

será suficiente entonces para hacer el diagnóstico de la posición y de la variedad.»

Viene de molde ocuparnos también en este capítulo de los movimientos del feto, que se dividen en *provocados y espontáneos*, ó *pasivos y activos*.

1.º *Movimientos pasivos*.—Estos pueden provocarse ya con el auxilio de una mano, ya con las dos; en el primer caso, se colocan dos ó tres dedos en contacto con la cabeza, al través de las paredes abdominales, y se imprime una brusca, aunque pequeña sacudida; la mano percibe la sensación de un objeto que se escapa; si el observador no retira la mano, pasados algunos instantes recibe un choque, debido á que la cabeza recupera su posición primitiva, sensación que se ha comparado perfectamente por los autores, á la que produce un trozo de hielo empujado en un vaso, que remonta luego para venir á chocar con el dedo, causa de su descenso.

En el segundo caso, cuando nos servimos de las dos manos aplicadas á los dos lados de la pared abdominal, junto á la cabeza, é imprimimos con una de ellas una impulsión brusca, se percibe por ésta la sensación de un cuerpo que se aleja, y la otra recibe el choque de la cabeza, la cual, al recobrar su posición, va á dar contra la mano que le impulsó.

El *peloteo abdominal* (se llama así por haber otro *vaginal*, como veremos más adelante), para que se produzca tal como queda indicado, requiere ciertas circunstancias: 1.ª, que el útero tenga un desarrollo algo notable; 2.ª, que el feto sea bastante voluminoso y bien formado, para que ofrezca cierta resistencia á la impulsión; 3.ª, que goce de cierta movilidad; y 4.ª, que haya abundante líquido amniótico. Del sexto al octavo mes es la época más á propósito para estas maniobras, por reunir todas las condiciones antedichas.

2.º *Movimientos activos*.—Los movimientos activos ó producidos espontáneamente por el embrión, empiezan á percibirse hacia los cuatro meses ó cuatro y medio, pero de un modo insignificante al principio; y á medida que el embarazo va si-

guiendo su curso, van acentuándose de tal modo, que de ligeros roces á modo de cosquilleos, movimientos vermiculares, etc., llegan á convertirse en presiones y choques que pueden hacerse molestos, dolorosos, hasta producir en la madre desfallecimiento por lo persistente y penoso de aquella impresión.

Pasado el quinto y sexto mes, estos movimientos no sólo los percibe la madre, sino todo observador que tenga las manos aplicadas durante cierto tiempo sobre el abdomen, y aun pueden provocarse por la impresión del frío, al colocar las manos, sin calentarlas, sobre dicha región. Se observan, por regla general, al despertar, al ejecutar algún movimiento, cambio de posición, durante la comida, etc., etc.

Estos movimientos son de dos clases. Unos muy extensos, y se traducen entonces por deformaciones considerables del útero; son debidos á un cambio de lugar del feto: estos *movimientos* se llaman de *totalidad*. Otros, por el contrario, son debidos á movimientos de los miembros, los cuales, chocando brusca-mente con la pared uterina, la deforman en un punto aislado, presentando con frecuencia cierta fijeza: *movimientos parciales*.

El distinto valor que debemos dar á los signos tanto pasivos como activos, según sean éstos percibidos por la madre ó por el médico, lo estudiaremos más adelante al ocuparnos del diagnóstico del embarazo.

#### IV.—Percusión

La percusión del vientre, en el estado normal, nos revela cierta sonoridad, debida á la presencia de asas intestinales. Sin embargo, encuéntrase una ligera macicez, que no excede unos 4 centímetros por encima de la sínfisis púbica; esta sub-macicez es debida á la presencia del cuerpo de la matriz. Nótase mayormente en las mujeres multiparas, por el aumento que ha adquirido el órgano gestador durante los diversos embarazos. Al practicar la percusión hipogástrica, conviene que la vejiga esté libre de orina, para que no haya confusión en nuestro examen.

A medida que la gestación avanza, nótase mayor macidez en el vientre, la cual va progresando hacia el apéndice xifóides del esternón.

#### V.—Auscultación

Cuando se ausculta el vientre de una mujer en cinta, pueden percibirse multitud de ruidos de distinta naturaleza, independientes en absoluto del embarazo, otros en relación con el mismo; entre los primeros tenemos el gorgoteo de los intestinos, ruido muscular, ruidos vasculares maternos, que dependen del corazón ó de los grandes vasos pelvianos.

Entre los segundos, cuyo estudio es el que nos interesa, tenemos el soplo uterino, los ruidos del corazón del feto, el soplo fetal ó umbilical, los ruidos producidos por los movimientos activos, etc.

*Latidos del corazón del feto.*—Han sido comparados al tic-tac de un reloj que se oye de un sitio algo lejano; son rítmicos y regulares. El primero, que es bastante fuerte, va seguido de un corto intervalo; al segundo, algo más sordo, le sucede un silencio más largo. El número de latidos del corazón varía de 120 á 160 por minuto, siendo el término medio 140. Del cuarto al quinto mes de la gestación, empiezan á percibirse los latidos; el punto más marcado varía según la presentación, pero por regla general se empieza la auscultación explorando el lado izquierdo de la línea alba en un sitio próximamente intermedio entre ésta y la espina iliaca anterior superior y á una altura que variará según la época de la gestación.

Es de sumo interés no confundir los latidos del corazón del feto con los de la madre, para lo cual convendrá, cuando se ausculta, pulsar la radial, y se verá que no hay isocronismo.

*Soplo fetal.*—Este tiene lugar, ya en el mismo corazón del feto, ya en los vasos del cordón; se le conoce con los nombres de *soplo cardiaco*, *soplo intra-cardiaco*, *soplo umbilical* ó *funicular*; por regla general es *simple*, y sólo por excepción *doble*. Se diferencia

del soplo uterino, porque en éste hay *isocronismo* con el pulso de la madre, mientras que el soplo fetal lo es con su latido.

*Soplo uterino.*—En ciertos casos se percibe por la auscultación, un soplo simple, más ó menos fuerte, que coincide con el pulso de la madre. Durante los primeros meses de gestación se percibe por encima del pubis; en épocas más avanzadas hacia la izquierda y adelante.

Parece demostrado hoy día, es debido á que las ramas de bifurcación de los vasos son tan voluminosos como los troncos de donde nacen; de ahí que la sangre, al pasar por los canales de tal suerte dispuestos, cuyo calibre va en aumento, tiene lugar el indicado ruido de soplo.

La auscultación puede ser *inmediata* y *mediata*; ésta presenta ventajas sobre la primera, principalmente para los que están algo habituados al uso del estetoscopio; conviene que tenga el pabellón muy ancho, motivo por el cual los que se usan para la exploración de los aparatos respiratorio y circulatorio no sirven para este objeto. Puede aplicarse el oído ó el estetoscopio sobre el abdomen ya directamente, ya interponiendo la camisa ó un lienzo cualquiera, pues de este modo se respeta el pudor de la mujer.

Este medio de exploración, puesto en práctica desde principio de este siglo, nos proporciona signos de gran valor, porque, aparte de indicarnos si existe el embarazo, nos permite juzgar la vida ó muerte del feto.

Para auscultar convenientemente, se hará adoptar á la mujer la posición indicada para la palpación.

La auscultación presta también gran servicio para diagnosticar la presentación y posición del feto.

#### EXPLORACIÓN INTERNA

##### 1.—Tacto vaginal

La exploración de los órganos genitales internos, por medio del dedo, ha recibido la denominación de tacto.

La exploración interna nos suministra datos positivos.

En efecto, por el tacto vaginal podemos apreciar la situación y dirección de los órganos sexuales; el mayor ó menor volumen, el estado de sensibilidad, la consistencia del cuello y cuerpo del útero; la presencia, forma y sitio de producciones neoplásicas y cuerpos extraños; *item* más: las diversas modificaciones que adquiere el cuello de la matriz durante el parto.

Con frecuencia, nos es difícil obtener el consentimiento de las enfermas para practicar la exploración interna: ese pudor mal entendido, es la manifestación de sus sentimientos naturales.

He aquí las reglas de conducta que hemos oído referir á nuestro ilustrado maestro, el reputado ginecólogo de París, monsieur Gallard, y que consta en la última edición de sus lecciones clínicas, para conseguir que las mujeres, ya que no piden el examen de sus órganos genitales, accedan á nuestras indicaciones:

«Acordaos bien que os es necesario, á la vez, obtener el consentimiento de vuestra enferma, y evitar pedirselo. Si, médico joven, os valéis de mil rodeos para pedir á una mujer, joven aun, la autorización para practicar en ella tocamientos, contra los que el pudor se revela forzosamente, estad seguros, con anticipación, que sufriréis una negativa irrevocable. Que si, al contrario, mostráis por vuestra actitud que el examen á que vais á entregaros no tiene nada de insólito para vos; si permanecéis con calma, grave y digno; si después de haber tomado el pulso, auscultado el pulmón y el corazón, palpáis el vientre y pedís sencilla y naturalmente lo que os es necesario para practicar el tacto, la mujer no pensará que detrás del médico que la examina, puede encontrarse un hombre, y se abandonará, sin resistencia, á todas las exploraciones que juzgará útiles.

»En todo caso, retened bien esto: que las exploraciones de que se trata, no deben nunca proponerse á las enfermas á la ligera y sin una necesidad bien demostrada. El médico que se respete no debe, pues, reclamarlas, sino cuando las juzgue absolutamente indispensables; pero también, á partir desde el mo-

mento en que las ha pedido, no le es permitido renunciar á ellas, bajo la pena de comprometer gravemente su autoridad moral. En frente de una negación invencible, no hay más que una sola línea de conducta que seguir: la de abstenerse de formular un tratamiento cualquiera; pero haciendo comprender bien que, si se obra así, es únicamente porque no es posible combatir eficazmente una enfermedad desconocida, y que un tratamiento establecido en estas condiciones, podría ser, no solamente ineficaz, sino hasta perjudicial.

»Es necesario, sobre todo, evitar tanto el hacer instancias

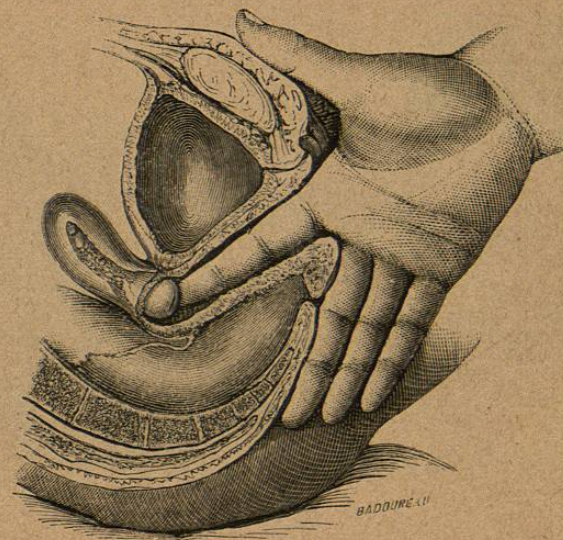


Fig. 30

muy vivas á la enferma, para tratar de decidirla, como dirigirle reproches con motivo de su negativa. Una actitud fría y reservada, unida á la vez á una gran firmeza y benevolencia, es, en semejante caso, la conducta verdaderamente conveniente y digna, es la única que puede hacer comprender claramente á una mujer cuán exagerados son sus escrúpulos, y dejar la posibilidad de pensar en una determinación, de la que quizás tenga que arrepentirse.»

El tacto se practica, comúnmente, con el índice de la mano

derecha, è importa mucho educar los de ambas manos, puesto que hay casos en que debe emplearse la mano izquierda, ya por motivo de la disposición del lecho, ya por el sitio de ciertas lesiones; y para poder examinar con mayor minuciosidad cada uno de los fondos de saco útero-vaginales izquierdo ó derecho, con sus respectivos índices.

Con objeto de facilitar el tacto y de impedir, al mismo tiempo, cualquier contagio con los flujos de ciertas cavidades, es conveniente que el dedo que va á explorar, esté convenientemente untado con un cuerpo grasoso, cual es el aceite, col-

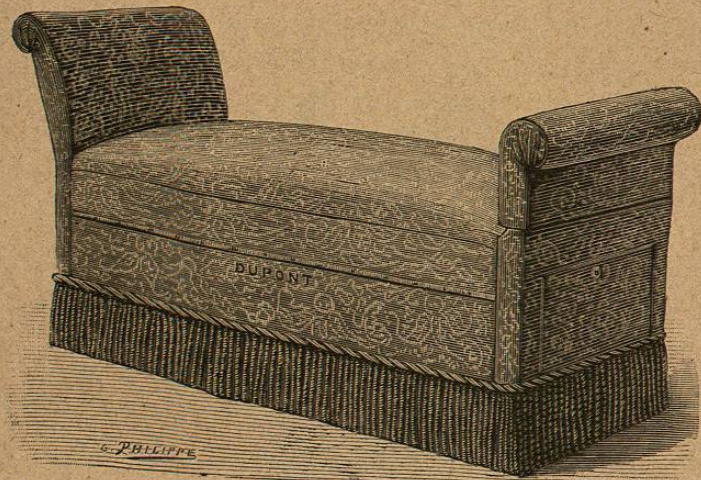


Fig. 31

cream, vaselina, etc.; precisa, no obstante, que estas substancias sean incoloras, para poder apreciar las cualidades de ciertos flujos.

El tacto vaginal puede practicarse estando la mujer en *pie* ó *acostada*.

Para practicar este examen, estando la mujer en *pie*, se la aconsejará que guarde la misma posición que hemos indicado para la palpación.

Cuando se practique el tacto vaginal, estando la mujer acostada, se colocará ésta en decúbito dorsal, los muslos en flexión,

aconsejando que este movimiento sea más forzado en el muslo opuesto del lado en que se encuentra el médico, con objeto de facilitarle el examen; si los colchones en que descansa la enferma son muy blandos, conviene colocarla una almohadilla en el sitio correspondiente á su pelvis, para que ésta no se hunda, dificultando así la exploración.

Es muy conveniente para esta clase de exploraciones, si han de practicarse en el gabinete de consulta, que el ginecólogo posea un sillón ó cama (véase figura 32), ú otro semejante, pues

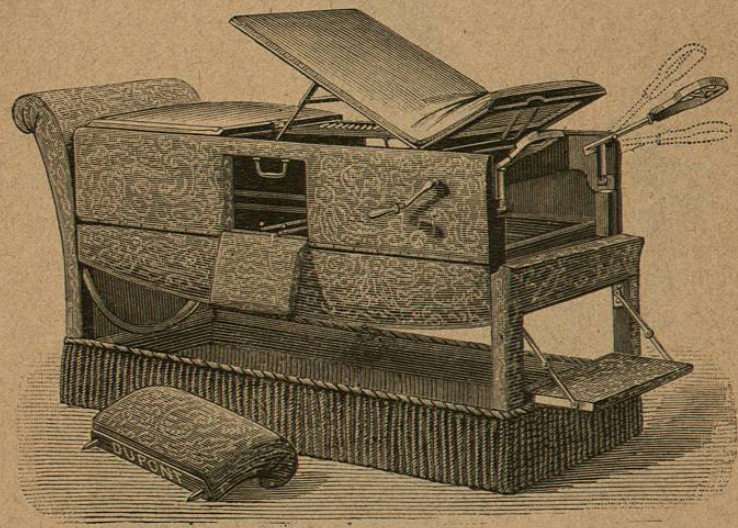


Fig. 32

como puede verse, gracias á un sencillo mecanismo, de un cómodo diván cerrado queda convertido en aparato para las exploraciones uterinas (fig. 31), resultando un plano inclinado en el que suele colocarse la enferma para que el médico haga las exploraciones oportunas. El mecanismo para transformar el sofá en plataforma es sencillísimo: basta imprimirle un movimiento giratorio é ir desplegando los diversos accesorios propios á todo sillón ginecológico.

Si el clínico desea explorar la cavidad torácica ó abdominal de su cliente, se obtiene á la vez una mesa cómoda en la

que pueden practicarse diversas operaciones (véase fig. 33).

Modo de proceder al practicar la operación:

Previamente untado el índice con una substancia oleosa, el cirujano debe levantar las ropas, sin descubrir á la mujer, y colocar la mano y antebrazo entre los muslos de ella; en esta situación, pondrá el pulgar en abducción y presentará á la vulva, en dirección á su gran eje, el borde radial del índice extendido,



Fig. 33

colocando los otros tres dedos en flexión sobre la palma de la mano. En este momento hará describir á la muñeca un arco de círculo, de atrás á delante, con objeto de hacer deslizarse la pulpa del índice hacia delante, hasta llegar á la horquilla, é introducirlo en el orificio vulvar. Una vez el dedo en la vulva, imprimirá más acentuadamente el movimiento de arco de círculo de la muñeca, y empujará el dedo, procurando seguir la dirección del canal vaginal.

Durante la introducción del dedo, el comadrón tiene que ir investigando, por medio de movimientos laterales, el estado de las paredes de la vagina; se explorará luego el cuello de la matriz, su labio anterior, su orificio, el labio posterior, la circunferencia, volumen y, por último, los fondos de saco útero-vaginales.

Una vez que el índice ha penetrado profundamente en la vagina, el pulgar debe abandonar la abducción forzada, y se colocará en flexión, de manera que venga á colocarse en el pliegue genito-uretral; los otros tres dedos de la mano se extienden, y la comisura que separa el índice del medio, se pone en relación con la orquilla (véase fig. 30).

La colocación de los dedos, tal como acabamos de describir, permite que el índice examine, con mayor comodidad, las modificaciones ó estados patológicos del hocico de tenca.

Algunas veces conviene practicar el tacto vaginal con el dedo medio é índice al mismo tiempo, y en otras ocasiones, el médico se ve precisado á explorar los órganos internos con toda la mano. Si la paciente acusare grandes dolores, se la puede cloroformizar para poderla examinar detenidamente.

El cuello uterino de la mujer que no ha parido, presenta la forma de un cono con la base vuelta arriba y la punta redondeada abajo. Con un poco de atención, se percibe en su extremidad la fosita, formada por el orificio externo: apoyando sobre ella el dedo, experimenta una sensación análoga á la que le da la presión ejercida sobre la extremidad del lóbulo de la nariz. La abertura central del hocico de tenca, es regular y redondeada en la mujer que nunca ha parido.

Cuando la mujer es múltipara, el cuello es más voluminoso, más corto y más cilíndrico; la abertura es más lineal y dirigida transversalmente. Alrededor de esta abertura, se notan numerosos surcos, resultantes de los desgarros producidos por el paso del feto al través de dicho orificio (véase fig. 41).

La abertura del hocico de tenca, es tanto mayor cuanto más numerosos han sido los partos.

## II.—Tacto rectal

Aconsejaremos el tacto rectal todas las veces que no se pueda efectuar la exploración vaginal, ó cuando los datos adquiridos por este último examen, sean dudosos y no se pueda completar el diagnóstico.

Este medio exploratorio es más penoso todavía que el vaginal; de ahí resulta que, interrogadas las pacientes por su médico para que les dé su autorización para llevarlo á efecto, casi siempre se niegan á ello.

Repetidas veces hemos visto practicar el tacto rectal á M. Gallard, sin prevenir á la mujer, como si dicho examen fuera complemento necesario á la exploración, y las interesadas, absorbidas por dicha investigación, no se han opuesto en lo más mínimo, al oír la voz de dicho ginecólogo, diciéndoles: *ha sido conveniente.*

Los tumores implantados en la pared posterior de la matriz se exploran minuciosamente por medio del tacto rectal, como asimismo todas las desviaciones del útero.

Para practicar este tacto, la mujer se colocará en la misma posición que hemos indicado para el tacto vaginal: generalmente se efectúa con el índice, pudiendo usar también el dedo medio y en ciertas ocasiones la mano entera. Durante el curso escolar de 1879, el profesor Dapaul, de París, rogó á Pozzi que le diese su opinión sobre el tumor uterino que presentaba una mujer embarazada que teníamos en la clínica de partos, y dicho agregado completó su diagnóstico, previo examen de la matriz por la vía rectal, introduciéndole la mano entera: la paciente estaba cloroformizada.

Recordamos este pasaje para combatir la marcada aprensión que muchos prácticos tienen á tal exploración, usando la mano más ó menos desplegada.

El tacto rectal presta grandes servicios para diagnosticar el embarazo extra-uterino.

## III.—Examen por medio del especulum

La palabra *especulum* deriva del latín y significa espejo. Por medio de este instrumento exploramos las cavidades naturales; vamos á ocuparnos del especulum uterino, ó sea de aquel que nos permite explorar el cuello del útero y las paredes vaginales.

Conocido de los antiguos, puesto que Areteo, Pablo de Egiptina, Rhacés, Avicena, Albucasis y otros diversos autores los describen bajo nombres diferentes, decayó más tarde en pleno olvido.

En 1812, Recamier tuvo la feliz idea de utilizarlo para diagnosticar las afecciones de la vagina y matriz, prestando así un gran servicio á la práctica ginecológica.

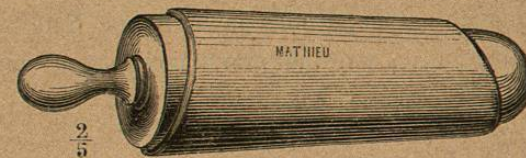


Fig. 34.—Especulum entero cilíndrico de boj

El primer especulum que hizo construir Recamier, se componía de un cilindro de estaño hueco, bien pulimentado interiormente, siendo su longitud de 16 centímetros; su orificio vulvar media 5 centímetros, y 4 el uterino.

Este especulum fué modificado, poco después, por el sabio Dupuytren, quien lo hizo recortar, reduciéndolo á la longitud de la vagina, y adicionándole un mango en ángulo recto, cerca del orificio externo.

Construyóse más tarde este mismo modelo, con diversas sustancias, tales como: plata, marfil, boj, porcelana, cristal, etc.

Por último, Fergusson lo hizo construir de cristal estañado cubierto de una capa de caoutchouc endurecido (véase fig. 35).

El especulum de una sola pieza, presenta dos ligeros inconvenientes, como hace notar nuestro ilustrado compañero M. Sieny de París; en primer lugar, no puede adaptarse á todas las