

según el lado que explora: la mano derecha es la que palpa la fosa ilíaca izquierda y la mano izquierda la fosa ilíaca derecha. Previamente, se vaciará la vejiga, y Pozzi recomienda con razón hacer un masaje ligero y suave de la región subumbilical para que desaparezcan las contracciones y los tumores falsos.

Primero se aplica la mano sobre el abdomen, los dedos muy ligeramente doblados de tal modo que su cara palmar se dirija atrás hacia la columna vertebral y se haga cargo de la tensión y de la sensibilidad del vientre; luego, el índice que tacta dentro de la vagina levanta ligeramente el cuello, mientras que la mano que hace la palpación deprime la pared abdominal con su borde cubital, descendiendo y va en busca del fondo del útero. Halla una masa dura y nos aseguramos, por un pequeño peloteo, que es la matriz lo que se tiene sujeto. Entonces se examina el fondo del órgano, su movilidad, forma y volumen, la mano pasa adelante, se desliza tanto como puede por detrás del pubis, se hunde en los costados y aun hacia atrás para seguir todos los bordes y la parte perceptible de la cara posterior. ¿Halla un tumor? Observa si no se adhiere á la pared abdominal, procura insinuarse entre este tumor y los órganos vecinos y comprueba, en una palabra, si está implantado en el mismo cuerpo uterino, lo que suele acontecer con los fibromas y neoplasmas.

Luego se procede al examen de las regiones ilíacas. El índice que tacta en la vagina se coloca en el fondo de saco, de tal modo que su pulpejo mire hacia afuera, mientras que la mano que hace la palpación deprime y proyecta hacia la baja pelvis la masa abdominal.

Ocurre que se perciben entonces por el tacto bridas, un plastón ó adherencias que no se habían sospechado antes, ó bien se observa entre las dos manos una resistencia, un tumor; nos esforzamos para limitarlo, para aislarlo, por una parte, deslizando el dedo, entre él y el borde del útero y por otra, palpando con toda la mano. Se le hace oscilar observando el modo como los movimientos se transmiten á la matriz, se busca la fluctuación á su nivel y si es inflamatorio, si existen pulsaciones ó latidos en su superficie; se procura ver si hay adherencias que le unan, no tan sólo al útero, sino también á otros órganos pelvianos, y para esto nos hallamos obligados con frecuencia á recurrir al *tacto rectal*.

**Tacto rectal.**—Unas veces el médico introduce á la vez el índice en la vagina y el medio en el recto, y otras se contenta con introducir el índice en el recto. El tacto rectal debe practicarse también en los casos de mala conformación vaginal, atresia, imperforación, y á veces también en las jóvenes vírgenes. Proporciona datos que completan mucho los

que da el tacto vaginal. Hacia arriba percibimos el cuello uterino duro, pequeño, y rechazando ó apretando la pared abdominal con la mano que queda libre llegamos á examinar, con bastante facilidad, la cara posterior del útero cuyo borde y contornos podemos seguir. Combinando la palpación y el tacto rectal, comprobamos la presencia, en los lados de la matriz, de masas, de tumores situados en los ligamentos anchos, de flegmasías periuterinas, de pequeños quistes ó fibromas, de salpingitis, etc.; así nos aseguramos más respecto á sus relaciones con los intestinos. Si hallamos órganos genitales sanos, con el hábito acabaremos por distinguir el ovario, los diversos ligamentos y la trompa. El recto se halla á veces sujeto por adherencias, por bridas, ó bien está comprimido por masas de origen genital, lo que hace la exploración dolorosa y difícil.

Así es como el tacto vaginal junto con la palpación abdominal y el tacto rectal, nos permite diagnosticar las salpingitis, los quistes del ovario, las pelvi-peritonitis, los hematoceles, los fibromas, las desviaciones uterinas, etc., etc.

**Tacto vesical.**—El *tacto vesical*, que también se ha preconizado, no debe practicarse sin una verdadera y extrema necesidad; exige la dilatación previa de la uretra, y puede acarrear consecutivamente, á pesar de todas las precauciones de que se le rodee, una incontinenia de orina de una duración más ó menos larga y accidentes siempre temibles de infección vesical.

**Espéculum.**—En el curso de las afecciones de la matriz y de la vagina, los datos proporcionados por el tacto adquieren tanto más valor cuando son comprobados y completados por otro medio de examen que nos permite dirigir la vista á las partes profundas. Los espéculums son unos instrumentos que separan las paredes vaginales, dejan penetrar la luz hasta el cuello uterino y hacen las primeras vías genitales accesibles á la inspección.

Las nociones elementales que debemos exponer no nos autorizan para entrar en la descripción detallada de los diversos espéculums, cuyos modelos se han multiplicado extraordinariamente; tampoco hablaremos de las numerosas mesas, camas especiales, soportes, pedales, etc., etc., aparatos todos de que comúnmente se sirve la ginecología. Nos bastará mencionar algunos espéculums, explicar su utilidad para el diagnóstico de las enfermedades de la mujer é indicar al mismo tiempo cómo debemos servirnos de ellos de una manera á la vez corriente y práctica.

Desde luego empleamos gustosos el espéculum de Ricord (fig. 111) que es de un manejo cómodo y fácil; además, ofrece la ventaja de conservar siempre el mismo calibre fijo en la parte del instrumento que está

á nivel de la vulva, ya se hallen las valvas abiertas ó cerradas, ya que alrededor de este segmento es en donde se efectúa el juego de separación de las ramas. De tal suerte, el orificio vulvar no corre el riesgo de sufrir una dilatación más ó menos dolorosa. El espéculum de Cusco (fig. 113) cumple casi las mismas indicaciones, pero es más corto que el de Ricord.

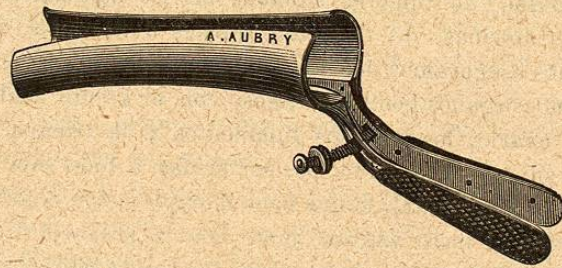


Fig. 111.—Espéculum de Ricord

El espéculum de Bozeman, de tres valvas que desarrollan una gran superficie, se sostiene solo y permite practicar algunas pequeñas intervenciones, dejando al operador las manos libres sin necesidad de un ayudante que sostenga el instrumento. El espéculum de Fergusson (fig. 114), cilíndrico, de vidrio azogado, ilumina intensamente el fondo de la cavi-

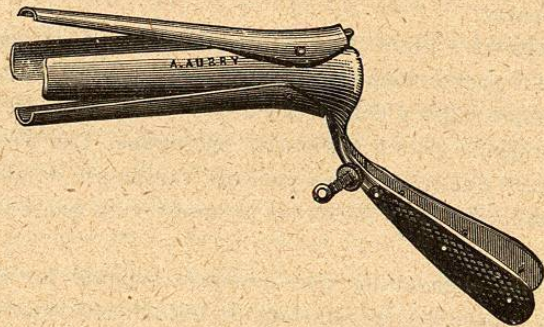


Fig. 112.—Espéculum cuadrivalva

dad y será preferido para proteger las paredes vaginales cuando se aplique un cáustico enérgico en el cuello uterino. Finalmente, indiquemos los diversos separadores, espéculums univalvos de Jobert, valvas de Sims (fig. 115), etc., útiles sobre todo para las maniobras operatorias.

Antes de aplicar el espéculum, nos hemos asegurado por el tacto de la situación del cuello, ya que una desviación hacia adelante ó hacia atrás exige una pequeña maniobra especial; al mismo tiempo hemos com-

probado que ninguna anomalía, brida ó suspensión de desarrollo, etc., se opone á nuestras investigaciones. Pero hay casos también en que los datos proporcionados por el tacto, la palpación y el interrogatorio, á pesar de enterarnos que la introducción del instrumento es posible, nos invitan á intervenir con reservas especiales. Así es que en una virgen nos abstendremos, á menos de necesidad absoluta, y si nos vemos precisados á pasar adelante, lo haremos con un espéculum de pequeño calibre é iremos con lentitud y precaución; del propio modo, en una enferma afecta de vaginismo, un examen podría causar tales crisis de dolor, que vale más no intentarlo sino después de haber anestesiado la región; si es preciso, recurriremos al cloroformo. Si la vagina está invadida por un cáncer uterino, la separación de las paredes por las valvas del espéculum es susceptible de despertar vivos sufrimientos y de ocasionar pérdidas. En el curso de las flegmasías periuterinas, salpingitis, ovaritis, flemones del ligamento ancho, pelviperitonitis, hematoceles, etc., es preciso ser muy

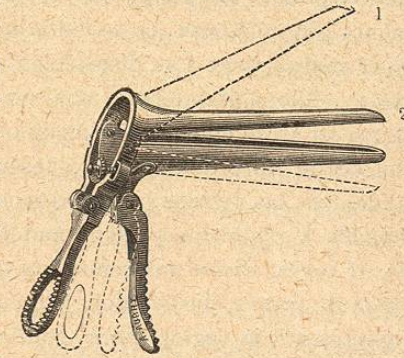


Fig. 113.—Espéculum de Cusco  
1, abierto;—2, cerrado



Fig. 114.—Espéculum de Fergusson

sobrio en maniobras que puedan estirar ó distender los fondos de saco y los tejidos vecinos; afortunadamente estas afecciones reclaman muy raramente el empleo del espéculum que tan sólo proporciona pocos datos referentes á ellas. Por lo demás, cualquiera que sea la enfermedad sospechada, debemos proceder con cuidado y suavidad, ya que la aplicación del espéculum en sí misma

no está siempre desprovista de peligros, y á veces ha ido acompañada de accidentes gravísimos y aun ha sido causa de muerte. Se comienza por colocar á la mujer en la posición que se desea. En

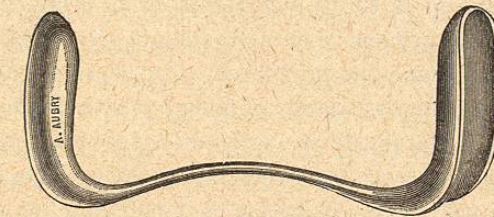


Fig. 115.—Valva de Sims

Francia, prefieren colocarla en decúbito dorsal; en Inglaterra y en América especialmente, el decúbito lateral sobre el lado izquierdo es más habitual. (La posición dorso-sacra, muy ventajosa para ciertas operaciones ginecológicas, no se halla indicada en las exploraciones sencillas). Si el médico tiene á su disposición un aparato apropiado para el examen, mesa, sillón ó plataforma, una vez la enferma se halla acostada sobre el dorso, la atrae hacia sí, de modo que la región de la vulva venga á nivel del borde libre de la mesa, flexiona los muslos de la paciente hacia el abdomen, las piernas hacia los muslos, coloca los pies en los pedales destinados á recibirlos y, separándole los muslos, los coloca en adducción. Si, al revés, visita una señora en su domicilio, le ruega que se eche en la cama de través, desliza debajo de ella una ó dos almohadas que levantan ligeramente la región sacra, confía las piernas á dos ayudantes para que las sostengan flexionadas y levantadas, y aproxima la enferma hacia sí hasta que la pelvis llegue á nivel del borde de la cama. Á falta de auxiliares para sostener los miembros inferiores, hace descansar los pies de la enferma sobre dos sillas, que frecuentemente es necesario darles mayor altura por medio de libros, cajas ó taburetes. La cuestión del alumbrado es entonces el punto capital; aparato, mesa ó cama, deben hallarse orientados de tal modo que la luz diurna penetre con la mayor facilidad hasta el fondo de la cavidad vaginal, y si la disposición del cuarto se opone, es preciso valerse de una lámpara con reflector ó espejo que proyecte sus rayos entre las valvas del espéculum.

Entonces se da á la paciente una inyección, se sumerge el espéculum en agua tibia para calentarlo, se impregna la superficie exterior de sus valvas con vaselina ó aceite esterilizado y, cogiendo el instrumento con la mano derecha, se deprime ligeramente la horquilla con la izquierda, separando además los labios. La extremidad del espéculum, introducida en la vulva y dirigida en un primer tiempo hacia atrás, evitará el meato urinario y el tubérculo anterior de la vagina; una vez franqueadas las carúnculas mirtiformes, se hace bascular en un segundo tiempo el instrumento bajando el mango y levantando la punta de modo que se siga la curvatura de la vagina de concavidad anterior. Entre las valvas aparece un surco transversal producido por la reunión de las dos paredes de la vagina; el espéculum es impelido de tal suerte que se continúa viendo siempre este surco casi al mismo nivel, y se acaba por caer sobre el cuello, frecuentemente sobre el labio anterior; si la mucosa se interpone entre las valvas, se desvía suavemente con una pinza. Ocurre á veces que la extremidad del espéculum va á parar al fondo de saco anterior, por estar el cuello desviado hacia atrás; ó bien se insinúa en el fondo de saco poste-

rior rechazando el útero hacia adelante y el cuello no puede ser cogido. En vez de obstinarse en buscar el órgano abriendo mucho las valvas, es preciso retirar un poco el instrumento, hallar nuevamente el surco de contacto de las paredes vaginales y dirigir el extremo del espéculum más francamente hacia atrás ó hacia adelante, según que el tacto nos haya dado á conocer una anteversión ó una retroversión. Cuando el médico distingue el cuello, lo sujeta entre las valvas, observa su estado y luego retira el espéculum con lentitud, sosteniendo por esto las ramas ligeramente separadas, sin causar dolor á la enferma; ya que durante este movimiento de retirada es cuando procede al examen de la vagina y comprueba su integridad ó sus alteraciones <sup>1</sup>.

Según ciertas condiciones, el cuello se presenta bajo aspectos diferentes: estrecho, de apariencia cónica y de coloración rosácea intensa en la jovencita; además, presenta en su extremidad un orificio circular que forma una pequeña depresión. Al contrario, en la mujer que ha tenido hijos, es más ancho, cilíndrico, de un color más pálido ó blanquecino, mientras que el orificio se convierte en una hendidura transversal, rodeada de dos labios, según ya hemos descrito anteriormente. Las depresiones y las desigualdades de estos labios son muy perceptibles, del mismo modo que los pliegues y cicatrices que se irradian de sus comisuras. Un desgarrro, en el momento del parto, prolonga á veces la hendidura transversal mucho más profundamente en uno de los lados del útero. Pero, sea cual fuere la anchura de este orificio, es posible, si se separan mucho las valvas del espéculum, entreabrir los labios del hocico de tenca, produciendo una especie de ectropion artificial, hasta el punto de permitir ver las primeras porciones del conducto cervical.

En el curso de los estados patológicos, el cuello sufre cambios considerables en su volumen, en su coloración y en la apariencia general de sus tejidos. Ciertas metritis crónicas de proliferación intersticial le dan una tal anchura, que á duras penas puede ser cogido entre las ramas del espéculum: frecuentemente entonces es blanquecino y parece estar modificado por un proceso lento, tórpido y sin gran reacción. Otras veces, por el contrario, es turgente y violáceo, bajo el impulso de brotes congestivos; sangra con facilidad al simple contacto del espéculum, por ejemplo, y es preciso asegurarse de que la sangre no sale de la cavidad uterina y no tiene un origen menstrual.

Alrededor del orificio, de preferencia en el labio posterior y conti-

<sup>1</sup> El decúbito lateral ó posición de Sims, útil en ciertas intervenciones quirúrgicas, es poco usado cuando se trata de un simple examen; así, pues, no entraremos en detalles sobre su descripción, que se hallará en los tratados de ginecología.