MISCELL
B 16
14

AÑO 1915 Nº. 3012

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Miscell. B. 16.14

SEMIOLOGÍA DEL EMBARAZO

EN SU

PRIMER TRIMESTRE

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HÉCTOR A. GUTIERREZ DEL BUSTO

BIBLIOTECA DI ROMA

BUENOS AIRES
TIP. "LA BASKONIA", BELGRANO 1389
1915

SEMIOLOGÍA DEL EMBARAZO

EN SU

PRIMER TRIMESTRE

AÑO 1915 Nº. 3012

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SEMIOLOGÍA DEL EMBARAZO

EN SU

PRIMER TRIMESTRE

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HÉCTOR A. GUTIERREZ DEL BUSTO

BUENOS AIRES
TIP. "LA BASKONIA", BELGRANO 1389
1915

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Art. 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRAN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Decano

DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUVENCIO Z. ARCE
» PEDRO N. ARATA
» FRANCISCO DE VEIGA
» ELISEO CANTÓN
» JUAN A. BOERI
» FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» PEDRO BELOU
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVEZ
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
Anat. Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatoria Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOVET
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	» GUILLERMO SEEBER
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Anatomía Descriptiva	» EUGENIO A. GALLI
Fisiología general y humana	» FRANK L. SOLER
Bacteriología	„ ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
	» MANUEL V. CARBONELL
Semiología	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anatomía Patológica	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapéutica	» JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» FRANCISCO I. CASTRO
„ Dermato-sifilográfica	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
„ Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Clínica Epidemiológica	» FERNANDO R. TORRES
Patología interna	» PEDRO LABAQUI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARÍA
	» ADOLFO NOCETI
Clínica oto-rino-laringológica	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGA
„ Quirúrgica	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» JOSÉ ARCE
	» ROBERTO SOLÉ
Clínica Médica	» PEDRO CHUTRO
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTEFANO
Clínica Pediátrica	» JUAN B. GOYENA
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
Clínica Obstétrica	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina Legal	» JUAN A. GABASTOU
	» JOAQUÍN V. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA » PASCUAL CORTI
Farmacognasia y posología razonadas	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	SR. PEDRO J. MÉSIGOS » LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedraticos titulares
Primer año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
Segundo año	» LEÓN PEREYRA
Tercer año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedrático suplente

DR. ALEJANDRO CABANNE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año:	
Anatomía, Fisiología, etc.	(Vacante)
Segundo año:	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año:	
Clínica obstétrica	» FANOR VELARDE
Puericultura	(Vacante)

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Clínica Obstétrica	» J. C. LLAMES MASSINI Encargado del 1er. año.
Clínica obstétrica	DR. UBALDO FERNÁNDEZ Encargado del curso de Puericultura.

A LA MEMORIA DE MI ABUELO

Coronel Eugenio del Busto

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A LOS MIOS

A MIS AMIGOS

Padrino de tesis

Dr. JUAN CARLOS RISSO DOMINGUEZ

Profesor suplente de Clínica Obstétrica

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al presentar éste mi último trabajo a vuestra consideración, un deber de conciencia se presenta a mi espíritu y es el saludar agradecido a todos aquellos que fueron mis profesores, y por quienes he llegado a esto y de quienes he aprovechado sus doctos consejos y enseñanza; tengan la seguridad plena de mi sinceridad y agradecimiento.

Al Dr. Juan Carlos Risso Domínguez, quien me ha distinguido como alumno y como amigo, mi más especial gratitud por sus enseñanzas y por el honor con que una vez más me distingue al acompañarme en esta tesis.

Fundamentos de metodología para el diagnóstico del embarazo

Producido el embarazom normal, entra en función un órgano cuyas aptitudes especiales permiten que aquél evolucione, evolución que se cumple en un ciclo determinado. Esa función, como todas las del organismo, tienen características que expresan las modalidades inherentes al órgano. El diagnóstico del comienzo de esa función implica el conocimiento perfecto de las modificaciones sufridas por el órgano, por lo tanto, establecida la concepción e iniciada la función orgánica, la exteriorización clínica de la misma estará señalada por la percepción metódica de los caracteres biológicos que se añaden en etapas sucesivas, y que, a medida transcurre el tiempo, se hacen más perceptibles esos mismos signos expuestos de la gestación. Es, pues, la investigación metódica de cada uno de esos signos clínicos lo que debe llevarnos a poder fundamentar la existencia real de la función orgánica que sospechamos. Cuanto más compleja es la función de un órgano, ma-

yores son las dificultades para poder orientar la realidad del funcionalismo del mismo, y estas dificultades se acrecentan cuando los signos y síntomas son poco perceptibles, porque las modificaciones sufridas por el hecho de su función, son menores.

La función uterina tiene caracteres que implican una graduación constante hasta el fin del embarazo; sus condiciones grávidas van en progresión y relación constante con el tiempo de la gestación. La sintomatología del embarazo es gradual y su valor clínico progresa con el tiempo; los fenómenos clínicos que traducen la gestación tienen una relación que acrecenta el tiempo, y es el método perceptivo y la ordenación de sus cualidades y condiciones clínicas los que fundamentan un valor de certeza para el diagnóstico. Esas sensaciones objetivas, los síntomas exteriorizados y los signos semiológicos que percibimos, tienen un gran valor para el diagnóstico cuando ellos se encadenan los unos con los otros y se metodiza su percepción.

Los signos del embarazo expresan la realidad de un hecho cuando ellos se armonizan entre sí y reflejan circunstancias semejantes; no es la percepción de un hecho aislado la que tiene suficiente valor para determinar un fenómeno real que ofrece variedad de caracteres clínicos.

La metodización de los exponentes clínicos que expresan la entrada en actuación del órgano gestador, útero, debe orientar en el diagnóstico del embarazo, y

para ello es necesario conocer cuáles son esas condiciones clínicas perceptibles por el observador, así como debe tener, éste, elementos semiológicos a su alcance, que resultan de las modificaciones orgánicas señaladas por el embarazo.

Esa metodología debe tener una base que sólo será científica y real cuando ella resulte de la función orgánica misma y de todas las cualidades perceptibles que ella aporta al órgano mismo o que señalen modificaciones funcionales en otros órganos. Es el estudio acabado y total de todas las cualidades nuevas que aparecen en el funcionalismo materno las que deben orientar para el diagnóstico, pero, para evitar errores, es necesario metodizar, armonizar y correlacionar fenómenos que deben ser investigados, conocidos, estudiados y solucionados, que expresarán todos ellos, el exponente armónico de un órgano que funciona fisiológicamente y que, como toda función orgánica implica un biologismo químico, pueden resultar también caracteres en apariencia patológicos o en realidad tales.

Siendo también el resultado de la función uterina, modificaciones fisiológicas de sus órganos conexos exponentes de un nuevo biologismo, como resultado de la vida de un nuevo ser, el feto, debe añadirse que, entre el funcionalismo materno y el fetal, hay un nuevo órgano que los une íntimamente, que también tiene funciones propias, que también vive, y, por lo tanto, tiene su biología propia, y de todo ello resultan circunstan-

cias clínicas, perceptibles, que deben orientarse, y que de su estudio metodizado nos resultarán fundamentos semiológicos para expresar el diagnóstico de la nueva función y de las modalidades que le son inherentes.

Es en esa metodización y consciente valorización de los fenómenos semiológicos resultates en donde encontraremos bases científicas para el diagnóstico del embarazo.

El embarazo, fenómeno fisiológico, presenta en ciertas épocas de su evolución, dificultades apreciables para su diagnóstico. Dada la importancia que tiene, sobre todo tratándose de fundamentarlo lógicamente y tratando de depurar los signos que se prestan a confusión en una época temprana, vale decir, dentro de los tres primeros meses, ha hecho surgir una cantidad de métodos para llegar a la verdad, verdad muy buscada y que, trabajosamente, en muchas ocasiones se la llega a imponer.

Siendo este un problema que siempre, y lo más vivamente, ha preocupado el espíritu humano, y que constituye uno de los más importantes capítulos de la medicina práctica, en el cual corre peligro la reputación del médico, y cuyas dificultades, a veces grandes, obscurecen el examen y la urgencia de su solución, ha hecho decir que "el diagnóstico de embarazo no es lícito sino después de constatar los signos de certidumbre, o el tiempo es el mejor signo de diagnóstico", pero un médico práctico no debe esperar a esto, y es de gran

importancia hacer un diagnóstico temprano, mucho más cuando existen condiciones en que éste es solicitado con urgencia, y declararse impotente para ello, o equivocarlo, hace suponer en el público una falta grande de preparación científica, y el término de esto es el ridículo, fuera de las condiciones especiales en que puede quedar la revisada y el perjuicio grave que muchas veces acarrea la falta de diagnóstico.

Como lo hace notar Siredey: "las consideraciones relativas a la situación social de los enfermos, no tienen ordinariamente sino un lugar secundario en la semiología, aquí ellos tienen una importancia muy real, porque ellos agregan a un problema ya fuertemente obscuro, una dificultad más, y esto no es poco".

Muchas mujeres se figuran que, para saber si están embarazadas, les es suficiente recurrir a su propia experiencia, a o la de los miembros de sus familias; y así, cuando guiadas por la aparición de los síntomas, que ellas han aprendido por tradición o personalmente a conocer la significación, si ellas recurren a un médico, no admiten que éste puede, no solamente engañarse, sino exigen una respuesta categórica.

"El público,—ha dicho Pajot,—decidiendo con su temeridad habitual de afirmación, y siempre presto a tratar cuestiones de las que no sabe una palabra, no duda en considerar como un gran ignorante, al médico culpable de cometer un error a propósito del embarazo." Y lo que hace sobre todo particularmente difícil la si-

tuación del que se equivoca es que su error no pasa inadvertido, pues el tiempo se encarga de rectificar su diagnóstico; en cambio, los errores de orden médico o quirúrgico, se benefician a menudo de la absolución que trae la curación, cuando no el silencio de la tumba. El médico que se engaña en el terreno obstétrico, no tiene más remedio que resguardarse en la fórmula: *errare humanum est.*

Desde épocas remotas se diagnosticaba el embarazo por una serie de síntomas, en que los unos eran dados por las manifestaciones objetivas de las examinadas, y otros por algunos signos subjetivos, que, si en realidad respondían al estado embarazo, podían ser producidos por toda una serie de estados patológicos, simulaciones y disimulaciones, y llevar al error de diagnóstico. Estos errores, en épocas lejanas, ocurrían con gran frecuencia, pues la falta de métodos, deficiencias de exploración y conocimientos de clínica, se prestaban grandemente a confusiones en el examen y deducción de los síntomas, que hoy, toda una serie de métodos semiológicos, aclaran, y han hecho se pueda decir, que el médico, en la mayoría de los casos, respecto a un diagnóstico de esta índole, no pueda equivocarse.

Muchas han sido las clasificaciones ideadas desde antiguo, las unas basadas en la simple observación de una cantidad de hechos que se producían, conocimientos empíricos; los otros, en detalles clínicos más o menos aceptables; pero, en medio de esta obscuridad, a manera de

puntos luminosos, quedan algunas observaciones antiquísimas y que llegan hasta nosotros no desprovistas de un valor real.

Hoy, ayudados por conocimientos anatomo-histológicos y fisiológicos, que nos dan a conocer la máquina humana, desde su ordenación íntima hasta su funcionalismo más profundo, estamos en condiciones de explicar, aceptar y rechazar muchos hechos que antiguamente la observación acumulaba, y esta acumulación hacía el diagnóstico muchas veces erróneo, pues se ignoraban las causas productoras. Por esto, que se buscaba afirmar las observaciones, es decir, explicarlas y fundamentarlas; de manera de darles una base científica, que evitara errores, tranquilizara conciencias y no obscureciera famas, pues gran verdad es el viejo adagio latino: *Nunquan magis pericliatur fama medici quan ubi graviditatem determinanda.*

En muchos casos ,el interés social, el de las familias, y también el de los individuos, exigen que este problema sea resuelto con certidumbre. Desde épocas antiguas se ha necesitado grandemente la imposición exacta del diagnóstico del embarazo, pues en el fuero civil, y sobre todo en el criminal, tenían una gran aplicación, y se ve que las leyes eran basadas en un espíritu humanitario y de respeto filosófico por la mujer en estado de embarazo.

En la edad media, las mujeres embarazadas estaban dispensadas, no sólo de la tortura, sino de su primer

grado, demostración instrumental, que formaba parte de toda instrucción criminal. Por esto, cuando Juana de Arco fué condenada a la hoguera, por hereje, bruja y relapsa, ella fué sometida al examen de matronas juramentadas, al efecto de verificar si a pesar de sus afirmaciones, no se hallaba embarazada, lo que sin duda la hubiera salvado al menos por unos meses.

Los tribunales eclesiásticos después fueron más severos y prescribieron que se debería ejecutar toda mujer cuyo embarazo no tuviera 4 1|2 meses. Dos órdenes reales 1536 y 1637 tuvieron una concepción más humana e impedían el procedimiento criminal contra la mujer embarazada.

Luis XIV dictó una ordenanza en 1670 por la cual prescribía, que cuando una mujer que pareciese embarazada y fuera condenada a muerte, debía ser examinada, aun cuando ella no lo declarase, y si el embarazo se constataba, la aplicación de la pena se difería para después del parto.

Pero es en la época de la Revolución que se promulgó una verdadera ley filantrópica y científica en 23 germinal año III y el artículo I ordenaba que una mujer acusada de crimen que comportase la pena de muerte, no podía ser ejecutada, mientras no se probase que no se hallaba embarazada. Esta ley humanitaria fué observada durante todo el Terror y salvó la vida a muchas condenadas, y gran número de ellas pidieron en vano su aplicación, y esto a veces con una obstinación muy

excusable. Así, el 3 de Mayo de 1793, Mme. de Kelly, fué condenada a muerte y se declaró embarazada de seis semanas. Los médicos que la examinaron dijeron que era imposible pronunciarse, el tribunal ordenó se la retuviera prisionera. En el mes de Julio, después de una nueva revisación que fué negativa, la acusada afirmó que había tenido relaciones recientes con un hombre y que esta vez estaba segura de hallarse embarazada de seis semanas. En consecuencia, previa consulta médica en la cual éstos declararon no poder ser afirmativos, fué acordada otra espera. Pero el 3 de Noviembre, una nueva visita fué ordenada en cuyo curso ningún síntoma fué revelado, el tribunal iba a ordenar la ejecución, sin tener en cuenta las afirmaciones de la acusada, que se decía embarazada, porque había encargado esto a un desconocido por 50 libras. Esta manifestación, por cierto muy excusable, sin embargo tuvo su fin, pues el 14 Brumario, sobre una última negativa de los médicos, el tribunal, perdiendo la paciencia, dictó una orden ejecutiva dentro de 24 horas.

La princesa Grimaldi Mónaco, el 8 Thermidor, fué condenada a muerte, pero declarándose embarazada su ejecución fué suspendida, después de sometida a una revisación, los médicos no fueron lo suficientemente afirmativos para salvar su cabeza.

La ley francesa, actualmente en vigor, y con una crueldad propia de tiempos primitivos, establece: "que si una mujer condenada a muerte se declarase en cinta

y esto se verificare, no sufrirá la pena sino después del parto." De manera que, si una mujer está en estado de inferioridad intelectual que comporta el embarazo, es juzgada y condenada a muerte, la Sociedad, teniendo en cuenta su estado, acuerda a la culpable el favor de detener momentáneamente el castigo, pero con una condición, y es que la mujer declare su embarazo y luego lo pruebe! Esta ley no tiene en cuenta el desequilibrio psíquico que el embarazo puede producir.

Entre nosotros, el sentar un diagnóstico de embarazo, tiene gran importancia, no solamente en los casos particulares, en que el médico está llamado a decidir la situación, sino también en los casos en que interviene la justicia. En el fuero civil, no se admite revisación médica; ésto es expreso; pero, en el fuero criminal tiene una gran importancia, pues una mujer embarazada y sufriendo las perturbaciones propias de ese estado, que atacando el intelecto, la vuelve irresponsable, no se la puede juzgar como una delincuente común. Dada la importancia que tiene este diagnóstico y las dificultades que muchas veces existen para su imposición, los conocimientos y adelantos de las ciencias médicas en todas sus ramas, han sido puestas a contribución, para tener fundamentos con que explicar muchos fenómenos y modificaciones que se producen en el organismo y llegar, por su estudio, a la creación de métodos que faciliten y aclaren este problema.

En la mujer embarazada "no hay una gota, una fibra

que no experimenten modificaciones", y estas modificaciones se traducen, a la interesada o al observador, por una serie de signos que, debidamente interpretados, facilitan grandemente el diagnóstico.

Se han ensayado, desde tiempo atrás, una gran cantidad de clasificaciones tendientes a hacer metódicas las exploraciones y a ordenar tantos signos que se encuentren en las mujeres embarazadas, tratando de simplificar de esta manera el estudio y su comprensión.

Una de las más antiguas es la clasificación en signos racionales y sensibles, formulada en la obra de Delamotte por J Devaux, en 1722. Los signos racionales constituían todos aquellos síntomas que, como la supresión de la menstruación, pigmentación de la línea umbilico-pelviana, las modificaciones de los senos, la aparición del calostro, la coloración de la vulva, las resquebrajaduras, los disturbios funcionales digestivos, los disturbios morales e intelectuales; pero ninguno de estos síntomas o signos, aislados es significativo, según Cazeaux: "la reunión de estos signos forman en serie una gran probabilidad que equivale a una certidumbre. Los signos sensibles eran aquellos que aprecia el observador por los síntomas directamente emanados del feto o por las modificaciones impresas en el órgano gestador.

La clasificación de Capuron y Montgomery, y aceptada por P. Dubois, está basada sobre el valor diagnóstico de los signos del embarazo, de donde la división en

signos de presunción o probabilidad y de certidumbre: También se han clasificado en signos de origen materno o precoces y de origen fetal o tardíos.

Tarnier adopta la clasificación de los signos de embarazo según el orden seguido para recibirlos: interrogatorio, inspección, palpación, percusión ,auscultación, tacto vaginal.

El interrogatorio, aprecia las modificaciones subjetivas que la mujer nos historia, y que pueden llevarse sobre sus distintos aparatos, piel, glándulas mamarias, estómago, intestino, sistema nervioso. Hay algunos de estos órganos que pueden fundamentar por sus modificaciones, perfectamente un diagnóstico; pero, como pueden existir estos signos fuera del embarazo, lógico es, sin renunciar a ellos, apelar a otros para que corroboren con su existencia, el estado buscado. La inspección se basa en todas las modificaciones que la evolución del embarazo imprime al organismo entero, y que, siendo tan variados, son una gran base para el esclarecimiento del diagnóstico, la cara, la piel, los senos, el tumor abdominal, que puede notarse a la simple vista, las varias modificaciones de la vulva y periné, y en algunas, aumento de peso y disposición al aumento de grasa, y el estado del sistema nervioso completan este método.

La palpación y el tacto (palpación bimanual), se basa en las modificaciones del útero, ya sean en cuanto a volumen, consistencia, situación, dirección, estado de la

mucosa, cuello, fondos de saco; también, se aprecian las várices del periné, tumefacción de las partes genitales.

También existen otros métodos, los unos basados en la histerometría, en la histeroscopia y otros, en reacciones químicas con el suero de las mujeres supuestas embarazadas.

Anatomía uterina. — Estática del útero. — Modificaciones semiológicas.

El útero es un órgano hueco, de paredes musculares, destinado, por una parte, a dar paso a los espermatozoides que van al encuentro del óvulo, y por otra, a recoger este último, después de haber sido fecundado, a asegurar su desarrollo durante la gestación y a expulsarlo al exterior cuando ha llegado a la madurez.

Forma.—El útero tiene la forma de un cono aplastado de delante a atrás, cuya base se dirige arriba y cuyo vértice truncado se introduce en el orificio superior de la vagina. Presenta una parte superior ensanchada, el cuerpo; en su parte media un estrechamiento, el istmo, y una parte inferior más corta, menos ancha y casi cilíndrica, el cuello. Estas diferentes secciones en que se divide el útero tienen una gran importancia por su distinta constitución anatómica, y su diferente modo de comportarse durante el embarazo, y sobre todo el parto.

Cavidad uterina.—La cavidad uterina aplanada de

delante a atrás, estrechada hasta cierto punto al nivel de la unión del cuello con el cuerpo, es muy reducida, virtual por decirlo así, cuando no se halla en estado de gestación, tiene entonces y en una virgen de 3 a 4 cm., en la nulípara 5 a 6 ctms., en la multípara es deducida por los diámetros vertical y transversal—el diámetro longitudinal de la cavidad del cuerpo es 22 a 26 milímetros en la virgen; 25 a 27 mm. en la nulípara y 30 a 40 mm. en la multípara; el transverso, a la altura de las trompas en 22 a 26 mm. en la virgen, 30 a 33 mm. en la multípara. Por arriba, se continúa con las trompas; por abajo se abre en la vagina. La cavidad del cuerpo tiene la forma de un triángulo de base superior; sus dos ángulos superiores, más redondeados en la multípara, corresponden al abocamiento de las trompas, su ángulo inferior se continúa con la cavidad del cuello, por una porción estrechada, el orificio interno del cuello; sus paredes son lisas y convexas. La cavidad del cuello, continuación de la del cuerpo, forma con ella un ángulo ligeramente abierto hacia adelante, es fusiforme, es decir, está dilatada en su parte media y estrechada en sus dos extremidades, por las cuales se abre, por la superior en la cavidad del cuerpo, formando el orificio interno del cuello, y por la inferior en la vagina, formando el orificio externo del cuello. Sus paredes presentan irregularidades que, a veces, llegan a dificultar la entrada del histerómetro, relieves longitudinales implantados de derecha a izquierda y otros

secundarios de dentro a afuera, el árbol de la vida. La cavidad del cuello tiene de longitud 28 mm. en la virgen, 25 mm. en la nulípara y 22 mm. en la multípara; al nivel del orificio interno, 5 a 6 mm., y su anchura es 4 a 5 mm. en el punto más estrecho; a nivel de la mitad es de 8 mm.

Consistencia. — Las paredes del útero son lo suficientemente duras en estado normal como para apreciarla claramente por la palpación, y por la medición (histerometría) o al practicar un raspado (curettage), la cucharilla al contacto con el tejido uterino produce un ruido áspero particular conocido por crujido uterino, esta resistencia es más débil a nivel de los ángulos.

Dimensiones exteriores.—Difieren según la edad de la mujer, haya o no estado embarazada y según se halle el útero normal o patológico. El útero no adquiere todo su desarrollo sino después de la pubertad, se atrofia lentamente después de la menopausia; en la adulta nulípara las dimensiones medias son 6 a 7 ctms. de longitud por 4 ctms. de anchura; en las multíparas crece en 1 cm. tanto la longitud como la anchura. En la niña el cuello está más desarrollado que el cuerpo; en la adulta y, en particular, en la multípara, el cuerpo aventaja al cuello, representa las 3|5 de la longitud total del útero. Durante la menstruación se aprecia un aumento de volumen, especialmente en los diámetros antero-posterior y transversal; el órgano se hace glo-

buloso y ancho; notable es durante la gestación. Me ocuparé de esto más adelante.

Situación.—El útero, envuelto por los dos ligamentos anchos, y teniendo por fuera los órganos que estos ligamentos anchos encierran en su espesor, es decir, las trompas y los ovarios, se halla situado por delante del recto y por detrás de la vejiga. Está colocado encima de la vagina, en cuya parte superior penetra el cuello: por arriba, llega al nivel del plano del estrecho superior de la pelvis y no lo sobrepasa, fuera del embarazo, sino en estado patológico.

Dirección.—El útero es un órgano muy movible cuya dirección varía en estado normal, según los sujetos, su posición, si están vacíos o llenos la vejiga y el recto, o las ansas intestinales penetren en el fondo de saco retrovesical o en el de Douglas. Efectivamente, si se supone al útero, teóricamente colocado en un plano vértico-transversal, que pase por el eje de la excavación, vése que es susceptible de encontrarse, relativamente a esta posición teórica, inclinado hacia adelante, anteversión; atrás, retroversión; a la derecha o la izquierda, lateroversiones; en rotación hacia la derecha o la izquierda, torsiones; y transportado por entero a la derecha o la izquierda, posiciones paramedias. Por consiguiente, siendo tan móvil, no puede asignársele una posición enteramente fija, pero no obstante, no estando sometido a ninguna de las causas que a cada momento le dislocan en uno u otro sentido, es decir,

cuando se le examina en el sujeto en pie, con el recto y vejiga vacíos y no ejerciendo sobre él, la masa intestinal ninguna influencia, se comprueba toma entonces por sí mismo una posición llamada de equilibrio; en estas condiciones, el útero no se coloca en retroversión, como se creía antiguamente, sino que se inclina sobre la cara posterior de la vejiga y se pone en anteversión; si la vejiga está moderadamente llena, la dirección del útero queda más o menos paralela a la excavación; por tanto, la anteversión debe considerarse como posición normal o más exactamente como posición de equilibrio. Esto resulta de la consideración, de la dirección del útero relativamente al eje de la excavación, sin ocuparse de la disposición recíproca del cuello y del cuerpo de este órgano. Los ejes longitudinales de estos segmentos no se hallan en una misma línea recta, se inclinan ligeramente uno sobre otro de modo que el cuerpo forma con el cuello un ángulo, abierto hacia adelante, hacia la derecha o hacia atrás. Esta dislocación, que coincide naturalmente con las versiones, son las flexiones, y se dice que el útero está en anteflexión, retroflexión o lateroflexión derecha o izquierda, según que el ángulo formado por el cuerpo y el cuello tenga su abertura hacia adelante, atrás o los lados. La anteflexión ligera es la posición que normalmente presenta el útero; éste se halla, por lo tanto, no sólo en anteversión sino también en anteflexión ligera.

Medios de fijeza.—La movilidad del útero, aunque grande, tiene límites fisiológicos que le son impuestos por los diversos medios del órgano. En efecto, está mantenido en posición, 1°, por el peritoneo que lo cubre; 2°, por los ligamentos que le unen a las paredes de la excavación; 3°, por los vasos que van al órgano y que le rodean, a cuyo alrededor se condensa el tejido celular pelvisubperitoneal; 4°, por el periné. De estos unos lo tienen en suspensión y otros lo sostienen (medios de suspensión y de sostén).

El peritoneo, después de recubrir las paredes anterior y posterior de la matriz, se dirige hacia los lados de la pelvis, formando una lámina cuadrangular, ligamentos anchos, que, por su adosamiento, queda constituído por dos hojas de serosa, que, en su parte superior, se ponen en contacto, pero en la media e inferior, dejan un espacio en que existe tejido celular, que está en comunicación con el que rodea al útero, la vagina, la vejiga y el recto; en ese tejido celular se encuentran las arterias y venas uterinas, linfáticas, plexos nerviosos uterinos, la porción inferior del uréter, restos de los cuerpos de Wolff, que toman el nombre de órganos de Rosenmuller. El borde interno, corresponde a los bordes del útero, siendo por este punto por donde penetran los vasos y los nervios en este órgano; el borde externo, se une a las paredes pelvianas, continuándose con las abdominales; el borde superior, es libre y contiene entre las dos hojas serosas las trom-

pas; este borde se divide en tres aletas: la anterior contiene el ligamento redondo; la media contiene la trompa, y la posterior el ovario. El borde inferior está en relación con el suelo de la pelvis; es ancho por la separación de las hojas peritoneales. Entre las dos hojas serosas, a más del tejido celular fino y apretado de la parte superior, areolar y laxo en la inferior, se encuentra gran número de elementos musculares que son los que hacen jugar un papel muy importantes a estos órganos en la estática del útero. Son fibras musculares lisas, continuación de las que constituyen la capa superficial de la matriz y sus puntos de inserción están en este órgano, en las hojas serosas, y principalmente en las aponeurosis pelvianas; Makienrodt y Ziegenpeck, han demostrado en la base de los ligamentos anchos, un gran número de elementos musculares, que, tomando inserción en la aponeurosis pelviana, sirven como elementos principales de fijación de la parte inferior del útero; llama a estas fibras ligamento transversal del cuello, pues su inserción en éste le impide bascular, al tiempo que no le deja ascender ni prolapsarse. El tejido celular pelvi-subperitoneal se condensa alrededor de los vasos que van a las vísceras y a las paredes de la pelvis, y de este modo originan láminas fibrovasculares que desempeñan un papel importante en la fijación de los órganos pelvianos. Entre estas láminas, hay dos que toman parte más preponderante en el sostenimiento

del útero; son las aponeurosis sacrogenitales pubianas izquierda y derecha, dispuestas en un plano sagital, extendidas desde los agujeros sacros a los pubis, se presentan en su parte anterior, desde el istmo uterino hasta los pubis, sumergidos en medio del tejido celular pelvisubperitoneal, y, al contrario, en la parte posterior, es decir, desde el istmo a los agujeros sacroanteriores, pasan rodeando el recto, y estos son los ligamentos úterosacros. El peritoneo, que forma la hoja posterior de los ligamentos anchos, al replegarse hacia atrás, encuentra estos elementos musculares, los envuelve, descendiendo entre ellos hasta formar un fondo de saco por delante del recto, que es el fondo de saco retrouterino o de Douglas. Estas aponeurosis sacrorectogénitopubianas adhieren íntimamente al recto, al istmo uterino, a la cúpula vaginal y a la base de la vejiga; convierte, en cierto modo, a estos órganos en solidarios unos de otros, y como, por otra parte, se insertan por atrás en el sacro, por delante en el pubis, y por abajo en el suelo pelviano, sostienen estos órganos y los mantienen en posición. La prueba de ello está en el hecho de que, cuando las aponeurosis sacrorectogénitopubianas han sido más o menos destruídas a consecuencia de flegmones del espacio pelvisubperitoneal, el útero se desvía o prolapsa con la mayor facilidad, llevando consigo la vejiga y el recto. Entre las diversas partes de esta aponeurosis, la más resistente, y por lo tanto, la más importante, es su parte posterior, es de-

cir, los ligamentos úterosacros. La potencia de estos ligamentos es grande; se oponen a la dislocación del cuello hacia la sínfisis. El istmo recibe las inserciones de las aponeurosis sacrorectogénitopubianas y representa el punto más fijo del útero. Alrededor de este punto fijo se verifican, como si sirviese de centro, los movimientos de versión y de torsión que he citado anteriormente. Esto explica el hecho de que cuando el fondo de la matriz se disloca en un sentido determinado, el cuello toma la dirección opuesta, así, en la retroversión el fondo bascula hacia atrás, mientras el cuello queda rechazado hacia adelante.

El suelo pelviano, representado, por una parte, por los elevadores del ano, y por otra parte, por los músculos del periné, forman una sólida cincha contráctil, sobre la cual descansa el cuello por intermedio de la vagina; constituye el medio más potente de sostén del útero, aunque éste no se adhiera directamente al suelo pelviano en ningún punto del mismo.

Los ligamentos redondos, son dos potentes haces músculofibrosos que se extienden desde los ángulos del útero, inmediatamente debajo del abocamiento de las trompas, y con una dirección curvilínea, de concavidad hacia adentro, situados en el espesor de los ligamentos anchos en la parte superior, y después son subperitoneales, penetran en el orificio inguinal interno, salen por el inguinal externo, y disociando sus fibras, se insertan en la aponeurosis del oblicuo y en el pubis; ro-

dean la vejiga, en tensión impiden bascular al útero hacia atrás. Ivanoff atribuye a estos ligamentos un importante papel en la constitución del útero.

Circulación e inervación.—La sangre llega al útero por varios troncos de origen diverso; su principal vía son las arterias uterinas, ramas de la hipogástrica, y muchas veces nacen juntas con las vaginales, llegan al útero por el espesor del ligamento ancho y al nivel del istmo, ascienden el órgano dando ramas anteriores y posteriores, que se anastomosan con los del lado opuesto, llega al fondo del útero, va hacia afuera y se anastomosa con la terminal de la úteroovárica; al nivel del istmo las anastomosis son las más voluminosas y constituyen el círculo arterial de Hugier; éste da una rama que se anastomosa con otra de la vaginal y forma un círculo arterial al hocico de tenca; la uterina, al ascender por los bordes del útero, es helicina; las ramas que da, también lo son, y penetran en el músculo uterino, llegan a la mucosa y se distribuyen alrededor de las glándulas, pero al atravesar el músculo, las ramas pequeñas pierden su túnica media y externa y muchas quedan reducidas a una capa endotelial.

Por los ligamentos redondos van las arterias del mismo nombre, ramas de la hipogástrica, llegan al útero al nivel de sus ángulos superiores y se anastomosan con las ramas de la uterina. Hay ramas vesicales y hemorroidales que llegan al útero y se anastomosan con las anteriores.

La circulación uterina está asegurada contra accidentes, gracias a los múltiples orígenes de sus vasos y a su abundancia, que está en relación con la función que debe desempeñar en la gestación.

Las venas, nacen de los capilares, que continúan las ramificaciones arteriales y forman plexos uterinos que, colocados a los lados de la matriz, comunican por abajo con las vaginales y por arriba con las que se forman debajo del ovario, plexos pampiniformes, y por el ligamento infundíbulopelviano van a la vena cava o a la renal; inmediatamente, por debajo del istmo, hay una vena circular, que, durante la gestación, toma un desarrollo importante, alcanzando su luz hasta medio centímetro.

El sistema venoso del útero es muy importante; su cantidad y su desarrollo no parece corresponder con el tamaño del órgano, pero teniendo en cuenta el desarrollo que experimenta en la gestación y el papel que en la nutrición del feto juegan los vasos del útero, se aprecia la necesidad de su exuberancia aparente.

Durante la gestación, las venas se modifican y constituyen amplios senos.

La inervación proviene del gran simpático y del sistema cerebroespinal (ramas sacras) y por el ganglio de Franckenhauser.

Estructura.—El útero es un órgano muscular, cuya superficie externa está cubierta por una serosa, y, la interna por una mucosa. La serosa, de la que ya he tra-

tado en los medios de fijeza del órgano, no me ocuparé. La túnica muscular es la más gruesa; está constituída por fibras lisas, dispuestas en capas superpuestas, cuya dirección únicamente se puede apreciar bien en un órgano hipertrofiado por la gestación.

Se la debe considerar en el cuerpo y en el cuello, puesto que tiene grandes diferencias. En el cuerpo se encuentra una capa extrínseca, formada de fibras que no constituyen un verdadero plano muscular, sino una especie de malla ancha, en que las fibras provienen de los ligamentos redondos, de los ligamentos del ovario, de la trompa, van hacia el lado opuesto, se entrecruzan sobre la cara anterior del útero para ganar los ligamentos anchos del lado opuesto y constituir la capa muscular que los refuerza, hacia atrás, estas fibras constituyen el ligamento redondo posterior, se encuentran algunas fibras en los repliegues úterovesicales y úterosacros; una intrínseca formada por tres capas: externa, media e interna.

La externa se halla compuesta de fibras longitudinales y transversales; las longitudinales, denominado por Helie haz ansiforme, se extiende por la cara posterior; va hacia arriba, desde la unión del cuello con el cuerpo, rodea el fondo del útero, desciende por la cara anterior hasta el tercio medio del cuello; sus fibras proceden de la incurvación ascendente de las fibras transversales y terminan haciéndose otra vez horizontales, de modo que gran número de ellas tienen la forma de una Z.

Las fibras transversales hállanse situadas debajo del hacecillo longitudinal y se dirigen transversalmente de un lado al otro del órgano, formando algunas de ellas, al encorvarse hacia arriba, el haz longitudinal, continuándose la mayor parte con fibras de la capa media. Muchas de estas fibras musculares se dirigen de la cara anterior a la posterior, formando los bordes redondeados del útero; las más externas del haz longitudinal, y muchas de las transversas, se dirigen a los ligamentos del útero y a las trompas.

La capa muscular interna también está constituída por fibras longitudinales y transversales; el haz longitudinal está formado por fibras que de transversas se han convertido en verticales, y muchas de ellas llegan a tener la forma deZ. En el fondo del útero hay fibras que van de una trompa a otra, y que son la terminación de las fibras longitudinales medias.

Por fuera de estos haces están las fibras transversas que van de una cara a otra; son circulares, y en las proximidades de los orificios tubarios y en el cuello, forman una especie de esfínteres.

La capa media del músculo uterino tiene una disposición plexiforme; sus fibras tienen todas las direcciones ,entrecruzándose de modo que resulta imposible seguirlas; probablemente, vienen de las capas precedentes, al hacerse superficiales las profundas, y viceversa. Esta capa tiene la particularidad característica de tener senos sanguíneos. Los vasos sanguíneos, al

atravesar esta túnica, pierden sus capas más externas, de manera que se hallan rodeados por todas partes por elementos musculares, que, al adherirse a ellos, los tienen sujetos a sus movimientos, de manera que, al contraerse, cierran la luz del vaso, y la sangre se detiene en su circulación. Por esto, cuando el músculo uterino está fuertemente contraído, la hemostasia se verifica espontáneamente.

La estructura del cuello es distinta; el número de elementos musculares es muy reducido; no tiene fibras ansiformes; sólo tiene dos capas: la externa, de circulares, y la interna de verticales, que constituyen el árbol de la vida, y fibras entrelazadas que forman anillos incompletos, que son más netamente acusados a nivel del orificio. El orificio interno está netamente determinado por un anillo circular saliente, que limita la cavidad del cuerpo y del cuello. Ivanoff, en Junio de 1911, publicó en los "Annales de Ginécologie et Obtétrique", un interesante estudio sobre la musculatura del útero, que, si se confirma, aclararía completamente el mecanismo de la dilatación del cuello y la distensión del segmento inferior.

Ivanoff dice que la parte superficial de la musculatura uterina proviene, casi toda ella, de la expansión en forma de abanico de las fibras musculares que constituyen el ligamento redondo, y que él llama ligamento muscular úteroinguinal. Una parte de las fibras de este ligamento van a la pared posterior, y todas las fibras

procedentes de estos haces se hunden en la capa media o vásculomuscular, en donde forman una trabazón inextricable. El borde inferior de la expansión en forma de abanico del ligamento redondo, llega al nivel del orificio interno del útero; pero, en el estado de gestación, remonta a alturas distintas, y en otros casos, a este nivel es donde se refleja el peritoneo para pasar del útero a la vejiga. Este haz muscular inferior, muy engrosado durante la gestación, es el que da lugar al llamado anillo de contracción, que a tan diferente altura se encuentra en unos de otros casos. Desde el borde inferior de la expansión en abanico del ligamento redondo, hasta el nivel del orificio interno del útero, no hay distancia en el útero no gestante; pero, durante la gestación y el parto, aumenta notablemente, constituyendo el llamado segmento inferior. Como quiera que esta porción de útero carece de capa muscular superficial y de peritoneo, la distensión y adelgazamiento pueden llegar a límites extremos y hasta producir la ruptura de la misma, cuando, en el acto del parto, una estrechez pélvica no permita avanzar al feto en su progresión.

Ivanoff considera el cuello uterino formado en su mayor parte por fibras musculares, procedentes de las capas superficial y vascular del cuerpo del útero, las cuales, descendiendo verticalmente, se incurvan luego hasta llegar a terminar en dirección casi perpendicular a la mucosa del cuello; una pequeña parte de los ele-

mentos musculares del cuello, proceden del llamado por Ivanoff, músculo retrouterinofasciapelviano, que no es más que una lámina muscular procedente de la parte parte posterior de la fascia pélvica, que, estrechándose, pasa por la cara posterior de la vagina y del cuello uterino para terminar, entrecruzándose, con los elementos musculares de la capa superficial y media del cuerpo del útero.

Esta disposición de los haces musculares tiene como resultado que, en el momento del parto, añadiéndose a la acción contráctil de la capa media, la del abanico que constituye la capa superficial, el efecto total sea disminuir la cavidad del útero, más el de empujar en sentido del eje del órgano.

Por otra parte, la disposición arqueada de las fibras terminales en el cuello, explica la distensión y dilatación del orificio uterino, no como fenómeno pasivo, sino como efecto directo de la contracción y acortamiento de las fibras musculares que en él se insertan.

La mucosa del cuerpo y del cuello, en el sentido fisiológico y, en especial, en la gestación, se comportan de distinto modo; la mucosa del cuerpo, fuera de los períodos menstruales, es blanca rosada, íntimamente unida a la muscular, gruesa de 1.50 mm., disminuye en los orificios de las trompas.

El corion está, en su porción más superficial, formado por gran número de células embrionarias, cuanto más se aproximan a la muscular estas células son reem-

plazadas por elementos fusiformes unidos por substancia amorfa. El epitelio es prismático vibrátil, con movimiento de las pestañas ascendente; este epitelio penetra en el corion formando una serie de glándulas tubulares con fondo único o bifurcado, que llega a profundizar hasta la túnica muscular. Estos tubos están revestidos de células epiteliales prismáticas iguales a las que les dan origen, y más que función de secreción, sirven de base de regeneración del epitelio de la mucosa del útero, cuando, por la menstruación o parto, queda parcial o totalmente desprovista de ella.

La mucosa del cuello tiene en su porción cavitaria un revestimiento epitelial cilíndrico, más alto que el de la mucosa del cuerpo; el corion está formado por tejido conjuntivo más denso, y posee una abundancia de glándulas que Smith la aprecia en 10.000. Entre las células cilíndricas epiteliales existen gran número de caliciformes, que segregan abundante moco. El epitelio del hocico de tenca es estratificado.

Propiedades del útero durante el embarazo

Pajot dice que el embarazo no hace sino exaltar a un alto grado todas aquellas propiedades que ya posee el órgano; propiedades obscuras, latentes, pero visibles en ciertas circunstancias fisiológicas, y patológicas, extrañas al embarazo, y vueltas perceptibles hasta no dejar ninguna duda sobre su existencia. Estas propiedades son la contractibilidad, retractibilidad, irritabilidad, sensibilidad, y elasticidad.

Contractibilidad.—Es la propiedad capital del útero, propiedad que debe a su tejido esencialmente muscular; está caracterizada por la posibilidad, para las fibras del útero, de encogerse activamente sobre ellas mismas, disminuyendo las proporciones de su cavidad y volver, al cabo de un cierto tiempo, a sus dimensiones primitivas. Esta manifestación es la contracción uterina.

Esta contractibilidad es muy manifiesta en el cuerpo y el fondo del órgano, y mucho menos en el cuello.

Estas contracciones son rudimentarias al estado de vacuidad; pueden encontrarse en algunas mujeres durante las reglas, en la dismenorrea pseudomembranosa,

por los pólipos, tumores fibrosos, pero adquiere su gran desarrollo en el embarazo, y esto explica el gran desarrollo de la fibra uterina en este período. Estas contracciones son muy manifiestas en el parto y alumbramiento, y no cesan después de la muerte, pues existen casos en que el útero ha expulsado el feto después de la muerte de la madre.

Independiente de la voluntad, que ni puede ponerla en juego ni suspenderla, la contractibilidad es únicamente dolorosa cuando la mujer entra en trabajo de parto; todas las contracciones habidas durante el embarazo, es decir, antes del trabajo, son indoloras. Es independiente de la voluntad, pero está íntimamente ligada a la influencia nerviosa; las emociones vivas la pueden suspender o determinar. Puede ser producida por excitaciones directas sobre el cuello, tactos; el feto muerto, obra como cuerpo extraño, contra el cual reacciona vivamente la matriz; la electricidad, la ergotina, las produce; el opio la aminora y suspende, así como los anestésicos cloroformo y cloral; la contracción es intermitente .

Retractibilidad. — Pajot dice que es una propiedad del tejido uterino, en virtud de la cual, la matriz vacía de una parte de su contenido, adquiere un espesor de paredes más considerable, al mismo tiempo que su volumen y su capacidad disminuyen. Difiere de la contractibilidad en que es permanente, y no intermitente. Tiene por fin mantener el contacto inmediato entre el

huevo y las paredes uterinas, impedir las hemorragias cerrando los vasos abiertos por el hecho del desprendimiento de la placenta. No es dolorosa, pero puede llegar a exageraciones, en más o en menos: puede llegar al estado espasmódico del útero o a su inercia, y volverse causa de accidentes graves. Está repartida desigualmente; sitúase en el fondo y cuerpo; casi nula en el cuello; de ahí, hemorragias graves por inserción viciosa en ese segmento. Puéde ser despertada por masages, el frío, excitaciones digitales sobre el útero.

Irritabilidad. — Es una impresionabilidad del útero que es variable según las mujeres y se traduce por una tendencia a entrar en contracción, es decir, reaccionar contra las causas de excitación. Es muy considerable en algunas mujeres; les trae el aborto por causas insignificantes; en cambio, en otras, hay gran resistencia.

Elasticidad. Extensibilidad. — Pajot admite que la elasticidad sería la resultante de la retractibilidad y de la extensibilidad reunidas, y les consagra un rol especial en las propiedades uterinas. Es debido a esta propiedad que el útero se deja distender por el huevo, conservando su tonismo especial, que está lejos de ser flacidez (Pajot).

Sensibilidad.—Está poco desarrollada al estado de vacuidad, sobre todo en el cuello, se le puede cauterizar, sin dolor; el embarazo la despierta, pero menos en el cuello que en el cuerpo, (dolores debidos a movimientos fetales, contracciones uterinas).

Volumen.—Las variaciones que en su volumen experimenta la matriz, son debidas a la acción especial que tiene el huevo fecundado sobre la nutrición de la misma, asociadas en las épocas más adelantadas del embarazo a la distensión que sufre por compresión excéntrica del huevo. En su primer tiempo, este último factor no interviene absolutamente para nada en el desarrollo del órgano, como se demuestra en los casos de preñez extrauterina, en los que, a pesar de hallarse el huevo fuera de la matriz, éste crece y aumenta sus diámetros en proporciones muy análogas a lo que sucede cuando el huevo está contenido en la cavidad del útero.

El aumento de volumen, en el diagnóstico del embarazo, es el hecho anatómico indiscutible, y esencial en la constatación clínica, en la que forma el eje de los signos de probabilidad. Esta hipertrofia es lenta al principio; Kollman, en una mujer muerta durante el primer mes de embarazo, midió el útero, del orificio externo al fondo externo, 80 mm. Coste encontró en una de 20 días, 84 mm. Goldschalk, a la quinta semana, vió 89 mm. El crecimiento se muestra muy apreciable en el cuerpo uterino. Mientras en el primer mes, el diámetro vertical crece algunos milímetros, el transverso es apenas modificado; el espesor, el diámetro anteroposterior aumenta en 1|3 por consecuencia de la hipertrofia de la pared muscular, de la caduca y crecimiento del huevo, y tiene más del doble al fin del segundo mes. Hofmeier, 60 mm.; Braune, 70 mm.

Mientras se cumple esta hipertrofia gradual, el útero queda como órgano pelviano. Braune vió en el cadáver de una suicida en que el fondo del útero a los dos meses estaba bajo el plano del estrecho superior, pero este útero estaba en retroflexión, no es; es, en anteroflexión, hubiera pasado notablemente la entrada de la pelvis. A partir del 3er. mes, el desarrollo en altura llega a 130 mm.; el diámetro vertical pasa a 180 al cuarto; 200 al quinto; el útero anteflexionado pasa el pubis desde el tercer mes, 7 ctms.; es decir, en decúbito dorsal toca un plano que pasa por el promontorio; al cuarto mes, se encuentra el fondo a 12 ctms. arriba del pubis. Este crecimiento rápido se lleva igualmente sobre los otros diámetros; el transverso máximo pasa a 90 mm. al tercer mes; 120 al cuarto; el anteroposterior, 115 mm. al cuarto, es decir, que va del pubis al promontorio y tapa la entrada de la pelvis. El órgano que, fuera de la gestación es piriforme, se vuelve casi esférico el eje del cuerpo uterino se aproxima poco a poco al eje pelviano, la inclinación lateral se corrige, el órgano se hace medio, y más tarde se producirá la inclinación a derecha y la torsión.

El aumento se hace sobre el cuerpo, exclusión del cuello. El fondo se aproxima a la pared anterior del abdomen. Las relaciones con la vejiga hacen que estando ésta llena, empuje al útero hacia atrás y simule mayor volumen, por lo que hay que asegurarse la vacuidad en el primer período. El aumento de volumen

en el primer mes es debido sobre todo a la hipertrofia de la pared, y en particular, por lo que se refiere al espesor, a la hipertrofia de la mucosa, que es triple, 2 a 6 mm., y de sus dependencias, caduca, serotina, y refleja. El huevo todavía pequeño, en una o dos semanas, media 6 mm. por 2.50 mm.; toma una débil parte. Después, a los dos meses, el huevo comienza a ser más considerable, mientras que la pared no aumenta en más, el espesor disminuye, y la caduca comienza a aplastarse, el huevo mide 35 mm., y a él se debe el crecimiento predominante en el espesor uterino. Hacia el cuarto mes, el embrión, que a las ocho semanas tenía 4 ctms. de largo en flexión, toma proporciones tales que se vuelve perceptible a la palpación; mide en flexión 12 ctms.; la cabeza es como una mandarina.

El crecimiento, relativamente lento, del embrión hasta el cuarto mes, nos da a comprender por qué en la primera mitad del embarazo, queda inaccesible a la exploración, no pudiéndose hacer el diagnóstico por los signos de certidumbre, pues esos los da el feto.

El aumento de volumen del útero se verifica a expensas del cuerpo mismo; sólo al acercarse el final de la gestación interviene de modo importante el cuello. En el curso del primer trimestre, el aumento en el sentido de la longitud, es de 15 mm. cada mes; 25 en el segundo, y 50 en el tercero. Los diámetros transversal y anteroposterior crecen en proporción mayor en los cuatro primeros meses; después, el crecimiento es mayor en

altura ;el cuello parece hipertrofiarse muy poco en los primeros seis meses.

Espesor.—Los cambios de volumen que sufre el útero modifican igualmente el espesor de sus paredes. Al comenzar el embarazo, las paredes uterinas aumentan el espesor que ellas tenían al estado vacuo. Al llegar al cuarto mes, su espesor llega de 8 a 10 mm.; en esta época el adelgazamiento se inicia, y al finalizar la gestación, el espesor medio de sus paredes es de 3 a 5 mm. En los puntos en que se apoyan gruesas partes fetales, las paredes son más delgadas, así también como en el tercio inferior del útero (segmento inferior), en el cual el adelgazamiento llega a límites exagerados.

Consistencia.—Las paredes del útero, duras, como fibrosas, con el embarazo se vuelven elásticas, al punto que se dejan fácilmente deprimir, y se palpa su contenido, esto es fuera de la contracción; esta blandura es debida a una imbibición serosa de las fibras uterinas, que determina esta elasticidad particular, que no es flácida, y que contribuye a mantener la acomodación normal del feto y a evitar las presentaciones viciosas, permitiendo al feto la libre ejecución de sus movimientos activos (Pajot). Este reblandecimiento tiene sus sitios de elección y es debido a un factor anatómico.

En el cuerpo, el reblandecimiento es muy manifiesto en el segmento inferior, segmento que, como he dicho anteriormente, no tiene la misma estructura que el superior, y en el que, la imbibición determina una separación fácil de los elementos que lo constituyen.

También existe un trabajo de proliferación muscular, determinando la hiperplasia conjuntiva y, sobre todo, el aumento del líquido amniótico, que es a menudo más marcado de un lado que del otro. En el 2° mes, el cuerpo del útero presenta una blandura pastosa, que ha hecho se le comparara a la de un higo maduro (Bonnaire). Los alemanes la comparan a una fluctuación quística profunda.

Durante el tercer mes, el reblandecimiento crece a tal punto, que el cuerpo uterino se deja penetrar como si fuera de manteca (Landau). Hacia esta época, se siente netamente que el cuerpo uterino contiene líquido, porque presenta una verdadera blandura quística y no se deja deprimir simultáneamente sobre muchos puntos, por consecuencia de la incompresibilidad del líquido y rechazo del contenido del útero hacia la región opuesta al punto comprimido.

Estos fenómenos son más netos en las primíparas que en las multíparas, porque los cambios que se producen en los tejidos nuevos no deformados por la distensión gravídica, son más perceptibles que aquellos que se producen en los tejidos que han tenido una modificación anterior del mismo orden.

El cuello se reblandece, pero este reblandecimiento es gradual y no se extiende sino a medida que el embarazo progresa, y se completa coincidiendo con el término del mismo. Empieza en las primeras semanas por la mucosa del orificio externo y la parte más interna de

los labios del cuello; invade poco a poco esta abertura, sube, y toma todo el espesor de los labios del cuello; después toma toda la altura del cuello; el orificio interno es el último en reblandecerse. Este reblandecimiento se hace siempre de abajo a arriba, sea en una primípara o multípara. Según Lott, él es debido al aumento del volumen de los elementos del cuello, a la formación de elementos nuevos, a fenómenos de éctasis; esta última sería en los últimos tiempos del embarazo.

Forma.—El útero, en los primeros tiempos, es piriforme, por la acentuación de los diámetros anteroposterior y transversal, y, sobre todo, el longitudinal; pero, a partir del segundo mes, su forma es casi esférica, globulosa, creciendo por hipertrofia simétrica, hasta el cuarto. Esta forma puede tener grandes variantes, según la inserción del huevo en el útero, y según la colocación del órgano en la cavidad.

Situación y dirección.—El útero grávido, en los primeros tiempos de su desarrollo, se hipertrofia en el lugar y actitud que el embarazo le sorprende. El eje del cuerpo uterino se aproxima poco a poco al eje pelviano, la inclinación lateral se corrige, y el órgano se hace medio, y, más tarde, se producirá la inclinación a derecha, y la torsión. Su situación y dirección, desde luego, dependen de la posición, viciosa o no, en que se encontraba la matriz al efectuarse el embarazo, y también del lugar de la matriz en que se produzca la inserción del huevo.

Relaciones.—Es un órgano pelviano, cuyas relaciones varían al producirse la gestación. En los dos primeros meses ,el aumento de peso hace que descienda algo, lo que ha hecho decir que el cuello crecía, por el hecho de encontrarse más cercano a la vulva; pero, a medida que crece, el órgano se eleva hasta hacerse completamente abdominal. Se inclina hacia la vejiga, y, por su fondo, toca con la pared abdominal Siendo un órgano que no tiene medios de fijación que lo mantenga en una posición determinada, y reblandeciéndose sus ligamentos, hace que se aumente su movilidad; está únicamente sujeto por la cincha abdominal; de ahí que sus relaciones sean variadas.

Métodos semiológicos.

Su valor comparativo

Interrogatorio.—Es cierto que, en la mayoría de los casos, diagnosticar un embarazo desde su principio, resulta cosa fácil; pero, no es menos cierto, que, a veces, esto es muy delicado. El interrogatorio nos indicará todas las perturbaciones que la mujer ha sentido, pero, ¿qué grado de verdad tienen en todos los casos que se presentan, las novedades sentidas por la mujer?

A pesar de su escepticismo, el médico sufre la influencia del medio, de las personas y de las condiciones de su existencia: en presencia de niñas, cubiertas por los cuidados y vigilancia de sus familias, la suposición de embarazo no acude a la mente; en presencia de mujeres, y esto está lejos de ser raro, que acusan perturbaciones complejas, variadas, que no tienen a menudo por ellas mismas ninguna significación, no hacen presentir las relaciones que puedan tener con un útero grávido ,tanto más si el interrogatorio hábilmente contestado, puede desviar, en este caso, y a la inversa, la opi-

nión médica. Esto ha hecho decir, que puede suprimirse el interrogatorio, o que el médico deberá pensar justamente lo contrario de lo que la mujer expresara.

M. Bonnaire, divide los elementos de error sobre el diagnóstico del embarazo, clasificando las mujeres en tres categorías: aquellas que se engañan, aquellas que son engañadas, y aquellas que quieren engañar.

Mujeres que se engañan.—Entre éstas se pueden establecer tres subdivisiones: a) las unas, bien sanas y bien regladas hasta entonces, creen de buena fe estar embarazadas, sin creencia ni esperanza exageradas; b) las otras, a consecuencia de un coito irregular, o de una negligencia en las observaciones de las prácticas preservativas de la fecundación, tienen tal creencia de serlo que ellas se sugestionan y, a todo trance, creen firmemente sentir todos los síntomas del embarazo; c) en una tercera categoría, se encuentran esas desdichadas que, llegadas a la terminación de su vida genital, son enloquecidas por el deseo de la maternidad y toman su deseo mórbido por una realidad. Hay veces que esta autosugestión es inmoderada, sobre todo si el origen de ella es un interés. Así fué el caso de la desgraciada Draga Maschine que, de este modo, consiguió casarse y ascender al trono de Servia, y cuyo fin fué la horrible tragedia de que fué víctima en Belgrado. En casos de este género, que tiene por teatro un medio social elevado, el médico se encuentra en presencia de una mujer inteligente e instruída que afirma con autoridad que

ella está embarazada, y sus descripciones sintomáticas tienen una tan buena fe, que la desconfianza no es excitada y se cae fácilmente en error.

Mujeres que son engañadas.—Muchas veces se presentan mujeres que vienen a inquirir sobre las cualidades de un embarazo, que ha sido reconocido la más de las veces por parteras inexperimentadas.

Mujeres que quieren engañar.—De éstas se pueden establecer dos subdivisiones: las unas, tienen un interés material para simular un embarazo que debe ser seguido por un parto ficticio, con establecimiento de un heredero. En este caso, desgraciado del médico que, inhibido por la importancia del medio social, y entorpecido por la defensa física que, conscientemente, le opone la mujer y no supone el lazo que se le tiende. ¿No se puede creer que los médicos que vieron a la reina Draga de Servia, no se encontraran frente a un embuste de este género? Las otras, comprenden numerosas mujeres, que, por ocultar un coito irregular y frente a conveniencias sociales ,emplean todos sus esfuerzos para entorpecer el diagnóstico y precipitar al médico en el error. Falsean los síntomas que sienten, negando algunos, y acusando dolores y hemorragias que nunca tuvieron, y como se saben embarazadas y para asegurarse la complicidad inconsciente del médico, que esperan inexperimentado, simulan una enfermedad de la matriz, fibroma, metritis, y tratan de provocar una intervención por la cureta o por el histerómetro, que

las librará así de su preocupación y les asegura los cuidados consecutivos. Es, sobre todo, en el terreno del arte obstétrico, que el médico que procede al interrogatorio, debe tener alguna experiencia del corazón femenino y conocer su maravilloso talento para engañar.

Es así que el interrogatorio comporta muchos obstáculos para la buena determinación del diagnóstico, y si no se quiere desinteresarse de todo lo que dice la mujer, es elemental no aceptarlas sino bajo beneficio de inventario, inventario que los dedos y los ojos del médico se encargarán de establecerlo.

El interrogatorio nos dará indicaciones sobre las náuseas, vómitos, particularmente matutinos, repugnancia por unos alimentos y predilección por otros, lipotimias, tendencia invencible al sueño, modificaciones del carácter, picoteos dolorosos de los senos, derrame de calostro, y la supresión de las reglas. Sobre esto último mucho se ha dicho.

El embarazo las suprime durante toda su duración, y, en una mujer sana, su supresión supone un embarazo; cuando no están suspendidas, se supondrá no embarazo (Pajot).

Según antiguas observaciones, algunas mujeres reglaban durante su embarazo; Heller, Mauriceau, Deventer, Baudelocque, Churchill, Cazeaux, dicen han tenido observaciones de mujeres que reglaban los primeros meses, mucho más raros durante todo el curso del embarazo, o que no reglaban nunca, y sí únicamente

durante el estado de embarazo. En 1857, Elsaesser, de Stuttgart, reunió 51 casos con persistencia de reglas durante el curso del embarazo. Gibbs, en 1858, vió menstruar durante un embarazo. Lonner, en 1889, comunica el caso de una mujer que regla durante los cinco primeros meses del embarazo. Windmuller, el de dos hermanas que menstruaban durante la primera mitad. Carusso, en 1900, vió una multípara que en seis de sus embarazos, en unos regló de cuatro a seis meses, y en otros durante todo él; y otra que regló durante todos sus embarazos. La primera de éstas tenía signos de endometritis crónica, y la otra no había tenido ninguna afección genital.

Pero, el concepto actual es que el embarazo suprime la menstruación, y que todo derrame sanguíneo no es ni tiene los caracteres de la menstruación, y que son hemorragias, ya sean por desprendimientos placentarios parciales, por hemorragias cervicales, embarazos en úteros dobles, etc. Tarnier dice que esos hechos relatados, siendo tan raros, autorizan a no tenerlos en cuenta. Lo que se debe suponer han sido quizás defectos de observación, y no han sido tales reglas y sí hemorragias.

Inspección.—Por el hecho de que la mujer es un ser esencialmente nervioso y sensible, en la cual todos sus aparatos tienen un funcionamiento de equilibrio inestable, su organismo es modificado más o menos profundamente por el desarrollo del óvulo fecundado, y, se-

gún la comparación de Mauriceau, "el embarazo es una mar tempestuosa en la cual bogan madre e hijo".

Por la influencia del embarazo, se puede decir de un modo general, aumentan todos los principios tóxicos en el organismo. En este estado fisiológico, el organismo de la mujer hace el máximum de esfuerzo y de resistencia, físico y moral, y al menor incidente que se debilite, cae en el funcionalismo mórbido, tanto más que los órganos eliminadores pueden ser atacados y la función antitóxica disminuída. Pero en las mujeres robustas, o las que no presentan ninguna predisposición nerviosa la función de la gestación se cumple sin provocar mayores disturbios. Esto está lejos de ser una regla.

Durante la época en la cual evoluciona un embarazo, y, por consecuencia de las modificaciones íntimas de los diversos aparatos, una gran serie de signos se presentan al observador, signos capaces de hacer ellos solos fácilmente un diagnóstico, que se acentún a medida que el feto sigue su evolución y que la mayor parte de las veces son una ayuda grandísima para controlar otros signos dados por el mismo estado.

Hipócrates decía que los ojos de la mujer, a consecuencia de la concepción, tienen una expresión particular, rodeados de ojeras azuladas, la esclerótica pierde su blancura natural y su mirada es lánguida, como de bondad. La cara sufre modificaciones, la nariz se afila, las comisuras de los labios se separan y los rasgos fisonómicos se estiran como bajo la influencia de una cris-

pación (Levieux), la piel pierde su frescura y se recubre de un tinte amarillento en algunas, en otras son manchas parduzcas; ésta es la máscara del embarazo.

Existe una mayor actividad funcional del cuerpo tiroides, para hacer frente a la producción mayor de tóxicos, lo que da por resultado que el cuello adquiera mayor volumen y una turgencia especial, que ya había sido señalada por Demócrito.

Desde 1893 a 1898, Lange, de Koenigsberg, estudió metódicamente el cuerpo tiroides en las mujeres embarazadas, y de sus numerosas experiencias, sacó en conclusión que la hipertrofia gravídica del cuerpo tiroides era casi constante, y respondía a una exageración necesaria de la función o de una de las funciones de la glándula.

Dada la intimidad que existe entre el funcionamiento de la glándula mamaria y las funciones de reproducción, estos órganos, anexos y dependientes del sistema genital, reaccionan tanto más, cuanto que ya lo han hecho, cuando la menstruación.

Las modificaciones preparatorias para el establecimiento de la secreción láctea, en las primíparas y en las multíparas, tienen un distinto valor diagnóstico; en la multípara no es más que un despertar de la función.

Los más antiguos observadores ya habían notado las modificaciones que se producían en los senos en las primeras semanas del embarazo y los empleaban en el establecimiento del diagnóstico precoz. Según Archi-

bald Hervau, los negros del Sudán Occidental y del centro del Africa, han resistido siempre las tentativas hechas por los misioneros, para que usaran vestidos que cubrieran los senos, y la razón era que ellos querían reconocer siempre fácilmente en sus mujeres, aquellas que se encontraban embarazadas.

El trabajo de evolución fisiológico que se produce en la profundidad de la glándula, da a la mujer, desde las primeras semanas, sensaciones más o menos desagradables en los senos, ellos aumentan de volumen y se vuelven dolorosos, sienten picoteos y sensaciones como de quemadura. Los senos aumentados de volumen y en los cuales la piel es tensa, se vuelven redondeados, duros y más resistentes. Palpando un seno normal, es decir, tomándolo a plena mano, se experimenta una sensación de blandura grasosa, pero si es un seno de una embarazada, se sienten granulaciones profundas, sensación de glándula, nudosidades, irregularidades.

La zona cutánea, ya desde el segundo mes, comienza a estar surcada por trazos irregulares, azulados, que son debidos a la hipertrofia de la red venosa superficial.

Alrededor del pezón, en la areola, se encuentran unas pequeñas saliencias redondeadas, esos nódulos están en número de 5 a 20, y son los tubérculos de Morgagni; bajo la influencia del embarazo estos tubérculos de Morgagni se hipertrofian y se vuelven unas saliencias de 3 m. m. de diámetro, a los cuales se les da el

nombre de tubérculos de Montgomery, quien fué el primero que llamó la atención de esta modificación en los senos de la mujer embarazada de más de 2 meses. Muchos de estos tubérculos de Montgomery representarían glándulas mamarias accesorias (Pinard, Dubois, Duval).

El mamelón es más eréctil, sensible, se alarga y ensancha. Los fenómenos de pigmentación, tienen lugar de un modo más acentuado en las mujeres tipo pardo, y menos en las rubias. La areola y el mamelón se cubren de un tinte que varía del gris claro al negro, el pigmento se deposita en círculos concéntricos, dejando sitios más claros correspondiendo a los folículos pilosos, dispersándose en forma tal, que se la ha llamado pigmentación atigrada.

La piel del abdomen puede tener pigmentación, vergetures, pigmentación de la línea umbílico pelviana, y estar distendida visiblemente por el tumor abdominal. En los miembros inferiores, se encuentran muy a menudo várices, lo mismo que en la vulva y en el periné y hemorroides y estas son debidas a las modificaciones de circulación, a la hidremia grande que existe y que ya se nota en la tensión del pulso. La precocidad de este síntoma es tal, que en mujeres anémicas, poco musculadas y débiles (obreras de ciudades, etc.) el desarrollo de paquetes varicosos constituye a veces el primer indicio de la concepción. M. Budin insiste mucho sobre la precocidad y valor de este signo.

En la sangre, hay disminución de glóbulos rojos y aumento de fibrina y de suero.

Bajo la influencia de la gestación, las digestiones son más completas, los intercambios nutritivos se activan y aparece una aptitud especial para el engrose, más pronunciada cuanto el peso de la madre es más elevado.

En los animales, la hembra grávida resiste mejor a las privaciones, que la no grávida, y enflaquece más lentamente; esto se ha confirmado sobre cobayos (Charrin y Guillemonat). Esta cualidad es utilizada por los criadores, quienes hacen cubrir unas semanas antes de la época de la venta los animales destinados al matadero, de manera de aprovechar este aumento de la capacidad de asimilación, que se traduce por un aumento de peso y por un aspecto más floreciente.

En la mujer hay grandes variedades, la aptitud al engrose es menos neta, sin duda porque el embarazo se acompaña casi siempre de vómitos y otros disturbios varios que ejercen una influencia contraria. Pero la mejor utilización de los principios nutritivos, hace que muchas mujeres jamás se encuentren mejor que cuando están embarazadas, pues dicen que parece estuvieran dotadas de un gran vigor.

Esta gran actividad orgánica se traduce generalmente por un aumento de apetito, pero muchas veces existe anorexia. En más de la mitad de los casos de embarazo, se encuentran disturbios digestivos, éstos aparecen especialmente al cabo del primer mes, es decir,

cuando se constata la supresión de las reglas. Hay casos más precoces, sobre todo para multiparas perspicaces, los disturbios digestivos les constituiría un primer signo. El primer fenómeno que se produce es el ptialismo, manifestación muy incómoda. Las náuseas, sobrevienen sea a la mañana o después de comer, ponen a la mujer en un estado de desagrado y penoso.

Pero hay una manifestación que es de las más importantes; es el vómito. Aparecen generalmente al fin del primer mes, y son casi especiales de las razas civilizadas; entre los salvajes es desconocido, y es muy raro entre los montañeses.

Los vómitos se acompañan lo más a menudo de náuseas, ellos son amargos, verdosos (bilis), glerosos, aparecen a la mañana al despertar o al levantarse cuando la mujer pasa bruscamente de la posición horizontal a la vertical, lo que les hace comparar a la pituita de los alcohólicos. A veces la mujer embarazada vomita durante la comida y cuando su estómago se halla vacío, ella se encuentra aliviada y vuelve a comer con nuevo apetito, salvo en los casos patológicos, vómitos incoercibles. Otras veces los vómitos no se producen sino muchas horas después de las comidas; a veces son solamente ciertas substancias las expulsadas, las otras son conservadas, vómitos llamados electivos.

Se suele observar durante el embarazo una depravación del gusto, verdadera neurosis del estómago, que no es especial de la mujer, puesto que en la vaca y en

la burra se la observa, los antiguos a esto llamaban pica, pues existe un pájaro del mismo nombre que come todo cuanto encuentra; existe mala voluntad para los alimentos usuales, y sobre todo para las carnes sanglantes y el vino (Hipócrates), acuerda su preferencia a los alimentos excitantes o ácidos (malasia), los platos muy condimentados, pescados, carnes pasadas, frutas verdes o ácidas, sobre todo el limón, pimienta y vinagre, o substancias extrañas, como carbón, tierra, arcilla, creta, yeso que tienen para ellas el mérito de crugir bajo el diente.

En las primeras semanas del embarazo, se encuentra constipación, según M. Bonnaire, la constipación sería debida más a un exceso de contacto que a un fenómeno reflejo de vecindad; la mayor superficie creada por la hipertrofia del órgano gestador, tendría por efecto ser más dócil al movimiento de báscula hacia atrás producida por la repleción de la vejiga con compresión de la última parte del intestino grueso.

Charrin y Guillemonat han constatado, que el bazo aumenta de volumen desde los primeros meses del embarazo. Este aumento sería debido a su mayor importancia funcional. La esplenomegalia constituiría un signo precoz, índice del desarrollo de un óvulo fecundado.

El sistema nervioso se encuentra atacado durante el estado embarazo, y reacciona de diferentes modos. Tiene a veces una influencia calmante que se traduce por una invencible tendencia al sueño, más marcado

después de las comidas, con pesantez de cabeza y cefalalgia.

Muy pronunciada esta actuación llega a producir una torpeza tal, que la mujer es incapaz de todo esfuerzo físico e intelectual; esta depresión mental puede llegar a constituir la melancolía patológica.

Se han señalado malestares, desfallecimientos que van hasta el síncope, repugnancia por los olores hasta por los perfumes habituales.

R. Boussakis de Atenas dice: "Que el sentido del olor adquiere en la mujer una gran vivacidad, durante el embarazo", luego esa repugnancia sería consecuencia de un estado de hiperexcitabilidad.

La frigidez es frecuente desde los primeros días de la concepción (Feré).

Stoltz, ha encontrado algunas mujeres que tenían como signo precoz de embarazo, el que llegado éste tenían "horror por su marido".

Gustavo Lebau cita á una mujer que durante cada uno de sus nueve embarazos tenía un deseo irresistible de matar a su marido.

Goulard cuenta el caso de una mujer de las orillas del Rhin, que estando embarazada, mató a su marido, devoró una parte y saló la otra.

Cuando la sensibilidad y la inteligencia se encuentran muy atacadas, en la mujer embarazada, se ha dicho parece ésta, no se rige sino por el instinto animal. Es entonces que se ven sobrevenir esas simpatías y an-

tipatías excesivas, producidas por un verdadero estado de eretismo de la sensibilidad, que se excita violentamente por una causa insignificante.

La mujer bajo esta influencia mórbida, se deja arrastrar tan pronto de una alegría exhuberante a la tristeza más honda, tiene deseos ridículos, cambia sus gustos rápidamente, tiene caprichos de toda especie, extravagancias sentimentales, desalientos.

Parece la poseyera un "verdadero proceso de nidificación", si es rica todos los días hace compras inútiles y extraordinarias guarneciendo y enriqueciendo sus habitaciones; si es pobre, roba (Kleptomania) y no tiene conciencia de su culpabilidad.

En algunas mujeres se producen neuralgias diversas, insomnios, etc.; las odontalgias son bastantes frecuentes, tanto que en el pueblo se evita el dolor con la extracción, de donde el dicho "que cada hijo cuesta un diente a la madre". Estos fenómenos patológicos desaparecen, el estado general mejora y la inteligencia se aclara, volviendo todo al estado normal.

En muchas mujeres se invierte el carácter a consecuencia del embarazo; si eran débiles, dóciles, tímidas, adquieren un gran valor moral, y otras de espíritu mediocre, se hacen vivas, lúcidas, asombran a los que las rodean, tanto que algunos maridos hacen de estos cambios una suposición de embarazo, que luego se ha constatado.

Charrin y Roche, por sus experiencias, dicen que la

sensibilidad excesiva del sistema nervioso es debido a la desmineralización del neuroeje.

Palpación y tacto uterinos.—La palpación aislada, tratándose de un embarazo de poco tiempo, no da reseñas que ilustren el espíritu, asociada al tacto uteriño, ya sea vaginal o rectal, es un método demostrativo, que lo trataré especialmente en el capítulo siguiente.

Wigant de Hamburgo, 1807|1812, demuestra la bondad del método para llegar al diagnóstico y reconocer la situación del feto en la cavidad.

Después de la palpación tanto en Francia como en el extranjero, es objeto de numerosos estudios. Entre los parteros que la historia narra, están W. Schimith y A. F. Hohl en Alemania, Hubert (padre) en Bélgica, Stolz, Devillier, Chailly, Mattei, Tarnier en Francia; en 1882 Tarnier y Chantreuil constatan que no es un procedimiento tan extendido como merece serlo. Pinard, por sus trabajos y enseñanza 1879|1889 y a instigaciones de Tarnier, lo vulgariza, y desde ahí se hace un procedimiento mundial, y hoy es familiar a todos los médicos.

Durante la primera mitad, la sensación dada por el estado de relajación es absolutamente distinta de la de un tumor fibroso o un quiste del ovario, y no presenta la consistencia leñosa del tumor fibroso más que en las amenazadas de aborto (Pinard), la tensión permanente de la pared quística no se encuentra sino en los embarazos anormales—hidropesía del amnios—sin embargo

hay casos en que las contracciones parciales del útero, dan a ciertas partes del órgano una consistencia, un relieve, que simula un tumor (Bar). Cuando se palpa un útero grávido a veces se le siente endurecer y esto es debido a las contracciones indoloras de que es asiento, más en la segunda que en la primera mitad del embarazo (Pajot-Tarnier).

El tacto vaginal, siempre ha sido de gran valor; pero estos dos métodos y tratándose del embarazo en los primeros meses no dan gran resultado sino uniéndolos y haciendo lo que se llama la palpación abdominal combinada con el tacto vaginal o tacto bimanual o tacto vagino abdominal, que era recomendado por los franceses desde el siglo XVIII Puzos en 1752 lo describe: "tocar la matriz por dos puntos", Lewet, Solayres de Renhoc, Beaudelocque, Velpeau, muestran sus ventajas y dicen que es el procedimiento por excelencia en los primeros meses del embarazo.

Como dedico un capítulo especialmente a este método, no hago aquí sino historiarlo brevemente.

Pinard utiliza el tacto intrauterino y tactando las membranas diagnostica un embarazo intra o extrauterino, y sólo en esos casos,, pero éste es un método que acarrea muchos peligros.

El tacto rectal será tratado conjuntamente con la palpación bimanual. El tacto vesical, que antiguamente se hacía dilatando suavemente la uretra con el dedo aseptisado y tactando el útero, ha sido completamente

abandonado. La percusión es de poca importancia. La auscultación en los tres primeros meses es negativa.

Massarenti en 1879, en un examen ginecológico, sondó por error dos mujeres embarazadas, y después de algunas semanas vió con sorpresa que esta maniobra no había producido daño. Entonces concibió la idea de utilizar el cateterismo uterino para establecer el diagnóstico precoz, y se sirvió de sondas de cera muy delgadas, 4 m. m. de diámetro flexibles, pero resistentes y que introducía hasta el fondo en el útero.

Después de una práctica de siete años, se decidió a publicar los resultados. El había sondado sin inconvenientes úteros conteniendo huevos de 12 días, de un mes, de mes y medio y de dos meses, etc., en los cuales introdujo una sonda de 13 ctms., 14 ctms. y 16 ctms. Este autor afirma que tal medio es inofensivo para el huevo, y que las membranas eran resistentes, sobre todo en las primeras semanas del embarazo y que era difícil desgarrarlas.

En cuanto al peligro de provocar contracciones del órgano gestador, no se producían, y explicaba que para que la sensibilidad uterina entrara en juego era necesario la presencia durante muchas horas de un cuerpo extraño en la cavidad.

Este modo de explorar ha sido rechazado por la mayoría de los parteros, pues se considera un deber respetar el tapón mucoso cervical, pues se corre el peligro de provocar el aborto, determinar hemorragias y la infec-

ción, circunstancias todas favorables para la muerte del embrión y capaces de originar afecciones uterinas.

Clado, con un aparato análogo al electroscopio de Casper, ideó hacer la histeroscopia y constatar el embarazo, y como tiene los mismos peligros, éste ha sido rechazado.

La clasificación del doctor E. Pardo, divide los signos que se encuentran en toda mujer embarazada en extrauterinos, uterinos e intrauterinos. Las ventajas de esta clasificación se basan, por una parte, en la división topográfica de los signos del embarazo que no solamente ayuda, pues va a buscar el signo in situ, sino también bajo el punto de vista del examen clínico. Los signos extrauterinos, tienen, en general, poco valor, pero de ellos hay algunos que lo tienen mayor, sean ellos normales o patológicos y que es necesario saberlos descartar. Los signos uterinos, no habiendo intrauterinos, ellos solos revelan la gravidez. Los signos intrauterinos tiene valor como signos seguros, ayudan a conocer el estado de salud del feto y las anomalías o enfermedades de los anexos, en tamaño y posición y sus relaciones con la pelvis de la madre.

El método que se sigue, según la clasificación Pardo, es el siguiente: Antecedentes hereditarios generales: enfermedad del padre, madre, hermanos y padre del niño, edad, profesión para tener en cuenta las fatigas, excesos e intoxicaciones del padre, alcoholismo, saturnismo, mentales, sífilis, tuberculosis y antecedentes obstétricos hereditarios.

Antecedentes individuales: edad, profesión, por las intoxicaciones, plomo, tabaco, óxido de carbono (aborto), procedencia, locomoción y menstruación, enfermedades infecciosas, anteriores embarazos, puerperios, lactancia y complicaciones, fenómenos de autointoxicación y hemorragias. Estado del organismo en el embarazo actual, sus complicaciones; después se pasa al examen médico y se recorre todos los aparatos y funciones y sus reseñas entran en los signos extrauterinos de la clasificación Pardo.

Después se pasa a la segunda parte de esta clasificación, signos uterinos, se hace la palpación uterina, forma, desviación del gran eje, volumen, altura del fondo del útero por encima del pubis. En la tercera parte de esta clasificación se tienen los signos intrauterinos, se aprecian los movimientos activos, fecha de su aparición; palpación intrauterina, fluctuación. Se determina la posición de la cabeza, nalgas, dorso, si se toca el hombro y cual es, si hay encaje, establecer la posición. Auscultación, soplo uterino, latidos fetales y sitio de ellos, no olvidando tener presente otros accidentes y complicaciones de la madre, del feto y anexos.

Con este método esperan llenar las siguientes condiciones: saber si se está o no en presencia de un embarazo; si hay enfermedad o vicio orgánico en la mujer; si hay embarazo único o múltiple; si el feto está vivo o no; si es enfermo o tiene vicio orgánico; si hay enfermedad o anomalías de los anexos; presentación y posi-

ción; relaciones que hay entre los diámetros del feto y la pelvis materna, edad del embarazo, fecha y pronóstico del parto y lactancia. (A. de Rosa.—Tesis 1908).

Al hacer del embarazo un fenómeno con manifestaciones generales, se concibió la idea de un diagnóstico biológico, la idea de poder realizar un suero diagnóstico del embarazo ha sido objeto de numerosos estudios. Liepman y Freund describen la precipitoreacción, consiste en la formación de un precipitado que se obtiene en el suero de las mujeres grávidas, cuando se mezcla con el suero de un animal que ha sido de antemano tratado por inyecciones de tejido placentario exangüe, ésta es una reacción inconstante.

Bauer, Lehndorff, Heynemann, han aplicado al serodiagnóstico la propiedad que tienen los sueros de embarazadas para activar el veneno de la cobra, en su componente hemolítico, pero esta reacción ocurre también con el suero de los cancerosos, y este veneno también es activado por todos los sueros que tienen gran cantidad de lipoides.

Weichardt utiliza para su serodiagnóstico del embarazo la presencia de ciertos productos de desintegración albuminoidea que en pequeña cantidad refuerzan un catalizador como la hemoglobina y en gran cantidad lo paralizan, método muy empleado que aun no ha recibido sanción satisfactoria por la mayoría.

Los elementos nutritivos que llegan al aparato digestivo sufren una desintegración tan grande que queda

como resultado final una serie de cuerpos de peso molecular muy escaso y estructura química simple. Estos elementos son como piedras fundamentales, base de otras organizaciones complejas que pasan a la circulación para servir de elementos de síntesis a las células del organismo, que forman cuerpos de estructura característica e individual para cada grupo celular del organismo.

En la circulación sanguínea no entran por el proceso digestivo moléculas orgánicas, que no estén suficientemente desintegradas. Los fermentos digestivos son los que impiden entren a la circulación elementos extraños a ellos Las células dotadas de una exquisita electividad química se comportan como entes unicelulares sumergidos en el plasma sanguíneo y absorben o no los elementos fundamentales que les son necesarios, rechazando otros y cuando se encuentran frente a elementos no desintegrados, ellos por sus fermentos propios, sólo dejan pasar substancias desintegradas en su complegidad molecular. Pero si la desintegración que debe hacerse por los fermentos digestivos o por la acción celular no se efectúa, la sangre reacciona a la substancia extraña y produce fermentos que llenan esa misión librándose así de materias que no tienen la simplicidad necesaria para permanecer en ella.

Alderhalder evidenció que esto se producía con las substancias albuminoideas y toma suero de un animal al que se ha efectuado una inyección paraenteral de una

albúmina cualquiera y se le mezcla con una pequeña cantidad de la misma, colocándolos en un dializador y en la estufa varias horas, por la acción del fermento contenido en el suero sobre la albúmina mezclada se originan productos dializables que se pueden caracterizar en el líquido exterior del dializador. Si se trata con el suero de indivíduos no preparados no hay productos dializables.

Las observaciones de Schmorl, Weichardt y las recientes de Veit, afirman que el tejido placentario en su marcha invasora sobre los elementos maternos deja a menudo desprender células de las vellosidades coriales o restos de ellas, que penetran en la circulación de la madre, sirven como causa de origen a la formación de los fermentos necesarios a su desintegración. El organismo reacciona a la formación de substancias extrañas por una acción autóloga, y también a las albúminas propias con tal que no tengan un compuesto normal de su crasis sanguínea. Basado en esto, Alderhalder concibe aplicarlo al suero de la mujer embarazada, y busca hacer con esto una reacción para el diagnóstico del embarazo, utilizando placenta coagulada y tratada por el suero que se examina y que atacada deja en libertad productos cristalizables, que después los caracteriza.

Una aguja en comunicación con un tubo de goma y éste con un tubo de vidrio, esterilizados a 160° en estufa seca; el tubo de vidrio ha sido lavado con suero fisiológico para que deje al evaporarlo una capa de clo-

ruro de sodio que impide al coágulo se adhiera a las paredes, la aguja y el tubo de goma se lavan con una solución muy débil de parafina en xilol por la misma razón.

Se punza una vena, se saca 15 cm^3, se deja en reposo hasta que se coagule, y cuando empieza a retraerse se centrifuga y se obtiene un suero claro y no hemolizado, se rechazan sueros que tengan aunque sean vestigios de hemólisis, pues los glóbulos rojos dejan en libertad substancias proteolíticas que dan lugar a estas hemólisis que se aprecian por el espectrocospio. El individuo debe estar en ayunas para evitar peptonas circulatorias de origen digestivo.

El substratum a desintegrar es placenta humana, sana y fresca, finamente desmenuzada y lavada con suero fisiológico,hasta que pierda toda su sangre y quede blanca; se lava con suero pues el agua sola, es hemolítica y difunde la sangre. Después se coagula el tejido, colocando en un recipiente 2 litros de agua destilada y 2 gotas de ácido acético; esta aciculación se controla con el papel de tornasol, se lleva a ebullición 5 minutos, se vierte el líquido con albuminoides solubles y se hierve 5 minutos, se prueba si existen albuminoides con la reacción del biuret o Nihindrin. Si es negativa, está en condiciones de hacerse la reacción de Alderhalder; sino, se sigue hirviendo. La placenta así se coagula, se pone en un fresco de boca ancha con un poco de agua y entre dos capas: la inferior, de cloroformo; la superior, de toluol.

Se toman 4 dializadores, revisando su permeabilidad que no dejen difundir las albúminas y sean suficientemente permeables a los productos dializados (peptonas); es se comprueba con peptona de White que se pone a dializar y debe ser lo suficientemente permeable para que en el líquido externo se compruebe la presencia de peptonas en cantidad proporcional a la que sirve de experiencia.

En un dializador se pone todo el suero extraído y dializado en agua, a objeto de retirar toda materia dializable que puede ser causa de error.

En el primer dializador se ponen 2 cm^3 de suero; en el segundo 2 cm^3 de suero inactivo media hora a 56° más 1 gramo de placenta; en el tercero 2 cm^3 de suero fresco más 1 gramo de placenta. La placenta que se usa se saca del frasco y se hierve 3 minutos en poca agua, constatándose con el Nihindrín si hay productos solubles en cuyo caso se rechaza, se colocan los dializadores en sus correspondientes vasos, en el interior se ponen 15 cm^3 de agua destilada con una ligera capa de toluol para impedir procesos bacterianos. Si hubo contaminación, se lleva a la estufa a 38°, 16 horas.

Al cabo de esto se retiran los dializadores y se investigan las peptonas en el líquido externo. Reacción del biuret, 10 cm^3 líquido dializado, se mezcla con 5 cm^3 de soda cáustica al 33 o|o, se mezcla bien y se vierte con una pipeta por las paredes del tubo; solución muy diluída de sulfato de cobre al 0,25 o|o, hasta formarse

un disco superior de 5 milímetros de altura, en la superficie de contacto se forma un anillo azulado; y cuando el líquido tiene peptonas, en ese líquido aparece un círculo rojizo. Esta reacción es menos sensible que la de Ninhindrín, que consiste en; del líquido de la dializis se toman 10 cm^3 sin toluol, más 0,2 cm^3 de Ninhindrín al 1 o|o (triquetón nindrindenhidrato, cuerpo estudiado por primera vez por Ruhenan), se calienta 1 minuto exactamente después de hervir; si es positiva, no hay coloración azul, el amarillo es frecuente, el rojo indica amoníaco en la atmósfera del laboratorio, o putrefacción amoniacal del líquido. (Guardado, Tesis 1913)

Dice tener buenos resultados en el diagnóstico del embarazo y las que no están, pero tiene el inconveniente de lo delicado y largo de la operación, que puede por el más mínimo descuido, dar resultados negativos.

Esta reacción ha dado resultado positivo con el suero de hombres, lo que hace que disminuya su valor diagnóstico.

Palpación y tacto uterino

Por medio de la palpación uterina, se busca percibir sensaciones táctiles dadas por el cuerpo uterino, normal, grávido o en estado patológico. Se aprecian las modificaciones habidas en los órganos que lo rodean y que puedan tener gran importancia para la imposición de un diagnóstico. Por el tacto uterino, se conoce la forma del hocico de Tenca, su volumen, su consistencia, sus modificaciones gravídicas y patológicas, el estado de los fondos de saco, y por medio de ellos, el de los tejidos que lo rodean, y el del cuerpo uterino; la unión de estos dos métodos, o sea la palpación bimanual, hace que la palpación y el tacto uterino sean un método excelente para el dignóstico, puesto que pudiendo tomar el órgano entre ambas manos, se pueden investigar todas las modificaciones habidas en él. De ahí que para obtener más amplias reseñas, se idearon métodos de palpación y tacto mixtos, aprovechando por otras vías, las relaciones anatómicas del útero; así, al tacto vesical hoy abandonado por muchos, fué aconsejado el tacto rectal combinado con la palpación abdominal.

Para hacer el examen obstétrico, de una mujer, que se supone embarazada, se debe ante todo ponerla en condiciones de que no pueda presentar dificultades para el trabajo, y estas condiciones son varias. La indocilidad de la mujer, por dolor, por miedo, por disimulación, o por pudor, es una dificultad a veces grande para que el examen produzca un buen resultado. El estado de repleción de la vejiga y el recto, por su situación anatómica, dificultan el examen; luego, la primera medida, es que la mujer a examinar haya evacuado vejiga y recto; que la mujer se preste voluntariamente a la investigación y por una imposición moral el médico domina, ganándose la confianza y voluntad, disponiendo a la mujer en forma que no pueda molestar el examen. Para esto, se la acuesta, en posición decúbito dorsal, desprovista de toda vestitura que pueda entorpecer el acto, la cabeza levantada por una almohada y los miembros reposando en extensión; pero, puede tratarse de una mujer pusilánime y neurópata, que defendiendo con las manos las partes genitales impida el trabajo; entonces se la hace acostar sobre sus puños cerrados. Este procedimiento tiene la doble ventaja, que impide el libre juego de sus manos, facilita la exploración del cuello y del fondo del saco posterior, y al mismo tiempo, dice Bouchacourt, produce un efecto calmante sobre la moral de la mujer, que es a menudo persuadida, de que así juega un rol importante en el examen obstétrico de que es objeto. Pero puede existir

un exceso de tonicidad o de defensa de la pared abdominal. Bonnaire, recurre a la posición de Thure-Brandt, que relaja al máximum los músculos de la pared abdominal; la mujer acostada de espaldas, tiene la cabeza fuertemente levantada por una almohada, de modo que el mentón toque el esternón; los miembros fuertemente flexionados, si hay dificultades para usar esta posición o hacer una exploración minuciosa, se dará las posiciones más variadas tendientes a evitar las tántas causas que puedan obscurecer el dignóstico, se tomará la lateral o la vertical que antiguamente estaba en uso, la de Tredelemburg, si se supone un quiste del ovario, o una fibroma, o la inversa, posición de Jayle. El médico, se colocará de preferencia teniendo la enferma a su izquierda de modo a tactar con la mano derecha y palpar el hipogastrio con la izquierda. No pudiendo hacer la exploración profunda sino con las dos manos, una dentro de la vagina y la otra en el hipogastrio, para el diagnóstico de la existencia de embarazo, no debe hacerse la palpación aislada. He aquí la técnica de M. Bonnaire tomada de Georges Mariette: "Conversando con la mujer, de manera de desviar su atención de la exploración próxima, y tratando de avanzar y acostumbrándola, el partero coloca su mano de través por encima del pubis, mano suave, no dura, en la que el peso solamente debe obrar sobre los tejidos que ella va a deprimir. Este primer tiempo permite desde ya constatar si hay o no tumor desbordando el arco an-

terior de la pelvis. Si se trata de una mujer de pared delgada, se llega sin esfuerzo a la altura del promontorio y se practica así una verdadera palpación pelviana. Si la mujer es tímida, hiperexcitable y vigorosamente musculada, es necesario proceder con una sabia lentitud y no contar el tiempo que pase. Se la hace respirar profundamente y a cada movimiento de expiración, la mano desciende más adelante conservando en el curso de la inspiración siguiente el terreno ganado. Lo que importa no olvidar, en el curso de esta técnica, es que la mano no debe jamás estar desprovista de suavidad. Si es necesario alguna fuerza, ella vendrá de los músculos de la espalda o del brazo. Una mano dura es siempre dolorosa; la mujer acusa al médico de torpeza, y ella tiene razón; por otra parte, por el hecho de la contractura de los músculos, se pierde una parte del sentido táctil.

"Si es necesario, en el caso, por ejemplo, en que la pared tiene demasiado tonicidad, emplear un esfuerzo que deba comportar una tensión rígida de los dedos, mejor será entonces, según M. Bonnaire, poner la mano inerte, de plano y de través por arriba del pubis, y pedir a un ayudante de presionarla, así al estado de reposo de ella conserva toda su sensibilidad, por presión ejercida sobre el dorso de esta mano. Los dedos, franqueando la margen de la pelvis, van a constituir un plano resistente pero sensible, sobre el cual el tacto vaginal profundo va a llevar en contacto el cuerpo del úte-

ro que se trata de estudiar." Se recomienda igualmente palpar con la mano primeramente calentada, de manera a evitar se produzca la contractura abdominal. Las colocadas, una en el hipogastrio y la otra en la vagina, abrazan el útero y permiten darse cuenta por una y otra de las modificaciones habidas en él. El tacto uterino se hace de preferencia con la mano derecha, el índice solo o unido al medio, franqueará el orificio vulvar, llegando a él por la comisura posterior. Según los principios dados por Budin, penetra a fondo en uno de los fondos de saco de la vagina, apreciando los caracteres de la mucosa de este conducto; y una vez llegado al final, por una serie de movimientos de circunducción concéntricos, llegará al cuello. Se apreciará entonces la modificación del cuello.

1.°*El descenso del cuello uterino.*—Desde muy antiguo se decía que el útero debido a su carga ovular tendía a caer en la pequeña pelvis bajo la acción de la pesantez, y entonces el cuello sería más fácilmente accesible. Este descenso es facilitado también por la relajación de los ligamentos uterinos, bajo la influencia de la imbibición gravídica y por el hecho de que el útetero, aumentado de volumen, la presión de las ansas intestinales está más grandemente repartida sobre el fondo. En la clásica plancha de Braune, que representa un útero de 2 meses, el cuello es manifiestamente descendido, el labio anterior del hocico desborda el plano infra-sacropubiano, mientras que queda siempre por

encima de él en los casos que están fuera del embarazo.

2.° *Reblandecimiento del cuello.*—Mientras que en la mujer que nunca ha estado embarazada, el cuello tiene una consistencia dura, fibrosa, consistencia de cartílago y que, según Dubois, es como la del lóbulo de la naríz, no sucede lo mismo durante el embarazo, sea éste uterino o extrauterino (Pinard). En la primípara, la primera manifestación del cuello es un reblandecimiento superficial que se efectúa de abajo hacia arriba; desde el fin del primer mes la mucosa de la punta del hocico es de tal manera reblandecida y edematosa, que da al tacto una sensación de blandura que se la ha comparado a la de los labios de la boca. Este reblandecimiento se extiende progresivamente en superficie y profundidad e invade al fin del tercer mes toda la superficie del cuello en una profundidad de 2 a 3 milímetros. Estos fenómenos tienen una marcha variable en su rapidez y época de aparición, sobre todo en las primíparas. En las multíparas este fenómeno es generalmente más rápido que en las primíparas, y un desgarro anterior en ellas, por poco profundo que haya sido, si hubo infección de parenquima, es lo suficiente para que exista una esclerosis casi cartilaginosa (Bonnaire).

3.° *Forma del orificio externo del cuello.*—Durante el embarazo, el orificio externo del útero en la primípara, pierde su disposición linear para redondearse.

4.° *Desarrollo del tapón mucoso.*—Esta es una gran diferencia anatómica que existe en el cuello del útero al estado vacuo y al estado de gravidez; está constituído por una barrera de tejido mucoso que separa así, al huevo en vías de desarrollo, de la vagina.

Aparte de estas modificaciones, se hallan otras que igualmente se aprecian por esta palpación bimanual y son dadas.

Por la forma.—Mientras que durante todo el embarazo el cuello conserva su forma cilíndrica, el cuerpo uterino pierde rápidamente su forma aplastada de adelante hacia atrás, para volverse piriforme en la sexta semana, a consecuencia del crecimiento progresivo del diámetro antero superior. El útero redondeándose y hacia el segundo mes, tiene la forma de una botella, en el cual, el cuello, es el cuello uterino (Bonnaire), cuando el huevo se halla implantado en una cara, un borde, o a nivel de un cuerno, existe desarrollo predominante en el lado que ha tenido lugar la inserción, dando entonces al útero una forma irregular, y que crece más rápidamente que el resto del globo uterino. Hacia el tercer mes es cuando se nota bien claramente que el cuerpo uterino constituye una saliencia muy neta como si un globo se sobrepusiera al cuello.

Las modificaciones que se aprecian por la palpación bimanual sobre el volumen, situación y dimensión, consistencia y relaciones, han sido extensamente tratados en el capítulo anterior, por lo que evito repetirlas. Prac-

ticado ésta, por una mano suave. según una técnica regular, el tacto no es doloroso, salvo los casos en que haya vaginismo.

Al hacer el tacto, si colocamos el dedo deprimiendo tan lejos como sea posible el fondo de saco posterior y volviendo la pulpa del dedo hacia adelante, otros aconsejan colocar el índice y el medio de cada lado del cuello, encontraremos que fuera del embarazo el dedo explorador introducido, puede deprimir el fondo de saco sin encontrar una parte resistente, mientras que la misma maniobra practicada sobre una mujer embarazada, de sensaciones distintas, el dedo encuentra una parte bombada por el segmento inferior ensanchado y como relleno, da la sensación de tumor, este es el signo de Budin, que tiene un gran valor semiológico, y será perceptible, según Noble, a partir de la sexta semana; pero Budin piensa que es difícil interpretarlo bien antes del tercer mes. Hégar insiste sobre la existencia de un pliegue transversal en el istmo al nivel de la pared anterior del útero, cuando este órgano está en anteflexión. Este signo tiene por origen la muy grande elasticidad de las paredes uterinas desde el principio del embarazo, y se percibe colocando el dedo vaginal en el fondo de saco anterior, mientras que la mano abdominal comprime el útero de arriba hacia abajo, y de adelante a atrás. Por esta doble presión, el huevo incompresible es rechazado hacia atrás y arriba; la pared posterior y el fondo del útero se tienden y vuelven más

convexas, mientras que las capas musculares profundas de la pared anterior serían separadas de las capas superficiales, de ahí la formación del pliegue.

Signo de Hégar.—Este autor tratando de obtener datos que orienten en el diagnóstico, observó haciendo palpación bimanual, que el segmento inferior del útero tenía una gran compresibilidad, una blandura, característica del estado grávido, y que era debida a su estructura anatómica, a imbibición de los tejidos por la hidremia y a la disociación en alto de sus fibras anulares.

Este signo, dado su gran valor diagnóstico, se generalizó. Fabre, Ribemont, Desaignes y G. Lepage, Bumm, Recassens, Bar Brindeau, Chambrelet, Mariette, Catuneaunu, lo describen cada uno de un modo distinto, existiendo entre ellos diferencia en cuanto al modo de investigarlo, y ésto, es debido a que no consideran que Hégar varía la técnica, según sea la posición que el útero tenga.

Lohlein, Müller, Sontag, Compes, lo han empleado. Lohlein lo practica bajo la acción clorofórmica, para evitar un cierto dolor que se produce. En Francia, Catuneaunu, en su tesis de 1895 lo expone y sostiene.

Hégar, en Diagnose der frühester Schwangerschafperiode Deutsche med. Wochenscha de 1895, dice que la comprobación de esta compresibilidad en los úteros antevertidos, se obtiene colocando el índice de una mano en el fondo de saco anterior de la vagina mientras

que la otra mano va palpando por la pared abdominal hasta encontrar el fondo del útero. Lo rodea, y palpando la cara posterior del órgano, trata de descender lo más posible y acercarse por ella al segmento inferior, tratando de que las dos manos vayan a su encuentro. Entonces se aprecia que en los casos de embarazo, los dedos se encuentran en la región mediana que es la más compresible y su contacto es tan íntimo, que su separación parece no ser mayor que el espesor de una carta de baraja, y la resistencia, debida a la tensión, es tan marcada cuanto que los tejidos vecinos blandos se extienden lateralmente. Si está el órgano retrovertido, uno de los dedos es colocado en la vagina y va hacia el fondo de saco posterior de la vagina, mientras que los de la otra mano, se introducen a través de la pared abdominal anterior inmediatamente por atrás del arco pubiano, palpa la cara anterior del útero, trata de descender en dirección al istmo del útero. El segmento inferior de este órgano se encuentra levantado por el dedo vaginal, la otra mano va a su encuentro y tratan de unirse, apreciándose el mismo reblandecimiento que en el caso anterior. Este reblandecimiento se hace más fácil cuando uno de los dedos es introducido en el ano, pero no tiene que permanecer en la ampolla, puesto que sino sólo alcanza los pliegues del cuerpo, tiene que pasar profundamente, y llega a tactar la parte media del segmento inferior del útero, que es la más compresible, mientras que las laterales son las que presentan mayor

resistencia; el otro dedo introducido en la vagina, se coloca en el fondo de saco anterior; a veces parece tener entre los dedos una parte de tejido que sólo afecta el espesor de una carta de baraja, y otras veces tiene el espesor de 4 a 5 milímetros.

Signo de Bonnaire.—Bonnaire, encontrando dificultades para tactar el segmento inferior, ya por elevación del útero, falta de profundidad y elasticidad de la vagina, hipertención y adiposis de la pared abdominal, ideó traer el útero hacia los dedos y aplicaba al diagnóstico obstétrico la técnica que había visto aplicar a Hégar para el diagnóstico ginecológico.

"Una pinza de Museux es colocada en el cuello. Una tracción suave y continuada es ejercida sobre el órgano en el sentido del eje de la pelvis, de manera de bajar el cuello hacia la vulva, sin dolor alguno. El índice es entonces deslizado tan profundamente como sea posible en el fondo de saco vaginal posterior, así acortado, él aprecia la consistencia del cuerpo del órgano gestador sobre toda la altura de la cara correspondiente." Si la vagina es muy corta o inextensible, el dedo toma la vía rectal. Si el pulgar es al mismo tiempo llevado al contacto del cuello descendido, la técnica ginecológica de Hégar se encuentra aplicada en toda su integridad.

Es sobre todo en los casos de retroflexión uterina, cuando se trata de decidir por el tacto solo, la palpación es eventualmente impedida si la masa retrocervi-

cal es constituída por el cuerpo uterino o por un tumor parauterino bajo tapando la mayor parte de la matríz, que este modo de exploración da los más grandes servicios. Inútil cuando el dedo, desplegando el fondo de saco vaginal posterior, llega a sentir con certidumbre el pliegue de flexión uterina, ella es indispensable cuando el signo del pliegue escapa.

El tiempo del descenso da a veces preciosa enseñanzas antes de la introdución del índice; por la facilidad o dificultad que se encuentra para efectuarlo, se puede prejuzgar de la ausencia o presencia de adherencias normales.

"La mano de un ayudante será una preciosa ayuda en esta técnica; una vez el útero descendido, será suficiente confiarle los anillos de la pinza que tendrá cuidado de tenerla baja y en el eje del útero para evitar el dolor, así son liberadas las dos manos del médico. La una practica el tacto vaginal o rectal, o también las dos asociadas a la manera de Hégar; la otra explora la región suprapelviana. Desde luego es posible, sino fácil, imprimiendo sea movimientos de lateralidad a una masa suprabiana con ayuda de la palpación, sea movimientos de ascensión y de descenso del útero por la pinza, diferenciar el útero grávido o no, de un tumor yuxtapuesto, mientras que la palpación combinada al tacto simple no podría establecer la disociación. Si el cuello es anormalmente reblandecido, fungoso o desgarrable, se usará la pinza a dientes redondos, pinza mo-

lar de Bonnaire." Si el examen de la mujer no puede ser practicado en el decúbito dorsal, es necesario recurrir a la posición lateral. En ciertas circunstancias será preferida la estación vertical, si se trata de ascitis, por ejemplo. En los quistes ováricos, se sacará ventaja de la posición genupectoral, de la Tredelemburg o de la de Jayle para ciertas clases fibronas.

Dificultades y errores

Muchas modificaciones anatómicas, fisiológicas y patológicas que tienen asiento en el abdomen, y que se encuentran fuera del útero, así como también la hiperestesia de las paredes, dificultan grandemente el examen de una mujer embarazada.

Existen otras dificultades emanadas del mismo útero, que dependen, ya sea de una desviación en la estática del órgano, o de la inserción del huevo, o de anomalías en su constitución, o de procesos patológicos existentes o anteriores a la entrada en función del órgano, que igualmente vuelven engorrosa la investigación del embarazo.

Entre las dificultades que pueden existir y no tienen por asiento el útero, se encuentra la adiposis: en una mujer en la cual la pared abdominal se encuentra espesada por una fuerte capa de grasa, la palpación y el tacto combinados dan reseñas muy obscuras. En estos casos, es necesario deducir algunos centímetros de la altura aparente del fondo del órgano,—a más, las sen-

saciones recibidas son muy obtusas, la consistencia del tumor es difícil de apreciar en lo que realmente vale.

Puede presentarse el caso de una mujer nulípara que, en la declinación de su vida genital, y poseída por un deseo inmoderado de maternidad, y autosugestionada, sienta casi todos los síntomas del embarazo: amenorreas, náuseas, algunos vómitos ,senos aumentados de volumen, etc., embarazo llamado nervioso; pero, el error es más fácil en mujeres jóvenes, en las que la adiposis acarrea a menudo una detención más o menos completa de la menstruación.

En estos casos, es necesario recurrir al examen del aparato genital; este examen puede ser dificultado por la adiposis generalizada; la vulva, en estos casos, tiene un gran acumulo de grasa, la vagina parece alargada hacia abajo, y las paredes perineales son poco depresibles, y resulta difícil alcanzar el hocico del útero.

El mejor método para salvar estas dificultades y establecer un diagnóstico exacto, es recurrir al descenso del útero, según la técnica de Bonnaire.

Bonnaire insiste de la manera siguiente sobre el valor de las reseñas que da el útero por la sensación de peso:

"El útero sano, y fuera de toda adherencia patológica, se desplaza en todos los sentidos, bajo la impulsión del índice apoyado sobre el cuello. Al estado de vacuidad, se deja fácilmente desplazar por una especie de despliegue y de elongaciones de los fondos de saco va-

ginales, y da una sensación de ligereza especial. Si existe embarazo, el órgano se vuelve túrgido y da al dedo una sensación de pesantez particular. En caso de obesidad, cuando se hace difícil percibir la situación y el volumen del útero por medio de la palpación y el tacto combinados, este carácter de ligereza y de pesantez del útero, adquiere un gran valor y permite formarse una opinión suficiente."

Los fibromas de la pared abdominal dificultan el examen, de un modo comparable a la adiposis. Cuando las ansas intestinales se encuentran distendidas por gas, el abdomen se encuentra aumentado de volumen (timpanitis). La percusión permitirá delimitar la zona que presente meteorismo, lo que será suficiente para poder apreciar en todo su valor las sensaciones recogidas por el examen.

La retención estercoral, es un gran obstáculo para el diagnóstico por medio de la palpación y el tacto, de ahí que es conveniente evacuar el intestino en toda mujer supuesta de embarazo.

En los casos en que el abdomen se encuentra lleno de líquido ascitis), la palpación se hace casi imposible. El abdomen está aplastado sobre la región mediana, que es sonora en decúbito dorsal, los flancos salientes y mates. En estos casos, Bonnaire aconseja practicar el tacto; estando la mujer de pie, la sensación de ola se siente en el fondo de saco de Douglas. Para este autor, es sobre todo "tomando con la mano el útero que se

salvan las dificultades; el útero es pequeño, móvil, ligero, oscilante en el líquido expandido; pero, generalmente, para esto se necesita casi siempre efectuar el descenso por medio de la pinza."

La retención urinaria puede aportar dificultades para el examen de la mujer, tanto más si existen contracciones intermitentes y dolorosas de la vejiga, tendientes a expulsar su contenido; de ahí, que se recomiende evacuarla para efectuar el examen.

Hay veces que se trata de reconocer a mujeres histéricas, y sucede que, desde que la mano es aplicada en el abdomen, la mujer se encoge y sus músculos se contraen, se tetanizan o quedan animados de movimientos convulsivos, y el examen se vuelve imposible.

Sucediendo esto, lo mejor es dar cloroformo hasta que exista una relajación muscular completa; pero, si es rechazado ,se la pondrá en la posición de Thure-Brandt, y se procederá con gran lentitud, tratando de acostumbrar su organismo, para la palpación como para el tacto. Hay casos que tampoco resulta, porque "la mujer se agita, gime, se levanta, y entonces es necesario renunciar a calmarla" (Bonnaire).

Suceden cosas muy parecidas en caso de neuralgias o de hiperestesia de los tegumentos del abdomen o de dolor ovárico (Budin). Aumenta las dificultades en estos casos, la frecuencia de timpanitis y la posible existencia de todos los signos funcionales del embarazo, y sin embargo, el útero está vacío (embarazo nervioso).

Los tumores pelvianos o abdominales inferiores, de cualquier naturaleza que sean, dificultan mucho el examen físico, el diagnóstico de embarazo es tanto más difícil cuanto que los fenómenos gravídicos son generalmente modificados por la afección intercurrente.

Entre los tumores del ovario (fibromas, quistes ováricos), los que más a menudo coexisten con el embarazo, son los quistes serosos; ellos lo enmascaran tanto más cuanto que los síntomas gravídicos aparecen en estos casos: perturbaciones menstruales, gástricas, nerviosas, mamarias, etc.

Los resultados del examen físico son los únicos que permitirán reconocer el embarazo, el que podrá pasar desapercibido durante algún tiempo, puesto que los quistes ováricos latentes toman a veces un desarrollo rápido bajo la influencia del embarazo. El quiste es generalmente desplazado, levantado por el útero grávido que lo rechaza lateralmente, pero el útero se deforma y se acomoda al lado del tumor ovárico, y el mismo es rechazado hacia el lado opuesto.

Para sentar un diagnóstico exacto en este caso, se debe recurrir al tacto rectal que permite percibir el reblandecimiento y aumento de volumen del útero; cuando éste es rechazado hacia abajo y atrás, está escondido detrás de una cavidad con líquido, vasto y tenso, que lo tapa completamente. Si el útero grávido está unido por el quiste detrás de la pared abdominal anterior, el

simple tacto vaginal, combinado a la palpación, suele ser suficiente.

"Nosotros no conocemos medio mejor para hacer un diagnóstico preciso, que la práctica del descenso uterino, por medio de la pinza, y acompañado del tacto vaginal o rectal. Es el mejor modo de llegar a considerar la disociación del tumor yuxtapuesto con el útero grávido." (Bonnaire).

Los empastamientos periuterinos (flegmones del ligamento ancho, pelviperitonitits, apendicitis, etc.), pueden hacer desconocer un embarazo, puesto que el útero es inmovilizado, encajado en un medio de tejidos inflamados, que lo mantienen "como aprisionado por una materia plástica" (Pozzi).

En estos casos, los bordes del útero son confusos; es imposible apreciar el volumen y la consistencia del órgano gestador por la palpación bimanual y se está obligado a recurrir a los signos funcionales.

De una manera general, cada vez que una masa se desarrolle en contacto con el útero, es difícil delimitar el órgano gestador por el examen físico. Las salpingo-ovaritis obran no solamente por su masa, sino por el dolor que ellas producen, y, en estos casos y los de salpingitis antiguas, el examen es difícil.

El útero grávido va cambiando de forma a medida que el desarrollo del huevo evoluciona. De piriforme aplastado se vuelve netamente globuloso, pero a veces esto no sucede así: él no aumenta de volumen de una

manera regular y uniforme. (Bar, Ouvrier, Varnier, Potocki).

Bonnaire, en 1902, llamó la atención sobre la frecuencia de estas irregularidades de forma y la importancia que tenían desde el punto de vista del diagnóstico, y, por el parecido que estas expansiones anormales del útero grávido tenían con la deformación de la cara en las periostitis alveolodentarias, imaginó bautizarla con el nombre de "fluxión uterina". Ya, Baudelo que, había indicado que, "aunque la matriz creciera en todos sentidos durante el embarazo y lo hiciera en razón del aumento del producto de la concepción, todas sus dimensiones no se extendían según las mismas proporciones, sea con relación a ellas mismas, sea con relación al feto". En efecto, tanto el diámetro longitudinal o el transversal son los que crecen más.

El huevo, al injertarse, puede hacerlo en diferentes puntos, ya sea del útero o de sus anexos, y la forma que el útero toma, según el lugar en que se hace la inserción ovular, dificulta grandemente el diagnóstico.

Si el huevo se inserta cerca del ostium uterino y el cuerno uterino se desarrolla como independiente del resto del órgano, por el tacto y la palpación se hallarán sensaciones muy especiales, y es necesario orientarse y analizar minuciosamente lo que se percibe para evitar un error de diagnóstico.

Al ángulo de un útero de volumen normal de vacuidad, parece agregársele un tumor elástico, se le sienten

los contornos, gruesos, se extiende un poco arriba, y se alarga transversalmente y desciende lateralmente sobre el borde del útero; no hay un surco que distinga esa masa de la matriz, parece que formaran cuerpo el fondo del órgano continúa el ángulo redondo, la trompa es independiente y más elevada, el ligamento redondo está en su lugar, el signo de Hégar es positivo; si se moviliza la masa con el dedo vaginal se ve que es única, que no hay nada yuxtauterino.

Pero hay otros casos en que el desarrollo local asimétrico es menos neto; el útero es desviado lateralmente, su fondo es mal sentido y uno de sus bordes es vago, como perdido en los tejidos, y parece tuviera como sobreagregado una capa espesa, y, recién después de algunas semanas de espera, se apercibe que el útero aumenta de volumen de arriba hacia abajo y que tiende a volverse uniforme.

El huevo implantado en un punto, obra como un cuerpo extraño, dilatable, presionando por sus diversos puntos las paredes que lo rodean y modificando la nutrición y circulación. Esta acción excéntrica de expansión es análoga a un balón de Tarnier lleno de agua y que dilatara el cuello. El huevo se llena de líquido amniótico y distiende los tejidos, que se hiperplasian y reblandecen.

Resulta difícil diferenciar un embarazo intrauterino en un cuerno, de un embarazo tubouterino, intersticial, o tubario, porque es por grados sucesivos que se pasa

de uno a otro, y los signos físicos son a veces insuficientes, tanto en un caso como en el otro, puesto que no hay línea de separación con el útero.

Para hacer un diagnóstico, se le puede basar sobre el alargamiento transversal de la masa tubaria, sitio y extensión del reblandecimiento, y desviación del útero, y, sobre todo, para orientarse, se tratará de percibir el punto de inserción del ligamento redondo, que se le encuentra en la parte interna de la masa tubaria; con el embarazo intersticial no resulta posible.

Se puede confundir un cuerno uterino grávido con una afección de la trompa, hidro, pio, o hemato salping, si se le da más importancia a los signos físicos que a los funcionales; también puede suceder ésto con los quistes del ovario, fibromas, y en úteros vacíos en retroversión.

Al hacer el examen físico de una mujer sospechosa de embarazo, debe tenerse en cuenta la influencia que tiene la situación y dirección del útero, tanto que, esta investigación, se puede volver difícil y hacer se cometan errores de diagnóstico.

El útero, colocado en retroversión o en retroflexión, puede enclavarse y ser mantenido por adherencias; el cuello dirigido hacia adelante se esconde atrás del pubis, el fondo de saco posterior está bombado bajo la presión del cuerpo uterino, el órgano gestador es más duro que al estado normal a causa de la tensión debida al enclavamiento, y es frecuentemente doloroso a cau-

sa de sus adherencias. En estas condiciones, el diagnóstico puede desviarse hacia un fibroma, o hematocele retrouterino, o un quiste del ovario que ocupa el fondo de saco de Douglas, o un tumor pelviano, mesentérico o del ligamento ancho.

En tesis general, en una mujer que tenga retroversión del útero y presente amenorrea, dolores violentos y retención urinaria, se pensará siempre en el embarazo.

"Para saber si hay embarazo simple en un útero en retroversión, si hay embarazo sin fibroma, fibroma sin embarazo, o embarazo con fibroma, se comenzará por reducir la masa, y el tacto y palpación combinados darán la última palabra sobre el estado de las cosas. El tacto rectal, puede ser llamado en auxilio.

En las lateroflexiones, los errores son más evitables, y el examen es más fácil; siempre conviene explorar bien los bordes del útero y constatar que no existen tumores yuxtauterinos, tales como un quiste ovárico, un prolapso ovárico, un embarazo ectópico, un cuerno uterino anormalmente desarrollado, una salpingitis."

En los úteros en anteflexión, el desarrollo se hace por fluxión del fondo, la cara anterior es dura, cartilaginosa, y da la sensación de un fibroma.

Las malformaciones uterinas merecen llamar la atención; los úteros bidelfos y bicórneos, no son supuestos cuando el cuello está intacto; la presencia de un espolón o una simple depresión en el fondo del útero, deben

siempre poner en guardia. Si un huevo se desarrolla en un cuerno rudimentario, resulta muy difícil diferenciarlo de un embarazo intersticial o tubario, y puede llegarse a suponer se trate de un útero grávido y fibromatoso.

Las histeropexias anteriores dificultan y enmascaran el examen, puesto que modifican los signos objetivos dados por el útero grávido "la pared anterior y el fondo del órgano gestador, invadidos por una especie de tejido de cicatriz que lo une a la pared abdominal, pueden escapar al trabajo de ampliación. Este se efectúa entonces a expensas de la pared posterior, y es tanto menos accesible a la investigación cuanto que esta cara está alejada de la mano y que el útero no puede ser descendido por la pinza."

El volumen del útero puede influenciar de modo que fácilmente se caiga en error, y es en las mujeres que crían que frecuentemente se encuentran casos de subinvolución uterina y que pueden con toda facilidad desviar la opinión médica y erróneamente establecer un diagnóstico de embarazo.

Si el órgano antes de la nueva fecundación presumida, había sufrido una involución normal y había sido explorado anteriormente, el examen se presenta con la facilidad habitual: el dedo constatará fácilmente la esferoicidad y blandura resistente especial del cuerpo del órgano y el reblandecimiento del cuello. Si se trata de una mujer que atribuye, a un embarazo que se inicia,

las molestias ligadas a la fatiga del amamantamiento y que al mismo tiempo ofrece un retardo en la involución uterina, el útero se encontrará grueso, como congestionado y sus paredes serán tensas, no cederán al dedo, el cuerpo y el cuello tendrán una igual consistencia. Queda por saber si detrás de la pared esclerosada no comienza un huevo a evolucionar. Entonces será necesario esperar para pronunciarse y será suficiente unas tres semanas del primer examen para que conservando memoria de los caracteres tactiles de la primera investigación, se la pueda comparar con la segunda, y entonces adquirir una certidumbre.

Como hay una subinvolución durable, que es verdaderamente patológica y que es casi especial de las multíparas, y que es a menudo, consecuencia de la infección puerperal, se requerirán datos de la evolución de los partos anteriores y como generalmente, en ocasión de fenómenos anormales del aparato genital: (pesantez del bajo vientre, leucorrea, dolores lumbares o irradiados, tenesmo, disturbios menstruales), la mujer se cree embarazada, se debe entonces reconocer la fuente de estas anomalías y el error a evitar es creer en el embarazo por el solo aumento de volumen y reblandecimiento congestivo. Se discernirá si se trata de una poussée inflamatoria accidental sobrevenida sobre el útero predispuesto a la flogosis por la esclerosis crónica e infectado por microbios latentes, estado conocido por metritis parenquimatosa aguda.

Frente a un útero atacado de metritis crónica, un cierto número de errores son posibles, sobre todo, cuando la resonancia morfológica sobre el útero es tal, que se puede imponer por un embarazo o inversamente. Respecto a esto, Bonnaires dice: "La metritis puede llevarse sobre la totalidad de la pared; mucosa y músculo, o sobre una capa solamente y puede localizarse en el cuello o atacar cuerpo y cuello; la metritis del cuello es más frecuente. El clínico que no cuenta como medio de exploración más que el tacto aislado de la palpación o la vista del cuello por el speculum, está muy sujeto a errores, puesto que ella produce una serie de modificaciones fáciles de confundir. Es de hecho común el ectropión de la mucosa con proliferación vegetante de papilas y esto puede dar al dedo una consistencia blandusca que se puede confundir con reblandecimiento gravídico.

"El error contrario no es raro. A veces el cuello y bajo la influencia del embarazo deja desbordar la mucosa hacia afuera, ésta ofrece un aspecto túrgido, abultada, y viéndola al fondo del especulum con su tinte violáceo y sin derrame catarral; el error consiste en tomarla por un útero con endometritis o por cáncer sin embarazo, error funesto porque una intervención con la cureta puede ser la consecuencia." Apoyándose en estas consideraciones, Bonnaire, niega la importancia atribuída a las solas modificaciones del cuello en el diagnóstico del embarazo.

Las formas habituales de las metritis del cuerpo son: la endometritis aislada y la metritis parenquimatosa, secundaria a un trabajo cicatricial del cuello o ligada a una subinvolución puerperal.

Si se trata de endometritis del cuerpo con embarazo concomitante, se producen derrames hidrorreicos o hidrohematorreicos, que pueden enmascarar el embarazo y simular una menstruación irregular. Aquí el examen bimanual del cuerpo del útero, él solo, permitirá establecer el diagnóstico.

En caso de esclerosis hipertrófica (forma parenquimatosa), con poussée aguda, debida a una infección latente, el sindrome, uterino, puede simular los disturbios simpáticos del embarazo, y en este caso se tendrá en cuenta que la esclerosis comporta un aumento de volumen del útero, y la poussée inflamatoria atenúa la consistencia rígida.

La palpación y el tacto combinados harán el diagnóstico. El útero grávido no es doloroso. El útero esclerosado con poussée aguda siempre es de una sensibilidad penosa, y este útero, si bien aumenta de volumen y es parcialmente reblandecido, no toma la deformación esferoidal del embarazo.

Los fibromas siendo siempre tumores más o menos duros, abultados e irregulares, de sitio y volumen variables, aportan generalmente una gran dificultad a la investigación del huevo a través de la pared del cuerpo del útero, y más, que su consistencia es muy va-

riable en un punto y en otro. Como el fibroma submucoso es fuente de hemorragias repetidas, se concibe que los derrames de sangre puedan enmascarar el embarazo en evolución.

El diagnóstico se facilita, cuando el útero que se examina es conocido con anterioridad, o que el médico es prevenido por la enferma de la presencia de un fibroma; pero hay que ser siempre prudentes en la afirmación de la existencia de un embarazo, sobre todo si el tumor está inclinado o difícilmente accesible, porque en presencia del aumento rápido del útero deformado, se puede preguntar si se trata solamente de tumor aumentado de volumen bajo el estímulo gravídico, o ha pasado con el útero a la cavidad abdominal. Fochier, en 1897 en la Société Obstétricale de France, sostuvo un signo probable de embarazo en el útero fibromatoso; este signo sería la fluctuación que existiría cada vez que el fondo o la pared anterior del útero fueran fácilmente accesibles. Para este autor, en los casos de tumor a desarrollo rápido, la fluctuación sería una presunción de embarazo concomitante.

Bonnaire dice: "sería temerario en parecidas circunstancias hacer un diagnóstico precoz. El reblandecimiento en higo maduro, localizado en un segmento del saco uterino, no puede ser más que un signo de presunción, porque la degeneración quística de los fibromas pueden dar igual resultado. Convendrá entonces, co-

mo en los casos muy complicados esperar los signos de certeza.

Muchas causas de error, son debidas a una interpretación defectuosa de los fenómenos observados, pues no hay un solo signo del embarazo, que en ciertas condiciones no lo pueda causar.

Por eso nunca se debe hacer un diagnóstico en presencia de un solo signo, o también de muchos, sin antes haber verificado el valor que se les debe dar a esos factores de la convicción clínica.

La concepción suprime el fenómeno periódico de la menstruación, luego la desaparición prolongada o intermitente de ella, constituye un serio obstáculo para el diagnóstico del embarazo en su primer trimestre, puesto que su supresión, es el primer indicio del fenómeno que comienza a evolucionar.

Existe amenorrea en los períodos extremos de la vida genital.

En niñas muy jóvenes, apenas púberes, y que nunca habían reglado, se ha visto, aunque excepcionalmente, ser fecundadas, menos raramente, la concepción sucede a una o dos menstruaciones, muy poco abundantes y sobrevenidas después de un largo intervalo. En estos casos, y en el de aquellas que precozmente entran a la vida genital, muchas veces ante estas perturbaciones menstruales, se desconoce el embarazo, y se piensa en disturbios de la pubertad. Sin embargo, en muchos casos, lo mismo que en los de clorosis y cloroanemia, la

auscultación del corazón y de las venas del cuello y el examen del estómago, da pretextos suficientes para que las investigaciones se continúen, con toda discreción, si la hipótesis de embarazo asalta el espíritu.

Por un fenómeno inverso, se encuentran mujeres en las cuales la menstruación falta o existe con grandes interrupciones; son personas de edad avanzada, y que sin embargo, se embarazan. Entonces se piensa en disturbios de la menopausia, en una enfermedad general, en un tumor uterino u ovárico. Aquí se puede pasar al lado de la verdad, y con tanta mayor facilidad cuanto que los fenómenos del embarazo recuerdan mucho a los de la menopausia, y a esta edad, los síntomas dados por el útero grávido, están muy atenuados.

También se encuentran ciertas amenorreas, como consecuencia de cambios de residencia. Sobre todo en jóvenes del campo que al llegar a la ciudad (generalmente sirvientas), se les suprime la menstruación: este disturbio mórbido es pasajero, y su origen está en la transición de la vida del campo al aire confinado de la Ciudad (Vinay).

En ciertas jóvenes recién casadas, se produce una detención menstrual que dura 2 o 3 meses, lo que hace suponer en un comienzo de embarazo, cuando en realidad se trata de una amenorrea por exceso de coito (amenorrea balítica. Bouchacourt).

Igualmente existe una amenorrea que es fisiológica, y esto sucede en las mujeres que crían, lo cual tiene un

rol importante en los errores de diagnóstico de que son objeto estas mujeres.

Se ha dicho que por la influencia del frío, a veces se suspendía la menstruación, y que en algunos pueblos de los más fríos del globo, la menstruación faltaba en los meses de invierno, pero esto no se ha demostrado.

Entre las enfermedades que traen suspensión menstrual, están la clorosis, la cloroanemia y la tuberculosis pulmonar. En estos casos, resulta relativamente fácil la confusión, pues existen disturbios digestivos y nerviosos. En la tuberculosis pulmonar, si hay aumento de volumen del vientre, se pensará en las manifestaciones peritoneales tuberculosas.

En la psicosis (manía, melancolía, confusión mental, delirio agudo, locura periódica, delirios, etc.,), la menstruación está casi siempre suspendida.

La amenorrea también existe en las nerviosas (histeria, neurastenia, bocio, esclerodermia, acromegalia), que no implican agenesia, y el embarazo puede ser desconocido.

Existen amenorreas por intoxicación crónica (morfinomanía etc.,). Hay algunas que tienen grandes irregularidades en su menstruación, aun cuando son perfectamente sanas y nada la explica sino es la adiposis. En estos casos se puede desconocer el embarazo en su principio, los disturbios funcionales gravídicos no pasan desapercibidos, pero ellos son achacados a la afección concomitante que se acompaña casi siempre de dis-

turbios engañadores, sobre todo de parte de los sistemas digestivo y nervioso.

Agregaré otras amenorreas patológicas, útero infantil, atresia del cuello (de donde hematometría), imperforación del himen(de donde hematocolpos), metritis esclerosa con atrofia consecutiva, ciertas lesiones orgánicas del ovario (cáncer).

La supresión de las reglas es considerada como uno de los mejores signos del embarazo, pero hay algunas mujeres que dicen reglan durante la gestación; pero lo que muchas de ellas llaman reglas no son tales, son hemorragias.

Algunas sospechosas de embarazo dicen reglar normalmente, o acusan metrorragias, dolores, etc., y lo hacen con el fin de incitar indirectamente, a la introducción del histerómetro, curetage, etc.; de una manera general, no se deben aceptar estos datos sino con muchas reservas, y esta reserva es tanto más prudente, cuanto que hay metrorragias que se pueden observar durante el embarazo normal y sobre todo anormal, en la histeria, mixedema, parálisis general (sobre todo en su principio), y en las neuralgias y neuritis.

A veces la abundancia de las metrorragias y la aparición de coágulos hace creer en la expulsión prematura del embarazo, y el huevo, sin embargo, está intacto en el útero y podrá continuar su evolución de un modo normal.

En todos estos casos, es necesario investigar si el de-

rrame de sangre es periódico, regular, si corresponde a la época habitual, su duración, sus caracteres y si es acompañada de los fenómenos habituales de la menstruación.

Si se puede examinar la mujer repetidas veces, se verá que lo que ella llama reglas, no tiene el aspecto de los derrames menstruales; primero aparecen manchas rosadas, después sangre francamente roja y llega después a constituir verdaderos loquios rudimentarios. La sangre menstrual tiene propiedades físicas e histológicas que no dejan confundirla con otra clase de sangre.

Diagnóstico diferencial

El examen físico, permite eliminar un gran número de errores que pueden cometerse al tratar de establecer un diagnóstico diferencial entre el embarazo en su primer trimestre y diferentes estados patológicos, y aun dando a este examen toda la importancia que merece, no se está completamente al abrigo del error, pues éste se puede presentar bajo aspectos distintos.

En los casos de retroflexión con adherencias o de lateroflexión del útero grávido, el más hábil puede suponer un quiste del ovario, una salpingitis, un fibroma, etc., y sobre todo hacer un diagnóstico de embarazo ectópico.

Tumores del ovario.—Es sobre todo al principio del embarazo que los tumores del ovario pueden hacer suponer o desconocer un embarazo. Cuando el tumor hace su aparición o presenta una poussée aguda en su desarrollo, la supresión de la menstruación que a menudo existe, explica la posibilidad de un diagnóstico erróneo.

Este error es más fácilmente cometido cuando se

trata de un pequeño fibroma del ovario prolapsado en el fondo de saco de Douglas, y entonces se le puede confundir por un útero grávido en retroversión, pues los signos dados por el tacto son casi los mismos, y si estos signos no tienen una precisión suficiente, se llega a hacer necesario efectuar el examen bajo cloroformo. El fibroma del ovario, que es a menudo pediculado y por lo tanto movible y del tamaño no mayor de una naranja se diferencia del embarazo en que está situado lateralmente a una cierta distancia del útero, en que aumenta muy lentamente y es mucho más duro que el útero grávido.

Los sarcomas y los quistes papilomatosos del ovario, tienen una consistencia muy análoga a la del útero grávido, pero son raros, frecuentemente son bilaterales y se acompañan de ascitis.

El cáncer del ovario, es duro, abollonado, móvil y está acompañado de una caquexia muy especial.

Todos los quistes del ovario, cualquiera sea su variedad, tienen una gran importancia en cuanto al diagnóstico diferencial del embarazo, aunque estos tumores están generalmente situados por fuera y atrás del útero grávido y tienen mayor movilidad que éste.

Los quistes serosos se prestan grandemente a la confusión con un útero grávido, pues presentan síntomas funcionales de apariencia gravídica: perturbaciones menstruales (irregularidad o supresión); perturbaciones del aparato digestivo (anorexia, náuseas, vómi-

tos); disturbios del sistema nervioso; modificaciones mamarias (pigmentación de la areola, derrame de calostro); aumento de volumen y tensión del abdomen, etc. El estudio de la marcha de la afección y los resultados dados por el examen físico darán los elementos necesarios para el diagnóstico.

En los quistes del ovario, la mujer adelgaza y se debilita, y la distensión abdominal se hace como a saltos. A la palpación se siente un tumor más lateral que mediano, casi francamente fluctuante, de consistencia más uniforme que el útero grávida. El útero es a menudo desviado, arrastrado en retroflexión, prolapsado y enclavado gracias al tumor; el cuello que generalmente se ha hipertrofiado, bascula hacia adelante y se eleva; el útero a veces se encuentra separado del tumor por un surco.

Embarazo ectópico.—Durante el primer trimestre de un embarazo uterino, muchas veces resulta difícil diferenciarlo con un embarazo ectópico, tanto más cuanto que los dos tienen sus signos funcionales casi idénticos. Las formas útero intersticiales y también tubarias verdaderas, hacen pensar en un embarazo que evoluciona en un cuerno normal, en un cuerno rudimentario o en un útero bífido. Este error, en la forma inversa también puede cometerse. Durante el primer trimestre, nada diferencia en embarazo ectópico que evoluciona normalmente, de un embarazo uterino, salvo puede ser una persistencia más o menos completo del derra-

me menstrual, disturbios funcionales exagerados y dolores abdominales que hacen pensar en una amenaza constante de aborto. Por el examen físico se puede llegar a determinar la naturaleza del tumor. Bonnaire dice: "Para establecer un diagnóstico de embarazo extrauterino, la práctica del descenso uterino no es solamente juiciosa, sino también necesaria en la duda. Efectuado con el cuidado y suavidad necesarias, este descenso es menos dañoso, bajo el punto de vista de la rotura del saco fetal ectópico, que un tacto y palpación insistente."

De este modo se pueden determinar las conexiones verdaderas del tumor con el útero y se constata que el útero es desplazado por el tumor fetal, rechazado hacia adelante o lateralmente del costado opuesto al huevo y que el se hipertrofia progresivamente quedando, sin embargo, aplastado, lo cual se concibe estando el órgano con su cavidad vacía. El útero presenta un reblandecimiento siempre muy neto que se encuentra a la vez sobre el cuerpo y el cuello; su mucosa se transforma en caduca y más o menos pronto se elimina en pedazos, presentando orificios glandulares situados entre los surcos dispuestos irregularmente. La expulsión de una caduca uterina es un signo muy importante y autoriza a practicar un cateterismo uterino, reconociéndose entonces que el órgano está agrandado en todos los sentidos, pero vacío.

Si el embarazo ectópico no ha sido sino supuesto,

puede llegar a revelarse por complicaciones súbitas, fenómenos peritoneales ligados a la formación de un hematosalping, ruptura del saco grávido, etc., y obligar a una intervención rápida.

En el caso en que el saco fetal está prolapsado en el fondo de saco de Douglas, se piensa a menudo en un útero grávido en retroflexión. También se debe estudiar la movilidad de la masa, fijando el útero con la pinza, y esto permite a veces reconocer la presencia de un surco entre el tumor y el útero. "Si el tumor es sesil, como en los embarazos tubarios verdaderos, tiene un pedículo que por corto que sea, indicará por el desplazamiento su independencia del cuerpo uterino. Esto también sucede en los casos en que el embarazo se desarrolla en un cuerno rudimentario.

"También se podrá basar el diagnóstico como lo aconsejan Kussmaul y Sanger, investigando el punto en que se inserta el ligamento redondo, el cual está situado más internamente con relación al saco fetal, en caso de embarazo tubario verdadero."

Un embarazo normal se puede confundir con uno extrauterino, cuando las paredes del útero se desarrollan irregularmente o en fluxión o el huevo está injertado en un cuerno normal o rudimentario.

Segond y Rontier, han señalado en la Societé de Obstétrique de Ginécologie et de Pédiatrie de París en 1900 errores de diagnósticos en casos de lateroflexión del útero grávido, errores que llevaron hasta la

laparatomia. A este propósito Bar y Brindeau recordaron casos personales e insistieron sobre la facilidad de equivocar este diagnóstico. Se concibe fácilmente esto, pues esta forma de embarazo se acompaña a menudo de hemorragia interna (pequeñez y rapidez de pulso, tendencia sincopal), y externa (pérdida de sangre y expulsión de residuos que se toma por caduca), y a veces es.

El examen físico, muestra dos tumores juntos: el uno duro, recuerda un útero un poco grueso, y el otro voluminoso, muy blando, casi fluctuante, lo que afirma el diagnóstico de embarazo extrauterino y una laparatomia y la sorpresa consiguiente es la resultante de este error (caso Wasilieff, de Brindeau, etc.).

Para no confundir un embarazo ectópico con un pequeño fiibroma o un quiste del ovario en su principio, se tendrán en cuenta, sobre todo, los signos funcionales, los físicos son casi idénticos.

El diagnóstico diferencial entre embarazo tubario y la salpingitis sobre todo quística, es a veces bastante difícil, las dos masas tienen la misma situación y consistencia, y se basará entonces, para pensar en salpingitis, en la ausencia de signos funcionales gravídicos, antecedentes genitales de la enferma (metritis gonocócica, consecuencias de partos patológicos), su tipo menstrual y los signos ligados a la lesión (Leucorrea abundante, dolores bajo forma de cólicos violentos y espontáneos en una fosa iliaca, exasperados por la fa-

tiga, micción dolorosa, fiebre con período de remisión); a más como signos físicos se constatará en la salpingitis que los fondos de saco están borrados y muy sensibles, según que la lesión sea uni o bilateral.

Hematocele retrouterino.—En este caso los signos físicos deben ser investigados cuidadosamente. En el fondo de saco posterior se siente un tumor redondeado globuloso que varía del volumen de un puño al de la cabeza de un adulto, y rechaza al útero hacia adelante y aplasta el recto hacia atrás. Esta masa puede ser tomada por un útero grávido y en retroflexión, o por un embarazo extrauterino no roto. Si la colección sanguínea es reciente, la sangre expandida, es espesa, siruposa; al tacto da una sensación elástica y renitente, y fácilmente puede llevar a confusión. Pero si el hematocele es antiguo la presencia de coágulos se reconocen fácilmente por el tacto, pues da una sensación de crepitación nevosa y después de una dureza leñosa.

Masa tuboováricas de origen inflamatorio. — Estos casos simulan un útero grávido en retroflexión fijado por adherencias; pero estos tejidos inflamados son generalmente dolorosos, difusos extendidos en ancho y no participan de los movimientos que se imprime al cuello uterino, mientras que estos movimientos se trasmiten bastante bien al cuerpo flexionado grávido. Los antecedentes, darán metritis y sobre todo metritis gonocócica o consecuencias de parto patológico.

Tumores pelvianos.—Pueden pero raramente, exis-

tir errores en el diagnóstico del embarazo, tratándose de tumores de la pelvis (encondromas, sarcomas, quistes hidatídicos) fiibromas o lipoma del ligamento ancho o tumores cualquiera, que llenan o no el fondo de saco de Douglas (quistes hidatídicos y cáncer del hígado, bazo, intestino, fibroma de la pared abdominal). Estos errores son como digo, muy difíciles, pues el examen físico y los signos funcionales del embarazo, lo impiden.

Existen también modificaciones del útero que simulan el embarazo y que se las debe diferenciar.

Congestión uterina.—En estos casos el útero es generalmente muy hipertrofiado y fácilmente la idea de embarazo puede asaltarnos. Tanto más que existe un notable grado de reblandecimiento muy análogo al que se observa durante el principio del embarazo. Para sentar el diagnóstico de congestión y rechazar el de embarazo, se constatarán la ausencia de los signos funcionales de la gravidez y se tendrá en cuenta el terreno neuro-artítrico, la edad de la mujer (pubertad o menopausia), el estado del intestino (constipación habitual), sin descuidar el examen físico con el descenso del útero por medio de la pinza, pero sin recurrir al histerómetro, por dudas que queden.

Metritis crónicas.—Estas inflamaciones tienen ciertas analogías con el útero grávido, pero se les puede diferenciar, en que en las metritis hay siempre leucorrea abundante y dolores lumbo abdominales que son des-

pertados por la palpación bimanual. Si hay ectropión de la mucosa cervical con proliferación vegetante de papilas el dedo que tacta, puede sentir una sensación engañosa de blandura. Pero el examen local muestra que, en la metritis crónica, el cuello y el cuerpo están igualmente aumentados de volumen, de manera que, el útero toma en conjunto una forma cilíndrica, muy diferente a la del útero grávido. La enferma tiene antecedentes patológicos de su útero (gonococia, infección puerperal, eac.).

Tuberculosis uterina.—Esta afección ocasiona una hipertrofia del órgano, sobre todo en su forma intersticial. El diagnóstico es casi imposible si la tuberculosis es primitiva, en razón de la insuficiencia de los signos de endometritis y de dismenorrea. Si el canal cervical está obliterado por vegetaciones, las secrecciones son retenidas en la cavidad del cuerpo, y el útero adquiere el volumen del puño; también existen perturbaciones menstruales, todo lo cual facilita para que se piense en un embarazo que no existe.

Hematometria.—En ésta, las reglas faltan siempre y el útero está constantemente hipertrofiado, lo que explica el error. Al examen al especulum se constata la ausencia de signos de embarazo, se revela la oclusión del cuello, detrás del cual se acumula la sangre menstrual .A veces la trompa está distendida por la masa sanguínea, los cólicos sobrevienen periódicamente, y

lo brusco de la hipertrofia uterina aclaran el diagnóstico.

Fibromas uterinos.—Entre los errores más extendidos en obstetricia está el tomar un fibroma por un embarazo, creer en un embarazo tratándose de un fibroma o desconocer su presencia simultánea, y a esto ayuda el que se encuentren los fenómenos llamados simpáticos del embarazo, en casos de fibromas uterinos. Es sobre todo en los casos de fibroma intersticial y alojado profundamente cuando esto resulta más fácil. El examen físico, puede evitarlo, y a él se debe recurrir. Bonnaire dice: "Los conmemorativos indicarán que nos encontramos en presencia de una mujer atacada de menorragia, que ha tenido una serie de abortos o bien de partos distócicos. Se quejará de leucorreas abundantes, tenesmo vesical o rectal, dolores abdominales, y de tener de tiempo en tiempo el abdomen voluminoso. A la inspeción, la distención del hipogástrico no parece está en relación con la edad del embarazo, si se toma en consideración la data de la última menstruación. Por la palpación el útero se encuentra grueso, y regular, indurado por placas. Si el fibroma es subperitaneal, es aislable; si es intersticial, la pared no será abollonada, pero si inigual, ondulada; si es submucoso, hay una cosa que salta a la vista: el volumen anormal del útero que en el resto parece redondeado regularmente, pero su fondo bastante elevado, desviado lateralmente, desborda hacia adelante como mal equilibrado o cae en el fon-

do de saco de Douglas. Más que la palpación, el tacto ayudará para el diagnóstico, principalmente si el fibroma forma parte del segmento inferior, porque, para las regiones elevadas el diagnóstico presenta dificultades invencibles.

"El cuello es ordinariamente muy elevado, a veces el tacto bidigital, no es suficiente para tomarlo; una parte de la mano será introducida en la vagina, sino, se hace el descenso por la pinza. El cuello es desviado al lado opuesto al tumor que lo hace bascular, es duro, deformado, a veces muy largo, como si hubiera sufrido un estiramiento.

"El error del diagnóstico resulta fácil solamente en el caso que se trate de tumores enteramente salientes en la cavidad del órgano y sin deformación externa."

También puede tomarse una retroversión del útero grávido por un fibroma de la pared o inversamente.

En efecto, el fondo de saco posterior de la vagina está borrado y bombado por la presión de una masa redondeada, dura (consecuencia de la tensión debida al enclavamiento).

Bué da los siguientes consejos: "para saber si se trata de un embarazo simple, en un útero en retroversión, si hay embarazo sin fibroma, fibroma sin embarazo, embarazo con fibroma, se comenzará por reducir la masa y el tacto rectal, aclarará el diagnóstico. Conviene recordar que el fibroma ocasiona a menudo retención de orina que el útero en retroversión; el da lugar a

hemorragias y no es contractil." Puede también tomarse por un embarazo extrauterino un fibroma subperitonal, colocado en un costado y atado al útero por un pedículo lateral más o menos largo. Para hacer este diagnóstico, se basará sobre todo en la dureza del fibroma y la blandura del huevo ectópico. También puede desconocerse un embarazo y creerlo un fibroma; esto puede suceder en un embarazo angular y en presencia de un útero que presente superinvolución o esté atacado de esclerosis o metritis parenquimatosa, porque entonces sus paredes son gruesas y tienen a menudo bandas o islotes indurados.

En los casos de embarazo con endometritis decidual, puede haber error y hacerse un diagnóstico de fibroma, atribuyendo una importancia excesiva al síntoma del útero.

Cáncer del cuerpo uterino.—Este diagnóstico no presenta dificultad, pues no hay más síntomas comunes entre el cáncer y el embarazo que el aumento de volumen del útero.

El cáncer presenta derrames hemorrágicos, icorosos, saniosos, fétido, hay dolor y caquexia, y la enferma es de edad avanzada.

Mola hidatiforme.—En este caso las hemorragias precoces en un 50 o|o son el hecho más importante; sobrevienen sin dolor, sin causa apreciable, se repiten a intervalos irregulares, generalmente se vuelven más y más abundantes y a menudo se acompañan de dolores

abdominales. La sangre se encuentra o líquida o en forma de coágulos. En los intervalos de los hemorragias se ven pérdidas rosadas, serosanguíneas.

Se encuentra anemia, una palidez notable y a veces hinchazón de la cara. En ciertos casos la palidez es extrema y los tegumentos tienen un tinte amarillento; los casos de mola están ligados generalmente a la albuminuria y existe edema en las piernas y muslos o anasarca; muchas veces se trata de mujeres adelgazadas, lengua roja y seca, cefalea muy violenta, epistaxis, disturbios de la vista, zumbidos de oídos, disnea más o menos marcada.

El aparato digestivo también toma parte en la sintomatología, se observan vómitos graves y a veces incoercibles.

A veces los senos que eran túrgidos se vuelven cada vez más blandos hasta que quedan flácidos y sin secreción.

Un signo de gran valor, es el crecimiento rápido del volumen del vientre, crecimiento caprichoso e inigual, y la falta de relación del volumen alcanzado con el abdomen con el tiempo transcurrido desde la supresión de las reglas.

Por la palpación y tacto combinados, se nota por la mano abdominal, que el útero es blando, es pastoso, con alternativas de resistencia; para la mano vaginal, el segmento inferior es menos duro que cuando está ocupado por otra parte fetal, es más espeso que en los casos de

placenta previa y a más tiene una renitencia especial. Cuando el orificio interno permite la introducción del dedo, se toca una masa blanda, inigual, esponjosa, pero menos consistente que la placenta y menos friable que un coágulo sanguíneo, y en algunos casos se puede destacar de esta masa algún pedacito, vesícula hidatiforme y que permite establecer el diagnóstico con certidumbre absoluta.

Héctor A. Gutiérrez del Busto.

BIBLIOGRAFIA

Henri Varnier. — La practique des accouchements obstetrique Journaliere. — París 1900.

Pucch en Paúl Bar, A. Brindeau, J. Chambelent. — La practique de l'art des accouchements. — 1909.

A. Charpentier. — Traite practique des accouchements. — París 1883.

D. Sebastián Recassens y Girol. — Tratado de Obstetricia.

Testut y Jacob. — Anatomía Topográfica.

J. L. Faure y Siredey. — Traite de Ginécologie Médico Chirurgicale.

Georges Mariette. — Thése. — París 1903.

J. Guardado. — Tesis. — Buenos Aires, 1913.

A. Derosa. — Tesis. — Buenos Aires, 1908.

S. Tarnier y S. Chantreuil. — El arte de los partos. — Traducción León y Luque. — Madrid 1883.

L. Bouchacourt. — Le diagnostic de la grossesse. — París 1906.

Siredey. — Journal de Medecine et de chirurgie practique.

Bianchi y Levi. — Sociéte de Biologie. — Juillet 1902.

Bourgean. — Thése. — Diagnostic précoce de la grossesse, 1902.

Catuneaunu. — Du signe de Hégar. — Thése. — París 1895.

Hégar.—Diágnose der frühester Schwangerschaftperiode. Deutchs Med. Wochenchr. — 1895.

G. Morache. — Grossesse et accouchement. — 1903.

G. Blondel. — Sociéte d'Obstetrique de París. — Mai 1900.

E. Coudert. — Thése. — Les grossesses compliqués des tumeurs solides de l'ovaire. — París 1904.

E. Bumm. — Trattato completo di Obstetricia. — 1905.

Fabre. — Précis d'obstetrique. — 1910.

A. Ribemont Dessaignes y G. Lepage. — Tratado de Obstetricia. — 1904.

V. Bué. — 4 observations des tumeurs fibreuses de l'uterus. L'obstetrique. — September 1903.

Buenos Aires, Junio 15 de 1915.

Nómbrase al señor Consejero doctor Enrique Zárate, al profesor titular doctor Samuel Molina y al profesor suplente doctor Faustino J. Trongé para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

L. Güemes.
J. F. Gabastou,
secretario.

Buenos Aires, 30 de Junio de 1915.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3012 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

L. Güemes.
J. F. Gabastou,
secretario.

30342

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1.ª—Diagnóstico microscópico del embarazo.

Zárate

2.ª—Preñez extrauterina. Su diagnóstico.

Molina

3.ª—Signo de Hégar.

Trongé