

nuándose con una endometritis cervical, se observan erosiones, ulceraciones más ó menos grandes, ó relieves acuminados que su extremidad amarillenta ha hecho comparar á granos de acné. Estas granulaciones, estas foliculitis inflamadas se escorían y se hacen á su vez el punto de partida de ulceraciones, cuyos bordes irregulares quedan salpicados de pequeños relieves blancos ó rojos que no han estallado todavía.

Finalmente, para ser completo, un examen debe averiguar la cualidad de las secreciones, de los flujos que salen por el conducto cervical y la existencia posible de tumores incluidos á nivel del orificio: pólipos mucosos, fibrosos ó fibrinosos, restos placentarios antiguos, fragmentos cancerosos procedentes de la cavidad del cuerpo, etc. El cáncer del cuello y de la vagina reclama raramente el empleo del espéculum para ser diagnosticado. Al retirar el instrumento, se fija la atención en la coloración, turgencia é integridad de la mucosa vaginal y en el aspecto de los flujos vaginales.

Histerómetro. — Hasta ahora, ninguno de los procedimientos que acabamos de describir nos ha permitido explorar el interior de la cavidad uterina. Cuando, según ciertas indicaciones, de las cuales volveremos á ocuparnos, tengamos necesidad de conocer el estado de esta cavidad, deberemos recurrir al uso del histerómetro.

El histerómetro (fig. 116), ó sonda uterina, es un tallo metálico de



Fig. 116. — Histerómetro de Valleix

3 á 4 milímetros de diámetro, terminado por un extremo romo, ligeramente encorvado sobre su cara anterior y adaptado á un mango que hace fácil su manejo. Está graduado en milímetros y lleva un anillo móvil que corre en sentido de su longitud, de modo que marca la profundidad á que penetra la sonda á partir del cuello; en algunos histerómetros, el anillo está reemplazado por una muesca, que la uña halla como punto de mira para medir la mayor ó menor penetración del instrumento. Á falta de tallo metálico especial, pueden utilizarse sondas flexibles de plata, de goma elástica, etc.

Antes de emplear el histerómetro, el médico tomará varias precauciones, algunas de las cuales son de grandísima importancia. Para estar seguro de que no hay un principio de embarazo, no tan sólo atenderá á las afirmaciones de la enferma, sino que después de haber practicado un examen minucioso, esperará todavía el próximo período menstrual y

observará, por sí mismo, la aparición de las reglas; dejará pasar entonces algunos días y dará á la congestión catamenial el tiempo necesario para que desaparezca. Si ha comprobado la existencia de una metritis aguda de brotes congestivos, de fenómenos inflamatorios de flegmasia periuterina ó de una salpingitis, se abstendrá. Y, en todos los casos, tan sólo intervendrá después de haberse sujetado de un modo minucioso á todas las leyes de la asepsia; sumergirá sus manos en una solución antiséptica, dará una inyección á la enferma y soflamará su histerómetro. Si falta á estas reglas, corre el riesgo, por un cateterismo séptico, de hacer estallar accidentes de metritis, de perimetritis, etc.

Para introducir la sonda, se han recomendado por igual dos procedimientos. Se tacta la enferma con la mano izquierda, se deja el índice á nivel del orificio del cuello, apoyado contra el labio posterior y, deslizando el histerómetro á lo largo de este dedo, se le hace penetrar en el conducto cervical. Esta es una maniobra rápida y cómoda, que ofrece ventajas á un operador ejercitado y habituado á la ginecología. Pero, en la práctica corriente, no la aconsejamos. Vale más ir con mayor lentitud y con mayor seguridad.

Así es que recomendamos preferentemente el empleo del espéculum. Una vez puesto el cuello al descubierto, se le sujeta con una pinza-erina y se le atrae muy suavemente hacia abajo; entonces, sin temor, sin vacilaciones y sin tanteos, se introduce la extremidad obtusa del histerómetro en el orificio externo, cuya estrechez puede ya constituir un primer obstáculo al cateterismo. En este caso, se coge un instrumento de un calibre más delgado y, si es preciso, la mayor parte de autores indican lo ventajoso que es practicar algunas ligeras incisiones laterales desprovistas de gravedad. Entonces no es indispensable retirar el espéculum, pero, si se le quita, el dedo izquierdo, colocado en el fondo de saco posterior, continúa guiando al operador. La sonda, dirigida al principio de delante á atrás, acabaría por tropezar contra la pared posterior en una matriz de curvatura normal; así es que, á medida que avanza, se hace descender el mango, la punta se eleva y llega al orificio interno. Lo principal es ir con suavidad y sin violencia. Á pesar de la mayor atención, sucede á veces que se hallan dificultades; el histerómetro se detiene en un pliegue de la mucosa ó contra un pólipo: no hay que insistir, es mejor retroceder y volver á comenzar. Si el conducto cervical presenta sinuosidades ó una desviación, hay que esforzarse en buscar y hallar la dirección con cuidado.

Finalmente, el pico de la sonda ha llegado al orificio interno; allí sufrimos todavía una pequeña detención, y si medimos el espacio recorri-

do, veremos que en la mujer que no ha tenido hijos el instrumento se ha hundido escasamente unos 2 centímetros y medio, y 3 centímetros ó algo más en la que los tuvo. El obstáculo que nos impide entrar en la cavidad del cuerpo es tan pronto una estrechez del orificio como un espasmo ó una contractura. En el primer caso, no debe insistirse. Si se origina dolor al pasar, es que hay una metritis ó neuralgia. Más delicada es la maniobra cuando las dificultades proceden de un cierto grado de flexión del cuerpo sobre el cuello; gran número de ginecólogos usan entonces sondas flexibles á las cuales imprimen una corvadura calculada según los datos proporcionados por el tacto, y es la única manera de penetrar en el caso de anteflexión, ya que la corvadura natural hacia adelante del histerómetro no es suficiente. Pero cuando se trata de látero ó de retroflexión, el obstáculo procede á veces, no tanto del grado de la desviación como de su dirección opuesta á la dirección habitual del histerómetro; pero si se conduce la corvadura del instrumento en el sentido de la flexión, se acaba por penetrar. Según la recomendación de Gallard, «consideremos entonces el pico de la sonda como un centro inmóvil, hagamos describir al mango del instrumento el movimiento de un arco de círculo, y entonces el pico podrá dirigirse en todas direcciones, sin hacer ninguna rasgadura, ninguna rozadura, ni ningún tirón en la mucosa,» accidentes que sobrevendrían de una manera inevitable si imprimiésemos un movimiento de rotación y de circunducción á la extremidad anterior del histerómetro. A ciertas enfermas, el cateterismo les causa náuseas (Valleix), á otras les produce cólicos uterinos ó ligeras hemorragias; pero en general es bien tolerado. El conducto tiene una longitud de 5 á 5 centímetros y medio en la nulípara, de 6 á 6 y medio y 7 centímetros en la mujer que ha tenido hijos; más allá, el caso implica una particularidad anormal.

Así, pues, el cateterismo de la matriz nos da á conocer la dirección, la permeabilidad del conducto, su longitud, y por consiguiente, según Aran y Richet, la anchura, el diámetro transversal del fondo del útero entre los dos orificios de las trompas, que equivaldría casi á la mitad de la dimensión vertical. Nos permite explorar la mucosa y las paredes, percibir el relieve de un tumor en la cavidad y, si la combinamos con la palpación abdominal, comprobaremos la movilidad del órgano y sus relaciones con los diversos tumores de la pelvis.

Dilatación del cuello.—Las nociones proporcionadas por el histerómetro quedan forzosamente un poco vagas en muchos puntos, y hay casos en los cuales la precisión del diagnóstico reclama indicaciones más rígorosas, que sólo pueden obtenerse por el tacto intrauterino. Para llevar

el dedo á la cavidad de la matriz, venimos obligados á practicar la dilatación del cuello. Nos limitaremos aquí á considerar esta operación como auxiliar del diagnóstico, sin preocuparnos de sus aplicaciones en la terapéutica quirúrgica.

No insistiremos nuevamente acerca de la importancia de las reglas de la asepsia y de la antisepsia, que debemos observar de un modo escrupuloso como para la introducción de la sonda uterina. Pero, antes de intervenir, seremos todavía más reservados que en un simple cateterismo, si comprobamos la existencia de una flegmasia periuterina; los accidentes inflamatorios recientes ó antiguos por parte de los anexos, los vestigios de perimetritis, las bridas y las adherencias múltiples reclaman la abstención y la operación podría ir seguida de consecuencias muy desastrosas.

DILATACIÓN EXANGÜE.—De todas las sustancias preconizadas para dilatar el cuello, dos son las más usadas: la esponja preparada y la laminaria. Los conos de esponja preparada tienen algunos inconvenientes reconocidos de una manera unánime: es necesario dejarlas colocadas durante mucho tiempo para obtener un efecto suficiente, y además alteran mucho la mucosa con la cual se hallan en contacto; finalmente, cuando se las retira, se rompen fácilmente. Así es que casi todos los ginecólogos prefieren los tallos de laminaria, que doblan el volumen en ocho ó doce horas; para alcanzar una dilatación conveniente, es necesario introducir varios tallos unos después de otros, si bien es preciso emplear de diez y ocho á treinta y seis horas si se desea que el cuello se dilate mucho.

El médico coloca á su enferma en la posición dorsal; por medio del espéculum, descubre la porción vaginal del útero, fija el cuello con una pinza erina, lo desciende ligeramente y, cogiendo con una segunda pinza un tallo de laminaria de pequeño calibre, lo introduce suavemente á través del orificio externo, del conducto cervical y del orificio interno, de tal suerte que la extremidad del tallo de laminaria emerja en la cavidad del cuerpo, mientras que la otra extremidad salga dentro de la vagina á nivel del hocico de tenca; esta pequeña maniobra se practica según las reglas de un simple cateterismo. Sobre el cuello se aplica una torunda bastante resistente, que sostiene en su lugar la laminaria é impide que sea expulsada. Al cabo de ocho ó doce horas, se quita este primer tallo y se reemplaza por un segundo de mayor calibre; el tallo que se ha sacado presenta, frecuentemente, una estrechez anular que corresponde al orificio interno.

Esta operación la toleran bastante bien la mayor parte de las enfermas; les causa algunos cólicos y dolores, pero los accidentes infecciosos no sobrevienen si se han adoptado todas las precauciones antisépticas.

DILATACIÓN POR INSTRUMENTOS DE ACERO. — Es una verdadera divulsión producida por la separación de las ramas de un dilatador; de ella resulta una presión desigual, cuyo máximo de efecto se efectúa en algunos puntos del cuello y no en toda la periferia del conducto cervical.

DILATACIÓN POR BUJÍAS Ó DILATACIÓN INMEDIATA PROGRESIVA. — Un procedimiento rápido y que por esto ofrece ventajas reales, consiste en dilatar el cuello en una sola sesión, por medio de una serie de bujías de un calibre regularmente creciente. Hay varios modelos de esta clase de sondas: los de Hanks, los de Lawson Tait; pero preferentemente empleamos las *bujías de Hegar* de goma endurecida, cilíndricas, cónicas en su extremidad: «El diámetro, dice Hegar, de la bujía más pequeña es de 2 milímetros. El diámetro de las siguientes aumenta de 1 milímetro cada una, si bien el crecimiento de la circunferencia es de unos 3 milímetros. Aun es preferible tener bujías cuyo diámetro aumente solamente de medio milímetro. Si nos proponemos practicar el tacto uterino, es preciso llegar á pasar una bujía que tenga de 16 á 17 milímetros de diámetro; un dedo índice grueso puede entonces penetrar hasta su segunda falange.»

En el momento de usar las bujías ó *dilatadores*, se limpian y se desinfectan minuciosamente y luego se anestesia á la enferma. Con una pinza erina se fija el labio anterior atrayendo el hocico de tenca, se introduce una primera bujía impregnada de vaselina esterilizada, luego una segunda, después una tercera, etc. Si es preciso, se las deja permanecer un instante en la cavidad uterina después de algunos movimientos de vaivén. Si previamente se ha aplicado una laminaria, se termina muy rápidamente la dilatación. Si no es así, es preciso emplear casi una hora para llegar á la sonda del calibre deseado, ya que el cuello está cerrado y es de una consistencia regular.

No insistiremos más acerca de la *dilatación cruenta*, por desbridamiento del orificio externo ó por incisión bilateral.

Una vez dilatado el cuello, se puede, por un *raspado explorador*, sacar algunos fragmentos de tumor ó de vegetaciones, que, sometidos á un examen histológico, contribuyen á precisar la naturaleza de estas neoformaciones.

Para nuestro objeto, el verdadero fin de la dilatación es el *tacto intrauterino*. Combinado con la palpación abdominal, nos da á conocer el estado de las paredes de la matriz, sus desigualdades, su espesor, su consistencia ó su friabilidad y sus adherencias con los órganos vecinos. Gracias á él, comprobamos, dentro la cavidad del cuerpo, el verdadero origen de ciertas metrorragias persistentes, fibromas, pólipos, que se

oponían á la introducción del histerómetro; hallamos restos placentarios injertados en la mucosa, así como también un cáncer profundo. El tacto debe ir seguido de una inyección antiséptica, luego se practica un taponamiento con gasa yodofórmica y, para mayor seguridad, se hace permanecer en cama á la enferma durante algunas horas. Finalmente, la dilatación del cuello nos permite practicar la *endoscopia*, la aplicación del *especulum intrauterino*, que hasta ahora apenas ha entrado en la práctica corriente y que debemos limitarnos á citar aquí.

P. DALCHÉ.