

BIBLIOTECA ESCOGIDA DE EL SIGLO MÉDICO

TRATADO

DE

GINECOLOGÍA OPERATORIA

CON LA EXPOSICION DE

LOS PROCEDIMIENTOS EXPLORATORIOS EN GINECOLOGÍA

POR

A. HEGAR y R. KALTENBACH
Director de la Clínica ginecológica Profesor extraordinario de Ginecología
en la Universidad de Friburgo

VERTIDO AL CASTELLANO, ADICIONADO Y ANOTADO

POR EL

DOCTOR MARIO GONZALEZ DE SEGOVIA

Profesor de la Maternidad de Madrid



ATENCIÓN!
ESTE LIBRO ESTA PROTEGIDO
EVITASE MOLESTIAS

MADRID

LIBRERÍA EDITORIAL
DE D. CARLOS BAILLY-BAILLIERE

Premiado con la Medalla de Oro en la Exposicion de Matanzas

PLAZA DE SANTA ANA, NÚM. 10

—
1887

055811

~~12573~~

PREFACIO

No ha permanecido ni indiferente ni estacionaria la Ginecología á los grandes progresos realizados en el campo de la Cirugía general por el atrevimiento de eminentes y distinguidos profesores que, dueños de armas tan poderosas como la anestesia y los métodos antisépticos, se han lanzado á luchar contra terribles enfermedades y lesiones orgánicas, en el terreno operatorio, obteniendo victorias inconcebibles y glorias hasta muy poco há no soñadas.

Antes bien, pudiéramos decir que nuestra especialidad ha caminado á la vanguardia, y que, sin tregua ni descanso, cosecha triunfos que han de caracterizar nuestra época en su ya brillante y larga historia.

La ovariectomía en manos de Kœberlé, Péan, Spencer-Wells, Schrœder y otros, adquiriendo carta de naturaleza entre las operaciones usuales y corrientes; la castración ó extirpación de los ovarios, conocida tambien con el nombre de operación de Battey, llegando hasta á proponerse para corregir simplemente estados neuropáticos de la mujer que no ponen su vida en inminente riesgo, por la relativa inocuidad que tal operación ha adquirido con el gran perfeccionamiento que en estos últimos tiempos ha logrado; la extirpación total ó parcial de la

matriz, ya por la vía abdominal, ya por la vagina, estando á la orden del día, discutiéndose sólo cuál de estas dos ofrece mayor suma de ventajas y ménos riesgos; la dilatacion del útero y la raspadura de su cara interna para la extirpacion de pequeñas excrecencias ó para modificar el estado de la mucosa, practicándose con extraordinaria frecuencia; el grado de perfeccion, en fin, que han alcanzado las operaciones que exigen diversos estados patológicos de que son asiento el cuello de la matriz, la vagina, la vejiga, el periné, etc., son argumentos bastantes para justificar en los actuales momentos la publicacion de un TRATADO DE GINECOLOGÍA OPERATORIA donde, prescindiendo por una parte de todo cuanto no se refiera á la terapéutica quirúrgica en las enfermedades de la mujer, y sin olvidar, por otra, que es una rama del frondoso árbol de la Cirugía general, se traten *in extenso* y con el especial criterio que debe imprimir á toda obra de Ginecología el estudio de las funciones sexuales, todos los problemas que puede abarcar la intervencion quirúrgica en el tratamiento de las enfermedades propias y peculiares del sexo femenino.

¿Cómo han realizado fin de tal entidad los distinguidos alemanes Hegar y Kaltenbach? Nunca como ahora lamentaremos carecer de autoridad para que las impresiones por nosotros sentidas al traducir esta obra, y que hubiéramos de transmitir á nuestros lectores, llevaran á su ánimo el convencimiento que nosotros abrigamos de que lo han realizado de la mejor manera posible y en la forma más adecuada y más conveniente á los intereses de la Ciencia, que tantos desvelos debe á tan ilustres autores.

Cierto es que nuestra falta de autoridad ha de ser subsanada por el buen criterio del lector, que en cuanto recorra las primeras páginas de esta obra afirmará y ratificará nuestro juicio, porque, á no dudarlo, ha de sorprenderle agradablemente el espíritu eminentemente clínico en que están inspirados todos sus párrafos.

No se trata, en efecto, de uno de esos libros eminentemente teóricos en que se discuten opiniones ajenas y se razona, con más ó ménos lucidez, acerca de la mayor ó menor verosimilitud de una doctrina ó acerca de la más recta interpretación de un hecho por varios observado; no se desarrollan en esta obra teorías más ó ménos atrevidas, ni elevadas concepciones del espíritu; no: Hegar y Kaltenbach sólo se ocupan de hechos por ellos observados y comprobados y de las lógicas deducciones que de ellos deben obtenerse para traducirlas en reglas de conducta que sirvan de guía al profesor en la práctica.

Esto lo revela de una manera elocuentísima esa riqueza en el detalle que se observa, así en la exposición de los procedimientos exploratorios para llegar al diagnóstico, como en la descripción del manual operatorio en una operación tan elemental como la aplicación del vendaje abdominal ó como la práctica de las inyecciones vaginales, etc.

Tal vez por esta circunstancia parezca monótona y pesada la obra á aquellos que no buscan en los libros sino vastos y atrevidos problemas cuya solución se pierde en las regiones del infinito; pero la naturaleza, la índole peculiar de un Tratado de este género, sólo escrito para el médico práctico, para llenar una necesidad de procedimiento científico, exige imperiosamente el carácter eminentemente clínico que revela la GINECOLOGÍA OPERATORIA de Hegar y Kaltenbach, de la cual dice el eminente Tarnier en su prólogo á la edición francesa: « Escrito este libro con muy buena fe es, por decirlo así vivo, porque á pesar de su forma teórica, es ante todo una obra de clínica personal, tanto más notable cuanto que el talento de observación de los dos autores no ha sido controvertido por nadie, y que la habilidad operatoria del profesor de la Clínica ginecológica de Friburgo está universalmente reconocida. »

Merced á estas dotes que adornan á los autores, se observa en la obra que, decididos partidarios del progreso científico, aceptan cuantas novedades se les presentan, pero no sin some-

terlas previamente al crisol de la clínica personal, y juzgando con prudencia y severidad no muy comunes, no se dejan guiar de impresionables circunstancias.

Esta línea de conducta queda demostrada leyendo los capítulos relativos á la operacion llamada de Battey y á la operacion de Freund.

Cirujanos experimentados como Hegar y Kaltenbach, habituados á ejecutar las que han dado en llamarse operaciones de alta Cirugía, siendo aquél el primero quizá que llevó á cabo la extirpacion de los ovarios, dicen hablando de la operacion de Freund: «Ninguna de las enfermas que han sobrevivido, han quedado radicalmente curadas.» Esto demuestra la buena fe que Tarnier les reconoce y el juicio maduro y reflexivo que les merecen cuestiones tan arduas.

Otro tanto podíamos decir de la opinion que les merece la operacion de Emmet, á la cual, sin perjuicio de elogiarla como se merece, colocan en un rango algo inferior al en que la habían colocado entusiastas é irreflexivos espíritus.

En suma: se trata de una obra que, si teórica en su forma, es esencial y genuinamente práctica en su fondo, obra de consulta provechosa para el profesor y para el alumno, á quienes ha de prestar muy útiles servicios, así en lo que se refiere á la parte principal, *Operaciones que se practican en el aparato genital de la mujer*, como en las que á primera vista parecen secundarias, *Del diagnóstico en Ginecología y Operaciones elementales*, y aún, si cabe, de más general aplicacion éstas que aquélla, cuyas tres son las partes que constituyen la obra.

Ademas, como verán nuestros lectores, siguiendo una costumbre muy generalizada en Alemania, cada artículo va seguido de una nota bibliográfica, por lo comun muy extensa.

Hemos creido que el rápido movimiento científico actual y la vertiginosidad con que aparecen nuevos trabajos nos obligaban á dar á conocer á nuestros lectores todo aquello que de notable se ha hecho en Ginecología operatoria, despues de

haber visto la luz en Alemania la obra de los Sres. Hegar y Kaltenbach, y á esta creencia obedecen las notas que llevan nuestras iniciales y que recomendamos á la benevolencia de nuestros lectores en gracia del mérito que contraemos al darles á conocer una de las joyas de nuestra literatura ginecológica contemporánea.

MARIO G. DE SEGOVIA.

Madrid, 1887.

TRATADO

DE

GINECOLOGÍA OPERATORIA

INTRODUCCION

CONSIDERACIONES GENERALES.

La mujer *con sus propiedades físicas y psíquicas*; tal ha de ser el objeto de nuestro estudio en la presente obra. La estatura de la mujer es en general ménos elevada que la del hombre; sus huesos son más delgados, y sus relieves musculares desaparecen bajo una espesa capa de tejido celulo-adiposo. Sobre la pared abdominal, al rededor de los órganos genitales externos y á nivel de las regiones ilíacas y crurales, se encuentra una gran cantidad de tejido celular surcado por gran número de dilataciones venosas.

Los *órganos genitales* son más voluminosos en la mujer que en el hombre, más ricos en vasos y nervios, porque *sus funciones son más importantes*, sobre todo durante el embarazo.

En la mujer los órganos de la generacion están en general *situados más profundamente* (véase, por ejemplo, la diferencia entre la situacion de los ovarios y la de los testículos). Es preciso, por tanto, para examinarlos seguir una técnica especial frecuentemente delicada, que se hace más compleja cuando se trata de operar. En efecto; en alguno de estos casos, cuando se trata de la extirpacion de tumores, es preciso abrirse camino previamente por medio de la laparotomía.

Los órganos sexuales están en su mayor parte *directamente en relacion con el peritoneo y el tejido subseroso, tan laxo y tan rico en vasos, en plexos venosos y en linfáticos*. Por esta circunstancia se propagan tan rápidamente las inflamaciones provocando síntomas febriles tan intensos. Esta disposicion anatómica favorece además la formacion de trombosis.

Los órganos genitales son además *vecinos*, en una gran extension,

de las vías urinarias, de la vejiga y del recto, y las inflamaciones de que aquéllos son asiento, á consecuencia de las operaciones, por ejemplo, se extienden fácilmente á la vejiga, provocando una cistitis que puede comenzar desde luego ó seguir á un cateterismo practicado para combatir la iscuria. Una inflamacion diftérica puede propagarse desde la vagina ó desde los órganos genitales externos á la vejiga, ó bien ser trasportada por la sonda. Por último, las inflamaciones catarrales ó diftéricas de la vejiga se extienden frecuentemente á los órganos alojados en la pelvis menor.

Para apreciar con exactitud las anomalías de posicion y de forma del útero es preciso tener en cuenta los diversos grados de plenitud de la vejiga y del recto. No obstante, el estado de estos últimos órganos ejerce ménos influencia de la que pudiera creerse en la curacion de las heridas operatorias. La miccion y el paso de la orina por las heridas, sobre todo en las operaciones plásticas, presenta pocos inconvenientes; no ocurre lo mismo con el paso de los materiales procedentes de la defecacion, que despues de una perineoplastia puede ocasionar accidentes.

[A pesar de la respetable autoridad de Hegar y Kaltenbach, como el paso de las orinas por las heridas es fácil de evitar en la mayoría de los casos mediante la aplicacion de la sonda permanente, opinamos que no debe nunca descuidarse este detalle, cuya aplicacion determina una mayor rapidez en la cicatrizacion de las heridas operatorias de estas regiones. — *M. G. de S.*]

Los órganos — vagina y útero — objeto de nuestro exámen y de nuestras intervenciones operatorias ofrecen una *gran movilidad* muy marcada, principalmente durante los movimientos respiratorios y cuando se ejerce una presion sobre la pared abdominal, pudiendo ser esta circunstancia una causa de error de diagnóstico para un médico poco habituado á las exploraciones ginecológicas. Ademas, merced á la falta de consistencia, á la laxitud de los tejidos que constituyen el conducto vaginal y á los pliegues que forma la mucosa que reviste las paredes de este órgano, es frecuentemente difícil incindirla ó descubrir en ella una lesion.

Por otra parte, cuando nos propongamos intervenir en el aparato genital de la mujer, ya sea con un fin diagnóstico, ó ya con un propósito terapéutico, debemos tener en cuenta *el estado de su sistema nervioso*, cuya gran irritabilidad está singular y comunmente acrecentada en las enfermedades de los órganos sexuales, siendo muy fácil que aparezcan fenómenos del choque traumático, sobre todo si se hacen sopor-tar á la enferma vivos dolores. Frecuentemente el médico olvida este peligro y le provoca él mismo, repitiendo maniobras que, aun cuando sencillas en sí mismas, irritan los órganos genitales; tales son, por

ejemplo, el exámen manual ó instrumental, las cauterizaciones, las escarificaciones, etc., practicadas diariamente ó frecuentemente repetidas. Las enfermas dotadas de una gran sensibilidad pueden llegar á un grado de excitacion nerviosa vecina del delirio.

La mujer, no debemos olvidarlo jamás, *varía extremadamente segun su edad y segun el estado de sus funciones genitales*. Los ginecólogos rara vez son llamados á examinar la mujer ó á prestarla asistencia durante *su infancia*, aun cuando en ella existan anomalías de su aparato genital, porque estas anomalías no ocasionan por lo comun trastorno alguno mientras se hallan en reposo las funciones sexuales. En esta edad generalmente se trata, ó de afecciones catarrales, ó de vicios de conformacion. En el período de la adolescencia de la mujer se desarrolla una funcion sexual de las más importantes; la menstruacion, que, segun la mayor parte de los autores, está íntimamente ligada á la ovulacion.

[Algunos hechos recientemente observados originan justificadas dudas acerca de la correlacion que, al parecer, existe en efecto entre las dos funciones ovulacion y menstruacion. De aquéllos, unos se refieren á la existencia de la primera sin la segunda, siendo el más notable el observado por Gubler en una jóven, de veintitres años, bien constituida y robusta, que jamás tuvo la menstruacion, y muerta á dicha edad á consecuencia de una enfermedad aguda, sin ninguna relacion con el aparato genital, pudo apreciarse en la autopsia clara y distintamente la existencia de cicatrices en ambos ovarios que nada de anormal ofrecían. Este hecho, apoyado por otro más comun y que todos los días tenemos ocasion de observar, la fecundacion en mujeres que se hallan criando y en las cuales no existe la funcion menstrual, demuestra sin duda alguna que puede no existir ésta y verificarse no obstante la ovulacion.

El hecho inverso no parece hallarse tan justificado. Sin embargo, Emmet ha dado cuenta á la Sociedad de Obstetricia de Nueva York en Diciembre de 1885 de dos casos de septuagenarias que gozando de buena salud se hallaban menstruando aún regularmente; y como no ha observado el embarazo más allá de los cincuenta y cinco años, supone, con algun fundamento á nuestro juicio, que en dichas mujeres no se verificaba ya la ovulacion. Además, Sinéty ha observado otros dos casos que, al parecer, atestiguan el hecho de no existir esta última funcion y persistir, sin embargo, las reglas. Uno de ellos fué una enferma operada por Terrier de ovariectomía doble, la cual, despues de curada de la operacion, vió aparecer sus reglas, no habiendo encontrado en el pedículo resto alguno de los ovarios. En el otro caso se trataba de una jóven histérica muerta en la Salpêtrière. En la autopsia se encontraron que el estado de la mucosa uterina indicaba la próxima aparicion del flujo menstrual, que ya había existido en vida, y, no obstante,

no existían ni áun vestigios de los cuerpos amarillos en los ovarios.

Forzoso es, pues, esperar á que nuevos y más numerosos hechos de uno y otro género vengán á esclarecer esta cuestion importante, así bajo el punto de vista teórico, como por las consecuencias que de ella pudieran deducirse para la práctica. — *M. G. de S.*]

Desde el momento en que aparece por vez primera la funcion menstrual en la mujer, las anomalías y las lesiones que pudieran existir anteriormente en su aparato sexual adquirirían una gran importancia. El establecimiento de esta nueva funcion, el rápido desarrollo de los órganos genitales, pueden fácilmente provocar accidentes. Con frecuencia observamos en la pubertad presentarse enfermedades que duran toda la vida. Si en estas condiciones somos llamados á examinar una enferma, ó si tenemos necesidad de disponer un tratamiento local, no debemos olvidar que por cierto orden de consideraciones morales que creemos innecesario exponer será preciso limitar y modificar nuestro exámen (exploracion por el recto, anestesia de la paciente, etc.), y, en cuanto sea posible, evitar el empleo de medios terapéuticos que, obrando localmente, puedan dejar signos indelebles de haber sido empleados.

Antiguamente se creía que en la época de las reglas estaban contraindicados todo exámen de los órganos profundos y toda tentativa operatoria, y se sostenía que no debía apelarse al exámen del útero en dicha época, sino cuando fundadamente se suponía la presencia en este órgano de producciones neoplásicas, y entónces porque el dedo podía franquear más fácilmente el orificio del cuello, á la sazón entreabierto, y porque durante este período ofrecen los tumores cierta tendencia á ser impelidos hácia la vagina. Hoy poseemos métodos de exámen más perfeccionados que nos permiten llegar al diagnóstico con más seguridad.

Numerosas observaciones demuestran que las maniobras practicadas durante el período menstrual con un fin diagnóstico ó como medio terapéutico no ocasionan los peligros que antiguamente se suponía. Hoy se llega hasta suponer que de las operaciones plásticas ejecutadas inmediatamente despues de hemorragias abundantes se obtienen mejores resultados.

[Kehrer, en el núm. 12 de *Der praktische Argt.*, 1885, ha publicado un artículo, en el cual sostiene que el exámen de los órganos genitales durante una hemorragia facilita datos preciosos para el diagnóstico. Cita al efecto, como ejemplo, que la extremidad de muchos pólipos no puede ser apreciada por el tacto sino durante la hemorragia, siendo inútil á este fin el resultado de todo exámen que se practique ántes ó despues de aquélla. — *M. G. de S.*]

Sin embargo, la antigua regla debe en general ser respetada, y du-

rante ó inmediatamente ántes del período menstrual no debe emprenderse operacion alguna que no sea urgente.

Llegada la mujer á la edad adulta, aparecen dos nuevas funciones de su aparato genital: *el coito y el embarazo*, seguido éste del parto. El coito, sea porque de él se abuse, sea porque se practique en un momento desfavorable — período catamenial — es frecuentemente origen de enfermedades. Además pueden originarlas la irritacion y la hipermia que normalmente ocasiona dicho acto, que es por otra parte, con bastante frecuencia, medio de propagacion de ciertas enfermedades infecciosas (venéreo, sífilis).

El embarazo, el parto y el puerperio juegan un papel muy importante en la génesis de las enfermedades propias de la mujer. Por espacio de mucho tiempo ha venido creyéndose que estos estados contraindicaban toda maniobra, sobre todo las grandes operaciones, que serían entónces extremadamente peligrosas. También se han modificado las ideas á este respecto. Durante el embarazo se han acometido con favorable resultado operaciones tan graves como la ovariectomía, y se han practicado con éxito durante el parto y el puerperio amputaciones supravaginales del útero. Sin embargo, en las mujeres en cinta no se practicarán operaciones de tal importancia sino cuando no puedan ser diferidas ó si están precisamente indicadas por el estado de embarazo. Se deberá, por ejemplo, acometer una ovariectomía cuando sea necesario proporcionar al útero grávido lugar para su desarrollo sucesivo. Durante el embarazo se ha visto frecuentemente sobrevenir el aborto, la peritonitis, la septicemia, la extenuacion y hemorragias mortales despues de operaciones practicadas, no sólo en la zona genital, sino aún en regiones distintas del organismo. La frecuencia de los casos de muerte por septicemia demuestra que esta fatal terminacion no es debida solamente á la operacion y al momento en que se practica. Es cierto, sin embargo, que el estado de la sangre en las mujeres embarazadas, y particularmente la disposicion de los vasos en las cercanías del aparato genital, favorecen la absorcion de sustancias sépticas y facilitan su difusion por la economía. Al aborto están ligados además ciertos peligros y ciertas complicaciones.

Es preciso, en cuanto sea posible, evitar toda operacion durante el puerperio. El estado general, que frecuentemente está todavía debilitado; la considerable distension de las venas, la gran tendencia á la formacion de trombosis, la facilidad con que son absorbidas las materias sépticas, el interes que merece la rápida involucion de los órganos sexuales, que por nada se debe trastornar, todo induce á la abstencion operatoria. Seis ó siete semanas despues del parto puede operarse, debiendo entónces cesar la lactancia porque rara vez es posible y oportuno continuarla.

Durante el período que sigue á la menopausia se observan aún numerosas enfermedades del aparato genital, y especialmente las neoplasias y los prolapsos. Cuando la edad de la enferma sea muy avanzada debemos guardar cierta reserva en nuestras intervenciones operatorias.

Simon ha sido el primero que se ha pronunciado contra la antigua doctrina, con arreglo á la cual no debía operarse durante el período de la menstruacion. — *Sur la guérison de la fistule vesico-vaginale*, Giessen, 1854, pág. 57.

Véase ademas:

Cohnstein. *Sur les operations chirurgicales pendant la grossesse*. *Volkmann's klin. Vorträge*, núm. 59. *Gynäkologie*, 21.

PARTE PRIMERA

CAPÍTULO PRIMERO

DEL DIAGNÓSTICO EN GINECOLOGÍA

Artículo 1.º — Manera de proceder al exámen de la enferma. Anamnesia.

Al examinar una enferma se propone el médico ante todo *establecer el diagnóstico*. El ginecólogo se ocupa de un número limitado de órganos; se trata para él de *diagnosticar una enfermedad del aparato sexual*; sin embargo, nada habría más absurdo que se limitara al exámen de los órganos que constituyen aquél y olvidara que tenía ante sí, no un órgano enfermo, sino un organismo que padece. Acaso en otras ciencias puedan limitarse á especializar de una manera absoluta; en Ginecología este método no podría prosperar.

Frecuentemente las enfermedades de los órganos genitales son secundarias y acompañan á otras afecciones generales ó locales; asimismo otras veces son primitivas y en muchas ocasiones acarrear trastornos en el estado general ó en otros aparatos, trastornos de importancia bastante para que el médico fije en ellos toda su atención. Todo olvido, toda apreciación insuficiente respecto á estos trastornos puede ser de fatales consecuencias, ó al ménos puede no conducir á otro fin que á fatigar y molestar inútilmente á la enferma. Por otra parte, no se obtienen funestos resultados si en una enfermedad grave del aparato genital se cesa en el tratamiento local, limitándose solamente á modificar el estado general del organismo y á luchar contra los síntomas dolorosos y molestos que puedan existir. Muchas mujeres se presentan á los ginecólogos creyendo que se hallan afectadas de padecimientos uterinos, y sin embargo no existe enfermedad manifiesta de este órgano. En estos casos, aunque exista dolor, del exámen directo no se obtiene ningún dato para el diagnóstico, y es preciso entonces investigar

más lejos y no dejar pasar desapercibida, sin diagnosticarla, una afección que acaso esté muy marcada, pero que tenga su asiento en otro aparato que el genital. Es cierto que puede el médico caer en el error, si encuentra realmente una importante afección de los órganos sexuales y si además los síntomas observados ofrecen grandes analogías con los que en estas enfermedades suelen presentarse. Existe, en efecto, marcada tendencia á atribuirlo todo en la mujer á las enfermedades de su aparato genital y no es infrecuente dejar que pase desapercibida una afección que tiene su asiento en órganos de otro aparato.

El exámen de la enferma debe practicarse segun el método que se sigue en todos los enfermos en general. Procede primero informarse de los antecedentes, examinar despues el estado actual y en último término proceder á la exploracion fisica, que es la mision principal del ginecólogo. Es, sin embargo, muy importante estudiar los dos primeros puntos.

ANTECEDENTES. — La herencia no juega por lo comun ningun papel importante en la mayor parte de las enfermedades sexuales; sin embargo, puede importar mucho esclarecer esta cuestion si se trata de un tumor, de escrofulismo ó de hemofilia (1). Es preciso investigar cuáles son las enfermedades padecidas en la infancia, sobre todo si han existido lesiones inflamatorias en el abdómen, fenómenos escrofulosos ó flujos blancos. Es necesario conocer desde el principio la evolucion, los caracteres de la primera menstruacion y la manera como se ha desarrollado la pubertad. Fijará el ginecólogo su atencion especialmente sobre si han existido fenómenos de clorosis ó enfermedades graves desde la época de la pubertad, y en la influencia que éstos hayan ejercido sobre las funciones menstruales. Si la mujer es casada, se informará tambien de la influencia del matrimonio sobre las funciones genitales y particularmente sobre la menstruacion. Si hubiese tenido hijos será preciso conocer las particularidades que hayan podido ofrecer los embarazos, los partos y los puerperios, y singularmente las enfermedades que hayan podido complicar estos estados, peritonitis, septicemia, etc., estudiando finalmente la influencia de los partos sobre la menstruacion.

Si la enferma hubiese pasado la edad crítica, será preciso estudiar los fenómenos de la menopausia. Este exámen puede hacerse rápidamente, y sin embargo tocarse todos los puntos importantes.

ESTADO ACTUAL. — Es importante apreciarle con exactitud, por

(1) Kehrer. *Die Hämophilie beim weiblichen Geschlecht. Archiv. für Gynäkolog.*, t. X.

Boerner. *Die Hämophilie in ihrer Bedeutung für die Gynäkolog. Wiener med. Wochenschrift*, 1878, núm. 37.

que es preciso establecer una relacion directa entre los sufrimientos aquejados por la enferma y los datos que nos suministra la exploracion física. Obrando de esta suerte se evita el ginecólogo acusar al útero de padecimientos en cuya génesis se hal'a inocente. Muy frecuentemente acuden las enfermas á consultar al médico porque experimentan algun síntoma molesto, vivos dolores en la region lumbar, disuria por ejemplo, del cual desean verse libres. El médico debe investigar detenidamente cuál sea la causa origen del síntoma aquejado y cómo se ha desarrollado, á fin de poder hacerlo desaparecer por un tratamiento curativo ó sintomático.

La menstruacion cuando está modificada en su regularidad, en su duracion, en su esencia, provoca frecuentemente dolores y actúa sobre el organismo provocando molestas sensaciones. Además, en el intervalo de las épocas menstruales pueden observarse flujos sanguíneos ó de otra naturaleza.

Las enfermas se quejan principalmente de sensaciones dolorosas desagradables que tienen asiento á nivel de los órganos genitales ó en las regiones vecinas, ó que, nacidos en la zona genital, se extienden á puntos más ó ménos distantes. Experimentan dolor á la presion, pesantez en el hipogastrio, dolores en las regiones inguinales á nivel del ombligo, ó una sensacion parecida á la que produjera una cosa que cayese y se escapase de sus órganos genitales. Otras veces son dolores en la region lumbar, ó que partiendo de ella se extienden á las ingles, á las caderas, parte superior de los muslos ú órganos genitales externos; ó bien dolores que partiendo de las ingles se propagan á los hipocondrios, á las mamas, las espaldas, etc. Finalmente, otras veces aquejan coxodinia, prurito vulvar, etc., etc.

El dolor llamado intercalar (Mittels Schmerz) es muy característico. Llamamos así esas sensaciones dolorosas que, teniendo su asiento en la zona genital ó sus inmediaciones, se presentan exclusivamente ó con preferencia en medio del período intercalar. Frecuentemente van acompañados de otros síntomas; flujo blanco, ligera menorragia, etc.

Otros síntomas son debidos á la influencia ejercida por los órganos enfermos sobre las partes vecinas, principalmente sobre la vejiga, el recto y el peritoneo. Las enfermas se quejan entónces de trastornos en la secrecion y excrecion urinarias, disuria, constipacion, vivos dolores al defecar, etc.

Señalemos, en fin, los síntomas extremadamente variables que tienen su origen en órganos más ó ménos alejados del aparato sexual, síntomas que nosotros consideramos como de origen reflejo y que se producen únicamente por intermedio de los nervios ó de los centros nerviosos. Pueden tambien observarse neurósis del estómago (cardialgia, vómitos), neurósis vesicales (pujos, iscuria), neurósis laríngeas (afo-

nia, tos), convulsiones tónicas y clónicas, neuralgias sobre diversos puntos (espacios intercostales, nervio trigémino), hemiplegias, sobre todo en los miembros inferiores, vaginismo ó una enorme hiperestesia vulvar debida, por ejemplo, á un nódulo de parametritis (1).

No es raro que las enfermedades del aparato genital determinen la produccion de trastornos intelectuales.

Art. 2.º — Cama de exploracion. — Mesa de operaciones.

Cuando se trate de practicar una exploracion es necesario adoptar algunas precauciones.

Desde luégo hay que buscar para la enferma una posicion conveniente.

Para esto un sillón, un sofá ó una cama ordinaria bastan; pero si el diagnóstico es difícil, sobre todo si hay necesidad de emplear algun

(1) Los ginecólogos y los neurópatas se ocupan frecuentemente de neurósis que reconocen como punto de partida el aparato genital de la mujer: desgraciadamente están léjos de hallarse de acuerdo. El ginecólogo no posee los conocimientos necesarios para apreciar con exactitud y reconocer con precision una enfermedad del sistema nervioso, y los neurópatas carecen de habilidad para establecer el diagnóstico en los casos de afecciones del aparato genital.

Tan es así, que uno de los neurópatas más eminentes cree que es posible palpar con exactitud á través de la pared abdominal un ovario del tamaño de una aceituna ó todavía más pequeño, y, por supuesto, sin practicar simultáneamente el tacto vaginal. El médico que cultivara al propio tiempo estas dos ramas de la Ciencia, obtendría resultados muy importantes bajo el punto de vista práctico.

Entre las obras más recientes que se refieren á este asunto, podemos citar las que siguen:

Louis Maier. *Die Bezielungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexualorganen des Welbes zu Geistesstoerungen*. Berlin, 1869.

Charcot. *Maladies du système nerveux*.

Erb. *Krankheiten des Nervensystems*, t. II. Halfte, pág. 372.

Leyden. *Ueber Reflexlähmungen*. *Wolkmann's Sammlung Klinik Vorträge*, 1870.

Baumeister. *Sur quelques maladies des yeux en rapport avec la gynecologie. Uber einige zur Gynäkolog in Beziehung stehende Augenkrankheisten*. Berlin. *Klinik Wochenschrift*, 1876, núms. 48 y 49.

Tripier. *Lésions de forme et de structure de l'utérus; leur rapports avec les affections nerveuses*. Paris, 1871.

Bricquet. *Traité de l'hystérie*. Paris, 1859.

H. Jonel. *Studies on functional nervous disorders*. Lóndres, 1870, pág. 721.

Berthier. *Les nevroses menstruelles*. Paris, 1874.

Hegar. *Castration der Frauen*. *Volkmann's Klin. Vorträge*, núms. 136, 138, 1.878, pág. 1.011.

Hegar. *Extirpation des Uterus un der Eierstocke durch die Laparotomie Anteflexio Uteri und Oophoritis chron. heftige. Menorrhagieen und Schmerzen Reflexnevrose*. *Wiener med. Presse*, núms. 14 á 17.

instrumento de exploracion, los muebles citados son poco convenientes ó es preciso modificarlos de tal suerte que es más sencillo hacer otra cosa. En efecto; si se desea practicar el tacto, la palpacion, y practicar un exámen simultáneo por la vagina, el recto y á traves de la pared abdominal cuando la mujer está echada en la cama, es preciso levantar y trasportar esta última y colocarla á la luz si el caso es un poco difícil, del mismo modo que si se quieren determinar las relaciones de un tumor abdominal con la pelvis ó si se trata de examinar los ovarios ó simplemente de aplicar el espéculo. Todos estos preparativos son de tal modo complicados, que para una exploracion delicada

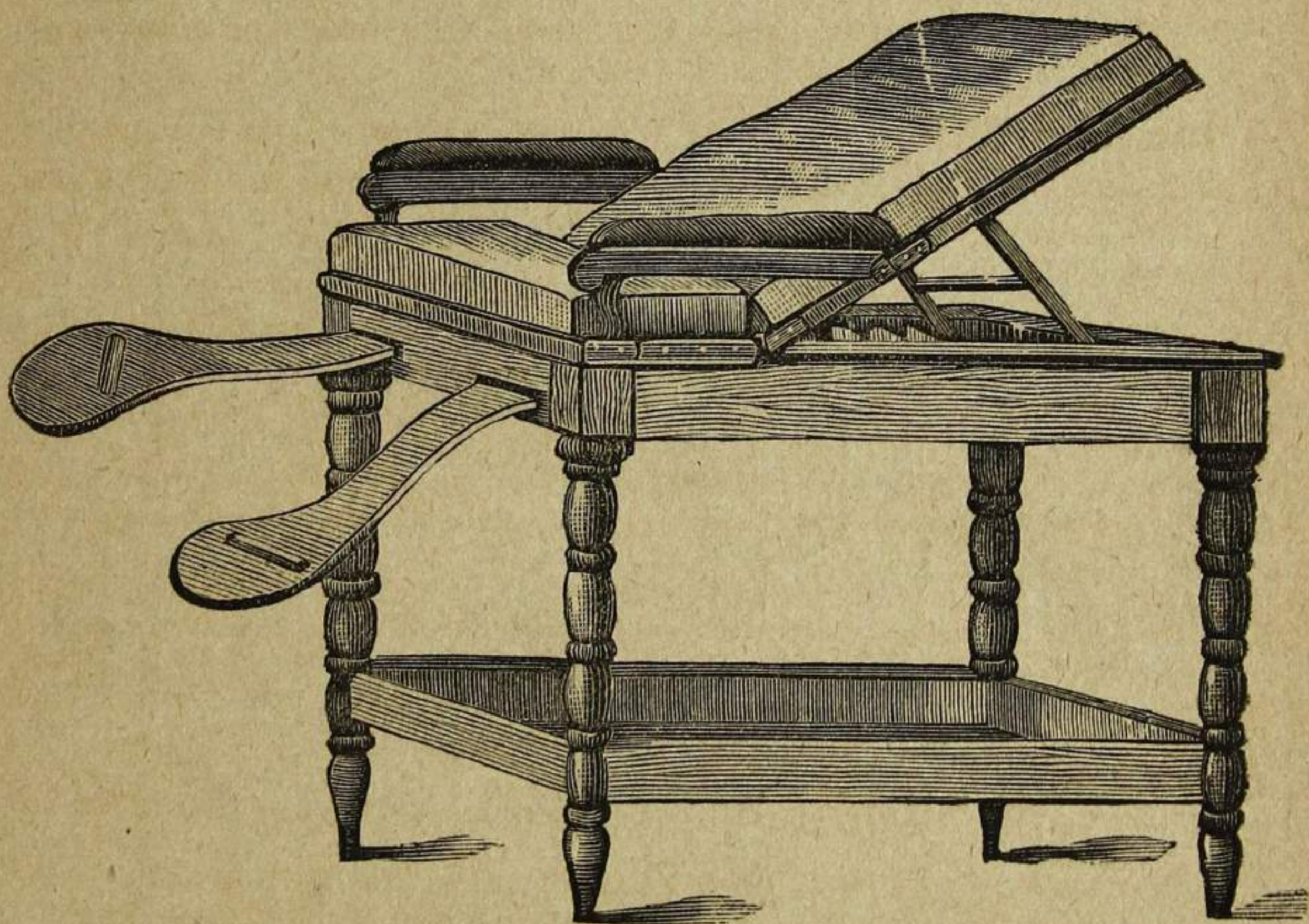


Fig. 1.

no se deberá colocar á la mujer en la cama sino cuando sea absolutamente necesario, por ejemplo si se trata de una mujer tímida ó si no se dispone de una mesa apropiada.

Una mesa rectangular de 70 á 80 centímetros de alta permite colocar á la enferma en una buena posicion para el exámen y puede servir en casi todas las operaciones. Basta cubrirla con un trozo de tela, colocando debajo un colchonete, y poner una silla á su disposicion para subir, pudiendo entónces colocar á la paciente en las diversas posiciones que convengan.

Se han ideado y construido gran número de sillones y camas para el exámen con el espéculo y para operaciones. Estos aparatos, por lo

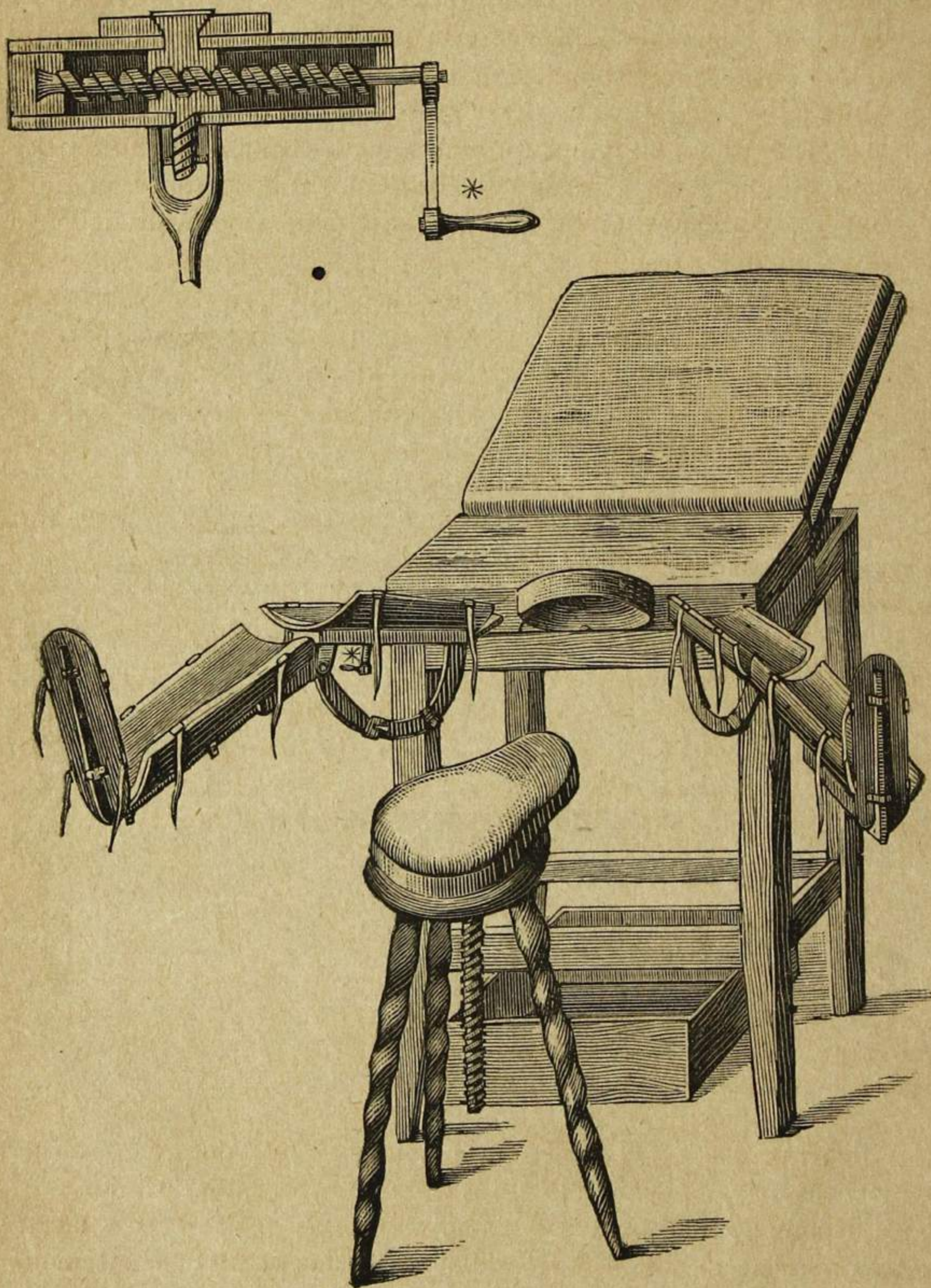


Fig. 2.

comun muy complicados, á los cuales se les ha dado la forma de un sillón, de un diván, etc., simulan frecuentemente un mueble usual;

pero cuando es preciso servirse de ellos para practicar un exámen su empleo exige tantos preparativos que ocasionan un verdadero tormento á las pacientes y determinan una pérdida de tiempo y un embarazo para el médico que tiene que montarlos.

Se pueden obtener fácilmente los resultados apetecibles con una mesa de 60 á 65 centímetros de ancha provista de un plano inclinado que pueda ser levantado á la altura que se necesite y de dos brazos y dos estribos, destinados los últimos á sostener los piés, estribos que puedan ser alargados ó acortados á voluntad. La parte de la mesa sobre la cual ha de reposar la region glútea no debe ser muy ancha, y el espacio que separe el borde anterior de la mesa del plano inclinado no habrá de pasar de 30 á 35 centímetros. Si esta distancia fuera mayor se cuidará de advertir á la enferma que debe colocarse sobre el borde y permanecer en esta situacion.

Esta mesa basta para todas las pequeñas operaciones y para las que se practican en la vulva, en la vagina, así como para las extirpaciones de pólipos, amputacion del cuello del útero, etc.

Para la laparotomía convendrá emplear una mesa sencilla, rectangular, sólida y un poco alta, al lado de la cual se coloca el operador.

La mesa de Péan es bastante cómoda para practicar la incision de la pared abdominal.

Las piernas de la enferma se colocan en dos gotieras que giran en todas direcciones, y el operador se sienta en un taburete entre los miembros de la paciente. Nosotros hemos mandado construir una mesa con arreglo á este modelo, y hemos quedado satisfechos.

Holmes. *Sins Klinik der Gebarmütter chirurg.* Segunda edicion, pág 20.

Baugartner. *Wiener Med. Wochenschrift*, 1863, núm. 37.

Hanke. *Monatschr. f. Geb.*, t. XXVI, pág. 208.

Bresgen. *Berlin Klinik Wochenschrift*, 1873, núm. 37.

En la obra de Leblond, *Traité elementaire de chirurgie gynécologique*, París, 1878, pág. 22 y siguientes, se encuentran muchos grabados relativos á sillones y mesas de espéculo, complicados, abiertos y cerrados.

Art. 3.º — Posicion del cuerpo. — Estacion.

Los ginecólogos hacen adoptar determinadas posiciones á las enfermas que han de ser objeto de sus exploraciones, posiciones que varían en los diferentes países. Así, los ingleses prefieren practicar el exámen y operar estando la mujer en decúbito lateral. En Francia, en Alemania [y en España] se hace tomar á la mujer la posicion de la talla. En América se prefiere que la enferma esté echada sobre el abdómen ó sobre el lado y el abdómen á la vez. No se puede frecuente-

mente practicar un detenido exámen sino colocando á la mujer en una posicion conveniente; ciertas posiciones facilitan singularmente el diagnóstico de determinadas enfermedades. Es preciso conocer la influencia de cada posicion sobre la situacion de los órganos, los tumores, el dolor, etc. Nosotros vamos á estudiar estas posiciones bajo el punto de vista anatómico y fisiológico, porque el médico debe ser capaz de utilizarlas todas.

Posicion de pié (1). — En la posicion de pié, si la enferma está bien constituida y es bien conformada, y si no experimenta ningun sufrimiento, la pared abdominal es ligeramente convexa hácia adelante, el dorso, á nivel de la region lumbar, es, por el contrario, moderadamente cóncavo, y convexo á nivel del pecho. La cara posterior del sacro forma solamente un pequeño ángulo con el eje vertical. Colocado un hilo á plomo sobre el punto más prominente de las apófisis espinosas de las vértebras dorsales, viene á caer sobre la parte más saliente del sacro ó un poco por detras. Una regla colocada á nivel del borde anterior de los trocánteres vendría á cortar el mango del esternon si éste se prolongara, ó pasaría un poco por detras de él. Un hilo á plomo colocado sobre la mitad de la pared lateral del tórax vendría á caer un poco por detras del borde posterior del trocánter. Examinando la pelvis se encuentra que la pared posterior de la sínfisis pubiana está dirigida en el sentido de un plano equidistante del horizontal y del vertical, formando así un ángulo de 45° con el horizonte. Las espinas ilíacas antero-superiores y los tubérculos de los pubis están casi situados en un mismo plano vertical. La extremidad del coxis está un poco más elevada que el borde inferior de la sínfisis pubiana, al contrario de lo que ocurre en las demas posiciones que puede adoptar la mujer.

Cuando la mujer se halla de pié la pared del abdómen se extiende, y aumenta la presion intraabdominal.

Segun Küstner (2) en esta posicion el fondo del útero se inclina hácia abajo, en tanto que la porcion vaginal se dirige hácia arriba y

(1) Estas descripciones se apoyan en observaciones numerosas de Hegar, inéditas aún. Nosotros hemos utilizado los conocidos trabajos de Hermann, Meyer, Nœgele, Duchenne, Schultz y Schatz.

Para los grabados hemos utilizado un corte sagital de la pelvis, que debemos á la amabilidad de nuestro colega Freund, de Strasburgo. Esta pieza anatómica había sido presentada en union de otras al Congreso de Baden. La coleccion de figuras se publicará en una Memoria de Freund.

En las figuras que siguen, la vejiga aparece vacía; sin embargo, tiene aún un volúmen bastante considerable. La parte más inferior del repliegue de Douglas contiene falsas membranas.

(2) Küstner. *Recherches sur l'influence des positions du corps sur la situation de l'uterus gravide et non gravide.* (*Arch. für Gynäkolog.*, t. XV.)

hacia atrás, se encuentra situado un poco por debajo y hacia atrás de una línea que pasara por las dos espinas ilíacas. En las púerperas, en las cuales está flácida la pared abdominal, el órgano entero se inclina ligeramente hacia atrás; en las jóvenes este movimiento es muy poco marcado. Si la vejiga está bastante distendida para impedir que el fondo del útero se dirija hacia adelante, la porción vaginal descende

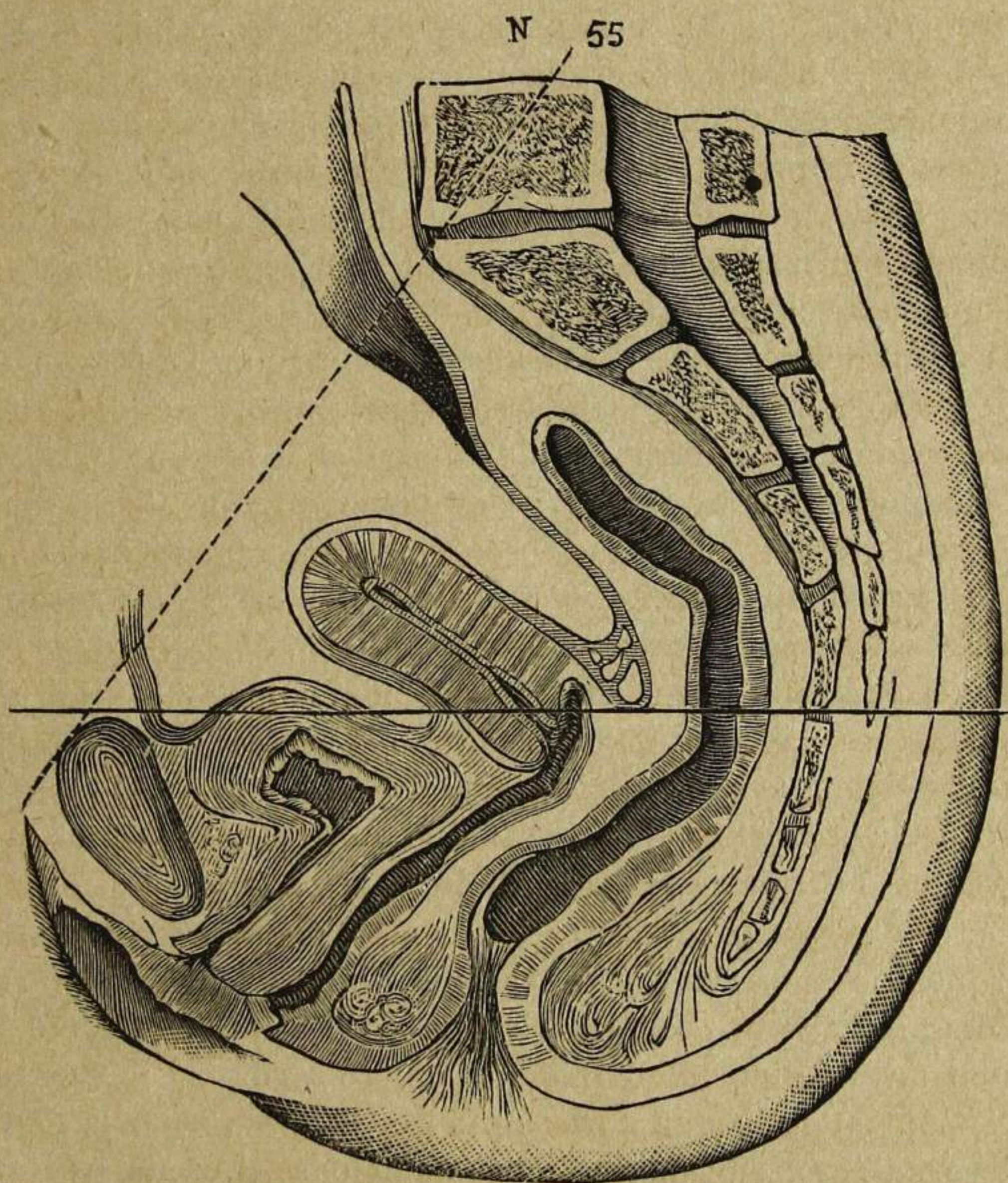


Fig. 3.—Situación de los órganos pelvianos estando la enferma en pie: *N*, plano del estrecho superior, que forma un ángulo de 55° con el horizonte.

simplemente. Cuando están relajados los ligamentos, estando el útero generalmente situado á plomo, este órgano descende, y si el cuello está fijo se exagera la anteflexion.

Los caracteres que acabamos de analizar ofrecen numerosas diferencias individuales sin salir del estado normal. Si estas diferencias son marcadas y constantes es preciso fijar su importancia. Tales son en particular una prominente salida del abdomen, una pared abdominal en forma de alforja, una curvatura de la region lumbar, una

dislocacion del tronco hácia adelante ó hácia atras, aumento ó disminucion en la inclinacion de la pelvis caracterizada por el aplastamiento de la cara posterior del sacro, por la mayor elevacion de la extremidad del coxis, por la desviacion hácia adelante de las espinas ilíacas anteriores superiores, que vienen á hacerse anteriores á un plano vertical que pasara por los tubérculos de los pubis, por la situacion de la sínfisis que se aproxima á la horizontal, etc.

Por pequeña que sea una anomalía del esqueleto, de las articulaciones ó de los músculos, por ligera que sea una peritonítis parcial ó una hinchazon del vientre y cualquiera que sea su causa, cada uno de estos estados imprime á la posicion vertical un sello que le es propio y característico, que permite reconocer estas afecciones, dependan ó no del aparato genital. Haciendo que la enferma se coloque en esta posicion se puede reconocer que tal síntoma, habitualmente producido por una afeccion del aparato sexual, debe ser atribuido á otra causa; tal es, por ejemplo, el dolor de riñones, que á veces es debido al estado de relajacion en que se encuentran los músculos abdominales.

Ciertamente que rara vez es asequible la enferma á ser examinada completamente desnuda, como sería preciso para practicar debidamente este género de exploracion. Pero levantando los vestidos se pueden obtener ciertas indicaciones sobre la situacion y configuracion de la pelvis y de la columna vertebral, y haciendo andar á la enferma pueden esclarecerse los puntos dudosos.

Esta posicion vertical presta señalados servicios cuando se quiere hacer constar la existencia ó el grado de un descenso, de un prolapso de la vagina ó del útero. Si se trata de una version ó de una flexion uterina, el exámen practicado en esta posicion reporta gran utilidad, ya porque no se observa ningun cambio, ya porque la version se acentúe ó disminuya y se produzca el prolapso. Puede verse cómo se transforma en anteversion, al explorar la enferma en posicion vertical, la retroversion observada en el decúbito dorsal. Asimismo la movilidad del útero, su peso, sus dislocaciones cuando la enferma pasa de este decúbito á aquella posicion, permiten reconocer á veces la existencia de tumores en la vecindad, de la matriz.

¿Se debe practicar la palpacion hallándose la enferma en pié? Para ello es preciso que la pared abdominal esté tan relajada como sea posible, á cuyo fin ordenaremos á la enferma que se encorve hácia adelante, apoyándose sobre una tercera persona.

Art. 4.º — Posicion del cuerpo. — Decúbito dorsal.

En Ginecología se emplea pocas veces el decúbito dorsal hallándose los miembros inferiores extendidos; si hablamos aquí de él es porque

puede considerarse como el punto de partida de todas las posiciones de que hemos de ocuparnos más adelante, que son las más frecuentemente empleadas.

Cuando una persona está acostada sobre un lecho horizontal y en decúbito supino, los puntos de apoyo del tronco están constituidos por la parte inferior de la pared posterior del sacro, la porción saliente de la región dorsal y los puntos vecinos. La curvatura lumbar es bastante pronunciada.

El abdomen forma una mediana eminencia, pero puede ser plano

N. 30

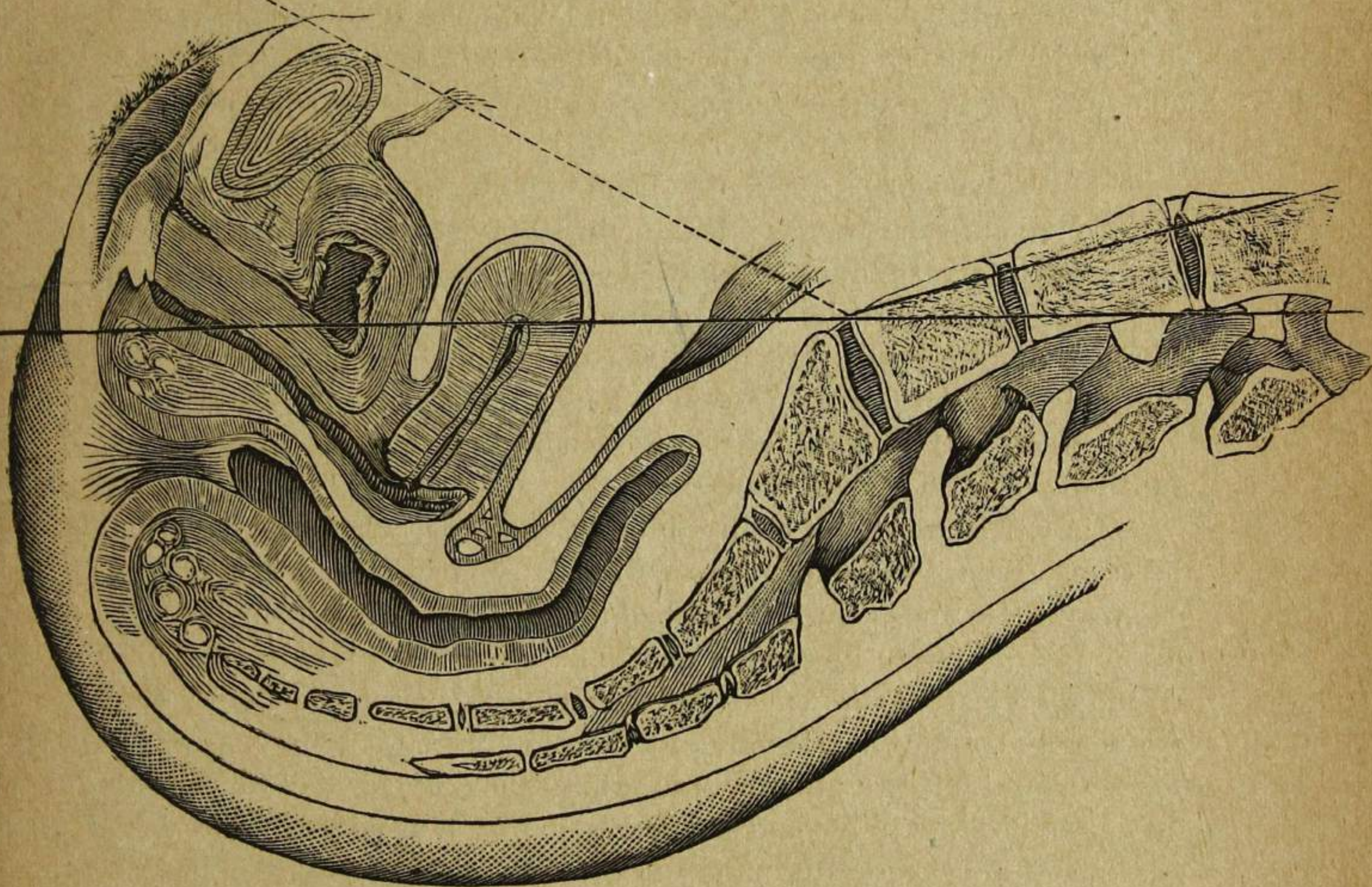


Fig. 4. — Decúbito dorsal. El plano *N* del estrecho superior forma un ángulo de 30° con el horizonte.

ó cóncavo, pudiendo asegurarse que si se observa esto último hay en él algo de anormal. El estrecho superior está limitado hacia arriba por el borde superior de la sínfisis pubiana, hacia abajo por el promontorio, dirigiéndose de arriba abajo y de delante á atrás.

La pared posterior de la sínfisis pubiana forma, como en la posición vertical, un ángulo de 45° con el horizonte, pero este ángulo tiene la abertura hacia atrás. La porción vaginal corresponde á una línea que pasase por las dos espinas isquiáticas. Las vértebras lumbares forman

con el diámetro conjugado un ángulo de 135° : el centro del cuerpo de la tercera vértebra lumbar está separado del borde superior del pubis por una distancia de 20 centímetros; al contrario de lo que acaece en la posición vertical, la pared del abdomen está poco tensa y la presión intraabdominal está manifiestamente disminuida.

Los ginecólogos utilizan el decúbito dorsal modificándole de dos maneras: 1.^a La enferma dobla las rodillas y coloca sus muslos en fuerte flexión sobre el abdomen. Cuando este movimiento es poco acentuado se produce solamente una flexión de los muslos sobre el tronco. Si, por el contrario, se lleva al *máximum* este movimiento, la pelvis se coloca en flexión sobre la columna vertebral (*decúbito dorso-sacro*). 2.^a La enferma coloca en ligera flexión los muslos y dobla las rodillas moderadamente. La parte superior del tronco está un poco elevada, de suerte que la mujer está medio sentada y medio acostada (posición de la talla).

En estas posiciones el ángulo formado por la columna vertebral y la pelvis disminuye gracias á los movimientos que se producen en los cartílagos intervertebrales y que tienen lugar así en la región lumbar como en la parte superior de la columna, según el grado de elevación de uno ó de otro punto. Las relaciones de los órganos pelvianos y abdominales se modifican, así como la tensión de la pared del abdomen y la presión intraabdominal, circunstancia muy importante bajo el punto de vista de la exploración.

Si la enferma está en el decúbito dorso-sacro (1) la parte superior del tronco reposa sobre un plano horizontal y la cabeza está sostenida solamente por una pequeña almohada. Las rodillas están dobladas y dos ayudantes pasan una mano por fuera y por debajo del muslo, viniendo á aplicarla sobre la cara interna de este último, en tanto que la otra mano, aplicada á la garganta del pié, dirige los muslos hácia la pared abdominal. Los miembros inferiores de la enferma están colocados en abducción tanto como sea necesario para poner la vulva al descubierto. Se puede en este caso emplear una mesa rectangular, sobre la cual se coloca á la mujer de manera que la vulva sobresalga un poco del borde de la mesa.

Se han ideado aparatos especiales para sujetar las extremidades; por ejemplo, se aplican al borde de la mesa dos gotieras, en las cuales se colocan las extremidades. Pero es preferible disponer de dos ayudantes que modifiquen la posición según los deseos y necesidades del operador; si se fatigasen ó si tuvieren que desempeñar otras funciones

(1) Esta posición, que Simon llama decúbito dorso-sacro, ha sido recomendada y descrita por primera vez por Dieffenbach para las operaciones de fístula vesico-vaginal. (*Operative chirurgie*, t. I, pág. 555.)

en el acto operatorio, siempre se está á tiempo de utilizar las gotieras. En esta posición la vulva está bastante elevada sobre el nivel de la mesa. El cuerpo reposa, no sobre la parte inferior de la pelvis, sino sobre la parte superior y posterior de la cresta ilíaca y sobre puntos situados aún más arriba. La inclinación de la pelvis está muy acentuada, si bien el ángulo formado por el plano del estrecho superior no mide más que 50 ó 60° y aún todavía ménos.

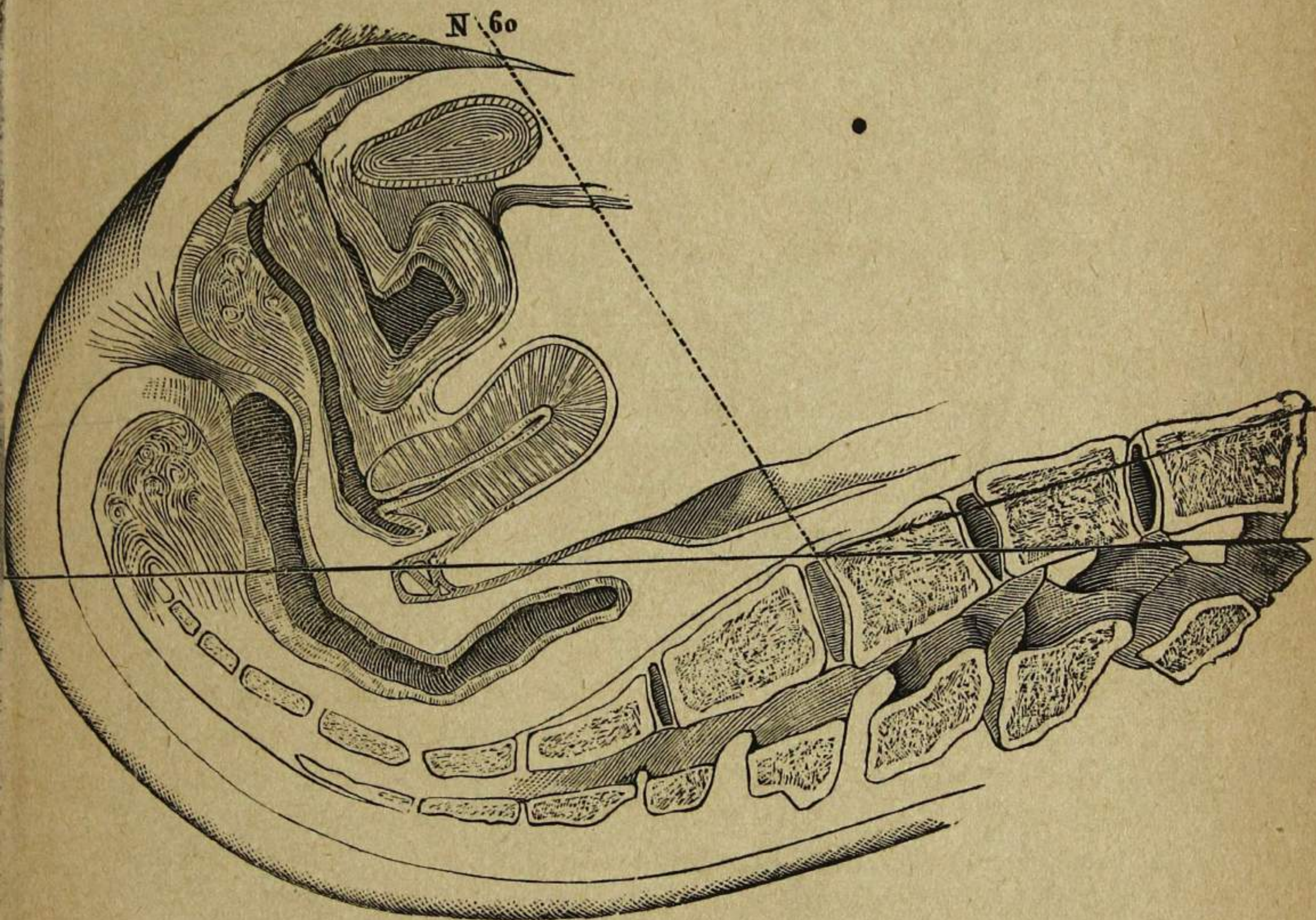


Fig. 5.—Decúbito dorso-sacro. El plano *N* del estrecho superior forma un ángulo de 60° con el horizonte.

El ángulo formado por el diámetro conjugado y las vértebras lumbares puede descender á 110°, midiendo ya 25° ménos que en el decúbito dorsal simple. La distancia que separa el pubis y la tercera vértebra lumbar está disminuida en 1 ó 2 centímetros. Hacia adelante, á consecuencia de la compresión de los cartílagos intervertebrales, la altura de la columna lumbar se halla un poco disminuida, como lo está manifiestamente la capacidad de la parte huesosa de la cavidad abdominal. La vagina se dirige de arriba abajo oblicuamente; la pared abdominal está ménos tensa y la presión intracavitaria está notablemente disminuida.

Si se exagera la flexion de los muslos sobre el abdómen la palpacion se hace difícil; pero se lleva á cabo fácilmente esta maniobra si se colocan los muslos en posicion vertical. Si la pelvis está muy elevada, si está en fuerte flexion sobre la columna vertebral, la extension de la parte ósea disminuye y la presion abdominal aumenta un poco.

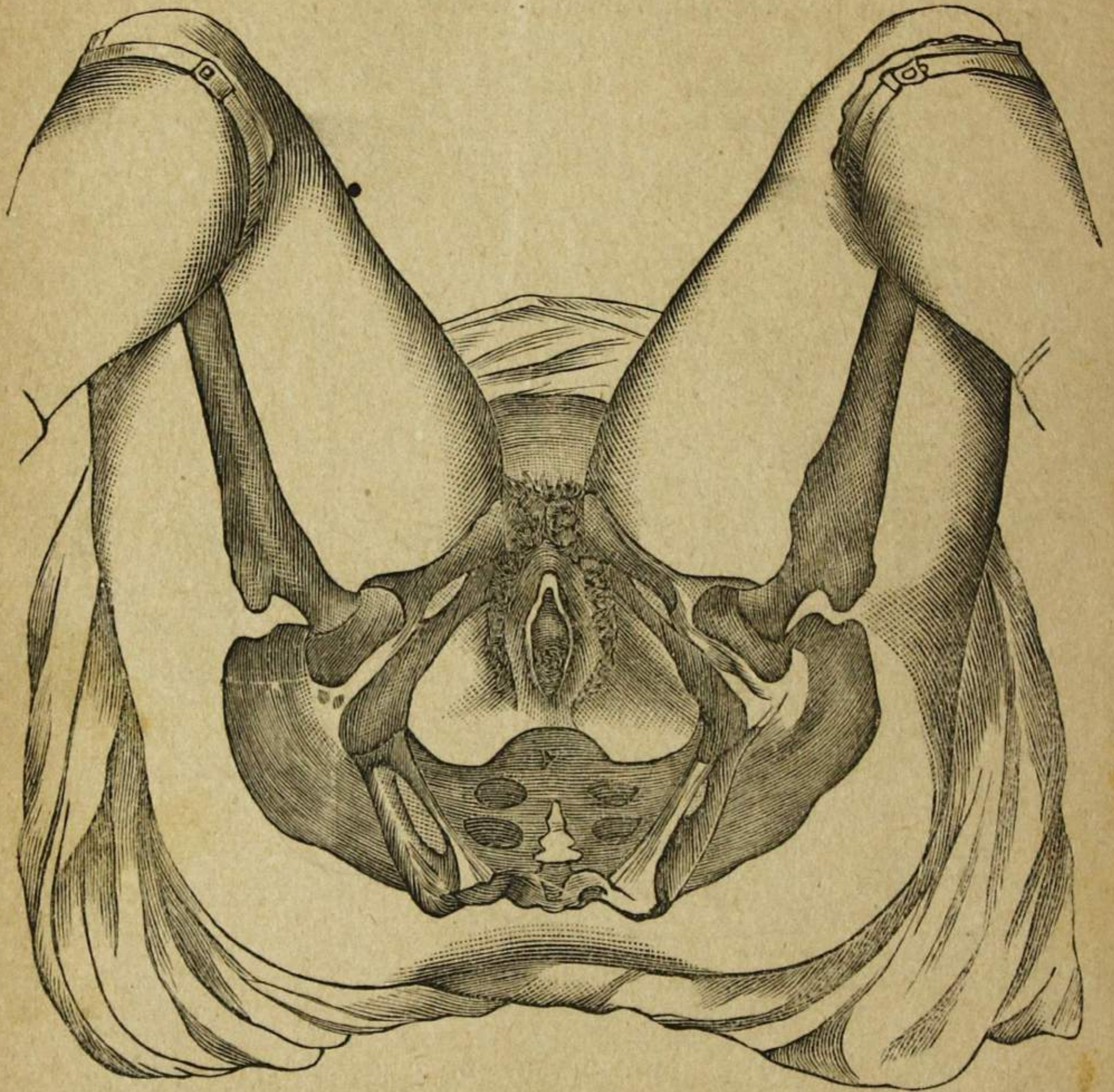


Fig. 6. — Decúbito dorso-sacro.

Esta posicion es excelente cuando se trata de medir directamente el diámetro conjugado, lo que se hace introduciendo un vástago graduado desde el borde de la sínfisis hasta el promontorio. Si se deja caer un hilo à plomo desde la extremidad de este tallo se puede medir el ángulo que forma este diámetro con la vertical. Esta posicion es igualmente ventajosa cuando se practica el tacto, cuando se trata de practicar el

exámen combinado por la vagina, el recto y la pared abdominal, y cuando se quiere ejecutar la medicion de los diámetros diagonales.

Este decúbito, más ó ménos acentuado, basta frecuentemente para casi todas las necesidades de la práctica. Para adoptarle la mujer debe estar tendida horizontalmente, con los muslos doblados fuertemente sobre el abdómen y con los piés sobre la mesa.

La segunda modificacion del decúbito dorsal, que designaremos en pocas palabras con el nombre de posicion de la talla, difiere notablemente de la anterior. Hallándose tendida horizontalmente la mujer con la parte superior del cuerpo levantada, la pelvis así como el tronco

N. 20

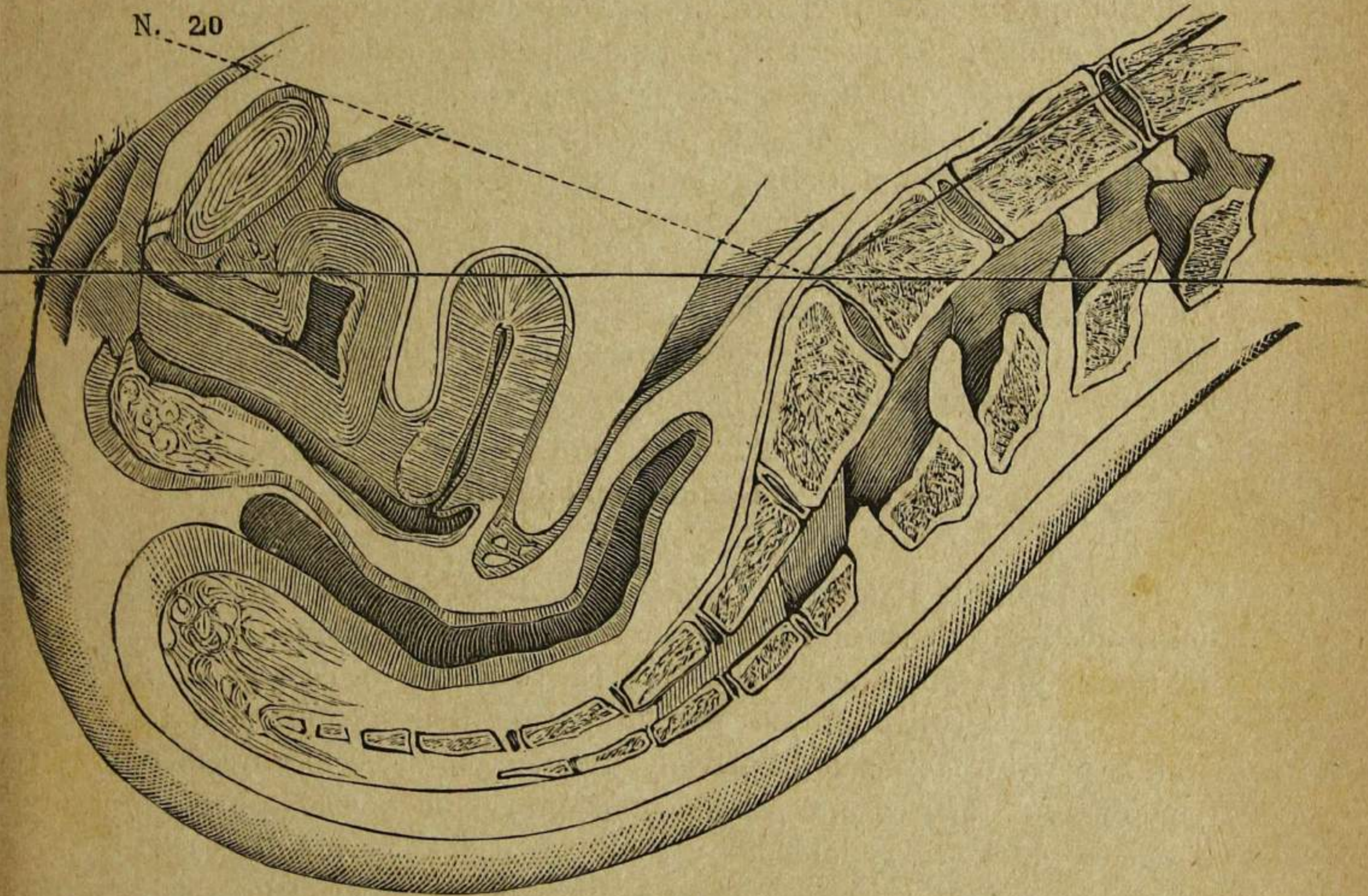


Fig. 7.—Posicion de la talla (Steinschnittlage), situacion de los órganos pelvianos. El plano *N* del estrecho superior forma con el horizonte un ángulo de 20°.

reposan sobre la parte superior y posterior de los muslos. La inclinacion de la pelvis está disminuida á consecuencia del descenso del plano del estrecho superior; la situacion de la columna vertebral en relacion con la pelvis se halla modificada. El ángulo formado por el diámetro conjugado verdadero y la columna lumbar va disminuyendo, así como la distancia que separa los pubis de las vértebras lumbares,

A consecuencia de este movimiento, y principalmente bajo la influencia del peso del tórax, peso que es tanto mayor cuanto más se eleva el tronco, la presión intraabdominal aumenta. Esta posición no es tan útil como la precedente tratándose de una exploración, sobre todo si hay necesidad de practicar la palpación abdominal.

La posición de la talla, posición en la cual la parte superior de los muslos está en flexión sobre el tronco, las rodillas dobladas y los pies elevados y en abducción, difiere mucho según el grado de elevación del tronco, el de flexión de los muslos, etc.

En la descripción de la *fig. 7* la parte superior del cuerpo reposa sobre un plano inclinado de 20° próximamente, los muslos están ligeramente aproximados al vientre, las piernas en flexión moderada y los pies, así como la pelvis y el sacro, reposan sobre un plano horizontal: esta situación es cómoda para la enferma, y, con algunas modificaciones, de uso frecuente en Obstetricia y Ginecología.

La pelvis tiene una inclinación de 20° próximamente; la columna lumbar forma con el estrecho superior un ángulo de 125°; la distancia que separa los pubis de las vértebras lumbares es inferior en un grado á la que ofrece el decúbito dorsal. La sínfisis se halla en sentido vertical y la vagina se dirige casi directamente de delante atrás y solamente un poco de arriba abajo.

Art. 5.º— Decúbito abdominal.

En el decúbito abdominal propiamente dicho, el punto de apoyo del tronco está constituido por la pared anterior del abdomen y por la del tórax, que reposan sobre el lecho. No se recurre á esta posición más que en los casos en que se trata de examinar la columna vertebral, la pared posterior de la pelvis y el dorso; pero se coloca frecuentemente á la mujer en una postura semejante en la que el tronco reposa sobre las rodillas dobladas y sobre los codos, los hombros ó la cabeza. Este decúbito ofrece algunas diferencias según el grado de flexión de los muslos y la situación de los brazos. No hablaremos más que de los casos en los cuales los muslos, dirigidos vertical ó casi verticalmente, reposan sobre un lecho horizontal. Aun en este caso se pueden describir numerosas variedades, según que el tronco descansa sobre los codos (decúbito genu-braquial propiamente dicho), según que los brazos estén perpendiculares á la mesa ó cama, ó según estén en abducción. En el primer caso la pelvis está más elevada que el tórax, acentuándose esta diferencia en el segundo caso, porque en éste toma el tórax como punto de apoyo la cabeza y está situado mucho más bajo que aquélla.

Nosotros tomaremos como tipo, tipo que cada uno puede modificar à su gusto, una posición en la cual el tórax está situado más bajo que la pelvis, pero sin exageración. La extremidad inferior de la cara posterior del sacro está dirigida hácia arriba, así como la parte posterior del periné; el ano, la parte anterior del periné y la vulva están casi en dirección vertical. El estrecho superior mira hácia el plano de la cama ó de la mesa y forma con él un ángulo de 10 á 20 grados, hallán-

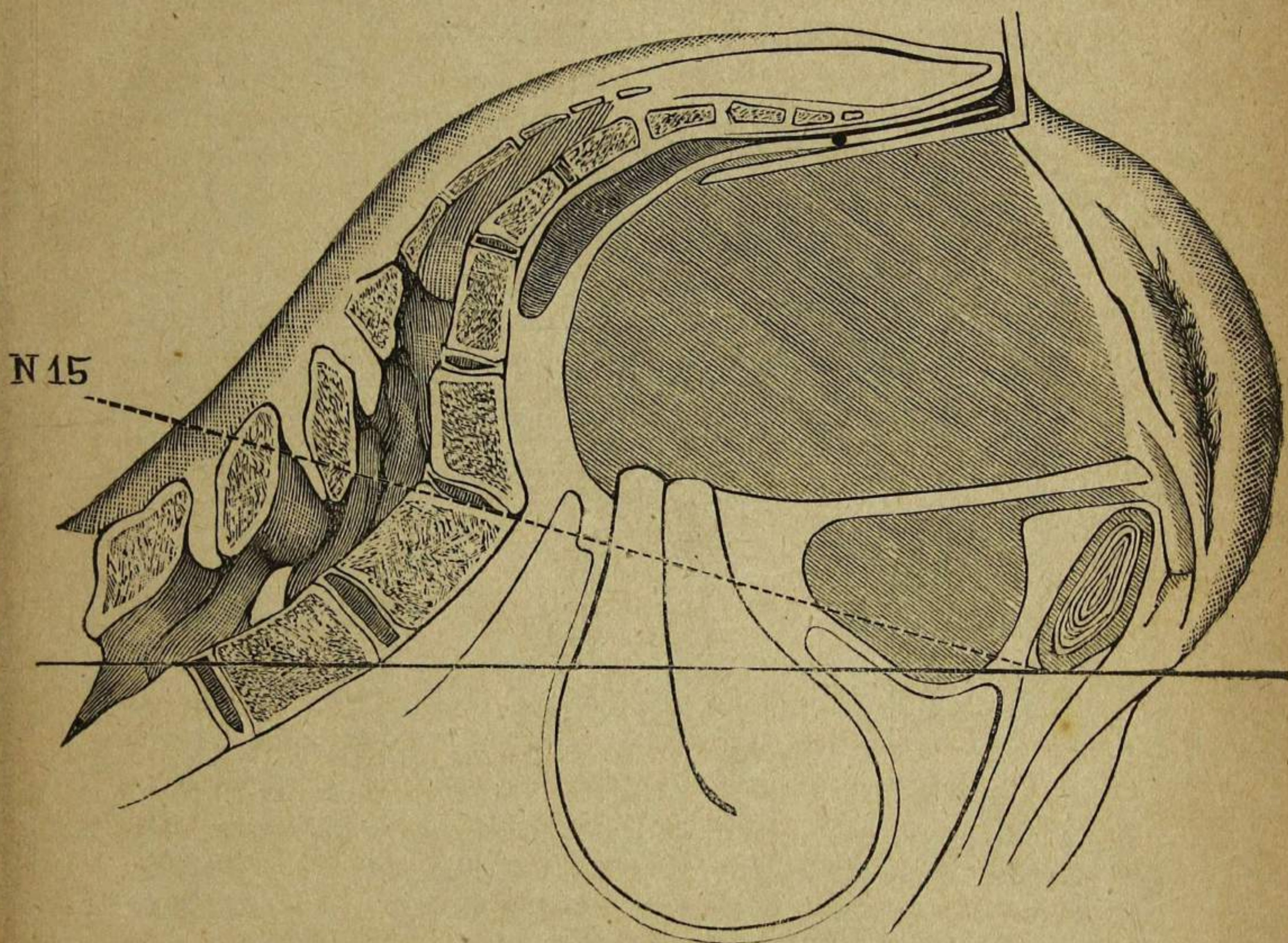


Fig. 8. — Decúbito genu-pectoral. (Esta figura es esquemática. Para figurar el útero y la vagina se ha tomado modelo de una mujer en estado puerperal, y de aquí el gran volumen del primero de estos órganos.)

dose el promontorio hácia el pubis, que está casi vertical y dirigido de arriba abajo.

El ángulo formado por las vértebras lumbares y el diámetro conjugado está notablemente disminuido; si el tórax está muy bajo, puede no ser más que de 110 grados. En esta situación los órganos situados en la base del tórax, los tegumentos abdominales y los intestinos pueden moverse por la acción de la pesantez y ejercer, si no están convenientemente sostenidos, una tracción sobre los órganos más elevados.

Si la pared abdominal no está extremadamente distendida, la presión intraabdominal desciende mucho y llega á ser comunmente inferior á la presión atmosférica; la vagina se llena entonces de aire si el orificio vulvar no es muy estrecho y no están adaptados los unos contra los otros los pliegues vaginales. Si el esfínter anal está relajado ó desgarrado, el aire penetra igualmente en el recto. Si se introduce un ca-

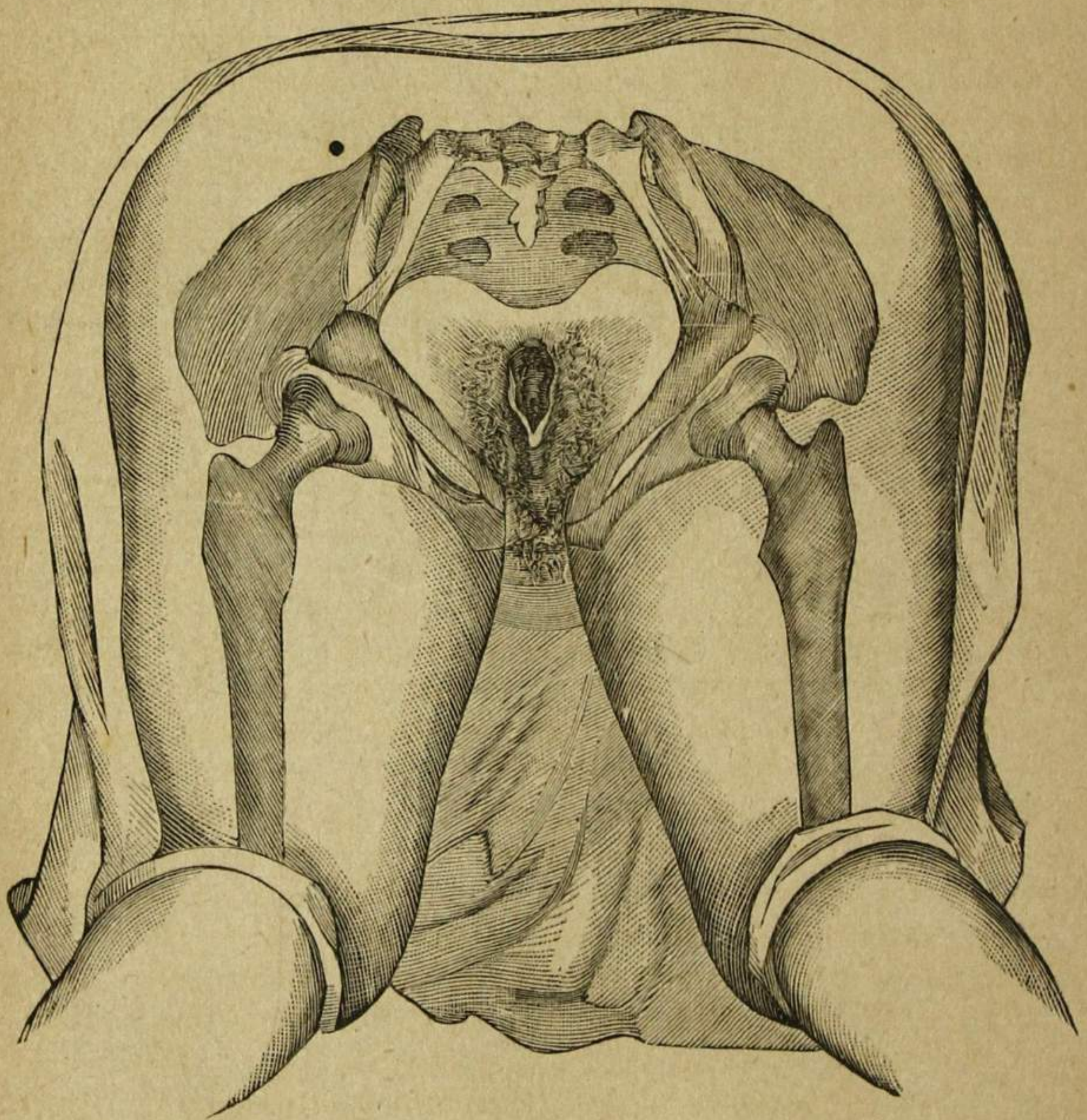


Fig. 9.— Decúbito genu-pectoral.

téter en la vejiga, el aire se precipita también en este reservorio con un ruido especial perceptible, no saliendo ni una gota de líquido si aquél está lleno de orina. El cuerpo del útero es acarreado en la cavidad abdominal, viniendo á colocarse la porción vaginal cerca del promontorio y avanzando frecuentemente fuera de la pelvis menor. Levantado el periné con un espéculo univalvo, se ve que la pared vaginal anterior

es horizontal, mejor dicho, ligeramente oblicua hácia abajo, en tanto que la porcion vaginal del útero se aproxima á la base del sacro. Es preciso tener en cuenta en este decúbito los movimientos respiratorios y el grado de tension de la pared abdominal.

Esta posicion no conviene indiferentemente en todos los casos. Acaso por hallarse disminuida la presion intraabdominal, la palpacion es dificil porque la mano tiene que levantar la pared y los órganos abdominales. En ciertos casos, sin embargo, esta posicion es excelente. Gracias á ella puede apreciarse un tumor situado profundamente en el abdómen, porque su propio peso le obliga á dislocarse y se hace de esta suerte más accesible. Pueden obtenerse datos muy instructivos estudiando la manera de dislocarse un órgano ó un tumor cuando la paciente adopta el decúbito genu-pectoral.

El útero, por ejemplo, cuando se halla fuertemente enclavado en un tumor, puede quedar más libre, móvil y accesible descendiendo este último. Esta posicion hace más fácil á veces la exploracion de los fondos de saco vaginales y se obtienen de ella excelentes resultados cuando es dificil rellenar de líquido la vejiga y el recto. Cuando se quiere reducir una retroversion ó una retroflexion, es conveniente y á veces necesario colocar á la enferma en decúbito genu-pectoral, haciendo éste más fácil la operacion por poderse llenar de aire los dos receptáculos, vagina y recto. Campbell ha llamado recientemente la atencion sobre este punto, como tambien otros autores, recomendando el decúbito genu-pectoral y la dilatacion de la vagina y del útero por el aire como el único método, como el solo método que asegura la reposicion ántes de la aplicacion de pesarios y que mantiene el órgano en su situacion normal cuando se han empleado otros métodos de reduccion. Aunque el pesario esté colocado es frecuentemente ventajoso hacer tomar momentáneamente esta posicion y dilatar la vagina por medio del aire. En los casos ligeros basta por sí sola esta posicion, siendo útil en los casos graves en los cuales las circunstancias no permiten recurrir al empleo de pesarios. Campbell ha hecho construir un instrumento que tiene la forma de un espéculo y que las enfermas, despues de haber adoptado la posicion genu-pectoral, pueden introducir ellas mismas en su vagina, pudiendo de esta suerte penetrar el aire en este canal.

Las enfermas deben practicar esta maniobra por la noche, en la cama, al tiempo de acostarse, y así podrán pasar la noche más tranquila.

Campbell. *Resume of a Report on Position Pneumatic Pressure and Mechanical appliance in Uterine displacements.* — *Atlanta med. and Sur Journal*, Junio, 1875. — *Transact of the american Gyneec. Society*, t. I, 1877, pág. 198.

Treuholme. *The Value of the Viodge Pessary in Retroflexion, etc.* — *The obst. Journal of great. Brit. and Ireland*, 1879, núm. 81 dec., pág. 545.

Art. 6.º — Decúbito lateral y latero-abdominal.

Para estas posiciones basta que la enferma esté tendida sobre un plano horizontal suficientemente elevado.

En el decúbito lateral el tronco reposa sobre las crestas ilíacas y los hombros. La cabeza puede estar elevada por una almohada, pero que no debe elevar el tórax. El orificio vulvar, colocado al borde de la tabla, aparece cuando la mujer dobla los muslos contra la pared abdominal; las piernas también deben estar en semiflexión. Esta posición es generalmente incómoda para la mujer si se prolonga mucho tiempo; las enfermas intentan levantar la pelvis del borde de la mesa á fin de apoyar sobre ellas sus piernas, disminuyendo el grado de flexión de éstas. Para obviar este inconveniente se colocan las extremidades inferiores sobre una silla, un taburete, ó mejor, se hace cargo de ellas un ayudante para sostenerlas. Es una precaución necesaria si la operación ha de durar mucho tiempo. Si el tronco está en dirección perpendicular al borde de la mesa y frente á la ventana, la vulva no está colocada en dirección á la luz; debe colocarse el tronco oblicuamente con relación al borde de la mesa, ó colocar ésta en dirección oblicua con relación al hueco por donde penetre la luz.

En el decúbito lateral el plano del estrecho superior está casi vertical. Una de las caras laterales de la excavación está dirigida hácia arriba, la otra hácia abajo, y las vértebras en gran flexión sobre la pelvis. La presión intraabdominal está disminuida y puede ser inferior á la presión atmosférica.

El decúbito lateral presta excelentes servicios cuando se trata de aplicar un espéculo univalvo. La enferma puede echarse sobre el lado derecho ó sobre el izquierdo. Fuera de este caso, semejante decúbito ofrece muy pocas ventajas. Cuando se practican la palpación ó la percusión abdominales es, sin embargo, necesario obligar á la enferma á que se eche de uno y de otro lado para poder apreciar mejor las modificaciones del sonido, de la fluctuación y de la movilidad de los tumores. En esta posición puede practicarse con facilidad suma la palpación de la región lumbar y de los hipocondrios. Lo más frecuentemente la enferma se echa del lado que el profesor se propone examinar, y así, el tumor ó el órgano hipertrofiado viene á caer por su propio peso en la mano del explorador.

El decúbito latero-abdominal ó posición de Sims (fig. 10) es una posición intermedia entre el decúbito abdominal y el lateral.

La cama, el cuerpo y las extremidades inferiores se disponen y colocan como en el decúbito lateral; pero la enferma, colocando su brazo inferior contra el pecho y haciendo descender todo lo posible el

hombro superior, describe una curva con el tronco siguiendo su propio eje, y la cara anterior del tórax, así como la del abdomen, vienen á colocarse mirando hácia abajo. La pelvis sigue este movimiento. El estrecho superior no está en un plano vertical, pero forma con el horizonte un ángulo considerable. Mira un poco hácia abajo, en tanto que la cara posterior del sacro está dirigida hácia arriba; por consecuencia, la pared posterior de la vagina mira hácia arriba, en tanto que la anterior, atraída por la pared abdominal y por las vísceras, se dirige hácia abajo. A veces este resultado no es tan marcado como en el

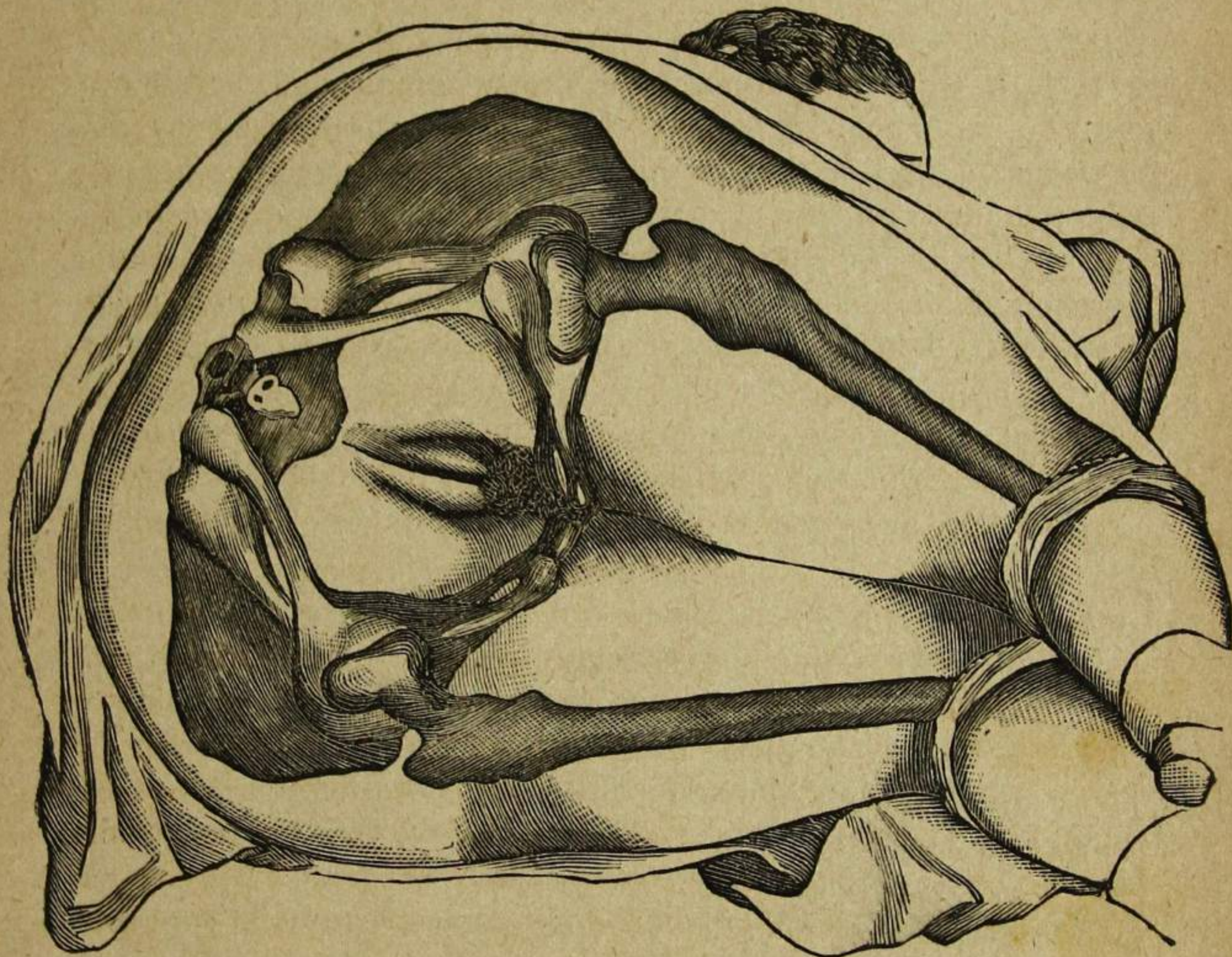


Fig. 10.—Decúbito latero-abdominal ó posición de Sims.

decúbito genu-braquial ó en las posiciones análogas, porque aquí el tórax está situado á la misma altura que la pelvis ó un poco menos elevado.

La presión abdominal es ménos considerable que en los decúbitos dorsal ó lateral, pero es mayor que en el abdominal propiamente dicho, aunque frecuentemente es inferior á la presión atmosférica. También la vagina se llena espontáneamente de aire, y si se separan las paredes vaginales el aire penetra en mayor cantidad que lo que permite la simple dilatación de este canal. En este decúbito, si la en-

ferma está agitada ó inquieta, se ve á la pared vaginal anterior levantarse y descender á cada movimiento respiratorio, cuyo ascenso y descenso pueden trastornar la exploracion.

Se recomienda principalmente recurrir á la posicion de Sims cuando se trata de hacer un exámen ocular con espéculo univalvo, en cuyo caso es excelente, no ofreciendo ninguna ventaja en los demas.

Art. 7.º — De la anestesia.

Indicaciones de la anestesia. — Frecuentemente hay necesidad de practicar la anestesia aun para una simple exploracion. Ciertas afecciones de los órganos genitales externos, del meato urinario, del ano, tales como las fisuras, los papilomas, el vaginismo, el espasmo del esfínter, pueden impedir ó dificultar notablemente toda exploracion si no se anestesia previamente á la enferma. Algunas veces hasta la palpacion abdominal puede hacerse difícil y aun impracticable, á consecuencia del dolor provocado, si existe una hiperestesia ó un estado de irritacion peritoneal.

Ciertos procedimientos exploratorios, tales como el exámen manual de la vejiga y del recto, son por sí mismos muy dolorosos; bien es cierto que estos métodos son muy rara vez empleados, ó no se emplean jamás.

En las jóvenes la sensibilidad es tal que debemos casi siempre recurrir á la anestesia, que por otra parte nos ofrece la ventaja de ofender ménos el pudor de la paciente. Además la anestesia nos proporciona la relajacion completa de los músculos y sobre todo la de los que constituyen la pared abdominal. Hay enfermas muy impresionables, irritables, otras poco inteligentes é incapaces de seguir la recomendacion del profesor, que no saben ó no pueden suspender su respiracion. En otras mujeres, en fin, la pared del abdómen es dura, gruesa, resistente, y si se quiere practicar una exploracion y obtener de ella algun resultado práctico, es preciso que dicha pared esté blanda y fácilmente depresible. En todos estos casos debemos recurrir á la anestesia.

Asimismo se apelará al empleo de los anestésicos en las mujeres nerviosas y sobreexcitadas cuando se haya de practicar alguna operacion aunque sea poco ó nada dolorosa. La anestesia proporciona el reposo necesario para poner al descubierto el campo operatorio y operar. Tambien debemos recurrir á ella cuando se trate de practicar alguna operacion sobre el cuello uterino si existe una fisura por pequeña que sea ó un punto doloroso á nivel de los órganos genitales externos.

Pero lo más frecuente es que esté indicada la anestesia porque la operacion sea dolorosa por sí misma. En todas las operaciones que

se practiquen sobre los órganos genitales externos, sobre la vulva, el meato urinario ó sus inmediaciones, el ano, en todas las laparotomías, etcétera, si no se practica la anestesia, la operacion puede hacerse imposible ó peligrosa. La enferma puede, en efecto, sucumbir á los fenómenos del choque traumático ó sufrir trastornos nerviosos, delirio ó una excitacion cerebral muy intensa, cuando tiene que soportar dolores muy vivos.

Contraindicaciones de la anestesia. — Las contraindicaciones absolutas de la anestesia son muy raras; podemos algunas veces considerar como tales la degeneracion grasosa del corazon; las lesiones valvulares de este órgano parece, por el contrario de lo que se creía tiempos atras, que tienen ménos importancia á este respecto; el estado del músculo cardíaco domina la situacion. La presencia ó la ausencia de lesiones valvulares sólo tiene una importancia secundaria; pero nosotros debemos llamar la atencion acerca de la que tienen las modificaciones patológicas que pudieran existir en las paredes arteriales, de tal suerte que el ateroma arterial avanzado aumenta por lo ménos el peligro de la anestesia. Las afecciones de los órganos respiratorios (derrames pleuríticos, catarro crónico con enfisema, tumores ganglionares que compriman las vías aéreas, etc.) pueden contraindicar tambien la anestesia. En estos casos es frecuentemente inútil plantear el problema porque estas afecciones y todas las que les son análogas pueden por sí solas, cuando son graves, contraindicar la operacion. Pero si no tuviesen gravedad bastante para contraindicar la operacion, se obraría muy cuerdamente consultando la opinion de un especialista en las enfermedades del aparato circulatorio.

Nosotros hemos obtenido de esta suerte consejos importantes y de mucha estima dirigiéndonos á nuestro sabio colega Baümler.

A estas contraindicaciones podemos añadir la anemia grave ocasionada por hemorragias, trastornos de la digestion ó por la enfermedad misma que provoque nuestra intervencion, etc. Decididamente el problema es muy delicado: en este caso, en efecto, si dejamos de operar, la mujer morirá fatalmente cuando pudiera curarse mediante la intervencion operatoria. Deberemos, pues, ántes de decidirnos, examinar atentamente: 1.º, el grado de debilidad de la enferma; 2.º, la influencia desventajosa que pudieran tener la anestesia y la operacion (duracion, hemorragia, traumatismo), porque es preciso tener en cuenta, no solamente los efectos de la anestesia, sino tambien los de la intervencion quirúrgica: obrando de esta suerte nos será posible orientarnos y adoptar una resolucio con conocimiento de causa. Debemos mostrarnos muy prudentes cuando exista una marcada tendencia á los sínco pes, sobre todo si este accidente parece no ser de origen nervioso.

Recientemente se han referido casos en los cuales algun tiempo

después de la anestesia por el éter ó por el cloroformo ha sobrevenido la muerte en un estado de anuria completa. Las enfermas á quienes se refieren estaban afectadas de degeneracion de los riñones. Esta es una circunstancia que no debemos olvidar.

Eleccion de los anestésicos y manual operatorio.—La eleccion del agente anestésico es muy importante. Nosotros no estudiaremos aquí más que el cloroformo y el éter. Pero en este estudio debemos examinar, no solamente la accion fisiológica de cada uno de estos cuerpos, sino tambien la técnica de la anestesia, que varía segun el agente que se emplea. Con respecto al primer punto no debe olvidarse, cuando se trate de decidir la eleccion, que el cloroformo disminuye la energia cardíaca y disminuye la presion sanguínea, efectos que no provoca el éter. Empleando este agente se observa á veces aumento de presion sanguínea, sobre todo si la anestesia no se prolonga demasiado. Se puede seguir paso á paso la accion del éter sobre el corazon, en tanto que los fenómenos que en este aparato determina el cloroformo se presentan súbita y bruscamente, sin haber podido sospecharlo: la muerte por síncope es bastante frecuente cuando se emplea el último. En cuanto á los accidentes asfíxicos — que son bastante menos peligrosos — no hay diferencia de ningun género en la frecuencia con que uno y otro los determinan. El éter produce un efecto que se presenta muy marcado en algunos individuos: nos referimos á la secrecion profusa y casi siempre desagradable de las glándulas salivares y de la mucosa bronquial.

Por lo que respecta á los accidentes consecutivos, vómitos, cefalalgia y depresion de fuerzas, son en general menos pronunciados empleando el éter que haciendo uso del cloroformo. Hemos experimentado durante largo tiempo el cloruro de metileno, sin que hayamos podido encontrar en él ninguna ventaja. Nosotros, pues, preferimos el éter en las operaciones de larga duracion, sobre todo cuando las mujeres son débiles ó están exangües. En apoyo de nuestra opinion citaremos, entre otros, los hechos siguientes: hemos visto enfermas afectadas de síncope debido al cloroformo é independiente de la operacion, porque pudimos continuarla más tarde sin accidente alguno valiéndonos del éter para la anestesia; en ciertos casos nos ha bastado sustituir el cloroformo por el éter para poder terminar la operacion. No hemos experimentado jamás el empleo combinado de ambos agentes. Sin embargo, debemos hacer constar que si se emplean alternativamente debe comenzarse por el cloroformo para poder continuar por el éter; si se siguiera un orden inverso, hallándose aniquilado por el cloroformo el poder reflejo que provocan los movimientos respiratorios, nos expondríamos á ver aparecer síntomas graves de asfixia debidos á la hipersecrecion bronquial determinada por el éter.

¿Hasta qué grado debe llegar la anestesia? — Los autores opinan de diversa manera á este respecto. Unos pretenden que la anestesia debe ser bastante profunda para que todos los movimientos reflejos desaparezcan casi completamente; otros, por el contrario, no van tan léjos. Todo depende, en efecto, de las circunstancias del caso particular de que se trate. A veces cierta sensibilidad refleja puede ser útil, en ocasiones puede ser peligrosa para la marcha de la operacion y áun para la vida de la enferma. Recordemos solamente, cuando durante la laparotomía la anestesia es incompleta, cuán perjudicial es la aparicion de esfuerzos ó de espasmos de la glótis que tan fácilmente sobrevienen cuando se toca á órganos muy sensibles. Recordemos, por otra parte, los peligros á que puede dar lugar la ausencia completa de poder reflejo cuando el *mucus* ó un cuerpo extraño penetran en las vías aéreas. En general nosotros preferimos obtener la anestesia completa, sin perder de vista la última consideracion expuesta.

En cuanto á los cuidados, al manual operatorio y á los socorros que deben prestarse cuando sobrevienen accidentes por la anestesia, no haremos más que algunas consideraciones generales porque no es éste el lugar oportuno de tratar á fondo esta cuestion.

Si se emplea el éter, la cabeza de la enferma debe estar elevada; si se hace uso del cloroformo, por el contrario, ó sobre el mismo plano que el tronco ó más baja.

Un ayudante ejercitado deberá encargarse de practicar la anestesia y esta operacion será su único cometido. Tendrá á su alcance un depresor lingual, una pinza para la lengua, un porta-esponjas y una esponjita fija en la extremidad de éste, con ayuda de la cual pueda limpiar la cámara posterior de la boca. Si se hace uso del éter es indispensable esta precaucion. El ayudante tendrá ademas á su disposicion una jeringuilla de Pravaz y tintura de almizcle.

Para administrar el cloroformo se emplea algunas veces el nuevo aparato de Junker, que en su origen fué construido para administrar el cloruro de metileno. Consiste en un tubo cilíndrico de cristal, graduado, en el cual se coloca el líquido.

Mediante un gancho de que va provisto en su parte superior, el ayudante le fija á un boton de su levita. A cada inspiracion de la enferma el ayudante oprime una pera de cautchuc, en la cual termina un tubo que se halla en comunicacion con el vaso de cristal, dejando inmediatamente despues que la cavidad de la pera vuelva á llenarse del aire que penetra en su interior por una abertura de que va provista. De esta suerte el aire que penetra en el cilindro lleno del líquido anestésico se mezcla con éste, y ambos, atravesando otro tubo de goma tambien en comunicacion con el interior del vaso de cristal, van á parar á una careta que cubre la nariz y la boca de la enferma. Esta careta

presenta además una abertura por la cual pueden escaparse el aire espirado y la mezcla gaseosa. Se regula la operación oprimiendo más ó ménos la pera de cautchuc y separando de tiempo en tiempo la careta. Con este aparato se obtiene la anestesia gastando muy poco líquido.

Para administrar el cloroformo nos parece suficiente el aparato ordinario formado por un soporte de alambre cubierto de tela, á la cual se fija un poco de algodón en rama.

Para administrar el éter el aparato debe ser más complicado; nosotros nos servimos del de Clover. Su manejo es fácil y su autor no ha exagerado al afirmar que bastan cuatro ó cinco minutos para que se efectúe la anestesia. Ésta se obtiene difícilmente cuando las enfermas no son inteligentes ó faltas de buena voluntad. Pero aún en estos casos este método es el mejor. Según nuestra experiencia, ya larga en este asunto, cuando se emplea el éter podemos recomendar los aparatos más sencillos, tales como un cuerno hecho de fieltro cubierto con una tela

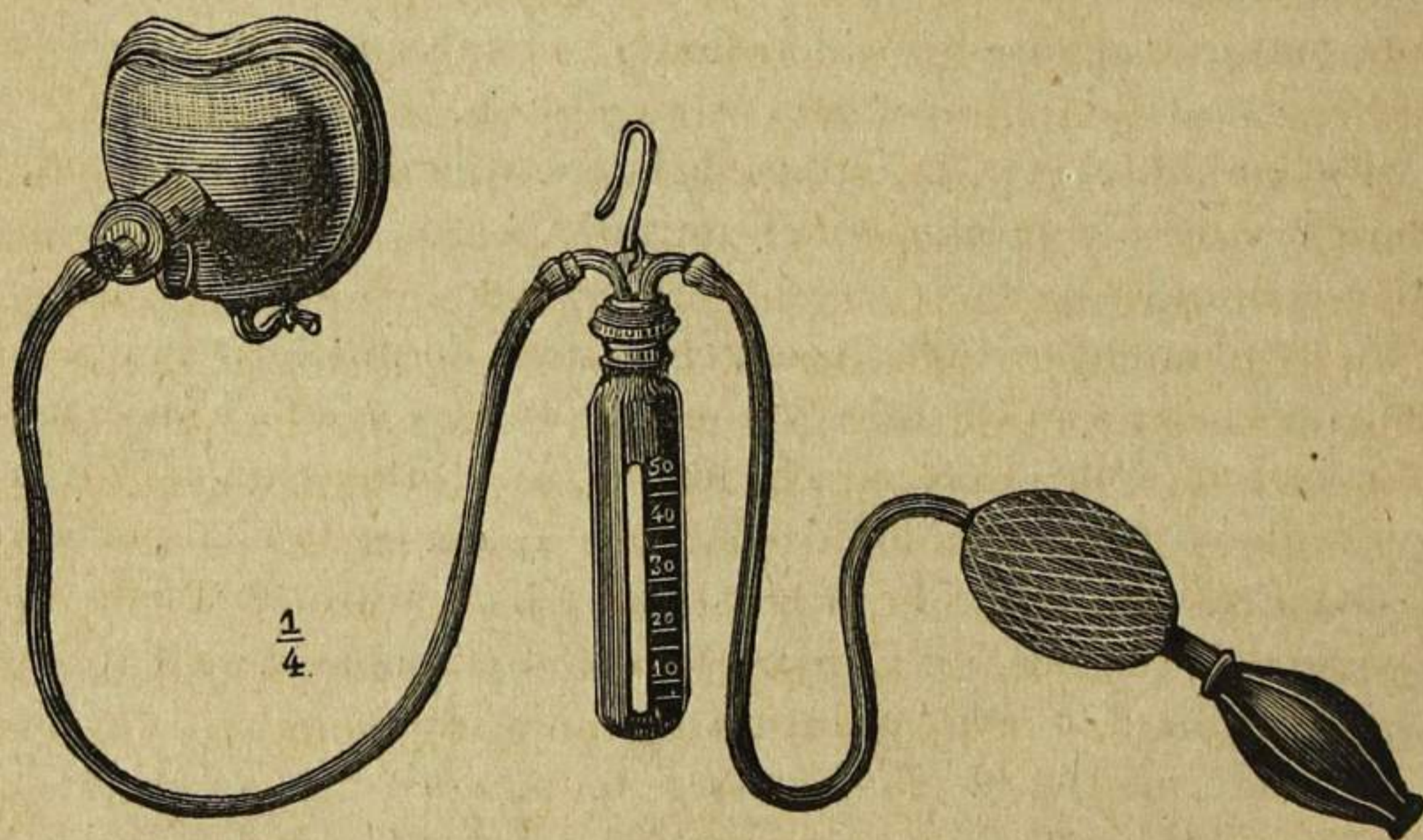


Fig. 11.

impermeable, etc. Por este procedimiento se emplea una gran cantidad de éter, y la evaporación es tal, que profesor, ayudantes y asistentes á la operación sufren los efectos del anestésico; así, pues, es preciso que cuando se haga uso de él sea espacioso y bien ventilado el local donde se opera. El éter debe ser puro, completamente anhidro, sin cuyo requisito la anestesia se produce más lentamente.

[La anestesia en Ginecología, especialmente como medio auxiliar de diagnóstico y aún en su aplicación á operaciones no muy cruentas, ha tomado un nuevo aspecto desde que se ha generalizado el empleo de la cocaína como anestésico local

Ya en 1884 dió cuenta el Dr. Polk, de New-York, de dos observaciones en las cuales había empleado la cocaina como anestésico local para practicar la sutura del cuello uterino (*New-York Medical Record*, 1.º de Noviembre de 1884). Casi al mismo tiempo Fränkel, de Breslau, publica en el *Centralblatt für Gynäkologie* un curioso trabajo, titulado: *De la cocaina como medio de anestesia de la mucosa de los órganos genitales en la mujer*; trabajo que contiene varias observaciones, de las cuales deduce que el clorhidrato de cocaina puede emplearse para obtener la anestesia local con el fin de practicar la cauterización de la mucosa vulvo-vaginal, así como para las extirpaciones de pequeñas neoplasias que tengan su asiento en el canal genital ó en la uretra.

Más tarde, Thomas, también de New-York, preconiza los efectos de este medicamento como anestésico local en la exploración de las enfermedades sexuales de la mujer y en todas aquellas operaciones en que no hay necesidad de lesionar muy profundamente los tejidos, toda vez que la anestesia que provoca es casi superficial. Desde entonces se ha generalizado el procedimiento, y bien puede asegurarse que hoy para el exámen ginecológico no se emplean los anestésicos generales, sino la anestesia local obtenida por sencillas aplicaciones de cocaina.

El medio de emplearla es sencillo en demasía: lavadas perfectamente la vagina y la porción vaginal del cuello, se practican embrocaciones en estos órganos mediante un pincel empapado en una disolución de clorhidrato de cocaina al 4 por 100, repitiendo esta operación cada tres ó cuatro minutos, y á la tercera ó cuarta se ha obtenido una anestesia local suficiente para practicar un reconocimiento detenido sin experimentar la enferma un solo dolor y para practicar pequeñas aunque delicadas operaciones, pudiendo también emplearse en inyección hipodérmica, inyectando un gramo de la expresada solución en un sitio inmediato al en que se haya de reconocer ú operar. — *M. G. de S.*

Véase un buen estudio sobre la acción del cloroformo y del éter. — Krapeler. *Anesthetica*. Stuttgard, 1880.

Art. 8.º — Método de exámen. — Division.

Un exámen clínico puede hacerse con y sin instrumentos. La inspección de las partes superficiales, el tacto vaginal, el rectal y el exámen combinado, palpación por la pared del abdomen, la vagina y el recto, se practican sin instrumentos.

Entre los casos que pueden necesitarse éstos citaremos el exámen de la uretra, de la vagina, del recto y de la vejiga y el trozo de la porción vaginal del cuello uterino.

CAPÍTULO II

EXÁMEN CLÍNICO SIN INSTRUMENTOS

Artículo 1.º—Inspeccion.

De la inspeccion se obtienen datos muy importantes cuando se examina á la enferma completamente desnuda, ya se halle en pié ó ya echada. Se reconocen á simple vista las deformaciones del esqueleto, principalmente las de la columna vertebral, las de la pelvis, las de las extremidades inferiores, las modificaciones que ofrezca en el modo de andar y en la estacion, la pigmentacion de la piel, los cambios experimentados en los pechos (aumento de volúmen, desarrollo de la red venosa, turgencia de los pezones, grado de pigmentacion de la aréola, prominencia de las glándulas sebáceas). Se aprecia la convexidad ó concavidad de la pared abdominal y su mayor ó menor simetria. Se observa el estado del ombligo, la pigmentacion de la línea alba, las cicatrices, el desarrollo de las venas. Se aprecia si la pared abdominal presenta alguna eminencia, el influjo que sobre ella ejercen los movimientos respiratorios en las diferentes posiciones que la enferma adopte, si la expresada pared ofrece movimientos de elevacion y depresion isócronos con los latidos cardíacos. Se observan las contracciones de los músculos abdominales, se reconoce la presencia de partes fetales, la existencia de los movimientos del nuevo sér y se distinguen los movimientos intestinales. Finalmente, por la simple inspeccion se aprecia el estado de flacidez ó de tension de la pared abdominal.

Si se pretende examinar los órganos genitales externos ó las regiones vecinas, basta obligar á la enferma á que adopte la posicion de la talla. Pueden observarse tambien las lesiones de los miembros inferiores (deformacion, várices, edema), la coloracion, las heridas de las ingles, el estado del ano (prolapso rectal, pliegues de la mucosa, nudo-

sidades hemorroidales, fisuras, condilomas), el estado del periné, el del monte de Venus. Puede apreciarse el estado de la vulva, el volumen, la falta de consistencia ó la turgencia de los labios, sus diferencias de magnitud, el edema ó las várices de que pueden ser asiento. Separando los grandes labios con dos dedos de cada mano puede observarse el estado de su cara interna (coloracion, fisuras, abscesos), el del clítoris, meato urinario, fosa navicular, hímen ó carúnculas mirtiformes. En las mujeres que han tenido hijos la vulva es ancha, los labios están separados, y puede examinarse el estado de la parte inferior de la vagina, su cara anterior. La parte de la pared posterior que confina con el periné forma frecuentemente una ligera prominencia.

Explorando de esta suerte pueden reconocerse á simple vista las inflamaciones de los órganos genitales externos, de las glándulas de Bartholin, los abscesos, los tumores de estas regiones, las deformidades y aún las dislocaciones del útero y de la vagina.

Art. 2.^o — Medicion.

La medicion permite al ginecólogo precisar el volumen, la forma y el crecimiento de un tumor abdominal, pudiendo con una cinta graduada determinar la longitud de su circunferencia. Si se quiere conocer su diámetro es preciso servirse de un compás de espesor, pudiendo emplear tambien un cirtómetro ó un tallo metálico flexible. Con ayuda de estos dos últimos aparatos se mide la longitud de la circunferencia; despues, colocando el instrumento sobre el papel, se dibuja la forma de la pared externa del tumor, y se mide la cuerda del fragmento de circunferencia así obtenido.

Generalmente se mide la circunferencia del abdomen, primero á nivel del ombligo y despues por encima y por debajo, viendo así en qué punto es más considerable el volumen del abdomen, pudiendo de esta suerte diagnosticarse que un tumor tenga su asiento en la parte superior ó en la inferior de esta cavidad.

Midiendo las distancias que separan el ombligo del pubis y el ombligo de la extremidad inferior del esternon, puede reconocerse que un tumor tiene asiento ó ha comenzado á desarrollarse en la parte inferior ó en la superior de la cavidad abdominal.

Si se observa, por ejemplo, que la distancia que separa el ombligo del apéndice xifoideas es menor que en el estado normal y que es igual ó inferior á la que separa el ombligo del pubis, lo probable es que el tumor tenga asiento ó se esté desarrollando en la parte inferior de la cavidad abdominal.

Del mismo modo, debe admitirse que existe un tumor en una de las partes laterales de dicha cavidad si la espina ilíaca anterior de un lado ó el centro de la rama horizontal del pubis están más alejados del ombligo que los respectivos del lado opuesto.

Pueden igualmente tomarse como puntos de relacion la apófisis espinosa de una vértebra y un punto determinado de la línea *alba*.

Por la medicion se puede determinar el volúmen absoluto de un tumor y seguir la marcha de su desarrollo, si se repite la medicion en épocas diferentes. Existen, sin embargo, casos de error que es preciso evitar; tales son: el estado de distension más ó ménos considerable del intestino por los gases y las materias fecales, y la variable abundancia de tejido célulo-adiposo. Es preciso tener en cuenta la posicion en que está colocada la enferma; así, por ejemplo, la circunferencia del abdómen varía segun el sujeto esté acostado en decúbito dorsal, con los miembros inferiores extendidos ó en la posicion de la talla.

Art. 3.º — Percusion. — Auscultacion.

Se puede auscultar el abdómen estando la enferma en decúbito dorsal. Generalmente debe preferirse la auscultacion con el estetoscopio á la auscultacion directa. Este método de investigacion tiene una gran importancia para establecer el diagnóstico diferencial entre el embarazo, los tumores y la ascítis.

La percusion se practica como en el tórax, no siendo absolutamente preciso el plexímetro. Es necesario no percutir con gran fuerza porque de esta suerte, percutiendo sobre masas sólidas, pudiera obtenerse un sonido timpánico merced á la vecindad más ó ménos próxima de órganos llenos de aire, como el intestino por ejemplo.

Por la percusion pueden limitarse los contornos de un tumor, completando así los datos obtenidos por la palpacion. La percusion permite frecuentemente determinar que un tumor es independiente de un órgano vecino, porque mediante su empleo puede apreciarse entre ellos una zona timpánica.

Gracias á la percusion evitaremos el error de creer en la existencia de un tumor cuando existe solamente timpanismo total ó parcial. Este método de exploracion permite reconocer la existencia de un asa intestinal cuando ésta se ha deslizado entre un tumor y la pared abdominal. Si la sonoridad se modifica cuando la enferma cambia de posicion, debe suponerse la existencia de un líquido que se mueve en la cavidad peritoneal (1). Supongamos que la enferma se halla en decúbi-

(1) Esta regla no es absoluta. Cuando el intestino está distendido por materiales líquidos ó sólidos, se disloca siguiendo las leyes de la pesantez. Si

to dorsal, en cuyo caso las paredes del abdomen estarán distendidas á nivel de los hipocondrios y de las regiones lumbares, sobre cuyos puntos el sonido es macizo. Se la coloca alternativamente en los dos decúbitos laterales á fin de observar si el sonido macizo persiste ó desaparece en el lado opuesto al del decúbito adoptado, y despues se eleva la pelvis haciendo que el tronco descienda, con el propósito de observar si en la region subumbilical del abdomen persiste dicho sonido. Segun el grado de presion que se ejerza con el plexímetro, puede observarse una sonoridad variable; oprimiendo fuertemente éste contra la pared abdominal se percute en ciertos casos sobre un asa intestinal que se ha deslizado por delante de un tumor, y en lugar de la sonoridad primitivamente observada, se aprecia un sonido á macizo. Si se trata de una ascítis considerable, tambien las asas intestinales rellenas de gases pueden ganar las capas superficiales de líquido cuando el mesenterio es laxo. En este caso se percibe la sonoridad cuando el plexímetro se apoya suavemente, y el sonido á macizo cuando se apoya con fuerza sobre la pared abdominal. Pero si los intestinos están retenidos por un mesenterio corto y resistente, aunque no haya más que una pequeña cantidad de líquido ascítico, es fácil que no puedan colocarse inmediatamente detras de la pared anterior del abdomen. En este caso el sonido producido será timpánico desde que el plexímetro, fuertemente apoyado contra la pared abdominal, haya desviado el líquido.

La percusion de los órganos sexuales está indicada muy rara vez. No se practica sino para investigar la presencia del intestino en un prolapso del útero ó de la vagina.

Por la auscultacion, no sólo se perciben los ruidos del corazon del feto, sino tambien los ruidos vasculares y el de frote producido por las rugosidades peritoneales. El ruido de soplo existe en casos muy diversos, en el embarazo, en los tumores uterinos, y segun Winckel existe en la mitad de casos próximamente de tumores del ovario, y, lo que es más raro, le ha observado dos veces en tumores del bazo y una en un caso de tumor retroperitoneal. Finalmente, Leopold ha hecho constar la presencia del soplo vascular en un caso de cáncer del hígado.

Cuando se percibe un ruido de soplo es preciso investigar el punto de su origen, averiguar si proviene de un tumor ó de una gruesa arteria abdominal ó de una arteria pelviana comprimida. Hé aquí los signos que permiten establecer esta distincion: el ruido de soplo pro-

está lleno de líquido, éste penetra profundamente, y cuando la enferma cambia de posicion, el mesenterio limita los movimientos de las asas intestinales: éste es el único caso en que puede hacerse el diagnóstico de un líquido que se mueva libremente en el abdomen.

cedente de gruesas arterias abdominales, solamente puede ser percibido en ciertos puntos precisos que corresponden al trayecto de dichos vasos; en la línea media del vientre y en las dos ingles (aorta, arterias ilíacas). La presión del estetoscopio no disminuye su intensidad si se cuida de no dislocar el tumor que ocasiona la compresión. El oído percibe en algunos casos un choque manifiesto, porque el tumor puede ser elevado á cada movimiento de sistole. La compresión se revela algunas veces por la disminución en la intensidad de los latidos de una arteria crural. Si el ruido de soplo, aunque esto sea raro, tiene su asiento en la arteria epigástrica, se percibe en toda la longitud de este vaso, y en este trayecto se aprecia con el dedo una sensación de temblor. Ejerciendo una compresión fuerte entónces se hace desaparecer el ruido de soplo.

Los ruidos de soplo que proceden de un tumor se irradian generalmente á una gran distancia. A veces se dislocan del tumor y otras siguen los movimientos de éste cuando la enferma varía de posición. Desaparecen frecuentemente bajo la presión del estetoscopio. Pernice atribuye la producción de este ruido á la presencia de una arteria en el tumor. Se ha observado que su intensidad disminuye cuando se ejerce una compresión sobre el tumor por la vagina. Durante el embarazo se puede encontrar en el útero, por la palpación ó por el tacto en uno de los lados del cuello uterino, una arteria temblorosa que basta comprimirla para que no dé lugar al ruido de soplo.

La percusión es sobre todo importante cuando se trata de establecer el diagnóstico diferencial entre la presencia de un líquido libre y la de un líquido enquistado en la cavidad peritoneal. La auscultación ¿permite por sí sola diagnosticar un embarazo, un tumor del hipogastrio ó la presencia simultánea de estas dos afecciones? En estos casos la existencia de los ruidos del corazón fetal es patognomónica. Los ruidos de soplo vasculares son ménos importantes, porque se les encuentra en estados muy variados.

Lange. *Zur Geburtsh Semiotik*, t. XXIX, págs. 276 y siguientes.

Pernice. *M. F. G.*, t. XV, pág. 179.

Rotter. *Fuhlbares Uteringeräusch*. *Archiv. für Gynäkologie*, t. V, página 539.

Winckel. *Berichte un Stud. aus dem Königl. — Sächs. Entbindungsinstitute in Dresden*. Leipzig, 1874.

Leopold. *Sur le bruit de souffle, étude spécialement dans un cancer du foie*. *Arch. f. Heilkunde*, t. XVII, pág. 394.

Art. 4.º — Exploración manual del abdomen y de la pelvis en general.

Si queremos emplear el sentido del tacto en la exploración de los órganos abdominales, podemos utilizar cuatro vías: 1.ª, la pared abdo-

minal; 2.^a, el canal genital; 3.^a, el intestino recto, y 4.^a, las vías urinarias. Cuando solamente se recurre á uno de estos cuatro caminos se dice que se practica *la palpacion*; si se trata de las paredes del abdómen, y el *tacto simple* cuando la exploracion se practica por el recto y la vagina. Utilizando á la vez varias de estas vías se practica el *exámen combinado*, que ofrece muchas variedades, porque pueden utilizarse á la vez dos ó tres de aquéllas. Es muy raro utilizar simultáneamente las cuatro. Hé aquí las combinaciones á que puede dar lugar el exámen combinado:

- 1.^a Pared abdominal y canal genital.
- 2.^a Pared abdominal é intestino recto.
- 3.^a Canal genital y recto.
- 4.^a Pared abdominal y vejiga.
- 5.^a Canal genital y vejiga.
- 6.^a Recto y vejiga.
- 7.^a Pared abdominal, canal genital y recto.
- 8.^a Pared abdominal, vejiga y canal genital.
- 9.^a Pared abdominal, vejiga y recto.
10. Vejiga, canal genital y recto.

De estas combinaciones sólo las primeras son siempre practicables, las demas rara vez son utilizadas; no obstante, es preciso conocerlas, porque en ocasiones excepcionales pueden prestar útiles servicios.

Para practicar estas maniobras es no sólo conveniente, sino hasta necesario, que, salvo raras excepciones, la presion abdominal y la tension de las paredes del vientre estén disminuidas en cuanto sea posible.

Es preciso desde luégo colocar á la enferma en una buena posicion para que sea debidamente explorada. Generalmente se la obliga á adoptar un decúbito horizontal sobre una mesa de operaciones ó de exploracion, siendo esta posicion más cómoda que si la enferma estuviera en una cama comun. Lo más frecuentemente se la coloca en la posicion de la talla, estando moderadamente elevada la parte superior del tronco y los miembros inferiores doblados por la rodilla y en ligera abduccion. Si la enferma se hallare en la cama es preciso que la pelvis esté ligeramente elevada y descansa sobre un plano resistente. El decúbito dorso-sacro es muy apropiado para esta exploracion. Es preciso evitar que la mujer haga esfuerzos musculares que determinarían la contraccion de la pared abdominal. Debe tambien evitarse que la mujer tenga necesidad de contraer sus músculos para mantener las extremidades inferiores en la posicion indicada, valiéndose al efecto de dos ayudantes cuando sea preciso.

Rara vez se recurre, para llevar á cabo la exploracion de que nos ocupamos, al decúbito abdominal, porque si bien es cierto que en esta

posicion está reducida á su minimum la presion intraabdominal, no lo es ménos que las vísceras reposan sobre la pared anterior del abdómen, y la mano del profesor tiene que soportar el peso de las mismas, constituyendo este peso un obstáculo á la investigacion que aquél se propone. Sin embargo, estas dificultades no son siempre muy grandes, y el exámen en esta posicion puede prestar en algunas ocasiones muy buenos servicios.

Puede ser importante estudiar las dislocaciones que un órgano experimenta al pasar la enferma de una á otra posicion; en el decúbito genu-pectoral, por ejemplo, puede el útero desprenderse de un tumor en el cual estaba enclavado y ser posible en aquella postura limitar con más precision su forma, sus dimensiones, su movilidad, etc.

Es conveniente que las enfermas orinen y defequen ántes de practicar una exploracion, porque de esta suerte, no sólo se facilita el exámen, sino que se evita una de las causas de error. Antes de la exploracion las enfermas deben comer poco y mejor aún abstenerse completamente de tomar alimento.

Es sabido cuán fácil es la exploracion en las recién paridas, así como en las personas en quienes las paredes abdominales han sufrido una gran distension y ha sobrevenido una rápida deplecion del abdómen. En condiciones análogas puede colocarse á la mujer que haya de ser objeto de nuestra exploracion si se la ordena que beba grandes cantidades de liquido ántes de la exploracion y que permanezca sin orinar hasta momentos ántes de practicar aquélla; pero es preferible llenar de la mayor cantidad posible de liquido la vejiga y el recto, y que permanezca sin evacuarlos hasta el momento de practicarse el exámen. Tambien puede practicarse el taponamiento completo de la vagina; éste es un medio del que nos ocuparemos más adelante, porque es interesante bajo otros puntos de vista.

La excitacion nerviosa, el temor y el pudor de la mujer provocan la contraccion de los músculos abdominales, las enfermas retienen su respiracion, respiran irregularmente y el esfuerzo es tal que la palpacion no da ningun resultado aunque se invite á la enferma á respirar con la boca abierta, profunda y tranquilamente, ó se trate de distraerla con una conversacion cualquiera. Es frecuente que cuando esto acaece en un primer exámen del cual no se obtienen resultados se llegue fácilmente á ellos en ulteriores exploraciones. Si la enferma está intimidada, otorgándola todo género de consideraciones se aplazará la exploracion para otra época. La enferma se familiarizará entre tanto con el profesor, sus temores disminuirán, se penetrará la enferma de la importancia de la exploracion y podrá obedecer las órdenes del médico. La misma á quien, á pesar de una buena voluntad, le era imposible acatarlas.

Si las enfermas sollozan ó lloran puede frecuentemente utilizarse este estado, porque durante los movimientos espiratorios la mano puede hundirse profundamente en la pared abdominal sin encontrar ninguna resistencia.

Para descubrir un tumor situado profundamente en la region hipogástrica, Roederer y Spiegelberg (1) recomiendan que se haga respirar con fuerza á las enfermas y seguir con la mano la pared abdominal, que se dirige hácia arriba durante la espiracion. La mano debe deprimir con fuerza la pared abdominal despues de la primera espiracion, y entónces puede hundirse más profundamente á cada una de ellas, sin perder jamás el terreno ganado. Las enfermas comprenden muy difícilmente que deben hacer espiraciones profundas y completas. En muchos casos la maniobra es completamente imposible porque las enfermas no obedecen á las indicaciones del profesor, ya por falta de fuerza, ya por falta de voluntad.

Tambien el médico se ve frecuentemente obligado á recurrir á la anestesia si la exploracion á que debe recurrir es un poco delicada; si se trata, por ejemplo, de una afeccion que pueda exigir una intervencion quirúrgica. El exámen exploratorio es algunas veces difícil ó imposible en los casos de hiperestesia de la pared abdominal, de la vulva, del recto, ó á consecuencia de la abundancia de tejido celulo-adiposo en los tegumentos abdominales ó de la tension excesiva de éstos. Cuando el profesor se proponga introducir el dedo en la uretra ó en la vejiga, salvo raras excepciones, se debe anestesiar previamente á la enferma (2).

Art. 5.º — De la palpacion abdominal.

En los capítulos precedentes nos hemos ocupado, dando detalles que nos parecen suficientes, de la posicion que conviene hacer adoptar á la enferma y de los preparativos que son necesarios para practicar la palpacion abdominal. Haremos constar solamente que este medio de exploracion puede practicarse estando la enferma echada en un lecho ordinario, para lo cual basta que coloque en flexion los muslos sobre el abdómen, dejando que se posen las piernas sobre una almohada colocada debajo de la articulacion de la rodillas hallándose éstas en semiflexion.

La mano del explorador debe tener la temperatura ordinaria del cuerpo.

(1) *Volkmann's Vorträge*, núm. 55 *Gynäkolog.*, t. XVIII, pág. 432.

(2) En estos casos es donde presta más útiles servicios la anestesia local por la cocaina, de que hemos hablado en el capítulo correspondiente.

El manual operatorio es el siguiente: la cara palmar de las manos se aplica completa ó parcialmente sobre la pared del abdómen sin ejercer ninguna presión, porque solamente debe palpase con la extremidad de los dedos. De esta manera se reconoce el espesor, la consistencia, la tensión y la sensibilidad de la pared abdominal, se exploran sucesivamente, sin ejercer una gran presión, todas las regiones, cuidando de comparar cada una de ellas á su simétrica que se encuentra al otro lado de la línea alba. Es preciso no olvidarse jamás de examinar las regiones inguinales, asiento frecuente de hernias y de adenitis ó infartos. Si existe una hiperestesia es necesario determinar su causa, investigar si es de origen nervioso ó si es debida á un estado inflamatorio. En el primer caso una palpacion superficial es muy dolorosa, en tanto que es tolerable una palpacion profunda. En el segundo caso, por el contrario, sobre todo si se trata de una peritonitis, es preciso palpar con la mayor suavidad; pues de otra suerte se agravaria la peritonitis y no se podría probablemente practicar la palpacion porque se vería aparecer en seguida una fuerte tensión de la pared abdominal que lo impediría, en tanto que practicada con suavidad se podría fácilmente limitar un tumor ó un derrame de líquido circunscrito que tuvieran su asiento en el peritoneo.

Si se trata de un tumor, la palpacion, cuando la inspeccion no haya bastado, permitirá determinar desde luego su forma y su volumen, y despues su consistencia, su sensibilidad, y sobre todo sus límites, así como si está ó no adherido á los órganos vecinos. Para llegar á este resultado es preciso intentar que la extremidad de los dedos se deslice lo más lejos posible entre el tumor y los órganos vecinos, tratando de imprimir movimientos al tumor, ya sea con la mano, ó ya modificando la posicion de la enferma, ó ya dislocando algun órgano ú otro tumor que pudiera existir y fueran fácilmente accesibles; entónces se reconoce el grado de movilidad de cada una de estas masas y la independenciam de los movimientos que se les imprimen. Si el tumor se halla profundamente situado es fácil que pueda cogerse entre las dos manos.

Cuando se quiera explorar la region lumbar se colocan los dedos de una mano á nivel de los riñones, y se oprimen de atras adelante, en tanto que la otra mano aplicada al hipocondrio rechaza la pared abdominal de delante atras, pudiendo así descubrirse con facilidad gruesos tumores que tengan su asiento en esta region.

Si el tumor es superficial se puede, cuando la pared abdominal es flexible, cogerle entre las dos manos, como se haría con la cabeza de un feto, ó cogerle en su mayor parte con una mano y hacer constar con precision las particularidades que pueda presentar.

Para reconocer si un tumor está adherido á la pared abdominal es

preciso intentar que se disloque ó resbale la pared sobre el tumor. Si cogiendo un pliegue de la pared del abdomen se levanta el tumor al propio tiempo, puede asegurarse que existen adherencias entre ambos.

Friccionando ligeramente la pared abdominal puede percibirse la crepitacion cuando el peritoneo presenta rugosidades.

El *peloteo* permite reconocer la existencia de un cuerpo sólido flotando en un líquido. Una mano, por un movimiento rápido, lanza el cuerpo contra la extremidad de los dedos de la otra mano aplicada á cierta distancia; el tumor que tiene su asiento profundamente se hace superficial y cae despues lentamente sobre la extremidad de los dedos que le habían lanzado.

Para encontrar la *fluctuacion* se aplica suavemente una mano sobre la pared abdominal, y con la extremidad de los dedos se produce un choque que se trasmite á la otra mano, aplicada en un punto más ó ménos distante de aquélla. Tambien pueden aplicarse las dos manos sobre la pared del abdomen, y con la extremidad de los dedos empujar rápidamente el contenido de la cavidad abdominal de una á otra mano. Puédese, finalmente, oprimir rápidamente el contenido con algunos dedos extendidos de la mano, y se observa la oleada de retorno. Practicando esta maniobra pueden existir numerosas causas de error. Se debe principalmente evitar el confundir con la fluctuacion los movimientos oscilatorios impresos á la pared abdominal.

Art. 6.º — Del tacto vaginal y del tacto rectal.

El exámen de los órganos pelvianos por estos procedimientos debe preceder siempre, esta es una regla general, á la exploracion combinada, sobre todo cuando se trata de determinar la posicion del útero. Por el exámen combinado, en efecto, se modifica fácilmente la situacion de los órganos, y, por tanto, para obtener resultados precisos es necesario poder comparar los datos obtenidos por la exploracion simple y por el exámen combinado.

Tacto vaginal. — *Manual operatorio.* — Cuando se trata de practicar el tacto vaginal se siguen las reglas generales (posicion de la enferma, preparativos, etc.) que hemos reseñado al ocuparnos de otros procedimientos de exploracion. En ciertos casos, cuando se sospecha, por ejemplo, un descenso, un prolapso de los órganos genitales, debe practicarse el tacto vaginal, hallándose la enferma en pié, pudiendo tambien ser conveniente esta posicion cuando se trate de estudiar la influencia de esta última sobre un órgano dislocado, sobre la posicion del útero ó cuando existe un tumor. La enferma se apoya entónces sobre la pared ó sobre un plano resistente, miéntras que el médico, de

rodilla ó sentado en una silla baja delante de ella, practica el exámen. En algunas mujeres la vagina es corta y muy rígida, y estas circunstancias ocasionan grandes dificultades para practicar el tacto vaginal, y hay que apelar al rectal. Puede, sin embargo, hacerse factible el tacto vaginal en éste y en casos análogos distendiendo una ó varias veces la vagina, segun los casos, ya con tapones de algodón, ya con una pera de cautchuc; de esta suerte, en poco tiempo puede trasformarse en ancha y explorable una vagina ántes estrecha, corta é inextensible.

Para practicar el *tacto vaginal* se procede de la manera siguiente: untado el dedo índice con una sustancia grasa (vaselina, cold-cream ó aceite, etc.), se dirige preferentemente desde el ano hácia la comisura posterior, la cual se deprime hácia abajo deslizándose el dedo en la vagina; el dedo pulgar se coloca en abduccion completa, y los dedos restantes se colocan en fuerte flexion sobre la mano, ó bien extendidos se les aplica á la region perineal. El tacto, en general, no debe practicarse con dos dedos; no obstante, puede ser necesario para explorar puntos muy elevados; si el profesor tiene los dedos cortos debe emplear este último proceder. Es necesario ejercitar las dos manos en el tacto vaginal, porque colocándose al lado derecho de la enferma se practica más fácilmente con la mano derecha, mientras que estando colocado á la izquierda de la paciente es más facil ejecutarlo con la mano izquierda.

Mientras el dedo penetra en la vagina se reconoce la situacion del orificio vaginal, su grado de sensibilidad, su diámetro, el grado de tension ó de flexibilidad de los tejidos, la turgencia de la vulva y de la vagina y la naturaleza de los productos de secrecion. Introducido más profundamente el dedo aprecia la temperatura, la existencia de pulsaciones á nivel de la porcion vaginal del cuello uterino, pudiendo reconocer la posicion desde que se llega á tocar este órgano. Aquí se toma como punto de partida la línea de Holst, línea que une las dos espinas isquiáticas, y es generalmente fácil de alcanzar una de éstas. Cuando la porcion vaginal se separa manifiestamente de esta línea hácia arriba, hácia abajo, adelante ó atras, se debe pensar en una anomalia siempre que no exista una excesiva distension de la vejiga ó del recto. Es preciso igualmente tener en cuenta las desviaciones laterales por poco marcadas que sean. Despues se examinan la longitud, la latitud, el espesor y la forma de la porcion vaginal, el calibre, la forma y la direccion del orificio externo y el estado de los labios de este orificio.

Tambien se investiga por este procedimiento la movilidad y el peso del útero, tratando de levantar éste con la extremidad de los dedos, llevando el cuello hácia los lados, atras y adelante, y percibiendo el movimiento en sentido inverso ejecutado por el cuerpo de este ór-

gano. Por último, se puede apreciar también la sensibilidad de éste.

Después se procede á la exploración de los fondos de saco útero-vaginales. Observado el estado de las partes vecinas del cuello uterino (espesor, consistencia y dureza), se examinan sucesivamente los cuatro fondos de saco, comenzando preferentemente por el anterior y el posterior y terminando por los laterales, se determinan su profundidad y sus dimensiones, comparando estos dos últimos entre sí y reconociendo el estado de la mucosa y su sensibilidad. Se intenta, en fin, seguir, tan lejos como sea posible, la pared uterina en sus caras anterior, posterior y laterales, investigando en ella su consistencia, su forma y su sensibilidad. Hacia delante se examina también el bajo fondo de la vejiga, no olvidándose de examinar si la pared vesico-vaginal y la extremidad de los uréteres están engrosadas y si la sensibilidad no se halla aumentada en estos puntos.

La inspección de la pelvis se completa por el exámen combinado. Al salir de la vagina, el dedo retiene partículas de las secreciones útero-vaginales, cuyo aspecto y cuyo olor es preciso examinar.

Cuando se practica un exámen con un fin obstétrico es preciso no olvidarse de apreciar el estado del esqueleto de la pelvis, principalmente bajo el punto de vista de sus anomalías ó deformidades.

Tacto rectal. — El simple tacto rectal puede hasta cierto punto sustituir al tacto vaginal. Permite apreciar la posición del cuello, la del cuerpo, si el útero se dirige hacia arriba ó si se inclina hacia atrás. Sin embargo, el tacto rectal rara vez se emplea aisladamente; por lo común sólo se apela á él en el exámen combinado.

Art. 7.º — Exámen combinado. — Palpación del abdomen combinada con la exploración del canal genital.

Generalmente se exploran al propio tiempo la pared abdominal y la vagina, más rara vez la pared abdominal y la cavidad uterina, hecha previamente accesible por una dilatación artificial. Si por fortuna el cuello del útero estuviera suficientemente dilatado para dejar pasar el dedo, ó si fuere necesario practicar la dilatación artificial con otro objeto, no deberá descuidarse este procedimiento, porque el exámen del interior de la cavidad uterina, combinado con la palpación abdominal, permite determinar con gran precisión el estado de las paredes de aquel órgano.

El fin que puede alcanzarse con la exploración combinada varía mucho según los casos.

Casi siempre se trata de determinar la posición, el volumen, la forma del útero, las relaciones de este órgano con sus anejos, especial-

mente con los ovarios, y, finalmente, los caracteres de los tumores que pueden desarrollarse en la cavidad de la pelvis.

Indicaremos los medios para alcanzar estos fines, y los detalles que siguen permitirán al médico orientarse fácilmente cuando se trate de casos excepcionales. Desde luego hablaremos del útero.

Determinada la posición del hocico de tenca por el índice introducido en la vagina, aplica el profesor la otra mano sobre la pared abdominal, dirigiendo la extremidad de los dedos hacia atrás en dirección de la tercera ó cuarta vértebra lumbar, después abajo hacia el estrecho superior. En el momento que esta mano percibe la sensación de un cuerpo duro, el dedo de la otra, introducido en la vagina, eleva el cuello uterino, pudiendo de esta suerte asegurarse con facilidad suma de que la masa abarcada entre el dedo y la mano está constituida por el útero.

La mano que reposa sobre la pared abdominal se lleva entonces hacia atrás y hacia adelante sin ejercer una presión muy brusca, y de esta suerte se puede formar buena idea de la posición del útero sin dislocar este órgano del sitio que ocupe. Deben compararse también estos datos con los obtenidos por el tacto simple mediante el cual hemos podido reconocer las paredes uterinas, sobre todo si son accesibles por delante y por detrás. Ejerciendo en seguida una presión más fuerte se lleva la extremidad de los dedos, ya sea hacia atrás, entre el promontorio y el cuerpo del útero, ya sea hacia adelante, entre este órgano y la sínfisis, y entonces se reconoce claramente que en el primer caso se lleva hacia adelante y hacia abajo, en tanto que en el segundo caso se le disloca hacia atrás y hacia arriba, ó, lo que es lo mismo, se coloca el útero en anteversión, en anteflexión, en retroversión ó en posición relativamente recta. Estas dislocaciones artificiales pueden ser provocadas por el dedo introducido en la vagina empujando el cuello hacia atrás ó hacia adelante.

Es preciso no olvidar estas particularidades, porque exagerando el grado de anteversión ó de anteflexión podríamos equivocarnos respecto á la apreciación del grado de una anomalía de forma ó de posición del útero, y aún podría suceder que, por efecto de estas maniobras, pudiera ser dislocado un útero que estuviese en posición normal.

Si existe realmente una anomalía es en todo caso fácil de valorar su grado con alguna exageración, porque al verificar la exploración le aumentamos artificialmente para percibirlo mejor y esclarecer al propio tiempo algunas bases del diagnóstico. Este hecho tiene lugar principalmente cuando, introducido el dedo en la vagina, viene á colocarse en el fondo de saco anterior, en tanto que la mano colocada en la pared abdominal reposa por debajo en la cara posterior del útero; este órgano está entonces cogido entre los dedos y pueden apreciarse fácil-

mente su volúmen, su forma, su movilidad, su sensibilidad y su modo de union con el cuello.

Si el dedo se lleva al fondo de saco posterior y la mano que practica la palpacion se apoya en la cara anterior del útero hácia atras y abajo, se puede tambien examinar el cuerpo de la matriz.

De la misma suerte se obrará si se trata de apreciar las desviaciones laterales de este órgano.

Practicado el tacto de esta manera nos da á conocer el estado de los fondos de saco anterior y posterior y las anomalías de que pueden ser asiento: infiltraciones de la pared vesico-vaginal, del tejido celular situado entre la vejiga y el cuello, cuerpos extraños en la vejiga, un asa intestinal atravesada en el repliegue vesico-uterino, etc. Por detras se puede diagnosticar la presencia de afecciones variadas: exudados, derrames sanguíneos, tumores, etc.

En cuanto á la inspeccion de los anejos del útero, ligamentos anchos, ligamentos redondos y ovarios, el tacto rectal da en general mejores resultados. Pero si los ovarios están situados en la parte anterior de la excavacion (y pueden estar fijos inmediatamente detras de la rama horizontal de los pubis) la exploracion vaginal es preferible. Es preciso, en general, dirigirse á buscar estos órganos en esta última posicion si el cuerpo del útero se encuentra en anteversion ó en anteflexion. No obstante, esta regla tiene excepciones. El dedo que introducido en la vagina sigue los bordes del útero, mientras que la mano que palpa se dirige de arriba abajo y de atras adelante, empuja hácia abajo y adelante los órganos contenidos en la pelvis, quedando asidas entre los dedos las vísceras de la parte anterior y lateral de la pelvis, y así pueden reconocerse los tumores que en ellos pudieran existir, se percibe ademas el ligamento redondo sobre el ligamento ancho y se puede seguir el ligamento del ovario manifiestamente hasta el nivel de este órgano.

Si la pared vaginal es laxa se puede en general alcanzar fácilmente el ovario, cuya posicion es normal (un poco por detras del plano trasverso medio de la pelvis). Si el ovario se encuentra más atras, como sucede en los casos de retroversion y retroflexion, será preciso investigar si se encuentra situado más profundamente y más á la parte interna de la pelvis. En este caso suele encontrarse al lado del útero en retroflexion ó cerca de la pared posterior de la pelvis y de la sínfisis sacroiliaca.

Algunas veces basta introducir el dedo en la vagina para explorar la pared de la pelvis contra la cual descansan las partes blandas. Se puede tambien bastante frecuentemente hacer rodar de cierta manera por debajo del dedo el ovario y reconocer de esta suerte el estado de esta glándula. Pero es extremadamente difícil percibir el ovario cuan-

do se encuentra situado muy arriba y muy atras por dentro de la articulacion sacro-iliaca y por encima del estrecho superior. Es preciso en este caso ejercer una fuerte presion, y entónces es preferible el tacto rectal.

El ovario derecho se encuentra en general situado más atras que el izquierdo y en la prolongacion del eje de las vías genitales.

El exámen de las paredes laterales de la pelvis debe hacerse cambiando de mano segun el lado que se explore. Debe explorarse el lado derecho con la mano derecha, y con la izquierda la pared izquierda.

Si se encuentra un tumor implantado en la pelvis ó en la cavidad abdominal, pero que envía prolongaciones hácia la excavacion, accesibles por el tacto vaginal, es preciso investigar con sumo cuidado su origen. Para ello se trata de tactar el útero, los ligamentos anchos, los ovarios y las paredes de la pelvis; si existen adherencias el dedo es detenido en su exploracion, pudiendo practicarse ésta completa cuando aquéllas no existen.

El manual operatorio varía mucho segun los casos; así es que nosotros no podemos dar sino reglas generales.

Se ha reconocido, por ejemplo, mediante la palpacion la existencia de un tumor, se ha determinado su situacion, su forma, su consistencia; falta limitarle, aislarle en cuanto sea posible. Para verificar esta maniobra, el dedo introducido en la vagina se desliza entre el útero, la pared de la excavacion y el tumor, ejercitando la misma operacion simultáneamente con la mano que palpa la pared abdominal. Limitado de esta suerte el tumor, en cuanto es posible, se examinan los bordes del útero, los ovarios y la pared pelviana hasta donde se pueda, y de esta suerte se reconocen fácilmente las adherencias.

Es preciso, sin embargo, evitar el creer sin fundamento en la existencia de adherencias cuando la proximidad del tumor y de los órganos pelvianos es tal que parecen existir aquéllas. A veces estas diferentes partes están de tal modo enclavadas en la pelvis que es imposible que el dedo penetre entre ellas. En este caso es frecuentemente útil modificar la posicion de la enferma, colocarla, por ejemplo, en el decúbito abdominal total ó parcial, y tratar entónces de imprimir movimientos al tumor ó al útero, siendo muy conveniente tambien dislocar fuertemente el útero y sobre todo hacerle que descienda. Con este objeto se coge con una pinza de anillo un labio del cuello uterino, segun propone Hegar, y se atrae el órgano hácia abajo ó bien se le desvía á uno ó á otro lado.

Si se trata de un tumor voluminoso que ocupa la totalidad ó una gran parte de la cavidad abdominal, está á veces tan íntimamente unido y fijo al estrecho superior que los dedos encuentran una gran

resistencia; se debe entonces, según propone Schultze (1), hacer elevar el tumor por un ayudante, cuyas manos se aplican á la pared abdominal, después de haber hecho deslizarse á ésta tan abajo como ha sido posible, atrayendo el tumor hácia el diafragma. Desgraciadamente opinamos que esta maniobra presenta grandes dificultades en la práctica. Elevando el tumor se distiende necesariamente la pared abdominal y apenas se puede coger aquél.

Parece preferible, para cerciorarse de si hay ó no adherencias entre el tumor y el útero, introducir con fuerza la extremidad de los dedos entre uno y otro y hacer que descienda el útero por el procedimiento de Hegar.

Si obrando de esta suerte no se llega á obtener ningun resultado, se deberá apelar á practicar simultáneamente el tacto vaginal y el rectal, pudiendo ser ventajoso en este caso, como Schultze propone, hacer ascender y descender al tumor por medio de un ayudante, á fin de que el dedo explorador pueda más fácilmente, en estas alternativas de tension y de relajamiento, reconocer la presencia y caracteres de las adherencias. En los casos difíciles aconseja Freund hacer acostar á la enferma, dirigiendo hácia abajo la cabeza y la parte superior del cuerpo. Se coge y se atrae entonces la porcion vaginal, sirviéndose de una pinza, y se aprecian las adherencias que pueden existir, haciéndose más tensas y más claras.

Art. 8.º — Exámen combinado. — Palpacion abdominal con exploracion simultánea por el recto ó por el recto y la vagina.

En muchos casos el tacto vaginal es imposible ó no debe apelarse á él, como, por ejemplo, cuando se trata de estenosis, de atresia de la vagina ó cuando la enferma es una jóven vírgen. Es preciso entonces apelar al tacto rectal. Este procedimiento, empleado solo ó combinado con otros métodos, ofrece frecuentemente tales ventajas que no debe omitirse, tratándose de casos de dudoso diagnóstico, ya para comprobar los resultados obtenidos por el tacto vaginal, ya para reemplazar este medio de exploracion cuando es impracticable. La pared del recto es delgada, blanda y nos permite explorar la pared posterior del útero, sus ángulos laterales, todos los contornos del fondo de este órgano, así como sus anejos, ligamentos anchos, ovarios y las paredes de la pelvis, mejor que podríamos hacerlo por el tacto vaginal, pudiendo además ser interesante por sí mismo conocer el estado de las paredes del último tramo intestinal.

(1) *Sur le diagnostic des grosses tumeurs de l'ovaire.* (Centralb. f. Gynäkolog., 1876. núm. 6.)

La técnica es la siguiente: sirviéndose de un dedo, porque casi siempre basta uno y es muy raro que sea necesario servirse de más de dos, se penetra lentamente á través del ano, se aprecia el grado de sensibilidad y de resistencia del esfínter y se llega á un saco más ó ménos espacioso de paredes blandas, relleno de materias fecales. A través de la pared se nota hácia arriba y adelante el cuello del útero, que aparece duro y relativamente muy voluminoso. Todas estas sensaciones parecen frecuentemente muy oscuras á los principiantes, que al tocar el cuello creen haber encontrado el cuerpo del útero ó una producción patológica. Es muy fácil orientarse si al propio tiempo se introduce el pulgar en la vagina y se aplica contra la porción de cuello que penetra en la cavidad de aquélla; los ligamentos útero-sacros que de cada lado vienen á converger en la cara posterior del istmo uterino bajo la forma de cordones elásticos del grueso de una pluma de ave ó de un lapicero, y que se reúnen generalmente el uno al otro, formando una arista viva y cortante, constituyen también buenos puntos de orientación. Se reconocen fácilmente sus anomalías, su sensibilidad exagerada, su aumento de volúmen. Se puede por el tacto rectal no llevar el dedo por encima de estos ligamentos y examinar solamente el espacio que se encuentra situado por debajo del esfínter superior. La pared rectal es de tal manera blanda que puede con facilidad reconocerse una lesión á su través. Sin embargo, se debe llevar el dedo por encima del repliegue formado por el esfínter superior del ano, porque los datos de esta suerte obtenidos son más claros y se corren menores riesgos de cometer errores de diagnóstico. Esta maniobra es á veces difícil; en efecto, el orificio por el cual la porción superior del recto se abre en la porción inferior es frecuentemente, estrecho y se dirige á veces á la derecha, á veces á la izquierda y en ocasiones hácia atrás. La pared anterior del intestino desciende de tal suerte hácia la ampolla rectal, que este orificio se encuentra muy estrechado y es muy difícil alcanzarle. A veces se observa una disposición análoga en la pared posterior, y en ocasiones la pared rectal toda entera desciende hácia la ampolla como en el primer grado de intus-suscepción y es sobre la extremidad de esta masa carnosa, que se dirige hácia abajo, sobre la cual hay que buscar el orificio.

Cuando se ha penetrado de esta manera en la parte superior del recto, los dedos doblados en forma de gancho separan el uno del otro los pliegues del esfínter anal superior y los ligamentos útero-sacros, y el dedo puede de esta suerte crearse un camino á derecha é izquierda hácia las partes más elevadas del canal rectal. Basta por regla general deprimir ligeramente la pared anterior del abdómen para tectar completamente la cara posterior del útero y todos los contornos de este órgano. Cuando la matriz está en anteflexión ó en anteversión

sólo es preciso, para obtener resultado haciendo desaparecer esta anomalía, servirse de la mano aplicada á la pared abdominal para hacer accesible la matriz. Si esta maniobra no bastara habría necesidad de dislocar moderadamente la porcion vaginal con una pinza.

En los casos favorables á esta exploracion puede cogerse tambien todo el espesor del útero entre el pulgar introducido en la vagina (fondo de saco anterior) y el índice introducido en el recto.

Inmediatamente despues del útero deben ser objeto de nuestro exámen los anejos y los ligamentos. Si no existe ninguna anomalía, los ligamentos útero-sacros, los pliegues del esfínter anal y los ligamentos anchos son de tal suerte depresibles que el dedo puede avanzar tanto hácia adelante que se alcance la arteria iliaca á nivel de su bifurcacion, que se perciban los latidos de la iliaca externa y se tacten todos los tumores que pueden implantarse en la rama horizontal del pubis. Combinando este exámen con presiones ejercidas por la mano que se haya aplicado á la pared abdominal se percibe el cordon formado por los ligamentos anchos, por las trompas de Falopio, se reconocen los ligamentos del ovario, y, en fin, el ovario, del cual pueden apreciarse su volúmen, forma, grado de movilidad y medios de union.

Los anejos pueden ofrecer cierto grado de movilidad aunque existan ya modificaciones anatómicas evidentes, tales como nódulos circunscritos de parametrítis, pequeños quistes, pequeños fibromas implantados en el útero, callosidades procedentes de viejos nódulos inflamatorios de mediano volúmen y arrugados. Puede tambien observarse una trompa de Falopio afectada de piosalpingítis adherirse á las partes laterales y posteriores del útero, mientras que en el resto de su extension es perfectamente depresible el ligamento. Un ovario aumentado de volúmen, un quiste de la trompa, pueden hallarse implantados en la parte posterior de la excavacion, en las inmediaciones del estrecho superior, delante de la articulacion sacroiliaca, y no obstante, los ligamentos anchos están apénas alterados y todavia depresibles hasta cierto grado.

Cuando los ligamentos anchos están indurados en una gran extension, el dedo encuentra hácia adelante una resistencia más ó ménos grande. Segun la extension de la lesion citada, la resistencia puede solamente afectar las partes superiores ó las partes inferiores de estos órganos, ya un solo ligamento ó ya entrambos.

En este caso, á partir de los ligamentos útero-sacros se encuentra una pared dura, inextensible, elevándose como un muro rígido hasta el nivel del estrecho superior. Esta pared puede ser de tal modo estrecha que el borde del útero corresponde á la pared lateral de la pelvis; á veces, no obstante, es más ancha que en el estado normal.

En ciertos casos el dedo se detiene inmediatamente y la pared del

recto parece confundirse con la masa indurada, fenómeno que se observa cuando existen adherencias extensas entre la pared posterior de los ligamentos anchos y el peritoneo pelviano. En esta pared dura puede reconocerse la presencia de una masa circunscrita, de volúmen variable, más ó ménos inmóvil y más ó ménos elevada, ya adaptada al borde del útero, ya situada sobre la pared de la pelvis; es el ovario, cuya forma es irregular, y que rodeado de masas de exudado está aumentado de volúmen y á veces arrugado.

Algunas veces se puede llevar el dedo hasta el nivel y aún por encima del borde superior del ligamento ancho y reconocer la presencia de nódulos duros, voluminosos, situados sobre este borde, que parece fijo sobre las partes laterales de la excavacion y tambien hácia atras cerca de la articulacion sacro-iliaca. Es muy raro engañarse en lo que respecta á los ovarios aún en los casos difíciles, porque cuando hay un engrosamiento ó un tumor circunscrito es imposible pensar en otra cosa.

Ademas, los caractéres del tumor en sí mismos, con sus contornos arrugados formando pequeñas crestas esféricas, vienen á confirmar el diagnóstico. Es preciso tambien estudiar la consistencia del tumor.

Los ligamentos no son frecuentemente duros y rígidos más que sobre algunos puntos, cuyo sitio varía segun los casos.

A veces el recto está enclavado en masas mórbidas, y puede entonces ofrecer una estrechez anular, por encima de la cual los ligamentos son extensibles y elásticos, pudiendo observarse una disposicion inversa; la parte inferior es extensible y blanda, en tanto que la superior es ménos movable.

El grado de resistencia y el arrugamiento varía naturalmente mucho, pudiendo observarse en un solo ligamento los más diversos grados, encontrándose entonces aquí y allá puntos indurados debidos á la presencia de bandas y de bridas resistentes.

Es imposible describir aquí todas las modificaciones que puedan ser producidas por estados inflamatorios crónicos del tejido celular y del peritoneo pelviano, así como reseñar todas las particularidades anatomo-topográficas que resultan de las dislocaciones uterinas y de la presencia de tumores en la cavidad pelviana. No obstante, las consideraciones que dejamos expuestas servirán al médico para orientarse en el diagnóstico.

Es evidente la importancia que cada una de estas cuestiones ha de tener cuando se trate de decidir la importancia acerca de la oportunidad de una operacion, por ejemplo de una ovariectomía, de una castracion ó de una histerotomía.

Para el diagnóstico de los casos en que existan tumores propiamente dichos situados en la excavacion, ó que teniendo su asiento en el

abdómen envían una prolongacion al canal genital, podemos añadir muy poco á lo que hemos dicho al ocuparnos del tacto vaginal simple. Sin embargo, el tacto rectal presta muy buenos servicios; se notan más fácilmente los tumores pequeños de los ligamentos anchos, sean ó no subserosos, los pequeños tumores del ovario y la hidrosalpingitis.

Ademas, se aisla mejor el tumor y se reconocen más fácilmente aplicando contra él uno ó los dos ovarios. Empero en algunos casos el tacto vaginal ofrece algunas ventajas cuando, por ejemplo, el tumor, sobre todo si es subseroso, empuja el útero hácia arriba y adelante, ó cuando este órgano está aplicado hácia adelante contra una rama horizontal del pubis.

Finalmente, por el tacto rectal se pueden estudiar la pared ósea de la pelvis, la cara anterior del sacro, desde el promontorio y desde la última vértebra lumbar hasta el cóxis, pudiendo examinar la articulacion sacro-iliaca, las partes laterales de la excavacion, lo que es muy fácil y no debe descuidarse nunca cuando se quiere formular un diagnóstico completo.

Nosotros hemos abandonado completamente, despues de haberle experimentado, el tacto rectal por el método de Simon (1), método que no está exento de peligro, aunque no sea excesivo si se obra con cuidado y con precaucion; pero la verdadera objecion que puede hacerse á este procedimiento es que no da mejores resultados, ó mejor dicho, que no los da tan satisfactorios como el método bien descrito por primera vez por Holst, método en el cual se emplean solamente uno ó dos dedos.

El exámen combinado no ha sido empleado en Ginecología hasta estos últimos tiempos. Nosotros le encontramos estudiado con todos sus detalles por vez primera por Schultze: *Jenaische Zeitschrift für Med. und Nat.* Leipzig, t. I, pág. 279, 1864.

Holst ha estudiado bien este procedimiento, sobre todo la exploracion por el recto: *Beiträge zur Geburtsh und Gynäkolog Heft*, t. I. Tubinga, 1865, página 1. — Véase ademas: Veit. *Krankheiten der weibe Gerchlechtsorgane*, t. II. Erlangen, 1867, pág. 254. — Sims. *Gebärmutterchirurgie*, 1886. — Hegar. *Volkmann's Vorträge*, núm. 105; *Gynäkologie*, núm. 34; *Zur Gynäkologischen Diagnostik*.

Schroeder, *Scanzoni's Beiträge*, t. V, 1869, pág. 352, recomienda para diagnosticar el estado rudimentario del útero, introducir el pulgar en la vagina y aplicarle sobre la porcion vaginal del cuello, practicando al mismo

(1) El procedimiento de Simon para practicar el tacto rectal consiste en introducir la mano en forma de cono, cuyo vértice le constituyen las extremidades de los cinco dedos, en el intestino recto hasta que el esfínter externo abraza la muñeca, en cuyo momento se despliegan los dedos, reconociendo con la mano entera; procedimiento que, á nuestro juicio, sólo puede ser útil en muy contados casos. — *M. G. de S.*

tiempo el exámen combinado por el recto y la pared abdominal. Brandt — véase la bibliografía del artículo *Masaje* — parece que ha sido el primero que ha empleado esta maniobra para hacer desaparecer la retroflexion del útero.

Ya en la primera edicion de esta obra (1874, pág. 48) describimos nosotros el método, que consiste en hacer descender al útero é inmovilizarle mediante una pinza fija á la porcion vaginal del cuello á fin de facilitar el exámen de este órgano y de sus anejos. Noegerat ha descrito despues tambien este procedimiento (*The vesico-vaginal and vesico-rectal. Touch. Journal of Obstetrics*, Febrero, 1875) empleando un instrumento particular, especie de pinza, cuyos ganchos se introducen en el cuello.

Schultze ha expuesto tambien recientemente las ventajas que puede ofrecer el exámen simultáneo por la pared abdominal y por el canal genital (*Neue Methode der Reposition hartuäckiger Retroflexionen des uterus. Centralblatt für Gynakolog.*, núm. 3, 1879, pág. 50). Hegar había ya descrito este procedimiento lugar citado: *Vortrág. bei Volkmann*, pág. 779).

Respecto al exámen manual del recto pueden consultarse: Simon. *Ueber die Kunstliche Erweiterung des Anus und Rectums*, *Langenbeck's. Archiv. für Chir.* Bd. XV. *Ueber die Maniselle Rectal palpation der Becken und Unterleibsgorane* (*Goeschen's Deutsche Klinik*, 1872, núm. 41).

Laudan (*Ueber den diagnostischen Werth der Rectaluntersuchung mit der vollen Haud in Gynäkologischer Beziehung. Archiv. für Gynäkologie*, Bd. VII, pág. 541) ha observado, á consecuencia de este exámen, una desgarradura de la parte superior del recto.

Weis, en *The New York Medical Record*, 21 de Marzo de 1875, publicó un artículo titulado: *Desgarradura de la pared anterior del recto á consecuencia del exámen practicado segun este método.*

Art. 9.º — Exámen combinado. — Exploracion de la vejiga y canal de la uretra.

Esta exploracion debe ir casi siempre precedida de la dilatacion de la uretra, la que puede obtenerse empleando la anestesia. Es raro que ántes de la operacion esté la uretra suficientemente dilatada; esta dilatacion no se observa más que en algunos casos, como, por ejemplo, despues de un coito por la uretra á consecuencia de la atresia de la vagina.

Manual operatorio. — Generalmente llega á practicarse la dilatacion con el dedo despues de haber incidido en diferentes puntos el orificio externo del canal uretral con unas tijeras, ó, segun recomienda Simon, despues de haber hecho en dicho orificio una incision hácia arriba que mida 25 milímetros y otra hácia abajo de 50 milímetros. La extremidad del dedo pequeño encuentra rara vez resistencia al penetrar en el canal de la uretra á nivel de su parte media, y generalmente llega al orificio interno, el cual está fuertemente tenso. No obstante,

se triunfa fácilmente de esta resistencia ejerciendo con el dedo una presión gradual y continuada, en tanto que la mano aplicada sobre la pared abdominal oprime la vejiga de arriba abajo. Después de haber penetrado en la cavidad vesical con el dedo pequeño es por lo común muy fácil penetrar en ella con el índice.

Si el dedo pequeño encuentra una gran resistencia, sobre todo á nivel del meato urinario; si, por ejemplo, se empuja todo el canal hácia atrás en lugar de penetrar en su interior, es preciso recurrir á la dilatación instrumental, para lo cual puede emplearse una pinza roma, cuyas ramas se introducen reunidas hasta una profundidad de 2 á 3 centímetros en el canal de la uretra, al llegar á la cual se abren, pudiendo también emplearse el dilatador de Ellinger.

Los mejores instrumentos son el dilatador sólido propuesto por Hegar para la dilatación del cuello uterino ó los espéculos uretrales de Simon, constituidos por pequeños tubos de goma endurecida, cuyo calibre se va estrechando cerca de su extremidad, provistos de un mango á nivel de su pabellón. En el arsenal de Simon hay siete espéculos de diferente calibre, desde 75 milímetros á 2 centímetros, con los cuales puede obtenerse una dilatación gradual. El empleo de espéculos de gran diámetro no está exento de peligros, y á consecuencia de su uso se ha observado algunas veces una incontinencia de orina persistente y abundante. La base del dedo índice tiene también, aunque es delgado por lo común, una circunferencia de 6 á 6,50 centímetros y un diámetro de 2 á 2,50 centímetros; es decir, un volumen que iguala ó traspasa el de los espéculos más grandes. Es posible que una dilatación gradual evite los inconvenientes de que acabamos de hablar.

Noeggerath opina que no debe forzarse el cuello de la vejiga; si á este nivel no se encuentra resistencia, entonces puede hacerse la dilatación hasta llegar á 1,90 centímetros.

Tampoco se está al abrigo de provocar una incontinencia cuando se practica la dilatación con un dedo índice que mide más de 6 centímetros de circunferencia, en cuyo caso se exponen las enfermas á graves riesgos. Es preciso, pues, reservar este método de exploración para los casos en que se ha apelado á todos los demás recursos exploratorios y sólo resta emplear éste para poder establecer y formular un diagnóstico exacto.

En esta operación es preciso evitar que los traumatismos se multipliquen y que se introduzcan materias sépticas en la vejiga, cuya mucosa goza especial predilección para ser asiento de inflamaciones purulentas, pútridas y diftéricas; así es que después de cada exploración debe lavarse cuidadosamente la vejiga con una disolución débil de ácido fénico, agua clorurada, etc., vigilando que la mezcla de la orina y el líquido antiséptico sea completa; porque la vejiga puede estar di-

vidida en dos departamentos por un tumor, por ejemplo, en cuyo caso pudieran escaparse algunas gotas de orina por la parte inferior de este reservorio, en tanto que el líquido que se encuentra en la parte superior mezclado con sangre, con aire, etc., queda detenido y se descompone produciendo una cistitis violenta, según hemos podido observar una vez en nuestra clínica.

INDICACIONES. — A. *Operaciones.* — Se practica la dilatación uretral en ciertas operaciones, por ejemplo, en las ablaciones de tumores, en los cálculos vesicales, cuerpos extraños, etc. La introducción del dedo en la vejiga puede ser útil y aún necesaria en ciertas operaciones ginecológicas, tales como la amputación del cuello uterino, la raspadura de un cáncer vaginal, la aplicación de suturas en la operación de fístula vesico-vaginal, abertura de la vejiga para dar salida a un derrame sanguíneo. En las primeras de estas operaciones, el tacto vesical permite comprobar la marcha que siguen los instrumentos.

B. *Diagnóstico.* — El tacto vesical se emplea con un fin diagnóstico en las afecciones de la vejiga, tales como cuerpos extraños, cálculos, tumores, ausencia de la pared vesico-vaginal — si hay atresia de la vagina — abertura de trayectos fistulosos en la vejiga, etc. Según la necesidad y la posibilidad de efectuarlas, se puede apelar al propio tiempo a la palpación abdominal y al tacto por la vagina y por el recto. Combinando el tacto vaginal y el vesical se puede reconocer fácilmente la extensión de las infiltraciones inflamatorias ó de las degeneraciones malignas de la pared vesico-vaginal, del tejido paravaginal, de la región situada entre la vejiga y el cuello uterino y del tejido celular que rodea a este último.

Finalmente, por este método de exploración pueden reconocerse las inflamaciones del repliegue vesico-uterino, las infiltraciones que en él tienen asiento, los tumores que nacen de la pared anterior del útero, los que existan en esta pared y los situados en la parte anterior y lateral de la excavación. En todos estos casos se puede practicar la exploración combinada por la vejiga y la pared abdominal, por la vejiga y la vagina ó por la vejiga y el recto. En algunos casos, aunque pocos, puede convenir ó ser necesario dilatar previamente el cuello uterino con esponja preparada, y practicar al propio tiempo la exploración por la cavidad uterina y por la vejiga.

Es muy útil servirse de la vejiga y del canal de la uretra como vías de exploración en los casos de atresia, de estenosis de la vagina, de estado rudimentario ó de ausencia de este órgano con ó sin vicio de conformación del útero, en cuyo caso se practica el examen combinado por la vejiga y el recto, así como por la pared abdominal, el recto y la vejiga; pero entonces es preciso el concurso de un ayudante.

Si se supone la existencia de una inversión uterina y fuese oscuro

el diagnóstico, este método de exploracion puede prestar tambien muy útiles servicios.

Hace ya mucho tiempo que vienen publicándose observaciones sobre la dilatacion artificial del canal de la uretra por introduccion del dedo con un fin diagnóstico ú operatorio; pero hasta estos últimos tiempos no se ha tratado de erigir esta práctica en un verdadero método.

El Dr. Weiss — *Einige seltene Faelle von atresia vaginae. Prager med. Wochenschrift*, 1878, núm. 71, pág. 214 — dice que Horshipe — *Boebachtung, etc.*, traducido al aleman por Schulze, Halberstad, 1819, 99, Falls, pág. 343 — ha observado en 1765 una atresia congénita de la vagina, y en este caso introdujo un dedo en la vejiga, habiendo dilatado previamente el canal de la uretra, y otro dedo en el recto.

Huguier — *Memoires sur les allongements hypertrophiques du col de l'uterus*, 1860, observaciones 30 y 31 — introdujo el dedo pequeño en la vejiga á fin de no lesionar este órgano en la amputacion del cuello uterino.

Pippingskoeld — *Beiträge zur Gynäkolog. u Geburtsh (Gesellschaft für Geb's in Berlin, Bd. III, pág. 249, 1874)* — ha dilatado el canal de la uretra con la laminaria é introducido el dedo en la vejiga, en las operaciones practicadas sobre la pared anterior de la vagina y sobre el cuello uterino.

Noeggerath y Simon han practicado la dilatacion de la uretra principalmente con un fin diagnóstico.

Noeggerath. *The vesico-vaginal and vesico-rectal. Touch. American Journal of Obstetrics*, Mayo, 1875.

G. Simon. *Ueber die Methoden die weibliche Urinblase zugaenglich zu machen. Volkmann's Sammlung Klinik Vorträge. Heft. 88, 1875.*

Véase ademas:

Wildt. *Neue Methoden die Weibliche Blasenvehle Zugaenglich zu machen. Arch. für Klin. Chirurgie von Langenbek. Bd. XV, pág. 167.*

Longuet. *De la dilatation de l'urèthre chez la femme. Annales de Gynecologie*, t. I, págs. 216 y 217, y Heath, *On calculus in the female. Med. Times and Gazzet*, 1874, 11 Abril.

Plilips. *Obstetrical Transactions*, Lóndres, Bd. VIV, pág. 57.

O. Spiegelberg. *Ueber die Fissur des Blasenhaltes, etc. Berlin, Klinik Wochenschr.*, 1875, núm. 16.

Acerca de la incontinencia de orina despues de esta operacion, puede verse la comunicacion de Emmet á la Sociedad Americana de Obstetricia. *Transact of the New York Obstetric. Journal*, 1878, pág. 786.

Noeggerath ha observado casos semejantes.

Normand Bridge (*Med. Record*, 1878, 12 Octubre) ha observado, despues de una dilatacion del canal de la uretra de 3 centímetros, un caso de muerte por cistítis. Probablemente existió una pioemia en este caso.

CAPÍTULO III

DE LA EXPLORACION INSTRUMENTAL

Art. 1.º — Exámen de la vejiga y de la uretra. — Cateterismo.

En el párrafo anterior nos hemos ocupado del exámen manual de la vejiga despues de la dilatacion artificial del canal de la uretra.

En muchos casos basta la exploracion con la sonda.

Se emplea una sonda metálica ó de goma, siendo muy raro, aún cuando la vejiga esté dislocada, que haya necesidad de emplear una sonda de hombre. En este caso puede emplearse una sonda de mujer de goma elástica, un poco larga, flexible y provista de un mandril. No debe introducirse este instrumento sino despues de haber lavado el meato urinario, para evitar que se lleve á la vejiga algun producto de secrecion de los órganos genitales ó alguna sustancia séptica. El instrumento se dirige desde luégo hácia atras, haciendo despues que descienda la extremidad de la sonda que queda fuera, modificando la manera de dirigir ésta, cuando la vejiga esté dislocada, segun el caso. Cuando esto ofrece dificultades se puede dirigir el catéter mediante la ayuda de un dedo introducido en la vagina, pudiendo apreciarse de esta suerte la presencia de induraciones, el espesor de las paredes uretral y vesico-vaginal, las soluciones de continuidad, etc., reconociendo al propio tiempo si el catéter elástico se dobla sobre si mismo. Miéntras la sonda atraviesa la uretra se reconoce la sensibilidad, el estado de la mucosa (sangre), las estrecheces, las bridas que puedan existir: si hay una fístula se puede generalmente hacer pasar el pico de la sonda por el orificio de la pared uretro-vaginal ó de la vesico-vaginal y descubrir más completamente los bordes del orificio fistuloso. La capacidad de la vejiga, la irritabilidad muscular (contraccion de la pared

sobre el catéter), la existencia de tumores, concreciones, etc., se reconocen con mayor ó menor certidumbre por medio de la sonda.

Para reconocer la capacidad de la vejiga y diagnosticar ciertas soluciones de continuidad del aparato urinario (fistula uretro-vaginal, fistula vesico-vaginal pequeña, apenas permeable) se puede llenar la vejiga con agua coloreada. En estos casos, así como para el lavado de la vejiga y para el empleo intravesical de líquidos medicamentosos, empleamos nosotros el siguiente procedimiento, que es muy sencillo: se fija á un catéter un tubo de cautchuc de 50 centímetros de largo próximamente, á la extremidad del cual está adherido un embudo de vidrio. Si la vejiga está llena se introduce el catéter en tanto que se colocan el tubo y el embudo un poco por debajo del meato urinario; el contenido de la vejiga pasa entónces al tubo y al embudo, pudiendo determinarse su contenido. Si la vejiga está vacía, se debe desde luégo ántes de introducir el catéter llenar el embudo del líquido que ha de servir para la inyeccion, obturando el tubo, comprimiendo sus paredes con dos dedos colocados por encima del punto de union del tubo con el catéter, quedando aquél despojado de las vesículas de aire que contiene y que pasan á la superficie del líquido que llena el embudo. Introducido el catéter en la vejiga, durante cuya introduccion no se deja de ejecutar la presion del tubo para impedir que el líquido descienda en éste, hasta que aquella operacion quede terminada, en cuyo momento basta que desaparezca la interrupcion del tubo y elevar el embudo poco á poco para que, bajo la influencia de la presion, se vacie el embudo y se llene la vejiga con la cantidad de líquido que se desee, á cuyo fin se añade éste á medida que aquél se va vaciando. Por lo comun no debe utilizarse sino la presion mínima necesaria para que el líquido penetre hasta la vejiga, y para graduar la presion basta subir el embudo á mayor ó menor altura con relacion al plano en que se halle el referido órgano. Colocando el embudo á menor altura respecto á éste, el líquido refluye de la vejiga á aquél, y de esta manera puede lavarse la cavidad vesical é inyectar toda clase de líquidos suavemente y sin producir irritacion de ningun género.

Los métodos complicados de exploracion de la vejiga no dan buenos resultados. El empleo del endoscopio no nos ha entusiasmado aunque nos hayamos servido de cánulas gruesas y hayamos dilatado previamente la uretra. Winckel ha preconizado el empleo del aparato de Rutenberg, con el que se obtiene la dilatacion de la vejiga por medio del aire.

Cuando se supone la existencia de pólipos ó de vegetaciones en el canal de la uretra se puede introducir una pinza larga de ganchos y tratar de extraerlos. Así hemos podido nosotros coger y traer hasta el meato un pólipo del tamaño de una nuez pequeña que provocó violentas hemorragias.

En todo exámen de la vejiga, aunque se trate de un simple cateterismo, es preciso ante todo (y nuestra recomendacion se apoya en una larga y frecuentemente triste experiencia) vigilar estrictamente para que no penetren en aquel reservorio ni aire ni materias sépticas. Es probable que no haya otro líquido con mejores condiciones para favorecer el desarrollo de gérmenes que la orina mezclada con sangre, sudor, etc., aumentando el peligro cuando existe algun obstáculo para que se verifique la emision de la orina. Se emplea el cateterismo contra la iscuria, pero ésta aumenta despues. Si con la sonda se introducen aire ó materias sépticas, si á consecuencia de un ligero traumatismo se provoca una pequeña hemorragia, á la cual predispone ya el estado de la mucosa, todo está ya dispuesto para que tenga lugar la infeccion septicémica, no pudiendo ser más favorables las circunstancias. La enferma á pesar de grandes esfuerzos no puede evacuar los materiales sépticos, sobre todo si existen divertículos en la vejiga, si se trata de un tumor que no permite que se vacie espontáneamente ó con el catéter sino una parte de la cavidad vesical.

Siempre que sea posible se evitará practicar el cateterismo durante el puerperio ó despues de las operaciones. Para evitar la necesidad de recurrir á esta operacion es preciso procurar que las puérperas y las operadas no estén sin orinar mucho tiempo despues de la operacion ó del parto: para facilitar la miccion se eleva el tronco y se aplica una esponja empapada en agua caliente á la vulva.

¿Hay necesidad de recurrir al cateterismo? Es preciso entónces desinfectar con gran pulcritud el instrumento que haya de emplearse. Si se usa una sonda metálica, se la desinfectará fácilmente lavándola con agua hirviendo ó con un líquido antiséptico. Si se va á emplear una sonda de goma es preciso que sea nueva, y cuando se usa la misma para sondar á diferentes enfermas se debe lavar con un líquido antiséptico despues de empleada y ántes de volverse á emplear de nuevo (1).

Manual operatorio. — Debe descubrirse completamente el meato urinario, lo que es algunas veces difícil. Tambien, cuando se trata de introducir un catéter, conviene elevar un poco la pelvis á beneficio de un almohadon á fin de elevar un poco la vulva del plano de la cama.

Con los dedos de una mano se separan los labios, y con la otra, provista de una esponja ó de un poco de algodón empapados en agua clorurada ó fenicada, se lava la zona que rodea al meato urinario, intro-

(1) Hemos recurrido muchas veces al sondaje en las recién paridas y jamás hemos tenido motivo para arrepentirnos de ello; bien es cierto que hemos cuidado de seguir los principios de rigurosa limpieza y antisepsia que recomiendan los autores. — *M. G. de S.*

duciendo en seguida el instrumento. Obrando de esta suerte no se evita la entrada del aire contenido en la cavidad del instrumento, pues es difícil impedirlo; se ha pretendido hacerlo llenando la sonda con un líquido desinfectante, aplicando el dedo pulgar al pabellon de la misma é introduciendo ésta inmediatamente, pero inútilmente, porque á causa del poco equilibrio del agua penetra el aire en la sonda con facilidad suma. Es preferible fijar á la sonda un tubo de cautchuc terminado por un embudo en el cual se vierte un líquido antiséptico, y mientras éste se escapa por los ojos de la sonda se introduce ésta en la vejiga, haciendo que el embudo descienda despues á menor altura del plano en que se halle colocada la vejiga, la cual de esta suerte envía al embudo la cantidad de orina que contiene.

Nosotros hemos hecho construir recientemente una sonda provista en su extremidad de un tapon que se retira cuando el instrumento ha entrado en la vejiga. Es preciso que la enferma adopte una posicion en la cual la presion intraabdominal, y por consecuencia la presion intravesical, estén muy disminuidas (decúbito dorso-sacro, lateral ó latero-abdominal) en estas posiciones; en efecto, la presion intravesical es inferior á la presion atmosférica. Es necesario adoptar estas precauciones cuando se trata de un caso normal, siendo necesario conceder una atencion especial á esta maniobra cuando la vejiga es asiento de alguna lesion, cuando existen estados inflamatorios en los órganos vecinos, lesiones de la vulva y la vagina capaces de dar origen á derrames purulentos ó sépticos, y cuando la enferma que debe ser sondada tiene una herida en la pared abdominal, un pedículo fijo por fuera del peritoneo á consecuencia de una amputacion supravaginal del útero ó de una ovariectomía; estos estados patológicos pueden, en efecto, ocasionar la produccion de líquidos pútridos capaces de derramarse sobre el meato urinario.

Se encontrará en Winckel la comparacion de los diferentes métodos con ayuda de los cuales se puede examinar la uretra y la vejiga en la mujer: *Die Krankheiten der Weiblichen Harnroehre und Blase*. Stuttgart, 1877, p. 11.

Véase ademas:

Hegar. *Ueber Einführung von Flüssigkeiten in Harublase und Darm*. *Deutsche Klinik*, 1873, núm. 8.

Hegar. *Saugphaenomene aus Unterleib* *Archiv. für Gynäkolog.*, vol. X, página 191 y siguientes.

Hegar. *Ueber Einführung von Flüssigkeiten in Harublas und Darm*. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1874, números 6 y 7.

Odebrecht. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1875, pág. 175.

Olshausen. *Zur Aetiologie des puerperalen Blasenkatarrhs*. *Archiv. für Gynäkolog.*, vol. II, pág. 273.

Kaltenbach. *Ueber Albuminurie und Erkrankung der Harnorgane in der Fortpflanzungsperiode*. *Archiv. für Gynäkolog.*, vol. III, pág. 1.

Art. 2.º — Exámen de la vagina, de los fondos de saco-vaginales y de la porcion vaginal. — Exámen con el espéculo.

En las multíparas, en las mujeres que tienen la vulva ancha, ó en las cuales el orificio vaginal está ya entreabierto á consecuencia de una desgarradura del periné, basta deprimir con el dedo hácia atras sobre la comisura posterior para descubrir la parte inferior de la vagina. Puede facilitarse este exámen sirviéndose de un separador vaginal encorvado en ángulo recto (*fig. 21*) ó de un instrumento que tenga la forma de una espátula y permita separar la pared opuesta á la que deba examinarse. Cuando hay descenso del útero en la cavidad vaginal estos medios bastan ampliamente porque pueden verse las partes descendidas; pero si no es así, basta hacer descender al útero con una pinza aplicada sobre un labio del cuello ó atraer hácia fuera la pared vaginal, lo que se logra fácilmente con ayuda de una pinza de anillo ó de un gancho montado sobre un mango largo provisto de garras simples ó dobles. Se puede hacer salir la pared anterior de la vagina con la ayuda de un catéter introducido en la vejiga, y la pared posterior con la ayuda de un dedo introducido en el recto. La enferma debe estar colocada en la posicion de la talla ó en decúbito dorso-sacro; en esta última posicion es fácilmente accesible la pared anterior de la vagina.

Para descubrir las partes profundas y las partes vecinas del orificio vaginal, cuando éste es estrecho, hay necesidad de recurrir al espéculo.

Sería muy largo escribir aquí la historia de los espéculos y de examinar los diferentes instrumentos que se han empleado con este fin. Para exámenes y operaciones nosotros empleamos un simple espéculo cilíndrico, y cuando disponemos de ayudantes usamos un espéculo de valvas. El espéculo cilíndrico es muy cómodo, porque puede utilizarse sin el concurso de ningun ayudante. En muchos casos el espéculo cilíndrico permite hacer un concienzudo exámen de la porcion vaginal del cuello, y puede ademas prestar grandes servicios en ciertas operaciones, tales como lavado de la vagina con medicamentos líquidos, cauterizacion de la porcion vaginal de la parte inferior del canal cervical, etc.

Los espéculos cilíndricos (*fig. 12*) se construyen en cristal, en porcelana (Mayer), en marfil, en madera, en goma endurecida, en cuerno, en cristal revestido de una capa azogada (Fergusson); algunos son cónicos, más estrechos hácia su extremidad, cuya circunstancia no presenta ninguna ventaja cuando esta disposicion está muy acentuada. La mayor parte están ensanchados á nivel del mango, bajo

la forma de pabellon de trompeta. La extremidad que debe ser introducida puede estar cortada en sentido vertical respecto al eje del instrumento ú oblicuamente. La mayor parte de estos instrumentos pueden ser empleados tal como se les encuentra en casa de los almacenistas. Es preciso tener siempre dispuestos varios instrumentos de diferentes calibres. Los espéculos de porcelana dan una luz muy pura, y no son alterados por los medicamentos; el espéculo de Fergusson es muy frágil, y la fuerte luz que refleja es poco útil. Los espéculos de goma endurecida son cómodos, poco frágiles, y pueden enchufarse los unos en los otros; los espéculos de madera son igualmente útiles cuando se trata de practicar cauterizaciones, pero la luz que proyectan es frecuentemente insuficiente. Debe procurarse que el espéculo cilíndrico no sea muy largo (12 centímetros bastan casi siempre); el pabellon no debe ser muy ancho, y sus bordes deben ser redondeados. No es necesario que el pabellon del instrumento esté provisto de mango.

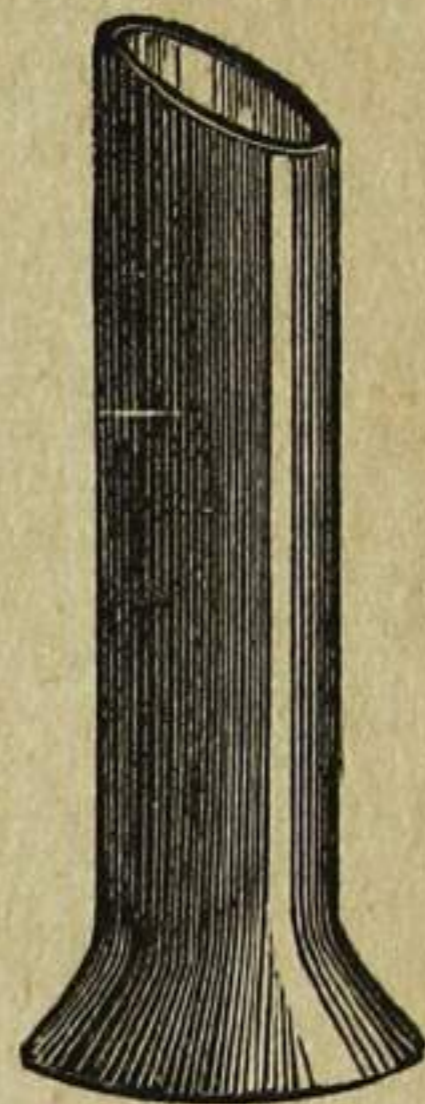


Fig. 12.

El calibre del instrumento debe ser proporcionado á la capacidad de la vagina. Para apreciar esta indicacion basta practicar previamente el tacto y presentar el espéculo á la vulva. La enferma debe estar echada en decúbito dorso-sacro, en la posicion de la talla ó en decúbito lateral. Con el pulgar y el índice se separan los grandes labios y los pelos que los cubren; la otra mano tiene el espéculo de tal suerte que el pulgar venga á colocarse por debajo del borde del pabellon, mientras que el cuerpo del instrumento está sujeto por el índice y el medio, se introduce el instrumento engrasado á traves de la vulva, deprimiendo hácia abajo la comisura posterior. Si se produce un ligero dolor ó una contraccion de los esfínteres, se oprime durante algunos instantes sobre el orificio vaginal sin ejecutar el menor movimiento, con lo cual desaparecen generalmente los obstáculos. Si se ha tomado un espéculo muy voluminoso se cambia por otro más pequeño. Para introducir el espéculo los movimientos de rotacion no ofrecen ninguna ventaja, es preciso ejercer una presion lenta sobre la pared posterior de la vagina, bajando despues gradualmente el pabellon; de esta suerte la porcion vaginal del cuello viene generalmente á colocarse por sí misma en el campo del instrumento. Si el tacto ha revelado la existencia de una lesion á nivel de las partes laterales, se dirige el instrumento hácia este lado. Cuando el hocico de tenca está situado léjos de la vulva hácia atras y hácia arriba, el decúbito dorso-sacro es frecuentemente útil; si el útero está en retroversion se debe bajar de repente ó con

mucha rapidez el pabellon del espéculo á fin de que la porcion vaginal venga á colocarse en el campo visual del instrumento. Algunas veces la mucosa vaginal se pliega y viene á ocultar el cuello; entónces se trata de hacer desaparecer dichos pliegues imprimiendo al instrumento movimientos de elevacion, de descenso, de rotacion y laterales. Si este medio no da resultado, con una larga pinza se procura separar estos pliegues de la mucosa, dejando libre el canal vaginal. Se limpian el hocico de tenca y los puntos vecinos con una pequeña esponja ó bolita de algodón en rama, fijos sobre un porta-esponja (*fig. 13*) ó sobre una pinza larga de anillos.

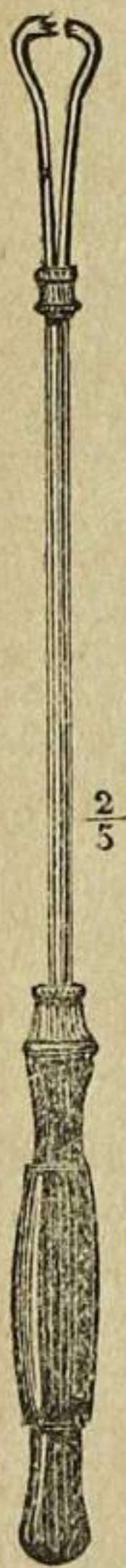


Fig. 13.

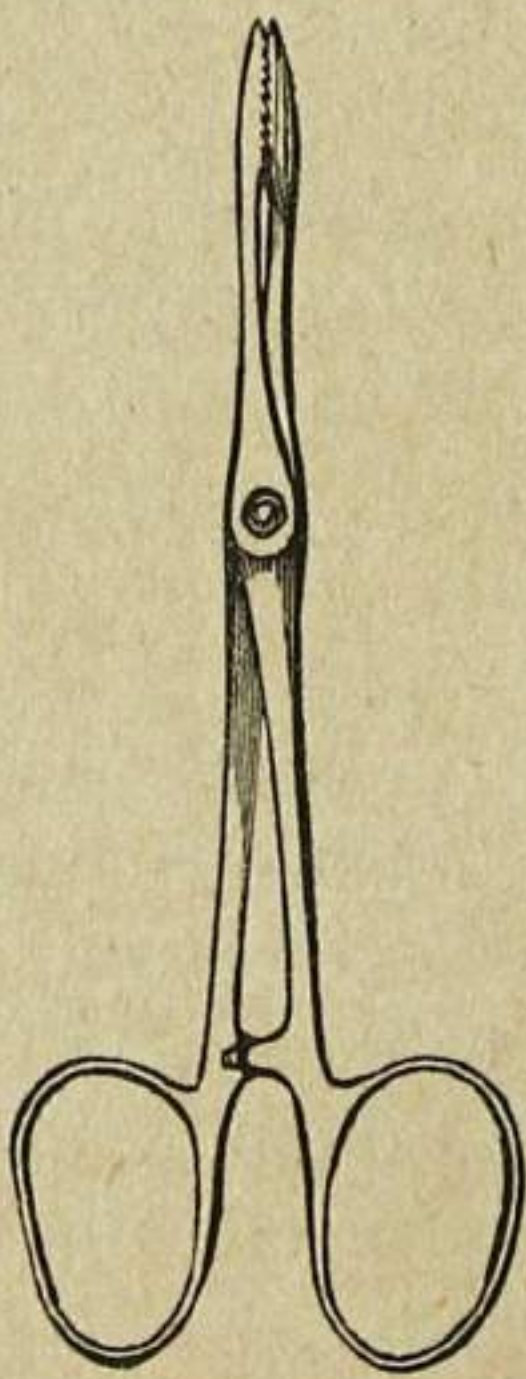


Fig. 14.

Introduciendo el espéculo se examinan la coloracion, la turgencia y, hablando en tesis general, el estado de la mucosa de la vagina. Se puede formar una idea exacta de la forma, del volúmen y de la coloracion de la porcion vaginal, así como del orificio externo del cuello. Desde que la porcion vaginal aparece en el campo del espéculo basta ejercer una fuerte presion sobre el instrumento para ranversar hácia

fuera los labios del hocico de tenca y producir una ectropion artificial que permitirá ver una parte del canal cervical, pudiendo así observar el estado de la mucosa de este canal, su coloracion, la naturaleza de sus secreciones, etc. Es preciso no olvidar que en este caso el fondo de saco vaginal corresponde á la parte supravaginal del cuello, la cual parece formar parte de la porcion vaginal, simulando así frecuentemente esta última ser más larga de lo que es en realidad; no debe, pues, considerarse como una úlcera la mucosa cervical, ó mejor dicho, la parte de ella que constituye el ectropion.

El espéculo cilíndrico es muy cómodo para el práctico porque no necesita el concurso de ningun ayudante y porque las enfermas, áun las ménos inteligentes, pueden adoptar fácilmente la posicion necesaria durante la operacion.

Para las exploraciones más delicadas de la porcion superior y media de la vagina este espéculo no basta; cuando existen modificaciones notables de la porcion vaginal ó una gran inflamacion es preferible descubrir las partes enfermas valiéndose del espéculo de valvas.

Los espéculos de valvas deben su vulgarizacion al americano Sims; sin embargo, la idea de emplear estos instrumentos ú otros de forma casi idéntica es bastante más antigua. Recamier y Piorry empleaban dos medios cilindros provistos de mangos cortos. Los espéculos de Neugebauer tienen la forma de pico de pato y están provistos de largos mangos. El uno se aplica sobre la pared anterior de la vagina, el otro sobre la pared posterior; pero Sims ha descrito tan bien, no solamente la forma que debe tener el instrumento, sino aún la manera de emplearlo, que su mérito es considerable. Simon ha modificado los espéculos americanos y ha dado algunas indicaciones que pueden facilitar su empleo. Su práctica difiere mucho de la de los cirujanos americanos y exige una descripción especial. El espéculo de Sims (*fig. 15*) consiste en dos gotieras metálicas de calibre diferente que tienen la forma de pico de pato cuya extremidad fuera disminuyendo; ambas están unidas por un tallo metálico, el cual, sirviendo de mango, viene á insertarse en ángulo recto ó ligeramente agudo en las gotieras. Dos de estos aparatos, es decir, cuatro gotieras de dimensiones diferentes, bastan para casi todas las exploraciones. Solamente en algunos casos deben emplearse instrumentos más voluminosos que los que se encuentran en el comercio; frecuentemente las gotieras más cortas prestan muy buenos servicios. Braun ha hecho construir espéculos semejantes en goma endurecida, espéculo que es muy útil cuando se trata de emplear el hierro al rojo.

Sims emplea además un gancho largo y fino y un instrumento al cual da el nombre de depresor. Este instrumento está formado por un tallo metálico montado sobre un mango de madera, terminado en su extremidad por un disco metálico redondo y fenestrado; este depresor debe separar la pared anterior de la vagina cuando ésta viene á rebasar los bordes del espéculo. En lugar de erinas nosotros empleamos más generalmente la pinza americana de garras, porque aquéllas se desprenden muy fácilmente. La pinza de B. Schultze, de la cual una rama presenta en su extremidad una pequeña placa rectangular, en tanto que la otra rama está provista de una doble garra, es también muy útil (*fig. 18*).

La enferma debe estar colocada en decúbito genu-pectoral; el profesor, con dos dedos de una mano descubre la parte posterior de la vulva, introduce la extremidad de la valva y la coloca en una direc-



Fig. 15.

cion casi horizontal. Introducido el instrumento hasta la mitad se lleva ligeramente hácia arriba el espéculo, á fin de levantar casi verticalmente el periné; la vagina se llena de aire; de esta suerte, la vista puede llevarse tan léjos como se ha introducido el espéculo, cuya extremidad se dirige verticalmente contra la porcion vaginal del cuello que descansa hácia atras.

Puesto el cuello al descubierto se confía el espéculo á un ayudan-



Fig. 16.

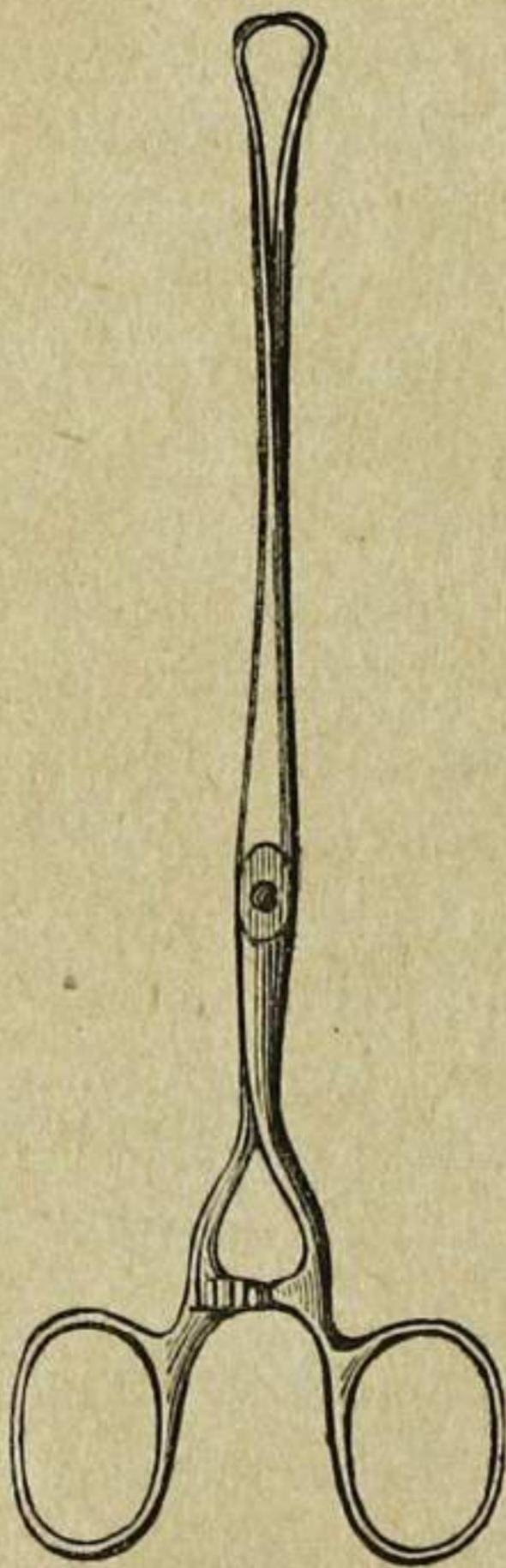


Fig. 17.

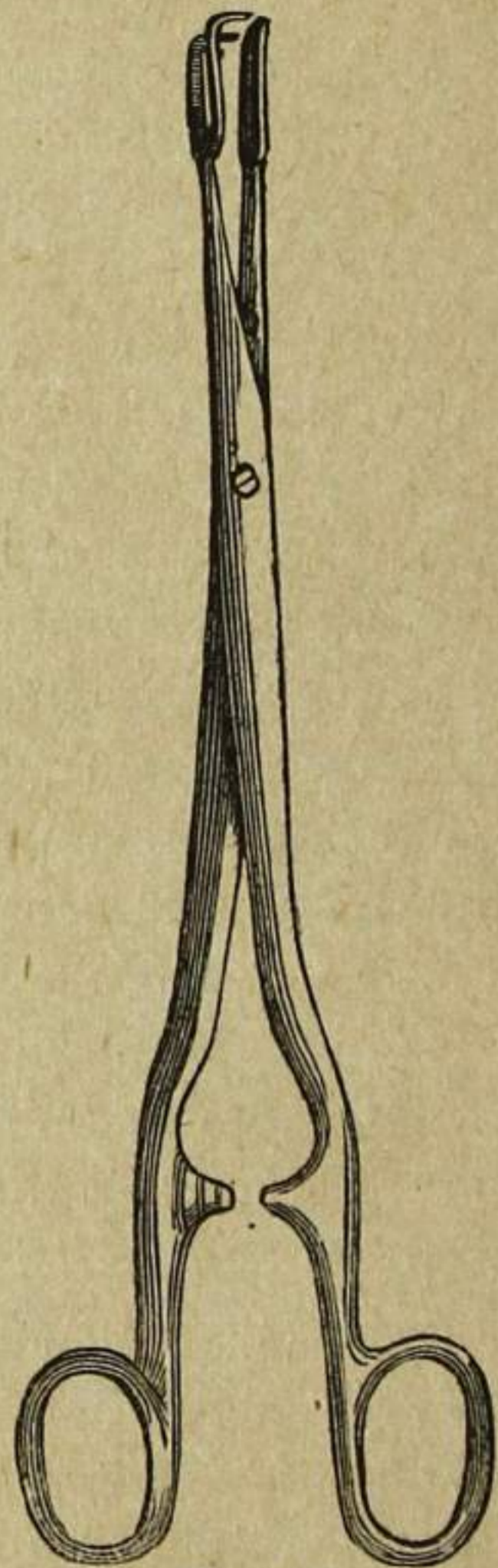


Fig. 18.

te; la pared anterior de la vagina se lleva casi horizontalmente hácia atras ó un poco hácia abajo, y como existe una concavidad arriba, se descubre un poco la porcion vaginal. La distancia que separa la cara cóncava del espéculo de la pared anterior de la vagina es muy notable, de 5 á 6 centímetros próximamente. La situacion de la porcion vaginal del cuello en la pelvis está muy modificada, está situada muy léjos del estrecho inferior, cerca ó casi á nivel del superior, y el cuerpo del útero se encuentra en la cavidad abdominal.

En esta posición el fondo de saco vaginal posterior se ve muy bien, sobre todo cuando las paredes de la vagina son flácidas y están relajados los músculos de la pared del abdomen y el útero desciende en la cavidad abdominal. En general, la exploración en la posición abdominal no ofrece ventaja alguna y es rara vez necesaria; por otra parte, si se prolonga durante mucho tiempo la enferma se fatiga notablemente.

En el decúbito latero-abdominal (*fig. 19*) el espéculo se aplica de la manera siguiente:

Adopta la enferma la posición descrita en artículos anteriores, se coloca un ayudante detrás del dorso de la paciente y eleva la cara posterior de la pelvis. El profesor coge el instrumento por el mango y

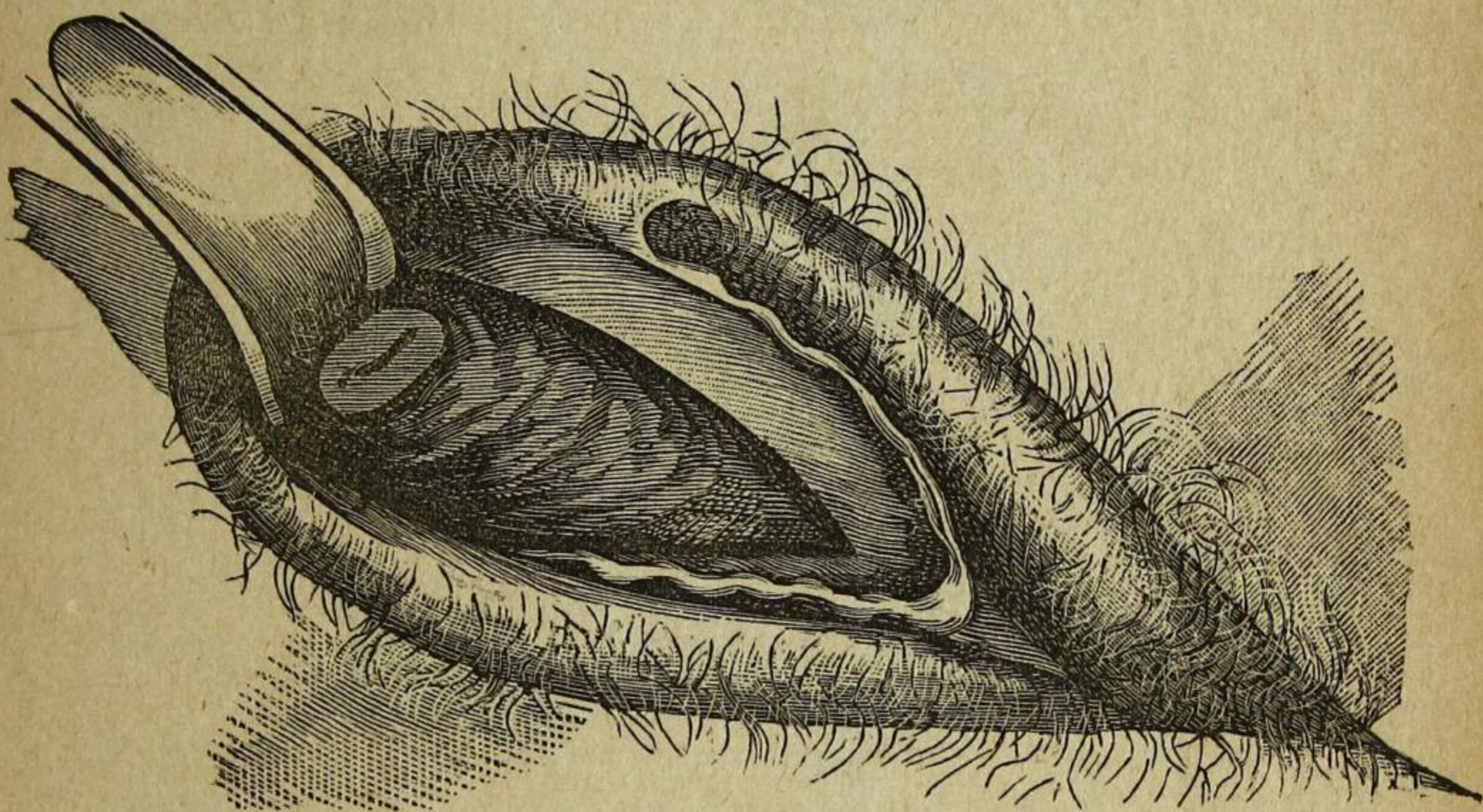


Fig. 19.

presenta la extremidad de éste á la vulva. Se observa hácia fuera el punto de union del sacro con el cóxis y se coloca la extremidad del instrumento en esta dirección, viniendo á colocarse el espéculo detrás de la porción vaginal, sin que sea preciso introducir el índice de la otra mano. Este dedo no puede, por otra parte, sin torsion del antebrazo, tocar la porción vaginal más que con la cara dorsal, que es poco sensible en su extremidad terminal. Nosotros procedemos siempre de esta suerte, y la porción vaginal queda puesta al descubierto en cuanto introducimos el espéculo y separamos el periné y la pared posterior de la vagina.

El principiante dirige la extremidad del espéculo muy hácia arriba en la dirección del estrecho superior y siguiendo el eje de la pelvis

de Noegelé, y en este caso el instrumento está colocado delante de la porción vaginal.

Existen dos circunstancias que pueden dificultar é impedir el descubrimiento del cuello: los movimientos respiratorios ó los esfuerzos voluntarios de la enferma y la estrechez de la vagina.

En el primer caso la persuasión, una pausa despues de la introduccion del espéculo, una presión prolongada ejercida sobre el periné y la pared posterior de la vagina, prestan útiles servicios. Si no se

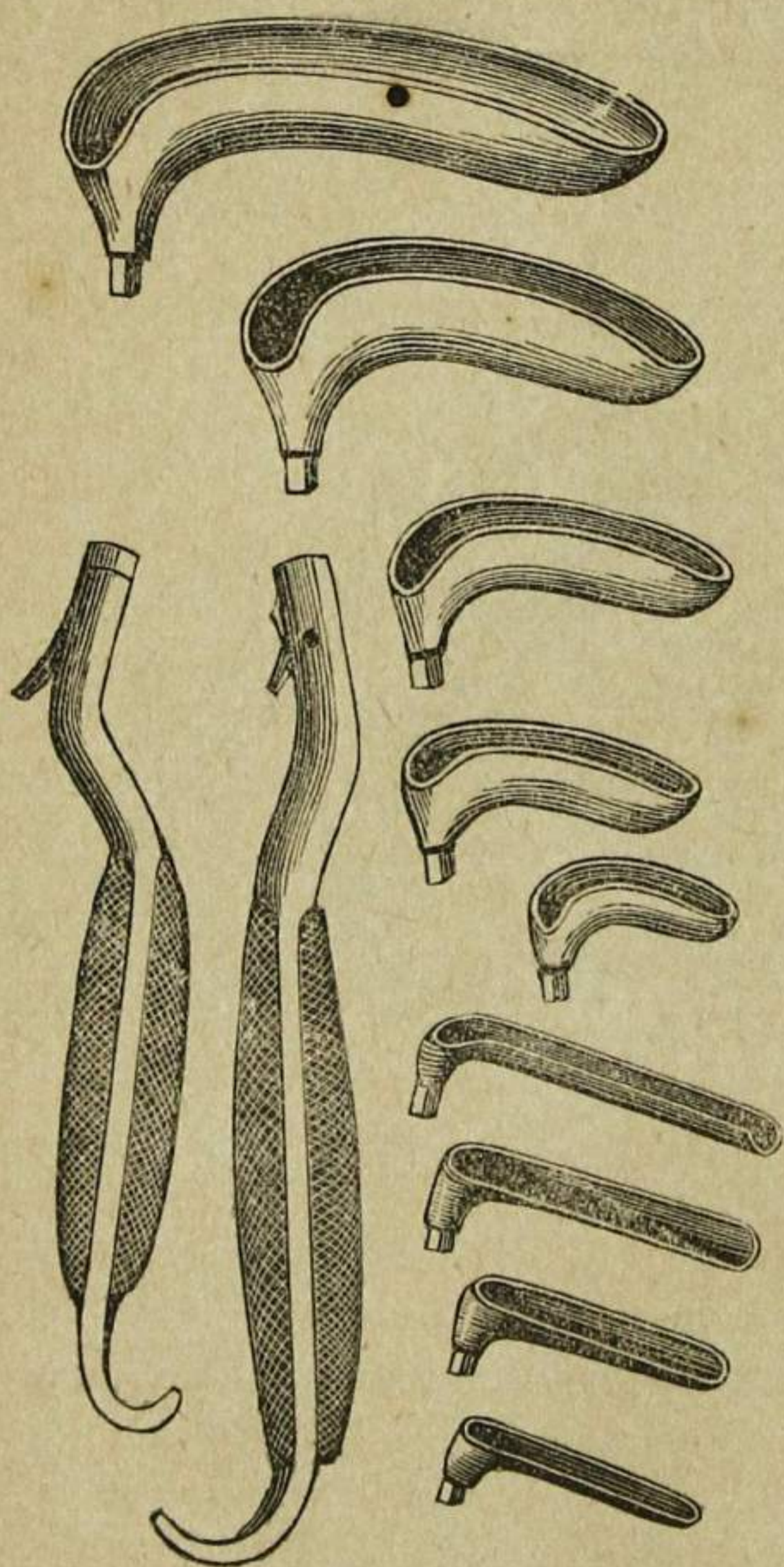


Fig. 20.



Fig. 21.

logra tal propósito, se deprime suavemente la pared anterior de la vagina con una pinza de anillo ó con un separador.

Para aproximar la porción vaginal al orificio de la vulva se coloca profundamente la extremidad de la valva por detras del labio posterior, y si esto no basta se coge el labio anterior con el gancho ó con las

pinzas de garras y se le atrae hácia abajo. Operando con paciencia y con suavidad puede descubrirse el cuello, áun en los casos más difíciles y en las vírgenes, por poco dilatable que sea el hímen y sin desgarradura apreciable. En este último caso debe emplearse un espéculo que tenga 2 centímetros de diámetro y sea un poco largo.

Si se apela al decúbito dorso-sacro de Simon, el mecanismo para poner al descubierto la porcion vaginal del cuello y los fondos de saco ofrece algunas diferencias. El instrumento de Simon consiste en cuatro valvas, de longitud y calibre variables, que merced á una charnela pueden unirse á un solo mango de madera. Consta, pues, de cuatro valvas metálicas de diferente calibre y un mango comun (*fig. 20*). Simon se sirve además de separadores vaginales (*fig. 21*) constituidos por una larga placa metálica acodada en ángulo recto y montada también sobre mango de madera. En esta posición el periné y la pared posterior de la vagina se inclinan notablemente hácia abajo, también se dirige la cuchara en esta dirección, y se comprime el periné directamente hácia abajo, haciendo que descienda notablemente la parte de la cuchara que confina con el mango. La pared anterior de la vagina, que se dirige de arriba á abajo, y que por la presión abdominal puede ser rechazada hácia afuera, viene frecuentemente á formar un pliegue saliente que impide ver una parte ó la totalidad de la porcion vaginal. Con la cuchara sola se logra á veces descubrir la porcion vaginal; estando introducida la valva hasta las tres cuartas partes de su longitud, se comprime la parte de la vagina que está situada cerca de la vulva hácia abajo y se atrae hácia afuera. Merced á esta tracción el hocico de tenca queda atraído hácia la vulva; pero es más frecuente emplear un separador para elevar la pared vaginal anterior. Introducida con suavidad una placa á nivel de la parte inferior de la vulva, un ayudante, colocado de suerte que un brazo pase por debajo de la pelvis de la enferma, coge con una ó las dos manos el mango del espéculo, mientras que otro ayudante, colocado también al lado de la paciente, sostiene el mango del separador dejando reposar la mano sobre el pubis de la enferma (*fig. 22*). Estos dos ayudantes deben obrar simultáneamente y obedecer á las indicaciones del operador. Si el uno tira con demasiada fuerza, atrae la pared vaginal hácia su lado, y si oprime muy fuertemente, el instrumento, esté poco ó muy introducido, disloca el útero. El principiante comete con frecuencia la falta de introducir muy profundamente el espéculo.

A veces para poner al descubierto completamente la porcion vaginal es preciso separar las paredes laterales de este conducto. Si estas paredes vienen á formar hernia, los separadores colocados á derecha é izquierda serán confiados á dos ayudantes que ejercerán tracciones más ó ménos fuertes dirigidas hácia afuera.

El operador debe tener sus manos libres, para lo cual son precisos cuatro ayudantes: uno tiene el espéculo, otro el separador anterior y sostiene un muslo, el tercero un separador lateral y el otro muslo, y el cuarto el otro separador lateral, pudiendo aún prestar algún servicio con la mano que le queda libre.

En muchos casos en que el exámen es delicado no bastan estos

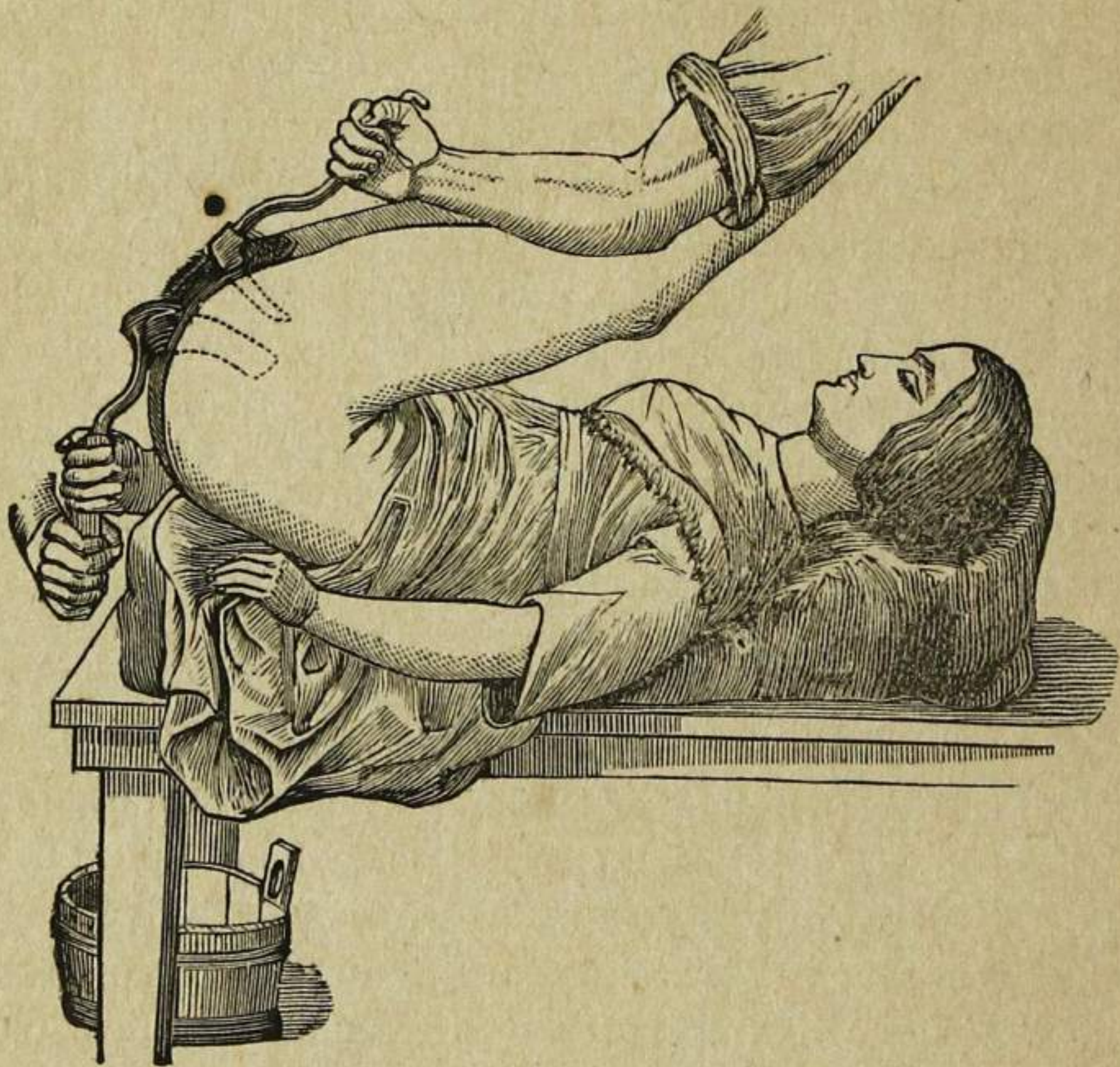


Fig. 22.

instrumentos, es preciso coger un labio del cuello y atraerlo hácia abajo con unas pinzas de garras ó una erina. Pueden tambien cogerse algunos puntos de la pared vaginal, desplegarlos, distenderlos y separarlos.

Frecuentemente se emplea el espéculo de valvas con ó sin separa-



Fig. 23.

dor para la pared anterior de la vagina, y un gancho de garras (*fig. 23*) para descubrir ciertos puntos de la vagina, los fondos de saco, labios del cuello, etc.

Pueden usarse indistintamente las cucharas, las valvas y los sepa-

radores segun que los puntos que hayan de examinarse estén situados más ó ménos hácia arriba, hácia abajo ó lateralmente. Los casos son de tal manera variables que es imposible trazar reglas generales.

La eleccion de instrumento, su calibre, la eleccion de puntos sobre que deben ser aplicados, la direccion y la energía que se deben dar á las tracciones son otros tantos detalles que varian para cada caso particular. Aquí la práctica y la experiencia han de servir de guía. Las erinas y las pinzas prestarán grandes servicios para poner al descubierto determinados puntos.

Los separadores vaginales, las erinas y las pinzas se emplean, ya en el decúbito dorsal, ya en el lateral. En general debemos preferir esta última posicion, aunque en ciertos casos sea preferible el dorso sacro. La posicion de Sims exige menor número de ayudantes; tan es así, que

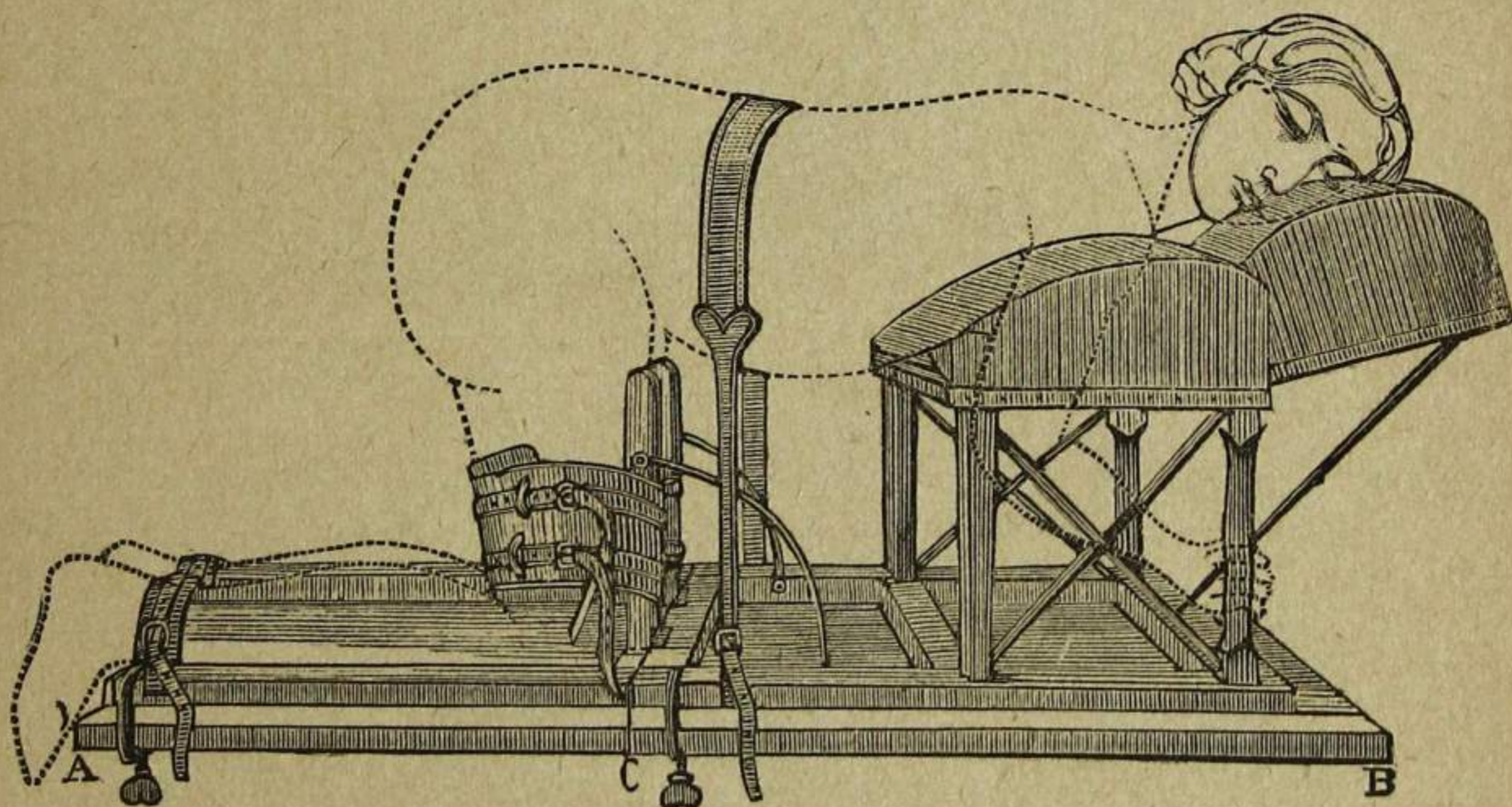


Fig. 24

uno puede coger una valva y el separador superior de la vagina (se deja en seguida de levantar las nalgas) y otro los separadores que se aplican sobre la pared anterior y sobre la lateral inferior. Cuando se trata de examinar en casos difíciles el fondo de saco vaginal derecho la enferma debe adoptar el decúbito lateral derecho, y el izquierdo cuando se trata de inspeccionar el fondo de saco vaginal del mismo lado.

Cuando se ejecuta una operacion cruenta tal cambio de posicion puede ser muy útil, porque la sangre se derrama de las partes superiores y no se pueden examinar fácilmente las regiones sobre que se opera.

Bozeman ha descrito minuciosamente un método para las opera-

ciones de fistulas urinarias, método que permite descubrir principalmente la pared anterior de la vagina, el fondo de saco anterior y el hocico de tenca. Bozeman recomienda el decúbito genu-pectoral y fija á la enferma sobre un aparato construido expresamente con este objeto, aparato que descansa sobre una mesa sólida y cuadrada á la cual se puede fijar por medio de tornillos si es necesario. Puede apreciarse la disposicion de este aparato viendo la *fig. 24*. Este cirujano introduce un espéculo de cuatro valvas, de las cuales dos (*fig. 25*) separan tanto como es necesario las paredes laterales, asegurando un tornillo esta posicion; una tercera permite elevar la pared posterior de la vagina. La parte que debe insinuarse entre las valvas laterales, sin estar sostenida por un ayudante, debe estar fija y cumplir su mision.

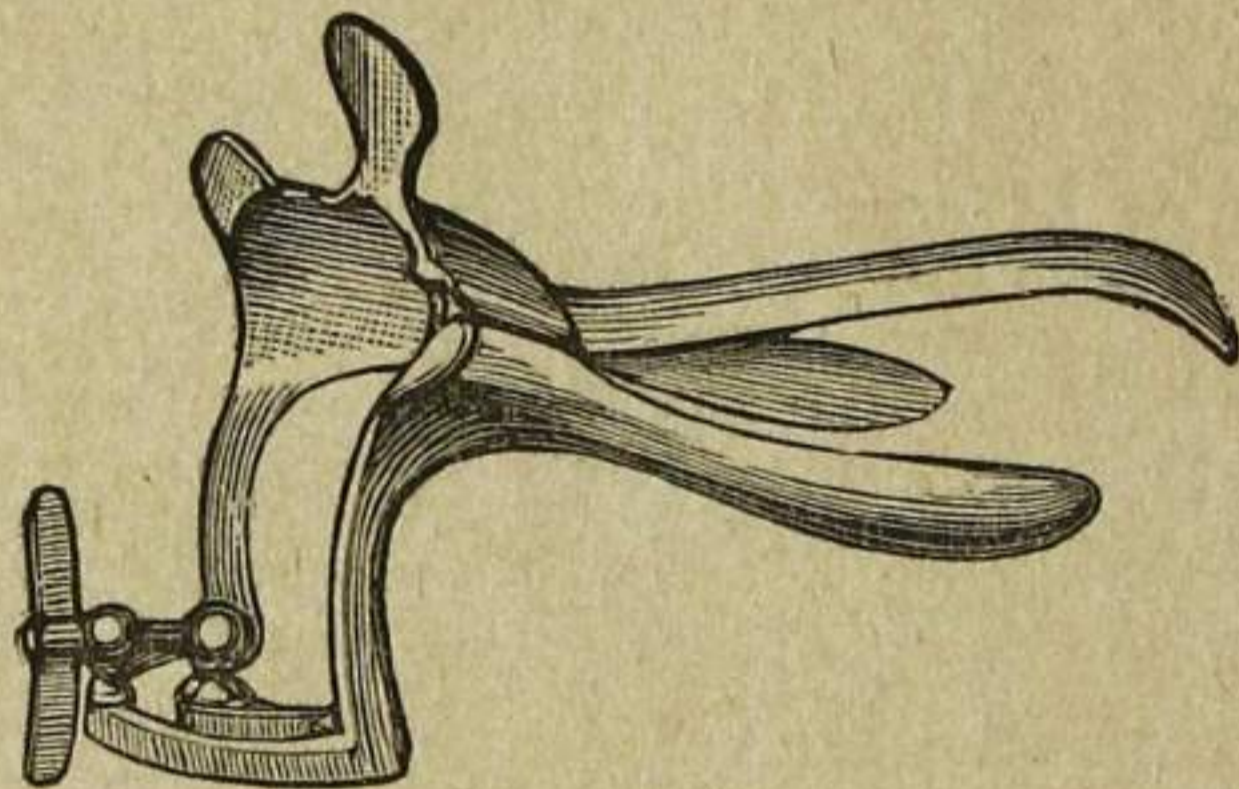


Fig. 25.

Nosotros hemos empleado frecuentemente este método, y hé aqui los resultados que hemos obtenido:

La posicion en sí misma no es desagradable para la mujer, y puede ser anestesiada con facilidad y sin inconvenientes. Para evitar los temores de la enferma, basta comenzar á anestésiarla ántes de fijarla á la mesa. El mecanismo para poner al descubierto las partes que se han de examinar es por lo comun fácil. Sin embargo, no deben separarse mucho una de otra las valvas laterales del espéculo.

La valva que está destinada á la pared posterior de la vagina no está sólidamente fija y se desencaja con frecuencia. El mismo inventor se ve obligado á separarla y reemplazarla por valvas apropiadas de forma y calibres diferentes que exigen el concurso de un ayudante. Este método ofrece ademas otro inconveniente; el campo operatorio está situado muy profundamente y hay que renunciar á atraerle hácia la vulva. El útero se inclina hácia abajo y la pared anterior de la vagina está prolongada. La extension lateral no permite sino con dificultad atraer hácia adelante con erinas la fistula ó el punto en que se trate de operar.

Otro de los inconvenientes consiste en que el espacio que ha de permitir la introduccion de los instrumentos está estrechado por los dos espéculos laterales, la luz se cubre fácilmente y hay que operar con instrumentos provistos de largos mangos. Además, se puede modificar muy poco á gusto del operador la disposicion del aparato, en tanto que con los otros métodos se pueden ejecutar fácil y cómodamente todas las modificaciones que se deseen; retirar, por ejemplo, completamente un separador, reemplazarle por una pinza sencilla ó doble, sustituir una valva colocada sobre la pared posterior de la vagina por una más pequeña, introducirla más ó ménos profundamente, etc.

Este método tiene en cambio la ventaja de no necesitar sino un limitado número de ayudantes, porque la enferma está sólidamente fija; pero esta ventaja está ampliamente compensada por la imposibilidad en que se encuentra el cirujano de modificar á voluntad, durante la operacion, la disposicion del aparato, y si esta modificacion es necesaria, es necesario al ménos un ayudante. Ya dejamos dicho que á menudo la valva destinada á la pared posterior de la vagina no responde al fin que el operador se propone y es necesario sustituirla por un separador que hay necesidad de confiar á un ayudante.

Ya hemos tenido ocasion frecuente de hablar de las tracciones ejercidas sobre el hocico de tenca ó sobre la pared vaginal con ayuda de pinzas ó de erinas. En los casos de principio de prolapso, de descenso, de aumento en la flexibilidad y en la extensibilidad de los ligamentos uterinos y vaginales, estas manipulaciones bastan frecuentemente para poner al descubierto aquellas regiones, objeto difícil de cumplir cuando no existen dichas condiciones. Cuando esto sucede, estas maniobras ayudan, pero en menor grado, al cirujano á descubrir las partes profundamente situadas. A veces, aún en los casos en que estas disposiciones favorables faltan, se emplea, no obstante, este método, ó por lo ménos se produce el prolapso artificial uterino, atrayendo el cuello del útero hácia abajo con ayuda de pinzas ó mediante un asa de hilo que atraviese los labios. Esta maniobra no debe, sin embargo, recomendarse de una manera general, ya se trate de llevar á cabo un simple exámen ó ya de practicar una operacion. Poseemos medios que hacen inútil este procedimiento.

En el capítulo precedente hemos expuesto los diferentes métodos de exámen con el espéculo. La eleccion de instrumento juega aquí un importante papel, ocurriendo lo mismo que con la posicion de la enferma, etc. Pueden colocarse por el órden siguiente estos métodos: 1.º, exámen con espéculos cilíndricos; 2.º, con espéculos de valvas, en decúbito latero-abdominal de Sims y en decúbito dorso-sacro de Simon; 3.º, método de Bozeman, que coloca la enferma en posicion genu-pectoral. Aquí los espéculos laterales ofre-

cen una gran importancia. Nosotros podríamos escribir la historia de la cuestion, dar idea de las diferentes formas de espéculos tales como han sido adoptadas en las diferentes épocas, las mejoras, las modificaciones más ó ménos acertadas que se han propuesto y practicado en estos últimos tiempos. Pero esto nos llevaría muy léjos de nuestro propósito. Los métodos y los espéculos que hemos descrito bastan para las necesidades de la práctica, y aún podrían limitarse más. Los espéculos de dos, tres y cuatro valvas apenas se emplean; únicamente el de Cusco de dos valvas que separan las paredes anterior y posterior de la vagina, se emplea todavía de un modo general.

Se encontrará la historia de la cuestion en el *Bericht der, 32. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte v. J. 1856, von L. A. Neugebauer. Ein neuer Mutterspiegel.*

Véanse ademas:

Cárlos Mayer. *Verhandlungen der Berliner Geburtsch Gesellschaft, 1853, pág. 79.*

M. Sims. *Klinik der Gebärmutter chirurgie, etc.*

Simon. *Sur les opérations des fistules vésico-vaginales.* Rostock, 1862.

Bozeman. *Opérations de fistules vésico-vaginales sans l'aide d'assistants.* New-York, 1869.

Chroback. *L'examen des organès génitaux de la femme, etc.* Stuttgard, 1879, pág. 68 y siguientes.

Art. III. — Exámen del útero. — Sonda uterina.

Por medio de la vista sólo puede examinarse la parte más inferior del canal cervical, que frecuentemente se presenta por sí misma en el campo visual del espéculo, ya por efecto de un ectropion natural, ya mediante la tension y separacion de las paredes vaginales. Separando el uno del otro labio del cuello uterino puede verse una parte de la cavidad cervical, pero fuera de este caso la cavidad uterina no es accesible á la vista. El empleo del endoscopio ofrece aún ménos resultados en la exploracion del útero que en la de la vejiga.

Puede examinarse el conducto cervical por el tacto, pero la estrechez del canal no permite emplear sino la sonda, siendo muy raro que pueda pasar el dedo á traves del mismo sin dilatarle previamente, lo que es muy fácil.

Debemos, pues, estudiar sucesivamente el cateterismo uterino, la dilatacion artificial de la cavidad del cuello y en seguida la exploracion con el dedo. En algunos casos conviene hacer seguir este exámen de la exploracion del útero con una pequeña pinza ó con una cucharilla de bordes cortantes.

Del cateterismo uterino. — El empleo del cateterismo uterino como método usual de diagnóstico ha sido ideado por Simpson. Poco despues Kiwisch y Huguier emplearon la sonda uterina. En 1854 Scanzo-

ni se pronuncia contra el empleo tan general que se hacía de este instrumento. Hoy nuestros medios de diagnóstico están mucho más perfeccionados, y la sonda uterina no juega un papel tan importante como en épocas anteriores. Puede explorarse el útero con un largo estilete, con un catéter elástico provisto ó no de un mandril ó con una bujía de cera. Generalmente se emplea una sonda uterina (*figs. 26 y 27*) constituida por un tallo metálico provisto de un boton de 3 ó 4 milímetros de diámetro, cuya flexibilidad le permite adoptar las diferentes curvaturas que pueden ser necesarias, y cuyo tallo está graduado. Hoy existen sondas flexibles hechas de una aleación metálica que se pueden encorvar á voluntad.

En general es preferible emplear sondas de grueso calibre, porque en el cateterismo uterino como en el uretral en el hombre, un instrumento grueso es más difícil que sea detenido en su camino á través del conducto por los pliegues de la mucosa y hay menos exposicion de practicar con él caminos falsos. Es preciso, pues, buscar casi siempre sondas uterinas de gran calibre. Si á pesar de todo el cuidado con que se ha practicado la operacion no puede introducirse la sonda, es preciso no ejercer una fuerte presion para hacer pasar una que sea voluminosa; es preferible utilizar un instrumento de menor diámetro. La sonda uterina no es solamente un instrumento de diagnóstico; se emplea tambien como medio terapéutico, bajo cuyos dos aspectos vamos á estudiarla aquí.

DE LA SONDA UTERINA COMO MEDIO DE DIAGNÓSTICO. — Merced á la sonda uterina podemos apreciar el diámetro del canal cervical, y en muchos casos reconocer su longitud, su conformacion y su curvatura.



Fig. 26



Fig. 27.

Ella nos da noticias precisas acerca de la longitud de toda la cavidad uterina, de su anchura, de la direccion y posicion de la cavidad del cuerpo, y, por consiguiente, de la del órgano en totalidad. Es indudable que si el útero está flácido y movable durante la introduccion del instrumento, puede ser fácilmente modificado aquél en su forma y en su posicion, y en este caso los resultados del exámen no deben ser admitidos como ciertos. En estas condiciones es preciso modificar la direccion y la forma de la sonda con relacion al estado del útero.

Cuando el órgano está sólidamente fijo, la sonda se adapta á su posicion y á su forma. El catéter uterino pone de relieve, ademas, la sensibilidad, la aspereza, la hiperemia (hemorragia fácil) de la mucosa, y combinando esta maniobra con otros medios de investigacion, el espesor de las paredes uterinas. Tambien se puede apreciar la movilidad del órgano.

Las maniobras por medio de las cuales se llega á este fin son múltiples y las expondremos más adelante.

Puede practicarse el cateterismo uterino con los ojos cerrados; para ello la enferma debe estar colocada en la posicion de la talla en decúbito dorsal ó en decúbito lateral (1): se introduce el índice en la vulva y conducto vaginal hasta colocarle sobre el labio posterior del cuello uterino, y despues se introduce la sonda deslizándola sobre la cara palmar del dedo. Es muy raro que el orificio externo sea tan estrecho que no permita el paso de un tallo bastante grueso; mas si se encontrara alguna resistencia bastaria ejercer una presion prolongada sobre este orificio para penetrar de un golpe en el canal cervical. De esta suerte, por medio de la sonda pueden tratarse las estrecheces y las obliteraciones de esta parte del útero. Generalmente el instrumento no encuentra ninguna resistencia hasta el orificio interno, siendo raro que la opongan los pliegues edematosos del árbol de la vida, los huevos de Naboth ó pequeños tumores implantados en este sitio y permitiendo la sonda diagnosticar estas particularidades. La manera como ella pasa á traves del orificio interno nos da noticias acerca de la estrechez de esta parte y de la direccion del canal, direccion que ya nosotros debemos suponer por un exámen previo del cuerpo del útero, pudiendo modificar la direccion de la sonda con arreglo á la posicion del órgano. Si el cuerpo del útero está en anteversion llevaremos el

(1) No se puede practicar el cateterismo uterino estando la mujer echada en la cama en el decúbito dorsal ordinario; es preciso al ménos elevar la pelvis por medio de almohadones duros, sobre el borde de los cuales deberá encontrarse la vulva.

mango del catéter hacia el periné; si está en retroversion, inclinaremos hacia arriba el mango del instrumento, dirigiendo éste al lado opuesto del en que se encuentre el fondo del útero en los casos de latero-version. Si estas maniobras no bastan buscaremos otro medio, dando á la sonda una curvatura que corresponda á la forma y á la posición anormales del órgano. Si se trata de una anteflexión aumentaremos la concavidad anterior del instrumento; si se trata de una retroflexión se obrará en sentido inverso.

Si el útero estuviera en su posición normal se puede tratar de vencer la resistencia que pueda ofrecer una estrechez particular del orificio interno, ó en algunos casos, aunque raros, á consecuencia de la prominencia de un tumor. La estenosis del orificio interno puede ser debida á una contractura, en cuyo caso basta mantener durante largo rato la extremidad del catéter contra el orificio para triunfar de la estrechez. Del mismo modo se pueden franquear también las estrecheces mecánicas poco graduadas. Si estas últimas lo fueran mucho se recurriría á sondas más delgadas y aún á simples estiletes. Excusado es decir que en este caso es preciso obrar con las más minuciosas precauciones por inteligente que sea el operador, porque pudiera equivocarse acerca de la dirección del canal y perderse en una depresión formada por los pliegues del árbol de la vida. Finalmente, á nivel del orificio interno puede encontrarse una verdadera torsión del canal cervical.

En suma: cuando todos los órganos están en estado normal, la sonda encuentra casi siempre cierta resistencia á nivel del orificio interno, fenómeno que nos permite medir la longitud del canal cervical.

Cuando se practica el cateterismo según el método de Sims se pone al descubierto la porción vaginal del cuello con ayuda del espéculo del autor, y de esta suerte se allanan muchos obstáculos, porque esta maniobra permite coger el labio anterior del hocico de tenca con la erina ó con una pinza, y obligar á éste á que descienda, con cuyo procedimiento se logra desplegar completamente la mucosa cervical.

La operación, sin embargo, no es siempre tan fácil, porque cuando, por ejemplo, el fondo del útero en anteflexión presenta algunas adherencias hacia adelante, esta maniobra exagera el grado de flexión. Entonces es preciso tirar de la porción vaginal con la pinza hacia atrás. En general este método de cateterismo es más cómodo, y aún para la enferma preferible. Hay que procurar que el borde anterior del espéculo no venga á colocarse profundamente detrás de la porción vaginal, y hay que ejercer presión sobre el conducto cervical; el espéculo no debe ser introducido muy profundamente, y el operador

debe vigilar atentamente para que no se ejecute ningun movimiento que pueda colocar aquél ante el borde del instrumento.

Cuando el profesor se apercibe de que la sonda está en la cavidad uterina, lo que se conoce por la libertad en los movimientos que se imprimen al catéter, se alcanza con éste fácilmente el fondo del órgano. A beneficio de estos movimientos se explora la pared del útero, su sensibilidad, el estado liso ó rugoso de la mucosa, etc.

Del mismo modo, para reconocer la movilidad de dicho órgano es preciso ejecutar movimientos alternativos con el instrumento en las direcciones trasversal y antero-posterior.

Si se trata de determinar el espesor de las paredes del útero se introduce el dedo en el recto, y elevando el mango del catéter se dirige la extremidad del mismo que se halla en la cavidad uterina hácia el dedo alojado en la cavidad rectal, y de esta suerte se aprecia el grueso de la pared posterior, apreciándose la de la pared anterior dirigiendo el mango del catéter hácia arriba y la extremidad que se halla en la cavidad uterina hácia los dedos de la mano que el operador debe haber aplicado á la pared abdominal.

Tambien pueden diagnosticarse la existencia y el volúmen de tumores (fibromas) que tengan su asiento en las paredes uterinas.

No puede recomendarse de una manera absoluta el empleo de estas maniobras. Despues de la operacion la sonda retiene fijas aún á sus paredes bridas grasosas de tumores blandos, cuando éstos radican en la cavidad uterina.

El exámen histológico permitirá establecer con toda seguridad el diagnóstico de la naturaleza de estos tumores. En un caso de tumor fibro-quístico voluminoso nosotros hemos podido penetrar fácilmente hasta una profundidad de 14 centímetros en el espesor de las paredes de tejidos disgregados.

DE LA SONDA UTERINA COMO AGENTE TERAPÉUTICO.—Respecto al empleo de la sonda uterina con un fin terapéutico citaremos desde luego la reposicion del útero á su estado normal cuando se halla en anteflexion ó en retroflexion, y al efecto puede obrarse de dos maneras diferentes: 1.^a En los casos de retroflexion se introduce la sonda de tal suerte que su concavidad se dirija hácia atras; se opera una rotacion en el instrumento sobre su eje, de manera que la concavidad se dirija hácia adelante. Si se trata de una anteflexion se operará en sentido inverso. 2.^a Se introduce en el útero una sonda muy rígida; se lleva el mango atras hácia el periné, hasta donde sea posible, en los casos de retroflexion, y adelante, hácia el pubis, en cuanto se pueda, cuando se trate de una anteflexion. Esta última práctica es preferible porque el instrumento está en contacto en toda la extension de su superficie con la cara interna del útero, en tanto que en el primero de los casos

citados sólo la extremidad de la sonda está en contacto con la pared uterina (1).

También puede emplearse la sonda como medio de dilatación en los casos de estenosis del cuello; siendo entonces preciso dejar colocado algunos instantes el instrumento después de haberlo introducido, y servirse de diferentes catéteres de diverso diámetro en progresión creciente. Algunos autores han propuesto el empleo de la sonda como medio excitador del útero para provocar las contracciones en los casos de flacidez de las paredes del órgano ó para aumentar la hemorragia menstrual en los casos de amenorrea ó de insuficiencia en el desarrollo del útero.

En suma: examinando la multiplicidad de fines que la sonda uterina puede llenar, llega al ánimo del profesor el convencimiento de que la mayor parte de ellos pueden obtenerse por otros medios que no son peores, y por ende que el empleo de la sonda no es el mejor. ¿Se trata de diagnosticar pequeños tumores pelvianos y una dislocación uterina? La exploración bimanual es casi siempre suficiente y sólo por excepción hay necesidad de recurrir al cateterismo. ¿Se trata de tumores voluminosos cuyas relaciones con el útero se quieren precisar? El examen bimanual también casi siempre da resultados satisfactorios, si bien en ciertos casos el cateterismo uterino, haciéndonos conocer el volumen y la posición del útero, prestará muy buenos servicios.

En los casos en que exista un tumor de la cavidad uterina la sonda por sí sola no basta para establecer el diagnóstico; solamente, en la mayor parte de los casos, permitirá determinar el sitio en que se presenta el tumor. La reposición del útero á su situación normal en los casos de dislocación es en general practicable por procedimientos más inocentes. Con la mano, y merced á una posición apropiada del cuerpo de la enferma, aún en los casos de vicio de conformación del útero, útero bicorne, etc., pueden diagnosticarse éstos practicando la exploración bimanual por el recto y la pared del abdomen, haciendo que descienda ligeramente la porción vaginal del cuello cogida con una pinza cuando sea necesario. Pretender reconocer con la sonda la movilidad

(1) Sims — *Chirurgie utérine*, pág. 207 — ha ideado para esta operación una sonda especial provista de una articulación en el punto que corresponde á la curvatura de las sondas ordinarias. Hemos empleado este instrumento, y, á nuestro juicio, no ofrece ventaja alguna. Si la sonda no tiene una curvatura muy grande y si se trata de obtener la reposición del útero á su estado normal, más que por cambios realizados en la curvatura del instrumento, por movimientos de elevación y descenso del mango, la sonda ordinaria obra como la de Sims, sin que sea necesario un mecanismo complicado.

Véase Adolphe Basch, *Sur un nouveau mode d'emploi de la sonde utérine dans les flexions de l'utérus*. (*Transactions of the Obstetrical Society of London*, vol. XIII, pág. 247.)

de la matriz y el espesor de sus paredes es practicar una operacion tan preñada de peligros que no puede recomendarse.

Improba y larga tarea sería describir aquí todas las maniobras que hacen superfluo el empleo de la sonda uterina, y ya hemos hablado de ellas al ocuparnos en describir los diversos métodos de exámen. No obstante, es preciso reconocer y hacer constar que existe un estado patológico del útero que no puede reconocerse sino con el auxilio de la sonda, cual es la estenosis mecánica del canal cervical, estado más raro de lo que comunmente se cree. La sonda puede suministrar datos erróneos, modificando la direccion del conducto cervical y produciendo estrecheces. Sin embargo, en casos excepcionales en que no puede practicarse el exámen bimanual se debe explorar tambien por excepcion con la sonda la posicion y volúmen del útero.

Hoy, al contrario de lo que sucedía hasta poco há, el empleo de la sonda es muy limitado, limitacion que sin duda constituye un progreso. Los inconvenientes de su empleo no son muy grandes en los casos sencillos, en los cuales puede introducirse con facilidad; á lo sumo su introduccion provoca ligeras hemorragias ó cólicos uterinos, porque cuando se presentan graves y largas endometritis consecutivamente á á un cateterismo deben atribuirse estos accidentes al empleo de un instrumento séptico.

En los casos en que el cateterismo es fácil el empleo de la sonda es comunmente superfluo, y cuando el cateterismo es difícil son necesarios grandes cuidados y dilatada experiencia.

Cuando se sospecha la existencia de un embarazo ó la de una inflamacion del útero ó sus anejos está contraindicado el cateterismo uterino, y aún cuando la sensibilidad de las partes que han de examinarse sea excesiva, tambien será preferible rechazar este procedimiento de exploracion.

Simpson. *The Obstetrics Memoirs and contributions*. Edimbourg, 1855.

Huguier. *De l'hystérométrie*. Paris, 1845.

Kiwisch. *Klinische Vorträge*, 1845. Bd. I, pág. 31.

Scanzoni. *Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie*. Bd. I, pág. 73, 1854.

M. Sims. *Klinik der Gebärmutter Chirurgie*, 2.^a edicion, pág. 80.

Actualmente se emplea poco la sonda uterina, y generalmente sólo se recurre á este medio cuando no se han obtenido resultados concluyentes con todos los demas procedimientos. Nosotros le empleamos en algunos casos para corroborar los datos obtenidos por los demas métodos exploratorios. Si, por ejemplo, se trata de un tumor ligado íntimamente al útero y que no puede ser aislado de éste por procedimientos manuales, utilizamos la sonda para esclarecer la posicion del útero,

para limitar mejor este órgano por el exámen bimanual y hacer constar y comprobar sus relaciones con el tumor.

Recientemente se han referido observaciones numerosas de casos en los cuales los operadores han introducido la sonda en una longitud extraordinaria sin haber encontrado resistencia ni necesitado hacer esfuerzo alguno. El volúmen del órgano no estaba en relacion con la longitud del segmento de la sonda introducido por el cuello, habiéndose formulado tres hipótesis para explicar este hecho. Se ha dicho que la sonda podía haberse introducido en la cavidad peritoneal á traves de un trayecto fistuloso existente en el tejido uterino (fístula uretro-peritoneal). Se han citado observaciones de casos en los cuales la sonda penetraba y se deslizaba con facilidad suma, habiendo sufrido el útero una involucion defectuosa. La sonda pudo ser introducida en una gran longitud, notándose la extremidad del instrumento inmediatamente detras de la pared abdominal. (Lawson Tait. *Utero-peritoneal fistula. Lancet*, 19 Octubre 1871; ídem 18 Mayo; ídem 1875, núm. 2, pág. 44.)

Valenta (*Gracer Naturforscherversammlung*, 1875, *Tagblatt*, página 116) ha podido introducir la sonda 23 centímetros por encima del labio posterior del cuello en una mujer que había sufrido una laboriosa aplicacion de forceps y que en seguida había sido afectada de un pólipo del volúmen de un puño implantado en el labio posterior. Podía fácilmente notarse, por el tacto rectal, el punto á nivel del cual la sonda atravesaba el tejido uterino. El pólipo fué extirpado y más tarde no pudo reconocerse la fístula. Valenta opina que á consecuencia de la aplicacion de forceps se produjo una gangrena y consecutivamente á ésta la fístula. Es, al ménos, la explicacion más racional de la fístula uretro-peritoneal. Lo mismo ocurrió en el caso de Lawson Tait, siendo evidente en él la perforacion de la pared uterina por la sonda. En el Congreso de Gratz, Bandel ha referido tambien muchos ejemplos de comunicacion entre las vías genitales y la cavidad del peritoneo. En todos estos casos se habían practicado operaciones importantes, tales como la ablacion en una inversion uterina, en las cuales se concibe la existencia de semejantes fistulas.

Lo más frecuentemente, la sonda penetra á tal profundidad porque se perfora la pared uterina, cuya perforacion se verifica á veces con facilidad suma sin que haya necesidad de ejecutar esfuerzo alguno, sobre todo despues de un puerperio cuando la involucion uterina no es aún completa ó cuando el tejido uterino ha sufrido alteraciones de estructura, cuando existen neoformaciones (fibromas); cuando el útero ha sido afectado en una operacion (ovariotomía), y en las dislocaciones de este órgano. La perforacion se verifica más fácilmente aún cuando el útero está en una situacion anormal, al tratar de vencer las dificulta-

des que surgen para seguir con la sonda la dirección del canal (perforación de la pared anterior en los casos de retroflexión). Es preciso considerar como causa predisponente la fijación del órgano por un proceso inflamatorio que no permite al útero acomodarse á la dirección de la sonda. Anatómicamente se ha hecho constar muchas veces la perforación.

Consúltense:

Hildebrand. *Monatsschr f. Gëb.*, t. XXXI, pág. 447.

Rabe-Bückhardt y Lehmus. *Sur la perforation de l'utérus par la sonde. Beiträge zur Geburtsh und Gynäkolog. Gesellschaft f. Geburtsh.* Berlin, t. II, pág. 12.

Halliday Croom. *Obstetrical Journal of Great-Brit. and Ireland*, 1878, núm. 62, pág. 62.

Cárlos Liebmann. *Sur la perforation de la paroi uterine avec la sonde*, traducido al alemán por Siegfried Hahn. Berlin, 1879.

En algunos casos en los cuales al practicar el sondaje uterino penetra muy profundamente la sonda, puede ocurrir que se haya penetrado en la trompa.

Bischoff refiere una observación incontestable. (*Sur l'introduction de la sonde utérine dans une trompe. — Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1871, núm. 19.) Bischoff practicó el cateterismo muchas veces en un caso de tumor ovárico y la sonda penetraba en una extensión de 17 centímetros. Sucumbe la enferma después de la ovariectomía y demuestra la autopsia que el útero no estaba lesionado en ningún punto. La cavidad tenía una longitud de 9 centímetros, las paredes uterinas eran muy gruesas y la trompa izquierda estaba prolongada. El orificio uterino de la trompa tenía la forma de un embudo, y como el útero estaba en latero-versión del lado derecho, podía hacerse penetrar la sonda.

En otros casos, aunque no existan pruebas anatómicas, el cateterismo de las trompas es por lo menos muy verosímil. Bruscamente, sin que se emplee la menor fuerza, la sonda penetra por un lado en una longitud extraordinaria, y puede percibirse á través de la pared abdominal la extremidad del catéter situada á un lado y á bastante distancia del ombligo.

En estos casos se han observado con frecuencia estados que explican la dilatación de la cavidad uterina y del canal de las trompas por la retención de sangre menstrual y de otras secreciones, como son la ante-flexión con estenosis del conducto cervical, la hematometra consecutiva á adherencias entre el orificio externo del cuello y la pared de la vagina.

Biedert, apoyándose sobre experimentos cadavéricos y sobre observaciones hechas en el vivo, describe los caracteres del cateterismo de

las trompas en la forma siguiente: la sonda, desviada sobre uno de los lados, puede percibirse por el tacto á través de la pared abdominal en cualquiera de las partes laterales á gran distancia del ombligo, siendo imposible sin hacer esfuerzos y sin provocar dolores hacerla girar sobre su eje á fin de que pueda percibirse su extremidad en la línea media. Unicamente es posible percibirla cerca de ésta cuando se la ha introducido á una distancia de 15 á 16 centímetros no obstante hallarse aún en uno de los lados. Ninguno de estos signos puede entrañar la certidumbre, porque es posible observarlos si el catéter, despues de haber perforado la pared uterina, se ha deslizado por medio del tejido de los ligamentos anchos.

Biedert. *Sur le cathétérisme des trompes de Fallope, et sur les causes et les conséquences de la dilatation des trompes.* (*Berliner Klinik Wochenschrift*, 1877, números 41 y 42.)

En esta monografía se encontrará la historia completa de la cuestion.

Art. IV. — Dilatacion incruenta del canal cervical. — Exploracion de la cavidad uterina.

OBJETO DE LA DILATACION DEL CUELLO. — Se practica la dilatacion incruenta del conducto cervical con un fin diagnóstico ó terapéutico.

Merced á la dilatacion, el operador puede introducir el dedo en la cavidad uterina y explorar su superficie interna. Si sólo se trata de introducir una pinza delgada ó un raspador y coger con estos instrumentos pequeños trozos de bridas mucosas ó de tumores para someterlos á un análisis químico ó microscópico, no es preciso obtener una gran dilatacion. Sólo en muy raras circunstancias se practica esta operacion con el exclusivo fin de practicar una exploracion combinada por la pared abdominal y por la cavidad uterina. En estos casos más bien se propone el profesor explorar el espesor, la consistencia y el estado de toda la pared del órgano que averiguar el estado de la mucosa, de lo cual nos hemos ocupado en anteriores párrafos.

El exámen de la cavidad uterina está con más frecuencia indicado en los casos de metrorragia, de flujos de diversa naturaleza, cuya procedencia y origen no puede precisarse exactamente sin proceder á la dilatacion. Tambien está indicada: cuando se teme la presencia de un cuerpo extraño, de una neoformacion ó cuando los anamnésticos nos han revelado la existencia de un aborto incompleto; si la sonda encuentra una resistencia cuya naturaleza no está bien determinada; si encuentra rugosidades, prominencias; si durante un período favorable como el de la menstruacion se ha observado la salida de un segmento de tumor. En otros casos el diagnóstico es incierto y existe una

hemorragia cuya causa se escapa á la observacion y se teme una degeneracion de la mucosa uterina, y entónces puede rendir útiles servicios el exámen de la cavidad del útero.

Desde que se emplean raspadores muy estrechos y pequeñas pinzas de pólipos la dilatacion del cuello se ha hecho inútil en muchos casos, bastando por lo comun una dilatacion moderada cuando sólo se trata de formular un diagnóstico.

Cuando se practica la dilatacion del cuello con un fin terapéutico se pretende obtener los resultados siguientes: destruccion de una estrechez que hace imposible la evacuacion de sangre menstrual ó la salida de secreciones uterinas, ó que se opone á la penetracion de los espermatozoides. Si la estenosis no es debida á una alteracion de los tejidos del cuello, sino más bien á un cambio de forma, tal como á sinuosidades del canal, flexion, etc., se recomienda tambien la dilatacion porque se puede al propio tiempo obtener, sobre todo si se emplea un cuerpo que aumente de volúmen (esponja preparada, etc.), un enderezamiento del útero.

¿En qué casos deberá procederse á la dilatacion incruenta del cuello y en cuáles deberá practicarse ésta por seccion? Nosotros preferimos esta última en general cuando se trata de dilatar la parte más inferior del canal cervical, especialmente el orificio externo, y empleamos la primera cuando hay necesidad de dilatar los tercios superiores del conducto cervical y el orificio interno.

Si se trata de hacer inyecciones intrauterinas ó de aplicar cáusticos sólidos, es inútil practicar una dilatacion previa si el canal tiene un mediano calibre, pues si se opera con precaucion rara vez se observan accidentes. Sin embargo, el empleo de dilatadores de diámetro invariable (bujías, etc.) es en extremo cómodo y no ofrece peligro alguno. Debe ser recomendado cuando se pretende dar salida á un líquido despues de una inyeccion ó á escaras consecutivas á una cauterizacion que no hallan salida espontánea con facilidad. Cuando se emplean líquidos fuertemente irritantes ó cáusticos enérgicos, como el ácido nítrico, es conveniente introducir un dilatador en el cuello algun tiempo despues de la operacion para evitar la retraccion consecutiva y la aparicion de una estrechez.

En la ablacion de pólipos se emplean instrumentos voluminosos, raspadores y pinzas de pólipos, y en estos casos es necesario practicar previamente una amplia dilatacion del cuello para introducir el dedo que debe servir de guía al instrumento. Tambien debe llevarse á su más alto grado la dilatacion cuando se pretenda extirpar un tumor duro, voluminoso, como pólipos fibrosos intrauterinos, intraparietales, miomas, etc., que formen gran prominencia en la cavidad uterina.

Fuera de los casos en que se trata de una estrechez del cuello, la

dilatacion sólo es una operacion preparatoria. Se la ha recomendado, sin embargo, como medio de tratamiento suficiente por sí solo para obtener la curacion en ciertas afecciones en las cuales, en efecto, mediante la dilatacion, es posible modificar sensiblemente los tejidos. Tal sucede en la hiperplasia del cuello y del cuerpo del útero, por ejemplo, en los infartos crónicos de este órgano, en los cuales sobre todo puede esperarse, empleando la esponja preparada, provocar un proceso regresivo. El útero se hiperemia, se hace friable, y la compresion ejercida por la esponja modifica las neoformaciones glandulares, los pequeños pólipos cervicales. Despues de haber practicado la dilatacion se embadurna la mucosa con la tintura de iodo ó con líquidos cáusticos ó astringentes, constituyendo un medio excelente esta embrocacion para obrar sobre la pared enferma y sobre la mucosa uterina.

Esta manera de proceder tiene su fundamento; pero es preciso evitar la provocacion de un proceso inflamatorio en el útero, y sobre todo en sus anejos. Es preciso tener siempre en cuenta las contraindicaciones en el empleo de los agentes dilatadores.

Contraindicaciones de la dilatacion del cuello.—Está contraindicada la dilatacion del cuello cuando existe un estado inflamatorio de los anejos del útero, cuando se observan vestigios de inflamacion, tales como la presencia de masas duras implantadas en los ligamentos anchos, las adherencias del ovario, la presencia de falsas membranas, la inmovilizacion del útero por una perimetritis anterior, etc. En estos casos debe obrarse con suma prudencia, sobre todo si existe una afeccion de las trompas (hidro ó piosalpingitis).

Manual operatorio de la dilatacion del cuello.—El cuello se dilata empleando los medios siguientes: 1.º Dilatadores susceptibles de cambiar de volúmen, constituidos por sustancias que absorben fácilmente los líquidos y aumentan mucho de volúmen. 2.º Instrumentos metálicos que presentan dos ó más ramas reunidas cuando se introduce aquél en el conducto cervical, y que despues se separan por un mecanismo especial. 3.º Bujías cilíndricas ó cónicas de metal ó goma endurecida, cuyo calibre no se modifica, obteniéndose la dilatacion introduciendo sucesiva y progresivamente bujías de mayor calibre.

1.º Los dilatadores susceptibles de cambiar de volúmen más usados son la esponja preparada y la laminaria. Tambien se usan, sin embargo, la raíz de genciana y el tupelo.

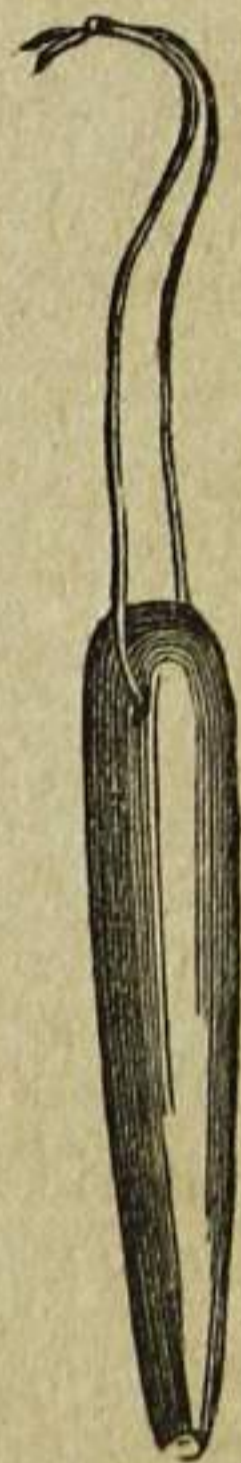


Fig 28.

Los conos de esponja preparada (*fig. 28*) tal como se encuentran hoy en el comercio están constituidos por esponjas comprimidas cubiertas de una capa de goma y provistas en su interior de un tallo metálico.

En general están bien preparadas; su superficie externa es lisa y se desinfectan fácilmente con ácido fénico. Se introducen con facilidad estando la mujer en decúbito latero-abdominal, poniendo al descubierto la porción vaginal del cuello con ayuda del espéculo de Sims y fijando aquélla con una erina ó una pinza (*fig. 29*).

Para colocar la esponja preparada, como cualquier otro dilatador,

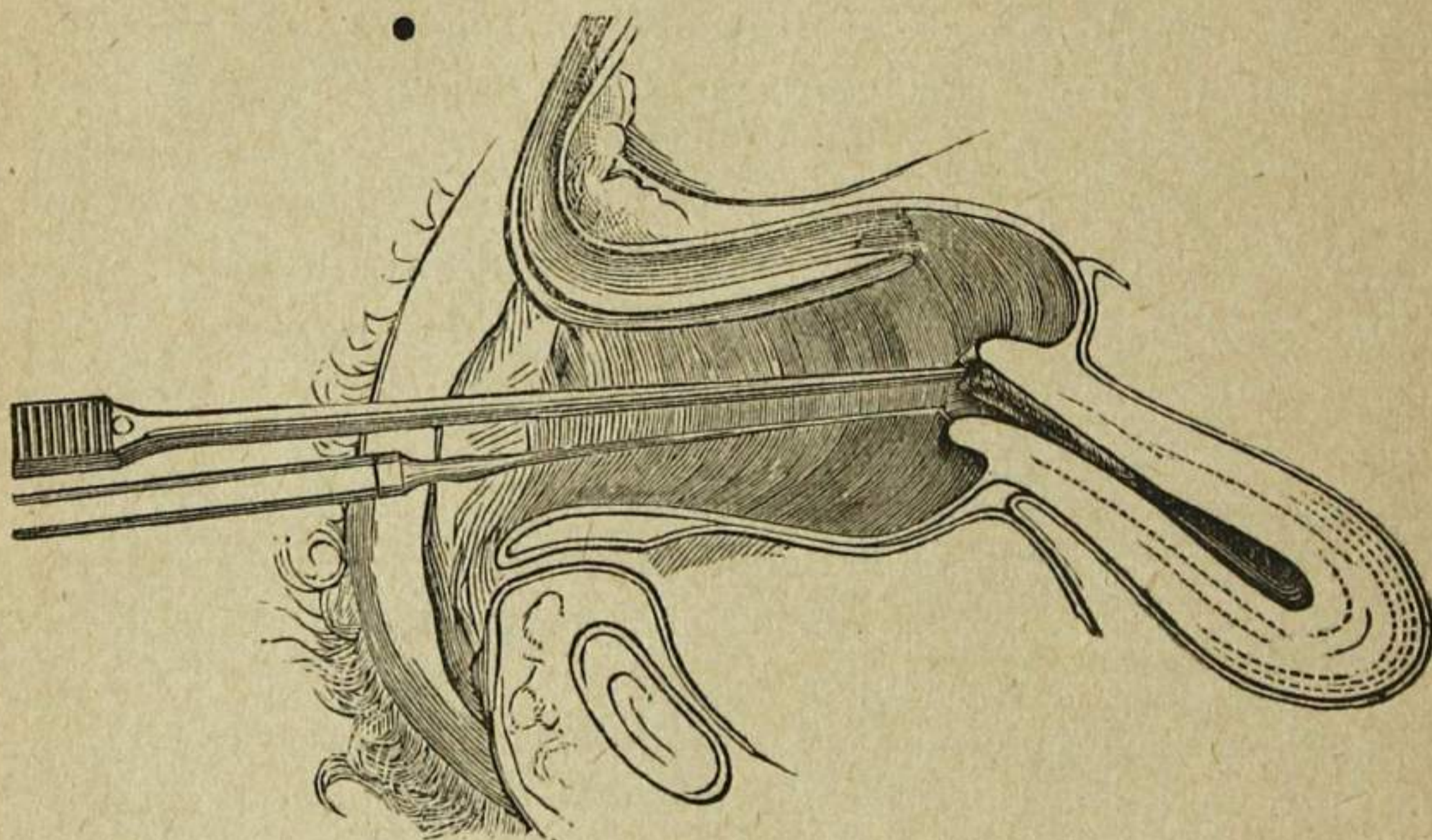


Fig. 29.

es preciso poner al descubierto la porción vaginal, pues de otra suerte las materias sépticas contenidas en la vagina pudieran llevarse al canal cervical.

Se introduce difícilmente la esponja comprimida á través del orificio interno, porque su extremidad se encorva fácilmente sobre sí misma. Para evitar este inconveniente es preciso desde luego servirse de conos muy pequeños, empleándolos sucesivamente más gruesos. Pero este procedimiento exige mucho tiempo, presentando un inconveniente todavía mayor, cual es el de perjudicar los tejidos con quienes se pone en contacto. Las minuciosas investigaciones de Haussmann han demostrado que dos horas después de la aplicación de la esponja la superficie externa del cono está recubierta de epitelio, y que el líquido que fluye por la vagina contiene bridas microscópicas de esponja. Hora y media después Haussmann ha observado que estos productos eran ya fuertemente sépticos.

Todos estos inconvenientes son tanto mayores cuanto que la es-

ponja debe estar colocada mucho tiempo para producir una dilatacion suficiente.

Cuando se retira la esponja es preciso igualmente obrar con suma precaucion: las paredes de aquélla se introducen frecuentemente en los pliegues del árbol de la vida, y se producen pequeñas desgarraduras si se extrae con violencia; es preciso, pues, retirarla con sumo cuidado cogiéndola con unas pinzas.

La laminaria (*fig. 30*) se introduce de la misma manera. Se la puede empapar ántes de emplearla en un líquido antiséptico y darla la curvadura conveniente, segun la direccion del canal. Se introduce muy fácilmente cuando no se ha elegido un tallo muy grueso. Segun Haussmann la cara superficial de la raíz se disgrega con ménos facilidad. Es preciso que esté colocada mucho más tiempo en el canal cervical que la esponja para que el epitelio de la mucosa de este conducto se desprenda; sin embargo, los productos secretados pueden alterarse, sobre todo cuando se emplean tallos rugosos y de color oscuro. Spiegelberg atribuye á la laminaria fresca la propiedad de descomponerse fácilmente, bajo la accion de gérmenes sépticos, en un moco moreno muy perjudicial (Cohn).

Cohn no ha notado si esta alteracion no se produce tambien con los tallos preparados. Por el contrario, el agua en que él había colocado uno de estos tallos tenía un sabor corrosivo y las partes superficiales del tallo quemaban vivamente la lengua.

A las ocho ó doce horas de colocado un tallo de laminaria ha adquirido doble volúmen del que tenía, pudiendo deslizarse fácilmente y salirse del conducto cervical, por cuya causa conviene sostenerle mediante un tapon sobre el orificio externo. Cada tallo debe tener 5 ó 6 centímetros de largo. Cuando se le retira se observa en él algunas veces en el punto que ha estado en contacto con el orificio interno un estrechamiento anular que nos explica cómo puede haber estado retenido resistiendo á fuertes tracciones. Habitualmente en su base tiene un doble agujero por el cual pasa un hilo, y cuando el tallo está reblandecido este hilo puede seccionarle, por cuya razon no deben ejercerse tracciones muy fuertes, siendo preferible colocar el hilo con una gotiera practicada en la base del tallo.

En general es preciso poner al descubierto la porcion vaginal del cuello y coger con una pinza el tallo de laminaria si se nota cierta resistencia al practicar ligeras tracciones del hilo, obrando luégo con precaucion. Nosotros hemos observado un caso en el cual el tallo retenido por el orificio interno se había roto por la mitad, quedando en el



Fig. 30.

cuello la parte superior y extrayendo sólo la inferior. Todas las tentativas para extraer el fragmento alojado en el conducto fueron inútiles, y sólo tuvo lugar la eliminación espontánea mucho tiempo después. En estos casos la paciente puede contraer con facilidad suma una parametritis.

Por lo común es preciso introducir una serie progresiva en volumen de tallos ó un cierto número de ellos de pequeño grueso en haz para poder pasar el dedo en seguida, cuya operación requiere de dieciocho á treinta y seis horas.

En cuanto á la raíz de genciana y al tupelo no ofrecen particularidad alguna, no presentando ninguna ventaja su empleo, á nuestro juicio.

Estos medios no producen resultado sino después de una operación larga y delicada. La esponja preparada es un medio muy incierto; con la laminaria se puede esperar á lo ménos que el orificio interno se dilate, sólo que es preciso casi siempre, si se quiere introducir el dedo, hacer aplicaciones repetidas de tallos cada vez más voluminosos y la operación dura por término medio treinta y seis á cuarenta horas. Abstracción hecha de las consiguientes fatigas para la enferma y para el cirujano, de la larga duración de esta maniobra y de las propiedades de los tallos que dejamos indicadas, es evidente que á pesar de los más prolijos cuidados no será siempre posible evitar la aparición de accidentes infecciosos.

[La aplicación de las doctrinas antisépticas al estudio de esta cuestión ha venido á obviar este inconveniente. El Dr. Porak ha observado que así la esponja preparada como los tallos de laminaria, que poseen la propiedad de distenderse considerablemente cuando se ponen en contacto con el agua, están desprovistos de esta propiedad cuando se les sumerge en el éter sulfúrico.

M. Hauriot, director del Laboratorio de Química de la Facultad de Medicina de París, supone que esta diferencia se debe á que la esponja, constituida casi en su totalidad por cuerpos azoados, tiene, merced á esta constitución, una gran afinidad con el agua, afinidad que no existe con el éter ni con el alcohol.

Utilizada esta circunstancia con el fin de transformar un cuerpo tan susceptible de contener gérmenes sépticos como lo es la esponja, en una sustancia aséptica y aún antiséptica, el Dr. Porak ha sumergido conos de esponja comprimida en una solución etérea de iodoformo á saturación, la ha mantenido en ella durante un mes, y ha observado que la esponja cambiaba de color. Desecada después, y abierta por la mitad, ha podido apreciar también en su interior que el color amarillo-oscuro propio de la esponja ha sido sustituido por un color amarillo-claro propio del polvo de iodoformo depositado en la intimidad de

la trama, lo que prueba que el éter al penetrar en la esponja no se desprende del cuerpo disuelto en él.

Faltaba, pues, sólo, para tener resuelto el problema, saber si la esponja y la laminaria sometidas durante largo tiempo á la acción del éter iodoformado perdían la propiedad de dilatarse al ser colocadas en un medio húmedo, y el Dr. Porak ha llevado á cabo esta experiencia primero en el gabinete y despues en la clínica, y el éxito ha coronado sus trabajos. Una y otra se dilatan, aunque con más lentitud, más completamente, constituyendo esta propiedad de dilatarse progresiva y no bruscamente una ventaja, léjos de ofrecer algun inconveniente.

Merced á estas circunstancias se ha divulgado tan rápidamente este procedimiento, que los ginecólogos acreditados no emplean hoy los tallos de laminaria ni los conos de esponja preparada para practicar la dilatacion del cuello uterino sin que previamente se hayan hecho antisépticos sometiéndolos á la acción del éter iodoformado.

Debemos, sin embargo, añadir que, no obstante haberse obviado el principal inconveniente del empleo de estos agentes dilatadores, la dilatacion instrumental que más adelante describen Hegar y Kaltentbach ha venido á relegar á un lugar secundario el empleo de la esponja, de la laminaria, del tupelo y de la raíz de genciana, si bien continúan empleándose en algunos casos. — *M. G. de S.]*

Se ha dicho que estos medios de dilatacion excitaban la contractilidad de la matriz; el cuello uterino se encontraría entónces acortado, reblandecido y ensanchado, cuyas ventajas no nos parecen de importancia. El acortamiento y el reblandecimiento del cuello son frecuentemente muy débiles y lentos en producirse; por el contrario, los dolores de la contraccion son vivos y pueden continuar aun despues de retirado el agente dilatador.

En cuanto á nosotros, en las muy numerosas aplicaciones que hemos hecho de ellos, hemos notado que la dilatacion era solamente mecánica y correspondía exactamente al aumento de volúmen del medio empleado, y frecuentemente se producía una contraccion del orificio interno que suscitaba no pequeños obstáculos á la introduccion del dedo.

Por otra parte, los resultados varían segun el estado del útero, segun se haya producido cierta dilatacion por la eliminacion espontánea de un tumor, si el cuello está ya acortado ó si el orificio interno está ya un poco dilatado, como sucede en las mujeres que han parido poco tiempo ántes ó que han abortado recientemente. En estos casos el efecto es con frecuencia rápido y completo.

En las jóvenes, en las nulíparas, ó bien en las pluríparas cuyo cuello está hiperplasiado y prolongado anormalmente, la dilatacion se lleva á cabo con suma dificultad.

2.º El segundo método de dilatación del útero con ayuda de instrumentos de acero, cuyas ramas, cerradas durante la introducción, son después separadas una de otra, ha sido recomendado por Busch en primer término con un fin puramente obstétrico para practicar el parto prematuro artificial.

Más recientemente, Ellinger ha sido el primero que ha construido un dilatador de dos ramas con aplicación a la Ginecología. Otros autores han adoptado este método modificando el aparato. Schultze ha ideado un instrumento con el cual se practica la dilatación en el sentido antero-posterior; no obstante, este autor no le emplea sino para completar la dilatación preliminar obtenida con la laminaria.

Sims ha hecho construir un aparato análogo, pero muy complicado, y algunos autores aconsejan que se practique la dilatación con una simple pinza de anillo.

Nosotros no podemos felicitarnos del empleo de este procedimiento. La presión es siempre desigual y se ejerce sólo sobre los puntos en que actúan las ramas; el resorte, difícil de manejar, es embarazoso y el instrumento se mantiene mal, siendo á veces difícil obtener una dilatación suficiente para introducir el dedo en el útero cuando se desea practicar el tacto intrauterino.

3.º El último procedimiento consiste en el empleo de bujías sólidas de calibre invariable, empleándose sucesivamente bujías más voluminosas. Peaslee usa bujías de acero cilíndricas ó débilmente cónicas, cuya extremidad introduce en el útero, no pudiendo penetrar muy profundamente merced á un tope que existe en el tallo en forma de bulbo de cebolla. Las bujías de calibre diferente pueden fijarse á un mango común.

Hanks emplea dilatadores de goma endurecida, ovoideos y huecos, de diez diferentes diámetros.

Lawson Tait usa bujías cónicas, que se fijan también en un mango común, de cuatro diferentes volúmenes.

En estos últimos años hemos empleado nosotros este procedimiento de dilatación y podemos asegurar que de él se obtienen excelentes resultados. Si su empleo no se ha generalizado hasta ahora débese en gran parte á que no se sigue una buena técnica y á que no se dispone de suficiente número de bujías, debiendo tenerse una gran cantidad de ellas, porque es preciso que cada una que se introduce sea sólo un poco más gruesa que la que se introdujo precedentemente. Este método es sobre todo ventajoso en los casos difíciles.

Nosotros las hemos hecho construir con este objeto de goma endurecida, cilíndricas y cónicas en su extremidad, de 12 á 14 centímetros de longitud, hecha abstracción del mango, que mide 5 centímetros.

El diámetro de la bujía más pequeña es de 2 milímetros, aumen-

tando 1 milímetro para cada una de ellas, pero sería preferible tener una coleccion en la que cada una no difiriera de la que le precede y de la que le sigue más que en $\frac{1}{2}$ milímetro de diámetro, pues de esta suerte se facilitaba la dilatacion en los casos difíciles. Cuando el médico se propone practicar el tacto intrauterino es necesario introducir como máximum una que tenga de 16 á 17 milímetros de diámetro, con cuya dilatacion puede ya penetrar un dedo índice hasta su segunda falange en la cavidad del útero. Puede obtenerse aún una dilatacion más considerable sirviéndose de bujías más gruesas.

La coleccion que nosotros hemos hecho construir para los exámenes ginecológicos llega hasta la bujía que mide 26 milímetros. En Obstetricia, para los casos como, por ejemplo, la placenta previa, es preciso á veces emplearlas más voluminosas. Si se trata de practicar una inyeccion, una cauterizacion con nitrato de plata sólido ó con el ácido azótico, de emplear la cuchara-raspador ó las pinzas de pólipos, etc., bastan bujías de 6 á 12 milímetros de diámetro, lo mismo que si se trata de destruir la estenosis del cuello ó ensanchar el canal más allá de sus proporciones normales.

Se pueden limpiar y desinfectar perfectamente estas bujías despues de haberlas empleado lavándolas con jabon, empapándolas en un líquido antiséptico y secándolas. Antes de emplearlas se las coloca de nuevo en una solucion de ácido fénico al 5 por 100, bañándolas en el momento de ir á introducir las en aceite fenicado al 5 ó al 10 por 100. En la vagina se practica una irrigacion con agua clorurada ó con una solucion débil de ácido fénico.

La enferma debe adoptar una posicion conveniente que permita poner al descubierto el hocico de tenca. Nosotros preferimos colocarla en decúbito latero-abdominal y empleamos el espéculo de Sims. Despues de haber fijado con seguridad el labio anterior del cuello se introduce una bujía más ó menos gruesa proporcionada al calibre del conducto cervical. Segun la resistencia que se encuentra se pasa más ó menos rápidamente al empleo de bujías más voluminosas, siendo conveniente no elegir las muy gruesas. Se observará fácilmente que es posible evitar el empleo de una gran fuerza dejando colocada la bujía mucho tiempo desde que se nota la resistencia. Algunas veces deberá abstenerse el médico previsoramente de toda tentativa con bujías gruesas y se volverá á las empleadas anteriormente, dejándolas colocadas bastante tiempo.

En general basta una hora ó algo menos para obtener una dilata-



Fig. 31.

cion suficiente para que penetre en la cavidad del útero todo el dedo índice; sin embargo, en algunos casos hace falta más tiempo.

La anestesia facilita mucho la operacion, como asimismo emplear bujías cuya diferencia entre sí no sea sino de $\frac{1}{2}$ milímetro cada una con relacion á la anterior y á la posteriormente empleadas. Las ventajas de esta práctica son evidentes.

La dilatacion completa se lleva á cabo más rápidamente que con la esponja y los otros medios, siendo más aceptable para el médico y sobre todo para la enferma y pudiendo ser aplicado en todo su rigor el método antiséptico. La goma endurecida, que es lisa, no ofrece los inconvenientes de los dilatadores, susceptibles de cambiar de volúmen. El corto tiempo que dura la operacion disminuye mucho el peligro de la infeccion. Desde el empleo de las bujías hemos abandonado completamente los demas dilatadores.

La exploracion de la cavidad uterina despues de la dilatacion del cuello se practica del modo siguiente: el dedo índice introducido penetra en el canal cervical, mientras que con la otra mano se deprime hacia abajo el fondo de la matriz. Llegado al orificio interno, el dedo se dirige hacia la mano situada sobre la pared abdominal. En los casos de anteversion la mano situada al exterior se desliza entre el pubis y el útero y empuja este último hacia atras. En los casos de retroversion es preciso ante todo modificar la situación del útero por una maniobra inversa. En los casos difíciles se fija la porcion vaginal mediante una pinza.

[El Dr. Vulliet, de Génova, ha dado á conocer á la Academia de Medicina de París en Abril de 1886 un nuevo procedimiento de dilatacion uterina, bajo el epígrafe « dilatacion permanente del útero », que creemos necesario añadir á los descritos por Hegard y Kaltenbach. Hé aquí cómo le describe su autor:

« Colocada la enferma en posicion genu-pectoral, y puesto el cuello al descubierto mediante la aplicacion del espéculo de Sims, exploro el canal cervical, restableciendo su calibre y su direccion normal por un tratamiento previo si uno ú otra estuviesen alterados en su normalidad. Si ésta existe naturalmente ó cuando está restablecida, llevo al orificio externo del cuello un pequeño tapon de algodón que hago pasar á la cavidad del útero empujándole con una sonda metálica.

» Los tapones están provistos de un hilo fiador, variando sus dimensiones entre las de un guisante y las de una almendra. No los empleo sino despues de haber permanecido largo tiempo en una solucion de una parte de iodoformo en diez partes de éter, haberles desecado luego y conservado en frascos de tapon esmerilado. (Añadiendo á la solucion etérea de iodoformo un poco de colofonia se hacen hemostáticos los tapones.)

» Introduzco tantos tapones cuantos sean necesarios para rellenar la cavidad hasta su orificio externo, retirándolos á las cuarenta y ocho horas.

» Si la cavidad ha estado bien rellena, las paredes habrán cedido, se habrán reblandecido y habrá quedado un espacio libre, que yo aprovecho colocando inmediatamente un número de tapones más considerable que la primera vez.

» Procediendo así por taponamientos consecutivos y gradualmente más voluminosos, es preciso practicar esta operacion seis ú ocho veces para que la cavidad llegue á un grado de dilatacion bastante para que sea visible en toda su extension.

» Con el fin de ganar tiempo ó para regularizar el calibre de la cavidad pueden sustituirse en algunas de las sesiones los tapones de algodón por un manojo de tallos de laminaria.

» Cuando la cavidad sea profunda, cuando su direccion esté inclinada en sentido anormal, cuando los labios del cuello sean muy voluminosos, será preciso para que aquélla sea accesible á la vista que la dilatacion sea pronunciada.

» En cambio, si la cavidad está ya dilatada y el cuello entreabierto por un proceso patológico existente, será más fácil de dilatar que en el estado normal.

» He hecho construir á M. Mathieu un espéculo especial que, cuando no es necesaria sino la inspeccion parcial, permite ver la mucosa sin que la dilatacion se haya llevado á un grado extremo.»

Las principales ventajas que segun su autor ofrece este procedimiento son:

« Posibilidad de explorar directamente por el tacto y por la vision la cavidad uterina.

» Seguridad completa en el diagnóstico de las lesiones del órgano

» Práctica incontestablemente más fácil para ejecutar las curas y las operaciones que exigen las diversas enfermedades uterinas (endometritis, fibromas, cánceres, afecciones puerperales ó virulentas, etc.).»

Sometido este procedimiento al exámen de una Comision de ilustres ginecólogos de la Academia de Paris, los cuales encargaron á varios profesores de hospital el ensayo de este procedimiento, la Comision ha reconocido, en vista del resultado de estos ensayos, que la presencia de los tapones en la cavidad uterina, tal como Vulliet la aconseja, léjos de ser un motivo de sufrimiento para la enferma y de provocar un movimiento febril más ó ménos intenso ó una inflamacion más ó ménos violenta, determina una sensacion de bienestar, no ocasiona fiebre, siempre que se observen rigurosamente las precauciones asépticas, y es origen de modificaciones locales en sentido favorable y de notable alivio en el estado general.

Es, pues, un procedimiento nada perjudicial para la enferma, que facilita notablemente el diagnóstico y la terapéutica de varias afecciones uterinas, y sin que creamos nosotros que se haya resuelto el problema de la curación de graves enfermedades de la matriz que constituyen la desesperación de los ginecólogos, estimamos que el procedimiento de Vulliet para la dilatación del útero, aunque quizá reformable, es un sólido progreso que hay que añadir á los muchos con que cuenta la Ginecología en estos últimos tiempos. — *M. G. de S.]*

Los primeros trabajos sobre la dilatación del cuello uterino en Ginecología versaron sobre la aplicación de la esponja comprimida. Simpson ha sido el primero que concibió la idea de dilatar por este procedimiento el canal cervical con un doble fin diagnóstico y terapéutico (*Monthly Journal of Med. Scienc.*, 1844, pág. 734. *The Obstetric. Mémoires and Contributions*, vol. I, página 120).

Sloan sustituye á la esponja la laminaria, cuyo uso se generaliza rápidamente (*Glasgow Med. Journal*, Octubre 1862). Más tarde se preconiza la raíz de genciana (Winckel. *Deutsche Klinik*, 1867, t. XXIX, núm. 19, pág. 270) y los tallos de tupelo (Sussdorf. *Med. Record*, Octubre 1877).

Recientemente Schultze se declara partidario del empleo de los dilatadores de volumen variable (*Centralblatt für Gynäk.*, 1879, núm. 3, y *Wiener med. Blätter*, 1879, números 42-44).

Deben verse, sobre todo en lo que respecta á las consecuencias del empleo de estos cuerpos, los trabajos siguientes:

Spiegelberg. *Thérapeutique intrautérine*.

Volkman's. *Klinische Vorträge*, núm. 24.

Hausmann. *Zeitschrift für Gynäk.*, t. III, pág. 311. — Este último contiene una buena historia del asunto.

Se han referido muchas veces accidentes graves y aún casos de muerte debidos principalmente á peri y parametritis y á septicemias consecutivas al empleo de dilatadores susceptibles de cambiar de volumen. Se ha observado el tétanos á consecuencia del empleo de la esponja preparada (Thompson. *Columbia Hosp. Report*, pág. 102, Washington, 1872. — Thomas. *Diseases of Women*, pág. 91, Filadelfia, 1872).

Los dilatadores metálicos, constituidos por ramas susceptibles de separarse unas de otras, han sido empleados primitivamente en Obstetricia. Es muy conocido, aunque se emplea poco, el dilatador de tres ramas de Busch (*Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geb.*, t. VI, pág. 369).

Ellinger ha recomendado para los usos ginecológicos un dilatador de dos ramas que ha sido empleado frecuentemente y ha sufrido numerosas modificaciones (*Archives für Gynäk.*, t. V, pág. 268).

Schultze y Sims han hecho construir un dilatador análogo (Sims. *Wiener med. Wochenschrift*, 1878, núm. 10. — Schultze. *Wiener med. Blätter*, 1879, número 42).

Las bujías sólidas, de volumen invariable y que producen la dilatación por el empleo constante y progresivo de instrumentos de mayor calibre, pa-

rece que ha sido Peaslee el primero que las ha empleado de una manera metódica (*New-York med. Journal*, t. XI, 1870, pág. 465).

Véanse además:

Hanks. *The London med. Record*, 1879, 15 Mayo, pág. 208.

Lawson. *Tait Obstetric. Journal of Great-Brit. and Ireland*, 1879, núm. 78, pág. 379.

Tschudowski (*De la dilatation du canal cervical*, según Hegar. *Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1879, números 10 y 11) ha descrito la dilatación del cuello con arreglo al procedimiento que está en vigor en la clínica de Fribourg, que aquél visitó en 1879. — Los instrumentos de Hegar han sido presentados al Congreso de Baden en Septiembre de 1879.

Fritsch. *La dilatation mécanique de l'utérus. Centralblatt für Gynäkologie*, 1879, núm. 25.

Schroeder. *Les dilataleurs à volume variable sont-ils nécessaires dans la pratique gynécologique? Ibid.*, núm. 24, 1879.

Elischer. *Sur l'emploi de la tige de tupelo. Centralblatt für Gynäk.*, 1880, núm. 8.

Art. V.—De los métodos que permiten descubrir y examinar la mucosa rectal.

Es frecuente que pueda verse la parte más inferior de la pared rectal anterior si introducido el dedo índice en la vagina se empuja la pared recto-vaginal por encima de la comisura posterior, haciendo salir de esta suerte un segmento de la pared anterior á través del ano (Storer). También puede emplearse el espéculo. Simon ha demostrado que el ano es muy dilatable. Comúnmente no se emplean ni los primitivos espejuelos cilíndricos ni los de muchas valvas; en general se usan los de Sims ó los de Simon, separadores vaginales ó erinas, exactamente lo mismo que para el exámen vaginal. En los casos fáciles y simples es inútil la anestesia; pero cuando haya motivos para sospechar que el exámen ha de durar largo tiempo ó se trate de una maniobra en la que hayan de emplearse valvas muy grandes, ó cuando existan fisuras del ano, la anestesia prestará muy útiles servicios. Si el ano es poco dilatable se empezará el exámen aplicando un espéculo pequeño. Se puede, no obstante, por lo comun emplear desde luego instrumentos muy voluminosos si aquéllos no bastan para el objeto que se propone el profesor. Se introduce el espéculo univalvo describiendo pequeños movimientos de rotación, y como por regla general se trata de poner al descubierto la pared anterior del recto, con el espéculo se deprime fuertemente la pared posterior. Solamente el anillo cutáneo fuertemente tenso constituye un obstáculo é impide el exámen de la pared rectal anterior en los puntos que confinan con el ano. Será conveniente en las ocasiones en que esto suceda elegir un

espéculo de valva más estrecha que, distendiendo ménos las partes laterales del ano, deje á éste en estado de semirelajacion. Se puede tambien entónces hacer salir al exterior la pared anterior por el procedimiento de Storer y ponerla así al descubierto despues de haber separado el rodete cutáneo con erinas. Si fuese necesario, aconseja Simon que se practique á cada lado del repliegue anal una incision de $\frac{1}{2}$ centímetro de profundidad.

Para examinar las partes laterales del recto, un separador vaginal ó una valva son los mejores instrumentos que pueden emplearse. Para poner al descubierto la pared posterior se debe, segun Simon, separar con una valva ancha la pared anterior y sostener con separadores vaginales las paredes laterales. Cuando se trata de una operacion se puede recurrir á la seccion del esfínter practicada á nivel del rafe mediante una incision dirigida hácia atras. La parte inferior de la

pared posterior del recto, que es cóncava hácia adelante, se encuentra entónces acortada, y el canal rectal se hace rectilíneo y bastante corto para que la parte pelviana de esta pared sea fácilmente accesible.

Puede llenarse el recto y la porcion inferior del intestino grueso con agua ó con otros líquidos. Al obrar así se propone el médico establecer un tratamiento ó provocar una deposicion. Rara vez se trata en este caso de formular un diagnóstico (comunicacion entre el intestino y la vagina, el útero ó la vejiga). Para establecer el diagnóstico diferencial entre la hidronefrósis y los tumores ováricos se ha propuesto llenar el recto de aire para evitar errores. En Ginecología, cuando utilizamos la exploracion del recto con un fin diagnóstico, ó cuando se trata de practicar una operacion (colpoperineorrafia, perineoplastia, etc.), debemos vaciar y lavar previamente el intestino.

Para obtener este resultado el mejor instrumento es el embudo de Hegar (*fig. 32*) ó un irrigador ordinario para las heridas.

Se sabe cuán débil es la presion abdominal, particularmente cuando el cuerpo está en posicion de reposo, y cuán posible es disminuirla más todavía colocando á la enferma en decúbito lateral ó abdominal. La presion de una columna de agua de 20 á 40 centímetros basta casi siempre para que el líquido penetre en el intestino recto, pudiendo emplearse un tubo más largo si fuese necesario. Habitualmente el lí-

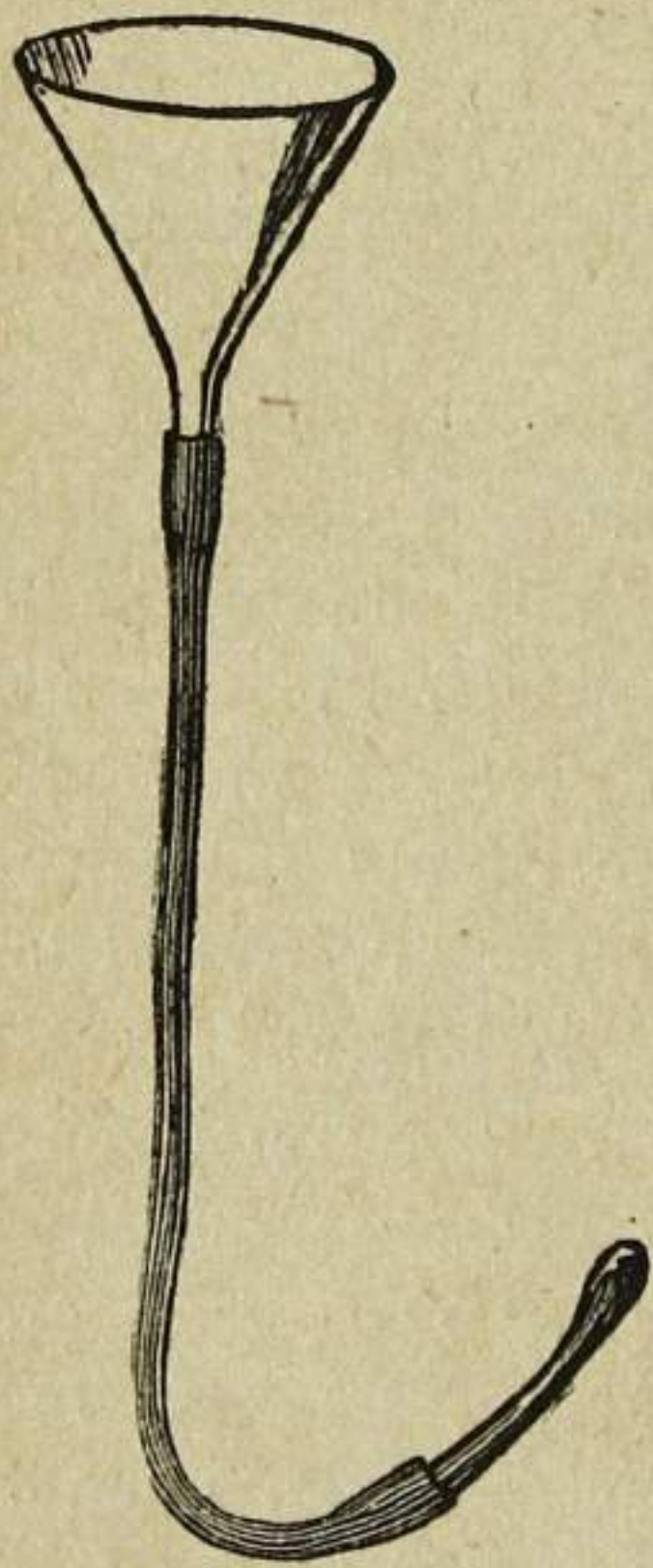


Fig. 32.

quido no penetra porque existe una gran cantidad de aire en el tubo, cuyo aire se extrae comprimiendo el tubo de abajo á arriba á partir desde la cánula. Estos aparatos tan sencillos llenan todas las condiciones que pueden desearse. Tienen buena marcha, son sólidos, se reparan fácilmente y están exentos de peligro, cualidades que no todos los aparatos tienen.

Recomendamos el empleo de una cánula olivar, habiéndonos convencido de que no se lesiona tan frecuentemente la mucosa como empleando una cánula de extremidad aguda. Las cánulas pueden ser de zinc ó de goma endurecida, y se limpian fácilmente. Si las enfermas son sensibles ó están cansadas de un largo tratamiento deben preferirse los aparatos más romos. La mucosa rectal es muy delicada, y nosotros creemos que las ulceraciones del recto consecutivas al uso de las enemas no siempre son debidas á una lavativa única y mal practicada, sino que es preciso atribuir las al empleo prolongado de este medio de tratamiento, aunque en la práctica del mismo no se haya cometido la menor falta.

En nuestra clínica empleamos el embudo para administrar enemas medicamentosas destinadas á ser absorbidas. Aquí se trata de no inyectar una gran cantidad de líquido, y bajo este punto de vista el embudo es el mejor instrumento. Se introduce la cánula en el ano y despues se vierten en el embudo los 60 á 120 gramos de líquido medicamentoso (tintura de opio, de 10 á 30 gotas; sulfato de quinina, $\frac{1}{2}$ á 1 gramo disuelto en agua).

Sobre el exámen del recto con ayuda del espéculo. Véase el trabajo de Simon, *Communication de la chirurgie clinique de l'hôpital de Rostock*, 2.^a parte, pág. 305.

Hack. *Sur la dilatation instrumentale du rectum dans un but opératoire.* (*Langenbec's Archiv.*, t. XXI, pliego 2.^o)

Sur l'introduction de liquide dans le rectum et la vessie pour laver ces organes, etc. Véase Hegar, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1878, núm. 7, y en Goeschen, *Deutscher Klinik*, 1873, núm. 8.

PARTE SEGUNDA

CAPÍTULO ÚNICO

OPERACIONES ELEMENTALES EN GINECOLOGÍA

Artículo 1.º — Inyecciones vaginales. — Aplicacion de tópicos á la mucosa vaginal y á la porcion vaginal del cuello.

Inyecciones vaginales. — Manual operatorio. — Para aplicar líquidos medicamentosos á estas regiones del aparato sexual se emplean irrigadores, aparatos de embudo, sifones, jeringas, clisobombas ó el espéculo, pudiendo aplicarlos mediante el uso de este último con un pincel.

La eleccion de jeringa merece toda nuestra atencion. La fuerza de presion debe poder ser regulada en todos los casos, y como muchas enfermas quieren ó tienen que aplicarse las inyecciones á sí mismas, es preciso que el uso de este instrumento no requiera un gran esfuerzo físico, ni sea incómodo para las pacientes. Es necesario ademas poder impedir que el aire penetre con el líquido de la inyeccion en las heridas que presenten divertículos profundos, en los abscesos ó en el cuello entreabierto.

El irrigador simple para las heridas (*fig. 33*) es un excelente aparato para las inyecciones vaginales. Se une el vaso á un largo tubo de goma ó de cautchuc y á éste una cánula provista de muchas aberturas laterales á nivel de la oliva en que termina.

La presion bajo la cual sale el líquido se regula fácilmente colocando el recipiente más ó menos alto, ya sobre un soporte, ó ya sostenido por una persona. Para evacuar el aire que contenga este aparato basta dejar correr el líquido ántes de introducir la cánula en la vagina, cui-

dando de retirar aquélla de ésta ántes que el líquido haya descendido hasta el nivel del orificio de salida del recipiente.

El embudo de Hegar (*fig. 32*) es un buen aparato, muy sencillo, que se usa lo mismo que el irrigador, aunque siendo precisa comunmente la presencia de una persona encargada de mantener el embudo á la altura conveniente. Si se trata de un simple lavado vaginal la enferma puede por sí misma, sin ayuda de otra persona, ponerse la inyección.

El aparato de sifon consiste en un vaso cualquiera, en cuyo fondo se coloca una semiesfera de plomo. Se une este pié á un largo tubo, al cual se adapta una cánula. Para usar este aparato se coloca en el recipiente el tubo arrollado en espiral, de tal suerte que se llene de líquido; despues con los dedos se oprime una de las extremidades del tubo, se retira éste del recipiente y se lleva esta extremidad hácia

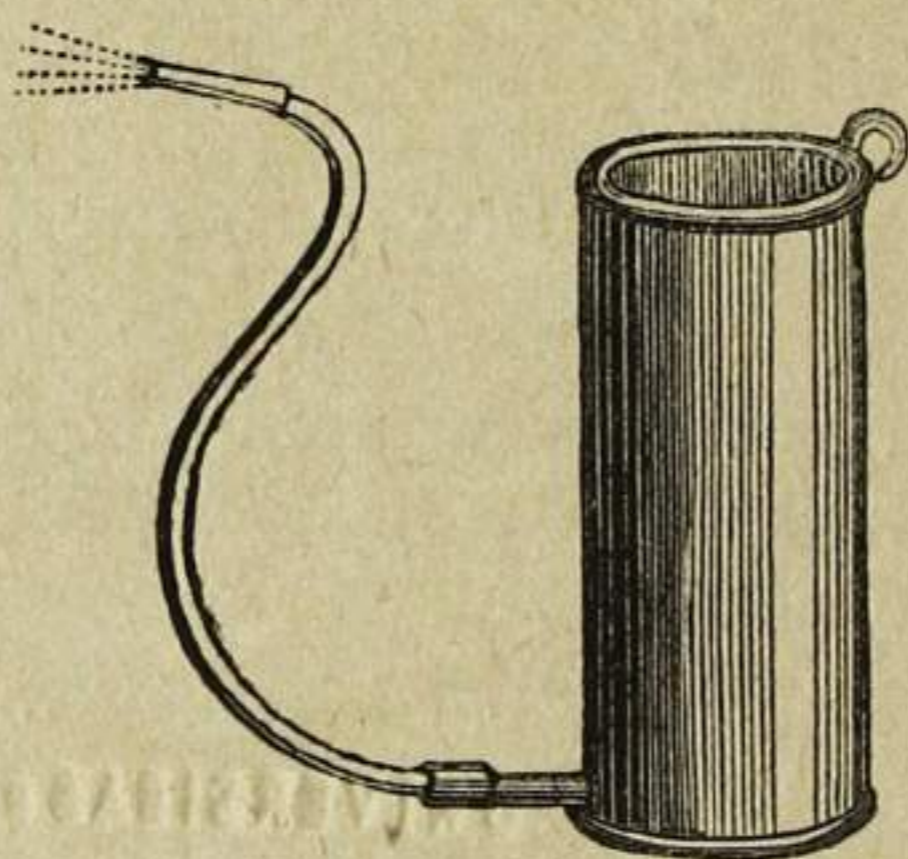


Fig. 33.

abajo, más abajo aún que el nivel del líquido. Al principio sale el aire mezclado con el líquido, despues sale éste puro y entónces se introduce la cánula en la vagina.

Las viejas jeringas deben reputarse como recuerdos de la antigüedad.

El aparato, compuesto de una pera de cautchuc, de un tubo y de una cánula (*fig. 34*), es muy sencillo. Colocada la extremidad del tubo en el líquido que se ha de inyectar, ejerciendo movimientos alternativos de compresion sobre la pera de cautchuc el líquido es aspirado y arrojado por la cánula. En este aparato es difícil purgar de aire el líquido de inyección, y además aquél se deteriora fácilmente.

Los aparatos denominados clisobombas tienen una construcción muy variada. Unos se construyen con válvulas, otros sin ellas; con unos se obtiene una corriente continua, con otros intermitente. Uno de los aparatos más antiguos de este género está representado en las *figuras 35, 36 y 37*. Cuando el piston *a* se levanta, la válvula *b* se eleva, en

tanto que la *c* se cierra. Si se baja el pistón, viceversa, y entonces el líquido sale por el tubo adaptado en *c*. Hay otra clisobomba, hoy frecuentemente empleada (*figs. 38 y 39*), que consta de dos cilindros, de los cuales el uno se adapta al otro en forma de mango. Si se levanta el cilindro superior, la válvula *a* se abre, mientras que en este cilindro la válvula *b* se cierra. El líquido penetra en el cilindro por el fondo del aparato, que está perforado. Si se baja el cilindro superior, la válvula superior *b* se abre, mientras que la *a* se cierra. El líquido llega por el botón *f* del instrumento y por la abertura hecha en *c* pasa al tubo.



Fig. 34.

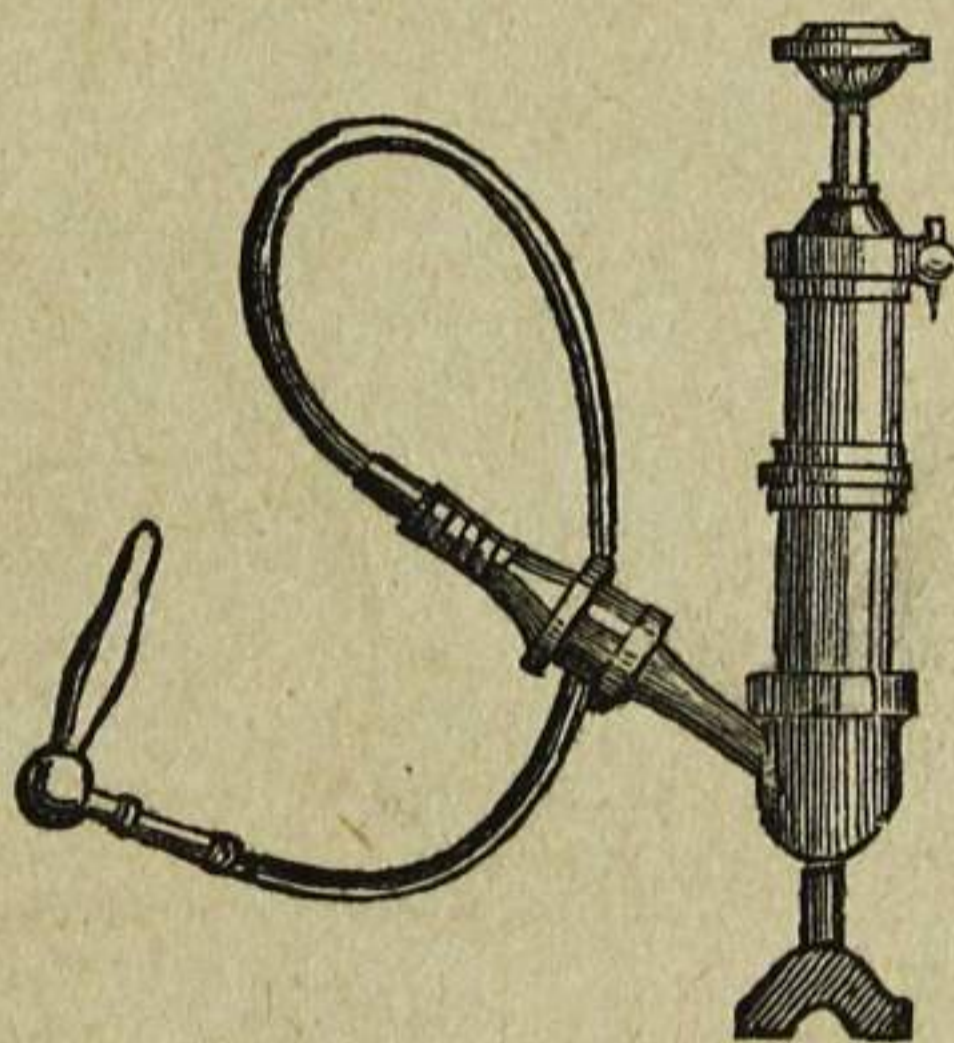


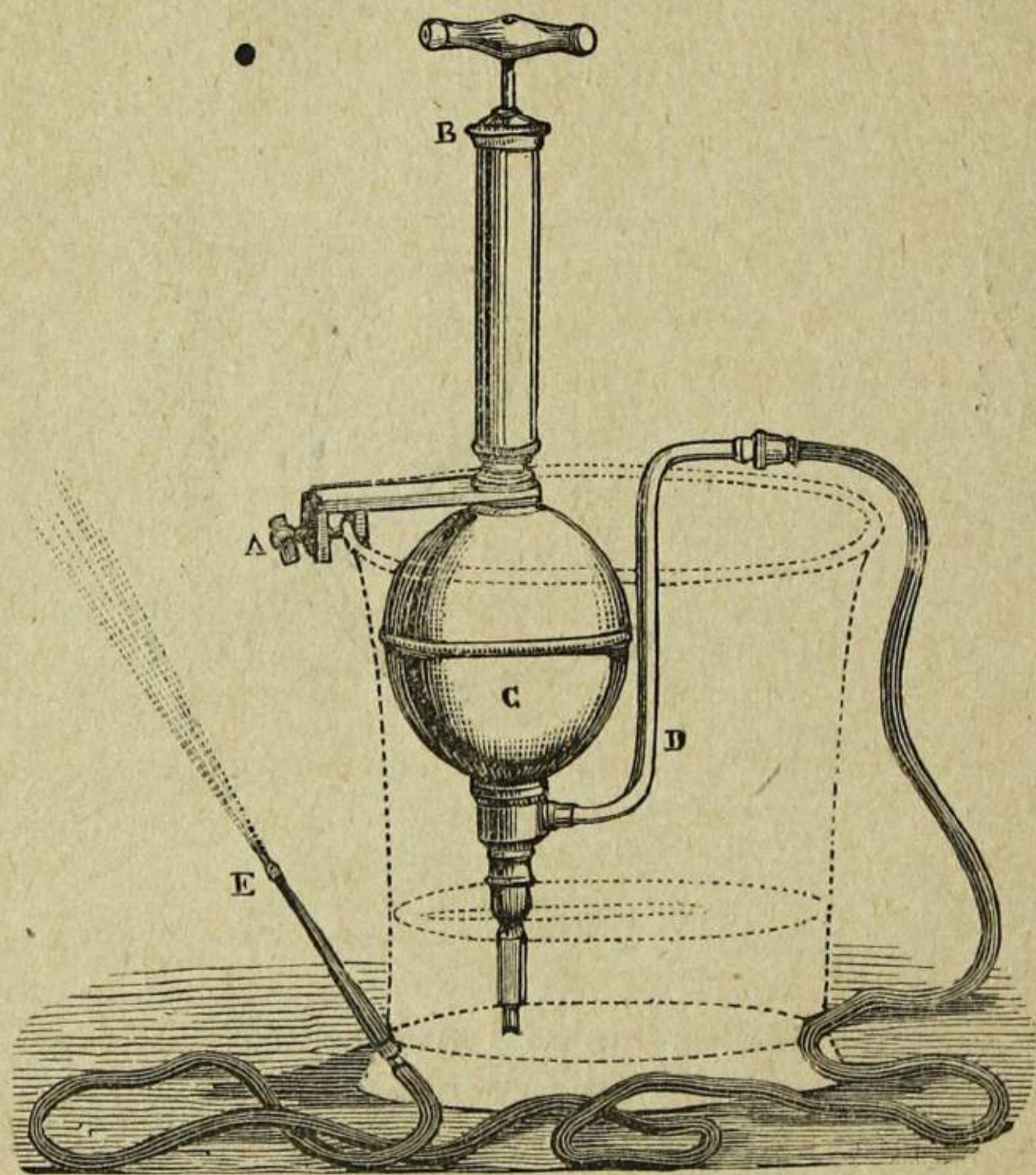
Fig. 35.

Uno de nuestros colegas, amigo nuestro, tuvo un caso de muerte debido al empleo de este aparato, á consecuencia de la penetracion de aire en las venas y en el corazon derecho, practicando una inyeccion de percloruro de hierro en el útero contra una hemorragia *post partum* por inercia uterina. No se puede explicar fácilmente cómo pudo penetrar en las venas tan gran cantidad de aire. Las investigaciones que nosotros hemos hecho con esta clisobomba introduciendo en agua la cánula unida al tubo y observando la salida de vesículas de aire en diferentes maniobras, nos han dado el resultado siguiente: estando el cilindro profundamente bajo el agua de tal suerte que no fuera posible la entrada del aire por *d* y por *e*, raras y pequeñas vesículas de aire se escapaban, en tanto que el pié de la clisobomba estaba fuertemente fijado al fondo del recipiente.

Nosotros nos explicamos este hecho porque una parte del aire con-

tenido en *f* pasaba al tubo á consecuencia de los movimientos de vaiven del aparato.

Ademas, esta clisobomba no da corriente continua. Grandes cantidades de aire son arrojadas, en tanto que *d*, á consecuencia de los movimientos de elevacion del cilindro superior, se eleva por cima del nivel del líquido. El aire era arrojado en cantidad extremadamente considerable en cuanto dejaba de estar cubierto de líquido el pié del aparato. Los movimientos de vaiven del recipiente de agua pueden cambiar con facilidad el nivel de la misma. Ademas, y esto no es raro



Fig, 36.

en la práctica, el pié del aparato no está siempre sólidamente fijo al fondo del recipiente. Por descuido ó por falta de ayudantes eleva el piston sin fijar con su otra mano el pié de la clisobomba, ó sin hacerle fijar por un ayudante. Entónces, no sólo sube y baja el cilindro, sino el aparato entero, y los orificios permeables al aire quedan con mucha frecuencia por cima del nivel del agua.

El aparato provisto de válvulas (*figs. 38 y 39*) es mejor. Está formado por dos cilindros, embotándose el uno en el otro, ó de un piston

que se desliza en un cilindro. Antes de introducir la cánula es preciso hacer funcionar el aparato durante algunos instantes, de manera que se desaloje todo el aire contenido en el tubo, no siendo casi posible con esta precaución que se mezcle el aire con el líquido de inyección.

Es difícil regular la presión con todas las clisobombas, y para las enfermas débiles la posición que han de adoptar es penosa, siendo preciso además el concurso de un ayudante.

Hoy el irrigador y el embudo reemplazan con ventaja todos estos aparatos costosos y complicados que han ocasionado accidentes graves y aun casos de muerte, accidentes que hasta ahora sólo se han observado con el empleo de las clisobombas y de las jeringas de caucho. Se observan frecuentemente, en efecto, con el uso de estos aparatos súbitos y violentos dolores, escalofríos, debilidad, frío en las extremidades y vómitos. Estos síntomas pueden desaparecer rápidamente, pero algunas veces van seguidos de una peritonitis que puede revestir una marcha subaguda y terminar por la muerte (1).

Frecuentemente es inexplicable la patogenia de estos accidentes, atribuyéndose a una exagerada sensibilidad de las enfermas, al choque traumático ó a la irritación de un nódulo inflamatorio preexistente en la vecindad de la vagina y del cuello uterino. Los hechos son más netos en ocasiones. El aire ha penetrado en las venas vaginales que rodeaban un carcinoma; adaptándose al orificio externo del cuello uterino la oliva de la cánula ha atravesado el líquido el canal cervical, yendo a parar a la cavidad peritoneal atravesando la uterina y las trompas. Determinadas circunstancias parece que favorecen especialmente esta complicación; tales son la excesiva anchura del orificio externo del canal cervical y de las trompas. Estas particularidades no se encuentran sino poco después de un parto prematuro ó a término, pero se observan también en otras circunstancias. (*Nota bibliográfica núm. 1.*)

(1) Respetando, como siempre, la autorizada opinión de los autores, estimamos un tanto exageradas las consecuencias que se atribuyen al empleo de las jeringas y clisobombas, pues a más de no haberlas observado en nuestra práctica ni una sola vez, aun tratándose de su uso en el puerperio, no recordamos haber leído tampoco muchas observaciones de tales accidentes. Esto no obsta para que nos parezca también preferible el uso del embudo ó del irrigador para la aplicación de inyecciones vaginales. — *M. G. de S.*

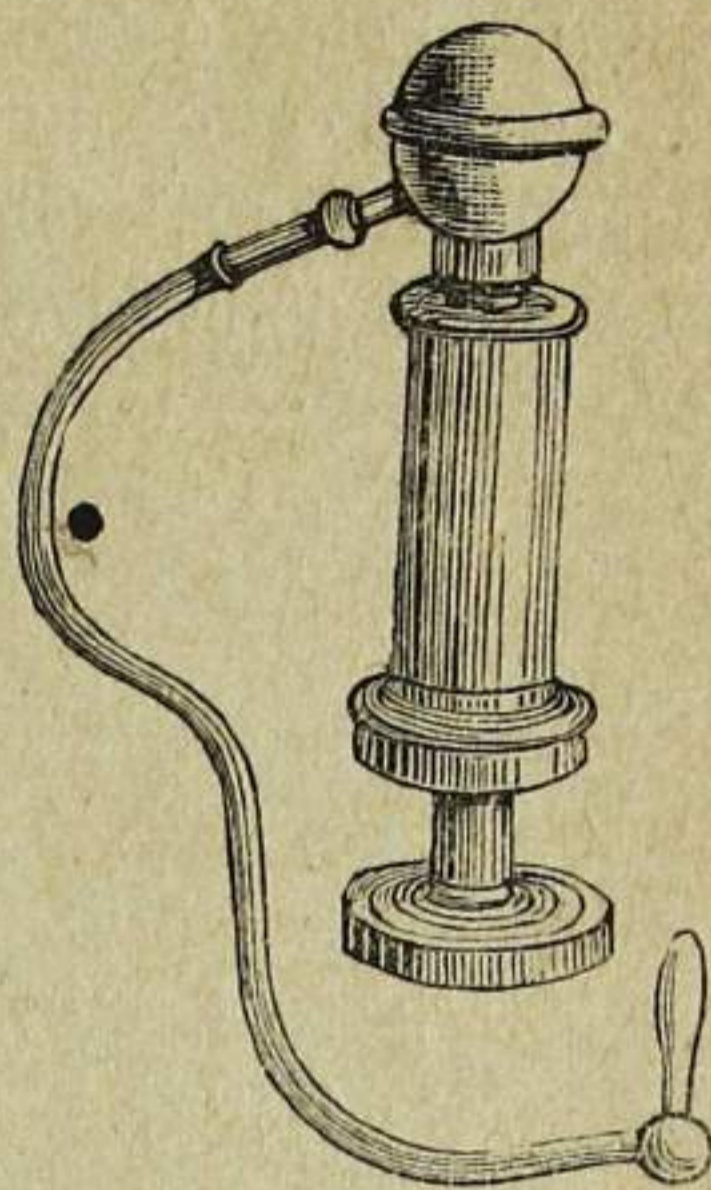


Fig. 37.

Para utilizar cumplidamente las inyecciones vaginales es preciso aplicar debidamente los diversos instrumentos á cada caso particular y saber elegirlos. De un modo general puede decirse que la enferma debe estar en una posición cómoda, si bien de manera que no pueda mancharse con el líquido de la inyección, ya echada ó ya sentada sobre un servicio, un *bidet* ó sobre otro recipiente. Se fija al tubo una cánula de asta, metal ó cautchuc terminada por una oliva que esté provista de varias aberturas laterales ó de un orificio en su extremidad.

El objeto de la inyección es muy variable. Frecuentemente sólo se trata de practicar un lavado vaginal, y en este caso son buenos todos

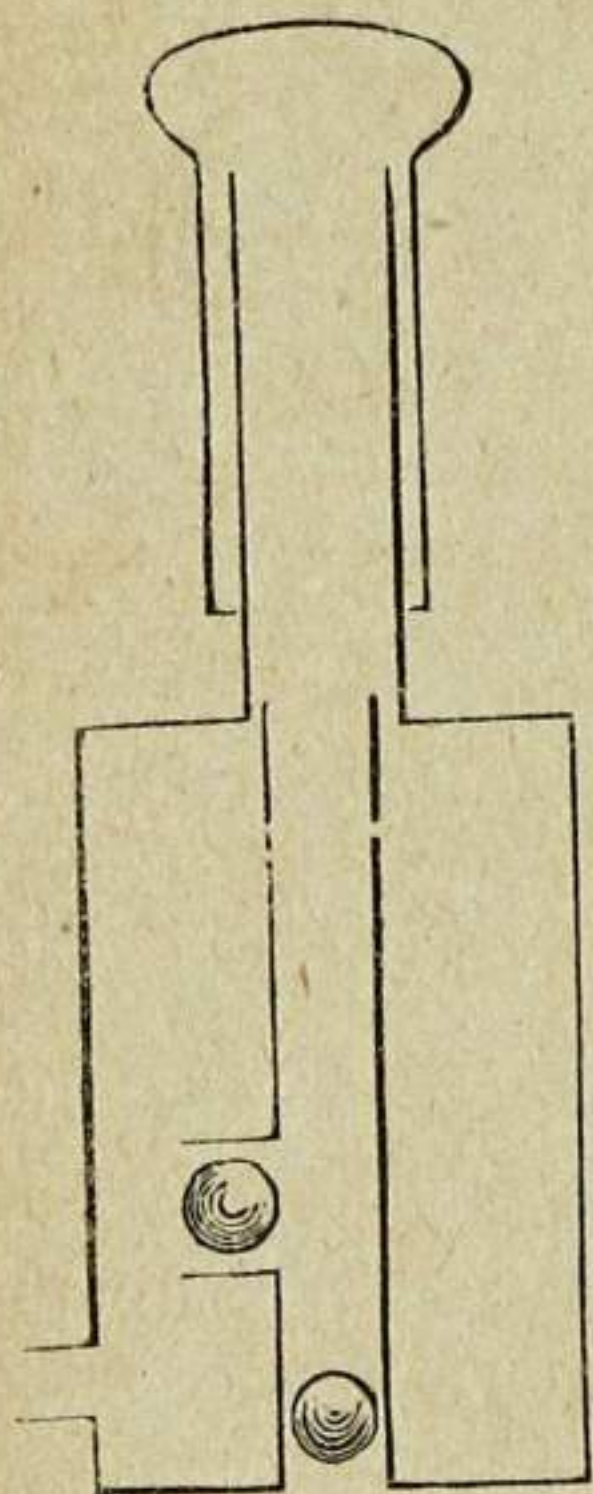


Fig. 38.

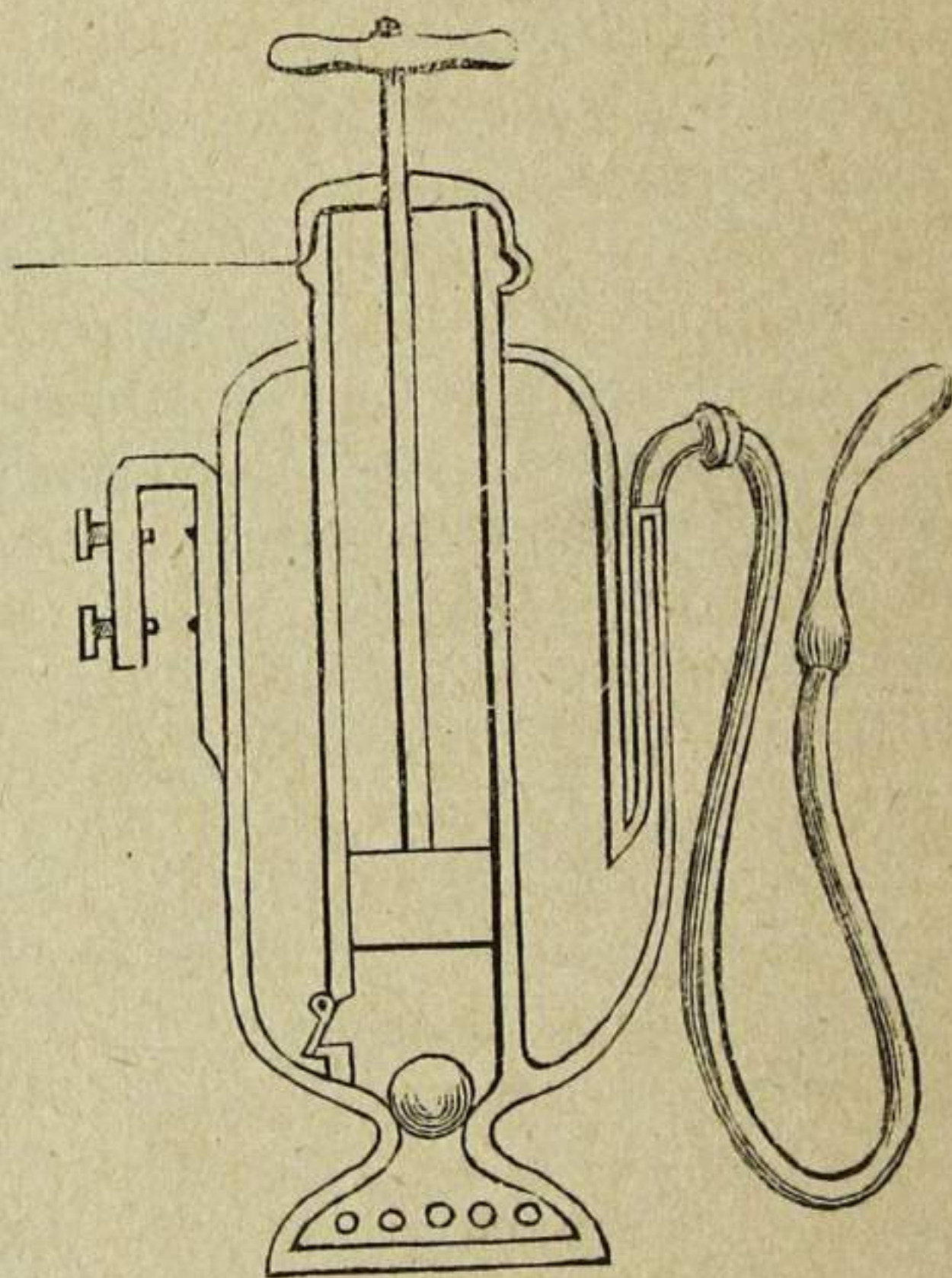


Fig. 39.

los aparatos cuya fuerza de presión es poco considerable, debiendo durar la inyección de uno á dos minutos. El líquido comunmente empleado es el agua templada, á la cual se añade, según los casos, el agua clorurada, una solución de permanganato de potasa, etc. Si existen gran hiperemia y exageración de la sensibilidad se emplea un cocimiento mucilaginoso. Cuando se necesite que la inyección sea astringente se añade una disolución de alumbre, se usa un cocimiento de hojas de nogal ó se emplean el tanino, el sulfato de hierro ó la disolución oficial del percloruro férrico. En ciertos casos conviene utilizar la temperatura del agua, empleándola fría, helada ó caliente, inyectándola durante tres ó cuatro minutos con una presión débil.

Cuando haya necesidad de excitar enérgicamente los órganos genitales se puede llenar este fin por dos medios: excitando la contractilidad ó provocando un estado congestivo. En el primer caso se obtiene el resultado apetecido practicando una inyección de agua fría ó caliente — 40 á 42° — corta, pero á gran presión, ó empleando como líquido de inyección el agua vinagrada ó el agua alcoholizada. En el segundo se practicará una inyección con agua tibia que dure de cinco á diez minutos, cuya acción puede aumentarse practicándola á gran presión. (*Nota bibliográfica número 2.*) Las soluciones salinas, así como las de aguas madres, se han recomendado también y empleado en los establecimientos balnearios, atribuyéndolas una acción alterante. En suma; todos estos medios provocan una excitación genital, excitación cuyo grado depende de la concentración de la solución empleada, de las materias disueltas en el líquido y de la temperatura y la presión de la ducha. En multitud de casos en los cuales se trata de lesiones inflamatorias crónicas se obtienen buenos resultados. En otros, en cambio, dispuestas las inyecciones sin bastante conocimiento de causa, lejos de favorecer la inyección, perjudica, toda vez que las inyecciones y las duchas no son medios tan inocentes como por lo común se cree. No es raro que á consecuencia del empleo inoportuno de las duchas frías á fuerte presión sobrevengan, ya exacerbaciones de estados inflamatorios crónicos, ya rebeldes y violentas neuralgias. Ocurre aquí lo que en todos los procesos crónicos inflamatorios, la conjuntivitis por ejemplo. Puede ser ventajoso excitar la hiperemia y provocar una inflamación artificial, pero es preciso desde el principio guiarse por una idea precisa, y debe cuidarse no traspasar ciertos límites, más allá de los cuales la excitación deja de ser ventajosa. Si estos límites fueran traspasados sería preciso emplear un tratamiento adecuado.

Nada más insensato en Ginecología que ordenar á todas las enfermas el uso de la clisobomba sin darles instrucciones muy precisas de las inyecciones de agua fría ó caliente.

Al lado de las inyecciones de líquido debemos ocuparnos de la aplicación de vapores á la vagina y á los fondos de saco útero-vaginales. (*Nota bibliográfica núm. 3.*) Se ha preconizado con este fin el em-

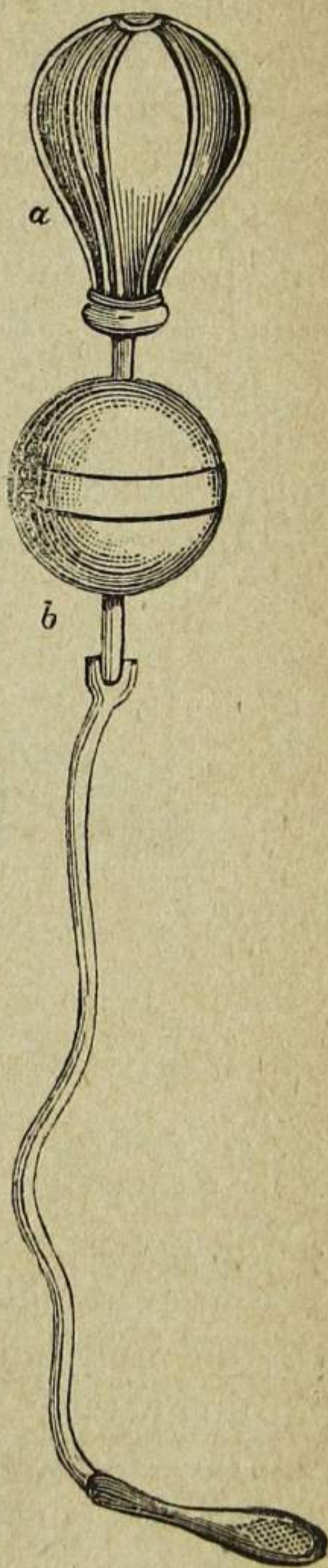


Fig. 40.

pleo del cloroformo y del ácido carbónico. Para obtener los del primero se usa el aparato representado por la *fig. 40*, que se compone de una cápsula de latón, en cuya cavidad se coloca una esponja empapada en cloroformo. Dicha cápsula se une por un lado á una vejiga ó pelota de cautchuc (*a*), y por otro á un tubo tambien de cautchuc que termina en una cánula. Introducida ésta en la vagina, oprimiendo la pelota se proyectan los vapores en la cavidad de aquélla, provocando primero una sensación de calor y despues una anestesia que dura de cuatro á seis horas.

El ácido carbónico se obtiene en una botella generatriz de este gas, que por un tubo de goma pasa á la vagina cuando la extremidad de aquél, terminado en una cánula, se introduce en aquella cavidad.

Estos dos métodos se han generalizado muy poco, habiendo observado Scanzoni un caso de muerte en una mujer á consecuencia de la introduccion del ácido carbónico en los vasos.

Aplicacion de tópicos sobre la mucosa de la vagina y de la porcion vagi-



Fig. 41.



Fig. 42.

nal del cuello. — Cuando se quiere aplicar durante largo tiempo un líquido sobre las paredes de la vagina ó sobre los fondos de saco se emplea el espéculo de baño, el cual generalmente es cónico, obturado por su extremidad interna y provistas sus paredes, de goma endurecida, de multitud de agujeros (*fig. 41*). Se ha ideado tambien con este fin un aparato (*fig. 42*) que consiste en un hilo grueso arrollado en forma de espiral, que mantiene separadas una de otra las paredes vaginales. Este instrumento es, sin embargo, poco recomendable porque el hilo se desarrolla fácilmente, provocando dolores y no llenando el objeto á que está destinado. Se aplica el espéculo de baño estando la enferma en un baño general ó en un baño de asiento, y si se quiere que la parte superior de la vagina sea bañada por el líquido debe introducirse el instrumento bajo el agua.

El empleo del espéculo es ménos peligroso que la ducha vaginal. Si la solución salina no es muy concentrada la excitacion es ligera. En el vaginismo y estados análogos la dilatacion mecánica de la vagina da tambien buenos resultados.

Nosotros empleamos un método excelente que nos permite aplicar soluciones irritantes y astringentes á la mucosa de la vagina y de la porcion cervical, cual es el embadurnamiento de estas partes puestas al descubierto mediante el empleo de un espéculo cilíndrico. (*Nota bibliográfica núm. 4.*)

Los espéculos de cristal cubiertos de una capa de goma endurecida responden bien á este objeto. Se introduce el espéculo como de costumbre, se pone al descubierto la porcion vaginal del cuello y se llena de líquido la cavidad vaginal de manera que cubra toda la referida porcion vaginal. Tambien puede introducirse aquél en la cavidad cervical con ayuda de un pincel. Aplicando fuertemente el borde del espéculo contra los fondos de saco el líquido no puede bañar más que la porcion vaginal y puntos vecinos; pero si se quiere que obre sobre las paredes de la vagina basta dejar de oprimir el espéculo contra los fondos de saco, dejando correr el líquido y áun retirar completamente aquél, cuidando de bañar con un pincel las partes superiores y laterales del canal vaginal. Obrando de esta suerte se puede limitar á voluntad la extension sobre la cual debe obrar el medicamento.

Pueden tambien emplearse soluciones de medicamentos astringentes en glicerina, proyectando cierta cantidad de ésta en el espéculo, y cuando despues de haber retirado éste un poco se extienda el líquido por las partes profundas de la vagina se aplica un tapon de algodón ó una esponja, que impide al líquido verterse al exterior y que empapando la esponja ó el algodón prolonga la duracion del contacto del medicamento con las paredes vaginales y con la porcion vaginal del cuello. De la misma manera obra un tapon de una ó de otra sustancia que empapado en el líquido medicamentoso se aplique á los fondos de saco vaginales con ayuda del espéculo. (*Nota bibliográfica núm. 5.*)

K. Mayer ha sido, segun creemos, el primero que ha recomendado este procedimiento, que consiste en bañar el hocico de tenca y la mucosa vaginal en un líquido aplicado con el espéculo de cristal forrado de cautchuc. Merced al empleo de este procedimiento, Mayer ha obtenido excelentes resultados con el vinagre en los casos de ulceraciones papilares del hocico de tenca. Si el vinagre que se emplea es muy fuerte la irritacion puede ser excesiva, sobre todo si el líquido penetra en el canal del cuello. Este líquido debe inyectarse en cantidad suficiente para que la ulceracion quede completamente cubierta, dejándolo entónces, aunque sea por espacio de dos á cinco minutos, hasta que la superficie ulcerada presente un aspecto blanquecino. Se repiten estas aplicaciones cada cuatro ó cinco días, hasta que se establezca una gran supuracion. Obtenido este resultado se repite la operacion, si es necesario, cuando haya pasado el primer periodo menstrual consecutivo á la operacion, cuidando mucho de no comenzar

demasiado pronto. Aplicado de esta suerte nos ha prestado grandes servicios este procedimiento. Del mismo modo se emplea la disolucion de nitrato argéntico, cuyo grado de concentracion no puede fijarse de una manera absoluta cuando se trata de catarro del cuello, de erosiones catarrales y foliculares ó de un catarro vaginal, dependiendo tambien de la susceptibilidad individual de la paciente. Es preciso al principio tantear el terreno, emplear desde luégo soluciones débiles, y si éstas no bastan emplearlas fuertes; pero es preciso obrar con lentitud para dar lugar á que la escara producida por el cáustico pueda caer. Por consiguiente, cuando se emplee la solucion débil se repetirá la operacion más frecuentemente, dilatando más la repeticion cuando se haga uso de la solucion fuerte. Si se presenta la regla en el curso del tratamiento se suspenderá éste hasta tres ó cinco días despues de haber cesado aquélla, conviniendo suspenderla tambien cinco ó siete días ántes del día en que la menstruacion debe aparecer.

Se debe asimismo repetir muy frecuentemente la aplicacion de fuertes soluciones de tanino, como se hacen en el catarro vaginal, en el reblandecimiento de la mucosa cuando hay tendencia al descenso y al prolapso.

El empleo de medicamentos sólidos y pulverulentos se hace preferentemente con ayuda del espéculo. Las partes vecinas del cuello se cauterizan empleando un porta-cáustico largo, pudiendo entónces, retirando suavemente el espéculo, tocar la mucosa vaginal en los diferentes puntos que se desee. La piedra infernal puede ser pura ó mitigada. En general, nosotros empleamos rara vez el nitrato de plata sólido, prefiriendo el empleo de soluciones á diverso grado de concentracion. No obstante, es preciso tener muy en cuenta los hábitos de cada profesor y su apreciacion personal sobre la energía de tal ó cual procedimiento. Es preferible á este respecto que cada práctico piense en los principios de terapéutica general, en los que le guían en el tratamiento de las afecciones de otras mucosas, como, por ejemplo, las de la boca, faringe, etc., y él poseerá en su experiencia una seguridad mayor que la expuesta en detalle acerca de la práctica de un solo ginecólogo.

Las sustancias pulverulentas, tales como el alumbre, pueden ser llevadas á la mucosa cervico-vaginal mediante la ayuda de espátulas; sin embargo, es preferible espolvorear con estas sustancias un tapon de uata que se introduce en la vagina con ayuda de un espéculo, cuidando de mantener aplicada con una pinza el tapon sobre el cuello del útero cuando se retire el instrumento. Este tapon debe permanecer aplicado durante tres ó cuatro horas, haciendo una inyeccion de limpieza cuando se retire. De esta suerte pueden emplearse la morfina, el extracto de belladona, etc. (*Nota bibliográfica núm. 6.*)

Los supositorios vaginales (*Nota bibliográfica núm. 7*) compuestos de manteca de cera, de manteca de cacao, harina de almendra, almidón, glicerina, gelatina, etc., como vehículo de la morfina, de la atropina, etc., han sido recomendados por Simpson, Tilt y otros autores. Su acción es incierta y nunca se sabe hasta qué grado pueden reabsorberse. Su aplicación en el recto es más racional.

Los vejigatorios (*Nota bibliográfica núm. 8*) están recomendados en la inflamación crónica del útero, endometritis del cuerpo y parametritis. Se aplican sobre el hocico de tenca, previamente desembarazado de los productos de secreción que le cubren, y se mantienen fijos por medio del taponamiento. El vejigatorio debe permanecer colocado durante ocho ó diez horas, al cabo de las cuales se produce generalmente una gran exudación serosa que exige numerosas y frecuentes lociones. Veit preconiza la solución de cantáridas recomendada por John (dos partes de extracto concentrado de cantáridas en el éter y una parte de gutapercha disuelta en cloroformo), cuyo medicamento se aplica con un pincel á la porción cervical del cuello.

1) Acerca de los síntomas graves después de las inyecciones vaginales fuera del estado de embarazo, véanse los trabajos siguientes:

Ebell. *Societ. de Gynécologie de Berlin Berliner klinische Wochenschrift*, 1874, núm. 38.

Spaeth. *Péritonite et mort après injection d'acétate de plomb par les trompes dans la cavité péritonéale Centralblatt für Gynäkolog.*, 1878, núm. 35.

More Madden. *Péritonite après injection de liquide astringent à l'aide d'une seringue de caoutchouc.* (Existía un prolapso uterino y estaba abierto el orificio.) *Journal Obst. of Great-Britain and Ireland*, Abril, 1875.

Thomas. *Obst. Journ. of America*. Abril, 1877. Inyección vaginal practicada por la misma enferma con la jeringa de Davidson. Dolores muy vivos, colapso, peritonitis. Existía un catarro del cuerpo uterino, subinvolución y un orificio uterino muy ancho.

2) Emmet (*Principes et pratique de la gynécologie*. Filadelfia, pág. 118) recomienda muy eficazmente el empleo de las inyecciones de agua caliente en todas estas afecciones de los órganos sexuales, que son también útiles en las congestiones arteriales ó venosas porque provocan la contracción del tejido muscular y de los vasos, tomando un color blanquecino la mucosa y estrechándose el calibre del canal. Al principio de las lesiones inflamatorias deben practicarse inyecciones frecuentes y muy calientes (36 ó 38° centígrados). En las afecciones crónicas bastará que la temperatura sea en 2 ó 3° superior á la de la sangre.

A la acción del calor hay que añadir la del peso del líquido, que no se vierte al exterior sino cuando la vagina no puede contener más, debiendo emplearse gran cantidad en la inyección. La enferma se coloca con las rodillas dobladas sobre un recipiente provisto de un orificio, al cual se adapta un tubo que da paso al líquido á un vaso colocado debajo del lecho. La enferma debe guardar cama algún tiempo.

Muchas enfermas no soportan, sin embargo, estas inyecciones, sobreviniéndoles dolores, etc.

3) Veit. *Maladies des organes sexuales*; 2.^a edición, pág. 281.

4) Para la aplicación sobre la porción vaginal y sobre el orificio de la matriz de soluciones astringentes y cáusticas, consúltese:

Karl Mayer. *Klin. Mittheil*; 1.^a parte, 1861, pág. 10.

5) Las soluciones aplicadas en la vagina con ayuda de tapones de algodón en rama son rápidamente absorbidas, según lo ha demostrado Hamburger con las soluciones de ioduro potásico al 15 por 100, de ferrocianuro potásico al 9 por 100, de ácido salicílico al 2 por 100 y de bromuro potásico al 6 por 100. Estas sustancias aparecen en la orina de dos á cinco horas después de la aplicación. (*Prager Vierteljahrsschrift*, t. CXXX.)

6) Hildebrandt (*Du catarrhe des organes sexuels de la femme. Volkmann's klinik Vorträge*, núm. 32) recomienda el empleo de la pomada de alumbre al 1 por 6 en los catarrros vaginales.

7) Los pesarios medicamentosos han sido preconizados por Simpson. (*Edimburg Monthly Journal*, Junio, 1848.)

Véase además:

Tarner. *Sur les pessaires médicamenteux dans le traitement des affections utérines. Obst. Transact.* Londres, t. X, pág. 205.

8) Los vejigatorios aplicados al cuello uterino han sido recomendados principalmente por Aran.

Véanse:

Veit. *Loc. cit.*, pág. 284.

Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1866, pág. 222.

Art. 2.^o — De las inyecciones intrauterinas. — De la aplicación de materias medicamentosas al canal cervical y á la cavidad del cuerpo uterino.

Los medicamentos líquidos pueden ponerse en contacto con las paredes del útero y del cuello empleándolos en inyecciones ó con ayuda de un pincel, de tapones de tela, etc., que se empapan en aquéllos, introduciéndolos en seguida en estas cavidades.

Las inyecciones solas pueden emplearse cuando se pretende que el líquido penetre en la cavidad del cuerpo. La literatura, á este respecto muy considerable, y las numerosas discusiones que han tenido lugar sobre este tema en las Academias demuestran todo el interés que merece esta cuestión. Estudiaremos en primer término el *manual operatorio* y después precisaremos los casos en que están indicadas.

Manual operatorio. — Generalmente es preciso dilatar el cuello antes de poner la inyección, si ya no lo estuviere previamente. Se puede adquirir el hábito de dilatarle rápidamente tanto como es necesario con unas pinzas ó con un dilatador.

Antes de emplear soluciones muy irritantes ó muy cáusticas debe

emplearse un medicamento ménos activo, como la tintura de iodo ó una disolucion de tanino, probando la susceptibilidad del órgano con líquidos diferentes. Se empleará una jeringa pequeña y bien hecha que permita medir exactamente la cantidad de líquido inyectado, que no pasará de 3 á 10 gotas, máximum que no se deberá traspasar sino en casos extremadamente raros en que la cavidad uterina tenga grandes dimensiones. La jeringa de Braun (*fig. 43*) es una de las más comunmente empleadas, y está formada por un tubo de cristal montado en goma endurecida, cuya cánula tiene la forma y dimensiones de una sonda uterina provista, cerca de su extremidad, de una pequeña abertura lateral y hallándose unida á tuerca con el cilindro de cristal. Mientras la jeringa es nueva se conserva perfectamente; pero cuando se la emplea frecuentemente, sobre todo si con ella se usa la disolucion de percloruro de hierro, se deteriora pronto, uniéndose mal la canula con el cilindro y desgastándose el piston. Durante la inyeccion las pequeñas aberturas de la cánula se obturan con el moco uterino, siendo preciso empujar con gran fuerza el piston; cede entónces bruscamente la resistencia y el líquido se proyecta con fuerza y en gran cantidad en la cavidad uterina. La enferma debe estar colocada en la posicion de la talla ó en el decúbito de Simon. No obstante, en general el decúbito lateral, y especialmente el de Simon, no son los mejores porque el líquido puede ser más fácilmente lanzado hácia la cavidad abdominal. La porcion vaginal del cuello debe ponerse previamente al descubierto mediante el empleo de un espéculo de valvas. Es indudable que puede hacerse una inyeccion intrauterina sin espéculo, pero las condiciones no son tan favorables porque el líquido puede verterse en la vagina, mientras que estando el cuello al descubierto se obvia con facilidad este inconveniente colocando debajo una esponja ó un tapon de algodón en rama. La cánula de la jeringa se introduce como si fuera una sonda uterina y el líquido se inyecta mediante un movimiento lento del piston. Para que la pequeña luz del orificio de salida se oponga por sí misma á la fuerte proyeccion del líquido es preciso, no tan sólo oprimir suavemente el piston, sino hacerlo con cortos intervalos de reposo. No es necesario templar el líquido, atendida la pequeña cantidad que ha de inyectarse. Durante la inyeccion es preciso observar si el líquido sale por el orificio externo del cuello; si así no fuera es que se detiene, en cuyo caso se aspira con la jeringa tirando del piston.

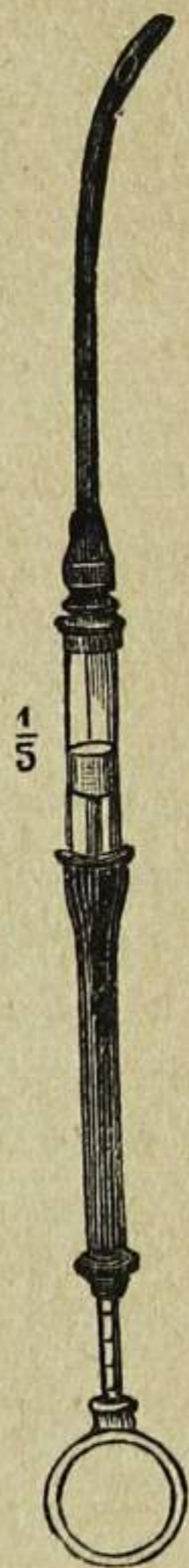


Fig. 43.

Tal es el manual operatorio de la inyección intrauterina con todas las precauciones que requiere. Se ha recomendado el empleo de una cánula de doble corriente, pero no se evacua el líquido con este instrumento con mayor seguridad. Puede obstruirse el conducto de salida, y además de no llenar su fin tiene la desventaja de ser un instrumen-

to demasiado voluminoso para el calibre del canal cervical. Mandl, por ejemplo, ha visto sobrevenir accidentes graves á consecuencia de la inyección de una disolución débil de tannino hecha con la sonda de doble corriente.

Schultze ha preconizado recientemente las irrigaciones de la cavidad uterina con un líquido antiséptico (solución de ácido fénico al 2 por 100), operando de la manera siguiente: previa y ampliamente dilatado el canal cervical con la laminaria, introduce en la cavidad uterina un catéter metálico de 6 milímetros de diámetro próximamente, que se pone en comunicación con un irrigador.

Las inyecciones intrauterinas están principalmente indicadas en las hemorragias cavitarias del útero y en la endometritis, estando contraindicadas cuando existe una flexión ó una versión muy marcadas ó una gran irritabilidad del útero previamente reconocida mediante una inyección de agua tibia, ó, finalmente, cuando existe un proceso inflamatorio cualquiera.

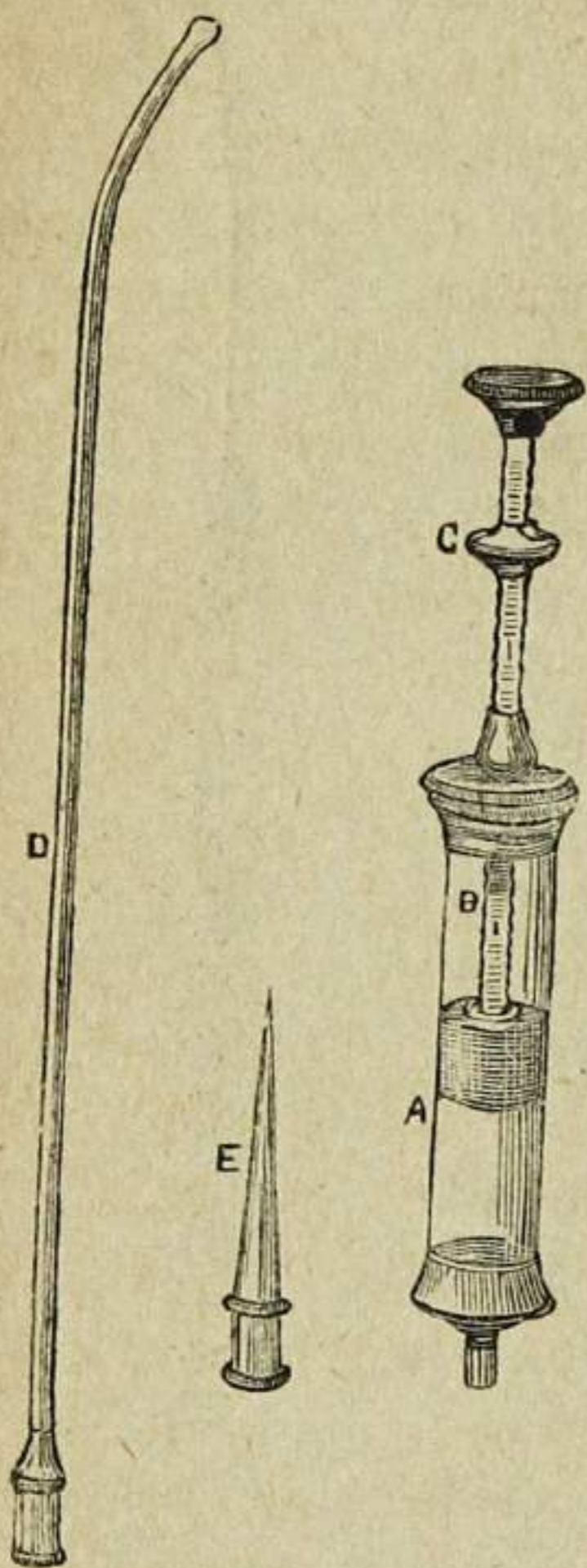


Fig. 44.

Accidentes observados despues de la inyección intrauterina. — Los accidentes observados despues de estas inyecciones son ordinariamente cólicos uterinos más ó ménos penosos, que son á veces fugaces, pero que en ocasiones pueden durar de cinco á seis horas (*Nota bibliográfica núm. 1*), provocándolos fácilmente el empleo de líquidos muy irritantes y cáusticos. En ciertos casos, inmediatamente despues de la inyección se ha observado un dolor extremadamente violento, acompañado de palidez del semblante, frío en las extremidades, debilidad y pulso muy pequeño y frecuente, pudiendo calmarse este acceso ó ir seguido de cólicos uterinos, indicando á veces la aparición de una peritonitis que puede ser leve relativamente, pero que con más frecuencia es grave y rápidamente mortal, pudiendo tambien producirse este accidente sin que despues de la inyección se observen síntomas tan marcados.

Finalmente, se ha observado la muerte súbita con opresión y vivo

dolor precordial despues de practicada una inyeccion de percloruro de hierro en las venas abiertas de un útero cuya involucion se había efectuado incompletamente.

Es preciso atribuir los síntomas de choque á una extension brusca de la cavidad uterina y á la irritacion violenta ocasionada por la solucion, y si el líquido pasa á traves de las trompas hasta la cavidad peritoneal puede producirse, entre otros accidentes, una peritonítis, porque es dudoso que estas complicaciones puedan ser atribuidas á la presion ejercida por el líquido sobre el tejido del útero y sobre los vasos. Mas, no obstante, es cierto que los líquidos corrosivos é irritantes pueden provocar una endometritis que desde el tejido uterino se propague al peritoneo, evolucion que se efectuará principalmente si las escaras ó si los coágulos que existieran en la cavidad uterina ántes de la operacion sufriesen la degeneracion pútrida, hecho que se observa frecuentemente despues de las inyecciones de percloruro de hierro. En estas circunstancias la peritonítis no aparecería inmediatamente despues de la operacion.

Estos accidentes se han observado frecuentemente (*Nota bibliográfica núm. 2*) cuando los instrumentos empleados estaban sucios ó cuando no se han observado suficientemente todas las precauciones ó no se han tenido en cuenta las contraindicaciones que dejamos señaladas. Tambien la eleccion de medicamento es de la mayor importancia. El percloruro de hierro y el nitrato de plata son los más peligrosos, siendo muy raro que el empleo de la tintura de iodo y la solucion de tanino den origen á graves accidentes.

Muchos autores han practicado numerosas inyecciones uterinas sin que les haya ocurrido el menor accidente. En cuanto á nosotros desde hace muchos años empleamos con frecuencia las inyecciones uterinas, sirviéndonos de la jeringa de Braun para contrarrestar las hemorragias en los casos de fibromas, de involucion defectuosa, de antiguos infartos, etc., sin que hayamos observado jamás accidentes graves dignos de mencionarse.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta las complicaciones que acabamos de señalar y no debe apelarse á las inyecciones intrauterinas sino cuando han fracasado ó no pueden ser puestos en práctica los demas métodos de tratamiento.

Los demas métodos que permiten llevar á la mucosa uterina diversas sustancias empapadas en líquidos medicamentosos parecen ser ménos peligrosos. Es muy fácil obrar sobre la mucosa cervical. Se toma un pincel empapado en el líquido y se introduce en el conducto del cuello, ó se baña un agitador de cristal ó una sonda uterina en un medicamento concentrado (ácido crómico); si el orificio interno es ancho y la cavidad del cuerpo rectilínea se puede emplear tambien la sonda

uterina, un pincel montado sobre un mango largo ó una sonda flexible, é introducirlos en la cavidad del cuerpo. El porta-tópicos retiene todavía una cantidad suficiente de líquido para obrar sobre la mucosa del cuerpo.

Si no existen condiciones tan favorables, si, por ejemplo, está estrechado el canal cervical y más ó menos curvado, si hay necesidad de emplear una gran cantidad de líquido, es preciso recurrir á otros procedimientos. Existe un método excelente, que consiste en envolver en algodón en rama ó en tela una sonda que se introduce despues de haber empapado aquélla en el líquido medicamentoso. Es frecuentemente necesario, ó al ménos muy conveniente, practicar previamente la dilatacion artificial del cuello, haciendo desaparecer, en tanto que sea posible, la flexion ó la situacion anormal del útero.

Hace mucho tiempo se emplea mucho otro método para aplicar

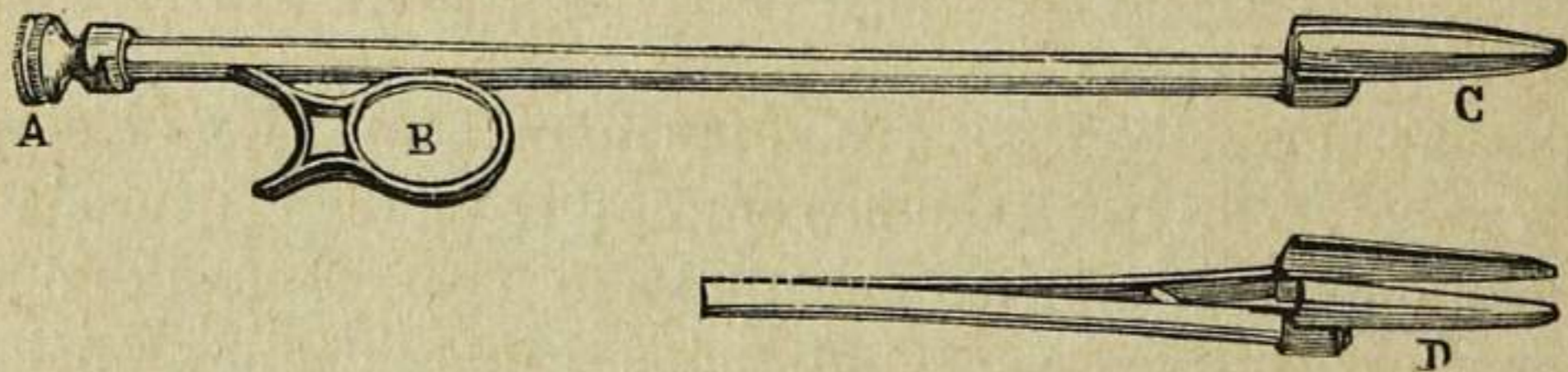


Fig. 45.

líquidos corrosivos, astringentes ó excitantes á la cavidad uterina ó al canal cervical, empleándose un tallo flexible de cobre ó de aluminio fuertemente escotado en su extremidad y que presenta numerosas asperezas, estando cubierto de uata. Empapado el algodón en la solución medicamentosa se introduce en la cavidad uterina, poniendo al descubierto la porcion vaginal con ayuda del espéculo. El tallo metálico está curvado en diferentes puntos, segun la direccion del canal, previamente reconocida por el cateterismo, y se debe dejar colocado tanto tiempo como sea preciso para que pueda actuar el medicamento.

Si se quiere obrar sobre la cavidad del cuerpo solamente es preciso desde luego proteger el canal cervical, para llenar cuyo objeto se emplea un espéculo intrauterino, pequeños instrumentos de dos valvas (*fig. 45*) ó canaliculares, construidos en goma endurecida, marfil, etcétera, de 4 á 5 centímetros de largo y provistos de un tallo con su puño. Este espéculo, introducido en el cuello uterino, protege las paredes de éste, al ménos contra la accion directa del líquido que ha de aplicarse á la mucosa de la cavidad del cuerpo, lo que es muy importante cuando se emplean cáusticos enérgicos. La introduccion de este espéculo exige frecuentemente la dilatacion previa del cuello.

[No ocupándose de este instrumento los autores sino bajo el punto

de vista de sus aplicaciones á la terapéutica de las enfermedades uterinas, y á pesar de que sólo bajo este aspecto tienen alguna importancia los espéculos intrauterinos, como la idea que presidió á su construcción fué la de que sirvieran como medio de diagnóstico, y como haya aún algunos que pretendan que deben emplearse en este concepto, juzgamos necesario decir algunas palabras acerca de ellos.

El primer espéculo intrauterino fué, segun Nonat, inventado por Desormeaux, y estaba constituido por un tubo tan estrecho que pudiera penetrar en la matriz á través del conducto cervical. Introducido en éste, la extremidad externa del instrumento se pone en relacion con una lámpara provista de un reflector que proyecta los rayos luminosos sobre la cavidad uterina.

Más tarde Jobert (de Lamballe) ideó la construcción del espéculo intrauterino bivalvo, análogo al bivalvo vaginal, que consta de dos valvas susceptibles de separacion, mantenidas por un largo mango, cuyo eje se halla en distinto plano que aquéllas, á fin de no impedir la vision á través del conducto formado por las valvas.

Despues este espéculo ha sido modificado por Mathieu primero, luégo por Blatin y últimamente por Lemenau Deschenais, si bien en las últimas modificaciones más se ha atendido al papel que como dilatador del cuello representa este instrumento que á las funciones que como espéculo es susceptible de desempeñar.

En efecto; las pequeñas dimensiones del calibre de su conducto, la distancia que media entre la vulva y el orificio interno del cuello y la escasa dilatabilidad á que por lo comun se presta éste constituyen serias dificultades para que pueda tener éxito la aplicacion del espéculo intrauterino con el fin de observar el estado de la mucosa.

Por esta razon el espéculo de Desormeaux es hoy un instrumento inútil en la práctica, y los de Jobert, Mathieu, Blatin, etc., sólo son aceptables como dilatadores, ya para juzgar la dilatabilidad de los orificios, ya para emplearlos como medio terapéutico en los casos en que sea necesario practicar la dilatacion ó en los indicados por Hegar y Kaltenbach.

Esto no obstante, el espéculo de Desormeaux quizá sea el punto de partida de la invencion de un nuevo instrumento destinado á la observacion visual de la cavidad uterina en los casos en que está indicada la dilatacion uterina por el procedimiento de Vulliet, que en lugar oportuno dejamos descrito. — *M. G. de S. J*

Tambien se emplea el ácido nítrico fumante ú ordinario. En los casos de catarro crónico con secrecion abundante, de involucion uterina incompleta, de hemorragias y de menorragias con engrosamiento é hiperplasia de la mucosa, presta este medicamento muy útiles servicios y su empleo está, al parecer, exento de peligro, toda vez que no

se observan estados inflamatorios consecutivos ni en el útero ni en sus anejos si se toman las precauciones convenientes. A veces, sin embargo, se observa la estenosis cervical á consecuencia del empleo de este medicamento, para evitar cuyo inconveniente se recurre al espéculo intrauterino, vigilando ademas, durante la caída de las escaras y la cicatrizacion de las úlceras consecutivas, que esté asegurada la permea-

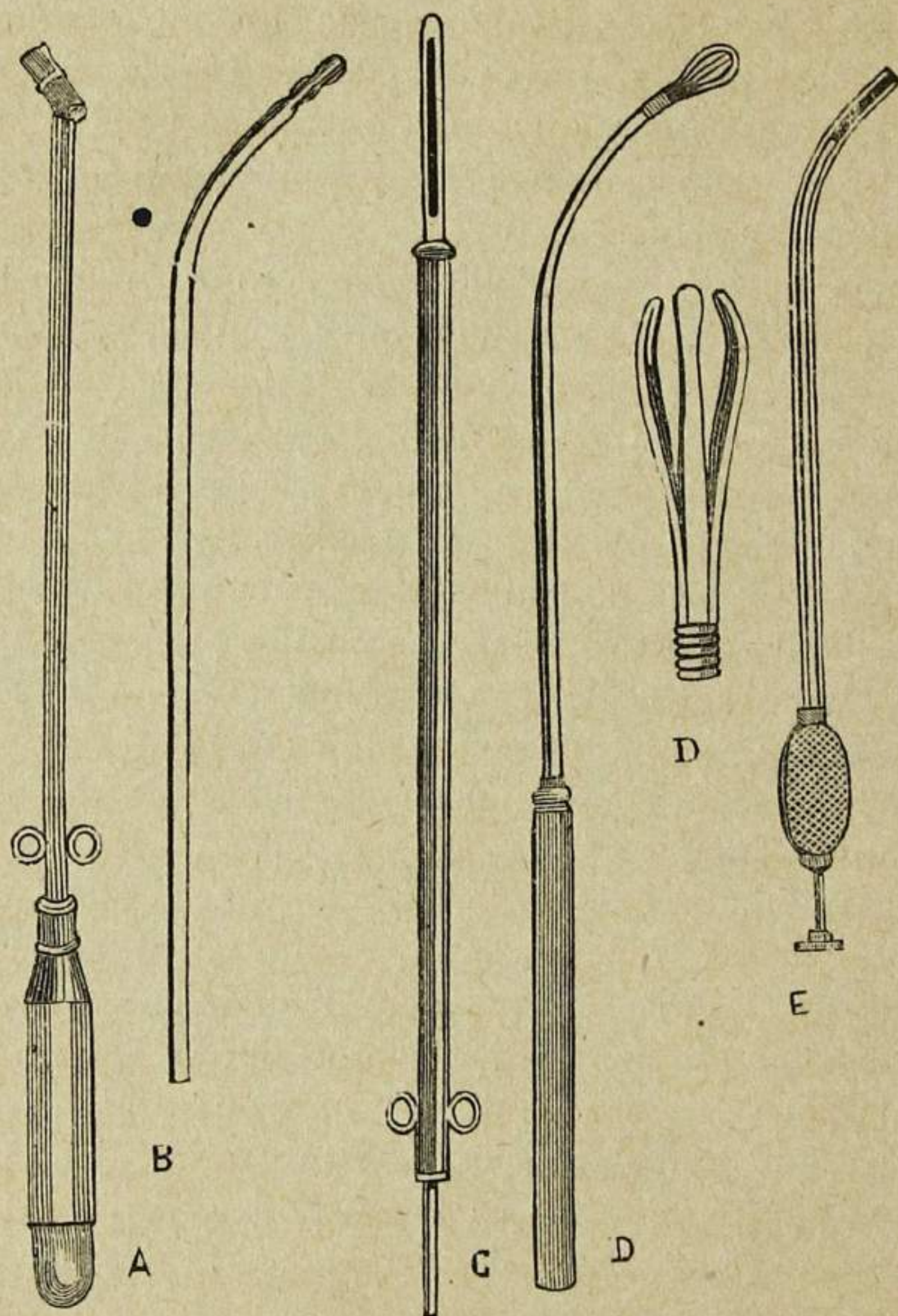


Fig. 46.

bilidad constante del conducto cervical, cuidando de dilatarle, si fuere preciso, con sonda, bujías, etc. (*Nota bibliográfica núm. 3.*)

Son muchos los procedimientos que permiten aplicar medicamentos sólidos á la mucosa del cuerpo y del cuello del útero.

El nitrato de plata es el tópicó más frecuentemente usado. Para cauterizar el cuello basta un largo porta cáusticos (*fig. 46 A*) ó coger sólidamente con unas pinzas una barra de nitrato argéntico é introducirla en la cavidad cervical, protegiendo las partes vecinas del orificio

externo y de la porcion vaginal del cuello con algodón en rama. Para la cavidad uterina se emplea un aparato especial, que no es otra cosa que un porta-piedra (*fig. 46 B*) formado por una vaina fenestrada de platino conteniendo la piedra infernal, y fijado por una tuerca á un mango de goma endurecida ó de metal. Los porta-cáusticos largos, que tienen la forma de una cuchara (*fig. 46 C*), fijos á un mango de plata, son muy buenos. La cuchara, en la cual está encajado el nitrato de plata, está introducida y oculta en el cilindro hasta que el instrumento ha salvado el conducto cervical, en cuyo caso á beneficio de una especie de mandril sale aquélla á la cavidad uterina.

Basta dirigir una ojeada sobre la figura siguiente (*46 D D'*) para comprender el empleo, mecanismo y modo de aplicación del porta-cáustico de Scanzoni.

Existe un tercer aparato construido de tal suerte que permite introducir en la cavidad uterina un trozo de piedra infernal que se disuelve en seguida, y es el pistolete uterino de Martin, el cual permite introducir otras sustancias que el nitrato de plata (*fig. 46 E*).

Cualquiera que sea el instrumento elegido se deberá desde luego asegurar su solidez, sobre todo si se emplea el porta-cáustico de cuchara, porque se correría el riesgo de dejar en el útero la cucharilla, cuyo punto de union con el mango se altera fácilmente bajo la acción de medicamentos corrosivos. Si el canal cervical es estrecho debe practicarse previamente la dilatación, pudiendo entónces emplearse instrumentos más voluminosos que contengan mayor cantidad de sustancia cáustica. Esta última se ve rápidamente rodeada de la escara, que limita su acción sobre la mucosa, constituyéndola una envoltura aisladora, tanto que es preciso hacer girar el instrumento alrededor de su eje y atraerlo hácia arriba y hácia abajo, dejándolo colocado de tres á cinco minutos, tiempo necesario para que la piedra se disuelva. El líquido oscuro que se vierte por el orificio del cuello debe ser recogido con algodón en rama, por cuya razón es conveniente valerse del espéculo. Pero se puede practicar la cauterización sin el auxilio de este instrumento. La introducción del porta-cáustico está sujeta á las mismas reglas que la de la sonda uterina.

Durante y después de la aplicación de los cáusticos las enfermas sufren dolor ó experimentan una impresión de calor; viéndose más tarde, con frecuencia, sobrevenir cólicos uterinos más ó menos vivos, á veces muy violentos que duran hasta doce y aun veinticuatro horas, con flujo amarillento oscuro ó coloreado por la sangre, cuya abundancia coincide por lo común con la disminución del dolor. Son muy raras las grandes hemorragias, que nosotros no hemos observado jamás á pesar de haber empleado frecuentemente los cáusticos. La caída de la escara y la fuerte irritación de la mucosa duran mucho tiempo (cinco

días próximamente y aún más). No aconsejamos que se repita más de dos veces una cauterización en el intervalo de dos períodos menstruales.

Nosotros seguimos como regla de conducta la de obligar á las enfermas que permanezcan despues dos días en cama.

Si existe una version ó una flexion de la matriz es preciso practicar con sumo cuidado la aplicacion de los cáusticos, obrando con moderacion cuando previamente se han podido mejorar la posicion y la forma del órgano, y absteniéndose completamente cuando la version es muy fuerte, lo mismo que debe hacerse cuando existe una afeccion inflamatoria de las partes vecinas ó de los anejos del útero.

Estas cauterizaciones están indicadas en la endometritis crónica con engrosamiento de la mucosa, menorragia ó metrorragia. Despues del período puerperal se ha recomendado esta operacion en los casos de involucion incompleta del órgano acompañada de catarro.

Se practican estas cauterizaciones despues del aborto (de ocho á catorce días despues de la expulsion del huevo), cuando fragmentos de éste ó bridas de mucosa quedan en el útero y provocan flujos sanguinolentos, así como despues de la ablacion de un tumor. Son útiles en muchos casos, pero tienen una accion más directa y más incierta que las inyecciones uterinas, en las cuales se emplea el ácido azótico.

Becquerel (*Nota bibliográfica núm. 5*) ha sido el primero que ha recomendado el empleo de pequeños tallos hechos con medicamentos pulverulentos incorporados á un mucilago de goma tragacanto. Emplea tallos del volúmen ordinario de una barra de nitrato de plata, hechos de goma tragacanto y de tanino y provistos en toda su longitud de un hilo que les sirve de eje, pudiendo añadirse á aquéllos con ventaja un poco de glicerina. Estos supositorios, cuando son suficientemente largos, pueden, no solamente depositarles en la cavidad cervical, sino en la del cuerpo, teniendo cuidado de poner previamente al descubierto la porcion vaginal del cuello y fijando éste. Las indicaciones son las mismas que para cauterizarlas con nitrato de plata, y las reglas del manual operatorio son las mismas que en los casos precedentes.

Pueden emplearse tambien el sexquicloruro férrico, el óxido de zinc, el sulfato de cobre, el sulfato de zinc, el acetato de plomo, etc.

Martin recomienda el empleo de lápices constituidos con sustancias incorporadas al polvo de malvavisco y á la glicerina, de 2 á 3 centímetros de longitud, que se introducen con ayuda de su pistoleta intrauterino.

Se ha ensayado tambien llevar con estos aparatos sobre la mucosa cervical medicamentos en polvo, tales como el alumbre, el calomel, etcétera.

Frankel ha recomendado recientemente los supositorios de alum-

bre para los catarros del cuerpo y del cuello consecutivos á la subinvolucion. El alumbre no da lugar á la formacion de escaras.

[Creemos oportuno dar á conocer á nuestros lectores el procedimiento empleado por el Dr. Doleris, distinguido ginecólogo de los hospitales de París, en los casos de retencion de restos placentarios despues del aborto, en lugar de las cauterizaciones aconsejadas por Hegar y Kaltenbach.

Hé aquí cómo procede: colocada la paciente en la posicion obstétrica, y aplicado un espéculo de Sims ó de Simon que deprime el periné, hace descender el útero mediante la aplicacion de una pinza al labio anterior del cuello, pinza que, en union del espéculo, confía á un ayudante. Dilata despues el cuello uterino con los dedos si el orificio externo permite la introduccion de uno, ó con el dilatador metálico si así no fuere. Dilatado ampliamente el canal cervical, y reconocida con los dedos la cavidad uterina, si la placenta estuviere íntegra ó los trozos placentarios y restos de membranas fueren voluminosos, los fragmenta con la cucharilla cortante y raspa las paredes de la cavidad uterina, introduciendo despues en ella un instrumento ideado por él, que denomina escobillon y que tiene grandes analogías con los limpia-pipas y con los limpia-tubos de cristal. Consta de un tallo metálico flexible, una de cuyas extremidades está provista, en una extension de 8 á 12 centímetros, de crines sólidas y fuertes que forman una especie de cilindro erizado de mil puntas capaces de destruir un tejido poco resistente y de barrer completamente toda la mucosa uterina. Este escobillon penetra en el útero mediante un movimiento de barrera, y por un movimiento idéntico, aunque en sentido inverso, se desprenden los tejidos placentarios adheridos á las paredes del útero. Por un movimiento espiroideo retira el instrumento de la matriz, bastando repetir la maniobra un corto número de veces para tener la seguridad de que la cavidad de aquel órgano ha quedado limpia. Practica despues una irrigacion intrauterina con un líquido antiséptico cualquiera (la disolucion de ácido fénico al 1 por 100 ó la de sublimado al 1 por 2.000) á 50° de temperatura, y vuelve á introducir el escobillon cargado de glicerina creosotada al 1 por 10. Despues de barrida nuevamente la cavidad uterina practica una irrigacion vaginal antiséptica, y algunas veces introduce un supositorio de iodoformo.

Es tan poco dolorosa la operacion y relativamente tan corta que no precisa la anestesia, pudiendo, no obstante, apelarse á ella si las condiciones individuales de la paciente lo permiten.

Tambien la pérdida de sangre es poco considerable, asegurando la hemostasia la inyeccion intrauterina del líquido antiséptico á 50° de temperatura, aparte de lo que las mismas maniobras operatorias contribuyen á determinar la contraccion de la fibra muscular uterina.

Doce observaciones publicadas hasta la fecha por el Dr. Doleris aseguran la completa inocuidad de este procedimiento en los casos de retención placentaria después del aborto. — *M. G. de S.]*

1) Existe una literatura muy rica sobre las inyecciones uterinas. Cohnstein ha publicado una historia muy completa de la cuestión: *Beiträge zur Therapie der chronischen Metritis*. Berlin, 1868.

Vidal, en virtud de los accidentes observados por los médicos franceses á consecuencia de las inyecciones intrauterinas, hizo experimentos sobre el cadáver, de los cuales dedujo que el líquido inyectado no penetraba en las trompas y en los vasos uterinos sino cuando la inyección se ponía con fuerza. *Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice par les injections intravaginales et intrautérines*. París, 1840.

Kennig (*Katarrh der inneren weiblichen Geschlechtstheile*, Leipzig, página 12) hace constar que el paso del líquido inyectado á las trompas es muy difícil.

Por otra parte, Klemm ha observado que si se practica una ligadura sobre el cuello, cierta cantidad de líquido pasa á las trompas, haciéndose más fácil este paso á las venas uterinas y á los ligamentos anchos (*Ueber die Gefahren der Uterininjection*. Leipzig, 1863).

En todos tiempos se han referido observaciones de accidentes graves y aún mortales provocados por las inyecciones. La autopsia ha demostrado muchas veces que los líquidos inyectados, atravesando las trompas, han ganado la cavidad peritoneal. Tales son los hechos referidos por Haselberg y por nosotros mismos (*Monatsschrift für Geburtsk.*, t. XXXIV, pág. 162), por Cederskjöld (*Jahresb von Virchow und Hirsch f.*, 1875, pág. 572) y por Kern (*Wurtemberg. Med. Correspondenzblatt*, 1870, núm. 7).

En el caso de Cederskjöld, caso en el cual el percloruro de hierro, atravesando las venas de la pelvis y la cava inferior, había llegado al corazón derecho, provocando rápidamente la muerte por coagulación de la sangre, no menciona el autor, desgraciadamente, el instrumento empleado ni la cantidad de líquido inyectada. El útero se hallaba en estado de involución incompleta y los vasos abiertos en la cavidad de la matriz.

En el caso publicado por Kern, terminado por una peritonitis mortal, la solución de percloruro de hierro fué inyectada con una jeringa ordinaria!!

En el caso nuestro nos habíamos servido de un catéter elástico y de una especie de jeringa de inyecciones uretrales. Las paredes uterinas estaban adelgazadas, disminuidas de espesor.

Noeggerath ha referido otros casos desgraciados á consecuencia de las inyecciones intrauterinas de percloruro de hierro y de solución de nitrato de plata (*Schmidt's Jahrb.*, 1861, t. CXII, pág. 361).

Thomas (*Obstetr. Journ. of America*, 1877, Abril, pág. 263) ha observado recuentemente, después de las inyecciones de una solución á partes iguales de sulfato de hierro y glicerina, frecuencia de pulso, angustia y colapso, observándose también frecuentemente peritonitis.

Sin duda ninguna estos accidentes deben atribuirse lo más comunmente á una técnica defectuosa, pero esto no basta para explicar todos los casos.

Los experimentos sobre el cadáver han demostrado que el líquido no podía pasar por las trompas si la presión era muy considerable, y como el canal cervical es siempre suficientemente ancho para que esta particularidad no llegue á producirse, há lugar á sospechar si no existirá una disposición anormal. Weber ha hecho constar dos veces sobre el cadáver una dilatación manifiesta del orificio de la trompa (*Beitrag zur intrauterinen Behandlung. Berliner Klin. Wochenschr.*, 1877, núm. 41); una vez tenía el diámetro de una pluma de cuervo, otra vez era de un calibre suficiente para admitir el dedo pequeño. El embudo así formado estaba en verdad obturado.

Bischoff (*Correspondenzblatt Schweizer Aerzte*, 1872, núm. 19) ha hecho constar también en la autopsia una dilatación en embudo del orificio de la trompa izquierda.

Véase lo que hemos dicho sobre el empleo de la sonda uterina y sobre las inyecciones vaginales.

Mandl. *Wiener Med. Wochenschrift*, 1849, núm. 8, pág. 174.

Riegel. *Die intrauterinen, injectionen in der Behandlung von Gebärmutterkrankheiten. Deutsch. Arch. Klinik. Med.*, t. V, pág. 464.

La jeringa de Braun fué presentada por primera vez á la Sociedad de Ginecología de Berlin por Fürst. (*Monatsschrift*, t. XXVI, 1865, pág. 1.)

Las irrigaciones han sido descritas por Schultze. (*Wiener Med. Blätter*. 1879, núm. 2.)

2) *Monatsschrift f. Geb.*, t. XXXIII, pág. 412.

3) Playfair es el autor que ha introducido en la práctica el proceder con ayuda del cual llevamos á la cavidad uterina las sustancias líquidas capaces de empapar el algodón en rama colocado alrededor de una sonda (*Brit. Med. Journ.*, t. XI, 1869). Los espéculos intrauterinos que permiten obrar sobre la mucosa de la matriz protegiendo la del cuello han sido ideados por Peaslee (*Intrauterine medication, its Use; Limitation and Methods, New-York Medical Journal*, Julio, 1870, pág. 481) y por Atthill (*The Dublin Journal of Medical Sciences*, Enero, 1873, pág. 73). Sobre las atresias consecutivas al empleo de los cáusticos, y en particular del ácido nítrico, véase Wiglesworth, *Obstetr. Journ. of Great-Britain and Ireland*, 1879, pág. 622; Sloan, *Ibid.*, pág. 770; Edis., *Ibid.*, pág. 775; Wiglesworth, pág. 777.

4) El pistolete uterino ha sido descrito por Martin. (*Berl. Beiträge zur Geb. und Gynäk.*, t. I, pág. 28.)

5) Los lápices de Becquerel (*Traité pratique*, París, 1859) han sido empleados antiguamente, sobre todo los que contienen tanino.

6) Fraenkel (Hugo Magnus und E. Fraenkel, *Ueber die Anwendung des reinen Alauns in Substanz bei Schleimhauterkrankungen, Bresl. aerzte Zeitsch.*, 1879) atribuye al alumbre la propiedad de evitar las escaras, de esparcirse rápidamente por el útero y de ser expulsado sin cólicos apreciables. Se debe desde luego lavar el cuello y el cuerpo del útero con una sonda cubierta de algodón en rama; el alumbre en barra en la misma forma que el nitrato de plata se coge con una pinza.

Como el alumbre, el iodo no produce escara, según resulta de las observaciones de Nolt (*American Journ. of Obstetr.*, t. III, pág. 36).

Art. 2.º — De los pesarios y otros aparatos análogos.

El objeto de estos instrumentos es el de reducir los descensos y el prolapso del útero y de la vagina y corregir las versiones y las flexiones uterinas.

En los casos de descenso y prolapso del útero y de la vagina no deben aplicarse los pesarios sino cuando estos estados no van acompañados de ninguna complicación, y sobre todo si no existen ulceraciones ó irritabilidades inflamatorias. Todos los pesarios ofrecen el inconveniente de irritar la mucosa vaginal, provocar una abundante secreción que es difícil impedir, y que es tanto más rebelde, cuanto que para obtener resultado es preciso emplear pesarios cada vez más voluminosos. Además, provocan algunas veces (esto es constante cuando el éxito es desfavorable) ulceraciones, perforaciones, fístulas, paramétritis y peritonitis. Los pesarios, aún empleados con precaución, provocan, á consecuencia, ya de la distensión, ya de la compresión, etc., determinadas modificaciones anatómicas.

Nosotros creemos que el pesario sólo constituye un mal menor, y que en los casos de prolapso uterino, cuando es provocado por un tumor, es preciso recurrir á la operación. El pesario en los casos de prolapso sólo está indicado, á nuestro juicio, cuando el estado general de la enferma contraindica la operación. Una edad muy avanzada puede también contraindicarla, si bien nosotros la hayamos practicado con feliz éxito en mujeres de mucha edad.

Antes de aplicar el pesario es preciso reducir el útero prolapsado. Frecuentemente basta para conseguir este propósito el reposo prolongado en el decúbito dorsal, lateral ó genu-pectoral. Para practicar la reducción manual se coge el tumor, como si se tratara de reducir una hernia cualquiera, con las extremidades de los dedos, formando un círculo, y se empuja el órgano á través del anillo vulvar. Si la reposición fuera difícil á consecuencia de un estado inflamatorio ó de un edema, se obliga á guardar reposo á la enferma, sosteniendo el órgano prolapsado mediante un apósito conveniente, después de haberle envuelto en paños humedecidos con agua fría.

Después de haber experimentado repetidamente todos los pesarios hemos vuelto al sistema primitivo, al ménos en la mayoría de los casos (*fig. 47*). Es preciso un aparato de anillo, de empleo fácil, porque en la mayoría de los casos se trata generalmente de mujeres de la clase obrera, que son con frecuencia poco inteligentes, pobres, y dan escasa importancia á su enfermedad. Por otra parte, abstracción hecha de estas consideraciones, la forma habitual de los antiguos pesarios nos parece todavía la mejor. A veces, sin embargo, un pesario oval

(*fig. 48*) nos puede prestar excelentes servicios. (*Nota bibliográfica núm. 1.*)

Los pesarios de cautchuc endurecido son los mejores, empleándose tambien bastante los de crin de caballo revestidos de una capa de cautchuc rojo. Utilizanse ademas los pesarios construidos de madera ligera. En general el pesario presenta un ancho orificio, pero debe depender del estado de la pared vaginal, porque si ésta es blanda, flexible, pudiera deslizarse en la abertura, en cuyo caso sería preciso que ésta fuera pequeña. Si el prolapso es poco marcado, si la pared vaginal es todavía resistente, se emplean á veces, ó el anillo de goma de Mayer, ó los pesarios de que hablaremos más adelante. ●

Cuando despues de la reduccion el cuerpo del útero se adapta per-

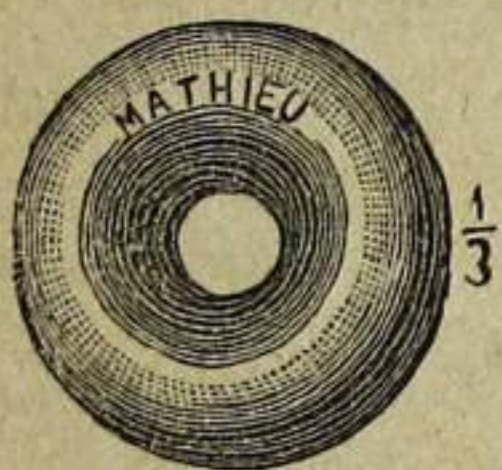


Fig. 47.

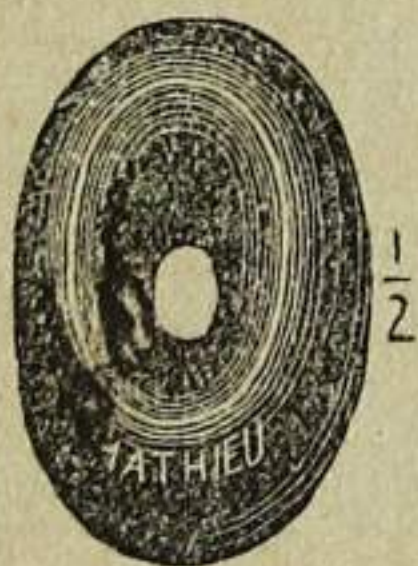


Fig. 48.

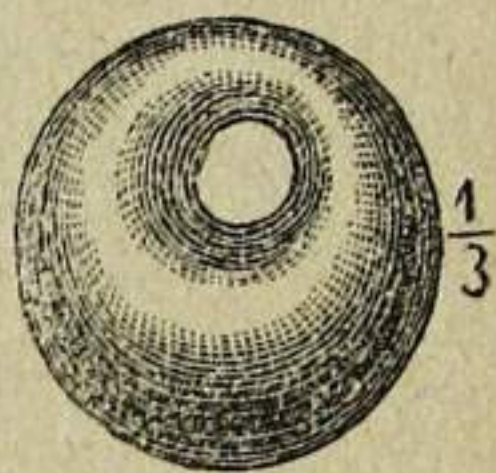


Fig. 49.

fectamente á la concavidad del sacro y no se deja colocar en otra posición, los pesarios (*fig. 49*) cuyo orificio no está situado en el centro del anillo y cuya circunferencia presenta un espesor desigual ofrecen algunas ventajas.

Para aplicar un pesario se coloca á la enferma en la posición de la talla, se separan los labios cuidadosamente, rechazando el vello hácia afuera, y el pesario, untado en aceite, glicerina ú otra sustancia grasa, se dirige oblicuamente á traves de la vulva, evitando así tocar el meato urinario. El instrumento debe deprimir fuertemente el periné, y gracias á algunos movimientos de rotacion franquea rápidamente el anillo vulvar. Alojado ya el pesario en la vagina, el dedo que debe seguirle le dirige de tal suerte que por una de sus caras corresponde á la pared posterior de la vagina. Es preciso sobre todo cuidar de que el borde posterior del anillo no venga á colocarse en el fondo de saco anterior empujando el cuello del útero contra la pared del sacro. Mas si esto sucediera se introduciría el dedo índice doblado en forma de gancho en la abertura del pesario, y cogiendo el segmento posterior de este último se le atrae hácia abajo á fin de dejar libre la porcion vaginal, llevándole en seguida detras de este órgano. Tambien se puede empujar hácia arriba el labio anterior del cuello. Con pesarios de pequeño volúmen se producen con frecuencia estos accidentes.

Estando el pesario colocado, la vagina debe estar tensa; pero esta tension no debe ser muy fuerte y la enferma no debe experimentar ningun dolor ni presion alguna sobre el recto ó la vejiga. Colocado el pesario se obliga á la enferma á hacer esfuerzos, á ir y venir, y despues se examina la situacion en que ha quedado el pesario.

Despues que la paciente haya estado dedicada algunos días á sus ocupaciones habituales es preciso practicar un nuevo exámen. Se prescribe una inyeccion de agua tibia con un antiséptico, debiendo extraerse cada cuatro ó cinco semanas el pesario, limpiarle, examinar la vagina y volver á colocar aquél. Es preciso, en cuanto sea posible, no confiar esta operacion á las mismas enfermas ó á matronas ignorantes.

Los pesarios de aire de Gariel (*Nota bibliográfica núm. 2*) (*fig. 50*) están formados por una vejiga de cautchuc de forma oval y unida por

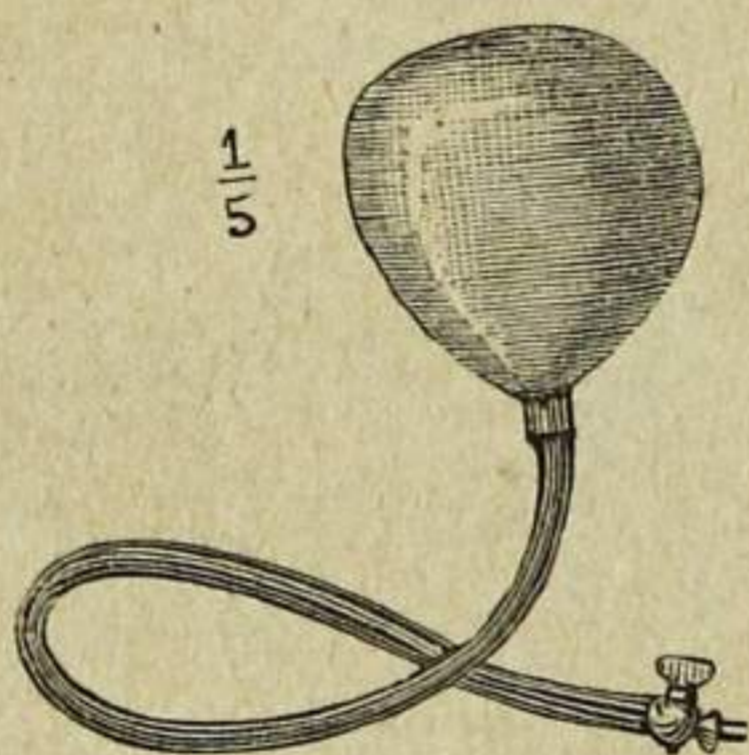


Fig. 50.

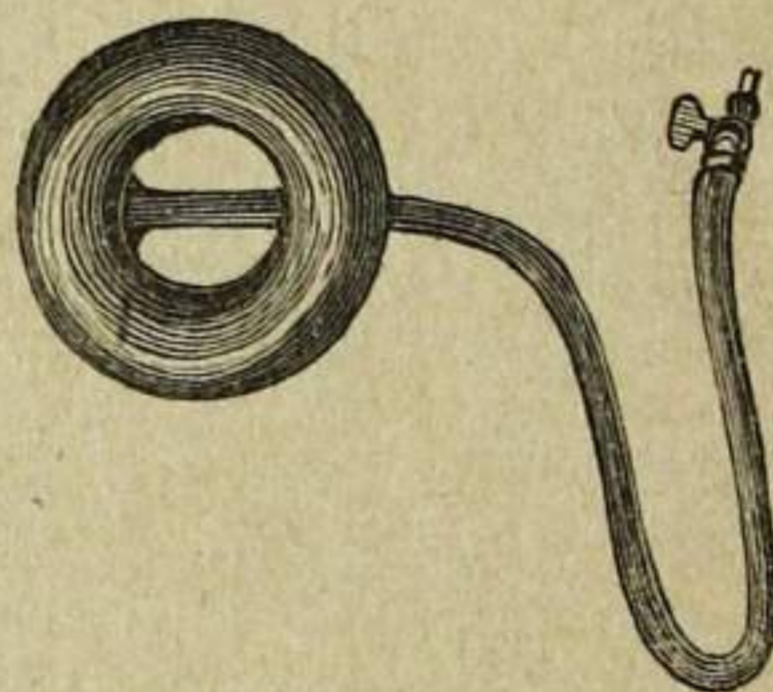


Fig. 51.

un tubo de la misma sustancia á una segunda vejiga. Despues de haber introducido la pera de cautchuc y de haberla inflado se cierra la llave y se retira el recipiente.

En lugar de una simple vejiga se han construido pesarios de aire de forma anular ordinaria que presentan un orificio central (*fig. 51*). Muchos de estos instrumentos no van provistos de tubo y se inflan de una vez para siempre, ó bien puede practicarse esta operacion á voluntad por una abertura practicada en el pesario mismo, en cuyo caso es preciso llenarle de aire ántes de introducirle en la vagina.

En los casos de descenso ligero de la matriz, en las embarazadas y en las personas acomodadas ofrece ventajas la aplicacion de estos aparatos, que son muy clásicos. El recipiente simple puede muy bien ser colocado por la misma enferma.

Los hysteróforos en forma de alas de Zwanck (*Nota bibliográfica núm. 3*) consisten en dos placas de madera, fenestradas ó no, de dimensiones variables, que tienen la forma de verdaderas alas, reunidas una á otra por medio de una charnela. Sobre estas alas se encuentran

dos pedículos (*fig. 52*) que se aplican el uno contra el otro. Cuando las alas están separadas las une un tornillo *a*.

Schilling (*fig. 53*) ha modificado este pesario de tal suerte que por un movimiento del tornillo *a* las alas pueden ser separadas la una de la otra en grado variable.

En otros instrumentos de esta índole más sencillos las alas se mantienen separadas por una cinta ó un tubo de cautchuc arrollados alrededor del mango.

Las alas, aplicadas la una contra la otra, se introducen en el fondo de saco vaginal anterior, y una vez introducidas hasta este punto se separan por un movimiento de tornillo ó por la aproximación de los mangos, fijándose en esta posición por medio del tornillo, por la cinta ó mediante el tubo de cautchuc.

El instrumento toma su punto de apoyo sobre las ramas isquiopubianas; las partes blandas, y sobre todo la mitad anterior del eleva-

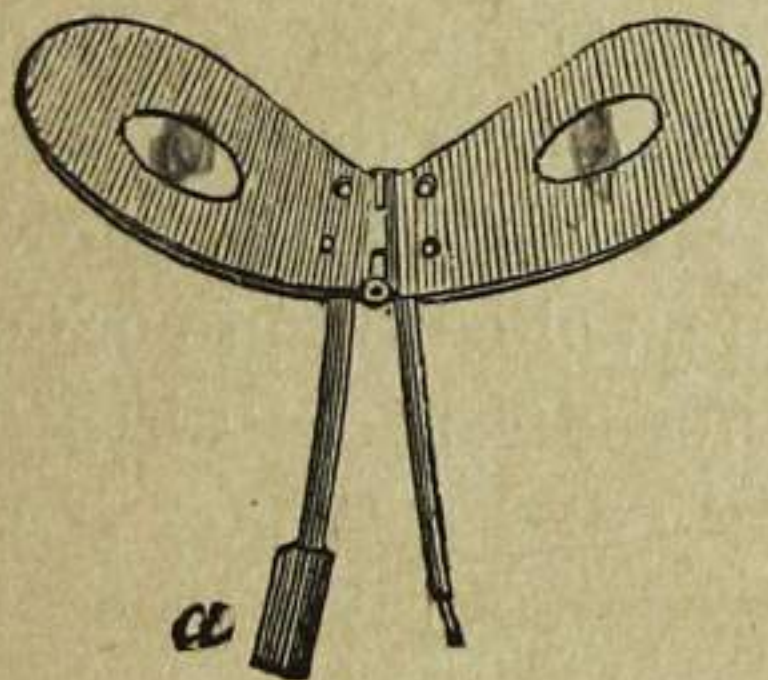


Fig. 52.

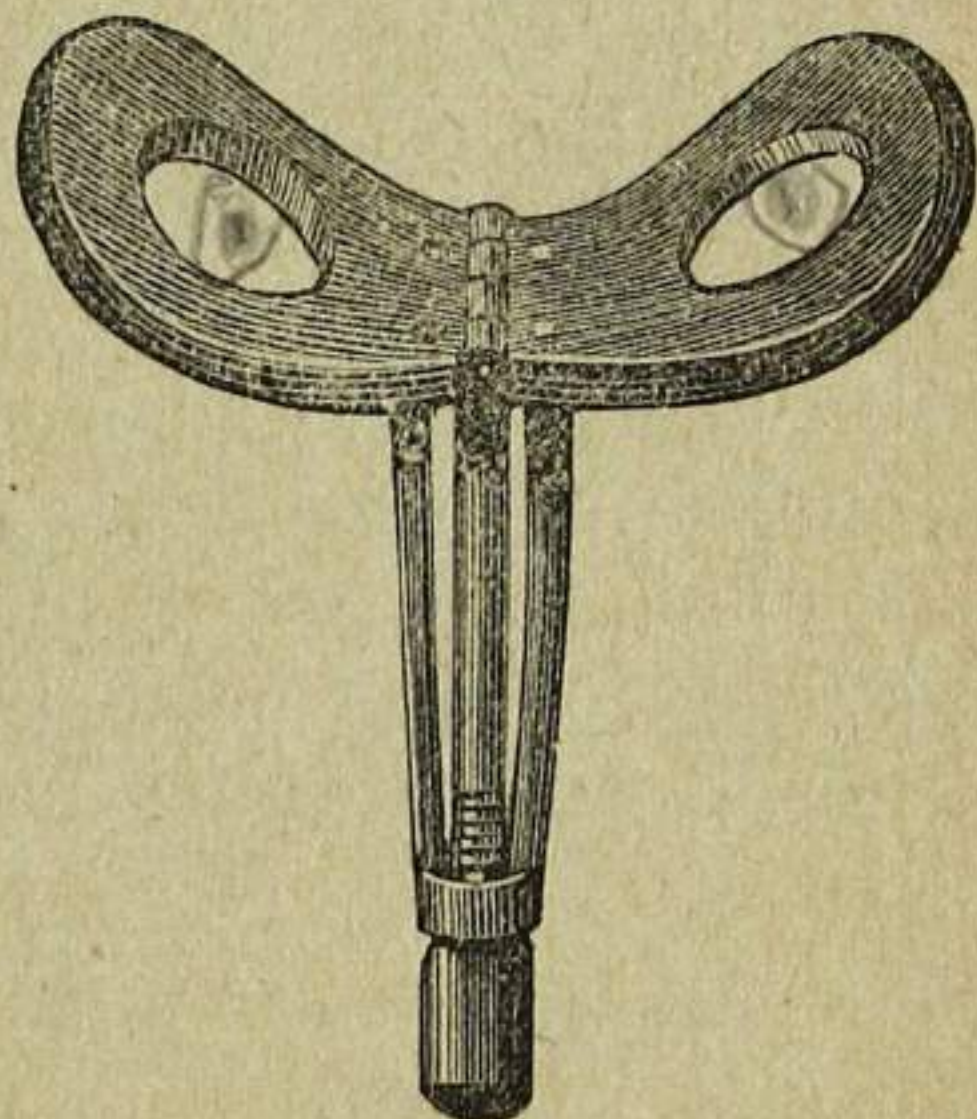


Fig. 53.

dor del ano, pueden contribuir á fijarle, debiendo retirarse este aparato por la noche para volver á aplicarle á la mañana siguiente.

Con los pesarios provistos de mangos metálicos hemos observado perforaciones del recto y parametrítis extensas, pudiendo tener la seguridad de evitar estas perforaciones si los mangos son de madera, redondos, anchos y gruesos.

Las alas pueden también ocasionar accidentes: nosotros hemos observado tres fístulas vesico-vaginales á consecuencia de la compresión ejercida por aquéllas.

El pesario hace imposible el coito, siendo también imposible su aplicación en muchos casos. En tesis general no debe permitirse á las enfermas que ellas mismas retiren y se apliquen el pesario, habiéndose observado frecuentemente dislocaciones, torsiones del útero y el pas-

del pesario al fondo de saco vaginal posterior, aún cuando el instrumento haya sido colocado por mano experta.

Los hysteróforos, adaptados á un cinturón pelviano, deben reemplazar á los aparatos precedentes cuando el prolapso es tal ó cuando es tal la flexibilidad de los tejidos blandos que estos últimos no pueden

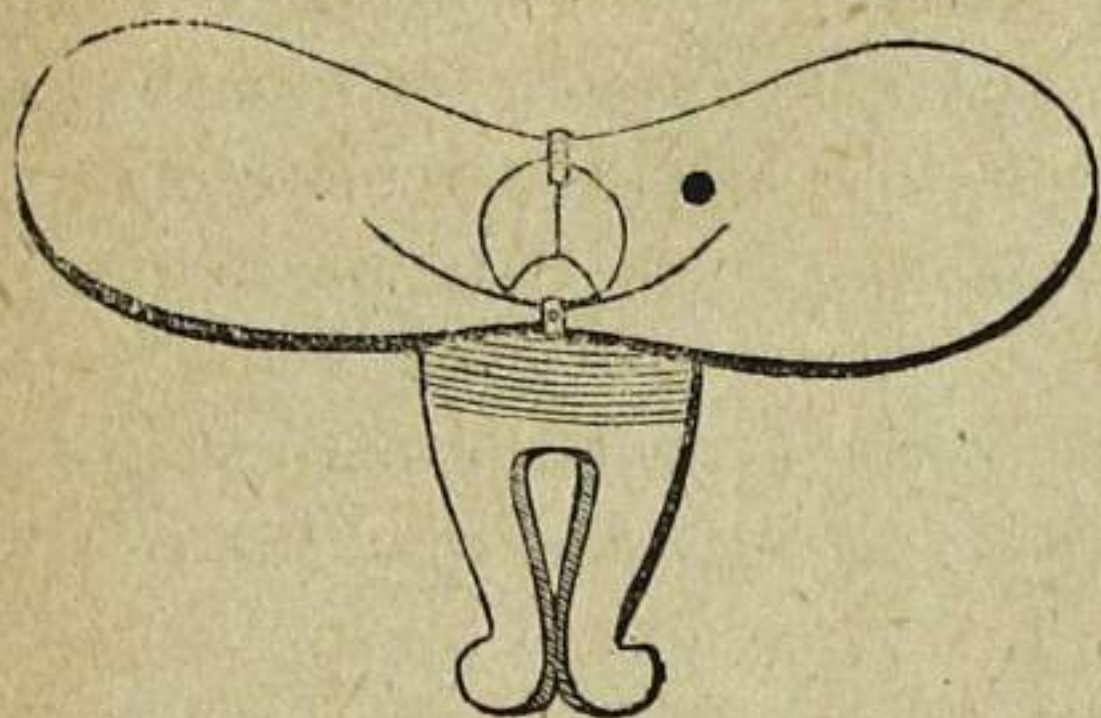


Fig. 54.

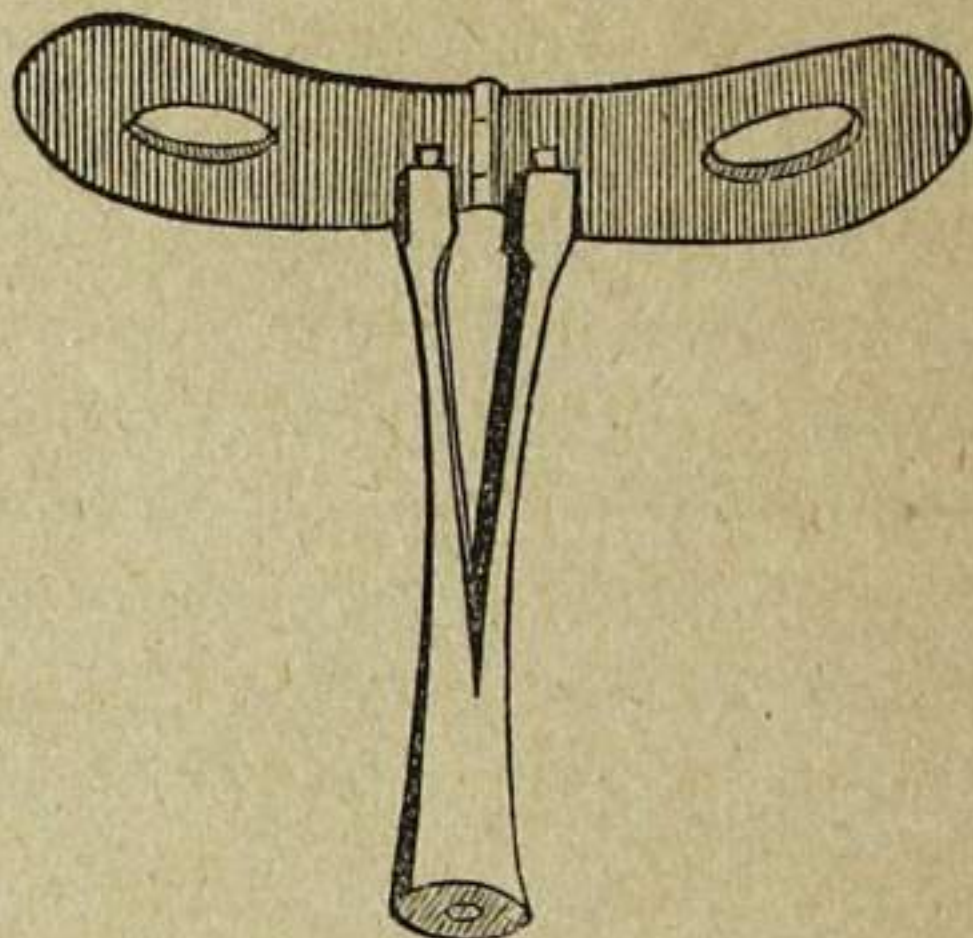


Fig. 55.

encontrar ningún punto de apoyo. El cinturón pelviano es rígido ó contiene una ballena y entónces es elástico. Cuando no puede encontrar ningún punto de apoyo se le fija con una especie de correa. De este cinturón parten en el hysteróforo de Breslau (*fig. 56*) dos cordones elásticos que por medio de botones se fijan en el cinturón por detrás y por delante, reuniéndose ambos por una especie de disco de

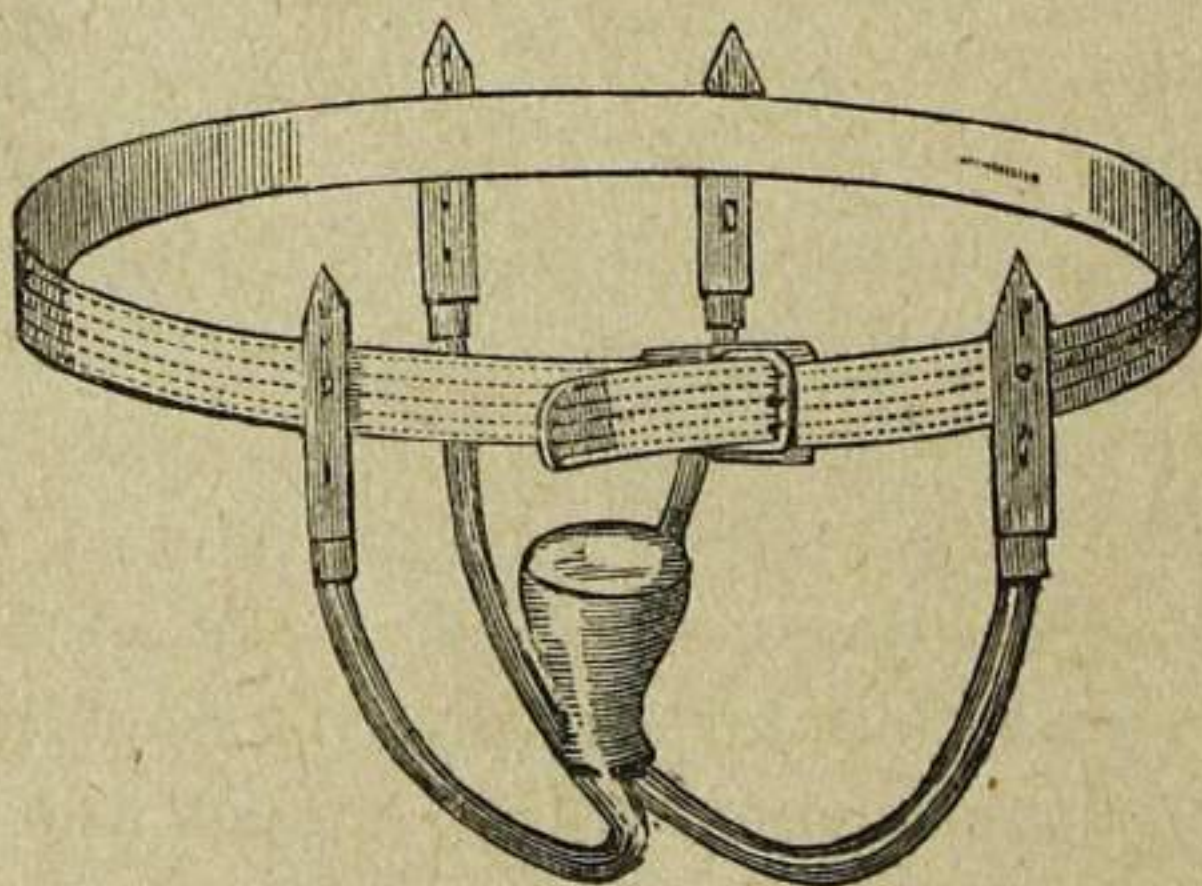


Fig. 56.

cuero ó de cautchuc, al cual se adhiere un tallo que soporta el pesario propiamente dicho, pudiendo tener este último la forma que se desee.

El hysteróforo de Roser, modificado por Scanzoni, es diferente. El cinturón pelviano lleva á nivel del pubis una especie de escudo del cual parte un tallo, cuya extremidad encorvada se introduce en la

vagina y soporta el pesario. Este tallo puede estar formado por un resorte de acero que termine en una pelota oval que eleve la pared anterior de la vagina y la oprima contra el pubis, ó bien puede estar constituido por un tallo metálico rígido que soporte un pesario flexible. Tambien se ha dividido este tallo en dos segmentos, de los cuales el superior, fijo al escudo del cinturon, puede por medio de una charnela ascender, descender, prolongarse ó doblarse.

Este segmento está unido por una articulacion que permite movimientos laterales al tallo metálico que soporta el pesario.

Para aplicar este histeróforo se siguen las mismas reglas que si se tratara de un pesario sencillo. Se observa á la enferma varios días y se modifica la situacion del histeróforo segun el resultado de las observaciones. El cinturon, la placa, el tallo, el resorte y la rama metálica sin resorte, pero sobre todo el pesario, deben ser construidos especialmente para cada enferma. Cuando se trate de salvar las dificultades y se den cuidadosas instrucciones á la enferma, se obtienen frecuentemente bastante buenos resultados; pero no ocurre lo mismo cuando las paredes vaginales, sobre todo la posterior, es muy laxa, haciéndose insuperables las dificultades cuando existe al propio tiempo un prolapso del intestino recto.

En estos casos, así como cuando se trata de personas de edad avanzada, cuando existe una prolongacion considerable é inoperable del cuello, ó en los casos de prolapso ocasionado por tumores, se puede utilizar un simple cojin perineal, constituido por una almohadilla de gutapercha, de crines de caballo, forrada de cautchuc ó por una vejiga llena de aire. Estos aparatos, de dimensiones variables, se extienden hasta el ano en los casos de prolapso rectal y se fijan por cordones ó vendas de cautchuc á un cinturon pelviano, pudiendo emplearse tambien para sostenerlos el aparato y el soporte de Breslau. A falta de éste un vendaje comun debidamente aplicado prestará igualmente muy útiles servicios. El cojinete recubre la vulva, el periné y el ano, debiendo impedir, ó por lo ménos limitar, la hernia de la pared vaginal y del útero fuera de la vulva. Puede, finalmente, emplearse un apósito ménos complicado, formado por un vendaje en T, al cual se fija convenientemente una pelota, una almohadilla ó una esponja. (*Nota bibliográfica núm. 4.*)

Si se trata de un útero en posicion normal, pero aumentado de volumen, ó de una version ó flexion uterina, cuando no ha podido obtenerse la reduccion por los medios precedentemente indicados se puede recurrir á un simple anillo de goma, sobre todo al llamado de Mayer

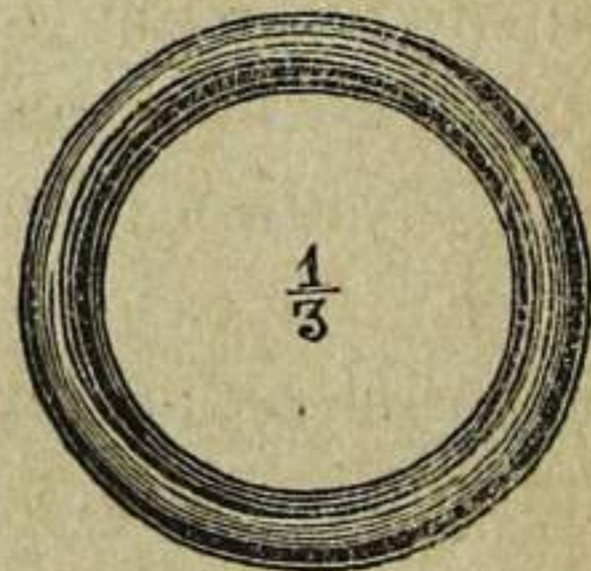


Fig. 57.

en cautchuc vulcanizado (*fig. 57*), á un anillo de madera que presente un ancho orificio y de pares gruesas, ó, finalmente, á un pesario cuyo orificio no corresponda al centro del aparato. (*Nota bibliográfica número 5.*)

Comunmente se admite que los dolores aquejados por la enferma son debidos á la presion ejercida por el órgano, cuyo volúmen está aumentado, y que basta sostener é inmovilizar el útero para verlos desaparecer ó disminuir. Es indudable que en los infartos antiguos, y cuando la situacion del útero es normal, un anillo de Mayer puede en ocasiones producir una mejoría notable; pero es muy difícil juzgar estos casos con precision. La experiencia del profesor juega aquí un gran papel, y no es inconveniente intentar este método de tratamiento en los casos de infarto simple, pues la compresion que ejerce ocasiona dolores en los riñones y dolores pelvianos. La aplicacion de un anillo nos ha parecido igualmente de una utilidad incontestable en las anteversiones, en las anteflexiones debidas á un aumento de volúmen del cuerpo de la matriz, aunque la posicion de este órgano no se modifique. Sin embargo, en este caso no son siempre satisfactorios y completos los éxitos. Nosotros no recordamos haber curado más que dos casos de anteversion con aumento de volúmen del cuerpo uterino, en los cuales el efecto fué tan satisfactorio que desaparecieron inmediatamente todos los dolores. En los casos de menorragia con anteversion é hinchazon del cuerpo del útero nos parece haber obtenido tambien algunas veces resultado favorable de la aplicacion del anillo. Un simple anillo de goma de Mayer con un ancho orificio, y cuyas paredes tengan un dedo de espesor, nos parece que es el aparato que puede ofrecer mayor suma de ventajas en estos casos.

En los casos de retroflexion con ó sin retroversion, si se puede obtener una reduccion permanente, la introduccion de un pesario de anillo puede algunas veces prestar muy útiles servicios, y por lo ménos disminuir los síntomas dolorosos y las hemorragias. Aquí todavía podríamos recomendar un simple anillo de goma, de madera ligera ó de gutapercha, cuyo calibre no sea muy pequeño. Si las paredes del pesario son muy estrechas se incrustan en el músculo uterino, y la flexion se exagera ó se presenta en otro punto distinto del en que tenia su primitivo asiento. Los pesarios cuyo orificio es excéntrico nos han dado buenos resultados en los casos en que las paredes de la matriz eran muy blandas y muy laxas, sobre todo si al propio tiempo existian fuertes hemorragias. Nosotros atribuimos el efecto favorable principalmente á la compresion y á la excitacion que resultaba, más que á la rectificacion frecuentemente muy débil de la posicion del útero. Un anillo de cautchuc lleno de aire ó una vejiga de Gariel de forma oval, aplicadas al fondo de saco posterior, pueden prestar muy útiles servi-

cios, habiéndose obtenido también buenos resultados introduciendo en la vagina pequeños tapones de uata ó de esponja. Nosotros empleamos frecuentemente los pesarios á fin de mantener la reduccion del útero cuando existe una retroversion ó retroflexion, reduccion obtenida á beneficio de cualquier otro procedimiento.

La reduccion del útero puede hacerse con el dedo solo ó con ayuda de instrumentos; si las paredes del órgano son rígidas basta á veces ejercer una presion con el dedo sobre el cuello uterino y dirigirle hácia el sacro. La posicion genu-pectoral sola ó combinada con la dilatacion de la vagina por el aire basta algunas veces, debiendo recurrirse al propio tiempo para obtener la reduccion, si aquellos medios fueran insuficientes, á la palpacion abdominal, estando la enferma en decúbito supino con el tronco horizontal y la parte superior de los muslos doblada y dirigida perpendicularmente á la cama. Esta posicion es muy útil, y si es necesario puede darse el cloroformo á fin de obtener la mayor relajacion posible de la pared abdominal; el recto y la vejiga deben estar vacíos y el dedo se aplica introduciéndolo en la vagina contra el cuello, que se empuja hácia atras, ó bien se lleva desde luego el dedo al fondo de saco posterior, y se empuja hácia arriba tanto como sea posible el cuerpo del útero para ejecutar en seguida la maniobra precedente sobre el cuello. La mano aplicada sobre la pared abdominal trata de alcanzar el promontorio con la extremidad de los dedos y de deslizarlos por delante de éste para alcanzar el fondo y la cara posterior del útero. Este se atrae hácia adelante, en tanto que el dedo introducido en la vagina empuja hácia atras la porcion vaginal del cuello; si la mano aplicada á la pared abdominal puede alcanzar la cara posterior del útero la reduccion está asegurada, salvo en los casos en que existan adherencias.

La reduccion se obtiene más fácilmente cuando se introducen uno ó dos dedos en el recto y el pulgar en la vagina. Los primeros empujan al cuerpo del útero hácia arriba y adelante, y el pulgar dirige el cuello hácia atras. La mano aplicada á la pared abdominal procura alcanzar la cara posterior de la matriz, cuyo órgano atrae empujando hácia adelante, pudiendo de esta suerte reconocerse la naturaleza de las dificultades y las adherencias que pueden oponerse á la reduccion. En los casos difíciles y en las personas nerviosas debe recurrirse á la anestesia. Algunas veces conviene emplear una pinza para fijar la porcion vaginal y atraerla hácia atras y hácia abajo. La reduccion es á veces más fácil en el decúbito lateral, en el latero-abdominal ó en el genu-pectoral. Y aunque en esta posicion la mano situada al exterior encuentra más dificultades para alcanzar la pared posterior del útero, se obtiene, sin embargo, en la mayoría de los casos este resultado.

Schultze recomienda en los casos difíciles dilatar desde luego el

cuello uterino con la laminaria, introducir el dedo en la cavidad uterina y practicar despues la reduccion. Ya hemos hablado del empleo de la sonda con este objeto, método que en general es preciso rechazar. La reduccion trasforma por lo comun la retroversion en anteversion y la retroflexion en anteflexion. Para mantener el órgano en su nueva posicion, los pesarios de Hodge son los mejores aparatos.

Pueden ser de madera muy ligera, de goma endurecida, níkel, gutapercha, aluminio, etc.; los de goma endurecida son muy lisos y muy limpios. La forma del instrumento puede ser extremadamente varia-



Fig. 58.

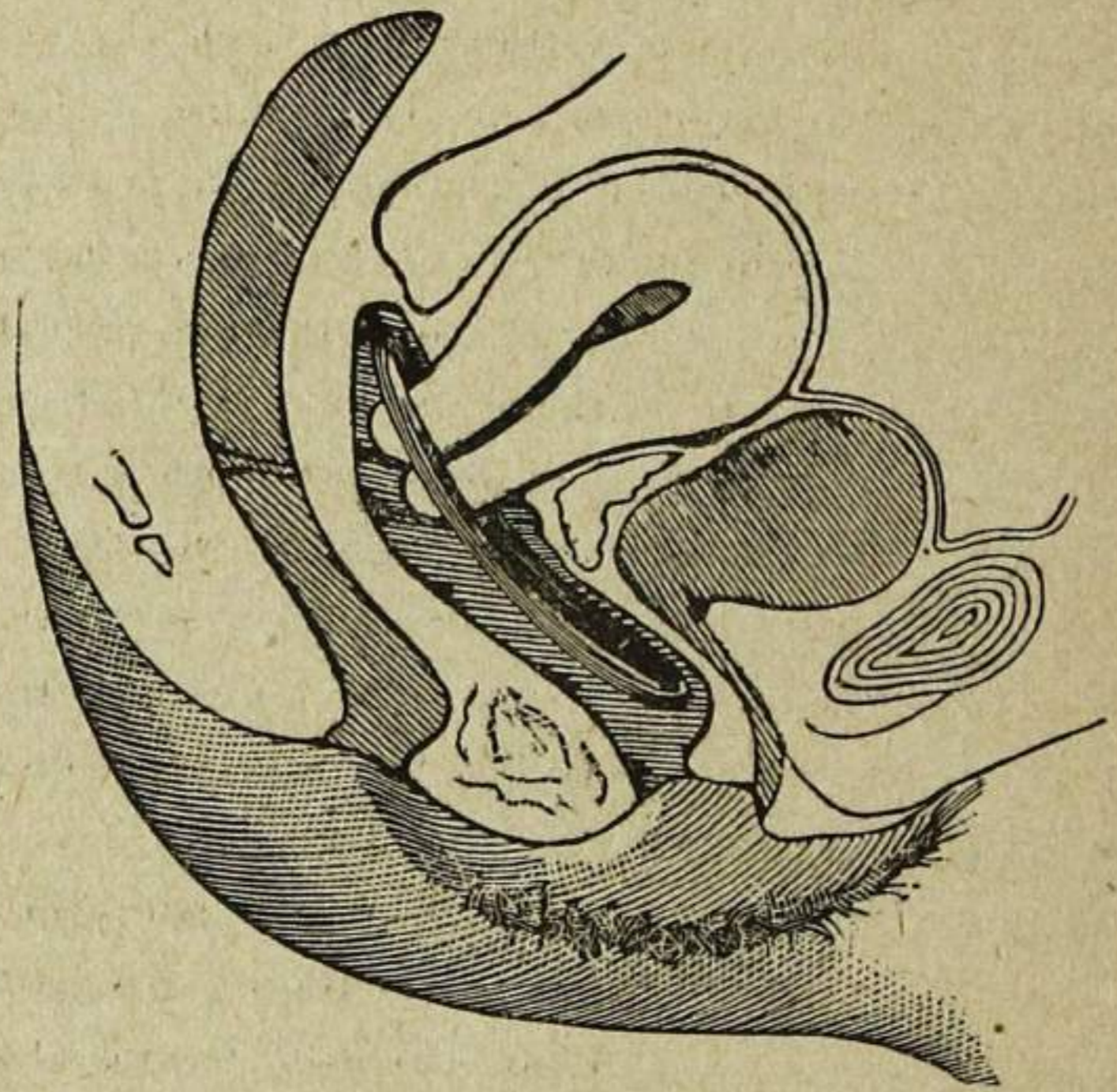


Fig. 59.

da, pero generalmente es oval ó rectangular, con los ángulos redondeados. La forma de herradura de caballo en la cual el anillo está abierto por delante, ha sido abandonada á causa de la presion ejercida por las extremidades, aunque sean obtusas, sobre la pared anterior de la vagina. Los segmentos anterior y posterior del pesario son de diferente grueso frecuentemente; si la parte anterior es muy delgada se desliza fácilmente durante la marcha y provoca una sensacion de pesantez muy penosa, y si el diámetro del anillo es muy estrecho puede deprimir profundamente los tejidos sobre los cuales descansa. Es muy importante que los segmentos anterior y posterior estén curvados sobre el segmento medio.

Se han construido anillos en los cuales las ramas anterior y posterior se dirigen hácia arriba. Lo más frecuentemente la rama posterior se dirige hácia arriba, en tanto que la anterior se dirige hácia abajo, ó bien queda sobre el mismo plano que el segmento medio del pesario. Tambien se puede encorvar la rama anterior del anillo hácia atras á

fin de evitar la compresion del canal de la uretra, lo cual ocurre fácilmente, determinándose la disuria si se dirige hácia arriba la rama anterior. La curvadura del instrumento es muy variable, siendo á veces tan notable que no existe el segmento medio; en otros la rama posterior se eleva en ángulo recto por encima del pesario hasta una altura de 3 centímetros, en tanto que hácia adelante la presion es moderada.

El pesario mantiene la reduccion del útero manteniendo tensa la pared vaginal en el sentido de su longitud. Estando fija la rama anterior, la posterior empuja hácia arriba y atras el fondo de saco posterior y con él el cuello. En esta situacion el pesario impide que la porcion vaginal se dirija hácia adelante y se ve al útero girar alrededor de su eje trasversal, de manera que el cuerpo de este órgano se dirija hácia atras en tanto que el cuello se dirigiría hácia adelante. Es preciso para esto una determinada tension del fondo de saco posterior de la vagina, y es claro que si la vagina está debilitada en alto grado no se logrará obtener esta tension. En estos casos, los pesarios rígidos, que por sus dimensiones longitudinales son capaces de producir una fuerte tension de la pared vaginal, ofrecen grandes ventajas sobre los anillos de cautchuc blandos y circulares que se emplean otras veces.

La curvadura del arco posterior permite al instrumento descansar en una extensa superficie sobre el segmento posterior de la pelvis y favorece la fijeza del pesario. Pero esta disposicion no debe ser exagerada, y una curvadura muy marcada impediría precisamente llenar el objeto deseado. Algunas veces, por tanto, puede ser ventajosa una ligera flexion del segmento anterior. Despues de mucho tiempo hemos abandonado los pesarios de anillo fuertemente encorvados. La longitud, la anchura y la forma del pesario deben ser proporcionadas á cada caso particular; los pesarios formados por un tallo metálico flexible cubierto de una envoltura de cautchuc prestarán muy buenos servicios si se tiene disponibles un gran número de ellos de diversas dimensiones, pudiendo, por otra parte, modificar á voluntad la forma de estos instrumentos. Los pesarios de goma endurecida son, sin embargo, preferibles á causa de la facilidad con que se les puede sostener.

Se deberá ensayar frecuentemente muchos anillos diferentes y observar las enfermas durante muchos días, en los cuales se dedicarán ellas á sus habituales ocupaciones, asegurándose así de los efectos obtenidos con el pesario, y viendo si provoca algun dolor durante la miccion ó la defecacion, si ocasiona tension abdominal, etc. Se deberá ademas recomendar á las enfermas que se acuesten en decúbito lateral, latero-abdominal ó abdominal, al ménos durante algun tiempo. No deben estar mucho tiempo sin orinar, y es preciso que eviten el estreñimiento.

El ginecólogo no cesará de observar á la enferma á fin de ver si el útero está bien colocado y si el anillo no determina ninguna presion ó irritacion.

Puede ocurrir que el hocico de tenca despues de algun tiempo se incline de nuevo hácia adelante porque la pared vaginal primitivamente tensa haya adquirido condiciones de laxitud, y entónces es preciso recurrir á un pesario más voluminoso; pero esta complicacion es rara si se ha cuidado la eleccion del primer pesario. Nosotros hemos dejado llevar á las enfermas un mismo pesario de goma endurecida durante muchos años.

Los pesarios-palancas se colocan como los de anillo. Si la abertura

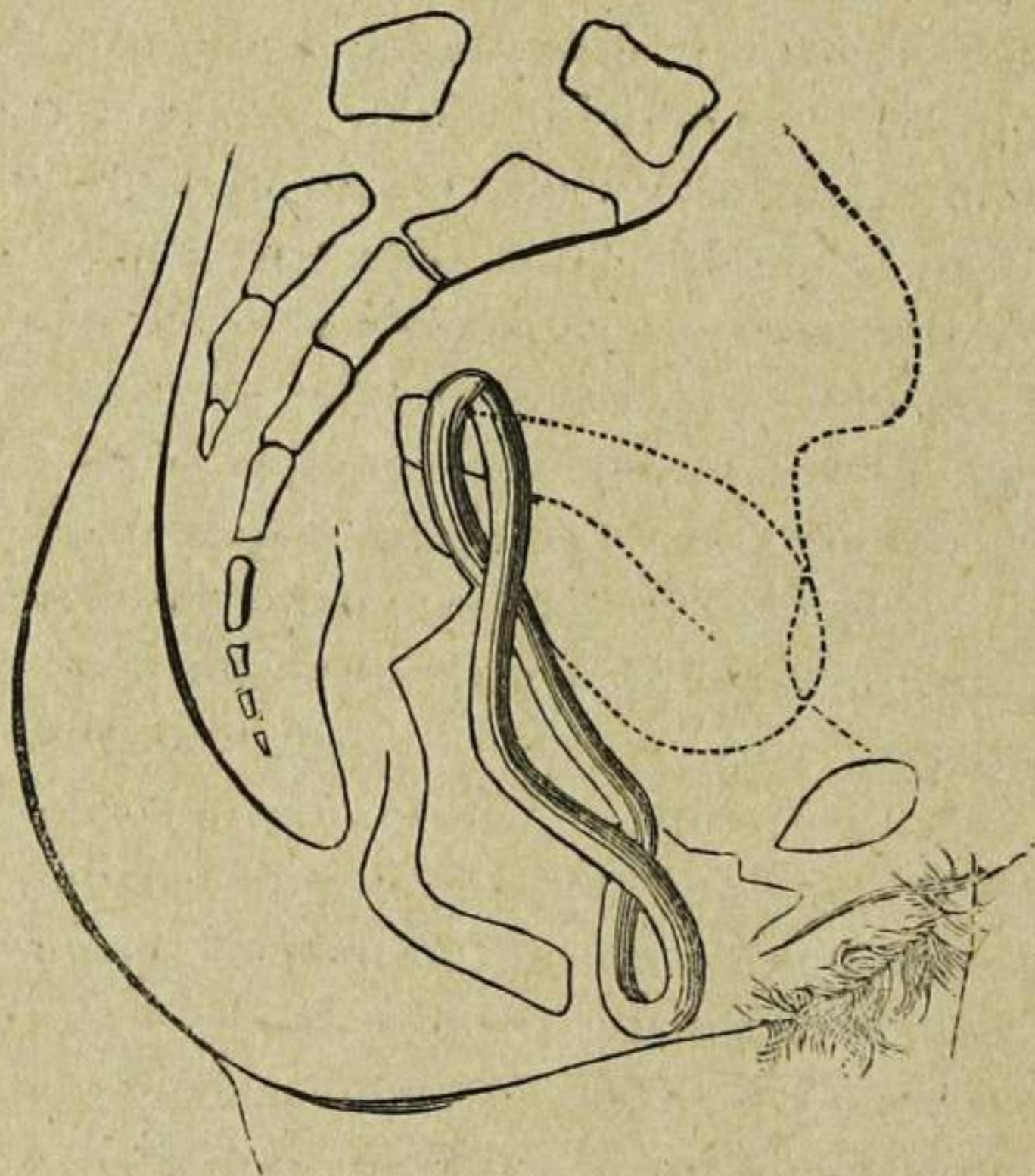


Fig. 60.

que presentan es muy ancha se ve frecuentemente pasar la rama posterior del instrumento del fondo de saco posterior al anterior.

Para mantener mejor la porcion vaginal Freund recomienda obrar de la manera siguiente: se pasa á traves del labio anterior del hocico de tenca un hilo de plomo muy resistente y se deja que se enquisté, lo que acaece al cabo de tres días.

Se aplica en seguida un pesario de Hodge sobre el arco posterior, al cual se fija el hilo de plomo. (*Nota bibliográfica núm. 6.*) Schultze (*Nota bibliográfica núm. 7*) recomienda dar al pesario una curvadura tal que le dé la forma de un 8, debiendo ser fijada la porcion vaginal en uno de los dos círculos. En otros casos emplea un pesario cuyo

arco anterior, fuertemente dirigido hácia atrás, viene á colocarse sobre la pared anterior del cuello, impidiendo á éste su aproximacion al pubis (*figs. 60 y 61*).

Studley recomienda el empleo de un anillo análogo al de Hodge, en el que sobre el arco posterior del instrumento está fijo un segundo anillo más pequeño que se eleva de 12 á 15 milímetros sobre el primero. El cuello debe reposar sobre este anillo, que le mantiene en posición (*fig. 62*).

Si la pared anterior de la vagina está laxa, si existe un cistocele, la tension del fondo de saco posterior puede bastar para mantener el cuello hácia atrás, pero la pared vaginal anterior se desliza hácia abajo

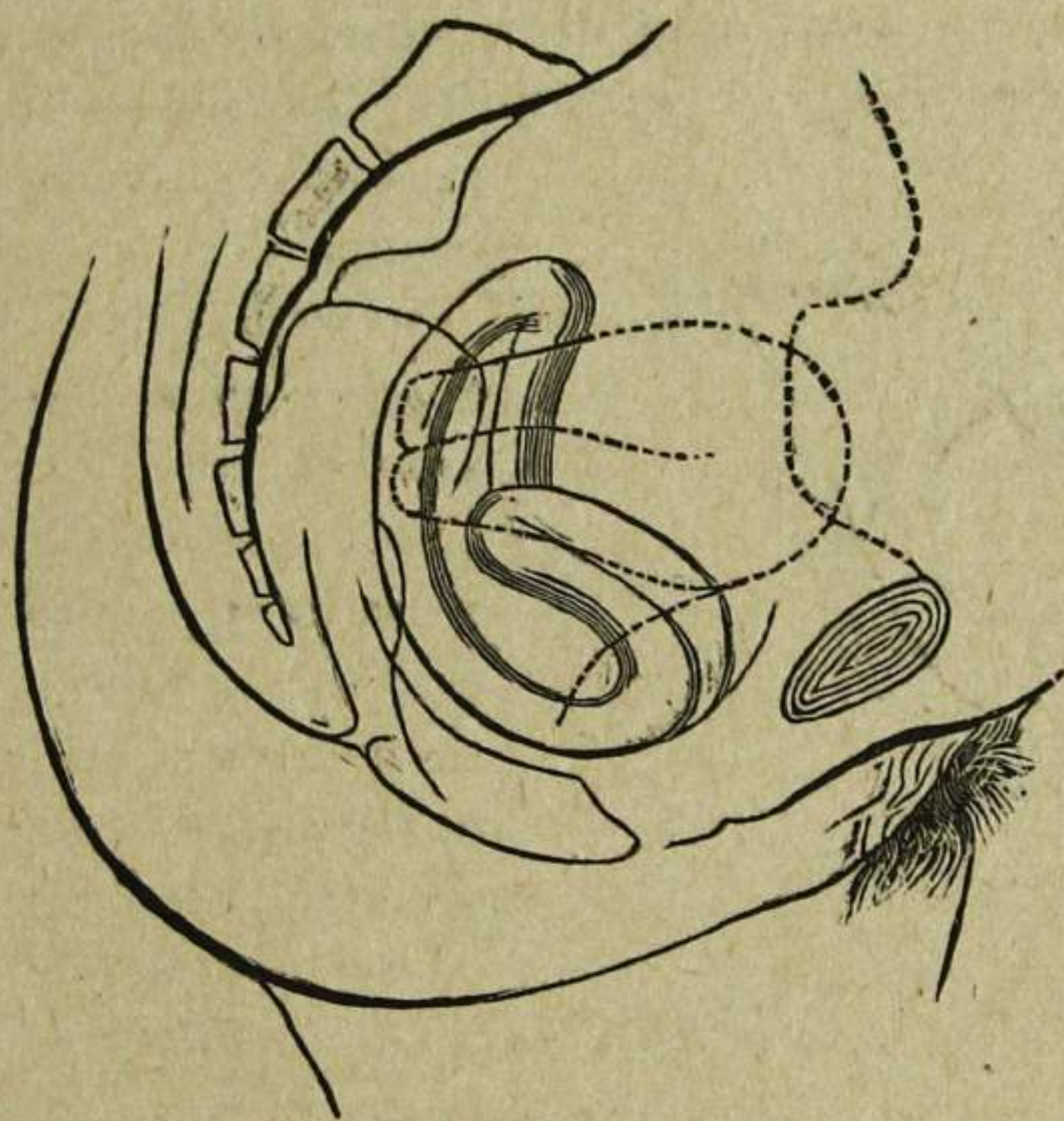


Fig. 61.

entre las ramas del anillo, cuyo inconveniente se evita eligiendo un pesario de ramas gruesas ó cuyo arco anterior esté replegado hácia arriba. Si este instrumento es insuficiente se colocará entre las ramas anteriores del pesario un disco de cautchuc.

Con los pesarios metálicos revestidos de una capa de cautchue se observa frecuentemente que determinan una secrecion profusa de la vagina, siendo entónces preciso prescribir una ó dos veces por día inyecciones astringentes ó antisépticas.

Es preciso evitar la produccion de escaras por compresion y las ulceraciones. Nosotros hemos visto alguna vez, al cabo de pocos días solamente, que la pared de la vagina estaba engrosada alrededor de las ramas del pesario y aún ulcerada á su nivel, bien fuera porque se había elegido un instrumento muy voluminoso, ó porque hubiera per-

dido sus condiciones de tension la pared vaginal. En otros casos el pesario ha podido estar colocado durante muchos años sin que nosotros hayamos observado ningun accidente de esta naturaleza.

Pero algunas veces parece que las enfermas soportan bien el instrumento, y despues al cabo de cierto tiempo se observan signos de gangrena por compresion. Es preciso ser muy cuidadoso á este respecto y recomendar á las enfermas llamen al médico en cuanto tengan pérdidas sanguinolentas, retirando desde luégo ellas mismas con cuidado el pesario, siendo preferible, aunque no sea posible siempre, visitar frecuentemente á la enferma, con lo que se evitarán más seguramente estos accidentes.

Algunas veces no puede ser soportado el uso del pesario; aparecen dolores lumbares ó aumentan de intensidad cuando existían ántes, pudiendo aparecer una pelvi-peritonitis ó una parametrítis, sobre todo

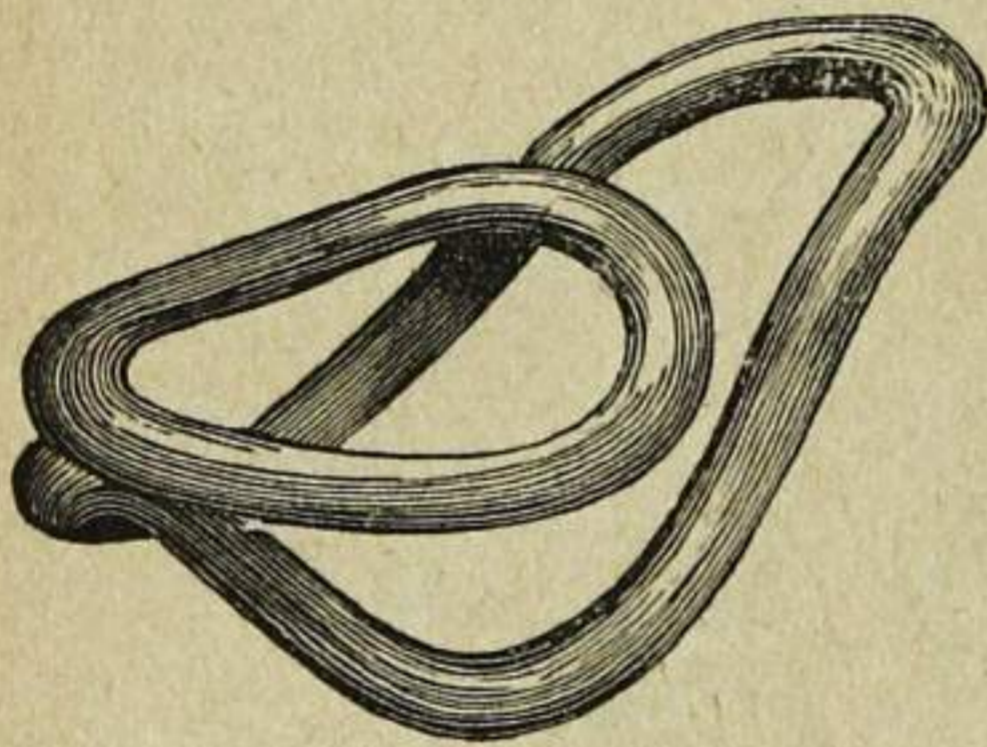


Fig. 62.

si el arco posterior del anillo ejerce una fuerte presion. A veces se determina una dislocacion del ovario, que á consecuencia de las adherencias conservaba una posicion anormal, aunque la del útero se haya modificado. En otros casos se producen estos accidentes porque el anillo es muy voluminoso, el útero está muy elevado ó la tension de la vagina y la de los ligamentos es exagerada.

Entónces pueden ensayarse anillos de volúmen y forma diferente y se encuentra á veces uno que no provoca ningun trastorno. Sin embargo, frecuentemente se ve obligado el ginecólogo en estos casos á abandonar el tratamiento por los pesarios.

En una señora de edad, afectada de retroversion con cistocele, que llevaba un pesario, observamos nosotros un carcinoma de la vagina, que tenía precisamente asiento en el punto en que la rama anterior del anillo comprimía la pared vaginal contra la rama descendente del pubis. Ahora, habiendo sido observado muy rara vez el carcinoma primitivo en este punto, hemos llegado á creer que es preciso acusar á la compresion ejercida por el pesario el origen del carcinoma.

El pesario está indicado en los casos de retroflexion y retroversion antiguas, cuando no existe contraindicacion particular. Cuando los desplazamientos son recientes, sobre todo cuando aparecen durante ó despues de la puerperalidad, es preciso emplear otros métodos para hacerla desaparecer. Si la pared vaginal está muy reblandecida, es preciso ante todo entablar un tratamiento preparatorio. En los casos de

rotura del periné, de prolapso de la vagina, es necesaria una operacion especial, ocurriendo lo mismo en los casos en que existen modificaciones importantes de la porcion vaginal, prolongacion, fuerte catarro del cuello, erosiones muy importantes, etc.

Entre las afecciones del cuerpo del útero que contraindican el empleo de los pesarios citaremos sobre todo los grandes tumores, no constituyendo, por el contrario, contraindicaciones los pequeños fibromas y la endometritis del cuerpo, cuyas afecciones pueden modificarse favorablemente con el empleo de los pesarios.

En los casos de adherencias del útero se rehusa frecuentemente colocar el órgano en una posicion normal, ó se desiste por cansancio. Si las adherencias son antiguas; si no existe señal alguna de proceso inflamatorio reciente, nosotros consideramos toda tentativa de reponer al útero en su situacion normal como completamente justificada, aunque las adherencias sean muy sólidas. Se las ve, en efecto, relajarse

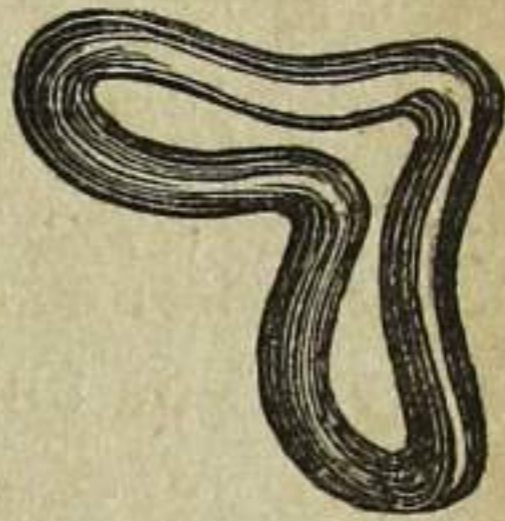


Fig. 63.

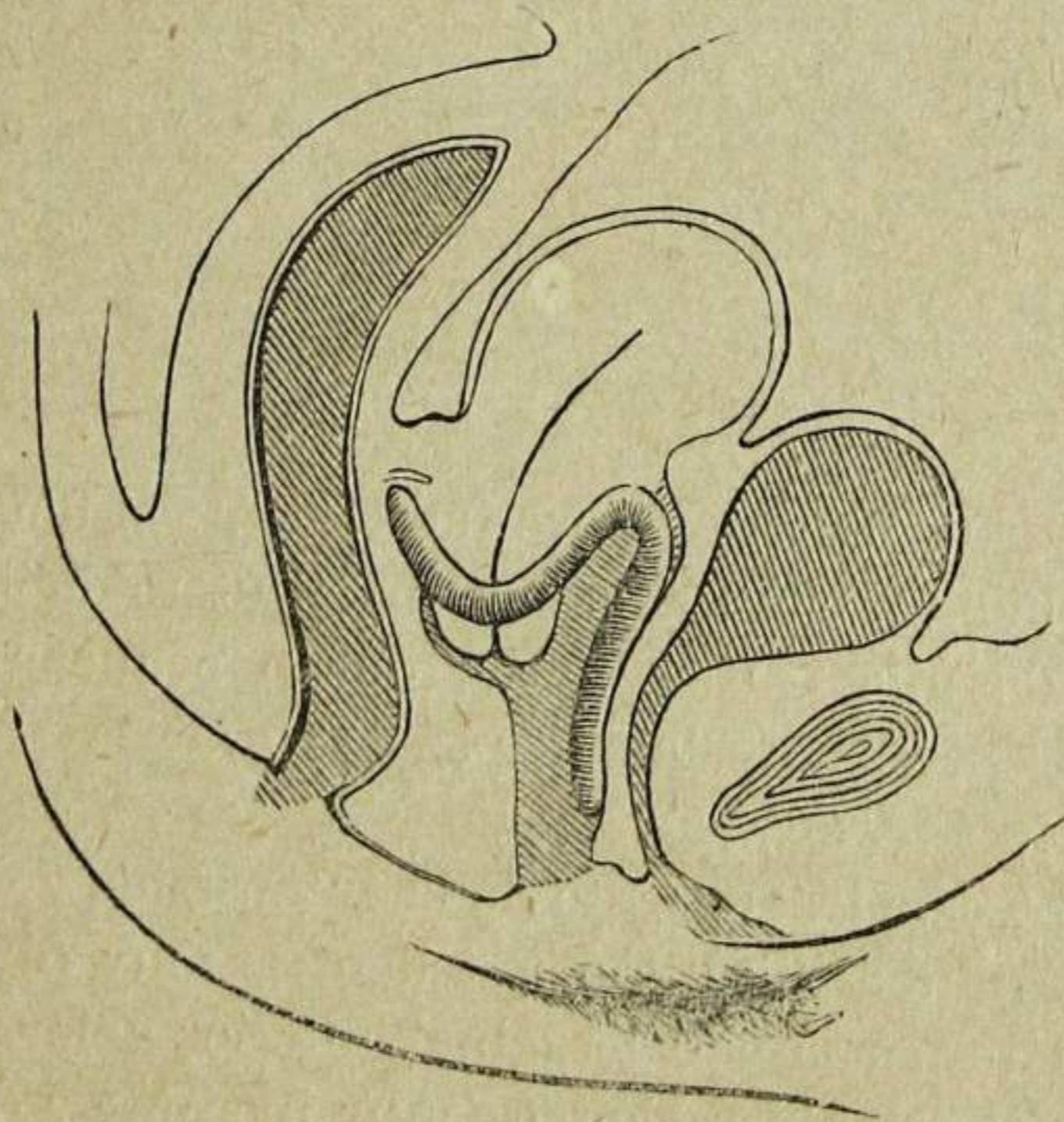


Fig. 64.

y romperse sin ningun accidente. Estas maniobras deben ser exclusivamente manuales y no deben ser practicadas durante los días próximos al período menstrual. Sólo una rigidez considerable de los ligamentos, una adherencia completa del repliegue de Douglas ó un enclavamiento, ya del cuerpo ó ya del cuello, en una masa inflamatoria, contraindican la operacion.

De una manera general el tratamiento de la retroflexion y de la

retroversion por los pesarios puede ser considerado como una de las más importantes conquistas de la moderna terapéutica ginecológica.

Se ha pretendido frecuentemente obtener en los casos de anteversion y anteflexion, con aparatos especiales, los buenos resultados obtenidos con los pesarios vaginales en los casos de retroflexion y retroversion. (*Nota bibliográfica núm. 8.*)

Graily Hewitt empleaba su pesario llamado de cuna, cuya forma y modo de emplearle se deducen fácilmente del dibujo precedente (*figs. 63 y 64*).

Playfair se servía de un pesario de Hodge, cuya rama posterior está provista de un segundo anillo. Este último es muy cóncavo hacia ar-

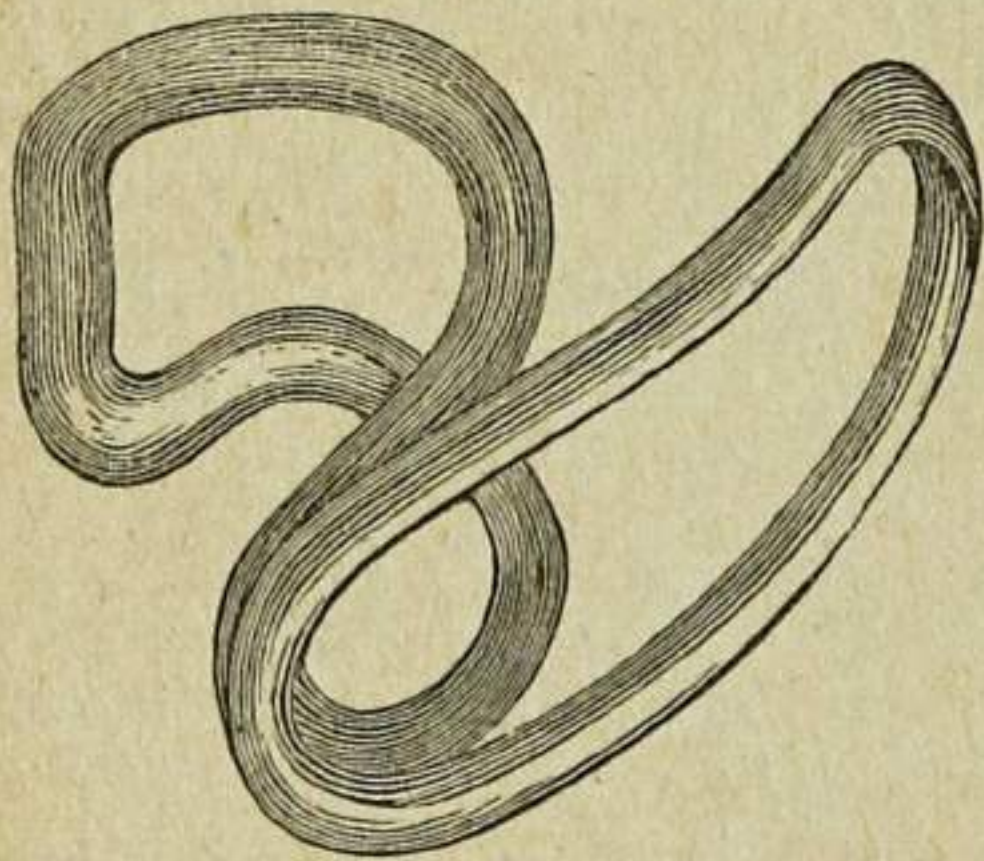


Fig. 65.

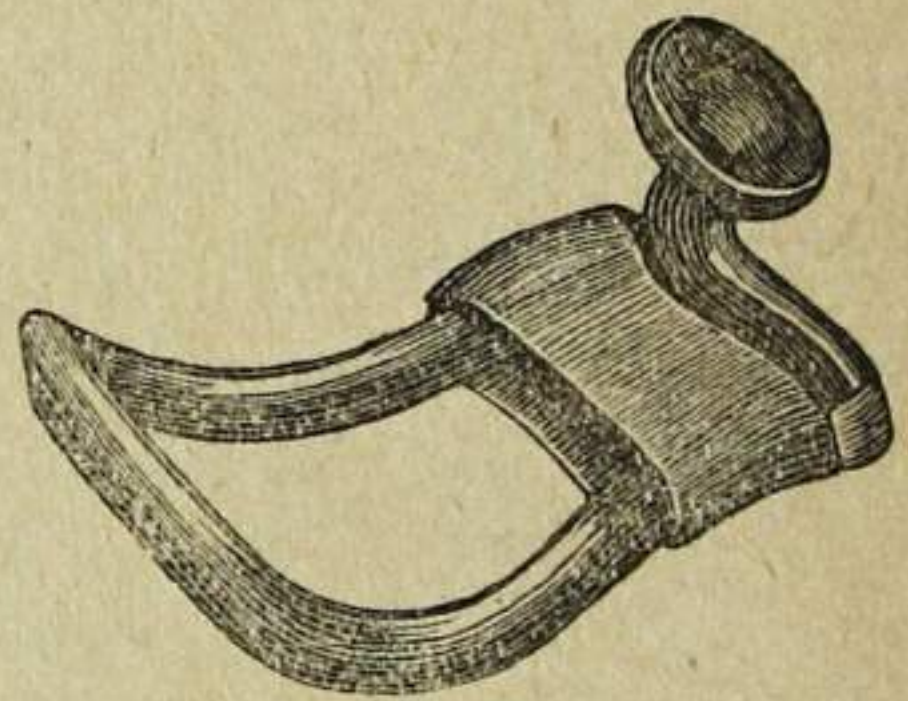


Fig. 66.

riba y su segmento anterior eleva fuertemente el fondo de saco anterior, manteniendo así elevado el cuerpo del útero doblado (*fig. 65*).

Studley fijaba á la parte anterior de un pequeño anillo un tallo provisto de una pequeña pelota, capaz de elevar la pared vaginal y el cuerpo del útero (*fig. 66*).

Hasta ahora este tratamiento de la anteversion y de la anteflexion no ha gozado gran crédito. Es en todo caso muy difícil mantener el cuerpo del útero por la pared vaginal anterior y levantarle á través de la vejiga. Pero esta operacion es muy inocente y debe siempre ser intentada ántes de recurrir al tratamiento intrauterino.

1) Franke (*Vorfall der Gebaermutter, etc.*, Würzburg, 1860) ha publicado un buen resúmen del empleo de los pesarios en el prolapso uterino y una buena descripcion de los antiguos aparatos.

2) Gariel (*Des pessaires en général, etc.*, *Gazette des hôpitaux*, 1852, números 55, 61 y 74) ha sido el primero que ha empleado las vejigas de cautchuc infladas de aire, cuyos instrumentos han sufrido numerosas modificaciones.

3) Zwanck (*Monatsschr. P. Geb.*, Marzo, 1853) ha ideado los histeróforos

en forma de alas, instrumentos que han sido modificados por Schilling (*Neues Verfahren zur Heilung des Gebaermuttervorfalls*, München, 1855) y por Sauvage Courty: *Traité pratique des maladies de l'utérus*. París, 1866). Se encontrará un estudio completo sobre el empleo de los pesarios de Zwanck en Augusto Mayer: *Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin, Monatsschr. f. Gebur.*, t. XII, pág. 1).

Roser (*Ein Bruchband für vordere scheiden und Gebaermuttervorfaelle*, *Archiv. f. phys. Heilkunde*, t. X, pág. 80) emplea, en los casos de prolapso que es imposible reducir con ayuda de un anillo, un cinturón provisto de una pelota; cuya idea ha sido puesta en práctica frecuentemente y este aparato modificado, por ejemplo, por Scanzoni. *Roser's Bruchband, etc., Würzburger Verhandlungen*, 1852, t. II. El histeróforo de Breslau está adherido á un cinturón. *Zur Geschichte der Hysterophore. Scanzoni's Beiträge*, t. X, pág. 275.

4) Para el empleo de esponjas mantenidas por vendajes simples en T, véanse Carl. Meyer, *Beitrage zur Kenntniss und Behandlung des Uterusvorfalls*, *Verhandlungen der Ges. f. Geb. in Berlin*, t. III, pág. 123.

Scanzoni. *Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane*, V, Auflage, 1875, pág. 178.

5) Para el empleo de los anillos de cautchuc en los casos de version ó flexion, véanse Carlos Mayer. *Mon. f. Geb.*, t. XXI, pág. 416, etc.

Los pesarios de orificio excéntrico han sido muy recomendados por E. Martin. *Neigungen und Beugungen der Gebaermutter*, etc. Berlin, 1866, pág. 59.

Para la reduccion del útero en retroversion ó retroflexion, véase Hegar. *Zur gynäkologischen Diagnostik, Volkmann's Vorträge*, núm. 34, *Gynäkologie*. El sueco Brandt parece haber sido el primero que redujo el útero en retroflexion introduciendo el índice en el recto, en tanto que el pulgar de la misma mano reposaba sobre la porcion vaginal. Este autor, sin embargo, no se servía de la mano aplicada á la pared abdominal, y ejecutaba esta maniobra estando la enferma en posicion vertical. *Virchow's Jahresb*, 1875, t. II, pág. 563. B. S. Schultz. *Eine neue Methode der Reposition hartnäckiger Retroflexionen des Uterus. Centralbl. f. Gynäkologie*, 1879, núm. 3.

Los pesarios-palancas han sido introducidos en la práctica por Hodge. *On diseases peculiar to women*, Filadelfia, 1860. Se han modificado frecuentemente su forma y su estructura, habiéndolos construido Braun en goma endurecida. *Wiener medical Wochenschr.*, 1864, 27-30. Se ha empleado tambien el aluminio en su construccion, siendo de esta suerte muy ligeros, pero desgraciadamente muy caros. En estos últimos tiempos se han construido de nikel.

6) Se encontrará en el *Mon. f. Geb.*, t. XXXII, pág. 442, una nota de Freund sobre el procedimiento, que consiste en coser el labio anterior del cuello á la rama posterior del pesario á fin de estirar el fondo de saco posterior de la vagina.

7) Schultze ha pretendido llenar este objeto dando á su anillo una forma especial. *Archiv. für Gynäkologie*, t. IV, pág. 473.

8) Se han ideado recientemente un gran número de pesarios para la anteversion y la anteflexion. Thomas (Beigel. *Krankheiten des weiblichen Gesch-*

lechts, t. II, pág. 275) parece haber sido de los primeros que han utilizado el pesario en la anteversion.

Grayly Hewitt. *Diagnose, Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten*. Playfair. *Obstetrica Transact.* Lóndres, t. XV, pág. 124.

Studley. *American Journal of Obstetrics*, etc., 1879, pág. 39.

Art. 3.º — Pesario intrauterino.

Como otros muchos métodos operatorios, el tratamiento de las flexiones del útero mediante el empleo de tallos introducidos en la cavidad uterina ha recibido una acogida muy favorable; aceptado primeramente con mucho entusiasmo y completamente abandonado despues, aceptado de nuevo y de nuevo caído en descrédito, ha prevalecido, sin embargo, hasta estos últimos tiempos. Amussat parece haber sido el primero que lo puso en práctica. Veinte años más tarde, en 1848, Simpson comunica la relacion de un gran número de casos en que él los había empleado. Más tarde viene el francés Francisco Valleix, que encuentra muchos adversarios, y publica los resultados que él dice haber obtenido; sin embargo, en su propia práctica este profesor vió producirse accidentes fatales y aún casos de muerte. Otros autores que imitaron su conducta fueron desgraciados, y hoy podrían reunirse un cierto número de casos en los cuales ocurrieron graves accidentes y aún sobrevino la muerte.

Al mismo tiempo que Simpson, Kiwisch había ensayado el empleo de los reductores intrauterinos; pero un poco más tarde Carlos Mayer, de Berlin, despues de haber experimentado el instrumento de aquel autor, decide abandonar en absoluto este método de tratamiento.

Scanzoni condena el método en absoluto, insistiendo acerca del escaso número de resultados obtenidos y los grandes peligros que provoca. En la sesion celebrada por el Congreso de naturalistas alemanes en Viena en 1856, la gran mayoría de los asistentes se pronuncia en contra.

En Alemania, Martin se declara partidario del tratamiento intrauterino de las desviaciones del útero é intenta ganar nuevos adeptos. Despues de él vienen Hildebrandt, Olshausen, Winckel, Schroeder, Awater. Recientemente, en fin, Beigel se declara tambien partidario convencido de este método, y ha sido seguido por numerosos adeptos, reclutados aún entre aquellos que eran declarados adversarios de él y que habían manifestado que jamás le utilizarían. Tales son principalmente Credé y Spiegelberg, ocurriendo lo mismo en otros países. (*Nota bibliográfica núm. 1.*)

El pesario intrauterino está formado por un tallo que se introduce en la cavidad del útero. Tal instrumento no tiene punto de apoyo, y

puede caer fuera del útero ó penetrar demasiado en la cavidad del órgano, habiéndosele dado al efecto un punto de sosten denominado soporte. Se ha dividido longitudinalmente el tallo intrauterino á fin de que las dos ramas se separen como por un resorte y puedan tomar punto de apoyo contra la pared del útero. Con ayuda de este pesario la matriz se mantiene rigida.

Su forma permanece normal, pero su direccion puede aún quedar defectuosa porque puede subsistir la version. Para obviar este inconveniente se ha empleado frecuentemente como soporte un anillo que permita corregir la posicion del órgano, sobre cuyo anillo se fija sólidamente, dejando cierta movilidad al tallo que debe ser introducido

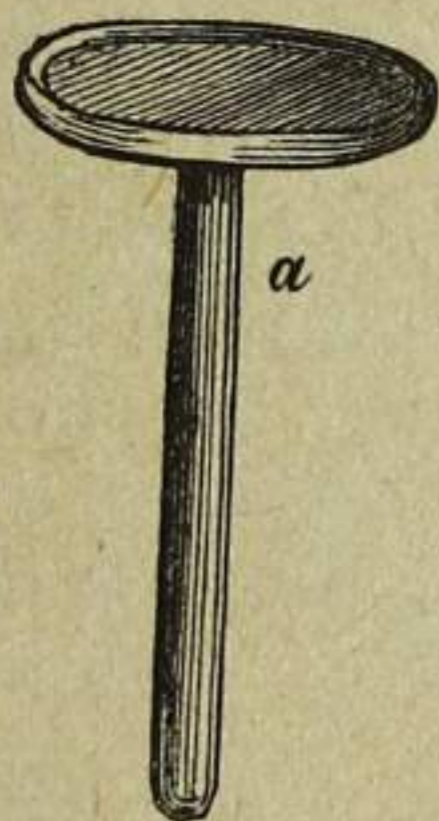


Fig. 67.

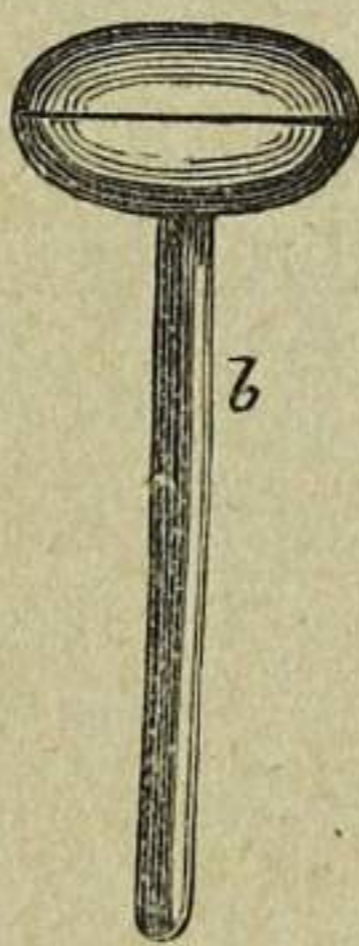


Fig. 68.

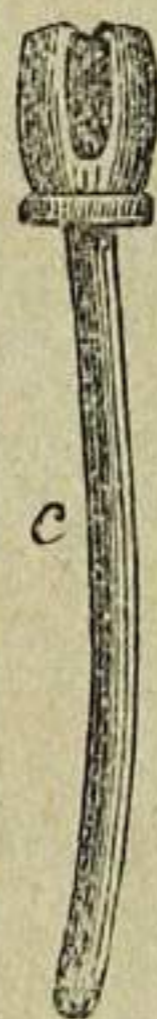


Fig. 69.

en el útero. Otras veces se coloca entre el baston uterino (el tallo que penetra en la cavidad de la matriz) y su soporte un anillo vaginal para modificar la posicion.

Los aparatos más sencillos consisten en un tallo de marfil, de cuerno, de goma endurecida, ó bien un tallo flexible, tal como la extremidad de un catéter elástico ó una bujía, á la cual se le ha dado una forma rectilínea ó curvada. Este tallo es macizo ó está hueco y provisto de orificios para dar salida á los líquidos secretados, cuya condicion es de una utilidad imaginaria porque el conducto se obstruye pronto y los productos secretados, alterándose, perjudican ó impiden la curacion. El tallo intrauterino descansa sobre un boton ó pequeño disco (*figs. 67, 68 y 69*), que no debe, ser muy pequeño para evitar que se deslice por el canal cervical, como sucede con el tallo de goma endurecida de Braun.

Estos instrumentos bastan generalmente en los casos de anteflexion, principalmente cuando al propio tiempo hay un cierto grado de anteversion y cuando la pared vaginal, siendo resistente, puede ofrecer

un punto de apoyo sobre su parte posterior al soporte del instrumento.

En los casos de retroflexion combinada con retroversion, así como en los casos de anteflexion, cuando las paredes vaginales se hallan en estado extremo de laxitud, este aparato se desliza fácilmente hacia afuera, cuando, como se ha observado algunas veces, el baston no está sólidamente retenido por la pared uterina retraida é hinchada. Para obviar este inconveniente se han construido discos voluminosos, ó se emplean como soportes anillos de Mayer, tapones, una simple bola de goma (Beigel), etc. Los tallos intrauterinos de resorte de Wright, por la presion que ejercen sobre la pared uterina, impiden el deslizamiento del instrumento (*fig. 70 A, B, C, D*).

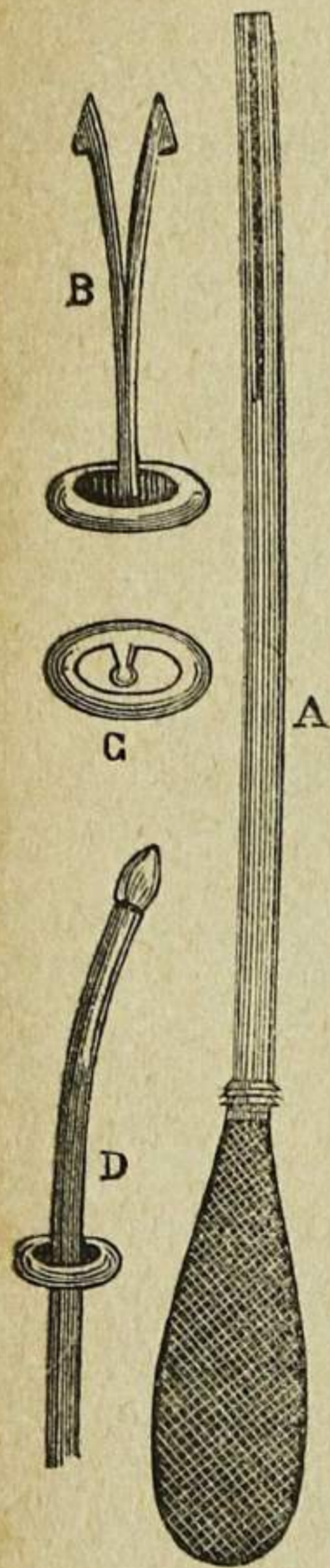


Fig. 70.

Para dar al útero enderezado por el tallo una posición normal, y para evitar la anteversion y la retroversion, se puede apelar á diversos procedimientos. Algunas veces se ha intentado fijar el pesario con ayuda de un aparato externo unido á un cinturón pelviano, ó con ayuda de una placa metálica que descansa sobre la sínfisis y provista de un tallo metálico que sostiene el pesario. Estos aparatos están hoy completamente abandonados. Los tapones de uata y de hilas aplicados en los casos de anteversion por detras del soporte y en los de retroversion por delante, necesitan un cambio frecuente, siendo preferible en el segundo caso introducir al mismo tiempo un pesario de Hodge, ó cualquiera otro de anillo á propósito para corregir esta anomalía, cuyo anillo sea independiente del pesario intrauterino; pero si el cuello de la matriz está empujado hacia atras por el pesario anular, el boton ó el disco del intrauterino descansa sobre la pared posterior de la vagina. Se ha intentado unir directamente el pesario con el anillo que sirve al propio tiempo de soporte. Tal es el regulador de resorte descrito por primera vez por Simpson y modificado por G. Martin, que consiste en un anillo de madera en medio del cual se encuentra fijado al mismo, por medio de un resorte ó de una charnela, el tallo intrauterino de tal suerte que puede dislocarse y elevarse en una direccion hasta formar ángulo recto, no siendo posible ningun movimiento en otro sentido (*fig. 71*). (*Nota bibliográfica núm. 2.*)

En los instrumentos modernos se emplea un pesario de Hodge cu-

yas ramas están unidas por una venda de cautchuc, á la cual se fija por medio de un tornillo el tallo intrauterino (*fig. 73*). (*Nota bibliográfica núm. 3.*)

Debemos hacer constar que el tallo no debe tener longitud bastante para alcanzar el fondo de la matriz. Es preciso medir la cavidad uterina con la sonda y dar al tallo una longitud más corta en uno ó dos centímetros que la de la cavidad.

Es preciso tambien, sin embargo, que el pesario intrauterino pase el orificio interno en una cierta longitud, pues de otra suerte el cuerpo del útero reblandecido podría replegarse sobre la extremidad de aquél.

El tallo debe ademas ser bastante delgado para atravesar el cuello sin violencia, y su extremidad debe ser redondeada. Si la flexion ute-

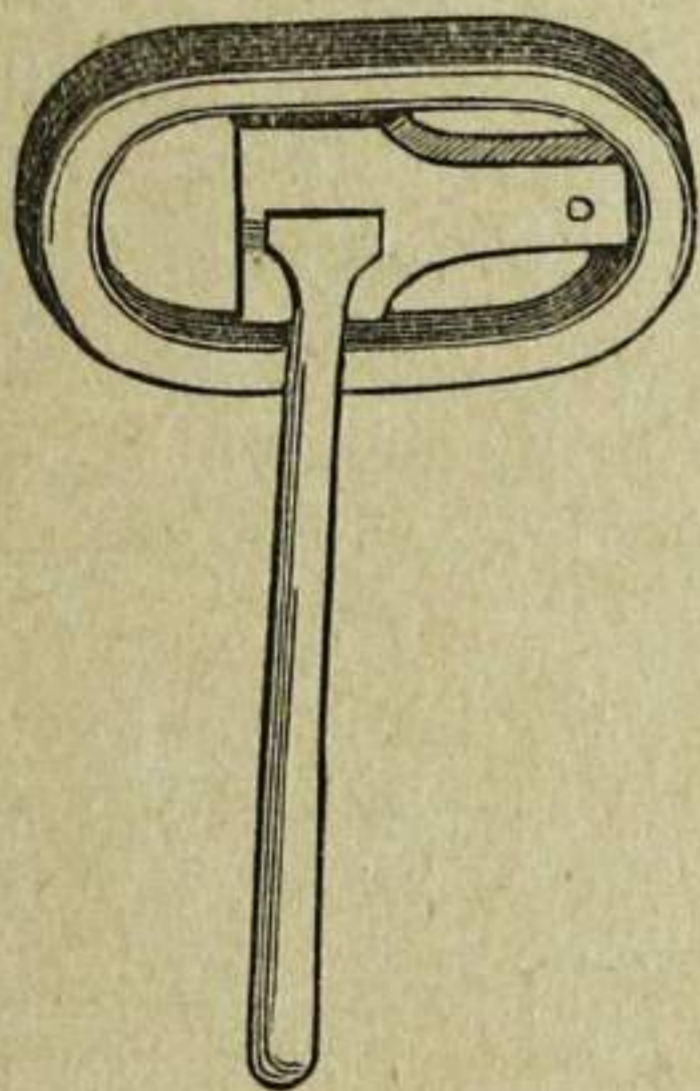


Fig. 71.

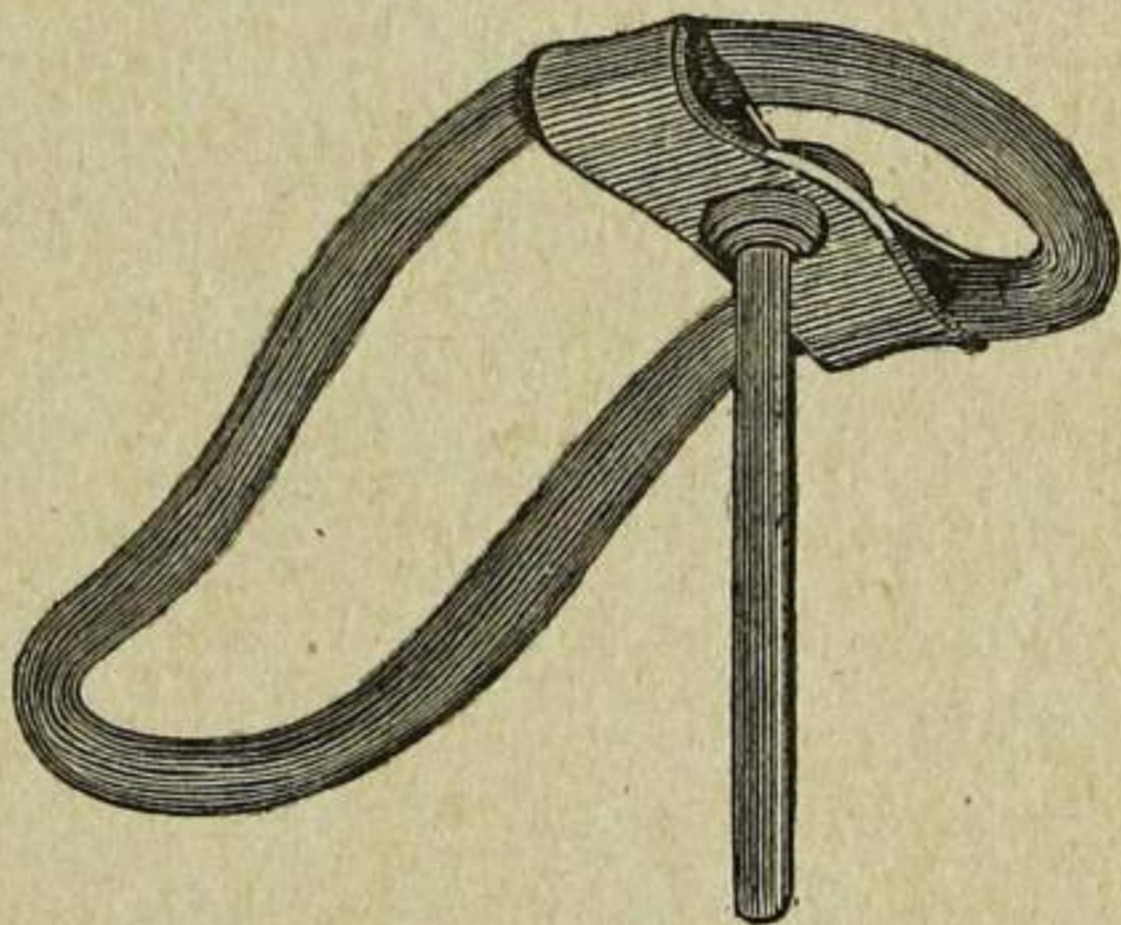


Fig. 72.

rina es muy acentuada se empleará un tallo un poco flexible. El anillo ó regulador de resorte no debe ser muy voluminoso, y debe permitir al útero hacer algunos movimientos. La introduccion del instrumento se practica de la manera siguiente: el tallo de Braun y el pesario de resorte de Wright se introducen con ayuda de un aparato especial, especie de sonda á la cual se fija el tallo, del que se desprende despues de haber sido introducido. La enferma debe estar colocada en la posicion de la talla, en el decúbito dorso-pelviano, en el lateral ó en el latero-abdominal. El operador hace deslizar sobre la cara palmar del índice de su mano izquierda (cuya extremidad debe hallarse sobre el orificio uterino) la extremidad del tallo, cuyo disco tiene cogido con la mano derecha. En los casos de anteflexion con anteversion el dedo índice debe tratar de empujar un poco hácia adelante la porcion vaginal. En los de retroflexion el índice debe levantar ligeramente el cuerpo uteri-

no por encima del fondo de saco vaginal posterior. Para introducir el pesario se empuja con fuerza el disco contra la pared vaginal posterior hácia el sacro; por lo comun el instrumento encuentra un ligero obstáculo ó resistencia á nivel del orificio interno. Winckel recomienda, sobre todo en los casos de fuerte anteflexion, introducir la sonda uterina en la cavidad de este nombre, y atrayendo la porcion vaginal hácia el pubis se hace deslizar el pesario uterino á lo largo de la sonda. Se puede tambien, despues de haber introducido el pesario intrauterino hasta cierto punto, retirar la sonda ántes de llegar más adelante, porque es raro que los dos instrumentos puedan estar colocados el uno al lado del otro.

El mejor procedimiento consiste en poner al descubierto el orificio del cuello con un espéculo de Sims, y una vez que el labio anterior del hocico de tenca esté fijo, cogido y atraído hácia abajo con una pinza, se introduce el aparato. Cuando sea necesario, el catéter uterino permite orientarse y mantener el útero en una posicion rectilínea.

La operacion es más difícil cuando se emplea un tallo fijo sólidamente á un pesario vaginal. Si se emplea un regulador de resorte de Simpson ó de Martin, el tallo en los casos de retroflexion y retroversion debe ser aplicado hácia atras é introducido en seguida en el orificio uterino. El anillo se introduce suavemente en la vagina hasta que el tallo haya penetrado en la cavidad del útero, desplegando entónces el pesario. El tallo intrauterino, al principio inclinado hácia atras, describe un movimiento de báscula hácia adelante, y la retroversion no puede producirse. En las anteflexiones el anillo se introduce con el tallo más ó ménos inclinado hácia adelante. Pero es por lo comun difícil introducir suficientemente el anillo á lo largo de la pared posterior de la vagina para hacer penetrar el tallo en el conducto cervical.

Es igualmente difícil introducir los tallos fijos á una venda de goma fuerte extendida entre las ramas del pesario, así como cuando se emplea una sonda directriz fija en un orificio del tallo, como el que existe en el pesario intrauterino de Studley. En general no se deberá recurrir á un pesario intrauterino mantenido fijo á uno vaginal de anillo sino cuando se deba rectificar la posicion y la flexion del órgano. Además, el tallo puede emplearse como un pesario independiente, presentando si es necesario un diafragma de cautchuc capaz de sostener el pesario intrauterino á la manera de un soporte.

Una vez aplicado el instrumento la enferma debe guardar reposo en la cama durante algunos días y estar bajo la vigilancia del profesor, el cual se asegurará de la buena posicion del instrumento.

Si se eleva la temperatura de la enferma, si sobrevienen dolores debidos á un estado inflamatorio, se retirará el tallo y se tratará esta complicacion desde el principio como si fuera una peritonítis, así como

si antes de la aplicación del aparato sufriera dolores la paciente, sería preciso rechazar este método de tratamiento. Por el contrario, si la enferma no experimenta dolores, si no se eleva la temperatura, podrá ordenársela que se levante y que ejecute paulatina y progresivamente algunos movimientos hasta volver á su género de vida normal, aunque sin hacer exceso alguno. Winckel y Olshausen han referido un ejemplo de concepción durante el tiempo que la enferma llevaba aplicado un pesario intrauterino; habiendo observado también un caso de peritonitis por efecto de un coito en las mismas condiciones, por cuya circunstancia llaman la atención sobre este punto.

Es preciso vigilar de una manera especial la época de la menstruación; porque se ha observado algunas veces producirse en esta ocasión vivos dolores que han hecho necesaria la retirada del pesario que hasta entonces había sido bien soportado.

Muy frecuentemente el pesario intrauterino provoca la inflamación del cuello y del cuerpo uterinos. Los labios se ponen turgentes y se aplican fuertemente sobre el tallo, que se encuentra apresado y fijo; la secreción de la mucosa es muy abundante y las reglas son más frecuentes y más abundantes que de ordinario; pudiendo observarse también la aparición de metrorragias. Más tarde este estado congestivo se modifica frecuentemente, y el útero, aumentado al principio de volumen, disminuye, haciéndose menos abundante la secreción y desapareciendo ó disminuyendo la dismenorrea, haciéndose las reglas poco abundantes.

Se observa al propio tiempo que desaparecen los signos de compresión debidos á las anomalías de forma y de situación del útero, que puede sufrir una modificación de estructura de las más favorables, porque su tejido antes blando se torna duro, manteniéndose la curación después que se ha retirado el pesario. Por otra parte, se han señalado un gran número de casos de perimetritis, de parametritis y aún de peritonitis aguda, á veces mortal, sobrevenidas desde la primera aplicación del aparato, ó bien desde la segunda aunque la primera no haya provocado ningún accidente funesto. Debemos hacer notar que el aparato puede ser llevado mucho tiempo sin dar lugar á ningún accidente, y puede provocar otras veces, sin causa apreciable, complicaciones muy graves.

A pesar del perfeccionamiento de los aparatos que desde hace algún tiempo se emplean y de todas las precauciones que se adoptan, hoy se observan aún dichos accidentes. (*Nota bibliográfica núm. 4.*)

Puede establecerse en principio que *no es preciso recurrir al pesario intrauterino sino cuando todos los demás medios para corregir las anomalías de forma y de situación del útero hayan sido ensayados en vano ó no permitan esperar ningún resultado de ellos.* Si se trata de una simple versión

uterina, no se recurre hoy á este medio de tratamiento. Los anillos vaginales permiten tratar las retroversiones, dado caso de que el éxito sea posible, es decir, cuando no existan adherencias. Las anteversiones son, en verdad, difíciles de rectificar por medio de los pesarios vaginales; pero la inflamación, generalmente muy marcada, del útero y las modificaciones anatómicas del cuerpo de este órgano no permiten recurrir al tallo intrauterino. Además, con el pesario uterino es preciso en los casos de versión de la matriz rectificar la posición del órgano y fijar este último de tal suerte que podría por sí solo este hecho provocar la aparición de accidentes.

Respecto á la retroflexión, si adherencias importantes no mantienen la matriz en su situación viciosa, puede muy bien ser corregida por los pesarios vaginales, y si existen adherencias los pesarios intrauterinos no dan mejor resultado.

Falta la anteflexión del útero. El tratamiento por medio de los anillos vaginales da en este caso no más que medianos resultados, pero siempre debe ser intentado este medio de tratamiento, y sólo debe recurrirse al pesario intrauterino en esta afección cuando, tanto por parte del útero como de los anejos, no haya ninguna señal de inflamación reciente, ninguna tampoco de hinchazón, ninguna adherencia estrecha y poco extensible, como se observa á consecuencia de antiguos procesos inflamatorios, ni ningún vestigio de tumor. Tampoco se deberá apelar á la aplicación del pesario intrauterino si la flexión de la matriz es de fecha reciente ó si ha aparecido después de un puerperio complicado con involución incompleta del útero; si existe una endometritis del cuerpo y del cuello con erosiones en el hocico de tenca; si la enferma padeciere menorragias y metrorragias, ó si, á consecuencia de presiones y tentativas de movilización del órgano, fuera muy viva la sensibilidad de éste.

Réstanos ocuparnos de los casos de anteflexión con atonía del tejido uterino con induración de éste y dismenorrea.

Hildebrandt ha descrito, á nuestro juicio con precisión, los estados anatómicos que autorizan una tentativa de tratamiento con el pesario intrauterino. Los accidentes que en estos casos indican esta operación son la dismenorrea dolorosa; los signos de compresión, principalmente el tenesmo vesical; los accidentes nerviosos cuando son manifiestamente ocasionados por la flexión uterina, y, en fin, la esterilidad cuando coincide con uno ó con otro síntoma.

Añadamos que se ha empleado también el pesario intrauterino para luchar contra el defecto de desarrollo ó bien contra la atrofia del útero complicada con menstruación débil ó amenorrea. En estos casos tiene por objeto la aplicación del pesario provocar una congestión más viva de los órganos sexuales, un desarrollo más completo y una mens-

truacion más abundante, haya ó no una anomalía de forma y de posición del útero.

Esta indicacion, no obstante, sólo se llenará por este medio cuando los demas hayan fracasado.

1) Se encontrará en la obra de Winckel un breve estudio histórico, del que nosotros hemos tomado datos para escribir el capítulo precedente: *Die Behandlung der Flexionen des uterus mit intrauterinen Elevatoren*. Berlin, 1872.

2) La literatura á este respecto es extremadamente rica. Se encuentra dispersada en algunas monografías y en innumerables artículos de periódicos. No podemos señalar aquí sino un pequeño número de ellos:

E. Martin. *Die Neigungen und Beugungen der Gebaermutter nach vorn und hinten*. Berlin, 1886.

Hildebrandt. *Ueber die Anwendung der Intrauterin pessarien*. *Monatsschrift für Geb.*, t. XXVI, pág. 81.

Olshausen. *Zur Therapie der Uterus flexionen*. *Ibid*, t. XXX, pág. 353.

Spiegelberg. *Ueber intrauterine Behandlung*. *Volkmann's Klin. Vorträge Gynäkologie*, núm. 9.

Schroeder. *Ueber Aetiologie und intrauterine Behandlung der deviationen des Uterus, nach vorn und hinten*. *Ibid. Gynäk.*, núm. 13.

Winckel. *Die Pathologie der weiblich. Sexualorgane in Lichtdruckabbildungen*, etc., 8 Lieferungen. Leipzig, 1879, pág. 212.

Hüter. *Die Flexionen des Uterus*. Leipzig, 1870.

Awater. *Zur mecanischen Behandlung der Versionen und Flexionen des Uterus*. Erlangen, 1864

Beigel. *Krankheiten des weiblichen Geschlechts*, t. II, págs. 239 y siguientes.

3) Studley. *Contribution to the mechanical treatment of versions and flexions of the Womb*. *American Journal of Obstetrics*, 1879, Enero, pág. 39.

4) Arthur. W. Edis. *On the necessity for caution in the employment of intrauterine stems* *Obstet. Soc. of London Transact.*, t. XVI, pág. 3. Se encontrarán en esta Memoria observaciones muy instructivas de accidentes desarrollados más ó menos rápidamente despues de la introduccion del pesario, habiendo ocurrido la muerte en algunos casos.

Ely van de Wercker. *The present status of the intrauterine stem in the treatment of flexions of the uterus*. *Transact. of the American Gynecological Soc.*, 1877, pág. 214.

Benike. *Besprechung der neuren Arbeiten über die Versionen und Flexionen des Uterus*. *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, t. I, pág. 197.

Routh. *On the use of intrauterine stems in uterine diseases*. *London Obstetr. Soc. Transact.*, t. XV, pág. 252.

5) Para las neurósis, y particularmente para las neurósis reflejas, bajo la dependencia de lesiones uterinas, véase Tripier. *Lesions de forme et de structure de l'uterus; leurs rapports avec les affections nerveuses*. Paris, 1871.

Véase tambien Hegar: *Extirpation des Uterus und der Eierstoeke durch die Laparotomie*. *Wiener med. Presse*, 1877, números 17 y 18.

Art. 4.º — Taponamiento de la vagina.

El taponamiento de la vagina está frecuentemente indicado en los casos de hemorragia. Es un medio paliativo en los casos de menorragia y de metrorragia que sobrevienen á consecuencia de una involucion insuficiente, de cáncer, en las hemorragias consecutivas á operaciones, á la amputacion ó á la discision del cuello, por ejemplo, en las que sobrevienen á consecuencia de la aplicacion de sanguijuelas al hocico de tenca ó á la vagina, ó despues de escarificaciones practicadas en la porcion vaginal. Volveremos á ocuparnos de los detalles sobre el empleo del taponamiento en estos casos, pero digamos de pasada que poseemos métodos más seguros y ménos peligrosos que el tapon para luchar contra las hemorragias consecutivas á operaciones importantes. Se puede taponar la vagina en los casos de version y de flexion del útero para rectificar la posicion del órgano, pero principalmente como tratamiento preparatorio para colocar un pesario de anillo ó cualquier otro aparato definitivo.

En los casos de vaginitis complicada con una fuerte hiperemia, con descamacion epitelial ó con flujos irritantes, se tapon la vagina para evitar el contacto, los frotos y las adherencias entre las paredes ulceradas (difteria, tífus).

El taponamiento vaginal permite igualmente obtener este resultado en los casos de heridas, raspadura, operacion practicada para destruir una estenosis ó una atresia del canal vaginal. Despues de las operaciones practicadas sobre el cuello del útero, el tapon permite fijar la cura, en la discision del cuello por ejemplo; evitar la caida de las esponjas ó de tallos introducidos en el conducto cervical y mantener el útero en una posicion conveniente despues de la introduccion de estos instrumentos.

Finalmente, como ya hemos dicho, por medio del tapon se pueden aplicar á la mucosa vaginal soluciones, polvos y pomadas medicamentosas.

El tapon estará constituido con preferencia por una bola de uata ordinaria, desgrasada si se ha de empapar en un líquido medicamentoso ó si se quiere utilizarle para recoger la sangre ó los líquidos que fluyan por la vagina. Su forma diferirá segun los casos. Si sólo ha de servir para separar las paredes vaginales tendrá la forma de un cojin prolongado; pero generalmente es cónico ú ovoideo, siendo sus dimensiones proporcionadas al calibre de la vagina y á las dimensiones de la vulva, y variando tambien segun el objeto que el profesor se proponga llenar. En general, por poco difícil que sea la introduccion, se introducirán *taponos numerosos y pequeños mejor ó con preferencia á un*

tapon único y voluminoso. Se coloca el tapon vaginal valiéndose de un separador ó de un espéculo cilindrico, á traves del cual se empuja el tapon con ayuda de una pinza hasta los fondos de saco vaginales. Cuando hay necesidad se introduce un segundo tapon, un tercero, etc. Tambien puede practicarse el taponamiento sin el empleo del espéculo. Basta para ello colocar dos dedos en la vulva de tal suerte que su cara dorsal empuje hácia abajo la pared posterior de la vagina, introduciendo el tapon siguiendo la cara palmar de aquéllos, debiendo en este caso los tapones estar constituidos por pequeñas bolas de uata.

Para hacer más fácil la aplicacion de los tapones se les puede empapar en aceite, glicerina, vaselina, etc., á las cuales se añade, si es necesario, un líquido antiséptico.

El médico ó la enferma misma pueden retirar el tapon. El primero lo ejecutará fácilmente con ayuda de unas pinzas de anillo que se deslizan á lo largo del índice de la mano izquierda introducido en la vagina. Tambien puede hacerse tirando de un hilo (fiador) que se ha fijado atándolo previamente á la bola de uata por una de sus extremidades. Si hay muchos tapones cada uno debe tener un hilo independiente ó venir á atarse todos á un solo hilo, estando atada cada extremidad á una distancia de 15 centímetros de la vecina. Así se evita tirar de los primeros tapones, que son los que están más profundos, inconveniente que se produce frecuentemente cuando cada tapon está provisto de un fiador particular.

[Para obviar este inconveniente nosotros seguimos una práctica muy acertada, cuya procedencia no recordamos en este momento. En el fiador del tapon que se introduce en primer término hacemos un nudo cerca de su extremidad libre, dos al introducido en segundo término, tres al tercero, y así sucesivamente. Cuando haya de retirarse el taponamiento se empieza por tirar del fiador que más nudos tiene, luégo al que tiene uno ménos, y así sucesivamente. Esta práctica nos parece más fácil y de mejor resultado que la propuesta por los autores. — *M. G. de S.J.*

En los casos de hemorragia no se taponan habitualmente más que los fondos de saco, á cuyo efecto se emplean de dos á seis pequeños conos que tenga cada uno un volúmen aproximadamente como el de una nuez de agallas. El primero se introduce empapado en un líquido astringente ó cubierto de un polvo de la misma índole, y debe aplicarse al hocico de tenca, siendo colocados los otros alrededor en los distintos puntos de los fondos de saco vaginales. Es preciso evitar que se produzca una gran distension de las paredes vaginales, ni que se separen los labios del orificio externo del cuello, lo cual tendría muchos inconvenientes aun bajo el punto de vista de la hemorragia. Es conveniente que la parte inferior del canal vaginal quede libre,

porque la tension de esta parte de la vagina fatiga generalmente á la enferma, que no puede orinar y sufre una sensacion desagradable. Un tapon aplicado de esta suerte no puede permanecer colocado más que de doce á veinticuatro horas.

En los casos de flexion y de version del útero se dirige el tapon hácia el punto donde existe el desplazamiento de la matriz á fin de levantarla y dirigirla en sentido opuesto. Pero frecuentemente no se obtiene resultado alguno porque el tapon se reblandece, ademas de que por lo comun empuja al cuello en direccion contraria á la que se desea.

Para evitar todo accidente infeccioso á consecuencia del taponamiento vaginal se ha ensayado recubrir el tapon de una capa de cautchuc. La pared externa del espéculo está cubierta por una lámina de cautchuc que obtura el orificio del instrumento, que es el que se introduce en la vagina. Una vez relleno el instrumento con los tapones de uata, se mantienen éstos colocados en tanto que se retira el espéculo. (O. Wolff. *Zur Prophylaxie des Puerperal Fiebers, Pract. Arzt.* 1878, 409). Empleando la uata bien limpia y fenicada las reglas precedentes son inútiles.

Los tapones formados por vendas ó trozos de tela, algodón y esponjas son á nuestro juicio inferiores á los de uata. Sin embargo, á falta de ésta se puede recurrir á estas sustancias. Las vejigas de cautchuc, frecuentemente usadas todavía en Obstetricia, prestan muy buenos servicios, sobre todo cuando existe el propósito de distender uniformemente los fondos de saco vaginales.

A fin de que las enfermas puedan por sí mismas introducirse el tapon ha imaginado Sims un porta-tapon compuesto de una cápsula oval abierta por su parte superior, en la cual se coloca el tapon. El resorte que permite abrirse á la mitad de la cápsula, cuando se coloca el tapon en su interior no es absolutamente necesario. La cápsula está fija por un tubo metálico dentro del cual corre un tallo provisto de un piston. Introducida la cápsula hasta los fondos de saco la enferma empuja el piston y el tapon sale de la cápsula que lo encierra.

Art. 5.º — Del hierro al rojo y de los cáusticos.

Se puede aplicar el cauterio actual sobre el cuello uterino y principalmente sobre el orificio externo y los puntos vecinos, así como sobre los más elevados de la pared del canal cervical; su aplicacion sobre la mucosa vaginal y los órganos genitales externos ó sobre la mucosa del cuerpo uterino es más rara.

El empleo del hierro al rojo está indicado en los casos de ulceracion epitelial del hocico de tenca, de hiperplasias glandulares y papi-

lares (erosiones) complicadas con un proceso hiperplásico que se extiende hasta las partes profundas de la pared cervical. Este medio de tratamiento está principalmente indicado cuando la porción vaginal está hinchada y blanda, como se ve en los casos de involución incompleta del útero complicados de ectropion y consecutivos á un parto prematuro ó á término.

Si la erosión tiene asiento en un fondo indurado y si los labios son muy duros y resistentes el cauterio actual no dará tan buenos resultados. Algunos profesores le han empleado no obstante, y opinan que de una manera moderada puede constituir un útil excitante.

En los casos de hiperplasia simple de la porción vaginal cuando no hay erosión se ha recomendado recientemente el empleo del hierro al rojo bajo la forma de ignipuntura. No podemos negar que por este medio se obtiene una rápida regresión en los casos en que los tejidos están blandos, como acaece en el puerperio por ejemplo. Pero poseemos otros varios medios que permiten abrigar tan halagüeños resultados como los que ofrece la ignipuntura.

El cauterio actual es un excelente agente cuando se trata de un catarro agudo del cuello con ulceración de la mucosa y secreción profusa.

En fin, el hierro al rojo es de un uso corriente en los casos de cáncer del cuello del útero desde el momento en que aparece una ulceración.

Mediante su empleo se trata de obtener una caída rápida de todas las partes que, de otra suerte, se eliminarían lentamente, y de transformar la herida en una ulceración de buena naturaleza, disminuyendo el olor desagradable, las secreciones pútridas y la hemorragia, fenómenos debidos á la presencia de fungosidades. Según la juiciosa observación de Gusserow, se ahorran á la enferma las hemorragias, las supuraciones prolongadas y se la procura un bienestar relativo durante largo tiempo. En estos casos es conveniente extirpar las masas fungosas y los tejidos gangrenosos con la cucharilla cortante previamente y aplicar en seguida el hierro al rojo. Nosotros no hemos encontrado en el cauterio actual, desgraciadamente, más que un paliativo, debiendo, no obstante, advertir que hemos recurrido á él cuando la gangrena no era muy acentuada, y cuando solamente existía una ligera ulceración con infiltración manifiesta del cuello uterino. Obrando de esta suerte se obtiene una ulceración extensa de marcha muy rápida que probablemente no se produciría más tarde. Por otra parte, en estas circunstancias se puede apelar á operaciones radicales. Si la superficie ulcerosa es muy extensa, no deberá cauterizarse sino las partes que están destinadas á una eliminación próxima y cierta, así como las producciones fungosas, guardándose de introducir muy profundamente el cauterio

en los tejidos sanos ó que estén simplemente infiltrados. Operando de esta suerte, sea con un hierro muy caliente ó sea repitiendo con frecuencia la operacion, podrian cauterizarse vasos sanos, y sería preciso recurrir á otros hemostáticos que al hierro enrojecido. En los casos de cáncer, el cauterio actual deja de estar indicado si la ulceracion se extiende muy profundamente hácia el peritoneo ó hácia la vejiga, á fin de evitar el peligro de abrir la cavidad peritoneal, la vesical ó el intestino recto.

En el carcinoma de la vagina y de los órganos genitales externos se preconiza el empleo del hierro al rojo con el mismo objeto que en los casos en que esta lesion tiene asiento en el cuello uterino.

El cauterio actual está, finalmente, indicado cuando despues de la extirpacion del carcinoma con el cuchillo ó las tijeras hay que destruir los colgajos del neoplasma que hayan sido tallados en la operacion ó cuando hay necesidad de contener una hemorragia rebelde. Esta operacion está perfectamente justificada cuando, en el primer caso, se cree poder ir más léjos sin peligro y cuando, en el segundo caso, el hierro enrojecido permite llenar la indicacion: contener la hemorragia. Tenemos, sin embargo, á nuestra disposicion medios hemostáticos más seguros.

El hierro enrojecido no ha sido aplicado á las lesiones del cuerpo uterino sino de una manera experimental. Sólo Spiegelberg ha aplicado, en los casos de hemorragia uterina, fragmentos de porcelana á elevada temperatura sobre la mucosa del cuerpo del útero, y parece que ha abandonado esta práctica.

El hierro al rojo está contraindicado cuando existe un estado inflamatorio agudo de los anejos de la matriz ó cuando existe una cistitis.

La aplicacion del cauterio actual al cuello uterino provoca una inflamacion que se propaga hácia los órganos vecinos, y sobre todo á la vejiga, produciendo disuria é iscuria. La caida de la escara es generalmente muy lenta cuando no se obra exclusivamente sobre un tumor blando; la eliminacion de la escara va ordinariamente acompañada de una hemorragia ligera, que muy rara vez es violenta, fluyendo al propio tiempo un líquido seroso semejante al caldo, en el cual existen en suspension colgajos negruzcos de la escara, cuyo flujo adquiere más tarde carácter purulento. Ya se trate ó no de una afeccion maligna la curacion es completa generalmente al cabo de cuatro ó seis semanas, siendo muy raro que haya que deplorar accidentes desgraciados. Es excepcional que aparezcan violentos estados de irritacion ó de inflamacion. Sin embargo, será conveniente aconsejar el reposo en la cama durante tres ó cinco días á las enfermas que hayan sufrido una aplicacion, siquiera sea ligera, del hierro al rojo. Señalaremos, no obstante, como consecuencia tardía del empleo del cauterio actual, las este-

nósis y las atresias del canal cervical ó de su orificio externo. Se deberá, por lo tanto, vigilar atentamente esta complicacion, durante el proceso curativo, si se ha profundizado con el cauterio en el conducto cervical ó si se ha operado sobre las partes vecinas á su orificio externo. Por otra parte, es muy raro que sea modificada la mucosa en sus capas profundas, aún despues de una enérgica aplicacion del cauterio actual. Despues de la curacion toma dicha mucosa su aspecto normal.

Cuando se quiere recurrir al cauterio actual, el aparato más simple, más seguro y más cómodo es el hornillo de carbon provisto de un soplete, ó una buena lámpara de alcohol con soporte y un buen arsenal de hierros de forma variada, cuyos aparatos no tienen más inconveniente que el de asustar á las enfermas. Los cauterios provistos de bolas redondas y de mediano volúmen, y los que están provistos de una extremidad puntiaguda ú ovoidea, bastan para el conducto cervical. Es importante proteger las paredes vaginales y los órganos genitales externos, cuyo fin se consigue fácilmente introduciendo ántes de practicar la cauterizacion un espéculo cilíndrico de madera. Sin embargo, este instrumento no permite siempre descubrir toda la parte enferma cuando se trata, por ejemplo, de una gran hipertrofia del labio anterior ó de un carcinoma. Se puede entónces recurrir á las valvas de goma endurecida ó á separadores vaginales de madera ó de goma. Si existe una secrecion profusa á nivel de la parte en que radica la lesion es preciso, ántes de aplicar el hierro, tratar de desecar la pared con una esponja ó con algodón en rama. Una vez aplicado el hierro enrojecido puede llenarse el espéculo cilíndrico con agua fría, ó bien, cuando se emplea un separador, dejar correr el agua sobre la porcion vaginal. Gusserow recomienda el empleo del espéculo de dobles paredes de Mathieu: éste es un espéculo metálico que presenta una pared doble, cuyo intervalo, puesto en comunicacion, mediante un tubo de goma, con un vaso colocado á determinada altura respecto á la en que se halle el espéculo, y, mediante otro tubo, con otra vasija colocada en el suelo, permite que se establezca una corriente de agua fría ó helada ínterin se practica la cauterizacion.

El empleo de los galvano-cáusticos, especialmente las porcelanas á á elevada temperatura, es muy complicado para que adquiriera vulgarizacion en la práctica.

El termo-cauterio de Paquelin es, por el contrario, muy cómodo, ofreciendo además la ventaja sobre los galvano-cauterios de no inutilizarse fácilmente. Puede darse á la extremidad de platino todas las formas deseables: aguja, bola, cuchillo, disco, etc.; su accion es, en verdad, más limitada, pero esta circunstancia más debe ser considerada como ventaja que como inconveniente; la extremidad del instrumento se recubre bien pronto de una capa de tejidos medio carbonizados que

limitan ó atenúan el efecto del hierro enrojecido, inconveniente que se hace desaparecer fácilmente ejerciendo algunas rápidas presiones sobre la pera de cautchuc. En la mayor parte de los casos basta el termo-cauterio.

El empleo de una llama de gas ó de un cilindro de carbon en ignicion no ha prosperado jamás en la práctica.

Cáusticos. — Los cáusticos, salvo el ácido nítrico, de que ya hemos hablado, han sido desde hace algun tiempo abandonados y sustituidos por el cauterio actual. Antes, en los casos de hiperplasia, de ectropion, etc., se empleaban frecuentemente para la cauterizacion del hocico de tenca la potasa ó una mezcla de potasa cáustica y de cal (5 partes de la primera y 4 de la segunda). La accion de los cáusticos es más difícil de limitar que la del cauterio actual, y todos los medios propuestos no bastan á veces para impedir la propagacion de los efectos del cáustico á las partes vecinas. Para aplicar un cáustico, despues de haber puesto al descubierto la porcion vaginal del cuello con ayuda del espéculo cilindrico, se desliza entre el borde del espéculo y el labio inferior del hocico de tenca un semicírculo de uata empapado en vinagre, y llevando fijo el cáustico con un porta-piedra, una pluma de ave ó una pinza, se le pone en contacto con las partes que se quieren cauterizar. Terminada la cauterizacion se llena el espéculo de una débil solucion de vinagre, que se tiene en contacto con la porcion vaginal cauterizada durante un rato.

Se ha recurrido frecuentemente á los cáusticos líquidos, tales como el ácido azótico, el ácido crómico, el ácido sulfúrico, etc. Cuando se empleen éstos deben siempre protegerse las partes vecinas á la en que se va á aplicar mediante una compresa ó una porcion de uata. Para aplicarlos se emplea una varilla de vidrio ó un pincel que se empapa con cuidado en el líquido para evitar que estando muy cargado pueda derramarse el cáustico. Despues de la aplicacion se retira la compresa ó la uata y con ella el exceso de líquido cáustico, poniendo despues una inyeccion alcalina cuando es necesario.

Routh ha recomendado recientemente en el cáncer del cuello del útero el alcohol bromado (1 parte de bromo y 10 de alcohol), colocando sobre la superficie ulcerada un pequeño trozo de tela empapado en dicha solucion, ó introduciéndole en la cavidad del cuello si la ulceracion se extiende al conducto cervical. Por medio de tapones empapados en una fuerte disolucion de bicarbonato de sosa se mantiene fijo el trozo de tela y se protegen las partes vecinas contra la accion del cáustico, renovando la cura cada veinticuatro ó cada cuarenta y ocho horas. Para proteger las vías respiratorias del profesor contra los vapores del bromo se recurre á una esponja empapada en una solucion de bicarbonato de sosa. Schroeder es partidario de esta práctica, sobre todo

cuando hay necesidad de destruir las bridas de un tumor despues de una operacion cruenta ó despues de la aplicacion del cauterio actual. Es preciso, no obstante, obrar con sumo cuidado, porque si la ulceracion es muy profunda la accion del cáustico puede alcanzar al peritoneo ó á la vejiga. En un caso se ha visto sobrevenir una peritonítis mortal.

Gusserow. *Die Neubildungen des Uterus*. Stuttgart, 1878, pág. 208.

Spiegelberg. *Ueber intrauterine Behandlung*. *Volkman's Klin. Vorträge*, núm. 24.

Routh. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, 1867, t. VIII, pág. 290.

Schroeder. *Sitzungsberichte der physik. med. Soc. zu Erlangen*, 23 de Junio de 1873.

Véase tambien:

Henneberg. *Ueber die Behandlung des Carcinoms des Cervix uteri mit Alcohol Bromsolution*. Tesis inaugural. Erlangen, 1874.

Art. 7.º — De la sangría local.

Hubo un tiempo en que todos los médicos, en todas las afecciones dolorosas de apariencia ó de naturaleza inflamatoria, aplicaban sanguijuelas ó ventosas sobre los puntos dolorosos. La region de la laringe, las partes laterales del tórax, las regiones precordial, lumbar, etc., gozaban el privilegio de esta operacion. Los cirujanos habían adoptado esta práctica, y las regiones periarticulares y la columna vertebral constituían los lugares preferidos de eleccion para aplicar sanguijuelas. Las mismas encías no fueron exceptuadas. En Ginecología predominaron doctrinas tan erróneas, y hubo un tiempo en que las sanguijuelas, aplicadas á la porcion vaginal del cuello, constituían la primera y la última palabra en el tratamiento de las afecciones del aparato sexual.

En todas las ramas de la Medicina las indicaciones de la sangría local han llegado á ser muy restringidas. El abandono de esta práctica débese sobre todo hoy á que el profesor rehusa extraer una cantidad de sangre, por pequeña que sea, á una enferma que parezca ó esté realmente anémica ó que presente al ménos los signos de un cierto estado de debilidad. Esta razon no debería, sin embargo, tener gran importancia: si por la sangría se obtuviera una mejoría manifiesta duradera, ó tal vez la curacion, las ventajas serían muy superiores al mal. Si con una sangría de 30 á 100 gramos se lograra en una semana desembarazar á la enferma de violentos dolores ó curar una afeccion inflamatoria del útero ó una pelvi-peritonítis, es fuerza confesar que aqué-

lla podría sin dificultad soportar esta pérdida de sangre y que ésta se subsanaría bien pronto.

Si se ha abandonado el empleo de la sangría es porque una observación más detenida de los hechos, nuestros conocimientos más exactos sobre el origen y la marcha de las enfermedades nos han demostrado cuán medianos eran los efectos de esta operación. Por otra parte, nosotros hemos obtenido excelentes resultados del empleo de otros procedimientos, tales como la aplicación de vejigas de hielo, el uso del opio y del cloral, una posición conveniente, etc.

Se emplea la sangría local para luchar contra los dolores ligados á una fuerte hiperemia del útero con sensación dolorosa de pesantez y dolor pelviano. Está indicada en los casos de dolores que se presentan al final de cada período intercalar ó que se prolongan después de una menstruación débil; en los casos de sensibilidad á la presión sobre el útero; cuando existen dolores provocados por las tentativas de movilización, sensibilidad á la presión sobre las regiones lumbar y ovárica, y, finalmente, cuando la mucosa cervical turgente presenta un color rojo intenso ó lívido.

No recomendamos el empleo de la sangría local sobre los órganos genitales internos en los estados inflamatorios agudos de los anejos del útero ó del peritoneo.

En cuanto á la sangría local practicada sobre la mucosa vaginal, se ha recomendado hacerla sobre la pared anterior de la vagina cuando existen fuertes dolores á la presión producidos por una cistitis ó por un catarro de la vejiga.

Las sangrías locales sobre la porción vaginal se practican por medio de escarificaciones ó de aplicaciones de sanguijuelas: el cuello debe estar puesto al descubierto previamente por medio del espéculo cilíndrico, que es seguramente el mejor instrumento cuando se recurre á las sanguijuelas. Oprimiendo el espéculo sobre los fondos de saco se evita que alguno de los anélidos se deslice entre las paredes del instrumento y la mucosa de la vagina. Es todavía más sensible que se introduzca en la cavidad de la matriz una sanguijuela, accidente que determina cólicos uterinos muy penosos. Scanzoni recomienda no dejar más que el labio anterior del cuello en el campo del espéculo; pero esto no puede lograrse sino en los casos de hipertrofia considerable, en los cuales la forma es apropiada para obtener una oclusión perfecta.

Weber recomienda que se mantengan las sanguijuelas sujetas por medio de un hilo atado á su extremidad caudal. También se puede á veces obturar el orificio externo del cuello por medio de un pequeño cono de hilas ó de uata. De una manera general debe ejercerse una esmerada vigilancia en tanto que las sanguijuelas no hayan agarrado

bien, impidiendo con una pinza que estos animales marchen en una direccion determinada ó se escapen.

Habitualmente, 3 á 4 sanguijuelas bastan para obtener 80 gramos de sangre, teniendo en cuenta la hemorragia consecutiva, que sólo procuraremos detener en el caso de que se hayan perdido más de 100 gramos de sangre. Si se tapona la vagina despues de la aplicacion de sanguijuelas, se provoca con facilidad suma un estado inflamatorio que anula el resultado obtenido. Si la hemorragia fuera muy considerable se procuraría contenerla con fragmentos de uata aplicados sobre los puntos que dieran sangre, y si este medio fuera insuficiente se aplicaría un punto de sutura con una aguja é hilo. Este medio debe tambien ser recomendado cuando, voluntaria-
mente ó por accidente, se ha fijado una sanguijuela sobre la pared vaginal y provocado una hemorragia consecutiva de consideracion.

Como accidentes que pueden ocurrir consecutivamente á la aplicacion de sanguijuelas al cuello de la matriz citaremos los cólicos uterinos, de los cuales se triunfa con una enema laudanizada. Scanzoni cita tambien la aparicion de fenómenos reflejos penosos, tales como convulsiones, vómitos, alucinaciones, los cuales se observan tambien á veces en las mujeres histéricas á consecuencia de un simple exámen; habiéndose observado ademas en alguna ocasion un eritema parecido á la urticaria. En suma, no se observan accidentes durables ni importantes á consecuencia de la aplicacion de sanguijuelas al cuello uterino.

El otro procedimiento para practicar la sangría local en el cuello de la matriz está constituido por la escarificacion, que se lleva á cabo con un cuchillo montado sobre un mango largo, practicando incisiones sobre los labios del cuello. A veces, en los casos de fuerte hiperemia ó cuando se secciona una vena dilatada, sobreviene una hemorragia; pero generalmente para obtener una cantidad de sangre suficiente se deben hacer numerosas y profundas incisiones. No hay más exposicion á las fuertes hemorragias secundarias si se hacen profundas incisiones que si se aplican sanguijuelas. Por lo demas, las incisiones profundas curan algunas veces muy lentamente.

Kristeller preconiza la acupuntura, que practica haciendo picaduras en los labios del cuello de la matriz con una aguja de catarata; se

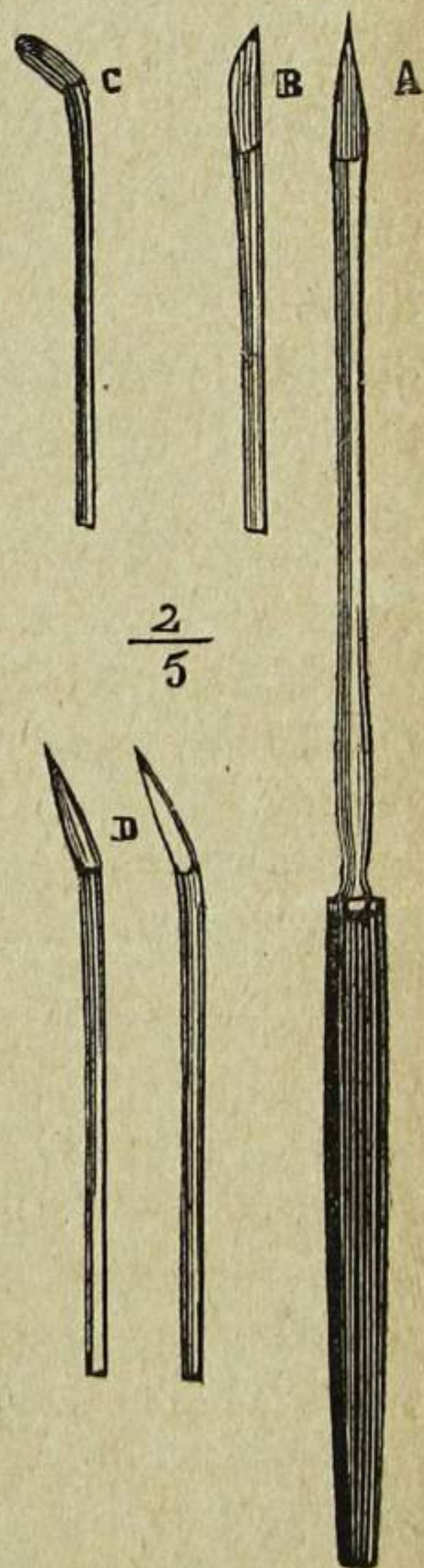


Fig. 72.

obtiene frecuentemente una fuerte hemorragia; sin embargo, nosotros, apoyándonos en multitud de tentativas, damos la preferencia á la acupuntura sobre las escarificaciones.

En las jóvenes, en los casos en que hayan sobrevenido accidentes despues de la aplicacion de sanguijuelas al cuello, en las personas que rechacen el empleo del espéculo y la larga duracion del acto operatorio, pueden aplicarse las sanguijuelas al periné ó al ano. Para terminar diremos que debe evitarse el empleo de gran cantidad de sanguijuelas, porque no es raro observar hemorragias intensas. Comunmente bastan 3 sanguijuelas, siendo excepcional que haya necesidad de emplear 5 ó 6.

Toda enferma que ha sufrido una sangría local del aparato genital debe guardar cama por espacio de veinticuatro horas, evitando así que se anulen las ventajas obtenidas por la deplecion de los vasos.

Se ha propuesto tambien el empleo de las sanguijuelas al útero con el fin de modificar las condiciones de circulacion en este órgano. Pero disponemos de otros métodos mucho más cómodos que nos permiten obtener los mismos resultados, tanto que la aplicacion de sanguijuelas al cuello uterino está hoy casi completamente abandonada.

Sobre la sangría local y sobre los accidentes que pueden resultar, etc., véanse:

Scanzoni. *Wurzbürger med. Zeitschrift*, 1860, cuad. I; *Die chronische Metritis*, 1863, pág. 237; *Lehrbuch der Krankheiten der Weibes sexualorg.*, 1873, pág. 43.

Schroeder (*Handbuch der Krankheiten der weibl., Geschlechtsorgane*, 1879, pág. 98) es todavía partidario de la sangría local en la metritis crónica (1).

Léopold ha dado cuenta recientemente de la observacion de un caso en el cual tuvo ocasion de apreciar, á consecuencia de una aplicacion de sanguijuelas al cuello de la matriz, una erupcion análoga á la urticaria (*Archiv. für Gynäkolog.*, t. VIII, pág. 560).

Se encontrará en el *Wiener Med. Vochenschrift*, 1861, núm. 43, la recomendacion hecha por Weber de pasar un hilo á traves de la cola de las sanguijuelas.

Las escarificaciones especiales han sido imaginadas por Scanzoni y por Cárlos Mayer.

Kristeller (*Monatsschr. für Geb.*, t. XXXIII, pág. 812) recomienda la acupuntura con una aguja de catarata.

Spiegelberg ha ideado una aguja especial (*Arch. für Gynäk.*, t. I, pág. 48).

Se encontrará en Leblond (*Traité élémentaire de chirurg. gynéc.*, 1878, pág. 127) una figura representando un escarificador.

(1) Desgraciadamente para la Ciencia el Dr. Schroeder, distinguidísimo catedrático de la Universidad de Berlin, ha dejado de existir recientemente.

Art. 8.º — Del vendaje abdominal.

Se puede aplicar un vendaje sobre toda la pared abdominal, ó bien solamente sobre una de sus partes y generalmente sobre la region umbilical. La aplicacion de un vendaje permite obrar sobre un punto limitado del abdómen.

El vendaje abdominal debe ser colocado de la manera siguiente: conociendo la distancia que separa el pubis de la extremidad inferior del esternon se corta un trozo de tela de esta anchura y de una longitud 10 ó 20 centímetros mayor que la circunferencia del vientre, añadiendo el espesor de una capa de uata. Se recubre el abdómen con esta capa, que será más gruesa sobre los hipocondrios á fin de que el vendaje pueda aplicarse por igual. Cuando se debe ejercer una mayor presion sobre una region determinada, la suprapubiana por ejemplo, se añaden en este sitio nuevas capas de uata. Aplicada una de las extremidades del vendaje á la region lumbar se lleva la otra extremidad á la misma rodeando el tronco y luégo hácia adelante tirando fuertemente de ella, y aplicándola sobre la primera vuelta se fija con alfileres resistentes.

Tal es el vendaje seco; si se quiere aplicar el vendaje húmedo se emplean dos ó tres servilletas aplicadas como las capas de algodón en el caso precedente, despues de haberlas empapado en agua, aplicándolas exactamente la una sobre la otra, colocando encima un delgado trozo de cautchuc impermeable; se desliza todo el aparato por debajo de la region lumbar, trayendo en seguida sobre la pared abdominal anterior las extremidades de cada servilleta, que se fijan separadamente la una sobre la otra, introduciendo uata á nivel de los hipocondrios y de la region costal si hubiera defecto de proporcion entre la cintura y las caderas. Finalmente, las extremidades de la hoja de cautchuc se fijan la una sobre la otra á beneficio de alfileres fuertes, como dejamos descrito más arriba.

Estos vendajes sostienen la pared abdominal, cuyos movimientos quedan limitados. La presion abdominal aumenta y se ve disminuir la extension de sus variaciones cuando la mujer ejecuta algun movimiento, cuando se levanta, cuando se acuesta, así sobre un lado como sobre el otro, cuando respira, tose, estornuda, ríe, vomita, etc. Estos apósitos pueden disminuir la intensidad de las hemorragias de la cavidad abdominal y áun impedir las. En una palabra, permiten inmovilizar las vísceras de la cavidad abdominal, ó por lo ménos limitar sus movimientos, cuyos resultados prestan útiles servicios, principalmente en los casos de irritacion y en los procesos inflamatorios que

tienen asiento en la cavidad abdominal, en el peritoneo ó en los órganos vecinos de esta serosa.

La compresion constituye un método de tratamiento que no debe desdeñarse. Desde el principio de las peritonitis, así difusas como circunscritas, hemos recurrido nosotros al empleo de estos vendajes, no habiendo observado las enormes timpanizaciones con que ántes habíamos luchado. Ahora bien; ¿la compresion de la pared abdominal anterior no eleva el diafragma y no dificulta los movimientos respiratorios?... Nada de esto; la mayor parte de las enfermas, despues de la aplicacion del vendaje experimentan una sensacion de bienestar debida principalmente á que los dolores que sufrían á cada movimiento y á cada inspiracion están sensiblemente disminuidos. La aplicacion del vendaje abdominal exige ciertos cuidados y cierta maestría, no debiendo confiarse sino á enfermeras muy cuidadosas. Es preciso, ante todo, tratar de hacer una compresion uniforme, y una vez cumplida esta condicion se aumentará ó disminuirá el grado de compresion, segun los casos. Una compresion demasiado fuerte puede provocar la formacion de trombosis á consecuencia de los obstáculos ocasionados á la circulacion en la cavidad abdominal y en los miembros inferiores. Se cuidará principalmente de que el borde inferior del vendaje no se deslice muy abajo y no ejerza, estando muy apretado, compresion sobre la safena. El vendaje prestará muy buenos servicios despues de las grandes operaciones que ocasionan una gran disminucion de volumen de la cavidad abdominal, despues de la ovariectomía, de la paracentesis por ejemplo, siendo igualmente útil despues del parto.

La aplicacion del vendaje húmedo permite ademas obtener otro resultado: la pared abdominal, á consecuencia del rápido calor producido, se encuentra como si estuviera rodeada de una cataplasma. Está en un baño de vapor y la piel se reblandece; se hiperemia, apareciendo un eritema y vesículas si se prolonga la aplicacion del vendaje. En los casos de inflamacion aguda y crónica de los órganos abdominales y pelvianos prestan buen servicio los vendajes de que nos ocupamos. Si las enfermas no reaccionan pronto, si experimentan la sensacion desagradable del frío húmedo, es preciso exprimir fuertemente la tela del vendaje, rodear éste, despues de aplicado, con franela, colocar botellas de agua caliente á los costados y cambiar pocas veces el apósito. Se aplicará el vendaje cuando la enferma esté ya acostada desde un día ántes y haya entrado en reaccion.

En otros casos se moja el vendaje y se cambia frecuentemente. Puede tambien colocarse sobre el punto dolorido una vejiga llena de hielo. Para humedecer las vendas es preciso cambiar todo el aparato, lo que no puede aconsejarse en las afecciones agudas acompañadas de vivos dolores, en cuyos casos debe evitarse todo movimiento. Bastará

entonces aplicar las compresas una encima de otra sobre la pared abdominal anterior y humedecerlas luego con una esponja ó introduciéndolas en el agua.

Los vendajes precedentes no pueden ser aplicados sino cuando la enferma esté acostada.

En muchas enfermas es preciso dar un punto de apoyo á los músculos del vientre en la estacion vertical, ya sea porque la pared abdominal tenga que sorportar un peso considerable (útero grávido, tumor), sea porque los músculos del vientre mal nutridos sean blandos y no ofrezcan resistencia suficiente. Es preciso entonces recurrir á vendajes especiales que generalmente no rodean todo el vientre, sino solamente la parte inferior y la zona subumbilical de la pared abdominal.

Se encuentran en todos los almacenes de instrumentos y aparatos estos vendajes, cuya forma varía hasta lo infinito. Su anchura permite comunmente cubrir toda la region que va desde el pubis al ombligo, sobre poco más ó ménos. Su borde inferior (pubiano) está frecuentemente cortado en forma de corazon y están hechos de tela de hilo, de algodón ó de franela, siendo algunas veces de cautchuc. Para obtener la forma necesaria se colocan ordinariamente en su espesor ballenas dirigidas en sentido vertical; pero estas ballenas ejercen por lo comun una presion desagradable para la mujer. Muchos de estos vendajes están provistos en una de sus extremidades de cintas elásticas que se abrochan á la extremidad opuesta por medio de hebillas, colocándose el cabo á que van adheridas sobre la columna vertebral. En otros vendajes las extremidades se cruzan sobre la columna vertebral, viniendo despues á colocarse sobre la pared anterior, donde se abrochan por medio de hebillas.

Nos parece inútil repetir que á consecuencia de las diferencias que existen entre las dimensiones del abdómen y la distancia que separa las caderas, segun los sujetos, aun en estado normal, es preciso modificar hasta el infinito la forma y las dimensiones de estos vendajes. Estas modificaciones serán todavía más marcadas si existen ciertos estados patológicos ó funcionales, tales como una distension considerable del abdómen por la existencia de tumores ó de un embarazo, ó por un estado de flacidez extrema de las paredes abdominales. Si se quiere obtener alguna ventaja del empleo de estos vendajes es preciso tener en cuenta todos estos detalles.

Ante todo debe cuidarse conocer con exactitud las sensaciones experimentadas por las enfermas. Se experimentará tal ó cual forma de vendaje, en el cual se introducirán aquellas pequeñas modificaciones que una mujer inteligente reclamará siempre por sí misma. Con un buen vendaje se obtienen á veces resultados muy manifiestos, y cono-

ce mos nosotros mujeres que de esta suerte se han visto libres completamente de penosos dolores que agravaba cada movimiento. Pero también, es preciso decirlo, muy frecuentemente aumenta el sufrimiento de algunas enfermas el empleo intempestivo del vendaje abdominal. Sin duda alguna este método de tratamiento es muy racional, pero su aplicación práctica es tan delicada á consecuencia de las numerosas modificaciones que hay necesidad de llevar á cabo, que no siempre se obtiene buen resultado. Muy frecuentemente el vendaje se desliza hácia arriba, inconveniente que se obvia mediante la colocacion de *bajo-nalgas*, constituidos preferentemente por tubos de cautchuc que, pasando bajo los muslos, se fijan al vendaje por sus extremidades, así por delante como por detrás. En las mujeres cuyas caderas son poco pronunciadas y descarnadas se debe hacer uso de tirantes para evitar que el vendaje se deslice hácia abajo. Si se propone el profesor ejercer una presión especial sobre las partes situadas por en cima del pubis, es pre-

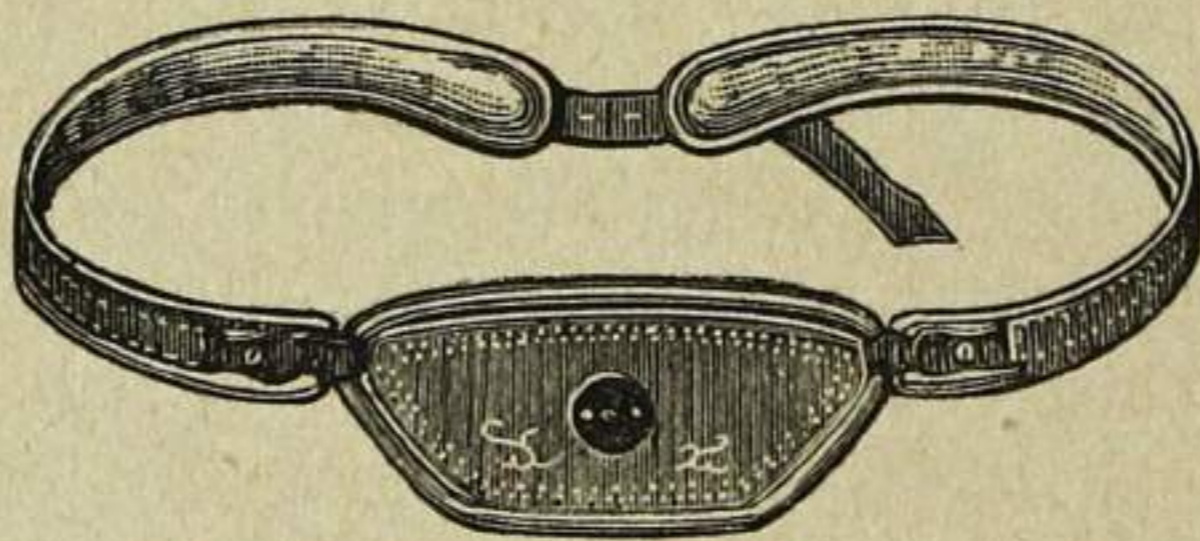


Fig. 73.

ciso emplear una pelota constituida por una almohadilla de cautchuc inflada de aire y colocada sobre la cara interna del vendaje. Los médicos han dispensado buena acogida á los aparatos que ejercen una presión especial sobre la region hipogástrica, á los cinturones hipogástricos (*fig. 73*). Están formados por un disco metálico que por la cara que corresponde á la pared abdominal lleva una almohadilla de crin de caballo y cubierta de cuero. Se coloca la almohadilla sobre la pared abdominal por encima del pubis y se la fija por medio de un cinturón de resorte metálico que rodea las caderas y pasa bajo las crestas ilíacas. Gracias á un tornillo la pelota puede ser dirigida en diversas direcciones, disposicion que permite ejercer una presión más ó menos fuerte de abajo arriba, contrabalanceando hasta cierto punto el peso de las vísceras que comprimen los órganos pelvianos y el útero. No es posible precisar las indicaciones de estos aparatos, sin embargo de ser incontestable la necesidad de su empleo. En este sentido es preciso interrogar á la experiencia. Los casos más favorables son los de anteversion ó flexion con aumento de volúmen del cuerpo uterino, aquellos en que aún cuando la matriz ocupe su posición normal esté au-

mentada de volúmen y cuando las enfermas experimentan una penosa sensacion de pesantez. Nosotros hemos visto enfermas que despues de haber recurrido en vano á los consejos de ginecólogos eminentes, han acudido á aparatistas que les han aplicado un cinturon, despues de lo cual han podido ejecutar movimientos y esfuerzos que ántes estaban en imposibilidad de ejecutar. Aquí, como en otras ocasiones, el profesor hace la causa del charlatanismo; porque, ya por ignorancia del método de tratamiento, ya por mediana confianza en sí propio, descuida recurrir en estos casos á lo más elemental de la práctica, á los medios que han sido preconizados apoyándose sobre sólidos razonamientos, y estando admitido que dichos medios no pueden ser perjudiciales.

Art. 9.º — De la fecundacion artificial.

La fecundacion artificial es una operacion que tiene por objeto introducir el esperma en el útero de una manera artificial con ayuda de instrumentos. Los conocimientos que poseemos hoy sobre la patogenia de la esterilidad nos permiten afirmar que este método de tratamiento está muy rara vez indicado.

De las investigaciones más precisas resulta que muy frecuentemente en los matrimonios estériles es preciso buscar en el hombre la causa de la esterilidad. Ya Sims había llamado la atencion sobre este punto, y los documentos recientemente publicados por Kehrer no dejan duda sobre este hecho; el esperma no contiene espermatozoos ó están mal conformados, ya á consecuencia de un defecto de desarrollo, como acaece en los casos de ectopia testicular, ya á consecuencia de enfermedades de estas glándulas, especialmente la orquítis, blenorragia, sífilis. La impotencia en el hombre es tambien causa de esterilidad.

En la mujer es preciso investigar la causa de la esterilidad en las anomalías más diversas. La hiperestesia de la vulva, el vaginismo, la presencia de un hímen imperforado ó muy resistente, los tumores, etcétera, pueden impedir el cumplimiento del coito. El sémen eyaculado en este acto puede despues de él ser rechazado hácia afuera en las personas nerviosas por movimientos reflejos de la túnica muscular de la vagina y por esfuerzos. El peso, el volúmen, los cambios de forma del hocico de tenca, la extension del orificio externo del conducto cervical, las flexiones del cuello y más rara vez las del cuerpo pueden oponer un obstáculo á la introduccion del esperma, pudiendo tambien ocasionar dificultades para que se verifiquen las anomalías de posicion del cuello. La extremidad del glande no corresponde durante el coito al orificio externo, sino á un fondo de saco vaginal que en la retroversion

está situado hácia atras, en la anteversion hácia adelante y en la latero-version al lado opuesto, hácia el cual se dirige el cuello (Pajot).

Es preciso, sobre todo, no olvidar que la secrecion vaginal posee una propiedad nociva sobre la vida de los espermatozoos, ocurriendo lo mismo con las secreciones del cuello y del cuerpo de la matriz, que ejercen una accion deletérea sobre dichos seres. Citaremos ademas, entre las causas de esterilidad, las numerosas anomalías de las trompas, del ovario y de los puntos vecinos. Aun cuando el óvulo sea normal y esté regularizada la ovulacion el huevo puede no llegar á la cavidad uterina á consecuencia del enclavamiento de los ovarios en una masa de exudado, ó á consecuencia de la obliteracion del pabellon de las trompas, de su flexion, de un catarro de que sean asiento, etc.

En un gran número de estas anomalías, cuyo resultado final es la esterilidad, en las que residen en las trompas y los ovarios por ejemplo, toda intervencion es inútil y no está justificada sino en algunos casos excesivamente raros. Luégo que hayamos examinado con el mayor cuidado toda mujer que se nos presente afectada de esterilidad; despues que no hayamos descuidado nada de cuanto sea necesario, sirviéndonos del cloroformo para practicar nuestro exámen, muy frecuentemente habremos encontrado estas alteraciones.

Nosotros podemos triunfar de otras causas de esterilidad, ó por lo ménos atenuar sus efectos; tales son, por ejemplo, los estados patológicos de la vulva que pueden oponer obstáculos al poder fecundante del coito. Por una intervencion operatoria se pueden hacer desaparecer las anomalías de volúmen y de forma del hocico de tenca, como la prolongacion cónica y la estenosis del orificio externo.

Si la estenosis es más elevada en el conducto cervical es preciso apelar á la dilatacion, y aun en los casos de estenosis debida á una flexion puede obtenerse un resultado temporal que haga posible la concepcion aplicando un pesario intrauterino. En los casos de retroversion con formacion de un fondo de saco vaginal posterior la enferma debe, segun Pajot, sufrir el taponamiento vaginal muchos días ántes del coito; en los casos de anteversion debe estar el mayor tiempo posible sin orinar, y en los de latero-version debe practicar el coito estando echada sobre el lado hácia el cual esté inclinado el cuello. Tambien de los pesarios puede obtenerse algun resultado en este sentido. Se puede, en fin, recurrir á ciertos medios empíricos, sobre todo cuando la forma y la situacion del útero están modificadas: se podrá, por ejemplo, en ciertos casos recomendar á la mujer que practique el coito en posicion genu-pectoral ó en una posicion análoga. Se debe tambien tratar de que desaparezca la secrecion anormal de la mucosa de la vagina, del cuello ó del cuerpo por los medios apropiados.

La fecundacion artificial está indicada sólo en un corto número de

casos. Citemos en primer término las estenosis, sobre todo cuando son debidas á una flexion de la parte superior del canal cervical. Hausmann recomienda recurrir á dicha operacion cuando hallándose vivos los espermatozoides despues de haber penetrado en la parte inferior del cuello no pueden franquear el orificio interno, debiendo entonces intentarse esta operacion ántes de recurrir á ningun tratamiento ortopédico, porque en este caso se trata simplemente de hacer pasar el esperma por encima de una parte del canal cervical.

Si se trata de uno de esos casos en los cuales el esperma no penetra en el cuello á causa de una estenosis del orificio externo, de una anomalia de conformacion, de volúmen, de situacion ó de direccion del hocico de tenca, la fecundacion artificial no está indicada sino cuando todos los demas medios han sido empleados sin éxito y no permiten esperar ningun otro resultado. Si la esterilidad es debida á la accion especial de la secrecion de productos segregados por la mucosa cervical sobre los espermatozoides, es preciso llevar el esperma á traves de todo el conducto cervical, pudiendo utilizarse el esperma eyaculado en la vagina durante el coito, porque el licor seminal no se altera tan rápidamente.

Las indicaciones de la fecundacion artificial son muy poco numerosas. Ademas, fuerza es confesarlo, todo médico experimentará cierto sentimiento de repugnancia cuando tenga que apelar á este procedimiento.

Es un sentimiento seguramente muy justificado. Pero no debemos olvidar que por otro lado existen razones de gran valor que deben hacernos olvidar este lado sombrío del cuadro. La dicha de un matrimonio depende muy frecuentemente de su fecundidad y las personas que vienen á demandar nuestro concurso son precisamente de las que pueden hacer del niño un hombre que será útil á la sociedad. Estas consideraciones sociales tienen generalmente tal importancia que se imponen al médico y le obligan á soportar las condiciones desagradables de la operacion.

Un argumento más serio puede obtenerse de la extremada incertidumbre de los resultados. Aun en los casos en que la operacion parezca más indicada no puede afirmarse que no exista alguna otra causa de esterilidad. Por otra parte, puede todavía llegarse á pensar que si en las mujeres sometidas á la fecundacion artificial sobreviene el embarazo, acaso éste no pueda llegar á su término. Estas creencias son en verdad fundadas, porque las anomalías que provocan la esterilidad están habitualmente consideradas como causas de aborto.

La fecundacion artificial, en lo que nosotros podemos juzgar apoyándonos en la opinion de autores dignos de fe, da resultados deplorables. Sims, que está bien familiarizado con la cuestion, no ha podido

obtener más que un solo éxito. Hasta el presente es cierto que esta pequeña operación no ha sido empleada sino en casos muy complicados después del empleo inútil de todos los demás medios de tratamiento. Desde que los trabajos de Haussmann nos han hecho conocer recientemente la influencia perniciosa y relativamente rápida del mucus vaginal sobre los espermatozoides, así como los inconvenientes que resultan de las manipulaciones á que es preciso someter el esperma durante la operación, los malos resultados referidos son perfectamente comprensibles. Los espermatozoos mueren fácilmente cuando se recogen con la jeringa, porque la cabeza se separa fácilmente de la cola, por ejemplo.

El manual operatorio de la fecundación artificial varía mucho. Sims emplea una jeringa de cristal que mantiene á la temperatura de la sangre. Poco tiempo después del coito, estando la mujer echada en decúbito lateral, recoge con dicho instrumento el esperma vertido en la vagina é introduce la cánula en el conducto cervical á una profundidad de 3 á 4 centímetros. El pistón está provisto de una tuerca que permite medir exactamente la cantidad de líquido inyectado. Inyecta así tres á cuatro gotas de licor seminal en la cavidad uterina, cantidad que, según Sims, es muy elevada, porque basta una y aún media gota. Haussmann no se ocupa sino de la introducción en la cavidad uterina del esperma que se encuentra ya en la parte inferior del canal cervical. En estos casos la causa de la esterilidad es una estenosis ó una flexión del segmento superior, siendo preciso que el esperma pase del punto en que radica la estrechez. La jeringa de Braun está muy recomendada por este autor, que añade á este instrumento una cánula flexible ó un instrumento especial, el espermatoforo, sonda fuerte y flexible provista de dos ojos cortos y redondos. Con este instrumento introduce en la cavidad de la matriz los espermatozoarios que han quedado sobre la mucosa del canal cervical, siendo irracional, según Haussmann, emplear el sémen eyaculado en la vagina.

El momento de elección para practicar la fecundación artificial es inmediatamente después de la cesación de las reglas. Si el esperma está depositado en la parte inferior de la cavidad del cuello debe recurrirse al método de Haussmann. En otro caso el marido debe suministrar él mismo el esperma fresco. Courty recomienda al hombre emplear durante el coito un condón, colocado de tal suerte que el pene no esté completamente introducido en él; de esta suerte queda al extremo de la cubierta un pequeño fondo de saco vacío, donde se deposita el esperma, que será inmediatamente utilizado.

No debemos olvidar que esta operación ha sido seguida en algunos casos de accidentes desagradables y aún peligrosos, tales como la parametritis y perimetritis. No sabríamos decir si es preciso acusar aquí

á una aplicacion defectuosa ó insuficiente del método antiséptico. Sin embargo, es probable que en la génesis de estos accidentes jueguen un papel muy importante las maniobras empleadas, el traumatismo que resulta, las erosiones de la mucosa ó las pequeñas hemorragias que se producen á consecuencia de esta operacion.

Sims ha sido el primero que ha practicado la fecundacion artificial. Este autor ha referido las experiencias de Spallanzani y de Rossi, que inyectando esperma de perro en la vagina de una perra vieron producirse la concepcion. Cita tambien á Harley, que intentó la operacion sin éxito en la mujer. Otros muchos autores han seguido el método de Sims, pero hoy los resultados son poco conocidos ó al ménos no se han publicado, de donde creemos poder deducir que sólo muy rara vez ha debido llenarse el objeto que el operador se propone en este caso. Esta operacion no es racional sino en los casos en que la esterilidad es debida á alteraciones anatómicas, en los cuales ha sido infructuosa la aplicacion de los demas medios, ensayándose éste como última tentativa. Es preciso tambien tener en cuenta los defectos del manual operatorio, olvido que se encuentra siempre en las operaciones de origen reciente. Schenk ha publicado recientemente un trabajo sobre la fecundacion artificial en los animales: *Das Säugethierei, künstlich befruchtet ausserhalb des Mutterthiers, Mittheilungen aus dem Wienerzool. Institut., Heft II. Vienna, 1878.*

Para la esterilidad del hombre, la impotencia, etc., véase Sims.

Kehrer. *Beiträge zur Klinich u. experiment. Geburtsh. u. Gynäkolog., t. II, pág. 76. Giessen, 1879.*

Entre las numerosas obras sobre la esterilidad y su tratamiento citaremos las siguientes:

Scanzoni. *Sims, Lehre von der Sterilitaet, Scanzoni's Beiträge, t. VII. Wurzburg, 1870.*

Chrobak. *Ueber weibliche Sterilitaet, und deren Behandlung, Wiener Med. Presse, 1876, núm. 1, 12.*

Pajot. *Des fausses routes vaginales, Bulletin général de thérapeutique, méd. et chirurg., 1879, pág. 160.*

Arthur Edis (*Lancet*, I, pág. 11, 1877) recomienda en los casos de esterilidad con retroflexion del útero, practicar la reduccion, colocar un pesario y practicar en seguida el coito en estas condiciones.

Levy. *Mikroskop und Sterilitaet. Munchen, 1879.*

Rheinstaedter. *Ueber Sterilitaet, Deutsche med. Wochenschrift, 1879, números 18, 26 y 27.*

Hausmann. *Ueber das Verhalten der Samenfaeden in den Geschlechtsorganen des Weibes. Berlin, 1879.* Este es un buen trabajo, que da á conocer datos muy importantes y exactos referentes á la influencia de las secreciones vaginales sobre los espermatozoides y á la influencia perniciosa de las estrecheces del conducto cervical.

Mayrhofar. *Von der Unfruchtbarkeit des Weibes. Handbuch der Frauenkrankheiten, red. von Billrot, t. II. Stuttgart, 1878.*

Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, segunda edicion. Paris, 1872, pág. 1.165.

Eustache (*Contribution à l'étude et au traitement de la stérilité chez la femme*, *Annales de Gynécologie*, t. III, pág. 805) preconiza un método original de tratamiento contra la esterilidad.

Leblond. *Traité élément. de chirurgie gynécologique*. Paris, 1878, pág. 305.

Art. 10. — Inyecciones submucosas é intersticiales.

Se ha intentado con diferentes objetos practicar con ayuda de la jeringuilla de Pravaz ó de cualquier jeringa análoga inyecciones en el tejido submucoso de la vagina, en la pared del cuello y aún en el mismo cuerpo del útero. El propósito, al obrar así, es producir la involucion de la porcion vaginal simplemente hipertrofiada ú obtener el retorno al estado normal en los casos de hinchazon del cuerpo ó del cuello del útero. Se ha intentado sobre todo luchar contra las hemorragias ligadas á estos estados, eligiendo la ergotina como líquido de inyeccion. Desde que Hildebrand ha empleado las inyecciones de ergotina en el tratamiento de los fibromas se ha creido que se obraría aún más enérgicamente si se pusiera el medicamento en contacto directo con el órgano enfermo, y que sería posible inyectar tambien la tintura de iodo en las paredes del cuerpo ó en el tumor mismo. En los casos de tumores malignos se ha propuesto, inyectando un líquido cáustico en el punto de insercion del tumor, provocar su mortificacion y su eliminacion.

Nosotros hemos practicado inyecciones de tintura de iodo en exudados debidos á la para y á la perimetritis, en los engrosamientos ligamentosos y en los ovarios comprimidos por masas de exudado compactas, con el fin de obtener la reabsorcion de los productos.

Finalmente, se ha intentado luchar contra determinados síntomas, como, por ejemplo, el dolor, con las inyecciones narcóticas, tales como la morfina y la atropina.

Las observaciones y las comunicaciones hechas á este respecto no son tan numerosas que permitan precisar las indicaciones de la operacion. En los estados crónicos del útero pueden obtenerse resultados suficientes y aún éxitos más completos con otros métodos de tratamiento. En los casos de fibromas los resultados obtenidos por nosotros y los alcanzados por otros autores no son bastante numerosos para que se pueda recomendar especialmente esta operacion. Sin embargo, nada puede objetarse á una tentativa de este género desde que los demas medios han resultado infructuosos y ántes de lanzarse á una más grave operacion. En los casos en que se trate de viejos nódulos de para ó de perimetritis, los tratamientos comunes son generalmente infructuosos,

y está, por tanto, perfectamente justificado este proceder, aun cuando parezcan dudosos los resultados.

Tratándose de un carcinoma del útero se podrá generalmente elegir otra operacion; sin embargo, nos parece que está completamente justificada una tentativa con la inyeccion de líquidos cáusticos. De esta suerte puede obrarse más profundamente que con el bisturí ó con el cauterio actual.

Para practicar esta inyeccion se emplea la jeringuilla ordinaria de Pravaz sola ó añadiéndola una larga cánula. Se pone al descubierto la porcion vaginal del cuello, valiéndose del espéculo de Sims, y se fija aquélla con un tenáculo. La picadura se hace paralelamente al eje del cuello y á una profundidad de 0^{mm},5 á 0^{mm},1. Frecuentemente se produce una hemorragia notable. Para impedir y para evitar que el líquido medicamentoso se vierta fuera, se deja la cánula colocada durante algun tiempo, y despues de haberla retirado se aplica rápidamente un tapon. Cuando se emplean líquidos cáusticos, tales como la solucion de sexquicloruro férrico ó la de cloruro de zinc, no son de temer estos accidentes. La cantidad de líquido inyectado cada vez no debe ser muy considerable (5 á 10 gotas). El tejido compacto del cuello ofrece comunmente resistencia, por cuya razon deben usarse soluciones medicamentosas concentradas y hacer muchas picaduras.

Las inyecciones cáusticas fueron desde el principio empleadas para destruir masas cancerosas. Gallard ha publicado una serie de observaciones sobre este punto.

Véase Guichard. *Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral*. París, 1870.

Guichard ha referido recientemente un caso de *coliflor* del labio que ha tratado con éxito por una inyeccion intraparenquimatosa de cloruro de zinc al 1 por 5. Al cabo de un año no había recidiva (*Annales de Gynécologie*, t. VII).

W. Williams hizo inyecciones de alcohol bromado al 1 por 5 en los labios del cuello uterino en un caso de epitelioma (*Transact. of the Obstetr. Soc. of London*, t. VIII, pág. 97).

Ya en la primera edición de nuestra obra, 1874, hablábamos de experimentos practicados por nosotros con inyecciones de ergotina y de tintura de iodo en el cuello uterino contra los fibromas.

Esta práctica ha encontrado partidarios, tales como Collins (*The med. Record*, 29 Septiembre, 1878), que ha practicado inyecciones de ergotina en los casos de subinvolucion y de metritis crónica.

J. M. Bennet (*Lancet*, 1878, núm. 2) ha empleado la solucion siguiente:

Ioduro de potasio..	10	gramos.
Bromuro de potasio.	10	—
Tintura de iodo..	1,80	—
Agua destilada.	5,40	—

En los casos de inflamacion crónica del cuello del útero, de metritis cervical crónica, practica cuatro ó cinco inyecciones en cada sesion, y rara vez es necesario emplear más de tres sesiones.

Una serie mayor de tentativas ha llevado á cabo Delore (*Traitement des fibromes par l'injection dans le tissu de l'utérus. Annales de Gynécologie*, 1878, t. I. pág. 93). Delore empleaba una solucion de ergotina muy concentrada, al 1 por 2, inyectando de 15 á 60 centigramos de ergotina cada vez. Observó frecuentemente graves accidentes: escalofríos, temblores, herpes labial, somnolencia, vómitos, diarrea y dolores en el tumor, en la region lumbar, á nivel de las articulaciones, en los muslos y en la cabeza. Dos veces observó este autor la produccion de abscesos: una vez en el labio anterior, y otra por cima del ombligo. En este último caso había practicado la inyeccion en el cuerpo del útero, para tratar un fibroma de este órgano, á traves de la pared abdominal.

En cuanto á los resultados, no ha observado jamás una reabsorcion completa. Algunos tumores se hicieron más pequeños y cesaron de crecer; pero las hemorragias desaparecieron casi siempre.

[Nosotros hemos tratado dos casos de fibroma intersticial del útero por las inyecciones intraparenquimatosas de ergotina al 1 por 3, practicándolas en cada sesion en diferentes puntos del cuerpo de la matriz á traves de las cubiertas abdominales. En un caso tuvimos necesidad de repetir las hasta diez veces, no habiendo observado otros accidentes que un pequeño absceso, que nosotros atribuimos con algun fundamento á impureza de la solucion, que sin duda contenía corpúsculos del aire, y curó en pocos días. En el otro caso bastaron cuatro sesiones para obtener, como en el anterior, la desaparicion completa de las menorragias, y la disminucion de volúmen y de dureza del cuerpo del útero, no habiendo vuelto á experimentar trastorno alguno en el aparato sexual ninguna de las dos enfermas, á pesar de haber trascurrido cuatro años en un caso y tres en otro desde que fueron dadas de alta.—*M. G. de S.J*

Art. 11. — Del masaje.

El masaje, que Metzger introdujo con tanto éxito en la práctica quirúrgica, ha sido poco empleado hasta ahora en Ginecología, si no es por los profanos y combinado con el tratamiento gimnástico.

Con este método se persigue un doble objeto. El primero es *mejorar la nutricion general del organismo*. La gimnástica, con sus movimientos pasivos y semiactivos, es particularmente útil para obtener estos resultados. Sin embargo, puede tambien emplearse con este fin el masaje propiamente dicho.

Aplicando este medio gimnástico se observa tambien que por ciertos movimientos limitados á algunas partes del cuerpo es posible

aumentar ó disminuir el aflujo de sangre en estos puntos, siendo entonces el objeto que se persigue buscar un *efecto local*.

Comunmente éste es el objeto que se desea llenar: por el masaje propiamente dicho se pretende ejercer una influencia directa sobre los órganos enfermos ó los puntos que están vecinos. Los procedimientos á los cuales puede recurrirse con este objeto son muy variados y es evidente que cierto número de ellos son poco ó nada aplicables á la práctica ginecológica.

El masaje superficial, que solo ó asociado á otros medios presta muy útiles servicios, no debe ser empleado sino cuando el útero y sus anejos se hallan en estado normal. Sólo en los casos de tumores voluminosos del abdomen puede ser posible en algunos casos practicar el masaje superficial centripeto. El sacudimiento practicado sobre puntos aislados del cuerpo obra por el intermedio del sistema nervioso, y puede ejecutarse, pero solamente en parte, sobre el abdomen y sobre los órganos genitales externos; pero su acción fisiológica es de tal modo oscura y su acción terapéutica es tan incierta que su empleo nos parece de escasa importancia. En realidad, en la terapéutica ginecológica sólo el amasamiento es conveniente.

Se pueden tambien poner en práctica algunos otros movimientos en enfermedades especiales, como, por ejemplo, en el prolapso; en este caso se desliza profundamente la punta de los dedos por encima de la sínfisis, ensayando así, si es posible, fijar y elevar el útero, introduciendo un dedo, si es necesario, en el órgano para servir de punto de apoyo.

Se ha preconizado el empleo del masaje contra todas las enfermedades del aparato genital, contra los infartos, las versiones y las flexiones del útero, cualquiera que sea la situación de este órgano, contra el prolapso uterino y contra las lesiones inflamatorias de los anejos de este órgano. Los resultados son poco favorables, y es digno de notarse que los verdaderos éxitos se han obtenido en aquellos casos en que se tenían ménos esperanzas, en el prolapso uterino por ejemplo, así como ha resultado poco ó nada útil en aquellos otros en que *à priori* parecía que debía ser muy ventajoso, como en la hipertrofia del útero (metritis crónica).

Sin embargo, el masaje tiene, á nuestro juicio, un puesto en la Terapéutica del porvenir, y es conveniente recurrir á él cuando se trate de afecciones rebeldes á los medios comunes de tratamiento. Los casos más favorables son aquellos en que se trata de infartos crónicos, de masas, de nudosidades inflamatorias antiguas é induradas que tengan asiento en los ligamentos anchos. En el primer caso se puede recurrir al método preconizado por Brandt. El dedo índice se introduce en la vagina ó en el recto para fijar el útero, sirviéndose de él como punto

de apoyo. La mano que reposa sobre el abdomen malaxa los órganos, pudiendo ser utilizados como plano de resistencia para la presión, cuando las circunstancias son favorables, el sacro ó la sínfisis.

Si se trata de un tumor debido á la para ó á la perimetritis puede emplearse un procedimiento análogo, fijando, con el dedo índice introducido en la vagina, la masa indurada. Si el tumor es superficial, si está aplicado contra la pared abdominal, por cima del ligamento de Poupert, si está inmovilizado, es inútil buscar esta resistencia. Chrobak ha obtenido en estos casos buenos resultados con el masaje.

Contraindicaciones. — Este método de tratamiento está contraindicado en todos los casos en que se trate de estados inflamatorios recientes, porque estas maniobras provocan efectivamente dolor. Cuando éste se hace muy intenso y no cesa rápidamente, debe admitirse que este método de tratamiento no es apropiado al caso de que se trate. En los casos en que existe una endometritis con secreción ordinaria ó presentando carácter francamente infeccioso, ó cuando se supone la existencia de una salpingitis purulenta, el masaje está contraindicado. Cuando estas maniobras ocasionan una excitación erótica, lo que, sin embargo, no es de temer en los casos de infartos y de exudados, puede obviarse este inconveniente introduciendo el dedo por el recto y no por la vagina. Por el contrario, las manipulaciones de Brandt contra el cistocele y el prolapso provocan casi inevitablemente una excitación genésica muy viva, lo mismo que ocurre en los casos en los cuales el médico practica fricciones por debajo del pubis, á lo largo de las ramas isquio-pubianas, para excitar el clitoris, durante las cuales ejerce una verdadera masturbación sobre la pared anterior de la vagina á uno y otro lado del canal de la uretra. Estas son las prácticas que hay que condenar.

Inútil es añadir que durante el período del embarazo toda tentativa de masaje está contraindicada.

Añadamos que á consecuencia de este método de tratamiento se han observado hemorragias uterinas, abscesos pelvianos y el aborto. Winikow refiere que con el masaje hizo disminuir el volumen de un tumor ovárico producido por una reabsorción de los líquidos contenidos en el quiste.

El masaje rápido puede ofrecer alguna utilidad.

L. Faye, Major. *The Brandt's Behandlung of Uterinlidelser vel Medicinal Gymnast.*, Norsk. Mag. f. Laegevid, t. III y IV, pág. 25.

Virchow. *Jahresbericht*, 1874, t. II, pág. 371.

Brandt. *Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement de maladies des organes du bassin et principalemens utérines*. Stockholm, 1868.

Hartelius. *Om. den. s. k. Brandtska behandlingsmetoden of underlivsjukdomar, Hygiea. Sv. laeh. saellsk. foerb.*, pág. 56.

Discussion om. Major Th. Brandt's gymnastiske Uterinbehandling i. det medicinske Selskab. i. Christiania. Norsk. Magaz. f. Lägevid, t. III y IV, páginas 243-292, y t. V, págs. 4-26 y 35-60.

Uber beide Referat. In Virchow, *Jahresber.*, Julio, 1875, t. II, pág. 562.

Orum. *Om. Massagebehandlinger vel nogle parametristiske Exsudater Gynæk. og obstet. Meddelelser, udg. of F. Howitz*, t. I, pág. 61.

Virchow. *Jahresb.*, 1877, t. II, pág. 568.

Asp. *G. on lifmodermassage Nord. med. Archiv.*, t. X, núm. 22.

Virchow. *Jahrb.*, 1878, pág. 570.

Centralblatt für Gynäk., 1879, núm. 8.

Chrobak. *Recherches sur les organes génitaux de la femme et sur la thérapeutique en gynécologie.* Stuttgart, 1879, pág. 247.

Winiwarter. *Wien. Med. Blätter*, 1873, núms. 29-31.

Vagner. *Le massage, son importance pour le médecin praticien, Berlin. Klin. Vochens.*, núms. 45 y 66.

Art. 12. — De las suturas. — De la hemostasia.

Las operaciones practicadas sobre el aparato sexual de la mujer requieren frecuentemente la aplicacion de suturas. Para evitar toda repeticion superflua nos parece útil resumir aquí las consideraciones generales que se refieren á este asunto. Debemos comenzar por reconocer que las operaciones practicadas sobre el aparato genital de la mujer han sido el punto de partida de una reforma en el arte de practicar las suturas. Se han abandonado todas las reglas superfluas y se ha demostrado que se obtiene muy frecuentemente la reunion por primera intencion siguiendo los más sencillos procedimientos.

Antiguamente se creía que para obtener una pronta cicatrizacion era preciso que el estado general del operado fuera el mejor posible. Esta es una condicion de cierta importancia, pero mucho menor que la que hasta aquí se le habia otorgado. Nosotros hemos obtenido la reunion por primera intencion de heridas extensas en los casos de aterosoma arterial generalizado y de lesiones cerebrales consecutivas á embolias, y aún en casos de puohemia (flebitis) mortal declarada inmediatamente despues de la operacion. Hemos podido tambien ver curarse completamente una extensa herida producida por una colpoperineorrafia en una matrona que habia contraído la sífilis en un dedo y que consecutivamente habia padecido condilomas y lupus, pero que jamás habia padecido enfermedad alguna del aparato genital. Esta mujer estaba, sin embargo, bajo la influencia de la sífilis constitucional, como lo probaban las continuas recidivas de una ulceracion nasal profunda, para cuyo tratamiento se habia recurrido al ioduro potásico. En otra

mujer que presentaba anchos condilomas en las partes genitales el tratamiento antisifilítico había hecho desaparecer los accidentes, no pudo lograrse la cicatrización las dos primeras veces que fué operada; pero á la tercera tentativa la reunión por primera intención fué completa, después de haber continuado el tratamiento antisifilítico. Nosotros podemos decir que es preciso atribuir más importancia á las modificaciones locales sobrevenidas en los tejidos sobre los cuales se opera, que no á ligeros cambios en el estado general.

Si se quiere obtener la reunión por primera intención, es preciso á toda costa que la región sobre la cual se opera sea rica en vasos sanguíneos, y que los tejidos no presenten tendencia alguna á la mortificación. Si el tejido es de naturaleza cicatricial, indurado y pobre en vasos, la cicatrización será tan difícil como si se tratara de un tejido rico en vasos, pero susceptible de gangrenarse fácilmente á consecuencia de la invasión por un neoplasma. No es, sin embargo, absolutamente necesario, para obtener una reunión por primera intención, que la estructura de los tejidos sea absolutamente normal. Se ve, por ejemplo, que las heridas practicadas sobre la pared vaginal anterior hiperplasiada, pero rica en vasos, cicatrizan muy fácilmente.

Es preciso, y ésta es una condición importantísima, que la herida sea muy regular. Es preciso también, cuando esto es posible, que las dos mitades de la herida sean completamente simétricas á fin de poder aplicar exactamente la una á la otra cuando se practique la sutura.

En las autoplastias propiamente dichas se encuentra por lo general espacio suficiente para trazar bien la herida. En otras operaciones, como la extirpación de tumores por ejemplo, éste es el tiempo más difícil de la operación. Si los tejidos son muy laxos, si están plegados, como sucede cuando se opera, por ejemplo, en las paredes vaginales, ó bien si el tumor ocupa una extensión desigual á cada lado del eje de la vagina ó de un eje ficticio imaginado para practicar la incisión, es extremadamente difícil y aun imposible hacer simétricas las dos mitades. El cirujano más hábil y más experimentado puede llegar, después de practicados los cortes, á no poder afrontar exactamente los dos colgajos de la herida, para cuyo caso podemos recomendar varios métodos.

Si los dos colgajos de la herida son simétricos, los puntos de sutura deben estar colocados, en cuanto sea posible, á iguales distancias, de tal suerte que aproximando los dos labios de la incisión por medio de una tracción ejercida de los cabos de cada hilo, los puntos se correspondan exactamente (*fig. 74 a* corresponda con *a'*, *b'* con *b*, etc.).

Si hubiere algunas dudas á este respecto, sería preciso antes de anudar los hilos aproximar los bordes de la herida para observar si se corresponden. Pero si uno de los bordes de la incisión fuera más largo

que el otro se debe corregir este inconveniente separando un poco los hilos del lado correspondiente al labio de la herida que ofrece mayor longitud, siendo preciso, sin embargo, no olvidar que en cada labio debe existir una distancia igual entre cada hilo. También pueden reunirse dos puntos que se encuentren situados a alturas desiguales (*fig. 75 a* está reunido a *a'*, *b'* a *b'*, etc.). No puede adoptarse esta práctica sino en los casos en que la desigualdad entre los dos labios de la herida no es muy considerable. En otros, en aquellos en que es absolutamente preciso corregir este defecto para aplicar la sutura, se talla sobre el borde más largo *b* (*fig. 76*) un pliegue *c*; se suturan desde luego los dos labios de este pliegue, y el labio *b* está entonces suficientemente acortado para suturarlo con el labio *a*. •

Existe un segundo método que permite hacer desaparecer este in-

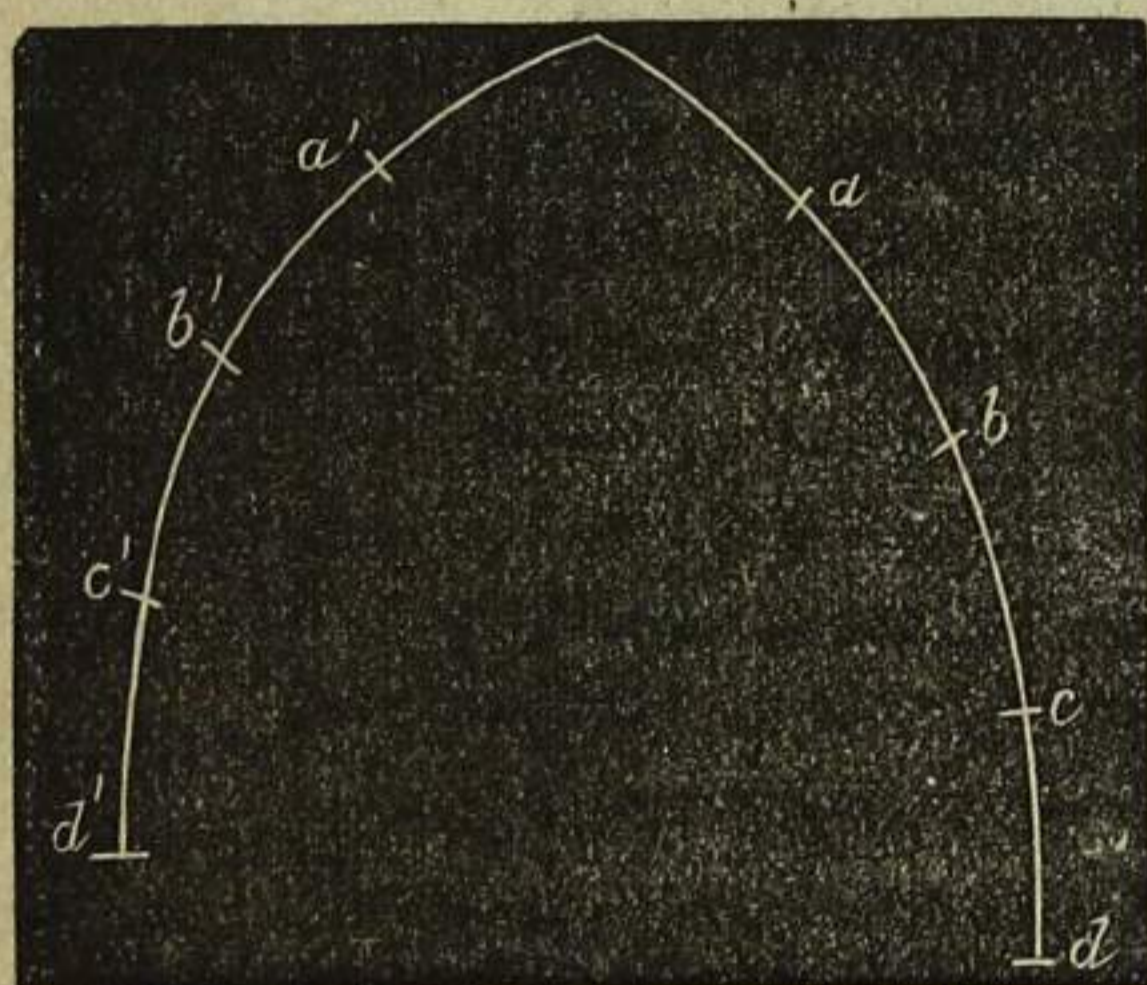


Fig. 74.

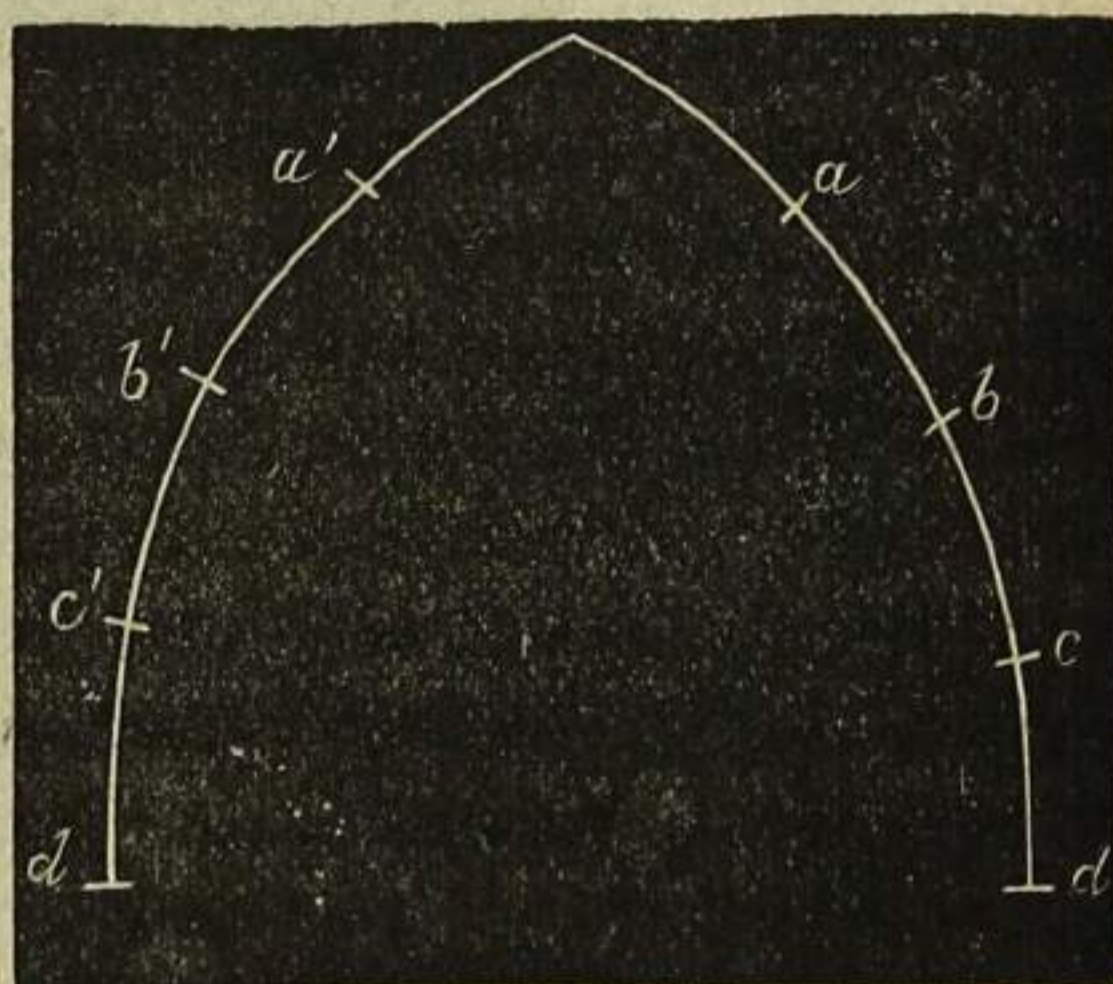


Fig. 75.

conveniente sin modificar la sutura, aunque sí el avivamiento. Se prolonga el borde más corto *a* (*fig. 77*), siguiendo simplemente su primitiva dirección, ó bien se describe otra curva que corresponda con aquella, pero de radio más grande (*fig 77 a'*).

Por cualquiera de estos dos métodos se puede dar al labio *a* una longitud igual a la del labio *b*.

La superficie de la herida que se pretenda reunir debe ofrecer cierta anchura. Las heridas muy estrechas, las que no tienen más que 1 ó 2 milímetros de ancho, cicatrizan más difícilmente que aquellas que miden 10 ó 12 milímetros de anchura. Pero si se pasa de cierto límite aumentan de nuevo las dificultades para la reunión por primera intención:

1.º Porque es más difícil obtener superficies completamente simétricas.

Y 2.º Porque los hilos, abarcando una mayor extensión de tejidos,

comprimen mucho estos últimos y provocan la formación de pliegues que hace más difícil el poder afrontar los labios exactamente.

En las operaciones de fistula es preciso evitar los avivamientos en forma de embudo ó muy planos.

Si el objeto que el cirujano se propone es reparar una solución de

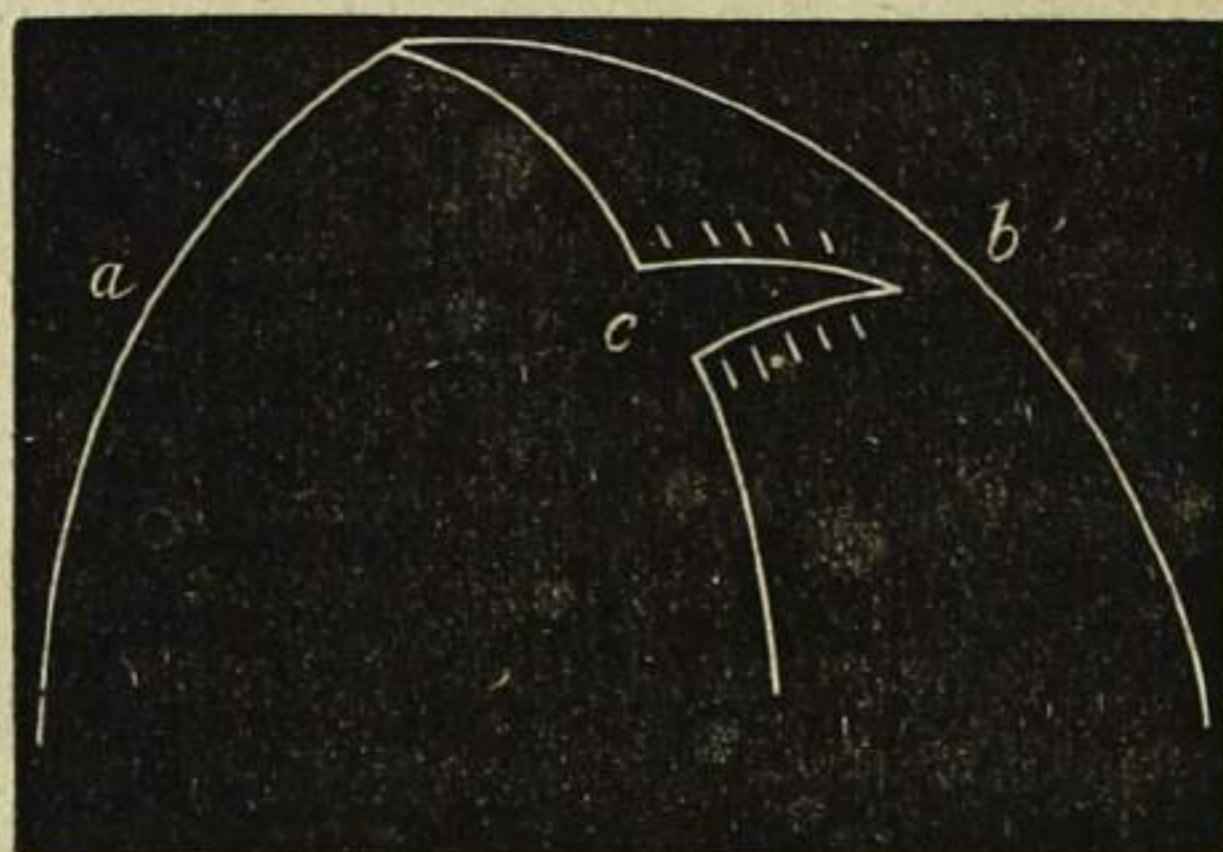


Fig. 76.

continuidad, es preciso naturalmente practicar un avivamiento suficiente. Si éste puede practicarse en todas direcciones es conveniente, cualquiera que sea la en que haya de llevarse á cabo la reunion, no modificar la tension de los tejidos sobre los cuales se opera. Pero cuando no puede practicarse el avivamiento más que en una sola direccion no ocurre lo mismo.

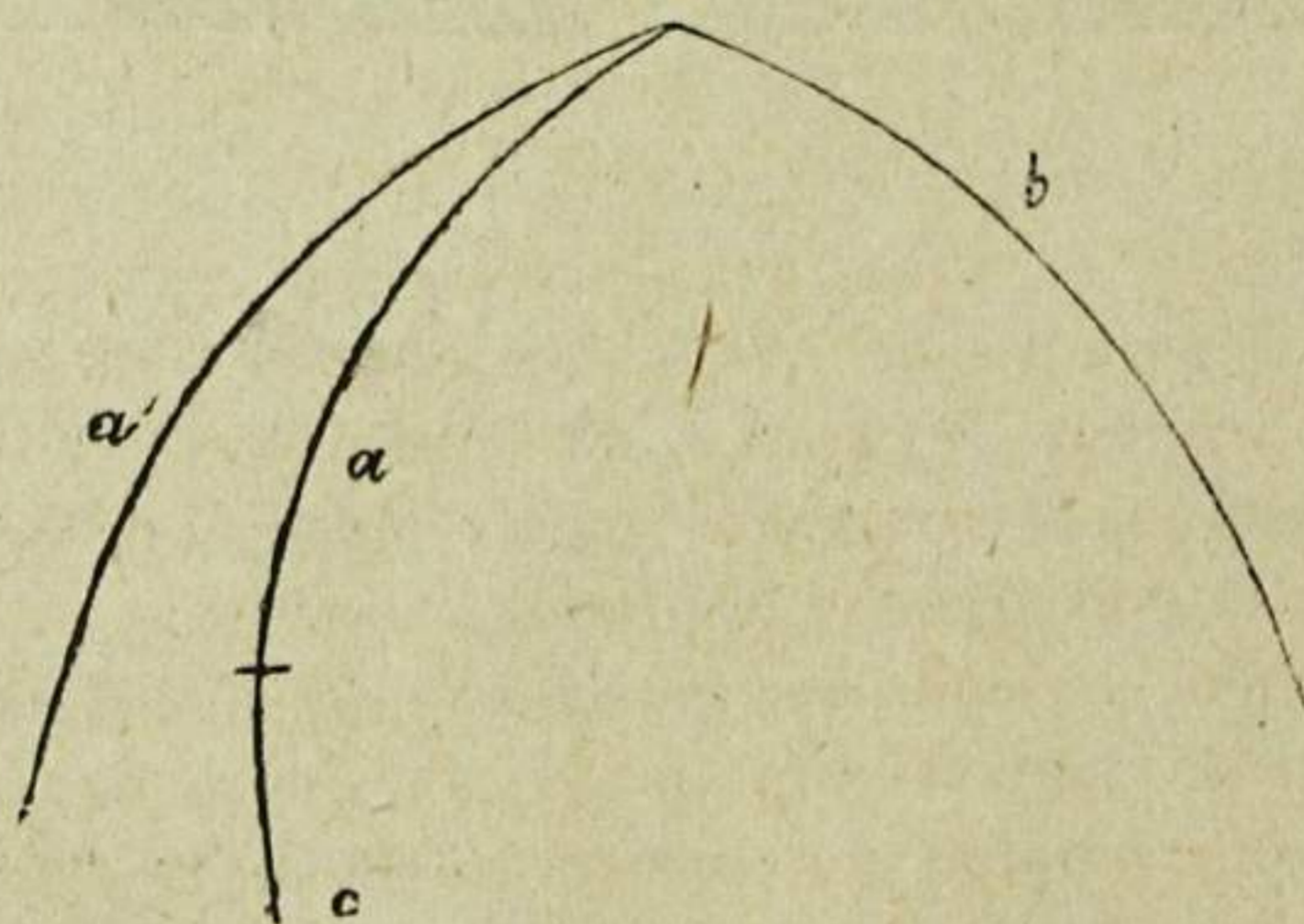


Fig. 77.

Supongamos, por ejemplo, una fístula urinaria cuyo límite posterior esté formado por la porción supravaginal del cuello uterino; en este punto hay una profunda pérdida de sustancia en el labio cervical anterior. Podrá avivarse á voluntad el borde anterior de la fistula operando en el fondo de saco vaginal. A nivel de la extremidad posterior

no podemos obrar más que sobre la pared anterior del hocico de tenca, pared que es muy poco gruesa. Si practicamos un avivamiento tal que la herida obtenida presente sus mayores dimensiones en el sentido transversal, cuando queramos afrontar los dos labios de la herida para obturar la fístula nos será preciso suturar el labio posterior constituido por una parte del hocico de tenca, necesariamente muy pequeña, con el labio anterior que, tallado en el fondo de saco vaginal, ofrece las dimensiones necesarias (*fig. 78*). Pero practiquemos, por el contrario, un avivamiento tal que la herida tenga su mayor dimensión dirigida según el eje de la vagina (*fig. 79*), y entonces, cuando tratemos de obturar la fístula, los dos colgajos avivados presentarán dimensiones iguales y suficientes. No queremos ocuparnos de las condiciones defectuosas en las cuales se encontrará una parte de los tejidos, porque los labios del cuello no tienen más que una importancia secundaria, jugando sólo el papel del segmento *a* en la *fig. 79*. Teniendo en cuenta estas

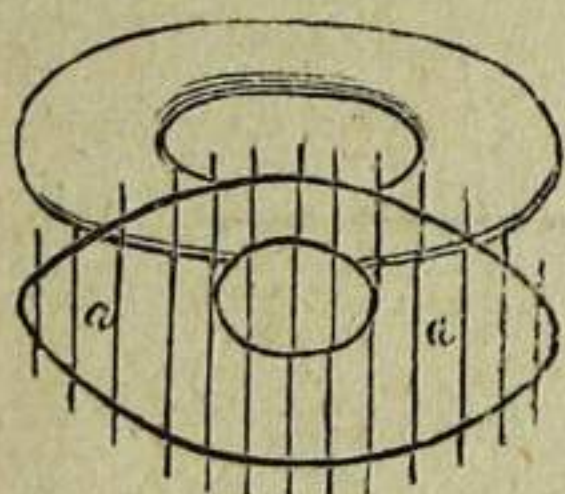


Fig. 78.

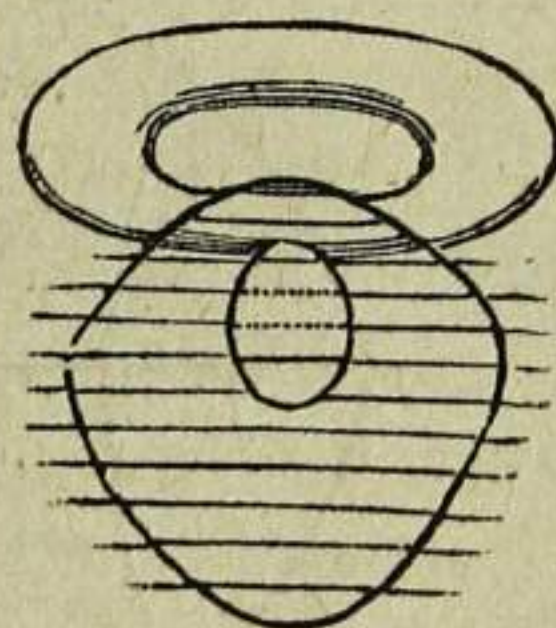


Fig. 79.

reglas, nosotros hemos curado muchas fístulas en las cuales no podía utilizarse el labio posterior del cuello para obtener suficiente colgajo. En estos casos la colpodeisis parecía ser la única operación que permitiera alcanzar la curación, y nosotros hemos llegado á comprender que anteriormente nos decidíamos muy pronto á practicar esta operación. En una palabra, pueden obtenerse grandes ventajas variando la dirección de las incisiones y del afrontamiento de los colgajos.

Para obtener una reunión por primera intención es preciso que los labios de la herida presenten la mayor regularidad posible. Este resultado no puede seguramente obtenerse sino hasta cierto punto, cuando se opera sobre tejidos laxos y plegados que por la más ligera modificación en la tensión ejercida durante el avivamiento cambian de estado. En estos casos, después de refrescados los bordes se afrontan el uno con el otro en la situación en que deban quedar y se ve entonces si la superficie es recta ó desigual. También al hacer los nudos de los puntos de sutura se pueden corregir las desigualdades de los labios de la

herida levantando con las tijeras ó el bisturí las partes que formen hernia.

Cuando se trate de suturar dos paredes que estén completamente separadas la una de la otra, como pasa, por ejemplo, en el labio leporino, es preciso, una vez practicado el avivamiento, abarcar en cada sutura todo el espesor de cada labio. Si se trata de una ancha herida, cuyas dos mitades simétricas están unidas la una á la otra en sus partes profundas, podría creerse que basta fijar solamente en la sutura una parte de la superficie avivada, lo cual constituye una práctica defectuosa. Es preciso en estas circunstancias que frecuentemente se presentan en autoplastias practicadas en el aparato genital, que cada hilo abrace todo el espesor de la herida; si se opera de otra suerte se vería la sangre coleccionarse con una gran facilidad en las partes de la herida que no han sido cogidas por el hilo, la reunion por primera in-

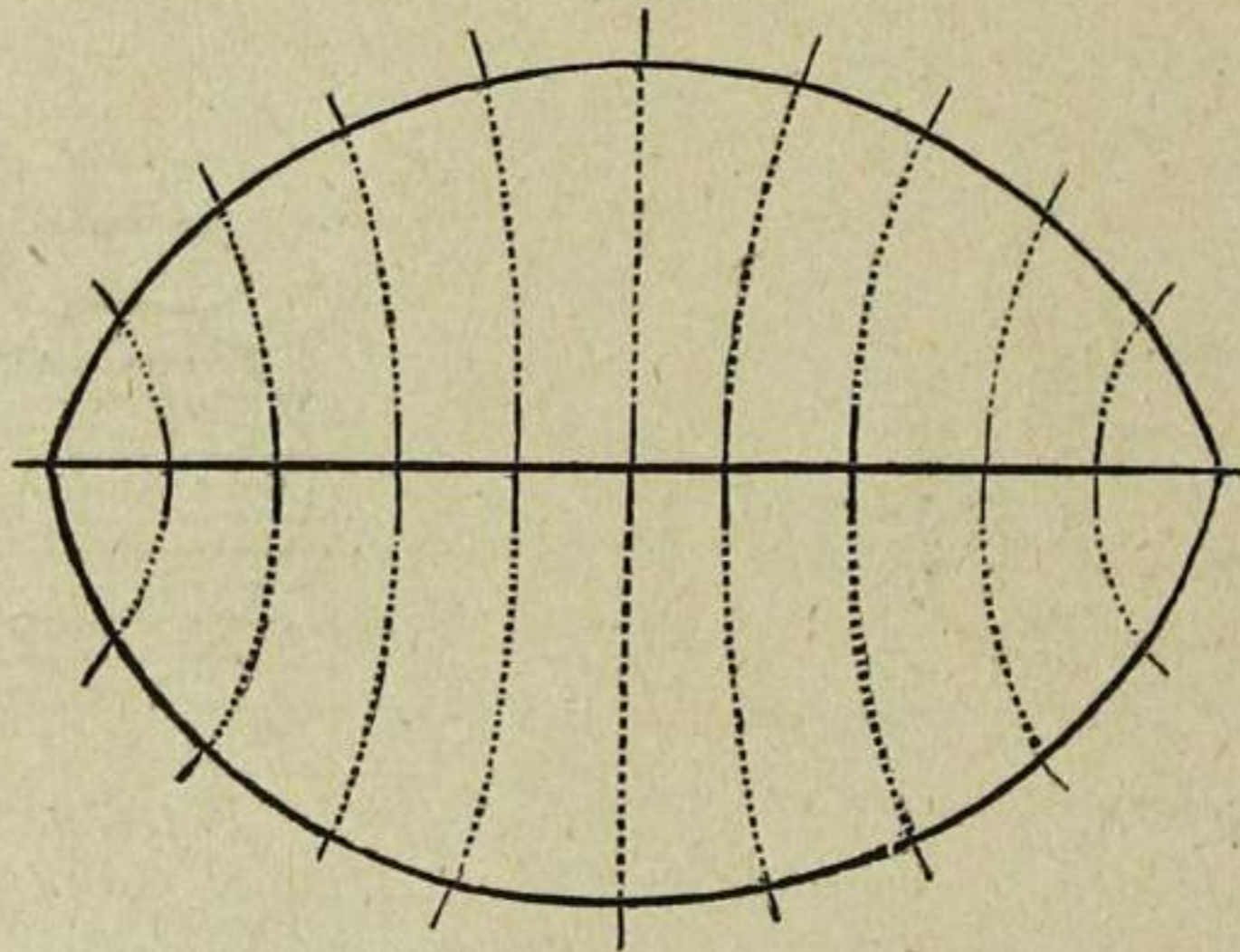


Fig. 80.

tencion fracasaria y se podría ver tambien sobrevenir complicaciones. Sin embargo, si la herida ofrece gran extension se puede hacer salir la aguja por las proximidades del eje de la herida, y dejando á cada lado de este eje una pequeña parte de la pared avivada libre, se podría por el otro lado de este eje introducir la aguja á una distancia igual para pasarla por debajo de la otra mitad de la herida.

Es preciso, no obstante, que la parte que no está abrazada por el hilo tenga una gran extension (*fig. 80*).

Cuando las superficies suturadas son muy anchas é irregulares se ve á los fragmentos formar hernia entre los bordes de la herida aplicados el uno contra el otro por medio de la sutura, en cuyo caso se les empuja valiéndose de una pequeña pinza. Este accidente se produce sobre todo cuando se introduce la aguja muy profundamente detras de la pared de la herida, ó bien cuando el hilo no está completamente

paralelo á la superficie de la pared avivada. Si se anuda con fuerza la sutura, rechazando al propio tiempo los tejidos, se cogen éstos con el hilo, y si éste no se corta al instante se produce una necrosis parcial á consecuencia de la compresion exagerada que sufren aquéllos y la reunion por primera intencion fracasa.

En estas circunstancias conviene, ántes de anudar los hilos, cortar con las tijeras los tejidos inútiles.

Se evitará que los labios de la herida se replieguen hácia dentro, aplicando suturas superficiales que no abracen más que los bordes.

Si los hilos siguen una direccion bien paralela á la de la superficie de la herida, y si la sutura es poco profunda, es inútil la aplicacion de

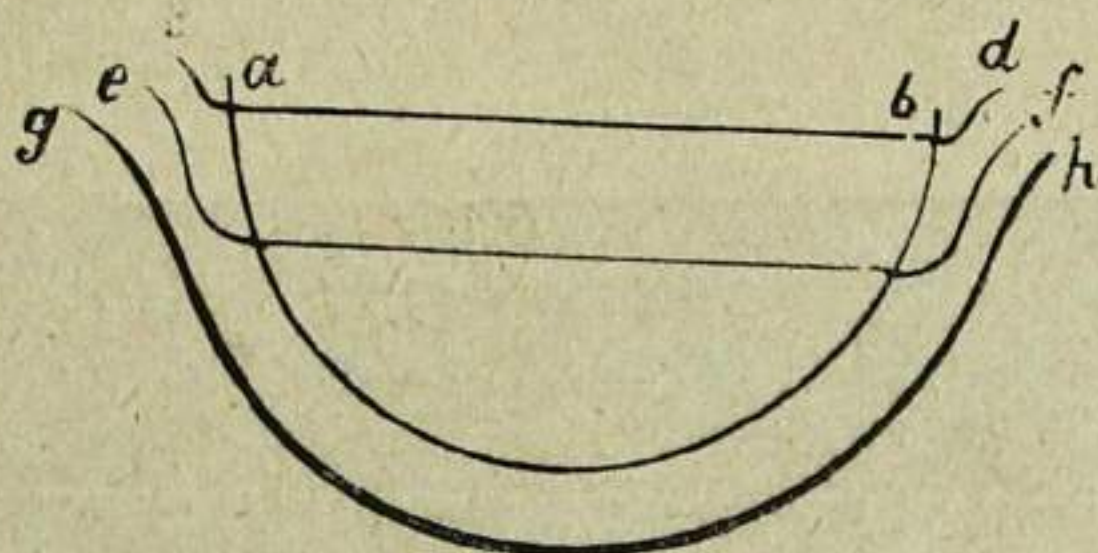


Fig. 81.

la sutura superficial. Comunmente se aconseja colocar á una distancia de 0^m,01 próximamente los hilos que abrazan toda la herida, aplicando entre ellos los que constituyan la sutura superficial. A veces conviene practicar una sutura semiprofunda; cada hilo penetra á una profundidad de 0^m,055 próximamente, y cada una de sus extremidades sale á una muy corta distancia de los bordes de la herida. Por el contrario, rara vez se aconseja hacer penetrar y salir las agujas á una gran distancia de aquéllos.

Es difícil obtener así una reunion por primera intencion, porque los hilos no pueden ser dirigidos paralelamente á la superficie avivada (1).

Si una vez atados los hilos la tension de los tejidos es muy fuerte, no puede obtenerse una reunion por primera intencion. Las incisiones liberatrices hechas sobre los labios de la herida rara vez son admisibles en las operaciones sobre los órganos sexuales. La tension exagerada puede generalmente evitarse, así como sus peligrosas consecuencias, colocando cuidadosamente las suturas como ya dejamos dicho más arriba. Nosotros hemos empleado rara vez lo que se llama la doble

(1) La *fig. 81* representa un esquema de sutura visto en el sentido trasversal *a* y *b*, bordes de la herida. La línea curva que reune estos dos puntos representa el corte de aquélla, *e* y *f* la sutura media y *g* *h* la sutura profunda.

sutura, en la cual las agujas son introducidas y extraídas lejos del borde de la herida, á fin de disminuir la tension de los tejidos á nivel de los puntos donde está colocada la primera sutura.

No debe quedar ninguna gota de sangre, ningun coágulo entre los labios de la herida, pues de otra suerte la reunion por primera intencion rara vez se obtiene. Basta aplicar un gran número de hilos, apretar bien los nudos, limpiar con cuidado la herida con ayuda del irrigador ó del pincel, mientras se cierra la sutura, para evitar esta causa de fracaso.

En cuanto al tratamiento consecutivo, diremos que es preciso tocar lo ménos posible á la herida. Si la enferma no orina se practica el cateterismo. Las inyecciones vaginales, las irrigaciones continuas son, á nuestro juicio, más perjudiciales que útiles. Nosotros no practicamos

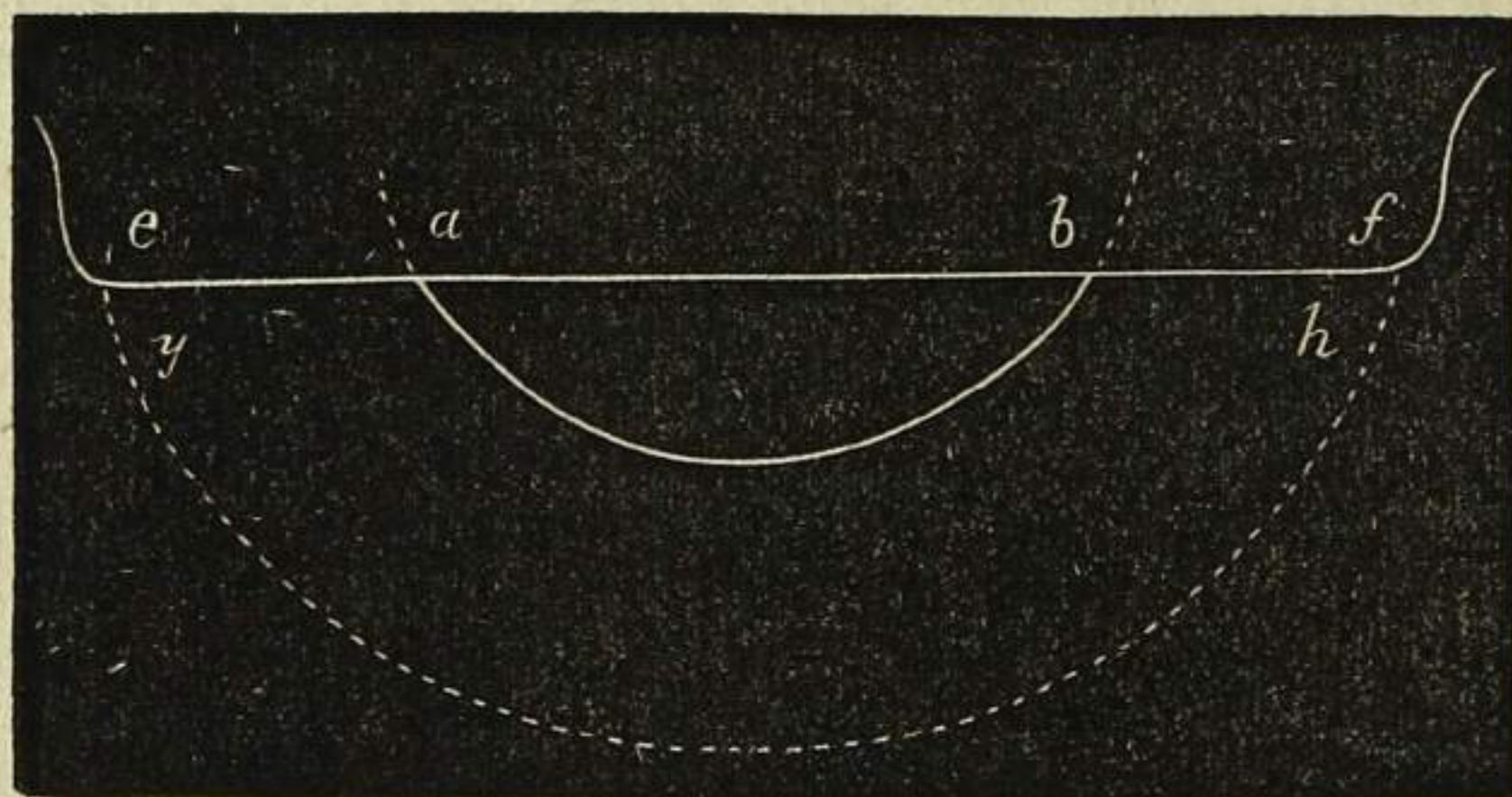


Fig. 82.

inyecciones, y éstas con la presión más débil posible, sino en los casos en que existe una secreción muy abundante y perjudicial.

Se quitarán los hilos en una época variable según que la herida esté más ó ménos fácilmente accesible. Si por poner la herida al descubierto nos arriesgamos á rasgar los tejidos ó á ejercer sobre ellos una tensión peligrosa (hecho que se produce frecuentemente cuando la reunion de las heridas es reciente), dejamos los hilos de catorce á veintiocho días. Sin embargo, si la herida es muy superficial, si tiene asiento sobre el rafe perineal, por ejemplo, ó en los órganos genitales externos, retiramos las suturas al cabo de tres á siete días.

Se ha escrito mucho acerca de las ventajas ofrecidas por el empleo de los hilos de seda y sobre los buenos resultados que ofrecen los hilos metálicos. El metal se dice que provoca ménos la supuración, que no se altera por la acción de los productos segregados por la herida y que puede dejársele mucho tiempo colocado sin inconveniente alguno. Pero es preciso reconocer que es más difícil colocar los hilos metálicos; que

esta pequeña operacion reclama más tiempo y es más complicada y que las tracciones que para colocarlos hay que emplear irritan fácilmente los bordes de la herida. Los hilos metálicos se rompen fácilmente al anudarlos, sus extremidades irritan los puntos vecinos de la herida, y, en fin, la ablacion de los hilos es más difícil y en este momento se puede desgarrar la herida que se hallaba en plena cicatrizacion.

Simon manifiesta que no reconoce ninguna ventaja en el empleo del hilo metálico. La seda chinesca muy finamento trenzada (núm. 0) que este autor recomienda, ofrece todas las ventajas del hilo metálico, sin ninguno de sus inconvenientes.

Nosotros preferimos, en tesis general, recurrir al hilo metálico cuando hemos de practicar una sutura sobre la pared de un órgano hueco, respecto al cual opinamos que la diferencia bajo el punto de vista de la reunion por primera intencion tiene poca importancia. Nos parece únicamente que si se deja durante mucho tiempo colocado el hilo metálico, la supuracion será ménos fácil, ménos abundante que si se colocan hilos de seda, que por finamente trenzados que estén se empapan siempre. Un cirujano hábil que tenga á su disposicion buenos instrumentos practicará tan bien una sutura con hilo metálico como con seda, y en lo que se refiere al desprendimiento de la sutura es frecuentemente, sobre todo si se trata de heridas profundamente situadas, más fácil cuando aquélla se ha practicado con hilo metálico; si se han empleado estos hilos, cada sutura se distingue fácilmente, lo que es frecuentemente difícil cuando se han empleado hilos de seda, porque las extremidades de los hilos están reunidas y mezcladas unas con otras. Por otra parte, se cortan más fácilmente los nudos cuando los hilos son de seda. Un profesor hábil que sepa usar todos los pequeños procedimientos á que se debe saber recurrir en toda operacion, desarrollando el hilo con las pinzas, tirando bien en la direccion del eje, etc., puede estar seguro de no desgarrar los tejidos, lo que por otra parte tiene ménos importancia cuando se practica tardíamente el desprendimiento de la sutura. Si se ha practicado una sutura superficial el desprendimiento es difícil cuando se ha recurrido al hilo metálico, que rasga con facilidad los bordes de la herida.

Cuando se pueden retirar los hilos temprano, cuando no se opera en el interior de órganos huecos, la seda es tan buena como el metal. Para las suturas superficiales no debe emplearse el hilo metálico cuando se sospecha que la sutura debe permanecer aplicada durante largo tiempo. El grueso de la seda como el del hilo metálico debe ser un término medio.

Otra clase de hilo, tal como el de costura ordinario, no se emplea por los operadores hábiles en las operaciones practicadas sobre los órganos sexuales de la mujer.

[Nos sorprende extraordinariamente que los Sres. Hegar y Kaltenschach, tan minuciosos en ésta como en otras cuestiones de detalle, pasen por alto el catgut como elemento de sutura, cuando, si no de una ma-

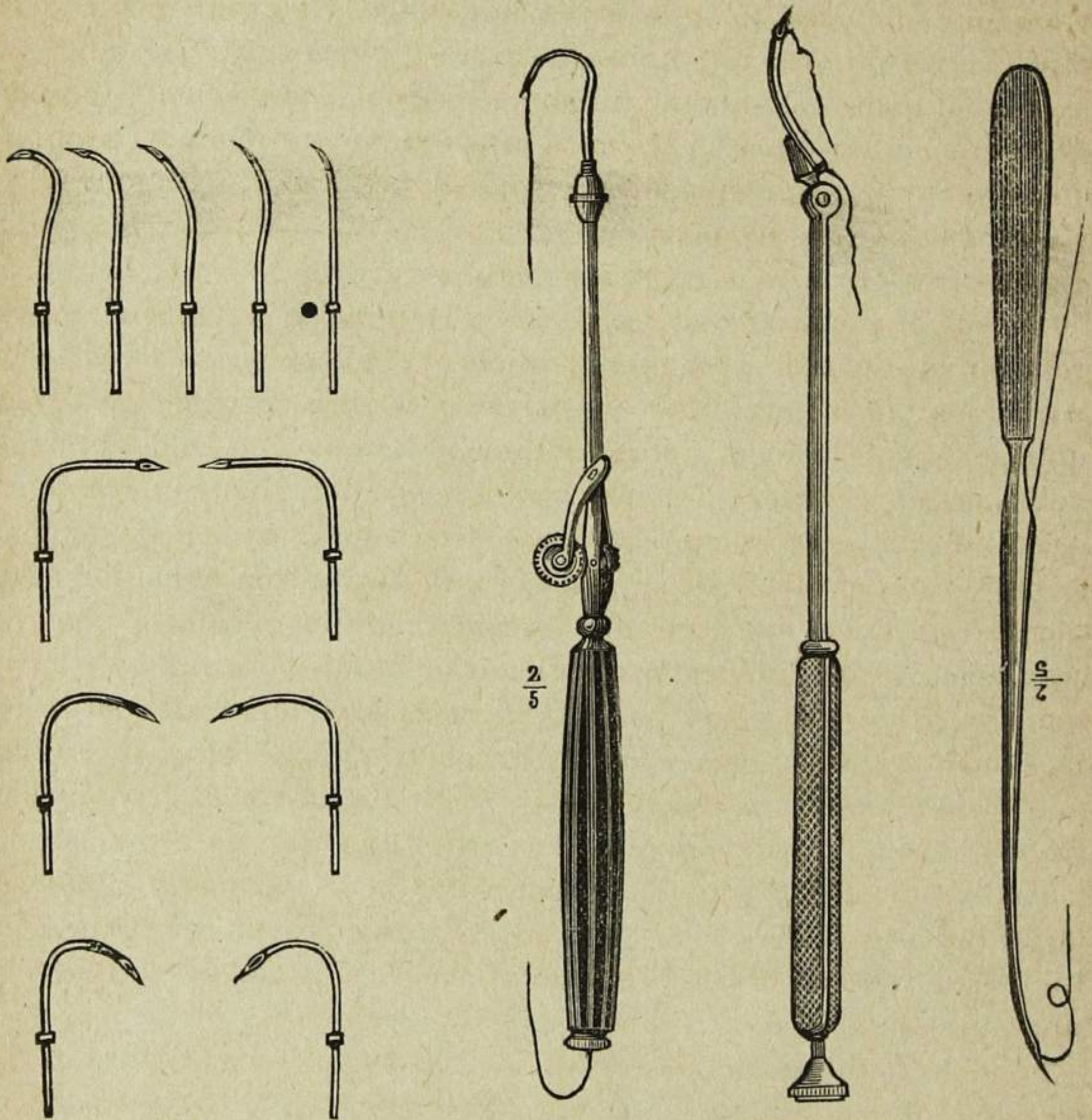


Fig. 83.

Fig. 84.

Fig. 85.

Fig. 86.

nera general, en muchos casos es preferible al hilo de plata y al de seda por la ventaja, aparte de otras, de no necesitar ser desprendido el punto de sutura y porque puede abandonarse impunemente en las profundidades de una herida practicada en una cavidad. — *M. G. de S.*]

Para colocar los hilos se emplean, ya agujas simples no montadas que se fijan en una pinza porta-agujas, ya agujas montadas. En este último caso no es necesario recurrir á un porta-agujas especial. Las agujas ordinarias son huecas ó presentan comunmente en su base, rara vez en su extremidad, un ojo. Las agujas montadas son huecas, presentando un ojo cerca de su punta.

Las agujas montadas tienen la ventaja de poseer una forma y una

direccion fijas. Con los mejores porta agujas, la union entre el mango y la aguja no es jamás tan íntima que deje alguna vez de producirse cierta movilidad durante la operacion. Con las agujas montadas se pierde la ventaja de poder elegir siempre un instrumento de curvatura conveniente, y es preciso que el cirujano tenga un gran número de ellas á su disposicion.

Con las agujas no montadas desaparece este inconveniente. En fin, con estas agujas es fácil modificar á cada instante el grado de inclinacion de la aguja sobre el mango, y si se recurre á agujas montadas es preciso que estén provistas de un mecanismo particular por medio del cual sea posible obtener aquel resultado.

Las agujas huecas montadas están perforadas, ya en toda su longitud (*fig. 84*), ya solamente en un pequeño segmento (*fig. 85*). En este último caso se puede colocar una articulacion que permita modificar el grado de inclinacion de la aguja sobre el mango. Las simples agujas montadas pueden estar provistas de un orificio ordinario cerca de su extremidad, ó presentar un orificio á continuacion de una ranura. Las agujas huecas ofrecen pocas ventajas cuando no se emplea el hilo metálico, porque éste no se tuerce tan fácilmente durante la introduccion, en tanto que con la aguja ordinaria, léjos de mantenerse el hilo en la direccion de la aguja, forma con ella un ángulo que ademas de ocasionar dificultades puede acarrear la desgarradura de los tejidos. Con todas las agujas montadas se debe de un solo golpe abarcar toda la superficie de la herida ó de las dos heridas cuando se trata de unir dos labios separados por una pérdida de sustancia, porque no se puede, como con una simple aguja, pasar el hilo bajo una mitad de la herida, salir á nivel ó cerca de la línea media de la misma, é introducir de nuevo la aguja para deslizarla bajo la otra mitad de aquélla.

Con las agujas montadas es preciso, desde que la aguja ha salido, coger el hilo metálico con una pinza ó una erina, hacerle salir fuera del ojo ó canal hueco del instrumento y retirar en seguida la aguja por el camino que ha recorrido.

Si se recurre á agujas sencillas es preciso montarlas sobre un porta-agujas (*figs. 86, 87 y 88*), prefiriendo nosotros la pinza porta-agujas (*fig 89*). Los porta-agujas presentan, ya surcos de direccion variada en los cuales se colocan las agujas, cuya base es cuadrangular, ya tienen en la cara interna de sus extremidades un gran número de crestas semejantes á pequeños dientes, ya, finalmente, tienen embutida en su extremidad una aleacion metálica blanda en la cual pueden imprimirse y fijarse las agujas. El primero de estos instrumentos es el mejor, sin embargo de poder prestar muy buenos servicios el último. El porta-agujas de Fritsch es muy bueno, porque este instrumento permite colocar las agujas en todas las direcciones que se pueda desear. Las agu-

jas huecas no montadas presentan los mismos inconvenientes y ofrecen las mismas ventajas para la sutura con hilo metálico que las agujas tubuladas montadas. Cuando las agujas son perfectamente redondas tienen la gran ventaja de lesionar ménos los tejidos que atraviesan y de perforar muy difícilmente los vasos sanguíneos. Con las agujas terminadas en forma de lanza ó con las que son cortantes por sus dos bordes en toda su longitud, se observa frecuentemente producirse una hemorragia muy abundante. Las agujas de base cuadrangular lesionan todavía más los tejidos. Pero, es preciso reconocerlo, estas últimas se fijan muy sólidamente en el porta-agujas, y las agujas terminadas en punta de lanza penetran muy fácilmente en los tejidos resistentes. Con las agujas redondas se encuentra frecuentemente una



Fig. 87.



Fig. 88.

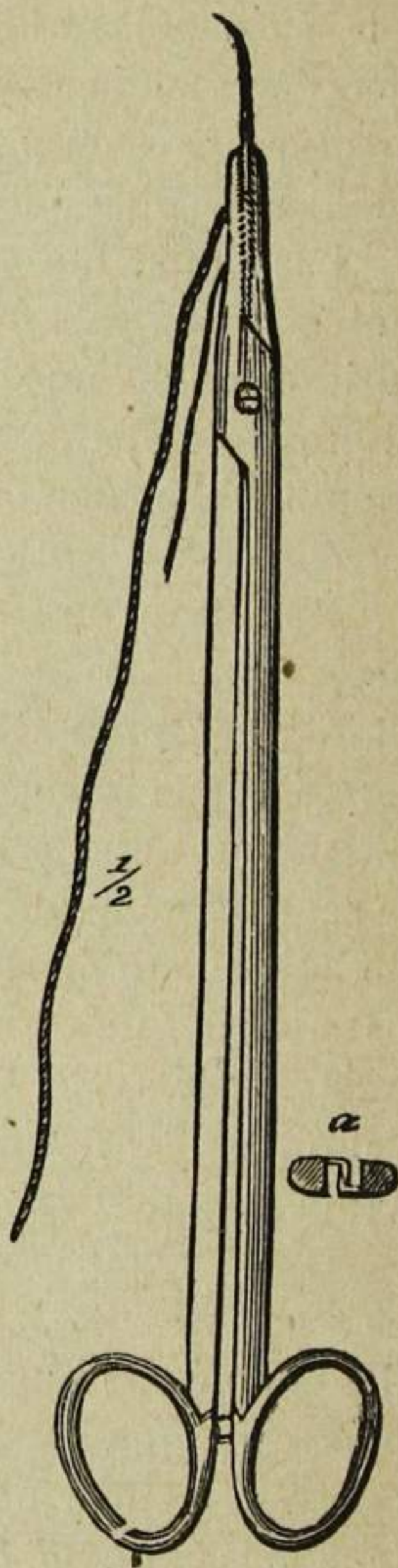


Fig. 89.

resistencia muy marcada y es sobre todo muy difícil fijarlas sólidamente al porta-agujas. Se preferirán, pues, las redondas cuando los tejidos ofrezcan poca resistencia y cuando se quiera evitar la hemorragia á nivel de la picadura.

Casi todas las agujas no montadas presentan en su base el orificio destinado á recibir el hilo de sutura. Segun dejamos dicho se puede con estos instrumentos, ya pasar de un golpe el hilo sobre toda la he-

rida ó sobre los dos labios avivados, si se trata de una solución de continuidad, ya retirar la aguja cuando su extremidad se encuentre á la mitad de la herida, para reintroducirla en seguida y pasar el hilo de sutura bajo la otra mitad.

Este último proceder ofrece á veces algunos inconvenientes porque la base prolongada de la aguja hiere fácilmente los tejidos inútilmente, inconvenientes todavía aumentados por la necesidad de fijar de nuevo la aguja en el porta-agujas. Se puede también emplear agujas no montadas provistas de un ojo en su extremidad (*fig. 90*). El paso del hilo



Fig. 91.

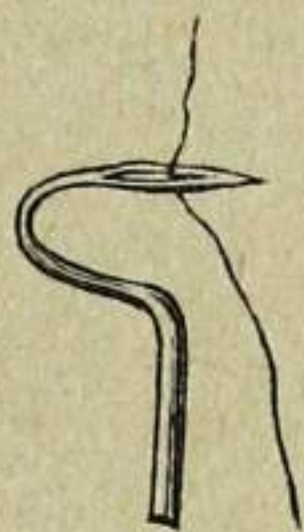


Fig. 90.

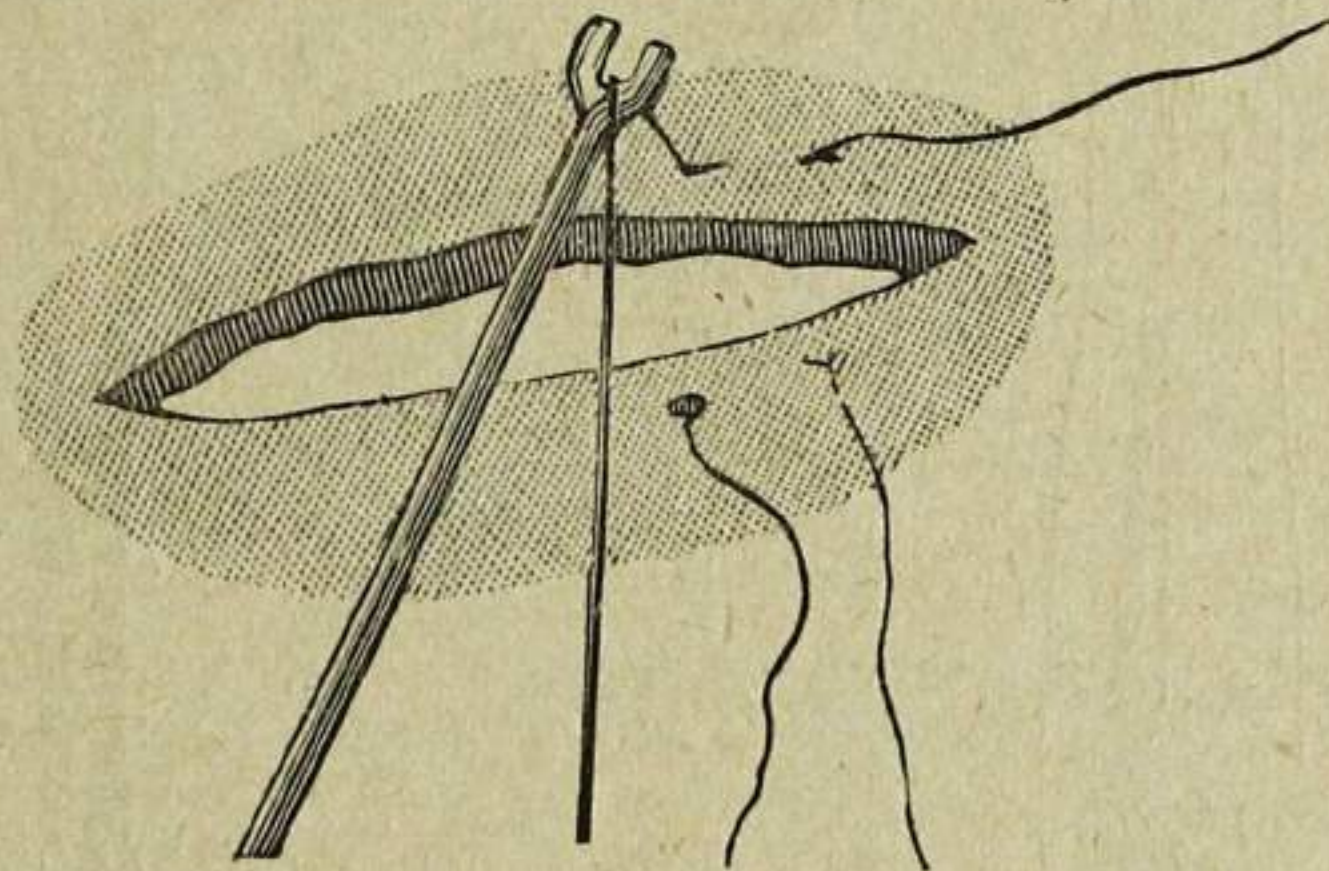


Fig. 92.

se verifica con estas agujas lo mismo que con las montadas, pero se tiene la ventaja de poder modificar á cada instante la inclinación de la aguja sobre el porta-agujas. Un buen instrumento que puede ser ventajosamente empleado con cualquier clase de aguja es un pequeño gancho como con el que se oprime, desde que la punta de la aguja aparece, entre ésta y el tejido, y como este último está deprimido, aquélla queda libre y puede ser cómodamente extraída hácia afuera (*Counter-pressure hook Emmet's, fig. 91*). El instrumento de Sims presta también muy buenos servicios. Emplea una especie de horquilla de dos ramas que permite, sobre todo con hilos metálicos, ejercer tracciones en una dirección precisa y evitar la sección de los tejidos, lo que fácilmente ocurre si se ejercen tracciones muy fuertes sobre el hilo (*figura 92*).

Hemos expuesto todos los detalles precedentes sobre las agujas para que puedan orientarse en esta cuestión todos los médicos poco experimentados. Cuando nosotros operamos, preferimos servirnos de simples agujas no montadas, provistas de un ojo en su base, rara vez las que lo llevan en su extremidad, y de una pinza porta-agujas (*fig. 94*). Todo depende del hábito y de la habilidad. En todo caso es preciso tener agujas de grueso y de curvatura diferentes, lo que es fácil tratándose de las que no tienen mango.

El nudo de la sutura no merece ninguna mención especial cuando se trata de hilos de seda. Cuando se usan hilos metálicos se emplea el aprieta-nudos, cuyo mejor modelo es el que representa la *fig. 93*.

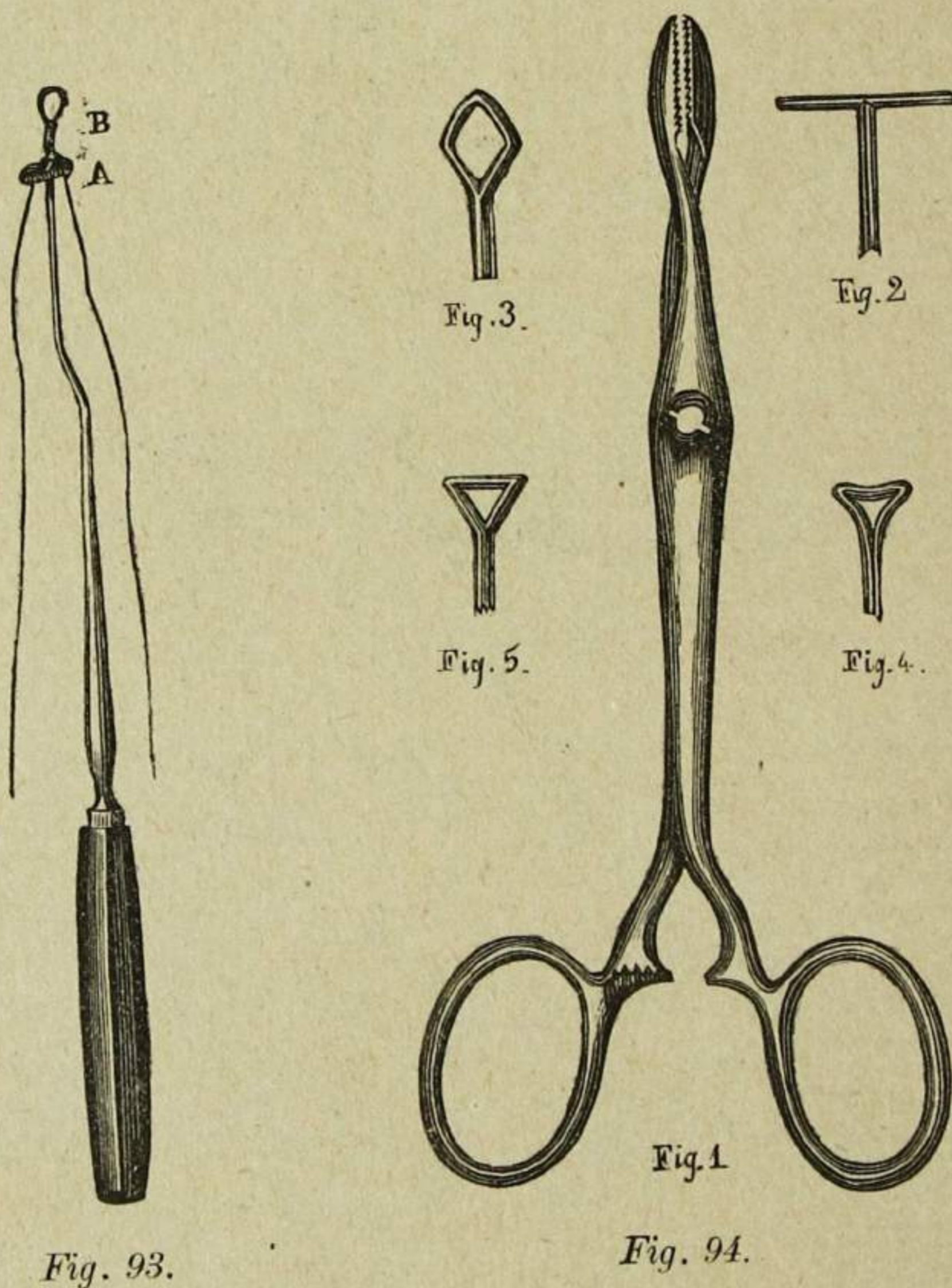


Fig. 93.

Fig. 94.

Consiste en un largo tallo metálico redondo, de mediano diámetro, que presenta en su extremidad un pequeño segmento colocado horizontalmente y encorvado en forma de S. Una de las concavidades de este tallo abarca un hilo, la otra abarca otro hilo; hecho esto, se aplica la extremidad del aprieta-nudos contra los bordes de la herida, y poniendo en fuerte tensión los hilos se da una ó á lo sumo dos vueltas,

pero nada más, porque el mejor hilo metálico se rompe fácilmente. Se retira en seguida el aprieta-nudos hácia atrás sin abandonar los hilos y se continúa retirándole y dando vueltas, haciendo de esta suerte un nudo de 0^m,01 á 0^m,15 de longitud, que inclinado sobre su lado plano se aplica sobre la pared vaginal ó perineal. La extremidad del nudo provoca frecuentemente sensaciones desagradables, pero éstas se evitan fácilmente rodeándola con uata ó con hilas para proteger la pared sobre que se aplica aquélla. Este inconveniente, sin embargo, no es de tal suerte que haya necesidad absoluta de recurrir á medios que puedan romper los hilos ó que exijan el empleo de hilas, que se alteran fácilmente por la acción de las secreciones de la herida, por la supuración, etc.

Los procedimientos para dar vuelta y fijar el hilo, utilizados hoy todavía en América, son muy complicados. Bozeman pasa el hilo desde luego entre los trozos de una lámina de plomo tallada según la forma de la herida que pretende reunir. Después pasa los hilos á través de una bola de plomo perforada y que se aplica fuertemente sobre la lámina precedente; se aplasta en seguida esta bola con ayuda de una pinza particular, y de esta suerte se tienen así reunidos por la compresión los dos cabos del hilo metálico. Para separar los hilos se les corta por debajo de la bola de plomo y en seguida se retiran la placa y los hilos.

Baker Brown fija cada hilo con un pequeño clamp.

En las operaciones practicadas sobre el aparato genital se ha recurrido frecuentemente á la sutura como el más poderoso y aún el único medio hemostático. En general la ligadura es de un empleo limitado, porque frecuentemente las hemorragias son de origen venoso ó capilar; cuando la sangre proviene de las arterias es muy difícil, sobre todo si la herida está situada sobre la pared uterina, coger estos vasos.

Cuando se quiere obtener una reunión por primera intención, la sutura permite obtener simultáneamente este doble objeto: la hemostasia y la reunión. Basta frecuentemente, por otra parte, practicar cuidadosa y exactamente una sutura para obtener una seguridad completa cuando exista una gran tendencia á las hemorragias. En algunas ocasiones es preciso colocar una sutura muy profunda.

Ya nos hemos ocupado de la acción del taponamiento y del cauterio actual como medios hemostáticos.

Para contener provisional y más rara vez definitivamente una hemorragia, se emplean con frecuencia desde hace algún tiempo las pinzas hemostáticas y el clamp.

La pinza hemostática de Koeberlé consiste en una pequeña pinza de ramas cruzadas cuyas extremidades presentan en su cara interna pequeños dientes. Se mantiene el instrumento cerrado por medio de

un pasador colocado sobre una de las ramas por cima del anillo, cuyo pasador penetra en un agujero colocado sobre la otra rama á la misma altura. Se regula la compresion merced á una serie de agujeros colocados en sentido horizontal (*fig. 94*).

Nosotros preferimos la pinza de Hegar, cuyas dos ramas se mantienen reunidas por medio de un resorte. Se construyen de grueso diferente. Sobre sus extremidades rectas ó curvadas se encuentran en direccion y número diferente pequeños ganchos rectos con sus depresiones correspondientes (*fig. 95*).

Este instrumento puede ser empleado con ventaja para la hemostasia provisional; pero no podemos recomendarlo para la hemostasia definitiva, que se obtiene provocando y aumentando la mortificacion y la necrosis de los tejidos. En las operaciones plásticas la reunion

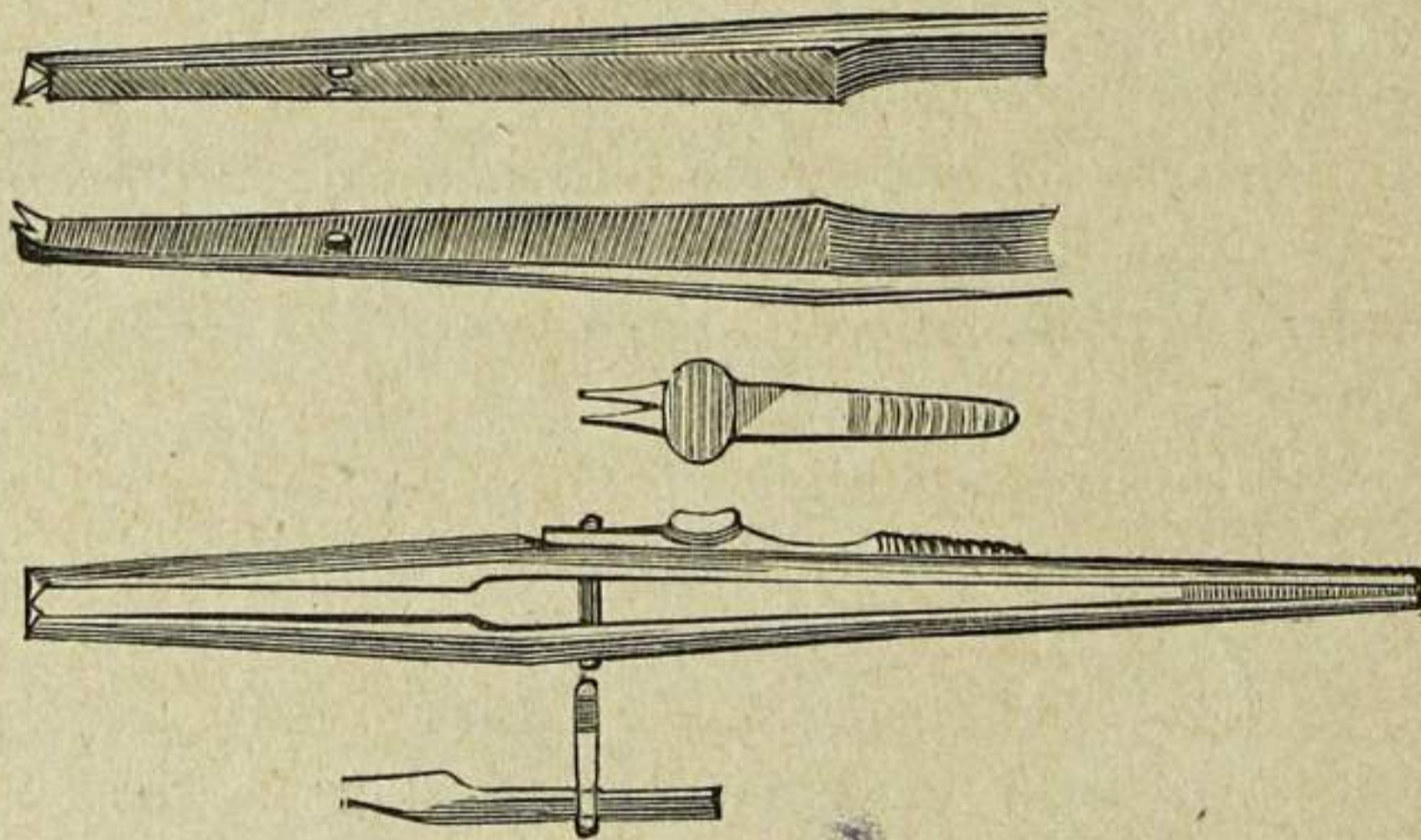


Fig. 95.

por primera intencion es siempre más difícil: nosotros preferimos reseca con las tijeras los puntos cogidos ántes de terminar la sutura y contener en seguida por medio de ésta la hemorragia, cuando hay necesidad de emplear aquellos instrumentos en el avivamiento de los tejidos para impedir una hemorragia grave.

En las demas operaciones, particularmente en las laparotomías, se pueden contener las hemorragias que se verifican por los pequeños vasos ejerciendo una compresion por espacio de cinco á diez minutos. Si la sangre proviene de gruesos troncos vasculares no debemos fiarnos jamás del empleo exclusivo de estos instrumentos y debemos recurrir siempre á la ligadura. Cuando se ha dominado la hemorragia se resecan los tejidos que han sido cogidos con la pinza ántes de proceder á la reunion.

El estudio de las suturas ha sido hecho á conciencia por Simon, que ha reducido sus reglas á principios muy sencillos. Citaremos especialmente á este respecto el trabajo siguiente: *Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln durch die blutige Naht*. Rostock, 1862, págs. 77-102. En esta Memoria el autor ha descrito con el mayor cuidado cuándo debe ser quitado cada punto de sutura de los bordes de la herida, la manera de fijar el hilo, la materia de éste y el método mejor para colocar y desprender la sutura. Simon no atribuye ventaja alguna á los hilos de plata. Debe, sin embargo, reconocerse que hácia el sexto ó el octavo día, si se ha empleado un hilo metálico, la supuración es nula ó poco abundante, en tanto que es más considerable cuando se emplea el hilo de seda (pág. 90).

Véanse ademas:

Bozeman. *Operation of vesico-vaginal fistule, etc.* New-York, 1869.

Simon. *Zur Operation der Blasenscheidenfistel*, comparando el método de Bozeman con el del autor. *Wiener med. Wochenschrift*, núm. 27.

Emmet. *The principles and practice of Gynaecology*. Filadelfia, 1879, pág. 47.

Koeberlé ha preconizado recientemente la hemostasia por compresion. *De l'hémostase définitive par compression excessive*. París, 1877.

Hegar. *Castration der Frauen*. Volkmann's *Klin. Vorträge*, núms. 136 á 138. *Gynäkolog.*, núm. 82, pág. 102.

Art. 13. — Tratamiento de las enfermedades que pueden complicar las heridas. — Influencias estacionales y locales. — Aislamiento de las enfermas. — Instrumentos. — De la mujer que ha de ser operada. — Del operador y sus ayudantes. — Pulverizacion é irrigacion. — Tratamiento consecutivo.

Influencia de las estaciones. — Antiguamente creían los cirujanos que las intervenciones quirúrgicas tenían un éxito más favorable durante las épocas calurosas del año, opinion que merece crédito todavía á las clases populares. Durante el estío se presenta mayor número de enfermos en las clínicas quirúrgicas que en invierno, y si bien es cierto que durante esta estacion hay ménos quehaceres en las poblaciones, el fenómeno tiene otra razon de ser. Es difícil establecer si la temperatura, el grado de humedad, la presion atmosférica y los demas factores que constituyen y determinan la influencia de la época del año juegan un papel especial; sin embargo, nosotros podemos apreciar debidamente los efectos de cada uno de los factores enumerados. La falta de aireacion de la alcoba y la reunion de un gran número de personas en el mismo local favorecen la produccion de las enfermedades infecciosas. El estado general de cada enferma es peor, por otra parte, durante la segunda mitad de los períodos más fríos del año. Pero no es posible dejar completamente para la estacion de verano las operaciones; siem-

pre que no sea urgente puede ser diferida. Además, nosotros, aunque no conocemos sino de una manera imperfecta de qué manera pueden obrar las estaciones, tenemos los medios de luchar contra su acción nociva. Podemos mejorar la aireación de las casas habitadas y podemos también obrar favorablemente sobre el estado general de la paciente. Es, sin embargo, cierto que durante el año son los meses de Febrero y Marzo los que parecen más peligrosos.

En este momento se ve fuera de los hospitales cebarse la mayor parte de las enfermedades infecciosas, tales como la difteria, la erisipela, los forúnculos, los panadizos, etc., cuyas fatales condiciones de la constitución médica adquirieron una gran importancia durante los últimos meses del invierno. Cuando existan tales epidemias se obrará muy cuerdamente difiriendo todas las operaciones que puedan aplazarse.

A propósito de las enfermas que padezcan afectos ginecológicos, y sobre todo de las que deban ser objeto de una intervención operatoria, cabe preguntar si debe ser preconizado exclusivamente el tratamiento á domicilio ó si por lo ménos sería preferible al de las clínicas ó de los hospitales. Si las enfermas pertenecen á las clases populares más pobres es preciso recurrir á las clínicas. Y aún cuando el tratamiento no haya de tener nada quirúrgico, no puede prescindirse del hospital: en las personas acomodadas puede acometerse la asistencia en su domicilio; pero aún en estas condiciones no es siempre posible ejecutar á domicilio todas las operaciones, á ménos que no concurren circunstancias especiales.

El estado de muchas enfermas es tal que el tratamiento no podrá dar buenos resultados si no está asegurada la presencia permanente de un médico, la asistencia de un personal subalterno bien ejercitado y todos los ayudantes necesarios que sólo en un hospital se encuentran. Frecuentemente es muy difícil y á veces imposible desinfectar completamente una habitación, los muebles, los diversos utensilios, etc. A veces, á pesar del aseo de la paciente, su habitación no es apropiada para ser trasformada en cámara de enferma. En otros casos la vecindad, el emplazamiento de la casa son defectuosos.

[Nos creemos en el caso de consignar aquí un hecho curioso que está en abierta oposición con las doctrinas hoy universalmente aceptadas por todos los ginecólogos. La Casa de Maternidad de Madrid se halla situada sin duda alguna en uno de los puntos de la capital que reúnen menor número de condiciones higiénicas. La posición topográfica del establecimiento; su orientación; su situación en una calle excesivamente estrecha; emplazada entre dos establecimientos, sólo separada de ellos por medianerías y patios pequeños, establecimientos de densa población—la Inclusa y las Escuelas Pías de San Fernando—no muy léjos de otro en el que se aglomeran centenares de mujeres durante

el día—la Fábrica de Tabacos—rodeada por multitud de casas pequeñas donde el hacinamiento es regla invariable y constante, de calles estrechas donde la policía urbana está á la altura de la más miserable aldea; todas estas condiciones y muchas más que pudiéramos añadir, demuestran que de propio intento no se hubieran podido buscar más apropiadas para favorecer el desarrollo constante de epidemias puerperales que diezmaran la población de este benéfico establecimiento. Si á esto se agregan las condiciones internas del mismo, es forzoso confesar que si se hubiera construido con el objeto expresado habríase llegado al *desideratum*. Y no obstante estas pésimas circunstancias anti-higiénicas, á pesar de que las enfermerías destinadas á las púerperas son pequeñas, mal ventiladas é inmediatamente contiguas la una de la otra, no siendo posible establecer el aislamiento de la recién parida que contrae un afecto puerperal, sólo por rara excepcion é individual y aisladamente observamos alguno de estos casos.

Como práctica antiséptica constante sólo se emplea una limpieza esmeradísima, especialmente en lo que concierne á las ropas usadas por las púerperas. — *M. G. de S.*

Finalmente, en las condiciones sociales en que actualmente vivimos existen muchas gentes (y su número crece cada día) quienes á pesar de su posición acomodada tienen que ingresar en un hospital al encontrarse enfermas gravemente porque carecen de familia y de asistencia.

Tampoco debe olvidarse por completo que á consecuencia de la técnica delicada y complicada sobre todo por el sinnúmero de métodos de tratamiento, éste exige ser dirigido por un especialista. Es verdad que con el tiempo los conocimientos en Ginecología y la habilidad operatoria serán más comunes que lo son hoy entre los médicos. Pero ocurre en Ginecología lo que acontece en Oftalmología. Para establecer un diagnóstico son precisas tanta habilidad y tanta destreza, que el ejercicio profesional será siempre acaparado por algunos, y que sin la práctica de hospital, aquella habilidad y aquella destreza no podrán adquirirse sino á costa de grandes sacrificios.

Podemos añadir que el hospital, no sólo no es perjudicial á las enfermas, sino que les ofrece grandes ventajas que resultan de la presencia constante del médico, de la inteligencia de las enfermeras, etc. ¿Y cómo no, si estos establecimientos están contruidos con este exclusivo objeto, en tanto que las casas particulares lo están con otro muy diverso? Todo se reduce exclusivamente á una cuestión de dinero, y afortunadamente el interés pecuniario está de acuerdo en esta cuestión con el interés de la salud. Con nuestros hospitales tan viejos y tan mal contruidos se ha seguido una mala práctica bajo el punto de vista higiénico, y se ha hecho una mala especulación bajo el punto de vista pecuniario. Muchas de estas construcciones han sido inmediatamente

reconocidas como defectuosas y han sufrido grandes modificaciones. Las enfermas que en ellos son tratadas permanecen mucho tiempo y no mejoran, aún cuando no contraigan nuevas enfermedades. Las recién paridas, las operadas sufren complicaciones que exigen un tratamiento largo y continuado. Por otra parte, las enfermas que entrarían en un hospital bien administrado y podrían sufragar una parte de los gastos de entretenimiento no se presentan en nuestros establecimientos.

Los principios de ventilación, introducidos recientemente en los hospitales, tienen también por lo común aplicación á los establecimientos destinados á recibir enfermas que han de sufrir operaciones ginecológicas. Como es natural, nosotros no podemos extendernos largamente hablando de este asunto.

En Alemania la Obstetricia y la Ginecología están estrechamente unidas, y esta reunión nos parece muy natural, porque la base, el A B C de los conocimientos ginecológicos, debe estar manifiestamente apoyada en la Obstetricia. Es imposible, sin conocimientos y sin una práctica obstétrica suficiente, llegar á un exacto conocimiento de las enfermedades de la mujer y sobre todo de su patogenia. No hay nada en la práctica de las operaciones de Obstetricia que no constituya una buena base para acometer operaciones ginecológicas.

Es conveniente que un mismo profesor sea apto para ejercer estas dos ramas de la Medicina, y la reunión en un solo establecimiento de clínicas para las operaciones tocológicas y ginecológicas es justa bajo ciertas condiciones. Las salas destinadas á estas dos clases de servicios deben estar separadas ó situadas en piso diferente. El personal y el instrumental deben ser igualmente distintos.

Es preciso no recibir en una sala todas las enfermas afectadas de padecimientos ginecológicos; así, por ejemplo, las que padecen afecciones carcinomatosas, en las cuales no se puede intentar la ablación del neoplasma ni practicar una extirpación parcial para transformar la superficie supurante, no deben ser admitidas en la misma sala destinada á recibir las enfermas que han de ser operadas. Aquéllas infectan la atmósfera y constituyen un gran peligro para las demás enfermas. Es, sin duda alguna, extremadamente penoso rechazar á aquellas desgraciadas que tienen fundada su última esperanza en la acogida que les dispensa un establecimiento hospitalario. En muchas de ellas se podría, en virtud de un tratamiento apropiado, obtener un alivio temporal, la desaparición ó disminución de los intolerables dolores que ellas sufren. También sería muy útil enseñar á los médicos jóvenes prácticamente el tratamiento de estas enfermedades; pero aquí nada se hace sin establecimiento y sin personal especial.

Además de la mujeres afectas de padecimientos carcinomatosos

las que padecen fistulas urinarias y aquellas en las cuales se ha hecho la enucleacion, ya artificial, ya espontánea, de un fibromioma, son un peligro para la atmósfera de un hospital. Estas últimas son raras y deben ser naturalmente separadas. En los casos de fístula urinaria pueden obviarse fácilmente estos inconvenientes operando lo más pronto posible. Las enfermas pueden entónces generalmente orinar á voluntad y desaparece todo peligro. En estas operadas las heridas sólo rara vez presentan complicaciones, tanto que pueden reservarse para ellas las habitaciones que reúnan menor número de condiciones higiénicas.

Pero es preciso ante todo vigilar á las enfermas en las cuales debe practicarse una gran operacion con herida muy extensa; á las que están afectadas de prolapso del útero ó de la vagina; de desgarraduras del periné ó de tumores de la cavidad abdominal y de la pelvis, tumores que exijan la laparotomía. Es necesario destinar á estas enfermas las mejores salas, que serán desinfectadas lo más cuidadosamente posible. Es innecesario construir casas especiales para practicar las laparotomías desde el momento en que en el hospital se puede utilizar un local purificado y que las habitaciones utilizadas con aquel fin estén completamente separadas de las salas destinadas á recibir enfermas de otra índole.

Para la desinfeccion de las salas es preciso recurrir á las vaporizaciones de cloro, de ácido azótico, de azufre. Este último medio es fácil, de cómoda aplicacion y está probado (1). Se toma una vasija de palastro que contenga lumbre, se la coloca sobre un trípode en la sala y se echa el azufre sobre las ascuas, estando cuidadosamente cerradas las puertas y ventanas, herméticamente obturados todos los agujeros, y se deja que se desarrollen los vapores del azufre durante cuatro á ocho horas, al cabo de las cuales, y una vez condensados en la habitacion, se abren las puertas y ventanas para airearla convenientemente. Cuando sea necesario se repetirá la operacion. Estas vaporizaciones tienen la ventaja de destruir todos los insectos, chinches, pulgas, etc. Es preciso practicar una desinfeccion perfecta de la habitacion en que se va á operar. Si la operacion es de tal índole que existan grandes peligros de septicemia, si se trata, por ejemplo, de una laparotomía, es preciso li-

(1) Véase Mehlausen. *Recherches sur la désinfection des chambres* (Comision para el estudio del cólera en Alemania). Este autor recomienda mucho el empleo de los vapores sulfurosos, tanto por su éxito como por la certeza de sus resultados. La cantidad de azufre debe ser considerable, 20 gramos por metro cúbico. Empleando esta cantidad y prolongando la desinfeccion por espacio de dieciseis horas, se ven morir las bacterias contenidas en un vaso de cristal. Es conveniente humedecer el suelo ántes de practicar la desinfeccion porque la humedad absorbe rápidamente los vapores sulfurosos (*Berliner Klinich Wochensch.*, 1879, núm. 10, pág. 157).

mitar el número de los asistentes. Es conveniente practicar durante la operación una ventilación artificial que impida al aire cargarse de vapores de cloroformo, de éter ó de las emanaciones del personal y de los asistentes. Los ventiladores inventados recientemente que funcionan por medio del gas son excelentes. Para purificar el aire que penetra en las salas se disponen los tubos y los canales que le conducen de tal suerte que aquél pase por sustancias desinfectantes. Los tubos que conducen el aire pueden abrirse en parte en una estufa que puede cuando sea necesario encenderse, obteniéndose así un aparato de tiro y una ventilación enérgica. La nueva sala de operaciones de la Clínica de Friburgo está construida según los principios precedentes y el aire que penetra en las salas está purificado como acabamos de decir.

La temperatura de la sala de operaciones debe ser lo más regular posible; para la mayor parte de las operaciones bastan 14 á 15° R. Para practicar algunas laparotomías puede ser conveniente elevar algunos grados la temperatura; pero si ésta es de 20° ó más elevada puede entrañar muy graves inconvenientes. Algunos se han pronunciado recientemente en favor de altas temperaturas, apoyándose sobre las investigaciones de Wegener; pero es preciso no olvidar que este autor se refería sólo á los casos en los cuales se descubre una gran parte de la superficie peritoneal. Por otra parte, es una necesidad rara vez sentida y que por otras razones debe evitarse; hoy la Medicina operatoria está perfeccionada de tal suerte, que esto es posible, obteniéndose ya mucho en el sentido de proporcionar calor á la enferma cubriéndola con cuidado. Finalmente, y esta circunstancia no deja de merecer alguna consideración, es preciso tener en cuenta que una atmósfera muy cálida fatiga mucho al operador y á sus ayudantes, sin ofrecer ventaja alguna para la operada.

La mesa de operaciones debe ser cuidadosamente desinfectada. Al efecto, debe procurarse en su construcción que pueda ser desinfectada fácil y cómodamente; esta recomendación se aplica principalmente á las almohadas y colchones, que deben estar cubiertos de una tela impermeable. La desinfección es difícil, sobre todo en las partes de la mesa de madera y de metal, porque en los ángulos y en las hendiduras es donde más fácilmente vienen á acumularse las sustancias pútridas.

No basta lavar completamente estos muebles con líquidos antisépticos ni dejar la mesa en el local que ha sido expuesto á los vapores del ácido sulfuroso. Cuando se han practicado muchas operaciones es preciso cambiarlas; cuando se ha utilizado mucho tiempo una mesa es preciso dejarla desmontada durante muchos días, exponerla libremente á la acción del aire y del sol y proceder después á una purificación completa. Todas las consideraciones que preceden pueden hasta

cierto punto ser aplicadas á las camas que se utilizan para exploraciones. Si se cree que el aire puede ser el agente de trasmision de las materias sépticas retenidas por la mesa de operaciones, es preciso convenir que las manos del médico, los instrumentos y los aparatos que necesariamente han de estar en contacto con la mesa pueden tambien convertirse en agentes de propagacion.

Es difícil describir y observar todas las precauciones que deben tomarse á propósito de la limpieza de los aparatos que son necesarios en una operacion. Las vasijas en las cuales se colocan el agua caliente y el agua fría deben ser de metal y fáciles de limpiar. No deben utilizarse para otros usos, y debemos recomendar que no se empleen para operaciones peligrosas sino vasijas que estén exclusivamente destinadas á ellas. En cuanto al agua, debe ser pura, teniendo cuidado de hervirla previamente y mezclarla con líquidos antisépticos. Durante las operaciones largas es preciso renovar el agua frecuentemente, y debe vigilarse que esto se haga rápidamente y sin dejar de adoptarse todas las precauciones antedichas. Las esponjas, despues de haber sido limpiadas como de costumbre en agua hirviendo, se colocarán preferentemente durante algun tiempo en una solucion de ácido clorhídrico, lavándolas y secándolas despues, y ántes de ser empleadas se sumergirán en un líquido fuertemente desinfectante, por ejemplo, en una disolucion de ácido fénico al 5 por 100, siendo preciso en seguida lavarlas de nuevo y sumergirlas en un líquido antiséptico débil que servirá para la operacion. Nosotros no emplearíamos dos veces las esponjas que ya hayan servido, porque aunque se les haga sufrir todo el ciclo de preparaciones arriba señaladas, aún podrían contener sustancias particularmente sépticas, tales como pus, etc. Por otra parte, la utilizacion ulterior sería muy limitada, porque las esponjas no resisten mucho tiempo á toda esta serie de preparaciones.

Las compresas deben ser elegidas segun que deban servir para simples exámenes, para operaciones ligeras ó para operaciones graves y peligrosas (por temores de infeccion). Para las laparotomías nosotros utilizamos un arsenal especial. Las servilletas sobre todo son lavadas especialmente, empapadas en agua clorurada fuerte, secas y despues extendidas y sometidas á la accion de los vapores sulfurosos á que sometemos la vispera de la operacion el cuarto en que ésta debe tener lugar.

Todos los aparatos de cura, vendas, uata, etc., deben ser tambien sometidos á la accion de los vapores desinfectantes.

Los irrigadores deben elegirse segun el resultado que se pretenda obtener. Las cánulas deben ser de metal, por ejemplo, de zinc, para poderlas desinfectar así sometiéndolas á la accion del calor y manteniéndolas despues en un líquido desinfectante. Las cánulas de cristal

merecen tambien ser recomendadas, porque se las puede limpiar segura y completamente sumergiéndolas en una fuerte solucion de agua clorurada, fenicada, etc.

Un punto de los más delicados es encontrar un buen arsenal para los hilos destinados á ligaduras y suturas con el fin de que puedan ser fácilmente desinfectados. El hilo metálico se limpia muy fácilmente, y por este solo hecho ofrece ventajas que no permiten rechazarle para las suturas; pero no es conveniente para ligaduras. Se ha pretendido, es cierto (en la ovariectomía por ejemplo), ligar algunos vasos aislados con un hilo de hierro delgado, pero esta práctica ha tenido poca aceptación. En las ligaduras en masa no debe nunca emplearse el hilo metálico, porque es muy difícil torcerle suficientemente y se rompe con facilidad en estas tentativas. Por otra parte, las extremidades de los hilos, una vez hecho el nudo, pueden herir fácilmente los órganos vecinos.

El catgut es poco flexible y se rompe con suma facilidad. Con este hilo es difícil hacer los nudos y cuando se les emplea en la práctica de las suturas se pierde siempre mucho tiempo. Parece que hay grandes diferencia de calidad segun que el hilo sea de tal ó de cual fábrica, y tampoco es siempre de la misma áun cuando se obtenga del mismo fabricante. Zweifel ha demostrado que los hilos de catgut pueden ser por sí mismos agentes de trasmision de los productos sépticos, tanto que cree debe llamarse la atencion sobre este punto y que ántes de cada operacion es preciso examinar el catgut que haya de emplearse, asegurándose por medio del microscopio que no contiene bacterias. Los hilos de catgut fabricados con materias orgánicas se corrompen fácilmente.

[Disentimos completamente en estas apreciaciones sobre el catgut de la respetable opinion de los Sres. Hegar y Kaltenbach, así como de la de Zweifel. En primer término, el catgut se hace completamente flexible cuidando de mantenerlo dos ó tres horas ántes de la operacion en una solucion fenicada al 5 por 100. Hecha esta operacion se anuda con suma facilidad, y empleándole de un grueso apropiado y haciendo los nudos con cuidado no hay temores de que se rompa, porque su permanencia en la disolucion del ácido fénico le hace perder sus condiciones de fragilidad. En segundo término, si se cuida de tener siempre el catgut en aceite fenicado, que es como se expende comunmente y como se conserva, y ántes de la operacion se le somete á la accion de la disolucion fenicada, no comprendemos cómo ha de convertirse en agente de trasmision de los productos sépticos. En cambio de estos pretendidos inconvenientes, que, á nuestro juicio, no existen, ofrece ventajas positivas, así para la ligadura como para la sutura, ventajas que dejamos apuntadas en una nota anterior. Tal vez obedezcan las

opiniones de los autores en este asunto á la mala fabricacion de este producto en Alemania, donde quizá no se obtenga tan bueno como en Inglaterra, Francia y Suiza, de donde procede el catgut que nosotros hemos empleado en nuestra práctica así particular como hospitalaria. — *M. G. de S.]*

La seda, que es muy flexible y relativamente muy sólida, aunque no sea de muy grueso calibre, ofrece ventajas positivas sobre todas las demas sustancias. Si podemos sustituirla con ventaja con hilo metálico cuando se trata de practicar la sutura, su superioridad nos parece incontestable para las ligaduras, y sobre todo para las ligaduras en masa. En las operaciones cruentas, en aquellas que exigen cierta rapidez operatoria, cuando toda dilacion puede ser perjudicial, creemos que debe otorgarse á la seda la preferencia. Cuando se trata de practicar ligaduras en masa en tejidos blandos, en un tejido muy rico en vasos sanguíneos ó en un tejido muy retráctil; cuando se deba temer que las partes abrazadas por la ligadura puedan escaparse, la seda es excelente porque se la puede torcer fácilmente y porque penetra en los tejidos, á los cuales se adapta con fuerza. Desgraciadamente, es muy difícil desinfectar la seda. Czerny opina que es necesario cocerla durante media hora en una solucion fenicada al 5 por 100 y sumergirla despues en la solucion débil al 2 por 100. Pero es preciso tener en cuenta que mediante estas preparaciones se altera de una manera muy sensible la solidez de la seda, que se rompe en seguida con facilidad. Nosotros la hacemos cocer de la manera precedentemente indicada, inmediatamente ántes de la operacion; pero esto basta para disminuir su solidez y hacerse más frágil.

Es más fácil limpiar completamente los instrumentos cuando se dispone de gran número de ellos y cuando cada uno puede ser desmontado. Ciertos instrumentos sirven á la vez para las laparotomías y para algunas otras grandes operaciones más frecuentes (operacion del prolapso, por ejemplo), y es preciso tener en una gran clínica al ménos un arsenal especial para las maniobras de diagnóstico.

No deja de tener importancia la eleccion de material para la fabricacion del mango de los instrumentos. Recientemente se ha puesto en boga la nikelizacion de muchos instrumentos, lo cual evita el enmohecimiento y facilita la limpieza. Siendo esto posible es preciso evitar el empleo de la madera en la fabricacion de mangos ó de ciertos aparatos, utilizando el metal ó la goma endurecida, evitando las hendiduras y las desigualdades.

Todos los instrumentos, y ésta es una regla absoluta, deben, despues de haber sido empleados, ser sometidos á una preparacion anti-séptica y solamente entónces ser empleados de nuevo. Deben, en seguida de haber sido utilizados, ser de nuevo sometidos á una desinfeccion

más ó ménos enérgica segun la importancia de la operacion. Los instrumentos romos, tales como las pinzas, ganchos, espéculos, separadores de la vagina, dilatadores, bujías, sondas, catéteres metálicos, agujas de Deschamps, agujas de sutura, etc., deben ser sumergidos en una solucion de ácido fénico al 5 por 100 que esté hirviendo. Los instrumentos que presenten numerosas asperezas, tales como las pinzas, clamps, etc., deben limpiarse ademas con cepillo y jabon. Debemos tambien recomendar que estos instrumentos, y principalmente los constrictores, se limpien con alcohol y jabon ó con éter de manera que se les deje libres de los detritus grasosos que pudieran permanecer adheridos á ellos. En las laparotomías repetiremos una vez todas estas maniobras ántes de la operacion. Estos instrumentos serán en seguida colocados en un plato de pálastro que contenga una solucion débil de ácido fénico ó agua clorurada, ó por lo ménos sumergirlos inmediatamente ántes de emplearlos.

Los instrumentos cortantes se echan á perder muy pronto si se les somete á estas maniobras. Nosotros generalmente los lavamos despues de cada operacion, enviándolos despues á casa del fabricante. Antes y durante la operacion los sumergimos y lavamos en una solucion anti-séptica débil.

Las precauciones que conciernen á las operadas no han llamado hasta aquí la atencion suficientemente, á nuestro juicio. Se debe cuidar que no rodee nada á la paciente que pueda ser origen ó causa de putrefaccion ántes de ser operada. No deben estar colocadas en la misma sala que otras enfermas con heridas que supuren. La víspera de la operacion, la enferma debe tomar un baño caliente, vestirse con ropa limpia y acostarse sobre cama recientemente mudada. La region sobre la cual haya de operarse debe ser limpiada cuidadosamente con jabon, alcohol y líquidos antisépticos. Se pondrá á la enferma una inyeccion vaginal si hubiéramos de operar en este conducto. Los vestidos que haya de tener la paciente durante la operacion serán muy limpios y estarán bien desinfectados.

Las enfermas están á veces afectas á la par de padecimientos que, como los forúnculos, panadizos, ciertas afecciones cutáneas, etc., pueden dar lugar á supuraciones. Antes de operar es preciso destruir estos focos en cuanto sea posible.

Desgraciadamente fracasan con frecuencia cuantos medios se emplean con este fin ó no se llega á éste completamente porque aquellas afecciones reconocen precisamente por causa la enfermedad misma que exige la operacion que va á practicarse. Se trata, por ejemplo, de un carcinoma del cuerpo del útero, de un fibroma ó de un tumor ovárico complicado con endometritis y acompañada de secrecion saniosa, de retencion de los productos de secrecion, ya sea á consecuencia de una

flexion del útero, ya á consecuencia de una compresion del canal uterino. En estos casos estas materias pueden reabsorberse y ocasionar la produccion de afecciones cutáneas. Cuando no podemos hacer desaparecer estos inconvenientes ó disminuir su importancia, debemos á lo ménos aplicar un vendaje conveniente á fin de evitar que las materias pútridas puedan durante la operacion verterse de los puntos enfermos sobre la herida que se practique. Desgraciadamente este procedimiento no evita la influencia nociva de la acumulacion en la sangre de aquellas nocivas materias.

En cuanto al operador y sus ayudantes, es preciso que ninguno de ellos se halle afectado de padecimiento alguno que pueda ser origen ó causa de infeccion. Pueden ocasionarse graves accidentes si alguno de ellos padece forúnculos, panadizos, pústulas ó ha padecido erisipela poco tiempo ántes. Hace algunos años la matrona agregada á nuestra clínica fué afectada de un panadizo superficial con ligera linfangítis; ella infectó á dos púerperas, de las cuales una sucumbió y la otra estuvo muy grave, padeciendo durante tres meses.

El personal médico puede ser de otra suerte causa de infeccion, porque, sin estar enfermo, el médico lleva á veces sobre su propio cuerpo sustancias sépticas; estos gérmenes infecciosos pueden, en efecto, existir en todas las partes del cuerpo, sobre todo las que están cubiertas por vestidos y que se ponen en contacto con sustancias saniosas y fácilmente putrescibles, ó bien que han estado mucho tiempo en contacto con una atmósfera cargada de pequeñas partículas sépticas. Ningun médico ignora que las manos y los cabellos retienen durante largo tiempo un olor fétido cuando se trabaja en un anfiteatro anatómico. Parece tambien que cuando la cavidad bucal y los órganos de la respiracion están mucho tiempo en relacion por su cara superficial con semejantes efluvios, la respiracion toma un olor especial, pudiendo ocurrir que la sangre misma absorba tales principios odorantes que son despues expulsados en la espiracion.

El éter que ha sido respirado con el fin de provocar la anestesia es seguramente eliminado de esta manera, porque el aliento de las operadas durante las veinticuatro horas que siguen á la operacion tiene frecuentemente un olor característico, siendo á veces tal la eliminacion, que se reconoce el olor del éter desde que se penetra en la habitacion donde se halla la enferma. Es imposible acusar á los vestidos de la paciente, porque este fenómeno se produce de la misma manera cuando despues de la operacion se ha mudado de ropa á aquélla, y no es verosímil que la superficie de la mucosa de las vías respiratorias y de la cavidad bucal conserve durante tanto tiempo el olor del éter. Se sabe, por otra parte, que ciertas mujeres durante el período catamenial exhalan un olor desagradable, siendo probable que sea debido á sus-

tancias contenidas en las cavidades uterina y vaginal, sustancias que, alteradas y reabsorbidas, son eliminadas con los gases de la respiración.

Mayrhofer ha llamado recientemente la atención sobre la acción de un elemento que tiene su importancia: la cavidad bucal, y más especialmente la parte comprendida entre los dientes, sobre todo si están cariados, contiene un gran número de bacterias aún en las personas que gozan de una buena salud.

Se sabe también con cuánta facilidad se adhieren las sustancias infecciosas á los vestidos, y que los guantes pueden impregnarse de ellas en alto grado.

Todas estas consideraciones están perfectamente justificadas, y en el estado actual de nuestros conocimientos sobre la infección es imposible abrigar la menor duda á este respecto, deduciéndose de ellas mismas las reglas prácticas. El operador y su personal deben algunos días antes de la operación, siempre que ofrezca algún peligro de infección manifiesto, evitar ponerse en contacto con enfermos ú objetos que puedan determinarla. No deben generalmente usar guantes desde veinticuatro horas antes de operar, porque en los guantes usados pueden adherirse sustancias infecciosas, y por otra parte las manos se desinfectan enérgicamente estando expuestas al aire y á la luz. Veinticuatro horas antes deben tomar un baño general caliente, y deben limpiarse los cabellos esmeradamente. Durante la operación deberán usar una blusa recientemente lavada y que haya sido expuesta á los vapores del ácido sulfuroso. Tampoco visitará el día en que haya de operar el cirujano ningún enfermo y ménos ninguna mujer que haya abortado. Mayrhofer recomienda el empleo de un respirador para retener los gérmenes contenidos en la boca y que pudieran ser proyectados en la espiración. Esto nos parece superfluo, porque aun dado caso de que se atribuyera alguna importancia á este peligro, podría el cirujano, antes de la operación, lavarse la boca con un cepillo y un líquido desinfectante. Se debe fijar la mayor atención en el lavado de las manos. No basta efectuarlo en el éter, ni con jabón y cepillo de uñas, empleando el agua clorurada, la solución de ácido fénico ó la de permanganato de potasa. Es sabido que cuando los dedos han estado en contacto con sustancias colorantes, con sangre, etc., los pliegues de las uñas retienen pequeñas partículas que no se logra que desaparezcan por los medios precedentes. Bajo la uña sobre todo estas partículas se adhieren de tal modo que no puede hacerse que desaparezcan con el cepillo, y es preciso servirse de un limpia-uñas: á nivel de la matriz de éstas también se adhieren partículas, pero éstas desaparecen fácilmente con el cepillo. En otros casos existen pequeñas heridas y cortaduras, en las cuales pueden acumularse partículas sépticas. El médico debe evitar estas

heridas y cortaduras tanto por la enferma como por sí mismo, porque pueden ser la puerta de entrada de los gérmenes, como saben muy bien los que se dedican á trabajos anatómicos. La dificultad de obtener una desinfección completa de las manos justifica la regla que hemos dado anteriormente de evitar, durante algunos días ántes de la operación, todo peligro y mantenerse alejado de todo lo que pueda originar una infección.

Las reglas precedentes tienen por objeto evitar la trasmisión de gérmenes pútridos por el médico, el personal asistente y los instrumentos. Si se descuidaran estas precauciones se observaría la producción de accidentes variables según las ocupaciones del profesor y de los ayudantes y según la naturaleza de las enfermedades tratadas en el hospital. En efecto; si un médico que no se ocupa más que de Ginecología no debe jamás dejar de recurrir á la antisepsia; si en una sala ó en un hospital donde sólo se reciben determinada clase de enfermas que no se hallen afectadas de enfermedades infecciosas, no debe dejarse de apelar á todos aquellos recursos, se comprende cuán necesario será no olvidar ningún detalle y con cuánta severidad deben aplicarse estas precauciones cuando en un hospital se reciban enfermas de todas clases, mujeres embarazadas, púerperas, etc., y cuando el médico ejecute toda clase de reconocimientos y operaciones.

Aun con todas estas precauciones la infección no es imposible, y cuando sobreviene es preciso guardarse de atribuirle siempre á una aplicación irregular de la antisepsia. En efecto; después de toda operación existen elementos fácilmente alterables, que son desde el primer instante aptos para sufrir la influencia de los fermentos; tales son las secreciones de la herida, la sangre y los tejidos mortificados.

Es preciso, pues, operando, destruir en tanto sea posible esta causa de septicemia, practicando cuidadosamente las ligaduras, limpiando y suturando delicadamente los labios de la herida, etc. Ya tendremos ocasión de volver sobre este asunto al ocuparnos de las operaciones en particular.

Demostremos más adelante cómo por el desagüe puede asegurarse la eliminación de todos los productos alterados y cómo también podemos oponernos á su descomposición.

Para evitar la infección durante las operaciones se hace también frecuentemente uso del *spray*, empleándose hoy muy rara vez la irrigación continua, que ántes estaba muy en boga. Para el *spray* se emplea el vapor de agua pura ó mezclada con una débil cantidad de una sustancia desinfectante. Este sería un medio muy cómodo y haría superfluas todas las precauciones que dejamos descritas. Pero no ocurre así ciertamente. En efecto; si en determinadas operaciones, en las que se practican en la superficie del cuerpo, ó de una manera general, en

aquellas en que el líquido empleado en las lociones puede verterse de una manera continua y completa, se alcanza este resultado frecuentemente, no siempre concurren estas circunstancias, y los mismos preceptos de Lister dan la medida de la poca confianza que debe merecernos el *spray*. Lister recomienda que debe recurrirse á todos los cuidados que anteriormente dejamos descritos.

Criticando la deficiencia de la utilidad del *spray* va más léjos todavía. No obstante que en una operacion se haya empleado este medio, es preciso todavía despues de él recurrir al desagüe, que no puede tener más que un objeto: permitir la salida á los líquidos saniosos, es decir, á líquidos que han sido alterados por gérmenes. Ahora bien; ¿qué interes podría inspirar la salida de líquidos no peligrosos de una herida aislada por un apósito perfectamente antiséptico?

En Ginecología la variedad en las operaciones es mayor que en las demas ramas de la Cirugía. Ya se trata de autoplastias en las cuales no se puede emplear el desagüe ni el apósito antiséptico, ya de laparotomías en las cuales no es posible aplicar ninguna cura sobre las heridas internas (muñon, rotura de adherencias); aquí el mismo desagüe no conviene sino en ciertos y determinados casos, y no ha dado todavía irrecusables pruebas de su valor. Ahora bien; en las autoplastias el *spray* prestará buenos servicios, constituirá un buen procedimiento de lavado, pero nada más, y las lociones permanentes ó temporales practicadas con líquidos desinfectantes por medio de un simple irrigador son tambien activas y de más fácil aplicacion.

El empleo del *spray* es, por el contrario, más incómodo y más penoso para el operador que este último procedimiento.

Por lo que concierne á la laparotomía, el *spray* nos parece ser más perjudicial que útil. Las corrientes de vapor, y esto está fuera de duda, introducen en el mismo espacio de tiempo más gérmenes en la cavidad abdominal que si la atmósfera que rodea á la operada estuviese tranquila, porque con aquéllas se introducen partículas sólidas y gérmenes que flotan en las inmediaciones de la herida. El líquido vaporizado penetra en el tejido peritoneal, se imbiben en el epitelio y provoca con facilidad suma la irritacion y aun la inflamacion, á lo ménos cuando se emplea un líquido muy concentrado. Cuando el *spray* ha sido empleado durante mucho tiempo, es preciso hacer una esmerada limpieza del peritoneo, y el endotelio se desprende fácilmente. Estos inconvenientes pueden no tener una gran importancia cuando no intervienen otros factores.

No olvidemos, finalmente, que despues del empleo del *spray* queda una gran cantidad de líquido en la cavidad peritoneal. Ahora la experiencia y la observacion nos han demostrado que en toda inflamacion del peritoneo parietal ó visceral, ya sea esta inflamacion de origen

mecánico, químico ó séptico, se producen rápidamente adherencias que aislan las porciones enfermas de las partes sanas. Este mecanismo es evidente cuando se estudia la perforacion del estómago ó del intestino, y se sabe que los cuerpos extraños y aún las materias fecales pueden atravesar la pared del apéndice vermicular y enquistarse ántes de que se produzca una peritonitis generalizada. Esto no es debido á que elementos sépticos venidos de fuera invadan regiones todavía intactas, sino á que el tejido subseroso es el asiento de una inflamacion que se extiende rápidamente á la manera de una linfangitis. Se sabe, en fin, cuál es la importancia del enquistamiento del pedículo en las ovariectomías y en la amputacion supravaginal. Aquí todavía la peritonitis está localizada en la vecindad del pedículo, cerca de los puntos por donde han pasado los hilos de sutura y alrededor de partes que se mortifican á consecuencia de la presion ejercida por el clamp, que protege las partes sanas del peritoneo.

La irritacion del peritoneo, cualquiera que sea su causa, química, mecánica y aún séptica, puede realmente ser útil, y para probarlo citaremos la eliminacion de masas purulentas por la incision abdominal despues de una ovariectomía complicada. Ahora, si queda líquido sobre estos puntos, el enquistamiento es difícil. Además, los movimientos de las enfermas, los movimientos peristálticos provocados por la existencia de un cuerpo irritante, arrojarán hasta los puntos más recónditos de la cavidad peritoneal los líquidos segregados y con ellos las sustancias nocivas acumuladas cerca de la ligadura del pedículo, cara interna de la incision, etc. Añadamos que el agua destilada misma, apropiándose la albúmina y las sales de la sangre, se convierte en un medio excelente de cultivo para los gérmenes del aire, segun lo ha demostrado cumplidamente Wegener. En fin, la movilidad del líquido, debida á los movimientos peristálticos del intestino, aumenta la rapidez en el desarrollo de estos gérmenes, segun lo ha reconocido tambien Wegener. Nosotros dudamos que la pequeña cantidad de ácido fénico contenido en el líquido pueda dificultar este proceso. Porque se sabe que si una solucion del 2 al 3 por 100 impide durante mucho tiempo la pululacion de gérmenes, no mata la bacteria, y las soluciones más concentradas tienen una accion muy desastrosa sobre el peritoneo. Se admite que las soluciones débiles de ácido fénico se reabsorben rápidamente. Esto no es exacto, y yo no atribuyo gran importancia á los casos de intoxicacion que se producen bastante frecuentemente, acaso porque á este estado viene á añadirse el de debilidad en el cual se encuentran las enfermas. Pero cuando operamos no nos hallamos en las mismas condiciones en que se encuentra colocado el experimentador que inyecta en el peritoneo de un animal cualquiera una solucion bien pura de ácido fénico. En una laparotomía la solucion está alterada por

el aire, la sangre, el suero, etc. La reabsorción será más lenta, pero el líquido será un buen medio de cultivo para los gérmenes.

Pero se nos dirá que el empleo del *spray* ha permitido obtener en la ovariectomía resultados más satisfactorios que los que antes se obtenían, tanto que Spencer-Wells mismo y Keith le han adoptado definitivamente. Yo dudo que estos operadores hayan obtenido mejores resultados desde que emplean el *spray*.

En efecto; ¿Spencer-Wells no ha practicado 27 ovariectomías seguidas con feliz éxito antes de recurrir á dicho medio? ¿Los resultados de Keith — antes del empleo del *spray* — no son de tal manera felices que sea muy difícil atribuir con justicia á la acción del medio referido el éxito de las operaciones llevadas á cabo después que este cirujano ha adoptado este proceder? Si además tomamos en consideración, aparte de su valor, de la gravedad y del número de complicaciones, la cuarta serie de ovariectomías de Keith hechas sin el auxilio del *spray*, á pesar de los seis casos de muerte, nos parece más favorable que la última serie en la cual se apeló á aquél, aunque ésta no comprenda más que dos casos mortales. Las complicaciones difíciles son, en efecto, aquí incomparablemente más raras que en la cuarta serie, en la cual vemos, por ejemplo, figurar tres grandes tumores fibro-quísticos. No olvidemos, en fin, que de 200 ovariectomías practicadas sin el auxilio del *spray*, Keith tenía solamente una mortalidad de 16,8 por 100, y que se trataba de cánceres en un gran número de casos, y hagamos notar, por último, que la mortalidad en las operaciones graves era poco más elevada que en las operaciones simples, en las cuales era de 16,15 por 100, siendo en las primeras de 17,14 por 100.

En la mayor parte de las ovariectomías ordinarias el *spray* no provoca ningún accidente cuando el operador no ha omitido el empleo de ninguno de los otros procedimientos antisépticos que tienen una mayor importancia. El *spray* es un buen método de lavado. En las ovariectomías simples nada penetra en la cavidad abdominal porque el mismo tumor se opone á la introducción de gérmenes. En las operaciones complicadas el peritoneo está casi siempre profundamente alterado y bajo la acción de un líquido irritante reacciona de otra suerte que un peritoneo sano. Además, en estos casos la pared abdominal se deja fácilmente deprimir, y es preciso hacer una gran incisión por la cual pueda fácilmente hacerse la limpieza del peritoneo y extraer los líquidos que hayan podido penetrar. En otros casos las circunstancias son bien diferentes; se trata de una castración, por ejemplo, el líquido vaporizado penetrará fácilmente en la cavidad abdominal; el peritoneo está sano, la incisión es pequeña, la limpieza de la serosa difícil. Nuestra experiencia nos ha llevado á rechazar el empleo del *spray*.

El tratamiento consecutivo de las operadas debe ser tan simple como sea posible. Si durante la maniobra operatoria se ha podido evitar la infeccion, no se está al abrigo de mayor peligro. Es absolutamente preciso que la operada esté en el reposo más completo. Una vez bien lavada se la acostará entre sábanas limpias y bien calientes, colocando cerca de las extremidades de aquélla y aún alrededor del tronco, si fuera necesario, botellas con agua caliente ó calentadores. Contra los inconvenientes de la anestesia se emplearán los medios ordinarios: hielo, excitantes, inyecciones de éter, etc. Si hubiere colapso se recurrirá á estos medios y á las enemas de vino, mezclado, si fuera necesario, con la tintura de opio, haciendo tomar, si el estómago lo tolera, un poco de mixtura antiespasmódica con agua, té ó café. Más tarde la alimentacion será ligera, los alimentos líquidos ó por lo ménos de muy fácil digestion. Sólo se recurrirá á los excitantes muy enérgicos en los casos de debilidad extremada ó en las personas que estén habituadas á ellos.

No estamos nosotros convencidos de la utilidad del empleo constante de los excitantes muy enérgicos, tales como la mixtura antiespasmódica, los vinos muy alcoholizados, el té de buey, etc., en los primeros momentos que siguen á toda operacion, aunque sea muy grave. Las enfermas mueren muy rara vez de simple debilidad, y en raras ocasiones pueden triunfar los alcoholes del peligro que corre una enferma afectada de septicemia. Sin embargo, consideramos absolutamente justificado su empleo en estos casos.

Pero se ve á mujeres que han llegado al último extremo de la debilidad con un pulso miserable de 130 á 150 pulsaciones, y súbitamente, como por encanto, desaparecen todos los síntomas y el estado general se mejora como despues de la abertura de un absceso. La causa de la debilidad reside rara vez en la inanicion y muy frecuentemente en el veneno que ha invadido el organismo. Nosotros hemos obtenido frecuentemente mejores resultados empleando la leche que recurriendo á alimentos de gran poder nutritivo y á excitantes muy enérgicos.

Más tarde está, por regla general, indicada una alimentacion más nutritiva.

Se debe además, en tanto lo permita el estado de la enferma, variar de cuando en cuando su posicion; por ejemplo, cambiar el decúbito dorsal en lateral y dejarla mover un poco las extremidades inferiores. Si esto no es posible, se apela á movimientos que son muy útiles; tales son la elevacion y la flexion de las caderas, las rodillas y las articulaciones de los piés, movimientos que deben ser ejecutados cada una ó dos horas por las enfermeras. Estos medios son excelentes contra la produccion de trombosis.

La cama será hecha de tal suerte que el cuerpo repose sobre la ma-

yor extension posible. En las personas que puedan estar acostadas con las espaldas y la cabeza un poco bajas, es preciso cuidar de que la parte superior del cuerpo esté casi horizontal, en cuyo caso sirven de punto de apoyo el sacro y el dorso casi hasta las espaldas. Los muslos pueden estar en semiflexion si se teme una trombosis ó si se quiere evitar la tension de la pared abdominal. Los colchones de aire y los de agua constituyen medios excelentes.

No debe acometerse un tratamiento local sino cuando existan indicaciones precisas. El empleo general de inyecciones, y sobre todo de irrigaciones vaginales continuas en las operaciones, nos parece más perjudicial que útil. En los primeros días, cuando todavía existe una hiperemia, obran como un excitante mecánico peligroso. Más tarde, cuando el flujo es abundante, las lavativas de limpieza son útiles, principalmente si se introduce la cánula con habilidad y si se emplea una presión débil. No obstante, no son absolutamente indispensables.

Se debe recurrir al cateterismo cuando las enfermas no orinan espontáneamente. Ya hemos descrito detalladamente en el artículo consagrado al exámen de la vejiga los cuidados que deben presidir á esta operacion, no debiendo olvidarnos de que un catarro vesical, áun siendo muy ligero, como se observa frecuentemente, y no dando lugar á síntomas penosos, puede influenciar muy desventajosamente la marcha de la convalecencia y áun provocar accidentes.

La temperatura de la habitacion en que repose la enferma debe ser de 13 á 15° R., y debe vigilarse que la ventilacion sea perfecta. Las corrientes de aire, sobre todo cuando vienen á actuar sobre las partes enfermas ó sus inmediaciones, son ciertamente muy nocivas. Debe tratarse de obtener á la vez una temperatura igual y una buena ventilacion sin corrientes de aire.

Los antiguos operadores atribuían una gran importancia á que las secreciones se efectuaran normalmente, y así evitaban cuidadosamente todo lo que podía hacerlas disminuir. El estado de la piel, sobre todo, les preocupaba mucho, y hacían tomar baños á las operadas para favorecer la secrecion del sudor.

Véanse :

Zweifel. *Du catgut comme agent de transmission de l'infection.* — C. f. Gyn., 1879, pág. 295.

Mayrhofer. *Remarques sur la méthode antiseptique appliquée aux opérations en général et aux laparotomies en particulier.* — *Viener, Med. Blätter.*, 1879, núm. 30.

Wegener. *Remarques chirurgicales sur la cavité péritonital considérée surtout au point de vue de l'ovariotomie.* — *Langenbeck's Arch. für Chir.*, t. XX, 1876, págs. 51 y siguientes.

Keith. *The Lancet*, 7 de Septiembre de 1867, 20 de Agosto de 1870, 16 de

Noviembre de 1872. — *Brit. Med. Journal*, 26 de Junio de 1875, ídem 19 de Octubre de 1878.

Semmelweiss. *Die Ätiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers*. Pesth, 1861.

De una manera general los principios más importantes del método antiséptico, tal como hoy se practica, se encuentran en la obra de Semmelweiss. Este autor no se ha ocupado más que de las enfermedades infecciosas y de las puerperales que se han presentado á su observacion. Las Maternidades alemanas han sido más aun que las clínicas quirúrgicas sometidas al empleo de precauciones antisépticas.

Al idear su método antiséptico, Lister ha partido del mismo punto de vista que Semmelweiss. Se ha dirigido á los mismos procedimientos que este último autor para luchar contra la accion de los gérmenes. Pero al mismo tiempo, y éste es un punto importante, guiado por su instinto práctico, introdujo en su método el empleo general del desagüe por los procedimientos de Chassaignac á fin de evacuar rápidamente los líquidos putrefactos.

Todo esto nos parece que tiene un gran interes bajo el punto de vista de la Ginecología. Se debe otorgar la mayor importancia á los procedimientos que permiten evitar la accion de los gérmenes, tomada esta palabra en su acepcion más general y lata. Este es, en el estado actual de la Ciencia, el método antiséptico. En muchas operaciones en las autoplastias, en la mayor parte de las laparotomías, éstos son los únicos procedimientos á que se puede recurrir. Pero se debe considerar tambien como muy importante eliminar los líquidos segregados por la herida, líquidos que pueden estar corrompidos, ó bien que no pueden impedir la fermentacion.

Muchos cirujanos son de esta opinion, y Lister mismo se aproxima á ella en cuanto podemos juzgar de sus publicaciones y comunicaciones. Es relativamente ménos importante impedir la entrada de los gérmenes que el desagüe, las contra-aberturas, la trasformacion en heridas anchamente abiertas de los ventrículos y canalículos que contienen pus, que es lo verdaderamente importante. Estas maniobras constituyen tambien el método antiséptico, pero es un método antiséptico secundario.

En nuestras operaciones de Ginecología, en casi todas las autoplastias, por ejemplo, es preciso recurrir á la antisepsia primitiva, y ocurre lo mismo en las laparotomías. Sin embargo, en este último caso todo cambiará cuando el manual operatorio de la antisepsia secundaria haya mejorado. Los progresos realizados en este sentido, aunque manifiestos, no son todavía bastante importantes para que podamos preconizar el empleo exclusivo de la antisepsia secundaria. Véase Bardenheuer, *Sur le drainage du péritoine*. Stuttgart, 1880.

Por otra parte, es cierto que la antisepsia primitiva debe ser mejorada.

Recientemente Keith ha dado estadísticas concernientes á la ovariectomía mucho mejores que las publicadas hasta entónces. Este operador y otros autores han atribuido al empleo del *spray* una gran importancia. Gracias á este proceder, Keith declara que la mayor parte de las precauciones que nosotros empleamos son superfluas. Este es un punto muy importante para que nosotros no insistamos aqui y para que no mencionemos expresamente que es preciso no operar cuando poco tiempo ántes se ha tenido ocasion de ver en-

fermas afectadas de enfermedades infecciosas y no recurrir á ningun ayudante que pudiera encontrarse en este caso. Las circunstancias en las cuales se encuentran Keith y Spencer-Wells son excepcionales.

Si no estamos mal informados, estos autores se dedican casi exclusivamente á practicar ovariectomías, y, por tanto, apenas tienen ocasion de infectarse.

Es fácil explicar los buenos resultados que se obtienen desde que se emplea el método de Lister. Antes no se adoptaba ninguna precaucion antiséptica ni se empleaba ningun líquido desinfectante. Empleando el método antiséptico ellos procederán muy cuidadosamente en el lavado de las manos, de los instrumentos y de los objetos que hayan de utilizar en la operacion. Finalmente, no olvidemos que es preciso atribuir en parte los brillantes resultados que obtienen al cuidado con que proceden en la eleccion de los casos que han de ser objeto de operacion. Keith estima que la operacion está contraindicada en todos los casos en que se trata de un tumor maligno, y, para guiarse, atribuye siempre una gran importancia á la puncion exploradora. Spencer-Wells no está encargado de ningun servicio hospitalario.

No damos una gran importancia á estadísticas que circulan por ahí como verdaderas y corrientes. Deberían estar más detalladas para tener algun valor, porque nada dicen sobre las reglas seguidas por el cirujano en la eleccion de casos operados, y no nos ofrecen sino enseñanzas muy superficiales sobre la presencia y disposición de adherencias, sobre el estado del pedículo, sobre la existencia de tumores intraligamentosos, sobre el estado del mismo tumor que exige la operacion, sobre las complicaciones, etc.

Estas observaciones incompletas son poco útiles. Cuando un cirujano nos dice que él no practica la ablacion de tumores malignos, es preciso saber qué debe entenderse por *tumores malignos*. No es posible afirmar con verdadera certidumbre si tal enferma está afectada de un tumor maligno ó benigno. La misma puncion exploradora no puede ofrecer una conclusion definitiva á este respecto. Tal cirujano nos dice: «Ved aquí un tumor que se ha desarrollado rápidamente. Está constituido por partes blandas y partes resistentes. Hay ascítis; la enferma ha llegado al enmagrecimiento; el tumor es maligno; yo no la opero.» Pero ved aquí otro que nos responde: «Esto es posible, pero no debemos olvidar que puede tratarse en este caso de un quiste glandular que contenga pequeñas cavidades. Ahora, en este caso, mediante la operacion, la paciente experimentará ciertos cambios, y yo no vacilo en operarla.» Siendo iguales todas estas condiciones, el primer cirujano obtendrá evidentemente una estadística más brillante que el segundo, sin embargo de obrar éste de un modo más racional.

Se estiman, y esto es generalmente justo, las adherencias con el intestino, con el hígado y con la pared de la pelvis como más peligrosas que las adherencias con el peritoneo parietal. Tambien basada sobre este punto se ha establecido una clasificacion de operaciones fáciles y difíciles. Y sin embargo, hay casos muy sencillos en los cuales la operacion es poco peligrosa aunque existan adherencias con el intestino y con la pared pelviana, pero son adherencias flojas, sin vasos sanguíneos y que se destruyen fácilmente. Llegamos, pues, á colocar casos muy sencillos en la categoría de las opera-

ciones difíciles. Hay hasta tumores intraligamentosos que pueden ser enucleados muy fácilmente sin dar origen á ninguna hemorragia importante.

Sólo la clase de tumores intraligamentosos comprende hechos muy diferentes y casos variados.

Se nos dirá que en las estadísticas que abarcan un gran número de casos las causas de error disminuyen; pero ¿estamos en este caso? Cualquiera sabe que es preciso hacer un número extraordinario de operaciones para que se realicen todas las causas de accidentes. Tal práctico hará 100 ovariectomías, de las cuales 70 serán fáciles y 30 difíciles, y tal otro profesor encontrará una proporción inversa.

Un médico que practique en un hospital, que vea enfermas procedentes de las últimas capas sociales, en las cuales se descuidan más las enfermedades, se encuentra siempre en peores condiciones; pero, excepción hecha del número de casos difíciles que se le presenten, no hay en él tendencia á ser menos reservado en sus decisiones. En las enfermas que pertenecen á las clases elevadas, una operación que entrañe riesgos provoca siempre en la enferma y en su familia vacilaciones que el médico debe tener en cuenta aún cuando no participe de ellas. Estas vacilaciones están, por otra parte, justificadas si se tiene en cuenta la situación de la enferma. En efecto; cuando ella puede procurarse todas las comodidades de la vida, disfrutar los beneficios de una higiene excelente y tener á su disposición los constantes desvelos de un médico, ofrece, no obstante, complicaciones mayores que tal otra enferma que pertenece á una situación social menos favorecida. Estos son los puntos que hoy más que nunca deben estudiarse con suma atención.
