

A los 40 días se quitó el apósito escayolado y a los 50 procedo a la extracción del tornillo, empezando la movilización 10 días más tarde, saliendo la enferma a los 74 días de su ingreso, completamente curada, sin acreditar el menor trastorno funcional. (Radio núm. 3).



Radio núm. 5

PRÁCTICA MÉDICA

ACERCA DE LA TÉCNICA EL RASPADO DIGITAL

por el doctor

S. DEXEUS FONT

antiguo médico-interno de la Maternidad de Barcelona

Las indicaciones del raspado digital son menos numerosas desde que no se practica sistemáticamente la ablación de los restos ovulares retenidos en caso de aborto séptico. Guarda empero, todavía numerosas indicaciones, nacidas de la persistencia de fragmentos placentarios dentro de la cavidad uterina; indicación que implicará una realización inmediata del vaciado cuando aquellos ocasionen una hemorragia copiosa y un menor apresuramiento, naturalmente, cuando se lleve a cabo como profiláctica de una sepsis puerperal.

Omitimos en este artículo la extracción manual de la placenta en el parto de término o prematuro, operación conocida con el nombre de alumbramiento artificial.

A juzgar por la relación que del raspado digital hacen la mayoría de los autores, sería esta una operación sencilla, al alcance de todos y sin la más pequeña dificultad técnica. He visto, a consecuencia de aquél, numerosos fracasos y ello me ha inducido a precisar ciertas reglas para la eficaz y correcta realización de esta

pequeña operación obstétrica que todo médico práctico se verá más de una vez precisado a llevar a cabo.

¿Qué se propone el raspado digital? Llegar a todos los ámbitos de la cavidad uterina, explorar sus dos caras, el fondo, los dos ángulos; reconocer la existencia de restos ovulares y en el caso de hallazgo positivo, provocar su salida. El secreto del éxito del raspado consiste en poder reseguir toda la cavidad de la matriz. No debe limitarse nunca el médico a explorar hasta donde lleguen sus dedos. Debe, por el contrario, lograr que aquellos alcancen fácilmente todas las partes de la cavidad corporal y puedan actuar con plena libertad. Toda intervención intra-uterina estará solamente bien completada cuando se haya recorrido toda la cavidad. Para llegar a este objetivo son precisas dos condiciones: 1.º *anestesia*; 2.º *introducción de la mano entera dentro de la vagina*.

Gracias a la anestesia, puede el médico aproximar con la mano que actúa por vía abdominal, el útero a la mano vaginal. Gracias a la introducción de toda la mano dentro de la vagina, será factible que los dedos índice y medio introducidos a través del orificio externo, puedan llegar hasta el fondo de la matriz.

Si dejan de cumplirse ambas condiciones o una de ellas tan solo, el fracaso puede ser completo por la imposibilidad de reconocer toda la cavidad y el olvido de restos en su interior. Sin anestesia, la enferma no está quieta, se defiende. El dolor que las manipulaciones provoca, origina una contractura de defensa de la musculatura abdominal. No es posible entonces deprimir profundamente la pared ventral, asir el fondo uterino y mantenerle fijo para una revisión. Esta dificultad hácese más ostensible en las primíparas y en general en las mujeres de poca musculatura abdominal.

Sin la introducción de toda la mano dentro de la vagina, es completamente ilusorio el suponer que los dedos del médico puedan alcanzar el fondo de una matriz grávida. Sobrado es decir que aumentarán los escollos con los meses de la preñez y que un aborto de cuarto o quinto mes requerirá una mayor pulcritud de tecnicismo que uno de pocas semanas.

Las adjuntas figuras dan una idea clara de mi razonamiento.

Con anestesia profunda introdúzcase, pues, toda la mano, en general la derecha, dentro de la vagina; es preferible que esté enguantada. La izquierda, actuando por vía supra-púbica, acerca el útero a la mano que actúa por *vías naturales*. Los dedos índice y medio van en busca del cuello y penetran sucesivamente dentro de la cavidad cérvico-corporeal. El pulgar estará replegado en el fondo de saco anterior y los dos restantes en el posterior. Veremos entonces la mano del médico adoptar la misma actitud que para el tacto vaginal con la sola diferencia de que el pulgar en lugar de colocarse en extensión, se flexionará para distender menos el fondo de saco anterior.

Los dedos que operan van en busca de la placenta, reconocen si está total o parcialmente insertada y procuran su liberación de la pared uterina.

Para obtener ésta, es menester practicar una especie

de decorticación con el pulpejo del dedo, nunca con la uña. Si el anexo está parcialmente desprendido, es mejor seguir por el plano de *clivage* inter-útero-pla-

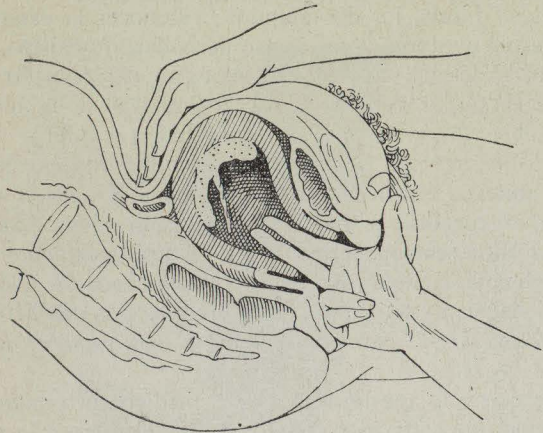


Figura 1.ª—Dos dedos dentro de la vagina. Imposibilidad de poder reseguir toda la matriz. — MALA TÉCNICA.

centario que ya se ha labrado espontáneamente y en general su despegamiento total es fácil. Si, por el contrario, la placenta está completamente adherida, el dedo se orientará hacia la periferie del anexo para abrirse paso entre este y la pared de la matriz.

La maniobra no ofrece, por lo general, dificultad al-

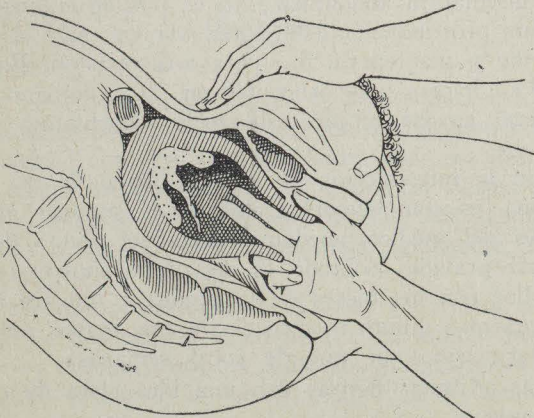


Figura 2.ª—Mano entera dentro de la vagina. Sin anestesia la matriz no puede ser aproximada a la mano vaginal.—MALA TÉCNICA

guna. Una vez liberado el anexo de sus conexiones, es preciso obtener su salida al exterior. Se recomienda, con este fin, la *expresión abdómimo-vaginal*, realizada de la siguiente forma: la mano vaginal se coloca en supinación dentro de la vagina, con los extremos digitales llegando a nivel del fondo de saco vaginal posterior; la otra mano, actuando por vía externa, comprime a través de la pared abdominal el cuerpo uterino contra la otra mano. Las dos caras uterinas, adosadas la una a la otra por la presión de ambas manos, provocan la salida del anexo que cae por el orificio externo y es recogido por la mano vaginal. Esta maniobra no proporciona siempre el resultado apetecido y debemos valernos entonces del índice que introducido

dentro de la cavidad, engancha el anexo y le extrae. Esta técnica es ciertamente menos brillante, pues el dedo flexionado en gancho, junto con la placenta, forma un todo bastante voluminoso, el cual, al pasar por el cervix, se disgrega con facilidad en dos o más fragmentos. Yo no le reconozco, de todas maneras, ningún otro inconveniente que el de exigir la reintroducción de los dedos dentro del útero.

Nunca deberá darse por acabado un raspado sin haber realizado una cuidadosa revisión uterina y llegar al pleno convencimiento de que el útero está vacío. Se reseguirán bien sucesivamente las dos caras, el fondo y los dos ángulos uterinos.

¿Conviene lavar el útero después del raspado? Es en general inútil cuando se tiene la certeza de la integridad del anexo. Si se tocan todavía dentro de la cavidad pequeños restos placentarios o piltrafas membranosas que no siguen con la expresión o con el dedo,

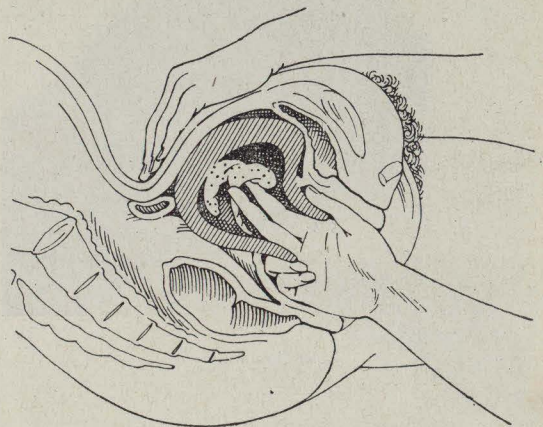


Figura 3.ª—Mano entera dentro de la vagina. Anestesia. La matriz puede acercarse a la mano vaginal, que resigue toda la cavidad.—BUENA TÉCNICA.

será útil. Recuérdense entonces las tres reglas del lavado intra-uterino: sonda introducida sin fuerza, sin aire y sin presión. Las sondas de Fritz-Bozemann y de Doléris son las más usadas. Yo prefiero la última que permite más fácilmente el retorno del líquido. Con la primera es posible en cambio la contractura del cuello alrededor de la sonda y el reflujo del líquido por vía tubárica, hacia la cavidad peritoneal.

El taponamiento es también en general supérfluo. Conviene reservarle para aquellos casos, poco frecuentes, en los que persiste la pérdida sanguínea, por atonía, después de vaciado.

No debo añadir que siempre que la urgencia del caso lo permita, conviene rasurar la enferma, iodar la vulva, dar un lavado vaginal a poca presión y con el espéculum o las valvas practicar una aplicación iodada o trementinada dentro del canal cervical. Si la pérdida es copiosa y la urgencia del caso lo requiere podremos contentarnos con menos, pero nunca prescindir de un minimum de condiciones antisépticas de rigor en estos casos.