

el niño, y como la albuminuria pone en peligro la vida de éste, estamos autorizados á ocuparnos de la salud de la madre, discutiendo el partido que debemos seguir.

El embarazo en una mujer afectada de diabetes puede dar lugar á serios accidentes, investigados recientemente por el doctor Duncan (1). Debe ésta distinguirse de la glucosuria fisiológica comúnmente presente al término del embarazo y durante la lactancia. Es probable que las diabéticas no sean aptas para concebir, pero cuando esto sucede el caso reviste cierta gravedad. De los casos recogidos por el doctor Duncan parece deducirse que la preñez puede interrumpirse en su curso, generalmente por la muerte del feto que suele ocurrir con frecuencia. En algunos casos no se han observado malos resultados, mientras que en otros la paciente después de parir ha caído en un estado de colapso. Parece ser que no se ha observado el coriza diabético. De 22 embarazos de mujeres diabéticas 4 terminaron fatalmente, de modo que la mortalidad es grande. Muy poco puede decirse para establecer reglas positivas con respecto al tratamiento; pero si los síntomas son graves y aumentan su intensidad, parece indicado el parto prematuro.

(1) *Obst. Trans.*, 1882, vol. XXIV, pág. 256.

CAPÍTULO VIII

ENFERMEDADES DEL EMBARAZO

(Continuación)

En el curso del embarazo se observan diferentes desórdenes del sistema nervioso. Entre los más comunes indicaré una irritabilidad morbosa del carácter, ó un estado de abatimiento moral y un terror acerca de los resultados del parto, á veces absolutamente insensato y llegando hasta la manía. No son sino exageraciones de un estado de susceptibilidad del sistema nervioso, dependiente en general de la gestación. El insomnio no es raro, y si se gradúa mucho puede producir serios desórdenes por la irritabilidad y extenuación que de ello resultan. Debemos procurar disminuir la sobreexcitación nerviosa consecutiva á este insomnio, insistiendo en que se supriman las vigili-
as, la frecuencia exagerada á las reuniones, placeres excitantes, etc.; puede ser indispensable provocar el sueño por la administración de los sedantes, y en particular del hidrato de cloral combinado con fuertes dosis de bromuro de potasio, que aumenta mucho sus efectos hipnóticos.

Son comunes en el embarazo las hemicráneas violentas y las neuralgias. Entre estas últimas las más frecuentes son los dolores en los pechos, debidos á la íntima conexión simpática de las mamas con el útero grávido, y la neuralgia intercostal viva, que un observador poco cuidadoso puede tomar por un dolor debido á una pleuresía ó á una inflamación del pulmón. El termómetro, revelando que no hay elevación de temperatura, prevendría este error. Las afecciones neurálgicas del mismo útero, ó los violentos dolores en las ingles y muslos, resultado mecánico probablemente estos últimos de tracciones sobre las inserciones de los músculos abdominales, distan mucho de ser raras. En

Desórdenes
del
sistema nervioso.

Insomnio.

Jaquecas
y
neuralgias.

el tratamiento de estas afecciones neurálgicas debe atenderse al estado general, y administrar grandes dosis de quinina y los preparados ferruginosos siempre que haya gran debilidad; se prescriben también las aplicaciones sedantes locales, los linimentos con cloroformo ó belladona, las fricciones con unguento de acónito si el dolor está limitado á una región poco extensa y, en los casos más graves, las inyecciones subcutáneas de morfina. Estos dolores, que dependen en apariencia de causas mecánicas, se alivian á menudo disminuyendo la tracción sobre los músculos, haciendo adoptar á la mujer un cinturón elástico bien hecho para soportar el útero.

Parálisis dependientes del embarazo.

Entre las afecciones nerviosas más interesantes se cuentan las diferentes parálisis, de las que se han observado casi todas las variedades: la paraplegia, la hemiplejia (completa é incompleta), la parálisis facial y la de los nervios de un sentido especial, dando lugar á la amaurosis, á la sordera ó á la pérdida del gusto. Churchil refiere 22 casos de parálisis ocurridas durante el embarazo y que recogió de diferentes obras. Gourbeyre ha reunido también muchos en una interesante Memoria sobre el particular, y Fordyce Barker, Joulin, etc., han citado otros; de suerte que no puede haber duda alguna sobre la frecuencia relativa de las parálisis durante el embarazo. En la gran mayoría de casos coincidieron las parálisis con la albuminuria y fueron sin duda de origen urémico. Así existía la albuminuria en los 19 casos de que habla Gourbeyre. Darcy (1), sin embargo, no observó albuminuria en 5 de 14 casos. La parálisis depende de una causa pasajera, por lo que en la mayor parte de los casos no fué permanente, sino que desapareció á poco de verificarse el parto.

Van generalmente asociadas con albuminuria.

En estos casos debe provocarse el parto inmediatamente.

En cada parálisis, sea cual fuere su naturaleza, deberá examinarse atentamente la orina, y si contiene albúmina se provocará el parto. Es sin duda la mejor conducta que puede seguirse, pues no hay razón para exponer á la enferma á los peligros ulteriores que resultan de la presencia de tan formidable síntoma. Suprimida la causa, desaparece rápidamente el efecto; el pronóstico es, pues, en suma, fa-

(1) Tesis de Paris, 1877.

vorable. Si la parálisis persiste después del parto, el tratamiento deberá ser igual al que se emplea cuando la mujer no está en cinta: pequeñas dosis de estricnina y la faradización de los miembros afectos; tales son los mejores medios de que podemos disponer.

Hay, sin embargo, algunas parálisis puerperales que no tienen un origen urémico, y cuya naturaleza es algún tanto oscura. La hemiplejia puede ser ocasionada por una hemorragia cerebral, de igual modo que fuera del embarazo. Se observan también otras causas orgánicas de parálisis, por ejemplo la congestión cerebral ó la embolia, pero son relativamente raras durante el embarazo. Algunas tienen un origen funcional. Tarnier cita un caso de hemiplejia que no pudo atribuir sino á una gran anemia. Otras son de origen histérico. La paraplegia parece tener menos relaciones con la albuminuria que las demás formas de parálisis, y puede depender, ora de la compresión del útero grávido sobre los nervios en su trayecto á través de la pelvis, ora de una acción refleja, como se observa á veces en las afecciones uterinas. Si el examen frecuente de la orina nos revela la ausencia de la albuminuria, no corre sin duda la mujer el mismo peligro que en los casos de uremia, y por consiguiente es racional dejar llegar á su término el embarazo, dejando al tratamiento general ulterior el cuidado de hacer desaparecer los síntomas de la parálisis. Como la pérdida del movimiento depende aquí de una causa pasajera, está siempre justificado un pronóstico favorable. Obsérvanse también parálisis de una extremidad inferior, generalmente la izquierda, debida á la presión del occipucio fetal, que desaparece gradualmente después del parto.

Parálisis no urémicas en su origen.

Se observa con bastante frecuencia la corea, que constituye una complicación seria, sobre todo en las jóvenes de salud delicada, en el primer embarazo. En la gran mayoría de casos la mujer ha padecido ya esa enfermedad antes de casarse, y su embarazo la predispone á la reaparición de los movimientos coreicos. Este hecho puede explicarse á la vez por el estado de susceptibilidad del sistema nervioso y por el empobrecimiento de la sangre.

Corea.

La corea es una peligrosa complicación del embarazo;

Pronóstico.

en efecto, de 56 casos reunidos por el doctor Barnes (1) en una excelente Memoria sobre el particular, hubo 17, es decir, 1 por 3 mortales. Y no es de temer sólo el peligro de la vida, sino que la corea puede dar origen á desórdenes intelectuales permanentes si se desarrolla durante el embarazo mejor que en otra época. Tiene también innegable tendencia á provocar el aborto ó el parto prematuro, y en la mayor parte de los casos se sacrifica la vida del niño.

Tratamiento.

El tratamiento de la corea durante el embarazo, no difiere del que se le aplica en tiempo ordinario; emplearemos de preferencia el licor arsenical, el bromuro de potasio y los diferentes preparados de hierro. Sin embargo, en la forma grave de la enfermedad, cuando la mujer sufre movimientos incesantes, se depaupera, pierde el sueño y está seriamente amenazada su vida, debemos tomar medidas más prontas y radicales. Si á despecho de nuestros medicamentos va en aumento la gravedad de los paroxismos y parecen extenuadas las fuerzas de la mujer, nuestro único recurso será quitar la causa del mal provocando el parto, con lo que, por lo general, los síntomas disminuyen y desaparecen poco después. No hay duda de que la operación está perfectamente justificada y hasta impuesta por tales circunstancias. Debemos recordar que la corea reaparece á menudo en los embarazos ulteriores, por lo cual deben tomarse las mayores precauciones para prevenir su desarrollo. En los trópicos, donde el tétanos es frecuente, suele observarse en conexión con el embarazo. En los climas templados es muy rara esta complicación, sabiéndose muy poco respecto á sus causas y modificaciones de los síntomas á que da lugar. Sin embargo, el peligro de la paciente es grande. De 30 casos, 28 recogidos por Simpson y 2 por Wiltshire, sólo curaron 6.

Tétanos.

Desórdenes de los órganos urinarios.

Son comunes los desórdenes de los órganos urinarios. Pudiendo observarse la retención de orina como fenómeno consecutivo de la retroversión del útero grávido, nos esforzaremos en suprimir la causa; estudiaremos este punto al hacerlo de esta clase de dislocación de la matriz. Sin

(1) *Obst. Trans.*, 1869, vol. X, pág. 147.

embargo, indicaré por de pronto que si la retención de orina persiste bastante tiempo, no sólo puede ser una incomodidad funesta, sino una afección persistente de las tunicas de la vejiga. Se han citado algunos casos en que una cistitis, resultado de la retención de orina durante el embarazo, produjo la exfoliación de toda la mucosa de la vejiga (1), su expulsión á veces total, á veces parcial, y hasta la destrucción de una parte de la capa muscular. La posibilidad de tan grave accidente nos obligará á no dejar persistir una retención de orina demasiado pronunciada y á servirnos de vez en cuando del catéter para atenuar sus síntomas, y también á hacer desaparecer su causa.

Retención de orina.

Es frecuente la irritabilidad de la vejiga. En los primeros meses es, al parecer, resultado de una irritación simpática del cuello de la vejiga, combinada con la compresión, en tanto que en los últimos es producida probablemente por causas mecánicas. Si es muy marcada, provoca vivos dolores, impide el sueño, turbado por la necesidad incesante de orinar, y los sufrimientos que ocasiona pueden producir graves desórdenes constitucionales. He indicado en otra parte (2) que la irritabilidad de la vejiga en los últimos meses del embarazo depende á menudo de la posición anormal del feto, que está colocado transversal ú oblicuamente. De aquí resulta, ó bien que la vejiga sufre una compresión anormal, ó que es llevada fuera de su situación regular. Por la palpación puede reconocerse fácilmente la posición anormal del feto y modificarse por las manipulaciones externas. En algunos de estos casos he observado que el cambio de posición del feto fué seguido inmediatamente de mejoría, reapareciendo los síntomas al cabo de cierto tiempo, en cuanto recobra una situación oblicua. Si el feto se disloca con frecuencia, se intentará sostenerle en el sentido del eje longitudinal del útero por medio de vendajes ó de almohadillas convenientemente dispuestas. En los casos no imputables á esta causa, nos esforzaremos en moderar los síntomas vesicales con una

Irritabilidad de la vejiga.

(1) *Obst. Trans.*, 1863, vol. IV, pág. 13.

(2) *Ibid.*, 1872, vol XIII, pág. 42.

medicación apropiada, pequeñas dosis de licor de potasa si la orina es muy ácida, de tintura de belladona, de cocimiento de grama, remedio antiguo, pero excelente, ó de tapones vaginales sedantes que contengan morfina ó atropina.

Incontinencia de orina.

Las mujeres que han tenido varios hijos tienen á menudo, durante su embarazo, incontinencia de orina, saliendo el líquido gota á gota al más ligero movimiento. De aquí resulta una viva irritación de la piel que circunda las partes genitales, con excoriaciones y erupciones incómodas. Puede obtenerse un alivio parcial disminuyendo, á beneficio de un cinturón abdominal, la compresión que sufre la vejiga; la piel debe protegerse por aplicaciones de unguento simple ó de glicerina.

Depósito fosfático.

El doctor Tyler Smith ha llamado la atención sobre un estado fosfático de la orina que se observa en las mujeres delicadas, cuya constitución altera gravemente el embarazo. Ese estado puede mejorarse con facilidad por el reposo, un régimen nutritivo y el empleo de medicamentos reconstituyentes, tales como el hierro, los ácidos minerales, etc.

Leucorrea.

A menudo acompaña al embarazo un flujo leucorreico, blanquecino y abundante, que alarma á veces á la mujer, pero que, á menos de ir acompañado de síntomas desagradables, no reclama ningún tratamiento especial. Sin embargo, si es muy abundante, puede producir una viva irritación de la vagina y de los órganos externos de la generación. Los labios se excorían y cubren de vesiculitas aftosas, aumentando mucho el calor de la vulva, que se pone tumefacta y sensible. A veces se desarrollan en la mujer en cinta eminencias verrugosas semejantes á los condilomas sífilíticos, sin ninguna clase de infección específica, dependientes de un flujo leucorreico irritante. Según Thibierge (1) resisten á las aplicaciones locales de sulfato de cobre ó de nitrato de plata, pero desaparecen espontáneamente después del parto. Como quiera que esta leucorrea está bajo la dependencia del estado congestivo de los órganos de la generación que acompaña al embarazo, no po-

Tratamiento.

(1) *Arch. Gén. de Méd.*, 1856.

demo hacer otra cosa que moderarla un poco. En las formas más intensas, según ha indicado Enrique Bennett, se encontrará el cuello ulcerado ó cubierto de erosiones granuladas, que se pueden cauterizar de vez en cuando con el nitrato de plata ó una solución de ácido fénico. En general, debemos contentarnos con recomendar á la mujer que haga lociones en la vagina con el líquido diluido de Condy, ó con una solución de sulfocarbonato de zinc á la dosis de 20 centigramos por 30 gramos de agua, ó simplemente con agua templada. Es evidente que se abstendrá de duchas vaginales demasiado fuertes y frecuentes, y que deberá contentarse con ligeras inyecciones diarias como objeto de limpieza.

La leucorrea va acompañada á menudo de un prurito vulvar muy desagradable, sobre todo si el flujo es ácido. A veces padecen mucho las mujeres, pues es doloroso y tenaz, y se ven obligadas á recurrir á incesantes fricciones sobre las partes. Sin embargo, este prurito puede existir sin leucorrea, revistiendo unas veces el carácter neurálgico y coincidiendo otras con la existencia de chapas aftosas de la membrana mucosa, con ascárides del recto ó pediculi en los pelos del monte de Venus y de los labios. Se citan casos en que se extendió á todo el cuerpo esta irritación pruriginosa. El tratamiento es difícil y no da resultado satisfactorio. Pueden ensayarse diversas aplicaciones sedantes, tales como una solución ligera del agua de Goulard, una loción compuesta de 30 gramos de la solución de muriato de morfina con dos de ácido hidrociánico en 180 de agua, una solución hecha con una parte de cloroformo y seis de aceite de almendras dulces. Una medicación que se emplea mucho, consiste en introducir en la vagina una mecha de hilas empapada en partes iguales de glicerina boratada y de ácido sulfúrico. Puede introducirse al acostarse la mujer y quitarla cuando se levanta á beneficio de un hilo de que va provista. A veces da excelente resultado untar la partes con un unguento de ácido borácico y vaselina. En los casos más rebeldes se tocará ligeramente la vulva con el nitrato de plata sólido, ó también se puede recurrir, como recomienda Tarnier, á una solución de bicloruro de mercurio, á la dosis de 10 centigramos por 30

Prurito.

Puede existir independientemente de la leucorrea.

Tratamiento.

gramos, aplicada por mañana y tarde. No se descuidará el estado de los órganos digestivos y se administrará con ventaja un agua mineral laxante. Si el prurito se extiende más allá de la vulva, ó si es vivo el dolor local, pueden administrarse grandes dosis de bromuro de potasio, que consiguen á veces disminuir la hiperestesia nerviosa, general.

Algunos de los desórdenes del embarazo resultan directamente de la compresión mecánica del útero grávido. Los más comunes son el edema y el estado varicoso de las venas de los miembros inferiores ó de la vulva. El edema tiene poca importancia siempre que nos aseguremos que es realmente resultado de la compresión y no de la albuminuria, y que disminuye á beneficio del reposo en la posición horizontal. Las várices de las venas de los miembros inferiores son bastantes comunes, sobre todo en las múltiparas, y pueden persistir después del parto. Generalmente están limitadas á las venas superficiales, principalmente la safena y las de la superficie interna de la pierna y muslo; algunas veces están también afectadas las venas más profundas, yendo esto acompañado, según algunos, de gran dolor en el pie cuando la mujer anda ó está de pie. A veces están dilatadas y varicosas las venas de la vulva y de la vagina, y producen una gran tumefacción de los órganos genitales externos. El reposo en la posición horizontal, el uso de un cinturón abdominal para evitar en lo posible la compresión de las venas, es todo lo que podemos hacer para obviar tan funesta complicación. Si están muy hinchadas las venas de la pierna, se podrá emplear con ventaja una media elástica ó un vendaje cuidadosamente aplicado.

La rotura accidental de las venas dilatadas puede producir graves y aun hasta mortales accidentes. Si la rotura se verifica durante ó inmediatamente después del parto, resultado frecuente de la compresión de la cabeza, provoca la formación de un trombus vaginal. Este accidente puede producirse bajo la influencia de una lesión accidental durante el embarazo, como en los casos que refiere Simpson, en los que produjo la muerte un puntapié en las partes con rotura de una vena varicosa, y Tarnier, en el que la mujer se dió con el borde de una silla.

Edema de las extremidades inferiores.

Efectos de la presión.

Várices venosas.

La rotura accidental de las venas producen resultados serios.

Una hemorragia grave puede acompañar á la rotura accidental de una vena de la pierna. El único tratamiento racional es la compresión hecha directamente sobre la parte cruenta con el dedo ó con compresas empapadas en una solución de percloruro de hierro. En otro sitio indicaremos el tratamiento del trombus vaginal consecutivo al parto. A veces se inflaman las venas varicosas, se ponen blandas y dolorosas y se forman coágulos en su interior. En este caso deberá insistirse en el reposo absoluto y en las lociones sedantes de cloroformo y belladona para calmar los dolores.

Hay ciertas dislocaciones del útero grávido que pueden dar lugar á síntomas de mucha gravedad.

El prolapso, que es raro, es casi siempre resultado de un embarazo verificado en un útero que ya tenía antes ese vicio. En estas circunstancias el aumento de peso del útero agravará desde luego la tendencia ya existente á la proyección de la matriz, y este órgano podrá franquear la vulva en parte ó en totalidad; pero, en la gran mayoría de casos, á medida que avanza el embarazo se cura por sí mismo el prolapso, pues hacia el cuarto ó quinto mes se eleva el útero por encima del estrecho abdominal. Se ha dicho que, en algunos casos de prolapso completo, llegó á término el embarazo estando el útero completamente fuera de la vulva. Es probable que se hayan observado mal los hechos y que, en realidad, la porción mayor del útero estuviese por encima del estrecho y sobresaliese al exterior su segmento inferior; ó también, como ocurre á veces, la porción proyectada no es sino una prolongación hipertrófica del cuello, de fecha antigua, estando situados normalmente el orificio interno y el fondo del útero. Si la matriz en prolapso no se elevase en la cavidad abdominal á medida que adelanta el embarazo, podrían resultar graves accidentes; en efecto, á menos que no tenga la pelvis una gran capacidad, será comprimido el útero que se desarrolla entre las paredes óseas, aplastados el recto y la uretra y dificultadas la micción y la defecación, con una violenta y dolorosa irritación. Según todas las probabilidades, tal estado produciría el aborto; la perspectiva de esta consecuencia deberá determinarnos, pues, ó no descuidar el tra-

Dislocaciones del útero grávido.

Prolapso del útero grávido.

Su tratamiento.

tamiento de todo caso de prolapso, por ligero que sea, cuando sobreviene el embarazo. Se insistirá en el reposo absoluto en la posición horizontal y se mantendrá el útero en la pelvis por un pesario de Hodge, que se llevará durante seis meses lo menos, hasta que haya entrado el útero completamente en la cavidad abdominal. Después del parto guardará la mujer cama por mucho tiempo, en la esperanza de obtener la curación del prolapso. No hay duda de que el embarazo llegado á término ofrece probabilidades de curación aun para las dislocaciones antiguas, probabilidades que no deben desdenarse.

La anteversión es relativamente de pocas consecuencias.

La anteversión del útero grávido rara vez produce síntomas graves. Según todas las probabilidades, es bastante común que sobrevenga el embarazo en un útero en anteversión más que normal ó en anteflexión. Pero no se corre el mismo peligro de encarcelamiento en la cavidad pélvica que cuando el embarazo se verifica en un útero en retroflexión, pues á medida que el útero aumenta de volumen se eleva sin dificultad en la cavidad abdominal. En los primeros meses, la presión del fondo sobre la vejiga puede explicar la irritabilidad tan frecuente de esta viscera. Se recordará que el doctor Graily Hewitt atribuye gran importancia á ese estado para explicar los vómitos del embarazo, teoría, sin embargo, que no todos aceptan.

Anteversión del útero grávido en una época avanzada del embarazo.

En las multiparas que tienen las paredes abdominales muy laxas se observa á veces una gran anteversión del útero en una época avanzada del embarazo, y puede ser bastante pronunciada para que la matriz se incline completamente hacia delante y abajo, hasta el punto que su fondo esté casi al nivel de las rodillas de la mujer. Esta forma de vientre péndulo puede coincidir con una separación de los músculos rectos, entre los cuales forma la matriz una hernia ventral cubierta sólo por la piel. Al sobrevenir el parto en esta clase de dislocación, pueden ocurrir accidentes por hallarse destruída la relación que existe entre el útero y los ejes de la pelvis.

El tratamiento es puramente mecánico; se recomendará á la mujer que permanezca en decúbito supino cuanto le sea posible y se sujetará su vientre péndulo con un vendaje apropiado. Esta gran anteversión se observa en los

casos de deformidad pélvica y en las formas más pronunciadas; en las raquílicas y enanas, existe en un grado exagerado.

La dislocación más importante, atendiendo á los graves resultados que puede producir, es la retroversión del útero grávido. Se creía generalmente en otros tiempos que era producida en particular por algún accidente, tal como una caída que dislocaba mecánicamente el útero, situado antes en una posición normal. La distensión exagerada de la vejiga pasaba también por tener gran influencia sobre su producción, por la compresión del útero hacia atrás y abajo.

Retroversión.

En la actualidad admiten casi todos los autores que, sin suprimir de un modo absoluto estas últimas causas, en la gran gran mayoría de los casos se produce la retroversión cuando el embarazo se declara en un útero que ya estuvo en retroversión ó en retroflexión. El mérito de haber puesto fuera de duda este hecho corresponde al doctor Tyler Smith, y observaciones recientes han confirmado plenamente la exactitud de su opinión.

Sus causas.

Casi siempre que el embarazo sobreviene en un útero así dislocado, se endereza al desarrollarse y se eleva en la cavidad abdominal sin producir ningún desorden particular; pero puede suceder también que la forma anormal del órgano se pronuncie más á medida que aumente de volumen y ocurra el aborto. A veces se desarrolla el útero sin abandonar la excavación hasta el tercero ó cuarto mes, pero después no puede permanecer más tiempo encerrado en la cavidad pélvica sin inconveniente. Comprime la uretra y el recto, y se halla completamente aprisionado entre las paredes rígidas de la pelvis, accidente que da lugar á síntomas característicos.

El primer signo que llama la atención, es, en general, un desorden de la micción, consecutivo á la compresión de la uretra. Al examen se encuentra la vejiga enormemente distendida, formando un tumor abdominal ancho y fluctuante, que la mujer no puede vaciar. La orina fluye en corta cantidad y gota á gota; la mujer cree que ha orinado y le pasa desapercibida la distensión. A veces es tan grande el obstáculo al flujo de la orina, que produce un derra-

Síntomas.

me en el tejido celular de los brazos y de las piernas. Este derrame era muy marcado en un caso que observé, y desapareció rápidamente en cuánto se vació la vejiga. Al mismo tiempo hay tenesmo; son inútiles los esfuerzos para defecar; el estreñimiento es tenaz, y es imposible desocupar el intestino. Estos síntomas aumentan, acompañados de un dolor en la pelvis, y de una sensación de peso y de tracción, hasta que, por último, consulta la mujer con un médico y reconoce éste la naturaleza del accidente. Si la retroversión se produce bruscamente se desarrollan todos los síntomas con gran rapidez, y son á veces muy graves desde el principio.

Marcha
y
terminación.

La marcha es variable. A veces, después de permanecer el útero aprisionado en la excavación por más ó menos tiempo, se eleva espontáneamente en la cavidad abdominal y desaparecen todos los síntomas graves. Pero tan feliz terminación es muy excepcional, y si el práctico no interviene enderezando el órgano pueden resultar de aquí consecuencias graves y hasta la muerte, á menos que se produzca el aborto.

Terminación
si no se efectúa
la
reducción.

La gran distensión de la vejiga y la imposibilidad de remediarla producen á veces la rotura de sus túnicas y una peritonitis mortal, ó bien la retención de orina produce una cistitis, con exfoliación de las túnicas de la vejiga; ocurre también bastante á menudo que la retención de los elementos de la orina ocasiona la muerte con todos los síntomas de una infección urémica. Otras veces el útero, enclavado, se congestiona é inflama, y hasta se gangrena, y su contenido, si sobrevive la mujer, se evacua por trayectos fistulosos en el recto y la vagina. Inútil es decir que tales terminaciones no son posibles más que en las retroversiones mal cuidadas ó en las que no se han reconocido hasta el último período.

Diagnóstico.

El diagnóstico es fácil. Por el examen vaginal encuentra el dedo un tumor elástico, liso y redondeado, que llena la parte inferior de la pelvis, tira y deprime la pared posterior de la vagina y á veces hasta sale fuera de la vulva. Llevando el dedo hacia adelante y arriba, se encuentra en general el cuello muy elevado detrás del pubis y comprimiendo el conducto de la uretra. En la retroversión com-

pleta es difícil, hasta imposible, llegar hasta él. Por el examen abdominal no se toca el fondo del útero por encima del estrecho superior, en donde se halla siempre en los casos naturales, pues la retroversión no da lugar á síntomas graves sino del tercero al cuarto mes. El examen bimanual nos permite distinguir la contracción y la relajación alternativas de las paredes uterinas características del embarazo, y diferenciar así el tumor de cualquier otro que ocupara el mismo sitio. Los fenómenos que acompañan al embarazo prevendrán también todo error de esta naturaleza.

En algunos casos se ha supuesto que la retroversión podía persistir hasta el término del embarazo. Estrictamente hablando, es imposible; pero en los ejemplos que se han citado, entre otros el caso bien conocido de que habla Oldham, una parte del útero en retroflexión permaneció en la cavidad pélvica, en tanto que la mayor parte del órgano se desarrolló en la cavidad abdominal. El útero, por tanto, se encontró dividido, por decirlo así, en dos porciones: la una, constituida por el fondo doblado que permaneció en la pelvis; la otra, que contenía la mayor parte del feto, se elevó por encima del estrecho superior. En estas circunstancias existía un tumor en la vagina al propio tiempo que otro en el abdomen, y el embarazo pudo llegar á término. El parto debe ser muy difícil, pero en general esta posición viciosa se rectifica por sí misma antes de haber dado origen á ningún accidente.

El tratamiento de la retroversión del útero grávido se emprenderá tan luego sea posible, pues cada día de retardo la acentúa, y cuanto más aumente de volumen el útero más difícil es el restablecimiento. Nuestro objeto es devolver al útero su dirección natural, elevando el fondo por encima del promontorio del sacro. Lo primero que debe hacerse es aliviar á la mujer vaciando su vejiga, pues probablemente lo que primero llama la atención en este caso es la retención de orina; para ello es esencial hacer uso de un catéter largo de hombre, elástico y de pequeño calibre, porque la uretra está demasiado alargada y comprimida para admitir la introducción del instrumento de plata ordinario. Puede ser sumamente difícil, á veces

Retroversión
siguiendo hasta
el término
del embarazo.
Su explicación.

Tratamiento.

Primeramente
debe vaciarse
la vejiga.