midiendo

hacia la concavidad del sacro en una dirección sensiblemente fisiológica. — La operación se completa amputando porciálmente el labio anterior que ha quedado muy largo. —

Mencionaremos las operaciones de Küster - Porzi - Schroeder y sobre todo para decir cuantas palabras de la *Compendiosa Anatomia de Ethuria* que exige la laparotomía preventiva y consiste en la resección por la vía abdominal del ángulo que sobresale hacia atrás en la ante-flexión; es aplicable a las ante-flexiones del útero el método de resección cuneiforme como se hace en las anquilas angulares de la rodilla. — Ent

intervención exige la laparotomía y por lo tanto agrava el proovitis. —

Igualmente podemos decir del método de Laroyenne que consiste en la aplicación de la histeropexia a la ante flexión. — Exige la laparotomía y como la anterior agrava el proovitis. —

Estudiemos la anatomía patológica y la patogenia de la ante flexión quínama, que la ante flexión patológica ligada a la dismenorea y a la esterilidad merece un tratamiento que lleve las diferentes indicaciones de cada

de su estudio — Estas indicaciones son — Endereza-
miento del eje cervico-uterino — Modificación de
la mucosa — Mantenimiento del calibre del canal
 por tiempo indefinido. — Satisfechas estas indicaciones por
 el raspado o por los toques intra-uterinos con una solución
 de glicerina creosotada al tercio — fenol yodado — o per-
 mangan al cuarenta por ciento —, y con la fijación de un
 tallo intrauterino de Lefour, nos inclinamos a
 este medio de tratamiento que aparte de ser el

mas inofensivo cumple con todas las indicaciones terapéuticas, prescribe a la vejiga: de la presión del cuerpo del útero curando así de los trastornos reñales — suprime el obstáculo: al curso de la sangre menstrual — cura la dismenorrea, y favorece en un gran número de casos la fecundación ulterior. —

En razón á la brevedad y por no cansar más la atención de V.S. solo hago referencia de un numero muy limitado de enfermos en lo que concierne á sus historias clínicas; de otra suerte podría formar una estadística muy numerosa por ser casi innumerable los enfermos que en esta dolencia han venido á consultarnos al Instituto de Terapéutica Operativa del Sr. Rubio cuyo clínica ginecológica dirige el Sr. Gutiérrez ya á lo cual he prestado mi constante asistencia por espacio de cuantos años. —

187-

Luis Santos - de 26 años de edad - casado - natural de Bilbao -
vive en Barroja - Profesion-sus labores. -

Historia menstrual: su primera menstruacion a los 15 años siendo dolorosa
durante el periodo de espulsion - normal en cantidad, y de cuatro
dias de duracion. -

Partos - 0 -

Abortos - 0 -

Fecha del padecimiento: desde su primera menstruacion tiene unos
nueve años. -

Sintomas: remision de pleuritis hipogastrica - dolores subpubianos -
cefalalgias frecuentes - inapetencia - trastornos de jestion, revelados por

dispepsia y eructos nidorosos — es atormentada de frecuentes deseos de orinar, derramando cada vez una escasa cantidad — flujos blancos espesos y abundantes. —

Signos físicos: por el tacto vaginal se encuentra el cuello dirigido adelante y arriba contra la pared anterior de la vagina — es lizo y conico. —

Por detras de su insercion vaginal se nota un angulo de flexion muy marcado agudo y abierto hacia adelante. — Combinando el tacto vaginal con la palpacion hipogastrica se coge el utero con las dos manos haciendose bien palpable su inclinacion hacia adelante pues su fondo toca casi la pared posterior de la sinfisis pubiana, su cara posterior se tiene superior, y su cara anterior es inferior. —

El fondo de saco anterior está acortado, el fondo de saco posterior está notablemente aumentado de longitud. — Por la inspección, previa colocación del speculum, se observa un cuello conico casi cerrado y dirigido fuertemente hacia la valva superior. — Practicado el cateterismo, previa inserción del histerometro, penetró con bastante dificultad, dando salida a un poco de moco glutinoso y sanguinolento con sensación de dolor intenso por parte de la enferma. —

Diagnostico: Ante flexión y Endometritis. —

Tratamiento: Se hizo primeramente la dilatación gradual con las

Tallo de laminaria empezado con el nú^o 2. y terminado en
el nú^o 10. despues le practiqué el legrado de la matriz y se-
guidamente le puse en tallo de Lefour, que le llevo a puerto
por espacio de cinco meses, al cabo de los cuales habiendo no-
tado la falta de dos reglas fui a Bilbao en donde un espe-
cialista le quitó el tallo apreciando su gestación que fue normal
en el octavo mes segun referencias por carta de la interesada.

D. D. Garcia de 26 años de edad - casado - natural de Madrid -
 vive Lora de Guzmán - 8. Profesion - sus labores. -

Historia menstrual: su primera menstruación a los 17 años, escasa y con
 dolores premenstruales - duración - tres días. -

Partos - 0 -

Abortos - 0 -

Fecha del padecimiento: desde su primera menstruación. -

Síntomas: dolores hipogástricos - dolores renales - lumbares y sacros -

Tristeza y melancolía bien manifiestas - Inapetencia - estreñimiento
 y sensación de opresión abdominal - Sin frecuencia ni dolores
 al orinar. -

112.

Signos físicos. casi idénticos á la anterior y solo acusa un dolor bastante pronunciado á la compresión en el fondo lateral izquierdo. —

Diagnóstico: Ante flexión - Endometritis y perimetritis lateral izquierda. —

Tratamiento: curas de glicerina iotada cada 3: día - irrigaciones vaginales calientes tres por día. — Posteriormente después de tratada la perimetritis, dilatación con los tallos de laminaria - después de la matriz y seguidamente la coloqué un tallo de Lefour que llevó puesto por espacio de cinco meses al cabo de lo que se lo quite' por haberla faltado ya una regla hace 20 días, infundiéndome la sospecha de embarazo, confirmado posteriormente, - Evolucionó normalmente

113-

Hasta su noveno mes en que dió a luz un hermoso niño que hoy cuenta 6 meses de edad y que lacta en misma madre en inmejorable condiciones. - Sus puerperios fueron fisiológicos, y la matriz evolucionó con normalidad. —

Leonor Martiñez - de 28 años de edad - casada - natural de Madrid -
vive Marques de Urquijo - 16 - Profesión - sus labores. -

Historia menstrual: a los 14 años tuvo su primera menstruación, normal en can-
tidad y de cuatro días de duración. -

Partos - 0 -

Abortos - 0 -

Fecha del padecimiento: desde que se casó hace cuatro años. -

Síntomas: dolores hipogástricos, y sensación de plenitud - dolor subpubiano -
imposibilidad de las relaciones sexuales por el dolor que lo provocan - palpitación
y grande estreñimiento. -

Sígnos físicos: al tacto vaginal acusa un agudo dolor con fenómenos seps.

modicos e imperitibilidad de la introduccion del dedo, previos tantes se puede penetrar, y se aprecia un cuello corto y conico, y un angulo de flexion pronunciado. - Aplicado el speculum vaginal no se nota nada que difiera de lo demas cosas de ante flexion. -

Diagnostico: vaginismo voluntario - Ante flexion - y Endometritis. -

Tratamiento: dilatacion vulvo-vaginal alterna y gradual con el speculum. - Posteriormente dilatacion cervical con los tallos de laminaria; despues leyendo uterino y colocacion de un tallo de Lefour que ha conservado por espacio de siete meses, al cabo de lo que fui llamado por haberse desprendido uno de los puntos y haberse espulsado el tallo. - Reconocida la quite' el hilo de plata que atravesaba el cuello uterino.

916-

rins, le hice un lavado vaginal con sublimado al uno por mil,
y le recomendé me llamase si alguna molestia tubiere sentido me-
ramente. Hoy seis meses de este fecha está perfectamente y
sin molestia de ningun genero habiendo desaparecido la dismenorea y
demas sintomas que acusaba gozando de floreciente estado de salud.

Incarcacion Garcia - 28 años de edad - casada - natural de Madrid -
vive Salitre 14 - Profesion sus labores -

Historia menstrual: su primera menstruacion a los 16 años con ligeros dolores
el primer dia despues indolora, abundante, y descolorida - Duracion
de 6 dias -

Partos - 0 -

Abortos - 0 -

Fecha del padecimiento: desde los 16 años -

Sintomas: dolores hipogasticos y renales - cefalalgias frecuentes - im-
petencia - boca seca - lengua saburrosa - flatulencia - pertinaces diarreas,
cansancio - opresion toracica - tristesia - y melancolia - haciendo

mención frecuente de su incurabilidad. —

Signos físicos: cuello aplanado y fuertemente flexionado con un ángulo abierto hacia arriba — matriz pequeña y doblada hacia el abdomen — Vagina corta en su diámetro anterior — posterior y más en su parte anterior. — Ligera retracción ligamentaria del lado derecho, ocasionando dolor acentuado a la compresión. —

Diagnóstico: Ante-flexión y perimetritis lateral derecha. —

Tratamiento: corrección de la perimetritis mediante los curas de glócerin iodoada se le dilató el cuello mediante la talle de laminaria y se le hizo la incisión bilateral cuneiforme

118
- sin resultado - Está en la actualidad en tratamiento
para el legrado uterino y colocación de un tallo de Lefour.

120-

Josefa Cordova - de 28 años de edad - casada - natural de Jalisco - vive Ave Maria 19 y 21 - Profesion sus labores -

Historia menstrual: su primera menstruacion a los 16 años siendo en casa y dolerosa - Duracion tres dias - Siempre ha sido muy escasa en sus reglas y con dolores intermitentes. -

Partos - 0 -

Abortos - 0 -

Fecha del padecimiento: hace 12 años. -

Sintomas: dolores hipogasticos - lumbares y renales - cefalalgias frecuentes - inapetencia - flatulencia - estreñimiento, peritum - poliquivoria e indolencia habitual - flujo gleroso (como clara de

Nuevo.)

121

Signos físicos: por el tacto vaginal se nota un cuello liso, conico y dirigido hacia arriba. — Por su insercion vaginal se tacta una depresion muy marcada que constituye con el cuerpo y porcion intra-vaginal un angulo agudo bien manifesto. — Combinada la tactacion con la palpacion hipogastrica se toca el fondo del utero revuelto hacia arriba en forma de culata de revolver y tocando casi con la pared posterior de la sinfisis pubiana. — Practicando el cateterismo previa incurvacion del histerometro, hubo necesidad de dirigir su mango fuertemente hacia abajo para que pecture hasta el fondo del utero. — La enferma acusó vivo dolor

122.
con salida de moco sanguinolento al retirar el histerómetro.

Diagnóstico: Ante flexión y Endometritis. —

Tratamiento: dilatación gradual con la talle de laminaria, legrado uterino y colocación de un talle de Lefour que lleva en la actualidad, rezplando normal e indoloramente hasta hoy. —

Blasa Olalla — de 17 años de edad — soltera — natural de Colhuacapan —
 vive S: Leonardo 12 — Profesion — sirvienta. —

Historia menstrual: a los 15 años su primera menstruación, escasa — des-
 colorada y con dolores — Duración dos y medio días — Sigue actualmente
 con dolores el primer día de su regla y siendo escasa como antes. —

Partos — 0 —

Abortos — 0 —

Fecha del padecimiento: desde su primera menstruación. —

Síntomas: dolores renales y lumbares — sensación de pinchazos en la matriz —
 frecuentes ganas de orinar — estreñimiento. — cefalalgias y frecuentes
 epistaxis — Flujo leucorreico intermenstrualmente aunque muy escaso. —

Signos físicos: cuello conico, liso y dirigido hacia la pared vaginal superior; cuerpo inflexionado fuertemente hacia adelante y lateralizado hacia el lado derecho.-

Diagnostico: Ante flexion - Endometritis y retraccion del ligamento ancho derecho.-

Tratamiento: previos los cueros con algodón iodoformado y las irrigaciones vaginales calientes, se hizo la dilatacion gradual con los tallos de laminaria, y muy a su vez tratandose mediante la dilatacion progresiva con los tallos de Hegar y toques intrauterinos de la solucion de formalina⁽¹⁾ entendiendose muy mejorada. —

(1) formalina - solucion al cuarenta por ciento.-

Mrs Olavarrin - de 20 años de edad - casada, natural
de Madrid - vive Juencarral 26. - Profesión sin labores. -

Historia menstrual: en primera mención a los 16 años muy escasa y
descolorida siendo esta tan corta que solo la dura un día; Hoy sigue
mentuando en algunos dolores y solo un gota. -

Partos - 0 -

Abortos - 0 -

Fecha del pubescimiento: edad en pubertad: -

Síntomas: ligeros dolores hipogástricos y renales y más que nada la
irregularidad de sus reglas que siendo solo de un gota es casi un amenorrea. -

Ligeros períodos por el tacto vaginal se encuentran el cuello que es tan

piróide - pequeño y mirando hacia el pubis. Por la palpación hipogástrica se toca el cuello muy encorvado hacia adelante. Es de apreciar su vagina muy corta en sus diámetros antero-posteriores particularmente en su pared anterior. - Practicando la histerometría uterina nos dio cinco centímetros de longitud confirmando la presencia de un útero pequeño, casi infantil. -

Diagnóstico: Anteflexión congénita - Amenorrea. -

Tratamiento: irrigaciones vaginales calientes - Partidos de ovario de Chauv. H. y la anty tratando con la dilatación gradual por medio de los tallos de laminaria.

Conclusiones.

- 1.^a — La ante-flexión se hace patológica por la fijez a del ángulo de flexión. —
- 2.^a — La ante-flexión patológica entraña por sí misma alteraciones morbosas en la zona uterina y peri-uterina cualidades que puede agravarse. —
- 3.^a — Terapéuticamente existen dos ante-flexiones, una congénita y otra ligera a una congestión periv. por metritis o subinvolution uterina. —
- 4.^a — Las ante-flexiones del útero son causa del síndrome uterino por lo estrecho que lo acompaña. —

- 5.^a — La ante flexión patológica se caracteriza clinicamente por la dismenorrea o la esterilidad o por los dos reunidos. —
- 6.^a — La dilatación gradual suele combatir la dismenorrea y esterilidad en la ante flexión. —
- 7.^a — Cuando no dé resultado este tratamiento será eficaz el empleo del pesario intrauterino de Lefour. —
- 8.^a — El uso prolongado de este pesario asegura un alivio inmediato o la curación definitiva con un cortejo sintomático. —
- 9.^a — Se observa la fecundación en las mujeres estériles, y el desarrollo del embarazo sin complicaciones formales. —
- 10.^a — En las ante flexiones ligadas a la congestión pánica e inflamación, peritonías, empiemias primero el tratamiento anti flogístico. — He dicho. Mo.

drw 26 de Abril de 1905.

Jesús de la Bodega y O. Robles

Admirable

J. Robles

Admirable

R. Jimenez



Bibliografía...

122-

- Miquel A Fargas — Tratado de ginecología — Barcelona 1903.
- J. Labadie Lopez — Félix Leguen — Tratado médico-quirúrgico de ginecología — 1898.
- Anwar — Traité pratique de gynécologie — Paris 1894
- Anwar — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales Article pessaire p. 164
- Barrois — Des flexions de l'utérus (Ehene Paris 1880)
- Boari — Ante flexión de l'utérus (Rivista de Obst. e Gynecol. - avril 1896)
- Boursier — Des métates dans les déviations de l'utérus (Semaine méd 12 août 1895)
- Cortis — Essai sur les flexions de l'utérus (Montpellier 1860.)
- Doleris — Leçon sur les déviations utérines (Pratique Méd Paris 1882)
- Doleris — Pathogénie et traitement des flexions utérines (Ses des Hop 1888 p. 23)
- Doleris et Picherrin — La Pratique gynécologique (Paris 1896. —

- Brock — Étologie et traitement des flexions utérines (Thèse de Berlin 1876)
- Bricage — du traitement de l'anteflexion utérine (Thèse de Lyon 1874)
- Duret — des déviations utérines (Bulletin Méd - 21 août 1895.)
- Emmet — Étologie des flexions utérines avec l'indication du traitement approprié — (Améric J. of Obst - 1877 - p^o 668.)
- Jeré — Anteflexion de l'utérus — (Bull. soc. anat. de Paris 1875.)
- Sibb — dilatation utérine contre la stérilité — (Améric J. of Obst. 1895)
- Sutierrez — Lecciones dadas en el Instituto de Europa del Dr. Rubio 1904 -
- Herman — On the relation of the anteflexion of the uterus to dysmenorrhœa — (British Med - Jour - 1881 - pag 709)
- Laroyenne — Nouveau traitement de l'anteflexion utérine par l'hystéropexie abdominale antérieure (Bouges de Lyon - No. 20 - 1885)

- Sefour — Ligés intra-utérines, leurs diverses applications en gynécologie, importance en mode de fixation — Semaine gynécologique 1887 p. 223
- Mundé — Anteflexion and dysmenorrhœa — (Internat Clin — 1892 — p. 321)
- Mundé — Care of pessaries — (Internat Clin Philad — 1893 p. 232)
- Petit (Paul) — Modification au pessaire intra-utérin de Sefour — Bull. Méd. Paris 1896
- Pichevin — Traitement de la sténose cervicale par la division bilatérale — (Bull. med p. 162)
- Pozzi — Traité clinique et opératoire de gynécologie. —
- Schultze (BS) — Traité des déviations utérines (Traduit par J. — Herzog — Paris 1884.)
- Lillaux — Traité de anatomie topographique avec applications à la chirurgie. —
- Valleix — Des déviations utérines — (1820)
- Verrier — Diagnostic et traitement de l'anteflexion utérine (France med 1892 — p. 222)

Verificó el ejercicio del grado de Doctor y
se le calificó de Saberesaliente

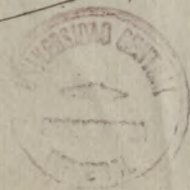
Madrid 20 de Mayo de 1805

El R. P. Fr. Juan de
Caceres

M. J. J. J.

Juan de
Caceres

José María



U. de
M. J. J. J.

