

Lección IV

Ojeada histórica de la Ginecología y carácter de dicha especialidad.—Del coito y del parto como agentes etiológicos.—Influencia etiológica de otras enfermedades sobre el aparato genital femenino.

Todo lo que hemos dicho hasta aquí, lo mismo puede aplicarse á la Ginecología que á la Tocología, pero desde este momento entraremos de lleno en la primera de dichas ramas. Es costumbre, al estudiar una ciencia dar un bosquejo histórico de la misma, nosotros lo haremos sumamente breve, ya que creemos inútil aglomerar nombres y fechas, junto con la relación de hechos desconocidos para el principiante. Es tanto más difícil hacer un buen resúmen histórico, en cuanto que nuestra asignatura se halla todavía en un período evolutivo siendo muchos hechos importantes, de fecha reciente.

Es indudable que debería haber algo de Ginecología en Grecia y Roma, pues se han encontrado *spéculums* en Pompeya, como puede verse en los Museos de esta antigua ciudad. De todas maneras, aceptaremos para esta ciencia un gran período embrionario, en el cual poco ó nada se hacía por falta de medios de exploración. En el año de 1801, Recamier da á conocer el *spéculum* y lo emplea con valentía, pero con todo, este medio no era bastante, pues con él solo se exploraba el conducto vaginal llegando todo lo más al cuello del útero. Hemos de llegar á mitad de siglo para reconocer un grado mayor de adelanto, éste se debe á Simpson y Houquier, por la invención del *histerómetro*, con el cual se pudo reconocer el interior del útero. La Ginecología, de vaginal que era se hizo uterina y tanto se extremaron las opiniones, que todas las enfermedades de la mujer se creyeron residentes en la matriz. En el tercer cuarto del presente siglo, perfeccionanse los medios de exploración de tal manera que se llega hasta reconocer los anexos del útero y se emplea un modo particular de exploración, el tacto vaginal. Con todo, la Ginecología está todavía en un período constitutivo, pues muchos de los hombres que más han contribuido á su adelanto, viven todavía y hacemos por tanto historia contemporánea.

Al venir las innovaciones de Lister, desarróllase una transformación en la Ginecología, haciéndose una verdadera especialidad, una rama aparte, pues hasta entonces los médicos estudiaban las enfermedades de la mujer en uno de tantos capítulos y aún puede verse esto en ciertas obras de Medicina no muy antiguas (la del Dr. Kunze, por ejemplo). Hoy día tales enfermedades son del dominio de la Cirugía ginecológica, debiéndose este cambio á la perfección en los medios de explorar el aparato genital y á las aplicaciones de la antisepsis,

y tanto es así, que hasta quizás se ha hecho demasiado quirúrgica la Ginecología.

Hemos dicho que nuestra ciencia está en un período constitutivo, y lo que le falta es perfeccionarse, á cuyo fin los ginecólogos deben buscar la manera de curar las enfermedades, restableciendo las funciones del aparato genital. Conócese también mejor la patogenia de ciertas enfermedades, aunque aquí ocurre lo mismo que en patología médica, donde, conociéndose admirablemente la etiología y patogenia, se sabe menos el diagnóstico, menos todavía el curso y de un modo muy defectuoso el tratamiento. También se estudia poco en nuestra ciencia el curso de las enfermedades, descúidase demasiado la acción del organismo y la historia natural de las especies morbosas. La tología, en cambio, sólo se perfecciona en los detalles, pues las mismas maniobras se practican hoy que siglos atrás, lo que hay es que se han perfeccionado con el progreso de la ciencia; la versión, la sinfisiotomía, la embriotomía, el forceps, se conocen desde muchísimo tiempo. Así pues el estudio de la Tología resulta fácil, mas, teniendo en cuenta que hay en ella indicaciones que casi son axiomáticas. Nada de esto pasa en la Ginecología, donde es necesario poseer un criterio propio para resolver los múltiples problemas que se presentan en la práctica.

El orden de estudio en nuestra asignatura y en su rama ginecológica, será el topográfico, comenzando por lo más accesible á la exploración que es la vulva y terminando por lo más recóndito, á saber, los ovarios y el peritoneo pelviano. Seguiremos pues el orden de fuera adentro ó de lo superficial á lo profundo. Pero antes de entrar en el estudio detenido de cada una de las enfermedades, digamos algo de Ginecología general, que comprenderá la etiología, patogenia, sintomatología, medios de exploración y terapéutica general de las enfermedades ginecológicas; todo lo cual nos permitirá abreviar mucho en el estudio detenido de cada enfermedad en particular.

Entrando en el primer capítulo ó sea la *Etiología general*, veamos cuales son los agentes capaces de obrar como patógenos. Ante todo, deberemos estudiar como muy importante en este concepto, un acto funcional al que ya nos hemos referido, el coito. Puede este obrar como agente patógeno de tres distintos modos. Primeramente como agente mecánico ó traumático que puede lesionar el aparato genital femenino; además porque puede obrar como agente vector de infecciones y finalmente como perturbador del funcionalismo del aparato genital de la mujer.

En el primer concepto, hay que recordar que las primeras relaciones sexuales producen una herida por desgarró con la rotura del himen. Esto que parece tener tan solo importancia social, la adquiere médica en otros casos, p. ej.: cuando por excesiva vascularización de la membrana, al romperse ésta se produce una hemorragia considerable, que el médico es llamado á cohibir. Además, siendo el coito como acto mecánico un fenómeno que exige proporcionalidad, la introducción del órgano masculino que no guarde proporción con los genita-

les de la hembra, puede ocasionar varios accidentes como, traumatismos del cuello del útero, formación de falsas vías en la vagina por demasiada longitud del pene, depresiones del fondo de saco posterior, desviaciones uterinas. Recuérdese también que el acto mecánico de la copulación, provoca una hiperemia de los genitales femeninos, hiperemia que en ciertas ocasiones puede ser el punto de partida de muchas enfermedades. El coito puede obrar asimismo como acto mecánico por la repetición del hecho y lo cierto es que hay mujeres capaces de resistir uno ó dos coitos pero que no toleran la repetición excesiva de este acto. Resumiendo diremos pues, que teniendo en cuenta que el primer coito obra como agente traumático, que cada uno de los sucesivos ocasiona asimismo acciones traumáticas, que puede existir desproporcionalidad entre los aparatos masculino y femenino, que el acto fisiológico repetido puede convertirse en causal de enfermedad, se comprende que debe colocarse el coito entre los agentes etiológicos. Con esto damos por terminado lo que se refiere á la parte mecánica de aquella función.

No cabe duda que el anterior mecanismo etiológico del coito es el menos importante, siéndolo mucho más el que favorece la producción de ciertas infecciones. Si el coito de por sí no es agente patógeno, sabemos que por el se adquieren algunas enfermedades infectivas importantísimas. La infección gonorréica, p. ej.: se contrae generalmente en el acto que estudiamos, lo mismo diremos de la venérea casi exclusiva del aparato genital, la misma sífilis tiene su mecanismo de producción más fácil, en el acto del coito. No solo se contraen estas infecciones que podríamos llamar propias del aparato genital, sino otras que son vulgares y se comprende, pues el germen de estas últimas se encuentra en varios puntos de nuestro organismo, necesitando sólo condiciones abonadas para que en un momento dado despierte su actividad patógena, condiciones que encuentra fácilmente en la copulación por la hiperemia de los genitales. Por esto las hiperemias repetidas en tales órganos pueden despertar linfangitis, pues el *streptococcus* que estaba en la vulva ha penetrado por las boquillas de los vasos linfáticos del himen. En una palabra el coito como agente vector de infecciones, solo obra colocando el aparato genital femenino en circunstancias favorables para el desarrollo de aquellas.

Tratemos ahora del coito como agente perturbador del aparato genital. Este asunto no por ser poco conocido tiene menos importancia y en nuestro concepto es de grandísima trascendencia, por lo que daremos de él una idea lo más completa posible dentro de una lección. Ya sabemos que el coito se divide en pasivo y activo, dejemos el primero por no tener nada de común con nuestro caso y dediquémonos á estudiar el segundo, que puede dividirse en dos grandes grupos: coito completo y coito incompleto, entendiendo por el primero aquel en que se realizan todas las fases del coito fisiológico, excitación, hiperemia local del aparato genésico, turgencia general del organismo y orgasmo venéreo. En este acto hay satisfacción por parte de la mujer y una vez terminado aquel desaparecen to



dos sus vestigios y deseos. En el incompleto hay alguno de los hechos fisiológicos, pero sin llegar al hecho final ó sea al orgasmo venéreo, permaneciendo siempre en el período de excitación. Este hecho tan frecuente en la mujer, reviste gran importancia patológica; asunto es este muy escabroso y por tanto hay que andarse con tiento al hablar de él delante de cierta gente. No obstante, aunque sea separarnos un poco de nuestro objeto, no será de más indicar el porqué de la frecuencia del coito incompleto. Las causas son muy variadas, pero la principal tal vez radica en la desproporción entre el hombre y la mujer, que se manifiesta en los deseos, en los apetitos y en este cor cepto, bien podemos decir, que el hombre se acerca mucho más á las especies zoológicas que la mujer. La citada desproporcionalidad depende de varias concausas, una de ellas es la falta de relación en el desarrollo de la sensibilidad erótica en el hombre y en la mujer; en el hombre el acto genésico viene acompañado del desarrollo completo de aquella sensibilidad, no así en la mujer que lo adquiere mucho más tarde. La mujer puede ser fecundada antes de que tenga la sensibilidad erótica completa, de modo que al realizar los primeros coitos, por lo común solo hay una predisposición á la sensibilidad erótica. Aunque falte la sensibilidad no falta la excitación producida por la proximidad del macho ó el acto mecánico del coito. También influye en la desproporcionalidad citada la educación de la mujer; el hombre se entrega desde muy joven á ciertas expansiones que no le son permitidas á la mujer de aquí que aquél, que ha hecho una verdadera gimnasia de aquel acto, venga con aptitudes muy distintas que la mujer. Tampoco el hombre tiene en cuenta el estado de la hembra, cuando desea el acto genésico, lo cual ha de hacer que este sea incompleto ya que no siempre aquella se encuentra preparada para la copulación. De todo esto ha de resultar que la sensibilidad erótica se va retardando [hasta perderse para siempre! El coito incompleto tiene en la mujer grandísimo interés como hecho etiológico, desde los puntos de vista físico y moral, localmente y de una manera general en todo el organismo. La repetición de congestiones en los genitales, que solo desaparecen lentamente puede ocasionar graves desórdenes de nutrición en el aparato genital que preparan el terreno para ciertas infecciones, desarrollo de neoplasias, etc... Lo más importante, sin embargo, es lo que sucede en toda la economía, aquí cabe hacer una distinción según el coito sea incompleto ó pasivo: en el primero hay por parte de la mujer una excitación no satisfecha y así como en el hombre no saciado puede ocasionar la locura, así la excitación genital referida y nunca satisfecha produce alteraciones funcionales del sistema nervioso, tales como histerismo, estado moral deprimido, neurastenias. Pero el hombre no se satisface con el coito pasivo ni con el incompleto, sino que exige coparticipación á la mujer y no encontrando en ella lo que busca, atribúyelo á la falta de amor; del amor, ¡sentimiento ideal, que nada tiene que ver con una función orgánica! Créase como resultado de aquello una situación insostenible en el hogar que viene á añadir nuevos tormentos á la vida de la mujer, víctima de hechos que no coroce. ¿Qué

ha de hacer el médico llegando las cosas á este grado? Indudablemente que lo mejor es recurrir á la higiene, pero nadie lo hace por más que sea el único medio verdaderamente práctico. Todos estos acontecimientos lamentables pudieran evitarse, si el hombre supiese algo de lo que debería saber en este sentido. Véase pues, como el coito reviste gran importancia etiológica, tanto porque puede obrar favoreciendo ciertas infecciones, desarrollo de neoplasias, como porque puede perjudicar al funcionalismo del sistema nervioso, modo de sentir y pensar de la mujer.

Otra causa algo relacionada con el coito y que existe con más ó menos frecuencia en la mujer, es el vicio de la masturbación que si no produce los grandes destrozos que llega á ocasionar en el hombre, no deja de determinar fenómenos de mucha cuantía. No solo debemos conocer estos trastornos sino que es necesario saber cuando existe el vicio, ya que este llega á simular enfermedades que no existen. Se han visto enfermos tan graves en cada período menstrual que se llegó á pensar en la castración, hasta que un interrogatorio bien dirigido y un examen de los genitales ha revelado el origen del mal. La masturbación puede aparecer tardíamente, muy tardíamente como consecuencia de aquellos coitos incompletos á que antes nos hemos referido y entonces reviste formas mucho más graves. La excitación repetida del aparato genital determina cambios en la sensibilidad que alteran el modo de ser de la mujer y fenómenos parecidos á los que produce el coito incompleto; estados neuróticos, extravíos morales, desarreglos locales variadísimos, perturbaciones anatómicas por prolapsos de los ovarios y retroflexiones del útero y estados típicos en los genitales externos que sirven para diagnosticar la masturbación.

¿Cómo se conocerá la existencia del vicio? Por los desórdenes locales y generales que he indicado. La masturbación produce en la mujer versatilidad de carácter y esquivéz, pero esto no basta para diagnosticarla; lo mejor es examinar los genitales externos que presentan alteraciones especiales. En efecto: las ninfas y el clitoris que en estado normal quedan ocultas por los labios mayores, si existe la masturbación salen por entre estos formando una verdadera cresta y en vez de hallar unas ninfas constituidas por mucosa en la parte interna y piel en la externa fina y turgente, las encontramos hipertrofiadas y saliendo en forma alargada por los labios mayores. Tales signos son prueba evidente de masturbación pero esta puede diagnosticarse aún sin acudir á ellos. No debe olvidarse que la masturbación empezando por producir desórdenes funcionales acaba por desarrollar lesiones anatómicas, algunas de extrema gravedad.

Estudiando la Etiología General de las enfermedades ginecológicas y después de hablar de la importancia del coito y masturbación como fuente de enfermedades del aparato genital, debemos tratar de la significación etiológica que para el último poseen las funciones de generación, embarazo, parto y puerperio. Tales cambios imprimen las mencionadas funciones al organismo de la mujer, que sus efectos se manifiestan no ya localmente sino en toda la economía. Comprén-

dese fácilmente que imprimiendo cambios desde el punto de vista anatómico en el aparato genital, la acción de aquellas actividades fisiológicas es muy digna de estudio; esta parte, sin embargo, no podemos estudiarla de momento, ya que será objeto de la segunda parte de nuestra asignatura y por tanto aquí solo indicaremos que las funciones de generación pueden obrar traumatizando, perturbando la fisiología del aparato genital y favoreciendo el desarrollo de ciertas infecciones. La acción traumática es indiscutible y de grandísimo valor; en efecto, concíbese fácilmente que al atravesar por el aparato genital un cuerpo duro como la cabeza del feto, ha de ocurrir un traumatismo enorme aunque, de orden natural, que interesa todo el aparato genésico. Ya sabemos que al estudiar la anatomía del aparato genital femenino, se hace una distinción entre la nullipara y la multipara tales son los cambios que imprimen en aquel las funciones de generación. Tanta importancia tiene la acción traumática que produce heridas, desgarros, distensiones, etc., etc., en diversos puntos de los genitales.

Si las funciones de generación tienen su importancia como productoras de traumatismos, mucho más la tienen como perturbadoras de los actos fisiológicos. Al estudiar la Obstetricia ya veremos que la mujer durante el período de las funciones de generación tiene su Fisiología y Patología especiales, que aparecen funciones nuevas como la lactancia; que el útero se distiende enormemente para contener el feto y sus anejos; en una palabra, la mujer conviértese en un ser distinto del cual quedarán restos indelebles aún después de transcurrido el tiempo en que se realizan las funciones de generación. La única interrupción fisiológica del flujo menstrual, es la que ocurre durante aquel período y finalmente hay enfermedades que son casi privativas de este último. Véase pues, que las funciones de generación tienen suma importancia como perturbadoras del funcionalismo del aparato genital.

Finalmente las funciones de generación colocando los órganos genitales en ciertas condiciones favorecen el desarrollo de varios procesos infectivos, que á su vez son origen de muchas enfermedades ginecológicas. Padiendo el aparato genital resultar influido por enfermedades de otros órganos y aparatos, puede suceder que un afecto ginecológico tenga su patogenia en otros puntos del organismo. Todas las afecciones hepáticas, cardíacas y muchas pulmonares, algunas del tubo digestivo, las del sistema nervioso, etc... estudiadas en Patología médica, tienen sus síntomas referentes al aparato genital. Al hablar, p. ej.: de la tuberculosis se describe la amenorrea como uno de aquellos síntomas y se trata también de la tuberculosis genital, preludio muchas veces de la pulmonar. A las afecciones cardíacas acompañan hiperemias de la baja pelvis, que se traducen en hemorragias. No debe pues considerarse el aparato genital como aislado en el organismo de la mujer, sino ligado con los demás de tal manera, que pueden afectarle las enfermedades de estos últimos.

Existen ciertas enfermedades que suponen vicios de constitución bien reconocidos en el organismo. Estas afecciones llamadas antiguamente diatésicas

(artritis, reumatismo, etc...) tienen sus demostraciones en el aparato genital femenino y este hecho deberemos tenerlo presente al estudiar ciertas enfermedades ginecológicas.

Lección V

*Influencia etiológica de la edad, enfermedades constitucionales, infectivas, etc.
Estudio general acerca del modo de obrar los agentes antes mencionados.*

Lo que ocurre en las enfermedades agudas de los demás órganos y aparatos, deberemos tenerlo presente al estudiar algunas afecciones del aparato genital. Hay muchas enfermedades infectivas generales que ejercen influencia en el aparato genital; el sarampión, la tifoidea, la neumonía, la gripe y otras enfermedades reconocidamente microbianas, pueden revelarse en el aparato genital sin necesidad de las congestiones ó de los traumatismos provocados por el parto ó el acto del coito; son sencillamente infecciones que residiendo en otros puntos se localizan en el aparato genital. El olvido de este hecho tan sencillo ha conducido á muchos errores; antes no se sabía como explicar una supuración de los genitales internos sin ver la puerta de entrada. Desde muy antiguo se conocen las *perimetritis exantemáticas*, aunque no se explicasen antes racionalmente el mecanismo de este y otros hechos patológicos. Hoy día sabemos que las mencionadas infecciones pueden llevar el germen patógeno (pneumococo, bacterium coli, gérmenes de viruela, sarampión etc.), que les constituye en su esencia, al aparato genital y muchas infecciones solo las comprenderemos ateniéndonos á este hecho.

No son estas las únicas causas de enfermedad para el aparato genital, pues pueden aplicarse á el todas cuantas se estudian en Patología General. Adviértase que hoy entendemos la Etiología de un modo muy distinto de antes; hoy no entendemos p. ej.: que un corte de traspiración sea causa de la neumonía ó una alteración flogística del aparato genital femenino, sino que opinamos, que la influencia de estos hechos sobre la nutrición y circulación de los distintos elementos y órganos, prepara el terreno para que el germen encuentre condiciones atonadas al desarrollo de sus efectos patógenos. Así pues, si estas causas han perdido su valor como eficientes, no les ha pasado así consideradas como ocasionales. Todo lo que obra sobre el aparato genital alterando sus condiciones normales, estáticas y dinámicas, le prepara para el estallido en un momento dado de diversos estados patológicos infectivos, neoplasias ó de otra índole. Se comprende por tanto el número inmenso de causas que puedan concurrir al desarrollo de una ginecopatía y esto debe hacernos comprender, como aun el tipo nosológico más caracterizado, la hipertrofia del cuello por ejemplo, será capaz

de ofrecernos manifestaciones muy desemejantes en un caso y en otro. La simplificación y especificación de la etiología llevan en ginecología á los mismos desatinos clínicos que en patología médica. El gonococcus, por ejemplo, con tener inmenso valor bajo el punto de vista higiénico, experimental y filosófico lo pierde casi todo en clínica porque sus efectos resultan modificados por el sinnúmero de causas que acabamos de dejar entrever. Hagamos ahora referencia de estas ideas al aparato genital: también aquí tiene aplicación lo que hemos dicho al tratar de la Higiene de aquel aparato y todas las causas que hemos estudiado, pueden obrar determinando trastornos circulatorios y nutritivos en el aparato genital, trastornos que preparan infecciones diversas y finalmente predisponen al desarrollo de neoplasias por el predominio de unos elementos anatómicos sobre otros. Tales son los desórdenes originados por las causas referidas.

Un factor etiológico de mucha importancia es la edad, que tiene influencia sobre todo el organismo y particularmente sobre el aparato genital. Pronto nos convenceremos de la verdad de esta afirmación, recordando que en ciertas épocas de la vida despliega el aparato genésico funciones que después no puede desempeñar y si nos fijamos en que las enfermedades de todo aparato van ligadas con su funcionalismo, comprenderemos que la edad de la enferma constituye un dato que siempre se haya de tener en cuenta. Esto es muy racional, pues según sea la edad dominarán unas ú otras enfermedades; en la niña hay poquisimas enfermedades del aparato genital, adquiriendo todo su esplendor la patología del mismo al llegar á la pubertad y pudiendo existir toda clase de enfermedades durante el período de vida sexual de la mujer. Hay ciertas afecciones cuya importancia depende de la edad de la enferma; si aquellas aparecen poco antes de la menopausia carecen de valor, porque hay enfermedades que ocasionan trastornos y molestias que cesan al venir la menopausia. Las retroversiones, que tanta importancia tienen en una joven, no tienen ninguna tratándose de una mujer de 45 años, y lo que decimos de esta enfermedad es aplicable á muchas otras. Tan ciertos son estos hechos, que se ha llegado á creer que ciertas enfermedades son privativas de la vida sexual de la mujer, fibromas, por ejemplo, y que se atrofian al venir la menopausia: ya veremos en su día lo que hay de cierto en esto. Al llegar la vejez, encuéntrase propensa la mujer á otras enfermedades que más bien son degenerativas; el cáncer y otras neoplasias malignas se presentan con preferencia en este período de la vida. Esto basta para que nos formemos idea de la influencia de la edad en las enfermedades ginecológicas.

Pasemos ahora á estudiar como obran estas causas para producir las diversas enfermedades. Uno de los mecanismos más importantes aunque de los menos visibles, consiste en alteraciones tróficas y nerviosas. De todo lo que hemos dicho pudiéramos sacar partido para ver de que manera la nutrición del aparato genital resulta afectada por las causas antedichas; ya hicimos notar la falta de vida en el aparato genital de resultas de la educación moderna, que se tra-

duce en un retardo ó irregularidad de la función menstrual, sensibilidad exagerada del aparato genésico, etc... fenómenos que son el punto de partida de muchas enfermedades. Claro está que la falta de tono del aparato genital raras veces conduce por sí sola á una enfermedad, pero prepara el terreno para otros mecanismos patogénicos. Además como el aparato genital necesita de una inervación muy segura y esto ocurre pocas veces, concíbese que estos trastornos serán muy favorables para la aparición de determinados afectos. No hay duda, que una infección lo mismo puede presentarse en un aparato genital sano y robusto que en otro delicado, pero en esta misma infección se presentan diferencias notables, pues en el primer caso la infección encontrará obstáculos para desarrollarse, lo que no pasará en el último. Esto explica el por qué muchas enfermedades que caben dentro de un mismo grupo nunca son del todo iguales, ya que las condiciones del terreno varían según los sujetos. Los referidos trastornos nutritivos y de inervación, disminuyen la resistencia del aparato genital á toda otra causa de enfermedad, esto si aquellos no llegan por sí solos á determinar un verdadero proceso morboso.

Además de los trastornos tróficos y de inervación, las causas indicadas obran alterando las condiciones circulatorias que tanta importancia tienen. Estas alteraciones pueden ser por exceso ó por defecto de circulación. La hiperemia, sobre todo cuando es activa, produce exceso de vida, exceso de tendencia á la nutrición de los elementos anatómicos, al cual debe atribuirse una de las enfermedades más frecuentes, hipertrofia y fibroma del útero, pues no reconocemos otra causa que la últimamente indicada. La falta de circulación ó anemia local produce fenómenos enteramente opuestos; falta de nutrición y tendencia á la atrofia. Así como en el primer caso las enfermedades tienen tendencia hemorrágica, en el segundo la propensión es á las atrofas y desviaciones del útero. ¿De qué manera las causas que ya conocemos producen estos trastornos? La impresión del aire frío puede producir estos cambios constriñendo las arterias periféricas y rechazando la sangre hacia las vísceras. Los vestidos, las impresiones morales, las costumbres, la de ambulación, pueden obrar modificando la circulación del aparato genital; de alguno de estos factores se saca partido en Terapéutica. A poco que recordemos la frecuencia de las congestiones en el aparato genésico por distintos actos fisiológicos, echaremos de ver que cualquier causa que pueda obrar sobre aquellas, desviándolas del tipo regular, tiene mucha importancia patogénica. El coito incompleto obra en gran parte por este mecanismo.

Otro de los factores patogénicos es la infección, respecto á la cual sólo apuntaremos dos hechos: el primero, que en el aparato genital externo femenino, existen microbios que en estado de salud son inofensivos (microbios facultativos) pero que pueden adquirir virulencia y desarrollar afectos patógenos por alteraciones del aparato genital. El segundo hecho consiste en que pueden llegar microbios al aparato genital desde el resto del organismo ó directamente del

exterior, de carácter patógeno y que desarrollan por tanto, un contagio más ó menos virulento, que evoluciona de manera distinta según las condiciones en que encuentren el terreno. En efecto: no presentará un mismo tipo la infección desarrollada en un aparato genital ya alterado que la que aparece en otro sano y robusto que nunca se ha desviado de la normalidad. La misma infección gonorréica, presenta una serie inmensa de gradaciones, desde aquella que cura rápidamente sin dejar apenas vestigios del estado infectivo hasta aquella que no se cura nunca ni de ningún modo y á veces acaba por producir la muerte de la enferma. Los microbios tienen una virulencia muy acomodaticia: el *streptococcus* puede presentarse más ó menos activo según las condiciones en que encuentre el aparato genital. También es de notar que en la mujer según cual sea su sello nervioso varían muchísimo los síntomas: la misma enfermedad producirá en una, dolores horribles y en otra apenas ocasionará ninguno. Esto depende de que el organismo sano está en buenas condiciones de resistencia, mientras que si está alterado por trastornos tróficos y nerviosos anteriores, acaba por desaparecer aquella apareciendo un cortejo de manifestaciones en otros casos desconocidos.

Tenemos también otro mecanismo patogénico en los cambios estáticos, que á la larga conducen á un cambio de topografía de los órganos genitales; entiéndase bien que estas variaciones no son solo anatómicas sino que trascienden al funcionalismo del aparato genital y al resto de la economía. Muchas veces tales cambios dependen de alteraciones anteriores y de ello pondremos un ejemplo: una mujer al llegar á la pubertad se encuentra con un aparato genital de nutrición deficiente por las causas que ya conocemos, hay dificultad en la menstruación y trastornos circulatorios; tales alteraciones nutritivas y circulatorias preparan el terreno de tal modo, que facilitan el acceso de los agentes infectivos procedentes de otros puntos del organismo, lo que produce una inflamación de los órganos genitales; la inflamación puede desaparecer, pero entonces nos encontramos con que el útero que hasta entonces había permanecido en su sitio ha sufrido una retroversión y no tenemos medios para volverlo á colocar en su posición natural. Pero aún sin llegar á este extremo pueden ocurrir otros hechos parecidos: la mujer, por ejemplo, en las condiciones antedichas sufre una caída y desde aquel momento se queja de malestar en el bajo vientre, dolores en el período menstrual, sensación de peso, etc... lo cual suele indicar que ha ocurrido un cambio en la colocación de los órganos genitales. Sin embargo, no puede dudarse, que lo más influyente en este concepto es el parto; á consecuencia del cual todos los tejidos blandos del aparato genital y á veces los duros sufren ciertas alteraciones, hay verdaderos disloques, el aparato genital se encuentra en ciertas condiciones anómalas y en consecuencia todo él se resiente. Aquí conviene hacer notar que el parto es más ó menos tolerado según la mujer, y de aquí que muchas sufran grandes trastornos después del primer parto, mientras que otras sólo los padecen al cabo de muchos.

Queda por fin otro mecanismo patogénico que es el que menos conocemos, me refiero al desarrollo de neoplasias, del cual si bien conocemos la patogenia histológica, ignoramos completamente cuanto se refiere á las condiciones que las hacen aparecer. Ni tan siquiera tenemos una patogenia aceptable, pues lo que se ha dicho respecto á la influencia de los traumatismos, alteraciones tróficas y nerviosas, no es concluyente ni mucho menos, y la estadística es en extremo variable tocante á este punto. Por nuestra parte creemos que las neoplasias deben obedecer á una perturbación en las fuerzas formativas. ¿Por qué las células epiteliales del cuello del útero ó del labio, que han conservado siempre su tipo normal lo pierden al llegar los 40 años, originándose una neoformación atípica, punto de partida de un cáncer? Indudablemente que ha de existir una tendencia al desvío de las fuerzas formativas con localización determinada en uno ú otro punto de la economía. Solo así nos explicamos el epiteloma del labio en los fumadores. Por lo que respecta al aparato genital, nosotros no sabemos porque ese desvío de las fuerzas formaticias se localiza con tanta frecuencia en el cuello del útero, originando distintas y variadas formas de neoplasia maligna, por ejemplo, pero podemos comprender y aceptar hasta cierto punto, que las causas antedichas (partos, roces, excitaciones, enfermedades anteriores, trastornos nerviosos y tróficos, etc.,) ocasionan y favorecen dicho desvío.

Lección VI

Estudio general de la Sintomatología del aparato genital femenino.—Manera de recoger las observaciones.—Necesidad de una exploración directa.—¿En qué consiste ésta?

La Sintomatología general de las enfermedades que atacan los órganos genitales femeninos debe dividirse en dos grandes grupos. En el primero incluiremos los síntomas subjetivos que se observan por medio del interrogatorio, en el segundo colocamos los objetivos que se observan por la exploración directa de la enferma. Existen en el primer grupo síntomas locales y generales que tienen todos su importancia y por tanto debemos estudiarlos; aquí solo indicaremos los principales, junto con el nombre que reciben, para saber el valor de las palabras. Si se pretende explorar el aparato genital de una mujer es necesario fijar ciertos puntos, por esto conviene saber la época en que aquella menstruó y en que condiciones, forma en que tuvo lugar, si fué inesperada, si estuvo acompañada de dolores; hechos todos que nunca debe olvidarlos el ginecólogo. A la historia de los padecimientos genitales han de acompañar otros datos; si la mujer es nullipara ó multipara y si es así, cuantos partos ha tenido y en que condiciones, si de uno á otro ha transcurrido mucho tiempo y si se realizó la mens-

truación en los intermedios. También es necesario saber si la mujer ha tenido abortos, de que tiempo y en que condiciones, como también si han sido simples ó accidentados. Además de estos síntomas locales debemos conocer también los datos referentes al resto del organismo; ya dijimos que hay enfermedades generales que se localizan en el aparato genital, por tanto debemos saber cuales sean estas y que efectos hayan podido producir en el mencionado aparato. Pero todo esto no va directamente á los síntomas que en el acto de nuestro examen nos presenta el aparato genital; en este último concepto hallamos una gran variedad de síntomas de los cuales no podemos menos de ocuparnos. Uno de los más importantes y frecuentes son las pérdidas, que pueden dividirse en blancas ó *leucorrea* y sanguíneas ó *hemorragias*; tanto unas como otras son muy frecuentes en los afectos genitales; en estado normal la mucosa de los genitales está humedecida por un líquido algo espeso y glutinoso, pero poco abundante para que salga al exterior y lo advierta la mujer. En cambio, al presentarse el estado patológico, la mujer experimenta pérdidas blancas ó sea *la aparición continua ó periódica por el aparato genital de un líquido más ó menos claro ó espeso y de color más ó menos subido* que llama la atención de la mujer y que no debe olvidar el ginecólogo. Este síntoma es frecuentísimo y puede presentar caracteres muy variados; unas veces es muy claro, aguanoso, otras veces es amarillento ó amarillo fuerte y hasta verdoso. En ocasiones es espeso, glutinoso y parecido á clara de huevo, formando grumos. Respecto á cantidad es sumamente variable; unas veces es casi insignificante y ocasiona pocas molestias, teniendo entonces poca importancia; pero en ciertos casos, y son los más, la importancia es mayor, fijándose en ello la mujer y el médico; en ocasiones esta importancia es exagerada y las mujeres vense obligadas á usar ó bien la servilleta que emplean durante la menstruación ú otro paño cualquiera que deben cambiar á menudo. Vemos pues que hay todas las gradaciones y el médico debe adquirir todos los datos respecto á la consistencia, color y cantidad de la pérdida que la mujer experimenta, para que le sirva de orientación en las exploraciones sucesivas relativas al diagnóstico.

Existen también por el aparato genital de la mujer pérdidas sanguíneas, verdaderas hemorragias que pueden presentarse en condiciones sumamente variadas y que reciben nombres distintos no por la cantidad sino por el período en que aparecen. Si la hemorragia ocurre durante el período menstrual, ó sea que la menstruación se convierte en una verdadera pérdida y esto ocurre con mucha frecuencia, la designamos con la palabra *menorragia*, con la que significamos que la menstruación se aparta del tipo normal por exceso. Otras veces la hemorragia acaece fuera del período menstrual de modo que no guarda periodicidad fija, en este caso se llama *metrorragia*; así pues este término indica una pérdida sanguínea que no guarda relación alguna, con la periodicidad menstrual. Cuanto hemos dicho se refiere al momento de la aparición de estas hemorragias, pues por lo que se refiere á cantidad pueden ser sumamente variadas, desde la que

es insignificante hasta aquella que puede producir la muerte por anemia aguda; por esto decimos *metrorragia grave* cuando produce anemia más ó menos acentuada y trastornos en el organismo, mientras que si no añadimos ningún calificativo es que la hemorragia sólo tiene un valor sintomático. Hay ocasiones en que la pérdida sanguínea se halla representada por defecto y como casi no admitimos un límite al hablar de la menstruación, solo tendremos como ejemplo la desaparición del flujo menstrual que llamamos *amenorrea*; esta puede ser fisiológica como la que sigue al parto y la que hay durante el embarazo y al aparecer la menopausia, pero fuera de estos casos es patológica y constituye un síntoma de más ó menos valor para el diagnóstico. Tales son los síntomas principales y sus nombres por lo que se refiere á las pérdidas á través del aparato genital.

Otro síntoma que tiene también su valor aunque no tanto como pudiera parecer, es el dolor. Normalmente la sensibilidad dolorosa debe estar apagada y esto puede aplicarse al aparato genital, pues cuando la mujer sufre alguna molestia algo ocurre. Pero es tan frecuente el dolor en el aparato genital de la mujer, ha llegado á constituir un hecho tan común que lo llegamos á considerar en ocasiones compatible con el estado de salud de aquel; así es que porque una mujer durante el período menstrual tenga cierta sensación dolorosa en los lomos y baja pelvis de una manera fugaz, no debemos hacer gran caso de ello. La inmensa mayoría de enfermedades del aparato genital femenino despiertan fenómenos dolorosos que tienen valor diagnóstico y merecen que se exploren é investiguen. Con este fin, los localizaremos para conocer que clase de dolor experimenta la enferma; en el aparato genital hay puntos donde el dolor se localiza de preferencia siendo uno de ellos la región sacra, hacia la parte posterior de la pelvis, en la región lumbar y cerca de la articulación sacro-iliaca algo por arriba de esta. Constituye este síntoma lo que en nuestro país se llama equivocadamente *dolor de riñones*, pues estos residen mucho más arriba, nosotros lo llamaremos *dolor lumbar ó lumbago genital*, aunque el verdadero lumbago corresponde á una neuralgia de los nervios lumbares. Existe también otro punto muy frecuente que reside encima del pubis en la región llamada hipogástrica, aunque no con una localización precisa, pues unas veces corresponde un poco por encima, otras algo por debajo del pubis etc...; este dolor se denomina *hipogástrico*. Además de las indicadas, hay una zona muy frecuente de localización dolorosa, refiérome al dolor iliaco, aquel que se encuentra localizado más ó menos profundamente en las fosas ilíacas. Otra localización del dolor aunque se aparte algo del aparato genital, es el que partiendo de las fosas ilíacas se irradia algo hacia el arco crural y muslo, *dolor crural*. Se presenta también espontáneamente dolor en los genitales externos que se denomina dolor *vulvar*. Por lo que se refiere á los caracteres del dolor diremos que es sumamente variado; el dolor gravativo es propio de las localizaciones lumbar é hipogástrica, mientras que el pungitivo más ó menos lancinante, con exacerbaciones bien señaladas corresponde á la

ilíaca, crural y vulvar. Por la manera como el dolor se presenta, puede ser continuo ó periódico; hay formas que revisten este último carácter á veces con firmeza y esto no carece de valor diagnóstico. Todas las manifestaciones dolorosas sean cuales fueren en su localización y carácter, por lo común sufren alteraciones en virtud del período menstrual; algunas veces aumentan, otras disminuyen, las hay tan típicas que solo se presentan durante este período. Conócense estas últimas con la denominación general de *dismenorrea*, lo que significa que la menstruación va acompañada de dolor intenso, siendo con frecuencia la menstruación dmenorreica compatible con el buen funcionamiento del aparato genésico. No siempre las menstruaciones dolorosas guardan relación con la importancia de la enfermedad que las provoca y casi puede decirse que existe una relación inversa entre ambas. Lesiones pequeñas, á veces inapreciables producen grandes manifestaciones dolorosas y en cambio hay otras que provocan dolores muy soportables y revisten mucha gravedad; depende este fenómeno de la trabazón íntima que existe entre las alteraciones genitales y el sistema nervioso. Nadie como la mujer para estar predispuesto á estados neuropáticos y estos trastornos quitan mucha importancia al síntoma dolor. El ginecólogo que por solo el hecho de existir dolores intensos cree que se trata de un afecto grave de los genitales internos, puede cometer un gran error pues quizás no se tratará sino de un estado neuropático. En cambio hay flemones y abscesos que no ocasionan síntomas tan aparatosos.

Los trastornos funcionales del aparato genital han de referirse á desórdenes en la menstruación, fecundación y coito. Respecto á la primera ya hemos indicado las alteraciones que puede presentar; en la fecundación puede haber también alteraciones que el ginecólogo debe conocer. Así cuando una mujer es *estéril*, debe enterarse el médico de si hay posibilidad de concebir; admítese hoy un período de espera para que pueda realizarse la fecundación, pero si al cabo de 2 ó 3 años no aparece, algo ha de existir que explique la *esterilidad*. Este reside muchas veces en enfermedades del aparato genital. También puede ocurrir algún síntoma funcional que haga molesto y doloroso el acto del coito hasta impedirlo por completo en algunas ocasiones; llámase á esto *dispareunia*.

Tampoco carecen de valor los síntomas que se presentan por parte de los órganos vecinos á los genitales; los que se refieren al recto y vejiga son tan importantes que casi deben considerarse como síntomas genitales. Hay mujeres en las que la defecación es dolorosa á consecuencia de afectos genitales y por la misma causa puede haber micción dolorosa.

No debemos contentarnos con estos síntomas, sino que debemos buscar las alteraciones por parte de otros órganos y aparatos relacionados con el genital. Realmente este último influye en los demás y aunque se ha exagerado mucho al hablar de esta influencia, algo de cierto hay en ello. No puede negarse que á consecuencia de afecciones del aparato genital pueden presentarse síntomas y alteraciones en el resto de la economía. Hoy bastará con indicar que el aparato

digestivo es uno de los que más directamente sufren el influjo de las enfermedades genitales. Pueden presentarse también dispepsias gástricas y astricción de vientre en tales enfermedades, del mismo modo que hay desórdenes del gusto durante la fecundación. Todos estos fenómenos se explican recordando que tanto el tubo digestivo como el aparato genital tienen inervación simpática y que los ganglios del simpático se relacionan entre sí. Las alteraciones del aparato respiratorio no son tan notables como las anteriores; con todo describese la *tos uterina* síntoma que nada tiene que ver con aquel aparato y sí con el genital. En el aparato circulatorio, sobre todo en el corazón hay desórdenes acentuados, como frecuencia mayor del pulso, arritmia, palpitaciones cardíacas y otras formas muy variadas. También puede resentirse el aparato urinario por su vecindad con el genital. No hay que decir lo que pasará en el sistema nervioso; estamos hoy muy lejos de creer como antiguamente que el histerismo tenga su punto de partida en el útero, pues hoy opinamos que aquella afección depende del sistema nervioso central; con todo, en el organismo hay *zonas histerógenas* y entre éstas ocupa un lugar preeminente la zona genital. Tanta es la influencia del aparato genital sobre el sistema nervioso que se han pretendido curar muchas dolencias de éste, extirpando aquel y esto se ha sostenido de un modo científico. Al llegar aquí, debemos condenar las exageraciones que han reinado sobre la materia; atribúyase en horabuena al aparato genital una afección nerviosa cuya lesión no se conozca, pero no se le conceda influencia sobre aquellas cuya Anatomía Patológica está ya averiguada. El buscar relación patogénica entre afectos genitales y estados apopléticos, parálisis agitante, esclerosis en placas, etc., como se ha visto algunas veces supone un desconocimiento grande de las afecciones de ambos aparatos.

Los síntomas enunciados no bastan de ningún modo para establecer el diagnóstico de una enfermedad ginecológica, son necesarios además los síntomas objetivos y estos sólo pueden adquirirse por la exploración directa. Las enfermedades más características por sus síntomas subjetivos, las más típicas, el cáncer uterino con su trípode de leucorrea fétida, metrorragias y dolor, no puede diagnosticarse por estos solos síntomas. Por medio de la exploración directa buscaremos pues los síntomas referentes al aparato genital para sentar un buen diagnóstico.

La exploración directa consiste en el exámen objetivo de los genitales valiéndose para ello el ginecólogo de los distintos medios que la ciencia le ofrece.

Lección VII

Exploración sin instrumentos.—Decúbitos.—Inspección.—Diversos medios de exploración manual.—De la anestesia como auxiliar de la exploración ginecológica.

La exploración de los genitales puede dividirse en dos grupos: manual é instrumental; la primera la practicamos valiéndonos únicamente de las manos sin auxilio de aparatos, en la segunda nos servimos de un gran número de instrumentos. Aún la exploración manual podría decirse que no lo es enteramente, pues empleamos las sillas ó camas de reconocimiento, cuyos modelos sen sumamente variables. La exploración manual divídese á su vez en exploración abdominal y vulvo-vaginal, ó mejor dicho la que se practica desde el abdomen y la que se realiza al través de la vulva y vagina. La primera es interesantísima y comprende la aplicación de los medios recomendados en Patología General. Pero antes de entrar de lleno en el asunto, haremos algún recuerdo de Anatomía descriptiva referente á las zonas ó cuadrícula topográfica en que suponemos dividido el abdomen: trazaremos primero dos líneas verticales que desde el borde falso de las costillas terminen á la mitad del ligamento de Falopio y así tendremos dividido el abdomen en tres porciones. Figurémonos después otras líneas tiradas desde un poco más abajo del borde correspondiente á las costillas falsas de un lado hasta el opuesto, pero horizontalmente, limitando por arriba la región epigástrica. Por fin supongamos otra que partiendo de un poco más arriba de la espina ilíaca anterior superior termine en el mismo punto del lado opuesto. De esta manera tenemos limitadas nueve porciones: tres en la línea media y otras tres á cada lado. Las primeras llámanse *epigastrio*, *región umbilical é hipogastrio*, las demás reciben los nombres de *hipocondrios* los espacios superiores, *vacíos* los medios y *fosas ilíacas* los inferiores. A esta división anatómica nos referiremos con frecuencia al explicar los síntomas que podamos apreciar.

En la exploración ginecológica empleamos los medios recomendados en Patología General. Así usaremos de la *palpación*, con las manos colocadas de plano sobre las diversas regiones del abdomen; con este procedimiento apreciamos síntomas variados, como el dolor que asimismo averiguaremos si es superficial ó profundo, aumento de resistencia en ciertas partes, si hay ó no induraciones ó tumores y sus caracteres, principalmente de movilidad y dureza. No solo esto sino que por medio de la palpación podemos apreciar como están las regiones más profundas y cerciorarnos de si permanecen libres ó contienen algún tumor. Pero la palpación no nos basta por si sola, es necesaria además la *percusión*; si

la primera nos enseña que hay un tumor, debemos corroborar su existencia por medio de la percusión y esta nos dirá si aquel es verdadero ó falso según cuales fueren sus caracteres de macidez ó sonoridad respectivamente, como también los caracteres que puede presentar de líquido ó de cuerpo sólido. Nos servimos también de la *palpación combinada* que no es más que la palpación en dos puntos diametralmente opuestos: con ella sabremos si hay cuerpos líquidos ó sólidos según exista ó no fluctuación. Aprecíanse asimismo muchos síntomas por la *auscultación*; por este medio sabremos si hay borborigmos que no son sino efectos del ruido producido por la circulación de gases en el intestino gracias á los movimientos peristálticos, también sabremos si existen ruidos de sopro, apreciaremos por este medio los latidos del corazón fetal y ello ha de servirnos para diferenciar unas de otras ciertas enfermedades. Todavía tenemos otro medio, que casi deja de ser manual, me refiero á la medición del abdomen que puede efectuarse á la simple inspección como se hace por regla general ó bien valiéndonos de la cinta métrica y mediremos entonces ciertas distancias tomando puntos de referencia; (espinas ilíacas, pubis, ombligo, apéndice xifoides) también conoceremos por este medio el abultamiento del abdomen. En la exploración abdominal hay que tener en cuenta que tratándose de órganos movibles y pudiéndose desplazar los líquidos que existan en la cavidad, deberemos hacer cambiar de decúbito á la mujer, para observar los cambios de situación de las zonas mates y sonoras. Téngase presente por lo tanto, que en el abdomen hay órganos huecos y macizos, que en virtud de procesos patológicos, pueden desarrollarse colecciones líquidas ó cuerpos sólidos y siendo unos y otros movibles dentro de la cavidad abdominal, los órganos llenos de gases como los intestinos, tenderán siempre á ocupar el plano más superior, flotarán en una palabra; ahora bien: si hay órganos macizos ó líquidos derramados en el peritoneo y aún movibles, los intestinos se dislocarán y vendrán hacia la región umbilical ó hacia el vacío opuesto al decúbito lateral empleado, donde los reconoceremos por su sonoridad: al contrario permanecerán sonoras las partes declives en los tumores voluminosos y en los derrames enquistados que no se desplazan fácilmente ni se mezclan con los intestinos. Este precepto tan sencillo sirve de ley absoluta para el diagnóstico diferencial entre los quistes y peritonitis enquistados y la verdadera hidropesía peritoneal.

La exploración manual al través de la vulva y vagina no hace muchos años que tiene toda su importancia y gracias á ella ha progresado tanto la Ginecología. Tal clase de exploración sola ó combinada con la abdominal es un excelente medio de diagnóstico y por ella se han conocido enfermedades que antes no se sabía que existiesen. Puede auxiliarla también la exploración rectal y la vesical combinándose con ella; tal exploración ha recibido también el nombre de *tacto*.

El tacto vaginal se practica ó estando la mujer en decúbito supino en su cama propia ó colocada en una silla de reconocimientos en posición vulvar, que

consiste en tener las nalgas en el borde de la mesa ó cama, los muslos en flexión sobre el abdomen y en abducción y las piernas lo mismo pueden estar dirigidas por arriba en extensión que flexionadas sobre los muslos. Si la mujer está en su propia cama, se coloca el ginecólogo á la derecha de la enferma y con la mano derecha practica el tacto de la manera siguiente: ó bien se coloca la mano hácia la región vulvar por entre las piernas de la enferma ligeramente separadas y dobladas, ó bien haciendo que la extremidad inferior derecha de la enferma, esté fuertemente doblada y el ginecólogo pueda pasar su mano por debajo. De todos modos el ginecólogo debe procurar que al introducir la mano por debajo de la vulva, la coloque en la misma dirección que ocupa la vagina, para evitar molestias y traumatismos. Debe procurarse además tanto en la exploración manual como en la instrumental, que sea limpia y no llevemos ninguna infección á los órganos genitales. El tacto vaginal puede practicarse con uno (índice) ó dos dedos (índice y medio), es mejor lo último, pues se ensancha el campo de exploración, ya que los casos de ciertas vírgenes en que no puede practicarse de este último modo son los menos. También es conveniente para practicar el tacto, untar los dedos con un cuerpo graso para que aquellos deslicen mejor. Puede efectuarse el tacto sin descubrir los genitales, yendo en busca de los labios mayores y menores, y separándoles hasta llegar á la vagina. Con el tacto cabe explorar los genitales externos pero no es este el principal objeto que nos proponemos.

Al llegar á la entrada de la vagina, no es indiferente la manera de introducir los dedos; debemos evitar que éstos vayan hacia la zona anterior de la vagina por existir las ninfas y el clitoris que son muy sensibles, por tanto, mejor será dirigirlos hacia la horquilla. El ginecólogo introducirá los dedos guiándose desde el ano hacia adelante. Es muy conveniente fijarse en la forma de la abertura vaginal, que no será la misma en una nullipara que en una multipara; en el acto del reconocimiento debe averiguarse si existe himen y si éste es ó no dilatado, si hay señales de un parto anterior, si existen induraciones, si hay más ó menos sensibilidad ya que existen mujeres que toleran bien el tacto vaginal mientras que otras se lamentan de continuo. Al explorar la vagina debe apreciarse el calor de la parte, la mayor ó menor resistencia que opone al paso del dedo, lo que nos indicará si el órgano se ha dilatado previamente por el acto del coito; la resistencia normal cuando no ha habido coito es la que se encontraría pasando el dedo por entre dos hojas de papel mojado. También puede saberse si hay estrecheces, bridas, etc... Después de apreciar el cuello del útero que se encuentra más ó menos cerca, llegamos al fondo de la vagina. En el útero hay síntomas que se refieren á este órgano y síntomas que se refieren á su periferia. ¿De qué manera el ginecólogo explora el útero y qué síntomas busca? Dirigiendo sus dedos hacia el cuello del útero apreciamos la configuración y consistencia de éste; nótese que la blandura ó dureza del cuello del útero son tan importantes que su apreciación puede acreditar al ginecólogo. También po-

demos reconocer su sensibilidad; en estado normal nada siente la mujer al tocarlo con el dedo, no así en ciertos estados patológicos en que el tacto resulta doloroso por parte de este órgano. Asimismo puede cogerse con los dedos para persuadirnos de si el útero conserva su movilidad, dirigiéndolo hacia los lados ó hacia adelante y atrás; esto en estado normal. La exploración del cuello del útero es utilísima en el embarazo por los interesantes datos que puede suministrarlos.

Con el tacto vaginal puede explorarse también la atmósfera periuterina, dirigiendo el pulpejo de nuestros dedos al fondo de saco vaginal. Al través de los fondos de saco puede llegarse casi á contactar la serosa peritoneal; el ginecólogo debe explorar si estos fondos de saco están alterados en su forma, si hay obstáculos para introducir el dedo; si están libres debe saber si despierta dolor ó no, advirtiendo que normalmente esta sensación no existe. En estos fondos de saco, desarróllanse distintas alteraciones anatómicas: induraciones difusas y circunscritas, tumores dolorosos ó indoloros, movibles ó inmóviles, etc... que pueden dar á conocer afectos de las trompas, ovarios y peritoneo pelviano; de aquí la importancia de la exploración de los fondos de saco, la que se hará siempre procediendo con método y comenzando por el fondo de saco anterior, el posterior ó de Douglas luego y finalmente los laterales. El tacto vaginal es el medio exploratorio que presenta menos inconvenientes y contraindicaciones y es tal su importancia que debe preceder siempre á toda otra exploración.

Después del tacto vaginal sigue en orden de importancia el rectal, que en el concepto ginecológico raras veces se practica aislado, pues que casi siempre se efectúa á la vez que el vaginal. Consiste el tacto rectal en la introducción de un solo dedo al través del ano para saber lo que se encuentra en el recto ó en las regiones del aparato genital accesibles por aquel intestino. Varios datos podemos apreciar con este procedimiento, pero indudablemente el más importante, en el concepto ginecológico, es la exploración del fondo de saco posterior. He dicho que raras veces se practica el tacto rectal aislado en el concepto ginecológico y se comprende que sea así, pues hay graves errores de diagnóstico hijos de practicar tan solo el tacto rectal; sabemos ya que el útero gravita y cae sobre la vagina, correspondiendo el cuello á la parte posterior de la vagina y anterior del recto y así al encontrar en el recto el abultamiento que forma el cuello del útero relacionado con él, ha podido originar la errónea creencia de que existía un cáncer del recto, esto unido á las almorranas que pueden existir simulando hemorragias y al dolor por demás frecuente en el aparato genital femenino, ha corroborado el error de diagnóstico que fácilmente habría disipado el tacto combinado recto-vaginal. A no practicar al mismo tiempo que el tacto vaginal el rectal, frecuentemente nos quedamos en la duda de si existen ó no cuerpos voluminosos en el recto. Por el contrario, combinando los dos procedimientos sabemos si se trata de un tumor ó del cuello del útero y además podemos apreciar la movilidad, dureza y volumen del tumor. Para seguir este método, efec-

túase el tacto vaginal y sin retirar la mano de la vagina, se saca hacia afuera el dedo medio que se introduce en el recto permaneciendo el índice en el primer conducto; colocando los dos dedos hacia arriba, si encontramos un tumor, el índice nos señala si es el cuello del útero; si llegamos al fondo de saco de Douglas podemos saber si hay un tumor y que cualidades tiene mejor que con una sola clase de tacto. Siendo por tanto muy conveniente saber si hay algo anormal en el recto, se comprende la conveniencia de emplear el tacto rectal á la vez que vaginal. Lo mismo diremos respecto del tacto vaginal; muchas veces por haberlo empleado solo se ha llegado á desconocer un hecho tan común como la retención de materias fecales. Solo hay una limitación y es que la mujer tiene más repugnancia por el tacto rectal que por el vaginal; sin embargo, el ginecólogo podrá vencerla, persuadiendo á la mujer de su necesidad y conveniencia para la curación.

A veces, aunque raras, conviene practicar otro tacto y es el vesical, y si bien es cierto que sus indicaciones se refieren principalmente á enfermedades de las vías urinarias, como estas interesan al ginecólogo, de aquí que es bueno saber que por la uretra puede llegarse con el dedo á la vejiga. Todo se reduce á realizar la dilatación forzada de la uretra con el dedo meñique, empleando después el índice; introdúcese este por la uretra hasta llegar á la vejiga y practícase el tacto vesical. El objeto es casi siempre asegurarnos del diagnóstico de enfermedades de la vejiga; pero otras veces nos enteramos de los caracteres de una neoplasia existente entre el útero y la vejiga. De todas maneras el tacto vesical se practica solo en casos excepcionales, mientras que el vaginal y rectal son medios comunes de exploración.

Otro medio de exploración manual, es la exploración combinada, en la que se realizan la vaginal y la abdominal á la vez. Practícase este procedimiento realizando el tacto vaginal con la mano derecha y la exploración abdominal con la izquierda; esto cuando la mujer está en cama y el ginecólogo á su derecha porque si este tiene que estar á la izquierda por cualquier motivo, se invertirán los términos. Realízase pues esta exploración practicando el tacto vaginal con los dos dedos ó el vaginal y rectal á la vez que la exploración del abdomen. Lo que puede resultar oscuro empleando una sola exploración, aparece indudable combinando las dos. Con los dedos en el fondo de saco posterior y lateral y la otra mano en la fosa ilíaca correspondiente, al ponerse en relación, aprecian fácilmente lo que hay entre una y otra. Si hay un tumor muy movable puede escapar á la exploración abdominal, puede escapar á la vaginal, pero no puede escapar á la exploración combinada, que lo coge entre las dos manos. En este examen debe procederse con cierto orden: en primer lugar se exploran las regiones medias, hipogástrico ó región uterina. Cogido el útero con los dos dedos de la mano derecha, en el hipogástrico apreciamos muchos detalles que sirven para el diagnóstico diferencial entre las neoplasias que son del útero y las que no pertenecen á este órgano. En las regiones laterales, los dedos que están en la

vagina, deberán dirigirse hacia los fondos de saco y la mano que explora el abdomen hacia la fosa ilíaca; así reconocemos los órganos situados entre los fondos de saco y las fosas ilíacas.

Esta exploración combinada, no siempre dá los datos que debería proporcionarnos por una serie de dificultades. 1.^a La impresionabilidad de la mujer que hace poner en tensión las paredes abdominales y estas no se dejan deprimir; esto impide á la mano penetrar profundamente en las fosas ilíacas. Hay mujeres que rechazan voluntariamente esta exploración y otras que aún deseándola la dificultan por excitabilidad de su sistema nervioso. Para vencer tales obstáculos se necesita en primer lugar, el hábito por parte de la enferma, así como calmar su impresionabilidad y recurrir á un expediente que la obligue á deprimir sus paredes abdominales; con este último objeto podemos hacer que verifique inspiraciones profundas con la boca abierta, aprovechando este momento para la exploración, todavía es mejor hacer que la enferma sople, pues de este modo no puede poner tensas sus paredes abdominales. 2.^a No todas las enfermas hacen difícil la exploración por sus condiciones fisiológicas, ¡ues hay algunas que tienen el abdomen de tal modo que hacen que aquella sea infructuosa. Un abdomen abultado y con mucha grasa influye en este sentido. Pero es tan importante para el diagnóstico la exploración combinada, que cuando esta no puede efectuarse por excesiva impresionabilidad de la enferma, empleamos la anestesia general hasta llegar al período de la resolución muscular. Por este poderoso medio auxiliar nada se nos escapa, puede explorarse el interior de la pelvis, el ovario puede cogerse entre las dos manos y si hay un tumor puede afirmarse con seguridad el sitio donde radica. La anestesia general aplicada al diagnóstico ginecológico se usa menos de lo que se debiera en nuestro país.

Todo lo que acabamos de explicar puede hacerse estando la enferma en posición vulvo-vaginal, solo que el explorador, en vez de colocarse al lado de la cama, se coloca al extremo entre las piernas de la enferma y procede del modo descrito, con una diferencia y es que la posición resulta más violenta. Es verdad que la posición vulvar, haciendo que las piernas estén dobladas sobre el abdomen, da una relajación más completa de las paredes abdominales, pero esto puede lograrse también en el decúbito supino haciendo que la enferma encoja sus extremidades; en cambio es menos cómoda la posición y antes se cansará el ginecólogo que la enferma en la posición vulvar. Esto no es decir que no pueda usarse esta posición sino que es menos desahogada para el explorador. Resumiendo: la exploración manual es la más importante por ser más suave, menos ciega y poder practicarse en los períodos de inflamación aguda del aparato genital, caso en que este no toleraría el paso de un instrumento. Dicha exploración sola ó combinada, ó practicando al mismo tiempo la anestesia general, es la más interesante en la Ginecología contemporánea.

Lección VIII

Exploración instrumental.—Estudio de los diferentes spéculums para la exploración del aparato genital; manera de usarlos y utilidad de los mismos.

La exploración instrumental se realiza con diversos instrumentos, con los cuales se auxilia el ginecólogo. Parecía antes de rigor que en todo gabinete de exploraciones hubiese una lámpara á propósito para iluminar el campo de observación. No nos detendremos en discutir este punto: para nosotros, la mejor luz es la natural, mejor si puede ser luz directa y difusa. Si no puede ser así, cualquier lámpara es buena, con tal que nos dé un chorro de luz que llegue al aparato genital; necesitáanse estas lámparas para explorar regiones profundas ó hacer la exploración visual: á veces necesitamos un chorro de luz que vaya al fondo de la vagina, donde no podemos alcanzar con la vista, empleando la luz natural. El primer hecho en la exploración instrumental es la inspección de los genitales debidamente iluminados, y esto se obtendrá, colocando la enferma en posición vulvar y procediendo á la inspección el ginecólogo; á veces con esto solo queda hecho el diagnóstico (prolapso de tercer grado). Inspecciónanse primero los genitales externos, y á veces por este simple examen adquirimos datos importantísimos; necesitase en ocasiones explorar la vulva, ninfas, clitoris, meato urinario, horquilla, himen, si está íntegro ó no; este reconocimiento practícase sin instrumentos y con luz natural ó artificial. La vagina sólo puede explorarse con los instrumentos; los varios que se han inventado, si en un principio fueron un adelanto, después gracias á la exagerada utilidad que se les atribuyó, constituyeron un verdadero retroceso, pues por ellos la Ginecología no adelantó tanto como debía adelantar. El ginecólogo, poseyendo el instrumento que le permitía ver la vagina y el cuello del útero, creyó abarcar toda la patología del aparato genital; es verdad que algo se ganaba con esto, pues antes no se exploraba nada y luego viendo las lesiones de la vagina y cuello del útero, siempre encontraba algo que le servía para el diagnóstico. De aquí la *llaga de la matriz* que tanto preocupa aún al vulgo y que con el infarto y las desviaciones del útero, dominó la patología ginecológica de mitad de siglo. En aquella época describiéronse infinidad de formas de la úlcera del cuello del útero, atendido á las muchas variantes que esta lesión puede presentar. Hemos dicho que la época del *spéculum* ocasionó un retardo en el progreso de la Ginecología y se comprende, pues siempre que aquel instrumento se introduce en un aparato genital algo dañado, siempre se encuentra alguna que otra erosión, catarro, etc... con lo cual se contentaba á la sazón el ginecólogo. Esto duró hasta que aparecieron otros medios de exploración.

Hay *spéculums* de distintas formas; el más usado es también el más antiguo y que hoy se conoce con el nombre de *spéculum* cilíndrico ó *spéculum* de Fergusson y que tiene la forma que indica su nombre con un extremo cortado á pico de flauta y otro ensanchado en pabellón. De este género hay varios modelos que difieren en grosor, diámetro y materia de que están contruídos; respecto á diámetro existen cuatro tipos, uno de ellos muy pequeño, llamado por algunos *spéculum de vírgenes*, puesto que puede introducirse al través del hímen, sin romperlo: viene luego otro que también puede introducirse á veces, existiendo el hímen y luego subsiguen los dos restantes, señalados con los números 3 y 4 de diámetro bastante mayor. Respecto á la materia de que están formados, varía muchísimo; porcelana, cristal, cristal barnizado en la cara interior formando espejo, madera de boj, etc... También los hay metálicos, de plata, níquel, hierro cubierto de otros metales, etc... En una palabra, los *spéculums* se han fabricado de toda clase de substancias. La única condición de todo punto necesaria de estos instrumentos, es que no se rompan introducidos en la vagina y así se comprenderá que todos resultan aceptables en este concepto. Es conveniente además que lleven bien la luz al fondo del útero y desde este punto de vista hay unos más útiles que otros; así, los de madera sirven poco ó nada y en cambio son excelentes los de cristal que tienen el interior convertido en espejo. Tocante á tamaño nos adaptaremos á las condiciones de la enferma, pues según sea el caso adoptaremos uno ú otro. Si queremos emplear el *spéculum* como instrumento de curación no será indiferente la substancia que lo forme: así por ejemplo, si queremos practicar una cauterización en el cauterio, usaremos de un *spéculum* contruído de una substancia mal conductora del color (madera). Resumiendo, diremos, que el *spéculum* no debe ser frágil, debe adaptarse á las condiciones de la enferma y debe estar contruído de ciertos materiales, cuando se hace servir como instrumento de curación.

Conocido el *spéculum* de Fergusson, digamos la manera como debe emplearse: para esto, una vez colocada la enferma en posición vulvo-vaginal, se toma el *spéculum* con la mano derecha, se unta con un cuerpo graso (lanolina, aceite, vaselina), y separando los labios de la vulva con los dedos índice y medio de la mano izquierda se descubre la entrada de la vagina. Entonces aplícase el *spéculum* de modo que la parte más saliente se insinue en la abertura vaginal; es rarísimo que esta se presente tan despejada que el *spéculum* entre de corrido, lo general es que ofrezca cierta resistencia y siempre debe usarse de un *spéculum* algo mayor del que permite la entrada de la vagina. Practícase, por lo tanto, cierta dilatación del conducto para que el instrumento pase con facilidad de arriba abajo y de delante atrás, imprímese después al *spéculum* un movimiento de rotación y teniendo en cuenta que sus bordes traumatizarán los de la entrada de la vagina, ha de comprimirse hacia atrás, hacia la horquilla con lo que se deja libre la parte anterior de la abertura vaginal. Introduciendo pués el *spéculum*, imprimiéndole un movimiento de rotación y comprimiendo

hacia abajo, pasa aquél al través de la abertura vulvar hasta llegar á cierta distancia que es la unión de los dos tercios inferiores de la vagina con el superior. Para descubrir el cuello es necesario llegar á su altura é imprimir al spéculum un movimiento de báscula de modo que su extremidad venga hacia arriba. Resumiendo la técnica de la introducción del spéculum consiste, en hacerlo penetrar en el primer tiempo con un movimiento de rotación y compresión hacia la horquilla y en el último por un movimiento de báscula. Procediendo de este modo no se ocasionan á la enferma molestias ni dolores y se introducen spéculums que antes parece imposible puedan entrar en los genitales de la mujer.

¿Qué logramos con el spéculum cilíndrico? La inspección visual imperfecta de las paredes de la vagina y perfecta del cuello del útero. Las primeras van separándose el spéculum á medida que vá penetrando y el ginecólogo puede hacer su exploración pero á veces los repliegues que forman las ocultan; en cambio al aparecer el cuello del útero, el ginecólogo puede explorarlo á su gusto, visualmente. No siempre el ginecólogo puede aplicar el spéculum; cuando existe un hímen íntegro y poco dilatado, no puede introducirse ningún spéculum si queremos respetar aquella membrana: cuando haya bridas ó estrecheces tampoco podrá pasar. Véase pues que en ciertos casos hay imposibilidad material, lo que es indicio de una afección seria y el ginecólogo debe averiguar que causas se oponen á la entrada del spéculum. Los casos en que hay contraindicación formal para que se emplee spéculum son dos principalmente: uno de ellos cuando en la vulva, vagina y cuello del útero existen neoplasias ulceradas y aún cuando no sean ulceradas que sean friables, porque podemos destruirlas provocando grandes hemorragias y sin adquirir datos de valor. En efecto, nada sabremos con el spéculum de la consistencia, base de implantación, movilidad, etc... Constituye otra contraindicación la existencia de estados flogísticos ó infectivos agudos, en que adquiriendo el ginecólogo pocos datos con el spéculum se expone á exacerbar el proceso inflamatorio ocasionando molestias de consideración, porque si el aparato genital tolera la mano á los instrumentos en estado ordinario no así cuando hay inflamación. Al explicar la Terapéutica General ginecológica hablaremos del spéculum cilíndrico como instrumento de curación y en este concepto se usa más hoy día que como medio explorador.

Otros modelos hay de spéculums conocidos con el nombre de *valvares*, su número es inmenso y algunos son puramente personales, obedeciendo á una comodidad ó capricho del ginecólogo. Todos pueden reducirse á dos. El bivalvo, compuesto como su nombre indica, de dos valvas articuladas en su extremidad de modo que forman un pico de pato, que se puede abrir ó cerrar. Tiene algunos detalles y perfeccionamientos según las diversas modalidades, pero lo esencial es lo que hemos indicado. Todos estos spéculums son metálicos. Nacieron estos aparatos con el fin de obviar las dificultades para la introducción del spéculum cilíndrico y en realidad, los modelos citados son mucho más sencillos en su manejo para el principiante. Para usar el spéculum bivalvo ó de Cuscó, se introduce

cerrado en la vagina; después de limpio y engrasado, introdúcese la punta del instrumento, separando los labios, por la abertura vaginal hasta llegar al fondo del órgano y entonces coloca las valvas dirigiendo una hacia la pared anterior y otra hacia la posterior, dando un cuarto de vuelta al instrumento; se abren las valvas y aparece el cuello del útero y parte de las paredes vaginales. Cuando se ha explorado el cuello del útero, se retira el spéculum; téngase presente que así como el spéculum cilíndrico casi sale solo, no así el bivalvo que para extraerlo es necesario volverlo á cerrar, aunque no por completo para no coger algún pedruzco de mucosa genital. Las indicaciones de este instrumento son las del spéculum cilíndrico, no tiene ventajas grandes sobre este, en cambio no carece de inconvenientes; en primer lugar solo nos descubre las paredes laterales de la vagina, mientras que con el cilíndrico vemos aparecer este órgano á medida que se va desplegando; con el spéculum bivalvo debe darse media vuelta, pero si se trata de vaginas sumamente anchas, en las que la mucosa vaginal está muy sobrada, hay dificultades para que aparezca el cuello del útero; claro está que abriendo bien el spéculum descubriremos este órgano, pero de todos modos este instrumento no tiene las ventajas del spéculum cilíndrico. Lo mismo diremos de otros modelos de spéculum bivalvos que obran de la misma manera aunque permiten más separación. Hay un modelo constituido por dos tallos por medio del cual podemos apreciar el estado de las paredes vaginales, pero no se usa nunca. Los demás poco: solo es indispensable conocer el de Cuscó; los trivalvos y cuatrivalvos no son prácticos.

Tenemos por fin otra clase, que es indudablemente mejor que el spéculum cilíndrico y el bivalvo, me refiero al de Sims ó univalvo, sumamente sencillo, pues se compone de una valva con su mango para manejarla con más comodidad; la valva será siempre bien pulimentada para reflejar la luz. El spéculum de Sims puede aplicarse de dos maneras: ó estando la enferma en el decúbito vulvo-vaginal ó en el lateral que ya se conoce con el nombre de «decúbito de Sims.» Veamos primero el modo de emplear el spéculum en la posición vulvo-vaginal; al hablar de anatomía del aparato genital, dijimos que el suelo perineal puede abrirse para llevar los instrumentos al través de los genitales dirigiendo el segmento sacro hacia abajo y atrás y el pubiano hacia arriba; colocada pues la enferma en la posición indicada el ginecólogo coloca la valva abriendo la primera media puerta del suelo perineal, apareciendo la vulva como una hendidura; á veces es una abertura enorme y vemos aparecer la pared vaginal anterior en el fondo del spéculum, detrás de ella aparece más ó menos lejos el cuello del útero. Si con otro instrumento separamos hacia arriba el segmento pubiano, veremos abrirse el aparato genital lo que nos permitirá apreciar el cuello del útero y hasta tocarlo. El segmento pubiano se levanta hacia arriba con una valva de perfeccionamiento. Pero el verdadero modo de usar el spéculum de Sims es colocar la enferma en decúbito lateral ó americano; colocada la mujer en su cama ó en la silla de reconocimientos se pone sobre el plano lateral izquierdo de un

modo algo exagerado, casi boca abajo, viniendo las nalgas hacia el borde de la cama, la extremidad inferior izquierda debe estar completamente estirada y la derecha en flexión forzada sobre el abdomen. De este modo aparece la región ano-vulvar casi á la vista y entonces un ayudante ó el mismo ginecólogo levanta con la mano izquierda la nalga derecha de la enferma, quedando al descubierto la región vulvar. Tiene la ventaja este decúbito de ofrecernos la abertura vaginal formando verdadero hueco; en la posición ginecológica las vísceras abdominales continúan gravitando sobre el fondo de la pelvis y es necesario vencer esta gravitación levantando la pared anterior y sosteniendo la presión de los intestinos, mientras que en la posición de Sims, las vísceras gravitan sobre la pared anterior, dejan la pelvis libre y la presión atmosférica se encarga de conservar la abertura de la vagina separando la pared anterior. Si entonces introducimos el instrumento al través de esta abertura y tiramos de él hacia atrás separando el segmento sacro, véase con toda claridad el cuello del útero; las vísceras se han salido del fondo de la pelvis, están más abajo que la pared anterior de la vagina y esta se abre por completo; además el ginecólogo puede introducir los dedos al través de la vulva y explorar por el tacto combinado con la vista, la vagina y el cuello del útero.

Las limitaciones para el uso del spéculum de Sims no son tantas como las existentes para el empleo de los spéculums cilíndricos y bivalvos. Así p. ej.: en las neoplasias del cuello del útero, no hay inconveniente en introducir el instrumento, pues cuidaremos de que la punta de la vulva no llegue á la neoplasia, lo que no puede hacerse con los otros. El spéculum de Sims es pues muy práctico y de uso más frecuente que todos los demás.

Úsanse también otros medios de exploración instrumental; entre ellos tenemos las pinzas de garfios con las cuales se hace presa de cualquier tejido blando. Nos servimos de ellas para sugetar el cuello del útero y realizar bien su exploración; para ello se engastan las pinzas en los labios del cuello y se realiza el descenso del útero y cuando no haya afectos que lo impidan, aquel órgano puede descender y llegar cerca de la vulva sin inconvenientes. Este solo hecho nos permite apreciar muchos síntomas que no hubiéramos conocido con el spéculum cilíndrico ó bivalvo. Es sobre todo útil la maniobra indicada cuando se usa el spéculum de Sims en la posición vulvar ó en la de Sims. A veces combinamos dicha maniobra con el tacto rectal ó con la palpación combinada.

Existen asimismo otros instrumentos, que se emplean con la valva de Sims y son las espátulas que pueden ser de distintas clases para separar y hacer visibles ciertas partes de las paredes vaginales.

Hay también otros spéculums como el de ano y el vesical; el primero es trivalvo porque separa mejor las paredes del recto, es de poco uso y el ginecólogo lo emplea solo como accesorio. El vesical es de distintas clases: el más sencillo es cilíndrico (Skene), pero muy estrecho para que pueda pasar á través de la uretra.