

cuencia ese flujo sanguíneo se presenta con irregularidad en su periodo y en su cantidad; tan pronto pierde la mujer cincuenta ó sesenta gramos de sangre, como se eleva dicha cantidad á quinientos y á mil gramos, alarmándola entonces, como es natural, hasta pedir la asistencia facultativa.

Toda pérdida de sangre por la vulva, en una mujer en que el flujo sanguíneo haya desaparecido definitivamente, es consecuencia de una lesión seria de los órganos genitales.

Después de la menopausia, los órganos del aparato de reproducción de la mujer se van atrofiando.

No hay que olvidar el siguiente hecho por los trastornos transcendentales que podría dar lugar. Me refiero á lo que se conoce con el nombre de *menstruación vicaria*, ó sea, el fenómeno que experimentan algunas mujeres de tener falta absoluta de menstruación, viéndose reemplazada esta pérdida periódica por epistaxis, hemoptisis, gastrorragias, estomatorragias, enterorragias, etc., pero con la particularidad de observar también esta misma periodicidad, cesando cuando hay embarazo y reapareciendo algunos meses después del parto, como ocurre con las verdaderas reglas.

FECUNDACIÓN

La fecundación es una función fisiológica, cuyo objeto es la transformación del óvulo en verdadero huevo que, siguiendo las evoluciones inherentes á él, en el útero, llega á convertirse en criatura.

La fecundación necesita el contacto de dos elementos: 1.º, uno ó varios *espermatozoarios*, pequeños cuerpos microscópicos contenidos en el líquido fecundante del hombre; 2.º, un óvulo recientemente desprendido del ovisaco y llegado á la madurez.

El punto donde ésta tiene lugar es un asunto bastante debatido y sobre el cual hay distintas opiniones. Antiguamente se creía que la fecundación se verificaba únicamente al llegar el óvulo á la trompa ó á la cavidad peritoneal, dando lugar á un

embarazo extra-uterino tubario ó abdominal; debido á algunos trabajos de experimentación, podemos dejar sentado que la fecundación puede tener lugar en la trompa y aun en el mismo ovario.

Después de la fecundación empieza el desenvolvimiento del producto, ó sea el embarazo, que se termina con el parto, doscientos setenta días ó sean nueve meses, después de la impregnación.

El embarazo se llama *simple*, cuando el útero contiene un sólo producto normal, y *compuesto*, cuando existen varios productos contenidos en la matriz; denominase *complicado*, cuando se desenvuelve un tumor al mismo tiempo que el producto de la concepción; y, por último, es *anormal*, cuando se ha desenvuelto el feto fuera de la cavidad uterina (preñez extra-uterina).

ESTERILIDAD

La esterilidad puede depender en la mujer: 1.º, por no verificarse en ella la ovulación; 2.º, por la obliteración del canal de las trompas ó por no adaptarse el pabellón de éstas al ovario; 3.º, por una inclinación viciosa de todo el útero; 4.º, por la obliteración más ó menos completa del orificio externo del cuello de la matriz; 5.º, por la inflamación de la mucosa uterina que impida la implantación del óvulo.

La ovulación se efectúa casi siempre, y se observa su carencia, únicamente, cuando el ovario está afecto de una dolencia grave y crónica, ó bien en ciertos casos de obesidad con degeneración grasosa del ovario.

CAPÍTULO VII

DE LOS DIVERSOS MÉTODOS DE EXPLORACIÓN OBSTETRICAL

Conocida de todos la importancia que tiene en Obstetricia la exploración de la matriz, vamos á exponer los principales métodos que podemos utilizar para la perfecta investigación del órgano gestador.

Entre los medios que tenemos á nuestra disposición, citaremos: *la inspección por medio de la vista, mensuración, palpación, percusión, auscultación, tacto vaginal y rectal, y, por último, el examen por medio del especulum.*

Con la asociación de algunos de estos diferentes medios de investigación, podemos formular un diagnóstico racional.

EXPLORACIÓN EXTERNA

I.—Inspección

Este medio explorador presta buenos servicios, si bien es cierto que su importancia es secundaria.

Por la *inspección*, podremos apreciar la distensión de las paredes abdominales, la coloración de la línea media, la depresión umbilical y las grietas debidas á la dislaceración de las mallas que forman la capa de Malpigio.

Por parte de los órganos genitales se ha designado una coloración violácea. Las varices y hemorroides, efecto de las compresiones de las venas, no son constantes ni tienen gran significación.

II.—Mensuración

La mensuración del vientre tendrá una importancia real, siempre y cuando se practique en diferentes épocas; de no, se expone uno á tomar por permanente, lo que tal vez sea transitorio. Por medio de este examen, podemos hacernos cargo de los cambios de volumen que se produzcan bajo la influencia del embarazo.

Los puntos fijos que se suelen elegir para practicar la mensuración son: el apéndice xifóides, las dos espinas iliacas anteriores y superiores, y la cicatriz umbilical; cuando se tome la circunferencia del vientre, conviene servirse de una cinta inextensible, procurando hacerla pasar por el ombligo.

Por medio del cervímetro de Chéron podemos apreciar las dimensiones de la porción intra-vaginal del cuello.

Dicho cervímetro está compuesto de un tubo terminado en dos ramas encorvadas y de punta obtusa, las cuales se separan una de otra á voluntad, por medio de un vástago metálico, encerrado dentro del mencionado tubo, y puesto en relación con un semicírculo graduado que existe en su parte inferior.

El maximum de separación de las ramas de este cervímetro, es de 6 centímetros, por ser el límite que ha fijado Chéron á los cuellos más abultados que ha podido examinar.

Para hacer uso de este instrumento, conviene poner en descubierto el cuello de la matriz por medio del *especulum*: el que mejor se presta para esta exploración es, á nuestro modo de ver, el de Bouveret ó el de Gemrig, por estar provistos de una escotadura lateral que permite manejar el cervímetro con mayor facilidad.

Con este instrumento se obtienen las medidas que el ginecólogo desea, del volumen del hocico de tenca, en sus diámetros antero-posterior y transversal, pudiendo precisar así los cambios que dicha porción uterina experimenta con motivo del embarazo, menstruación, etc., pero no sirve para determinar su longitud intravaginal. Para obtener esta medida, haremos uso del histerómetro, profundizándolo hasta el fondo del saco vaginal anterior ó posterior, según sea el labio del cuello uterino que queramos medir, y se hará bajar el nudo corredizo, de que está provisto el histerómetro, hasta el mismo labio.

Para dar una idea clara de los cambios á que está sujeta esta porción uterina, recordaremos que en el estado



Fig. 26.—Cervímetro del doctor Chéron.

normal y en la nulipara, el cuello presenta un diámetro de 20 á 24 milímetros al nivel de la inserción vaginal: este diámetro va aumentando en relación directa del número de partos. La porción saliente del cuello de la matriz es de un centímetro en la mujer que nunca ha parido, y va borrándose paulatinamente á medida que se suceden las gestaciones.

III.—Palpación hipogástrica

La palpación abdominal, por sí sola, es un medio exploratorio poco eficaz para esclarecer el diagnóstico del embarazo, pero cuando se le asocia el tacto vaginal y la auscultación, nos presta grandes servicios.

La palpación puede practicarse estando la mujer en *pie* ú *horizontalmente* colocada.

Son tales los inconvenientes que encontramos para practicar la palpación que podríamos llamar *vertical*, que únicamente la hemos llevado á efecto en dos casos, en los que no había ni banco, ni sofá, ni mueble que pudiera llamarse situado en estado horizontal, en el cuarto donde examinábamos á la mujer. La única precaución que aconsejamos tomar en casos iguales, es hacer que la paciente guarde su punto de apoyo sólido en algún mueble, ó en el mismo muro, haciéndola inclinar el cuerpo adelante, para que los músculos abdominales estén relajados.

Las ventajas inherentes á la palpación horizontal, nos servirán de crítica, respecto á la que se efectúa estando la mujer en situación vertical.

Para la *palpación horizontal*, se colocará la mujer en decúbito supino, la cabeza algo elevada, los brazos colocados á lo largo de su cuerpo, las piernas y muslos algo separados; es muy conveniente elevar algo la pelvis de manera que forme un plano inclinado, con el horizonte, de unos 40 á 45 grados. Claro está que con esa posición la matriz estará más cerca de la cicatriz umbilical, y por esa misma razón se explorará más fácilmente; la re-

gión abdominal debe estar descubierta desde el pubis hasta el nivel de la región hipogástrica (fig. 27).

Conviene advertir que la palpación hipogástrica, efectuada tal como acabamos de referir, suele ser dolorosa.

Para practicar esta palpación, aconsejamos colocar una mano transversalmente por encima del pubis, y con la otra investigar las fosas ilíacas, para cerciorarnos de la integridad de los ovarios y de las trompas de Falopio; luego se examinará la parte media del hipogastrio, y encontraremos un cuerpo oval, que representa el fondo del útero. Durante ese examen, conviene que la mano del práctico vaya explorando con suma delicadeza; de no, se expone á que la paciente se niegue á que concluya de practicar sus investigaciones.

Cuando el comadrón quiera asociar mutuamente el tacto vaginal á la palpación hipogástrica, es preciso que la paciente esté en decúbito supino, sin tener elevado la pelvis, puesto que, si dicho cinturón óseo estuviese formando el plano inclinado que precedentemente hemos indicado, el cuello de la matriz no sería accesible por el tacto vaginal.

Antes de efectuar la palpación abdominal, es necesario evacuar la orina que contenga la vejiga; para ello nos valdremos del caterismo de dicho reservorio. Cuando este requisito no tiene lugar, la enferma acusa agudísimos dolores por mucho cuidado que se tenga al practicar la palpación, y además, puede confundirse el verdadero estado de la matriz ó de sus anexos, si tan distendida está, por una gran cantidad de orina.

Para apreciar el grado de desarrollo del útero, se palpará el vientre con las dos manos, empezando el examen por encima del pubis, para remontarse luego hacia el fondo de la matriz, y poder así, dada su elevación, colegir la época del embarazo.

Para explorar la excavación, deben colocarse las manos á unos 6 centímetros á la derecha y á la izquierda de la línea media, poniendo la extremidad de los dedos en relación con el arco anterior de la pelvis, para deprimir la pared abdominal de arriba abajo y de delante atrás.

Al examinar así el vientre á una mujer en cinta, se nota, ó bien una sensación de resistencia, cual si se percibiese un cuerpo duro, voluminoso y redondeado, que *llena* la excavación; ó bien, por el contrario, encuentran los dedos únicamente la resistencia propia de las partes blandas, lo cual indica que la excavación *no contiene* partes fetales; del resultado de este examen, el tocólogo formulará un diagnóstico, útil siempre, para la acomodación que convenga imprimir al feto, si cerca el término

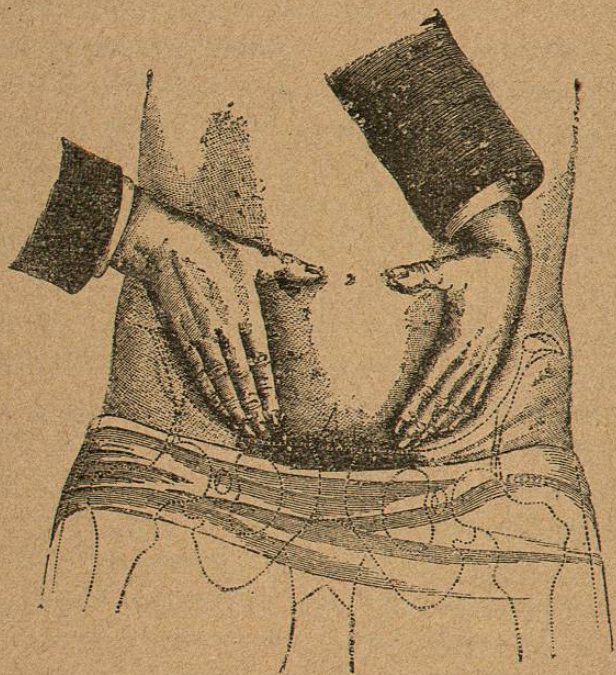


Fig. 27.—Posición que deben tener las manos al empezar la exploración de su desarrollo, se presenta á la excavación de espalda, por ejemplo.

A continuación insertamos la descripción que mi ilustrado profesor y amigo, M. Pinard, agregado de la Facultad de Medicina de París, hace de la *excavación llena*, en su interesante *Tratado de la palpación abdominal* (1).

(1) *Tratado de la palpación abdominal, bajo el punto de vista de la Obstetricia y de la versión por maniobras externas*, por A. Pinard; versión española, de Ricardo Martínez Esteban.—Alcalá de Henares, 1882.

«Encuéntrense en el cuerpo que se reconoce, los caracteres siguientes: es redondeado, regular, resistente y llena en parte ó por completo la excavación. Estos caracteres no pueden pertenecer más que á la extremidad cefálica; además que, haciendo la palpación durante el embarazo, es decir, antes de que empiece el trabajo del parto, no puede ser este cuerpo más que la cabeza doblada, el *vértice*, porque jamás en el embarazo se encuentra la extremidad cefálica desdoblada (cara), la pelvis ó el tronco. De las cinco regiones fetales que pueden presentarse durante el trabajo, *la única que se encaja es el vértice*. Atendiendo á su conformación anatómica y al volumen de las demás regiones, es necesario é indispensable, para que se verifique su encajamiento, que las contracciones sean grandes y frecuentes, y que estas últimas no aparezcan más que durante el trabajo del parto y nunca durante la gestación.

»Así, pues, el *primer punto* es importantísimo, porque la deducción constante y esencialmente práctica que se desprende de saber que en una mujer embarazada existe una región fetal que se aloja en la excavación, es la siguiente: *la presentación es de vértice*; además, encajada esta extremidad en el canal pelviano, tiene otra significación no menos importante: indica que la presentación es fija y definitiva. Hay entonces conjunción, coincidencia de tres ejes: fetal, uterino y pelviano; no siendo posible que el feto deje la situación que ocupa, y que al abandonar la cabeza la pequeña pelvis, entra en la gran cavidad abdominal; en una palabra: no es posible el cambio de presentación, y únicamente pueden efectuarse los cambios de posición.

»*Segundo punto*.—Cuando está encajado el vértice, *es siempre más accesible el tumor cefálico, más saliente de un lado que de otro*; así es que mientras los dedos de una mano pueden descender más ó menos en la excavación, los dedos de la otra se detendrán más pronto en un punto inmediato al estrecho superior (véase la fig. 28). *Esta porción más saliente, más accesible y más elevada de la esfera cefálica, está constituida por la región frontal*.

»Con arreglo al exacto conocimiento que tenemos del meca-

nismo, según el cual el feto penetra en el canal pelviano y le atraviesa, sabemos que la cabeza no puede encajarse más que doblándose; entonces, á medida que desciende el occipucio, se eleva la frente (el diámetro occipito-mentoniano se encaja por una de sus extremidades), de modo que aun cuando, como sucede en las primíparas, arrastra consigo la cabeza el segmento inferior del útero, y queda aquélla alojada é inmovilizada en la

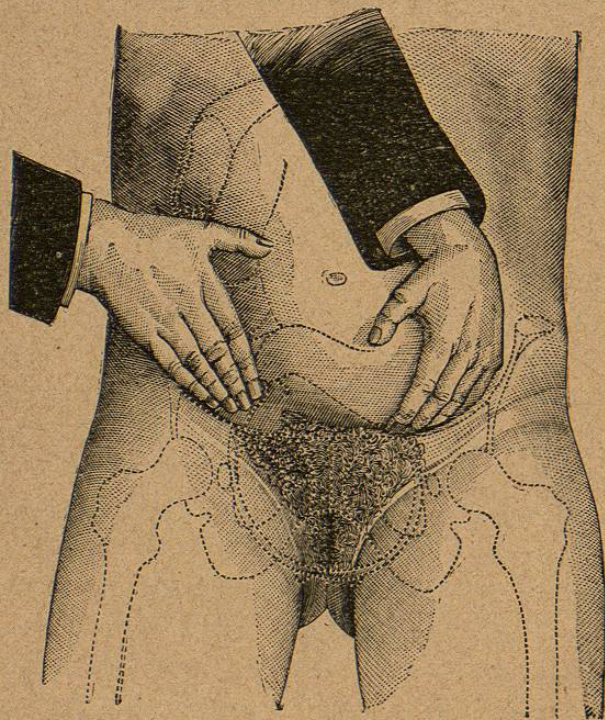


Fig. 28.—Manos explorando la excavación

La derecha se halla detenida por la frente en el lado derecho (Pinard).

excavación, descansando sobre el suelo pelviano, es todavía accesible la frente que se encuentra al nivel ó un poco por abajo del estrecho superior.

»Cuando es menos pronunciado el encajamiento, cuando el occipucio se dirige atrás y que, según se sabe, la flexión está muy lejos de ser completa, se advierte todavía mucho mejor la diferencia de altura entre la frente y el occipucio. Debo añadir

al mismo tiempo, que la región frontal está, no solamente más elevada, sino que da una sensación más dura á la mano que la región occipital. Así, basta esta simple comprobación para establecer simultánea é inmediatamente el diagnóstico de la presentación y de la posición. En resumen: presentación de vértice, tumor cefálico más accesible en el lado derecho, posición izquierda; tumor cefálico más accesible en el lado izquierdo, posición derecha.

»Una vez reconocida la extremidad inferior del ovóide fetal, es preciso buscar la superior. Casi siempre se encontrará esta última en el fondo del útero, ya directamente sobre la línea media, ya inclinada á la derecha ó á la izquierda. Al explorar esta extremidad, se experimenta la sensación que produciría un cuerpo voluminoso irregular y de una consistencia menor que la dada por la cabeza, y además acompañada de partes pequeñas. Tan pronto éstas están, por decirlo así, reunidas á la gruesa extremidad (los miembros pelvianos permanecen doblados), como se les encuentra más ó menos alejados; sucediendo también algunas veces que es imposible encontrarlos cuando la espalda está en relación con la pared abdominal.

»Una vez reconocida ésta, se debe, para establecer el diagnóstico de la deposición y de su variedad, examinar bien si de los caracteres que ha suministrado acerca de la frente y del occipucio no se perciben con la suficiente claridad, buscar la situación y la dirección de la espalda. Para eso se tendrá en cuenta, al deprimir la pared abdominal, en qué lado se encuentra el plano resistente, unas veces á continuación, otras junto ó unido al foco fetal superior ó al inferior. Debe hacerse esta observación por medio de presiones suaves, verificadas principalmente con los pulpejos de los dedos. Pero no siempre se obtiene la misma sensación, pues generalmente la espalda del feto se encuentra exactamente aplicada ó junto á la pared uterina, y ésta contra la pared abdominal: en este caso, aparece superficial el plano resistente; otras veces existe entre la espalda y la pared uterina cierta cantidad de líquido amniótico, pareciendo que está más

profundamente situado el plano resistente, porque los dedos tienen que vencer la resistencia que opone el líquido interpuesto entre aquéllos. De cualquier modo que sea, no se percibe entonces más que uno de los planos laterales.

»Cuando se ha encontrado la espalda ó el plano lateral de un lado, es necesario deprimir de la misma manera la pared abdominal del lado opuesto, con objeto de obtener un término de comparación y poder apreciar la diferencia de sensación, suministrada por la resistencia del plano fetal ó por la sensación que da el líquido amniótico. Es indispensable hacer esta pequeña maniobra, á fin de averiguar si hay ó no varios productos de concepción ó neoplasmas, y en particular miomas.

»*Excavación vacía.*—Encuétrase en estos casos á la extremidad inferior del ovóide fetal, ora por encima de la superficie del estrecho superior, ora en alguna de las fosas ilíacas. De dos mil mujeres que he reconocido, sólo en dos he encontrado las dos extremidades del feto correspondiendo á los lados ó partes laterales del vientre de éstas; en las restantes, se encontraba, como decimos más arriba; casi puede estarse seguro de que se hallará una gruesa extremidad en relación con la pelvis mayor. La otra extremidad es muy fácil encontrarla, porque cuando una de las fosas ilíacas está ocupada por una de las extremidades del feto, la otra está siempre en la parte lateral del lado opuesto. Una vez encontradas éstas, es preciso averiguar si está arriba ó abajo la cabeza: este diagnóstico diferencial no presenta ninguna dificultad. En un principio, puede reconocerse cada extremidad por sus propios caracteres, pero hay además un signo de los que podríamos llamar patognomónicos, que servirá inmediatamente para disipar todas las dudas. Éste síntoma es el *traqueteo* que se percibe cuando se imprime una impulsión y una depresión un poco brusca á la pared abdominal, que está en relación con la extremidad cefálica (consúltese la fig. 29).

»Nótase entonces como esta parte fetal se distingue mejor de la pared abdominal que la extremidad pelviana; traquetea verdaderamente, lo que no sucede cuando se hacen presio-

nes semejantes al nivel de la extremidad pelviana. Por una parte, resulta esta movilidad de la cabeza de su forma esferoidal, como quiera que aquélla no toca á la pared uterina más que por uno solo de sus puntos; y por otra, del modo que tiene de articularse con el tronco. Por lo especial de esta articulación pueden imprimirse movimientos á la extremidad cefálica que no se

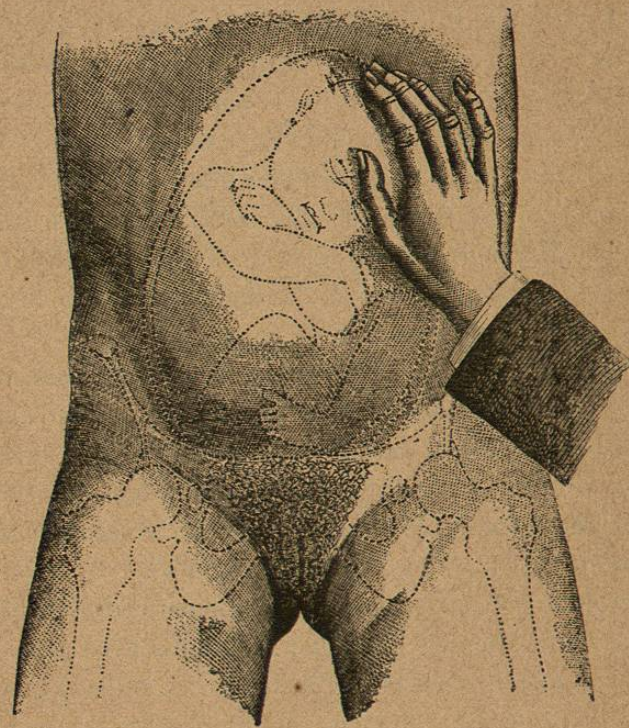


Fig. 29.—Mano derecha deprimiendo la pared abdominal para obtener la sensación del traqueo cefálico

propagan al tronco, mientras que si se deprime la pared abdominal al nivel de la extremidad pelviana, no puede esta última cambiar más que llevando consigo el tronco; y, en fin, las diferentes partes que constituyen la pelvis están en relación con la pared uterina por superficies mayores. Por lo tanto, se hará con suma facilidad el diagnóstico diferencial del lugar que ocupa la cabeza ó el que ocupa la pelvis. El reconocimiento de la espalda