

## Diagnóstico del embarazo

POR EL SOCIO TITULAR

DR. A. LÓPEZ HERMOSA

### DIAGNOSTICO POSITIVO.

Diagnóstico del embarazo es el arte de deducir conclusiones acerca de la existencia de la gestación, apoyándose en las modificaciones orgánicas y funcionales que la preñez imprime al organismo materno; y de establecer la coordinación y el encadenamiento o conexión que tengan entre sí los fenómenos sintomáticos que se observen.

Esta manera de considerar tan importante asunto, hace suponer que el objeto principal del diagnóstico sería conocer la existencia de la gestación, basándose en los signos manifiestos y bien apreciables que obtenga el tocólogo por un ordenado examen. Pero es evidente que a un verdadero clínico no le bastará saber que la mujer confiada a su pericia esté embarazada, si quiere cumplir con la honrosa misión que se le confiere, la cual puede condensarse en los términos siguientes: descubrir en unos casos y confirmar en otros la preñez; hacer llegar el embarazo a su término; preparar al niño una salida sencilla y fácil; y encarrilar a la madre hacia un parto y un puerperio fisiológico; debe en esta virtud adquirir un conjunto de conocimientos que le permitan a la vez que tener la certidumbre de que la mujer está realmente embarazada, resolver los accesorios pero indispensables problemas siguientes: sitio anatómico en donde se desarrolla el huevo fecundado; época de evolución en que se encuentre; número de fetos de que se compone; actitud que ocupa u ocupan en la cavidad de la matriz, o en otros términos, averiguar la presentación y posición; precisar el estado de vida o muerte del feto; apreciar sus principales dimensiones y la relación entre el volumen del polo cefálico y la capacidad del canal pelvigénital que debe atravesar en el momento del parto; y por último conocer si la preñez evoluciona en una mujer sana o enferma.

Así es que el verdadero diagnóstico obstétrico, es muy complejo y requiere un conocimiento profundo de todas las modificaciones anatómicas y funcionales que la gestación imprime en el organismo materno, y a la vez un gran hábito de observación.

Para demostrar su importancia bastará decir que es la base de la Obstetricia, de un acertado pronóstico, de un tratamiento racional.

Fundado en estas consideraciones creo que la definición siguiente comprende en su verdadera extensión, el problema complejo de establecer un diagnóstico completo que satisfaga a las justas exigencias clínicas de la época.

Por *diagnóstico obstétrico* debe comprenderse el arte de reconocer: la existencia del embarazo, el sitio anatómico en que se desarrolla el óvulo fecundado, la edad que ha alcanzado, el número de fetos de que se compone, la actitud que el niño o los niños guarden en el claustro materno, el estado de vida o muerte en que el feto o los fetos se encuentren, las principales dimensiones de él o de ellos, especialmente en sus relaciones con el canal pelvigenital que debe ser atravesado en el momento del parto, el estado fisiológico o patológico de la mujer, para estar (en este último caso) en aptitud de precisar la influencia que el padecimiento pueda tener sobre el embarazo, el parto y el puerperio, o el que este estado anormal resienta por el puerperal de la madre, y por último conocer, aunque sea, en el momento actual sólo aproximadamente, la conformación normal del engendro.

Resueltos todos estos problemas que comprenden el diagnóstico completo, el clínico estará en aptitud de llenar satisfactoriamente su honroso cometido.

En la menor extensión posible procuraremos demostrar la importancia que clínicamente tiene la resolución de cada uno de los problemas enunciados y su encañamiento recíproco.

La primera proposición consiste en conocer si la mujer está realmente embarazada, y al afirmar si existe o no el embarazo, el práctico se coloca frente a un problema erizado, con frecuencia, de grandes dificultades y de cuya resolución afirmativa pueden depender su reputación profesional y en casos especiales la honra de la mujer, tesoro para muchas de más valor que la misma vida. Los familiares, interesados en el resultado del examen difícilmente llegan a comprender el que no sea siempre fácil al médico resolver de un modo positivo la cuestión; pero el tocólogo no debe tomar en consideración toda pretensión o exigencia necia y debe siempre proceder con la mayor circunspección y sólo formular una opinión afirmativa, cuando correctamente aprecie los signos de certidumbre. Únicamente obedeciendo este indestructible precepto, puede justificar su determinación, puesto que generalmente se le exige su opinión en aquellos casos en que de menos valor son los detalles que da la mujer, bien porque ésta tiene interés en ocultar la existencia de su preñez, o bien porque si desea un diagnóstico afirmativo colora consciente o inconscientemente los pormenores de manera de sorprender la buena fe del médico pretendiendo desviarle el juicio y haciéndole participe de un error.

En estos últimos años el diagnóstico del embarazo ha adquirido aún mayor importancia, debido a que los progresos de la cirugía abdominal hacen muy frecuentes las operaciones practicadas dentro de la cavidad peritoneal, y no pocas veces se ha incurrido en el error de tomar por algún padecimiento ginecológico, especialmente los quistes del ovario o los fibromas de la matriz, embarazos intrauterinos: error que ha cegado varias vidas sembrando en los hogares la decepción y el desconsuelo. Y lo más sensible es que estos fracasos les han pasado a prácticos muy expertos en la cirugía del vientre. Así es que un diagnóstico establecido a la ligera es positivamente censurable conocidas las trascendentales y a veces irreparables consecuencias que ocasiona. Por tan justificadas razones, sólo debe afirmarse la existencia de una preñez cuando se hayan apreciado a conciencia los signos de

certidumbre: observando tan juiciosa máxima, jamás se cometerá error de consecuencias difíciles o aun imposibles de reparar.

El diagnóstico de la gestación se basa sobre el conjunto de las modificaciones anatómicas y funcionales que la gestación produce, por sí sola, en el organismo femenino, y aunque estas alteraciones son bien numerosas puesto que la concepción imprime trastornos más o menos acentuados a todo el organismo materno, el diagnóstico positivo suele presentar dificultades, principalmente en los cuatro primeros meses, pues en la segunda mitad del embarazo la aparición de los signos fetales y la facilidad de apreciarlos debidamente, hacen el diagnóstico bien fácil. Estas modificaciones o signos debe el tocólogo tenerlas bien conocidas para que pueda buscarlas sistemáticamente, reconocerlas, y establecer sobre bases sólidas un diagnóstico seguro y lo más precoz que sea posible.

El diagnóstico positivo de la preñez difiere esencialmente, según el tiempo que tenga ésta. Y desde tal punto de vista se puede dividir la gestación en dos períodos de igual duración: el primero que se extiende de la concepción a los cuatro meses y medio; y el segundo, desde esta fecha hasta el momento del parto, que nominalmente tiene lugar a los doscientos setenta y tres días después de la fecundación. Esta fecha de cuatro meses y medio es escogida porque corresponde, en la generalidad de los casos, a la aparición de los signos fetales, es decir, de las manifestaciones sintomáticas que provienen del feto; mientras que antes de esta época solamente se dispone de los signos maternos.

Bien se comprende que los signos maternales considerados aisladamente, sólo pueden ser valorados como signos de probabilidad, y que las manifestaciones emanadas del feto constituyen los únicos signos de certeza; la consecuencia lógica que de estas premisas se deduce es que la preñez es tanto más difícil de diagnosticar, cuanto más cerca de su principio se encuentre. De aquí que deba aceptarse sin vacilación el precepto del Prof. Pinard, formulado en los términos siguientes: "jamás debe certificarse la existencia del embarazo sin haber apreciado de una manera clara y precisa algunos de los signos de certidumbre". Pero en la práctica es muy difícil sujetarse a este precepto, pues las interesadas ocurren al médico o a la partera para que les haga conocer su estado, precisamente en los primeros meses, y el práctico se ve realmente comprometido a resolver la cuestión, porque las pacientes difícilmente se conforman con evasivas; y como no aceptan que el médico no posea conocimientos suficientes para diagnosticar su estado, con insistencia le piden su parecer. ¿Podrá el tocólogo diagnosticar el embarazo en los cuatro primeros meses y en tal supuesto antes de la aparición de los signos de certidumbre?..... Nosotros no vacilamos en contestar afirmativamente. En efecto, siempre que se ha presentado a nuestra observación una mujer que revela que se le ha suspendido la menstruación después de haberse expuesto a hacerse embarazada; que a la vez nos hace conocer que tiene náuseas y aun vómitos en la mañana al despertar; que no ha tenido embarazos anteriores y el examen de sus pechos revela que el volumen ha aumentado, que están sensibles, que el pezón es eréctil, que la aréola está abultada y pigmentada, que los tubérculos de Montgomery se ven hipertrofiados, que se perciben manchas diseminadas de pigmento rodeando la aréola primitiva, intercaladas de piel con su coloración normal (aréola secundaria), no vacilamos en suponerla embarazada, y ratificamos este juicio si la exploración bimanual, es decir, el tacto vaginal combinado con la palpación del abdomen, demuestra que el útero está aumentado de volumen y que este aumento ha sido progresivo y está en relación con la época supuesta de embarazo; que la consistencia, tanto de la parte in-

ferior del cuello, como del segmento inferior del cuerpo está disminuída y que se encuentran ambas regiones reblandecidas y produciendo en el dedo explorador la misma sensación que da el higo maduro; si por el mismo modo de examen, se aprecia que la matriz se ha modificado en su forma, ya tomando la de una pera en el primer mes, ya la de una esfera suspendida por un mango (forma de matraz) al fin del tercero; si se llega a notar fluctuación dentro de la cavidad del útero, reveladora de la existencia de un líquido, al deprimir la pared del segmento inferior de la matriz en la porción más accesible al dedo colocado dentro de la vagina; si este segmento inferior presenta la forma de un casquete invertido, y no la plana propia del estado normal, muy principalmente si el diámetro anteroposterior de esta región del útero está notoriamente aumentado; y por último si al tomar entre las dos manos el cuerpo de la matriz, se perciben contracciones aunque de grado y de duración variable, pero siempre seguidas de relajación; la noción de existencia de la preñez se impone. Es evidente que en una múltipara las modificaciones de las mamas, carecen de valor diagnóstico; pero las alteraciones del útero que acabamos de describir, unidas a la suspensión de la menstruación y a los trastornos del aparato digestivo, permiten conocer la gestación en los primeros meses mucho antes de la aparición de los signos fetales.

Esperar para afirmar la existencia del embarazo que los signos de certidumbre se perciban con claridad, es seguramente dar pruebas inequívocas de gran rectitud y de suma prudencia; pero ¡qué rara es la mujer violenta e inquieta por conocer su estado, que se conforma con esa prudencia médica, y en esta virtud con esperar la aparición de los signos indudables! Recuérdese que la exploración directa de las regiones del feto por el tacto sólo es factible en determinados casos y únicamente en época tardía; que la percepción de los latidos del corazón del feto por la auscultación en la generalidad de los casos sólo da resultados positivos a los cuatro meses y medio, o quizá si se encuentra la mujer en condiciones particularmente favorables, hacia fines del cuarto mes, aunque los Prof. Depaul y Tarnier, aseguran que pueden oírse con claridad desde el fin del tercero.

En nuestro sentir, se pueden reunir suficientes datos para diagnosticar la existencia del embarazo en los tres primeros meses, si bien este diagnóstico requiere gran hábito de observación y zagalidad clínica.

Recordaremos los principales signos que permiten reconocer la gestación en el primer trimestre.

La primera manifestación es la suspensión de la menstruación, y ciertamente la supresión de las reglas es un fenómeno bien importante, si la mujer menstruaba con regularidad. Pero debe tenerse por bien conocido: que algunas mujeres continúan teniendo pérdida de sangre en la primera época que sigue al principio de la gestación, y que existen casos, aunque en realidad muy raros, de corrimiento de sangre en el segundo y hasta en el tercer mes, antes seguramente del momento en que las caducas ovular y uterina se sueldan íntimamente, y de que el canal cervical se obstruye por la secreción que constituye el tapón gelatinoso; pero siempre se observa que estos corrimientos son menos abundantes y de menos duración que los que caracterizan las verdaderas menstruaciones.

Hacia el fin del primer mes, y algunas veces más pronto, se presentan perturbaciones por parte del aparato digestivo, particularmente vómitos que son muy característicos por su forma, según aseveración del Dr. Vinay. Aparecen en la mañana al despertar, están constituídos por la expulsión de mucosidades o flemas que las pacientes dicen sentir muy amargas; se acompañan de náuseas y suelen disipar-

se por la ingestión de algún líquido, como una infusión de hojas de naranjo, tila, etc.; su semejanza con la pituita de los borrachos es palpable, pero casi siempre caracterizan esta manifestación de la gastritis alcohólica, los antecedentes y las huellas que como estigmas deja el alcoholismo. Estos vómitos matinales tienen algún valor semiológico, pero sólo se presentan en un 50% de las embarazadas y, más que todo, en las clases inferiores de nuestra sociedad.

No es excepcional la aparición de dilataciones varicosas en los primeros meses de embarazo. El Prof. Hegar dice que se acentúan principalmente en algunas primíparas jóvenes, anémicas, poco musculadas y de complexión débil; y en ellas se observan los cambios más marcados de coloración de la vagina y de la vulva, es decir, el aspecto violado de la mucosa y la pigmentación oscura de la piel. Algunas multíparas pretenden reconocer su embarazo en época muy precoz por la reaparición inesperada de varices en los miembros inferiores, varices que habían desaparecido en el puerperio de sus partos precedentes.

El tialismo es el signo más precoz, puesto que es aparente, cuando existe pocos días después de la fecundación; pero rara vez se presenta.

Las modificaciones de los pechos tienen en nuestro sentir grande importancia en las primigrávidas; lo que fácilmente se comprende al recordar que estas glándulas son en realidad una dependencia de los órganos generadores, y que sufren durante la gestación, modificaciones que las preparan para la función temporal después del parto.

En las primeras semanas de la gestación casi todas las mujeres sienten los pechos abultados, suaves y sensibles. Esta modificación es un signo de tal manera constante en algunas mujeres, que, desde que los perciben no vacilan en creerse embarazadas. Este aumento de volumen suele acompañarse de picazón, de verdaderos dolores y aun de infarto de los ganglios de la axila. Y no es excepcional ver este abultamiento disminuir hacia el cuarto o quinto mes, para reaparecer aún más considerable, al fin de la gestación. Según el Prof. P. Cazeaux puede llegar a ocasionar un verdadero flemón que termine por supurar, lo que debe ser muy excepcional, pues jamás hemos observado ningún caso.

Cuando el abultamiento es muy acentuado, produce una distensión muy exagerada de la piel, que ocasiona desgarro de la dermis, ostensible por verdaderas vetas o resquebraduras análogas a las que generalmente se presentan en la piel del abdomen.

Hacia el fin del segundo mes, según aseveraba el Prof. M. Montgomery, o quizá un poco más tarde según nosotros hemos podido observar, el pezón se abulta, se pone eréctil, sensible, y forma una eminencia muy pronunciada. Su color es más oscuro y la piel que le rodea y que forma la aréola, es sitio de un aflujo más considerable de líquido, al grado de presentar un aspecto edematoso. A la vez esta piel se colora y al principio presenta un tinte ligeramente amarilloso; y en el segundo y tercer mes la coloración de la aréola se completa y la piel de los pechos presenta los caracteres siguientes: al rededor del pezón forma un círculo de color moreno más o menos oscuro según las mujeres; es más oscuro en las que tienen la piel de color moreno, los ojos y el pelo negros, que en las rubias, que con frecuencia son débiles y delicadas. La extensión de este círculo es de dos a tres centímetros de diámetro, y aumenta, a la vez que la intensidad de su coloración oscura, con los progresos del embarazo.

Diseminadas en la superficie de la aréola se ven pequeñas eminencias que forman sobre la piel una saliente de dos o cuatro milímetros; están formadas por la

hipertrofia de las glándulas sebáceas, y son generalmente de doce a veinte. Estas glándulas así aumentadas, si se las exprime, dejan salir un líquido sebáceo, de color blanquizco que ha sido confundido con la leche.

Hacia el quinto mes se forma en la piel de los pechos y rodeando a la aréola verdadera, un círculo que se conoce con el nombre de aréola secundaria o mosqueada. Es mucho menos limitada que la primera e invade una gran parte de la piel; y examinada con atención se observa: que la coloración, debida a la exagerada producción de pigmento, no se detiene bruscamente en la circunferencia de la aréola verdadera, sino que a partir de este círculo, el pigmento se deposita en la piel vecina, formando una zona oscura de tinte decreciente, que se extiende en una porción variable según las mujeres. Esta aréola secundaria está salpicada por un número considerable de pequeñas manchas blancas o del color general de la piel, que le dan su aspecto particular y tienen una forma arredondada, siendo otros tantos puntos en los que el pigmento no se ha depositado. En el centro de cada mancha se nota un pequeño punto negro, que es el orificio de una glándula sebácea; y si se examina con un lente apropiado, se observa un pequeño pelo.

Estas modificaciones persisten durante la lactancia. Si las mujeres no amantan, disminuyen después del parto, pero no desaparecen por completo. En consecuencia, son más concluyentes en las primíparas que en las multíparas; y si en verdad no siempre se presentan con el conjunto de caracteres que hemos descrito, cuando se observan en una mujer que se sujeta a un examen pericial con el fin de conocer su estado, y que no ha tenido embarazos anteriores, constituyen un signo de casi certidumbre en pro de la gestación.

Entre las perturbaciones del sistema nervioso, los síncope y la tendencia, a veces invencible, al sueño, son los más importantes; pero su valor somiótico es muy secundario.

De lo expuesto podemos inferir, que diagnosticar el embarazo en los primeros meses es buscar, encontrar y estudiar, el tumor, primero, casi exclusivamente encerrado en la pelvis, y después pelvihipogástrico, que forma la matriz grávida. Lo que generalmente induce a esta investigación es la aparición denunciada y demostrada, en una joven o mujer de ocho a cincuenta años, de los signos racionales del embarazo, entre los que corresponde el primer lugar a la amenorrea.

Tenemos la convicción de que la concepción suprime la menstruación y estamos firmemente persuadidos de que las raras observaciones relatadas por los autores de Obstetricia referentes a mujeres en quienes las reglas continuaron los primeros meses, y persistieron en algunas de ellas durante todo el embarazo, se refieren más bien a casos patológicos con hemorragias, como las de inserción viciosa del huevo, por ejemplo; y aceptamos con el Prof. Pajot que cuando una mujer tiene sus períodos menstruales con la regularidad que han tenido siempre desde que se estableció esta función transitoria, propia del período genital, es decir, presentándose con la misma duración, regularidad de aparición, cantidad y caracteres especiales de la sangre, etc., seguramente que no está embarazada. Así es que, cuando en una mujer que habitualmente menstrúa con regularidad, se suspende el corrimiento catamenial, esto es, las reglas, la primera sospecha que debe presentarse en la imaginación es que está embarazada. No debe sin embargo olvidarse que la concepción es posible en las mujeres que jamás han menstruado; hecho en verdad excepcional pero que suele presentarse en la práctica; o bien en jóvenes que menstrúan con regularidad o con retardos prolongados, o en quienes se ha suspendido el período

por alguna causa fisiológica como la lactancia, o patológica como la anemia, la tuberculosis, etc.

Los demás signos llamados racionales, que muchos autores describen con grandes detalles, no tienen la importancia y valor semiológico que evidentemente tienen la amenorrea y las modificaciones de los pechos. Estos signos son: la pigmentación de la cara y de la línea umbilicopubiana, que llega a presentar un color moreno; la coloración violácea de la mucosa vulvovaginal, el abultamiento de la región abdominal, que empieza por el hipogastrio, las resquebraduras de la piel del abdomen, las perturbaciones del aparato digestivo, las del sistema nervioso y las del aparato circulatorio. En efecto, estas alteraciones o signos juzgados aisladamente, tienen muy poco valor diagnóstico, y quizá por haber aceptado la opinión del Prof. Cazeaux y de algunos otros autores, quienes creen que la reunión de estos signos forma una suma tan grande de probabilidades que equivale casi a una certidumbre, los verdaderos discípulos de ellos han cometido algunos errores, entre otros el de aceptar los falsos embarazos, embarazos llamados nerviosos o adiposos de las mujeres estériles, que al aproximarse la menopausia o ya en esa edad y habiendo anhelado la maternidad con una tenacidad verdaderamente vesánica, simulan de buena fe el embarazo y aun el trabajo de parto, y logran hacer aceptar sus ilusiones no sólo a las personas de su familia sino aun a médicos o parteras crédulas.

Pero que los signos racionales existan o no, aislados, o reunidos, sólo hay un medio de aclarar toda duda y establecer el diagnóstico del embarazo en los primeros meses: reconocer y estudiar el tumor que forma el útero grávido en vía de evolución.

Creemos que este es el momento oportuno de entrar en conocimiento con la matriz grávida de los primeros meses. Un estudio concienzudo de ella, nos proporciona los datos siguientes: el cuello disminuye progresivamente de consistencia desde las primeras semanas de la concepción. Esta modificación se presenta desde luego en la parte inferior de la porción intravaginal de la que sólo invade la capa más superficial de la mucosa, y es lo que generalmente se llama reblandecimiento cortical de la parte inferior del hocico de tenca. Al fin del primer mes del embarazo, se aprecia bien, con el dedo que explora, que la mucosa de la porción intravaginal del cuello está reblandecida en la porción más inferior, mientras que arriba de ella el tejido que constituye el parenquima queda firme, resistente, y no ha sufrido aún ninguna modificación.

Antiguamente se limitaba la exploración al cuello y con frecuencia se cometían errores de diagnóstico, porque el verdadero modo de adquirir una opinión sólida, consiste en estudiar el cuerpo de la matriz.

Las modificaciones positivas del cuerpo del útero que caracterizan la existencia de la preñez durante el primer trimestre atañen principalmente al volumen del órgano de la gestación, su forma y su consistencia; y son demostradas clínicamente por el tacto vaginal combinado con la palpación del abdomen.

1.º—VOLUMEN.—Como promedio se puede decir: que al fin del primer mes, el cuerpo de la matriz grávida adquiere el volumen de una pequeña mandarina; al fin del segundo, el de una naranja mediana, al fin del tercero el de la mano cerrada.

El útero es el órgano más modificado por la preñez, y por esta razón se le llama órgano de la gestación. Las modificaciones que sufre son, relativas, no sólo al volumen, sino a la forma, a la capacidad, al peso, a la consistencia, a la situación, dirección, relaciones, texturas, etc.

Refiriéndonos al volumen recordaremos que, bajo la influencia del molimen hemorrágico que experimenta el útero en cada época menstrual, el volumen total del órgano aumenta; y si la concepción se hace en los días que preceden o siguen a las reglas, la excitación ocasionada por el coito fecundante no sólo mantiene, sino que aumenta desde luego la hipertrofia de sus paredes. El espesor de la capa mucosa es desde ese momento casi doble del que tiene en el estado normal; así es que cuando el óvulo ya fecundado llega a la cavidad de la matriz, la encuentra ocupada por esta mucosa de tal manera congestionada y abultada, que se pliega por lo muy oprimida que está en la cavidad del útero. Igual cosa pasa en los casos excepcionales en los que la fecundación se verifica en determinado intervalo de dos épocas menstruales. La hipertrofia comienza aun bajo la influencia de la evolución de una vesícula de Graaf; pero esta evolución en vez de ser espontánea, es el resultado de excitaciones venéreas más o menos prolongadas.

El hecho positivo es que, desde que el huevo fecundado llega a la cavidad del útero, este órgano se desarrolla, y su volumen va siempre creciendo hasta el fin del embarazo; pero esta progresión no es uniforme, pues según la observación del doctor Desormeaux, es muy lenta en los primeros meses, y bien activa en los últimos. Dará una idea de esta evolución la tabla siguiente que representa las dimensiones habituales del útero en los principales meses de la preñez.

	Diámetro vertical.	Diámetro transversal.	Diámetro anteroposterior.
Fin del 3er. mes.	7 cent.	7 cent.	7 cent.
„ „ 4 <sup>o</sup> mes.	9 y $\frac{1}{2}$ „	9 y $\frac{1}{2}$ „	9 y $\frac{1}{2}$ „
„ „ 6 <sup>o</sup> mes.	22 „	16 „	16 „
„ „ 9 <sup>o</sup> mes.	32 a 36 „	24 „	22 a 23 „

El desarrollo del huevo y del útero son simultáneos, pero cada uno evoluciona por una fuerza que le es propia. Así es que, si en verdad el crecimiento del huevo es la causa fisiológica del aumento progresivo de volumen de la matriz, no es ciertamente el agente mecánico del desarrollo de sus paredes.

De este aumento de volumen resulta: que el fondo de la matriz grávida, ya desde las primeras semanas pasa el nivel del borde superior del pubis, y al fin del tercer mes se le encuentra a 8 centímetros arriba de la sínfisis pubiana. Algunas veces, si la anteversión normal se exagera y hasta sin que haya descenso de la matriz, el fondo del útero se eleva, aunque a menos altura, en relación con el arco anterior de la pelvis; pero aun en estos casos el tacto vaginal combinado con la palpación hipogástrica, demuestra el aumento de volumen. Colocándonos en el punto de vista clínico podemos decir: que a partir de la sexta semana, época en que la supresión de las reglas hace presumir la posibilidad de un embarazo, es cuando los signos proporcionados por el desarrollo del útero empiezan a ser claramente apreciables.

2<sup>o</sup> FORMA.—En estado normal, pero fuera de la gestación, el cuerpo del útero presenta una forma triangular y está aplanado de delante hacia atrás; a partir de la fecundación, toma una forma de pera, y al fin del tercer mes la de un pequeño globo o de una esfera de la que pende un cuello chico. Desde este momento, el dedo que deprime profundamente el fondo anterior de la vagina, no siente arriba del cuello la sensación de vacío que experimenta en la mujer no embarazada, debido a la depresión circular que en el istmo, separa el cuello del cuerpo del útero; sino que encuentra, casi inmediatamente, la saliente que forma el cuerpo de la matriz al separarse una de otra sus paredes anterior y posterior. Esta ampliación de la región

inferior de la matriz se aprecia mejor por el tacto bidigital, colocando el dedo índice en el fondo anterior y el medio en el posterior. Durante esta exploración, la mano libre palpa el órgano al través de la pared abdominal, lo fija y aun lo empuja hacia abajo para tomarlo entre las dos manos y hacer de él un minucioso examen que permita apreciar sus dimensiones, peso, forma, consistencia, etc.

Se reconoce por este medio de exploración que el cuerpo de la matriz ha dejado de estar aplanado de delante a atrás; que el diámetro anteroposterior ha aumentado sensiblemente al grado de adquirir dimensiones iguales a las del diámetro transversal, que a su vez es mayor que el del cuello.

Según el Dr. Noble, seis semanas después de la fecundación el huevo ha crecido lo suficiente para impulsar el desarrollo del cuerpo y del fondo de la matriz. Por esta evolución a la vez que por la separación de sus paredes anterior y posterior, el útero grávido toma primero la forma de una pera, y de una esfera, más tarde; y como en este período el cuello no ha cambiado de forma, se puede representar el útero grávido como un cuerpo esférico colocado sobre un cilindro que representa el cuello, susceptible de continuar desarrollándose en toda su superficie. En términos más claros, si se examina una matriz grávida entre la sexta y la duodécima semanas, se aprecia un desarrollo del cuerpo bien distinto del cuello, adelante, atrás y de los lados pero siempre en relación con la edad del embarazo. Debe recordarse que la cara posterior del útero crece al principio de la gestación, en proporción más considerable que la anterior, al grado de hacer suponer, en un examen superficial, la existencia de una retroversión; error que disipa la atenta exploración de la cara anterior que también sobresale a la del cuello, aunque en grado menor.

3<sup>o</sup> CONSISTENCIA. — En el estado normal y fuera de la preñez el tejido que forma las paredes del útero es firme, resistente, tanto en el cuerpo como en el cuello, y produce la misma impresión que se tiene al explorar el tejido fibroso. Durante el embarazo, esta consistencia cambia; las paredes del cuerpo se hacen depresibles, suaves, reblandecidas, y el dedo que explora parece que penetra en un bloque de mantequilla, según expresión del Prof. Landau. Estos caracteres son más apreciables en las mujeres que por primera vez se hacen embarazadas; así es que en ellas las manipulaciones que requiere todo examen obstétrico, despiertan, con relativa facilidad, la contractilidad de las fibras musculares que constituyen la mayor parte de la estructura del órgano de la gestación, y en esos momentos la mano o el dedo que explora, aprecia un órgano endurecido en vez de la masa blanda que esperaba encontrar. Se suspende en esos momentos toda manipulación, mientras el útero recupera su suavidad característica. Según el Dr. Vinay el cuerpo del útero se reblandece pero principalmente en la pared anterior y hacia los cuernos.

Debe recordarse que la consistencia especial de la matriz grávida no es igual a la del útero congestionado o desarrollado por un fibroma encerrado en su cavidad. Además debe tenerse presente que la aparición de contracciones que endurecen momentáneamente el órgano, que en seguida vuelve a recuperar su suavidad grávida, es un excelente signo de embarazo, acerca del cual el Dr. Hycks ha insistido justamente.

Al principio de la gestación, donde se manifiesta el reblandecimiento apreciable con relativa claridad por su contraste con la consistencia dura que conserva aún la porción supravaginal, es en el segmento inferior y en la parte superior del cuello. En esa región se percibe el signo de Hegar. Asegura este autor, que desde la cuarta semana del embarazo, el segmento inferior presenta una compresibilidad especial, que se hace muy aparente hacia los cincuenta días de la gestación.

Para obtener este signo se emplea la palpación de la región hipogástrica combinada con el tacto vaginal o rectal, y se siente arriba de la porción vaginal del cuello, o más bien entre el cuello y el cuerpo de la matriz grávida, una región delgada, reblandecida, que puede ser comprimida entre las dos manos hasta sólo llegar a presentar el espesor de un naípe o de un cartón delgado. La suavidad y compresibilidad son más marcadas en la línea media que hacia las paredes laterales. Si el dedo introducido en la vagina se coloca en el fondo anterior, la mano que palpa debe ponerse lo más posible detrás del útero, es decir, sobre la pared posterior; y si el dedo colocado en la vagina o en el recto explora la región posterior del segmento inferior y del cuello, adelante del cuerpo de la matriz es por donde la mano libre debe insinuarse.

Nosotros no aconsejamos esta maniobra por creerla peligrosa. En efecto, si se prolonga la duración de la presión, o si se hace con energía, es capaz de provocar el aborto; y si se hace con excesiva prudencia, como lo recomienda su autor, no da noción clara y es verdaderamente inútil. Noble no le da importancia sino después del tercer mes, y en esta época contamos ya con signos de valor semiótico e inofensivos, y sería imprudente despertar la contractilidad de la matriz por una maniobra capaz de ocasionar la expulsión prematura del producto de la concepción.

En resumen, la existencia del embarazo puede ser bien conocida durante el primer trimestre cuando se observan con claridad los signos siguientes:

Por la *interrogación*: suspensión de la menstruación en una mujer que ordinariamente menstrúa con regularidad y que se ha expuesto a embarazarse; que coincidiendo con la amenorrea denuncia repugnancia para alimentarse, o preferencia irresistible para determinados alimentos, extraños a los que forman su alimentación habitual; náuseas y aun vómitos en las mañanas al despertar; tialismo; aparición inesperada de dilataciones varicosas; trastornos del sistema nervioso, sobre todo frecuente tendencia al sueño, vértigos y hasta síncope.

Por la *inspección*: las modificaciones de los pechos, que hemos ya descrito y que en las primigrávidas tienen gran valor diagnóstico, principalmente el abultamiento y pigmentación de la aréola.

Por el *tacto combinado con la palpación abdominal*: aumento progresivo del volumen del cuerpo del útero, siempre en relación con la edad presumida del embarazo. El crecimiento de todos sus diámetros pero muy particularmente del antero-posterior; la modificación de consistencia, que es especial y está caracterizada por una resistencia blanda, elástica, suave, pero que por intervalos la reemplaza un endurecimiento momentáneo producido por la aparición de contracciones tanto más intensas, cuanto más avanzado está el embarazo; sensación de fluctuación intra-uterina; modificación en la forma del segmento inferior que, por la separación de las paredes anterior y posterior, adquiere la de un casquete invertido, a la vez que un aumento notable de su diámetro anteroposterior, que se se iguala con el transversal.

Por este conjunto de signos, se llega a un diagnóstico en noventa y nueve veces de los casos, entre la sexta y la duodécima semanas de la gestación, y con mayor certidumbre a los cuatro meses y medio.

En la segunda mitad del embarazo, la aparición de los signos de certidumbre que revelan la presencia del feto, son muy fáciles de descubrir y por sí solos imponen el diagnóstico positivo. De estos signos, tres son revelados por la palpación: la apreciación de regiones del feto, la percepción de sus movimientos espontáneos y el traqueo abdominal; dos por la auscultación: los latidos del corazón y el sople fetal

(funicular y cardíaco); y dos por la exploración vaginoabdominal: el traqueo intra-uterino, y la percepción de alguna región del engendro a través del segmento inferior de la matriz.

Se deduce de lo expuesto, que puede diagnosticarse el embarazo aun desde los primeros meses, pero con la condición indispensable de conocer a fondo los procedimientos de exploración que se emplean en Obstetricia para buscar por ellos y llegar al conocimiento de las modificaciones que la gestación imprime en todo el organismo materno; modificaciones que constituyen los signos que la caracterizan. Con la esperanza de obtener estos signos siempre fijos en la memoria y de facilitar su conocimiento y retención, creemos útil presentarlos en forma de cuadros sinópticos.

Antes diremos que entendemos por signo de embarazo toda alteración anatómica o funcional, caracterizada suficientemente, para deducir de ella el diagnóstico de la preñez.

Entre estos signos se encuentran algunos que son denunciados y percibidos directamente por la mujer, y otros que son demostrados por el médico, que los descubre por el examen de los diversos órganos y principalmente por los que forman el aparato genital. Los primeros son los signos subjetivos y los segundos los objetivos.

A estos signos maternos vienen a asociarse, en la segunda mitad del embarazo, otros de mayor importancia, reveladores de la presencia del útero, y que se llaman signos fetales.

Para conocer y valorar debidamente todos estos signos maternales y fetales y hacerlos servir útilmente en el diagnóstico de la preñez, se les debe buscar clínicamente de una manera metódica, siguiendo un orden lógico, y creo que a este ideal se llegará empleando los procedimientos de exploración en el orden siguiente:

*Interrogación, inspección, palpación, combinada a veces con la percusión, auscultación y tacto vaginal combinado con la palpación.*

Los cuadros que presentamos comprenden si no todos, sí los principales signos que conducen al diagnóstico completo del embarazo, y abarcan: el primero, los signos maternales subjetivos; el segundo, los signos maternales objetivos; y el tercero los signos fetales.

## SIGNOS MATERNALES SUBJETIVOS.

MENSTRUACION: *suspendida*. (La concepción suspende la menstruación.)

Perturbaciones del sistema nervioso.	<table> <tbody> <tr> <td>Neuralgias.</td> <td> <table> <tbody> <tr> <td>Dental.</td> </tr> <tr> <td>Facial.</td> </tr> <tr> <td>Intercostal.</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Antojos de las mujeres embarazadas, modificación del carácter, sensibilidad viva para los olores, somnolencia, predisposición al síncope, etc.</td> </tr> </tbody> </table>	Neuralgias.	<table> <tbody> <tr> <td>Dental.</td> </tr> <tr> <td>Facial.</td> </tr> <tr> <td>Intercostal.</td> </tr> </tbody> </table>	Dental.	Facial.	Intercostal.	Antojos de las mujeres embarazadas, modificación del carácter, sensibilidad viva para los olores, somnolencia, predisposición al síncope, etc.	
Neuralgias.	<table> <tbody> <tr> <td>Dental.</td> </tr> <tr> <td>Facial.</td> </tr> <tr> <td>Intercostal.</td> </tr> </tbody> </table>	Dental.	Facial.	Intercostal.				
Dental.								
Facial.								
Intercostal.								
Antojos de las mujeres embarazadas, modificación del carácter, sensibilidad viva para los olores, somnolencia, predisposición al síncope, etc.								
Perturbaciones del aparato digestivo.	<table> <tbody> <tr> <td>Tialismo.</td> </tr> <tr> <td>Perversión del apetito.</td> </tr> <tr> <td>Anorexia, náuseas, vómitos.</td> </tr> <tr> <td>Constipación; rara vez diarrea.</td> </tr> </tbody> </table>	Tialismo.	Perversión del apetito.	Anorexia, náuseas, vómitos.	Constipación; rara vez diarrea.			
Tialismo.								
Perversión del apetito.								
Anorexia, náuseas, vómitos.								
Constipación; rara vez diarrea.								
Modificaciones del aparato circulatorio.	<table> <tbody> <tr> <td>Palpitaciones.</td> </tr> <tr> <td>Edema.</td> </tr> <tr> <td>Varices.</td> </tr> <tr> <td>Modificaciones de la sangre.</td> <td> <table> <tbody> <tr> <td>Disminución de los glóbulos rojos,</td> </tr> <tr> <td>aumento de leucocitos y fibrina.</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	Palpitaciones.	Edema.	Varices.	Modificaciones de la sangre.	<table> <tbody> <tr> <td>Disminución de los glóbulos rojos,</td> </tr> <tr> <td>aumento de leucocitos y fibrina.</td> </tr> </tbody> </table>	Disminución de los glóbulos rojos,	aumento de leucocitos y fibrina.
Palpitaciones.								
Edema.								
Varices.								
Modificaciones de la sangre.	<table> <tbody> <tr> <td>Disminución de los glóbulos rojos,</td> </tr> <tr> <td>aumento de leucocitos y fibrina.</td> </tr> </tbody> </table>	Disminución de los glóbulos rojos,	aumento de leucocitos y fibrina.					
Disminución de los glóbulos rojos,								
aumento de leucocitos y fibrina.								

Perturbaciones del aparato respiratorio.	{ Poco apreciables, consisten en el aumento del diámetro transversal del tórax al fin de la gestación y en disminución del diámetro anteroposterior. Aumento del número de respiraciones (de 20 a 28) y eliminación más abundante de ácido carbónico.
Glándulas mamarias.	{ Abultamiento, punzadas, sensibilidad del pezón.
Perturbaciones vesicales.	{ Deseos frecuentes de orinar.
Perturbaciones de la vulva.	{ Comezones, neuralgias.
Modificaciones del abdomen.	{ Aumento progresivo del volumen, a partir del tercer mes del embarazo.
Movimientos activos.	{ En determinada época del embarazo, generalmente a partir de los cuatro meses y medio, la mujer expresa que siente los movimientos del feto.

## SIGNOS MATERNALES OBJETIVOS.

Por la inspección.	{ Actitud especial de la mujer, exageración de la curvatura lumbar, marcha semejante a la de los palmípedos. Pigmentación de la cara constituyendo la máscara del embarazo. Aumento de volumen de los pechos, a veces resquebraduras de la piel, abultamiento y pigmentación de la aréola, formación de una aréola secundaria por depósitos aislados de pigmento, hipertrofia de los tubérculos de Montgomery, erección del pezón y secreción de calostro.
Por la inspección.	{ Pigmentación de la línea blanca, de la piel de los grandes labios y del perineo. Resquebraduras de la piel del abdomen. Coloración violácea de la mucosa vaginal. Abultamiento y a veces edemas y varices de los miembros inferiores.
Por la palpación.	{ Aumento de volumen del abdomen con frecuencia en relación con la edad del embarazo. Aumento del volumen del útero, modificaciones en su forma, dirección y consistencia en relación con las diversas épocas de la preñez. Demostración de alternativas de endurecimiento y relajación debidas a contracciones no dolorosas de las paredes musculares uterinas.
Por la percusión.	{ (Indispensable en los casos de embarazo dudoso). Sonido obscuro en las regiones ocupadas por el útero grávido, y timpánico en las que se encuentra el paquete intestinal. Macicez, también, en los tumores sólidos o líquidos que suelen complicar el embarazo.
Por la auscultación.	{ Borborigmos intestinales. Ruidos del corazón de la madre, propagados al abdomen. Soplo o pulsación de los troncos vasculares de la pelvis o de la arteria epigástrica.

Por la auscultación. { Sopló uterino, que se empieza a percibir al cuarto mes, primero en el fondo de la matriz y después en las regiones laterales, arriba del arco crural; que aumenta de intensidad hasta el octavo mes de la gestación; varía de sitio, no es constante, disminuye y aun desaparece durante la contracción del útero o por la presión fuerte del estetoscopio; intermitente y simple por lo general, suele ser continuo, con o sin reforzamiento sistólico. Su timbre es variable; ya suave, comparable al que producen los lablos al pronunciar quedo la sílaba *vuz*, otras veces áspero, etc., etc.

Por el tacto combinado con la palpación. { Vulva. { Normal. { Determinar su dirección, longitud y elasticidad.  
 { Estado patológico. { Varices.  
 { Edemas.  
 { Vegetaciones.  
 { Chancros.  
 { Neoplasmas.  
 { Bridas cicatrizales o congénitas.  
 { Estado del perineo.

Vagina. { Existencia o ausencia del himen.  
 { Grado de resistencia del constrictor.

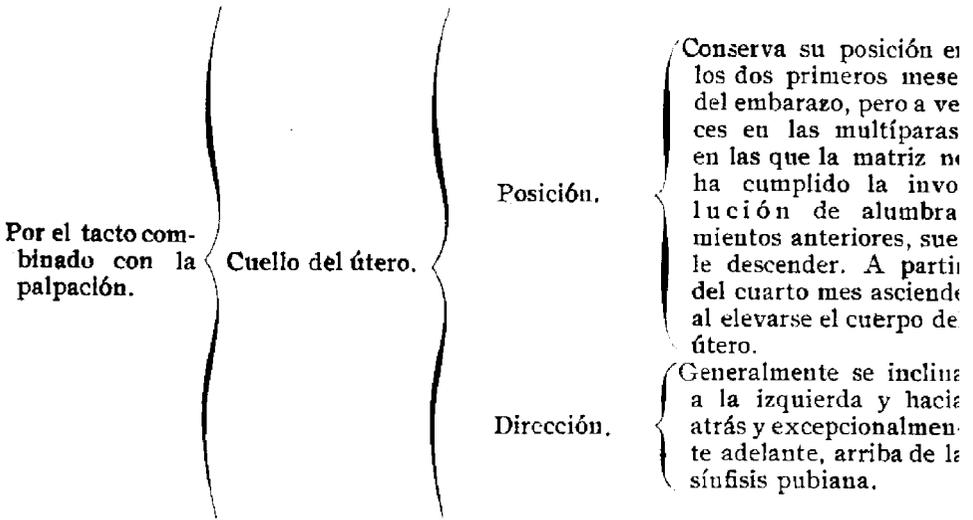
Por el tacto combinado con la palpación. { Vagina. { Longitud y grado de extensibilidad de las paredes vaginales.  
 { Permeabilidad u obstrucción de la cavidad vaginal; clase y naturaleza de los obstáculos.  
 { Pulso vaginal.  
 { Dilataciones varicosas, situación y dimensiones.

Consistencia del útero. { Disminuída; reblandecido; empezando siempre el reblandecimiento de abajo hacia arriba, es decir, del orificio externo al interno, y progresivo.

En las primigrávidas, cónica al principio, fusi-forme después; orificio externo ligeramente permeable, circular, circunscrito por bordes lisos y regulares; orificio interno bien cerrado.

En las múltíparas, forma de cono invertido o apagador de vela; orificio externo bien permeable, de bordes irregulares y abollados; orificio interno cerrado.

Por el tacto combinado con la palpación. { Cuello del útero. { Forma. { Ligeramente aumentada durante todo el embarazo; disminuye y se borra gradualmente de arriba a abajo sólo en el momento del parto.  
 { Longitud.



Cuerpo del útero. { El segmento inferior se amplía, se desarrolla, aumenta de dimensiones, especialmente en el sentido del diámetro anteroposterior. Desde las primeras semanas del embarazo disminuye su consistencia, se reblandece, dando en el dedo que lo deprime la sensación de un miembro muy edematoso, o la que presenta un higo maduro. Todo el cuerpo presenta aumento progresivo de volumen. También se aprecia un cambio de forma: de triangular se hace piriforme, después esferoide y al fin ovoide. El reblandecimiento se extiende a todo el cuerpo y da la sensación de caucho tratado por agua caliente.

SIGNOS FETALES.

- |  |                                     |   |   |                                     |
|--|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| Por la palpación.                        | {                                   | Percepción de regiones fetales.<br>De movimientos activos.<br>De movimientos pasivos. ( <i>Traqueo abdominal</i> ).   |   |                                     |
| Por la auscultación.                     | {                                   | Latidos del corazón del feto.<br>Soplos de origen fetal. <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">                             {                         </td> <td style="vertical-align: top;">                             Soplo cardíaco.<br/>                             Soplo funicular.                         </td> </tr> </table> Percepción del ruido producido por el choque de los movimientos del feto. | { | Soplo cardíaco.<br>Soplo funicular. |
| {  | Soplo cardíaco.<br>Soplo funicular. |   |   |                                     |
| Por el tacto combinado con la palpación. | {                                   | Percepción de las membranas del huevo o de las regiones fetales.<br>( <i>Traqueo vaginal</i> ).   |   |                                     |

Fijando la atención en ellos se adquirirá una noción de la sintomatología de la preñez. Pero como no todos los signos se presentan a la vez, ni se encuentran reunidos en todos los casos de embarazo, señalaremos los que con mayor constancia se observan en los primeros meses.

En el primer mes y hasta el momento en que se adquiere la certidumbre de la supresión de las reglas, los signos de embarazo son habitualmente nulos. Sin embargo algunas mujeres sufren, poco después de la concepción, trastornos de orden nervioso, como, vago malestar, deseos invencibles de dormir, neuralgias de sitio variable, lipotimias, náuseas y tialismo.

Durante el segundo mes los trastornos del sistema nervioso se acentúan; los pechos aumentan de volumen, se ponen sensibles y las mujeres se quejan de sentir una picazón constante e incómoda. También denuncian sensación de pesantez en el vientre bajo y deseos frecuentes de orinar. Suele aparecer coloración violácea en la vagina y en la mucosa de la vulva. Las modificaciones más importantes se refieren al útero; y por la *exploración bimanual*, es decir, por el tacto vaginal combinado con la palpación se aprecia, desde el fin del segundo mes, el aumento de volumen de la matriz, de la cual se percibe el fondo en la región hipogástrica, dos o tres centímetros arriba del borde superior del pubis. Hacia la sexta semana se nota el reblandecimiento de la capa superficial de los bordes del orificio externo del cuello.

En el tercer mes las perturbaciones del aparato digestivo, así como los fenómenos de orden nervioso adquieren su máximo de intensidad. Sobre los pechos aumentados de volumen, se acentúan la pigmentación y elevación de la aréola, y la erectilidad y sensibilidad del pezón.

El cuerpo del útero, explorado por el tacto vaginal combinado con la palpación de la región hipogástrica produce en el dedo que deprime los fondos de la vagina, la sensación de un higo maduro, y se aprecia con toda claridad su aumento de volumen, que al finalizar el tercer mes puede compararse con el de una cabeza de feto a término, y su forma a la de una esfera o más bien a la de un pequeño matraz. El reblandecimiento de la extremidad del cuello es muy notable y se extiende a todo el espesor de la mucosa.

Al cuarto mes, el malestar y las perturbaciones del aparato digestivo disminuyen y aun suelen desaparecer; la nutrición se encauza en sentido favorable, las fuerzas se levantan, y el estado general mejora. Se observa un aumento bien apreciable del volumen del abdomen, y la matriz grávida forma ya una saliente bien clara en la región hipogástrica. Por sólo la palpación se puede limitar el tumor que constituye el útero en estado de gestación y cuyo fondo a los cuatro meses y medio se encuentra al nivel de la cicatriz umbilical. En esta época de la preñez es cuando empiezan a aparecer los signos fetales: movimientos activos percibidos por la madre y por el partero; traqueo abdominal; latidos del corazón del feto. La demostración de estos signos impone la completa seguridad de la existencia de la gestación; pero repetimos, el diagnóstico del embarazo puede establecerse con suficiente convicción en los tres primeros meses y en esta virtud antes de la aparición de los signos de certidumbre.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Para completar el diagnóstico señalaremos las principales afecciones que pueden hacer desconocer un embarazo, o hacer diagnosticar una preñez que no existe.

Enumeraremos las enfermedades que aumentan el volumen del útero y pueden hacer creer en un embarazo incipiente; son: la congestión de la matriz y la metritis crónica. La primera se acompaña de reblandecimiento del cuello, de modificaciones en la época de aparición de las reglas y en la cantidad de líquido expelido, al grado de tomarlas por los corrimientos que suelen presentarse en el curso de la gestación; pero bastará demostrar por la falta de modificaciones en la forma y consistencia del cuerpo de la matriz que la cavidad no está ocupada, para desechar toda posibilidad de embarazo.

La metritis crónica se acompaña de aumento de volumen, de amenorrea y de fenómenos dispépticos; pero se distingue en que la consistencia del órgano enfermo está aumentada, el parenquima uterino se siente firme y duro en lugar de pre-

sentar la suavidad elástica que caracteriza al útero grávido, y la presión despierta algún dolor.

Los cuerpos fibrosos, principalmente los que pertenecen al tipo metríctico descrito por el Prof. Pozzi, pueden dar lugar a una confusión y ser tomados por un útero grávido, porque la matriz aumentada en su volumen presenta una forma ovoide; por la auscultación se percibe soplo abdominal y la paciente denuncia fenómenos reflejos por parte del aparato digestivo y aun de los pechos. Pero en el caso de fibromas, la consistencia del útero es firme, dura, y las reglas no sólo persisten, sino que generalmente son abundantes y aun suelen presentarse con mayor frecuencia. Sin embargo, es conveniente recordar que algunas veces fibromas voluminosos y múltiples han sido tomados por regiones fetales, pues siendo extrañamente configurados, al practicar la palpación abdominal se ha creído encontrar y distinguir en su sitio diferentes partes del feto.

Hace once años fué enviada a la antigua Maternidad, al servicio de la clínica de mi cargo, una mujer que tenía un enorme tumor de forma ovoide irregular, constituido por la matriz fibromatosa, y a quien se creía con embarazo a término. Algunos neoplasmas de la pared anterior, por su forma de cilindros, parecían los miembros inferiores de un feto; un fibroma subperitoneal de pedículo grande y delgado, había descendido hasta la excavación; tenía una forma arredondada, y como en el peritoneo pélvico había exudado seroso, probablemente producido por la irritación o compresión determinada por el tumor, el dedo, al practicar la exploración abdominovaginal lo desalojaba y simulaba un verdadero traqueo vaginal. La mujer refería que durante lo que se creía preñez, había tenido hemorragias que se suponían amagos de aborto, que se suspendían con quietud y ergotina, prescritas por un médico. El examen que hice en presencia de los alumnos de ese curso (1904), me permitió diagnosticar una degeneración fibromatosa de la matriz.

No encontramos alguno de los signos fetales, y si en verdad la forma y colocación particular de los fibromas, en un examen superficial, podrían ser tomados por regiones del feto, las contracciones de la matriz despertadas por la palpación quizá un poco violenta, los hacían más aparentes y duros, lo que permitió diferenciarlos de las regiones de un feto que desaparecen en el momento de las contracciones uterinas de la gestación. El tacto intrauterino permitió apreciar la permeabilidad del cuello, así como la falta de membranas o regiones fetales dentro de su cavidad; y ya entonces, la hysterometría, practicada sin temor de perforar el huevo, ratificó la completa desocupación de la cavidad.

Preparada convenientemente la paciente, se practicó la hysterectomía total por la vía abdominal, ayudado por las Sritas. Concepción Fernández y Dolores Osorio, parteras, primera y segunda de la Maternidad y mi inteligente interno, el doctor Melchor Santos Grande. El examen del útero extraído confirmó en todo el diagnóstico.

La hematometria, es decir, la retención de las reglas en la cavidad de la matriz, podría simular una gestación, puesto que en esta afección hay un aumento de volumen del vientre y aun del útero, amenorrea y fenómenos simpáticos por parte del aparato digestivo y de los pechos; pero el aumento de volumen se hace de una manera intermitente, y sólo en la época que corresponde a las reglas, se acompaña de cólicos uterinos violentos, y el examen directo del aparato genital permite encontrar obliteración congénita o adquirida del cuello del útero, de la vagina, o imperforación del himen.

No es únicamente el útero voluminoso y patológico el que puede inducir a

error: también han originado equivocaciones los estados patológicos que aumentan de una manera rápida el volumen del abdomen. Pero como el estudio de estas afecciones equivaldría a recorrer toda la patología abdominal y me alejaría de mi propósito, me limitaré a señalar las principales, que son: la ascitis, los tumores del ovario, los neoplasmas de los diferentes órganos encerrados en la cavidad abdominal, la acumulación de grasa en las paredes del vientre o del epiplón, el timpanismo.

La ascitis tiene síntomas tan característicos que bastará mencionarlos para reconocerlos con seguridad. Desde luego conviene recordar que el derrame de serosidad en la cavidad peritoneal es sintomático de las enfermedades del corazón, del hígado o del riñón; afecciones que, desde la inspección, suelen revelarse al verdadero clínico. El examen directo del abdomen revela fluctuación; hace conocer la forma particular que presenta y que consiste en aplastamiento de la parte media, saliente en los flancos, y macidez en las partes declives, que cambia de sitio según la posición que se haga tomar a la mujer. Colocándola en decúbito dorsal, la percusión produce sonido timpánico en la región periumbilical y macidez en los flancos; pero si la hacemos tomar un decúbito lateral, el timpanismo se obtiene en el flanco superior. Además faltan los signos de certidumbre del embarazo.

Llegamos a un asunto muy delicado del diagnóstico diferencial: el que se refiere a distinguir la matriz grávida, de todos los neoplasmas que se desarrollan en los demás órganos encerrados en la cavidad abdominal. Este problema es en verdad bien arduo, y con la ilusión de facilitar el modo de despejar la incógnita, empezaré por recordar: que el diagnóstico de los tumores de la cavidad peritoneal exige un conocimiento perfecto de la topografía de los órganos que en esta cavidad están encerrados, gran hábito de los diversos métodos de examen físico, y cuando menos, algunas nociones acerca de la naturaleza de los tumores que pueden encontrarse en conexión con cada órgano.

NOCIONES ANATÓMICAS DE LA TOPOGRAFÍA DEL ABDOMEN. — Desde el punto de vista del diagnóstico obstétrico y quirúrgico, podemos considerar las cavidades abdominal y pélvica como una sola, que está exactamente limitada por el peritoneo. Así es que todo órgano cubierto total o parcialmente por tejido peritoneal, debe ser justamente considerado como órgano abdominal.

La forma de la cavidad abdominal puede, esquemáticamente, ser comparada a un cilindro ligeramente aplastado y arredondado en sus dos extremidades. La saliente que forma en su interior la columna vertebral tiende a dividir este cilindro en dos porciones hacia su pared posterior. El vértice de esta cavidad está constituido por la bóveda o cara inferior del diafragma; en la base se encuentra la cavidad de la pelvis cerrada por los músculos y aponeurosis que forman el piso pélvico.

Las paredes de esta cavidad son esencialmente huesosas atrás, y músculoaponeuróticas adelante. En sus dos extremidades, está embutida en paredes huesosas más o menos completas hacia atrás, y parciales adelante; en la parte superior se encuentran las últimas costillas que siguen una dirección descendente en los lados, ascendente en la parte anterior, y dejan, en este lugar, una abertura en forma de V, ocupada por músculos. En la parte inferior, los huesos ilíacos forman la cerradura atrás y a los lados, pero circunscriben entre ellos y hacia adelante, un espacio ocupado por los músculos y aponeurosis de la parte inferior de la pared anterior del abdomen. Atrás, se nota el sacro hacia abajo, y la columna vertebral arriba en toda la extensión de la pared posterior; adelante, formando la cara anterior, se en-

cuentran: abajo el pubis, y arriba la parte inferior del esternón; ambas porciones huesosas, no midiendo una y otra más de algunos centímetros, completan la parte huesosa del cilindro.

Como resultado de esta organización, la pared muscular de la pared abdominal representa una especie de rombo cuyos cuatro ángulos corresponden al apéndice xifoides, al pubis y a las regiones lumbares derecha e izquierda. Sobre esta amplia superficie, todos los tumores abdominales podrán sobresalir cuando sean suficientemente voluminosos; y por esa superficie, es por donde el cirujano tiene acceso hasta ellos, tanto para estudiarlos y diagnosticarlos, cuanto para emprender el tratamiento quirúrgico.

Sobre la pared muscular superior, que está constituida por el diafragma, es imposible aproximar las paredes anterior y posterior; pero en la extremidad inferior o pelviana, sí podemos deprimirlas y obtener, a través del piso de la pelvis, elementos importantes para el diagnóstico.

Para llegar a diagnosticar el estado de los órganos abdominales, debemos comenzar por ver de eliminar las paredes; por desconocer, o al menos vencer, en cuanto sea posible, los obstáculos que opongan al examen. Cuando las paredes son muy delgadas o muy suaves y depresibles, la exploración por la parte anterior es bien fácil; en cambio en la región lumbar, donde las capas sucesivas hacen que la pared sea gruesa y tensa, el reconocimiento es muy difícil; en el esqueleto, salvo en casos determinados y mediante ciertos procedimientos especiales, el examen físico es imposible.

Para facilitar la localización de los órganos del abdomen, se ha dividido su superficie por cuatro líneas: dos horizontales y dos verticales, resultando así nueve regiones. Las líneas verticales se extienden del cartílago de la octava costilla a la parte media del ligamento de Poupard. La línea horizontal superior pasa tangencialmente por el noveno cartílago costal, y la inferior por la parte más elevada de la cresta ilíaca. Los límites superior e inferior son, como hemos dicho, el diafragma y la pelvis. Las regiones centrales son, enumerándolas de arriba hacia abajo: el epigastrio, la región umbilical y el hipogastrio. Las regiones laterales, señaladas también de arriba a abajo, son en ambos lados: el hipocondrio, la región lumbar y la región ilíaca.

Recordaremos los órganos que ocupan cada una de estas regiones.

*Epigastrio.*—En esta región se encuentran, el lobo izquierdo del hígado, una parte de la cara anterior del estómago con los orificios esofágico y pilórico, el epiplon gastrohepático, y el hiato de Winslow. Es conveniente tener presente que en el labio anterior de este hiato se encuentran: adelante, la arteria hepática; en medio los canales hepático y el cístico y el origen del colédoco; atrás, la vena porta, ramificaciones del gran simpático y la parte final del neumogástrico derecho.

Detrás del estómago se alojan: la cavidad posterior de los epiplones, las porciones segunda y tercera del duodeno, y el páncreas; el tronco celíaco y sus ramas, la arteria meséfrica superior rodeada por ganglios linfáticos, y el plexo solar; por último, la porción correspondiente de la columna vertebral sobre la cual descansan la aorta y la vena cava inferior.

*Hipocondrio derecho.*—Esta región está casi exclusivamente ocupada por el lobo derecho del hígado; pero también se encuentran en ella, el fondo de la vesícula biliar, una pequeña porción del colon transverso, la extremidad superior del riñón derecho, y su cápsula suprarenal.

*Hipocondrio izquierdo.*—Lo llenan el gran fondo del estómago y el bazo, ligados

por el epiplón gastroesplénico. También se encuentra algunas veces una pequeña porción del lobo izquierdo del hígado; y en la parte inferior se alojan: la extremidad superior del riñón izquierdo con su cápsula suprarrenal, alguna porción del colon descendente y la cola del páncreas.

*Zona umbilical.*—En esta región se encuentran, de delante hacia atrás: el gran epiplón, el colon transversal, porciones de intestino delgado, el mesenterio, la aorta y la vena cava inferior.

*Regiones lumbares, derecha e izquierda.*—Algunas circunvoluciones del intestino delgado; a la derecha, el colon ascendente, y el descendente a la izquierda; el riñón y el uréter; y una capa abundante de tejido céulograsoso.

*Hipogastrio.*—En esta región se encuentran el gran epiplón, el intestino delgado, la vejiga, cuando está muy distendida, y el útero durante el embarazo.

*Fosas ilíacas, derecha e izquierda.*—El ciego a la derecha; la S ilíaca en el lado izquierdo, generalmente cubiertos por circunvoluciones del intestino delgado.

En su iniciación, los tumores aparecen en los órganos sobre los cuales se desarrollan y sus relaciones íntimas se conservan con los demás que ocupan la región, mientras su volumen no los aleja de su punto de implantación; y aun cuando por su desarrollo pasan a las regiones vecinas, la base, es decir, su implantación, se encuentra en el sitio habitual del órgano que le ha dado origen. Este es un hecho de gran importancia para el diagnóstico.

Los diversos procedimientos de exploración que se emplean para el estudio clínico de una mujer en quien se desea diferenciar el embarazo de los diversos tumores de la cavidad abdominal, que pueden hacerlo confundir u ocultar su existencia, son: la inspección, la palpación del abdomen, el tacto vaginal y rectal combinado con la palpación abdominal, la auscultación, y a veces la punción exploradora.

La inspección nos proporciona datos de importancia. Desde luego, si la mujer está en cama, observamos la quietud en que se encuentra; apreciamos en seguida si sus movimientos son o no libres, si levanta con agilidad la cabeza, si dobla, extiende y gira los miembros inferiores. Una noción exacta de estos movimientos, nos permiten inferir si hay o no algún padecimiento inflamatorio, pues todo proceso flemásico del abdomen es incompatible con la libertad de los movimientos mencionados.

Si la paciente está en decúbito dorsal, inmóvil, con los músculos doblados y se resiste a cambiar esta actitud, se puede presumir la existencia de una peritonitis.

Si víctima de violentos dolores se agita sin cesar y se mueve desalojándose hacia uno y otro lado hasta colocar la pared anterior del abdomen sobre el plano de la cama y aun llega a tomar la posición genupectoral, se debe suponer un ataque de cólico hepático o nefrítico, o un principio de estrangulamiento del intestino; afecciones que pueden o nó coexistir con algún neoplasma.

Se pasa revista de inspección a las paredes del abdomen haciendo que la mujer permanezca extendida en decúbito dorsal.

Se aprecian, ante todo, las dimensiones del abdomen en conjunto, y si el abultamiento y estado simétrico del vientre, están en relación con las del pecho. Las irregularidades de la superficie a la vez que el sitio de la irregularidad, son también valoradas y anotadas con esmero. Todo abultamiento o saliente uniforme puede ser plano, globuloso, difuso, o circunscrito. Así, el aspecto de un vientre

voluminoso con pecho adelgazado, forma un contraste manifiesto con el de un abdomen deprimido y hundido en una mujer cuyo tórax es normal.

Débense observar con minuciosidad todas las particularidades que pueden presentarse en las paredes: espesor o adelgazamiento; aspecto blanco y brillante, o rojo y opaco, piel edematosa y tensa, o arrugada; venas superficiales dilatadas o nó, y en una palabra, fijarse bien en las menores anomalías que pueden encontrarse.

Se atiende a los movimientos del abdomen, primero durante la respiración tranquila, y en seguida, durante la respiración profunda. Se ve si las paredes abdominales se desalojan fácil y libremente, o si permanecen inmóviles durante el acto respiratorio. Se toma un punto fijo, la cicatriz umbilical, por ejemplo, y se siguen sus movimientos ascensional y de descenso, sobre la superficie del tumor; o se observa si el tumor es el que se desaloja de una manera bien apreciable ya hacia arriba, ya hacia abajo, a cada espiración e inspiración.

La palpación y muy particularmente si se combina con el tacto vaginal y aun en determinadas circunstancias, con el tacto rectal, es ciertamente el método de exploración más importante de que dispone el verdadero clínico, para diferenciar el útero grávido, de todos los tumores abdominales. Lo que equivale a decir que todo práctico debe estar muy familiarizado con la técnica, pues sólo quien sabe investigar está en actitud de encontrar.

Para palpar la región abdominal, se deja a la mujer en decúbito dorsal, pero haciéndole doblar las piernas moderadamente sobre el vientre y flexionar la cabeza sobre el cuello, a fin de obtener la completa relajación de los músculos de las paredes abdominales. La flexión debe ser moderada, porque muy pronunciada, si bien disminuye mucho la tensión muscular, se opone al objeto que se busca por la palpación, puesto que aumenta el diámetro anteroposterior de la cavidad abdominal y rechaza hacia adelante el paquete intestinal.

Es evidente que un vientre de paredes delgadas o relajadas por embarazos repetidos con cortos períodos de descanso, es más fácil de palpar que el de paredes gruesas, especialmente si se trata de mujer que no ha tenido anteriores embarazos, y que es vigorosa y bien musculada.

Para conservar la relajación de las paredes, es conveniente distraer la atención de la examinada interrogándola sobre lo que siente e insistiendo acerca de sus impresiones. Creemos este medio más útil que el de hacerla respirar ampliamente u obligarla a repetir en voz alta la numeración corrida.

La palma de la mano colocada de plano sobre el vientre, deprime la porción de la pared que abarca, con presión progresivamente creciente, pero sin violencia o brusquedad. Es conveniente que la mano no esté muy fría, y quizá si se tiene la oportunidad de sumergirla momentáneamente en agua caliente, se haga más delicada su sensibilidad.

Una vez que la pared ha sido deprimida tan profundamente cuanto sea posible, si un tumor no detiene la mano, se inclina ésta de manera que su borde externo y la extremidad de los dedos, penetren más profundamente, hasta llegar, sin grandes dificultades y sin hacer sufrir a la mujer, a la columna vertebral o al contorno del estrecho superior, según la región que se palpe. Se sostiene la presión con cierta firmeza, y la mano y con ella la pared abdominal correspondiente, se desalojan de uno a otro lado para deslizarlas arriba del contenido que ocupa la región del abdomen que se explora. La mano no debe ser deslizada sola sobre la pared, sino que la pared y la mano unidas íntimamente deben con simultaneidad desalojarse sobre los órganos intraabdominales. En seguida, y sin abandonar el contacto, la mano pasa

a otra región, que estudia con el mismo orden y esmero, hasta que todo el abdomen sea escrupulosamente explorado.

Por sólo la palpación se reconocerá la ausencia o presencia de todo tumor, y en este último caso, se podrán reconocer sus dimensiones, forma, consistencia, etc., y aun apreciar las alternativas de endurecimiento momentáneo y no doloroso, a la vez que la recuperación de suavidad y elasticidad habituales. Y si se llega a obtener la certidumbre de que el tumor, en una extensión variable ocupa la cavidad abdominal, presenta alternativas de endurecimiento y de relajación, se debe adquirir la convicción de que está constituido por el útero grávido, pues no existe en esta región otro órgano susceptible de contraerse con intermitencias.

Por este procedimiento de exploración, se hará también el diagnóstico de todo neoplasma aunque sea pequeño o profundamente situado, tal como: el cáncer del píloro o del páncreas; el de un riñón flotante; el de un aneurisma de la aorta; el de una producción que se ha desarrollado a expensas del mesenterio, del epiplón, o del peritoneo; y aun los pequeños tumores del ovario ocultos en la cavidad de la pelvis.

Por el mismo procedimiento podemos descubrir el estado de espasmo o de tensión de las paredes del abdomen, que generalmente revela la existencia de una irritación o de una verdadera inflamación subyacente.

Mientras dura la exploración se interroga a la mujer acerca de las sensaciones que experimenta y aun se procura descubrirlas en la fisonomía. Este consejo es muy útil, pues se llega así a conocer si las manipulaciones alivian, o lo que es más frecuente, despiertan o exacerban el sufrimiento en todos sus grados, desde el más ligero hasta el más intenso dolor. En esta apreciación es muy importante distinguir la hiperestesia nerviosa o histérica, de la verdadera sensibilidad que produce todo proceso inflamatorio. Para esto, es necesario recordar que en la inflamación, el dolor está generalmente limitado a la zona inflamada; y en la hiperestesia nerviosa, irradia en distintas direcciones, hacia el pecho, los muslos, o en toda la extensión del nervio ciático, etc.

En el caso de tumor visible, la palpación debe estudiar todos sus caracteres, y apreciar si es circunscrito o difuso; si es sólido o líquido; si está fijo o es movillizable. En el caso de estar bien limitado y ser poco voluminoso, la mano puede insinuarse entre el tumor y los planos huesosos que limitan la cavidad abdominal. La palpación de un tumor sólido es característica; en cambio, en las producciones semisólidas o pastosas, y en los tumores francamente líquidos, hay una serie de intermedios muy difíciles de diferenciar. Debe esforzarse en determinar la consistencia buscando la fluctuación, para lo cual se pone una mano de plano y en contacto directo sobre un lado del tumor, y una vez fijada, se imprime un choque brusco con la cara palmar de los dedos de la otra. Por esta maniobra, si el contenido del tumor es líquido se siente un estremecimiento o más bien una serie de vibraciones. Las oscilaciones, indicio de la fluctuación, suelen no percibirse en un tumor de contenido líquido, cuando la pared del quiste es muy gruesa y tensa, o bien cuando el líquido es muy viscoso o está encerrado en varias bolsas, lo que se observa en ciertos quistes multiloculares del ovario, por ejemplo.

Para conocer la movilidad, se coloca la mano de plano sobre la parte accesible del tumor, la que se desliza sucesivamente sobre toda la superficie esforzándose en movilizarlo en todos sentidos; o si fuere muy pequeño, se procura cogerlo entre las dos manos e imprimirle movimientos en diversas direcciones.

Por la palpación, también se aprecian las irregularidades de su superficie, así como las diferencias o igualdad de consistencia de su masa. A veces los dedos po-

drán percibir algún frotamiento al despegarse o desgarrarse exudados peritoneales; o tener la sensación de que el peritoneo parietal desliza con facilidad sobre su superficie.

El tacto vaginal y principalmente el tacto combinado con la palpación del abdomen, es de gran valor para el diagnóstico del embarazo intra o extrauterino, y de los tumores del abdomen; especialmente cuando se quiere conocer la gestación en los primeros meses, antes de que aparezcan los signos de certidumbre, o si se trata de neoplasmas no muy elevados y de dimensiones moderadas. Por este procedimiento de exploración es posible, como lo hemos demostrado, no sólo diagnosticar la existencia de la preñez en los primeros tres meses, sino apreciar hechos importantes en los casos de tumores, como son: los caracteres físicos del neoplasma, establecer sus conexiones o su independencia con el útero, localizar la situación del pedículo y de la base del tumor, etc.

¡Cuántas veces un tumor que, palpado al través de las paredes abdominales presenta los caracteres de un quiste unilocular, por la vagina produce la sensación de una masa de varios lóculos, o aun de un bloque sólido!

En determinadas circunstancias, y previa seguridad de que la cavidad del útero no está ocupada por un producto de concepción, la histerometría ayuda a la palpación, pues permite conocer con precisión: la longitud de la cavidad de la matriz, el volumen y grado de movilidad del fondo del útero, la situación y las relaciones del órgano de la gestación con el tumor, etc.

Como regla general, nosotros damos la preferencia al tacto intrauterino, pues a no dudarlo, el dedo es más inofensivo que el catéter, y las sensaciones que se obtienen por él son más exactas.

El *tacto rectal* es en la actualidad poco empleado y quizá su principal indicación sea explorar la pared posterior de la matriz o la cavidad de Douglas.

Mayor resistencia encuentra en los parteros la exploración por medio de la mano introducida en la ámpula rectal, es decir, el tacto manual por el recto, que constituye una verdadera operación de cierta gravedad y que requiere la anestesia general. Quizá sólo sea justificado en ciertos casos muy dudosos y difíciles de diagnosticar, y en los que es importante, antes de intervenir quirúrgicamente, establecer un diagnóstico firme que funde y puntualice la indicación operatoria.

La *auscultación* aplicada a la Obstetricia, es a no dudarlo uno de los principales procedimientos de exploración, pues cuando hace oír los latidos del corazón del feto, con su característica frecuencia, constituye el signo patognomónico por excelencia, de un embarazo; pero no tiene la misma importancia como método de diagnóstico aplicado al estudio de los tumores del abdomen. En efecto, sus resultados se limitan a hacer conocer los ruidos vasculares en los aneurismas y en los tumores fibrosos o en los sarcomas; los ruidos del frotamiento ocasionado por el despegamiento o los desgarros de los exudados fibrosos, en ciertas peritonitis exudativas; y por último, los ruidos producidos por los movimientos activos del feto, o por la placenta al desgarrarse las adherencias que la fijan en la cara interna de la matriz. Tal vez el uso del estetoscopio y del fonendoscopio, diferenciando los ruidos que se producen en el intestino, podrá llegar a tener un valor clínico mayor aún del que se le concede en la actualidad; porque en verdad permite oír, en plena salud, ruidos que produce la mezcla de los líquidos y de los gases que se encuentran en el aparato digestivo durante los movimientos peristálticos; ruidos que se han descrito con los nombres de: metálicos, zurridos, claueos; y es evidente que las enfermedades pueden modificarlos de diversas maneras. Pero hasta el momento actual, los datos

clínicos, en lo que se refiere a los caracteres de estos ruidos, no están suficientemente definidos y valorizada su significación clínica para aplicarlos en la práctica.

La *punción exploradora* consiste en extraer una pequeña cantidad del contenido de un tumor, por medio de una aguja hueca ligada a un aparato aspirador. En muchos casos, es suficiente una jeringa de Pravaz con aguja larga, que es preferible al aspirador, tanto por su sencillez cuanto por su mayor inocencia. Si bien en determinados casos confirma el diagnóstico y su intervención suele ser útil y decisiva, es conveniente no abusar de ella, pues no está exenta de peligros.

La *percusión* en los casos comunes de la práctica obstétrica, es de muy poca importancia, pero la adquiere al establecer el diagnóstico diferencial del embarazo, con los diversos tumores que suelen desarrollarse en el abdomen; por esto creemos útil dedicar a su estudio algunos renglones.

Déjase a la mujer en la misma posición que se le ha colocado para la palpación; pero después de haberla percutido en el decúbito dorsal, se le hace tomar el lateral, para examinarla primero de un lado y en seguida del otro, pues este cambio de posición es un poderoso auxiliar para llegar al diagnóstico por la percusión. El uso es percutir sobre los dedos de la mano izquierda, colocados de plano sobre las paredes del abdomen, con uno o dos dedos de la mano derecha; pero si se debe examinar una extensa región, es conveniente extender en la mayor longitud posible la mano izquierda, procurando separar los dedos para abarcar mayor superficie. La muñeca y los dedos se sostienen firmes y rígidos, porque así la presión ejercida por el brazo, desarrolla una fuerza más uniforme. Es entonces posible, por la separación de los dedos, establecer una comparación más exacta entre los diversos puntos de la parte percutida, que cuando se emplean sólo uno o dos que se van desalojando de un punto a otro. También se puede emplear el plesímetro, prescindiendo entonces de la sensibilidad de los dedos, que en nuestro sentir, tiene su importancia, para limitarse a sólo conocer el timbre producido, y del sonido más o menos grave obtenido deducir alguna útil y valiosa conclusión.

Es muy necesario tener siempre presente el diferente valor semiótico de las percusiones profunda y superficial. En efecto, los ruidos ligeros que produce la percusión débil, hacen evidente la macidez, que ciertamente no habría revelado la percusión fuerte, cuando se trata de masas o neoplasmas de pequeño volumen. Por ella se descubre, por ejemplo, un epiplón grueso o lipomatoso, una celulitis pélvica propagada a las paredes del abdomen, y hasta un pequeño tumor descausando o implantado sobre el intestino. Por el contrario, una percusión profunda, dará macidez en el caso de tumefacción cubierta u oculta por el intestino; tumefacción que pasaría inadvertida a la percusión superficial porque sólo daría sonoridad timpánica.

En las regiones donde las paredes del abdomen son gruesas, como en la lumbar, la percusión es inútil, pues sólo revelará la macidez debida a la gruesa capa muscular, que es la que realmente se percute.

Al percutir todo el abdomen, la atención debe principalmente fijarse en las regiones hipogástrica, umbilical, epigástrica y lumbares. Así se aprecia, por ejemplo, que un líquido libre en la cavidad del peritoneo, gravita hacia las partes más declives, y la percusión la descubrirá inmediatamente en ambas regiones lumbares; cambiando la posición de la mujer en decúbito lateral, la macidez permanecerá y aun con mayor extensión, en la parte baja, y la percusión revelará sonido claro y a veces hasta timpánico, en el flanco elevado.

Al examinar la región abdominal por la percusión, debe tenerse bien presente en la imaginación, para evitar errores, que algunos tumores pequeños y móviles,

tienden a alejarse arriba del paquete intestinal; que la macidez en los flancos, puede ser debida a materias intestinales líquidas, y que esta macidez puede convertirse aun en sonoridad timpánica, colocando a la mujer en decúbito lateral sobre el lado opuesto al que ocupa el intestino lleno de sustancias líquidas, porque se obliga así a los intestinos repletos, a descender a la parte declive; que un colon distendido por gases puede producir sonoridad en la región renal, aun cuando exista derrame ascítico; que cuando hay poco líquido en la cavidad peritoneal, el mesenterio es suficientemente extenso para permitir al intestino, si contiene gases, flotar en la superficie y revelarse por sonido timpánico, ocultando en esta virtud la macidez propia del exudado seroso.

En los casos de tumor apreciable a la vista y la palpación, la percusión es también de notoria utilidad para fijar el sitio de aquél por la sonoridad que se obtiene en la parte que ocupa el intestino; aun suelen observarse zonas de sonoridad surcando la superficie de un neoplasma, y la percusión descubre la presencia de porciones de intestino más o menos adheridas. Pero la percusión adquiere mayor importancia cuando se trata de hacer manifiesta la corona timpánica que rodea un tumor que descansa sobre alguna porción del intestino, pues está en oposición con la zona circular, semicircular, o en forma de media luna, de sonoridad clara, pero no timpánica, que se observa en los casos de derrame de serosidad en el peritoneo.

Para hacer el diagnóstico diferencial de la ascitis con un embarazo intrauterino, principalmente si está complicado de hidroamnios o de un quiste del ovario; para descubrir una hipertrofia o algún tumor del hígado o del bazo; para revelar la existencia de gases en algún neoplasma inflamado, o en un útero con septicemia gaseosa, la percusión es de gran valor; pero en todos los demás casos, como procedimiento de diagnóstico, es muy inferior a una palpación habil y cuidadosa.

Una vez bien familiarizado el práctico con los diversos procedimientos de exploración del abdomen, podrá hacer un concienzudo estudio de cada uno de los órganos internados en dicha cavidad, y diagnosticar, con precisión, los neoplasmas de la glándula hepática, del riñón o del bazo, que como los cuerpos fibrosos del útero y los quistes del ovario, han sido tomados por una matriz grávida, cuando se acompañan, lo que suele observarse con frecuencia, de fenómenos simpáticos por parte del aparato digestivo; pero la confusión se evitará si se investiga con esmero el sitio del tumor y su desarrollo, muy diferentes del lugar y evolución del embarazo.

La timpanitis intestinal, cuando es muy intensa y que el abdomen se encuentra exageradamente distendido, podrá, en un examen muy superficial, ser tomado por un embarazo; pero la percusión disipa luego este error.

La acumulación de grasa en la pared abdominal, o más bien, en el epiplón, produce un aumento de volumen del vientre, que a primera vista podría simular un embarazo, porque en la diátesis adiposa suelen presentarse irregularidades, disminución y aun suspensión del corrimiento menstrual; pero un examen cuidadoso hace reconocer que la matriz está desocupada.

Los autores hablan del falso embarazo; nosotros no entramos en consideraciones acerca de ese estado verdaderamente delirante de las mujeres histéricas, porque con el Prof. Pajot, no creemos absolutamente que haya falsos embarazos, sino falsos diagnósticos; además la descripción minuciosa que acabamos de hacer de los procedimientos de exploración de que dispone el verdadero clínico para estudiar todo el contenido de la cavidad del abdomen, le permitirá llegar a un diagnóstico diferencial.

Marzo 29 de 1916.