

ARTÍCULO VIII

DISLOCACIONES DEL ÚTERO

I.—De la anteversión y retroversión del útero

El útero puede experimentar varios cambios en su posición, sea en el estado de vacuidad, sea en el estado de gestación; esto es lo que constituye lo que se llama la *anteversión*, la *retroversión* y el *prolapso*.

Cuando el útero se halla encerrado en la cavidad pelviana, puede hallarse más ó menos recostado atrás, de modo que su fondo se halla dirigido del lado del sacro, y por lo tanto el cuello del lado del pubis, en esto consiste la *retroversión*; ó bien, dispuesto de una manera inversa, su fondo puede hallarse inclinado hacia adelante en relación con la sínfisis, y su cuello mirando directamente al sacro: esta posición toma el nombre de *anteversión*.

Después de la definición de esta enfermedad, vemos que deben resultar dos órdenes de accidentes: unos resultantes por no hallarse el órgano en condiciones favorables para desempeñar sus funciones; los otros por estar colocado el útero en medio de una cintura ósea, inmóvil, determinando sobre las vísceras circunvecinas una compresión proporcionada al grado de flexión y desarrollo más ó menos considerable del órgano que nos ocupa.

Con respecto á la matriz, las lesiones funcionales son tales, que por sola esta disposición puede ser estéril; ó bien en los casos en que la fecundación ha tenido lugar, antes ó después del accidente, puede resultar una verdadera opresión que acarree necesariamente el aborto ó la gangrena del útero.

En lo que concierne al trastorno de los órganos circunvecinos, puede éste variar desde una simple dificultad en la ejecución de sus funciones, hasta al de un obstáculo completo é insuperable en la expulsión de las materias fecales ó de las orinas.

Llegado á ese último grado, esta enfermedad puede ser prontamente mortal.

Denominación de la anteversión y de la retroversión.—Degran- ges fué el primero que propuso señalar estas posiciones con los nombres de *anterior* ó *posterior*; más tarde las llamó *anteversión* y *retroversión*.

Existe algunas veces confusión en el uso que de estas denominaciones se hace, pues algunos cirujanos toman por punto de partida, sirviéndose de las palabras *retroversion* ó *anteversion*, la posición del cuello dirigido hacia el sacro ó hacia la sínfisis púbica, al paso que sólo debe considerarse la relación del cuerpo del útero, con las partes indicadas.

La *anteversión* es muy frecuente; sólo es la exageración de la inclinación natural del útero.

La *retroversion* es más rara, por ser contraria á la inclinación normal habitual del útero, y es, por lo tanto, más grave que la *anteversión*.

La retroversión consiste, pues, en un cambio de posición de la matriz, en el que observamos su fondo dirigido hacia atrás, del lado del recto, al paso que el cuello se dirige hacia adelante, encontrándose en relación con la vejiga y la sínfisis pubiana.

Estas desviaciones se distinguen con los nombres de *látero- version derecha é izquierda*. La matriz, por su situación, sus relaciones, su estructura y por sus funciones fisiológicas, se halla predispuesta á estas desviaciones, pues el útero está suspendido en medio de una cavidad ósea invariable, y en relación con la vejiga y el recto, los que en las variaciones de volumen que pueden experimentar como órganos de depósito de materias excretadas, deben necesariamente hacer cambiar la posición del útero, sobre el cual pesan ya los intestinos delgados en la parte superior, al paso que en la parte inferior sólo se encuentra sostenido por los rebordes de la parte superior de la vagina, que sabemos suelen borrarse ó relajarse después de algunos partos.

Si examinamos la influencia de estas condiciones fisiológicas, vemos que en el estado de vacuidad, el útero desciende á la menor impulsión del diafragma ó de los músculos abdominales.

Esta acción es más evidente cuando el útero aumenta de vo-

lumen y de peso, ya porque presenta más superficie a las vísceras y la impulsión es más fuerte, ya porque el peso es específicamente mejor.

En estas circunstancias, el útero concluye por no remontar tanto en la pelvis, al mismo tiempo que su segmento inferior se dirige atrás y el cuello se levanta un poco mirando hacia adelante. A causa de esta nueva posición, el cuello del útero se halla aplicado contra el fondo de la vejiga, y forma un verdadero tapón que se opone a la salida de la orina.

Las materias fecales se acumulan en el recto, encima de la parte que se halla comprimida, y ejercen una nueva fuerza sobre el fondo del útero. De modo que el órgano se encuentra entre dos fuerzas opuestas que tienden de más en más, á colocarle en una posición anormal.

Causas.—Entre las causas de esta afección podemos citar.

- 1.º La presión de los intestinos por su peso natural.
- 2.º Cuando el útero se halla sometido á la presión uniforme de un líquido que puede, por su peso, alargar el cuello y relajar sus ligamentos, como en la ascitis seguida de paracentesis, una vez evacuado el líquido, los intestinos pueden rechazar abajo y hechar hacia atrás la matriz, como nos lo prueban varias observaciones.
- 3.º Púedese también atribuir como causa de la retroversión una presión abdominal; que no siendo brusca, pero sí continua, como por ejemplo la ocasionada por el uso de corsés no higiénicos en mujeres de tres á cuatro meses de gestación.

El estado de gestación puede determinar la retroversión uterina.

Comunmente, á los tres meses y medio ó cuatro, es cuando esta posición viciosa se ejecuta.

Los ligamentos pueden estar muy relajados por los repetidos partos y dar lugar á gran número de retroversiones.

El útero, en este caso, se encuentra flotante en medio de la excavación, y la más ligera causa inapreciable á la enferma puede hacerle vascular.

La anteversión sobreviene con más frecuencia durante el segundo y tercer mes, que en el primero.

Cuando se experimenta este accidente, nótase cierto grado de compresión en la vejiga y en el recto; tirantez hácia las ingles y el ombligo, etc.

T.—El médico es el único que puede tratar este accidente.

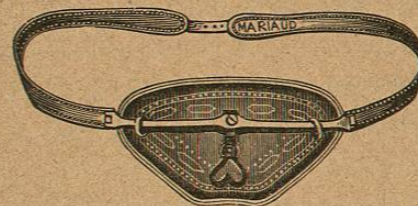


Fig. 98.—Cintero hipogástrico

Reporta gran utilidad y mucho alivio para la mujer, llevar un cintero hipogástrico, como el de la figura 98, en los casos de anteversión.

Puédense utilizar las fajas de un tejido elástico ó de punto de tricó fuerte.

Si la anteversión es muy exagerada, se le aplicará un cinturón que abarque toda la región hipogástrica.

II.—Del prolapso del útero

Las denominaciones *descenso*, *caída* ó *precipitación*, designan varios grados de la misma desviación de la matriz, es decir, un cambio de posición de arriba abajo; conocido igualmente con los nombres de prolapso y procidencia.

El *descenso* está caracterizado por la presencia del hocico de tenca en la vulva. La *caída* ó *precipitación* supone la matriz fuera de la vagina, excediendo el estrecho inferior y algunas veces la vulva.

Los agentes que sostienen y equilibran el útero en la pelvis, son: un plano de tejido areolar que sirve para fijarle á la vejiga, al recto, y á las paredes de la pelvis; muchos ligamentos que lo fijan á ciertos puntos de sostén; las paredes de la vagina, y en fin, la influencia general de las vísceras abdominales que ejercen, una sobre otra, cierta fuerza de contensión.

Es incontestable que el tejido areolar que une tan estrechamente el útero á la vejiga, al recto y á las paredes de la pelvis, contribuye en gran manera á sostener este órgano.

Los ligamentos útero-sacros, son los factores más importantes en la suspensión de la matriz; dichos ligamentos se extienden desde la unión del cuerpo y del cuello uterino hasta el tejido areolar pelviano, situado al nivel de la segunda vértebra lumbar.

Huguier, que fué el primero en reconocer la distribución anatómica de estos ligamentos, propuso denominarlos *uterolumbares*, en vez de *uterosacros*.

El prolapso de la matriz se observa en todas las clases de la sociedad, mayormente en aquellas mujeres que han excedido la edad media y en las que han tenido hijos.

C.—El útero puede aumentar de peso bajo la influencia de diversas metritis, siendo ésta, entre otras, una causa determinante del descenso de la matriz. La existencia de tumores uterinos submucosos, serosos ó parietales, como también la gestación, pueden provocar el prolapso del útero.

El desgarro del periné, ocasionado por el parto, es otra causa que predispone á la caída de la matriz, porque la pared posterior de la vagina no tiene punto de apoyo y baja delante de la vulva, arrastrando la pared superior de la vagina y con ella el útero.

S.—Los síntomas del prolapso uterino dependen de dos condiciones consecutivas al cambio de posición: la acción mecánica que produce el útero en los tejidos circunvecinos, y las alteraciones que tienen lugar en la estructura y circulación del órgano, debidas á su posición anormal.

Los principales síntomas son:

Tirantéz y sensación de peso en la pelvis; dolores lumbares; imposibilidad de levantar objetos pesados; leucorreas y otros síntomas de congestión.

Cuando el descenso de la matriz tiene lugar poco á poco á consecuencia de una compresión anterior de este órgano, las enfermas se quejan, algunas veces durante meses y aun años, de una sensación penosa, de tensión hácia el sacro é ingles, y de una presión continua y remitente en el abdomen, como si

quisiera arrojar fuera de la vulva un cuerpo voluminoso. En la situación vertical, el prolapso uterino aumenta, marcándose entonces mucho la tirantéz y peso del órgano generador.

Las enfermas experimentan el tenesmo vesical, disuria y un estreñimiento pertinaz: dichos síntomas aumentan de intensidad á medida que el descenso del útero va siendo mayor.

Las continuas neuralgias que sufren las pacientes, en los miembros abdominales, son debidas á la compresión que efectúa el cuerpo del útero sobre los nervios pelvianos y el plexo sacro.

T.—Aconsejamos á toda mujer, en general, afecta de prolapso uterino, que acuda al facultativo para que remedie en lo posible dicho defecto: uno de los medios que prescribimos es la colocación de pesarios. Denominanse así, los aparatos destinados á sostener la matriz en su situación normal, en los casos de caída ó desviación de dicho órgano.

Hánse empleado diversas substancias para construir los pesarios: boj, marfil, estaño, plomo, plata, caoutchouc, aluminio, etc.

Conocidos estos aparatos desde la antigüedad, sólo se han usado de una manera metódica desde el principio de este siglo.

La forma de los pesarios ha variado considerablemente; la más usual es la oval y la circular.

ARTÍCULO IX

LESIONES DE LAS ARTICULACIONES DE LA PELVIS

I.—*Relajacion de las sínfisis púbicas*

Según Lenoix, la infiltración serosa de los ligamentos de la pelvis, durante el embarazo, favorece la separación de los huesos hasta tal grado, que el menor esfuerzo puede sostenerla en estado crónico; entonces, esta afección es dolorosa y perjudica notablemente el trabajo del parto, puesto que no encontrando la matriz el apoyo resistente que acostumbra en el cinturón óseo, gravita sobre el ligamento inter-articular que á su vez se resiente, é impide así los esfuerzos enérgicos que durante el trabajo del parto se efectúan.

II.—*Inflamacion de la sinfisis de la pelvis*

Hé aquí cómo se expresa P. Cazaux sobre este trastorno: «La enfermedad empieza comunmente sin causa apreciable. Las enfermas sienten de repente, al nivel de una ó muchas articulaciones de la pelvis, dolores intensos, á veces lancinantes, en el mayor número de casos gravativos, que se exasperan por la presión ó cuando están las enfermas de pie, y principalmente cuando quieren andar, lo cual suele ser completamente imposible. Estos dolores se irradian á menudo á los miembros inferiores, y sobre todo á los muslos. Existe á veces tumefacción al nivel de las articulaciones inflamadas. A estos dolores articulares acompaña generalmente un movimiento febril, á veces muy pronunciado, pero por lo regular, moderado. Cuando la inflamación no es mucha, cede pronto á beneficio de un tratamiento conveniente; á los doce ó quince días es casi completa la curación, y el parto y sus consecuencias no parece que se resienten de su influencia.»

ARTÍCULO X

SEPTICEMIA PUERPERAL

Hemos indicado ya, que hoy día es negado por los tocólogos modernos, la existencia de la fiebre de la leche, por cuyo motivo siempre que una puerpera presente elevación más ó menos marcada de la temperatura, hemos de buscar su naturaleza.

El cuadro sindrómico puede variar según la septicemia sea ó no supurada.

Hoy día puede asegurarse que la septicemia puerperal es una afección microbiana.

En unos casos empieza la enfermedad, de un modo brusco por un intenso escalofrío y elevación rápida de la temperatura á 40° y 41° y el pulso en relación con la fiebre; si se trata de un caso fulminante hay pesadez de cabeza, decaimiento, transfor-

mación del semblante, sequedad de la lengua, vómitos, vientre algo distendido y diarrea muy fétida; hay gran dispnea y subdelirio, seguido á veces de coma y la muerte.

Cuando la septicemia aguda es supurada la aparición de los síntomas es más tardía, no apareciendo el escalofrío hasta los diez ó quince días; suele ser interno y prolongado; por regla general lo que primero llama la atención es la fetidez de los loquios. Los escalofríos se repiten durante muchos días, acompañados de síntomas generales que vienen á aumentar las molestias que la enferma, después de lo cual la lesión se localiza en distintos puntos de la economía, adquiriendo distintas formas.

Tratamiento.—Una vez la septicemia confirmada está indicada una doble medicación, la general y la local.

La primera se cumple con la alimentación que debe ser nutritiva, jugo carne, huevos, caldo, sopa, leche, café, alcohol, y con los antitérmicos, sulfato quinina, antipirina, etc.

La indicación local se cumple con las inyecciones vaginales é intra-uterinas con solución muy diluida de sublimado, ácido fénico, sulfato cobre, agua hervida, solución bórica, etc., etc.

Para más detalles, consúltese el capítulo tercero «Higiene de la puerpera.»

El tratamiento ante todo debe ser profiláctico, para lo cual deben seguirse las prescripciones indicadas en capítulos anteriores.

Desde que en las maternidades, hospitales y casas particulares, se siguen las reglas de la antisepsis, que el contingente de mortalidad es muy escaso, ya porque es menos el número de las atacadas, ya porque una vez infectada una puerpera, poseemos medios más poderosos para combatir esta terrible afección.

En nuestro país la mayoría de partos son asistidos por comadronas, y entre éstas son muy contadas las que conozcan las reglas de la asepsis y de la antisepsis, y como sabemos perfectamente, que gracias á dichas prácticas, disminuyen los peligros que rodean á las puerperas, por los trascendentales servi-