

MEMORIAS CIENTÍFICAS I LITERARIAS

MEDICINA. Exploracion de la mujer.—Memoria presentada por don Victor Körner, el 15 de abril de 1884, para optar el título de profesor extraordinario de ginecología en la Universidad.

INTRODUCCION.

El objeto de nuestra exploracion es la mujer con todas sus particularidades físicas i morales características; sus órganos jenítales, mas voluminosos que en el hombre, tambien están provistos de nervios i vasos mas voluminosos e importantes, lo cual está en armonía con la función fisiológica mas considerable que están destinados a ejercer i explica la influencia que el sistema jénital de la mujer tiene sobre su constitucion i el carácter moral del individuo.

Los órganos jenítales de la mujer ocupan una posición anatómica mas profunda i oculta que en el hombre, exigiendo su exploracion medios numerosos, a menudo complicados, que de parte del explorador requieren gran ejercicio i educacion, sobre todo del sentido del tacto, puesto que los resultados suministrados por él son hasta hoy día decisivos en el establecimiento del diagnóstico de una gran parte de las afecciones ginecológicas; ademas muchos de los órganos que son el objeto de la exploracion ginecológica no son accesibles al tacto sino por intermedio de las paredes abdominales, de las de vagina, del recto o de la vejiga, así es que, apesar de los adelantos que en los últimos tiempos se han hecho en esta clase de exploracion, nunca ella podrá adquirir una exactitud igual a aquellas que dependen únicamente de la inspeccion ocular, por ejemplo.

Fuera de las dificultades inherentes a la exploracion en sí misma, se opanen al ginecologista otras en relacion con el carácter moral de la mujer, dificultades en la esposicion de datos positivos, mala voluntad que las mujeres enfermas oponen al médico i a su exploracion, pues nunca debemos olvidar que lo que vamos a examinar no es un solo órgano o aparato, sino todo un individuo que tiene cada una una constitucion i temperamento propios. El individuo femenino se nos presenta ademas de una manera mui diferente

segun su edad i el estado de las funciones sexuales. La niña ántes de la menstruacion pocas veces es el objeto de una esploracion de los órganos jenítales; pero el sobrevenimiento de esta funcion i el aumento rápido de volúmen de los órganos que están en relacion con ella, hace que causas mórbidas variadas lleguen a producir su efecto; nuestra esploracion bajo estas circunstancias debe ser dirigida ademas por ciertas consideraciones; de pudor i modificada segun el estado de los órganos jenítales esternos; en estos casos es cuando a menudo está indicada la esploracion por el recto en reemplazo del tacto vaginal i el empleo de los anestésicos.

El hecho mismo de la menstruacion en jeneral contraindica toda intervencion esploradora, terapéutica o quirúrgica por parte del médico; solo antiguamente se aprovechaba el estado de laxitud i aumento de volúmen que la menstruacion produce en el cuello i cuerpo del útero para explorar con mas facilidad i exactitud la superficie de la cavidad uterina i del canal cervical; hoy dia posemos procedimientos i medios mas espeditos para hacer accesible al tacto aquellas partes.

En la mujer adulta se presentan dos nuevas funciones del aparato jénital, el coito i la preñez con el parto i el puerperio. El primero a menudo es causa de enfermedad, sea por la frecuencia o el tiempo en que se ejerce, sea por la infeccion gonorróica o sífilítica orijjada mediante a él. Pero la causa con mucho mas frecuente de las afecciones de los órganos jenítales de la mujer, es la preñez, el parto i el puerperio con las revoluciones que producen no solo en el aparato jénital sino en todo el organismo del individuo.

La edad del climax suministra igualmente cierto contingente de afecciones jinecológicas, siendo esta la edad en que se presentan con preferencia los neoplasmas, los prolapsos de la vajina i del útero, i ciertas afecciones de la vajina.

Toda esploracion jinecológica debe ser precedida por una averiguacion de la historia de la enfermedad i de la serie de síntomas subjetivos que acusa la enferma, determinacion que por parte del médico requiere tanta sagacidad i paciencia como el relacionamiento de esos síntomas con las alteraciones del aparato jénital por determinar, tanto mas cuanto muchos de esos mismos síntomas pueden encontrarse tambien en muchas afecciones de los órganos jenítales.

De los fenómenos que en órganos lejanos se producen a consecuencia de afecciones del aparato jénital, los mas frecuentes son síntomas de parte del estómago, sensacion de presion, eructos,

náuseas, vómitos, falta de apetito, además por parte del sistema nervioso todos los síntomas que se reúnen en el gran cuadro del histerismo, disturbios en el funcionamiento de la piel, i por fin alteraciones morales.

La historia de la enferma debe limitarse a la salud de los padres i parientes, al curso de la infancia, aparición de la primera menstruación, la manera de su presentación posterior, los embarazos, partos o abortos que pueden haber ocurrido, i en fin, a las enfermedades anteriores.

DIVISION I. ÓRDEN DEL EXÁMEN OBJETIVO.

Después de fijar los síntomas subjetivos i la historia de la enferma, pasamos al exámen objetivo, el cual, en vista de la situación de los órganos i del individuo por examinar, exige cierto orden determinado de sucesión, aunque los medios de que nos valemos en jeneral no son distintos de aquellos que se emplean en la determinación de un diagnóstico quirúrgico jeneral. Algunos autores distinguen por eso una exploración manual i otra instrumental, otros una esterna i otra interna, otros en fin la dividen según los órganos de los sentidos que sucesivamente va empleándose en ella.

El curso de la exploración, aunque susceptible de ciertas variaciones, en jeneral debe ser el siguiente: Inspección, palpación, mensuración, percusión i auscultación del abdómen, el tacto vaginal simple i combinado, si es necesario, el tacto rectal igualmente en combinación con la palpación del abdómen, la inspección de los órganos jenitales esternos, la aplicación del espéculum, el cateterismo del útero i por último, en caso de necesidad i jeneralmente solo después de un exámen jeneral, exacto i completo, la dilatación del cuello como medio diagnóstico. Conviene que el médico se sujete a este orden i que no se limite en la exploración solo hasta llegar a formar un diagnóstico que esplica algunos de los síntomas que se presentan, pues a menudo podían pasarse por alto anomalías importantes, que darían lugar a una apreciación diferente de los síntomas existentes. Además en muchos casos una exploración completa ya de por sí es imposible: por ejemplo la estrechez o atresia de la vagina impiden la aplicación del espéculum, el estado puerperal contraindica la aplicación de la sonda, como asimismo el estado inflamatorio del útero o de sus anexos, circunstancias todas que ya en la exploración jeneral exigen consideración i cuidado. En ningún otro ramo una simple exploración puede dar

lugar a tantos daños i peligros como en la jinecología. Mientras mas experimentado sea el explorador, tanto mas suavidad i cuidado empleará en el exámen, pues ya el dolor producido por una exploracion poco inteligente es una circunstancia que aumenta el desagrado que la mujer le tiene a esta clase de exploraciones.

En jeneral es de utilidad incontestable establecer el diagnóstico completo en una sola exploracion, pero aménudo éste es difícil i aun imposible. En las alteraciones de forma i situacion del útero, en los casos de tumores del útero o de sus anexos, en las sospechas de existencia de un embarazo, una exploracion repetida puede ser de necesidad indispensable con el objeto de reconocer la influencia que el estado de plenitud o vacuidad de la vejiga o del recto, los esfuerzos corporales, la hiperemia menstrual, i aun el tiempo tienen sobre posicion, magnitud, forma i consistencia del útero, de los tumores u otras alteraciones de los órganos jenitales.

POSICION DE LA ENFERMA.

La eleccion de la posicion en que se va a explorar la enferma es de gran importancia respecto a los resultados que se quieren obtener i a veces puede ser tambien de interes reconocer la influencia que un cambio de posicion tiene sobre la situacion de los órganos, tumores o sensaciones dolorosas.

La *posicion vertical de pié*, se emplea solo escepcionalmente cuando se quiere estudiar la influencia de la presion abdominal sobre la posicion del cuello, útero i vajina i sobre la movilidad del útero o de tumores contenidos en la cavidad abdominal. La rijidez de las paredes abdominales en esta posicion es comparativamente mucho mayor que en todas las demas. La ventaja de una aproximacion mayor del útero i de sus anexos hacia la vulva, aménudo se neutraliza por la posicion mas anterior que viene a ocupar el cuerpo del útero i una desviacion posterior del cuello, siendo entónces su acceso mas difícil que de ordinario. Esta posicion escluye ademas la exploracion esterna i combinada, i la aplicacion del espéculum, razon por la cual actualmente ha sido casi completamente abandonada.

La *posicion sobre el costado*, mui empleada entre los ingleses i americanos, se presta sobre todo para la inspeccion ocular con los espéculum Sims o de Simon; la enferma se coloca sobre el costado izquierdo, los brazos doblados sobre ambos lados del tórax, estando el izquierdo colocado mas bien hácia atras que hácia adelante,

el muslo izquierdo en semiflexion sobre la pélvis, el derecho en flexion completa aplicado casi al abdómen; el explorador se coloca a espaldas de la enferma i examina con el índice de la mano derecha de manera que el pulgar quede estendido sobre el periné. Para los objetos de la exploracion dijital debe desecharse decididamente la posicion sobre el costado, puesto que en primer lugar la cara palmar del dedo explorador queda dirigida contra la pared posterior de la vajina i en segundo lugar porque la exploracion combinada de ambas manos es imposible o se puede ejercer solo mui incompletamente. Sin embargo, en ciertas operaciones del cuello o de la vajina la posicion sobre el costado presenta ventajas incontestables, debiéndosela reservar solo para estos casos.

La *posicion sobre los codos i rodillas* en la cual la enferma ocupa una posicion tal que los muslos están próximamente perpendiculares al plano de la mesa, así que la parte superior del tronco se encuentra mucho mas inferiormente situada que la pelvis, lo que, aunque produce una gran disminucion de la presion abdominal, hasta el punto de hacerla negativa, no suministra, sin embargo, ventajas considerables para la exploracion por medio del tacto vaginal combinado en la palpacion del abdómen, puesto que el útero se desvía hácia la parte mas baja del abdómen, se hace mas difícilmente accesible al tacto i porque la mano que palpa exteriormente tiene que vencer el peso de las paredes i órganos abdominales. Por estas razones no se emplea esta posicion sino en ciertas circunstancias especiales en las operaciones de las fistulas vesicovaginales i en las reposiciones difíciles del útero en retroflexion.

La *posicion de espaldas* es la única conveniente para ejercer la exploracion combinada, i en vista de la importancia de este modo de exploracion i de la circunstancia de que tambien los demas métodos de exploracion, principalmente la aplicacion del espéculo i de la sonda son posibles en esta posicion, ella debe ser la jeneralmente aceptada por los jinecologistas. Ella presenta dos subvariedades que están mas en uso, una en que con una posicion horizontal del tronco, en que solamente la cabeza está sostenida por un cojin, se colocan los muslos i piernas en superflexion i cierto grado de abduccion, aplicando aquéllos a los costados del abdómen i estas a la cara posterior de los muslos, ejerciendo al mismo tiempo cierta presion sobre las rodillas, con el objeto de levantar mas aun la parte inferior de la pelvis; todo esto se consigue de la manera mas fácil por la asistencia de dos ayudantes colocados uno a cada lado de la enferma, que aplican sus manos una sobre la rodilla

de la enferma i la otra sobre la region de los tobillos; estos ayudantes pueden servir en caso de necesidad tambien para sostener las valvas laterales del espéculum de Simon. La otra variedad de la posicion de espaldas, designada comunmente como *posicion de la talla*, es la siguiente: la enferma se coloca de espaldas sobre un plano inclinado, de tal manera que la parte superior del tronco se encuentre algo levantada, al mismo tiempo se doblan los muslos i las piernas, aunque no en tanto grado como en la posicion anterior, así que los talones queden a la altura i cerca de los gluteos. Combinando convenientemente estas dos posiciones se obtiene todo lo que se puede exigir para una exploracion ginecológica completa, pues así se puede ejercer tanto la exploracion esterna del abdomen, como el tacto vaginal simple o combinado con la palpacion, la aplicacion del espéculum, sea el de Ferguson o los de Simon, el cateterismo del útero.

Como es de absoluta necesidad para la exploracion que el tronco i los miembros inferiores se mantengan doblados sin que la enferma tenga necesidad de hacer esfuerzo alguno, lo cual produciria una rigidez poco conveniente de las paredes abdominales, i como no siempre se tiene a su disposicion dos ayudantes que sostengan a la enferma en una posicion apropiada, el ginecologista se ve en la necesidad de tener una silla o mesa convenientemente construida para el objeto. La altura de una silla de esta clase debe ser de 95 a 100 centímetros para que la vulva quede poco mas o ménos a la altura de los codos del explorador i debe estar provisto de aparatos colocados de manera que la enferma pueda apoyar cómodamente los piés i las piernas. La silla, segun el modelo de Veit-Sdröder reúne a todas estas cualidades la de la sencillez, lijereza i elegancia en la construccion, i es la que es ahora de uso mas generalizado, sirviendo tanto para la simple exploracion como para una gran parte de las operaciones ginecológicas.

LA ANESTESIA COMO MEDIO DE EXPLORACION.

Amenudo la simple exploracion ya obliga a anestesiarse a la enferma. Ciertas afecciones de los órganos jenítales esternos, las fisuras de la vulva, el vajiñismo, i muchas veces la sensibilidad misma de las paredes abdominales pueden imposibilitar completamente la exploracion exacta del aparato jenítal. Además, las contracciones irregulares de los músculos abdominales, la acumulacion de tejido adiposo en esas paredes etc., pueden simular la

existencia de tumores, dudas que se desvanecen despues de una anestesia completa de la enferma. La rijidez de las paredes abdominales en algunas mujeres es tan pronunciada o bien su poca intelijencia en seguir las indicaciones del médico para el arreglo de la accion de los músculos abdominales hace que la anestesia sea de absoluta necesidad, sobre todo en la exploracion exacta de las relaciones de ciertos tumores del abdómen o de sus adherencias en los órganos vecinos o en las paredes oseas de la pélvis.

La anestesia en estos casos debe llevarse hasta la completa relajacion muscular, pues de otra manera no se conseguiria el objeto propuesto. Seria inútil advertir aquí que en la aplicacion del anestésico que se ha elegido deben tomarse en cuenta todas las contraindicaciones ordinarias, que es demas esponer aquí, i que se debe proceder con todas las precauciones necesarias en tales casos.

ESPLOACION NO-INSTRUMENTAL.

La inspeccion.

La inspeccion sola del abdómen no deja de tener importancia en la exploracion de los grandes tumores del abdómen; así, por ejemplo, en los quistas fluctuantes del ovario la forma del abdómen es ménos aplastada, mas convexa en su parte media que en la ascitis; la vejiga muy llena de líquido se puede reconocer a veces a la simple vista en forma de un tumor redondeado situado inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis. La inspeccion nos revela ademas las desviaciones de la columna vertebral, la mayor o menor prominencia del abdómen, la existencia de tumores herniarios, las cicatrices de la piel que son concecuencias de embarazos o de una gran distencion cualquiera del vientre, la diastasis de los músculos rectos. La inspeccion de la vulva, de los grandes i pequeños labios, del clítoris, del hímen o de los restos de él, del orificio uretral i del vestibulo vaginal no puede ser reemplazada por ningun otro modo de exploracion. Conviene para evitar un descubrimiento repetido de la enferma hacer preceder la inspeccion de estas últimas partes a la aplicacion del espéculum, de la cual nos ocuparemos mas adelante.

LA MENSURACION.

La mensuracion del abdómen nos hace notar el grado de desarrollo i el volúmen de los grandes tumores abdominales, i de una

manera jeneral tambien la rejion en que probablemente han tomado su origen. Con el primer objeto se mide la circunferencia del abdomen a la altura del ombligo en épocas mas o ménos alejadas, cuidando que la mujer ocupe cada vez la misma posiciou i evitando en lo posible las causas de error provenientes de la mayor o menor distencion de los intestinos, sea por gases sea por materias sólidas.

El hecho de que la distancia de la sínfisis pubiana al ombligo iguale o aun sobrepase a aquella del ombligo a la apofisis xifoides del esternon habla en favor de que el tumor se ha desarrollado en la rejion subumbilical; de la misma manera se puede sospechar el desarrollo lateral del tumor si la distancia de la espina iliaca de un lado o la línea blanca, es mayor en comparacion de la del otro lado.

PERCUSION.

La percusion es de importancia en muchos casos de tumores abdominales, pues aunque la palpacion nos suministra resultados mucho mas precisos, hai sin embargo circunstancias en las cuales es preciso recurrir a la percusion, por ejemplo en el diagnóstico diferencial de la ascitis i de los quistes mui laxos del ovario o de los fibromiomas voluminosos del útero, complicados con cierto grado de ascitis. En la ascitis simple, la matidez se encuentra como sabemos en las partes laterales inferiores del abdomen i cambia de nivel con los cambios de posicion de la enferma, en los quistes del ovario la matidez se encuentra jeneralmente en la parte media, mas prominente del abdomen, estando los intestinos dislocados hácia los lados i hácia arriba, a no ser que existen, asaz intestinales adherentes en la cara anterior del tumor.

En jeneral se puede decir, sin embargo, que existiendo circunstancias favorables para la palpacion, ella es la que debe reemplazar a la percusion en la exploracion de la cavidad abdominal.

AUSCULTACION.

La auscultacion es indispensable en el establecimiento del diagnóstico diferencial entre los grandes tumores del abdomen i la preñez, caso que se presenta bastante amenudo, pues la comprobacion de la existencia de los latidos del corazon fetal basta por sí sola para salvar toda duda respecto a la naturaleza de la causa

del aumento de volúmen del vientre. Los soplos vasculares no son signos seguros de diagnóstico, pues no solo se encuentran en la preñez sino tambien en la mayor parte de los tumores sólidos del útero, mas rara vez en los quistes del ovario i en tumores retroperitoneales. A veces es de interes determinar el orijen de estos soplos i decidir si provienen de los grandes vasos del abdómen comprimidos por el tumor o si se producen en una arteria del tumor mismo. En el primer caso el ruido se puede seguir en todo el curso del vaso en cuestion, ejerciendo en el estetoscopio mas presion sobre el tumor el ruido jeneralmente no presenta alteracion alguna, a veces el tumor es levantado isócronamente con los latidos arteriales, la mano puede comprobar las vibraciones de la arteria i su compresion hace desaparecer el soplo. Los ruidos que tienen su orijen en el tumor mismo se perciben en mayor estension que los anteriores, cambian de sitio en las dislocaciones del tumor o en los cambios de posicion de la enferma i la presion del estetoscopio los hace desaparecer con frecuencia.

ESPLORACION DEL ABDÓMEN I DE LA PELVIS POR MEDIO DEL TACTO EN JENERAL.

Para examinar los órganos contenidos en la cavidad del abdómen i de la pelvis con la ayuda del tacto, podemos emprender varios caminos: nos podemos servir de la simple palpacion del abdómen, o bien del tacto vaginal, rectal o vesical, o bien en fin de ambos a la vez. Esto último es lo que se designa jeneralmente para mayor brevedad con el nombre de exploracion combinada; en ella podemos combinar sea el tacto vaginal, rectal o vesical con la palpacion del abdómen, sea el tacto vaginal i el rectal entre sí, sea el tacto rectal con el tacto vesical, sea, en fin, el tacto vaginal con el vesical; igualmente podemos explorar por tres partes a la vez; por ejemplo, hacer el tacto vaginal i el rectal a la vez que la palpacion abdominal.

Ya mas arriba habíamos indicado que en esta clase de exploraciones la presion intra-abdominal debe estar reducida a su minimum, lo que se consigue sobre todo merced a una posicion de la enferma tal que impida en lo posible toda accion muscular. Es de necesidad, ademas, ántes de proceder a la exploracion, producir una evacuacion completa tanto del conducto intestinal como de la vejiga, i el estómago debe estar vacío o por lo ménos mui poco rechargado de alimentos. La emocion moral, el temor por la esplora-

cion, el sentimiento de pudor, hacen las paredes abdominales muy sensibles a cualquier contacto i producen contracciones musculares reflejas enérgicas, a la menor presion de la mano, de tal manera que a menudo conviene limitarse por de pronto a un simulacro de exploracion incompleta i solo despues, cuando la enferma se ha familiarizado con la personalidad del médico i la manera del examen, pasar a la exploracion verdadera, completa. Las inspiraciones profundas i las espiraciones completas son un auxiliar poderoso para que la mano pueda deprimir lo mas profundamente posible las paredes abdominales. Aquí conviene proceder con lentitud i suavidad, deprimir el abdomen poco a poco a cada espiracion, pero sin retirar la mano cuando sobreviene la inspiracion, i avanzar mas profundamente en la espiracion siguiente.

A pesar de todo esto, en algunas enfermas no se consigue el resultado deseado i no es posible vencer la resistencia de las paredes abdominales sino mediante una anestesia completa de la enferma.

MANERA DE HACER LA PALPACION ABDOMINAL.

La palpacion del abdomen se hace estando la enferma de espaldas, con los brazos i piernas en flexion i lijera abduccion, i con la pelvis algo levantada; (ella es de importancia, sobre todo en la exploracion de los grandes tumores del vientre). Estando la enferma en la posicion indicada, se colocan ambas manos de plano sobre las paredes del abdomen i doblando las estremidades de los dedos se van ejerciendo suaves presiones, tratando de avanzar cada vez mas profundamente; de esta manera se explora primero la rijidez superior del abdomen con las estremidades de los dedos dirigidas hacia los rebordes costales, i en seguida la rejion hipogástrica dirijiendo los dedos hacia la sínfisis del pubis. Se trata de fijar los límites del tumor existente, su consistencia i movilidad, sus relaciones i adherencias, procurando deslizar la pared abdominal sobre su superficie. Las rejiones laterales del abdomen se exploran colocando una mano por detras en la rejion lumbar, tratando de levantar los órganos o el tumor ahí existente, mientras que la otra mano determina su magnitud, forma i movilidad. Si la laxitud de las paredes abdominales lo permiten, se tratará de circunscribir el tumor tomándolo entre ambas manos, con el objeto de reconocer su punto de insercion o pedículo.

Si la exploracion es dolorosa, habrá que distinguir entre una sensibilidad de orijen puramente nervioso o bien la sensibilidad cau-

sada por una inflamacion del peritoneo, jeneral o circunscrita. En el primer caso una presion un poco mas enérgica calma o modera jeneralmente el dolor; en el segundo caso habrá que desistir de una continuacion de la esploracion, pues casi siempre la irritacion del peritoneo se agrava a consecuencia de estas manipulaciones.

En los casos en que la existencia de un tumor coincide con cierto grado de ascitis, como sucede, por ejemplo, en los tumores carcinomatosos del ovario, será posible producir el fenómeno del paloteo o traqueo.

Para hacer notar la fluctuacion de un líquido contenido en la cavidad abdominal, se coloca una mano suavemente sobre la piel de un punto del abdómen, mientras que con los dedos de la otra mano se da pequeños golpes secos i cortos sobre un punto mas o ménos distante de la primera mano; así se podrá observar la propagacion de la onda líquida; es preciso evitar la equivocacion de la fluctuacion verdadera con aquella que se produce en la existencia de una gruesa capa de tejido adiposo debajo de la piel del abdómen.

La palpacion nos revela ademas la existencia de frotos o roces que producen los grandes tumores despues que su superficie ha sido el sitio de peritonitis circunscritas, causa de exudaciones i falsas membranas i adherencias del tumor en órganos vecinos. Estos frotos se producen cuando se trata de deslizar las paredes abdominales sobre la superficie del tumor o cuando a ésta se le imprime un movimiento de vaiven.

EL TACTO VAJINAL SIMPLE.

Este modo de esploracion no constituye sino el primer acto de la esploracion combinada, de la cual nos ocuparemos en el capítulo siguiente. La posicion que debe ocupar la mujer por examinar es la que se emplea en la operacion de la talla, levantando solamente un poco mas la pelvis i doblando un tanto la parte superior del tronco; solo escepcionalmente se hace el tacto vaginal en posicion vertical de pié, cuando se trata de un descenso o prolapso del canal jenital.

Despues de haber lavado las manos con jabon i de haberlas enjuagado en una solucion fenicada al 2½ por ciento, cuidando que las uñas de los dedos no tengan una longitud exesiva, se unta el dedo índice con aceite o vachelina i se le introduce en la vagina deslizando sobre el periné hasta llegar a la horquilla de la vulva, llegado

a este punto se avanza entre los grandes i pequeños labios, atendiendo el explorador al estado de la horquilla, de los labios, glándulas de Barthalino, del hímen o sus restos, paredes de la vagina, ancho su longitud i a la cantidad de la secrecion vaginal, hasta llegar por fin al cuello uterino. La posicion normal que debe ocupar el cuello es sobre la línea media en el punto en que se cruza con otra línea imaginaria que iria de una espina ciática a la otra. Los dedos restantes de la mano exploradora se estienden sobre el periné o bien se coloca en flexion sobre la palma de la misma mano. Una vez que el dedo toca el cuello, explora su superficie su magnitud, el estado de la mucosa, el orificio, sus bordes i las cicatrices que puedan existir, indaga su movilidad moviéndolo tanto hácia arriba i abajo como hácia los lados, toca en seguida los fondos de saco anterior, posterior i laterales. Una vez que se ha hecho todo esto se pasa a la exploracion combinada, que es la única que nos puede dar luz sobre el estado del útero, de sus anexos, de su cubierta peritoneal i del tejido celular pelviano.

El tacto rectal reemplaza a veces el tacto vaginal, por ejemplo, cuando una abertura himeal estrecha impide la introduccion del dedo a la vagina, pero tiene importancia sobre todo en la exploracion de todos los tumores retrouterinos, en los cuales es de necesidad absoluta i no deberia omitirse nunca para el reconocimiento de las relaciones de estos tumores con el útero, con el peritoneo del fondo de saco rectouterino i en jeneral para el conocimiento de toda la parte posterior de la pélvis menor.

ESPLORACION COMBINADA.

Llegamos con esto a la parte de la exploracion ginecológica que ocupa el lugar predominante entre todos los demas modos de esta exploracion i a cuyo lado estos no son mas que auxiliares, ciertamente a veces importantes, para llegar al fin que nos proponíamos, es decir el diagnóstico de las afecciones del aparato jénital de la mujer. Mediante a la exploracion combinada nos podemos formar una idea relativamente completa i exacta tanto de útero i de sus anexos, los ligamentos anchos, los ovarios, las trompas i los ligamentos redondos, como en jeneral del estado del peritoneo i del tejido subperitoneal celular que tapiza la cavidad de la pélvis menor i de los tumores que en ella pueden presentarse; con razon se puede decir, pues, que con la introduccion i el perfeccionamiento de la exploracion combinada ha comenzado una nueva era para un ramo importante de la medicina, i sobre todo de la cirugía.

Las condiciones necesarias para una exploracion combinada fructuosa son, fuera de una vagina algo estensa i elástica, tambien cierto grado de depresibilidad del periné i paredes abdominales poco gruesas i poco rijidas, que permiten a la mano exploradora esterna introducir los dedos lo mas profundamente posible en la cavidad pelviana i palpar por intermedio de ella los órganos contenidos en aquella cavidad. Estas condiciones dependen en parte de la individualidad de cada enferma, pero pueden producirse hasta cierto grado tambien por una posicion de la enferma convenientemente elejida, que es aquella que hemos indicado ya mas arriba al tratar del tacto vaginal simple. La mano que en la exploracion combinada hace el tacto vaginal o rectal debe ser diferente segun el lado de la pelvis que se espiora, i debe ser la izquierda en la exploracion del lado izquierdo de la cavidad pelviana, la derecha en la exploracion del lado derecho; pero para los casos comunes basta jeneralmente una sola mano i conviene educar con preferencia la mano izquierda con este objeto, para tener la mano derecha, en jeneral mas diestra, libre para el manejo de los instrumentos que durante la exploracion o despues sea necesario introducir en la vagina o en el útero.

El explorador colocado en frente i entre ambas piernas de la enferma colocada convenientemente sobre una silla apropósito o sostenida por dos ayudantes, introduce el dedo índice de la mano izquierda bien untado de aceite, a la vagina, explora primeramente esta última i el cuello del útero en la manera que hemos indicado en el capítulo anterior, en seguida coloca su mano derecha de plano sobre la parte inferior del abdómen, algo por encima de la sínfisis, así que las estremidades de los dedos queden poco mas o menos a igual distancia de la sínfisis i del ombligo, ejerciendo en seguida una presion suave, los dedos avanzan lentamente hasta el tercio posterior del diámetro antero-posterior del estrecho superior; cambiando en este punto de direccion, la mano avanza sobre el eje de la cavidad pelviana, aprovechando para ello las inspiraciones i espiraciones profundas que se manda ejecutar a la enferma; al mismo tiempo el dedo que se encuentra dentro de la vagina, colocado sobre la cara anterior del cuello, rechaza el útero hácia arriba hasta que la mano esterna llega a palparlo; de esta manera el explorador tiene entónces el útero entre ambas manos cubierto solamente por un lado por las paredes abdominales i por el otro por las de la vagina. Rechazando el útero con preferencia ya hácia una mano ya hácia la otra, es posible examinar este ór-

gano en cuanto a su tamaño, grueso, ancho i largo, a su consistencia i a la contraccion de sus paredes; el dedo que hace el tacto vaginal se desliza sobre toda la cara anterior del útero al mismo tiempo que la mano esterna, rechazando el útero hácia la mano interna, estudia el estado de la superficie posterior, notando las anomalías en la forma i las desigualdades sobre ámbas caras; el fondo del órgano es así igualmente objeto de una minuciosa palpacion. Es preciso que ámbas manos obren siempre en correspondencia para que lo que palpe una lo palpe tambien la otra, auxiliándose mutuamente. Una vez que se ha examinado el útero bajo todos aspectos, se pasa el dedo interior a los fondos de sacos vaginales laterales primero de un lado i despues del otro, correspondiéndole siempre un movimiento análogo de la mano esterna, se exploran los costados del útero i avanzando mas hácia afuera, los ligamentos anchos, la trompa, el ligamento ovárico i redondo, que hacen la impresion de cordones mas o ménos gruesos que se deslizan fácilmente bajo los dedos; alejándose del útero se sigue direccion marcada por estos cordones hasta llegar a palpar el ovario, que en el lado izquierdo jeneralmente se encuentra un poco por delante del diámetro pelviano transversal, no léjos de la línea in-nominada; en el lado derecho se encuentra en una posicion algo mas superior que el izquierdo, estando esta regla sin embargo sujeta a muchas escepciones. Colocando en seguida el dedo en el fondo de saco vaginal posterior, e introduciendo la mano esterna profundamente por detras del útero, se palpan los ligamentos recto-uterinos, se examina su tension, su grueso, sensibilidad, i junto con esto la movilidad del útero hácia adelante, arriba i hácia los lados, i se pone atencion en el estado del peritoneo de la escavacion de Douglas o en los tumores o derrames ahí existentes. Por último se explora de una manera análoga la escavacion vesico-uterina i la vejiga.

Al tiempo de examinar la forma del útero en cuanto a su grado de flexion o version, es preciso tomar en cuenta las dislocaciones i cambios en la forma que experimenta el órgano por la presion de ambas manos, la cual puede aumentar o disminuir el grado de la flexion o version.

En caso de existencia de tumores en la cavidad pelviana, debe tratarse sobre todo de descubrir su punto de insercion, es decir, su orijen; la mano tratará de avanzar entre la pared pelviana i el tumor i de circunscribirlo lo mas completamente posible, determinando sus relaciones con el útero, los ovarios, las trompas, las pa-

redes oseas i demas órganos contenidos en la cavidad pelviana; para facilitar en lo posible la introducción de la mano entre el útero i el tumor, estudiar el pedículo o la manera de insercion del tumor, es conveniente tomar el cuello del útero con unas pinzas de gancho i hacer atraer el órgano hácia abajo por un ayudante que toma el mango del instrumento; de esta manera los dedos que se encuentran en la vagina e en el recto alcanzan a circunscribir mas completamente los costados i el fondo del útero, i es posible notar con mas facilidad i exactitud el relacionamiento de ámbos. Si el tumor es de un tamaño tal que llena mas o ménos completamente la cavidad pelviana, habrá que abandonar la exploracion combinada i ejercer el tacto vaginal, el rectal i la palpacion abdominal separadamente; a veces se consigue desalojar el tumor de la cavidad colocando a la enferma en la posicion de codos i rodillas; atrayendo entónces el útero por medio de una pinza de ganchos, los dedos alcanzan desde la vagina o el recto a introducirse entre la pared i el tumor. Igualmente se puede, estando la enferma de espaldas como de ordinario, hacer levantar o deprimir el tumor por las manos de su ayudante.

La exploracion combinada por medio del tacto rectal i de la palpacion abdominal es de gran utilidad para el estudio mas fácil i completo del estado de los ligamentos sacro-uterinos, de las relaciones de los tumores retro-uterinos, sus adherencias en la escavacion de Douglas, i en las retroflexiones del útero; por fin es de necesidad absoluta, en los casos de estrechez suma de la vagina o del orificio himenal, pudiendo en estos casos el tacto rectal reemplazar mas completamente la exploracion por la vagina; jeneralmente se introduce para ello un solo dedo al recto, haciéndolo avanzar hasta por encima del tercer esfínter, para tener libre la palpacion hácia todos lados. Solo raras veces se introducen dos dedos al recto, i la introduccion de toda la mano ha sido hoy dia jeneralmente abandonada, pues no suministra ventaja de ninguna clase i no deja de tener inconvenientes serios para la enferma. El procedimiento, por lo demas, es el mismo que en la exploracion combinada del tacto vaginal i la palpacion, siendo de advertir solamente que el hecho de atraer el útero hácia abajo mediante unas pinzas de gancho es, aquí sobre todo, de mucha utilidad.

La introduccion del dedo a la uretra i vejiga puede ser de importancia en las alteraciones de la vejiga misma, en los cálculos, las fistulas vesico-vaginales o uterinas, i en el estudio de la estension de neoplasma uterino hácia este lado. Para ello es preciso

dilatar previamente la uretra, operacion que se hace de la manera mas conveniente, por medio de los dilatadores de couchú endurecido propuesto por Hegar i Kaltenbach, con los cuales se consigue una dilatacion suficiente en tiempo de media hora, poco mas o ménos, siendo de advertir que si esta dilatacion llega a mas allá de seis centímetros de circunferencia de la uretra, envuelve el peligro de producir una incontinenia permanente de la orina, así es que deberá emplearse solo en los casos de absoluta necesidad. Una incontinenia temporal de algunos dias es la regla despues de la dilatacion de la uretra, pero existe ademas el peligro de la introduccion de materias sépticas a la vejiga, causa de inflamaciones agudas o catarros crónicos; lo cual se tratará de evitar desinfectando cuidadosamente los instrumentos necesarios a la dilatacion i las manos del explorador, regla que en jeneral no se olvidará en ninguna de las manipulaciones de que pueden ser objeto los órganos jenitales de la mujer, desde el simple tacto vajinal hasta el caterismo del útero.

No concluiré este capítulo ántes de advertir que la exploracion combinada, para suministrar todos los datos que de ella se esperan, exige de parte del explorador un largo ejercicio i una educacion bien dirigida del sentido del tacto. Para ello es conveniente palpar con frecuencia el abdómen de mujeres embarazadas en los últimos meses, tratando de hacer el diagnóstico de la posicion del feto por la palpacion abdominal sola, o bien ejercitarse en la exploracion combinada en cadáveres, despues de haber alejado las paredes abdominales i haberlas reemplazado por una toalla convenientemente colocada, la cual se puede levantar en caso de estar en duda sobre aquello que el tacto nos parece revelar.

Solo así nos encontraremos en estado de apreciar en la exploracion de la mujer viva de manera debida las alteraciones a veces minuciosas pero importantes de la cubierta peritoneal del tejido conjuntivo subperitoneal, de las trompas, de los ovarios, etc., i sostener sin temor todo aquello que nuestros dedos ya ejercitados nos han revelado.

ESPLORACION INSTRUMENTAL.

Cateterismo del útero.

No siendo el canal cervical ni la cavidad uterina accesibles a la vista ni al dedo explorador, nos servimos con ese objeto de un ins-

trumento especial, la sonda uterina, que es una espiga metálica flexible, no elástica, de cobre o plata, de 2 o 3 milímetros de grueso, provista en un extremo de un mango de madera para su más fácil manejo i en el otro, destinado a la exploracion, de un engrosamiento en forma de boton. La parte destinada a la introduccion en la cavidad uterina forma con el resto de la sonda un ángulo correspondiente al grado de la antiversión normal del órgano; un engrosamiento a 7 centímetros del boton de la sonda forma el vértice del ángulo que hemos indicado i marca la longitud normal de la cavidad uterina; para facilitar esta mensuración se encuentra marcada sobre la sonda una escala centimétrica.

La aplicación de la sonda es bastante sencilla i se puede hacer sea después de haber aplicado el espéculum, o bien solo con la ayuda del tacto; en este último caso, estando la enferma de espaldas en la posición que se emplea en la exploración ginecológica, se introduce el dedo índice de la mano izquierda a la vagina hasta llegar a colocar su extremidad sobre el labio posterior del cuello junto al orificio externo del canal cervical, en seguida la mano derecha tomando el mango de la sonda entre el pulgar i el índice así que éste quede inferiormente i que la concavidad de la sonda mire hacia arriba, conduce el boton a lo largo de la cara palmar del dedo colocado sobre el orificio del cuello; en seguida, introduciendo el boton en el canal cervical se le hace avanzar suavemente, teniendo siempre presente que la sonda es un instrumento destinado a descubrir un canal ya existente i no a formar uno nuevo; una vez llegado al orificio interno, lo que nos indica la resistencia que la sonda encuentra en este punto, bajamos el mango del instrumento fuertemente hacia el periné, i luego habremos vencido la dificultad que nos presenta tanto el orificio mismo con su contractilidad, como tambien al ángulo que en este punto forma el cuello con el cuerpo; una vez dentro de la cavidad la sonda avanza fácilmente hasta el fondo del útero; aplicando en seguida la extremidad del índice que se encuentra sobre el orificio uterino del cuello a la sonda, se retiran ámbos conjuntamente i se lee el número de centímetros que la extremidad del dedo marca sobre la escala del instrumento.

Esta es la indicación más precisa de la sonda uterina, pues apesar de que merced a la exploración combinada nos podemos formar una idea bastante aproximada de la magnitud del órgano, sucede sin embargo que el espesor de las paredes abdominales o la laxitud del útero no permite palparlo con la precisión necesaria; ade-

mas, no siempre la magnitud del útero está en armonía con la estension de su cavidad, la cual depende sobre todo del espesor de sus paredes, i en la determinacion de esta última condicion la sonda en combinacion con la palpacion abdominal nos suministra datos preciosos.

A pesar de que la exploracion bimanual, que siempre debe preceder a la aplicacion de la sonda, nos instruye sobre la posicion del útero i por consiguiente sobre la direccion en que debe avanzar la sonda, sin embargo sucede a menudo, sea en caso de los grandes tumores, sea en las exudaciones o derrames introperitoneales abundantes, que no es posible descubrir el útero por medio de la palpacion abdominal; en estos casos la sonda introducida a la cavidad i palpada al traves de las paredes abdominales nos indica la posicion del fondo uterino i las relaciones que guarda el útero con el tumor o la situacion que ocupan dentro del derrame.

Otra anomalía que solo podemos reconocer por medio de la sonda son las estrecheces del canal cervical, aunque haremos notar que ellas no son tan frecuentes como ántes se creía, pues a menudo sucede que se diagnóstica una estrechez del canal tal que impide toda introduccion de la sonda, no siendo en realidad mas que aparente i producida por cierto grado de anteflexion del cuerpo sobre el cuello, pues desaparece i permite la fácil introduccion de la sonda una vez que se toma el cuello mediante unas pinzas de gancho, i ejerciendo una traccion suave se corrije la forma anormal del órgano. Esta dificultad en el cateterismo se puede salvar ademas de otra manera, aumentando la corvadura de la sonda i haciendo que un ayudante rechaze el fondo del útero hácia atras por intermedio de las paredes abdominales.

La sonda uterina sirve ademas para explorar la cavidad misma, el estado, de igualdad o desigualdad de sus paredes, su contenido, la existencia de pólipos o la prominencia de una de sus paredes por un fibromioma intersticial, el estado de congestion de la mucosa i su sensibilidad. Por fin, la sonda se emplea a veces en las reposiciones dificiles del útero en retroflexion o con el objeto de estudiar las adherencias que ha contraido el útero despues de haber permanecido largo tiempo en esta posicion.

Ademas de las dificultades que a la introduccion de la sonda oponen las estrecheces verdaderas cicatriciales i de las aparentes causadas por las flexiones del útero, pueden presentarse otras dependientes de la presencia de tumores, i en particular de la de pólipos fibrosos en la cavidad uterina; pero una buena sonda de

plata se dobla fácilmente acomodándose a las sinuosidades de la cavidad, i en último caso una sonda elástica puede reemplazar la sonda uterina comun. Las espasmos del orificio interno son raras i se vencen fácilmente por una presión suave i constante del boton de la sonda contra los bordes del orificio momentáneamente obstruido.

Nos resta hablar de los peligros i contraindicaciones a que está sujeto el cateterismo del útero. En jeneral se puede decir que el cateterismo uterino es una operacion inocente, cuando se la hace con suavidad i con los cuidados debidos, evitando lesiones de la mucosa, i la introduccion de jérmenes de infeccion mediante una desinfeccion minuciosa previa del instrumento, de las manos i del canal vaginal. Las lesiones de la mucosa se evitarán en lo posible tratando de obtener un conocimiento previo de la direccion de la cavidad por medio de la exploracion combinada que siempre debe hacerse ántes de la aplicacion de la sonda; así, por ejemplo, en las retroflexiones del útero la sonda deberá aplicarse con su concavidad dirigida hácia atras, i dándole al boton una direccion de adelante hácia atras i de arriba abajo.

La contraindicacion mas importante i mas comun del cateterismo es la preñez, i siempre ántes de aplicar la sonda nos preguntaremos si hai o no probabilidades de un embarazo, tratando de aclarar este punto por una exploracion bimanual minuciosa previa, i tomando en cuenta todos los demas signos de la preñez.

Otra contraindicacion importante es el estado inflamatorio del útero, de sus anexos, del tejido conjuntivo parametrai o de la cubierta peritoneal; todos estos estados se agravan o recrudecen nuevamente por una manipulacion tal como el cateterismo. Las consecuencias tan graves que amenudo se han visto sobrevenir despues de un simple cateterismo uterino deben atribuirse a circunstancias de esta clase i a la poca atencion que se habia puesto en ellas; aquí volveré a insistir nuevamente en la importancia de un exámen bimanual prolijo, que es el único que puede hacernos descubrir los estados que acabamos de mencionar.

La perforacion de las paredes uterinas por la sonda es un hecho de que hacen mencion muchos autores. Para que pueda tener lugar, no solo el cateterismo debe hacerse con cierta fuerza i enerjía, sino debe existir tambien un estado particular de blandura i poca resistencia de las paredes uterinas, como sucede en el estado puerperal, por ejemplo, sin embargo si se opera con instrumentos bien desinfectados, la perforacion de las paredes del útero por la sond

i el contacto de ésta con el peritoneo puede no ser seguido de ningún accidente grave.

Mencionaremos por fin la posibilidad de que la sonda se introduzca en el orificio de una de las trompas, cuando el útero se encuentra dislocado i su cavidad ensanchada por la presencia de tumores, sobre todo de los fibromiomas istersticiales, que a veces dan a la cavidad formas de las mas caprichosas.

APLICACION DEL ESPÉCULUM.

El exámen ocular de la vagina i de la parte vaginal del cuello se practica mediante un instrumento especial, el espéculum. Seria infructuoso entrar a considerar las diversas clases de espéculum que los ginecologistas han inventado, i nos limitaremos solamente a decir que todos ellos se pueden dividir en dos variedades: 1.º los espéculum cilindricos; 2.º los espéculum compuestos de dos o varias valvas que están ya unidas en un solo instrumento, ya separadas. Los espéculum mas usados en la actualidad son los cilindricos contruidos de couchú endurecido o de vidrio blanco, opaco i los espéculum de valvas separadas propuestos por Sims i modificados por Simon.

Las ventajas que presentan los primeros de couchú, son su poco peso, poca fragilidad, facilidad de la limpieza i la de no exigir asistencia alguna para su aplicacion; al tiempo de alejarlos no esponen a los pellizcamientos de la mucosa, como los espéculum compuestos de valvas, i permiteu aplicar fácil i convenientemente los medicamentos mas diversos sobre el cuello o cualquiera parte de la mucosa vaginal. Los espéculum de Simon no se prestan para la simple exploracion comun de la vagina, pues exigen la asistencia de uno o dos ayudantes, pero presentan ventajas inmensas en las operaciones de la vagina o del cuello i en los casos en que hai necesidad de un exámen minucioso de la totalidad de la vagina, del cuello i de los fondos de saco vaginales.

El modelo de los espéculum cilindricos es el espéculum de Ferguson, con la diferencia de que ahora se emplea para su fabricacion un solo material, sea el condru, vidrio, madera, marfil, etc. Como se sabe, el cilindro que forma el espéculum termina en un lado por un orificio oblicuo, así que forma una especie de pico, i en el otro por un ensanchamiento en forma de embudo; los hai de diferentes diámetros atendido a la diferente capacidad de la vagina. Al tiempo de aplicarlos es preciso tomar en cuenta la gran sen-

sibilidad de la parte anterior de la vulva, del clitoris i del orificio uretral sobre todo i la senibilidad oscura de la horquilla i de la rejion del periné. Una vez untado de aceite, se toma el espéculum con toda la mano así que el borde del embudo quede aplicado a la cara palmar de la mano, estendiendo el índice i el pulgar respectivamente en la cara superior e inferior del cilindro, i de manera que la parte mas larga, el pico del espéculum, quede inferiormente; separando con los dedos de la mano izquierda los grandes i pequeños labios, se coloca la estremidad del espéculum sobre la horquilla, deprimiendo con enerjía el periné, i haciendo que el borde superior del espéculum roce lo mas suavemente posible el orificio uretral i el rodete vaginal que lo envuelve se lo introduce a la vagina; una vez franqueado el vestibulo ya no hai dificultad en hacer avanzar el espéculum hasta descubrir el cuello, los pliegues vaginales que a veces lo encubren se hacen a un lado imprimiendo al espéculum repetidos movimientos de rotacion, al tiempo de hacer avanzar el espéculum se pone poco a poco al alcance de la vista toda la mucosa vaginal hasta llegar al cuello mismo. Jeneralmente es mui fácil encontrar el cuello, cuya posicion siempre se ha determina lo de antemano por el tacto vaginal; solo mui raras veces, por ejemplo en los casos de antiversion mui pronunciada, puede ser tan difícil que haya necesidad de introducir primero la sonda uterina i por encima de ella el espéculum.

El espéculum cilindrico basta jeneralmente para el exámen simple de la vagina i del cuello, tal como lo exige la práctica comun i las aplicaciones terapéuticas mas en uso, pero es insuficiente para la inspeccion minuciosa de toda la mucosa vaginal, i los fondos de saco vaginales i de toda la parte vaginal del cuello. Para esta esploracion se emplean los espéculum de Simon, compuestos de varias piezas o valvas separadas, que tiene cada una una forma especial segun la cara de la vagina a que debe aplicarse i provista cada una de un mango propio. Su aplicacion se hace, a diferencia de los espéculum de Sims, que se aplica en la posicion de costado, en la posicion comun de espaldas, levantando un poco la pelvis de la enferma. Se principia con la introduccion de la valva posterior, haciéndola avanzar oblicuamente en la vulva i dándole una direccion paralela al plano del periné, que en esta posicion casi es vertical, i deprimiendo al mismo tiempo con enerjía la horquilla una vez que la valva se encuentra dentro de la vagina. A menudo la aplicacion de esta valva ya basta para descubrir el cuello, pero si pliegues de la mucosa se colocan por delante de él

ellos tienen el inconveniente de producir una dilatación demasiado i lo encubren a la vista, se aplica acto continuo la valva anterior, cuyo mango se entrega a un ayudante para sostenerla convenientemente. Así se tendrá a la vista el cuello en su totalidad, con su orificio, los fondos de saco i las paredes laterales de la vagina. Las dos valvas destinadas a las paredes laterales de la vagina se emplean solo en las operaciones sobre el cuello o el útero, i en casos de una espaciosidad excepcional de la vagina.

Para explorar con facilidad la totalidad de la pared anterior de la vagina, en las fistulas vesico-vaginales, por ejemplo, se hace que la enferma ocupe la posición sobre codos i rodillas, i se aplica la valva posterior i en caso de necesidad las laterales hasta ver la pared anterior en toda su estension.

Con el fin de examinar las arrugas i pliegues de la vagina i lo que ellas pueden ocultar, se emplean pequeños ganchos metálicos con largo mango, con los cuales se despliegan sucesivamente todos los puntos que no están claramente a la vista del explorador.

Todos los demás espéculum bi o multivalvos, como ser el de Cuzco, Nutt, Meadows, Emmet-Foveaux no puede, reemplazar en la exploración, ni mucho ménos en las aplicaciones terapéuticas i en las operaciones sobre el cuello o la vagina, los espéculum cilíndricos i los de Simon.

DILATACION DEL CANAL CERVICAL COMO MEDIO DIAGNÓSTICO.

Como la sonda uterina no reemplaza sino muy incompletamente el dedo del médico, i amenudo tambien como simple medida terapéutica en las estrecheces del cuello, se presenta la necesidad de dilatar el canal cervical, con el objeto de examinar la cavidad del cuello i del útero directamente por medio del dedo, o bien para tener lugar suficiente de introducir en ella instrumentos mas o ménos voluminosos.

Los medios por los cuales se trata de obtener una dilatación semejante son varios, i consisten: 1.º en instrumentos metálicos que se abren poco a poco por medio de resortes o de la mano; 2.º en sustancias capaces de aumentar de volumen por la imbibición húmeda; 3.º en series de bujias sólidas parecidas a aquellas que se emplean en la dilatación de la estrecheces de la uretra de hombre; 4.º en fin, la dilatación sangrienta por medio del bisturí o instrumentos especiales.

Instrumentos de la primera clase existen muchos, pero mencionaremos solamente los dilatadores de Simos i de Ellinger. Todos

do forzada i por eso peligrosa, que ademas de eso es incompleta i poco persistente, así que han sido jeneralmente abandonados.

Entre los medios de la segunda clase, los principales son la esponja preparada, la laminaria digitata i el Tupelo; tienen la forma de cilindros sólidos mas o ménos gruesos, redondeados en un extremo, que tienen la propiedad de adquirir en contacto del mucus cervical un volúmen doble o triple del primitivo. Su aplicacion se hace de la manera siguiente: despues de haber aplicado el espéculum de Simon se fija el cuello mediante unas pinzas de gancho i se atrae el útero hácia afuera para disminuir así el estado de anteversion normal del útero o de flexion del cuello, en seguida se toma la esponja o la bujía de Laminaria o Tupelo en su estremidad mas gruesa mediante una pinza fuerte i se la introduce suavemente, tratando de evitar hasta la menor lesion de la mucosa, hasta poco mas arriba del orificio interno, cuidando que sobresalga todavía una parte en el orificio esterno.

La razon por la cual se debe evitar la introduccion exajerada de las bujías dentro de la cavidad uterina es esta: como el orificio interno siempre se encuentra en cierto grado de contraccion, ejerce sobre la bujía una presion constante que impide que ella se dilate en este punto en el mismo grado que el resto, i por consiguiente tambien la parte que se encuentra dentro de la cavidad uterina formando por último un engrosamiento en forma de boton que dificulta sobre manera la extraccion posterior del cilindro.

La materia que se emplea en esta clase de dilatacion no es indiferente. La esponja preparada por ser de superficie desigual, rugosa, i por reblandecerse fácilmente su estremidad, es de introduccion mas difícil; su porosidad ademas favorece la descomposicion de los productos de la secrecion vaginal, cuya reabsorcion produce a menudo accidentes de infeccion pútrida, peritonitis i parametitis. Aunque la menor porosidad de la Laminaria i del Tupelo salvan en parte este inconveniente, lo mismo que la impregnacion de estas sustancias i de la esponja con soluciones desinfectantes, sin embargo la larga duracion que es necesario dar este procedimiento vuelve a producir siempre aquel peligro de la descomposicion i reabsorcion pútridas.

Los cilindros de Tupelo i Laminaria, por ser mas duros i lisos que la esponja, se introducen con mas facilidad, pero es preciso sostenerlos en el lugar i evitar que vuelvan a caer por medio de tapones vaginales, que quedan hasta que el aumento de volúmen impide que se deslice dentro de la vagina.

Para obtener una dilatacion que permita la introduccion del dedo, por este método pasan a veces 30, 40 i mas horas, pues hai necesidad de aplicar sucesivamente varios cilindros, cambiando el anterior despues de 8 i 10 horas por otro mas grueso, lo que es demoroso e incómodo; i puesto que la duracion del procedimiento apesar de la mas estricta limpieza i desinfeccion, favorece la descomposicion pútrida de la secrecion cervical, se ha tratado de reemplazar este método por otro mas breve, mas cómodo i ménos peligroso.

Consiste este método en la dilatacion gradual del canal cervical por medio de bujías sólidas de couchú endurecido, propuestas por primera vez por Lawson Taif; se introduce primeramente en el canal cervical una bujía del grueso de una sonda uterina comun, la cual a los pocos minutos es reemplazada por otra de $\frac{1}{2}$ milímetro mas de diámetro, i así en seguida hasta llegar al cabo de una hora a una bujía de 17 a 18 milímetros, lo cual ya permite la exploracion dijital de la cavidad uterina, sobre todo cuando la otra mano puesta sobre las paredes abdominales, rechaza el útero hácia abajo i lo pone mas fácilmente al alcance del dedo explorador. Las ventajas de este procedimiento son evidentes, es decir, la brevedad i la posibilidad de una desinfeccion completa.

En los casos en que la dilatacion debe estenderse solo al orificio esterno o a la parte inferior del canal cervical, por ejemplo, cuando la presencia de tumores en el útero ha producido ya la dilatacion de la cavidad i de la parte superior del cuello, la manera mas sencilla, breve i ménos peligrosa es la dilatacion sangrienta por medio de tijeras o del bisturí, incidiendo el cuello a ambos lados del orificio hasta los fondos de saco vaginales, i reuniendo las superficies sangrientas por puntos de sutura inmediatamente despues de haber obtenido el resultado deseado.
