



Año 1916

N.º 3173

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Diagnóstico del embarazo EN LOS PRIMEROS MESES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

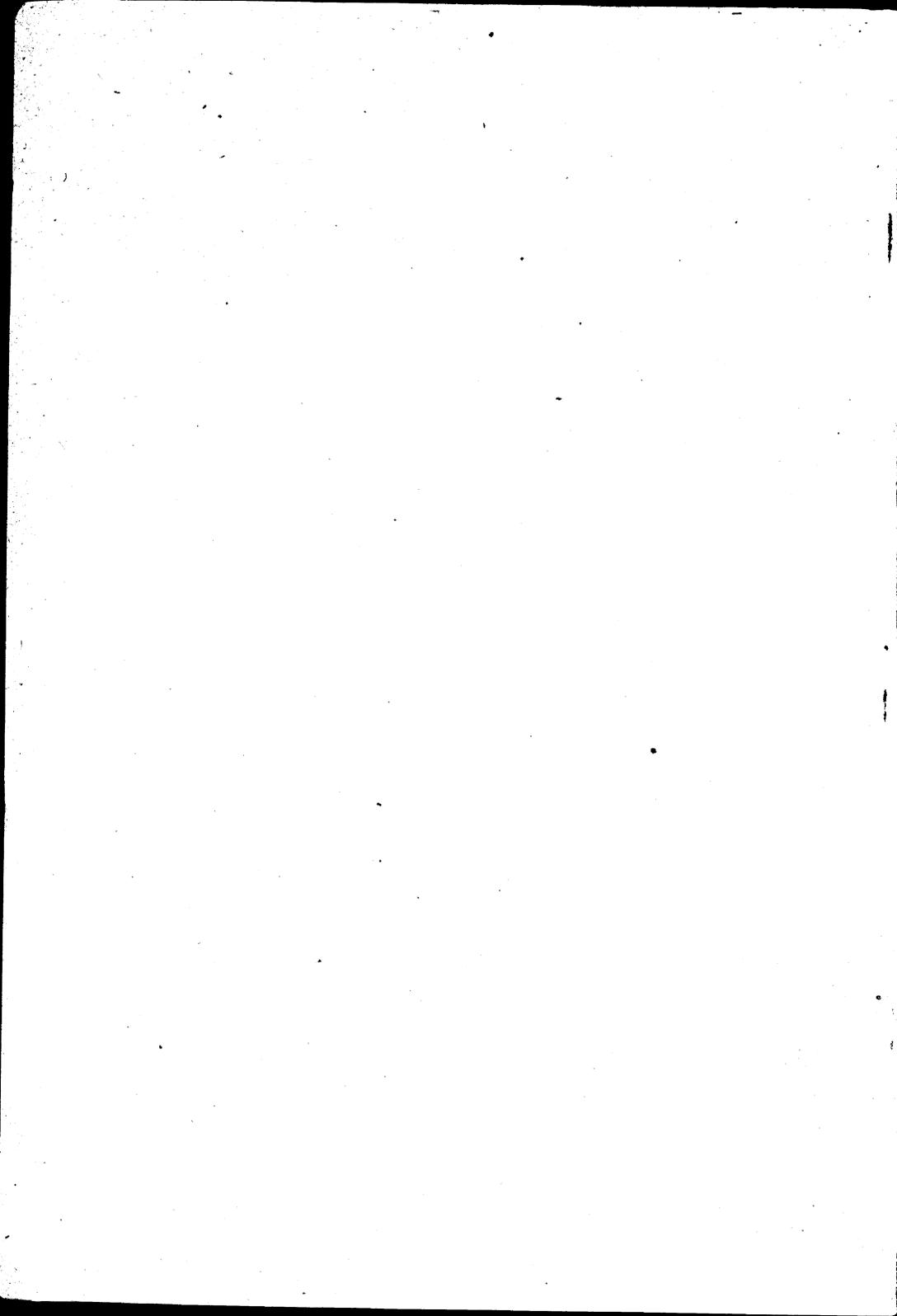
POR

PEDRO R. CROUZEILLES

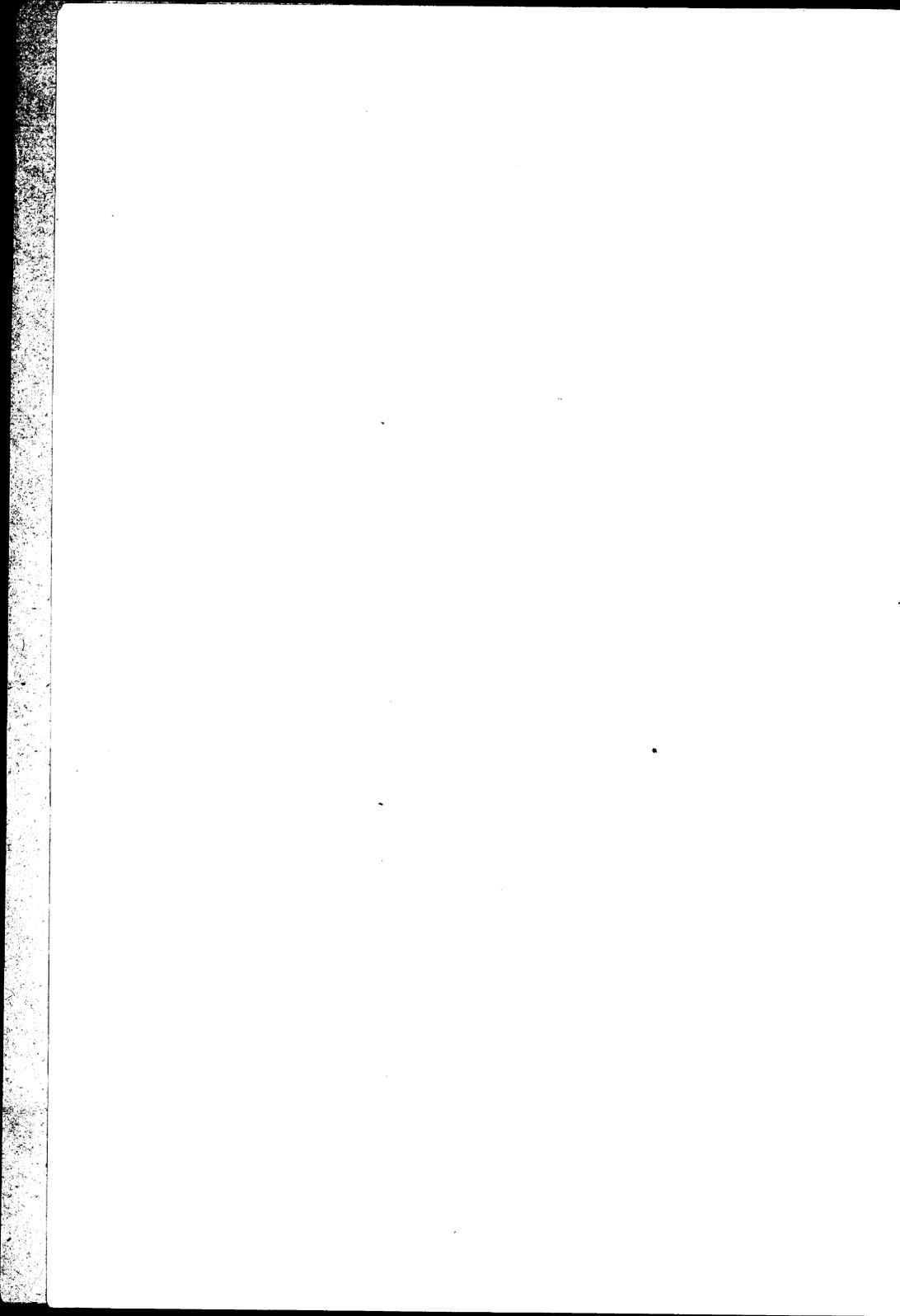


BUENOS AIRES
IMP. VINCENTY, BOSSIO & CIA. — CORRIENTES 3151
1916

Mix. B. 39.15



Diagnóstico del embarazo en los primeros meses



Año 1916

N.º 3173

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Diagnóstico del embarazo

EN LOS PRIMEROS MESES

..

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO R. CROUZEILLES



BUENOS AIRES
IMP. VINCENTY, BOSSIO & CIA. — CORRIENTES 3151
1916

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

Artículo 162 del R. de la Faculta

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

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 MALBRÁN
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

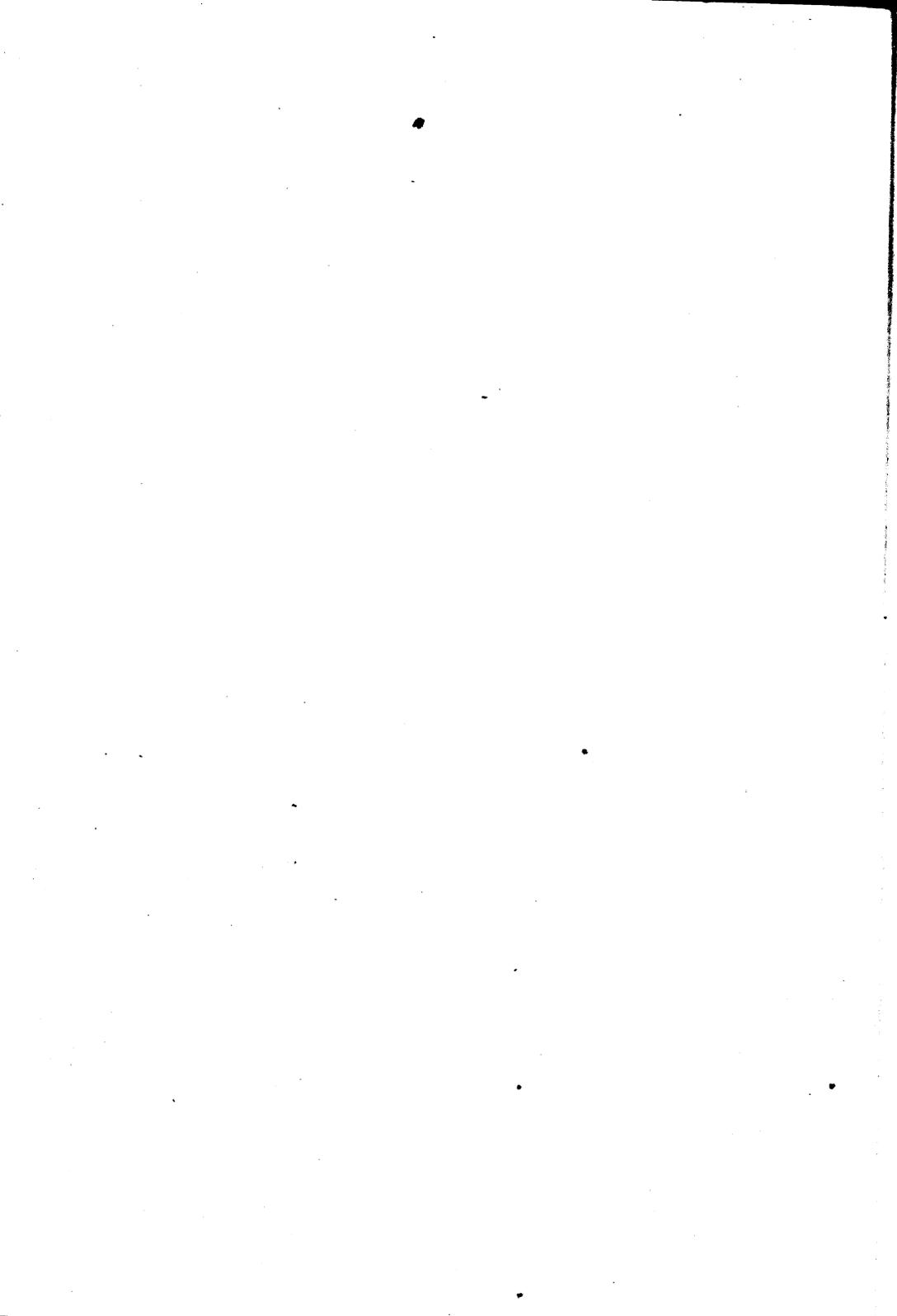
- DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

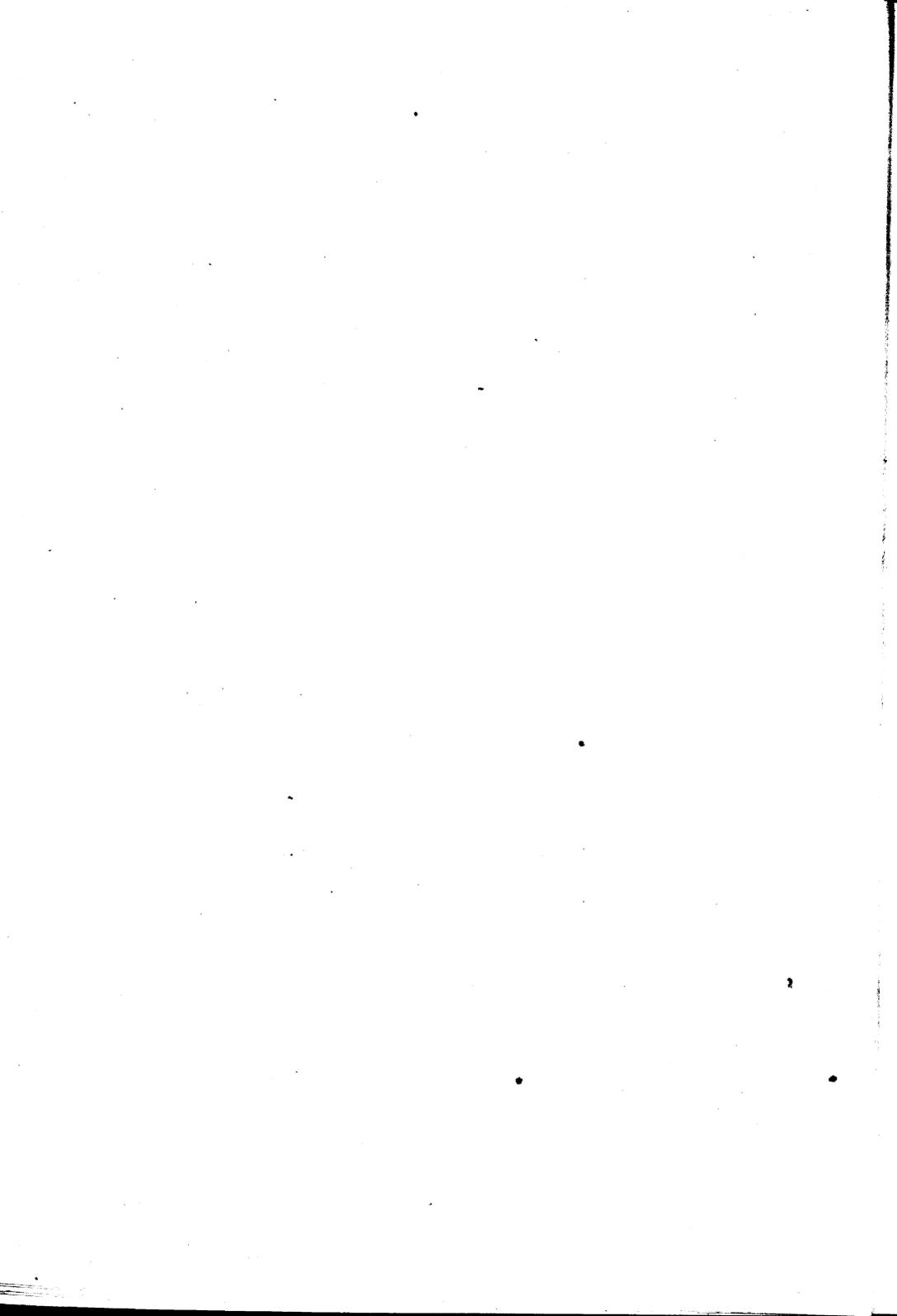
DR. D. LUIS GÜEMES

- » » 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 (Facultad).
-



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

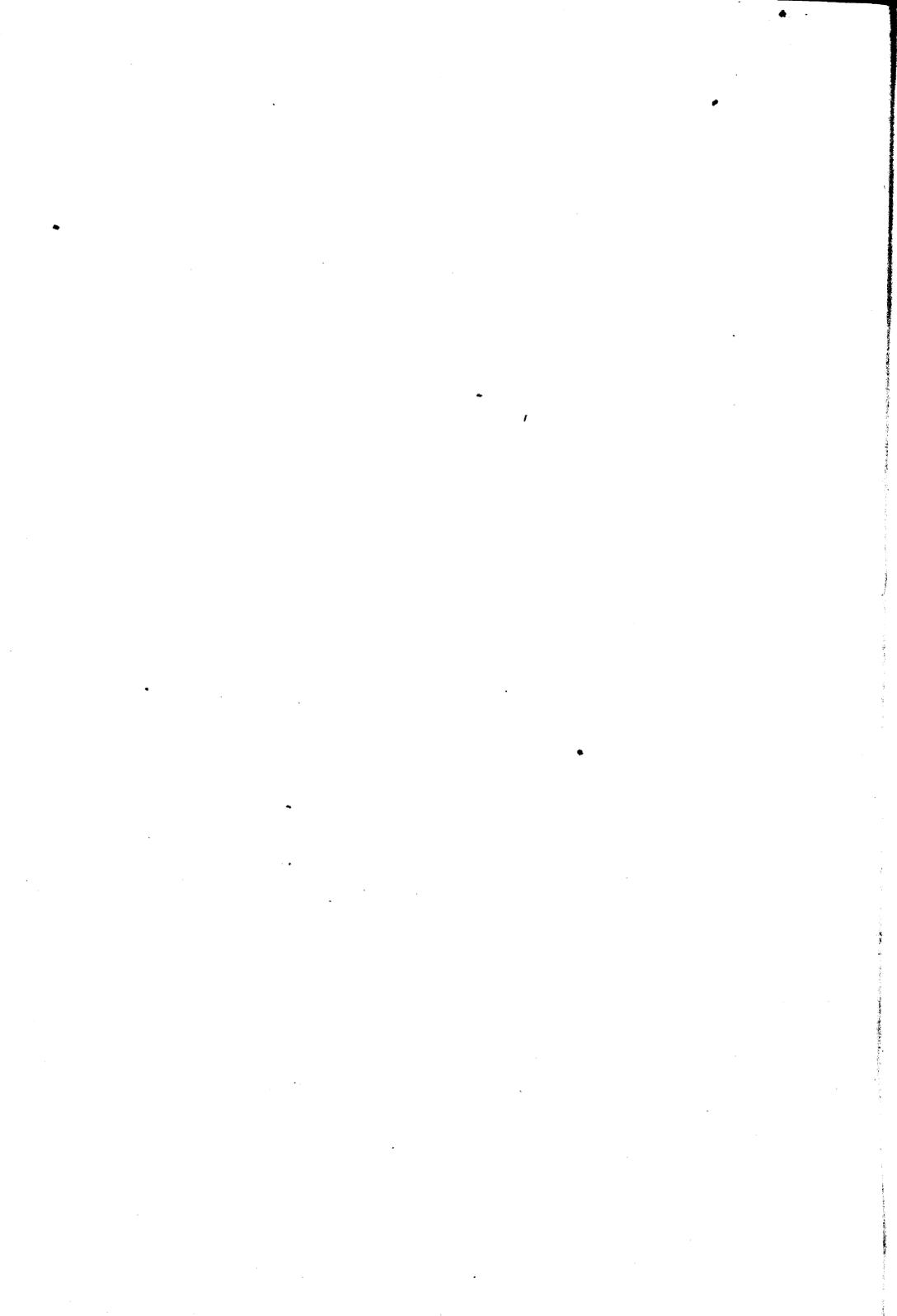
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

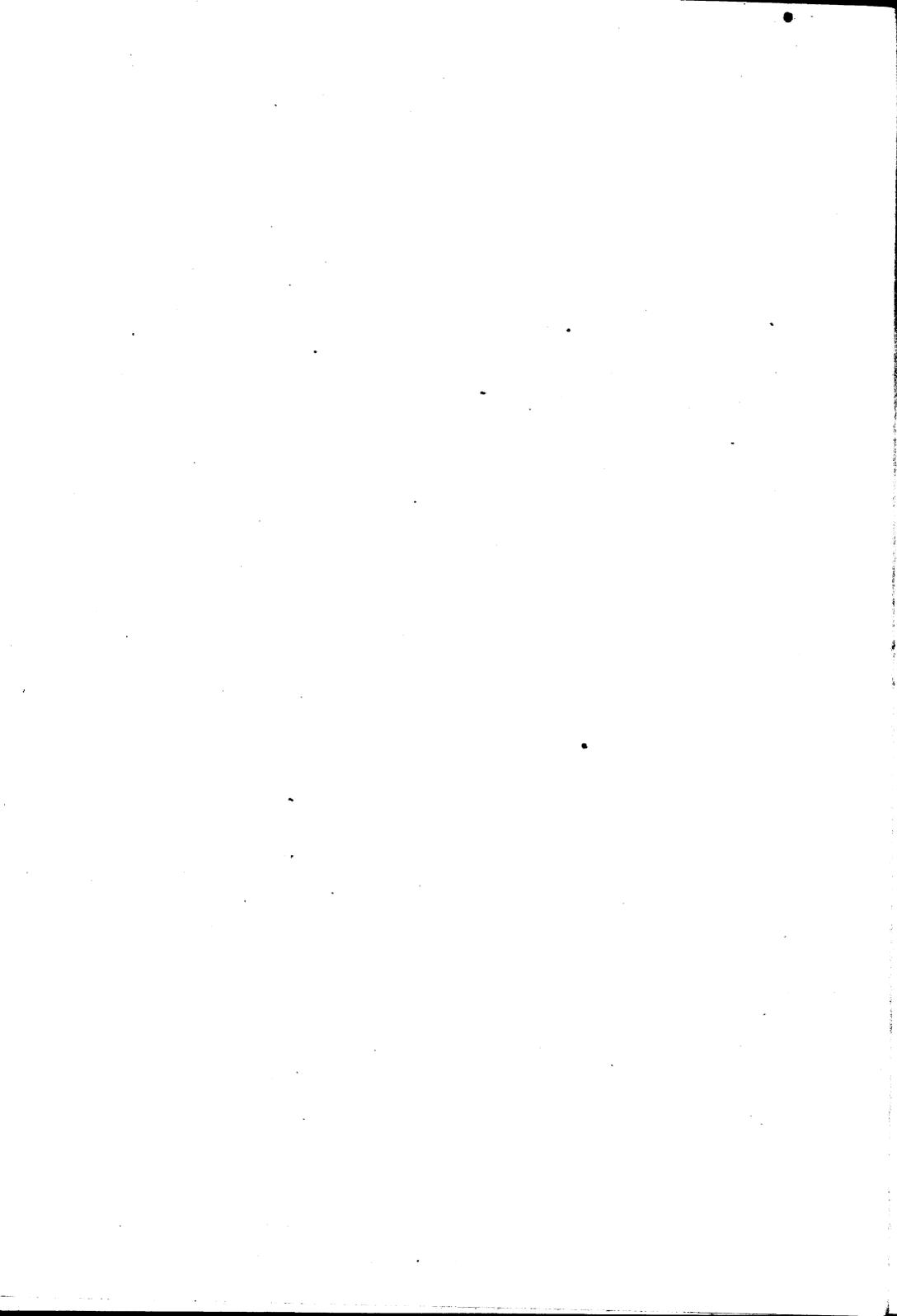
» JUAN A. BOERÏ

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

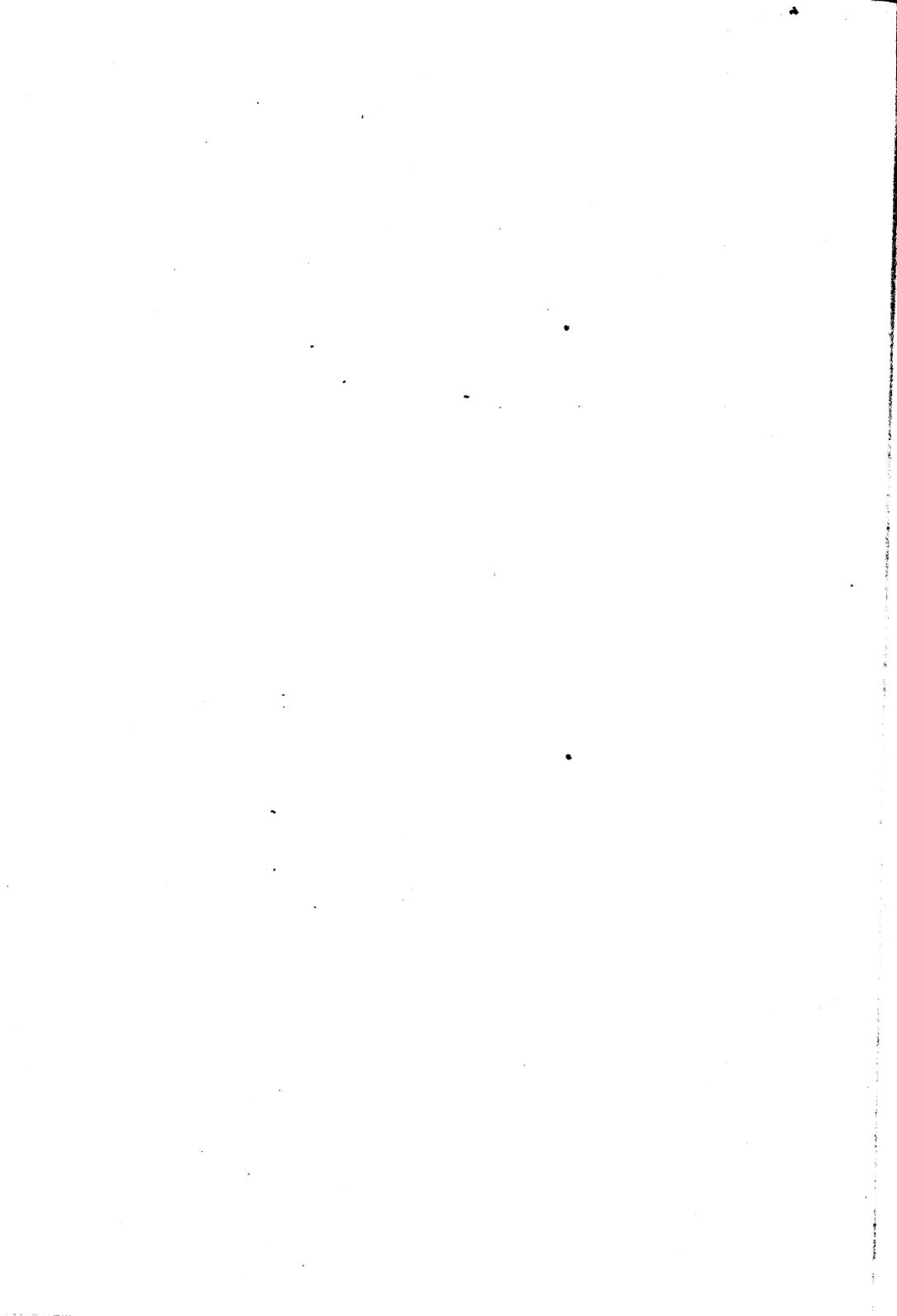
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	» ATANASIO QUIBOGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO 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 clínico:	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
Clinica Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental ...	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patologia Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS .
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

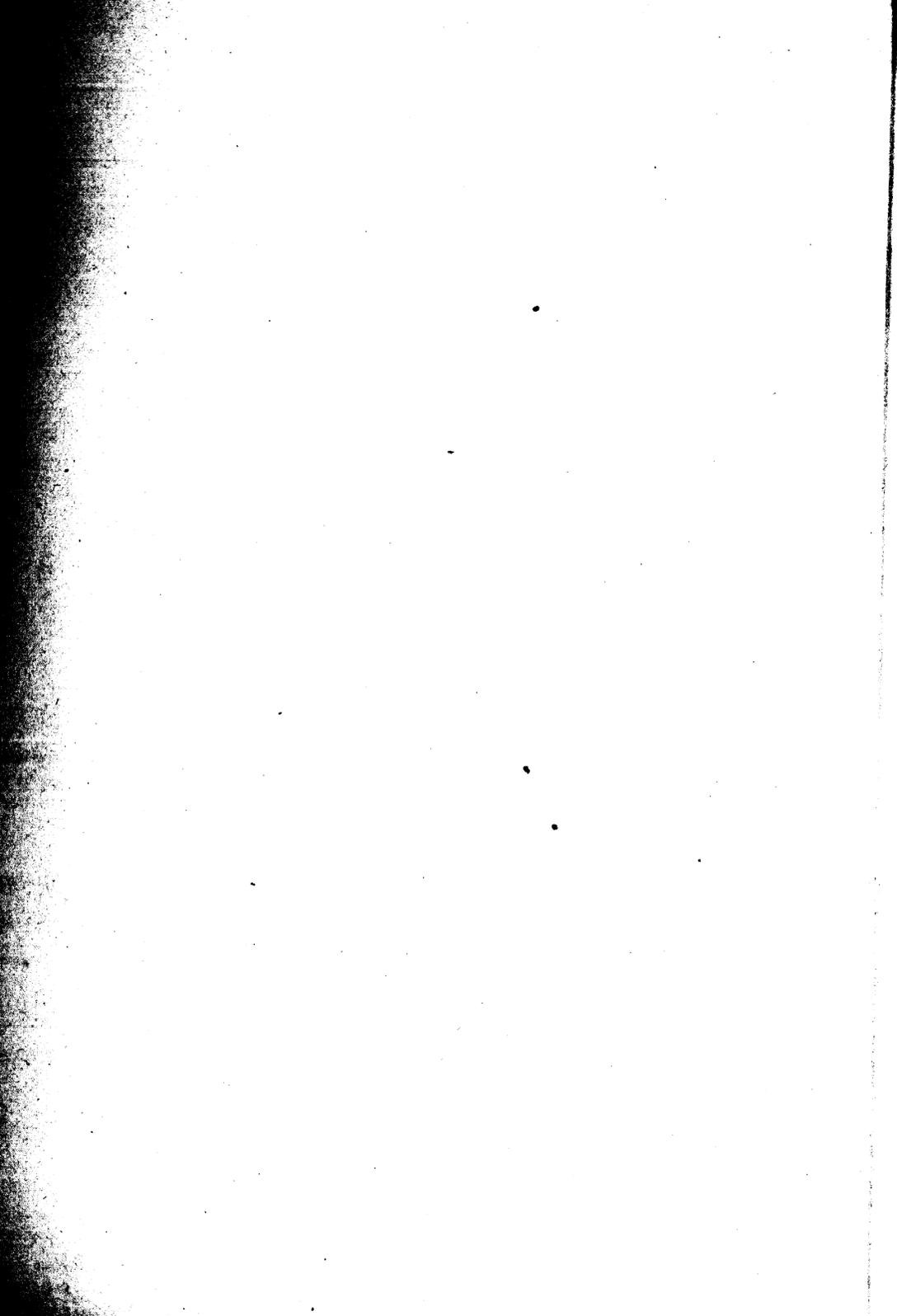
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica	» LEOPOLDO URIARTE
Clínica Ginecológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Médica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Dermato-Sifilográfica	» PATRICIO FLEMING
Clínica génito-urinaria	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Psiquiátrica	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Pediátrica	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Quirúrgica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Patología Interna	» JOSÉ T. BORDA
Clínica oto-rino-laringológica	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGA
	» RICARDO COLON
	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

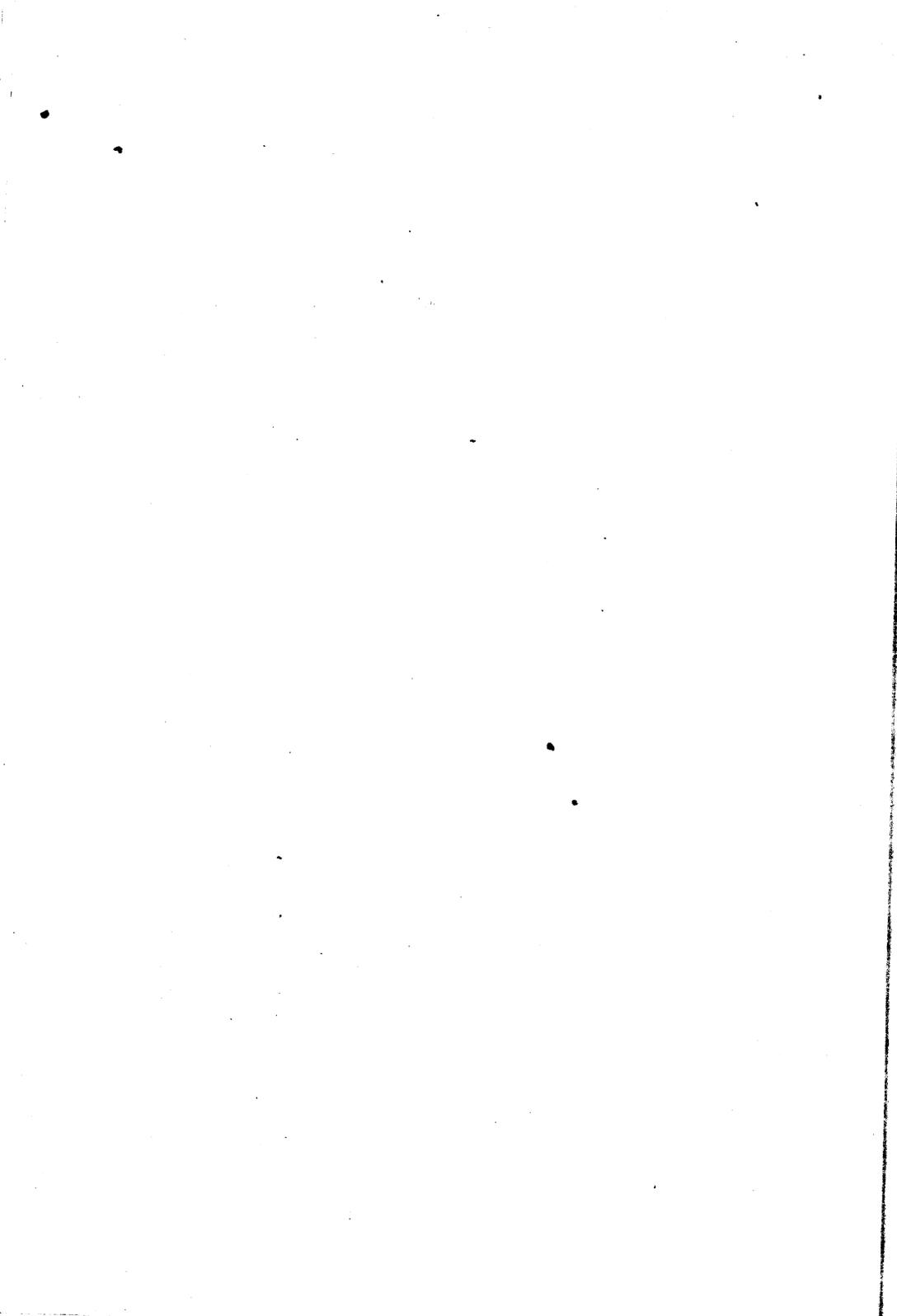
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
	» FRANK L. SOLER
	» BERNARDO HOUSSAY
	» RODOLFO RIVAROLA
	» ALOIS BACHMANN
Bacteriología.....	» GERMAN ANSCHÜTZ
Química Biológica.....	» BENJAMIN GALARCE
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	» MANUEL V. CARBONELL
	» CARLOS BONORINO UDAONDO
	» ALFREDO VITON
Anatomía patológica.....	» JOAQUIN LLAMBIAS
Materia médica y terapéutica.....	» ANGEL H. ROFFO
Medicina operatoria.....	» JOSE MORENO
Patología externa.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
	» CARLOS ROBERTSON
	» FRANCISCO P. CASTRO
	» CASTELFORT LUGONES
	» NICOLAS V. GRECO
	» PEDRO L. FALIA
Clinica dermato-sifilográfica.....	» JOAQUIN NIN LOSADAS
» génito-urinaria.....	» FERNANDO R. TORRES
	» FRANCISCO DESTÉFANO
	» ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	» ENRIQUE B. DEMARIA
	» ADOLFO NOCETTI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LARAQUI
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
Patología interna.....	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARINO
	» JOSE ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSE M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPPELO
	» ADOLFO P. LANDIVAR
	» VICENTE DIMITRI
	» RÓMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSE VITÓN
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUBERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTÉFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» MAMERTO AGUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS E. CIRIO
	» OSTALDO L. POTIARO
	» ARTURO ENRIQUES
	» ALBERTO PERRALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. BISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GARASTOU
	» ENRIQUE A. BARRIO
	» JOAQUIN V. GRECCO
Medicina legal.....	» 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 C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
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
Farmacognosia y posología razonadas	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUAGLIALMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	{ » ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

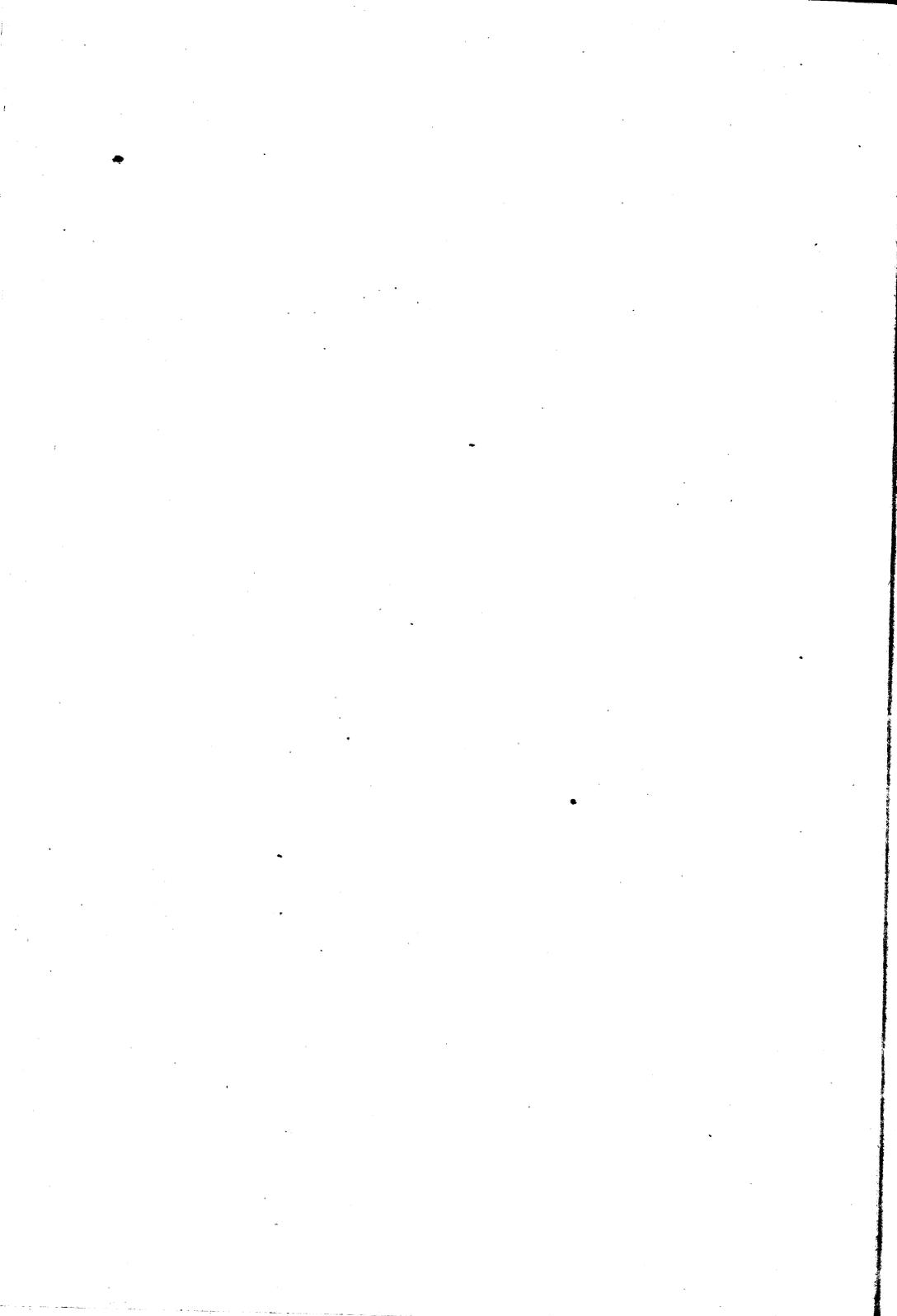
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura DR. UBALDO FERNÁNDEZ

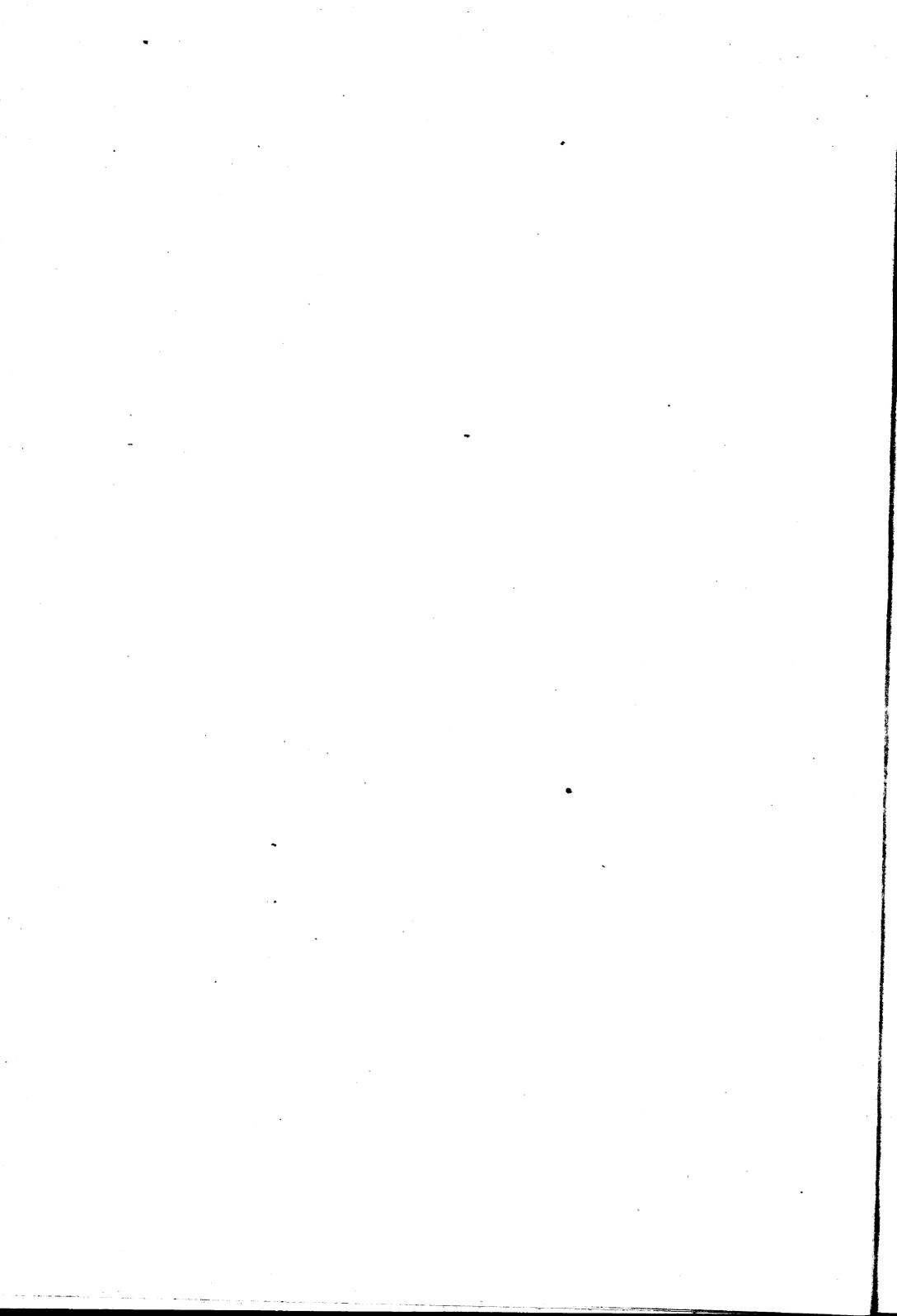


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	» LEÓN PEREYRA
3.er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

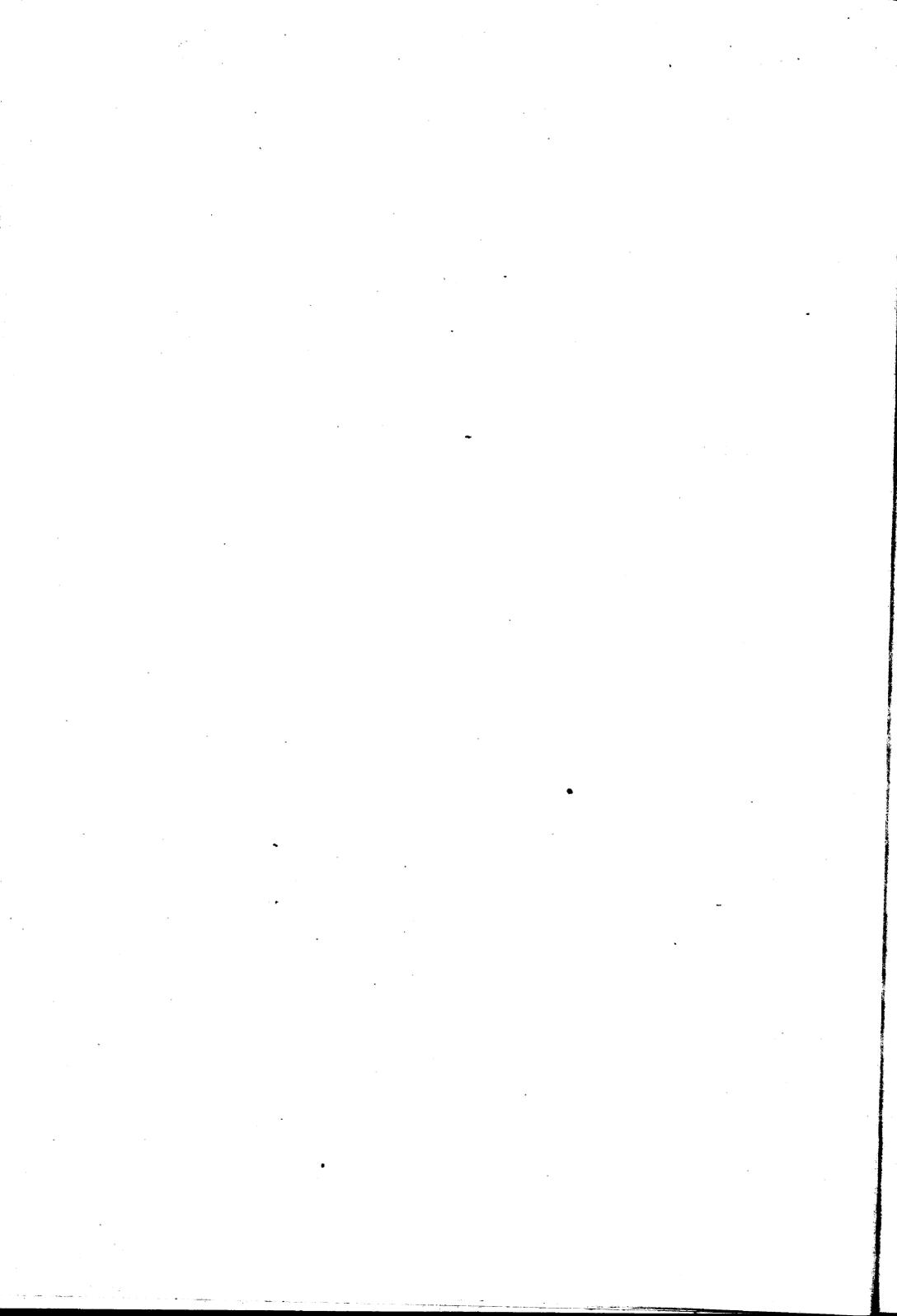
Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
» JUAN U. CARREA (Protesis)

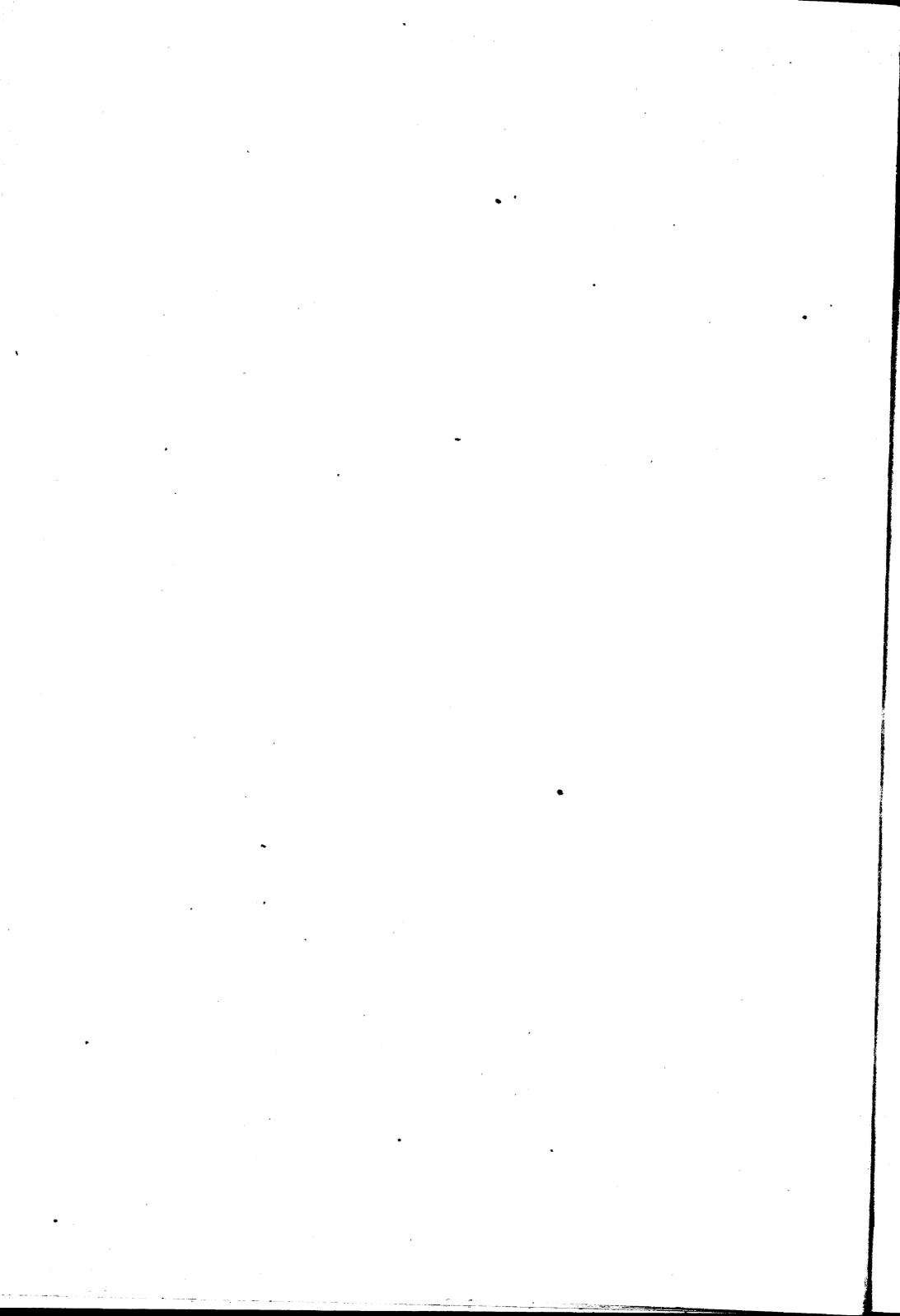


PADRINO DE TESIS :

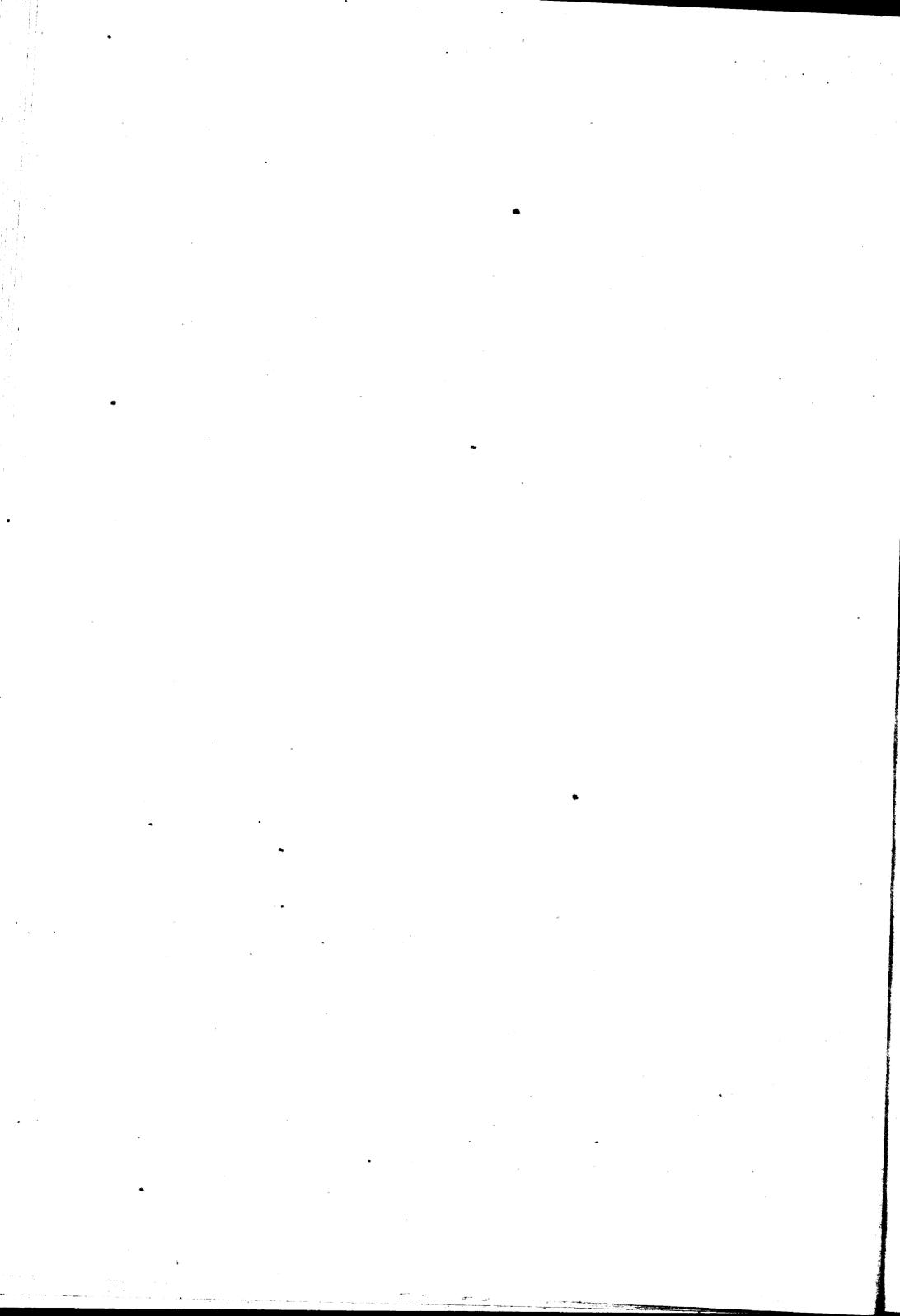
DOCTOR EMILIO CROUZEILLES



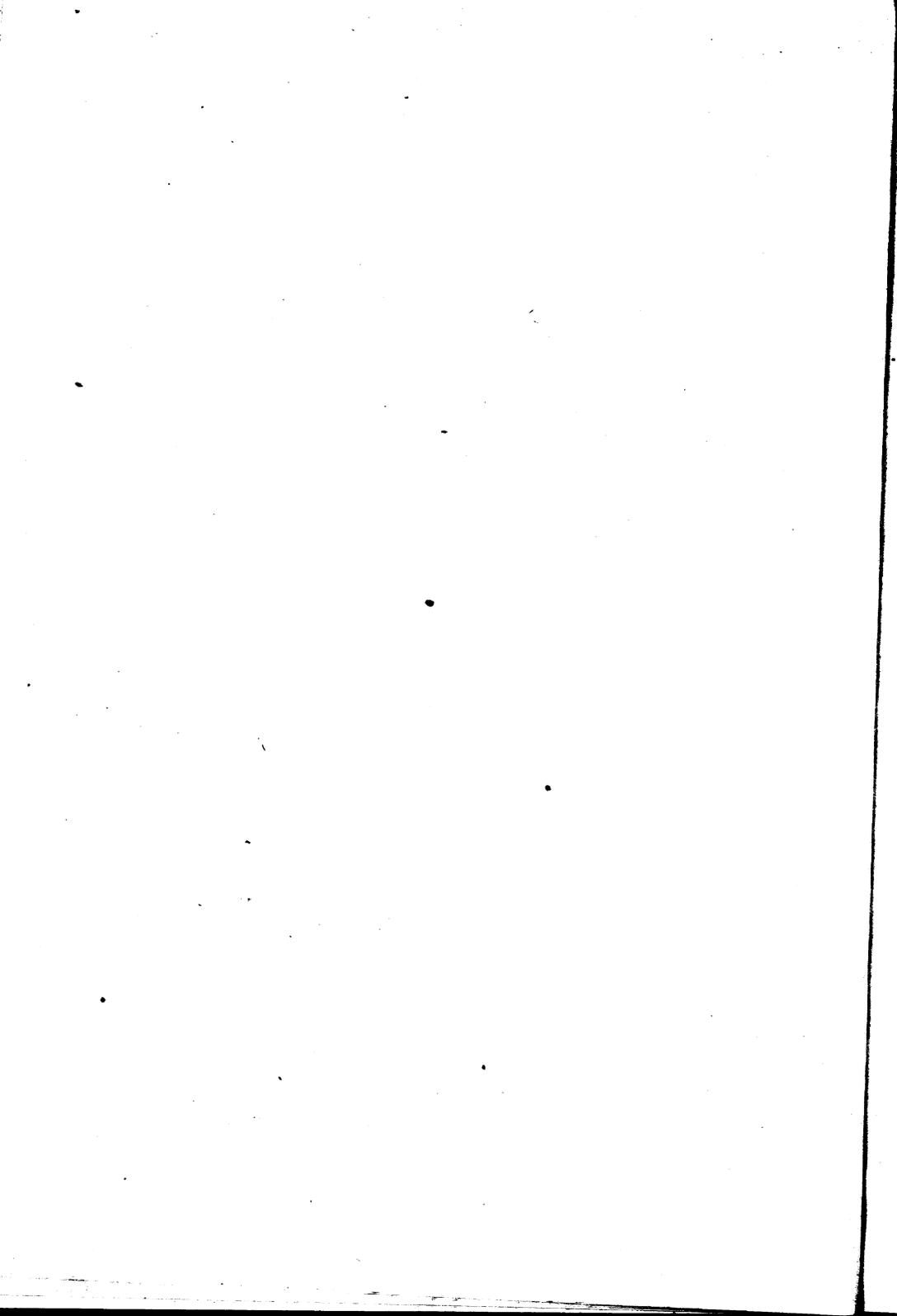
A LA MEMORIA DE MI MADRE



A MI PADRE

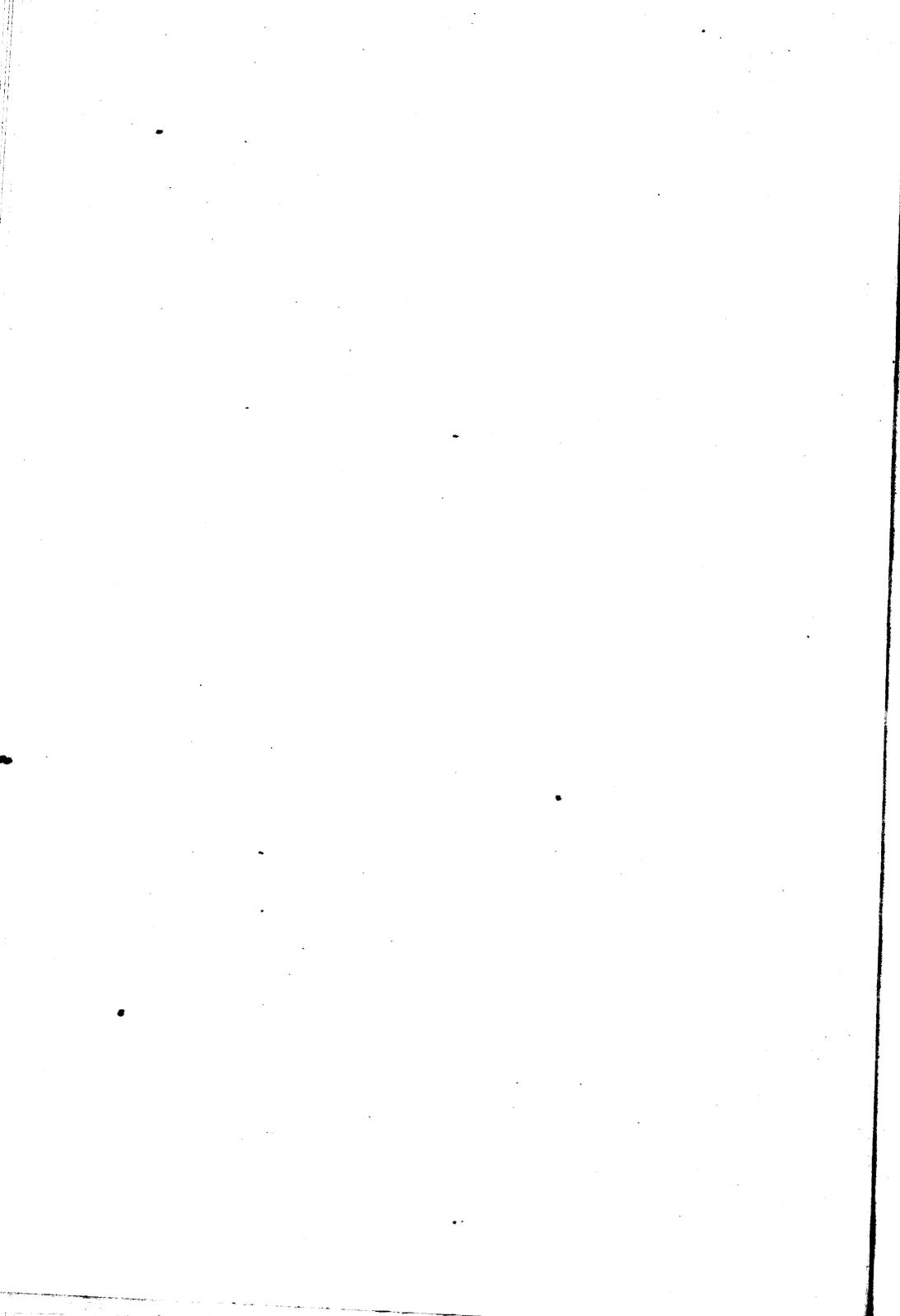


A MIS HERMANOS.



A LOS MIOS

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Presento a vuestra consideración este modesto trabajo, creo sabréis juzgarlo con toda la benevolencia que os caracteriza, siendo así, obtendré con él, el honroso título de Doctor en Medicina, único y gran anhelo que por muchos años me ha dado aliento y amor al trabajo suficiente para poder llegar a conquistarlo.

Pero algo más honroso y grande aún, es el desempeño de la noble misión que ese título implica.

El aprovechamiento de la enseñanza recibida en el aula y en el hogar, proporciona conocimientos y hombría de bien suficientes para cumplir tan difícil tarea.

La magnitud de la obra a realizar, me hace

dudar de mi mismo, pero tengo fé en que lo poco que haya podido acaparar de ese hermoso caudal de probidad científica y moral que me sirvió de ejemplo, sea suficiente para poder encarar altivamente la situación de mañana.

Tal es lo que me ha hecho deudor a todos vosotros, al más grande y eterno reconocimiento.

CAPITULO I

Es de suma importancia el conocimiento de los medios que nos permiten llegar al diagnóstico del embarazo y mucho más su delicada interpretación: todos conocemos el valor de la clínica obstétrica: ella se relaciona a dos vidas, la de la madre y la del feto.

Razones más que suficientes, inducen a tener la mayor circunspección para no incurrir en errores que comprometen gravemente la responsabilidad del médico, tan fáciles, sobre todo al principio del embarazo, cuando los signos en que se pueda fundamentar un diagnóstico, sean por lo general oscuros, y las dificultades con que se cuenta, innumerables. Así, el médico más de una vez, se encuentra en una situación un tanto difícil, cuando en su clientela es llamado a pronunciar su juicio, sabiendo de que incurrir en un error, siempre será manifiesto, puesto que el tiem-

po será en uno u otro sentido su principal delator y que será juzgado por el público, el más estricto y severo de los jueces. A este respecto se expresa Pajot admirablemente, cuando dice «que 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 ignorante al médico culpable de cometer un error a propósito del embarazo». Y más cuanto, que por él, se puede llegar a proceder a intervenciones quirúrgicas, que un buen diagnóstico evitaría.

No es de menor importancia, la consideración de los estrechos vínculos que unen la obstetricia a la medicina legal y los beneficios que se obtienen con la aplicación de los conocimientos que nos da aquella en bien de esta. Solo basta recordar, que en los tiempos primitivos, en aquellos cuya legislación se inspiró en la barbarie misma que les caracterizaba, se vislumbrara el nacimiento de un sentimiento humanitario que debía velar por el bien común, y ya en la edad media, los legisladores, al reglamentar sus artículos en lo concerniente a penas capitales y referente a la mujer, establecían cláusulas especiales, índice del desarrollo de esas ideas de justicia y respeto filosófico, que en el transcurso de los tiempos han ido adquiriendo la magnitud que el ade-

lanto y progreso de los pueblos les prometía. Así vemos, que no se procedía a la ejecución de la condena dictaminada por el tribunal, hasta que, previo examen médico, se comprobaba no hallarse ésta en estado de embarazo. En el conocido caso de Juana de Arco, se procede a un examen médico, para, llenando tales requisitos, constatar el no hallarse en tal estado, lo que habría aun temporariamente postergado su ejecución.

Más tarde, los tribunales eclesiásticos, denotando un pobre criterio, hacen cuestión de época en lo concerniente a la mujer en cinta, y admiten la ejecución de ésta hasta los cuatro y medio meses. Pero todas estas leyes arbitrarias, sufren modificaciones, que le benefician, y desde el siglo XVI, se ordenaba por una nueva, que toda mujer condenada a muerte por crimen, no podía ser ejecutada hasta tanto se probase no encontrarse embarazada. En la época del terror, esta humana ley, salvó la vida de innumerables mujeres, y basadas en ella es que muchas apelaban a la simulación como medio de defensa, para con ello eludir o postergar la ejecución de su pena. Es el caso de Olimpia Gougen, quien condenada a muerte por el tribunal revolucionario de 2 de Brumario, se declaró en cinta y se suspendió la ejecución hasta el examen de personas de arte, que declararon dudoso este acerto de embarazo y su

ejecución tuvo lugar el 13 de Brumario, es decir, el 3 de Noviembre de 1793. (Lacasagne). Tal pasa también con Mme. Kelly en el mismo año, quien condenada a muerte se declara embarazada, y como no pudiesen los médicos que la examinasen, llegar a una conclusión cierta, postergan su examen por 3 meses. Recurriendo a diversas estratagemas, producto de su imaginación despierta, consigue la sentenciada postergar y proceder a nuevos exámenes por cuatro veces consecutivas, más el resultado final negativo, hace que se cumpla la sentencia dictaminada.

En nuestros tiempos, se encuentran resabios de atraso, manifiestos en Francia, con solo ver que existen allí leyes que autorizan la ejecución de una mujer, si su pena es capital, después de producido el parto. Bien es cierto que respetan la mujer en estado de preñez, pero, olvidan para ciertos casos que el delito cometido, lo ha sido durante su evolución. Y como dice Stoltz «es preciso reconocer que una mujer embarazada posee su libre albedrío, absolutamente de la misma manera que en su condición ordinaria y que no puede invocar impunidad para delitos de derecho común por el hecho de estar en estado de preñez; sin embargo, de ello el magistrado deberá hacer constar el estado excepcional en que se encuentra la mujer, estado que la hace más impresionable, pe-

ro seguramente, menos atrevido que en las condiciones habituales de la vida», es decir, que hay que tener en cuenta que tal estado trae aparejado variaciones en el carácter y la inteligencia que coloca a tales mujeres en un estado inferior al de su personalidad normal.

Fácil es concluir en la importancia de un buen diagnóstico, en sus relaciones con el fuero criminal y civil. Y se concibe que desde los tiempos más remotos, se tratase de ensayar procedimientos que, adjuntos a los síntomas que proporcionaban las manifestaciones objetivas y subjetivas de la mujer embarazada, permitiesen llegar a un diagnóstico; puesto que, tales signos de los que no se hacía un raciocinio clínico que los fundamentara, eran muy de continuo causa de error, dada la multiplicidad de estados patológicos que pueden simularlos hasta la equivocación.

Entre los muchos procedimientos empleados en los primeros tiempos, puede citarse, a simple título de recuerdo histórico, algunos de los que refiere Witkousky.

No se dudaba de que una mujer se hallase embarazada, si al ser frotados sus ojos, en una forma tal hasta que llegasen a ponerse rojos; el calor producido penetrase o pasase el párpado.

Se experimenta también con los líquidos del

organismo, se procedía así con la sangre, de la que se tomaban algunas gotas que se dejaban caer en un vaso de agua y se obtenía así la certitud de la preñez, si la sangre caía al fondo del recipiente, desechando en caso contrario tal afirmación. Y de un modo parecido se procedía con los líquidos de emuntorios, tomando una cantidad de orina que colocada en una vasija de cobre se dejaba en reposo, en ella se sumergía una fina aguja, y si después de 24 horas, se encontraba en la superficie de ésta pequeños puntos rojos, no se dudaba de la existencia de embarazo. Y también dejando una cierta cantidad de orina en reposo durante tres días, en un recipiente de vidrio bien cerrado, y luego filtrándola por un género de seda claro, si se encontraban pequeños animalículos, éstos daban también la seguridad de que dicha mujer se hallaba en estado de embarazo. La observación proporciona un mayor número de elementos de diagnóstico, y entre ellos se cuenta la sequedad de la vulva, pereza, estado de somnolencia, como también pigmentación del mamelón, la todos ellos expresión de un hecho principal, la supresión de las reglas.

El interés por llegar al conocimiento de todos o la mayor parte de los signos que nos proporciona el embarazo, como también el método a seguir para su obtención, data de muchos años, hasta

que llegando a nuestros días contamos con un arsenal de ellos, que, con gran provecho, permiten formular un diagnóstico seguro. Las clasificaciones que se han hecho de estos signos son muchas, buscando con ellas facilitar su estudio y comprensión, y así su división en signos racionales y sensibles es formulada por Devaux en el año 1722.

Entre los primeros se contaban todos aquellos signos como: la supresión de la menstruación, la aparición de calostro, las distintas pigmentaciones, coloración de la vulva, grietas, las perturbaciones funcionales del aparato digestivo, etc., y los signos sensibles; todos aquellos que da el feto o que pueden obtenerse directamente de la madre y que el observador aprecia por las modificaciones que el órgano de la gestación sufre.

Montgomery, hace una clasificación de los signos a los que llama de presunción, de probabilidad y de certidumbre; clasificación que, no es otra que la que tiempo antes había fundado Capurón: signos que hacen presumir la gestación, los que la hacen verosímil, y los que la ponen fuera de duda. Esta clasificación es aceptada por Dubois desde 1834 fué por éste último difundida en la escuela de París. Stein admite los signos probables y los ciertos, aunque entre éstos últimos coloca algunos que apenas tienen el carácter de ser probables y Joulin, siguiendo esta mis-

ma división, coloca entre los ciertos, los signos que nos proporciona el feto. Esta clasificación se generaliza y acepta por casi mayor parte de los autores, pero, siempre sufre algunas modificaciones, pues no todos tienen igual criterio en su apreciación y algunos aceptan como probables, signos que otros consideran de certidumbre.

Tarnier, como en el método empleado en clínica general, procede al interrogatorio, inspección, palpación, auscultación y percusión, para la obtención ordenada y metódica de los signos. Este método de investigación de los signos objetivos y subjetivos que suministra la mujer embarazada, fué practicado desde los primeros tiempos, pero, recién desde el año 1601 la palpación fué preconizada por Mercurius Scipio, italiano, a quien, entre otros, le siguen Dionis, Roeder, Beaudelocque, pero en una época en que no se supo apreciar en todo su valor, hasta que Wigand en 1813 insiste nuevamente en su importancia y formula las reglas relativas al modo de aplicación. En Francia, es Tarnier, en 1885, el que adoptó el procedimiento y tres años después, Pinard, quien escribe una obra sobre palpación y su aplicación a la medicina. En cuanto a la auscultación son grandes y positivos los beneficios que de ella se obtienen, ya que nos da entre otros el signo de

mayor valor diagnóstico por su certeza, los latidos del corazón fetal.

La percusión fué aplicada a la clínica obstétrica por Mayor, a quien se debe todo el mérito de este método de exploración de indispensable aplicación en algunos embarazos dudosos. A. de Rosa, en 1908, en su tesis propone entre nosotros, una nueva clasificación de los signos que se encuentran en toda mujer embarazada, la del doctor Pardo que divide los tales signos en extrauterinos, uterinos e intrauterinos.

Esta nueva clasificación, parece que permite: llegar a la conclusión de si se halla o no la mujer embarazada, si se encuentra o no en presencia de un vicio orgánico en la mujer, si el feto está vivo o muerto o si padece alguna enfermedad o vicio orgánico, su posición y presentación, si es único o múltiple, las relaciones que existen entre el feto y la pelvis materna con respecto a las medidas de sus diámetros, como también el estado de los anexos y la edad del embarazo, dando así la fecha y pronóstico del parto. Para llegar a tales conclusiones, ha de seguirse en la investigación el método que propone en su clasificación, que empieza por averiguar antecedentes hereditarios generales, enfermedades del padre, de la madre, hermanos, edad y profesión, que pondrán de manifiesto, caso de existir, fatigas, excesos o

intoxicaciones alcohólica, saturnina, etc.; estado mental, enfermedades como la sífilis, tuberculosis y antecedentes hereditarios obstétricos.

En los antecedentes personales, se investigan: la edad, procedencia, profesión e intoxicaciones: óxido de carbono, plomo, alcohol, etc.; enfermedades infecciosas y evolución de los embarazos anteriores, puerperio, lactancia y complicaciones.

El estado actual del sujeto, junto al examen de todas las funciones y aparatos del organismo, hacen parte de esta clasificación como signos extrauterinos. En la segunda parte de la clasificación entran la palpación uterina que da la forma, volumen, altura y desviaciones del útero. En la última parte, correspondiente a signos intrauterinos, están: los movimientos activos del feto y la fecha de su aparición, la palpación intrauterina y la fluctuación. Se determina la posición del feto, y de cada una de sus partes: cabeza, hombro, dorso, nalga, averiguando si hay encaje y cuál es su posición. También forman parte de los signos intrauterinos, la auscultación con todos los datos que ella proporciona, latidos fetales, y sople uterino; y demás accidentes que puedan existir por parte de la madre y del feto. Esta clasificación está basada en la ventaja que presenta la división topográfica de los signos del embarazo; ya para su investigación clínica u obstétrica. A

pesar de la poca importancia que pueden tener los signos extrauterinos, algunos de ellos pueden revelarnos datos de importancia, de tener en cuenta, sobre todo, por lo que respecta al pronóstico. A los uterinos no pueden negársele la importancia que tienen, ya que por sí solos son capaces de revelar embarazo, y los intrauterinos los que dan la certeza absoluta de tal estado, así como enseñan el estado del feto y sus relaciones con el organismo materno.

Otro método menos empleado es el cateterismo, preconizado por Massarenti, quien, en 1887, al hacer exámenes ginecológicos, sondó por error dos mujeres embarazadas y que como con tal operación no causase daño alguno, creyó encontrar en el cateterismo un método muy útil para llegar al diagnóstico precoz del embarazo. Y persiguiendo tal fin le practicó durante varios años. Empleaba con tal objeto sondas de cera muy delgadas, flexibles y resistentes, que introducía hasta el fondo del útero; sus resultados fueron los siguientes: que había sin inconveniente sondado úteros grávidos de doce días en adelante, usando para ello sondas hasta de 16 cm. De los resultados obtenidos, concluía que: siendo las membranas muy resistentes sobre todo en las primeras semanas, era éste un medio inofensivo para el huevo y que las contracciones del útero, capaces de pro-

vocar un aborto, no se producían sino al ser despertada la sensibilidad uterina, para lo que era necesario la presencia por largo tiempo de un cuerpo extraño en su interior y que este era un método de útil empleo. Pero, no ha sido aceptado, pues, se está de acuerdo en que con tal procedimiento se rompe el tapón mucoso del cuello, y se corre el riesgo de provocar el aborto, hemorragias o infecciones que harían peligrar la vida de la madre y del embrión. Estas mismas razones son las que indujeron a desechar en la práctica la histeroscopia, que Clado consideraba método bueno y eficiente a tal objeto.

De los métodos basados en las reacciones químicas del suero de las mujeres embarazadas o supuestas tales. Guardado, en su tesis de 1913, hace un estudio muy completo y cita los trabajos de Lehndorff, Heynemann, quienes aplican la propiedad que tiene el suero de la mujer embarazada para activar el veneno de la cobra en su poder hemolítico: reacción esta de la que participan también los sueros de los cancerosos y todos aquellos que contienen gran cantidad de lipoides. También han propuesto Liepman y Freund, la precipitación, obtenida tratando el suero de la mujer en cinta por el suero de un animal previamente preparado por inyecciones de tejido placentario, reacción inconstante, razón por la cual ha sido

desechada. Pero, la que propone Guardado, consiste en aprovechar para el diagnóstico, los fenómenos que normalmente se producen en el organismo como resultado de ese proceso complejo llamado nutrición. Todo elemento nutritivo en el organismo, sufre una desintegración que tiene por objeto su transformación en cuerpos simples, de peso molecular muy escaso, para que sirvan, en tal estado, de elemento fundamental a la célula orgánica. Esta desintegración, se encargan de efectuarla los fenómenos digestivos, quienes evitan la entrada al torrente circulatorio de todo elemento que no se halle en estas condiciones. Las células tienen un poder de electividad especial para los cuerpos así desintegrados, absorbiendo o no los elementos que le son necesarios; cuando se encuentran frente a elementos no desintegrados, ellas, por sus elementos propios, actúan a su vez no permitiendo el paso de las substancias que no se encuentren en las condiciones requeridas para ser absorbidas. En los casos en que la acción celular o la de los fermentos, no se produce para efectuar aquella desintegración, la sangre reacciona a su vez produciendo fermentos que harán las veces de aquellos y le librarán de los cuerpos que por su complejidad no le son necesarios. Que esta reacción del suero se efectuaba sobre las substancias albuminoideas, fué comprobado por Al-

derhalden, quien toma, para comprobarlo, suero de un animal (a quien se ha hecho una inyección paraenteral de una albumina cualquiera) y lo mezcla con una pequeña cantidad de la misma y la pone por varias horas a la estufa; los fermentos producidos actúan sobre la albúmina contenida en el suero y producen cuerpos dializables, que se pueden caracterizar en el líquido exterior del dializador; esta reacción no se opera si se procede con sueros no preparados para tal objeto. Alderhalden, con estos conocimientos y los habidos por Veit, que dice que el tejido placentario deja desprender células de las vellosidades coriales o restos de la misma que pasan a la circulación materna, provocando así la producción de fermentos que han de desintegrarle. El organismo reacciona también 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 crisis sanguínea; trata de aplicar todos estos conocimientos al diagnóstico de la mujer embarazada, usando para ello placenta lavada, que trata por el suero a examinar, que al atacarle deja productos cristalizados en libertad. Se objeta a tal método el ser de una ejecución sumamente dificultosa, pues, su técnica delicada y larga hace difícil su práctica, y más cuando una mínima variación puede alterar profunden-

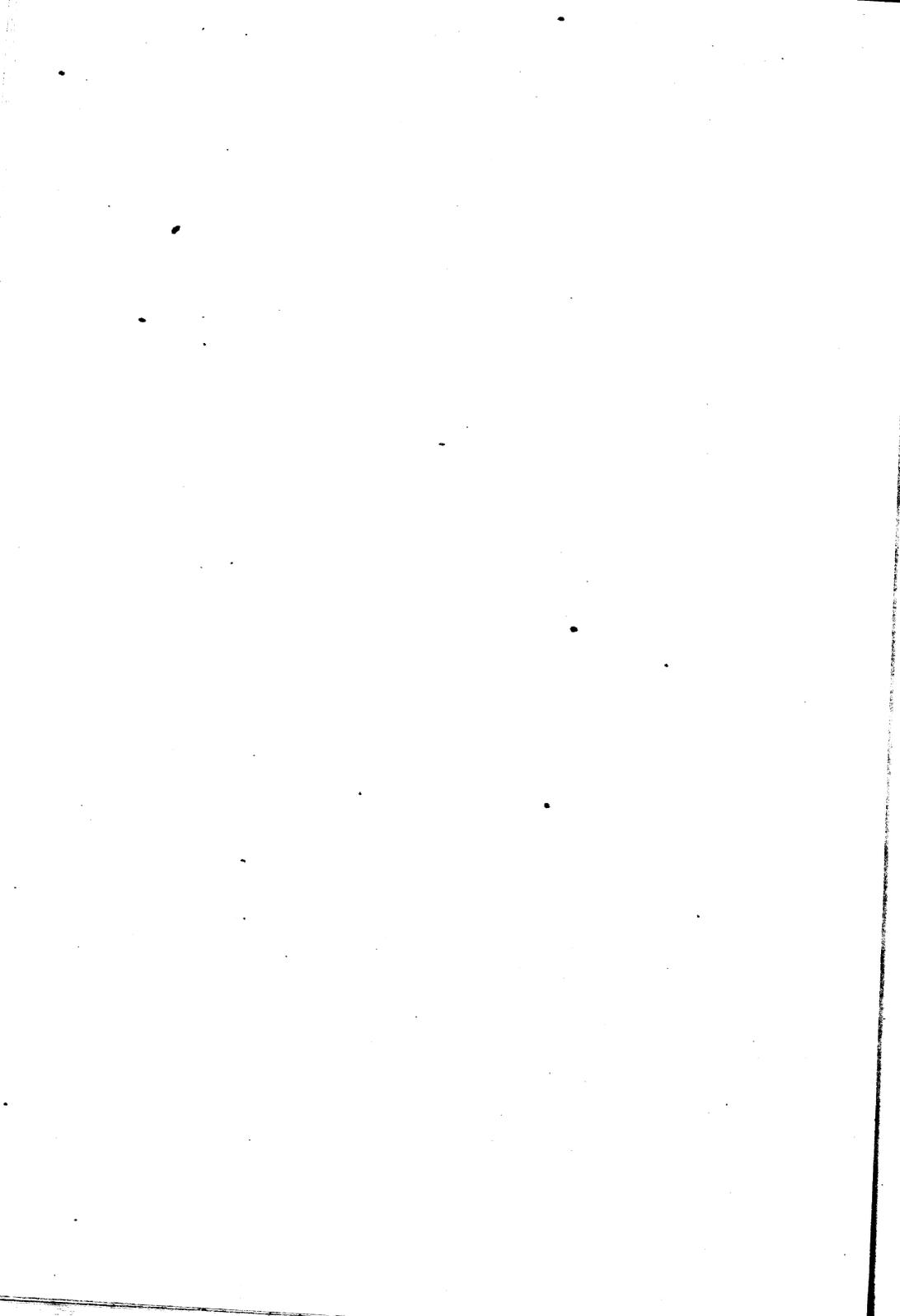
te su resultado. Lo que también disminuye su valor es que el suero de hombre haya también dado reacción positiva. La síntesis de su técnica es la siguiente: se utiliza una aguja en comunicación con un tubo de goma y éste con uno de vidrio. A objeto de evitar la coagulación de la sangre en sus paredes, previa desinfección en estufa seca a 160°, se lava el tubo con una solución de suero fisiológico que, al secarse, dejará una débil capa de cloruro de sodio; el de goma y la aguja en una solución débil de parafina en xilol.

Se extrae de una vena 15 cm. 3 de sangre que se deja en reposo; cuando, empieza la coagulación se centrifuga, con lo que se obtiene un suero claro y no hemolizado. Debe tratarse de operar en un sujeto en ayunas, pues se evita así la presencia en la sangre de peptonas circulatorias de origen digestivo: como también de desechar todo suero que tenga vestigios de hemolisis, pues los glóbulos rojos en libertad dan lugar a ella. Se toma placenta humana fresca y desmenuzada, se lava con suero fisiológico, (evitando al no hacerlo con agua pura la hemolisis y la difusión de sangre); después de lavada hasta que quede blanca, se coagula en un recipiente con agua acidulada (2 gotas de ácido acético en 2 litros de agua, acidulación comprobada al papel de tornasol) y se hierve 5 minutos: se vierte el líquido con albumi-

noides solubles y se hierve 5 minutos, después de lo cual se investigan los albuminoides con la reacción de biuret o con Nihindrina, que siendo negativa autoriza a proceder a efectuar la reacción de Alderhalden. La placenta se coagula y se pone en un frasco de boca ancha con un poco de agua y entre una copa de cloroformo y una superior de toluol.

Se emplean cuatro dializadores que no dejen difundir las albuminas y sean permeables a los productos dializables, las peptonas. En uno de ellos se pone el suero extraído y dializado en agua para sacarle toda substancia dializable capaz de error. La placenta a usar se hierve previamente 3 minutos en poca agua y se comprueba al Nihindrin no existir productos solubles, rechazándose en caso contrario. En un dializador se colocan 2 cm. 3 de suero, en otro 2 cm. 3 de suero inactivo a 56°, más un gramo de placenta, en el tercero 2 cm. 3 de suero fresco y 1 gramo de placenta. Se colocan los dializadores en sus vasos y en el interior se ponen 15 cm. 3 de agua destilada cubierta de una capa de toluol que evita procesos bacterianos. Caso de haber contaminación se lleva a la estufa a 38° durante 16 horas; después de lo cual se investigan las peptonas en el líquido externo del dializador. La reacción de biuret puede servir, se toman 10 cm. 3 de líquido dializado al que se mez-

cla 5 cm. 3 de soda cáustica al 33 por ciento, se mezcla y vierte con una pipeta por las paredes del tubo en una solución muy diluida de sulfato de cobre al 0.25 por ciento hasta formar un disco superior de 5 mm de alto, se forma un anillo azulado, caso de haber peptonas este será rojo. La reacción con la Nihindrina es la siguiente, se toman 10 cm. 3 de líquido dializado sin toluol, agregando 0.2 cm. 3 de Nihindrin al 1 por ciento, (triquetón nindrindenhidrato) y se calienta 1 minuto exactamente después de hervir. Si es positiva no hay coloración azul. El amarillo es frecuente y el rojo indica putrefacción amoniacal o el haber procedido en una atmósfera amoniacal



CAPITULO II

En su tratado de obstetricia, Dessaignes y Lepage, se expresan así al considerar las modificaciones que la preñez imprime al organismo materno: No hay una célula ni una fibra que no sufra la influencia del embarazo. Esta influencia se manifiesta por modificaciones que nos proporcionarán en el embarazo normal, signos que se presentarán a nuestra observación de una manera más o menos apreciable.

De suma importancia es pues su estudio y analizaremos aquellas susceptibles de revelarse a nuestro examen clínico con mayor claridad. Haré algunas consideraciones sobre los cambios habidos en el útero, órgano gestador y que como tal sufre todas las modificaciones concernientes a su nuevo estado, para enunciar correlativamente aquellas sufridas por los demás órganos. En cuanto al volumen sufre éste cambios cuya constata-

ción son un hecho principal para el diagnóstico clínico de probabilidad de embarazo. Hechos estudios sobre el útero fuera del abdomen y descansando sobre su cara posterior, se ha constatado, que el aumento de volumen se efectúa sobre todos sus diámetros y sus modificaciones varían en el primer mes, aumentando de 80 a 84 milímetros en su diámetro vertical, su diámetro transversal es apenas modificado 45 milímetros y el ántero posterior, aumentado en un tercio, 47 milímetros. Al fin del segundo mes, el diámetro vertical, es de 120 milímetros; en el tercero, el vertical de 130 milímetros y el transverso máximo de 90 milímetros; al cuarto mes, el vertical máximo de 180 milímetros y el transverso máximo 120; al quinto mes, el vertical pasa de 200 milímetros.

Todas estas modificaciones en el volumen son constatadas clínicamente por la palpación y tacto combinados, como veremos más adelante. Las razones de este aumento de volumen, apreciable veinte decímetros cuadrados; puesto que el útero no grávido y normal, tiene solamente un decímetro cuadrado, llegando a 21 al final de la preñez; son: la distención de las paredes del órgano y su hipertrofia. Órgano continente, este distiende sus paredes a medida que el volumen del contenido aumenta, distención gradual, pero no

igual, puesto que ésta se efectúa de un modo proporcionalmente mayor hacia los últimos meses.

Que además de ser debida a esta distensión mecánica, el aumento de volumen es debido a la hipertrofia de sus paredes, lo demuestra el hecho de que, practicando el parto, y retraído el útero, su volumen es mayor al normal, así como también, es bien convincente, su hipertrofia en casos de embarazo extrauterinos.

La forma varía según la época del embarazo: en los dos primeros meses, sus paredes anterior y posterior, se hacen semicilíndricas, lo que le da un aspecto piriforme, para pasar a la esférica en el tercero y cuarto mes. Siendo ovoide en el quinto y sexto, de paredes ligeramente aplanadas de adelante atrás y con su gruesa extremidad hacia arriba. Formas, todas estas, adquiridas por las modificaciones sufridas por las paredes del órgano. Por lo que respecta a su situación, sabemos que se halla contenido en la excavación pélvica, pero desde los primeros meses sale de ella, lo que se ve por la ascensión de su fondo.

Para la apreciación de esa elevación, se puede recurrir a varios procedimientos, siendo los más usuales, aquellos que toman como punto de referencia el fondo uterino, al borde superior del pubis, al ombligo y al apéndice xifoides. Fabre sigue uno personal, que es el Varnier modificado

y que consiste en medir la distancia desde el fondo del útero al borde superior del pubis, teniendo en cuenta el aumento regular de 4 cent. por mes. Con respecto a la situación, hay que tener presente las variaciones individuales, como también las impresas por causas de orden externo o interno; el recto y la vejiga en estado de vacuidad o de replección, la conformación de la pelvis y el uso de corsé, pueden actuar en igual sentido. Se ha dicho, hecho negado por algunos autores, que en los siete primeros meses, el útero desciende a la excavación, lo que haría más accesible al tacto vaginal, sin considerar como tal, ciertos descensos al orificio vulvar, que son considerados como prolapso uterino.

Sufre el útero también modificaciones en lo que respecta a la dirección de sus ejes, descontando la que les imprime la posición de la mujer, tiene capital importancia la tensión y resistencia de la pared abdominal. Como es natural que estas condiciones puedan no encontrarse reunidas y en unas ser de mayor grado que en otras, es la causa de que encontremos primíparas cuya pared ceda fácilmente y permita al útero una inclinación hacia adelante; o el caso contrario, múltiparas, cuya pared conserva una tonicidad suficiente y una distensión tan escasa, como para que, haciendo las veces de corset o sangle, man-

tenga los órganos en posición. Hay que dejar constancia de la predisposición marcada que tiene el útero hacia la desviación lateral derecha, como lo demuestran los estudios hechos por Dubois y Pajot, han encontrado ellos en cien examinadas, que en 76 veces se encontraba dicha desviación, en 20 casos se encontraba en anteversión y en la línea media, y solo en los 4 restantes desviado a la izquierda. Muchas teorías se han emitido para explicar esta predisposición, hay quien la supone debida a la inserción de la placenta y también a la presencia de la S ilíaca, ocupada por materias fecales; a la «cortedad» del ligamento ancho de ese lado, así como al hábito del decúbito lateral derecho. A esta desviación acompaña un movimiento de torsión, por el cual el útero girando sobre su eje, hace que su cara anterior mire hacia la derecha, al par que la posterior lo hace hacia la izquierda, quedando por la misma causa el borde izquierdo más anterior que el posterior. Digo que acompaña a la desviación, pues parece haber una relación entre dichos movimientos, pues si la desviación, como pasa en algunos casos, se efectúa hacia la izquierda, hacia ese mismo lado se efectúa la rotación, y también porque la modificación de una de ellas trae la modificación de la otra.

La consistencia del útero, tiene modificaciones

apreciables al tacto y la palpación, sobre todo manifiestas en las primíparas, puesto que sus paredes no han sufrido cambios en su textura que pudieran hacer menos neta la percepción de tales modificaciones. Las paredes del órgano pierden esa consistencia característica de su estado de vacuidad, para tornarse elásticas hasta dejarse deprimir y permitir palpar con relativa facilidad su contenido, siempre que no se halle en estado de contracción. «Cambio debido a una imbibición serosa, de las fibras uterinas que le da esa elasticidad particular y que contribuye al mantenimiento del feto en su posición normal y evitar las presentaciones viciosas, permitiendo al feto la libre ejecución de sus movimientos activos» (Pajot). Pero como el útero en sus dos segmentos no tiene la misma estructura, esta imbibición se efectúa de una manera desigual y es causa de que en su segmento inferior su reblandecimiento sea más manifiesto, debido a la más fácil separación de sus elementos a la invasión serosa. La blandura que hacia el segundo mes caracteriza al cuerpo, es comparada por los alemanes a la fluctuación quística profunda por otros a la consistencia de un higo maduro. Este reblandecimiento se acentúa y llega a dar hacia el tercer mes, según Landou, la misma impresión que recibe el dedo cuando apoya sobre un pan de manteca; ya en esta

época es posible la constatación de líquido en su cavidad.

El espesor de sus paredes ha sido motivo de muchas discusiones, participando unos de la idea de que ellas no sufren modificaciones, aceptando otros que lo hace aumentando su espesor y por fin, aquellos que aceptan un adelgazamiento. Hoy de una manera general, se ha llegado a considerar que estas modificaciones se efectúan, pero que ellas varían según el punto que se considere, y así, en aquellos en que ésta sufre una mayor presión, se encuentra más adelgazada y por el contrario, llegan a tener un espesor hasta de 7 y 8 milímetros en aquellos en que la presión, generalmente puntos salientes del feto, no es ejercida o lo es en menor grado. Fabre admite en general dos períodos, uno de engrosamiento del músculo, durante los cinco primeros meses, debido a una hipertrofia de las fibras musculares, y un período de adelgazamiento muy manifiesto en los últimos 4 meses, debido a la distensión uterina.

Estas modificaciones del útero son causa de que otras se produzcan también en los órganos anexos; su ascensión trae como consecuencia que los ligamentos anchos se encuentren estirados de abajo arriba y de fuera adentro, imprimiéndoles un cambio de dirección que hace que su borde su-

perior, de horizontal, pase a ser inclinado u oblicuo. La separación que sufren sus hojas a causa de la hipertrofia del útero, no es tan acentuada como podría serlo, a causa de que al mismo tiempo que aquél, éste sufre una hipertrofia de sus elementos musculares, que aumentando su volumen disminuye su separación.

La palpación hace notar también modificaciones en los ligamentos redondos; durante el embarazo se palpan a éstos como dos cordones cilindricos voluminosos de dirección inclinada hacia la parte inferior y lateral del útero, en el cual se insertan más hacia la cara anterior que a la posterior; al igual las trompas, que por cambios sufridos en su situación, llegan a adquirir una dirección de dentro afuera y de arriba abajo. Con respecto a los ovarios, dice Fabre, «que son poco modificados por el embarazo, su situación permanece la misma y su estructura no cambia». Para Jacquemier, los ovarios ascienden, duplicando su volumen normal.

Conviene conocer las variaciones que se operan en las relaciones del útero con los órganos vecinos, en el curso de la gestación. Para su mejor estudio, puede considerárseles en los 3 o 4 primeros meses y en los últimos de la preñez. En el primer caso, la pared anterior se encuentra en relación en su mitad inferior con la vejiga y

en la superior con la pared abdominal, encontrándose rodeado por las asas del intestino delgado.

Es a causa de su movilidad que sus relaciones sean muy variadas, pero siempre mejor establecidas en los últimos meses, la vejiga ha sido rechazada hacia arriba y adelante, por encima del pubis, perdiendo así la relación que tenía con el cuello que queda en la pelvis (Fabre). El recto se aloja en la concavidad sacra y encuadrando el cuerpo se encuentra el colon ascendente, transverso y descendente, siendo las asas del intestino delgado rechazadas hacia los lados. La pared anterior del útero está en contacto directo con la pared abdominal, y la pared posterior reposa directamente sobre la columna vertebral.

Cuando el útero, por su aumento de volumen pasa a ser abdominal, buscando un más amplio espacio para su desarrollo, sufre una elevación que se hace sentir en la vagina por una tendencia a alargarse en el sentido anteroposterior.

Pero cuando se efectúa el encaje por descenso del feto, que se acompaña de la parte inferior del cuerpo y del cuello se produce un acortamiento vaginal que se aprecia por el tacto y que el mismo da en las paredes la sensación de pliegues transversales. Pero más precoces que estos cambios de configuración son los que sufre en su estructura y que pueden ser apreciables en el cuar-

to mes a aún antes. Es un reblandecimiento análogo al que se efectúa a nivel del cuello del útero, reblandecimiento progresivo y cuyo fin es facilitar su distinción en el momento del parto, que se acompaña de una hipertrofia muscular, mucosa y vascular. «Los elementos mucosos hipertrofiados, dan lugar a la secreción», por hiperfunción, de un líquido espeso que baña la vagina y la vulva; se aprecia al tacto la hipertrofia vascular, por las saliencias que hacen en la mucosa los paquetes varicosos, como también por los latidos perceptibles en los fondos de saco vaginales, conocidos con el nombre de pulso vaginal.

El restablecimiento de la vagina se extiende también a la vulva, en la que se encuentra un proceso de pigmentación que da a la mucosa una coloración parduzca, además de la rojo-violada que adquiere por el aumento de vascularización.

Las propiedades que el útero posee y que permanecen al estado latente, son exaltadas, puestas claramente de manifiesto en circunstancias especiales, fisiológicas o patológicas que no dejan dudas en cuanto a su existencia, ellas son: la irritabilidad, contractilidad, retractilidad, extensibilidad y sensibilidad. Y dice Pajot que el embarazo no hace sino exaltar a un alto grado todas estas propiedades. La primera es la propiedad por la cual el útero reacciona ante las excitaciones; esta

impresionabilidad se manifiesta por una tendencia especial del órgano hacia la contracción de sus elementos musculares, que será más o menos acentuada de acuerdo con la susceptibilidad especial a cada mujer y así, en algunas basta la más mínima excitación para que el útero se contraiga hasta producir el aborto o el parto prematuro, en tanto que en otras el órgano no lo hace o lo hace con extraordinaria dificultad; propiedad ésta que en el curso del embarazo se exagera progresivamente. La contractilidad se traduce por la propiedad que posee el útero de «encoger sobre sí mismo sus fibras musculares», haciendo que la consistencia del útero sea variable según los momentos, alternando el endurecimiento con el relajamiento, al mismo tiempo que modifica su volumen, reduciéndolo para volver al primitivo una vez terminada la contracción. Existen las llamadas contracciones indoloras del embarazo, que son solo perceptibles para el médico, a quien también le es difícil describir su ritmo y frecuencia, ya que la exploración misma las provoca y la mujer examinada no las siente; son ellas más frecuentes cuanto más cercano está el fin del embarazo. Su frecuencia presenta también variaciones individuales, si éstas son cada diez minutos durante el embarazo se pueden considerar normales, pudiendo ellas ser más frecuentes o espaciadas y débi-

les, lo que pronostica respectivamente dolores de parto muy intensos, o inercia uterina durante el parto y alumbramiento. Son ellas, independientes de la voluntad, e influenciadas por infinidad de causas ya directas, indirectas o de orden reflejo. Entre las primeras pueden citarse los traumatismos ejercidos sobre el cuello así como la introducción de cuerpos extraños en su cavidad; teniendo una influencia mucho menor las excitaciones exteriores como ser fricciones, calor, frío, etc.

De una manera indirecta pueden obrar las intoxicaciones y así tenemos por ejemplo: el ácido carbónico en la sangre. La excitación del pezón las produce como resultado de un reflejo, dependiente del sistema nervioso ganglionar y del sistema cerebro espinal. Las corrientes galvánicas continuas, despiertan la contracción.

La retractilidad es la propiedad que permite al útero volver sobre sí mismo, reconcentrarse, disminuyendo su capacidad una vez evacuado su contenido no permitiendo al órgano su distensión. Tiene diferencia con la contractilidad, en que aquella es intermitente, pero tiene relación con ella que se vé en el momento del parto, pues se retrae tanto mejor cuanto que las contracciones se efectúen, aún espaciadamente.

Esta retracción tiene también por objeto mantener obturados los vasos abiertos después del

desprendimiento placentario, haciendo así de hemostático fisiológico; lo que explica el por qué del peligro de accidentes graves en casos de que por inercia uterina esta retracción no se efectúe, o en los casos en que la inserción placentaria se haya hecho baja, pues siendo repartida desigualmente, el cuello no participa casi de su acción. Caso de hallarse fatigado el órgano o distendido en exceso, la retractilidad puede despertarse por las mismas excitaciones que despierta la contractibilidad.

La extensibilidad es la que permite al cuerpo adquirir proporciones enormes, conservando siempre un tonismo especial y permitiendo al feto su evolución más o menos libremente hasta una época avanzada. El cuello goza de la misma propiedad lo que permite en algunos casos su rápida dilatación.

Cree Pajot que esta propiedad no sería más que la conjunción de la retractilidad y extensibilidad.

De todas las propiedades del útero la sensibilidad es la menos perceptible. Fuera del estado de embarazo es tan poco marcada, sobre todo en el cuello, que permite efectuar intervenciones como cauterizaciones, etc., sin mayor reacción. Pero hay otras cuyo cuello es sensible al mismo grado que la pared uterina, sensibilidad que se manifiesta por una reacción dolorosa a los movimien-

tos activos del feto y también en los casos en que se practica un tacto con rudeza.

Entre las modificaciones generales del organismo se cuentan las habidas en los grandes aparatos como ser el circulatorio, respiratorio, digestivo y urinario. Estas modificaciones se efectúan por lo que respecta al primero, en el contenido y continente, es decir: en la sangre, corazón y vasos. Desde mucho tiempo se habían observado modificaciones en el corazón de la mujer en cinta, y ellas fueron al principio, como lo hizo Larche en 1827 atribuidas a una hipertrofia cardíaca, acentuada sobre todo en el ventrículo izquierdo que era acompañado de un aumento de peso que se podía apreciar en un quinto desde que siendo de 220 a 230 gramos, su peso normal llegó a obtener un término medio de 291 gramos. Pero esto que Larche consideraba una hipertrofia, es discutido por Friedrich y Lohleind, quienes dicen que los signos proporcionados por la mujer embarazada son de hipertrofia aparente y corresponden a dilatación. Más tarde aceptan esta manera de pensar, Letulle, Mullet, Vagues, etc., quienes ven también una dilatación transitoria que nunca llega a la insuficiencia tricuspídea, reconocible por sus signos habituales. A éstos acompañan en la mujer en cinta, en una cada cuatro según Jacquemier, un soplo de caracteres varia-

bles, que a veces es solo un roce que no oculta el ruido cardíaco.

Estos soplos, según algunos autores no pertenecen solo a las mujeres embarazadas, pues Vagues y Millet lo encuentran en todos los individuos examinados en serie; para otros serían debidos a la cloro anemia y Vinay cree que cuando ellos se encuentran son debidos a lesiones orificiales del cloro anemia o son soplos extra cardíacos bastantes frecuentes. Estos soplos son meso-sistólicos, superficiales y localizados a las cavidades izquierdas. En el sistema arterial, puede notarse un aumento de frecuencia en el pulso que llega a 86 pulsaciones por minuto T. M., encontrándose éste al mismo tiempo más duro y fuerte. En el sistema venoso se encuentran manifestaciones debidas sobre todo al estado congestivo de los vasos, várices, hemorroides, y demás, sobre todo en los miembros inferiores, vagina y vulva. Las modificaciones sanguíneas son cuantitativas y cualitativas. Su masa se encuentra aumentada, pues los senos uterinos contienen gran cantidad de sangre y los vasos arteriales y venosos adquieren una plenitud mayor a la que tenían fuera del estado gravídico. Haciendo estudios sobre los elementos componentes de la sangre Becquerel y Roder encuentran un aumento en la cantidad de agua, que de 799,1 por mil, se

eleva en la embarazada a 801,01 en los primeros meses y 817,70 en los dos últimos.

Se encuentra una disminución muy marcada, sobre todo al final del embarazo, de los glóbulos sanguíneos como también la proporción de glóbulos rojos a los blancos. A la par de éstos se ve disminuir la hemoglobina y la albúmina. La fibrina sufre modificaciones, según la época del embarazo; en los primeros meses disminuye hasta llegar a un 2,50 por mil, elevándose en los últimos hasta un 4,3 por mil. Este aumento de fibrina hace que la sangre sea más coagulable lo que a su vez disminuye los peligros de la hemorragia. Se nota también un aumento de materias grasas y fosfóricas y una disminución del hierro y sales del suero.

Las modificaciones respiratorias, generalmente, tardías, manifiéstanse clínicamente por disnea, tan frecuente en la mujer en cinta, es de causa mecánica, la disminución del volumen de la caja torácica, en donde el diámetro anteroposterior disminuye, aumenta el transversal, y disminuye también el vertical debido al ascenso del diafragma, rechazado a consecuencia del desarrollo del órgano gestador, disnea que disminuirá un tanto al producirse el encaje.

Las modificaciones químicas han sido estudiadas por Andral y Gavarret quienes encuentran

en el aire exalado un aumento de la cantidad de ácido carbónico.

Bajo el punto de vista fisiológico, Pajot divide las alteraciones del aparato digestivo, para su mejor clasificación, en casos en que haya excitación; disminución, perversión o trastorno. La excitación de la función se encuentra algunas veces, lo frecuente es hallar al principio una disminución. En las primíparas y en las múltiparas en un mayor grado se encuentra un aumento de peso que Gassner aprecia en 2400 gramos en el 7.º mes del embarazo, 1690, en el 8.º y de 1540 en el último mes, aumento éste no solo debido al desarrollo del útero y del huevo, sino a todo el organismo materno que participa de una mayor actividad en las funciones de asimilación.

Sufre también la influencia de la preñez el sistema urinario; se encuentran los riñones en un estado ligeramente congestivo y algo aumentados de volumen. Es la acción mecánica de desalojo por el útero grávido, la que hace modificar en sus relaciones normales a la vejiga, que es llevada hacia la cavidad abdominal cuando existe encaje produciendo en consecuencia un estiramiento de la uretra que queda colocada detrás de la sínfisis púbica. Esta es la acción mecánica de elevación observada por Chantreuil y Tarnier, pero que no aceptada por Ribemont para quien solo dichas

modificaciones se efectúan y son debidas al estado de reflesi3n o vacuidad de la vejiga siendo abdominal en el primer estado, y hallarse detr3s del pubis en el segundo.

Las modificaciones de la orina son muy importantes, y en el tercer mes ya se aprecia una disminuci3n en el coeficiente t3xico el que solo es de 0,217 y en el que se mantiene hasta el final de la preñez. «Debe atribuirse la destrucci3n de los venenos autoctonos a la sobre actividad del h3gado, cuando la c3lula hep3tica no est3 a la altura de su misi3n, la orina se hace de nuevo hipert3xica».

Se nota un aumento en la cantidad de agua, como tambi3n de cloruros, que Barlemont considera como productos de desasimilaci3n de los tejidos de la madre. Se encuentra una menor cantidad de urea 3cido 3rico, fosfatos, sulfatos, creatina y creatinina. Brocard ha hecho estudios sobre la presencia en la orina, de az3car fisiol3gico en las embarazadas, y ha demostrado que en un 60 por ciento de los casos ella no se encuentra y que cuando existe es generalmente lactosuria, observada sobre todo en las mujeres que tienen mucho calostro en sus mamas. Puede por lo dem3s esta coincidir con una glicosuria, pero en todo caso son ellas tan poco acentuadas que puede considerarse como fisiol3gicas. En general es ella de

una reacción ácida, siendo las menos alcalina o neutra.

El sistema óseo es influenciado por el embarazo, el aumento de peso del útero, modificando el centro de gravedad, hace que en las curvas normales de la columna se efectúen modificaciones que tienen por objeto restablecer el equilibrio. Pero es en las articulaciones donde más se manifiesta la acción del embarazo y sobre todo en las de la cintura pélvica; ellas sufren un reblandecimiento, muy apreciable por el método de Budin, que consiste en colocar el dedo índice en la vagina, de manera que la pulpa del dedo mire la articulación de la sínfisis, hecho lo cual se hace ejecutar a la mujer movimientos de marcha, los que darán la sensación de dislocación de las dos ramas, sufriendo iguales modificaciones, aunque en menor grado las sacro ilíacas, la sacro coxígea e inter-coxígea.

Es este reblandecimiento el que permite distensión a la cintura ósea en el momento del parto.

Los signos ciertos del embarazo, dice Pajot, son los ruidos del corazón fetal y los movimientos activos del niño percibidos por el partero. Dice también, que la ausencia de ruidos del corazón fetal no permite negar el embarazo ni aún la vida del niño. Pero no son estos, signos que podamos descubrir en el primer período de la preñez, ellos aparecen hacia los últimos meses, son sig-

nos que podríamos llamar tardíos y con los que no podemos contar para aclarar una duda, sino en aquel tiempo, y sí solo para nuestro fin, con signos o síntomas que durante el desarrollo del huevo son casi exclusivamente del organismo materno. Y si bien es cierto que aquellos atestiguan o certifican de una manera irrevocable la preñez, puesto que son por decir así, el grito de presente que nos da el feto; no menos concluyentes son éstos, no considerados en sí como entidad capaz de demostrar lo que perseguimos, pero sí de que su estudio en particular y de su agrupación, se pueda tener una confianza suficiente para sentar un diagnóstico preciso.

Muchos de los signos que vamos a ver, pueden con visos de verdad, ser considerados de una autointoxicación gravídica. Es conocida como causa tóxica, la acción que pueda tener la supresión fisiológica o patológica de las secreciones orgánicas. El organismo elabora productos de desasimilación en el estado normal y en un grado mayor en estados morbosos. productos que pueden considerarse como verdaderos venenos, de ahí la necesidad de eliminarlos; suspendidas o modificadas las funciones encargadas de ello, pueden resultar verdaderas intoxicaciones. Es por lo que Pinard ha encontrado en la mujer embarazada fenómenos patológicos producidos por la deficien-

te eliminación de los productos de desecho contenidos en la sangre. Es sobre todo durante el embarazo, que dichas intoxicaciones se producen, las reglas se suprimen, trayendo un desequilibrio del estado normal, por la retención de tales productos, que exige al mismo tiempo un estado de perfecto funcionamiento o exceso de función en los otros órganos eliminadores. Esto y la insuficiencia de defensa orgánica, son causa de que se produzcan estas intoxicaciones; sabemos que durante el embarazo, hay de una manera general, una hiperfunción glandular, una pereza intestinal, al tiempo que un exceso de trabajo cardíaco, y la insuficiencia de otros órganos que tienen como consuecencia un estado de menor resistencia; predisponiendo al organismo las autointoxicaciones e infecciones.

Hechas estas consideraciones generales sobre las modificaciones que sufren los distintos órganos, y que son, por así decirlo, las generadoras de gran cantidad de síntomas que descubre el examen detenido y perspicaz, trataré de enumerarlos, así como los vaya presentando: el método común del interrogatorio, la inspección, palpación, tacto y palpación combinados.

Hay que hacer un presente en lo que se refiere a interrogatorio, ya que con los datos que el nos proporciona, hemos de guardar la mayor cir-

en que las reglas continúan durante la preñez. Lonner, en 1889, observa una mujer que regla durante los cinco primeros meses. Windmuller, el de dos hermanas que menstruaban en la primera mitad, y Carusso, en estos últimos años, una que menstruó durante todo el curso del embarazo.

A pesar de ello, hoy es general aceptar que el embarazo suprime las reglas, y los flujos sanguíneos que se encuentran en el curso de su evolución, dice Pajot, son dependientes de causas diversas, y que si por algunos caracteres recuerdan el flujo menstrual, difieren siempre de él, por su duración, cantidad y cualidad de la sangre. La inspección, descubre ciertas alteraciones impresas por las distintas modificaciones sufridas por el organismo, constituyendo algunas veces signos muy ostensibles, pues así como ellas se efectúan en distintas partes de la superficie cutánea, mamas, pared abdominal, etc., lo hace también en partes descubiertas, la piel de la cara, la que presentará con una acentuación mayor o menor, según sea más o menos grande la cantidad de pigmento que en ella se deposite, junto a la demarcación, huella de la impresión moral sufrida por tal estado en la mujer de por sí delicada y sensible a tales emociones; un aspecto particular, un caché especial, que desde muy antiguo se conocía con el nombre de mascarilla del embarazo.

Este tinte amarillento o pardo que cubre la cara, no llega a hacerlo en total más que en pocos casos, y lo común es que solo ataque algunas partes de ella, siendo las más comunmente atacadas, la frente y los lados de la nariz.

Al igual que ésta, se ven aparecer pigmentaciones en las manos, pared abdominal, en la que se forma una línea cintada, que se extiende desde el pubis hasta el ombligo o apéndice xifoideas. Todas estas pigmentaciones, como las que veremos, se efectúan en las mamas, lo hacen en un grado más acentuado, en aquellas mujeres cuya piel es morena. La inspección del abdomen proporciona más elementos, y entre ellos cuentan la distensión de la pared, variable ésta según se la examine en posición de pié o en el decúbito dorsal. Esta distensión está en relación con la edad del embarazo, y si en los primeros meses no es apreciable, ya desde el cuarto, se nota una ligera elevación. No siempre ha de encontrarse, y el hecho bien lo recuerda el aforismo de Mme. Lachapelle, que dice: «A ventre plat, enfant il y a».

Se pueden encontrar sobre todo en la parte inferior del abdomen, estrías superficiales y deprimidas, que aunque no siempre, se las encuentra en un 90 por ciento de los casos; son las conocidas con el nombre de grietas, y que es fácil

distinguir, cuando ellas existen, de las producidas en embarazos anteriores.

Durante la preñez, tienen ellas una coloración rosada que puede llegar hasta violácea, con el tiempo palidecen hasta tomar un aspecto nacarado. Esta coloración la explican Troisier y Menetrier, debida al adelgazamiento de la piel en los puntos en que se hacen las grietas, y que hacen ver por transparencia la red sanguínea superficial, llegando a adquirir la coloración blanco nacarada por obliteración de los mismos vasos distendidos.

En la piel del periné, puede encontrarse en la parte media una línea de pigmentación, al par que un reblandecimiento de los tejidos que le hacen muy extensible. En la vulva y los miembros inferiores, se encuentran frecuentemente paquetes varicosos, consecuencia de las modificaciones del aparato circulatorio. A este síntoma da Budin mucha importancia, sobre todo en aquellas mujeres anémicas, delgadas, en las que éste constituye un síntoma precoz.

Desde los primeros tiempos en que se empezaron a hacer estudios sobre los signos que proporcionaba la mujer en cinta, anotábanse como de los primeros y bien manifiestos, las modificaciones que se efectuaban en las mamas y ellas eran aprovechadas como tales, pues cierto es que de

una manera muy intensa, estas reaccionan desde temprano y se puede contar con ellas desde las primeras semanas; son debidas a la íntima relación que tienen con los órganos genitales; relación ya manifiesta por la reacción que dichas glándulas experimentan durante todos los períodos menstruales. En las múltiparas, es una rehabilitación de la función, no así en las primíparas, en las que deben operarse cambios en la profundidad del órgano que la hagan apta para desempeñar la función a que está destinada, cambios que se manifiestan por un aumento de la sensibilidad, y por fenómenos del mismo orden, espontáneos, que dan sensación de plenitud, de picoteo, punzadas o quemadura, que aparecen poco tiempo después de la concepción. Al mismo tiempo la glándula aumenta volumen, y por la palpación se constata que perdiendo la sensación de plenitud grasosa, adquiere, la glandular sensación de nudosidad, este aumento de volumen, hace que la piel que la cubre se ponga tensa, llegando al fin del embarazo a presentar algunas grietas. La red venosa superficial se hace muy visible al adquirir por hipertrofia fisiológica un mayor desarrollo. Aquí se produce pigmentación que, en intensidad, está en relación con el color de la piel, siendo muy marcado en las morenas, en las que adquiere un color muy pardo, quedando ro-

sado en las pelirrojas. Esta pigmentación efectuada en la zona de la areola verdadera, no se limita a ella, sino que se hace otra externa rodeándola, pero en la que son respetados los folículos pilosos, lo que le da un aspecto particular que hace se le llame, zona atigrada. La areola verdadera se hincha y hace convexa y se ven en su superficie unas pequeñas elevaciones, en número variable que generalmente es de 12 a 15, llamados tubérculos de Montgomery. Son estos los tubérculos de Morgagni, que bajo la influencia del embarazo han sufrido una hipertrofia que les hace adquirir un mayor volumen, llegando a medir hasta 3 milímetros de diámetro. Aproximadamente a los dos meses de efectuada la gestación es que se hace apreciable esta modificación. El pezón sufre también un proceso hipertrófico y se hace más sensible y erectil, y del que, hacia la mitad del embarazo y a veces antes, se puede por presión o lo hace espontáneamente, dar salida a un líquido espeso y opalino, el calostro.

Como vimos anteriormente, en la época del embarazo, nótase un apreciable tendencia al engrosamiento, que está en relación con la mayor actividad con que se efectúan los intercambios nutritivos. Esto, es sobre todo notable en los últimos meses, pues es frecuente que en los primeros el apetito se encuentre disminuído, lo que agregado a

un síntoma también frecuente y precoz, los vómitos, actuarían en un sentido contrario a esta tendencia orgánica al engrose. La excitación de la función digestiva no es raro encontrarla trastornada en los últimos meses, como es constante se halle en los primeros. Estos trastornos del primer mes, son en algunas múltiparas tan precoces, que ellos constituirían para estas, el primer signo revelador de su estado. Generalmente abre el cuadro de esta sintomatología, el ptialismo, que puede ser de distinto grado y no pasar muchas veces de un deseo exagerado de escupir, pero alcanzando en otras, proporciones enormes, al extremo de escapar por la comisuras labiales en forma de baba, llegando a apreciarse en un litro por día.

Este fenómeno, presentado por una mujer sana y joven, es considerado por Tarnier, como un signo que debe hacer despertar la sospecha de embarazo. Es común que el ptialismo se observe en un solo embarazo, siendo sin embargo posible que se presente en varios sucesivos. El persiste hasta el tercer o cuarto mes, pudiendo hacerlo, lo que es más raro, hasta la época del parto o algún tiempo después. Signos tan molestos como éste, pero de más importancia, son las nauseas y vómitos; ellos aparecen generalmente después de la primer falta y son de un tiempo de duración análogo.

go al anterior. Se producen por lo general a la mañana, espontáneamente o consecutivos a cualquier movimiento, cambios de posición, etc., o también consecutivos a la ingestión de alimentos. De allí que sean ellos, alimenticios, biliosos o glerosos. En ciertos casos tienen estos la particularidad de ser electivos, es decir, que son solo provocados por la ingestión de determinadas substancias.

Con todo, el malestar que les acompaña y la sensación penosa que ellos dejan, no tienen un carácter de gravedad, pues terminada la crisis la mujer puede alimentarse y retener las substancias ingeridas sin que sea nuevamente expulsada, es por ello que no influyen mayormente sobre el estado general. La frecuencia de estos, es de un 50 por ciento de los casos; pudiendo algunas veces por su forma y frecuencia, llegar a tomar el carácter de incoercibles. En algunas mujeres, estos vómitos se presentan con una regularidad tal en cada uno de sus embarazos, que en su presencia, no dudan estas de hallarse en cinta. En el curso del embarazo se encuentran las mujeres generalmente constipadas, pudiendo algunas veces constatarse diarreas sobre todo matinales, pero de existir, lo frecuente es que ellas sean alternantes con el estado indicado anteriormente. A esta constipación tan frecuentemente ob-

servada, se le puede considerar como de causa mecánica, ejercida por el globo uterino en desarrollo, sobre la última parte del tubo intestinal.

Entre los desórdenes psíquicos que pueden aparecer durante el embarazo, son de anotar, la manía, la melancolía, y la confusión mental, aunque esta última pueda considerarse una excepción, siendo de entre ellas, la melancolía o estados semejantes, lo que con más frecuencia se observan. Puede decirse de una manera general que estos trastornos sufridos en tal época, son benignos, porque aunque pueden revestir forma de locura, confirmada, es común que estas no sean más que ligeras alteraciones intelectuales y morales a las que en verdad no puede dárseles el carácter de alienación. Son por lo general, deseos de ejecutar extravagantes caprichos, ansias de ejecutar actos determinados, o ciertas perversiones de los órganos de los sentidos, olfato o gusto, encontrando agrado en la olfacción de olores fuertes y repugnantes, que para ellas mismas eran tales en otras épocas, ya del gusto en la que se suele encontrar malacia y pica, esta última, un grado más acentuado que la primera y que consiste en alimentarse con sustancias agrias, picantes o ácidas, ya carbón, cenizas, tierra, etc.

Son a estos trastornos pasajeros, que vulgarmente se llaman antojos, y que a veces son acom-



pañados de otros más acentuados y referentes al carácter y sentimiento. Mujeres apacibles, tornan-se irascibles hasta un grado que las hace insopor-tables, cometiendo actos que están en desacuerdo al grado de cultura que poseen o por el contra-rio, asombra su bondad y docilidad no habitual, fuera del estado grayídico. En algunas su inte-ligencia parece adormecida, se les ve en estados de somnolencia, o poseyendo una lucidez de ideas desacostumbrado. En algunas se descubre una ten-dencia a la cleptomanía, en otras a la piroma-nía y hasta el homicidio, que ejecutan si no se les vigila.

Arrastrada por tal influencia mórbida, la mu-jer comete robos de los que no tiene conciencia alguna, ya que su situación le permitiría obtener los objetos deseados sin recurrir a tales medios.

No son raros los insomnios, así como las neural-gias y odontalgias; estas últimas unas veces de-bido a la carie facilitada por la disminución de la densidad del diente a consecuencia de su desmi-neralización, siendo otras simples neuralgias.

Estas odontalgias, se observan sobre todo en los primeros meses del embarazo.

Si practicamos la palpación aisladamente, nos proporcionará datos de importancia, pero obten-dremos de ella mayor beneficio si la practicamos combinada al tacto, la llamada palpación bima-

nual o vagino-abdominal, método más preconizado y el que más nos ilustra, sobre todo cuando se trata de un embarazo en su primer tiempo. La palpación nos informa sobre la consistencia del útero, sobre su desarrollo. Ya desde el primer mes el útero llega a la sínfisis púbica, pudiendo desde el segundo delimitarse la altura que alcanza. Las cifras dadas de crecimiento con relación al tiempo, no son todas iguales, pero sí, lo son tan aproximadamente, que su diferencia puede no apreciarse, pues variando en una o dos unidades, puesto que no son ellas absolutas, no implican por ello anomalía. Pinard, hace escrupulosas observaciones al respecto, y encuentra en 20 mujeres examinadas que el útero se elevaba de la sínfisis púbica, apreciando la fecha por la época del parto, a los tres meses, de 8 centímetros seis veces; de 9 centímetros nueve veces; de 10 centímetros tres veces; de 11 centímetros dos veces. A los cuatro meses, de 13 centímetros cinco veces; de 14 centímetros cinco veces; de 15 centímetros siete veces; de 16 centímetros dos veces; de 17 centímetros una vez. Fabre, da las siguientes medidas: al segundo mes, 4 centímetros, al tercero, 8 centímetros, y al cuarto, 12 centímetros. De una manera general se puede aceptar un crecimiento de cuatro centímetros por mes, siendo clásico aceptar también que al fin del primero su fondo

se encuentre a una altura correspondiente al borde superior del pubis. Para tomar la altura uterina, se procede por un método muy sencillo, consistente en solo emplear una cinta métrica que se aplica al borde superior de la sínfisis púbica, con una mano, y con la otra, aplicada perpendicularmente apoyando el borde cubital a la pared abdominal, se desliza por sobre la cinta hasta terminar la resistencia que opone el útero.

Para hacer esta limitación del fondo uterino, surgen a veces dificultades, pero las que se pueden allanar recurriendo a la percusión. Para efectuar estas mediciones, es necesario que la mujer adopte la posición de decúbito dorsal, respirando normalmente.

Palpando el útero gravido, se tiene la sensación de tumor redondeado, de una blandura especial característica, pudiendo variar su consistencia hasta la de tumor fibroso, pero solo en estados especiales, amenaza de aborto por ejemplo. Hay que tener presente que el útero se contrae espontánea y provocadamente, lo que hace variar también su consistencia, y que contracciones parciales del cuerpo, suelen dar una consistencia especial simulando un tumor.

El tacto es el medio exploratorio más útil, con que se puede contar en esta época de la preñez, él nos da datos sobre el estado de la vagina, cue-

llo y partes próximas al del cuerpo del útero, además de que puede informarnos también sobre la posibilidad de una viciación pélvica. Solo trataremos aquí el modo de efectuarlo, para ver al tratar el tacto y palpación combinados, el resultado de los conocimientos que él nos proporciona.

Antiguamente se practicaba muy frecuentemente el tacto vesical, introduciendo el dedo en la vejiga, previa desinfección y dilatación de la uretra, método este poco práctico de no cómoda ejecución, y como no se obtenía mayor resultado, fué abandonado. Menos caído en desuso, es el tacto rectal, pues puede ser de mucha utilidad en ciertos casos y aconsejado sobre todo como método exploratorio mixto, combinado con la palpación abdominal. De todos los métodos, el menos aconsejable es el que efectuaba Pinard, tacto intrauterino, llegando a las membranas envolventes del huevo. Es sumamente peligroso por las consecuencias graves que puede acarrear.

Es el tacto vaginal, el que nos debe ocupar, el que se practica comunmente, y el de mayor provecho. Se enumeran infinidad de precauciones para su ejecución, las unas referentes al operador, otras a la examinada; así, previa desinfección vulvar que puede efectuar un ayudante, y que tiene por objeto evitar el arrastre de gérmenes al interior, se procederá a la desinfección de las

manos, desinfección que debe hacerse metódica y escrupulosamente, persiguiendo el mismo fin que en la anterior.

De importancia es la posición que se debe dar a la mujer a examinar, desde que ella puede facilitar lo; es necesario también un tacto especial para adquirir cierto dominio en la examinada, para que deposite su confianza en el médico, con lo que se podrán vencer muchas dificultades que se pueden presentar, un nervosismo exagerado, ya por el natural pudor y timidez de la mujer, que le imponen resistencia a prestarse a tales manipulaciones, ya por dolor o disimulación, que son un gran obstáculo para obtener del examen los resultados apetecidos. Natural es también y ha de ser una exigencia, una previa preparación que tiene el fin de que tanto el recto como la vejiga, se encuentren en estado de vacuidad, pues harían en caso contrario difícil la exploración, dadas las íntimas relaciones anatómicas que existen entre dichos órganos.

Respecto a la posición a dar a la mujer, son varias las que se pueden adoptar, y dentro de ellas, la más cómoda parece la de decúbito dorsal, que se puede variar según las exigencias. La cabeza, puede, para mayor comodidad, apoyarse sobre una almohada y los miembros en extensión; tratando que las ropas de vestir no inco-

moden al operador. Algunos aconsejan, para más distracción de la examinada, por el efecto moral que produce, y con lo que al mismo tiempo se evitan movimientos de defensa que molestan, hacer que al acostarse la mujer lo haga sobre sus puños cerrados, lo que la hace creer una ayuda de si misma, participando en la maniobra que se ejecuta, teniendo a la vez, la ventaja de que facilita el examen del cuello uterino y del fondo de saco posterior de la vagina. Otras posiciones usadas y que pueden ser un gran recurso para ciertos diagnósticos, son la de Thure-Brandt, consistente en que una flexión forzada de la cabeza, haciendo llegar el mentón en contacto con el esternón y flexionando los miembros se produzca una relajación muy acentuada de la musculatura abdominal. También la posición lateral derecha o izquierda, como así la vertical muy practicada en otros tiempos, o la de Trendelemburg, o la inversa, la de Jayle, muy útiles, sobre todo en los casos de suposición de fibroma o quiste del ovario.

Para su comodidad, el médico debe hallarse a la derecha de la examinada, para poder así, hacer el tacto con su mano derecha y la palpación abdominal con la izquierda. En esta exploración no debe olvidarse que ha de procederse con toda suavidad y delicadeza posible. En caso de que

sean necesarias presiones fuertes, se puede recurrir a un ayudante, para que este las efectúe sobre su mano, la que no perderá así nada de su sentido táctil.

La mujer en posición, y teniendo en cuenta las consideraciones antedichas, se procede, introduciendo en la vagina, después de haber franqueado el orificio vulvar, al cual se penetra por su comisura posterior; el dedo mayor, más comunmente el índice y mayor, que llegarán hasta los fondos de saco, que ayudada por la mano abdominal que mantiene firme la matriz, se podrán apreciar las modificaciones de cuello y cuerpo. Ellas son: por parte de la mucosa, una hipertrofia y una mayor vascularización. A la hipertrofia de la mucosa, acompaña un aumento de la función secretoria, como ya lo anunciamos, y esa secreción de moco llena la cavidad, constituyéndose en una masa glutinosa, que forma el llamado tapón glutinoso del cuello. Este permanecerá ocupando la cavidad del cuello durante todo el embarazo, para ser recién expulsado en la época del parto. El volumen del cuello es según la opinión de algunos autores, modificado, sufriendo una variación en aumento y llegando a medir hasta 6 centímetros, lo que para otros, no ocurriría, siendo la variación en tal sentido, tan insignificante, hasta pasar desapercibida. La forma se modifica y lo hace de

distinta manera, según se trate de una primípara o una múltipara. En las primeras, se nota desde el principio una exageración de su forma cónica, pero poco tiempo después, con la formación del tapón mucoso pasa a adquirir una forma más bien tubular. En las múltiparas, su forma, algunas veces no se modifica y permanece cilíndrica, otras adquiere la de un cono cuya parte ensanchada corresponde al ocico de tenca. El reblandecimiento del cuello puede constatarse desde las primeras semanas del embarazo y de una manera más precoz en la múltipara que en la primípara. Debe tenerse presente que en las múltiparas, en las que se haya producido un desgarramiento del cuello por pequeño que haya sido, si ha habido infección, habrá dado lugar a la formación de un tejido escleroso de cicatrización y lo que hará dar la sensación de resistencia cartilaginosa en tal punto. El reblandecimiento invade el cuello, progresivamente del orificio interno al externo en toda su extensión, de igual manera que en profundidad. En la primípara, tenemos que al fin del primer mes es solo la mucosa del ocico de tenca la que se halla reblandecida dando a la palpación una sensación análoga a la que da un cuerpo resistente recubierto con un paño, o de una lámina de cautchut, Tarnier. Al tercer mes el cuello se halla reblandecido en una profundidad de tres mi-

límetros. Llegado al reblandecimiento a su máximo, se puede en la primípara establecer al tacto, una diferencia entre el cuello y pared vaginal, no así en la múltipara en la que el cuello y vagina lo sufren en igual grado, no pudiendo establecerse diferenciación entre uno y otro. Este reblandecimiento se efectúa de una manera tanto más rápida cuanto más se aproxima el embarazo a su término.

En la situación del cuello se aceptaban cambios debidos a la influencia de los órganos vecinos, por relación al desarrollo del útero, actuarían así las ansas intestinales, cuya acción se haría más repartida por el aumento de volumen de la masa, participando también en tal sentido el relajamiento de los ligamentos sustentores del útero. Desde muy antiguo, se aceptaba que el útero aumentando de peso en estado grávido, tenía tendencia a descender a la cavidad pélvica lo que le haría más accesible al tacto. Las modificaciones sufridas por el útero en gestación, han sido detalladas, y ellas serían bien apreciables por el tacto hacia el tercer mes, cuando el útero cambiando de forma da la sensación clara de globo. Llevando el dedo explorador a los fondos de saco, se obtendrá, colocando éste en el posterior y con la pulpa hacia arriba, la resistencia que le presenta un tumor redondeado, el útero grávido; signo éste que es

posible obtener desde el segundo mes, aunque según Budin, este signo que lleva su nombre no puede interpretarse bien, antes del tercer mes. Hegar ha descubierto la existencia de un pliegue en el itsmo, que es transversal, y de la pared anterior del útero cuando éste se halla en anteflexión. Para percibir este signo es necesario, colocando el dedo en el fondo de saco anterior, ejercer con la mano abdominal una presión de arriba abajo y de adelante atrás. Es debida a la elasticidad especial de las paredes del útero y a la incomprensibilidad del huevo, que por esta maniobra, al ser rechazado el huevo hacia atrás y arriba, haría más convexa la pared posterior y el fondo, mientras que en las anteriores se formaría un pliegue, puesto que las capas musculares profundas se separarían de las superficiales. Dos signos de gran importancia diagnóstica son el de Hegar, y el de Bonnaire. Hegar descubrió su signo haciendo palpación combinada, y consiste él en la apreciación del reblandecimiento característico del itsmo del útero en estado gravídico, y que atribuyó a la imbibición que en tal estado sufren dichos tejidos, disociando sus fibras anulares.

Muchos autores han generalizado tal signo, aunque no todos lo describen de igual manera, pues según H. G. del Busto, existe esa diferencia en la manera de investigarlo, debido a que no han

considerado que la técnica seguida por Hegar varía según sea la posición del útero. Hegar describe la técnica a seguir para la comprobación de su signo, de la manera siguiente: en los úteros antevertidos colocando el índice en el fondo de saco anterior de la vagina con la otra mano se palpa el cuerpo, y llegando a su fondo se le rodea hasta llegar a su cara posterior y descender luego por ésta cara todo lo que sea posible, y yendo en busca de la otra se encontrará con ella en la parte media, quedando separadas una de otra solamente por un espesor de tejidos, espesor que en estado de embarazo no es mayor al de una cartulina, según se le puede apreciar.

Para el caso opuesto al anterior, es decir el de retroversión del útero, el dedo introducido en la vagina va hacia el fondo de saco posterior, y la otra mano se esfuerza por llegar al istmo, del útero, siguiendo su cara anterior sobre la pared abdominal anterior, y por detrás del arco pubiano, yendo al encuentro del dedo vaginal que a su vez, eleva el segmento inferior del útero.

Es posible también apreciar este reblandecimiento por el tacto vaginal combinado al tacto rectal. Para esto el dedo introducido en el recto debe serlo profundamente, a fin de llegar a la parte media del segmento inferior, y apreciará por presión sobre el otro dedo colocado en el fon-

do del saco anterior, la delgadez de los tejidos en dicho punto.

El signo de Bonnaire, consiste en la aplicación de la técnica empleada por Hegar para el diagnóstico ginecológico, al diagnóstico obstétrico, ya que facilita su investigación toda vez que ésta fuera difícil efectuarla por una u otra causa. Explica la técnica a seguir, en la siguiente forma, una pinza de Museux es colocada en el cuello. Una tracción suave y continuada es ejercida sobre el órgano en el sentido de la pelvis, de manera de bajar el cuello hacia la vulva sin dolor alguno. El índice es entonces introducido tan profundamente como sea posible en el fondo de saco vaginal posterior, que así acertado permite apreciar la consistencia del órgano gastador en toda la altura de la cara correspondiente. Si la vagina es muy corta e inextensible, el dedo toma la vía rectal. Se encontrará aplicada en toda su integridad la técnica ginecológica de Hegar si el dedo pulgar es llevado a contacto con el cuello descendido. Al ser traccionado el útero por su cuello, en su descenso puede proporcionar datos de mucha importancia, sobre la presencia o ausencia de adherencias, teniendo en cuenta la mayor o menor facilidad que se haya tenido para efectuar la operación. Completando la técnica y para que ella sea de un resultado más provechoso, es conveniente actuar

con un ayudante, al que una vez colocada la pinza y descendido el útero, se le confía para que la mantenga en el mismo sitio y en el eje del útero, con lo que se evitará el dolor, que se despertaría de no proceder así. «Las manos del médico, la una práctica el tacto vaginal o rectal o los dos combinados a la manera de Hegar, la otra explora la región suprapelviana. Desde luego es posible, sino fácil, sea imprimiendo movimientos de lateralidad a una masa suprapubiana, con ayuda de la palpación; sea movimientos de ascensión y descenso del útero por medio de la pinza, diferenciar el útero grávido o no de un tumor juxtapuesto; mientras la palpación combinada al tacto simple, no podría establecer la disociación. Si el cuello impidiese hacer uso de la pinza, como suele darse en algunos casos, porque su estado de reblandecimiento es tal que le pone en iguales condiciones de que si se encontrase fungoso o desgarrable, se podrá usar una pinza a dientes redoñados, la pinza molar de Bonnaire». Este examen es practicado poniendo a la mujer en la posición descripta como la más generalmente empleada, pero en ciertos casos es necesario variar de acuerdo con las necesidades y con la utilidad que de ella pueda obtenerse, de Tredelemburg, Jayle, genupectoral, etc.

CAPITULO III

En presencia de algunos de los signos de embarazo que suministra el feto, se puede azeverar de una manera absoluta la existencia de la preñez, aún ante la negativa de la interesada, y fueran cualquiera los medios a que ésta apelase para desvirtuar tal afirmación. De un valor indiscutiblemente real, para el médico partero, no lo es menos para el médico legista, atendiendo a las conclusiones a que puede arribar por las razones expuestas. No menos interesante, es sentar un diagnóstico, cuando todavía no sea posible descubrir la existencia de los dichos signos de certeza, es decir en los primeros dos o tres meses, puesto que aquellos, aparecen en una época más avanzada.

Es en tales casos, que recurriendo a los métodos usuales de investigación, como hemos visto, sobre todo tacto y palpación, inspección, interroga-

torio; de los que se obtendrá un conjunto de signos capaces de llevarnos a la casi certidumbre del embarazo.

Debe tenerse presente, que en muchos casos se tropieza con un sinnúmero de inconvenientes en su investigación, como veremos luego y así también que ciertos signos, al ser comunes a otros estados patológicos, pueden ser causa de un error de diagnóstico, ya afirmando la existencia de un embarazo que en realidad no existe, ya desconociendo tal estado; este último más difícil de cometer si se procede con riguroso método al examen general y local de la mujer.

Pero hay casos en que el médico se encuentra imposibilitado para sentar un diagnóstico, pues si bien es cierto que a falta de toda clase de signos, se puede tener la confianza de que no ha habido concepción, no hace esto regla absoluta, pues puede darse el caso de que ella haya tenido lugar un lapso de tiempo antes que, por su coartad, haga que ésta no sea manifiesta.

Cierto que estos son casos de excepción, que irremediamente dejarían dudas, que solo disiparían un examen posterior.

Broardel cita uno de estos casos, «siendo médico de San Antonio, un día una enfermera refirió al médico interno, que era Edgardo Hirtz, su temor de encontrarse en cinta; concienzudamente él la

interroga y examina y no encontrando ningún signo de probabilidad o de certidumbre, tuvo la idea de preguntarle desde cuando pensaba ella encontrarse embarazada. Desde anteayer, respondió.»

Debe procederse con celo, en la interpretación de ciertos signos, ya que estados patológicos o fisiológicos pueden simularlos hasta la equivocación; razón por la cual la consideración de alguno de ellos aisladamente pueda guiar por un camino diametralmente opuesto al que debiera seguirse.

Así, no obstante la mayor o menor confianza que se pueda tener en cada caso en particular sobre los datos suministrados por la mujer sujeta embarazada, la supresión de las reglas son un indicio serio en su favor. Sin embargo, muchas veces no ha de ser así. Sabemos que existe una amenorrea fisiológica en los períodos extremos de la vida genital. Así se ha visto ser fecundadas niñas apenas entradas en el período de la pubertad, y en las que la supresión de las reglas pudiera ser considerada como disturbios de la pubertad, ignorándose su verdadera causa. Sin embargo, el examen general, da muchas veces motivo suficiente para continuar un examen detenido en tal sentido. En otros casos posible es atribuir a la menopausia, síntomas de un embarazo acaecido en esta época, sobre todo cuando éstos

por esta misma causa, sean un tanto oscuros.

Una causa frecuente de error puede ser la amenorrea fisiológica, de las mujeres que crían. Entre las muchas amenorreas de otro origen que no sea la preñez pueden citarse la que se produce en algunas mujeres recién casadas, que les hace suponer un embarazo que no existe, siendo debido ella a un exceso de coito; es la amenorrea balística de Boucharcourt. Se supone también, que las influencias exteriores, puedan llegar a producirlas, se cree que el frío actúe en tal sentido, pero estas teorías no han sido bien comprobadas, razón por la cual no se le da mayor importancia.

Ciertas afecciones orgánicas, la tuberculosis pulmonar por ejemplo, produce una detención de las reglas, estado este que puede fácilmente prestarse a error, puesto que tal enfermedad se acompaña de disturbios digestivos y nerviosos, muy semejantes a las manifestaciones de tal índole presentadas por la mujer en cinta. La clorosis y la cloro-anemia, suprimen igualmente las reglas.

De entre las enfermedades nerviosas que suprimen la menstruación se citan la neurastenia, histeria, etc., y entre las psicosis capaces de producirla, la manía, melancolía, delirios en general, etc.

Como se vé, la amenorrea es un signo constan-

te de embarazo, pero en algunos casos se ha supuesto la no coexistencia de ambos; son casos en que ya por una intención premeditada, previendo una intervención que le libre de tal estado, acusan derrames acompañados de dolores, etc., o que se considera como derrame menstrual, derrames de otro origen. No olvidando que «hay metrorragias que se pueden observar durante el embarazo normal y sobre todo anormal, histeria parálisis general, sobre todo al principio, en mixedemas, neuralgias y neuritis».

El desarrollo de un útero en gestación puede despertar cierta duda, ya que no siempre se desarrolla con la misma regularidad y en igual forma, así lo han comprobado Bar, Varnier, Potocki, como también Bonnaire, quien da el nombre de fluxión uterina, a estas expansiones por comparación a las deformaciones de la cara en las periostitis alveolo dentarias. Baudeloque había también comprobado que el desarrollo del útero no se efectuaba siempre en las mismas proporciones con relación a sus dimensiones, o con relación al feto. Se hace difícil el diagnóstico, con motivo de las distintas modalidades de inserción del huevo, ya se haga ésta en el útero o en sus anexos, adquiriendo en los distintos casos, formas especiales. Si el huevo se ha implantado cerca del ostium, se deberá proceder con mucha cautela

para no incurrir en error. «Al ángulo de un útero de volumen normal en 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 Hegar es positivo; si se moviliza la masa con el dedo vaginal se vé que es única, que no hay nada juxtauterino». Cuando el embarazo es intrauterino en un cuerno, es muy difícil diferenciarlo de uno intersticial, tubouterino, o tubario, pues no habiendo límite de separación entre uno y otro, los signos físicos no proporcionan datos suficientes para establecerlo, y más cuanto se pasa de uno a otro por grados sucesivos. En estos casos servirá de orientación, el punto de inserción del ligamento redondo, que en caso de embarazo tubario se encontrará situado más internamente con relación al saco fetal, no así en los casos de que éste sea intersticial, como así también por el sitio en que se efectúa el reblandecimiento y la extensión por ésta abarcada, y la desviación del útero.

Estos embarazos tubarios son a su vez muy

confundibles con afecciones de la trompa, sobre todo con la salpingitis quística, las dos tienen la misma situación y consistencia, y prestándose los signos físicos a confusión el diagnóstico se basará sobre todo en los funcionales, y antecedentes obstétricos y ginecológicos de la examinada.

El útero puede sufrir un cierto número de desplazamientos, que conviene establecer, pues podrían ser ellos, por las distintas manifestaciones a que dan lugar en el curso de un embarazo, causa de error. Tratándose de retroflexión o retroversión, con adherencias que fijan el órgano en dicha posición, se encuentran cambios en su posición, el cuello en tales casos está detrás del pubis y dirigido hacia adelante, a la vez que el cuerpo uterino hace presión en el fondo de saco posterior. El enclavamiento y las adherencias sufridas por el útero hacen a éste más tenso y doloroso. Tales circunstancias hacen posible que se piense en la probable existencia de un quiste de ovario prolapsado en el fondo de saco posterior, de un hematocele retrouterino, o de un fibroma, idea que se desechará con un prolijo examen y, teniendo presente que un útero así desviado y en gestación, presenta un conjunto sintomatológico parecido.

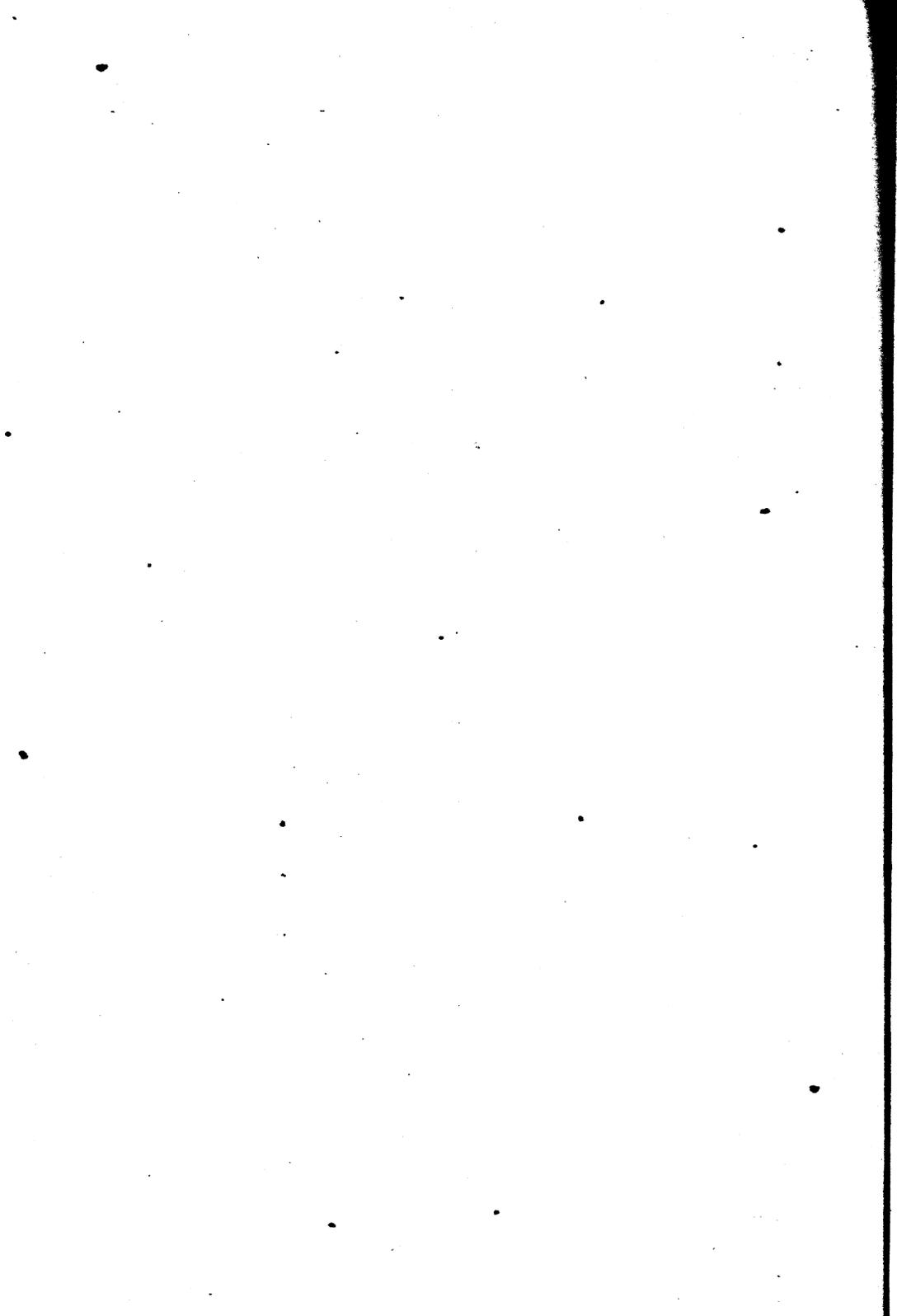
En las anteflexiones, en que la cara anterior del útero es dura, dando una sensación de tumor fibroso, el desarrollo del cuerpo se hace a expen-

sas de la cara posterior y el fondo; siendo muy difícil un error en los casos de lateroflexión, pues el examen es fácil, pudiendo delimitarse con facilidad los bordes del órgano.

Es posible, si se acepta como debidas a un nuevo embarazo, ciertas molestias que acompañan a las mujeres que crían, pudiendo además ser éstas ligadas a una subinvolución retardada del útero, pero en este caso son la palpación y el tacto los que darán datos suficientes para arribar a un diagnóstico, mostrando el útero aumentado de volumen, pero de paredes tensas, que no tienen esa blandura especial del útero grávido, a la vez que el cuello se presentará de igual consistencia a la del cuerpo. Caso de no poder disipar toda duda, un examen posterior que se podría practicar unas tres semanas después la aclararía.

La adiposis dificulta el examen, que generalmente se practica, pues sobre todo en las mujeres jóvenes, va ésta acompañada de ciertos síntomas y una supresión de la menstruación, que puede ser total y que despierta sospecha sobre la posibilidad de un embarazo. Las sensaciones recibidas por el tacto son por lo general oscuras, por el exceso de grasa, como también al recurrir al examen del aparato genital en busca de datos más precisos, se tropieza con las dificultades que

le presentan una adiposidad generalizada, y que se hace posible allanar recurriendo a examinar el útero como lo aconseja Bonnaire, es decir practicando su descenso. Otras veces un nervosismo especial hará que la mujer se resista a todo examen provocando contracturas musculares que lo obstaculiza, o que porque un dolor agudo lo imposibilite, podrá recurrirse en ambos casos a la anestesia, para obtener una resolución completa del sistema muscular.



CAPITULO IV

Ciertos estados patológicos pueden prestarse a confusión con un embarazo en los primeros meses, por lo que es conveniente establecer las diferencias existentes entre unos y otros, para en los casos dudosos, eludir un posible error.

Ha de ser con un embarazo ectópico, con tumores del útero, tumores del ovario, hematocele retró uterino, mola, etc., etc., con quienes más frecuentemente ha de hacerse un diagnóstico diferencial.

Siendo raros, no son excepcionales los embarazos ectópicos, pues así como el huevo anida en el seno uterino, puede hacerlo en el ovario, o detenerse en la pared uterina, constituyendo las formas de embarazo ovárico, e intersticial; pero la forma más común de estas ectopías no son las indicadas, sino la tubárica ampular o ístmica.

Puede darse también el caso de desarrollo del

huevo en un cuerpo uterino rudimentario, casos éstos no raros y bien comprobados, por trabajos bien documentados de Backmann, Walthard, Palmer y Höplf.

En estos casos el diagnóstico anatómico no es difícil, teniendo presente que el quiste fetal es siempre pediculado al lado del útero. Los síntomas del embarazo extrauterino son en general los mismos que se observan en un embarazo normal, y su existencia no deja dudas algunas veces, ante las modificaciones sufridas por los senos, y la desaparición completa de las reglas; pero otras y son las más, la persistencia del flujo menstrual, solo modificado en su cantidad como en su época de aparición, o la presencia de fuertes dolores a la pelvis, llaman la atención haciendo pensar en una lesión inflamatoria. Es siguiendo el método de Bonnaire como es posible llegar al diagnóstico. El se explica diciendo que para sentar un diagnóstico de embarazo extrauterino, la práctica de descenso del útero es no solo juiciosa, sino necesaria en caso de duda, ella es ventajosa a la palpación y tacto insistente, atendiendo a una posible ruptura del saco fetal; sobre todo cuando se practica con la delicadeza indicada. Por este medio se puede conocer la dislocación sufrida por el útero en presencia del tumor yuxtapuesto, y su estado de vacuidad, a pesar de

su agrandamiento por hipertrofia. Esto evitaría a la vez el error, en contrario, tomar por un embarazo normal, un embarazo extrauterino, como consecuencia de que el útero permita palpar las partes fetales haciendo saliencia en la pared, a causa de su flacidez.

Cuando el tumor está prolapsado en el fondo del saco de Douglas, se podrá pensar en un útero grávido de retroflexión, duda que se desechará ante la presencia de contracciones o la menor movilidad del tumor que ponen de manifiesto la retroflexión. Otras veces solo se revela ectópico, un embarazo por la aparición de alguna de sus complicaciones, que suelen aparecer precozmente, se trate de un flujo sanguíneo abundante, apareciendo algunos días después de los que debían aparecer las reglas, ya de la expulsión de una caduca, fenómenos peritoneales, o síntomas de una hemorragia interna por ruptura o aborto.

Los tumores del útero y sobre todo las fibromas, los más frecuentes, son los que en ciertos casos difíciles pueden presentarse a confusión. Y es sobre todo cuando estos tumores van acompañados de un conjunto sintomatológico simpático, que les asemeja, y que es más marcado cuando estos tumores asientan en las paredes uterinas o en su cavidad. Siendo dependiente del útero, abdominal o abdómino-pelviano, y en casos como

aquellos que un alargamiento de la porción supravaginal del cuello permite al útero una gran movilidad que no se trasmite al segmento inferior, es que los tumores dan lugar a dudas. En tales casos, no son de importancia los síntomas del embarazo, pues es la ausencia o la poca acentuación de ellos, en que estriba la dificultad con que se tropieza al tratar de parangonarles. La anamnesia es útil, ya que nos suministra datos sobre el pasado, que en caso de existencia de un tumor, nos muestra una mujer que ha tenido menorrhagias, abortos anteriores o partos distócicos, la presencia de leucorreas, dolores abdominales, con aumento alternativo del volumen del vientre.

Las relaciones del tumor con el útero, es fácil establecerlas, cuando éste es pediculado, por la gran movilidad de que está dotado. Si es intersticial, dará al tacto una sensación dura y leñosa característica, la pared es desigual y ondulada. Caso de ser submucoso, la sensación de resistencia dada, es menor, más blanda y algunas veces fluctuante; acompañado de un desarrollo de volumen considerable en el punto de implantación del tumor; por lo demás el fondo se hallará muy elevado, desviado o caído en el fondo de saco de Douglas. En caso de desarrollo del tumor dentro de la cavidad, las dificultades serán máximas, to-

da vez que el útero se desarrolla sin deformación externa apreciable.

Para este diagnóstico, dará mayores indicaciones el tacto, que no ha de dejar de practicarse, sobre todo cuando el tumor asienta en el segmento inferior, porque en caso de que su asiento sea en la parte superior del cuerpo, se tropezará con inconvenientes insalvables. Se aprecian también por él, las modificaciones del cuello del útero que se desvía por acción mecánica ejercida por el tumor, al mismo tiempo que se le halla más alargado, o duro y deformado. «Para el caso en que se deba saber si se trata de un embarazo simple, en un útero en retroversión, si hay embarazo sin fibroma, fibroma sin embarazo, embarazo con fibroma, dice Bué, comenzar por reducir la masa, y el tacto rectal aclarará el diagnóstico.

En cuanto a los tumores malignos del útero, con la gravidez del mismo, no hay dificultad, pues los primeros se acompañan de un conjunto de síntomas que le caracterizan, derrames, dolor, caquexia, etc., y que dejan en segundo término el único síntoma común, el aumento de volumen del útero.

La mola hidatiforme, tumor placentario y constituido por la degeneración mixomatosa de las vellosidades coriales, tiene con el embarazo rela-

ciones íntimas, por lo que interesa establecer su diagnóstico. De una manera general, se tiene a la enferma consultando al médico, por creerse embarazada, por la supresión de reglas, agrandamiento de los senos, trastornos digestivos y aumento del volumen del vientre, que legitiman tal suposición. Es precisamente este último, aumento del volumen del vientre, el que por su desproporción, muestra una marcada falta de concordancia entre su crecimiento y la época del supuesto embarazo. Sufren además las mujeres atacadas de mola, hemorragias que aparecen por lo general, cinco o seis semanas después de la última regla, hemorragias cuya producción podría considerarse espontánea, puesto que no dependen de causa apreciable que las produzca, siendo ellas aunque no abundantes, tenaces y repetidas.

Son casos excepcionales aquellos en que dichas hemorragias no se produzcan. En los intervalos, se encuentra un flujo serosanguinolento, que en su producción se acompaña muchas veces de fuertes cólicos uterinos y a cuyo conjunto da Quenu, suma importancia diagnóstica. En algunos casos, la intensidad de los síntomas generales es tal, que llegan a dar la impresión de caquexia cancerosa, producto de los vómitos incoercibles, hemorragias, comunmente albuminuria, con edemas, eclampsia, etc.

Las modificaciones sufridas por el útero, lo son en su volumen, que al tercer mes lo llega a adquirir tal, cual si estuviera en estado de gravidez de seis meses. Su crecimiento llega a ser tan rápido, que en una observación de Tueffard, en el término de cinco semanas, llegó en altura hasta el esternón. Su crecimiento es por lo general desigual, produciéndose algunas veces, una verdadera regresión. Lo más común es encontrar el útero a superficie de consistencia desigual, más resistente en algunos puntos que llegan a dar la impresión de núcleos fibrosos, siendo en otros pastosa y muy depresible. Las induraciones son debidas a contracciones parciales de la pared, determinadas por la palpación. La forma generalmente se conserva globulosa, dibujándose a veces los cuernos muy netamente. El cuello conserva su forma y consistencia más largo tiempo del que la conserva en un embarazo normal, que en caso de poder introducir el dedo en su orificio interno, se obtendrá la sensación de útero ocupado por una masa esponjosa, blanda, menos consistente que la placenta; este examen podría al efectuarse, arrastrar una vesícula de mola, lo que constituye su signo patognomónico.

Acompañados los quistes del ovario de trastornos menstruales, donde las reglas se suprimen, aumentan de volumen los senos, como así de sín-

tomas gástricos y nerviosos, el error, de tomar un embarazo por un quiste no es raro, como tampoco lo es y es más grave, tomar un quiste ovárico por un útero grávido. Pero fácil es dilucidar una cuestión por medio de la palpación y tacto combinados, que tratándose de un quiste ovárico, nos mostrará un tumor lateral o mediano, pero independiente del útero, pues los movimientos imprimidos a uno no se transmiten al otro, o viceversa, pero la cuestión es más difícil de resolver cuando el fondo del útero es difícilmente palpable, casos estos, sobre todo en los primeros meses de la afección, en que se puede suponer un útero grávido en retroversión. Pero el tacto ya en esta época presta una ayuda suficiente, se aprecian por su intermedio, modificaciones del cuello, que sumadas al importante hecho de la uniformidad con que el tumor se continúa con el útero, no deja lugar a dudas; teniendo en cuenta además que los quistes son acompañados de un adelgazamiento de la enferma muy acentuado, que la distensión abdominal no se hace progresivamente, sino como a saltos, que el tumor es generalmente lateral, y que el útero ha sufrido modificaciones en su situación, debidas a la acción presionante del tumor. El tumor de ovario en su principio, es tan poco manifiesto, que pasa general-

mente desapercibido, y solo se le nota cuando ha adquirido un cierto volumen.

En general su diagnóstico es fácil, tratándose de un fibroma chico, se tendrá un tumor lateral, encajado en la pequeña pelvis, independiente del útero, muy móvil, que presiona su cuerpo hacia abajo, y que caso de no estar borrado el fondo de saco correspondiente, se puede por el tacto vaginal, palparle como una masa dura y elástica.

El caso en que se tendría mayor dificultad, sería al tratarse de un quiste prolapsado en el fondo de saco de Douglas, al que se le puede tomar por un útero grávido de retroversión, caso en que hay que investigar todos los signos con suma proligidad y delicadeza, para no incurrir en error.

Un derrame sanguíneo, enquistado en la pequeña pelvis, puede en ciertos casos prestarse a confusión, y se citan aquellos en que un hematocele retrouterino ha sido tomado por un útero grávido en retroflexión.

En caso de que el hematocele sea retrouterino, el cuerpo del útero proyectado hacia adelante y aplicado contra el pubis, a consecuencia de haber sufrido una influencia análoga al recto que se encuentra aplanado, dificultando la exploración. El fondo de saco de Douglas, se encuentra ocupado por una masa pastosa, que puede ser blanda en algunos puntos y dura en otros. Según los casos

el útero puede encontrarse en ante o retroversión, inmovilizado en la tumefacción.

Lo que permite en estos casos la confusión, es la presencia en ambos de síntomas del embarazo, más fácilmente evitable, practicando como lo aconseja Pozzi, con el mayor cuidado, recorriendo a la anestesia clorofórmica si fuese necesario, la investigación del cuerpo del útero, que en los casos de hematocele, se halla encajado en el centro de la tumefacción. Además si el derrame sanguíneo es reciente, dará una sensación renitente elástica, pero los derrames más antiguos, los que nos ocupan, dan una crepitación característica, que puede pasar a adquirir una dureza leñosa.

La hematometria o retención en el cuerpo del útero de las reglas, producida por una obliteración de útero o vagina, sea congénita o adquirida; puede confundirse con un útero grávido, pues no solo hay aumento del volumen del abdomen, sino también del cuerpo del útero. La diferenciación es fácil, si se tiene en cuenta que éste aumento no se hace de una manera gradual y progresiva, sino a saltos, coincidiendo estos con las épocas menstruales, y siendo muy a menudo acompañado de fuertes cólicos uterinos.

La congestión uterina se acompaña de un reblandecimiento del cuello, al mismo tiempo que

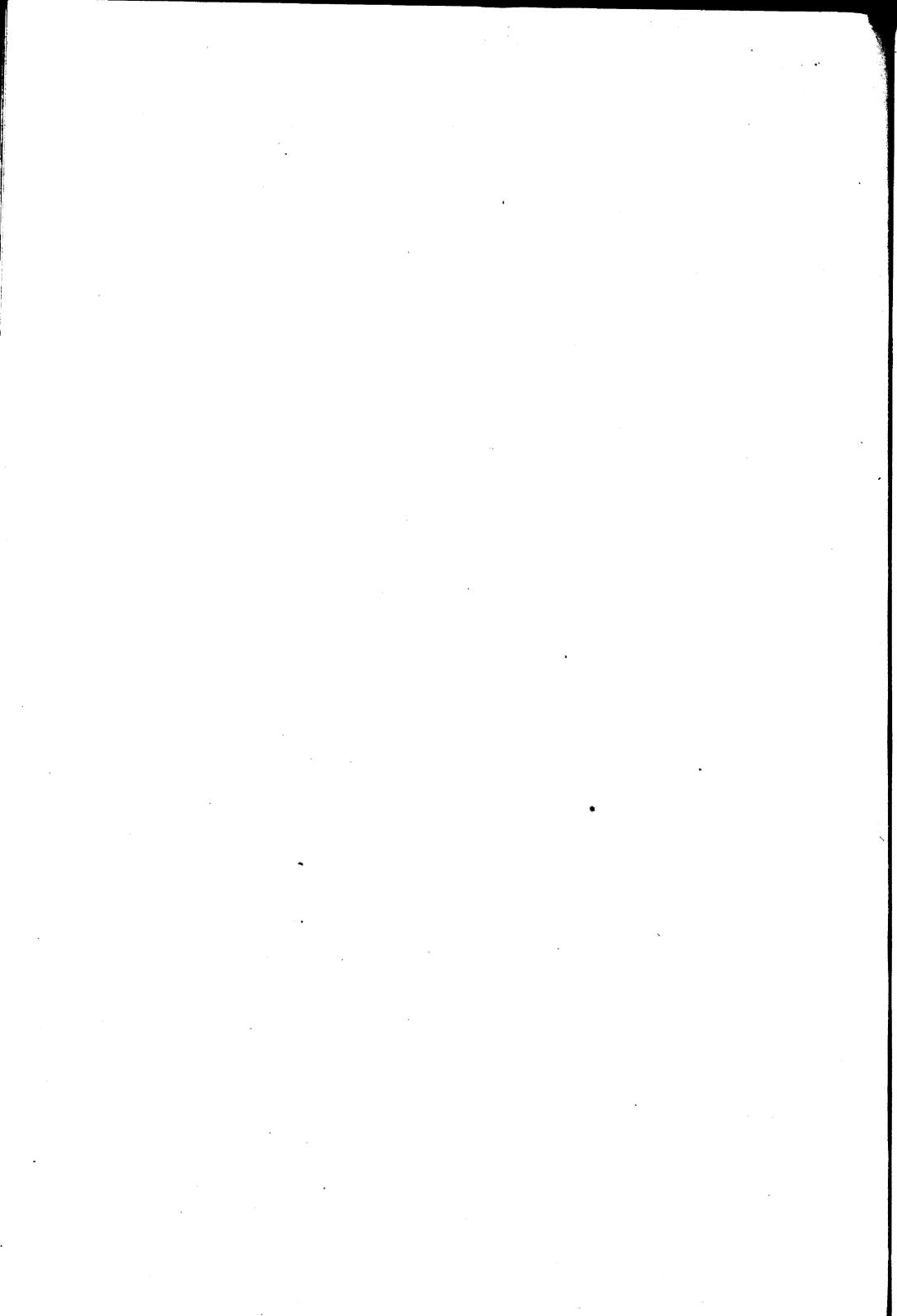
de ciertas modificaciones en las reglas, que pudieran hacer pensar en un embarazo, pero un buen examen mostrará que no presenta esa blandura elástica característica de tal estado, como también un examen practicado un tiempo después, mostrará la falta de crecimiento, del útero en estado de preñez.

Estos mismos signos sirven para diferenciarle con una metritis crónica, que se acompaña de amenorrea, fenómenos dispéticos y aumento de volumen del cuerpo del útero, pero que presenta una dureza especial, que le diferencia netamente.

Un error solo excusable por un examen superficial, sería tomar una vejiga distendida por orina, que se contrae de una manera intermitente y dolorosa para expulsar su contenido, con un embarazo, pero fácil es darse cuenta que él, no es posible, con solo practicar el tacto uterino.

P. R. CROUZEILLES.





Buenos Aires. Junio 6 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Enrique Zárate, al profesor titular Dr. Fanor Velarde y al profesor suplente Dr. Enrique A. Boero, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

E. BAZTERRICA.

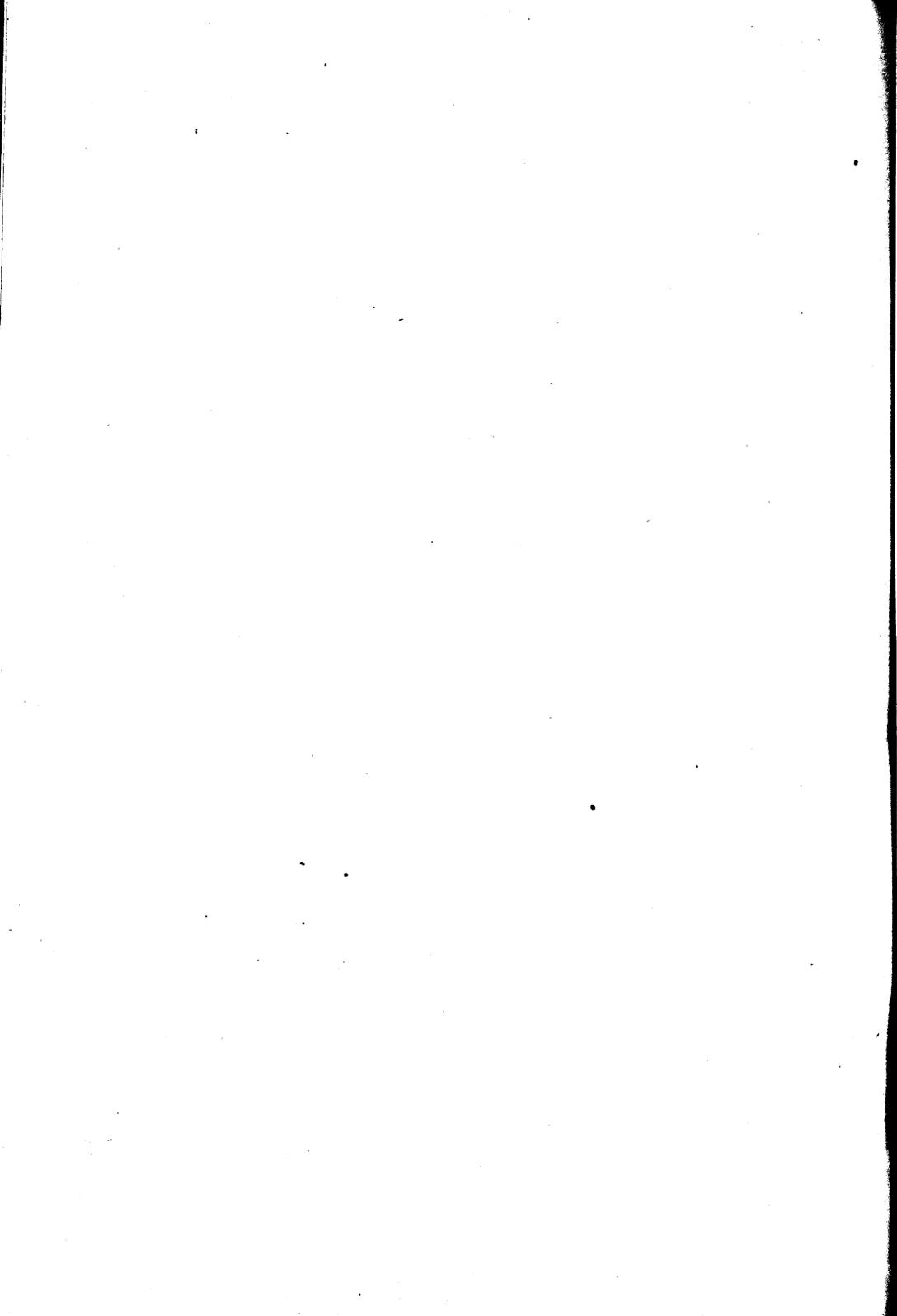
J. A. Gabastou.

Buenos Aires. Julio 1 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3173 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Causas de orden teórico que invalidan el método de Abderhalden en el diagnóstico del embarazo.

Enrique Zárate.

II

Importancia del signo de Hegar para el diagnóstico del embarazo en los primeros meses.

Fanor Velarde.

III

Existen razones de orden anatómico que, en contra de lo que sostiene el autor, impiden a la vagina *alargarse* o ser distendida longitudinalmente durante el embarazo.

Enrique A. Boero.

