

## Lección VII

Diagnóstico del embarazo.—Anamnesia.—Signos subjetivos del embarazo.—Embarazo imaginario.—Examen obstétrico.—Inspección, palpación y auscultación.—Exploración interna.—Diagnóstico de la época del embarazo; de si es el primero ó si ha habido varios; de si el feto está vivo ó muerto.—Dietética del embarazo

---

SEÑORES: Por más que por regla general es fácil reconocer la existencia del embarazo y hasta la mayoría de las mujeres, dicen ellas mismas, que se encuentran en tal estado, no faltan ocasiones en que el mismo se desarrolla en tales condiciones, que llegan á hacer muy difícil al médico una contestación terminante á la pregunta de si existe ó no la gestación. Todo error en el diagnóstico, bien sea porque se ha negado la existencia de un embarazo real y efectivo, ó bien porque se ha afirmado dicha existencia y los hechos se han encargado después de poner en evidencia lo erróneo de tal afirmación, compromete gravemente el crédito profesional del médico. En el diagnóstico del embarazo, más que en otro alguno, han de seguirse siempre las precisas reglas de agotar todos los recursos semeiológicos antes de pronunciar un juicio y es necesario no afirmar más que aquello que se haya podido reconocer con certeza. Mucho más sabio resulta el médico que, fundado en la imposibilidad de hacer un diagnóstico exacto, difiere por algunas semanas la emisión de un juicio definitivo, que aquel que se adelanta á dar una opinión terminante, fundándose en apariencias no seguras.

Se empieza por la *anamnesia*. Esta ofrece tan sólo signos inciertos, pero que han de tenerse muy en cuenta, y muchos son los tocólogos que han tenido que arrepentirse, en casos difíciles, de haber dado poca importancia ó no haber apreciado en nada los datos que la mujer les suministraba. Tienen una importancia principal las modificaciones del estado general, del humor, de la nutrición y de la inervación vascular. Entre los signos del embarazo más conocidos, de los pertenecientes á la

categoría que ahora nos ocupa, se encuentran: la desaparición ó el aumento rápido del tejido adiposo subcutáneo, los estados psíquicos de depresión ó excitación, el cambio rápido de la coloración de la piel, la cefalalgia y la odontalgia nerviosa, el deseo de comidas especiales no apetecidas antes por la mujer ó hasta repugnantes, la intensa idiosincrasia olfativa, como, por ejemplo, para el olor del tabaco, y una sensación de náuseas y hasta vómitos de un líquido mucoso claro que durante los primeros meses se presentan, especialmente por la mañana. Todos estos fenómenos, muchos de ellos subjetivos, no son muy demostrativos por sí mismos; pero, cuando se presentan en una mujer que ya los ha experimentado en una gestación anterior, pueden prevenirla respecto de la existencia de igual estado, cuando la comprobación, por medio de los signos objetivos, es imposible todavía.

Pero en la evaluación de estos signos es necesaria mucha cautela, porque hay casos en los cuales se trata de mujeres que tienen grandes deseos de ser madres, después de haber pasado por un período más ó menos largo de esterilidad. Este deseo, que domina toda la vida psíquica de la mujer, no tan sólo puede provocar por autosugestión todas las posibles sensaciones subjetivas propias del embarazo, sino también el abultamiento del abdomen (por aumento del tejido adiposo subcutáneo ó por gases intestinales) y de las mamas. Estas mujeres creen percibir los movimientos activos del feto, que no son otra cosa que movimientos intestinales, preparan todo lo necesario para la venida del nuevo ser, y llegan á percibir dolores que atribuyen al parto. Este estado particular que puede desarrollarse también como consecuencia del miedo, en el caso de alguna falta cometida por la mujer, se conoce con el nombre de «embarazo imaginario» (*eingebildete Schwangerschaft*, *Grossesse nerveuse*, *spurious pregnancy*, *gravidanza immaginaria*).

Lo más importante de cuanto afecta á la anamnesia es precisar de una manera exacta todo lo referente á la *menstruación*. Este es un punto que debe quedar muy bien esclarecido antes de pasar adelante en nuestro examen. Lo normal es que la hemorragia menstrual se suspenda en el momento en que tiene lugar la concepción, quedando suprimida mientras dura el embarazo. Cuando se trata, pues, de mujeres sanas y normalmente menstruadas, la sola falta de la hemorragia menstrual indica ya, con la mayor probabilidad, la existencia del embarazo. Pero también debemos tener muy presente que hasta en mujeres perfectamente sanas y bien menstruadas puede tener lugar una supresión de la regla que dure uno ó hasta varios meses, á consecuencia de intensas conmociones de ánimo, por la angustiosa expectativa de verla presentarse, por la influencia de cambios de clima ó localidades, ó después que han tenido lugar hemorragias agudas en otras partes del cuerpo.

En las mujeres que lactan, el flujo menstrual puede presentarse á las cinco ó seis semanas del parto; pero puede también faltar durante todo el tiempo de la lactancia. Naturalmente que, en estas circunstancias, la falta de la menstruación pierde su importancia diagnóstica, y lo mismo ocurre en las mujeres irregular ó débilmente menstruadas por falta de desarrollo ó infantilismo de sus órganos genita-

les, ó en aquellas enfermedades que, como, por ejemplo, la clorosis, la anemia, la diabetes, la tuberculosis, los tumores ováricos, etc., se acompañan de amenorrea.

Así como la falta de la menstruación habla en favor de la existencia del embarazo, el hecho de repetirse regularmente una pérdida sanguínea cada cuatro semanas no es un dato negativo. Es posible que después de la concepción tenga lugar todavía, por una ó dos veces, una hemorragia escasa, de poca duración y constituida por sangre acuosa. Pero la continuación de la hemorragia mensual típica durante el curso ulterior de la gestación es un hecho extremadamente raro, hasta el punto de que la existencia de un embarazo, cuando la menstruación continúa siendo normal, ha de ser acogida con grandísimas reservas.

Como hemos visto hasta aquí, la anamnesia no ofrece al diagnóstico del embarazo más que criterios de probabilidad. Un juicio positivo ó negativo puede formarse tan sólo por el *examen obstétrico*, ó sea mediante la investigación física de las condiciones en que se encuentran los órganos genitales. La técnica del examen obstétrico no puede aprenderse en los libros, sino que, lo mismo que otros muchos métodos de investigación, tan sólo puede adquirirse mediante ejercicios prácticos. Por este motivo me limitaré tan sólo á la enumeración de los datos más importantes que pueden obtenerse del examen de una mujer embarazada.

### I. Examen externo

El desarrollo gravídico de las glándulas mamarias empieza á manifestarse al segundo mes. Las mamas se hacen más turgentes, los diferentes lóbulos de las mismas pueden ser percibidos á la palpación á través de la capa adiposa que los recubre. El retículo venoso subcutáneo aparece más aparente y lleno que antes. Al mismo tiempo, el pezón empieza á hacerse sensible y eréctil, la areola presenta una pigmentación más intensa, que va aumentando cada vez más; así es que, en las mujeres morenas, los tubérculos de MONTGOMERY aparecen como puntos blanquecinos, que se destacan sobre el fondo obscuro de la areola. Es de gran importancia diagnóstica la *secreción de las glándulas mamarias*, que empieza á poder ser reconocida hacia el final del segundo mes del embarazo ó en el curso del tercero. Exprimiendo las glándulas en la dirección del pezón, se ven aparecer algunas gotitas de un líquido turbio de color blanco grisáceo. Es excepcional que, en las mujeres no embarazadas, las mamas se abulten durante la menstruación, y mucho más que lleguen á producir una secreción; así es que la existencia de un líquido lactescente en las glándulas mamarias es un indicio muy importante en favor de la existencia del embarazo, pero que únicamente conserva todo su valor en aquellas mujeres que no han lactado desde largó tiempo.

En el *abdomen* no puede apreciarse ninguna alteración durante los primeros

tiempos del embarazo, ó sea mientras el útero está contenido en la cavidad pélvica. Más tarde, hacia el final del 4.º mes, se empieza á observar la tensión del vientre; la pigmentación de la línea alba se hace más intensa; el ombligo se distiende y aparecen las estriaciones que primero se manifiestan entre este último y el pubis, después lateralmente y, por último, hasta por encima del ombligo. En su conjunto, y en la rapidez de su desarrollo y progresión, estos fenómenos son característicos de la gestación, pero algunos de ellos tomados aisladamente no tienen valor, puesto que alteraciones análogas pueden encontrarse también en los tumores abdominales, que se han desarrollado con rapidez, en la ascitis y hasta en casos de intenso y rápido desarrollo de grasa. En los últimos meses la gestación puede diagnosticarse por medio de un examen rápido y superficial; con frecuencia se llegan á percibir los movimientos del feto en el abdomen, y con un poco de práctica puede reconocerse no tan sólo la forma del útero, sino también la situación del feto en su interior.

En los *órganos genitales externos* y en la *vagina* pueden observarse ya, á partir del 2.º mes del embarazo, la tumefacción, reblandecimiento y coloración azulada de las mucosas, que dependen de la hiperemia venosa de todas las partes, y se manifiestan cada vez con mayor intensidad en los meses sucesivos. Se puede diagnosticar con seguridad un embarazo en su segunda mitad tan sólo por el aspecto que ofrecen la vulva y la vagina.

Desde el 4.º mes en adelante, el útero grávido se percibe al *tacto* ó á la *palpación abdominal* como un tumor blando bien separado de las otras vísceras por la parte superior y que por abajo penetra en la cavidad de la pelvis; insistiendo en la palpación, el órgano se endurece (por la contracción de sus paredes musculares). A partir de la mitad de la gestación se consigue percibir el feto á través de las paredes útero-abdominales. En un principio se nota tan sólo el abultamiento representado por el feto flotando en el líquido amniótico—el llamado *peloteo del feto*—. Más tarde pueden distinguirse muy fácilmente las diversas partes fetales y los movimientos activos que ejecuta con los miembros. Se denominan «partes pequeñas» aquellas que son fácilmente movibles, brazos y piernas, y «partes grandes» son el dorso, las nalgas y la cabeza. Esta última, especialmente, hace una impresión muy característica á la palpación á causa de su dureza, forma esférica y «peloteo». Cuando se cesa bruscamente en la compresión de esta parte, se inclina de nuevo con rapidez hacia la pared uterina y puede ser sujeta y movida entre las manos como una pelota. Del sitio en que encontramos las diversas partes fetales deducimos la actitud y situación del feto en la cavidad uterina. La flacidez de las paredes abdominal y uterina facilita la palpación, con lo que se perciben las partes del feto; la tensión y rigidez de dichas paredes pueden hasta hacer imposible toda comprobación.

Para obtener de la palpación los datos que se buscan con prontitud y seguridad, hay que practicarla siguiendo cierto orden sistemático; yo aconsejo el procedimiento representado en las figuras 113-115 que corresponden á los tiempos primero, segundo

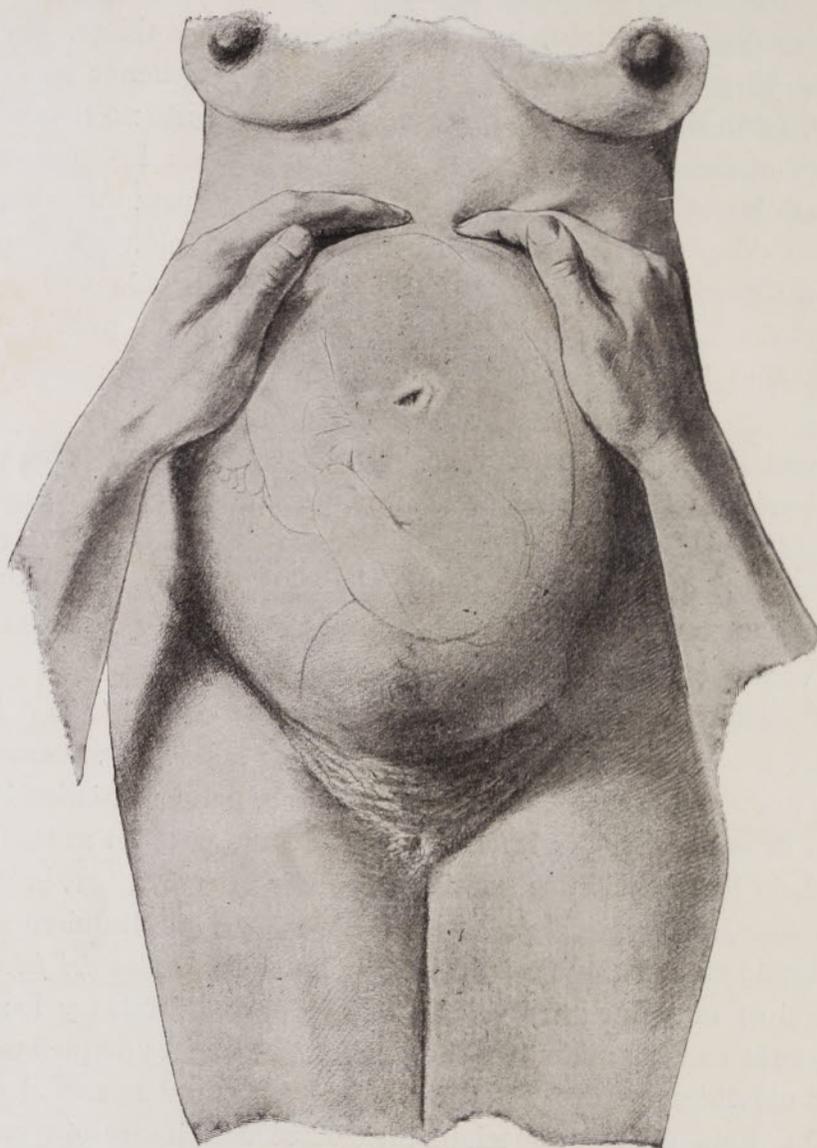


Fig. 113

*Maniobra para delimitar el fondo del útero*

Las manos—con los cuatro últimos dedos reunidos y los pulgares hacia adelante—comprimen por su borde cubital sobre el punto más saliente del abdomen, convergiendo hacia el fondo del útero. De este modo se separa este último de los intestinos y se determina la altura á que alcanza. Al mismo tiempo se perciben las partes fetales que se encuentran en el fondo del útero, que de ordinario son las nalgas y, á un lado, los pies

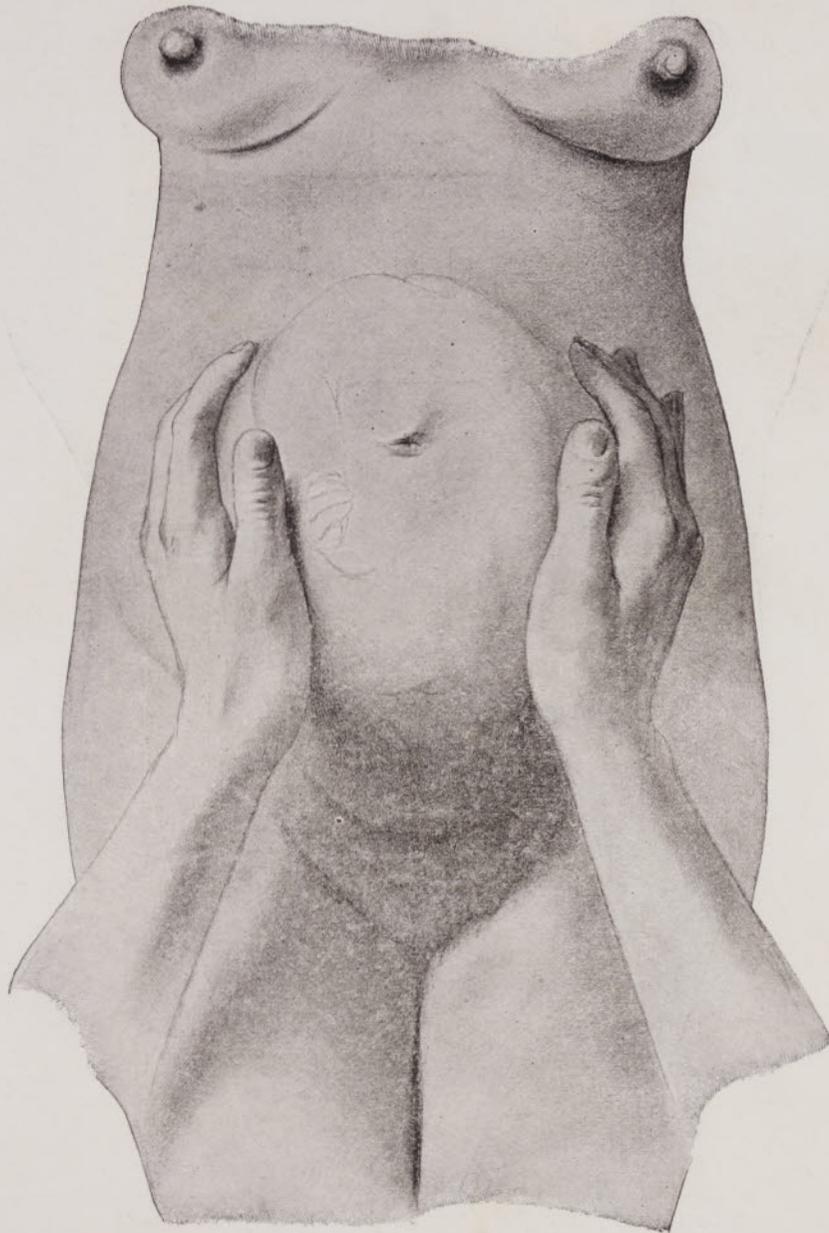


Fig. 114

*Maniobra para precisar el punto en que se encuentra el dorso del feto*

Las manos son colocadas á los dos lados del útero. Por medio de sacudidas suaves y presiones con las puntas de los dedos se toca á un lado la superficie lisa y resistente del dorso del feto, y al otro, que es donde se encuentran el líquido amniótico y las partes pequeñas, se percibe una débil sensación de fluctuación



Fig. 115

*Maniobra para precisar la parte que se presenta*

Las manos—con las puntas de los dedos dirigidas hacia abajo—son colocadas en las regiones inguinales por encima del ligamento de Poupart y con una presión suave se dirigen hacia la entrada de la pelvis. De este modo se viene á circunscribir con los dedos la parte que se presenta. Cuando la pelvis está vacía, como sucede en la situación transversal, se puede llegar con los dedos profundamente, hasta alcanzar el promontorio

y cuarto recomendados por LEOPOLD para el examen externo. En el *primer tiempo*, las manos se colocan, como en la fig. 113, sobre el fondo del útero, con el borde cubital hacia las paredes abdominales; en el *segundo tiempo*, las manos están colocadas como en la fig. 114, á los dos lados del útero, buscando la situación del dorso. En el *tercer tiempo*, las manos se ponen como en la figura 115, con las puntas de los



Fig. 116

Cabeza movable situada por encima del estrecho superior. Las puntas de los dedos pueden penetrar entre aquélla y éste

dedos dirigidas hacia abajo y hacia el estrecho superior, para determinar la parte que se presenta. Ejecutando con exactitud este último tiempo, que es también el más importante, se llega en la presentación cefálica á distinguir claramente la superficie redondeada y saliente de la frente de la del occipital, con lo que son fáciles de reconocer las actitudes de deflexión. También es posible distinguir de este modo si la cabeza es todavía movable por encima de la entrada de la pelvis ó si está ya más ó menos encajada en la excavación (figs. 116-118).

La *percusión* del abdomen casi no tiene valor en la práctica de la obstetricia. Mediante ella, tan sólo pueden precisarse los límites entre el intestino que contiene gases y el útero que es un órgano lleno; pero eso puede lograrse también con la simple palpación.

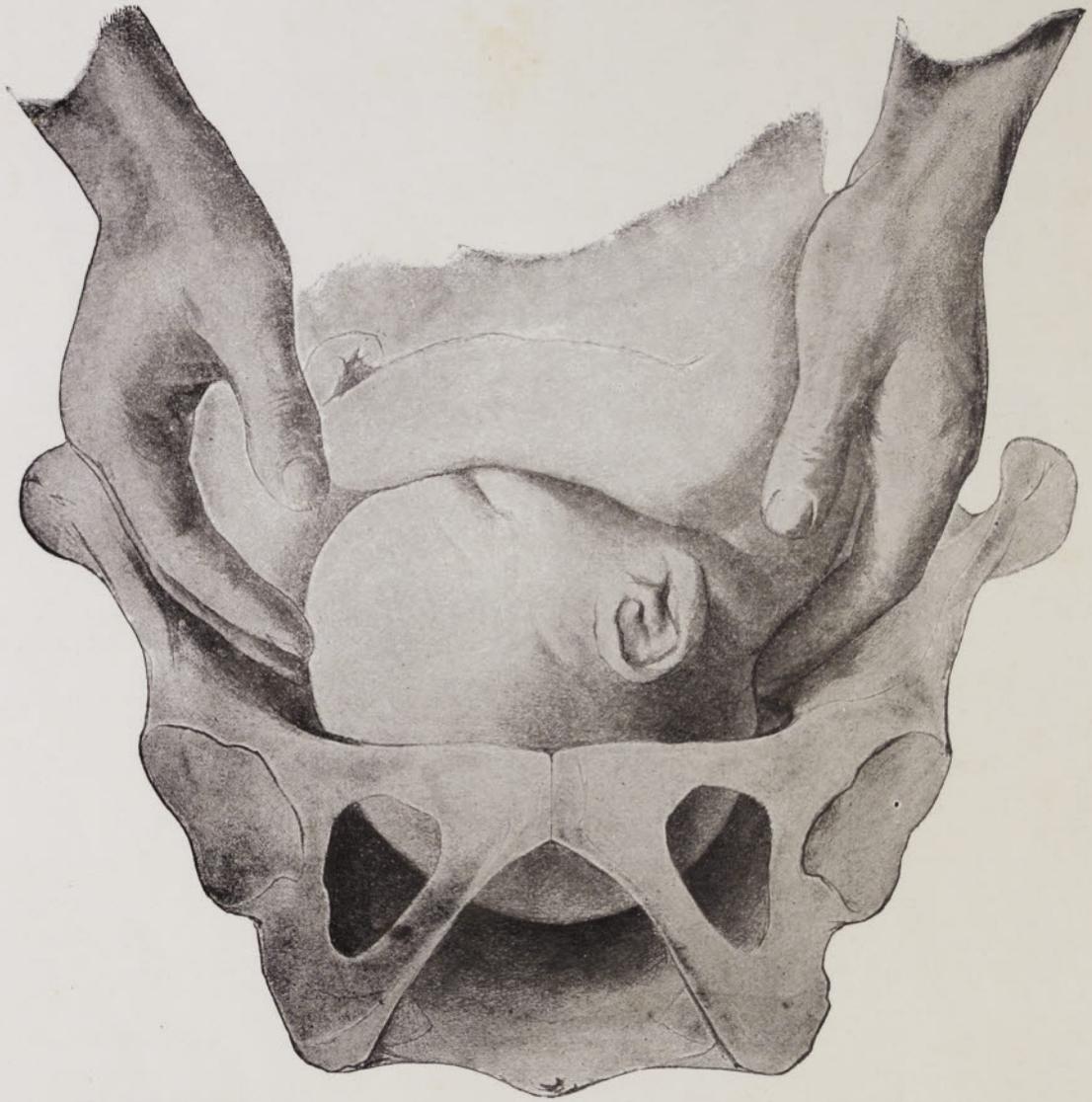


Fig. 117

Cabeza encajada en el estrecho superior. A la derecha los dedos perciben la convexidad de la frente

Mucho más importante es la *auscultación*. En el abdomen de la embarazada y de la parturiente se percibe una serie de ruidos, que en parte son debidos á la madre y en parte al feto.

Son *maternos*, los ruidos intestinales de timbre metálico, el tono sistólico de la aorta, que algunas veces llega hasta el oído del observador, y el *soplo uterino*. Toma este nombre el ruido de soplo ó de raspa que tiene su origen en las gruesas arterias

o placentario  
abdominal

espirales de la pared uterina y, por lo tanto, es isócrono con el pulso de la madre. Este ruido se percibe con mayor intensidad hacia los lados del útero que es en donde se encuentran los vasos más gruesos; empieza á producirse á partir del tercer mes y se continúa durante todo el embarazo y los primeros días del puerperio. La presión con el estetoscopio, los cambios de posición de la madre ó del feto pueden re-

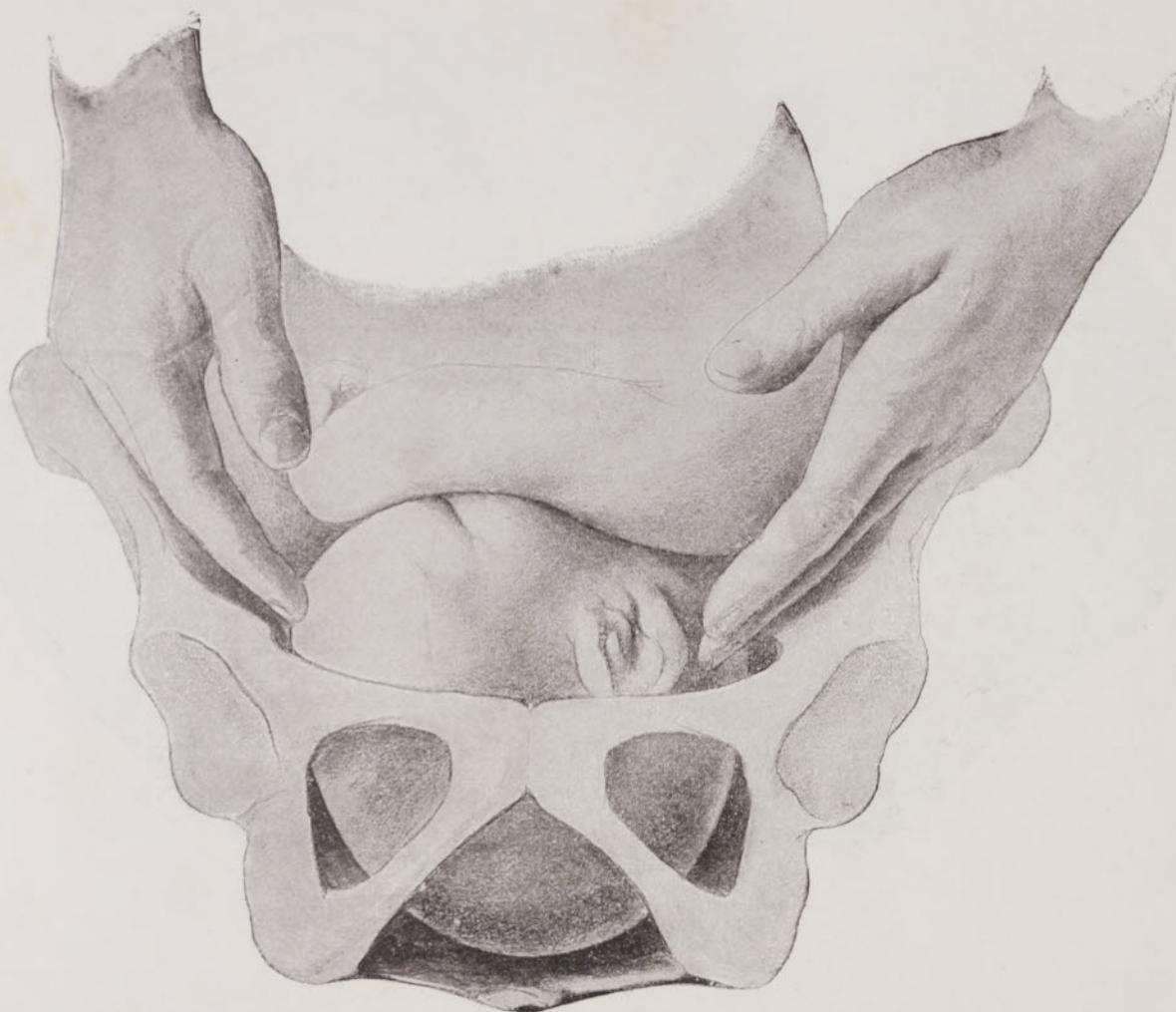


Fig. 118

Cabeza en presentación de vértice profundamente encajada en la excavación

La frente es todavía perceptible á la derecha sobre el estrecho superior

forzar este ruido ó, por el contrario, hacerle cesar. Del mismo modo obran las contracciones uterinas. El soplo uterino no es un signo de embarazo. Se le observa también, aunque raras veces, en los neoplasmas del útero que se acompañan de notable desarrollo en el número y calibre de los vasos sanguíneos.

De origen fetal es el ruido producido por los latidos cardíacos del feto (*pulso fetal*). Este importantísimo signo para el diagnóstico del embarazo, fué descubierto

en 1818 por el cirujano M. MAYOR, de Ginebra; de este descubrimiento fueron concedores algunos colegas y, entre otros, LEJUMEAU DE KERGADEDEC, quien lo comprobó en ocho embarazadas y lo comunicó á la Academia de Medicina en 1822, dando con ello gran publicidad á tan importante signo.

El latido del corazón del feto adquiere tal intensidad, de la 16.<sup>a</sup> á la 20.<sup>a</sup> semana

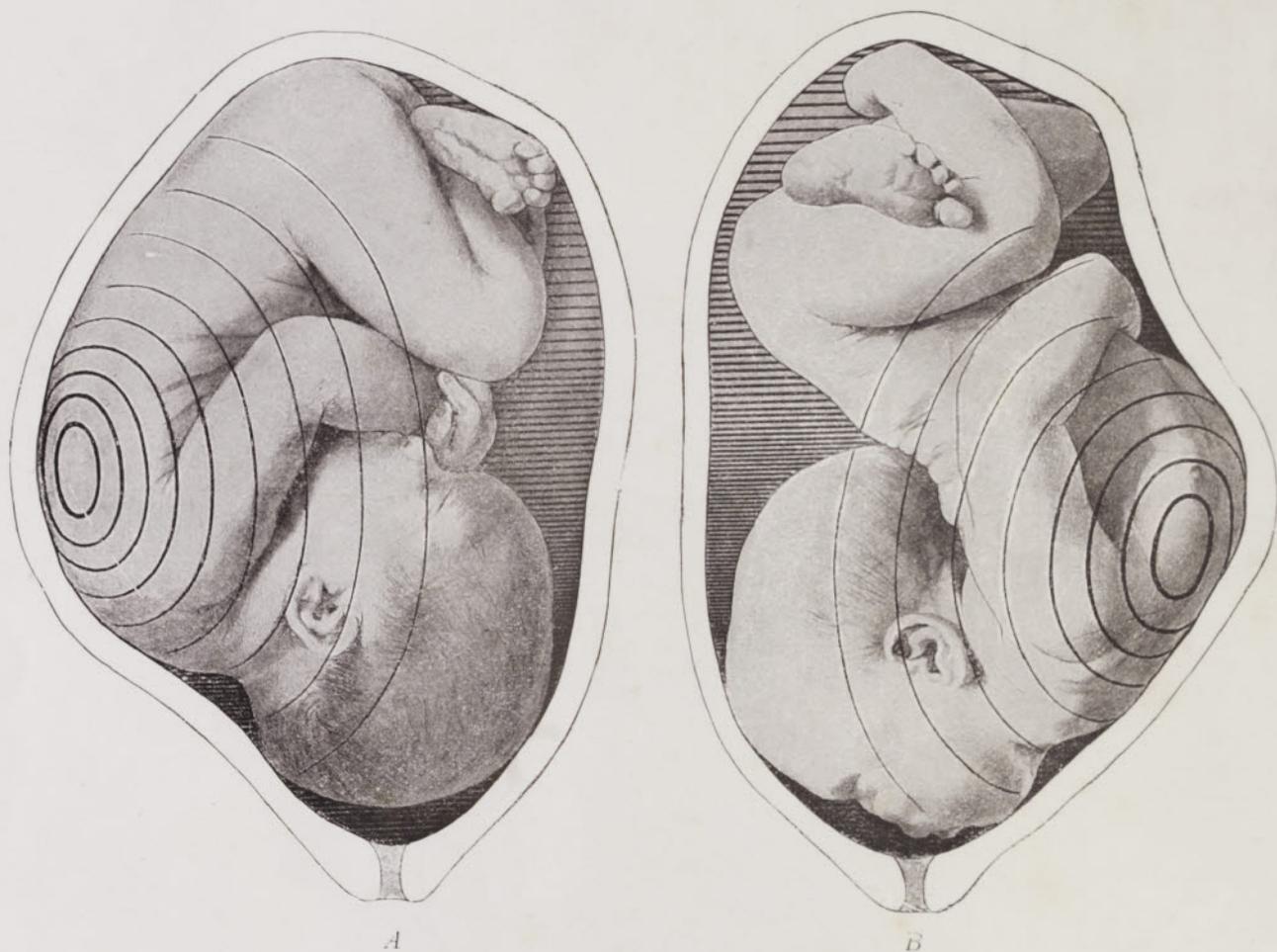


Fig. 119

Propagación de los ruidos del corazón en las actitudes de flexión y de deflexión

del embarazo, que puede ser transmitido hasta las paredes abdominales de la madre, primero como un simple tono sistólico y más tarde como un tono doble igual al del corazón del adulto. Según SARWEY, observadores concienzudos, mediante una auscultación sostenida, han logrado percibir los latidos del corazón del feto hasta cuatro semanas antes, ó sea hacia la 12.<sup>a</sup> semana.

La frecuencia de estos latidos oscila entre 120 y 160, ó sea, por término medio, unos 140 por minuto; este número aumenta por los movimientos del feto y disminuye durante las contracciones uterinas. Lo mismo que todos los ruidos, los latidos cardíacos son mejor transmitidos por los cuerpos sólidos que por los líquidos; así

es que se perciben con mayor intensidad en aquellos puntos en que el feto está en contacto directo con la pared uterina. En las partes en que entre esta última y el feto se interpone una capa líquida, el ruido se transmite al oído débilmente, y si es grande la cantidad de líquido que rodea al feto por todos lados, toda percepción puede quedar enteramente impedida.

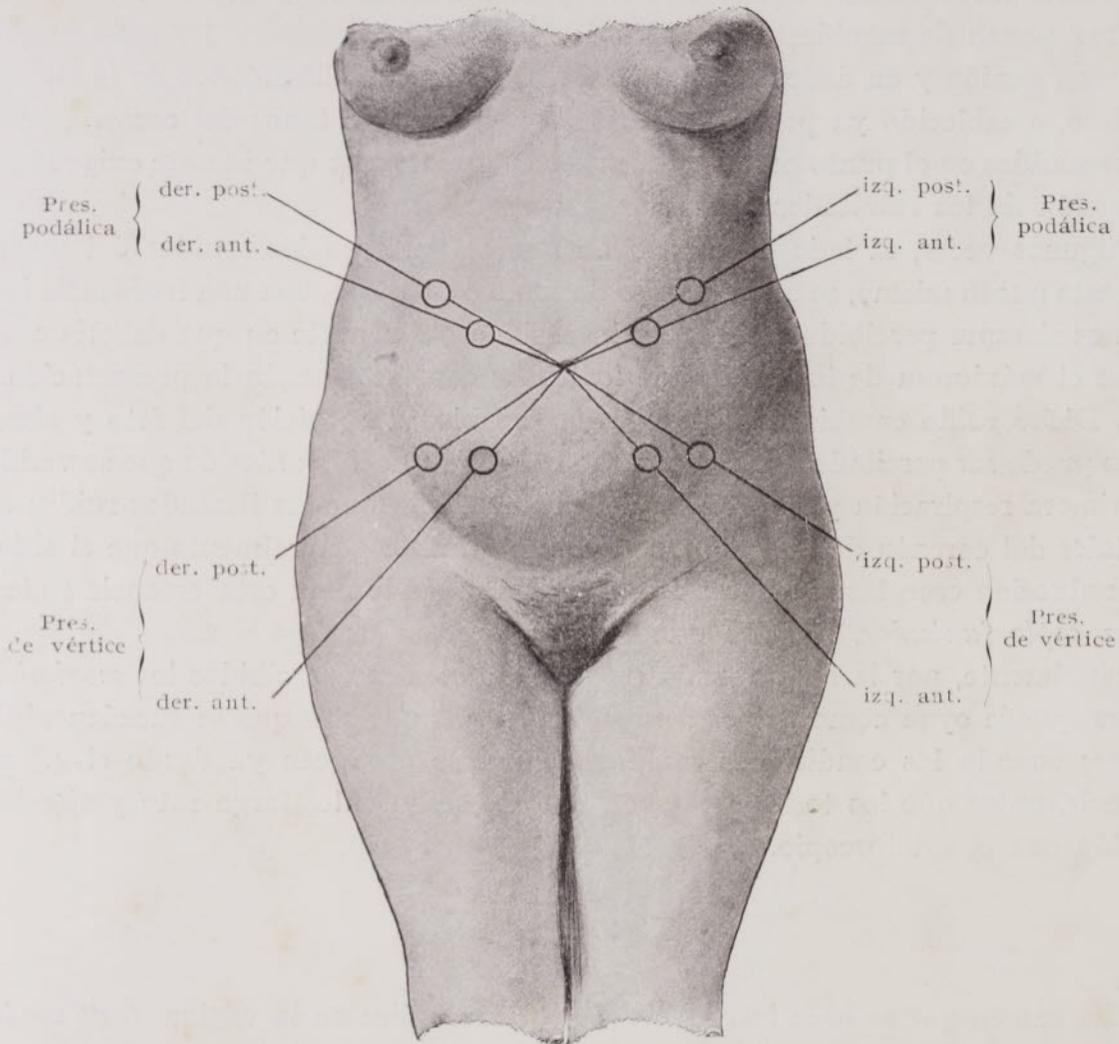


Fig. 120

Focos de mayor intensidad de los tonos del corazón en la actitud típica de flexión del feto  
Se supone que la presentación está ya encajada en la pelvis

Si además de esto se tiene también en cuenta el hecho de que, en igualdad de circunstancias, la intensidad de los latidos cardíacos está en relación directa con la proximidad del corazón, se llegará fácilmente á precisar cuál es el punto en que los latidos del corazón son percibidos con mayor intensidad en cada una de las presentaciones del feto: en la flexión típica del cuerpo de éste, la ancha superficie del dorso se encuentra en íntimo contacto con la pared uterina, por cuyo motivo los latidos del corazón son percibidos con mayor claridad por el dorso y lado del preci-

samente en relación con el sitio del corazón, ó sea en la parte superior ó torácica (figura 119 A).

En la deflexión de la cabeza, entre el dorso y la pared uterina, se interpone líquido amniótico, por lo cual los sonidos cardíacos son mal percibidos por la parte del dorso, y en cambio se oyen muy bien en el punto en que la cara anterior del tórax está directamente aplicada á la pared uterina (fig. 119 B). Las figuras 120-121 ponen de manifiesto los focos de intensidad máxima de los latidos del corazón en flexión y en deflexión de la cabeza. Cuando el diagnóstico de la situación del feto, establecido ya por la palpación, es exacto, los tonos del corazón han de ser percibidos en el punto correspondiente. Cualquier error que se note exige la comprobación de los resultados obtenidos.

Algunas veces, al lado del punto en que se perciben los sonidos del corazón, ó en este punto mismo, se oye un ruido de sopló ó de raspa, con una frecuencia igual. Éste es siempre percibido con mayor intensidad en la parte en que debería encontrarse el máximum de intensidad de los tonos cardíacos según la presentación del feto. Dicho ruido cambia de sitio con los cambios de posición del feto y algunas veces puede ser percibido sobre el corazón del recién nacido antes de que se verifique la primera respiración y se produce del mismo modo que los llamados ruidos accidentales del corazón de los adultos. Antes se admitía generalmente que el sitio de su producción eran las arterias del cordón, y fundándose en esta creencia se le llamaba *soplo funicular*, nombre que todavía está en uso.

Finalmente, por la auscultación pueden también ser percibidos los *movimientos fetales* que se oyen como golpes sordos, breves y múltiples que se suceden rápidamente; cuando las condiciones son favorables, se producen ya desde el 4.º mes, es decir, antes que los tonos cardíacos, cuando se ausculta largo rato y ejerciendo presión con el estetoscopio.

## 2. Exploración interna

El examen que se hace introduciendo el dedo índice en la vagina (*tacto vaginal*) desempeña un papel muy importante en el diagnóstico obstétrico y de él deberemos ocuparnos muchas veces. Un antiguo sello de la escuela de comadronas de Würzburg, fundada por EL. V. SIEBOLD, tiene una mano con el índice tenso en el acto de explorar y en la palma de la mano un ojo; lo que quiere decir que el tocólogo con su dedo debe orientarse tan bien como si éste poseyese el sentido de la vista. Esta delicadeza de sensación no es adquirida por el dedo del explorador sino después de un largo ejercicio. El principiante no puede darse cuenta de las mínimas particularidades que su dedo encuentra en la exploración; sus sensaciones son inciertas y confusas, á pesar de que con sus manipulaciones y en la errónea creencia de que ha de sentir mejor cuanto más comprima los tejidos, provoque dolores á la mujer. *Qui fait mal, touche mal!*

La exploración interna es de suma importancia para el diagnóstico de la preñez, especialmente en los primeros meses. Durante todo el tiempo que el útero se encuentra todavía en el interior de la pelvis y su fondo no sobresale de la cavidad pélvica, sus modificaciones gravídicas no pueden reconocerse de otro modo que tac-

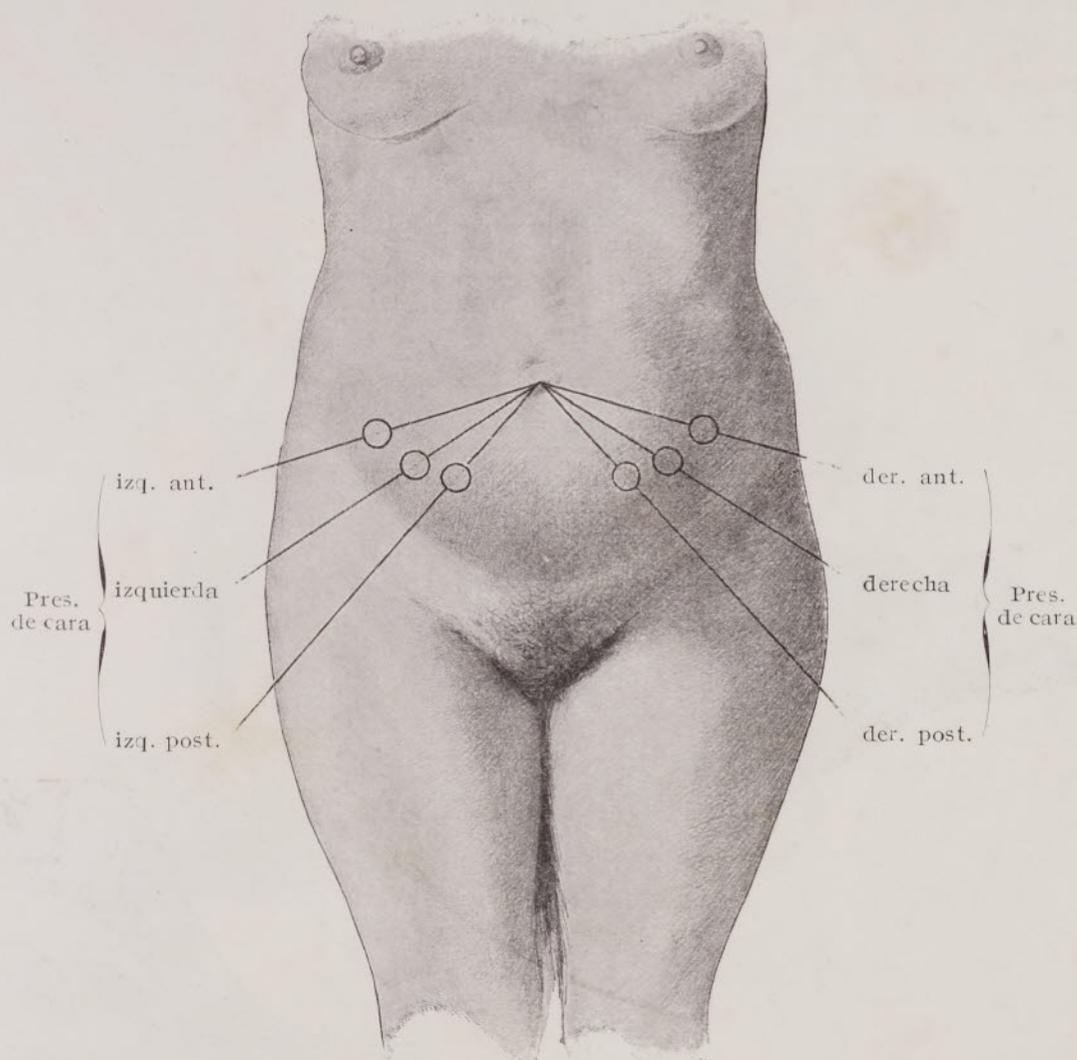


Fig. 121

Focos de mayor intensidad de los tonos del corazón en la actitud de deflexión del feto (presentaciones de frente y de cara)

tando entre el índice introducido en la vagina y los dedos de la otra mano que se hunden profundamente en las paredes abdominales. Mediante este examen «combinado» ó «bimanual», representado en la fig. 122, se consigue formar juicio acerca del *volumen* y *forma* del útero. El engrosamiento de la víscera y la salida en forma de cúpula de un ángulo tubario hablan en favor de la preñez, pero por sí solas no tienen un valor decisivo, puesto que algunos estados morbosos, como, por ejemplo,

la metritis crónica, que es tan frecuente, y los miomas uterinos, pueden aumentar también el volumen de la víscera. Se deberá siempre tomar en consideración la *consistencia* del órgano. Mientras que en condiciones patológicas el útero conserva su consistencia ordinaria ó hasta ofrece mayor dureza que en el estado normal, *en el embarazo, por el contrario, es un hecho característico el reblandecimiento de la*



Fig. 122

Examen bimanual ó combinado

*viscera, la cual adquiere una consistencia flácida* que difiere poco de la de las asas intestinales distendidas. La alteración principia ya á hacerse notable en el 2.º mes, y progresa tanto en las semanas siguientes, que con frecuencia hay trabajo para distinguir el cuerpo del útero reblandecido de las vísceras que están situadas por encima de él y los contornos no se determinan más que á consecuencia de la contracción de las paredes del órgano provocada por el estímulo del examen.

Como ha demostrado HEGAR, el reblandecimiento gravídico del útero no es uniforme; mientras que el cuerpo se presenta ya blando, el cuello ofrece cierta resistencia al dedo. En el cuerpo, la parte superior que aloja el huevo tiene mayor tensión elástica que la inferior que está vacía y se deja comprimir entre los dedos como una membrana flácida (fig. 123). Este signo de HEGAR es de gran valor para el diagnóstico precoz de la gestación. Quien tenga presente esta extraordinaria fla-

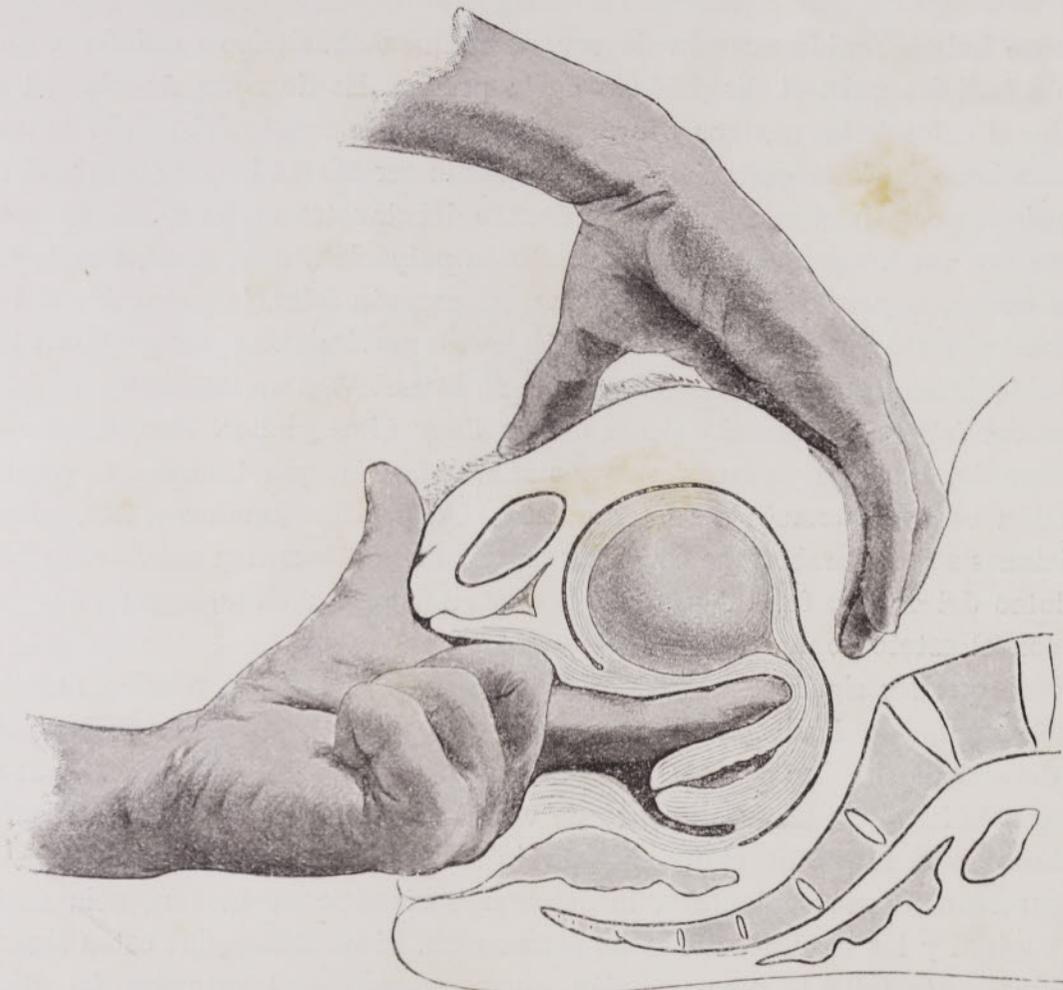


Fig. 123

Signo de HEGAR para el diagnóstico del embarazo

cidez del segmento inferior del útero durante el segundo y tercer mes del embarazo, podrá evitarse el error, que no deja de ser frecuente, de confundir el cuello uterino con la totalidad del órgano y el cuerpo grávido de la víscera como un tumor de los anexos, como, por ejemplo, un embarazo tubario, un quiste ovárico ó cualquiera otra enfermedad análoga.

Si en el examen combinado con presiones alternantes de las manos externa é interna se imprime un movimiento al contenido del útero, se llega muy pronto, ya al 4.º mes, á percibir un cuerpo flotante que es el feto. En época más avanzada,

el dedo explorador alcanza la parte fetal que se presenta á través del fondo de saco anterior de la vagina, y se puede seguir mes por mes la progresiva relajación del conducto vaginal, el reblandecimiento del cuello uterino y la dilatación que poco á poco va teniendo lugar en el canal cervical.

### 3. Determinación del valor de los diversos signos del embarazo

Como habéis tenido ocasión de ver, el examen obstétrico suministra una porción de indicios para el diagnóstico de la preñez. Es de competencia del médico apreciar el valor de los mismos y formarse un concepto exacto del estado de las cosas.

La existencia de la gestación tan sólo puede ser afirmada con seguridad cuando se consigue percibir el cuerpo del feto dentro del claustro materno. A este resultado se llega por medio de la auscultación ó de la palpación. Son, pues, signos «ciertos» de embarazo, la percepción de los ruidos del corazón fetal, la palpación del cuerpo del feto ó parte del mismo y la percepción de sus movimientos por medio de la mano ó del oído. Pero todos estos datos tan sólo se manifiestan en una época en la cual el cuerpo del feto ha alcanzado cierto desarrollo y dimensiones. Los tonos cardíacos empiezan á percibirse ya en la 20.<sup>a</sup> semana, época en que también es posible una palpación bastante exacta del cuerpo fetal. Un par de semanas antes, cuando las condiciones son favorables, se consigue también con el examen combinado provocar el peloteo del cuerpo fetal ó percibir los movimientos activos, cuando se comprime bien con el estetoscopio.

Como que los signos ciertos suministrados por el feto no pueden manifestarse hasta la segunda mitad del embarazo, resulta que antes de esta época el diagnóstico del mismo ha de basarse tan sólo en «signos de probabilidad». Entre éstos, son los más importantes el aumento de volumen del cuerpo del útero, su consistencia blanda y el hecho de endurecerse bajo la influencia de la palpación, la flacidez del segmento inferior del útero, la coloración cianótica y la turgencia de la mucosa vaginal y las modificaciones de las mamas. Si existen todos estos signos y simultáneamente falta la menstruación, correspondiendo el volumen del útero á la duración de la amenorrea, la existencia de la preñez podrá considerarse segura aun cuando el feto no sea todavía demostrable ni á la palpación ni á la auscultación. En las primeras ocho semanas, cuando todos estos fenómenos son todavía poco perceptibles, será conveniente abstenerse de emitir un dictamen categórico. Un diagnóstico seguro se establecerá tan sólo después de haber practicado un segundo examen tres ó cuatro semanas después, el que permitirá reconocer que el volumen del útero ha progresado, cuando se trate verdaderamente del embarazo.

El diagnóstico precoz de este último es, pues, muy difícil ó hasta imposible cuando existen complicaciones con alteraciones patológicas de la esfera genital, ó con asiento ó desarrollo anormales del huevo. Un útero en cuyo espesor se encuentran nódulos fibromatosos ó endurecidos por una flegmasía crónica, ofrecerá en un

grado limitado el reblandecimiento y flacidez propios del embarazo, y en todo caso será causa de que estas modificaciones se manifiesten más tarde. La forma típica del útero grávido resulta modificada esencialmente si el huevo se desarrolla en un útero bicorne ó unicorne; el desarrollo de la viscera se detiene si el óvulo se ha fijado en el interior de la trompa, ó si el producto de la concepción está muerto y ha quedado retenido largo tiempo en el interior del útero. Por el contrario, tendrá lugar un rápido desarrollo de este último, sin que pueda encontrarse el feto, en los casos de hidramnios ó de embarazo molar. Ya volveremos á ocuparnos de la gestación en estas condiciones patológicas; por ahora continuaremos estudiando todavía el embarazo normal.

Una vez demostrada la existencia de la gestación, es frecuente que se nos pregunte la época de que la misma data ó el tiempo en que tendrá lugar el parto. Ya hemos dicho que no conocemos con exactitud el momento en que se verifica la fecundación del huevo y, por lo tanto, no sabemos tampoco de una manera exacta la duración del embarazo; pero en la práctica podemos prescindir por completo de estas consideraciones puramente científicas. La experiencia fundada en millares de observaciones ha demostrado, y hoy lo saben hasta los profanos, que desde el *primer día de la última menstruación hasta el momento del parto transcurren, por término medio, 280 días*, igual á cuarenta semanas, á nueve meses solares ó á diez lunares (de 28 días cada uno). Basta tomar como punto de partida el primer día de la última menstruación, para conocer los días, las semanas y los meses que dura la preñez.

Menos fácil es el cálculo de la época en que tendrá lugar el parto; según NAEGELE, esto se consigue con rapidez retrocediendo tres meses desde el primer día de la última menstruación ( $365 - 92 = 273$  días) y añadiendo al día así obtenido otros 7 ú 8 para llegar á los 280. Así, por ejemplo, si la hemorragia menstrual compareció por última vez el 1.º de Enero, contaremos con el parto para el 8 de Octubre (por la resta de los tres meses se llega al 1.º de Octubre y agregando 7 días tendremos precisamente el 8 de dicho mes). El mismo resultado se obtiene, si partiendo del 1.º de Enero, se cuentan sobre el calendario 280 días.

Como que puede darse el caso de que existiendo ya el embarazo, la menstruación se presente todavía 1 ó 2 veces, ó que la mujer considere como menstruación una metrorragia sintomática de un aborto que se inicia, es prudente insistir para precisar con exactitud los caracteres de esta hemorragia sobre la cual está basado todo el cálculo. No hemos de olvidar que las pérdidas periódicas que pueden presentarse durante los primeros meses del embarazo tienen una duración notablemente corta y están representadas por una sangre clara y acuosa.

Desde el *momento de la concepción* ó sea del coito fecundante, el cual, por lo demás, son pocas las ocasiones en que puede precisarse con seguridad, la preñez dura 273 días. Por otra parte, es también utilizable, para determinar la época del embarazo, el momento en el cual se perciben por primera vez los movimientos del feto. Las primerizas perciben estos movimientos hacia la 20 semana y las múltiparas

una ó dos semanas antes; esperaremos, pues, el parto de 20 á 22 semanas después del día en que fueron percibidos los primeros movimientos del feto.

Como se comprende, todos estos cálculos no tienen más que un valor aproximado. La duración media del embarazo no tiene tampoco una exactitud matemática y no es nada raro que el parto se presente media ó hasta una semana antes ó después del término calculado. Hasta en una misma mujer tienen duración diferente los diversos embarazos. Estas pequeñas oscilaciones que, por otra parte, las observamos también en la duración de la preñez de los grandes animales domésticos, se explican por la intervención de influencias accidentales que exaltan ó atenúan los estímulos que provocan el parto. Pero excepcionalmente la duración de la preñez puede ser *abreviada ó alargada de un modo notable*. Observaciones irrefutables demuestran que ya á los 250 días de la última menstruación se pueden dar á luz fetos maduros, y que, por el contrario, el parto puede retardarse hasta los 300 días después del coito fecundante y de la última menstruación. Se desconocen los factores que determinan un desarrollo tan rápido del feto y lo mismo las causas en virtud de las cuales la actividad del útero queda silenciosa al llegar el término normal de la gestación, dando lugar á partos retardados de fetos de mayor tamaño que el normal. Estas oscilaciones de la duración del embarazo tienen gran importancia médico legal en aquellos casos en los cuales hay necesidad de determinar la paternidad y la legitimidad de un recién nacido después de la muerte del marido de la madre. Las legislaciones de todos los países tienen en cuenta el principio de conceder límites extensos á la duración de la preñez.

El Código civil alemán, en el § 1.592, establece como límites dentro de los cuales puede darse á luz un feto viable de los 302 á los 181 días, y que un niño que nazca á los 302 días después de la muerte del marido debe ser considerado todavía como legítimo. Pero si el niño nace después de los 302 días de la muerte del marido, la ley concede todavía (§ 1.592 II) en favor del nacimiento legítimo que se dé al juez, la seguridad de que el recién nacido es el producto de la concepción de hombre y mujer unidos legítimamente. De modo que, en realidad, no existe legalmente una limitación de tiempo para la duración de la concepción.

El Código civil español (art. 108) dice: «Se presumirán hijos legítimos los nacidos después de los 180 días siguientes al de la celebración del matrimonio y antes de los 300 días siguientes á su disolución ó á la separación de los cónyuges» (1).

Sucede algunas veces que no se pueden recoger datos precisos respecto de la época de la última menstruación. O la mujer no ha tenido en cuenta esta función, ó las reglas se han sucedido con intervalos largos é irregulares, ó la concepción tuvo lugar inmediatamente después del parto, antes de que la pérdida menstrual se pre-

---

(1) El traductor.

sentase de nuevo, ó durante la amenorrea de la lactancia. También es posible que la fecha de la última menstruación sea falseada ó callada intencionadamente. En

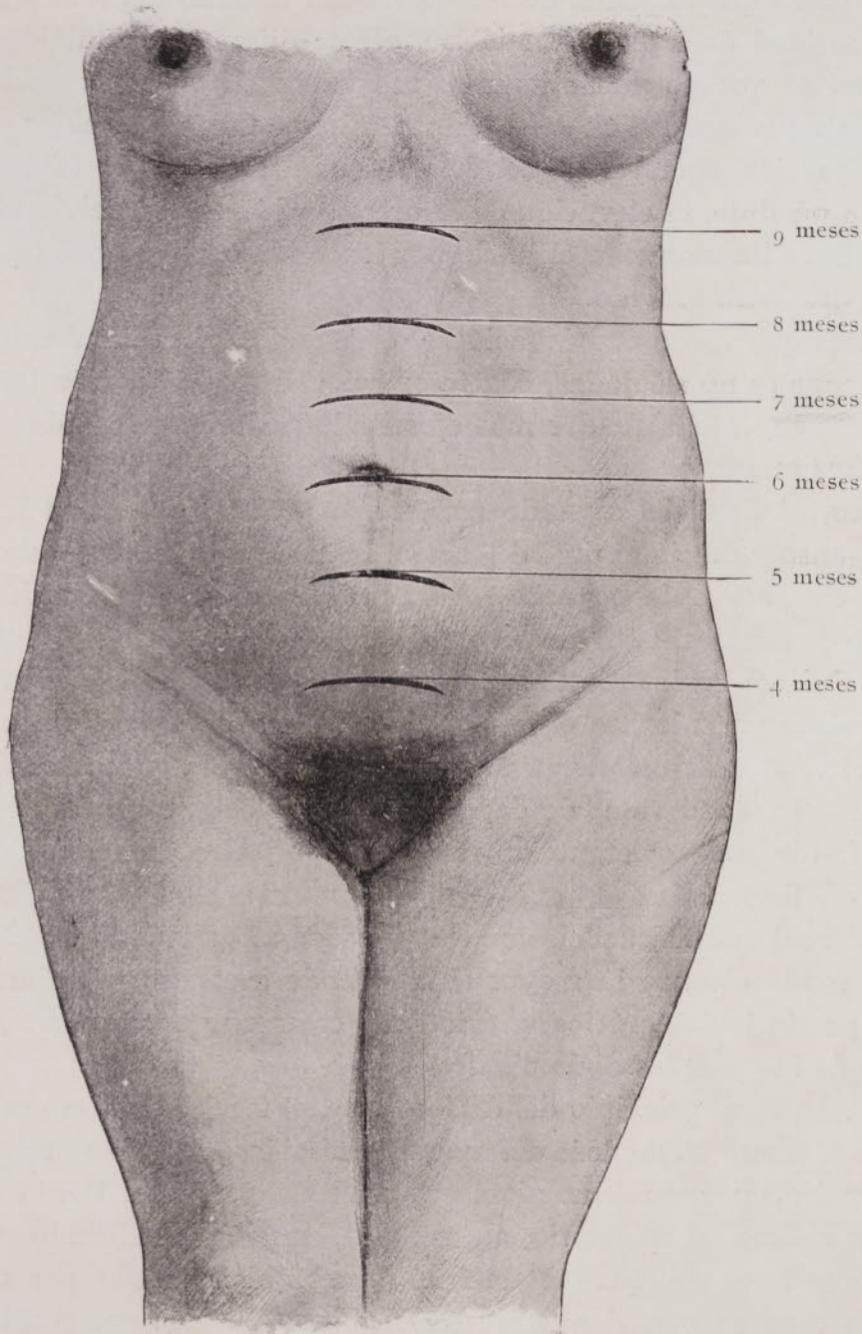


Fig. 124

Nivel del fondo del útero en cada uno de los meses del embarazo

estos casos, el diagnóstico de la época del embarazo no puede hacerse de otro modo que basándose tan sólo en los datos del examen objetivo.

Entre éstos es de primera importancia el *volumen del útero* que va siempre au-

mentando hasta el momento del parto. Si este aumento de volumen fuese igual en todas las mujeres, sería lo más fácil diagnosticar la época del embarazo, basándose en las cifras obtenidas con el compás de espesor y la cinta métrica. Pero el volumen del útero que depende de una parte del tamaño del feto y de la otra de la variable cantidad de líquido amniótico, ofrece diferencias individuales sumamente notables; así es que no puede lograrse mayor exactitud con el compás y la cinta, que con la simple evaluación del volumen mismo. Ciertas circunstancias anormales como la situación transversal del feto, la multiplicidad de éstos, el hidramnios, el abdomen péndulo, la elevación de la presentación en las pelvis viciadas, etc., dificultan extraordinariamente el juicio por las modificaciones que aportan á la forma y posición del útero grávido.

Los datos que van á continuación son tan sólo aplicables á mujeres de paredes úteroabdominales no relajadas, con fetos colocados en situación longitudinal; pero, á pesar de todo, el observador más ejercitado podrá con facilidad cometer errores de dos ó tres semanas.

El útero, al final del segundo mes, tiene próximamente las dimensiones de un huevo de ganso y, hacia al fin del tercero, las del puño de un adulto. Al cuarto mes empieza á elevarse de la pequeña pelvis hacia la cavidad abdominal, y al final del mismo, puede sobresalir un través de dedo del pubis. El nivel que va alcanzando el fondo del útero en los meses sucesivos, puede verse en la adjunta figura 124; al final del quinto mes alcanza el centro de la distancia que media entre el pubis y el ombligo; al final del sexto llega á la altura del ombligo; al final del séptimo pasa de este último tres traveses de dedo; al final del octavo mes se le encuentra en el centro de la distancia existente entre el ombligo y el apéndice xifoides; y, al fin del noveno mes, llega á la fosa epigástrica inmediatamente por debajo del apéndice xifoides, el cual con frecuencia aparece desviado hacia adelante. En esta época es cuando el fondo alcanza la mayor altura. Toda ascensión ulterior del órgano está impedida por la jaula torácica, y éste debe crearse nuevo espacio á expensas de la distensión de las paredes abdominales.

Así se ve que, al principio del décimo mes, el fondo del útero se dirige cada vez más hacia adelante alejándose del apéndice xifoides, de modo que al fin del décimo mes vuelve á ocupar el mismo nivel que tenía en el octavo. Por la caída hacia adelante de la víscera, el epigastrio, antes tenso, se pone más flácido y depresible, y la respiración se hace más libre. Este fenómeno es bien notado por muchas embarazadas y lo conocen con el nombre de «descenso del vientre», considerándose como signo de la proximidad del parto. Los perfiles señalados en la figura 125 dan una idea clara de la diferencia de posición del útero al final del noveno y décimo mes (semanas 36 y 40).

Un segundo medio para determinar la época del embarazo es la *mensuración de la longitud del feto*. Como que dicha longitud aumenta con la edad, debe corresponder, por consiguiente, á la época del embarazo; la mensu-

ración, propuesta por AHLFELD, representaría un método muy racional para llegar a este diagnóstico, si fuese aplicable en todo tiempo. Pero no puede

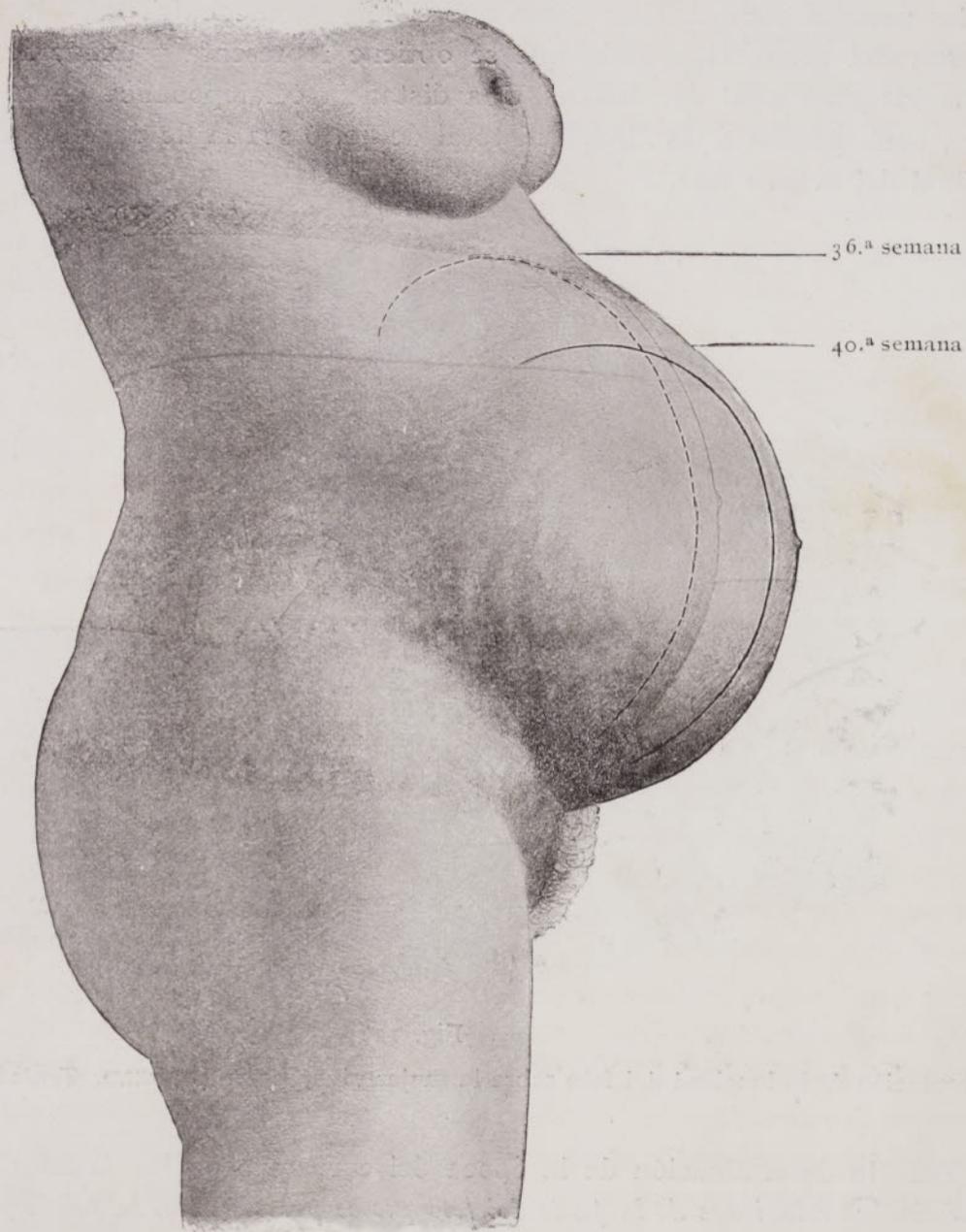


Fig. 125

Nivel del fondo del útero al final de los meses 9.º y 10.º

ser empleada con precisión más que en los últimos meses del embarazo. cuando son perceptibles con toda claridad los dos polos extremos del feto. En la situación longitudinal, la cabeza se encuentra fija á la entrada de la pelvis. Se aplica entonces un botón del compás sobre el extremo podálico del

feto que se percibe en la parte exterior, y el otro botón se introduce por la vagina y es apoyado en el vértice (fig. 126). En las situaciones transversales, la longitud del eje fetal puede ser determinada directamente á través del espesor de las paredes abdominales. Como que el feto se encuentra muy encorvado en el interior del útero, la medida que se obtiene representa próximamente la mitad de la longitud total del mismo. Una distancia cefalopódica de 20 cm. deberá, pues, corresponder á una longitud total de 40, ó sea la de un feto que ha llegado al final del octavo mes.

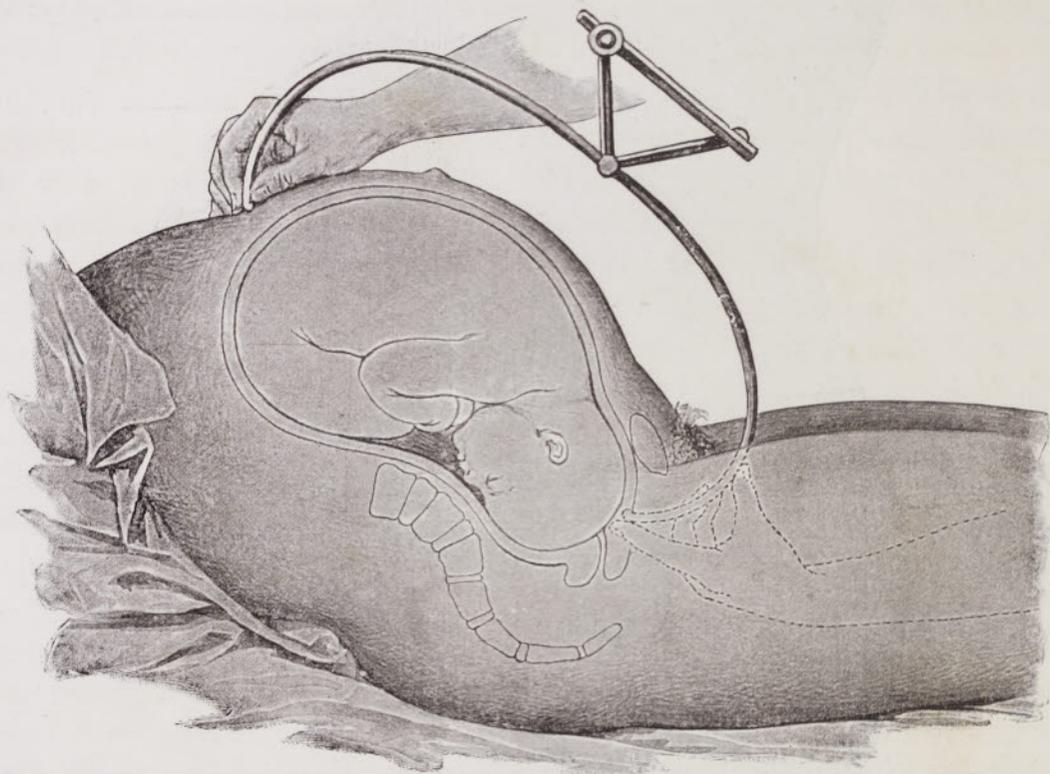


Fig. 126

Mensuración de la longitud del feto sobre la mujer viva, según AHLFELD. *Tratado de Obstetricia*

Para la determinación de la época del embarazo en los últimos meses sirven también las *relaciones de la parte del feto que se presenta con la pelvis y las condiciones del cuello uterino*. En las primigrávidas, la cabeza empieza á encajarse en la pelvis hacia el 7.º mes, habitualmente ya queda bien fija en el 9.º, y en el 10.º ocupa la parte alta de la excavación pélvica y hasta algunas veces la parte media. Paralelamente con el encajamiento de la cabeza, el fondo de saco anterior de la vagina es comprimido cada vez más hacia abajo y la porción vaginal del cuello va desapareciendo gradualmente hasta que en las últimas semanas, que preceden al parto, no es más que un pequeño zócalo saliente de la vagina. El fondo de saco vaginal conduce directamente, y sin que se encuentre ningún reborde saliente, hasta el

orificio externo del cuello uterino, el cual, no obstante, permanece cerrado, siendo tan sólo permeable á la punta del dedo, hasta que se inician las contracciones.

En las mujeres que han parido, la cabeza suele permanecer movable á la entrada de la pelvis y falta, por lo tanto, el descenso de los fondos de saco vaginales y la desaparición de la porción intravaginal del cuello. En los tres últimos meses de la gestación merece una atención especial el reblandecimiento del cuello que progresa gradualmente de abajo arriba. En el 7.º mes ya suele poderse penetrar en el orificio externo con la punta del dedo, y en el 9.º se puede llegar hasta el orificio interno. Hacia la mitad del 10.º mes el orificio interno se hace también permeable hasta el punto de que puede llegarse hasta las envolturas oculares, á través de las cuales pueden percibirse las suturas y fontanelas.

Hay ocasiones en que mujeres miedosas ó que precedentemente han tenido algún hijo muerto, solicitan del médico un juicio acerca *del estado de salud del feto y de si se encuentra vivo*. Antes de la 18 semana del embarazo no es posible obtener ningún signo directo de la vitalidad del feto. Mientras no se presentan manifestaciones morbosas en los genitales, el útero crece regularmente, y de este solo hecho puede deducirse que está vivo y que su desarrollo es normal. Al principiar la segunda mitad de la gestación, la vida del feto se comprueba directamente por la observación de los tonos cardíacos y de los movimientos activos. Naturalmente que el resultado positivo de este examen prueba que el feto vive; pero el negativo no autoriza á concluir que sea muerto. Sucede con frecuencia, en el curso de los meses 6.º y 7.º del embarazo, que á pesar de un examen detenido y repetido muchas veces no llegan á percibirse ni los latidos del corazón, ni los movimientos del feto. La abundancia de líquido amniótico, una posición dorsoposterior, las paredes abdominales excesivamente gruesas y tensas, pueden constituir un obstáculo para que los signos de la vida del feto puedan manifestarse. Mayor significación tiene la comprobación de la falta de los latidos cardíacos y de los movimientos fetales, cuando éstos se han comprobado precedentemente ó cuando faltan en los meses ulteriores de la gestación; todavía parece más segura la muerte del feto si á los indicios de la misma se asocian fenómenos que indican la interrupción del embarazo; si el útero no continúa su desarrollo, sino que á consecuencia de la reabsorción del líquido amniótico se hace más pequeño y duro; si el producto de la concepción pierde sus condiciones normales, y si, con los cambios de posición de la madre, cambia su situación en el útero siguiendo las leyes de la gravedad, si las mamas se aflojan y si por el paso de materiales anormales desde el feto muerto á la circulación de la madre, ésta experimenta exacerbaciones térmicas, escalofríos, malestar, etc. En caso de duda puede recurrirse á la prueba de COHNSTEIN, que consiste en introducir un termómetro, primero en la vagina y después en el canal cervical, y comprobar si existe diferencia de temperatura entre ambos puntos: cuando el feto está vivo, se encuentra que la temperatura del interior del cuello es algunas décimas

más elevada que la de la vagina, lo que es debido á que al calor propio del feto se suma la temperatura de la sangre circulante en el útero; si la vagina y el útero tienen igual temperatura, hay razón para creer que el feto está muerto.

Para resolver la cuestión de si se trata de un primer embarazo ó si ha habido antes otros, es utilizable generalmente la anamnesia; pero cuando exista la sospe-

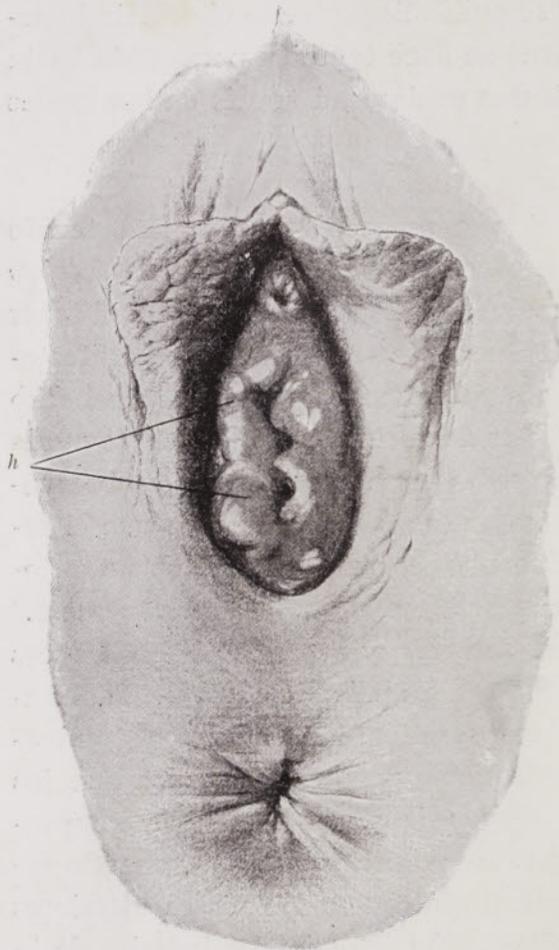


Fig. 127

Organos genitales externos al final del primer embarazo

*h*, himen

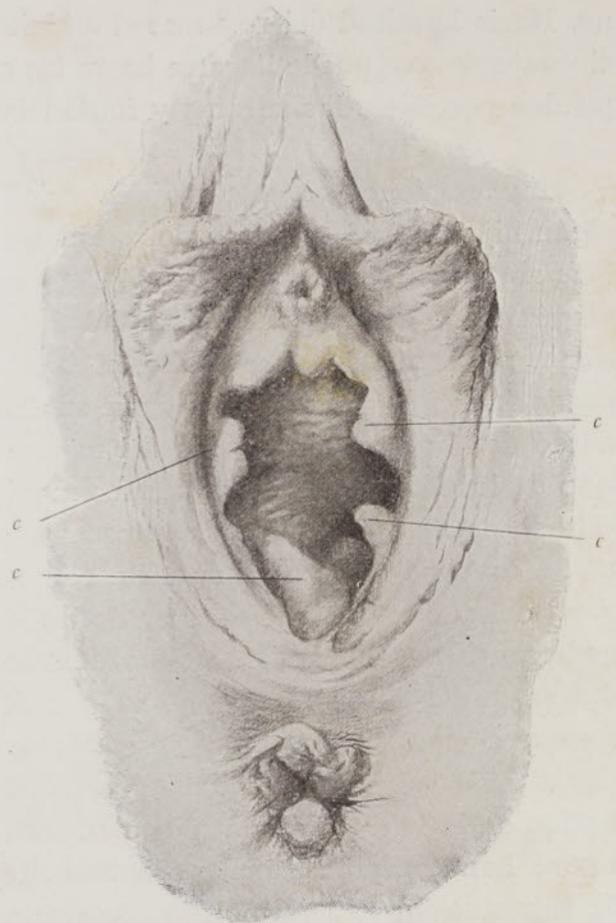


Fig. 128

Organos genitales externos de una mujer en su tercer embarazo

*c*, carúnculas mirtiformes

cha de que se oculte ó se afirme en falso la existencia de un embarazo precedente, se recurrirá al examen objetivo.

Si el embarazo no es el primero, se reconocerá por los vestigios dejados por el primer parto en los órganos genitales. En las mujeres que están embarazadas por primera vez, el himen constituye un borde no interrumpido (fig. 127), el frenillo de la comisura posterior de los labios está íntegra, la entrada de la vagina es todavía susceptible de contracción y relativamente estrecha, la mucosa vaginal

es rugosa, la porción vaginal del cuello se siente como un cono regular y el orificio externo como una fosita redondeada con bordes lisos y algo cortantes. Por el contrario, en las mujeres que han tenido ya hijos, el himen está enteramente destruído (figura 128), no quedando del mismo más que algunos restos verrucosos llamados carúnculas mirtiformes; en vez del frenillo posterior se encuentra una dislaceración perineal ó al menos una cicatriz blanquecina. La entrada de la vagina es amplia, la vagina lisa y flácida; la porción del cuello uterino presenta dislaceraciones laterales y el orificio externo del mismo ya no es uniformemente redondeado, sino que al tacto aparece como una hendidura transversal que lo separa en dos labios, uno anterior y otro posterior (figs. 129-130).

Estos dos labios del orificio externo del cuello uterino se encuentran flácidos

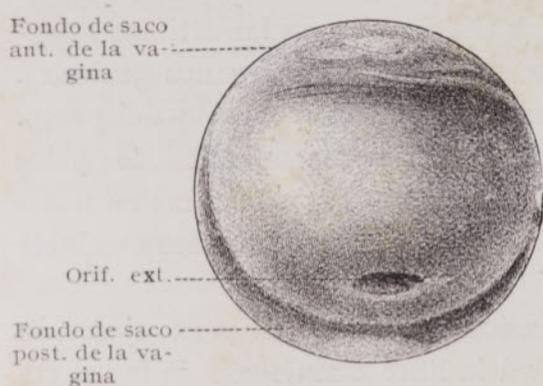


Fig. 129

Porción vaginal del cuello uterino en una primigrávida

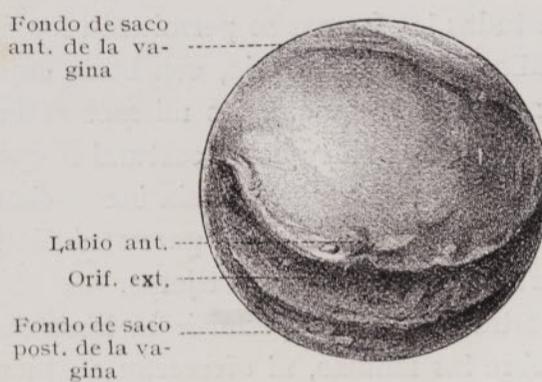


Fig. 130

Porción vaginal del cuello uterino de una múltipara

en la vagina, y en los últimos meses del embarazo no oponen ninguna resistencia á la introducción del dedo.

Mucho menos características son las modificaciones que un embarazo anterior deja en las mamas, en las paredes abdominales y en el organismo en general, y con frecuencia faltan del todo. Por último, es evidente que faltará todo signo de preexistencia de otro embarazo cuando éste se interrumpió en una época prematura, y también los vestigios de algún parto á término tienden á borrarse después que han transcurrido muchos años.

Para concluir, diremos algunas palabras sobre *higiene del embarazo*. ¿Qué régimen de vida debe seguir la embarazada?

Se han escrito un gran número de libros populares dedicados á instruir al público de lo que aconseja sobre este punto una secular experiencia. Los consejos que debe dar el médico cuando sea preguntado respecto de este punto, se resumen como sigue: la embarazada debe seguir el método de vida habitual, á no ser en el caso de que, ya desde antes, tuviese poca salud. Todo lo que perturba la tranquilidad de la vida es perjudicial y debe evitarse. Esto es aplicable, tanto á las excita-

ciones psíquicas, como á los esfuerzos y cansancios corporales. A la mujer no solamente se le permitirá, sino que se le recomendará que ejecute un ejercicio regular en casa y al aire libre hasta el fin del embarazo. Se prohibirán, por el contrario, desde el principio todas aquellas distracciones que produzcan sacudidas del cuerpo y movimientos excesivos, como, por ejemplo, el baile, la equitación, el ciclismo, el *tennis*, los paseos en carruaje por malos caminos, los largos viajes en ferrocarril, las ascensiones á montañas, el permanecer largo tiempo con el cuerpo inclinado, la elevación de grandes pesos, etc.

El comercio sexual es siempre perjudicial, porque en los primeros meses provoca con frecuencia metrorragias y el aborto, y puede más tarde hacer penetrar gérmenes patógenos en la vagina, provocando infecciones durante el parto.

Merecen un cuidado especial durante el embarazo la higiene de la piel y la limpieza. En todas las épocas se permitirán los baños tibios; pero en las últimas semanas, el baño deberá ser diario, con buen enjabonamiento de los órganos genitales. De este modo se logra que los mismos estén asépticos en el momento del parto. En algunos pueblos salvajes es costumbre que las embarazadas se afeiten los pelos del pubis. Esta práctica de asepsia inconsciente, apenas si podría lograrse en nuestras condiciones de civilización, pero será fácil conseguir y es siempre recomendable que se corten los pelos con las tijeras.

Los vestidos deberán permitir la libre distensión del abdomen y no ejercerán presión sobre las mamas, ni ofrecerán obstáculos á la libre circulación de la sangre en las extremidades inferiores. ¡Horror al corsé y á las ligas estrechos!

Si los pezones son muy sensibles, puede lograrse su endurecimiento y preparación para la lactancia por medio de los lavados con alcohol (con razón recomienda la gente el aguardiente y el agua de Colonia).

Aun haciendo uso de una alimentación adecuada y con ejercicio conveniente, las embarazadas padecen con frecuencia de pereza intestinal y estreñimiento. Para combatir este estado, los medios más simples son los mejores. Beber por la mañana, en ayunas, un vaso de agua fría, al que eventualmente podrá añadirse una cucharadita de las de café de sal común, lo cual es suficiente, á menudo, para hacer cesar los trastornos provocados por el estreñimiento; en los casos más rebeldes se podrá recurrir á los purgantes salinos (sales de Carlsbad, aguas minerales purgantes) y al ruibarbo, cáscara sagrada en píldoras ó polvo; están también indicados los enemas glicerizados; pero los drásticos han de ser cuidadosamente evitados, pues son capaces de producir metrorragias y contracciones uterinas.

## Bibliografía

### Diagnóstico:

- AHLFELD, Die Technik der Schwangerenuntersuchung. Volkmann's Samml. klin. Vorträge. Nr. 79. TRAMÉT, Ueber d. Bestimmung d. Grösse d. Kindes vor der Geburt. Diss. inaug. Bern. 1881. E. SONNTAG, Das Hegar'sche Schwangerschaftszeichen, Samml. klin. Vorträge. N. F. Nr. 58. REILN, Ein neues si-

cheres diagn. Zeichen der Schwangerschaft. Prager med. Wochenschrift 1884. H. LÖHLEIN, Die Diagnose der Schwangerschaft in den ersten 5 Monaten und ihre Irrthümer. Deutsche Klinik IX. GARDENER, The Diagnosis of early pregnancy. Am. J. obst. 35, 1897. LEOPOLD u. SPÖRLIN, Die Leitung der regelm. Geburten nur durch äussere Untersuchung. Arch. f. Gyn. 45. R. MÜLLERHEIM, Die äussere Untersuchung bei Gebärenden. Berlin 1895. SCHATZ, Ueber typische Schwangerschaftswehen. Arch. f. Gyn. XXIX. PISKACEK, Ueber Ausladungen umschriebener Gebärmutterabschnitte als diagnost. Zeichen im Anfangsstadium der Schwangerschaft. Wien, W. Braumüller 1899.

*Ruidos del corazón del feto:*

MAYOR, Biblioth. univ. des sciences etc. T. IX. Genève 1818. Die Beobachtung d. fötalen Herztöne ist nur nebenbei in einer Anmerkung erwähnt. LEJUMEAU DE KARGARADÉC, Mémoire sur l'auscultation appl. à l'étude de la grossesse. Paris 1822. ROTTER, Ueber fühlbares Uringeräusch Arch. f. Gyn. V. 1873. HENNIG, Der Ort der fötalen Herztöne etc. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. XI. 1885. HECKER, Nabelschnurgeräusch, Klinik d. Geburtsk. I. 1861. WINCKEL, Zur Entstehung u. Bedeutung des Nabelschnurgeräusches. Beobacht. z. Path. d. Geb. Rostock 1869. BUMM, Zur Aetiologie des Nabelschnurgeräusches. Arch. f. Gyn. 25. FRANKENHÄUSER, Ueber d. Herztöne d. Frucht und ihre Benutzung z. Diagnose des Geschlechtes. M. f. G. Bd. 14. O. SARWAY, Zur Diagnostik in der ersten Hälfte der Schwangerschaft. Centralbl. f. Gyn. 1904 Nr. 39.

*Duración del embarazo:*

AHLFELD, Beobachtungen über die Dauer der Schwangerschaft. Mon. f. Geb. 34, 1869. AHLFELD, Bestimmungen der Grösse u. des Alters d. Frucht vor der Geburt. Arch. f. Gyn. II. TRAMÈR, Ueber die Bestimmung d. Grösse d. Kindes vor der Geburt. Diss. inaug. Bern. 1881. v. WINCKEL, Ueber die Dauer d. Schwangerschaft. Samml. kin. Vortr. N. F. Nr. 292, 293 u. deutsche Klinik 1900, IX. S. I. (bespricht eingehend die forense Bedeutung der Frage). HOLST, Konzeptionstermin u. Schwangerschaftsdauer. Dorpat 1881. COHNSTEIN, Vom Leben u. Tode d. Frucht Arch. f. Gyn. IV. FEHLING, Ueber den Einfluss d. todten Frucht. auf die Mutter. Arch. f. Gyn. VII.

*Dietética del embarazo:*

F. A. v. AMMON, Die ersten Mutterpflichten u. die erste Kindespflege. Leipzig 1887. EISENBERG, Hygiène der Schwangerschaft. Wien 1892. OLIVIER, Hygiène de la grossesse. Paris 1892. PINARD Hygiène de la femme enceinte etc. Rapport X Congrès internat. d'hygiène.