

CAPÍTULO XXIV.

ANTEFLEXION DE LA MATRIZ.

Definicion.—Esta dislocacion, una de las que con mas frecuencia afectan la matriz, consiste en una incurvacion del órgano, de manera que el fondo, el cuello, ó ámbos á un tiempo están doblados hácia adelante, en ángulo mas ó ménos agudo.

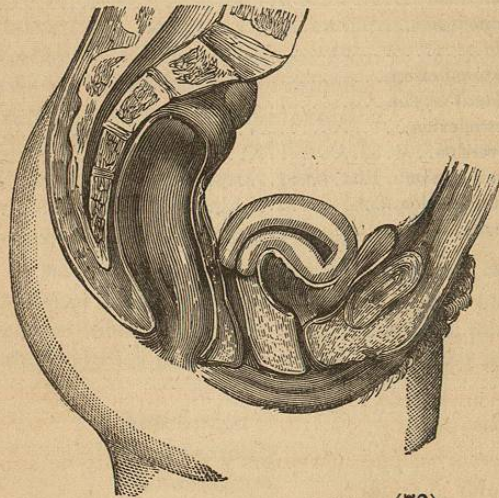


Fig. 116.—Anteflexion del útero (72).

Variedades.—Existen tres clases de anteflexion, á saber: la flexion del cuerpo (*uterina*); la del cuello (*cervical*); y la del cuerpo y cuello á un tiempo (*cérvico-uterina*).

En la primera el cuello se halla en su posicion normal, y el cuerpo está doblado;

En la segunda el cuerpo se halla en su posicion normal, y el cuello está doblado;

En la tercera el cuello y el cuerpo están doblados hácia adelante.

Las líneas que se ven en la Fig. 117, indican las desviaciones que suelen sufrir el eje del cuerpo, y el del cuello.

Estas variaciones no son arbitrarias ni innecesarias, y se puede con facilidad comprobar la existencia de cada una á la cabecera de las enfermas; debiendo siempre modificarse notablemente el tratamiento segun la peculiaridad de cada desviacion. El descuido con respecto á ellas, y el concentrar la atencion en la flexion del cuerpo solamente, son, á mi ver, faltas que han entorpecido el progreso en el tratamiento; pues esta afeccion no puede tratarse de una manera racional, si no se tiene presente la variedad á que han de adaptarse los medios mecánicos.

Fig. 117.



Además de las referidas, existe otra forma rara, en la cual está el cuello doblado hácia adelante y el cuerpo hácia atras; pero es difícil representar en un diagrama los ejes de esta variedad.

Síntomas.—Esta deformidad suele existir en cierto grado por años enteros, sin manifestar síntomas; es muy comun, sin embargo, que el obstáculo al retorno de la sangre venosa en el punto de flexion produzca una hiperemia que aumenta la dislocacion, perturba el sistema nervioso, y desarregla las funciones del útero; desarrollándose en seguida los fenómenos siguientes:—

- Dolores en el hipogastrio, las ingles y la espalda;
- Irritacion de la vejiga;
- Leucorrea;
- Dismenorrea;
- Esterilidad;
- Perturbaciones nerviosas y abatimiento de ánimo;
- Dolor al andar;
- Menorragia;
- Propension á abortar;
- Dolor durante el cóito;
- Neuralgia de la pélvis;
- Sensacion de desfallecimiento en el epigastrio.

Algunas veces se siente una indisposicion para andar morbosa é invencible, proveniente de causas en parte físicas, y en parte morales. Yo he observado varios casos en que la reduccion del útero en su lugar, manteniéndolo allí por medio de un pesario eficaz, ha restablecido rápi-

damente la disposición para andar, en mujeres que se habían visto obligadas á guardar cama por tres ó cuatro años.

El Dr. Hewitt, hablando de la retencion de las secundinas despues del aborto, y de su putrefaccion en la matriz, en casos de aneflexion, aconseja, como tratamiento, que se reponga el órgano en su lugar; con lo cual se logra la inmediata espulsion de aquellas.

Signos físicos.—El dedo, introducido en la vagina y puesto en contacto con el cuello, no percibe por lo general nada extraordinario; pero al deslizarlo por toda la pared anterior del útero, encuentra á la altura del orificio interno una elevacion que comprime la vejiga; y si, manteniendo aun el dedo en contacto con este bulto, se comprime con la otra mano la pared abdominal anterior, á fin de aproximarla al dedo que está en la vagina, podrá apreciarse la configuracion, volúmen y sensibilidad del cuerpo del útero. Pero el observador, que está todavía en duda sobre si el aumento de volúmen proviene de un tumor fibroso ó de una flegmasia del tejido celular, procede á aclarar este punto colocando á la enferma de lado, y sondando cuidadosamente el útero hasta el fondo, despues de haber introducido el spéculum de Sims. Habiendo averiguado la direccion del útero por el tacto vaginal, da la curva necesaria al estilete, y lo introduce con mucho cuidado; sacándolo y modificando la curva ántes de volverlo á introducir, si ha encontrado algun obstáculo á su paso. El estilete, una vez introducido, revela la direccion del canal uterino, su longitud, y la sensibilidad de sus paredes. Si el estilete penetra en la masa que se percibe al traves de la vagina, dicha masa es el cuerpo del útero; pero si el instrumento sigue el eje normal ó se dirige hácia atras, no es el cuerpo del útero lo que se toca, sino alguna escrescencia en contacto con él. Cuando la flexion es puramente del cuello, se percibirá este muy marcadamente doblado hácia adelante; y cuando es doble, (cérvico-uterina,) el cuello y el cuerpo participan de la incurvacion.

Pronóstico.—Este, en cuanto toca á la curacion, depende de ciertas circunstancias que paso á referir.

a. El pronóstico es mas favorable en la mujer múltipara que en la que no ha tenido hijos; porque en la primera la vagina admite con mas facilidad el uso de contentivos mecánicos, y porque el mal es adquirido, y no congénito.

b. En la aneflexion simple del cuerpo, el pronóstico es mejor que en las formas que afectan el cuello.

c. El pronóstico es decididamente desfavorable si el cuello está echado muy hácia atras y elevado en la pélvis; particularmente si el fondo de saco vaginal anterior al cuello es escaso.

d. Si es de la clase reducible la flexion, el pronóstico es favorable; pero no así si es irreducible.

e. El pronóstico de la flexion congénita casi aleja toda esperanza, á ménos que se recurra al tratamiento quirúrgico.

f. De todos estos casos, esceptuando el último, el pronóstico es mas desfavorable en aquellos en que el punto de union de la vagina y el cuello está muy bajo, cerca del orificio esterno, y en los que el útero se encuentra muy alto en la pélvis.

El pronóstico no suele ser malo, en cuanto á la salud general de la enferma; pero la aneflexion puede dar lugar al aumento de volúmen del cuerpo de la matriz, y sus consecuencias ordinarias son la esterilidad, irritabilidad de la vejiga, dismenorrea y leucorrea.

Tratamiento.—Consideraré el tratamiento de la aneflexion bajo los tres puntos de vista distintos, de la flexion reducible en que el cuerpo está dislocado, la flexion reducible en que el cuello está dislocado, y la flexion irreducible, en que el cuello solamente ó bien el cuello y el cuerpo están doblados hácia adelante.

Flexion reducible, cuerpo encorvado hácia adelante, eje del cuello normal.—Las indicaciones para la cura son muy simples: reducir y mantener reducida la parte doblada. No basta de ningun modo llenar solamente la primera, porque la parte reducida cae de su posicion apénas se aparta la fuerza reductora. Se ha de tener presente que las flexiones difieren de las versiones en cuanto á la prontitud con que se efectúan. Las últimas suelen producirse repentinamente por medio de una influencia perturbadora violenta; en cuyo caso son susceptibles de alivio inmediato. Por lo que toca á las flexiones, tenemos pruebas de que se originan á veces de la misma manera, si bien esto nada tiene de comun, á ménos que sea durante la gestacion; en general reconocen por causa influencias que se han ejercido largo tiempo; y rara vez su reduccion da esperanzas de que no se siga una pronta recidiva.

El pronóstico respecto del buen éxito de la segunda indicacion, puede decirse que es muy favorable; mucho mas en esta que en las otras variedades de la deformidad, á ménos que el fondo de saco vaginal anterior sea poco profundo.

Despues de haberse evacuado el vientre, y calmado toda irritacion vaginal y pelviana, por medio de inyecciones vaginales calientes y reposo en el decúbito dorsal, se debe comenzar del modo siguiente el tratamiento local: La sonda uterina, no muy encorvada, sino tan recta como se pueda hacer penetrar, se introduce hasta el fondo, y manteniendo en una mano el mango, se colocan las estremidades de los dedos de la otra mano contra el tallo y cerca del medio del instrumento, y sirviendo ellos de punto de apoyo, se empuja el mango de la sonda hácia la sínfisis. A favor de esta maniobra se levanta el fondo en flexion, y se lleva al mismo tiempo hácia la concavidad del sacro. Alcanzado este punto, se imprime á la sonda un movimiento muy suave de rotacion, que pone el útero en estado de retroversion completa y retroflexion parcial. Esto debe ejecutarse con la mayor suavidad, del modo que he descrito y no con una rotacion violenta del órgano encor-

vado que haga girar con fuerza el fondo alrededor del estrecho superior de la pélvis.

Introdúcese en seguida uno de los instrumentos representados en las Figs. 100 y 101; se mantiene la enferma de espaldas en cama durante algunos días; la vejiga distendida por la orina; y las paredes abdominales comprimidas hácia adentro por medio de una faja obstétrica ordinaria, debajo de la cual se coloca como compresa una toalla doblada.

El exámen al cabo de una semana revelará por lo regular una mejoría marcada en la dislocacion; y volviendo entónces á introducir la sonda, se mantiene el útero en retroflexion por dos ó tres minutos; se coloca de nuevo el pesario; se sustituye á la faja obstétrica una de las abdominales representadas en otro lugar; se le quita todo peso al abdómen á beneficio de un suspensor de faldas; y se permite á la enferma que atienda poco á poco á sus ocupaciones. Si el pesario que se viene usando no causa molestia, no hay que cambiarlo; pero si la causare, deberá sustituirse uno de los de anteversion representados en las Figs. 95 y 98, ú otro cualquiera por el estilo.

Si la pelota del pesario escita dolor al principio, puede reemplazarse ventajosamente por una esponja fina; siendo entónces necesario estraer el instrumento cada veinte y cuatro horas.

No sin mucha hesitacion presento el pesario de anteflexion (no de anteversion), cuyo mecanismo espican perfectamente las Figs. 118 y 119.

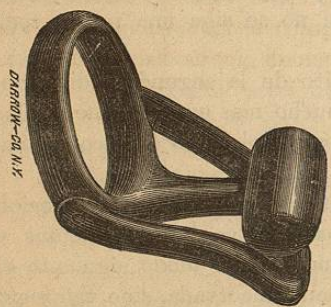


Fig. 118.—Pesario de anteflexion dispuesto para introducirse.

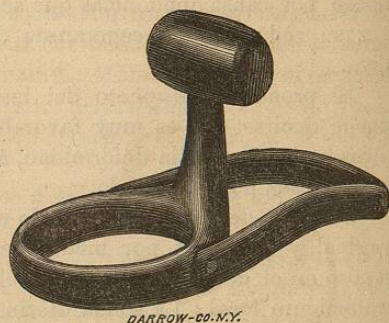


Fig. 119.—El mismo despues de introducido.

La pelota al extremo del tallo viene á quedar precisamente debajo del fondo, el anillo recibe la punta del cuello, y las dos ramas movibles descansan contra los tejidos debajo del púbis. Este pesario sostiene perfectamente el cuerpo en anteflexion; y si he vacilado en recomendarlo, no ha sido porque lo considere ineficaz, sino por la circunstancia de ser su extraccion imposible para la mujer, y aun difícil para el médico. Para doblar el tallo y hacer bajar la pelota de modo que franquee

la arcada pubiana (Fig. 118), es necesario hacer pasar por encima de ella el dedo ó un instrumento curvo. Por estos motivos, si bien hace años que lo empleo yo mismo, nunca lo había recomendado; y querría que no recurriesen á su uso sino los que ya tienen adquirida esperiencia en este género de aplicaciones.

Flexion reducible, cuello encorvado hácia adelante, eje del cuerpo normal.—En un caso de esta naturaleza el tratamiento tiene que ser enteramente distinto del que acabo de describir; pues ¿no es evidente que el emplear medios para rectificar el eje del cuerpo, cuya direccion es normal, sin atender á la posicion del cuello, que es anormal, es cosa contraria á la razon? El cuello, y no el cuerpo, es el que se halla dislocado, y al que, por lo tanto, debe dirigirse el tratamiento.

Preparada la enferma de la manera indicada para el caso que antecede, se da á la sonda una ligera incurvacion hácia adelante, haciéndola penetrar suavemente hasta el fondo; y empujando en seguida el cuerpo hácia atras, se le mantiene en esta posicion por algunos minutos, á fin de enderezar el canal uterino. Si se logra esto, y queda demostrada la reductibilidad de la dislocacion, puede mantenerse la direccion normal del eje uterino á favor del tallo intra-uterino que pronto describiremos, ó de un pesario que, doblando el cuello hácia atras, lo mantenga en esta posicion. Para alcanzar buen éxito en el tratamiento de un caso de esta naturaleza, es indispensable llenar dos indicaciones que el médico debe tener muy presentes: la primera, prolongar los ligamentos vésico-uterinos, para que el cuello se retire hácia el sacro; y la segunda, encorvar el cuello de manera que vuelva á su eje natural. Despues de haber dilatado repetidamente con la sonda los ligamentos

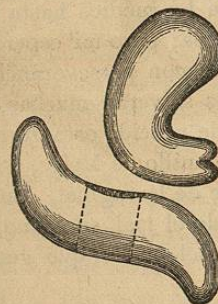


Fig. 120.—Pesario de Hurd: aun no se ha colocado el útero.

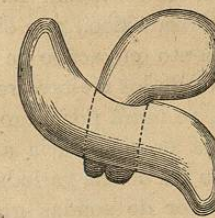


Fig. 121.—Pesario de Hurd: el útero en posicion.

vésico-uterinos y el parénquima del órgano, y enderezado provisoriamente el canal, se introducirá el pesario del Dr. Hurd, de West Point (Missouri), que se ve en la Fig. 120, y que consiste en un pedazo liso de caucho vulcanizado, ya macizo ó ya hueco, que se adapta exacta-