Año 1908 Núm. 1821

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Diagnóstico precoz del embarazo

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDMUNDO A. ORTIZ

Ex-practicante interno del Hospital Rawson, por concurso de clasificaciones

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1908

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL EMBARAZO

Año 1908 **Núm. 1821**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Diagnóstico precoz del embarazo

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDMUNDO A. ORTIZ

Ex-practitante interno del Hospital Rawson, por concurso de clasificaciones

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1908

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

(Art. 162 del Reglamento General)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. Antonio C. Gandolfo.

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Pedro N. Arata.
» » Pedro Lagleyze.
» » José Penna.
» » Luis Güemes.
» » Eliseo Cantón.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer.
» » G. Araoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Jaime R. Costa.
» » J. Manuel Irizar.

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).
Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botanica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía descriptiva	» José Arce (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luís Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señoran
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Doctor Roberto Wernicke
» Juan R. Fernández

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Doctor José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde
	» José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell
	» Avelino Gutiérrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves
	» José R. Semprún
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. Greenway
Física Médica	»	Vacante
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología	»	Julio G. Fernández Alois Bachmann
Anatomía Descriptiva	»	Vacante
Anatomía Descriptiva	»	Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	»	Vacante
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Anatomía Patológica	»	Vacante
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Vacante
Clínica Ginecológica	»	Vacante
» Oto-rino-laringológica	»	Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Vacante
Patología externa	»	Carlos Robertson Ricardo S. Gómez
Patología interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Francisco Llobet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas José Arce
» Neurológica	»	Mariano Alurralde
Medicina Legal	»	Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétrica	»	Enrique A. Pardo Enrique Zárate Alberto Peralta Ramos Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediátrica	»	Manuel A. Santa Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	José T.Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Dr. Angel T. Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mujica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	» Vacante
Botánica y Mineralogía	» Vacante
Química inorgánica aplicada	» Vacante
Química orgánica aplicada	» Vacante
Farmacognosa y Posología razonadas	» Sr. Juan A. Domínguez (en ej.)
Física farmacéutica	» Vacante
Química analítica y toxicológica primer curso)	» Vacante
Técnica farmacéutica	» Vacante
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	» Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Fanor Velarde

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Miguel Z. O'Farrell Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr. León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	» N. Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR MANUEL BEGUERESTAIN

A la memoria de mi

PADRE

———

A la memoria de

ADOLFO y NAZARINA

A MI MADRE

A MIS HERMANOS

PRÓLOGO

Es el objeto de mi trabajo, uno de esos problemas de la medicina cuya solución, cobijada en su época por la obscuridad de los conocimientos á ese respecto, no ha estado sin embargo, suficientemente oculta, para evitar que la descubran los distintos observadores, que han dirigido hacia ella el foco de su saber.

Existe una tendencia natural á dar por imposibles las cosas difíciles, y en el caso presente, en el diagnóstico precoz del embarazo, es decir, en el diagnóstico de la preñez en su primer trimestre, hasta no hace mucho tiempo, se ha escudado la ignorancia de este punto, cerrando la discusión, tras la cómoda fórmula hecha hace treinta años por Pajot: «En caso de embarazo dudoso, el tiempo es el mejor elemento de diagnóstico». La fórmula es exacta, no cabe duda, pero tal vez, como dice Demelin, se demostraría en infinidad de casos demasiada paciencia, si, para asegurar el diagnóstico de embarazo, hubiese que esperar á que aparezcan los signos que hasta ahora tienen el privilegio de ser llamados *de certidumbre*.

Podemos darle al tiempo otro atributo, no tenerlo en cuenta como elemento de diagnóstico, sino temerlo como su gran justiciero, pues si los errores de orden médico ó quirúrgico benefician tan comunmente de la absolución que sigue á la curación, cuando no lo es del silencio de la tumba, «el práctico que se ha engañado en el diagnóstico, en el campo obstétrico, no tiene otro recurso que abrigarse detrás de esta fórmula, verdadero acto de humildad: *Errare humanum est.* (Bouchacourt).

Es indudablemente algunas veces, muy difícil el diagnóstico de la preñez en su comienzo, puesto que no existe un solo signo patognomónico y constante, salvo tal vez, el de Hegar, cuya sola constatación, ó su ausencia, nos hagan asegurar ó negar á ciencia cierta el embarazo; pero no es esta una excepción, es la regla general en todos los diagnósticos de medicina, pues cuando hacemos uno, no lo edificamos sobre una presunción, sino que lo hacemos sobre un manojo de probabilidades que constituyen una certeza. En el caso presente las dificultades pueden vencerse, según Loviot, en el 95 por 100 de los casos; cifra que la estadística de Noble eleva hasta el 99 por 100.

La importancia y los beneficios de un diagnóstico precoz de embarazo, son demasiado extensos para estudiarlos en detalle, y si nuestro Código Civil, con un criterio que no es del caso discutirlo, restringe

las atribuciones del médico legista á este respecto, tiene, por otra parte, demasiado aliciente su estudio con los beneficios que de un diagnóstico temprano puede sacar la futura madre, si decimos con Mauriceau, que el embarazo es un mar borrascoso, sobre el cual bogan la madre y el feto.

Los datos necesarios para este estudio me han sido suministrados por la bibliografía que adjunto al final de este trabajo, y por los conocimientos que he podido recoger durante los tres años de mi internado en el Hospital Rawson.

CAPITULO I

Reseña histórica de algunos de los signos del diagnóstico precoz del embarazo

Vamos á pasar en revista en este capítulo, algunos de los síntomas del embarazo, que si en su época han gozado de fama, bien ó mal habida, han caído ya en tal descrédito, que no merecen un lugar al lado de los síntomas que estudiamos en el tercer capítulo, y es únicamente para tratar de ser completos en nuestro estudio, y porque en algunos casos podría sacarse de ellos algún provecho, que vamos á describir, ligeramente, los más importantes de ellos: me refiero al *momento de la concepción*, al signo de Beccaria, al de Jorissene, á la *forma del vientre y del ombligo* y á la existencia de la *kiesteina* en la orina. Con lo dicho queda hecha su crítica.

El instante de la fecundación, dicen los antiguos autores, va siempre acompañado de sensaciones mucho más fuertes que habitualmente. Charpentier, que cuenta la historia de una joven que se encontraba en su cuarto embarazo, en la cual el instante que

había sido el punto de partida de cada una de sus preñeces fué seguido de un síncope, cosa que no se reprodujo en ningún otro momento de su vida conyugal, afirma que en muchos casos este momento es anunciado por un sobresalto general y una conmoción de todo el ser, que ya Hipócrates expresaba así: *mulier ubi concipit, statim inhorresit ac dentibus stridet, et relicum corpus prehendit convulsio ;* estado de eretismo, al cual no tardaría en suceder un sentimiento de languidez y postración general.

Se da el nombre de signo de Beccaria, (1) á un dolor punzante que sobreviene en los primeros tiempos del embarazo, localizado en la región occipital.

El signo de Jorissene (2) consiste en la persistencia de la frecuencia del pulso en la mujer embarazada, cualquiera que sea la actitud que tome, mientras que, fuera del estado grávido, cambia con las diferentes actitudes.

La forma del vientre sufre también cambios especiales: durante el primer mes del embarazo hay, según Cazeaux, aumento de volumen que desaparece en el segundo mes, para dar lugar á una forma plana especial, que ha hecho decir á los antiguos parteros: *á ventre plat, enfant il-y-á.* Es recién á partir del tercer mes ó tercer mes y medio, que la

---

(1) Beccaria. Sobre un nuevo signo que indica el embarazo antes del cuarto mes. Arch. gen. de med. 1831. (T. XXIV, pág. 425).

(2) Arch. de Tocologie. (T. IX, pag. 327,) 1882.

región hipogástrica se hace más saliente, haciéndose su aumento de volumen regular y continuado hasta el fin del embarazo.

El ombligo parece más hundido en el primer mes. Dan, de este fenómeno, la explicación siguiente, que, como veremos en otro capítulo, falla por su base: el descenso del útero en la excavación, al principio del embarazo, arrastra consigo el fondo de la vejiga y, por consiguiente, el uraco. El anillo umbilical se haría más sensible á la presión, siendo el asiento de una sensación dolorosa de tironeamiento. Recién cuando el útero comienza á elevarse por encima del estrecho, desaparece la depresión umbilical.

Los antiguos, los árabes sobre todo, daban una gran importancia al examen de las orinas en las mujeres embarazadas. En 1839, Nauche descubrió la *kiesteina*, y da los siguientes datos: recogidas á la mañana las orinas de una mujer embarazada, son, generalmente, de un amarillo pálido y un poco lechosas; abandonadas estas orinas en un recipiente, se ve formarse desde el segundo día pequeños cuerpos granulosos, opacos, que vienen á aglomerarse en capa en su superficie. Esta es la kiesteina de Nauche. No puede ser ella mejor comparada que con la capa de grasa que aparece en la superficie del caldo enfriado.

La kiesteina comienza generalmente á mostrarse

desde el segundo mes, aumentando hasta el fin del sexto, para disminuir después.

Equisier y Golding-Bird piensan, respectivamente, que la kiesteina es debida al pasaje á la circulación materna, para ser eliminada por la orina, de una cierta cantidad de líquido amniótico ó de leche. En cuanto á la última explicación, el hecho de que la kiesteina disminuye desde el sexto mes, es suficiente argumento para desautorizarla.

Para Regnauld, la kiesteina está formada por cristales de fosfato amónico-magnésico (resultantes de la transformación, en contacto con el aire, de la úrea en exceso, y de los fosfatos de cal y magnesia que existen en la orina), con una masa de micrófitos y glóbulos de grasa.

CAPÍTULO II

Métodos de examen—Interrogatorio, inspección, palpación y tacto

Para que un examen clínico, cualquiera que sea el objetivo que persiga, resulte eficiente en beneficio del buen diagnóstico, debe ser metódico y completo en su conjunto, como metódico y minucioso debe ser en sus detalles; y en el caso particular del diagnóstico del embarazo antes del cuarto mes, tan difícil en muchos casos, es siguiendo el precepto arriba indicado, que conseguiremos apartar del buen camino, el sinnúmero de obstáculos que encontraremos.

Una de las clasificaciones más antiguas de los signos del embarazo, es la formulada por primera vez en la obra de Delamotte, en 1722, por su corrector J. Devaux, en la que considera dos clases de signos: los signos *racionales* y los signos *sensibles*.

La clasificación propuesta por Capuron y Montgomery, está basada sobre el valor diagnóstico de los signos del embarazo. Esta clasificación, hecha

en una época en la que todavía se ignoraban los signos y síntomas que hoy sabemos buscar, encontrar é interpretar, admite que los datos suministrados por el examen no dan la certidumbre, sino cuando tienen al feto por origen, y entonces divide los síntomas del embarazo en dos grandes clases: signos de *probabilidad* ó *presunción*, dados por el organismo materno, y signos de *certidumbre*, suministrados por el feto mismo; como éstos son, naturalmente, los últimos en aparecer, cuando el feto es suficientemente voluminoso ó tiene la vitalidad necesaria para exteriorizarse, para anunciar él mismo su presencia, llevan el nombre de *tardíos*, reservándose el nombre de *precoces* para los suministrados por la madre. Hemos dicho ya, anteriormente, nuestro modo de pensar á este respecto, y talvez no sean solamente los signos fetales, los que tengan el privilegio de ser los únicos capaces de tranzar un diagnóstico.

Tarnier ha basado su clasificación en el origen semiológico de los signos del embarazo, clasificación que acepta Puech; divide los signos según sean éstos dados por: el interrogatorio, la inspección, la palpación, la percusión, la auscultación y el tacto vaginal.

En nuestro estudio, vamos á pasar en revista los cuatro principales procedimientos de exploración clínica: interrogatorio, inspección, palpación y tacto, dejando de lado la auscultación, de precioso recurso sí,

pero únicamente utilizable después del cuarto mes (1).

Para que los datos ásí obtenidos impongan la *convicción*, es necesario que concuerden en una armonía absoluta.

En este capítulo, vamos á estudiar separadamente cada uno de estos cuatro procedimientos de exploración, bajo el punto de vista de su técnica, é indicaremos las prevenciones con que hay que ir armado en los distintos casos que puedan presentarse. El estudio de los signos y síntomas suministrados por este método de examen, lo haremos en el capítulo siguiente.

Interrogatorio--Tal vez Stebold (2) exagera cuando dice que «el modo más seguro de no ser engañado, es creer lo opuesto á lo que ellas (las mujeres), dicen»; pero lo cierto es que, en el interrogatorio, tiene el práctico que marchar con pié de plomo para no herir susceptibilidades en algunos casos, y en otros, á pesar de su excepticismo, no dejarse influenciar por el medio, las personas ó las condiciones de su existencia, pues en este último caso, y si fracasa en el diagnóstico, en nada atenúa su responsabilidad el que se haya tratado de personas rodeadas de cuidados, que las hayan puesto al abrigo de toda sospecha.

---

(1) La auscultación de los fondos de saco vaginales, no ha dado hasta ahora suficiente luz, en el diagnóstico precoz del embarazo.

2) Siebold. Lettres obstétricales, Lettre XX. trad. Morfain. pág. 203.

Pajot, dividía las clases de error en: 1º afirmación del embarazo cuando no existe; 2º negación del embarazo cuando existe; y 3º confusión de una especie de embarazo con otra. Pero nada más completo á este respecto, que el estudio hecho por Bonnaire, quien ha dividido los elementos de errores, clasificando las mujeres en tres categorías: *las que se engañan, las que otros engañan y las que quieren engañar* (1).

Mujeres que se engañan—Entre éstas se pueden establecer tres subdivisiones: 1ª unas, sanas y bien regladas hasta entonces, creen de buena fe estar en cinta, sin temor ni esperanza exagerados; 2ª otras, después de un coito irregular, ó de una negligencia en la observación de prácticas preventivas á la fecundación, se sugestionan en extremo, y creen firmemente sentir todos los síntomas del embarazo; 3ª en este otro grupo están las desgraciadas que, llegadas á la declinación de su vida genital, están atormentadas por el deseo de la maternidad, y toman este deseo mórbido por una realidad.

En otros casos, que caben dentro de esta misma categoría de Bonnaire, se trata de auto-sugestión, pero que tiene por base un deseo inmoderado, hijo á veces de un interés capital, que la mujer puede encontrar en un embarazo providencial.

---

(1) Seguimos, en el estudio de esta clasificación, la obra de Bouchacourt, quien mejor ha tratado el punto.

En los casos de este género, que tienen por teatro un medio social elevado, el práctico se encuentra en presencia de una mujer inteligente é instruída, que afirma con autoridad su embarazo y se impone de tal manera por su situación social, su lenguaje y sus descripciones sintomáticas, empapadas en una buena fe indiscutible, que se deja el médico llevar hacia el error, sin que su desconfianza sea rozada.

Mujeres á quienes se engaña—En esta categoría, se colocan las mujeres que vienen á consultar sobre la exactitud ó cualidades de un embarazo que no existe, pero que, sin embargo, había sido diagnosticado por alguna partera ó aún por médicos competentes, en casos difíciles.

Mujeres que quieren engañar—Entre éstas, cuyo número es relativamente considerable, se pueden establecer dos subdivisiones:

1ª En primer lugar figuran las mujeres que fingen un embarazo porque tienen un interés material poderoso para hacerlo. Tal es el caso de la reina Draga Machine, que fingiéndose embarazada, llevó al matrimonio al rey de Servia, autor de este presunto embarazo.

2ª La segunda subdivisión comprende los casos numerosos de mujeres que, queriendo ocultar un embarazo irregular con relación á las convenciones sociales, emplean todos sus esfuerzos para desviar el diagnóstico, precipitando al médico en el error.

Entre estas mujeres, las unas engañan ciegamente, falseando las indicaciones que suministran, negando los síntomas que sienten, acusando dolores que no han experimentado jamás, y en el conjunto sintomático falso, toman las metrorragias un lugar preponderante, á pesar de no haber ellas existido nunca.

Estas mujeres se saben embarazadas, y «para asegurarse la complicidad inconsciente del médico, que ellas esperan inexperimentado, se presentan á él debidamente documentadas de antemano, acusando todos los síntomas de una afección simulada de la matriz, metritis ó fibroma. Tratan así de provocar, ó una intervención á la cureta, ó, por lo menos, una investigación al histerómetro, que las libra de sus preocupaciones, al tiempo que les asegura los cuidados consecutivos». (Bonnaire).

Otras mujeres parecen no prestar ninguna atención á los fenómenos gravídicos, como si quisiesen primero empeñarse á ellas mismas, extendiéndose largamente, con una perfidia calculada, sobre fenómenos accesorios y accidentes insignificantes, que distraen la atención del médico del buen camino, al cual no volverá si no sabe encontrar en ese maremágnum de datos minuciosos é incoherentes que le son suministrados, los indicios que le hagan entrever la verdad.

Se deduce, de todas las dificultades que hemos

expuesto hasta aquí respecto al interrogatorio, que los datos obtenidos por él sólo deberán constituir *indicaciones*, de las cuales el médico tendrá que apreciar el valor, según la lucidez de su intelecto y el grado de veracidad que adivine en su enferma.

Así como ha dicho Bonnaire, «el interrogatorio aporta más obstáculos al buen diagnóstico, que los datos que puede suministrar para establecerlo sólidamente. Sin embargo, si no se quiere ir hasta descuidar por completo los datos de la interesada, es de prudencia elemental no aceptarlos sino bajo beneficio de inventario, que los ojos y los dedos del partero tendrán la misión de rectificar».

Mientras el médico desarrolla un interrogatorio, debe tratar de tomar autoridad sobre su cliente, ganar su confianza y tratar de adivinar si debe hacerla entrar en una de las tres categorías precedentes; en una palabra, si el error es de temerse.

Inspección—Nada de particular en el caso actual, pero debe el práctico tener siempre presente la recomendación de Van Switen, que al examinar un enfermo, no debe el médico conformarse con *mirar*, sino con *ver é interpretar*.

Palpación y tacto—Puesto que durante el primer trimestre del embarazo, raras son las veces que emplearemos aisladamente la palpación ó el tacto, sino que en la inmensa mayoría de los casos se complementan, vamos á hacer al mismo tiempo el estudio

de estos dos medios de exploración, cuyo campo de acción lo constituye el útero, dándole toda la importancia que merecen, pues son los signos suministrados por este examen, únicos que pueden llevar propiamente la calificación de objetivos, los que más en cuenta debe tener el médico, y para cuya investigación á veces difícil, debe conocer todas las maniobras, que en los distintos casos, le permitirán hacer más fácil ó más fructuoso el examen.

El estudio de cómo debe efectuarse este examen, vamos á hacerlo preceder de algunos datos sobre las modificaciones anatómicas que sufre el útero que anida un óvulo fecundado. Estas modificaciones se hacen sobre las *dimensiones*, *forma*, *situación*, *relaciones y consistencia.*

Dimensiones—En el estado de vacuidad, las dimensiones del útero son, según Cazeaux, las siguientes: seis á siete centímetros en el diámetro vertical; cuatro á cinco centímetros en el transverso, y dos y medio en el antero-posterior. Una vez iniciada la gestación, las dimensiones del útero cambian, pero de una manera desigual para sus distintos diámetros, pues mientras que en el curso del primer mes, el diámetro vertical sólo aumenta en algunos milímetros y el transverso es á penas modificado (66 mmtros. en el útero de Collman), en cambio el espesor, el diámetro ántero-posterior, aumenta en más de un tercio (47 mmtros.); al fin del segundo mes, este diámetro

es de 67 mmtros. para Hofmeur y de 70 mmtros. para Braune. Farré da, al principio del tercer mes, 11 y medio centímetros en el diámetro vertical y 10 en el transverso.

Forma—Los cambios de forma se hacen sobre el cuerpo del útero, pues el cuello conserva durante todo el embarazo, su forma cilíndrica más ó menos alargada. El útero, de aplanado en el sentido antero-posterior, se transforma en piriforme al comienzo del segundo mes, á causa del mayor desarrollo de su diámetro ántero-posterior. Al fin del segundo mes tiene la forma de «un pequeño globo de vidrio, soportado por un gollete» (Bonnaire).

El desarrollo de las caras del útero no se hace de una manera igual en su conjunto, sino que la que se encuentra en contacto inmediato con el óvulo fecundado (la posterior con mayor frecuencia), se desarrolla más que las otras. A partir del tercer mes, toma ya una forma globulosa.

Situación—Si antes se ha creído y hasta ha llegado á admitirse, que el útero desciende en la escavación al princpioi del embarazo, Tarnier ha insistido y ha comprobado que no cambia de posición en lo que se refiere á su altura del suelo perineal, y que casi podría decirse que asciende. Es el fondo el único que asciende, pues hasta el cuello, á pesar de su ligero aumento de volumen, queda en el mismo sitio.

La torsión que sufre el útero, por la cual su cara

anterior se hace ántero-derecha, es raro poderla apreciar antes del tercer mes; pero permite, sin embargo, en algunos casos, al hacer la palpación, encontrar el ligamento redondo izquierdo, sobre su cara anterior.

Relaciones—Ya desde la mitad del segundo mes del embarazo, pasada la sexta semana, el útero deja de ser únicamente órgano pelviano y desborda ligeramente por encima, la sínfisis pubiana; á los tres meses se encuentra á tres centímetros y medio por encima de la sínfisis, llegando hasta la parte media, entre el ombligo y la sínfisis, ó sea á seis centímetros, al fin del tercer mes. La relación del útero con la vejiga y el recto, se hace más íntima; sucede á veces, que merced á la relajación simpática de las paredes abdominales, las ansas intestinales vienen á alojarse entre estas paredes y el útero grávido, dificultando así la palpación.

Consistencia—Esta modificación anatómica, del cambio de consistencia del útero grávido, es de una importancia tal, que se está en vías de hacer de su sola constatación, un signo patognómico de diagnóstico precoz del embarazo.

Desde las primeras semanas de la preñez, el útero modifica la sensación dura y resistente de sus paredes al estado de vacuidad, por un notable reblandecimiento de su cuerpo, reblandecimiento que se hace más manifiesto al principio, en su segmento inferior, y que, á semejanza de lo que sucede con el cuello,

se ha dicho que marcha de abajo á arriba, siendo más acusado en su segmento inferior, debido á la delgadez anatómica y á la situación declive de esta región, y que sería en cambio poco marcado en el segmento superior. La sensación dada por el cuerpo de un útero grávido en el segundo mes de su evolución, ha sido comparada por los autores alemanes á una pseudo-fluctuación quística profunda; por Tarnier, á la sensación de comprimir un globo de caucho, y Bonnaire la compara á la de un higo maduro. Multiplicamos voluntariamente las comparaciones, para grabar más un dato de tanta importancia.

Las causas de esta blandura estriban en la imbibición edematosa sufrida por los tejidos; en la mayor vascularización de las paredes, en el trabajo de proliferación muscular, mayor que el de proliferación conjuntiva, y en el líquido amniótico contenido en su interior; esta última causa está probada por el hecho de que, hacia el tercer mes, se siente netamente la blandura quística, y que el cuerpo del útero no se deja comprimir, simultáneamente, sobre varios puntos distintos, cuya explicación reside en la ley física de la incompresibilidad de los líquidos.

Estos cambios son más manifiestos en las primíparas que en las multíparas, lo que quiere decir, sencillamente, que los tejidos nuevos se prestan más á esta modificación, que los que han sufrido anteriormente la distensión gravídica.

Dada la inmensa importancia que la investigación de estas modificaciones tienen para el diagnóstico, debe el médico rodearse de todas las comodidades posibles, para hacer el examen en las mejores condiciones.

En lo que se refiere al examen general del útero (tamaño, forma, etc.), han sido Velpeau, Depaul y Pajot, los que han suministrado reglas precisas, y luego Tarnier, Loviot, Hegar, Löhlein, Müller, Sontag, Bonnaire, etc., las han perfeccionado, y sobre todo, nos han dado la técnica para buscar en la matriz la sensación de reblandecimiento.

Detallaremos primero la manera de cómo debe hacerse el tacto y la palpación combinadas, para sacar el provecho que pueda darnos el volumen, la forma, la situación y la consistencia del útero, para luego describir el modo de investigar en los distintos casos particulares, el signo llamado de Hegar.

Por lo pronto habrán sido desocupados la vejiga y el recto, y tendremos especial cuidado de tener la mujer completamente desvestida, sin que ninguna cinta oprima su talle, evitando de esta manera «un punto de apoyo á la contracción de los grandes rectos» (Bonnaire).

Luego decúbito dorsal, una almohada bajo la cabeza, brazos y miembros inferiores reposando en extensión, respiración tranquila con la boca abierta.

Bonnaire modifica esta posición, si se trata de

mujeres pusilánimes ó rebeldes, que con sus manos dificulten el examen, haciéndolas sentar sobre sus puños, consiguiendo de esta manera hacer más accesible el cuello uterino, impedir todo movimiento de defensa intempestivo, actuando á la vez sobre la moral de la enferma, quien cree de esta manera, prestar ayuda al examen que de ella se hace. Cuando el inconveniente proviene de la dificultad con que se dejan deprimir las paredes abdominales, puede recurrirse á la actitud de Thure-Brandt, que relaja al máximum los músculos de la pared del abdomen: puesta la mujer en el decúbito dorsal, se coloca debajo de la cabeza una almohada, lo suficientemente alta para que el menton apoye sobre el puño del esternón, los hombros reposando sobre el lecho y los miembros inferiores fuertemente flexionados, de manera que apoyen en el lecho por la punta del pie.

Debe emplearse también, si el caso lo requiere, la posición de Trendelenburg (quiste del ovario ó fibroma) ó la posición invertida de Jagle.

Se supone al médico igualmente hábil para hacer el tacto con una ú otra mano, pero de preferencia debe colocarse á la derecha de la mujer, de manera á hacer el tacto con la derecha y la palpación con la izquierda, ya que en el diagnóstico del embarazo, el tacto aislado debe ser proscrito.

He aquí la técnica seguida por Bonnaire y descrita por Mariette en su tesis: «conversando con la

mujer, de manera á desviar su atención de la exploración próxima, el partero coloca la mano al través, encima del puvis, suavemente, de manera que actúe solamente el peso de ella sobre los tejidos que va á comprimir en seguida. Este primer tiempo permite ya constatar si hay ó no tumor que desborde el arco anterior de la pelvis. Después, poco á poco, imprimiendo pequeños movimientos circulares, la mano rechaza los tegumentos exteriores en la dirección del borde de la pelvis.

«Si la mujer es tímida, hiperexitable y vigorosamente musculada, será necesario proceder con una sabia lentitud. Se le hace respirar profundamente, y á cada movimiento expiratorio, la mano desciende, conservando en el curso de la inspiración siguiente, el terreno ganado.....

»Es necesario, en los casos en que la pared tiene demasiada tonicidad, desplegar un esfuerzo, que forzosamente trae una tensión rígida de los dedos, y en este caso vale más emplear la técnica seguida por Bonnaire: poner la mano inerte encima del puvis, é indicar á un ayudante que la hunda así, al estado de reposo y conservando toda su sensibilidad, por presión ejercida sobre el dorso de la mano.

»Los dedos, franqueando el borde de la pelvis, van á constituir un plano resistente, pero sensible, sobre el cual, el tacto vaginal profundo va á llevar

en contacto el cuerpo del útero que se trata de estudiar.».

Cuando por medio del tacto vaginal combinado á la palpación, cuyo delineamiento general hemos trazado, querramos darnos cuenta de la forma, volumen y consistencia del útero, procederemos de distintas maneras, según se trate de un útero en ante-versión (el caso más frecuente) ó en retro-versión.

En el primer caso, los dedos que hacen el tacto, irán directamente hacia el fondo de saco posterior de la vagina, la pulpa hacia adelante, deprimiéndolos lo más alto posible. La mano hipogástrica, hundiéndose detrás del borde anterior de la pelvis, sostiene al útero en su movimiento de ascensión, solicitado por los dedos vaginales, quedando de esta manera la matriz comprimida suavemente entre las dos manos, que aprecian fácilmente sus caracteres.

En el segundo caso, cuando existe retro-flexión, la operación es más difícil, pues la mano que palpa debe hundir sus dedos hasta debajo del promontorio para encontrar el útero, lo que es doloroso para la mujer é incómodo para el médico. Por el siguiente procedimiento, también de Bonnaire, puede, en estos casos, apreciarse el grado de consistencia de la matriz: se trata primero de reducir la retro-versión por intermedio de dos dedos colocados en el fondo de saco posterior, rechazando de abajo á arriba el útero; luego se contornea el hocico de tenca, empujándolo hacia

atrás, y después, ascendiendo sobre la cara anterior, se lleva la matriz sobre el sacro ó el promontorio, de manera que apoye sobre ellos, y basta entonces una ligera presión para obtener el resultado deseado.

Para buscar el signo de Hegar, el achatamiento de la región comprendida entre la porción vaginal del cuello y el cuerpo del útero, tenemos que considerar separadamente los casos en que el útero está en su posición normal (ligera anteflexión) en anteflexión y aquellos en los que el examen está obstaculizado por la profundidad ó falta de elasticidad de la vagina, útero elevado ó adiposis de la pared abdominal.

Para examinar un útero en posición normal, se introducen el índice y medio en el fondo de saco posterior, mientras que los dedos de la mano que palpa, flexionados en gancho, van á buscar á través de la pared abdominal, inmediatamente hacia atrás del borde de la pelvis, la cara anterior del útero; luego, haciendo presión con los dedos de una y otra mano, deben disminuir hasta tal punto el espesor del segmento inferior, que, quedando separados por una fina lámina, dan la sensación de ponerlos en contacto.

En los casos de ante-flexión, la maniobra se hace á la inversa, es decir, que se hace el tacto en el fondo de saco vaginal anterior, y la mano hipogástrica va en busca del segmento inferior, por la cara posterior del útero.

En el tercer caso puede emplearse la maniobra de Bonnaire, descrita como á continuación por Mariette: «con una pinza de Museaux se toma el cuello del útero y se ejerce una tracción suave y continua sobre el órgano, siguiendo el eje de la pelvis, bajando el cuello hacia la vulva sin ningún dolor. Entonces el dedo índice se desliza bien profundamente en el fondo de saco vaginal posterior, así acortado, y debe apreciar la consistencia del cuerpo del órgano gestador, sobre toda la extensión de la cara correspondiente. Si la vagina es muy corta ó poco extensible, el dedo tomaría la vía rectal. Que el pulgar sea colocado al mismo tiempo en contacto con el cuello descendido, y la técnica ginecológica de Hegar se encontrará aplicada en su integridad».

Esta maniobra debe ser reservada á los casos difíciles, cuando se supone un embarazo complicado, y por consiguiente, peligroso.

Para terminar, mencionemos el tacto rectal, asociado al tacto vaginal y á la palpación, como medio de investigar el reblandecimiento del segmento inferior.

Empleado por Müller, Sontag, Compes, Löhlein, Cutuneanu, etc., el tacto rectal tiene demasiados inconvenientes, que explica su poco uso, aunque sin embargo, en algunos casos presta reales servicios.

Se procede de la manera siguiente: se introduce el índice derecho en el ano, mientras que el índice

izquierdo, introducido en la vagina, deprime el fondo de saco anterior de este canal; los dos dedos, yendo al encuentro el uno del otro, perciben fácilmente el segmento inferior, teniendo el dedo rectal un punto de reparo: la inserción supra-cervical de los ligamentos sacro-uterinos.

CAPÍTULO III

SIGNOS Y SINTOMAS DEL EMBARAZO

Modificaciones de orden anatómico, fisiológico, refljeo y patológico, en la mujer embarazada, como medio de diagnóstico precoz del embarazo.

El organismo de una mujer que alberga en su matriz un óvulo fecundado, sufre de este hecho tan grande influencia, que todos sus tejidos son interesados á tal punto, que ha podido decirse que no le queda una célula ni una fibra, que no sea modificada en una forma cualquiera por el sólo hecho del embarazo, el cual, de una manera general, aumenta todos los principios tóxicos del individuo.

Los autores agrupan los signos y síntomas precoces del embarazo de diversas maneras, teniendo en cuenta unos, el lugar de producción, es decir, según tengan ó no por asiento la zona genital; otros, según sean subjetivos ú objetivos, etc. En nuestro estudio vamos á hacer primero una rápida enumeración de los que tienen escaso valor, aquellos calificados por Bourgeau con el nombre de *pequeños síntomas* de presunción, para luego estudiar con la de-

tención que merecen, cada uno de los otros síntomas que más nos van á servir en el diagnóstico.

Si en algunos casos, lejos por cierto de constituir la regla, la fecundación se cumple sin perturbaciones importantes, otros, los frecuentes, en las mujeres civilizadas principalmente, seres esencialmente nerviosos y sensibles «cuyos aparatos presentan un funcionamiento, por decirlo así, en equilibrio instable», sufren las consecuencias de su debilidad orgánica, pues su estado físico y moral, tendido al máximum durante el proceso de la gestación, es debilita en algún punto y caen en funcionamiento mórbido, tanto más fácilmente, cuanto mayores sean sus predisposiciones adquiridas ó hereditarias. Se encuentra uno entonces naturalmente inclinado, para ayudar al diagnóstico precoz de la preñez, á utilizar las reacciones particulares que son la consecuencia de este estado de malestar físico y moral, como también á sacar partido de todas las formas de intoxicación gravídica.

En las primeras semanas de la concepción, dice Levieux (1) «los ojos toman á veces una expresión particular, que no es la misma en todas las mujeres; parecen hundirse en las órbitas, los párpados se arrugan, un círculo azulado los rodea, la nariz se afila, la comisura de los labios se separa, el mentón hace sa-

---

(1) **Levieux. Comment reconnaître qu'une femme est enceinte d'un mois.**

lida, la cara empalidece, los rasgos son tirados como bajo la influencia de una especie de crispación». Además el cuello se hincha y adquiere una turgescencia especial, ya señalada por Demócrito. Esta turgescencia es debida, según Lange, á la hipertrofia del cuerpo tiroide bajo la influencia de la gestación.

Se nota también, especialmente en las primíparas, una predisposición á engrosar, cuando el embarazo no se complica de vómitos. Este hecho explica las observaciones hechas por muchos clínicos, de tuberculosis pulmonar detenida, ó aun curada, bajo la influencia del embarazo.

Sobre el sistema nervioso, la gestación, actúa unas veces como calmante, caso frecuente, y otras excitándolo. La influencia calmante se manifiesta, lo más comúnmente, por una tendencia invencible al sueño, sobre todo después de las comidas, acompañada de pesadez de cabeza y cefalalgia; un estado de pereza tal, que la mujer es incapaz de todo esfuerzo físico ó intelectual; esta depresión intelectual puede ir hasta revestir el carácter de melancolía patológica. La frigidez fisiológica es frecuente desde los primeros días que siguen á la concepción, hecho que se explica por la cesación de la función menstrual.

Stoltz dice, que esta agenesia va á veces más lejos que una simple frigidez, pues ha encontrado algunas mujeres que, cuando estaban embarazadas, sentían tal horror por sus maridos, que utilizaban este

signo para hacer el diagnóstico precoz del embarazo. Tales son los casos de Goulard, de Marc y de Gustave Lebon.

En otros casos, cuando la gestación actúa excitando el sistema nervioso, se está sorprendido de ver mujeres débiles y tímidas, adquirir un grado de fuerza moral extraordinario, y otras, habitualmente de un espíritu mediocre, parecen dotadas de una imaginación viva y brillante.

Charrín y Roche explican estas perturbaciones del sistema nervioso, por su excesiva sensibilidad en las mujeres embarazadas, respecto á ciertos venenos. Según las explicaciones de estos autores, esta excitabilidad es debida á la desmineralización del neuro-eje, por la pérdida parcial de la cal.

El aparato digestivo es igualmente influenciado. El apetito, algunas veces suprimido, está en la mayoría aumentado inmediatamente después de la concepción, por la sobre actividad orgánica que la acompaña. Los trastornos digestivos aparecen de preferencia al fin del primer mes, en el momento en que se constata la desaparición de las reglas. Pueden, sin embargo, ser más precoces.

El *ptialismo*, primer fenómeno que aparece, á pesar de la opinión de Velpeau, no es de gran frecuencia, ni puede catalogarse exclusivamente entre las manifestaciones de auto-intoxicación, como lo prueba la precocidad de su aparición. Cuando es abundante,

incomoda enormemente á las mujeres, pues las obliga á tener continuamente un pañuelo sobre su boca.

Son los *vómitos* las perturbaciones más importantes del aparato digestivo. Se declaran generalmente al fin del primer mes, amargos, biliosos, produciéndose de preferencia á la mañana, al despertarse la mujer, al momento de levantarse, cuando pasa bruscamente de la posición horizontal á la de pie, y después del almuerzo; son con frecuencia acompañados de náuseas; todos estos caracteres los hace comparables á la pituita de los alcohólicos. Una vez el vómito producido, la mujer se encuentra aliviada y en condiciones de volver á tomar alimentos, salvo, se entiende, en los casos patológicos (vómitos incoercibles). Los llamados *vómitos electivos*, son aquellos en los cuales se expulsan, solamente, algunos de los alimentos ingeridos, conservando otros.

El hecho de que los vómitos son muy frecuentes en las mujeres civilizadas y rodeadas de todas las comodidades; que son raros en las obreras y desconocidos en los pueblos salvajes, ha hecho pensar, con justa razón, si la sugestión puede jugar algún rol en la producción de este fenómeno; y evidentemente se está forzado á creerlo así, pues que son las madres ó futuras madres de la primera clase, las que no tienen durante su preñez, más trabajo que pensar de que sufren ó de que deben sufrir y que creen al vómito un síntoma que debe acompañar al embarazo,

las que mayor número de víctimas aportan á esta complicación. Por otra parte, es la sugestión uno de los grandes procedimientos á emplearse contra los vómitos. Lejos de nosotros la idea de querer hacer de la sugestión su única causa, pues que sabemos que en su gran mayoría, son manifestaciones de la auto-intoxicación gravídica; son síntomas patológicos que únicamente porque en ciertos casos pueden prestar grandes servicios en el comienzo de la preñez, los estudiamos aquí al lado de los demás síntomas.

Jaquemier, reconociendo que todos estos fenómenos que hasta aquí hemos estudiado, tienen un valor muy secundario, pues pueden faltar ó ser tan obscuros que pasen desapercibidos, y que, por otra parte, pueden existir sin que haya embarazo, les da gran valor, pues son ellos, dice, síntomas precoces que aparecen ordinariamente antes que los cambios del útero y las mamas hayan tomado caracteres francos. Nosotros los aprovecharemos para formar nuestro hacecillo sintomático.

Várices de los miembros inferiores y de las regiones vulvar y anal—La aparición de las várices al nivel de los órganos genitales externos y de los miembros inferiores, es muy frecuente. La causa de la producción de estas várices, no puede ser explicada por la compresión que un útero grávido, tan poco desarrollado, pueda ejercer sobre la circulación de retorno, sino que se trata de un fenómeno flúxiona-

rio fisiológico, de la misma naturaleza que el que se observa en el cuerpo tiroide ó en tumores eréctiles, pues estos tejidos ofrecen, bajo la influencia de la preñez, un aumento de volumen ó una vascularización mayor, participando de las modificaciones de la circulación general que resultan del eretismo uterino y de la plétora verdadera que acompaña ordinariamente á la gestación. Es, pues, un fenómeno fisiológico, y se observan mujeres que cuando aparecen sus reglas, ven aumentar de volumen sus varicosidades. Participan entonces las várices, de un fenómeno del mismo orden y para ellas, la preñez es una condición pasajera que las pone en evidencia.

Vinay (1) cita el siguiente caso: Una mujer se presenta al médico porque ha perdido leche en bastante cantidad (caiostrorrea) y no siente mover el feto. Tenía anteriormente várices enormes que han disminuido de golpe en proporciones muy apreciables. Se le examina y se constata la muerte del feto.

Si una mujer, por una causa cualquiera, abortase frecuentemente y fuese predispuesta á várices, ella misma podría diagnosticarse la muerte del feto, por la disminución rápida de sus varicosidades, antes enormes.

Invirtiendo los términos de la proposición, se comprende que se podría sacar un buen signo de

---

(1) Vinay. Sig. et simp. de la gros. commençante. Lyon med. 1896.

diagnóstico precoz, del hecho de la aparición rápida de las várices en los miembros inferiores y en las regiones vulvar y anal.

Modificaciones de los senos—No se conoce hasta el presente, la relación anatómica que hay entre el útero y los senos, en la mujer, pero la observación y la fisiología nos indican que estas relaciones existen. En la cabra, es el nervio espermático el que establece esta relación.

La simpatía funcional tan estrecha que existe entre el útero y los senos, hace que éstos, desde los primeros tiempos de la gestación, sufran modificaciones tan importantes á veces, que en algunos casos han constituído dato suficiente para construir un diagnóstico.

Cuenta Archibald Herban, que los misioneros del Sudan Occidental y del centro de Africa, no han conseguido imponer en las mujeres el uso de ropas que cubran sus senos, porque los negros quieren poder reconocer en las mujeres que tratan, el principio del embarazo.

Los primeros síntomas que sobrevienen son de orden subjetivo, y desde las primeras semanas de la concepción, los senos son el asiento de sensaciones más ó menos desagradables: peso, escozor, picoteo, latidos, etc., que traducen el despertar de la actividad funcional de las mamas. Algunas veces la mujer aper-

cibe sobre su camisa, al nivel del mamelón, una ligera mancha.

Casi al mismo tiempo, los senos aumentan de volumen, haciéndose más duros, resistentes y tendiendo la piel que los recubre; hecho que explica las resquebrajaduras que á veces se observan sobre la piel de los senos de una multípara. Si palpando, apoyamos las manos contra el tórax, se sienten nudosidades é irregularidades, cuando al estado normal, tomando el seno á mano llena, no se experimenta más que una sensación de blandura grasosa. Estos signos, que tienen valor cuando se trata de una mujer á la que se puede seguir de cerca, no lo tiene cuando se trata de otra que viene á consultar por la primera vez. Es un signo del principio del embarazo.

A partir del segundo mes, la piel, tendida y luciente, comienza á surcarse en una red irregular más ó menos arborescente, de coloración azulada, debida á que se hace más aparente la red venosa subcutánea.

Montgomery, Smellie y Hunter, daban más importancia á los cambios observados en la areola; esta areola, en las mujeres no embarazadas, ofrece en su superficie unas pequeñas salidas redondeadas ó ligeramente achatadas, que en número de 5 á 20 rodean el mamelón, formadas por glándulas sebáceas, que han recibido el nombre de tubérculos de Morgani. Bajo la influencia del embarazo se hipertrofian,

formando salidas de 3 milímetros más ó menos, de diámetro, recibiendo el nombre de tubérculos de Montgomery, el primero que llamó la atención sobre este dato. Aparecen en la mujer embarazada de más de dos meses. Según Dubois, Duval y Pinard, los tubérculos de Montgomery, no son solamente los de Morgani hipertrofiados, sino que varios de entre éstos representan glándulas mamarias accesorias, lo que explica el aumento aparente de su número. Sobre este solo signo, Hunter se basó para declarar, examinando un cadáver, que el útero se había desarrollado por una concepción, no obstante que el himen estaba intacto.

Siguiendo con el examen de la areola, estudiamos su saliencia y la pigmentación. Mirando el seno de perfil se ve que la areola, en lugar de estar como al estado normal, achatado, hace una salida, cuya forma particular le ha hecho dar por Dubois, el nombre de *signo del vidrio de reloj*.

La pigmentación del mamelón y de la areola, precoz en su aparición, varía según las distintas razas, y su intensidad está en relación con el grado de pigmentación general del individuo.

Fuera de la areola primitiva y concentrícamente á ella, se deposita una capa de pigmento, cuya intensidad decrece á medida que avanza, formando lo que se llama la *areola secundaria*; ésta no tiene un tinte uniforme, pues al nivel de los folículos pilo-

sos, existen pequeños espacios donde la piel conserva su coloración blanquecina; de ahí el nombre de areola *atigrada* ó *moscada*.

Esta pigmentación ni es constante, ni siempre que exista tiene valor. Tarnier ha tenido ocasión de observar un caso de una joven en la cual el útero y la vagina faltaban, á pesar de tener sus órganos genitales externos bien conformados: en esta enferma se observaba una pigmentación bien marcada del mamelón y la areola, rodeada de una areola secundaria.

Cazeaux ha visto en la Clínica de Partos en 1839, una mujer que había llegado al término de su embarazo y en la cual no existía absolutamente ninguno de los signos indicados.

Terminamos con las modificaciones del mamelón que se hace más eréctil (telotismo) y más sensible, sobre todo al tacto, al mismo tiempo que se ensancha y se alarga, siempre que no haya sido muy atrofiado por el corsé.

Supresión de las reglas—Es este síntoma de un valor considerable para el diagnóstico precoz del embarazo, y en la inmensa mayoría de los casos es el primero que da la voz de alarma cuando, en mujeres que se saben bien regladas, sobreviene la primera falta menstrual. Sin embargo, una mujer puede perder sangre, y estar embarazada. La interpretación de este hecho ha dado lugar á discusiones sobre el

origen de esta pérdida sanguínea, pero no obstante los múltiples trabajos hechos á este respecto, hasta la hora actual, no han podido llegar á una conclusión única y categórica en lo que se refiere, es claro, al primer trimestre de la gestación, cuando aun no han llegado á soldarse la caduca parietal con la refleja.

Los autores antiguos citan, sin embargo, casos de mujeres regladas durante algunos meses de la gestación (quinto mes, Mauriceau) y aun durante todo el curso del embarazo; tales son los casos de Haller, Mauriceau, Dunal, Riolan, Devaux, Guillemeau, Deventer, Baudelocque, Chambón, Perfect, Churchill, Cazeaux, Tarnier, etc.

En el caso de Tarnier, se trataba de una multípara en la cual las reglas, fuera del embarazo, se producían cada quince días y duraban cada vez una semana; á cada uno de los embarazos, la menstruación continuaba haciéndose cada quince días, pero solo duraba cinco. Esta disminución en la duración de sus reglas constituía para ella un signo cierto de embarazo.

Cazeaux ha visto varias mujeres embarazadas que reglaban, unas, durante algunos meses solamente y otras, durante todo el curso de la gestación de la misma manera que antes del embarazoo; «la sangre, dice, era igualmente abundante, roja y aparecía en épocas fijas». Existen casos más extraordinarios todavía, de mujeres solamente regladas durante sus embarazos.

Deventer, Baudelocque, Chambón, Perfect, Churchil, citados por Cazeaux, relatan observaciones de este género, de entre las cuales, es sin duda la de Deventer la más interesante, quien ha podido constatar la aparición de las reglas en una mujer durante cuatro embarazos sucesivos, y su ausencia en el intervalo de las preñeces.

Son los casos de esta naturaleza, tan raros y su explicación tan dudosa, que han hecho decir á Tarnier que más convendría ignorarlos en la práctica diaria.

Se le ha dado pues á este síntoma, el lugar que le corresponde en el diagnóstico del embarazo. Pajot, en su «Cours d'Accouchement», obra manuscrita apa-recida en el año 1857, cuenta que Dubois decía: «Cuando viene á consultarme una mujer sobre la existencia de un embarazo, le dirijo esta pregunta: ¿Tenéis vuestras reglas? si me responde que «no», la examino sin espíritu preconcebido; si me contesta que «sí», la examino con la presunción de que no está embarazada».

Luego Pajot, después de extenderse en consideraciones sobre la no probabilidad de la persistencia de las reglas durante el embarazo, comparando con lo que sucede en las hembras llenas de las especies domésticas, quienes dice, no presentan ninguna época de celo durante la gestación, ya que la menstruación sin ovulación es un hecho excepcional, concluye

que las pérdidas sanguíneas durante la preñez son hemorragias producidas por congestión ó traumatismos locales, y compendia su modo de pensar en las dos fórmulas siguientes: «Las mujeres, en las cuales las reglas se muestran durante toda la duración de la preñez, iguales en cantidad, calidad y regularidad á las que tienen fuera del estado de la gestación, son excepciones extremadamente raras». Luego dice: «Cuando una mujer tiene sus reglas en cantidad, calidad y regularidad, iguales á las que tiene habitualmente, sin hacer un examen minucioso, el primer pensamiento del partero debe ser de que la mujer no está embarazada».

Veamos ahora como algunos autores combaten á los que opinan que las pérdidas sanguíneas de las mujeres embarazadas son independientes del flujo menstrual fisiológico: «Esta opinión, admitida hace algunos años, casi universalmente, es, sin embargo, desmentida por hechos indiscutibles, no solamente en los casos de embarazo ectópico (pues en estos casos es frecuente) sino también durante los dos ó tres primeros meses de la gestación».

«Esto no tiene, por otra parte, nada de inverosímil, puesto que varios fisiologistas y parteros (Morisoni, Barone, etc.) admiten que la puesta ovular puede existir durante una parte de la gestación, lo que ha sido verificado por un cierto número de constataciones anatómicas (Christopher, Slavianky, Con-

sentino, etc.), y como, además, el derrame menstrual puede aparecer independientemente de la madurez del óvulo (Coste) y que se ha observado á veces en mujeres totalmente castradas, esta cuestión de la persistencia de las reglas durante las primeras semanas de una gestación, no constituye forzosamente un error de interpretación, tanto más, cuanto que todos los veterinarios afirman que el celo puede reaparecer regularmente en las hembras domésticas preñadas, sobre todo durante los primeros meses de la gestación.

De manera que hay que aceptar con algunas reservas, por lo menos al principio de la preñez, el aforismo de Pajot, que ha estado gravado tan largo tiempo en el cerebro de los alumnos: «Cuando una mujer tiene sus reglas....., etc., etc.», Bouchacourt.

Sin embargo, á pesar de lo seductoras que sean las teorías invocadas, en la práctica diaria se debe tener presente, que puede una mujer embarazada tener reglas verdaderas en casos de útero doble; que son frecuentes las pérdidas sanguíneas en casos de embarazos patológicos; que puede haber concepción sin que nunca haya existido la menstruación, si la fecundación sorprende á una joven en vísperas de sus primeras reglas, de manera á ofrecer así su fruto antes que sus flores; que puede sobrevenir un período de amenorrea en las recién casadas, por abuso de coito, etc., y sobre todo no olvidar las conclusiones

de Pinard, quien afirma, no haber observado *jamás* la persistencia de las reglas en una mujer en cinta, constituyendo así su supresión, un signo de gran valor en favor del embarazo, é inversamente, que su persistencia es incompatible con la existencia de una preñez.

Todos los síntomas que hasta aquí hemos estudiado, importantísimos algunos de ellos, pierden, sin embargo, en la práctica parte de su valor, porque como pasa en las reglas, por ejemplo, puede la mujer falsear á su paladar los datos, sin que el médico pueda controlarlos; si en la mayor parte de las mujeres se puede asegurar hoy la existencia del embarazo desde la sexta ó décima semana de su evolución, es sobre todo, gracias á los progresos realizados por los ginecólogos y parteros modernos, en el examen clínico local.

Como hemos dicho en otro lugar, este diagnóstico que puede hacerse según la estadística de Loviot, en el 95 por 100 de los casos, y en el 99 por 100 según Noble, es particularmente fácil en los úteros en anteversión ligera (caso común), á condición, se comprende, que se posean todas las facilidades para practicar el examen, y que no haya contradicción muy marcada en los fenómenos observados; en estos casos, si no nos pronunciamos con precipitación, y procedemos á exámenes sucesivos, podremos

siempre, con los signos que á continuación describimos, llegar á una certeza suficiente.

Vulva, vagina y periné—En la cara cutánea de los grandes labios y el periné, sobre todo al nivel de su rafe mediano, se observa depósito de pigmento, reblandeciendo é hipertrofiándose toda la región perineal.

Jacquenier ha sido el primero en llamar la atención sobre el cambio de coloración de la mucosa vulvovaginal, que pierde pronto la coloración rosada que ofrece en la nulípara, para adquirir un tinte rojovinoso debido á la mayor vascularización. Al mismo tiempo se hace más húmeda.

Johnson, Marduel, Cuzzi, Marchioneschi y Fry, han señalado el aumento de la temperatura vaginal en 5 á 6 decígrados sobre la temperatura general. Osiander indica un latido vaginal, que lo atribuye á la circulación venosa, llamándolo *pulso venoso*.

Cuello—Más importantes son las modificaciones operadas sobre el cuello. Ya hemos descrito en el capítulo tercero las ideas actuales respecto á la posición del cuello durante el embarazo, y repetimos aquí, que hoy se aceptan las ideas de Tarnier, quien dice, que á pesar de las consideraciones teóricas que hacen presumir el descenso del cuello, (relajación de los ligamentos uterinos, mayor superficie del fondo del útero sobre el cual actúa el peso de las ansas intestinales) y de la plancha clásica de Braune, que

representa un útero de dos meses en el cual el cuello ha descendido tan apreciablemente, que el labio anterior del hocico de tenca desborda el plano sub-sacro-pubiano, cuando fuera de la preñez está siempre por encima, que á pesar de todo ésto, digo, el cuello no desciende en la excavación, ni en la proporción siquiera de su hipertrofía.

Para Stoltz, la primera modificación que se observa en el cuello del útero, especialmente en las primíparas, es un reblandecimiento cortical que se efectúa de abajo á arriba, afectando luego la forma de un cono truncado, á base inferior, colocado en el canal cervical, y cuyo diámetro varía con la edad de la preñez. Son clásicas las comparaciones de Dubois, quien dice, que comprimiendo con un dedo la extremidad del lóbulo de la nariz, se obtiene la sensación del cuello de un útero fuera de la gestación, y comprimiendo el labio superior, la del cuello durante el embarazo, á lo que Pinard agrega: sea éste ectópico ó uterino.

Ya al fin del primer mes, la mucosa del hocico de tenca está tan reblandecida y edematosa, que da al tacto la sensación de tocar una mesa recubierta de una tela gruesa, comparación tan vulgarizada. Al fin del tercer mes, toda la superficie del hocico de tenca está reblandecida en una extensón de 2 á 3 milímetros.

Stein pretende que la forma circular que toma

el orificio externo del cuello, es el signo más cierto de embarazo, apareciendo antes en las nulíparas que en las multíparas. Estas ideas han sido rechazadas por J. Chr. Löder.

Llegamos, por último, al estudio de los signos que derivan de las modificaciones sufridas por la matriz misma, signos también estudiados por Pajot, Tarnier, Loviot, Hegar, Lohlein, Müller, Sontag, Bonnaire, etc., observadores que han ido á sorprender en su nido al óvulo fecundado.

El estudio que, de la técnica de exploración, hemos hecho en el capítulo II, nos permitirá ahora ser breves.

Por medio de la palpación combinada, tal cual la hemos descrito anteriormente, es fácil darse cuenta del aumento de volumen, las desviaciones y la situación del útero. De la misma manera buscamos el signo de Pajot, que su autor lo describe de la siguiente manera: «Si se hace el tacto á una mujer en cinta y se deprime hacia arriba los fondos de saco vaginales.....; hacia adelante, atrás, á derecha é izquierda....., se tiene la sensación de una especie de vacío, no se encuentra ningún cuerpo resistente contra el cual puede chocar y detenerse el dedo. Por el contrario, si la matriz se ha desarrollado aun en débil grado por una causa cualquiera, de las cuales la preñez es la más frecuente, el dedo, comprimiendo los fondos de saco vaginales, es detenido pronto por el

segmento inferior del cuerpo del útero, aumentado de volumen».

Cuando el útero conserva su posición habitual de ligera ante-versión, es fácil encontrar el signo de Pajot, pero hay una causa de error en las desviaciones pronunciadas, pues lo encontramos más acentuado del lado de la desviación, y suprimido, ó por lo menos muy disminuido, del lado opuesto. Si la mano que explora puede corregir esta desviación, la causa de error desaparece, cosa que es fácil conseguir cuando las desviaciones no son inflamatorias y, sobre todo, cuando se trata de ántero y látero-versiones.

Este signo, del cual el valor semiológico es considerable, sería perceptible á partir de la sexta semana, según Noble, pero Budin piensa que es muy difícil apreciarlo antes del tercer mes.

Con estos datos, sólo sabemos que el útero está aumentado de volumen, pero ignoramos la causa de este agrandamiento, á pesar de ser el embarazo la más frecuente; otra es la importancia del signo que tantas veces hemos mencionado en el presente trabajo: el reblandecimiento del cuerpo del útero, y especialmente del segmento inferior, síntoma que va en camino de ser declarado patognomónico, en el diagnóstico precoz del embarazo.

Loviot, que tan bien ha estudiado este síntoma, ya esbozado por Pajot y Tarnier, dice que el reblandecimiento no debe referirse á un sitio limitado, sino

á la totalidad del espesor de la pared posterior ó anterior del segmento inferior.

Para percibir el reblandecimiento total del cuerpo, la sensación que Tarnier y Bonnaire nos han enseñado á conocer como idéntica á la que se percibe comprimiendo una pelota de cautchouc ó un higo maduro, respectivamente, es condición indispensable hacer muy accesible la cara posterior del globo uterino á los dedos que palpan.

Este mismo estado de reblandecimiento del útero, y especialmente de su segmento inferior, da lugar á otro signo, el más importante de todos los que hasta ahora se han descripto; me refiero al signo de Hegar (1). Se da este nombre al fenómeno siguiente, que se constata al principio de la preñez, y que es percibido por la palpación, combinada al tacto rectal ó vaginal: existe encima de la porción vaginal del cuello uterino, entre el cuerpo del útero y el cuello, una región delgada, reblandecida, que puede ser comprimida entre el dedo vaginal ó rectal y la mano que palpa la pared del abdomen, región que puede ser estrechada hasta no presentar más que un espesor tal, que da al observador la sensación de poner sus dedos en contacto.

El signo de Hegar es, sobre todo, apreciable en la porción media del segmento inferior, sobre la

---

(1) Hegar. Diagnostie de la grosesse durant le prernier mois. (Prager. med. Wochersch. 1884, suales de ginecologie. T. XXII, pág. 205).

línea mediana; las partes laterales son mucho más delgadas y resistentes. Para unos, este signo sería apreciable á partir de la quinta semana, para otros desde la octava.

Para completar el estudio de los datos que puede suministrar el examen de los órganos genitales, diremos dos palabras de la *contractilidad del útero*, del *signo de Cutaneanu*, del *tacto y cateterismo intrauterinos* y de la *histeroscopia*.

El útero grávido tiene la propiedad de la contractilidad, y la constatación de ella, al hacer un examen, es de inmensa importancia. Esta propiedad permite hacer el diagnóstico de fibroma de la pared uterina, por ser el único tumor que comparte con el tejido muscular, esta particularidad.

Cutaneanu dice que al principio de la preñez, las trompas son más sensibles y más gruesas, y que por ser frecuente, lo considera como un dato de valor.

El tacto intra-uterino — Se practica llevando el dedo al través del cuello hasta el interior de la cavidad del útero. Ha sido recomendado este medio de diagnóstico, únicamente en los casos muy difíciles ó imposibles por otros medios, si se teme una afección grave, que revista al diagnóstico de los atributos de rapidez y exactitud. Lepage ha publicado en 1888, un caso en el cual Pinard no llegó á estar seguro de un embarazo, sino después de haber constatado

la presencia de las membranas, por medio de un dedo introducido en el cuello.

Después de siete años de práctica, el profesor Massarenti (1), basado en la observación de varios casos de embarazo (uno de doce días, otro de un mes, de un mes y medio, de dos meses, etc.), afirma que se puede llegar sin peligro á diagnosticarlo, introduciendo sondas de cera muy delgadas (4 mm. de diámetro), pero bastante resistentes, en el interior del útero. Habiendo sondado, por error de diagnóstico, dos mujeres embarazadas de algunas semanas, sin que se produjera ninguna complicación, creyó ver en este modo de examen, una manera de hacer el diagnóstico precoz del embarazo.

Según el autor, este modo de exploración sería inofensivo para el huevo, cuyas membranas resistentes y únicamente en relación de simple contacto con el útero, soportarían fácilmente sin desgarrarse esta maniobra, y que, por otra parte, la contractilidad uterina no es despertada sino por la permanencia durante varias horas, de un cuerpo en su cavidad. Pero los parteros, que aconsejan con razón respetar el tapón mucoso del cuello, bajo pena de aborto, infección ó hemorragia, han proscripto este modo de exploración.

---

(1) **Massarenti. Revista Clinica. 1886.**

La histeroscopia—Según el método de Clado, con un aparato análogo al electroscopio de Casper, parece que puede ser utilizada, sin los inconvenientes del cateterismo intra-uterino.

CAPITULO IV

Diagnóstico diferencial del embarazo con las afecciones ginecológicas

No podemos tener la pretensión de hacer en este capítulo, el estudio completo y detallado del diagnóstico diferencial del embarazo en el primer trimestre de su evolución, con todas las afecciones ginecológicas, pues tan vasto y tan importante es su estudio, que sería amplio tema para una tesis el título de este capítulo. Esbozaremos someramente, dando sus caracteres más salientes, algunas de las afecciones ginecológicas, las que con más frecuencia ó más fácilmente, puedan ser confundidas con el embarazo normal.

Embarazo tubario—Los signos que ofrece el embarazo tubario son, al principio, los mismos que en la preñez simple, bajo el punto de vista funcional.

La palpación combinada nos muestra el útero aumentado de volumen, pero este aumento no está en relación con la edad del embarazo. Además, sobre uno de los lados del útero, más rara vez prolap-

sado en el fondo de saco de Duglas, se encuentra un tumor, una masa, de consistencia más ó menos blanda, reunida al útero por un pedículo y separada de él por un surco.

Hematocele retro-uterino—Esta afección, producida en la inmensa mayoría de los casos por la ruptura del quiste fetal en la cavidad peritoneal, tiene generalmente un principio dramático, acompañándose de dolor extraordinariamente vivo y síntomas de hemorragia interna. En algunas ocasiones, sin embargo, los fenómenos pueden ofrecer un carácter insidioso. La inundación peritoneal no tarda en enquistarse y sufrir diversas transformaciones.

Retro-flexión—Se observa con alguna frecuencia, al principio del embarazo, retrodesviaciones que están en relación con la evolución gravídica. Las retrodesviaciones inflamatorias, adherentes, son frecuentemente dolorosas á causa de estas adherencias; á veces se observa constipación por compresión del recto, y metrorragias, que ofrecen en ocasiones la particularidad de aumentar con el decúbito dorsal. La constatación de la retrodesviación por el tacto vaginal y su mayor ó menor reducción por el tacto rectal, son datos suficientes para establecer el diagnóstico.

Salpingo-ovaritis—En los antecedentes de la enferma figura la metritis, especialmente gonocóccica, y no es raro despistar cólicos salpíngeos. La explora-

ción, dolorosa frecuentemente, nos muestra una trompa irregular, con saliencias más ó menos pronunciadas, formando un tumor ligado al cuerno uterino por un pedículo y separado del cuerpo de este órgano por un surco apreciable.

Flemón del ligamento ancho—Afección de desarrollo rápido, acompañada de síntomas de infección y dolores vivos; el tacto permite constatar un empastamiento perimetrítico. Está en relación con un estado puerperal reciente.

Quiste del ovario—Los signos gruesos de esta afección son: tumores parauterinos, desviación del útero, menorragias, consistencia dura y poco elástica, percepción de un surco limitando los dos órganos.

Tumores fibrosos—La consistencia del útero es dura en estos casos, faltándole, por consiguiente, esa sensación de reblandecimiento, de blandura pastosa, que es la característica del útero grávido. Las metrorragias son casi constantes, así como los derrames leucorréicos é hidrorréicos. Jamás en estos casos, se constata la contracción uterina, que puede existir aún en embarazos sumamante jóvenes.

CAPÍTULO V

Conclusiones

Hemos construido cada una de las varillas, con las cuales podemos llevar á término lo que nos propusimos en el prólogo y que Bonnaire llama el hacesillo de probabilidades. Si algunos de ellos son tan falsos que se rompen al menor esfuerzo, otros son suficientemente fuertes para sostener casi por sí solos, el diagnóstico.

Teóricamente, nada más fácil que exponer el modo de reconocer un embarazo, pero existe en la práctica la dificultad que estriba en saber apreciar los signos que nos suministra el examen local, cuya difícil investigación y apreciación no es, indudablemente, la obra de un principiante, pues que sabemos que para aprender á evitar los errores es necesario haber cometido muchos, y es únicamente gracias á una larga práctica, que se conseguirá dar exacta cuenta de esa sensación de blandura especial, de blandura quística, de blandura pastosa, de globo de cau-

chuc, de higo maduro, que caracteriza el útero grávido.

Para que el diagnóstico revista los caracteres de una seguridad absoluta, es necesario que repose sobre la base de un examen local, y asimismo, el error es posible en algunos casos, si el práctico no reserva, prudentemente, su fallo para un examen ulterior.

Buenos Aires, abril 13 de 1908.

Nómbrase al señor consejero doctor E. Bazterrica, al profesor titular doctor S. Molina y al profesor suplente doctor A. Peralta Ramos para que, constituidos en Comisión Revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.
Decano.

R. S. GOMEZ.
Secretario.

Buenos Aires, mayo 5 de 1908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1821 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON,
Decano.

R. S. GOMEZ.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial entre el embarazo normal de tres meses y el embarazo tubario.

II

¿Un embrión muerto puede permanecer mucho tiempo en el útero?

III

¿Cómo se puede diagnosticar la muerte del producto de la concepción en la primera mitad del embarazo?

———

BIBLIOGRAFIA

BARD-BRINDEAU Y CHAMBRELENT.—«La pratique de l'art des accouchements», 1907.

BOUCHACOURT.—«Le diagnostic de la grossesse», París, 1906.

BOURGEAU.—«Sympt. de la grossesse au dêbut». Tesis doctoral, París, 1902.

BRISSAUD, PINARD ET RECLUS.—«Pratique medico-chirurgicale», 1907.

BUDIN ET DEMELIN. — «Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement», 1904.

CATUNEANU, JEAN.—«Contribution à l'étude du diagnostic de la grossesse au dêbut. Signe d'Hegar». Thesis, París, 1895.

CAZEAUX.—«Traité de l'art des accouchements», 1897.

FERNÁNDEZ, UBALDO. — «Estudio anátomo-clínico del aborto», Buenos Aires, 1907.

HEGAR.—«Diagnostic de la grossesse durant le premier mois». (Prager Med. Wachensch). 1884.

HUBERT.—«Course d'accouchement», 1885.

JACQUEMIER.—«Manuel des accouchements», 1885.

LEVIEUX.—«Comment reconnaître qu'une femme est enceinte d'un mois». Thesis doct. París, 1841.

LOVIOT.—«Du diagnostic certain de la grossesse avant l'apparition des signes dites de certitude». Archive de Tocologhie, 1883.

MARIETTE.—«Valeur seméiologique des modifications de l'uterus au dêbut de la grossesse». Thesis. París, 1903.

MATTEI.—«Diagnostics des quatre prémiers mois de grossesse obtenus par palper et toucher». Bulletin Academie de Médecine. París, 1865. XXXI, 821.

PAJOT.—«Cours d'accouchements» (manuscrito), 1857.

PAJOT.—«Travaux d'obstetrique et de ginecologie», 1882.

TARNIER ET CHANTREUIL.—«Traité de l'art des accouchements», 1882.

VELPEAU.—«Traité complet de l'art des accouchements», 1835.

Imp. Ad. Grau—Moreno 960.