

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

---

# KINESITERAPIA

Y

# MASAJE GINECOLOGICOS

---

## TESIS

Que para el examen de Médico, Cirujano y Partero,  
presenta al Jurado Calificador

Vicente Pérez de la Vega

Alumno de la Escuela N. de Medicina.

---

MEXICO

IMPRENTA DEL GOBIERNO FEDERAL

(3ª DE REVILLAGIGEDO NÚM. 3.)

—  
1908



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A LA SAGRADA MEMORIA DE MI PADRE

EL SEÑOR

**DON VICENTE F. PEREZ**



A MI ADORADA MADRE

LA SEÑORA

DOÑA JOSEFA DE LA VEGA V<sup>da.</sup> DE PEREZ

AL SEÑOR DOCTOR

D. FERNANDO ZARRAGA



**A MI BUEN AMIGO**

EL SEÑOR

D. EMILIO LOBATO



LA idea del tratamiento de las afecciones ginecológicas por el ejercicio y el masaje se debe á un oficial del ejército sueco: el mayor Thure Brandt.

Tal origen sería muy extraño si no supiéramos que á todo oficial sueco se le enseña, además de la gimnástica militar, el masaje y la gimnástica médica.

Así es que cuando ideó su procedimiento ya era gimnasta médico, habiéndose dedicado con posterioridad al estudio detallado de la anatomía de la pelvis.

Más de treinta años de constancia hubo de emplear y muchas las dificultades que vencer á fin de que su método hubiera tenido el honor de ser estudiado científicamente como correspondía al considerable número de éxitos obtenidos con él, aún en casos desesperados y ya avocados á la operación sangrante.

El temor de comprometer el decoro profesional, ejecutando maniobras que no tienen nada de solemne, bastaba para que ciertos médicos no lo creyeran digno de tomarse en serio.

Para unos no era de tomarse en consideración por creerlo una práctica inmoral, creencia infundada, puesto que todas las manipulaciones y ejercicios de que dispone pueden hacer-

se sin necesidad de descubrir á la paciente; y si acepta otras exploraciones ginecológicas como la inspección por medio del espejo, ¿por qué no habría de aceptar esto que ofende mil veces menos su pudor?

Para otros, y tal vez los menos, era considerado como medio de provocar el onanismo. No se sabe cómo ha podido merecer tal reproche, cuando en último resultado puede ser considerado como una exploración ginecológica prolongada, y además, la exacta comprensión del modo de hacer, disipará toda duda á este respecto.

Para dar una idea de las dificultades porque atravesó el método para ser aceptado, como lo es por fortuna actualmente, referiré lo que aconteció al Dr. Fourcade.

Era pasante de medicina y para sustentar su examen profesional tomó como punto de tesis el asunto que ahora me ocupa. Relataba nueve observaciones.

Pero sucedió que en el momento de sostenerla, los jurados, entre los que figuraban Bouchardat y Broca, fueron atacados de un pudor exagerado y resolvieron de común acuerdo que era indigna de tomarse en cuenta oficialmente.

Más como era injusto dejarlo para otra ocasión, y además el trabajo estaba bien acabado, convinieron en que en el espacio de 24 horas presentara otro trabajo, habiendo tratado éste, de las fracturas olecranianas.

Y así se salvó de un fracaso.

Cuando tratamos de inquirir el por qué de la acción de una substancia medicinal, ya sea ésta un purgante, un emenagogo, un febrífugo, un colagogo, etc., llegamos á explicaciones más ó menos satisfactorias y cuyo carácter hipotético comunemente no es discutido. Y no obstante lo exiguo de muchas de estas explicaciones, nunca producen descrédito ni al que las prescribe ni á la medicina prescrita.

Nada parecido acontece tratándose de la kinesiterapia y de la masoterapia. Por el contrario son innumerables las di-

ficultades porque ha atravesado para pasar del dominio de empíricos carentes en lo absoluto de nociones anatómicas y clínicas, al dominio científico.

La explicación de los efectos terapéuticos de este método no puede ser más sencilla y difícilmente encontraremos otro agente terapéutico que la iguale.

Si consideramos al organismo en su composición vemos que es materia bruta; pero si nos ocupamos de él funcionalmente encontramos á esa materia animada de toda clase de movimientos.

Hay movimiento donde quiera que hay manifestación vital.

Para la locomoción, movimiento.

Movimiento en los vasos sanguíneos y linfáticos.

Más movimiento en el peristaltismo intestinal.

En las mucosas, movimiento de las pestañas vibrátiles.

Y movimiento en los fenómenos osmóticos, de asimilación y desasimilación.

Por otra parte, bien sabido es que la salud de todo organismo que permanece en la inacción, se altera á la larga, produciendo la atrofia tegumentaria y la inercia funcional.

Los efectos del ejercicio pueden ser visibles y próximos, ó lejanos y más ó menos latentes.

Se manifiestan los primeros por un aumento de frecuencia de los movimientos respiratorios y aceleración del pulso; por aumento de la temperatura y actividad de transpiración.

Los segundos, por el desarrollo muscular progresivo; la disminución, por reabsorción del tejido adiposo; por el aumento del apetito, del vigor, etc.

Así vemos que el ejercicio que instintivamente verifica todo ser animado produce fuerzas que acumulándose en el organismo, permanecen ahí latentes para aprovecharse proporcionalmente en los fenómenos más íntimos de la vida.

Si este acúmulo de fuerzas se hace por el solo hecho de

su actividad propia, fácil nos es admitir que cuando esta actividad propia esté alterada, podrá cargarse de la misma manera haciendo uso para ello de ejercicios de calidad idéntica.

Por lo tanto, el petrissage, el tapotement y las distintas manipulaciones de que el médico dispone, no son otra cosa que ejercicio físico que transmitido podrá producir los mismos resultados que el ejecutado por el individuo mismo.

Según como usemos esta fuerza así obtendremos ya efectos generales, ya locales ó bien sobre ciertos órganos ó grupo de órganos.

Donde quiera que se aplique produce aceleración en la circulación sanguínea y linfática; los productos extravasados son llevados á las vías de la absorción y aumenta la actividad en los fenómenos químicos y térmicos que se traduce por aumento de la temperatura de la región tratada.

Esto nos explica bastante bien el efecto fortificante, resolutive y analgésico que produce.

Al tratar el asunto "kinesiterapia y masoterapia ginecológicas," vendría bien hablar algo del masaje abdominal; pero me abstengo de hacerlo para no prolongar demasiado este trabajo.

La kinesiterapia y la masoterapia están íntimamente ligadas en sus efectos curativos, que se expondría á fracasos el médico que se propusiera usar aisladamente cualquiera de las dos.

La una es el complemento de la otra y viceversa.

Paso á ocuparme de la primera.

La gimnástica de que se hace uso en la terapéutica no es la francesa como podría creerse, sino la sueca, cuyo principio es: hacer trabajar aisladamente cada uno de los grupos musculares que constituyen la economía y dosificar el ejercicio.

Los efectos de los movimientos empleados en las afecciones ginecológicas pueden ser: 1º congestionantes; 2º descongestionantes, y 3º para desarrollar la musculatura pélvica.



La congestión uterina activa se producirá con ayuda de movimientos concéntricos, es decir, aquellos en que la extremidad libre de las palancas huesosas tienda á acercarse al centro como en los movimientos de flexión y de adducción.

La descongestión se producirá empleando movimientos excéntricos como los de extensión y abducción.

Haciendo trabajar los aductores femorales y los músculos perineales conseguimos desarrollarlos y fortificarlos, contribuyendo de esta manera al tratamiento del prolapsus uterino.

Los movimientos empleados se dividen en: activos, pasivos y de resistencia.

Los primeros son los que ejecuta el paciente con la intervención de su voluntad; los segundos son ejecutados por el médico sin que el enfermo ponga nada de su parte y los últimos son aquellos en que el médico opone cierta resistencia á la ejecución de determinado movimiento ó el enfermo resiste al movimiento que se trata de hacerle ejecutar.

Los ejercicios que voy á citar son algunos de los empleados por Thüre-Brandt.

Se comprende que no se han de emplear sistemáticamente para todas las afecciones ginecológicas, sino que el médico tomará los más á propósito, según su criterio para que en combinación con el masaje pueda obtener el efecto que busca: aliviar.

### **Movimientos activos.**

1º Elevación anterior y abatimiento lateral de los brazos en estación de marcha.

He aquí cómo: La enferma en posición de marcha hace una inspiración al levantar, horizontal y paralelamente los brazos hacia adelante y hacia arriba (con la región palmar de ambas manos vuelta hacia adentro) y hace una expiración al ba-

jarlas hacia los lados. Este movimiento se repite cuatro ó cinco veces con ligeros intervalos.

2º Posición en decúbito dorsal, piernas cruzadas, rotación activa de los pies.

He aquí cómo: La enferma se acuesta en un banco á propósito, con los hombros y la nuca apoyados; con las piernas extendidas y cruzadas, quedando una porción de ellas fuera del banco. La enferma ejecuta movimientos de circonducción con la extremidad de los pies, de dentro hacia afuera (el movimiento se verifica en la articulación tibio-tarsiana.) Repite el mismo ejercicio con la otra pierna después de haberlas cruzado en sentido inverso. Este movimiento se hace ocho ó diez veces con cada pie.

3º Posición vertical, apoyada, miembros inferiores separados, brazos arriba de la cabeza, flexión del dorso en la dirección oblicua hacia adelante, (alternativamente.)

*Ex:* La enferma se pone de pie, apoyada en la región sacra, con las piernas separadas, los brazos arriba de la cabeza ligeramente doblados; ejecuta á un lado y al mismo tiempo un poco hacia adelante una ligera flexión del tronco sobre la pelvis de manera que los brazos conserven su posición; luego se levanta, hace una pausa ligera y repite el mismo movimiento del lado opuesto. Se hace cuatro ó cinco veces de cada lado.

4º Posición vertical, un pie en apoyo elevado hacia atrás; elevación sobre la punta, flexión de las rodillas, extensión, posición de partida.

*Ex:* La enferma de pie, manos apoyadas en el respaldo de una silla colocada adelante, doblando una de sus piernas hacia atrás, apoya el pie por el dorso, sobre un banco, quedando así la cara plantar para arriba. En esta postura hace movimientos en los cuatro tiempos siguientes:

1<sup>er</sup>. Tiempo. Extensión: Se levanta sobre el extremo del pie que está en el suelo.

2º Tiempo. Flexión: Dobla las rodillas abatiéndose hacia el suelo y esto sin abandonar sus puntos de apoyo.

3<sup>er</sup>. Tiempo. Extensión: Se levanta en la posición de extensión sobre la extremidad del pie.

4<sup>o</sup> Tiempo. Posición: Vuelve á su posición de partida.

El mismo movimiento sobre el otro pie. Cinco ó seis veces alternativamente.

La enferma procurará mantenerse vertical y aún se inclinará un poco adelante de modo de producir una ligera lordosis.

5<sup>o</sup> Posición vertical, piernas separadas, brazos arriba de la cabeza; flexión del tronco hacia atrás y hacia adelante.

*Ex:* La enferma de pie, con los brazos hacia arriba, dobla el tronco hacia adelante, vuelve á la posición vertical, hace una ligera pausa, dobla el tronco hacia atrás y vuelve á la posición primitiva. Cinco á seis veces hacia adelante y hacia atrás.

6<sup>o</sup> Posición vertical, rodilla levantada hacia adelante, rotación del muslo hacia afuera.

*Ex:* La enferma apoyándose en el respaldo de una silla colocada delante de ella y sosteniéndose sobre la pierna correspondiente á la mano apoyada, levanta la otra pierna doblada de manera que el muslo esté en ángulo recto con el tronco, y la pierna con el muslo. En esta posición hace movimientos de rotación con el muslo de dentro hacia afuera. La pierna queda inerte. Después cambia de pierna y de apoyo y reproduce el mismo movimiento.

7<sup>o</sup> Paso gimnástico en su lugar, lanzando las rodillas hacia adelante y hacia arriba.

*Ex:* La enferma coloca las manos sobre sus caderas, el cuerpo inclinado hacia atrás y sin cambiar de lugar levanta hacia arriba una y otra rodilla alternativamente.

Se hace ejecutar este movimiento próximamente diez veces, un poco rápido, y se repite tres á cuatro veces con ligeros intervalos de reposo.

8<sup>o</sup> Posición vertical, piernas separadas, rotación del tronco sobre las caderas.

*Ex:* La enferma de pie, con las manos en las caderas, piernas separadas, ejecuta con el tronco movimientos de circunducción, quedando los hombros horizontales y la cabeza levantada.

Este movimiento se hace seis veces de un lado y seis del otro.

9º Posición de rodillas. Flexión hacia atrás del tronco.

*Ex:* La enferma arrodillada, sobre un cojín, con las piernas separadas y las manos en las caderas se flexiona hacia atrás y vuelve lentamente á su primer posición.

Seis ó siete veces seguidas, este movimiento.

### **Movimientos pasivos y de resistencia.**

1º Posición de marcha con flexión de la cabeza y posición de marcha, brazos adelante, separación de los brazos.

Estos dos movimientos están siempre asociados.

(a) Flexión de la cabeza.

*Ex:* La enferma está de pie en posición de marcha, el médico colocado delante de ella, aplica la cara palmar de sus dos manos de cada lado del occipucio de la enferma, apoyándose sobre el cuello y los hombros por el borde cubital y cara dorsal de sus manos. Entonces la enferma invierte la cabeza para atrás llevándose con ella las manos del médico que hace resistencia.

En seguida un ligero descanso, después el médico trae la cabeza hacia adelante doblando los dedos, mientras que la enferma resiste á este movimiento. Se repite cinco ó seis veces é inmediatamente después se hace:

(b) Separación de los brazos, posición.

*Ex:* La enferma está en estación de marcha, con los brazos tendidos horizontalmente hacia adelante y las palmas de las manos adentro. El médico colocado delante de ella, la toma por los puños y le separa horizontal y lentamente los brazos

hacia los lados, durante una inspiración, haciendo resistencia la enferma. Durante la expiración la enferma trae sus brazos hacia adelante y el médico le hace resistencia. Esto seis á siete veces.

2º Posición dorsal, semi-acostada. Petrissage de las piernas. Flexión y extensión de los pies (con resistencia.) Circonducción de los pies (pasiva.)

(a) Petrissage de la pierna y del pie comenzando por la rodilla.

(b) Flexión del pie. El médico fijando con una mano el cuello del pie de la enferma sobre su rodilla, ejecuta, con la otra mano colocada sobre la cara plantar movimientos de flexión del pie sobre la pierna. Cinco ó seis veces seguidas.

(c) Extensión: Cambiando sus manos de posición, extiende el pie, con una mano colocada en la cara dorsal del pie y la otra en el talón. Estos dos movimientos con resistencia.

(d) Rotación: Tomando la extremidad con una mano y con la otra el talón le hace ejecutar movimientos de rotación sea á la derecha ó á la izquierda. Cinco ó seis veces en cada caso.

3º Posición dorsal semi-acostada, flexión de la rodilla con resistencia, extensión pasiva con vibración.

*Ex:* La enferma semi-acostada, el médico sentado al lado de ella, coloca el muslo de la enferma, (derecho por ejemplo) sobre su rodilla, en medio del hueco popliteo y la fija ahí, apoyando su mano izquierda un poco arriba de la rótula. La enferma habiendo extendido la pierna, el médico apoya la mano derecha sobre la extremidad dorsal del pie y hace doblar la pierna en la rodilla, en tanto que la enferma le opone resistencia.

Cada vez que la enferma vuelve á levantar la pierna, el médico le facilita este movimiento levantando un poco el pie. Cinco ó seis veces este movimiento.

En seguida, colocando el médico, su mano derecha bajo el

talón y retirando su rodilla, hace ejecutar á la pierna un movimiento de extensión ligeramente forzado, aumentado de la contrapresión de la mano apoyada sobre la rótula. En esta posición imprime á toda la pierna vibraciones y pasa á la otra pierna.

4º Posición vertical, piernas separadas, manos apoyadas. Tapotement del dorso. Tapotement mano cerrada del dorso y sacro.

*Ex:* La enferma de pie, bien derecha, piernas separadas, puntas de los pies hacia adentro, manos apoyadas en un objeto situado adelante á la altura del pecho. El médico le hace un tapotement con el borde cubital de las manos, desde la nuca hasta las primeras vértebras lumbares, de los dos lados de la columna. Este movimiento debe hacerse muy rápidamente. Los dedos solamente golpean, el puño debe estar muy suelto. Se hace este ejercicio cinco ó seis veces.

Después con los dedos de la mano derecha doblados sobre la palma, sin que quede cerrada la mano y sosteniendo con la izquierda, el abdomen, el médico golpea ligeramente primero, acentuando más después, sobre los dos flancos siguiendo la línea de la cresta ilíaca sin ir demasiado afuera.

En seguida da algunos golpes más fuertes directamente sobre la región sacra. Estos golpes deben ser bastante vigorosos para determinar un aflujo sanguíneo del lado de la pelvis. Ya veremos cómo siendo dados más ligeros y estando la enferma fuertemente inclinada hacia adelante sobre los brazos de modo de contraer su musculatura dorsal, obran en sentido contrario.

5º Posición dorsal, semi-acostada. Circonducción pasiva del muslo.

*Ex:* La enferma está semi-acostada. El médico colocado á un lado, toma una de las piernas de la enferma con la mano izquierda apoyada en el hueco poplíteo y la derecha en la cara plantar del pie. Empuja la pierna haciendo doblar el mus-

lo sobre la pelvis y lo hace ejecutar movimientos de circonda-  
ducción en la articulación coxo-femoral y siempre de dentro  
hacia afuera.

La enferma queda absolutamente pasiva.

Después de los movimientos de circonda-  
ducción, el médico quitando la mano del hueso poplíteo la coloca sobre la rodilla  
y hace ejecutar á la pierna movimientos de extensión y de fle-  
xión; haciendo resistencia la enferma cuando el médico la ex-  
tiende y resistiendo el médico cuando la enferma dobla la pierna.

6º Posición sentada á caballo. Rotación del tronco.

*Ex:* La enferma se sienta á caballo sobre un banco un po-  
co alto y apoya sus pies; las manos en la cintura. El médico  
y su ayudante aplican sus dos manos sobre los dos hombros  
de la enferma é imprimen al tronco movimientos de circon-  
ducción.

Hecho por dos este movimiento resulta más suave y más  
regular.

La enferma debe de estar semi-pasiva, es decir, no resis-  
tir demasiado y no debe ser rechazada muy adelante ni muy  
atrás.

Este ejercicio se hace dos veces de cada lado alternativa-  
mente.

7º Posición sentada, piernas separadas. Torsión con fle-  
xión del tronco hacia adelante.

*Ex:* La enferma sentada en una silla enfrente del médi-  
co, con las manos en las caderas y con las rodillas separadas.  
El médico la toma con una mano sobre el hombro, la otra ba-  
jo la axila y la inclina hacia adelante al mismo tiempo que la  
hace sufrir una torsión del tronco sobre la pelvis. La enfer-  
ma hace la flexión torsión hacia adelante y el médico la ex-  
tensión. Cinco ó seis veces este movimiento de cada lado.

En seguida flexión del tronco directamente hacia adelante  
y extensión; el médico resiste á la extensión y la enferma á  
la flexión.

## 8º Posición de rodillas. Torsiones pasivas del tronco.

*Ex:* La enferma hincada, con las rodillas separadas y las manos en las caderas. El médico, colocándose detrás de ella, la toma por las axilas; pasa su pierna entre las suyas y fija su rodilla en la región sacra de la enferma. Esta se cuelga entonces hacia adelante encorvándose y el médico le imprime movimientos rápidos de torsión del tronco sobre la pelvis, alternativamente á la derecha y á la izquierda. Unas diez veces.

9º Posición sentada, piernas separadas. Elevación pasiva del tórax.

*Ex:* La enferma se sienta á la orilla del banco con los brazos colgando á lo largo del cuerpo. El médico de pie detrás de ella, el lado externo de su pierna aplicado contra el dorso de la enferma, tomándola adelante, abajo de los brazos y un poco á lo largo de las costillas, levanta el pecho atrayendo los hombros hacia arriba y hacia atrás. Esto durante una inspiración. Durante la expiración deja volver lentamente á la enferma á su posición primera. Se repite diez veces.

10. Posición sentada, inclinada hacia adelante, brazos levantados. Flexión brazos.

*Ex:* Se coloca el médico de pie en un plano más alto, enfrente de la enferma y la toma por los puños. Esta inclinándose hacia adelante trata de doblar sus brazos mientras el médico le hace resistencia. Durante la extensión, por el contrario, ella es la que resiste.

El médico vigilará que al final de cada movimiento de flexión se haga sin resistencia por su parte, y ayudará, si fuere necesario, á que la enferma lleve sus codos hacia atrás tanto como sea posible.

Se repite este ejercicio unas diez veces.

11. Posición sentada, piernas separadas, brazos levantados. Torsión del tronco sobre un lado.

*Ex:* La enferma sentada con los pies separados, bien apo-



yados en el suelo y con los brazos levantados. El médico se coloca detrás de la enferma, de pie y en un plano más alto. Fija su pierna izquierda (por ejemplo) á lo largo del flanco izquierdo de la enferma, da al tronco, apoyándose principalmente sobre el brazo derecho, un movimiento de torsión al derredor de su pierna tomada como eje de rotación. Los brazos deben estar tiezos y fijos. La enferma resiste al movimiento de torsión y el médico al de destorsión. Se hace cuatro ó cinco veces.

En seguida el médico cambia de pierna y de lado y repite el ejercicio en sentido inverso.

12. Posición sentada, piernas separadas, inclinada hacia adelante. Brazos en semiflexión á los lados. Torsiones alternativas del tronco y flexión hacia adelante (con resistencia).

*Ex:* (a) La enferma se sienta en la posición indicada, con los brazos á los lados, pero doblados de tal manera que los antebrazos estén dirigidos hacia arriba, los hombros sobre un mismo plano horizontal.

El médico tomando á la enferma por los puños, le hace ejecutar movimientos de torsión del tronco á la derecha y á la izquierda, alternativamente, haciendo una pausa á la mitad. Tomando la columna vertebral como eje de torsión.

(b) Después, retrocediendo, trae hacia adelante á la enferma que se levanta, haciéndole el médico resistencia.

13. Posición acostada, circonducción pasiva y flexión de los brazos.

*Ex:* La enferma se coloca en decúbito dorsal, con la cabeza un poco levantada. El médico se coloca en la cabecera del banco, la enferma con las rodillas en semiflexión, un poco separadas, da al médico sus manos por arriba de su cabeza, con los brazos ligeramente doblados y los codos un poco separados del cuerpo. El médico hace ejecutar entonces á los brazos en las articulaciones escapulo-humerales, movimientos rápidos de circonducción, quedando la enferma absolutamente pasiva.

En seguida la enferma hace movimientos de flexión y de extensión de los brazos, resistiendo el médico á la flexión y la enferma á la extensión.

14. Posición acostada, elevación de la parte superior del tronco hacia adelante.

*Ex:* La enferma está en decúbito dorsal con las piernas extendidas.

El médico colocado lateralmente toma la cabeza de la enferma. Una mano sobre la nuca con los dedos dirigidos hacia el dorso. La otra en el occipucio con los dedos dirigidos hacia arriba. En esta posición la levanta haciéndole doblar el cuerpo hacia adelante, mientras que ella hace resistencia. Después la enferma vuelve hacia atrás, mientras el médico se opone á este movimiento. Es inútil doblar el cuerpo demasiado hacia adelante.

15. Posición de pie, dorso apoyado, elevación de la pierna hacia adelante.

*Ex:* La enferma está de pie apoyada contra una pared. El médico al lado de ella, apoyando una mano en la región inguinal y tomando la pierna correspondiente, al nivel del cuello del pie, la levanta hacia adelante, hacia arriba y un poco afuera en ángulo recto sobre el cuerpo, mientras que la enferma resiste. En seguida baja la pierna, oponiéndose el médico á este movimiento.

16. Posición inclinada, manos apoyadas adelante. Abatimiento de la pierna hacia adelante.

*Ex:* La enferma está muy inclinada hacia adelante, con las piernas separadas, apoyándose en las manos y con los codos hacia afuera.

El médico con una mano aplicada en la cadera de la enferma, toma con la otra la pierna correspondiente por el cuello del pie y la atrae hacia arriba. La enferma queda pasiva. Después abate la pierna, sin doblar la rodilla, oponiendo la enferma resistencia á este movimiento.

17. Posición inclinada adelante, manos apoyadas. Tapotement ligera de las regiones lumbar y sacra.

*Ex:* La enferma se apoya hacia adelante sobre las manos, á la altura de los senos, con los codos hacia afuera y las manos hacia adentro.

La enferma estará suficientemente distante del apoyo para que el cuerpo no descanse sino sobre los brazos (se tendrá cuidado de hacer tomar con exactitud esta posición, porque la posición vertical facilita el aflujo de sangre á la pelvis).

El médico da pequeños golpes con la mano semicerrada, muy suavemente, sobre los lomos y el sacro, poniendo la otra mano en el vientre para sostenerlo.

Estos once últimos ejercicios producen la descongestión de los órganos pélvicos, mientras que los otros la congestionan.

El masaje tiene por objeto provocar la reabsorción de los exudados inflamatorios. Libertar á la matriz y anexos de las adherencias que les resultan de la organización de estos exudados.

Se comprende fácilmente que haciendo sufrir á estas adherencias tracciones cuotidianas y metódicas se acabará bien por relajarlas ó bien por romperlas con lo cual dejaremos á los órganos pélvicos en posibilidad de tomar su posición normal, ó libres de toda inserción patológica. Está indicado también en las afecciones inflamatorias caracterizadas por infarto uterino y anexial, las metritis y ovaritis crónicas.

De una manera general diremos que el masaje está indicado en todas las afecciones dolorosas que no se acompañan de reacción febril y no están en período agudo.

Todas las maniobras deben ejecutarse con todas las precauciones que exige la antisepsia más rigurosa.

Es de gran importancia establecer un diagnóstico con la mayor precisión posible. Hay que reconocer no solamente la afección, sino precisar en lo posible su localización y extensión.

Si la matriz está fija es necesario reconocer dónde se insertan los exudados que la inmovilizan.

Las maniobras serán inseguras y desproporcionadas si no se poseen todas estas nociones.

Para conseguir una investigación tan detallada se hace uso ó de la anestesia ó de una serie reiterada de investigaciones.

Siendo la técnica del masaje muy complicada, nunca debe confiarse á personas extrañas á la medicina y poco familiarizadas con la anatomía.

Esta nota de Doléris es tanto más importante tratándose, no ya del masaje general, sino del ginecológico que requiere delicadeza particular.

El masaje puede ser exterior cuando las dos manos obran sobre los órganos pélvicos á través de las paredes del abdomen.

Es mixto cuando una mano obra al exterior y la otra por la vagina.

Se podría hacer uso de la vía rectal, pero se ha notado que su mucosa es muy sensible y no toleraría fácilmente ninguna maniobra algo prolongada.

Se coloca á la enferma en decúbito dorsal sobre un banco á propósito; pero de manera que la pared anterior del vientre se relaje lo más que sea posible, para lo cual se le levantará un poco el dorso, se le pondrán los muslos en flexión sobre la pelvis y se le ordenará que respire con la boca entre-abierta.

Si la vejiga y el recto están ocupados es preciso vaciarlos.

No se comenzará ninguna maniobra hasta no haberse asegurado que la enferma ha recobrado su tranquilidad.

Para el masaje exterior el médico teniendo sus uñas cortas y después de haber espolvoreado con talco ú otro polvo inerte la región abdominal, coloca sus manos ampliamente, á fin de no provocar cosquillas que siempre son desagradables.

Es necesario proceder de manera que los tejidos enfermos sean abordados tangencial y no perpendicularmente.

Las manipulaciones se hacen sin que tomen parte las extremidades de las últimas falanges.—La suavidad de la pared abdominal es necesaria para el masaje ginecológico.—Hay ciertas mujeres que no siendo obesas y habiendo sufrido uno ó varias partos, dejan deprimir tanto su vientre que fácilmente alcanza uno á sentir la columna vertebral y la aorta reconocible por sus pulsaciones.—Al comenzar debe uno esforzarse por encontrar estos puntos de referencia. Si no se les encuentra, es preciso diferir el masaje é investigar la naturaleza de los obstáculos. Estos pueden ser transitorios ó permanentes.—En el primer caso pueden ser producidos por una presión brusca, la respiración superficial, sensación de frío; ó bien la mortificación es suficiente para producir una rigidez parecida á la del esfuerzo.

En el segundo caso son consecuencia del exceso de tejido adiposo, tanto en la pared como en el epiplón; y del meteorismo. Para obviar estos inconvenientes Hegar y Kallenbach aconsejan hacer la deplesi6n violenta de la vejiga, recto y vagina, después de haber taponado ésta é inyectado agua borica cada tibia en aquellos é inmediatamente antes de las exploraciones bimanuales. Esto suaviza notablemente las paredes del vientre; pero como se comprende no sería eficaz más que para una sola vez, pues resultaría imposible repetirlo cuotidianamente al instituir un tratamiento.

Lo mejor es comenzar por el masaje superficial que prepara muy bien al profundo. Si la cantidad de grasa es mucha hay que tomar á mano llena la pared, formando pliegues que abarquen todo el espesor de ella, y se comprimen entre los dedos, sin molestar demasiado, las masas tomadas. Es notable la tolerancia de las enfermas en el transcurso de una á otra sesi6n y aún en la misma. Este petrissage subcutáneo, licúa los glómérulos adiposos y los hace reabsorber; despertando el peristaltismo intestinal disminuye el meteorismo y acelera la circulaci6n abdominal. Así se explica cómo el masaje superficial

produce acción resolutive sobre los exudados profundos. En tal virtud el masaje exterior no es más que preparante y suavizador. No bastará sino para tumefacciones muy proeminentes del abdomen.

La duración de cada sesión será de cinco á diez minutos diarios. Cuando la afección sea muy dolorosa y se esté obligado á usar de mucha suavidad y delicadeza, será ventajoso practicar dos sesiones al día.

Como regla general debe comenzarse con un masaje ligero en la cercanía del punto enfermo y no aumentar la fuerza más que proporcionalmente á la tolerancia de la enferma. Cortos intervalos de reposo alternarán con esta operación, la que se terminará con algunos movimientos de trepidación sobre la parte enferma. En el masaje ginecológico más que en ninguna otra parte se da uno cuenta de lo que puede hacer por un gasto de fuerza bien estudiado y con un plan razonado.

Las maniobras que practique el médico no deben despertar el dolor, porque en tales condiciones, contrayéndose las paredes abdominales harían imposible seguir ninguna maniobra. Hay que convencerse de que la mayor parte de los fracasos deben ser atribuídos á la brutalidad.

Están en un gran error los que creen que el masaje ginecológico determina siempre un aflujo de sangre, no dependiendo esto sino del grado de fuerza que se emplee y de los movimientos gimnásticos que se ejecuten. Un masaje ligero combinado con movimientos congestionantes, aumentará la circulación y por consiguiente las condiciones de nutrición de un órgano. Si por el contrario queremos aumentar las fuerzas de reabsorción ó acelerar el curso de la linfa, se hará uso de un masaje enérgico combinado con movimientos enérgicos descongestionantes.

Durante la menstruación, podría creerse que el masaje produce desórdenes y complicaciones; al contrario, tan no es así, que Brandt prefería no emprender ningún tratamiento si ha-

bía de verse obligado á suspenderlo durante el período menstrual. Observó que los ovarios y el útero que no habían sido libertados de sus adherencias durante algún tiempo, cedían fácilmente en la época de las reglas; porque las adherencias se conducen durante las reglas, como durante el embarazo, es decir, se reblandecen. Cuando los ovarios y las trompas están englobados en un exudado, se practica el masaje según el método de los exudados. Para lo cual se comienza, según Brandt por amasar los ganglios y vasos linfáticos en la cercanía del promotorio, para vaciarlos de la linfa que contienen y hacer así una derivación sobre los linfáticos del exudado; después lleva la mano á la periferia de la parte inflamada á fin de vaciar los vasos eferentes que se preparan así para recibir la linfa que viene del centro.

El masaje mixto lo consideramos en la parte anterior, en las partes laterales y en la parte posterior.

La posición de la enferma será la ya descrita.

Para el masaje de la parte anterior, el médico llevando su mano izquierda por debajo del muslo izquierdo de la enferma, introduce en la vagina el dedo índice ó éste y el medio, de manera que la cara dorsal quede apoyada sobre el perineo y la cara palmar vuelta hacia la pared vesico-vaginal. De esta manera se impide frotar la pared anterior y provocar sensaciones voluptuosas. La mano exterior se coloca con el talón de ella sobre el monte de Venus y los dedos vueltos hacia el ombligo.

Los movimientos que se ejecuten deberán ser lentos y sostenidos. Haciéndolo así tendremos los efectos terapéuticos que nos proponemos.

Para tratar de sentir una ú otra mano á través de los tejidos, será conveniente rechazar éstos directamente de arriba abajo con la mano exterior y de abajo á arriba con la interior.

Sucede comunmente que se deprime demasiado sin levantar nada con la mano vaginal.

Detrás de la sínfisis las manos no quedan separadas más que por las paredes y por la vejiga; un poco más atrás, está el útero si tiene su posición normal.

Si está aumentado de volumen el menor movimiento se transmite de una mano á la otra.

Cualquiera que sea la posición en que lo encontremos trataremos de llevarlo á la anteversión que es la posición en que mejor lo podemos tratar.

En la metritis crónica y en las afecciones que lo hipertrofian, salvo en los neoplasmas, procederemos así:

Después de haber traído el útero en anteversión, los dedos vaginales lo fijan, mientras que la mano exterior lo fricciona en su cara posterior, en seguida trata de apretar el fondo entre los dedos á semejanza de la maniobra obstétrica de la expresión.

Si hay infiltración del tejido celular al derredor del cervix, entonces la mano exterior es la que inmoviliza y baja la matriz, mientras que los dedos de la interior hacen el masaje.

Cuando el útero está en anteversión ó anteflexión patológica, es decir, que esté fijo sin poder levantarlo en totalidad, ni enderezar su ante-curvatura, habrá que movilizarlo además. Para esto con los dedos de la mano exterior trataremos de alcanzar el fondo, insinuándolos detrás de la sínfisis; los dedos de la mano que está en la vagina lo fijan, inmovilizando el cervix. Entonces obrando de concierto procuran enderezar el ángulo anterior hasta producir la retrocurvatura. Esto se repite varias veces en cada sesión, tratando siempre de exagerar cada vez más la flexión inversa á la flexión patológica. Con esto se consigue dar á la matriz su dirección normal; pero cuando la lesión se debe á alteración del tejido de la pared del órgano como en la esclerosis y la atrofia, se comprende que el masaje no puede dar más que un alivio temporal.

El pronóstico es muy favorable cuando la anteflexión tiene por causa bridas peritoneales que mantienen el fondo de la matriz unido al pelvi-peritoneo.



Casi nunca se encuentran estas bridas en la línea media, se encuentran situadas lateralmente, uniendo uno de los lados de la matriz con la serosa pélvica del mismo lado. Cuando se desaloja el útero en la dirección de las bridas, éstas se tienden y así podemos determinar su punto de inserción.

En estas condiciones haremos el masaje de los sitios ocupados por las bridas á fin de que se reabsorban y movilizaremos la matriz para libertarla.

Si la anteflexión ó anteversión es producida por una pelviperitonitis posterior que haya dejado adherencias del segmento inferior del útero con la pared pélvica posterior ó que una pelvi-celulitis haya acertado los ligamentos de Douglas, entonces se toma el útero con las dos manos y se le atrae suavemente hacia la sínfisis, asociando el masaje de la región pélvica posterior.

Para la anteversión se procurará llevar el fondo de la matriz para atrás, mientras que con los dedos colocados en el fondo de saco posterior, haremos que se complete el movimiento de báscula, llevando el cervix hacia adelante. Para las regiones laterales de la pelvis se recomienda colocar la mano izquierda en la vagina si el lado por tratar es el izquierdo y la derecha, si es el derecho.

Si el masaje ha de ser sobre porciones situadas encima del ligamento ancho, convendrá no inclinar demasiado la matriz hacia adelante, porque traería el ligamento ancho detrás del pubis y lo ocultaría á nuestras investigaciones.

Las dificultades se acentúan á medida que el masaje se tiene que hacer más lateralmente y más atrás, porque entonces la distancia que tienen que recorrer las manos para alcanzarse, es mayor. Pero si las partes por amasar son voluminosas esta dificultad disminuye; y si son móviles se puede traerlas más ó menos á la línea media.

Diremos que de una manera general, los viejos exulados de origen peritoneal, son fácilmente tratables por el vientre,

mientras que los que proceden del tejido celular lo son por la vagina.

Las inflamaciones que se propagan por las trompas y que penetran por el peritoneo, producen, además de la salpingitis, una peritonitis localizada que alcanza al ovario y á las partes vecinas.

Esta pelvi-peritonitis es frecuente y constituye el origen de las afecciones crónicas que se encuentran en los anexos.

Como consecuencia de estas inflamaciones hay formación de neomembranas que cambian la posición normal de los órganos, envuelven totalmente el ovario y le hacen perder sus relaciones con el orificio tubario; igualmente quedan englobadas, á veces, las asas intestinales.

Al hacer la palpación bimanual se siente una masa difusa en la cual no es posible reconocer ni la trompa, ni el ovario.

Cuando hacemos el masaje en estas condiciones, después de algunas sesiones, comenzamos por percibir poco á poco los órganos que se encontraban englobados, después quedan libres, signo evidente de la reabsorción.

Sería muy conveniente terminar cada sesión de estas con una irrigación intrauterina con agua esterilizada tibia y añadida de una poca de agua oxigenada.

Las falsas membranas no tienen, en general, bastante vitalidad para resistir á la acción reabsorbente del masaje.

Hay casos en los cuales en virtud de parametritis y perimetritis antiguas, el fondo de la matriz se encuentra fijo en un lado de la pelvis, mientras que el cervix se halla en el lado opuesto, es decir, que está colocada en posición transversal.

Para la parte posterior de la pelvis se necesita deprimir fuertemente la pared del vientre con la mano exterior; mientras que los dedos situados en la vagina se ponen en la ex-

tensión forzada. En esta parte el masaje in situ es muy difícil, pues el esfuerzo que se hace disminuye la elasticidad de nuestros movimientos y las presiones embotan el tacto.

Si la tumefacción es voluminosa, se alcanzará más fácilmente. Si está bastante baja para que pueda ser rechazada hacia atrás, la concavidad sacra suministrará un punto de apoyo sobre que obrar.

Para terminar, diré que en el prolapsus de la matriz, á mi modo de ver, no en todos los casos puede dar un resultado seguro y definitivo como lo aseguran los suecos. Los resultados sí son satisfactorios por completo en el prolapsus agudo ó cuando los medios de sostenten de la matriz no están muy alterados; pero cuando son muy deficientes, que el perineo esté desgarrado totalmente, creo que en estas condiciones no puede ser curable más que aparentemente y hay que recurrir á la operación correspondiente.

Tres órdenes de maniobras se requieren para este tratamiento: elevación de la matriz; gimnástica de los muslos y el tapotement de la región sacra.

La elevación de la matriz exige el concurso de un ayudante. Este sostiene la matriz por la vagina, procurando mantenerla en anteversión, mientras que el médico colocado al lado derecho de la enferma, deprime con las dos manos y lateralmente, la pared del vientre hasta alcanzar el cuerpo de la matriz. Una vez que ha tomado el órgano, lo levanta en la dirección del hueco epigástrico y cuando ha llegado al máximo de levantamiento, la deja que vuelva lentamente á su primera posición; el ayudante sigue el movimiento de regreso é impide con su dedo que el útero caiga en retroversión.

Cada sesión comprende varios levantamientos.

La gimnástica de los muslos tiene gran utilidad, que se explica por la estrecha solidaridad contractil de los adductores y de los músculos intrapélvicos en particular el elevador del ano.

Cuando los adductores se contraen enérgicamente igual cosa sucede con el elevador. Y como sabemos el papel tan importante que desempeña en la contención de los órganos genitales comprenderemos lo ventajoso que será fortificarlo con los ejercicios siguientes: Estando la enferma en decúbito dorsal y con los pies colocados en un banco más bajo que el plano en que está sostenida, junta las piernas que estarán en semi-flexión.

En esta posición levanta la pélvis apoyándose sobre los pies y hace resistencia al movimiento de separación de las rodillas que el médico trata de hacerle ejecutar. Ya que ha llegado á cierto límite de separación de los muslos, entonces la enferma trata de cerrar los muslos, mientras el médico opone resistencia moderada á este movimiento.

En cuanto al tapotement, consiste en percutir con cierta intensidad y con el borde cubital de las dos manos alternativa y rápidamente, toda la región lumbar.

