

SOCIEDADES CIENTIFICAS
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

RETROFLEXIO UTERI GRAVIDI

**Exposición del Profesor Rafael Ucrós en la sesión de la Academia
Nacional de Medicina, el día 16 de octubre de 1934.**

Me apena inmensamente entretener la atención de la Academia en el asunto que me voy a permitir tratar esta noche, contando con vuestra benevolencia, pena que aumenta de punto al ver que en esta sesión se encuentran presentes distinguidos especialistas en el tema objeto de mi conversación.

A los señores académicos, así como a los demás médicos y personas que me honran con su presencia, presento de antemano mis excusas por su benevolencia en escucharme.

El "retroflexio uteri gravidí" es una malformación de la cual encontramos muy pocas descripciones en los tratados de Obstetricia y de Patología Quirúrgica. En éstos, sólo unos pocos párrafos se dedican a su estudio, naturalmente incompleto y deficiente.

Sólo De Lee trae en su libro de Obstetricia una descripción un poco más extensa de dicha entidad, sin ser tampoco lo suficientemente extenso como fuera de desear.

Fue el doctor Aurelio Botero Isaza, interno, y más tarde Jefe de Clínica de Ginecología, el primero que entre nosotros trató dicho punto, sobre el cual versó su tesis de grado presentada el año de 1906.

Su relativa frecuencia, pasada desapercibida la mayor de las veces, y sobre todo su papel etiológico de primer orden en los abortos de los primeros meses de embarazo, son los que me han movido a traer a cuento nuevamente este tema sobre el cual hice algunos años há una publicación en la "Revista Médico-quirúrgica de los Hospitales".

Aunque no he visto definido francamente en los autores extranjeros el papel de la malformación que me ocupa en la producción de los abortos de los primeros meses especialmente, creo, y sigo creyendo ahora más que nunca, que dicha entidad patológica desempeña una acción muy marcada en los abortos de los primeros meses del embarazo.

La matriz es un órgano esencialmente móvil, pues sus ligamentos muy flojos y extensibles permiten con mucha facilidad el desalojamiento del órgano. Este puede exageradamente inclinarse hacia ade-

lante o hacia atrás en anteversión y retroversión, o en anteflexión y retroflexión, según que el cuerpo y el cuello sigan el mismo eje, o no.

Aunque casi todos opinan que el útero nunca está en lateroversión o lateroflexión porque los ligamentos anchos sí son lo suficientemente fuertes para impedirlo, se ha visto últimamente por uterografías hechas con lipiodol o con cualquiera otra sustancia opaca, que la matriz nunca ocupa una posición exactamente central.

El desalojamiento del útero, cuya posición normal según la mayoría de los autores es la de una ligera anteflexión, puede hacerse no solamente en el sentido anteroposterior y lateral, sino también siguiendo el eje vertical. En esta última forma, siguiendo la acción de la gravedad por el propio peso del órgano y a favor de la laxitud de los ligamentos uterinos, es como se producen los prolapsos de la matriz, tan propios de la especie humana por su estación bípeda.

No obstante las posiciones anormales de la matriz, es posible la concepción y el desarrollo más o menos avanzado del embrión y del feto.

Me ocuparé solamente del estado de gravidez uterina en retroflexión y retrodesviación.

En estos casos se presentan fenómenos que muchas veces pasan inadvertidos por su relativa benignidad, o se hacen ya alarmantes y en ocasiones fatales para la madre o el feto.

Como se sabe, normalmente el útero grávido ocupa en un principio una posición pélvica, que luego, a medida que el embarazo va avanzando, se convierte en francamente abdominal.

Pero puede suceder que a favor de una retroflexión o retrodesviación concomitante con el embarazo, junto con una gran capacidad del bacinete, salida exagerada del promontorio, gran curvatura del sacro, adherencias uterinas especialmente del fondo, la matriz no pueda efectuar su ascenso abdominal a medida que aumenta de volumen y se encuentre aprisionada en la cavidad pelviana, sin poder progresar en lo más mínimo hacia el abdomen. Esto es lo que se ha convenido en llamar "encarcelación de la matriz" que puede ser parcial o total, según que una parte solamente, o el útero en totalidad, se encuentren aprisionados.

La encarcelación parcial, especialmente la que se hace a expensas del segmento inferior únicamente, es lo que algunos llaman "saculación."

La sintomatología del retroflexio uteri gravidi, muy semejante en un principio a la del aborto, va haciéndose cada vez más característica a medida que van apareciendo las perturbaciones urinarias. Y precisamente esa similitud, o mejor dicho, esa coincidencia total de los fenómenos del retroflexio uteri gravidi con los del aborto, puesto que ésta es consecuencia de aquél, es lo que ha distraído la atención de casi todos los ginecólogos y tocólogos, quienes al tratar de explicar la cau-



PRODUCTOS "SANDOZ"



PRODUCTO Y COMPOSICION	INDICACIONES	POSOLOGIA MEDIA DIARIA
ALLISATINA Principios activos y - estabilizados del - "allium sativum" bajo forma inodora e insípida.	DIARREAS. DISENTERIAS. FERMENTACIONES. ARTERIOESCLEROSIS.	6 a 12 grageas al día.
BELLAFOLINA Complejo alcaloídico integral de la belladona fresca.	TODAS LAS INDICACIONES DE LA BELLADONA: ESPASMOS DE LAS VÍAS DIGESTIVAS Y RESPIRATORIAS. GASTRALGIAS, ÚLCERAS, ASMA, CÓLICOS NEFRÍTICOS. PARKINSONISMO, ETC.	1 a 2 comprimidos o X a XX gotas tres veces al día, o ½ a 2 ampollas al día.
BELLADENAL Complejo alcaloídico integral de la belladona fresca (Bellafolina)-fenil- etil-malonilurea.	SEDANTE NERVIOSO DE LOS CASOS RESISTENTES. EPILEPSIA, ASMA, ANGINA DE PECHO, VÓMITOS DEL EMBARAZO, MIGRAÑA, DISMENORREA, ANSIEDAD, ETC.	2 a 4 (hasta 5) comprimidos al día.
Calcium-SANDOZ Gluconato de calcio, eficaz por vía gástrica. Es el producto mejor tolerado por la vía venosa. - Inyectable por vía intramuscular a dosis eficaces.	DECALCIFICACIÓN, RAQUITISMO, ESTADOS TETANÍGENOS, ESPASMOFILIA, NEUMONÍAS, GRIPE, ASMA, DERMATOSIS, HEMORRAGIAS, ETC.	2 a 3 cucharaditas de las de café, o 3 a 6 comprimidos o 2 a 20 c. c. al día (vía intramuscular o intravenosa).

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES CI-DEVANT SANDOZ - BALE (SUISSE)

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

SR. WALTER ROTHLEBERGER - CARRERA 10, No. 333, APARTADO 450 - BOGOTA

El Diurético renal por Excelencia

SANTHÉOSE

EL MÁS FIEL
EL MÁS CONSTANTE
EL MÁS INOFENSIVO
DE LOS **DIURÉTICOS**



**PURIFICA LA SANGRE Y
REGULARIZA LA CIRCULACIÓN**
*El más seguro ayudante de las
CURACIONES DE DESCLORURACIÓN*

S. PURA

Afecciones cardiacas y renales
Albuminurias, Uremia, Hidropesia.

S. FOSFATADA

Esclerosis cardio-renal, Neurastenia,
Anemia, Convalecencias.

S. CAFEINADA

Astenia cardio-vascular, Asistolia,
Enfermedades infectivas, Intoxicaciones.

S. LITINADA

Presclerosis y Arterioesclerosis, Uricemia
Gota, Mal de piedra, Reumatismo, Ciática.

VENTA al por MAYOR: 4, Rue du Roi-de-Sicile, PARIS

durante
los
ataques de

el

JARABE FAMEL

preserva contra las
**COMPLICACIONES
PULMONARES**

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS

Muestra y literatura gratis y franco :

PAULY y Cia - Apartado 649 - BOGOTA

sa etiológica de los abortos sólo han pensado en la especificidad, sin tener en cuenta la verdadera causa en este caso: la retroflexión o retro-desviación. Con dicho criterio han implantado un tratamiento antiespecífico, sin resultado ninguno naturalmente cuando no hay sífilis.

Este error explicable aunque no excusable, es debido a la creencia o costumbre que tienen la mayoría de los tocólogos de no hacer exámenes ginecológicos en los primeros meses del embarazo, por predisponer al aborto. Este error conduce al otro.

Si se procediera de otra manera, y siempre que se presentaran fenómenos extraños en los primeros meses del embarazo se hiciera un examen ginecológico, se evitarían muchos tratamientos inútiles y sobre todo se disminuiría el número de abortos o las funestas consecuencias de una encarcelación uterina con todo su cortejo sintomático.

Los síntomas del retroflexio uteri gravidi comienzan a manifestarse entre el 3º y 4º mes, con los fenómenos simpáticos ordinarios: vómitos más o menos intensos, ptialismo, dolores que se irradian hacia los plejos lumbares o sagrados, constipación, cambio de carácter, sensación de plenitud en la cavidad pelviana. Luégo comienzan a aparecer los síntomas urinarios que son los que a falta de un examen ginecológico previo van a esclarecer el diagnóstico.

A medida que el útero retenido en la excavación pelviana aumenta de volumen haciendo presión sobre el periné, el cuello sube y se coloca detrás de la sínfisis pubiana comprimiendo el bajo fondo vesical y el origen de la uretra. Al principio hay retención incompleta de orina, hasta terminar con una retención completa; la vejiga, enormemente distendida, puede alcanzar el apéndice xifoide; la enorme cantidad de orina retenida sale por regurgitación, estableciéndose así una retención con incontinencia llamada "ischuria paradójica."

En semejantes circunstancias, el cateterismo, que sólo debe hacerse con una sonda blanda por el peligro que ofrece la degeneración de las paredes vesicales, se vuelve extremadamente difícil. La vejiga puede reventarse dando lugar a una peritonitis, o puede gangrenarse.

El diagnóstico del "retroflexio uteri gravidi" es relativamente fácil. Se basa en las perturbaciones urinarias de los primeros meses del embarazo, tales como retención completa o incompleta, sensación de pesantez pélvica, tumor abdominal voluminoso, fluctuante, que desaparece por el cateterismo; si a esto se añade, a más de los fenómenos simpáticos del embarazo, la comprobación al tacto vaginal de un tumor globuloso en el fondo de saco posterior junto con un cuello proyectado fuertemente contra la cara posterior del pubis y comprimiendo la uretra o el bajo fondo vesical, el diagnóstico de "retroflexio uteri gravidi" se impone.

Este puede evolucionar de cuatro formas distintas: 1º Por rectificación espontánea de la desviación, pasando la matriz caída en el fondo de saco de Douglas de su posición primitivamente pélvica a una abdo-

minal, a medida que el feto crece. 1º Por rectificación espontánea parcial: "retroflexio uteri parcialis". 3º Por aborto, que es la terminación más frecuente. 4º Por encarcelación de la matriz.

La primera se hace a favor de la contracción de las fibras musculares de la pared anterior de la matriz y de los ligamentos redondos. Se debe ayudar a esta manera de evolución aconsejando a la enferma la posición genu-pectoral o la de Sims, por algunos días.

La segunda se produce cuando un polo fetal se encuentra en la parte de útero retenida y la otra en la abdominal formada a expensas de la pared anterior de la matriz, tal como aparece en una demostrativa figura que trae De Lee en su libro de obstetricia.

La tercera es la más frecuente de todas, cuando no se interviene oportuna y convenientemente.

La cuarta es la más grave, por las perturbaciones que produce: oclusión intestinal, incontinencia y retención completa o incompleta de orina, gangrena y ruptura vesical con peritonitis infecciosa, y en algunos casos uremia. Es interesante anotar que nunca se ha observado la eclampsia.

El tratamiento debe ser lo más oportuno posible para que dé buenos resultados.

Cuando el mal está en su principio, se hace el cateterismo vesical para vaciar la vejiga, y se coloca a la enferma en posición genupectoral por espacio de un cuarto de hora, repitiendo la misma maniobra tres o cuatro veces al día.

Algunos recomiendan poner a la enferma cuando está en la posición genupectoral, una valva de Sims, que dicen ayuda a corregir la desviación.

Cuando el mal está más avanzado, es preciso, después de la evacuación de la vejiga y el recto, colocar a la enferma en posición genupectoral y corregir la desviación introduciendo dos dedos en la vagina con los cuales se desaloja con mucha suavidad la matriz caída, de modo que la cavidad pélvica pase a la abdominal salvando el promontorio. Obtenido esto, se recomienda a la enferma guardar en cuanto más pueda el decúbito ventral o el lateral por cerca de un mes, tiempo en el cual la matriz habrá adquirido un volumen tal que le impide volver a su posición viciosa.

Cuando la malformación está más avanzada todavía, con una matriz demasiado crecida por lo avanzado del embarazo, con adherencias a la cavidad pélvica y fenómenos compresivos muy intensos, es decir, cuando hay una verdadera encarcelación uterina, es preciso apelar a procedimientos heroicos. Ante todo se hace un cateterismo vesical con una sonda muy blanda para evitar falsas rutas en vista de la degeneración de las paredes uretrales y vesicales; se evacua también el recto. Se procede entonces a una reducción manual. Si ésta fracasa, es neces-

rio entonces hacer una laparotomía para romper las adherencias y demás obstáculos que impiden llevar el órgano al abdomen.

Algunos aconsejan provocar el aborto bajando el cuello por medio de unas pinzas de Museaux; pero si esto fuere imposible por la demasiada altura del cuello, se haría necesaria una incisión en el fondo de saco vaginal posterior para llegar así, respetando el repliegue peritoneal de Douglas, a la cara posterior de la matriz, la que se abriría también para vaciarla completamente. Cuando hay éxito en la corrección de la desviación uterina es preciso apelar a uno de los tantos procedimientos que hay para fijar o acortar los ligamentos redondos.

Las fijaciones directas de la matriz se deben evitar en cuanto sea posible en las mujeres que están en pleno período genital.

Cuando ninguno de los procedimientos para corregir la posición viciosa de la matriz grávida ha dado resultados, y cuando los fenómenos compresivos y urinarios ponen en peligro la vida de la madre por una encarcelación imposible de vencer, es necesario hacer una histerec-tomía vaginal.

Expuesta así de una manera imperfecta la entidad de la cual me he ocupado esta noche, paso a relatarles dos casos que se me presentaron.

Uno de ellos se trataba de una enferma a quien le habían hecho el diagnóstico de quiste del ovario. Estudiándola con más detención se comprobó que hacía 8 días que no orinaba y que presentaba un vientre sumamente dilatado, lo que había inducido al error de creer en un quiste del ovario.

La enferma, que primero presentó retención de orina, tuvo luégo una incontinen-cia por simple regurgitación. Se le hizo un cateterismo vesical y contra lo que aconsejan algunos, extraje toda la orina, la cual alcanzó a 8 litros.

Se procedió entonces a hacer un examen ginecológico, y al tacto vaginal se encontró una masa grande en el fondo de saco posterior, masa que no era otra cosa que un feto encarcelado.

La enferma presentó luégo pequeñas hemorragias semejantes a las que se presentan antes de un aborto. Quiero insistir aquí sobre la gran importancia que tiene el no confundir los abortos de causa específica con los debidos a una matriz grávida caída. Los primeros se evitan posteriormente con un tratamiento antisifilítico, los segundos sólo corrigiendo la malformación.

El otro caso fue el de una joven recién casada a quien me llamaron, pues presentaba algunos fenómenos de embarazo.

Aunque ahora creo que siempre se debe hacer el tacto vaginal en los primeros meses del embarazo, cuando se presentan algunas perturbaciones de causa ignorada, en ese entonces, no lo hice por el temor de provocar un aborto, como es creencia bastante generalizada.

Al 4º mes la enferma presentó unas hemorragias que fueron inten-

sificándose cada vez más hasta producir un aborto que no fue posible evitar con el tratamiento habitual.

A los pocos meses me llamaron nuevamente a verla, pues estaba otra vez encinta y con hemorragias y dolores.

Interrogándola, me dijo estas palabras: —“Doctor, yo lo que estoy es atorada; siento como un cuerpo extraño en el vientre que me molesta mucho.”

Dejando de lado los temores, procedí a examinarla ginecológicamente. Hice el tacto vaginal, el cual me demostró una matriz grávida retrodesviada. Coloqué a la enferma en posición genupectoral y reduje la matriz. Todo siguió bien después, con un embarazo que avanzaba normalmente terminando finalmente con un parto normal.

Después de esto la atendí en seis embarazos más, en todos los cuales tuve que hacer la reducción de la matriz.

Si no hubiera hecho el tacto vaginal, le habría puesto a la enferma inútilmente 914, aunque yo estaba convencido que no había sífilis.

Le propuse a la señora una operación para corregir la retrodesviación de la matriz, pero no aceptó.

Posteriormente cambió de médico, y el nuevo doctor le propuso también la operación, lo que aceptó entonces.

Algún tiempo después de la intervención tuvo un embarazo y parto enteramente normales.

Paso ahora a leerles tres observaciones tomadas de la tesis del doctor Botero Isaza, del que hablé en un principio, e ilustrados magníficamente por el antiguo interno del servicio de Ginecología, doctor Rafael Domínguez.

Observación 1.—Susana Farieta, cama No 6, de 26 años de edad, natural de Engativá y sirvienta.

Es múltipara, ha tenido cinco hijos con embarazos normales. Entró al hospital el 4 de mayo de 1914. El 26 de diciembre del año anterior le aparecieron las reglas de nuevo, después de su último parto, el cual había tenido lugar hacía 16 meses; al mes siguiente, enero de 1914, el período menstrual no reapareció; dos meses después empezó a sentir pesantez y dolores en el bajo vientre; en febrero se presentó la primera retención de orina con fuertes dolores vesicales y cólicos intestinales; esta retención no fue completa y tuvo corta duración; reposición por 8 días; luégo nueva retención; entonces la enferma relata que apeló al artificio de introducir su dedo índice en la vagina, con buen resultado en un principio; más tarde todos estos medios fueron inútiles, y hacía 6 días que no orinaba cuando llegó al consultorio externo.

Al examen se encontró un tumor que subía hasta la región del epigastrio y de los hipocondrios, el cual desapareció con el sondeado, después de la extracción de nueve litros de orina; cuatro días después hubo

SEDATIVO - HIPNÓTICO - ANTIESPASMÓDICO

NEURINASE

Con dosis mínimas procura sueño

Sin crear hábito
Sin efectos tóxicos ni penosos

Laboratorio A. GÉNÉVRIER, 2, Rue du Débarcadère, PARIS

A base de
Valeriana fresca
y de
Veronal soluble
(0. gr. 15 por cucharadita)
Olor y sabor agradable

Dosis:
1/2 a 4 cucharaditas
por 24 horas

PÍDANSE MUESTRAS

Contra la **TOS**

JARABE
Y
GOTAS

RAMI

LA TRIADA DIGESTIVA DE LOS LABORATORIOS ZIZINE

SINDROME de INSUFICIENCIA
HEPATO-BILIAR

FORMA: GRANULADO

Adultos: 1 a 3 cucharaditas de las
de café, por la mañana, en
ayunas en 1/2 vaso de agua
caliente.

Niños: 1/3 a 1 cucharadita
de las de café.

SINDROME HIPOSTÉNICO
ANOREXIA-AEROFAGIA

FORMA: GOTAS

Adultos: 30 gotas a cada comida.

Niños: 4 a 6 gotas por año de
edad y en el espacio de
24 horas.

ÁGOCOLINE
ESTIMULANTE HEPATOBILIAR
PEPTODIASE
ESTIMULANTE GÁSTRICO
SEDATIVO GÁSTRICO
SÉDOGASTRINE

SINDROME HIPERSTÉNICO

FORMAS: GRANULADO: 1 cucharadita de las de café después de cada comida
COMPRIMIDOS: 2 a 4 comprimidos después de cada comida

Literatura y muestras gratis a los Srs. Médicos, diríjase a los

Laboratoires P. ZIZINE - 24, Rue de Pécam, PARIS

Doctor en Medicina - Laureado por la Facultad de Paris - Jefe de Laboratorio en el Hospital Saint-Antoine, PARIS

Tenemos el gusto de ofrecer a los señores médicos un
colagogo excelente para

TERAPIA HEPATOBILIAR

Es el HEPATODRENO

cuyos componentes son: Peptona, Sulfato
de magnesia, Hepatina y Bileína.

Con gusto enviaremos muestras a quienes se sirvan solicitarlas.

*Aprobado por la H. C. de Especialidades Farmacéuticas de
la República de Colombia.*

Laboratorio Farmacéutico de la Botica Meoz.

Carrera 7a., números 513-A—513-B. Apartado 6—Bogotá.

MICROSCOPIOS

**REACTIVOS - COLORANTES - HEMATIMETROS - LAMINAS - LAMINILLAS
ETC. ETC.**

**CRISTALERIA PARA LABORATORIOS QUIMICOS Y BACTERIOLOGICOS
INSTRUMENTAL PARA MEDICOS Y CIRUJANOS
JERINGAS HIPODERMICAS Y PARA VETERINARIA**

TALLER DE MECANICA

PARA LA REPARACION DE TODA CLASE DE INSTRUMENTOS DE PRECISION

OPTICA ALEMANA

SCHMIDT HERMANOS

Calle 12, número 7-58 - Entre carreras 7a. y 8a.

Apartado número 1032 - Teléfono 44-31.

necesidad de un nuevo cateterismo; con éste se logró evacuar cuatro litros de orina y dejar a la enferma aliviada de sus dolores, pero no curada. Como la retención continuaba, la paciente se vió obligada a internarse en el hospital, a donde llegó con un tumor que remontaba hasta el ombligo, de forma regular, remitente, doloroso. Hubo de notarse igualmente un edema blando de la pared abdominal, en su región ilíaca derecha. Cateterismos repetidos provocaban la exoneración vesical, hasta que examinada ginecológicamente se encontró lo siguiente: un flujo escaso, de color blanco y poco fétido. Por la palpación abdominal se sintió un tumor de consistencia blanda, inmóvil, colocado en la parte media del bajo vientre, a igual distancia del ombligo y del borde superior del pubis. Practicado el tacto, se encontró la pared vaginal posterior rechazada hacia abajo por un tumor blando, el fondo de saco posterior totalmente borrado; más profundamente se encontró el cuello con su orificio externo vuelto del lado del pubis, y haciendo un ángulo muy obtuso con la masa que lo continuaba hacia atrás. Al practicar la palpación bimanual, se notó que los tumores abdominal y vaginal formaban un solo cuerpo. Se diagnosticó retrodesviación uterina complicada con embarazo.

Tratamiento.—Colocada la enferma en posición genupectoral y previa evacuación del recto y la vejiga, se redujo el tumor con la introducción de dos dedos en la vagina, hasta que se sintió que el fondo uterino abandonaba el pequeño bacinete para dirigirse al abdomen. La enferma continuó orinando en pequeña cantidad, probablemente por regurgitación a causa de la atonía de la fibra muscular, pues la matriz ocupaba buena posición; se practicó el cateterismo por dos días, en el intervalo de los cuales la enferma guardaba el decúbito ventral.

El 24 de mayo de 1914, a los veinte días de permanencia en el hospital, salió completamente curada en lo que se refiere al embarazo actual, pero un candidato seguro de retrovertió uteri gravidí en sus futuras preñeces.

Observación II.—Mercedes García, de 45 años, natural de Toca, y sirvienta. Entró al hospital el 9 de julio de 1914. Refiere haber tenido cinco partos, el último hace 17 meses; todos tuvieron lugar sin ningún accidente, a excepción del segundo, el cual fue complicado por un desgarro de segundo grado del perineo, el que dió lugar más tarde a la aparición de un recto y cistocele; por esta misma época tuvo fiebre alta y edema generalizado, y uno y otro duraron pocos días. No ha habido abortos.

A los 14 meses después de su último parto, o lo que es lo mismo, hace tres meses, le aparecieron las reglas por última vez, le duraron 15 días y no se han vuelto a presentar. La enferma experimentó pujo y dolores intermitentes con irradiaciones a las fosas lumbares.

A la palpación abdominal se encontró un tumor ovalar, elástico y remitente, que ocupaba en el vientre la región hipogástrica; el catetismo vesical lo hizo desaparecer.

Por el tacto se encontró el fondo de saco posterior lleno, el anterior muy elevado y profundo, el cuello uterino a la distancia de un centímetro y medio del pubis y con los desgarros propios de las múltiples, su dirección era paralela a la cara posterior del pubis. El fondo uterino en la excavación del sacro; matriz en retroflexión, por consiguiente. Al practicar el tacto rectal pudo sentirse una masa blanda que lo comprimía, y después de franqueada esta pequeña resistencia, se encontró un enorme bolo fecal muy endurecido. La enferma no exoneraba su intestino hacia ocho días; sin efecto ninguno había tomado tres purgantes, dos de aceite y uno salino; las lavativas fueron igualmente ineficaces; por esta gran constipación acompañada de pujo, vino al hospital. Como presentara los otros signos de probabilidad, se diagnosticó un embarazo con útero retroflejado y se procedió al tratamiento, consistente en el desenclavamiento del útero grávido, el cual se encontraba encarcelado en la excavación sacra.

Se consiguió el resultado perseguido colocando a la enferma en la posición genupectoral y practicando una presión continua y suave sobre el fondo de saco posterior, hasta que el tumor costó el estrecho superior deslizando sobre el promontorio. Decúbito ventral y laterales durante 8 días. Desde entonces, funcionamiento regular de la vejiga y el recto, este último bajo la acción de un purgante.

El 30 de julio sintió los movimientos activos del feto. El 4 de agosto se repitió el examen; la retroflexión había desaparecido por completo, y la matriz tenía un desarrollo abdominal; el fondo se encontró a unos 4 centímetros por debajo del ombligo. Salió el 7 de agosto de 1914 por curación.

Observación III.—N. N., de Tocancipá. Entró a la clínica de ginecología el 16 de enero a causa de una retención completa de orina. Esta enferma tuvo el primer hijo hace 8 años; tanto el embarazo como el parto fueron absolutamente normales. En el segundo parto, que fue también a término, nació un feto macerado.

Al ser interrogada sobre el principio de su afección actual, la enferma refiere que hace 3 meses y 22 días le aparecieron por última vez sus reglas, y que cuenta al presente con tres faltas consecutivas de ellas.

El 2 de enero se presentó la primera retención de orina; ésta duró hasta el día siguiente, para repetirse de nuevo el 8 del mismo mes, entonces con caracteres más serios y de mayor duración. El 16 de enero, fecha en que se presentó al hospital, contaba 8 días de retención.

Al examen se encuentra lo siguiente: vientre globuloso, sensible a la palpación, sobre todo en la región del hipogastrio. Puede apreciarse, además, algún meteorismo bien explicable por su constipación ac-

tual; el intestino no se exonera desde el mismo día en que apareció la retención vesical; la lengua es seca y el aliento fétido.

Por el examen ginecológico puede observarse que hay micción gota a gota por regurgitación. Al practicar el sondaje se extrajeron 8 litros de orina; este cateterismo fue hecho con la técnica indicada para evitar las hemorragias ex-vacuo. La orina, de color chocolate, exhala un olor repugnante de putrefacción que apesta la sala.

El cuello del útero tiene una evolución hacia arriba, el fondo de saco anterior está aumentado en profundidad, la excavación sacra totalmente ocupada por la matriz grávida retrovertida, y el fondo de saco posterior no existe.

Colocada la enferma en la posición genupectoral se hizo la reducción por el mecanismo ya indicado.

Queda, por último, el tratamiento de las complicaciones vesicales. Una de ellas fue la parálisis del musculo; la vejiga daba cabida a un litro y más de los líquidos del lavado, sin que éstos provocaran la contracción vesical; fue necesario practicar el cateterismo repetidas veces durante los tres días consecutivos a la reducción.

Desde que la vejiga pudo contraerse por su propia cuenta, aparecieron los síntomas claros de cistitis con eliminación de grandes colgajos de mucosa que obstruían la sonda de Nelaton. Las micciones, que llegaron hasta 50 en el día, disminuyeron poco a poco.

Como tratamiento se aconsejó el decúbito ventral y lateral, y para la cistitis se hicieron lavados vesicales con solución de nitrato de plata al 1%.

Al mes de haber llegado la enferma al hospital, salió completamente restablecida, y su matriz, con entero dominio del abdomen, llegaba cerca del ombligo.

