

La posición en decúbito vulvar, ó posición francesa, es también de uso frecuentísimo; es casi la posición de uso corriente para la exploración ginecológica:

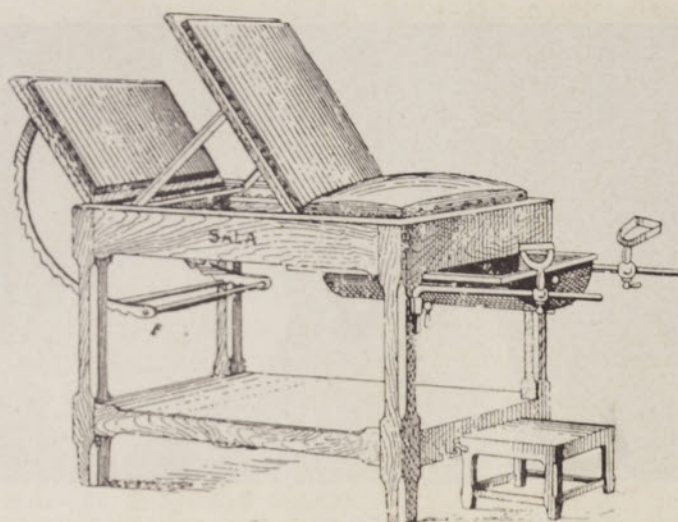


FIG. 25

Mesa usual de reconocimientos.

con ella ponemos al descubierto los genitales externos y podemos penetrar al través de la vulva y vagina, para explorar los genitales internos. Basta para ello que la enferma se sienta en el borde de una mesa con el tronco apo-

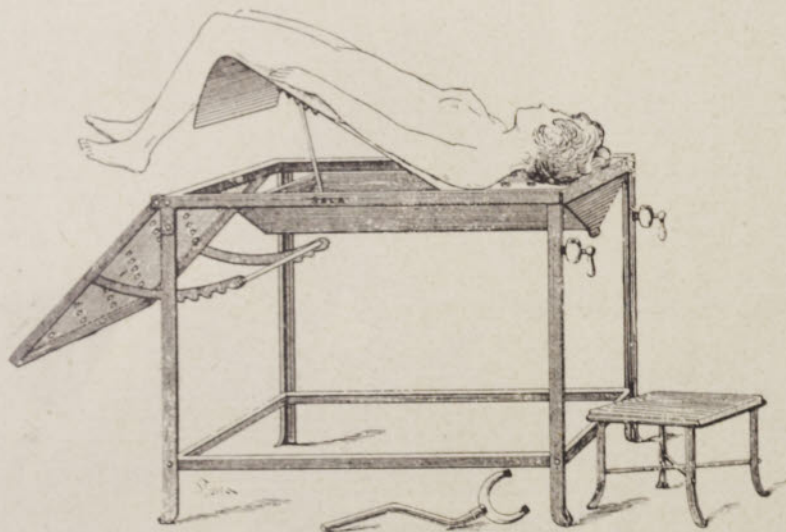


FIG. 26

Mesa metálica de reconocimientos, separadas las almohadillas; posición de Trendelenburg.

yado sobre un plano inclinado, las piernas en semiflexión sobre los muslos, éstos sobre el abdomen y las extremidades inferiores en abducción, sostenidas

por un pedal ó estribo. En la variedad vulvo-anal ó posición de la talla, el tronco está horizontal, los muslos en flexión forzada sobre el abdomen y en



FIG. 27

Decúbito lateral de Sims con la valva aplicada.

abducción acentuada, levantándose un poco la pelvis para que aparezca más libre la región vulvo-anal; como esta posición es algo violenta, se reserva por lo común para las intervenciones por la vía vaginal.

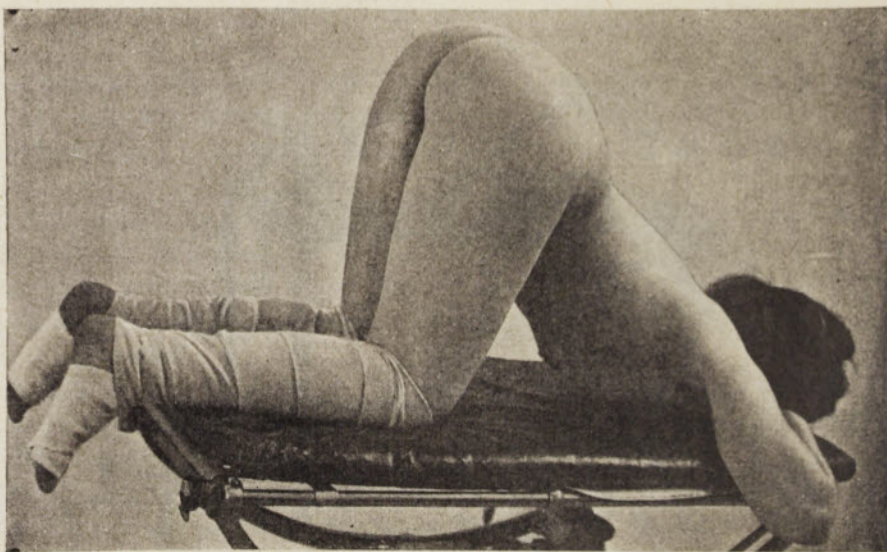


FIG. 28

Decúbito genu-pec'oral ó de plegaria mahometana.

En el decúbito lateral izquierdo, posición americana ó de Sims (fig. 27), la enferma, con el tronco algo doblado sobre el plano anterior y echada sobre su

costado izquierdo, algo más inclinada sobre el plano ventral, coloca la extremidad inferior izquierda en extensión y la derecha en flexión forzada sobre el abdomen; el ginecólogo levanta la nalga derecha y aparecen la vulva y vagina entreabiertas, porque dada la inclinación del cuerpo, las vísceras abdominales gravitan sobre la pared anterior del abdomen y dejan que la presión atmosférica pueda desplegar la vagina, que entonces se presenta como un conducto real, no virtual; es, sin ninguna duda, una buena posición para el examen de los genitales desde la vulva al cuello del útero, y aun para el interior de este órgano.

Como posición de excepción, tenemos el decúbito genu-pectorol, ó de ple-garia mahometana (fig. 28), en el que apoyada la enferma sobre sus rodillas, pone el tronco en flexión forzada, de manera que la región pectoral venga á descansar sobre una almohadilla colocada en el plano de una mesa: en esta posición las vísceras abandonan la pelvis para ir á ocupar la gran cavidad abdominal; por eso tiene magnífica aplicación en la reducción del útero en retroflexión y en estado de preñez. Para la exploración, con la ayuda de una valva que levante el periné y la pared vaginal posterior, permite explorar é intervenir con holgura sobre la pared vaginal anterior.



FIG. 29

Decúbito vulvar inclinado en la mesa de Jaylle.

Por último, tenemos para determinados casos la posición de talla combinada con la de Trendelenburg, ó sea inclinando todo el cuerpo con la cabeza hacia abajo. Para ello se requiere una mesa especial, en la que por medio de unos topes contra los que se apoyen los hombros de la enferma, pueda ésta ser inclinada sin que resbale ni las extremidades inferiores deban abandonar su flexión forzada sobre el abdomen. Jaylle, que ha ideado esta posición, ha inventado también una mesa especial (fig. 29). Con esta posición puede verificarse la exploración combinada, estando libre la pelvis de las vísceras abdominales, que por la gravedad van á ocupar la gran cavidad abdominal; es la única posición que permite una exploración bimanual en tales condiciones.

Exploración abdominal.—Se practica siempre estando la enferma en decúbito dorsal simple, ó á lo más con las extremidades inferiores en semi-flexión, para favorecer algo la relajación de las paredes abdominales.

Importa recordar la cuadrícula topográfica del abdomen (fig. 30), con objeto de poder referir á cada una de sus partes las observaciones y datos obtenidos por la exploración abdominal. Gracias á dicha cuadrícula, tenemos en el abdomen nueve regiones: tres en la línea media, hipogastrio, zona umbilical

y epigastrio, de abajo arriba, y tres en las partes laterales, fosas ilíacas, vacíos é hipocondrios. Esta división se obtiene gracias á dos líneas transversales que van: la inferior, de la espina ilíaca anterior y superior de un lado á la del lado opuesto; y la superior, del borde libre de las falsas costillas de un lado á igual punto del otro; y dos verticales que van desde el reborde costal de cada lado á la eminencia ileo-pectínea correspondiente.

Inspección.— Puesto al descubierto el abdomen desde el apéndice xifoides al pubis, la simple inspección visual nos permite recoger gran número de datos que no carecen de valor, y que á veces bastan para establecer un diagnóstico positivo.

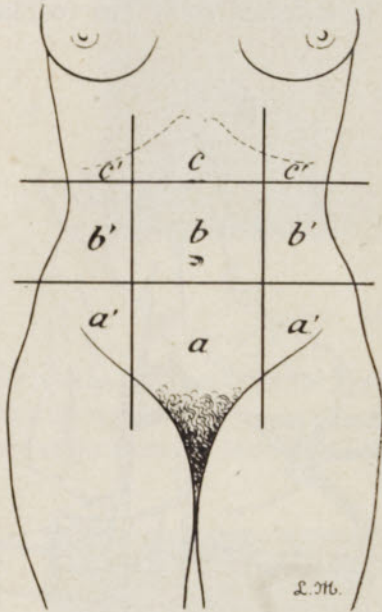


FIG. 30

Cuadrícula topográfica del abdomen.

a, hipogastrio.— *a'*, *a'*, fosas ilíacas.— *b*, región umbilical.— *b'*, *b'*, vacíos.— *c*, epigastrio.— *c'*, *c'*, hipocondrios.

La coloración de la piel puede tener importancia, sobre todo cuando existe un embarazo, pero lo que principalmente hemos de apreciar es la forma del abdomen y su volumen. Podemos encontrarlo excavado en ciertas pelvi-peritonitis crónicas, aunque esto no es lo común. El aumento de volumen es mucho más frecuente é importante, y de él podemos deducir la cuantía del abultamiento, su forma regular ó irregular y el predominio de una región sobre otra. A veces se nos presenta el abdomen abultado y acuminado ó presentando un aspecto multilobular; en tales casos, siempre sospecharemos la existencia de un tumor; existen fibromas voluminosos y multilobulares en abdómenes de paredes delgadas, que se diagnostican con la sola inspección. Cuando, por el contrario, es ascitis lo que existe, ó simple meteorismo, el abdomen se presenta planiforme.

Si la inspección nos permite observar los movimientos activos del feto debajo de las cubiertas abdominales, ó el cambio de forma que produce una contracción uterina, nos bastará para hacer el diagnóstico. A veces en la superficie de un abultamiento descubrimos debajo de la piel los movimientos peristálticos de los intestinos, lo que tiene también gran valor diagnóstico.

Palpación.— Practicada con toda la superficie palmar de la mano ó con el pulpejo de los dedos, nunca con la punta, apreciamos por la palpación la blandura ó dureza del abdomen y de las regiones salientes que la inspección ha descubierto. A veces es tal la dureza de una región determinada, que basta para asegurar que existe un tumor.

Cuando se encuentra un tumor, por medio de la palpación podemos explorar su forma y su movilidad en diferentes sentidos y si las paredes abdominales se deslizan sobre una superficie ó están adheridas al mismo. La facilidad

cón que un tumor puede dislocarse de un lado á otro, podrá servirnos para colegir cuál pueda ser su origen; dado un tumor desplazable, si por la palpación no encontramos límite en su desplazamiento hacia arriba nos inclinaremos á creer que no es de origen genital, y si, por el contrario, encontramos limitado ese movimiento de elevación, sospecharemos que tiene su arranque en la pelvis.

Otro síntoma importante y de gran valor que descubre la palpación, es el peloteo: importante en el diagnóstico del embarazo, lo es tanto, si cabe, en el de los tumores abdominales. Todo tumor abdominal acompañado de ascitis da lugar al peloteo, unas veces tan sólo directo, otras veces directo y reflejo; para descubrirlo, basta comprimir y deprimir de una manera sostenida con los pulpejos de los dedos, y con cierta rapidez, las paredes abdominales; la capa de líquido que existe entre las paredes y el tumor se separa, hasta que el pulpejo choca con la superficie del tumor y se siente claramente la sensación de un cuerpo extraño; si el tumor está fijo, podemos entonces palparlo, pero si es movable, se separa con el choque y luego vuelve á chocar por contra-golpe, dando el peloteo reflejo. Un peloteo bien comprobado en la mitad inferior del abdomen, si no es debido al embarazo, arguye casi siempre la existencia de una neoplasia de origen genital.

La existencia de edema en la piel del abdomen se comprueba fácilmente por la palpación, síntoma que no carece de valor, pues demuestra que el abultamiento abdominal es sintomático, como en las ascitis cardíacas y renales, ó que el daño abdominal que lo ocasiona tiene cierta malignidad anatómica ó clínica (cáncer difuso del peritoneo ó de los genitales internos, quistes ó fibromas complicados con peritonitis).

¿Cuántas veces la palpación de un abdomen abultado, descubriendo una pequeña induración, nos orienta para aclarar el diagnóstico? (Peritonitis tuberculosas; grandes quistes con pequeñas cavidades en algún sitio de su superficie).

La palpación profunda de las fosas ilíacas, bien practicada (fig. 31), es muy útil para descubrir induraciones y pequeños tumores de los anexos.

Por tal medio comprobamos también la sensibilidad de las diferentes regio-

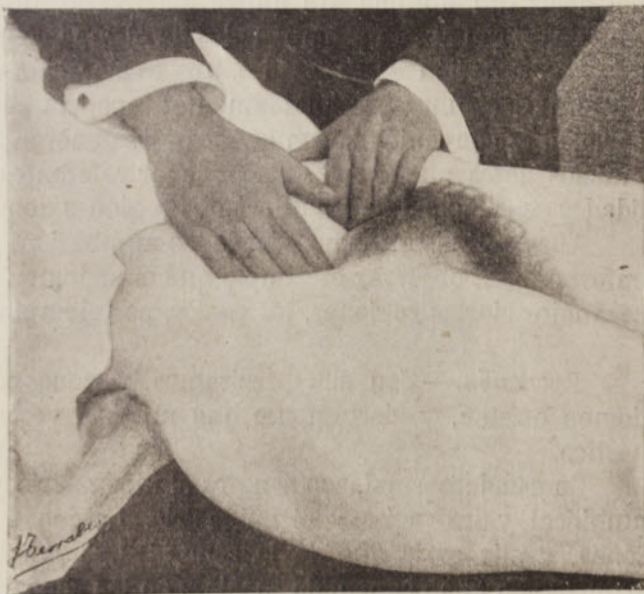


FIG. 31

Palpación de las fosas ilíacas en el decúbito dorsal.

nes abdominales: en este punto hay que distinguir lo que depende de impresionabilidad de la enferma y lo que sea realmente dolor provocado. Hay enfermas tan impresionables, que á la menor exploración temen sentir dolor y ponen en seguida en juego las defensas musculares y acusan sufrimientos que no existen; muchas veces hay que sujetar á la enferma á un verdadero aprendizaje, procediendo con calma, tranquilizándola y haciéndola verificar inspiraciones y espiraciones profundas, para que la relajación de las paredes abdominales que á estos actos acompaña, permita una exploración que sin ello sería difícil, y así logramos convencernos de que no existen zonas dolorosas. Cuando éstas existen, debemos fijarnos bien en el sitio de las mismas, en la intensidad y carácter del dolor (un fibroma, un quiste del ovario, no son por sí solos dolorosos; en cambio, lo son si van acompañados de alguna complicación flogística).

La palpación es, por tanto, una exploración que debe hacerse con paciencia y calma, nunca precipitadamente; repetirla cuantas veces sea preciso, auxiliarla, si es conveniente, con la anestesia general, á fin de recoger y precisar los muchos datos que puede proporcionar referentes á consistencia, forma, movilidad y sensibilidad de las diferentes regiones del abdomen y de su contenido.

Algunas veces, como vía de comprobación, se cambia el decúbito de la enferma para observar el cambio que el abdomen experimenta ó para reconocer mejor ciertas regiones, los vacíos, por ejemplo.

Percusión.—Con ella precisamos las zonas mates y sonoras que en el abdomen existen, y ciertamente que muchas veces bastan para hacer un diagnóstico.

En estado normal, son sonoros el hipogastrio y las fosas iliácas, la región umbilical y los vacíos y el epigastrio. La masa intestinal ocupa todas estas zonas, y ella es la que da la sonoridad. Todo derrame líquido ó tumor desarrollado en el abdomen, da macidez en las zonas por ellos ocupadas.

Si el derrame es libre, si se trata de una ascitis, cualquiera que sea su origen, los intestinos flotarán en el mismo y serán sonoras las partes más elevadas del abdomen y mates las más declives, cualquiera que sea el decúbito: por eso si al percutir un abdomen encontramos sonoras la región umbilical, el epigastrio y parte del hipogastrio, y mates los vacíos y fosas iliácas (fig. 32), y al poner á la enferma en decúbito lateral izquierdo, por ejemplo, se hacen mates el epigastrio, zona umbilical é hipogastrio, y sonoros el vacío y la fosa iliaca derecha, deduciremos que existe un derrame libre en la gran cavidad peritoneal.

Cuando existe un tumor ó un derrame enquistado (fibromas, quistes del ovario, quistes hidatídicos, pionesfrosis, etc.) las zonas mates ocupan regiones distintas, según la procedencia del tumor, y las zonas sonoras cambian según sea el punto de partida del quiste ó tumor, porque á medida que éstos crecen, van desplazando los intestinos en sentido opuesto (si es un quiste del ovario que viene de la parte baja del abdomen, los desplazará hacia arriba y hacia los lados (fig. 33); si es un gran quiste hidatídico del hígado, por ejemplo, los desplazará hacia abajo y mitad izquierda del abdomen); y como ni los quistes ni los tumores gozan de la movilidad y libertad de una ascitis, las zonas mates y sonoras serán las mismas cualquiera que sea el decúbito guardado por la en-

ferma (véase tomo II: *Diagnóstico diferencial de los quistes ováricos abdominales*).

De ello se deduce que al practicar la percusión del abdomen comenzaremos por hacerlo en decúbito supino, precisando bien cuáles son las zonas mates y sonoras, si las hay, y si conviene marcándolas con el lápiz dermatográfico, y luego se coloca la enferma en ambos decúbitos laterales para observar, percutiendo nuevamente, los cambios que dichas zonas hayan podido sufrir. Casi

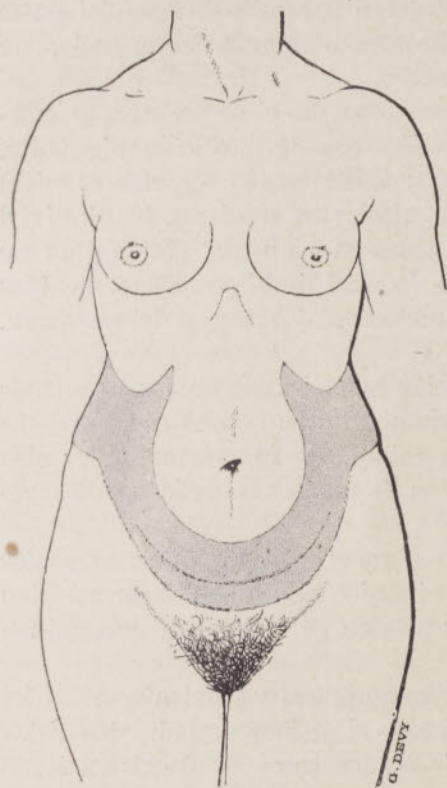


FIG. 32

Macidez en la ascitis (según DUPLAY).

(Las partes sombreadas representan la zona de esta macidez.)

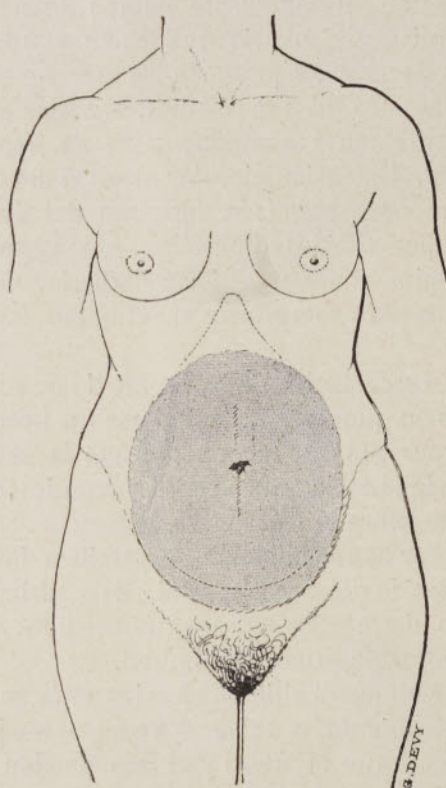


FIG. 33

Macidez en los quistes del ovario (según DUPLAY).

(Las partes sombreadas representan la zona de esta macidez.)

siempre nos bastarán los datos de esta sola exploración bien practicada para saber si hay ó no ascitis, si existe ó no tumor abdominal y cuál es el origen del mismo, ó si existe un simple meteorismo.

Sucusión.— Con ella, sea practicando la verdadera sucusión, sea aplicando una mano plana en un sitio cualquiera del abdomen y percutiendo con la otra zonas vecinas ó diametralmente opuestas, averiguamos si el contenido del abdomen es sólido ó líquido, si forma una gran colección ó colecciones pequeñas; á veces llegaremos hasta sospechar si el contenido es acuoso ó más ó menos gelatinoso. La fluctuación general ó limitada que por tal exploración podemos

averiguar, es un síntoma de gran importancia en ciertos casos; á veces es el único que nos permite establecer un diagnóstico. Casos hay en los que existe ascitis sin formar gran colección, y que, mezclada con las asas intestinales, no da una zona mate bien distinta, pero sí una fluctuación manifiesta (principalmente ciertas formas de peritonitis tuberculosas).

Medición.—Tendrá aplicación sobre todo cuando, teniendo una enferma en observación, queremos averiguar si el vientre aumenta ó disminuye de volumen en un período de tiempo determinado (el diagnóstico diferencial entre un quiste del ovario unilocular y una peritonitis tuberculosa enquistada, con gran derrame, sólo puede hacerse por este medio).

Las medidas más útiles, tomadas en tal caso con la cinta métrica y convenientemente anotadas para su comprobación con la medición siguiente, son: *a*, dimensión circular al nivel del ombligo; *b*, dimensión circular al nivel del reborde costal; *c*, longitud del apéndice xifoides al pubis; *d*, longitud del apéndice xifoides al ombligo; *e*, longitud del pubis al ombligo; *f*, longitud de la espina iliaca anterior y superior de cada lado al ombligo. Estas medidas bastan para comprobar el aumento ó disminución total ó parcial del abdomen.

Auscultación.—Es un medio de exploración insustituible en los frecuentes casos en que debe diferenciarse un tumor abdominal de un embarazo, aplicable siempre que éste haya alcanzado la segunda mitad. Prefiero á cualquier otro método la auscultación directa con interposición de una gasa aplicada directamente sobre la piel del vientre.

Por la auscultación se perciben los borborigmos intestinales, roces, soplos y el latido del corazón fetal. Este último es el único que tiene valor positivo como diagnóstico, puesto que todos los demás pueden percibirse en determinados casos de tumor abdominal.

Aunque el sitio de elección es la zona infra-umbilical y particularmente su lado izquierdo, conviene á veces extenderla á todo el abdomen, dadas las dislocaciones que el útero y el feto pueden sufrir en los casos de coexistencia de tumor con embarazo.

Exploración vulvar.—*Inspección.*—Sirve para observar todas las particularidades que á la vista pueden ofrecer los genitales externos en lo referente á su desarrollo, conformación, coloración, etc.; el límite de esta inspección es la entrada de la vagina, y cuando se quiere explorar la vagina ó cuello del útero por la vista, generalmente recurrimos al empleo de determinados instrumentos y aun de diferentes decúbitos, según veremos más adelante. Esta inspección se hace, por lo común, en la posición vulvar ó en la vulvo-anal, como acto preliminar de las restantes exploraciones. Sin embargo, como raras veces es absolutamente necesaria, prescindimos con frecuencia de ella para ir directamente á la exploración manual, con lo que se respeta el pudor de las enfermas, que, por regla general, repugnan más el examen por la vista que por el tacto.

Tacto vaginal.—La enferma se coloca en decúbito horizontal, en su misma cama ó en la mesa de reconocimientos, con los muslos en semiflexión sobre el

abdomen y las piernas en semiflexión sobre los muslos, descansando las plantas de los pies sobre el plano de la cama ó de la mesa y los muslos en abducción; el ginecólogo, al lado derecho de la enferma, lleva su mano á los genitales por entre las extremidades inferiores ó por debajo del ángulo de la extremidad inferior derecha; es preferible esto último, porque no hay necesidad de levantar las ropas que cubren á la enferma. También se practica sentándose la enferma en el borde de la mesa en la posición vulvar, colocándose el ginecólogo entre las piernas y llevando su mano derecha á los genitales.

El tacto vaginal se hace con un dedo en las vírgenes y con dos en las demás; casi siempre en estas últimas es fácil la introducción de dos dedos á través de la vulva y vagina, lo que indudablemente tiene grandes ventajas, porque la exploración alcanza mayor profundidad, ganándose lo menos dos centímetros (figs. 34 y 35). La disposición de la mano en ambos casos es la que marcan las figuras adjuntas para el tacto unidigital y bidigital.

A pretexto de la antisepsis, recomiendan algunos no embadurnar los dedos con grasas; nada cuesta tener esterilizado el aceite, la vaselina ó la glicerina con que hemos de engrasar nuestros dedos, é indudablemente que su penetración es mucho más fácil por su mejor deslizamiento.

Si practicamos el tacto sin estar la vulva á la vista, deben introducirse los dedos en ella por tanteo, teniendo en cuenta al orientarse y penetrar en la vulva el hacerlo por la región posterior ó de la horquilla y no por la anterior ó del clítoris; aquélla es más fácil, más púdica y menos molesta para la enferma.

Los dos dedos deben atravesar la vulva, la vagina y llegar á la región del cuello del útero y de los fondos de saco; á veces se alcanzan difícilmente estas regiones profundas

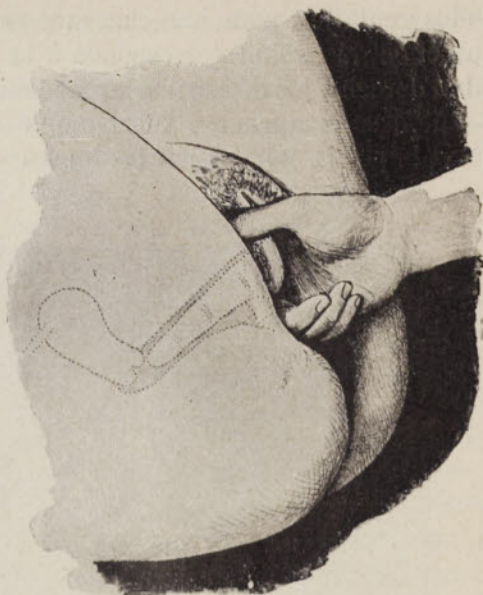


FIG. 34

Tacto vaginal con un solo dedo.

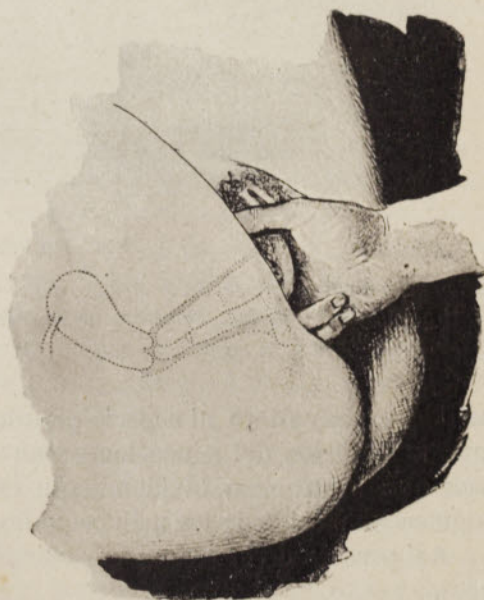


FIG. 35

Tacto vaginal con los dos dedos índice y medio.

de los genitales: para hacerlas más asequibles, colóquese la mano de manera que el borde cubital corresponda á la horquilla, el dedo pulgar sobre el gran labio derecho, los dedos anular y meñique doblados en el infundíbulo anal, y entonces comprímase fuertemente el periné como si quisiera invaginarse hacia la pelvis, y se ganan fácilmente dos ó tres centímetros (figura 36). Con tal



FIG. 36

Tacto intra-uterino con el dedo medio: índice en el fondo de saco anterior, anular y meñique deprimiendo el periné. Maniobra de exploración y de tratamiento en los casos de retención de secundinas.

medida, no hay útero ni espacio periuterino que escape á nuestra exploración, aunque los dedos del ginecólogo sean cortos, pretexto que algunos dan para decir que no alcanzan, olvidando que esta exploración, aparte de mucho hábito, exige sacar partido de los más pequeños detalles de técnica.

Así practicado el tacto y procediendo con calma, nos procurará infinidad de datos.

En la vulva nos da nociones de su forma y de su tamaño, descubriendo la nulliparidad ó multiparidad, las anomalías que puedan existir, la sensibilidad, que á veces es tal que impide llevar adelante la exploración, induraciones ó

pérdidas de substancia que puedan encontrarse, tumores con todos sus caracteres, desgarros, etc.

En la vagina, exploramos su amplitud, dilatabilidad, sensibilidad, existencia de estrecheces ó bridas, fistulas y neoplasias, orientándonos y precisando su sitio y naturaleza, que luego con la vista podremos comprobar.

Al llegar los dedos al útero y poder tocar el cuello rodeándolo con los pulpejos de los dedos, lo que también se hace mucho mejor si se han introducido dos dedos que uno solo, adquiere el ginecólogo los siguientes datos, de grandísimo valor diagnóstico: *a*, *posición* del cuello del útero, que puede estar más alto ó más bajo de lo normal, ó desviado en su orientación mirando el hocico de tenca hacia atrás y arriba, hacia adelante ó hacia uno de los lados, en vez de estar orientado hacia abajo y atrás, que es su posición normal; *b*, *forma* del cuello del útero: si es cónico, aplanado ó alargado; si presenta flexiones ó desgarros; si existen induraciones ó excrecencias y si éstas son friables; si sangra con facilidad, si hay tumores y cuál es su forma y consistencia, ó si hay pérdida de substancia; en una palabra, cuanto se refiere á la *forma* y *consistencia* de la porción vaginal del cuello, que es la asequible; *c*, *sensibilidad* del cuello, ya que normalmente es insensible al tacto; *d*, finalmente, exploramos la *movilidad* del órgano cogiendo el cuello del útero entre los dos dedos é imprimiéndole movimientos de lateralidad y de atrás adelante, así como de elevación y descenso; en estado normal, el útero goza de todos estos movimientos, que va perdiendo por la existencia de distintas enfermedades hasta llegar en ocasiones á una anquilosis completa.

La exploración por el tacto vaginal puede todavía proporcionarnos otros importantes datos; reconocidas la vulva, la vagina y el útero, se examina el espacio peri-uterino dirigiéndose al fondo de saco que la vagina forma en la inserción al cuello del útero en su porción anterior, posterior y laterales: en estado normal, los fondos de saco posterior y laterales son completamente libres é insensibles; el anterior, aunque insensible, permite tocar casi siempre la cara anterior del cuerpo del útero, aunque para ello haya que deprimir dicho fondo de saco. En estado patológico, son muchísimas las lesiones que el tacto vaginal puede descubrir: *a*, la *sensibilidad* se presenta fácilmente dolorosa en el fondo de saco posterior y laterales, y á veces en el anterior; todas las afecciones flogísticas peri-uterinas tienen tal privilegio; *b*, por dichos fondos de saco se tocan las *tumoraciones* é *induraciones* de las flogosis peri-uterinas, cuyos caracteres, por regla general, son: no estar bien limitadas, gozar de fijeza y, por tanto, poco móviles y dislocables, y ser sensibles á la presión; frente á una tumoración de esta índole conviene fijar por el tacto su situación, límites, forma diversa, sensibilidad, etc.; *c*, muchas *neoplasias* uterinas y peri-uterinas forman relieve ó son asequibles por los fondos de saco, distinguiéndose de las demás por su poca sensibilidad, por presentar una forma mejor limitada y por gozar, por lo común, de más ó menos movilidad; aunque pueden ocupar cualquiera de los fondos de saco, su sitio más común es el fondo de saco posterior; *d*, dado un tumor móvil en cualquiera de los fondos de saco, debemos buscar la *transmisibilidad de movimientos al útero* ó viceversa, apoyando uno de los dedos en el cuello del útero é imprimiendo con el otro movimientos en el tumor; esta exploración nos

servirá muchas veces para diagnosticar ó sospechar una desviación del útero que luego podremos comprobar.

Todavía puede el tacto vaginal llevar su exploración más allá alcanzando el interior del útero: cuando en virtud de un aborto ó parto reciente, ó por la existencia de una neoplasia que ha dilatado el cuello, ó porque el ginecólogo realizó á este fin una dilatación artificial, el cuello es permeable; se insinúa en el hocico de tenca el dedo medio doblando el índice hacia un fondo de saco (fig. 36), porque con aquél se alcanza mayor profundidad, y exploramos lo que existe en la cavidad cervical ó llegamos al istmo, y si es permeable, penetramos en la cavidad en donde podemos encontrar un cuerpo extraño, que con sólo su forma y consistencia, aunque examinemos una pequeña parte de su superficie nos permita sentar un diagnóstico preciso: la retención de trozos placentarios y la existencia de miomas y adenomas intra-uterinos se diagnostican así muy fácilmente. Ciertó para tal exploración deberemos muchas veces auxiliarnos de la exploración combinada, que luego describiré, ó bien de las pinzas de tracción.

Siendo tantos los datos que puede suministrarnos el tacto vaginal, nadie se extrañará que recomiende eficazmente á todo el que quiera dedicarse á la ginecología, *haga del tacto un estudio especial y adquiera el hábito necesario, porque sin la educación conveniente resulta dicha exploración estéril muchas veces.*

Tacto rectal. — Bastará el tacto rectal simple, practicado con el índice, cuando tan sólo hayamos de explorar lesiones del recto ó también en aquéllos casos en que por existir una estrechez vaginal ó un himen muy estrecho, resulta difícil el tacto vaginal. En los demás, que son la inmensa mayoría, creo de mucho preferible el tacto rectal combinado con el vaginal, ó mejor dicho, el tacto rectal como segundo acto ó tiempo del vaginal.

El tacto rectal simple tiene muchos inconvenientes: desde luego el índice ó el medio introducido en el recto no alcanzan nunca la profundidad que alcanza el dedo medio introducido en la forma que luego indicaré; otro inconveniente es la dificultad de dar un verdadero valor á los síntomas observados (más de una vez he visto diagnosticar una neoplasia maligna del recto en una enferma hemorroidal, porque el médico que hizo el tacto rectal confundió la tumoración dura del cuello del útero en la pared anterior del recto con una induración neoplásica). En cambio, sólo ofrece dos ventajas: cuando la enferma tiene repulsión al tacto vaginal ó cuando éste no es posible; en estos casos el tacto rectal podrá substituir al vaginal, pero siempre resultará de esta substitución una gran desventaja. Sin que me explique el por qué, en general, ocurre lo contrario, ó sea que las enfermas sienten mayor repulsión para el tacto rectal que para el vaginal.

Por lo común el tacto rectal debe hacerse de la manera siguiente: terminado el tacto vaginal y adquiridos todos los datos que el mismo puede proporcionar, se retira el dedo medio de la vagina dejando el índice en la misma para que la enferma crea que la exploración no está terminada, y se introduce en el recto, con lo que insensiblemente nos encontramos practicando una exploración combinada recto-vaginal (fig. 37).

El examen rectal aplicado á las afecciones ginecológicas, debe dirigirse sobre todo hacia la pared anterior del recto; desde el ano hasta unos cinco cen-

tímetros por encima encontramos los engrosamientos, tumores ó pérdidas de substancia del tabique recto-vaginal, comprobando perfectamente su importancia, situación, movilidad, sensibilidad, etc., sin tener que descontar el relieve del cuello del útero, que se encuentra al hacer el tacto rectal simple, porque el índice, que está en la vagina, lo separa, interponiéndose entre el mismo y la pared vaginal posterior.

El punto más importante del tacto rectal es el examen del fondo de Douglas: descendiendo el repliegue peritoneal de Douglas bastante bajo entre el

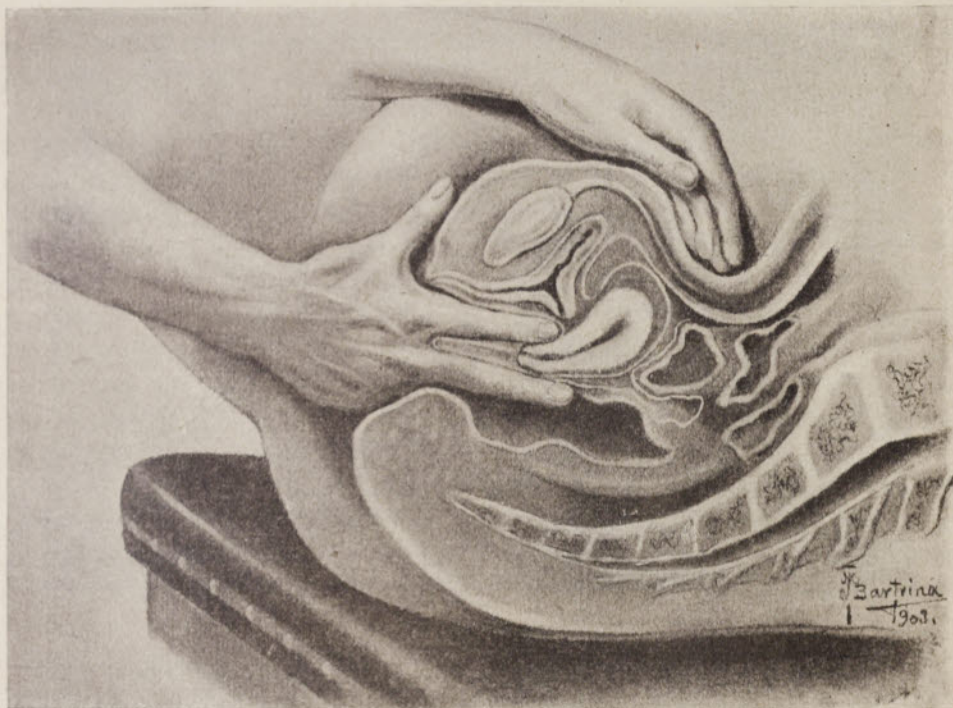


FIG. 37

Tacto vagino-rectal combinado con la palpación abdominal.

tabique recto-vaginal, y más todavía en estado patológico, se comprende la utilidad de precisar su contenido; en él se encuentran asas intestinales con bolas fecales, tumores ó exudados flogísticos, neoplasias diversas y hasta órganos normales ectopiados (útero y ovarios). Los caracteres que el tacto nos descubre respecto á la forma, volumen, movilidad y sensibilidad, nos permiten distinguir de qué se trata, porque podemos cogerlos entre dos dedos y explorarlos fácilmente. Este tacto combinado nos sirve perfectamente para perfeccionar los datos que ya el tacto vaginal nos hizo presumir al explorar el fondo de saco posterior, y muchas veces da una precisión grandísima al diagnóstico de las lesiones ó neoplasias que ocupan el fondo de Douglas.

Cuando éste se halla libre, el tacto rectal nos permite explorar la pared posterior del útero, alcanzando fácilmente hasta un poco más arriba del istmo, y si

lo colocamos con el dedo vaginal en retroposición, ó lo hacemos descender con una pinza de garfios, toda la pared posterior del útero puede ser examinada por el tacto rectal (fig. 38). Cuando existe retroflexión, el tacto recto-vaginal nos permite casi siempre diagnosticarla y señalar las particularidades de la misma.

Deprimiendo el periné, puede el tacto rectal alcanzar grandes alturas en la exploración del recto, lo que casi hace inútil el procedimiento de Simón, que consiste en introducir toda la mano previa anestesia; de una parte los accidentes que puede ocasionar, y de otra las sensaciones confusas que proporciona, son

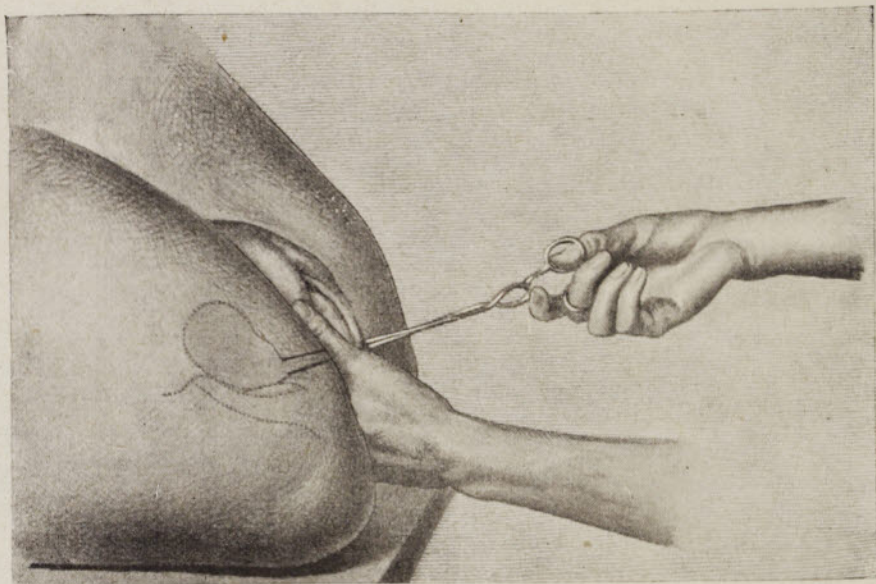


FIG. 38

Descenso del útero con la pinza de garfios y exploración de su pared posterior desde el recto.

motivo de que no se haya generalizado su uso; dos veces he recurrido al mismo y no me fué de grande utilidad. Recuerdo un caso de un tumor en la fosa ilíaca izquierda, de muy difícil y confuso diagnóstico, en una joven de diez y siete años, que tras mucho discutir la clase de neoplasia que podría ser, un colega muy competente, después de practicar la exploración de Simón bajo la anestesia, aseguró que era una neoplasia maligna, probablemente un sarcoma; con una sonda larga y repetidos enemas de aceite, expulsó á las tres semanas dos enormes escíbalos. Ciertamente serán pocas las ocasiones en que, no pudiendo precisar un diagnóstico con las exploraciones usuales, pueda hacerse con la introducción de la mano en el recto.

Aparte de las aplicaciones que al diagnóstico ginecológico tiene la exploración rectal, puede á veces descubrir afectos del recto mismo que quizás hubieran despertado la idea de una afección de los genitales; en este concepto, debiera algunas veces recurrirse á un examen completo del recto, haciendo también, aparte del tacto, la inspección ó la dilatación del mismo por gases ó entrada de aire.

Tacto vesical. — El tacto vesical, muy útil para el diagnóstico de afecciones de la vejiga, tiene escasa aplicación al diagnóstico de las afecciones ginecológicas. Para practicarlo se introduce el dedo á través de la uretra, —previa dilatación ó á veces dilatándola con el índice mismo, —hasta el interior de la vejiga, y á su través se exploran la cara anterior del útero y los productos extraños que puedan encontrarse en el espacio vésico-uterino; pero como esta región se explora fácilmente por el tacto vaginal, de aquí que la utilidad del tacto vesical quede casi reducida á los contados casos de imperforación de la vagina ó vulva, para saber cómo estarán los órganos por encima de la obstrucción; entonces el tacto vesical combinado con el rectal puede aclarar dudas. En los demás casos puede prescindirse del mismo, aunque no tenga inconvenientes: sólo alguna vez deja una incontinencia de orina temporal; en el caso en que más la he visto durar, persistió cuatro días.

Exploración combinada. — Se practica mucho mejor en el decúbito dorsal que en el decúbito vulvar; este último expone á imperfecciones, porque obliga á colocar las manos en posición violenta por el estorbo que oponen las piernas de la enferma en flexión estando el ginecólogo en el centro. En el decúbito dorsal puede hacerse la exploración combinada estando el ginecólogo al lado derecho ó al izquierdo; es conveniente que sepa practicarla por ambos lados, tanto para aprovechar cualquiera posición de la enferma en la cama, como porque, en casos difíciles, conviene practicar la exploración por un igual en los dos lados. Sin duda que estando en el lado derecho se explora mejor la fosa ilíaca derecha y en el izquierdo la izquierda, porque en ambos casos los pulpejos de los dedos corresponden al fondo de saco correspondiente; mientras que si está la mano izquierda en los genitales y la derecha en el abdomen, para explorar la fosa ilíaca derecha hay que violentar la posición de la mano izquierda, que está en la vagina, colocándola en abducción forzada, y al contrario en el otro caso.

Un poco de hábito permite, con todo, una exploración casi perfecta, aun estando la enferma en posición vulvar. Acostumbro á adoptar una actitud que facilita mucho las maniobras: el cuerpo descansa sobre el pie izquierdo, el derecho lo apoyo sobre el taburete de la mesa de reconocimientos y el codo derecho apoyado en la rodilla derecha; un pequeño movimiento del cuerpo hacia adelante empuja la mano derecha, deprimiendo el periné y permitiendo llegar á las zonas profundas sin el más pequeño esfuerzo muscular del brazo y antebrazo; la mano izquierda queda libre para la palpación abdominal. Así se evita la fatiga, y la exploración combinada puede ser tan sostenida como lo exija el caso.

Introducidos los dedos en la vagina, ó en la vagina y recto, como cuando se hace la exploración vulvar, se lleva la otra mano al abdomen y se practica con ella la palpación empezando por la región hipogástrica inmediatamente encima del pubis, y luego las dos fosas ilíacas (fig. 37).

El objeto de la exploración combinada es coger entre las dos manos toda producción normal ó patológica que se encuentre en la pelvis. A veces se hacen asequibles de esta manera producciones que habían escapado á la exploración abdominal, porque al comprimirlas se escondían en la pelvis, y á la exploración

vaginal, porque al empujarlas escapaban hacia el abdomen, mientras que aprisionadas entre las dos manos pueden ser perfectamente examinadas.

En estado normal y en enfermas ni muy obesas ni impresionables, la palpación combinada permite coger el útero entre las dos manos, por encima del pubis, aunque no esté aumentado de volumen, con tal que ocupe su posición normal (fig. 39); y hacia las fosas ilíacas, con mucho hábito, alcanzamos á veces tocar los ovarios (figs. 40 y 41), debiendo advertir, sin embargo, que en estado

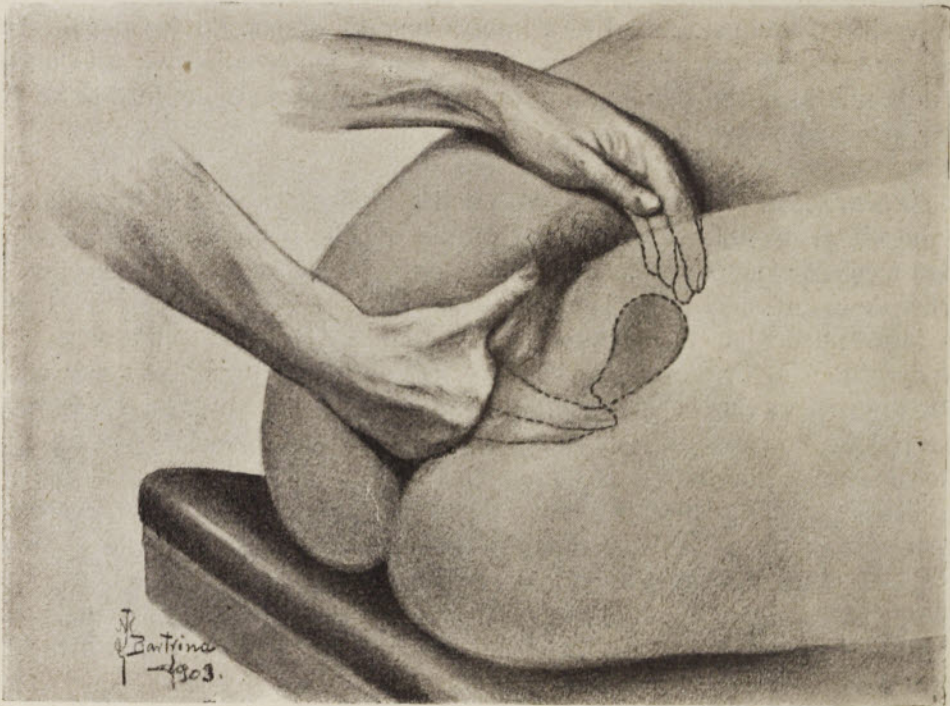


FIG. 39

Exploración del útero por la palpación combinada (posición ano-vulvar).

normal los ovarios escapan á menudo á la exploración combinada; cuando son de fácil exploración, es síntoma de anormalidad.

Cuando con una mano en el hipogastrio y otra en la vagina no encontramos el útero, indica una mala posición del órgano; en cambio, cuando podemos aprisionarlo entre ambas manos, recogemos los importantes datos de forma, volumen y dureza del útero, así como de su movilidad.

A veces apreciamos en la región media, y entre las manos que practican la exploración, un tumor que no parece ser el útero; nada más fácil entonces que averiguar si los movimientos que imprime la mano que está en el abdomen se transmiten ó no al útero, para saber si es ó no uterino el tumor.

Esta palpación combinada nos permite explorar la región de la vejiga colocando los dedos vaginales sobre la pared vaginal y fondo de saco anterior, y la mano abdominal inmediatamente por encima del pubis; de esta manera descubrimos los cálculos, neoplasias vesicales y finalmente la retención de orina.



FIG. 40

Exploración de los anexos derechos por la palpación combinada (posición vulvar).

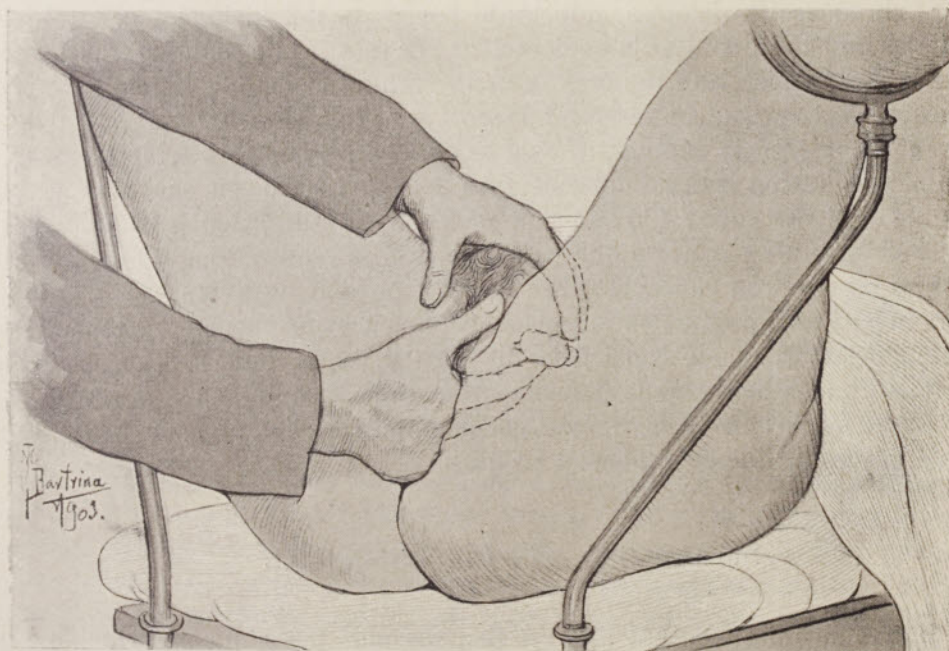


FIG. 41

Exploración de los anexos izquierdos por la palpación combinada (posición vulvar).

La exploración vagino-rectal combinada nos permite averiguar si un tumor que hayamos encontrado en el fondo de Douglas se toca también por el abdomen, y buscar sus relaciones, movilidad, consistencia, etc.

Explorando las fosas ilíacas, reconocemos fácilmente entre las dos manos el volumen, consistencia y movilidad, así como las relaciones con distintos órganos de todas las producciones que ocupan los anexos del útero, descubriendo con frecuencia tumoraciones que pasarían completamente desapercibidas tanto á la exploración vaginal como á la abdominal. Basta para ello colocar los dedos en los fondos de saco laterales ó en el posterior, según los casos, y deprimir fuertemente las fosas ilíacas con la otra mano.

Es tal el perfeccionamiento alcanzado por la exploración manual, que actualmente ha perdido gran valor la exploración instrumental. Puede decirse sin exageración que *la mano del ginecólogo bien educada debe servir siempre para orientarse respecto á un daño genital, y muchísimas veces bastar para precisar un diagnóstico y tomar una indicación; el examen instrumental no es más que un auxiliar del examen manual.*

Indudablemente que la exploración combinada puede tropezar con dificultades que impiden á veces sacar todo el fruto de la misma: 1.^a Cuando á consecuencia de los daños existentes la sensibilidad es mucha, la defensa muscular dificultará la exploración. 2.^a Cuando la lesión es muy reducida y sólo asequible en circunstancias muy favorables. 3.^a Cuando la enferma es muy impresionable y los reflejos ponen tensas las paredes abdominales. 4.^a Cuando la obesidad se interpone entre las manos que verifican la exploración. En todas estas circunstancias debe recurrirse á la anestesia general como medio de abolir todo reflejo, de obtener la relajación completa de las paredes abdominales y hacer desaparecer toda sensación dolorosa, que tanto por parte del abdomen como de los genitales pudiera dificultar la exploración; por este medio se descubren á veces lesiones inesperadas, aun tumores bastante voluminosos, que habían escapado á nuestra exploración. *La anestesia general es indudablemente un medio auxiliar de la exploración manual, al cual debería recurrirse con mayor frecuencia.*

La exploración manual debe siempre llevarse á cabo con suavidad y dulzura, no sólo para evitar á la enferma molestias inútiles, sino para librarla de los inconvenientes y peligros que puede tener si se realiza de una manera brutal. Si se procede con violencia y brusquedad, pueden agravarse realmente lesiones infectivas ó producirse roturas de colecciones que pueden originar graves consecuencias. Teniendo conciencia de estos peligros, que siempre se evitan aceptando buenamente las limitaciones que cada caso impone, *la exploración manual no tiene contraindicaciones*: puede emplearse siempre, con tal de sujetarla á las reglas que la prudencia aconseja.

EXPLORACIÓN INSTRUMENTAL

Mucho más limitada hoy que en tiempos anteriores, queda reducida á un medio auxiliar de la exploración manual. Tiene gran importancia, pero no de mucho la que tuvo cuando la exploración manual no había alcanzado el perfeccionamiento y la seguridad que hoy la distinguen.

Uno de los objetos principales de la exploración instrumental es la inspección de regiones profundas del aparato genital; no es extraño, por tanto, que algunos autores se ocupen de la iluminación del campo de observación con alguna prolijidad. El asunto es sumamente sencillo: el que disponga de luz abundante, si puede ser difusa mejor que directa, no necesita de ningún aparato, y el que no la tenga, ó deba hacer exploraciones nocturnas, podrá usar cualquier reflector que le alumbré debidamente el campo operatorio.

Espéculum. — Cuando Recamier reintrodujo el empleo del espéculum en el campo de la Ginecología, prestó un buen servicio; pero no hay duda que quizás su abuso fué una causa de retardo en los progresos del diagnóstico. No hay más que ver la obra de Bennett y su atlas, hijo todo del espéculum, y la prolijidad con que se multiplican las variedades de ulceraciones del cuello del útero, para comprender que la inspección de los genitales internos distrajo por mucho tiempo á los ginecólogos de observaciones más detenidas y profundas. En los promedios del siglo pasado el espéculum era el único medio de exploración empleado, y así se comprende que algunos hospitales designasen los días destinados á la exploración de enfermas ginecológicas con el nombre de *días de espéculum*; todavía hoy se abusa mucho de dicho instrumento.



FIG. 42

Espéculum de Fergusson.

El espéculum tiene por objeto facilitar ó permitir la exploración visual de la vagina, en sus distintas regiones, y del cuello del útero.

Los hay de distintas clases, y el número de variedades es casi infinito; para todas las necesidades basta conocer los espéculums cilíndricos, los univalvos y los bivalvos; los multivalvos tienen escasas aplicaciones.

El espéculum cilíndrico ó de Fergusson es un tubo de 20 centímetros de longitud, cortado á bisel en uno de sus extremos y teniendo en el otro un pabellón (fig. 42). Su diámetro varía desde centímetro y medio hasta cinco ó seis centímetros, constituyendo generalmente series de cuatro para amoldarse á las dimensiones variables de las distintas vaginas. Están contruídos de sustancias muy diversas: cristal, porcelana, metal, madera, ebonita, celuloide ó con combinaciones distintas: cristal azogado, formando espejo, y recubiertos de una capa de caucho ó de una tela para quitarles friabilidad, etc. Los más prácticos son los de porcelana ó los de espejo con capa de celuloide, porque pueden desinfectarse muy fácilmente.

El espéculum cilíndrico se emplea casi tan sólo en la posición vulvar, que algunos llaman también de espéculum: se coge por el pabellón, con la mano derecha, un espéculum de tamaño apropiado á la vagina que se trata de explorar, se separan con la mano izquierda los grandes labios, de manera que aparezca la abertura vulvar, y en ella se insinúa el espéculum por su pico, algo ladeado y como si quisiera introducirse hacia abajo y atrás; cuando ha penetrado unos tres centímetros, se le imprime un pequeño movimiento de báscula, bajando el mango de modo que la punta se dirija algo hacia arriba, á la vez que se le comunica un movimiento de rotación y se comprime fuertemente la

horquilla hacia abajo para que se dilate la abertura vulvar, evitando roces y compresiones en los pequeños labios y clítoris, que resultan dolorosos.

A medida que el espéculum va penetrando, descubre las paredes vaginales, y al llegar al fondo de la vagina, permite ver la porción vaginal del cuello: á veces no coincide el cuello con el pico del espéculum y hay que hacer toser á la enferma ó hacer rodar el espéculum para que aparezca á nuestra vista el hocico de tenca. La coloración de la vagina y del cuello del útero será lo único que nos diga el espéculum que no nos pueda decir el tacto; quizás algunos detalles de forma y dimensiones del cuello del útero, como también los caracteres de la leucorrea de la porción vaginal y de la uterina, pequeñas lesiones de la mucosa cervical, y algunos detalles de la región vaginal, podrán ser aclarados por esa inspección.

Se comprende que el espéculum cilíndrico sea hoy, *más que un instrumento de exploración, un instrumento de curación ó auxiliar de otras maniobras que luego describiré.*

Los espéculums bivalvos útiles no son más que dos: el de Cusco, de valvas articuladas, y el de Simón, de valvas desarticuladas. El espéculum de Cusco ó de pico de pato (fig. 43), del cual hay infinidad de modelos de distintos autores é instrumentistas, consiste en dos valvas algo aplanadas y cónicas, articuladas por su base, de abertura variable y cuya punta cierra en forma de pico: un tornillo ó palanca en su articulación abre las valvas y las separa por su punta.

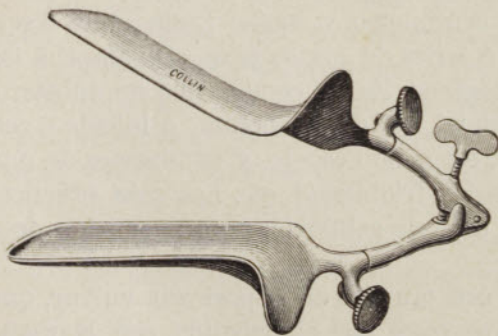


FIG. 45

Espéculum bivalvo de Collin, abierto.

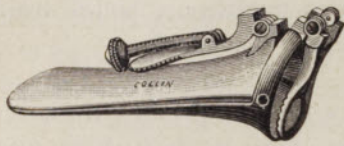


FIG. 43

Espéculum de Cusco.



FIG. 44

Espéculum bivalvo de Collin, cerrado.

Se emplea en la posición vulvar y se introduce cerrado como el de Fergusson, siendo más fácil su introducción que la de este último, y una vez introducido se abren las valvas más o menos, según los casos, colocándolas orientadas una delante y otra detrás usualmente, hasta que se descubre el cuello del útero, y entonces aparecen á nuestra inspección el cuello y las paredes laterales de la vagina, que forman hernia entre las valvas; si queremos ver las paredes anterior y posterior de la vagina, hay

que orientar el espéculum transversalmente. Para retirarlo se cierra, cuidando de no cerrarlo del todo para no pellizcar las paredes vaginales.

El espéculum de Collin (figs. 44 y 45), parecido al de Cusco, tiene mayor amplitud de movimientos en su base y las mismas aplicaciones que el de este autor.

Aunque para inspeccionar las paredes vaginales es mejor que el de Fér-gusson, al igual que éste es preferible como instrumento de curación: *el espé-culum bivalvo se usa poco y no hace gran falta en el gabinete del ginecólogo.*

Las valvas de Simón son extremadamente útiles, porque á la vez que son instrumentos de exploración sirven de auxiliares en ciertas intervenciones quirúrgicas. Se componen de dos juegos de cuatro valvas cada uno: el primero (fig. 46) no es más que una valva de Sims, compuesta de un mango y cuatro valvas de forma igual, aunque de tamaño diferente, que pueden articularse indistintamente sobre dicho mango para amoldarse á vaginas de amplitud variable; el segundo se compone también de un mango y de cuatro valvas, más cortas y planas que las anteriores, que pueden articularse indistintamente.

Aparte de la multitud de aplicaciones que el juego de valvas de Simón tiene como instrumento operatorio, para aplicarlo á la exploración ginecológica, se emplea en el decúbito vulvo-anal ó de la talla; una de las valvas de Sims se introduce en la vagina, contra la pared posterior, y con ella se deprime fuertemente el periné, con lo que la vulva se abre longitudinalmente y aparece la pared vaginal anterior en el campo de observación empujada por el peso de las vísceras abdominales, de manera que no sólo se puede ver, sino tocar perfecta y fácilmente; á veces se ve en el fondo el cuello del útero, pero por lo general lo tapa la pared vaginal anterior. Para apartarla en parte ó del todo, y descubrir perfectamente el cuello, se toma una de las valvas anteriores y se introduce en la vagina contra la pared vaginal anterior, se levanta y se dirige hacia detrás del pubis, hasta descubrir la región que nos convenga. Este mecanismo para abrir la vulva y explorar los genitales internos es el que nos da más campo, porque imita el modo cómo la vulva se abre para dar paso al feto: el segmento sacro hacia abajo y atrás y el pubiano hacia arriba y adelante.

Este medio de exploración es realmente muy eficaz y desahogado, porque no sólo permite practicar la inspección de la vagina y cuello del útero, sino que á la vez permite tocar con el dedo cualquiera región y emplear cualquier otro instrumento complementario, como la pinza de garfios ó el histerómetro; como además es un gran auxiliar para ciertas intervenciones, *se comprende la gran utilidad del juego de valvas de Simón.*

El espéculum ó valva de Sims (fig. 46), del cual existen diferentes modelos

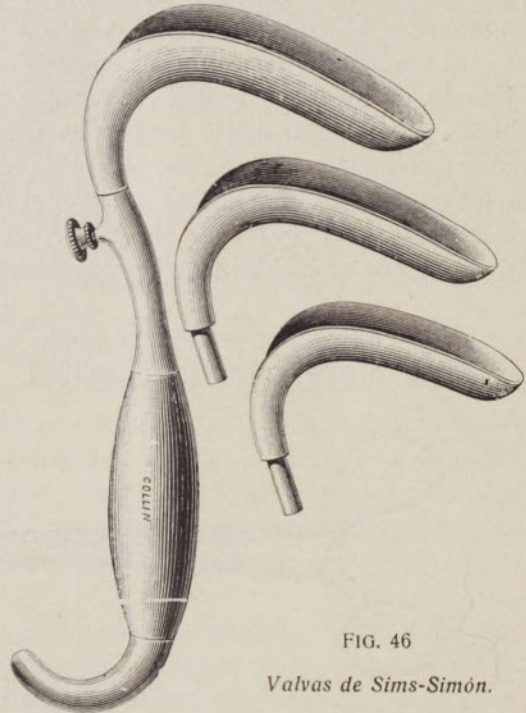


FIG. 46

Valvas de Sims-Simón.

y tamaños, se emplea colocando á la enferma en decúbito lateral izquierdo ó posición americana. Una mano levanta la nalga izquierda y con la otra se introduce la valva hacia la pared vaginal posterior, tirando de ella hacia atrás y arriba. Como por su peso gravitan las vísceras hacia el plano anterior, la pared vaginal anterior se separa y permite ver perfectamente, en el fondo, el cuello del útero y la pared vaginal. Sin duda no hay espéculum ni posición que permita inspeccionar con más perfección la pared vaginal anterior que la posición de Sims con su valva (fig. 27).

De todos estos espéculums, sin duda que el que mejores servicios puede prestar para la exploración es el de Sims, solo ó con la valva anterior de Simón; para las pequeñas lesiones del cuello, el de Férgusson es preferible; el de Cusco es menos práctico y está casi á la altura del de Férgusson.

El empleo del espéculum tiene sus contraindicaciones: en las vírgenes, por ejemplo, en los casos de flogosis agudas vulvo-vaginales, cuando existen estrecheces, y particularmente neoplasias ulceradas más ó menos friables, porque puede producir hemorragias; con el de Sims es más fácil evitar el traumatismo de las superficies neoplásicas que con el de Cusco ó el de Férgusson. *En todos estos casos será preferible prescindir del espéculum, aun debiendo renunciar á los datos que su empleo puede proporcionarnos.*

Pinza de garfios.—Recomendado su uso principalmente por Simpson y por Hegar, ofrece á veces gran utilidad.

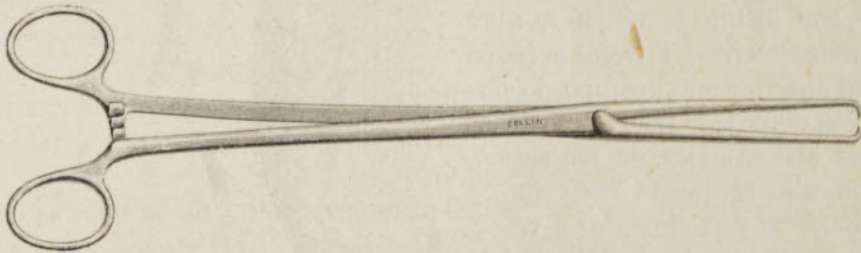


FIG. 47

Pinza de garfios de una punta.

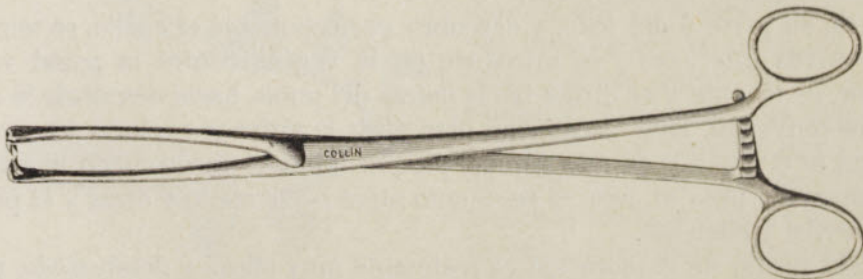


FIG 48

Pinza de garfios de dos puntas.

Es una pinza de uno, dos ó tres garfios (figs. 47 y 48) (como las pinzas saca-balas); puede ser recta, por lo que sirve cualquiera pinza de garfios, pero es muy útil que presente una ligera curvatura sobre su borde.

La pinza de garfios se implanta, por lo común, sobre el labio anterior del cuello del útero; la maniobra es muy fácil si se hace con el cuello á la vista cuando existe algún espéculum aplicado; cuando no, tampoco es difícil su implantación, pues guiándola con una mano á través de la vagina, los dedos llevan los bocados de la pinza al labio anterior del cuello, en donde se fija, dejándola clavada; todas estas pinzas deben tener resorte para fijarlas sin que se desprendan, aunque las suelte el ginecólogo.

La pinza de garfios tiene dos funciones principales: fijar el útero y hacerlo descender más ó menos próximo á la vulva. Conviene fijar el útero en ciertas ocasiones para proceder á determinadas exploraciones ó maniobras intra-uterinas: histerometría, aplicación de laminarias ó introducción de cucharillas. Conviene hacerlo descender á veces para fines exploratorios y otras con objeto terapéutico: para fines exploratorios, si á la vez que se practica el tacto rectal, se hace descender el órgano con la pinza, podemos explorar con el dedo toda la pared posterior, á veces hasta el fondo del útero (fig. 38); la exploración digital intra-uterina resulta también muy facilitada por su descenso, y la inspección, una vez preparado el órgano, sólo puede hacerse mediante esta maniobra, porque con ella el útero se endereza y desaparece su ángulo normal de flexión, que impide ver el fondo del órgano. El descenso del útero para fines terapéuticos es de gran valor, según iremos indicando en cada caso.

Las tracciones han de ser suaves, y nunca hemos de intentar vencer grandes resistencias; en casos usuales, el útero desciende fácilmente hasta muy cerca de la vulva; otras veces el descenso es más limitado. Si se procede anti-sépticamente y con suavidad, absteniéndonos de emplear la pinza de garfios en los casos de infecciones genitales agudas y en ciertas lesiones de los genitales internos, *el descenso del útero no es doloroso ni entraña el menor peligro; en cambio, nos permite exploraciones de grandísima utilidad.*

Sonda uterina.—Introducida en la práctica ginecológica á mediados del siglo pasado, se disputan la prioridad Simpson, Huguier y Kiwish; Gallard la concede á Huguier, Hegar á Simpson, y Kiwish la reclama para él. Recomendada á la vez por autores de tan distintos países, se comprende la rapidez con que se generalizó su uso, y que en aquella época, faltos los ginecólogos de otros medios de exploración, vieran en la sonda intra-uterina un gran medio diagnóstico y llegaran á abusar de su empleo; por motivos que luego veremos, no carece de inconvenientes, y por eso Scanzoni y otros autores protestaron contra el abuso del cateterismo del útero.

La sonda intra-uterina es un tallo de 28 á 30 centímetros de longitud y 3 ó 4 milímetros de diámetro; un mango le sostiene por un extremo y el otro termina en forma de oliva ligeramente engrosada; dicho tallo está graduado, y en algunos modelos (Pajot, Lutaud, etc.) lleva un tope movable para fijar un punto determinado; los que no tienen tope, llevan á siete centímetros de la extremidad olivar una señal que consiste en una ranura ó una elevación.

Las sondas uterinas pueden ser rígidas ó flexibles; las primeras son metálicas (figs. 49 y 50) y presentan en su extremidad una pequeña curvatura, variable según los modelos, para amoldarse á la dirección normal del útero: hay autores que tienen gran empeño en recomendar una curva determinada; no

obstante, el hábito en emplear una misma sonda hace que cualquiera forma llegue á ser la mejor; la pequeña curvadura de la de Pajot basta, y la mano puede suplir con ventaja lo demás.

Las sondas flexibles pueden ser metálicas, de celuloide ó de ballena; las sondas uretrales duras, ó las blandas con mandrín, sirven perfectamente. La sonda de Sims, como la de Olshausen, construída en cobre maleable de manera que, conservando cierta rigidez, pueda dársele la curva que se considere con-



FIG. 49

Sonda ó catéter uterino.

veniente en un caso dado, es á veces muy útil. Las blandas sirven para sondar úteros muy tortuosos, en los que nos interesa conocer la capacidad prescindiendo de su forma.

La sonda uterina puede emplearse simplemente con el auxilio de la mano; para ello, estando la enferma en posición vulvar y practicando el tacto vaginal, se coge la sonda con la mano izquierda, se lleva á la región del cuello y allí, guiada por el pulpejo del dedo, se la introduce en el hocico de tenca, dando á la sonda una dirección casi horizontal; penetra así fácilmente unos dos y medio ó tres centímetros, y entonces se imprime al mango un movimiento hacia



FIG. 50

Sonda intra-uterina.

abajo y la punta de la sonda penetra en el cuerpo del útero hasta seis y medio ó siete centímetros, porque nos hemos amoldado á la dirección normal de la cavidad del útero. El dedo ó el tope señalan hasta qué punto ha penetrado, y se retira el catéter.

Puede también aplicarse la sonda con el espéculum cilíndrico, guiando su introducción con la vista é imprimiéndole los movimientos necesarios para amoldarse á la dirección del órgano. También puede introducirse la sonda empleando el espéculum de Sims ó de Simón.

Un auxiliar de la sonda es la pinza de garfios, que fijando el útero permite su introducción, y en algunos casos, cuando hay dificultades para penetrar en el conducto, verificando el descenso del órgano lo endereza y la sonda pasa fácilmente. La mejor exploración intrauterina con la sonda es la que se realiza con la mano, porque es la que proporciona mayor número de datos.

Una de las exploraciones que realiza la sonda, y que no tiene en ciertos casos substitución, es la histerometría. Normalmente penetra la sonda de seis

y medio á siete centímetros; todo lo que sea menos acusa una atrofia del órgano, y todo lo que sea más, hipertrofia. Sobre todo, por lo que se refiere á las atrofias, para concederles un valor absoluto debe el ginecólogo tener certeza de haber vencido los obstáculos que pueden existir, pues de otra manera acusaría tan sólo una exploración mal practicada. Cuando acusa hipertrofia es más positivo el resultado, pues si no ha habido perforación ó no se ha sondado la trompa, el dato es siempre de valor positivo. El útero pubescente sólo puede diagnosticarlo la sonda, y también es la única que puede apreciar las pequeñas hipertrofias; las grandes atrofias (útero fetal) ó hipertrofias (gigantismo del útero) pueden ser reconocidas por la exploración manual, pero en aquellos casos es insustituible. Como minimum penetrará la sonda un centímetro, y como maximum 16,20 y aun más. Las dimensiones de la cavidad del útero son á veces de grandísimo valor diagnóstico, y sólo por este dato sería ya la sonda uterina un instrumento de gran valor.

Otro dato que proporciona el cateterismo uterino es la dirección de la cavidad del útero. En las desviaciones del útero la sonda, después de recorrer el conducto cervical, cuando llega al sitio de la desviación se detiene si no procuramos amoldar su dirección á la del conducto uterino, ó si la desviación no se corrige amoldándose á la del histerómetro. En la suavidad con que el ginecólogo debe realizar la exploración estriba la importancia de los datos que obtenga; por tanteo, debe procurar el ginecólogo insinuar el pico de la sonda en la dirección sospechada, que casi siempre el tacto le habrá revelado, y ello le permitirá asegurarse de la dirección del útero; en estos casos conviene auxiliar á la sonda con el tacto, pues si aun procediendo suavemente el útero se endebeza amoldándose á la sonda, el dedo podrá encontrarlo, porque notará la desaparición del tumor que el útero forma en alguno de los fondos de saco. Muchas veces este dato de la dirección del útero no es más que una comprobación de lo que la exploración manual nos había hecho ya sospechar ó diagnosticar.

El cateterismo uterino tiene también por objeto demostrarnos la permeabilidad del conducto cervical. A veces tenemos que renunciar á la sonda usual y buscar otra más delgada, que no tenga más de un milímetro de diámetro, porque el hocico de tenca es puntiforme. Otras veces, siendo éste normal, no pasa la sonda al llegar al istmo, y en cambio atraviesa fácilmente dicho sitio una sonda más delgada, de uno y medio á dos milímetros; ello nos sirve para graduar la estrechez de los orificios uterinos cuando están obstruidos, sobre todo para el hocico de tenca, que es donde alguna vez puede ocurrir esto; la imposibilidad de introducirla nos demostrará la existencia de una atresia. Con alguna frecuencia se atasca la sonda al penetrar en el cuerpo del útero, lo que suele ocurrir cuando existe una desviación del órgano ó un cuerpo extraño (neoplasia, embarazo) ocupa su cavidad y se detiene contra él la sonda. El primer caso, ya he indicado cómo debe solventarse: por tanteo ó haciendo descender el órgano; en el segundo sólo un tanteo, una sonda blanda que se amolde, ó dando al histerómetro una curvatura determinada, podrán vencer la dificultad y proporcionarnos á veces datos de gran importancia. Esa permeabilidad del conducto cérvico-uterino es en ocasiones un dato de grandísimo valor (diagnóstico diferencial entre un mioma vaginal y una inversión del útero, implantación de un mioma cavitario).

La sensibilidad del útero puede, con el histerómetro, revelar síntomas de algún valor. En estado normal, el cateterismo del útero no provoca más dolor que á su paso por el istmo; raro es que en este sitio no se despierte una sensación dolorosa, á veces vaga é indefinida; otras, sin llegar á ser dolorosa, tan especial, que despierta los primeros síntomas de un síncope, que se haría efectivo si imprudentemente insistiéramos; pero, aparte de esto, no provoca el histerómetro otras sensaciones dolorosas. En cambio, cuando hay desviaciones, y sobre todo en los casos de metritis, al llegar al fondo del útero acusa la enferma una sensación dolorosa bien manifiesta.

También el histerómetro nos proporciona algunos datos acerca de la integridad anatómica del endometrio. En estado normal la sensación del histerómetro es como si tocara una superficie consistente, y sólo por rareza dará origen á pequeñas extravasaciones sanguíneas que manchan la sonda ó salen en forma de estrías por el hocico de tenca. En cambio, en ciertos estados de la mucosa en que ésta se halla algo friable (endometritis fungosas, adenomas, epitelomas), la sensación de la sonda es de que toca un cuerpo blando afelpado y fácilmente provoca hemorragias, algunas veces de cierta importancia, las cuales no carecen de valor diagnóstico. Esa especie de *esputo sanguíneo*, provocado por el cateterismo, supone, por regla general, un mal estado de la mucosa.

Se comprende que el cateterismo uterino podrá asociarse á otras exploraciones, como la palpación combinada y los diferentes tactos, para precisar mejor ciertos datos. *La exploración combinada y el cateterismo son á veces de gran utilidad para precisar la topografía de ciertos tumores pelvianos.*

Brevemente he indicado la manera de vencer los obstáculos y dificultades que pueden presentarse al practicar el cateterismo del útero; sin tener seguridad de ello y sin el hábito suficiente, los datos proporcionados por la sonda no tienen gran valor, y como en multitud de ocasiones sirve sólo como medio de comprobación, de aquí que algunos autores le concedan menos importancia hoy de la que tuvo en tiempos pasados; realmente, la exploración manual perfecta excluye muchas veces el histerómetro. Si se tienen en cuenta, por otro lado, los inconvenientes de la sonda, se comprenderá no falte quien hable en contra de su empleo. Precisa hacer constar que los peligros de la sonda uterina pueden evitarse.

Se encuentran entre los peligros del cateterismo del útero la propagación de las infecciones á los genitales internos, que pueden tener dos orígenes: bien la sonda está sucia y puede inocular cualquier germen, ó bien hay en los genitales una infección aguda y la propaga; se comprende, por lo que hemos dicho, que la sonda, al producir fácilmente en la mucosa intra-uterina pequeñas erosiones, pueda inocular en las mismas los gérmenes que lleva. Actualmente la sonda de un ginecólogo algo cuidadoso no lleva gérmenes porque está desinfectada; no ocurría lo mismo en los primeros tiempos de su empleo, lo que motivó gran número de accidentes y la alarma de algunos ginecólogos; es ya un hecho admitido que en las infecciones agudas del aparato genital no debe usarse la sonda hasta haber pasado la virulencia de la infección. De modo que con una sonda aséptica, no empleándola cuando hay una infección aguda y procediendo con suavidad, no tenemos por este lado nada que temer. La contra-

indicación del cateterismo del útero es extensiva también á las infecciones pelvianas agudas, porque pueden agravarse por el empleo de la sonda.

Cuando se pedía al cateterismo del útero lo que hoy se busca con la exploración manual (movilidad del órgano en relación con los tumores pélvicos, etc.) (1), podía ocurrir que ciertas flogosis crónicas de la pelvis se agravasen: pero hoy esto no sucede, porque en tales casos sólo le pedimos á la sonda lo que sin peligro puede proporcionarnos.

La perforación del útero en los casos de reblandecimiento del órgano es un accidente que se registra muchas veces, pero que en la mayor parte de los casos puede evitarse. No ignoro que puede perforarse el órgano con cierta facilidad: recuerdo que una vez iba á proceder á una histerectomía vaginal por metrorragias ocasionadas por un mioma intersticial, y antes de hacer la extirpación introduje la sonda, que se perdió casi dentro del órgano, cuya cavidad sin embargo tenía siete centímetros: había atravesado el fondo del útero. No tengo seguridad de haber procedido con la suavidad que exige esta maniobra, porque iba á practicar la histerectomía, pero el hecho me da á comprender que puede ocurrir; antes de la intervención había sondado distintas veces á esta enferma sin ocasionar dicho accidente. *En todo caso, siempre que se sospecha una neoplasia maligna intra-uterina*, y en un útero puerperal, como después de un aborto, *deben redoblar las precauciones* para evitar todo contratiempo.

Alguna vez se ha sospechado que la sonda pasó á lo largo de la trompa, y Bischoff ha demostrado en un caso la certeza del hecho. El fenómeno es raro, y en verdad estos accidentes no son de temer, por cuanto la sonda sirve actualmente más como medio de comprobación de los datos de la exploración manual que como medio exploratorio único.

Otra contra-indicación formal existe para el empleo de la sonda: el embarazo y la sospecha de que el embarazo existe. Emmet cita el caso de una mujer que acudió á su despacho para que le aplicase la sonda y provocase un aborto, inconsciente por parte del ginecólogo. Algunas mujeres son realmente demasiado ilustradas en este terreno. Recuerdo el caso de una señora que vino á mi consulta, y después del interrogatorio en que averigüé que la última menstruación no había existido, procedí al examen local, empleando la exploración manual y el espéculum cilíndrico, y no descubriendo ninguna lesión de importancia más que cierta blandura del cuello, que me hizo sospechar el embarazo, di el examen por terminado; entonces la enferma me dijo: «¿No me pone usted la sonda?, porque me han dicho que tenía la matriz grande.» «No, señora, porque sospecho está usted embarazada.» No la vi más, pero supe algo más tarde que sólo había venido á que le hiciera el cateterismo del útero para que se provocara el aborto. No es fatal que el cateterismo del útero en estado de gestación provoque el aborto, pero es lo más frecuente. (En un caso en que inadvertidamente practiqué el cateterismo á los dos y medio meses, la enferma no abortó.) *En todo caso, resulta una contra-indicación formal al empleo del histerómetro la existencia ó la simple sospecha del embarazo.*

Se comprende con lo dicho que al empleo de la sonda debe preceder siem-

(1) Memoria de Simpson, leída en Edimburgo en 1843 (Sociedad Médico-Quirúrgica): *Clinique obstetricale et gynecologique* París, 1874, traducción de Montreuil.

pre la exploración manual, y que teniendo en cuenta el ginecólogo las contraindicaciones que existen para su uso y los datos que puede suministrarle en ciertos casos, no debe renunciar á un medio de exploración eficaz y que, debidamente empleado, es inofensivo (1).

Dilatación del útero.—Normalmente, el útero ginecológico sólo permite el paso de la sonda; es preciso que sea recientemente puerperal ó que algún proceso neoplásico y alguna vez flogístico hayan variado sus condiciones anatómicas para que el dedo ó la vista puedan penetrar en la cavidad del cuello ó del cuerpo del útero y hacer una exploración; ordinariamente esto no es posible sin una dilatación previa del conducto cervical, y aunque en realidad raras veces es necesario, alguna vez puede ser útil penetrar en el interior del útero con un fin diagnóstico. Pero sobre todo tiene la dilatación del conducto cervical fines terapéuticos para combatir ciertas dismenorreas, y principalmente facilitar maniobras intrauterinas, como el raspado, la extirpación de ciertos pólipos, etc.; así es que el estudio que hagamos ahora tendrá aplicación á otros capítulos de la Ginecología.

La dilatación del cuello puede ser lenta y gradual ó rápida; la primera es la que más se aplica con fines diagnósticos, la segunda sólo servirá para los casos de urgencia.

La dilatación gradual se obtiene mediante la aplicación en el conducto cervical de tallos ó cuerpos que, por su poder de absorción de los líquidos, se dilatan, desarrollando una fuerza expansiva variable y venciendo, por tanto, las resistencias hasta cierto límite.

Tres substancias se emplean con tal objeto: la esponja preparada, el tupelo y la laminaria.

La *esponja* preparada es un trozo de esponja embebida en una substancia antiséptica y desecada bajo una fuerte compresión; se la encuentra en los comercios en forma de cilindros cónicos de volumen y dimensiones variables; introducida en el cuello del útero, absorbe agua y se dilata, desarrollando una fuerza expansiva menor que la laminaria y el tupelo y ofreciendo una dilatación más irregular, por lo que generalmente se usa para los casos tocológicos, en los que el cuello reblandecido y preparado á la dilatación opone menós resistencia que los cuellos de útero ginecológico; para éstos es preferible la laminaria ó el tupelo.

La *laminaria*, introducida en la terapéutica quirúrgica por Sloan, la encontramos en el comercio en forma de tallos cilíndricos de 6 á 7 centímetros de longitud y de dos milímetros á un centímetro de diámetro, con un conducto en su centro que permite más fácilmente la imbibición, y, por tanto, una dilatación más rápida; su fuerza expansiva, según los cálculos de Duncan (2), puede llegar á 600 libras por pulgada cuadrada. Introducida en el cuello del útero, se dilata de una manera bastante regular; pero muchas veces, á pesar de su fuerza expansiva, presenta al retirarla las huellas de una compresión

(1) El cateterismo de las trompas, propuesto por Tyler-Schmitt, no ha llegado á ser un procedimiento de exploración práctico, y no se aplica.

(2) MATEO DUNCAN: *Clinical lectures on the diseases of women*, pág. 513. Londres, año 1889.

exagerada á nivel del istmo (fig. 51). Por regla general, puede contarse con que un tallo de laminaria introducido en el conducto cervical ha producido á las quince ó diez y seis horas una dilatación tres veces mayor á su diámetro.

El *tupelo*, recomendado por Munde y empleado sobre todo en Norte-América, lo encontramos también en forma de cilindros de dicha madera, análogos á los de la laminaria. Aunque su fuerza de expansión es algo menor que la de la laminaria, parece que su dilatación es más regular y que las huellas de la resistencia del istmo son menos visibles. También se deduce de las observaciones practicadas que la dilatación del túpelo es más rápida que la de la laminaria; actualmente, sobre todo en Europa, empleamos la laminaria con mucha mayor frecuencia que el *tupelo*.

La dilatación del cuello por la laminaria resulta generalmente muy sencilla. Se prepara la laminaria introduciéndola en una solución etérea de yodoformo al 40 por 100 para desinfectarla, ó sometiéndola á la estufa seca á 160°; este último medio á veces la altera; no puede desinfectarse en ninguna solución acuosa, porque se hincharía antes de ser aplicada. El aparato genital debe desinfectarse previamente, y á veces conviene desinfectar también la cavidad del útero con toques fenicados.

Aplicado el espéculum cilíndrico, se coge la laminaria con una pinza larga, se introduce á través del cuello como si se practicara el cateterismo, y se deja en su sitio; luego se aplica un taponamiento ligero con gasa yodofórmica para que no sea expulsada. A veces se encuentran dificultades, y entonces con la sonda se busca la dirección del conducto cervical y se da á la laminaria una curva adecuada, con lo que por lo común se introduce fácilmente. En ocasiones, por existir una flexión muy acentuada, debe cogerse el cuello con una pinza de garfios y tirar suavemente hacia abajo, con lo que el útero se desdobra y la laminaria penetra fácilmente: alguien ha llamado á la pinza de garfios *llave del útero*. Es preferible hacer esta maniobra con la valva de Sims, porque el descenso del útero es más fácil y más holgada la colocación de la laminaria, que en tales casos puede aplicarse con los dedos.

Introducida la laminaria, la enferma debe guardar reposo absoluto; algunas veces se ve obligada á permanecer en cama, porque pasada la primera im-

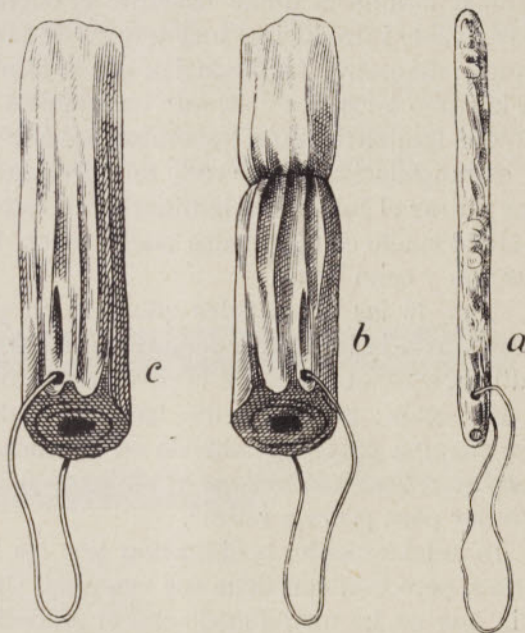


FIG. 51

- a. Tallo de laminaria antes de aplicarlo.
- b. Tallo estrangulado por la constricción del orificio interno.
- c. Tallo de laminaria después de permanecer veinticuatro horas en el conducto cervical.

presión, en ocasiones muy molesta, llegando á ocasionar vómitos y á veces síncope, viene la tolerancia del útero; pero á las tres ó cuatro horas, cuando comienza á ser activa la dilatación, se despierta el dolor otra vez y dura de seis á ocho horas, siendo muy variable según las enfermas, pues en tanto que unas toleran perfectamente las molestias de la laminaria, otras necesitan el empleo de calmantes para aliviar los dolores intensos que provoca.

A las veinticuatro horas se retira la primera laminaria y se aplica una segunda de tamaño correspondiente á la dilatación obtenida. Esta segunda nunca es tan difícil de introducir ni tan dolorosa como la primera; no es raro que esta segunda laminaria dilate bastante el cuello para introducir el dedo, pero si no basta, puede introducirse una tercera de mayor tamaño ó dos ó tres á la vez de pequeño diámetro. La dilatación por la laminaria es siempre completa á los dos y á lo sumo á los tres días, aun en aquellos casos en que el istmo estrangula la primera laminaria, pues generalmente á la segunda se regulariza la dilatación. La estrangulación es á veces tan pronunciada que opone serias dificultades para retirar el tallo de la laminaria; en estos casos, tirando con cuidado y apoyando el cuello con los dedos suele ceder, lo que resulta preferible á dejarla cuarenta y ocho horas.

Una de las dificultades que pueden presentarse es que, siendo el útero grande, toda la laminaria penetre dentro del conducto cervical, y á medida que se dilata, apoyándose sobre la pared posterior del cuello, se atasque, dificultando su extracción; generalmente basta el fiador para extraerla, y si se rompe, se coge con una pinza introducida en el conducto cervical, se introduce un poco más y se retira; una vez me vi obligado á hacer un pequeño corte en el labio posterior para poderla retirar.

Indudablemente, la dilatación por las laminarias tiene algunos inconvenientes, pero también tiene sus ventajas. Creo que Kelly (1) exagera mucho al decir que se ha abandonado casi el procedimiento y que él prefiere siempre la dilatación rápida; funda su aserto en las facilidades para la infección y en dos casos de pelvi-peritonitis consecutiva.

Bajo el punto de vista de la infección, la laminaria puede estar perfectamente desinfectada para que no sea temible, y la vagina y el conducto cervical pueden desinfectarse también previamente; lo que interesa, para no encontrarse con tales accidentes, es tener en cuenta las contraindicaciones, y éstas existen siempre que alguna infección de los anexos presenta cierta agudeza ó ha tenido virulencia reciente, porque la dilatación del útero puede exagerar la flogosis, provocando el estallido de una agudeza inesperada; las mismas limitaciones que expuse para el empleo de la sonda deben tenerse en cuenta para la aplicación de las laminarias; de otro modo, las consecuencias pueden ser funestas. También yo he visto casos pertenecientes á colegas míos, como los que cita Kelly haber visto en otros ginecólogos, pero creo se hace mal en achacar al método lo que depende de ser indebidamente aplicado; más de quinientos úteros he tratado por la laminaria sin haber visto tales accidentes; he de hacer constar que muchas veces me he abstenido por temor de una complicación anexial.

(1) KELLY: *Operative Gynecology*, pág. 479. Londres, 1893.