



Año 1917

N.º 3266

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

La operación de Sigault - Frank

(SINFISIOTOMÍA)

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO ARGONZ

Ex-ayudante del Laboratorio de Histología de la Facultad de Medicina (1914-1917)

Ex-practicante menor interno del Hospital Teodoro Alvarez

Ex-practicante mayor interno del Hospital Teodoro Alvarez

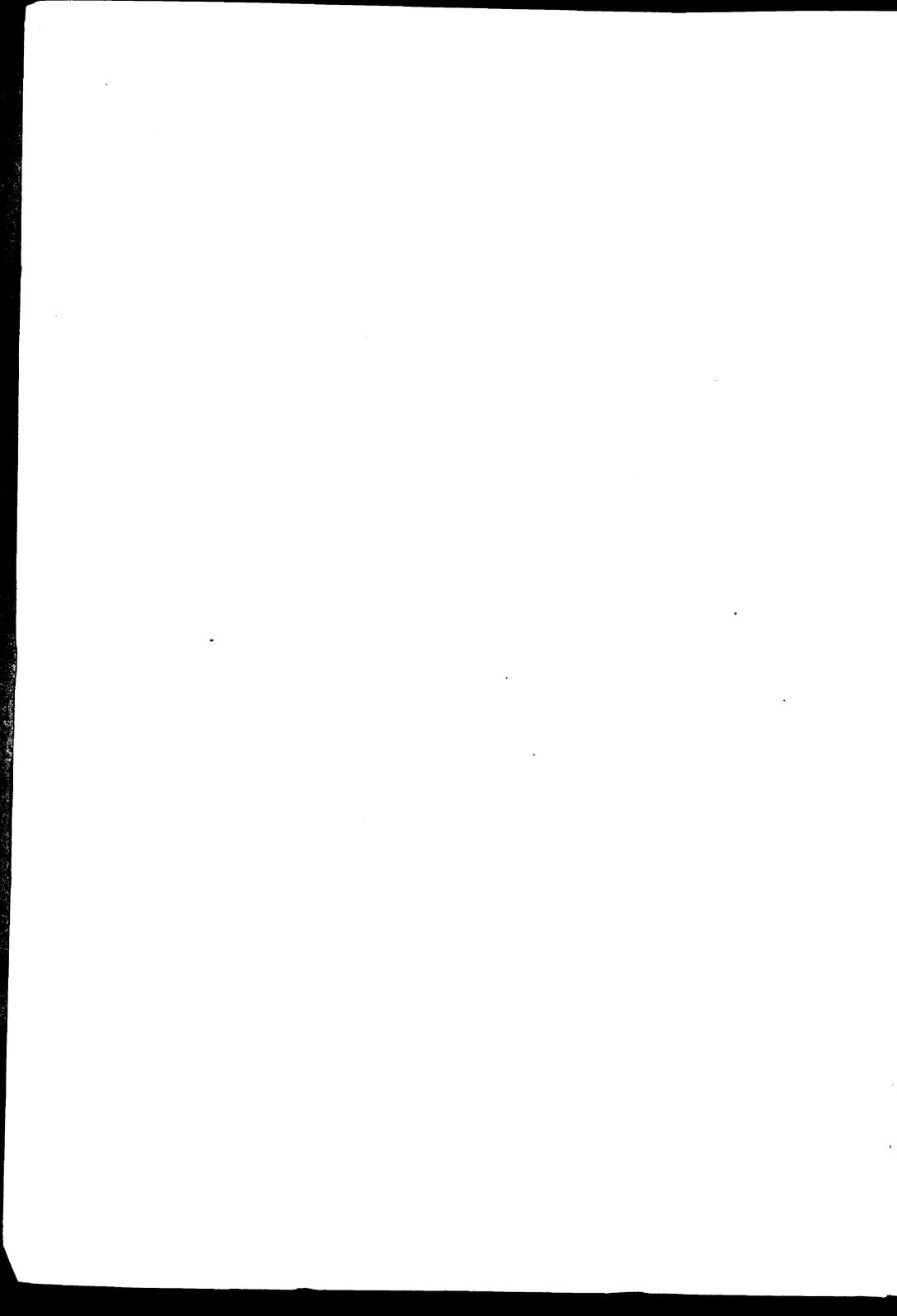


BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151
1917

Mix. B. 22.10

LA OPERACIÓN DE SIGAULT-FRANK
(SINFISIOTOMÍA)



Año 1917

N.º 3266

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

La operación de Sigault - Frank

(SINFISIOTOMÍA)

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO ARGONZ

Ex-ayudante del Laboratorio de Histología de la Facultad de Medicina (1914-1917)

Ex-practicante menor interno del Hospital Teodoro Alvarez

Ex-practicante mayor interno del Hospital Teodoro Alvarez



BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1917

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

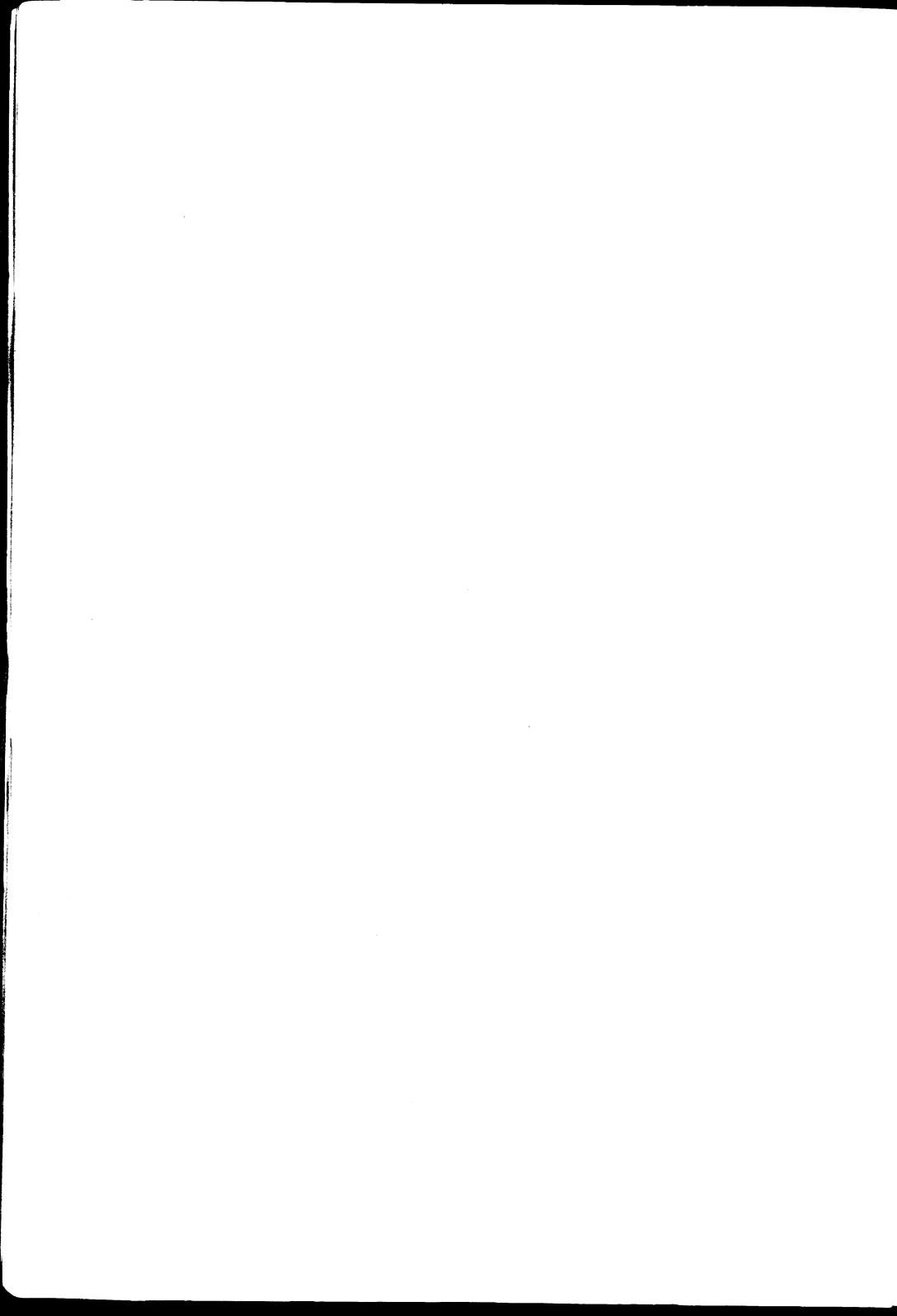
DR. D. DOMINGO CABRED

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

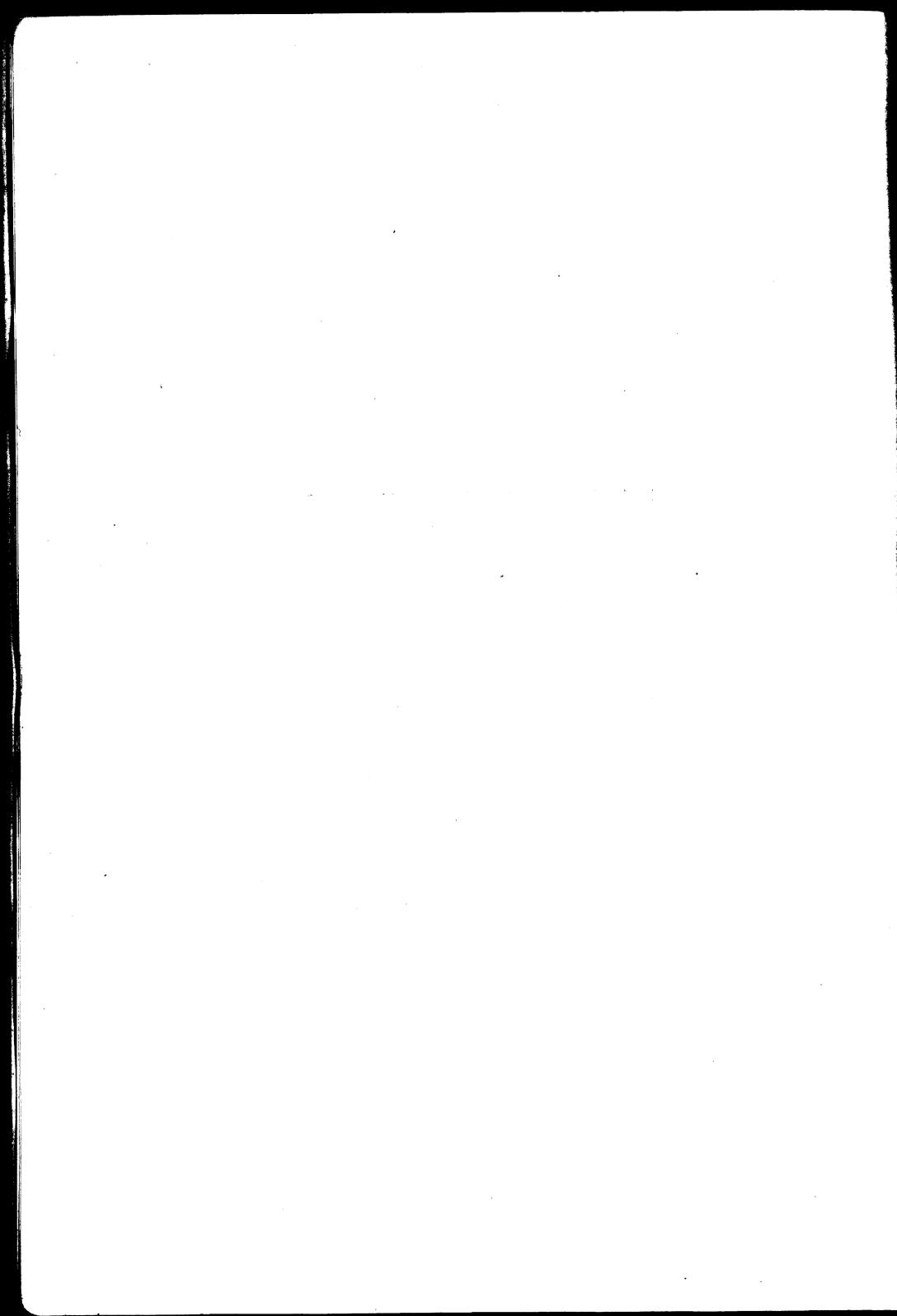


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES.
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

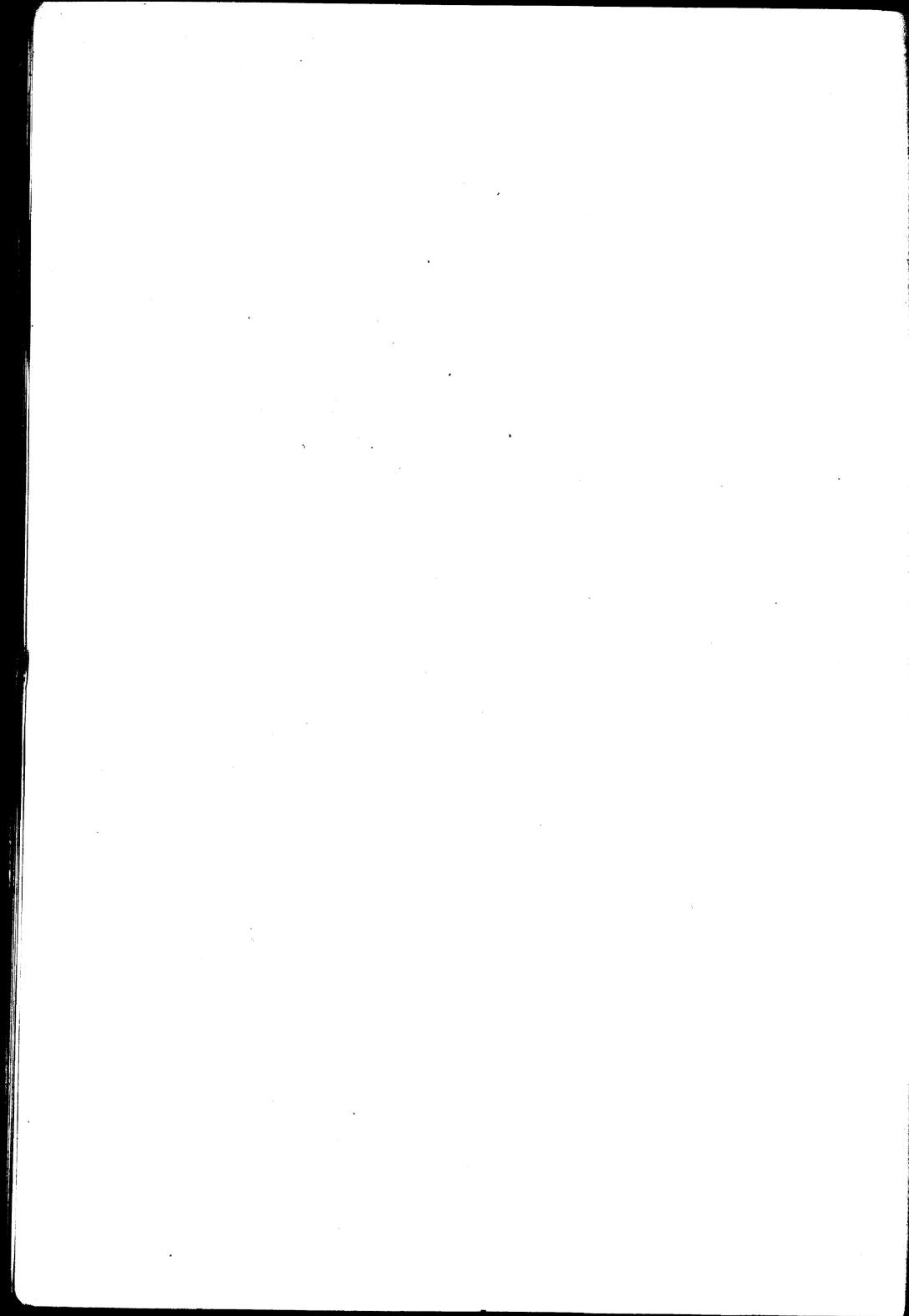
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

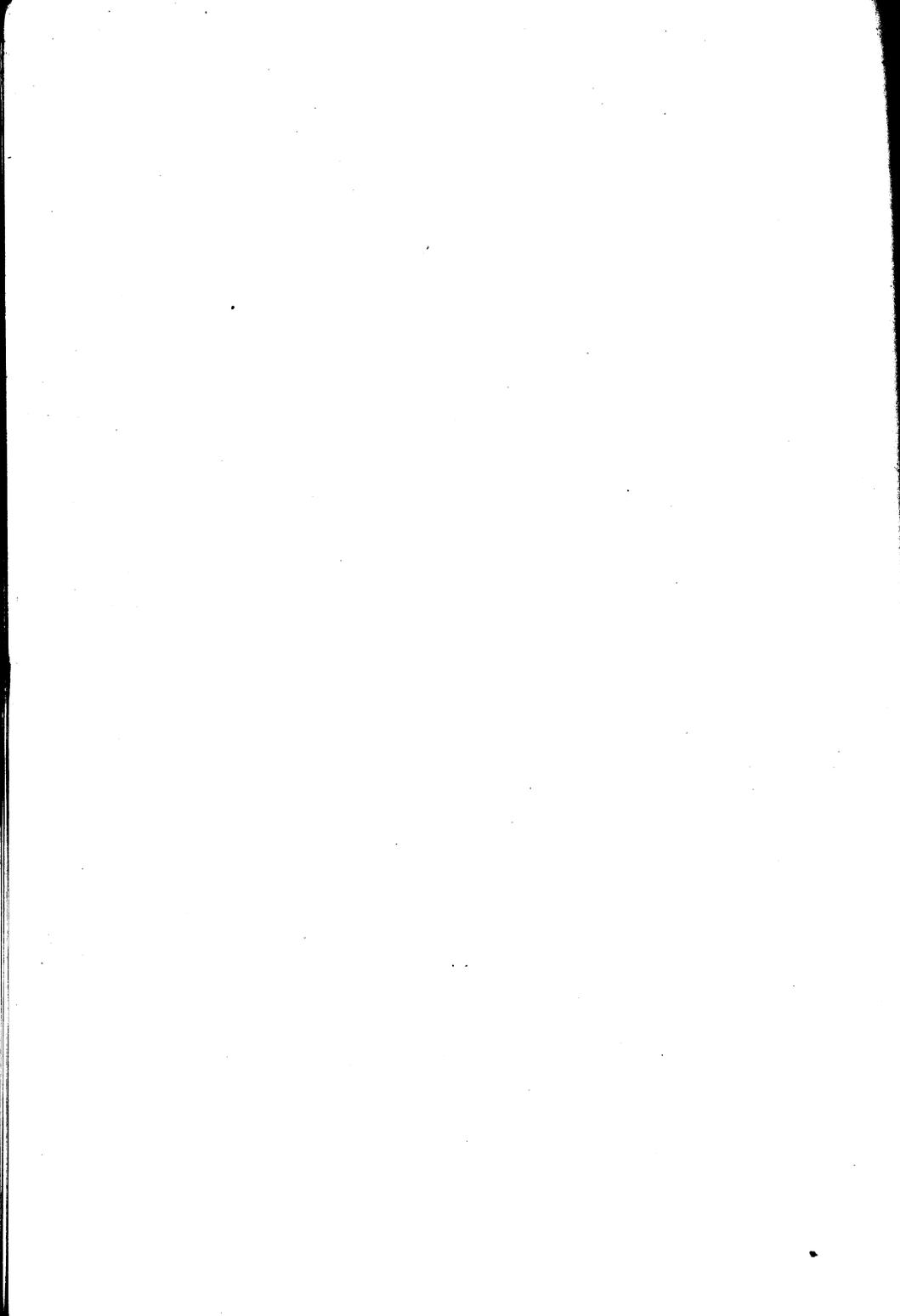
» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

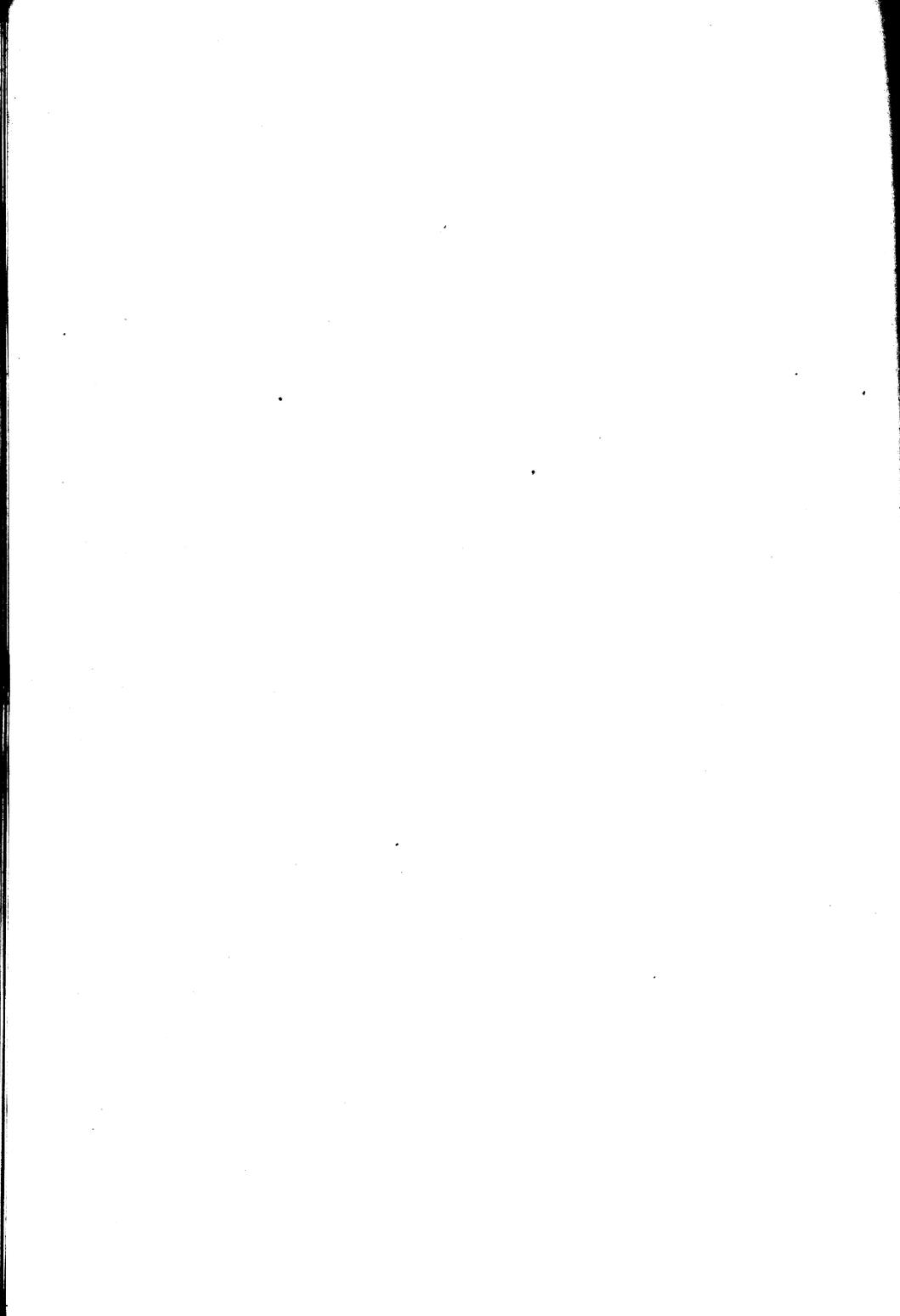
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUE
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica .	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicio clínico.	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	(vacante)
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

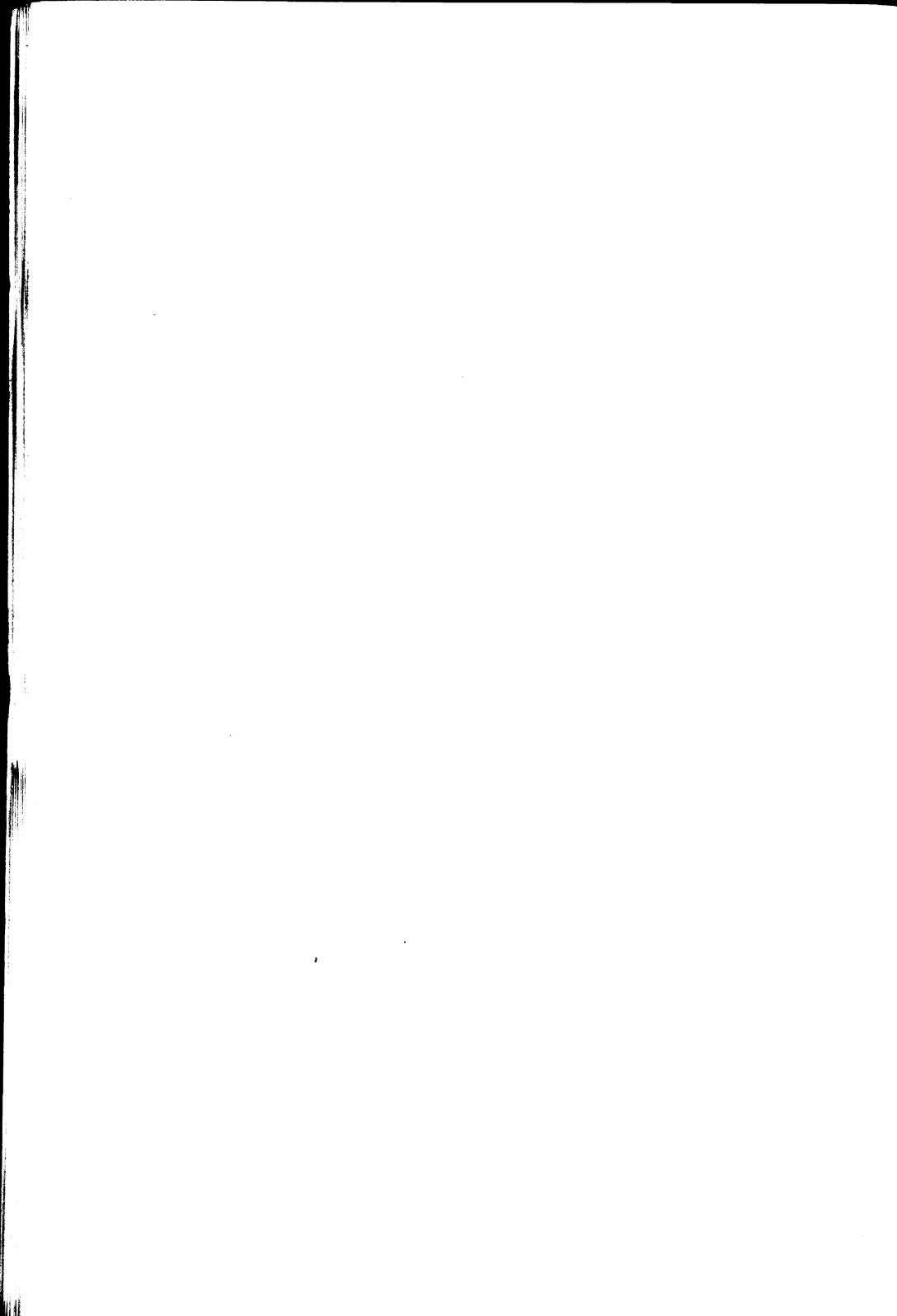
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología éMdica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGA
Patología Interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	» BERNARDO HOUSSEY
Higiene Médica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Semiología y ejercicios clínicos.....	» SALVADOR MAZZA
Anatomía patológica.....	» BENJAMIN GALARCE
Materia médica y terapéutica.....	» FELIPE A. JUSTO
Medicina operatoria.....	» MANUEL V. CARBONELL
Patología externa.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Clinica dermato-sifilográfica.....	» ALBERTO VITON
» Génito urinaria.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
» epidemiológica.....	» ANGEL H. ROFFO
» oftalmológica.....	» JOSÉ MORENO
» oto-rino-laringológica.....	» ENRIQUE FROCCHIETTO
Patología interna.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica quirúrgica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» Neurológica.....	» CASTELFORT LUGONES
» Médica.....	» NICOLÁS V. GRECO
» pediátrica.....	» PEDRO L. BALIÑA
» ginecológica.....	» JOAQUÍN NIS POSADAS
» obstétrica.....	» FERNANDO R. TORRES
Medicina legal.....	» FRANCISCO DESTÉPANO
	» ANTONINO MARCO DEL PONT
	» ENRIQUE E. DEMARÍA
	» ADOLFO NOCETTI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTÍN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUE
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARINÓ
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLLO
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» VICENTE BIMITRI
	» RÓMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITON
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNAOIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTÉPANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGEMBEIG
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FALSPINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUES
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOAQUÍN V. GRECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÀ



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

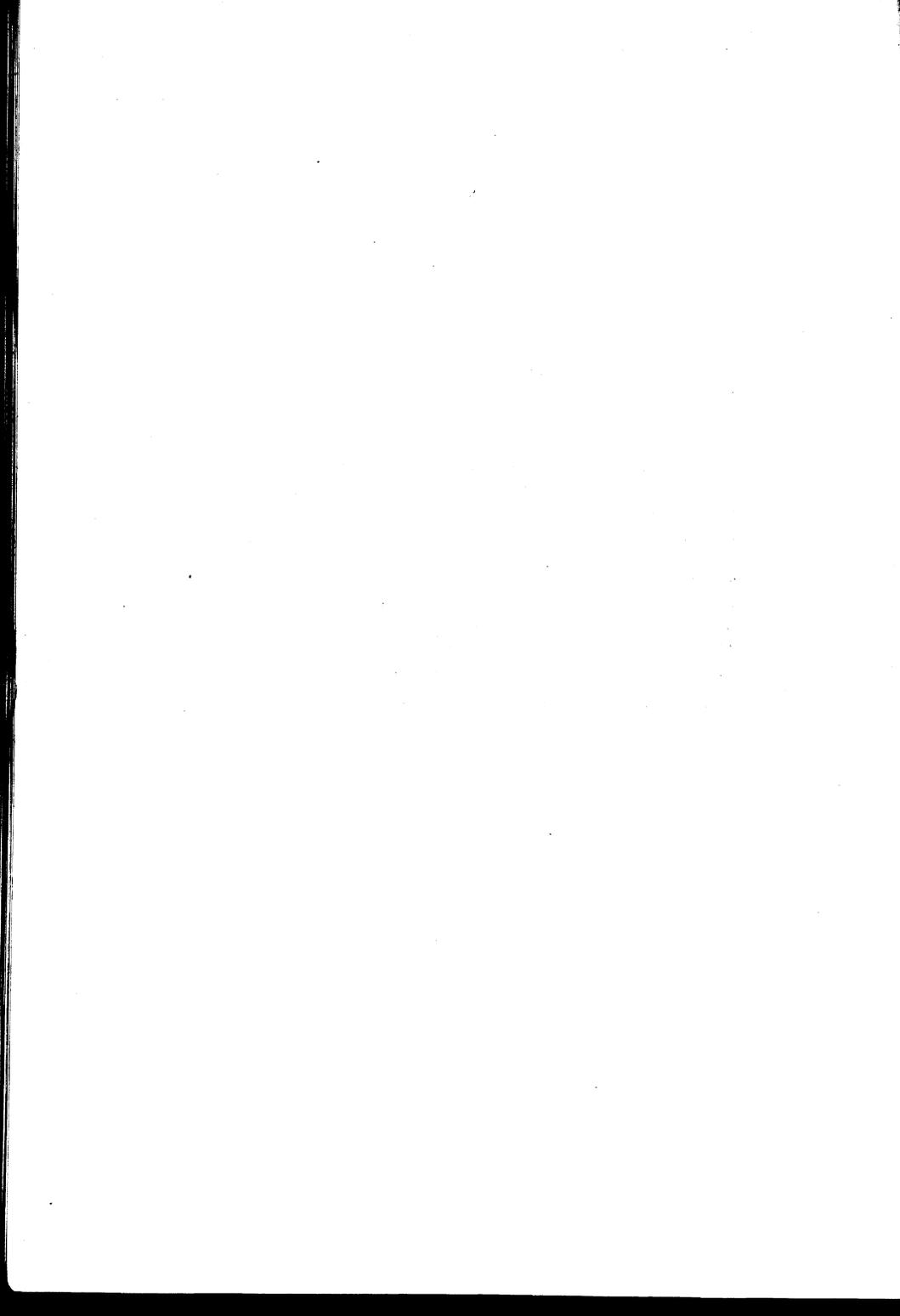
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica ostétrica DR. FANOR VELARDE

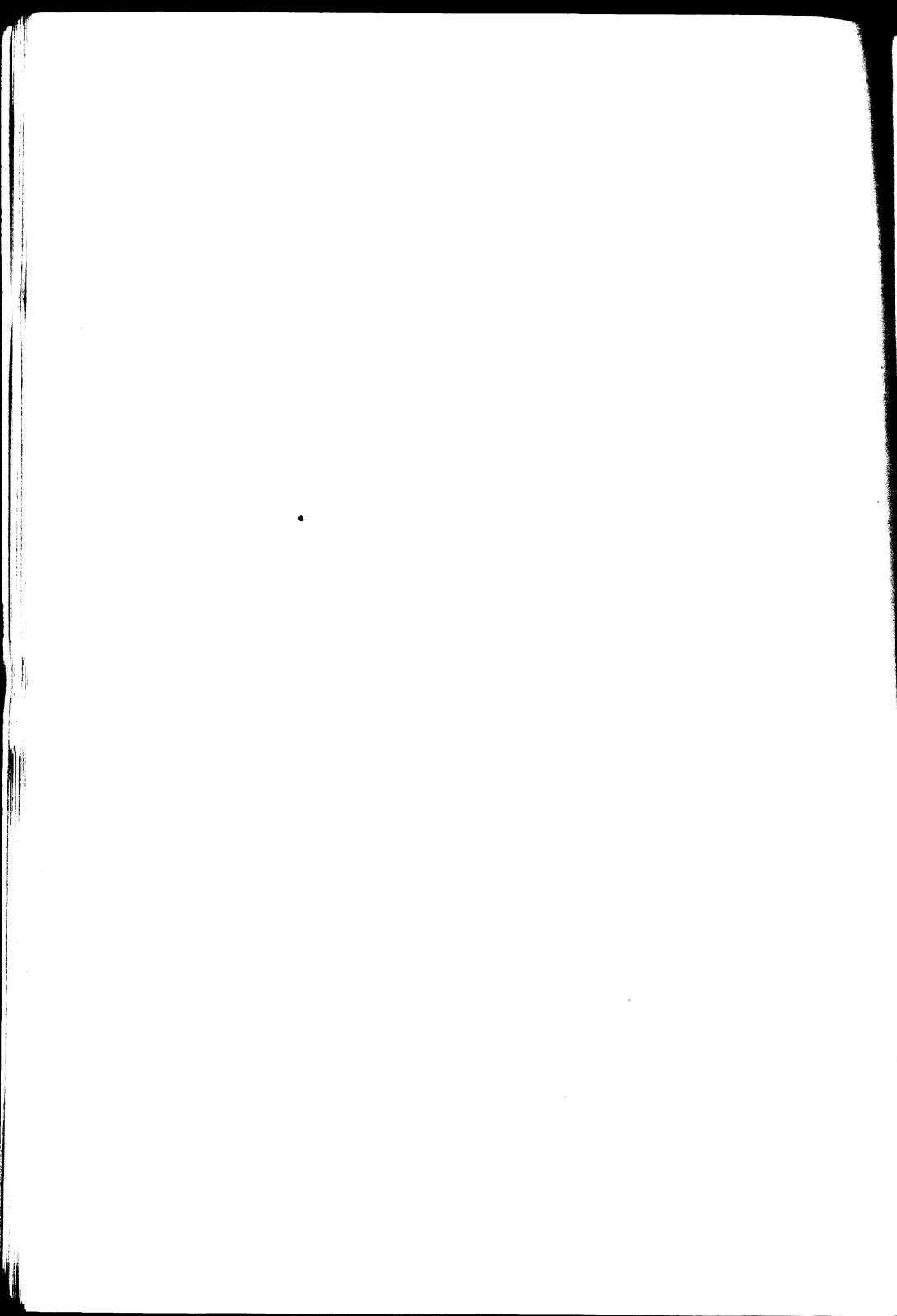
Puericultura DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ »
Física farmacéutica.....	DR. 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 sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas.....	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUAGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	{ » ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES

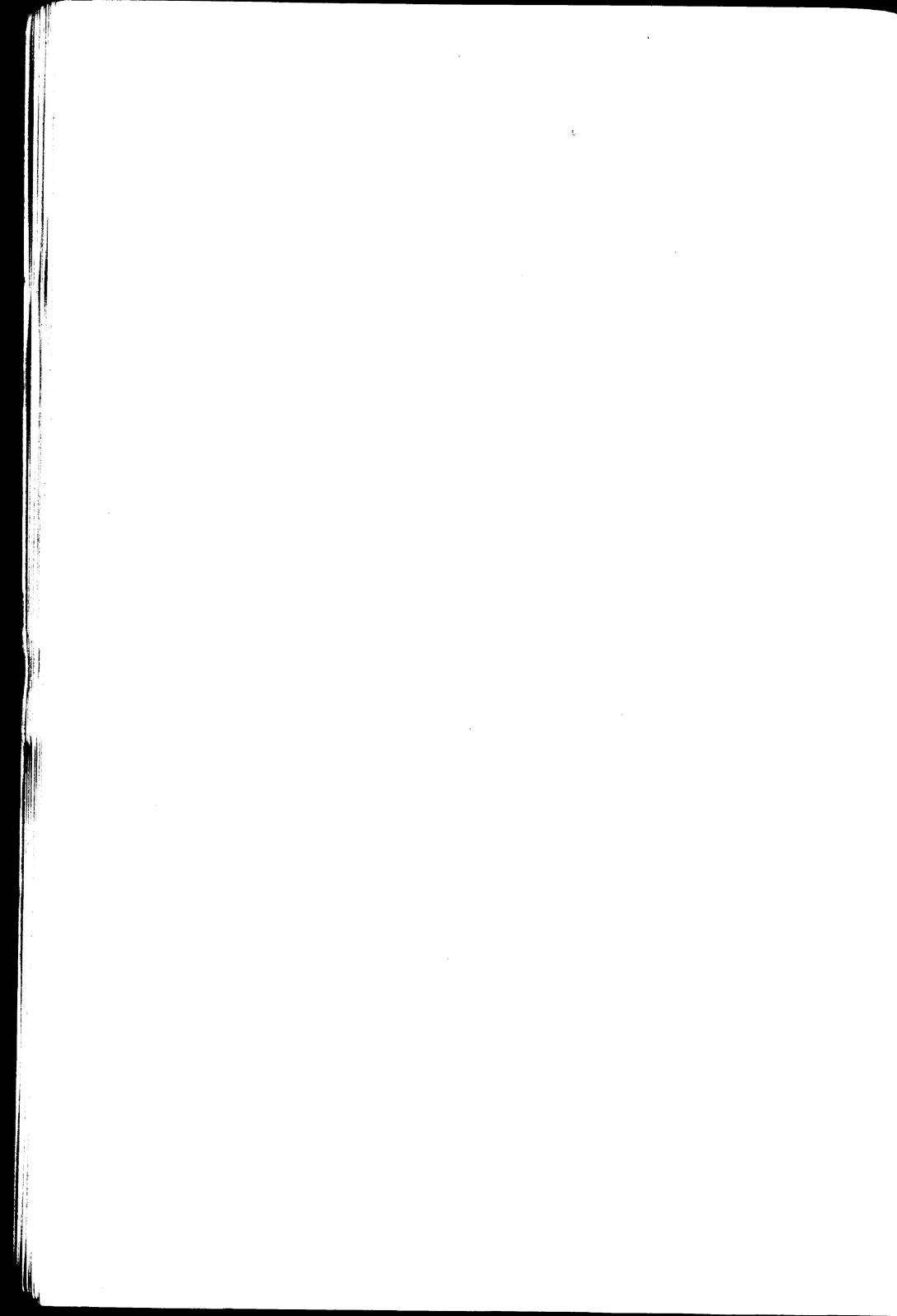


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMAS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)

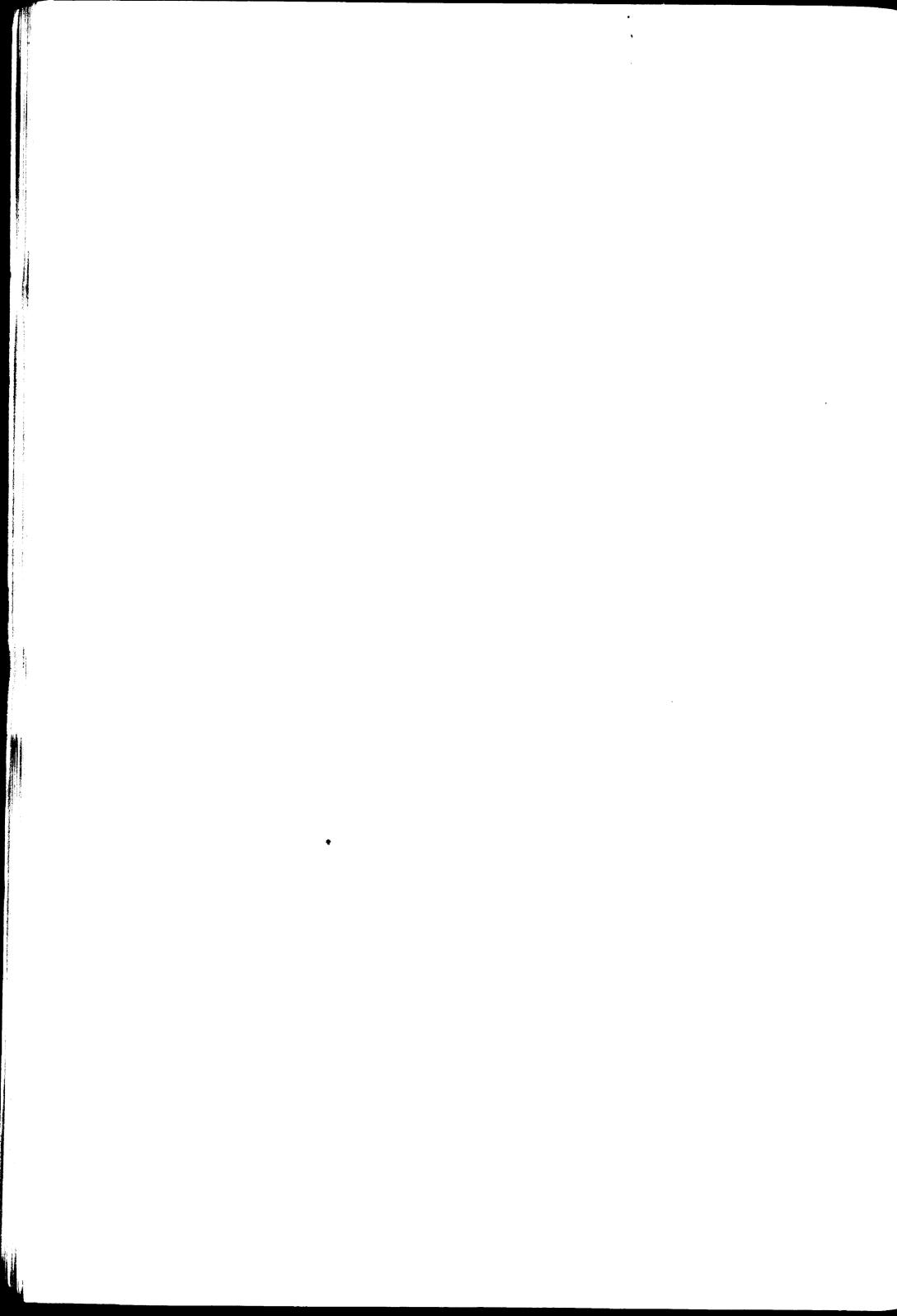


PADRINO DE TESIS:

PROF. DR. ARTURO ENRIQUEZ

Profesor suplente de Clínica Obstétrica

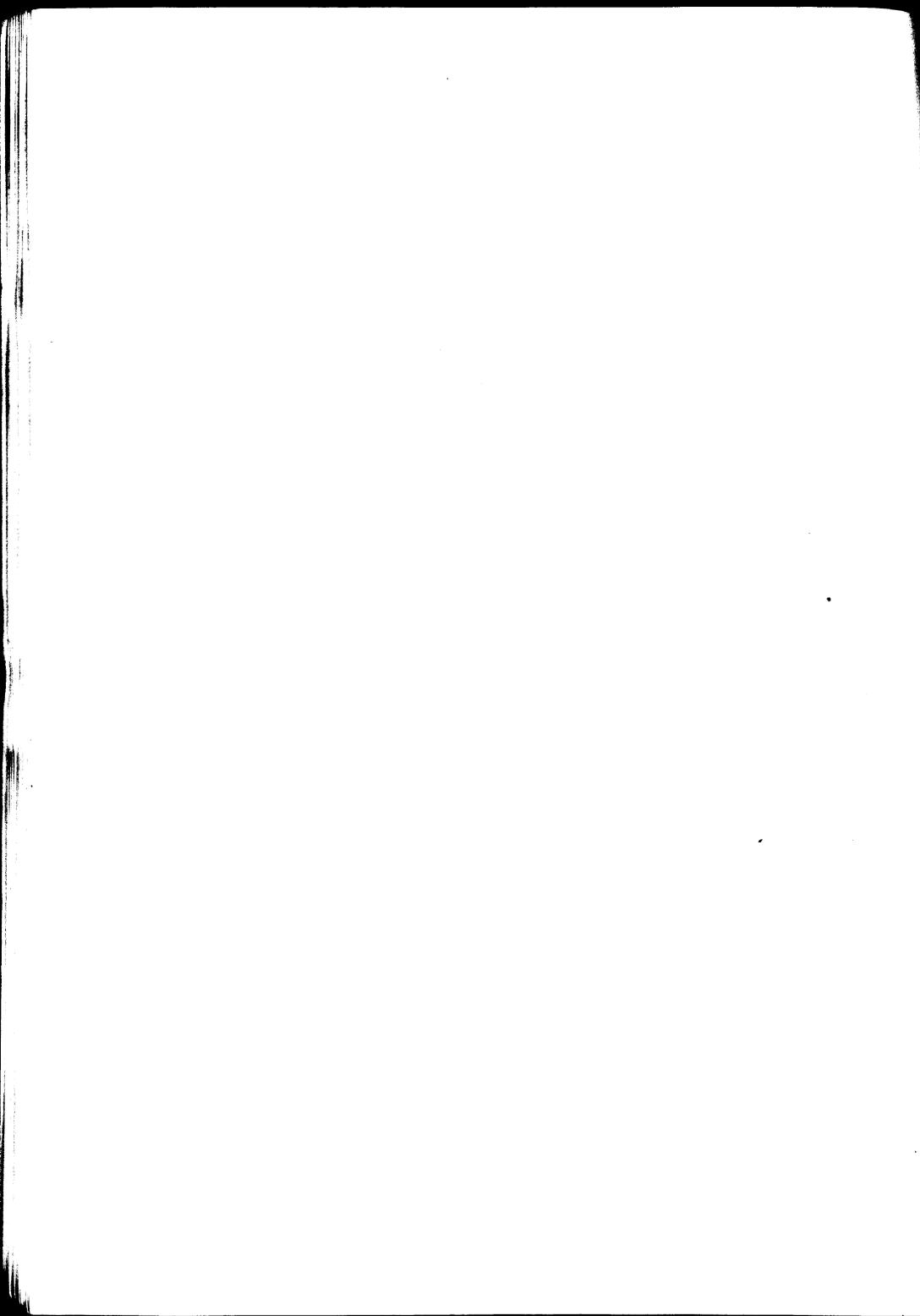
Jefe de la Maternidad del Hospital T. Alvarez



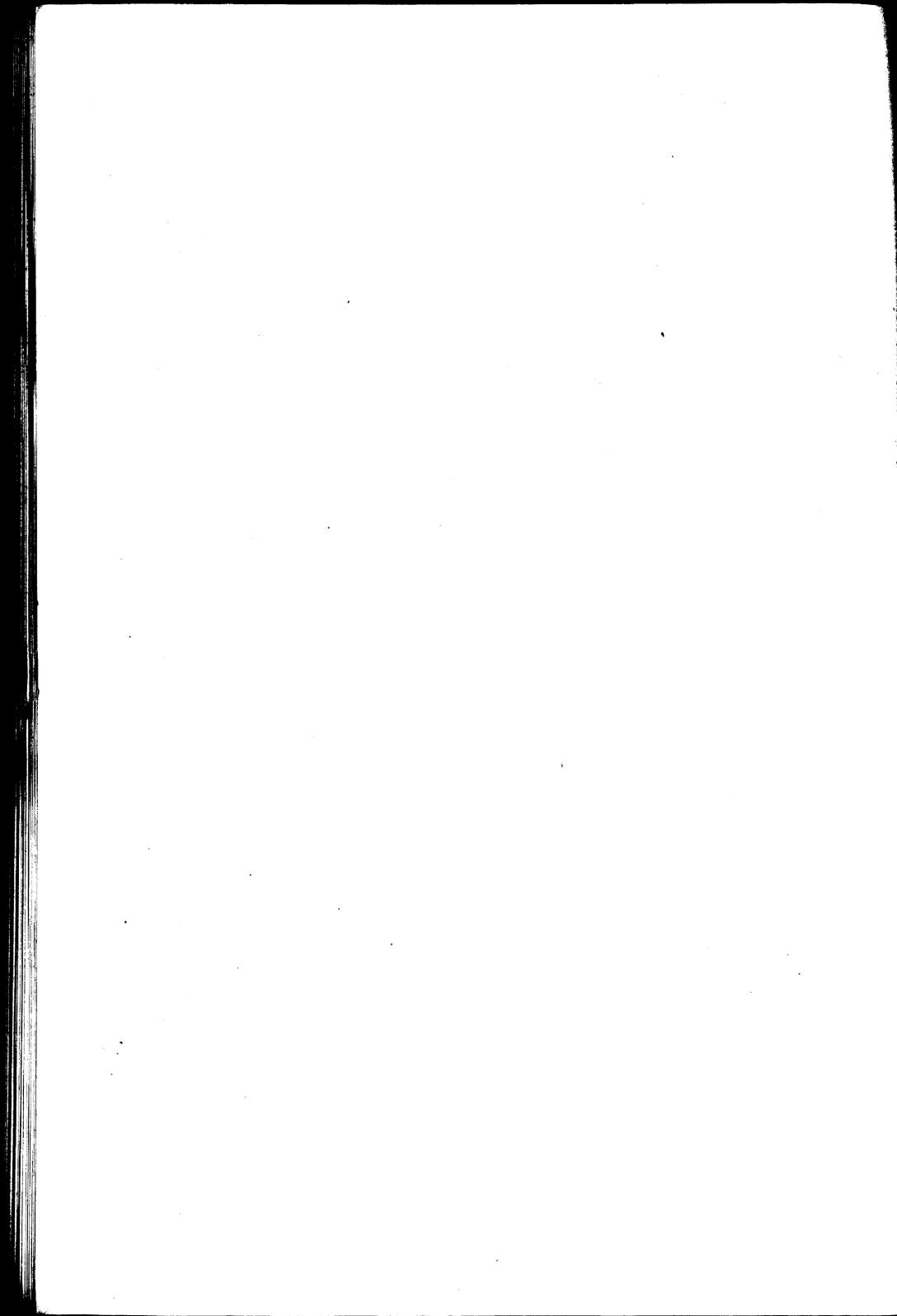
A LA MEMORIA DE MI PADRE



A MI MADRE Y A LOS MIOS



A MIS AMIGOS



A LOS DOCTORES:

- DR. JOSÉ C. SILVANI
» LUIS A. TAMINI
» TOMAS A. CHAMORRO
» CARLOS R. CIRIO
» MIGUEL SUSSINI
» JOAQUIN V. GNECCO
» NICOLÁS LOZANO
» ALEJANDRO CEBALLOS
» RICARDO SPURR
» LUIS N. GALDEANO
» TOMÁS VILASECA
» FRANCISCO DELUCA
SR. VICTOR POZZO



Cuando el trabajo y el esfuerzo personal, unidos al sacrificio que muchas veces implica la realización de una de nuestras esperanzas, consiguen sobrellevar los obstáculos que las circunstancias de la vida continuamente nos presentan y llegamos a culminar y cumplir nuestros ideales, la satisfacción íntima es grande e innegable.

Èse conjunto de conocimientos prácticos y teóricos adquiridos al correr de los años de estudio, que nos sirve para poder ser una entidad útil en el concierto de la humanidad y que es nuestro ideal realizado; lo debemos a nuestra voluntad, a nuestro trabajo, a nuestras aptitudes y a la voluntad desinteresada de los que nos enseñaron.

Tenemos una profesión que debiera hacernos encontrar siempre por encima de las miserias morales de esta vida, escudados en nuestros conocimientos que implican de por sí una elevación espiritual grande y, sin embargo, y aún contan-

do con poca práctica en la vida profesional que inicio, he visto muchas, muchas veces, que la moral, la ética, el respeto del médico se eclipsaban, se borraban delante del torbellino de la lucha diaria, que necesariamente nos envuelve y en aras de esa constante lucha por la vida, sacrificar muchas veces, a sabiendas, los sentimientos más nobles, más puros y caer como resultante en los límites de lo que no debe hacerse.

A mis compañeros, a los que conmigo han vivido esas horas libres de prejuicios y de intereses, que ensombrecen la densidad moral de cada uno; de intereses sobretodo que no sirven sino como reactivo para demostrar y hacernos ver la composición íntima de cada una de nuestras almas, a ellos, los compañeros del Hospital Teodoro Alvarez y a los del año de Facultad a que pertenezco, mis votos para que las lecciones de Deontología Médica que tan fresca aún conservamos en la memoria, no se borren pronto.

El recuerdo de los días que trascurrieron en el Hospital, las satisfacciones, los triunfos y los fracasos que sentimos y vivimos allí; porque el Hospital no deja de ser un rincón de este mundo y, por lo tanto, la lucha también tiene allí cabida.

A mis maestros del Hospital que me enseñaron a dar los primeros pasos en el camino de mi

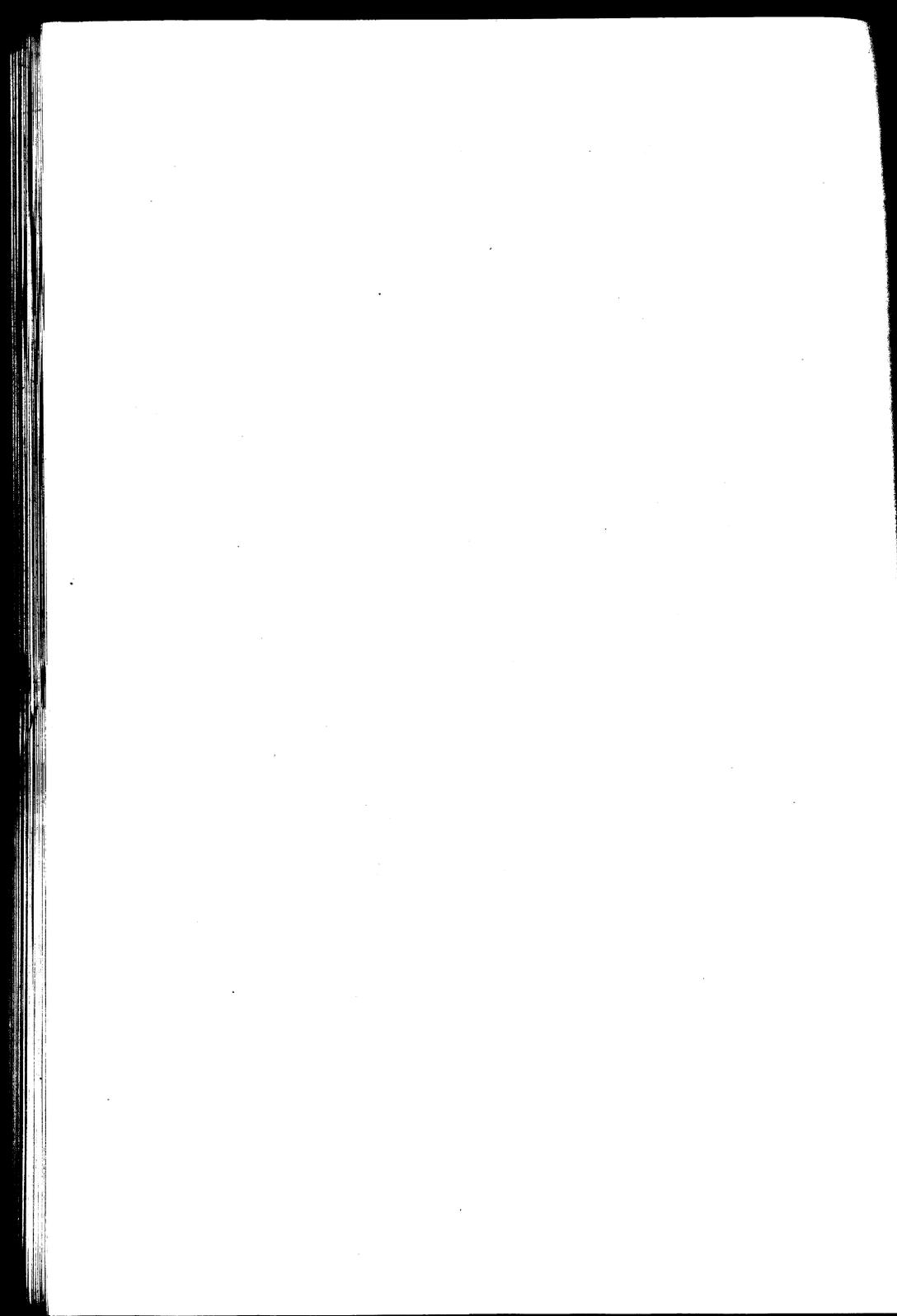
profesión, el agradecimiento sincero y mi amistad eterna.

Al profesor Dr. Arturo Enríquez, que me acompaña en este trabajo, el agradecimiento más profundo y la amistad del que siempre será su amigo.

Al profesor Dr. Tamini el recuerdo eterno, del hombre y del maestro.

A los médicos internos Dres. Lamón, Preioni y Chichizola la sinceridad de que encontrarán siempre en mí al amigo.

A mis compañeros, la seguridad de que el que conocieron allí, con las virtudes y defectos que Vds. conocen, lo encontrarán tal cual en la vida y que las impresiones recibidas en el continuo vivir en común, no se irán ya más de mi memoria.



La operación de Sigault-Frank

Antecedentes históricos

La separación de los huesos de la pelvis, como medio de facilitar el parto, ensanchando sus diámetros se hacía ya, claro que sin ningún espíritu científico, en el tiempo de los árabes. Y según Vesale, estos separaban el pubis de los niños en el momento del nacimiento en previsión de futuras estrecheces, que impidieran el también futuro parto.

Delacourveé en 1655 hizo la primera sinfisiotomía con una navaja, sobre el cadáver de una mujer que había tenido cuatro días de trabajo y cuyo feto tenía la cabeza enclavada en la pelvis estrechada. Consiguió extraerlo después de esa operación hecha porque sí, y sin sacar conclusión alguna, ni proponiéndola como operación útil.

Llegamos al año 1768. Louis presenta a la Academia de Cirugía de París su memoria sobre separación de los huesos de la pelvis.

El entonces estudiante J. R. Sigault, se interesa sobre la discusión que a raíz de la memoria de Louis se produce y después de realizar una serie de investigaciones sobre la separación del pubis, hace de este asunto el tema de su tesis inaugural ante la Facultad de Angers (22 de Marzo de 1773): «*Au in partu contra naturam sectio symphiseum ossium pubis sectione cœsarea promptior et tutior sit*», fueron sus conclusiones.

Y lo sostenido en su tesis lo realizó, por fin, el 1.º de Octubre de 1777 acompañado de Alf. Le Roi.

Fué la señora de Souchot de 39 años de edad, con una pelvis de 7 centímetros que había tenido cuatro embarazos con partos quirúrgicos y feto muerto, que gracias a la intervención de Sigault obtiene un niño vivo y cura, a pesar de las pésimas condiciones de higiene y de técnica con que es intervenida. Sigault tenía en ese entonces un panadizo.

El resultado feliz de esta operación en una mujer con los antecedentes de la Souchot, tuvo un éxito considerable y la nueva operación recibida y acogida con gran júbilo no sólo en Francia, sino en toda Europa.

Sigault había conseguido realizar la idea sostenida en su tesis, y su triunfo le acarreó el reconocimiento de la Academia de Medicina que mandó acuñar una medalla con el retrato del decano y los nombres de Sigault y Le Roi para «recompensar al inventor de un descubrimiento tan útil a la humanidad, en testimonio de reconocimiento y admiración». Y hasta el diario «Journal de París» propuso elevar a Sigault una estatua que fuese representado bajo la forma de Dios de la Salud y ¡qué homenajes enternecedores renovasen todos los años el recuerdo de su gloria!

El entusiasmo despertado por la operación de Sigault hace eco en los demás países de Europa donde se efectúa también con resultados más o menos relativos.

En Alemania fué practicada por Siebold cuatro meses después que Sigault (Febrero de 1778). A decir de Bar, Siebold fué el primero que efectuó la pubiotomía; un error de lugar hizo que seccionara el pubis en su arco anterior creyendo cortar la sínfisis.

Este operador tuvo que recurrir a la sierra, pues la operación fué hecha en una mujer raquítica y deforme cuyo cartílago sinfisiario estaba osificado. El resultado fué bueno. Al mes siguiente Cambon de Mons opera en una raquítica con buen resultado para la madre y el niño.

En Italia se efectúa la primera sinfisiotomía en 1781, el 24 de Diciembre. El cirujano Lavagnino interviene con mal resultado. Giovanetti y Ferrara en 1783 y 1787 la practican con éxito.

En Inglaterra se practica la primera vez en 1789. John Welchman opera en una osteomalácica con buen resultado para la madre, pero malo para el hijo.

En España la efectúa Delgado en 1780.

Desde entonces, la operación de Sigault es efectuada, en gran escala, con un entusiasmo injustificado, cayendo en exageraciones ridículas y efectuándose en mujeres que no la precisaban; unas por su escasísima reducción de diámetros y otras por tratarse de estrecheces tan acentuadas que era imposible pretender el pasaje del feto sin mutilarlo.

Unase a todo esto las deficientes o más bien las pésimas condiciones higiénicas, la mala técnica empleada y se verá entonces que los fracasos tenían que ser muchos.

Sin embargo, y a pesar de los resultados, no del todo malos y dignos y, por lo tanto, de tenerse en cuenta, la operación comienza a ser criticada y a desacreditarse.

Sacombes, Laverfot, Piet y Baudoloque especialmente fueron los que más se opusieron en

Francia a la operación de Sigault, declarándose todos partidarios de la cesárea.

Nalgele padre e hijo, Kitgen Killian son los que en Alemania se pronuncian en contra de la sinfiotomía.

En Inglaterra, Duncan, Sinson, Playfair se mañestan adversarios decididos.

Es en Italia donde, sin embargo, persiste la operación de Sigault y se sigue efectuando durante una época en que ya había sido desterrada de todas las clínicas, aún también de Francia. Assalini, Gianni, Asdrubali la practican con entusiasmo. Pero es sobre todo en Nápoles donde la operación de Sigault adquiere derechos imperecederos e incommovibles y desde la clínica, tratados y cátedra es proclamada y reconocida como necesaria en ciertas distócias.

En Francia cae en completo descrédito y los nombres de Mme. Lachapelle, Boivin, Desormaux, Joulin y Charpentier no indican y señalan sino a adversarios a «outrance».

Lo que pasaba en Francia, era semejante a lo que sucedía en Alemania, respecto a las ideas y conclusiones que se tenían sobre la operación de Sigault.

Y por un lapso de tiempo que se puede calcular casi en 80 años, los cesaristas triunfaron.

Sólo la escuela de Nápoles insistía en sus ideas

y la continuaban practicando en 1882. Mangiagalli enunció esta profecía: «La escuela de Nápoles tendrá la honra de haber guardado el fuego sagrado de una idea útil a la humanidad; será esta escuela la que hará salir a la sinfisiotomía del olvido y la repondrá en su sitio de honor».

Y la predicción se cumplió. Novi y Morisani, ilustres parteros, sostuvieron ardientemente la operación de Sigault y la practicaron en gran escala.

En 1888 presenta Morisani una prolija estadística. Reunió todos los casos de sinfisiotomía desde Sigault hasta entonces, y se esforzó en demostrar que las objeciones de los adversarios no eran suficientemente fuertes para destruirla y formula nuevamente conclusiones que hacía 25 años había enunciado ya (1863).

Novi, Mancusi, Cuca, Caruso, Portiglione lo acompañaron en sus ideas.

La visita de Spinelli a Pinard, haciéndole conocer los buenos resultados obtenidos por Morisani, hace que éste se interese, ayudado por Varnier, que se encarga de las investigaciones clínicas y de Farabeuf que toma a su cargo las investigaciones anatómicas sobre la región de la sínfisis, el cual con el talento y la actividad que lo caracterizaba precisa hasta donde debía llegar la separación del pubis y establece el ensanchamien-

to que se lograba obtener. Pinard se declara un partidario de la operación que Sigault había ideado en su misma patria y emprende sus trabajos en la Clínica de la Maternidad Baudeloque con resultados muy satisfactorios.

Leopold en Alemania y Harros en Norte América, estimulados por el proceder de Pinard emprenden el mismo plan de trabajo y la sinfisiotomía vuelve a resucitar ya más perfeccionada y dando por lo tanto resultados más alentadores.

Desde entonces ya no es más rechazada sistemáticamente y se emplea en muchos casos de pelvis estrechadas. La técnica empleada hasta hace unos años es la Farabeuf a cielo abierto.

La técnica empleada hasta hace pocos años en la cual se atacaba la sínfisis con una previa incisión amplia de la piel, a cielo abierto, se modifica.

Las infecciones comunes a esta forma de operar, pues la amplia incisión daba comúnmente puesta de entrada a los microbios, aguza el ingenio de los observadores y la técnica sub-cutánea se inicia con Zweifel. Más tarde Fritz Franck la modifica más y llega a hacer de esta operación una intervención relativamente fácil de ejecutar, alejando con su forma de operar una infección que desde entonces pocas veces se presenta.

Las clínicas de Leipzig, Colonia y Dresden la

emplean casi sistemáticamente y sus estadísticas tan halagüeñas comienzan a interesar a los que aun dudaron y dudan de los resultados de la operación de Sigault. La técnica empleada por Frank se generaliza y se hace imprescindible como óptima en los casos en que sobre la sínfisis se desee actuar.

Entre nosotros la sinfisiotomía parecía hasta ahora relegada a una condición de operación inútil y casi peligrosa. La pubiotomía mantiene hasta hace más o menos dos años el cetro de las pelviotomías.

¿Quién fué en nuestra patria el primero que la efectuó? Al parecer fué en el año 1893 o 1894, practicada por el Dr. De Nicola y dada a conocer por intermedio de la «Patria degli Italiani».

El Dr. Lagarde practicó también una sinfisiotomía, ayudado por el Dr. Zárate con buen resultado. El Dr. Juan R. Fernández la efectúa varias veces en la Maternidad de la Escuela de Parteras.

Estas intervenciones fueron hechas siguiendo la técnica de cielo abierto (Farabeuf).

Las primeras sinfisiotomías sub-cutáneas con técnica de Zweifel más o menos modificadas fueron hechas por el Dr. Soldano en 1910 y 1911 (dos casos).

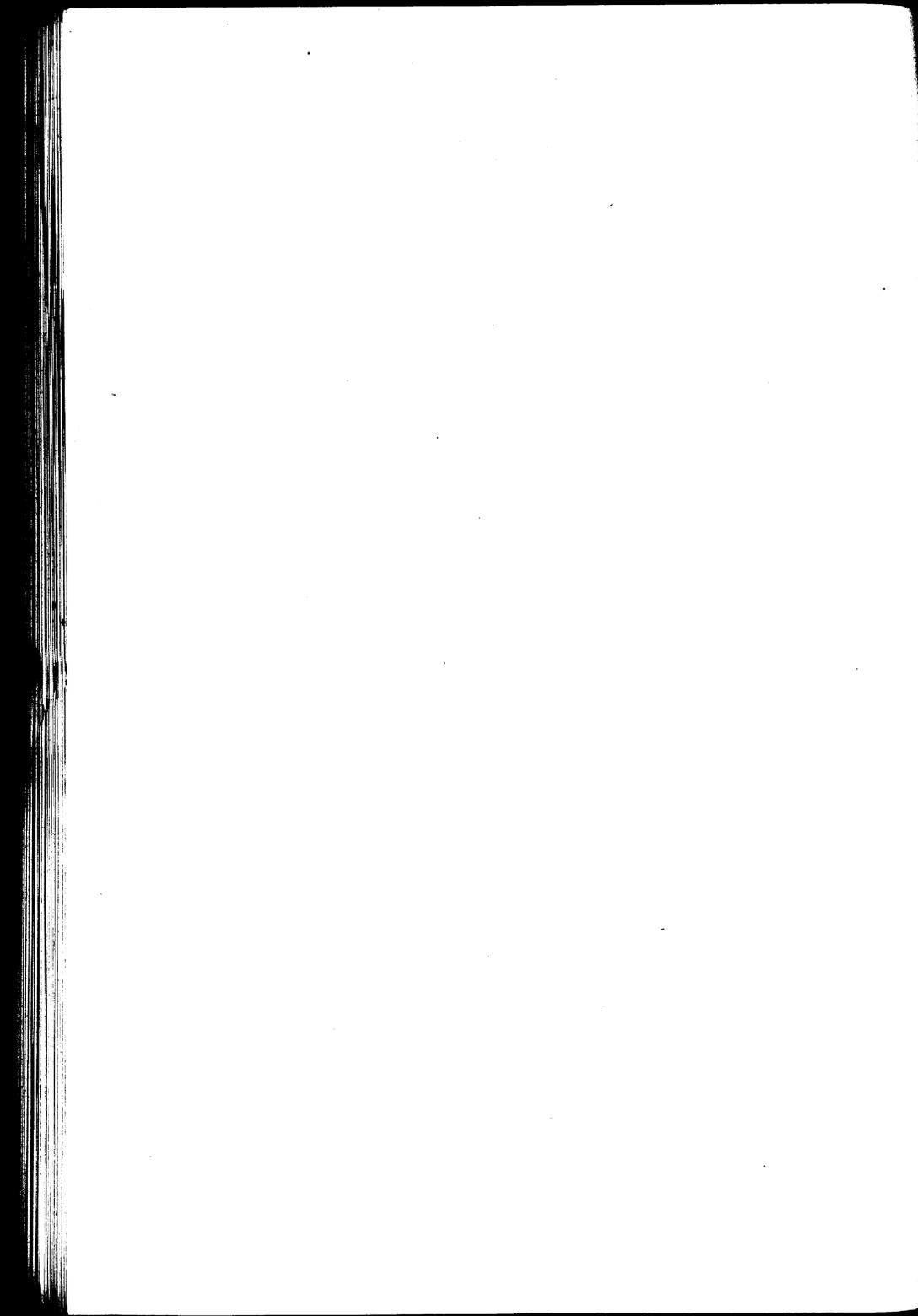
El Dr. Cantón la abandona y se declara decidido partidario de la pubiotomía sub-cutánea.

A raíz de un viaje efectuado por el Dr. Zárate, que le permite observar y sacar conclusiones de la manera de operar ideada y puesta en práctica por Frank y de los buenos resultados obtenidos, se decide a efectuarla entre nosotros.

La práctica por primera vez siguiendo la técnica de Frank en la Maternidad del Hospital Ramos Mejía. El resultado es un éxito. Siguen a ésta, otras dos y una tercera, practicada por el Dr. Chamorro en la Maternidad del Hospital Alvarez.

Los resultados son alentadores, la mayor sencillez operatoria, sus ventajas innegables en el momento del pasaje del feto, su período post-operatorio que está lejos de ser el fantasma que antes nos pintaban, hacen que esta intervención ocupe en la actualidad un lugar prominente entre las intervenciones que se efectúan sobre la cintura pelviana.

Y rindiendo homenaje a la memoria de Sigault, iniciador y a la habilidad de Frank que ha sabido con su técnica alejar muchos peligros, haciéndola una operación útil, cree que deben unirse sus nombres en recompensa a los méritos de cada uno de ellos, cuando quiera denominarse a la sinfisiotomía.



Datos anatómicos de importancia frente a la sinfisiotomía

Los conocimientos anatómicos indispensables para comprender las modificaciones de la sinfisiotomía lleva a la cintura pelviana se pueden concretar a dos regiones especiales: la sínfisis del pubis y las articulaciones sacras.

Sínfisis púbica o articulación inter-púbica? --El interrogante de este título, tiene su explicación si se recuerda que las discusiones en este sentido no han terminado aún. Mejor dicho; los tipos tan variables de articulación de pubis sobre todo de su cartilago inter-articular, hace que no se pueda decidir por ningún tipo fijo. La articulación inter-pubiana es una anfiartrosis o una diartro-anfiartrosis? Para contestar a esta pregunta es bueno estudiar aparte de las carillas articulares que son bien conocidas de todos y que

no tienen variaciones importantes; los diferentes medios de unión importantes desde el punto de vista necesarios de conocer al efectuar la sinfiotomía.

Los medios de unión de los pubis son: 1.º—Un fibro-cartilago inter-articular, llamado ligamento inter-óseo y 2.º—los ligamentos periféricos.

Fibro cartílago inter-articular.— La distancia que separa a ambos pubis está totalmente ocupada por él; a los lados se halla en íntima relación con las carillas rugosas articulares, adherido fuertemente a ellas. Esta verdadera cuña cartilaginosa inter-pubiana que en cortes horizontales ofrece el aspecto de un triángulo a base anterior, tiene una anchura en término medio de 3 cms. y una altura igual a la de las superficies con las cuales se articula y que oscila alrededor de 30 a 35 milímetros. Presenta como los discos inter-vertebrales con los cuales tiene mucho parecido, dos porciones de aspecto diferente: Una periférica dura y resistente y una central más blanda, más friable, que de ordinario forma en su centro una cavidad irregular. La variabilidad en tamaño de la cavidad que puede ir desde la insignificancia de unos milímetros hasta ocupar toda la altura del fibro-cartilago, es la que ha originado la discusión al querer establecer el tipo de articulación a que pertenece la inter-pubiana.

El fibro-cartilago inter-púbico presenta variaciones individuales muy extensas por lo cual ha de ser también muy variable la naturaleza de la articulación. En los casos en que no existe el menor indicio de cavidad central, acusa un progreso, un primer paso hacia un desarrollo superior, más elevado, que constituye la diartrosis.

La articulación inter-pubiana con su cavidad central no es ya una anfiartrosis, pero tampoco constituye una diartrosis: es una articulación intermedia que participa a la vez de los caracteres de una y otra, es una diartro-anfiartrosis.

Es casi superfluo añadir que la distancia que separa nuestra diartro-anfiartrosis de la diartrosis verdadera es tanto más escasa cuanto mayor es la cavidad central. Cuando esta cavidad ocupa toda la altura del cartilago, cuando además ocupa todo su espesor, quiero decir que se extiende de la parte anterior a la posterior de la articulación, cuando llega a ponerse en contacto con los ligamentos periféricos y estos a su nivel están cubiertos de una capa endotelial verdadera sinovial en estado rudimentario, en este caso la articulación se parece tanto a una diartrosis que la mayoría de los autores tanto parteros como anatomistas, no vacilan en emplear la palabra artrodia para designar ciertas formas de la articulación inter-pubiana. Sin embargo este tipo diar-

trodial es relativamente raro y según toda probabilidad en ningún caso presenta el cuadro completo que constituye la diartrosis perfecta.

Ligamentos periféricos. — Son cuatro los ligamentos periféricos de la sínfisis del pubis. Se distinguen según su situación en: anterior, posterior, inferior y superior. Estos ligamentos confundidos en sus bordes, forman su conjunto una especie de cápsula fibrosa que rodea la articulación a modo de manguito transversal el cual se inserta a derecha e izquierda en el contorno de las carillas articulares.

El ligamento anterior no es más que el entrecruzamiento aponeurótico de los músculos que se insertan en el pubis. Hay fibras propias transversales que van de un pubis a otro y que se insertan en el periostio y toman adherencias con el fibro-cartilago.

El ligamento posterior se puede decir que está representado por el periostio al pasar de un hueso al otro, reforzado por algunos haces transversales y por cierto número de fibras oblicuas que en la parte inferior se entrecruzan en la línea media y que provienen del inferior.

El ligamento superior no es más que una cinta fibrosa que se extiende de un pubis al otro.

El ligamento inferior llamado también sub-púbico, ligamento triangular, ligamento arqueado,

es una lámina fibrosa muy resistente de 10 a 12 milímetros de altura en su parte media, situada inmediatamente por debajo de la sínfisis a la que prolonga. Sus dos extremidades se insertan en las ramas descendentes del pubis, su borde superior convexo se adhiere íntimamente al fibro-cartilago inter-articular; su borde inferior cóncavo, suaviza el ángulo de la ojiva sub-pubiana redondeándola; formando el arco pubiano de los parteros, cuya cuerda mide 30 a 35 milímetros. Entre el borde inferior de este ligamento y el origen del plexo de Santorini representado por la vena dorsal del clítoris, existe una hendidura que permite la introducción de un instrumento debajo y detrás de la sínfisis.

En el tejido celular anterior del pubis, encontramos otro ligamento que es necesario conocer y que tiene una relativa importancia al practicar la sinfisiotomía. Me refiero al ligamento suspensor del clítoris que insertándose en la parte anterior de la sínfisis se adhiere a los órganos eréctiles del clítoris y que está atravesado en su base por la vena dorsal que es el origen del plexo de Santorini. Este ligamento se hace más perceptible tirando hacia abajo del clítoris. Desinsertando este ligamento es posible pasar por debajo de la ojiva al espacio pre-vesical sin herir ningún vaso.

Relaciones vasculares importantes a conocer, de la sínfisis pubiana.—La región de la sinfisiotomía, es decir la que corresponde antómicamente a la incisión que para esa intervención se practica, carece de vasos importantes; son todas ramas insignificantes y despreciables desde el punto de vista operatorio.

Arterias.—Hacia arriba la rama supra-pubiana de la epigástrica que recorre el cavum supra-púbico de Leusser y que según Farabeuf tiene el grosor de una aguja de sastre.

Por detrás encontramos los arcos retro-pubianos, anastomosis de las ramas de la obturatriz. Estos arcos son mucho más pequeños que el arco supra-pubiano y podemos decir lo mismo que de éste; que son de prescindir en una operación por su escasa importancia.

En la cara anterior encontramos numerosas arteriolas procedentes de la pudenda externa superior y de la circunfleja anterior. Por último en la parte inferior o pre-perineal, la arteria pudenda interna al pasar del periné a la pelvis, envía un pequeño ramo del ligamento arqueado.

Venas.—Las venas son pequeñas, acompañan a las arterias y son por lo tanto muy delgadas.

En la parte inferior encontramos la vena dorsal profunda del clitoris que aboca luego al plexo de Santorini, que se encuentra situado en la par-

te póstero-inferior del pubis inmediatamente por delante de la vejiga. Este plexo de Santorini no se encuentra situado al menos en lo que corresponde a su mayor intrincado y calibre, en la línea media, se encuentra más bien hacia los lados correspondiendo a la región de la pubiotomía. En suma, podemos concluir, de los datos anatómicos lo siguiente: Que en la región de la sinfisiotomía los vasos son muy pequeños, son las últimas ramificaciones casi capilares de las arterias y el origen también capilar de las venas.

Y si recordamos que las anomalías de la obturatriz puede ser que la llevemos por delante al practicar la pubiotomía, y que a esta región corresponde un complejo vascular de mayor calibre e importancia y de relativo peligro al ser seccionado, podremos también terminar que en cuanto a vasos la región de la sínfisis y por ende la sinfisiotomía presenta muchas ventajas sobre la pubiotomía, donde los riesgos son mayores. Los hematomas que después de esta operación se hacen nos confirman la disposición anatómica que acabamos de describir.

Vejiga. — En cuanto a este órgano, podemos recordar que se encuentra separado por el tejido celular pre-vesical, de unos dos centímetros de espesor y por el cual corren las venas vesica-

les anteriores. Dato a tener en cuenta al practicar la operación que describimos.

El cartilago sínfisario.—Recordemos aquí que todo cartilago carece de vasos y tendremos que agregar otra ventaja más sobre una sección ósea que siempre da mucha sangre y donde la hemostasia es difícil de efectuar.

Articulaciones sacro - ilíacas.—Región de las más importantes a tener en cuenta durante la separación de los pubis. La palanca que bascula sobre ellas al efectuar dicha operación hace que el conocimiento anatómico tenga una importancia digna de no olvidar.

La articulación sacro-iliaca que la mayoría de los autores colocan entre las anfiartrosis, corresponde en efecto a esta clase de articulación por su escasa movilidad y por la capa de cartilago que se interpone entre sus superficies articulares. Pero puede colocarse entre las diartrosis por la cavidad que se encuentra en su centro y por la sinovial que cubre sus ligamentos. Puede pues considerarse como un tipo intermedio entre ambas como una diartro-anfiartrosis.

Está constituida esta articulación: 1.º— por parte del sacro, por una faceta excavada llamada faceta auricular por razón de su forma; 2.º— por parte del coxal por una faceta semejante, pero saliente.

Estas dos piezas esqueléticas se mantienen en mutua presencia primeramente, por una cápsula fibrosa en forma de manguito, que se inserta en el borde articular de ambos huesos. Secundariamente por ligamentos que se pueden distinguir en tres principales: Ligamento sacro-iliaco anterior, ligamento sacro-iliaco posterior y ligamento ileo-lumbar.

Ligamento sacro - iliaco anterior.—Muy ancho, pero al mismo tiempo muy delgado está representado por un conjunto de haces radiados que se extienden del sacro al hueso coxal. Estos haces cuya importancia va en disminución de arriba a abajo se insertan por su extremidad interna en la base del sacro y en la cara anterior de este hueso por fuera de los dos primeros agujeros sacros; desde este punto se dirigen hacia afuera, unos transversalmente, otros siguiendo un trayecto más o menos oblicuo y vienen a insertarse en las partes próximas del hueso coxal, principalmente en la fosa iliaca interna, en la parte posterior de la línea innominada y por debajo de esta línea en la región ósea que corresponde inmediatamente por encima de la escotadura ciática mayor.

El ligamento sacro-iliaco anterior es muy delgado y en ciertos puntos está representado por el periostio pasando de un hueso al otro. Por es-

to es débil y poco resistente, de modo que fácilmente ese deja desprender y desgarrar después de la sinfisiotomía, al separar el hueso coxal del sacro.

Ligamento sacro-ilíaco posterior. — Comprende una cantidad de haces de direcciones diversas que se extienden sobre el plano dorsal de la articulación teniendo todos por carácter común pasar del hueso ilíaco al sacro. Según Testut estos haces ileo-sacros forman un todo continuo y toda división que quiera practicarse en esta masa compacta, a modo como lo hicieran Farabeuf y Pinard cuyas descripciones quedaron clásicas, obedece más bien a la comodidad de la descripción que no a la legitimidad de la disposición anatómica. Hay dos planos en este ligamento: el plano superficial y el plano profundo llamado impropriamente ligamento inter-óseo.

El ligamento ileo-lumbar. — No tiene con la articulación más que relaciones mediatas. Ocupa el espacio angular que en el esqueleto separa la columna lumbar de la cresta ilíaca y se inserta en el vértice y borde inferior de la quinta vértebra lumbar irradiándose luego en el hueso ilíaco.

Los elementos que mantienen la solidez de la articulación son: una serie de poderosos ligamentos ileo-transversales, la configuración de sus ca-

rillas articulares talladas de manera de realizar un encaje recíproco y por último la situación del sacro encerrado entre los huesos coxales cuyas líneas innominadas hacen el papel de palancas rígidas mantenidas en esa posición por el manguito peri-óseo de al sínfisis púbica.

Movilidad de la articulación sacro-iliaca. — En las condiciones normales, anatómo-fisiológicas ordinarias, en una pelvis normal en que los dos huesos coxales están unidos entre sí por una sínfisis púbica intacta; la articulación sacro-iliaca disfruta de una movilidad tan escasa que apenas es perceptible. Los únicos movimientos que tiene son los de nutación y contra-nutación, los cuales consisten en un movimiento de báscula del sacro alrededor de un eje transversal, movimiento en virtud del cual las dos extremidades superior e inferior de este hueso se mueven en sentido inverso.

La base del sacro se dirige hacia abajo, mientras que su punta se dirige hacia arriba y esto constituye la nutación y vice-versa, si la base del sacro se eleva y su punta baja se efectúa la contra-nutación. En estos movimientos las carillas articulares del sacro teniendo cada una un canal arqueado, ruedan de arriba a abajo en la nutación y de abajo arriba en la contra-nutación sobre las carillas articulares del coxal representada ca-

da una por un rodete arqueado paralelamente.

Como ejemplo de nutación citaremos al mozo de cordel en posición de pie llevando sobre sus hombros un peso grande. Este peso por intermedio de la columna lumbar, pesa totalmente sobre la base del sacro y por esto ésta inclina hacia abajo.

Como ejemplo de contra-nutación podemos representarnos un sujeto echado apoyándose por los riñones sobre una barra transversal. En esta posición el peso de la cabeza y del tronco por una parte, obran sobre la base del sacro siempre por intermedio de la columna lumbar y tiran de esta base hacia atrás y por otra parte, el peso de los miembros inferiores obrando sobre los huesos coxales por intermedio de los ligamentos de Bertin, tiran de estos huesos coxales hacia adelante, resultando de ello una contra-nutación típica por efecto del movimiento simultáneo y en sentido inverso, de los huesos que de cada lado consituyen la articulación sacro-iliaca.

Los movimientos de nutación y contra-nutación tienen especial importancia en obstetricia y las posiciones de Crouzat-Walcher y Duncan-Laborie hacen que estos movimientos se produzcan.

Pelvis y sinfisiotomía

El embarazo que trastorna y modifica todo el organismo de la mujer en gestación, modifica también en consecuencia la anatomía de las articulaciones pelvianas. Durante el embarazo se producen fenómenos de dos órdenes: los unos pasan dentro del útero y constituyen las transformaciones sucesivas del huevo para llegar a su estado de madurez perfecta; los otros se desarrollan en la madre cuyo organismo al adaptarse a su nuevo rol, sufre una serie de transformaciones y de cambios. Así como casi todos los órganos adquieren modificaciones especiales a este estado también la pelvis se modifica para luchar en el momento del parto que fatalmente debe producirse.

Las articulaciones pelvianas son el lugar de producción de fenómenos especiales. De antiguo se han indicado las modificaciones que ellas su-

fren en los animales durante la preñez. En la hembra del cobayo principalmente, los ligamentos inter-pubianos se reblandecen, se relajan y se dejan distender hasta el punto que los dos pubis, que fuera de la época de gestación están estrechamente unidos, en el momento del parto llegan a separarse 25 milímetros.

Barlow ha observado el mismo fenómeno en la vaca. No precisamente en el pubis donde la articulación es una sinostosis, sino en las articulaciones sacro-ilíacas cuyo cartílago fibroso inter-óseo aumenta de espesor al paso que los ligamentos periféricos se reblandecen y se hacen más laxos. Resulta de todo esto una mayor movilidad de los huesos, una nutación más intensa del sacro y por consiguiente un mayor diámetro proporcional del conducto genital.

Fenómenos parecidos se observan también en la mujer embarazada. Según toda probabilidad, por efecto de las continuas congestiones de que es asiento la pelvis, las partes blandas de las articulaciones inter-pubianas y sacro-ilíacas, se inbiben, se reblandecen y se hacen mucho más extensibles, lo que permite a las piezas óseas en mutua presencia, dislocaciones y movimientos más fáciles y más extensos.

Al nivel de la sínfisis el cartílago, a consecuencia de esa especie de infiltración serosa produci-

da por la congestión pelviana, aumenta de volumen y se vuelve mucho más blando. Las partes peri-articulares que lo rodean tampoco están exentas de las mismas modificaciones. La mayoría de los obstétricos, tanto antiguos como modernos hablan de pubis más separados que de ordinario, de pubis que son móviles, de pubis que cabalgan uno sobre otro. Boivin notó en un caso un intervalo de 25 milímetros entre los pubis y sobre este particular recordemos las investigaciones de Girault y de Anseaux que tienden a establecer que esta relajación de los ligamentos pelvianos es más notable en las mujeres de pelvis estrecha, que en las mujeres de pelvis normal.

Las dos sínfisis sacro-iliacas sufren también esa infiltración serosa: los movimientos de nutación y contra-nutación se hacen en consecuencia más fáciles y más amplios. Boyer observó en un caso una separación de 12 milímetros entre las dos superficies óseas de esta articulación. También sufre idénticas modificaciones aquella tercera sínfisis que se llama articulación sacro-coxígea.

Todas estas modificaciones estructurales de las articulaciones pelvianas, hacen que la estabilidad de la pelvis no tenga la solidez que caracteriza al período normal y esa falta de rigidez en

los lazos de unión imprime a la mujer «esa marcha característica de la mujer embarazada.»

La movilidad de los pubis se puede notar siguiendo el procedimiento ideado por Budin. Estando la mujer de pie se introduce el índice en la vagina y se aplica el pulpejo del dedo sobre el borde inferior de la sínfisis. Si en estas condiciones, la mujer hace acción de marchar sin moverse del mismo sitio, se nota muy claramente a medida que se suceden los movimientos de las piernas, que uno de los pubis desciende empujando el dedo al paso que el otro se eleva. Después este desciende a su vez, al paso que el otro vuelve a elevarse y así sucesivamente.

En las articulaciones sacro-iliacas, como ya dijimos, los movimientos de nutación y contra-nutación son mucho más extensos. La retropulsión del coxis nos demuestra el proceso que al nivel de su articulación con el sacro, se ha efectuado.

Este estado de relajamiento provocado por el embarazo, suele producir a veces disturbios físicos funcionales bastante molestos para la mujer en gestación, constituyendo cuando adquiere proporciones anormales una verdadera afección. Cansancio, malestar y dolores localizados al nivel de la sínfisis pubiana y al nivel de las articulaciones sacro-iliacas son los síntomas de esta afección. Esta sintomatología puede adquirir

grados muy diversos. Desde simple dolores tolerables hasta constituir un verdadero achaque, en el cual la mujer experimenta dolores fuertes que le hacen casi imposible cualquier movimiento.

Es en la segunda mitad del embarazo cuando esta sintomatología se hace presente; siendo raro que persista una vez efectuado el parto.

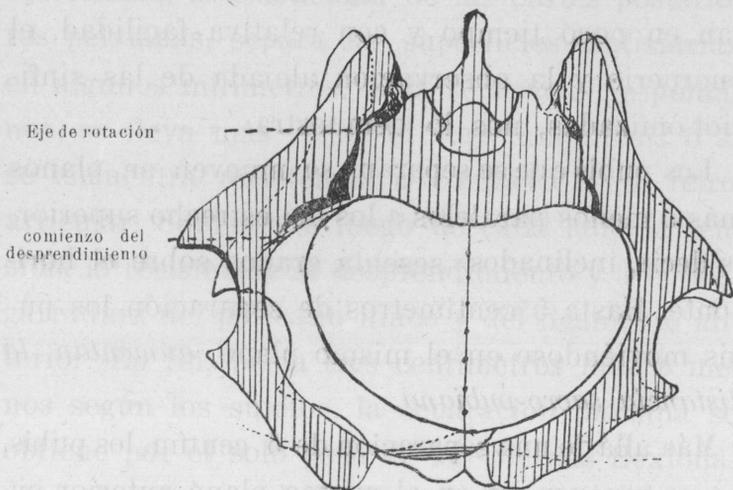
Las modificaciones estructurales que experimentan por efecto del embarazo, las sínfisis y ligamentos pelvianos dan por resultado (y por eso interesan particularmente al ostétrico) agrandar la excavación y estrechos óseos, favoreciendo el pasaje del feto cuando el parto se produce. Esta ampliación de la pelvis depende de los tres factores siguientes: 1.º—la mayor extensibilidad de los ligamentos, que permite a las piezas óseas en contacto, cierta reparación; 2.º—la acción excéntrica del globo uterino sobre las paredes pelvianas, las cuales, estando menos sujetas, se dejan separar del eje de la excavación; 3.º—la mayor movilidad de las articulaciones sacro-ilíacas, que permiten una nutación y una contra-nutación más extensas del sacro y por consiguiente un aumento proporcional de las dimensiones de los diámetros ántero-posteriores de los estrechos inferior y superior.

El sinfisiotomista, seccionando los ligamentos inter-pubianos, en los casos de estrechez pelvia-

na, suprimiéndolos por así decir en el concepto de ligamentos, no hace más que continuar exagerando, el trabajo iniciado ya por la naturaleza. Va en busca y llega a los mismos resultados por un mecanismo casi idéntico. Bien dijo Duncan, «que la naturaleza al modificar los ligamentos interpubianos, esboza con antelación, la operación de la sinfisiotomía».

La pelvis después de la sinfisiotomía. — El trabajo operatorio natural que el embarazo ha provocado en la cintura pelviana, va a ser exagerado. El arte interviene y la sección de la sínfisis se efectúa. ¿Qué modificaciones se producen y qué es lo que se pretende conseguir con ello? Practicada la sección de la sínfisis con los miembros inferiores flexionados y efectuado el movimiento de abducción progresivo y simétrico tendiente a separar los pubis, los huesos coxales y por lo tanto cada pared lateral de la pelvis efectúan un movimiento que bascula al nivel de la parte posterior de la articulación sacro-iliaca. Los ligamentos sacro-iliacos posteriores se relajan; los ligamentos anteriores en cambio, por efecto de la separación que sufre cada hueso ilíaco del sacro, se ponen tensos, y las fibras periósticas que lo constituyen, se despegan y se desgarran. Es sobre el hueso ilíaco y al nivel de la línea innominada que comienza este desprendi-

miento, cuyo origen está a tres centímetros adelante y afuera del eje sobre el cual la separación pubiana lo hace rotar. Se va desprendiendo hacia atrás hasta llegar a la interlínea. En cuanto al desprendimiento sobre el sacro es nulo. El grabado adjunto dará mejor idea de ello.



Cuando desde el comienzo de la separación del pubis, un contacto óseo se establece hacia atrás de la charnela, entre la tuberosidad ilíaca y uno u otro de los tubérculos conjugados sacros exuberantes, el eje de rotación, es decir, la charnela se transporta hacia el punto de contacto, y el hueso ilíaco bascula alrededor de él. En estos casos la abertura de la articulación tiene que ser más grande en su parte anterior y el periostio y ligamento, se desgarran desde un punto más an-

teriormente que en los casos normales. En los casos normales las lesiones se concretan a un desprendimiento del periostio y de los ligamentos anteriores. Nada de esto debe asustar; se han visto parturientas, no resistirse mayormente de una disjunción sacro-iliaca unilateral de 7 centímetros. Por lo demás estas lesiones producidas curan en poco tiempo y con relativa facilidad, el puerperio y la observación alejada de las sinfiotomizadas, nos lo demuestra.

Los pubis que se separan, se mueven en planos más o menos paralelos a los del estrecho superior, es decir, inclinados sesenta grados sobre el horizonte. Hasta 5 centímetros de separación los pubis moviéndose en el mismo plano, *aumentan la distancia sacro-pubiana.*

Más allá de una separación de 5 centím. los pubis, no se mueven ya en el mismo plano anterior sino que descienden. La oblicuidad de la charnela sacro-iliaca sobre la cual giran, nos da la explicación de esto. A partir pues de esa cifra (5 centímetros) *los pubis descienden* y la distancia sacro-pubiana no aumenta. El descenso de los pubis pues, no nos da ningún beneficio en el sentido de aumentar la distancia sacro-pubiana; al contrario los aproxima hacia la parte media del sacro disminuyendo así los diámetros de la excavación.

Aumento de la distancia sacro-pubiana y descenso de los pubis son los dos primeros resultados de la separación de la sínfisis.

Como se llega a conseguir la disjunción de las articulaciones sacro-iliacas separando los pubis.

—En seguida que las fibras inter-pubianas se han seccionado, la elasticidad de las partes posteriores pelvianas, separa las superficies sinfisarias en algunos milímetros. Esta separación espontánea, se lleva más lejos si hay anquilosis o si se encuentra resistencia o contacto óseo retro-articular. Sobreviene luego de cada lado la tensión, la resistencia al desprendimiento y a la desgarradura del periostio iliaco y del ligamento anterior. En fin, hasta tres centímetros más o menos según los sujetos, la separación pubiana se obtiene por el solo peso de las piernas flexionadas cayendo en abducción.

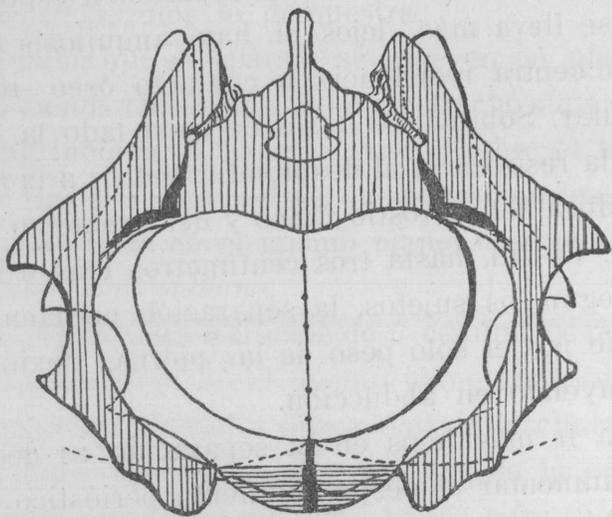
Para ir más lejos en la separación es decir, para aumentar el desprendimiento perióstico, es preciso fuerza, poca o mucha, pero es necesaria. Se consigue por medio de las manos de dos ayudantes, obrando por intermedio del fémur y de los músculos aductores del muslo, vueltos abductores de la pelvis.

En la práctica el operador hace separar simétrica y moderadamente los muslos a los ayudantes que sostienen ambas piernas y vigila atentamen-

te hasta donde llega la separación inter-pubiana.

Qué aumento se consigue en los diámetros pelvianos después de cada centímetro de separación de los pubis. — Es el instante de decirlo para las pelvis operables de 7, 5, 8, 9, 10 centímetros de P. P. M.

Tomemos una pelvis teniendo 8 centímetros entre el promontorio y el rodete retro-pubiano. La

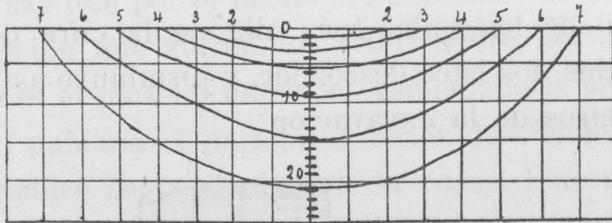


separación máxima permitida aumenta en 12 milímetros la distancia del sacro a la línea transversal bi-pubiana. Es un beneficio de dos milímetros por centímetro de separación. Pero eso no es todo el beneficio de la operación.

En la brecha inter-pubiana se introduce o encaja parte de la bosse parietal anterior de un seg-

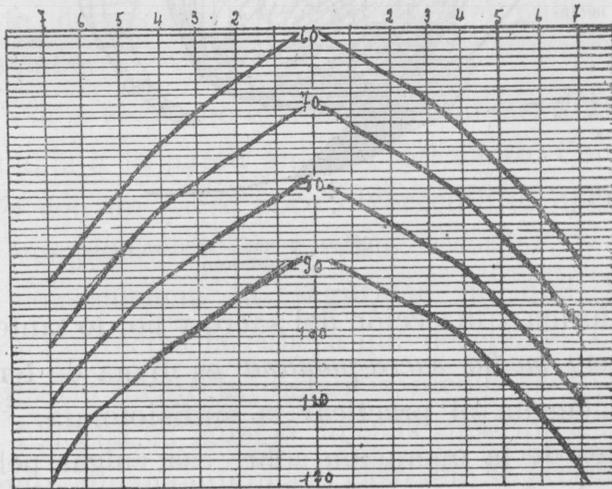
mento de más de 20 milímetros delante de la línea bi-pubiana.

Agreguemos pues a los diez o doce milímetros conseguidos en el diámetro sacro-pubiano, los 20



Espesor del segmento de cabeza que encaja en la brecha interpubiana según los diversos grados de separación

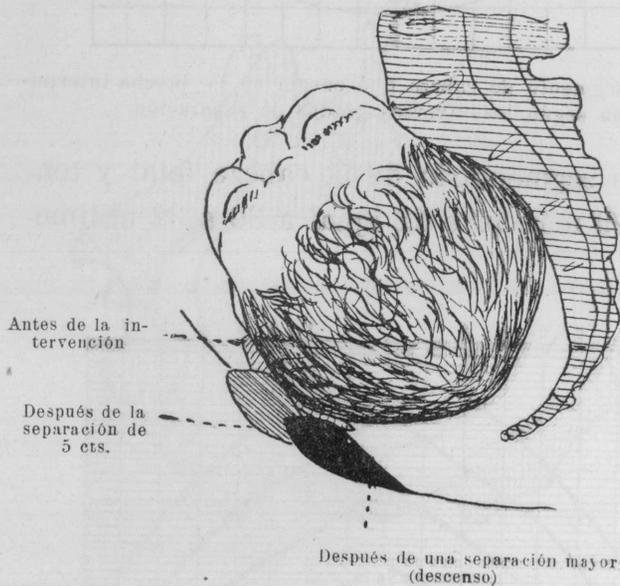
del encaje segmentario de la cabeza fetal y tendremos: 29 más 10 o 12 igual a 30 a 32 milímetros.



Beneficio total obtenido según las diversas dimensiones de la pelvis y la separación que se efectúe.—Tamaño natural.

La sinfisiotomía aumenta pues el diámetro sacro-pubiano y disminuye indirectamente los diámetros fetales.

No hay que olvidar jamás que la abducción y extensión forzada de los muslos llevando la separación de los pubis más allá de la cifra de 6 a 5 ctms. los hace descender, y disminuye así los diámetros de la excavación.



La forma y dirección del sacro y por lo tanto la *distancia medio sacra-pubiana* es digna de tenerse en cuenta al practicar la sinfisiotomía.

Antes de la operación sobre esa vulgar pelvis aplanada tan común, el promontorio está en relación a los pubis a una altura tanto menor cuan-

to el estrechamiento es más pronunciado. Después de la simple sección seguida de algunos milímetros de separación espontánea, la oreja y el temporal posterior, descienden notablemente nada más que por el hecho del descenso, de contranutación que sufren los pubis sobre los cuales reposa el parietal anterior. Aumentada la separación pubiana el parietal anterior desciende y se introduce hasta el nivel de la bosse. Esto es suficiente para que la oreja posterior descienda por debajo del promontorio y es el momento entonces para la cabeza de ejecutar movimientos de báscula hacia atrás, para completar el encaje y descenso del parietal anterior. No podrá llegar a efectuarse si ella encuentra un sacro poco divergente, demasiado poco distante del pubis y del sub-pubis.

Hemos visto que el descenso pubiano aproxima el pubis a la pared anterior del sacro. Contando pues con un sacro poco divergente la operación se complica y es preciso recordar y tener en consecuencia la seguridad de que la excavación reciba la cabeza que desciende. Es pues necesario medir la distancia medio sacro-pubiana. I si ella es igual o apenas superior a la promonto-pubiana-mínima el caso que se presenta, es mal caso. Es preciso que esa distancia sea supe-

rior en 15 o 20 mm. para hacer el pronóstico favorable.

Si contamos además con una buena retropulsión coxígea y unas partes blandas elásticas, nos pondremos dentro de las condiciones ideales que se exigen para realizar la operación de Frank.

El aumento de los demás diámetros de la pelvis es también evidente. La demostración por así decir matemática hecha en ese sentido por el doctor Soldano, así lo demuestra.

En resumen, con la sinfisiotomía se consigue: 1.º un aumento del diámetro P.P.M. y una disminución indirecta del diámetro fetal, debida al encaje del segmento de cabeza entre los pubis seccionados; 2.º la separación pubiana mayor de 5 centímetros no tiene razón de ser, dado que los beneficios reales se obtienen sin pasar de esa cifra.

Indicaciones y contra-indicaciones

La sinfisiotomía es hoy una operación fácil, muy útil y casi sin riesgos operatorios. Efectuada entre nosotros hace más o menos unos veinte años con la técnica de Farabeuf, a cielo abierto, fué abandonada por inferioridad, ante la pubiotomía sub-cutánea y cayó en el olvido. Hoy vuelve a estar en tela de juicio y vuelve mejorada en su técnica.

La técnica sencilla y fácil de Frank, nos va demostrando sus bondades, y sus resultados son alentadores. Desecharla por qué sí, es consecuencia del desconocimiento que de ella todavía se tiene.

Cuando una estadística nuestra que cuente con un mayor número de casos que el actual, nos muestre los resultados obtenidos, cuando todos la hayan efectuado y palpado sus beneficios, entonces quizás, triunfe definitivamente.

La sinfisiotomía es según las conclusiones a que hemos llegado una operación por medio de la cual, los diámetros pelvianos pueden ser agrandados simétricamente dentro de ciertos límites prudenciales y en consecuencia, sus indicaciones están encerradas dentro de aquel vasto grupo de casos en los cuales nos encontramos con una desproporción pélvico-fetal.

Comprendo en este grupo a dos variedades: 1.º Los casos de pelvis estrechadas; 2.º Los casos de pelvis más o menos normales con polo cefálico grande, es decir la verdadera desproporción feto-pelviana.

El parto prematuro provocado, la embritomía sobre feto vivo, el forceps mismo en sus aplicaciones altas con diámetros pélvicos-fetales desiguales, ceden o han cedido ya su lugar a operaciones obstétricas, como la cesárea clásica, la cesárea extra-peritoneal, la sinfisiotomía, llenas de un riguroso tecnicismo como para casi asegurar sus buenos resultados.

Deslindar situaciones, sin llegar a las fórmulas matemáticas, pues los casos varían al infinito, es lo que me propongo en este capítulo.

Demás está decir que un diagnóstico preciso, fruto de la práctica de cada uno, sobre la variedad de pelvis con que nos encontramos para intervenir es la base de todo buen éxito operatorio.

Conocer bien la pelvis sobre la que tendremos que actuar, su forma, sus dimensiones, el estado de las partes blandas, el estado de la madre, sus condiciones sépticas tan importantes en cirugía obstétrica, el rol efectuado o a efectuar del útero, el estado del niño, para no intervenir en casos de muy dudosa vitalidad fetal, todo ese conjunto de situaciones bien estudiadas y conocidas es la base también de nuestro triunfo como obstétrico y también lo más difícil de poseer.

Pelvis estrechadas.— Puestos en presencia de una mujer que tiene una pelvis estrechada, que está al término de su gestión o se encuentra ya en trabajo de parto, que conducta debemos seguir?

Recogidos los antecedentes de rigor, tanto obstétricos como potológicos, constatado el estado actual de los organismos maternos y fetal, efectuamos la pelvimetría, nos enteramos de la forma de la pelvis y condiciones de las partes blandas.

Con qué dimensiones y con qué formas de pelvis nos podemos encontrar?

Las formas y dimensiones de las pelvis estrechadas son muy variables. A las deformaciones pelvianas las podemos clasificar en dos grupos: 1.º Las deformaciones o mejor dicho viciaciones simétricas. 1.º Las viciaciones asimétricas.

Dentro de las viciaciones simétricas encontramos a las pelvis estrechadas raquíticas y a las

estrechadas originariamente con las variedades: generalmente estrechada, aplanada pura, aplanada y generalmente estrechada y estrechada transversalmente; que son las más numerosas y también donde la sinfisiotomía tiene más campo de acción.

Dentro de las pelvificiaciones asimétricas encontramos otro vasto grupo de variedades que podemos nombrar: Naegele, de Robert, fracturas, coxálgicas, viciadas por lesiones de los miembros inferiores, donde la sinfisiotomía tiene un campo de acción muy restringido.

Debemos además contar para sinfisiotomizar con una articulación sacro-ilíaca que no esté anquilosada, deformidad o más bien dicha situación con la que casi siempre se tropieza en las pelvis asimétricas.

Enterados pues, de la forma de la pelvis busquemos dentro del grado de estrechez la indicación operatoria más o menos precisa.

La indicación de la sinfisiotomía termina donde empieza la indicación absoluta de la cesárea. Con cifras tomadas a la dimensión del diámetro p.p.m. marcamos el límite casi matemático pero que no tiene nada de absoluto, en el cual ambas operaciones se continúan por así decir en indicación una a otra.

Pelvis de 4, 5, 6, 7, 7.5 de P. P. M.; indicación

absoluta de cesárea, ya sea esta clásica cuando se hace en condiciones de tranquilidad respecto a la situación séptica de la mujer, o ya sea extra o transperitoneal cuando sus condiciones de infectada implican un peligro con la laparotomía y la siembra peritoneal consiguiente. Y séame permitido agregar aquí unas ligeras consideraciones en mi carácter de ex-practicante de la Maternidad del Hospital Teodoro Alvarez donde bajo la dirección de mi padrino de tesis el Dr. Arturo Enriquez, efectuó el Dr. Chamorro cinco operaciones de Ritgen-Lasko-Doderlein.

Creo que en presencia de una mujer con una angustia pelviana considerable que no permita pensar más que en la cesárea como terminación de su parto, con *feo vivo*, con bolsa de las aguas rota haga poco o mucho tiempo, con tactos repetidos como es de rigor en estos casos y en consecuencia en un estado de asepsia del cual siempre debemos dudar; puestos como decía en presencia de semejante caso no debe haber vacilaciones ni discusiones al decidirse. Dominando ambas técnicas rigurosamente, en condiciones inmejorables para operar en los dos casos, no debe tampoco dudarse del beneficio que implica el *no abrir el peritoneo*. La infección del tejido celular sub-peritoneal pelviano tiene que ser y es más reparable y menos grave que la infección peritoneal.

Y continuando con nuestra exposición digo que en estos casos está indicada la cesárea porque aunque con pelvis, de 6.5 y 7 pueden obtenerse aumentos sensibles con la sinfisiotomía, ésta siempre tendría que llevarse al máximo de separación pubiana que traería como consecuencia lesiones graves, salvables con la cesárea.

Creo que la indicación de la sinfisiotomía comienza a partir de una cifra de 7.5 de P. P. M. para las pelvis aplanadas puras y de 8 de P. P. M. para las pelvis generalmente estrechadas. Entonces sus beneficios son realmente buenos. La distención de las articulaciones sacro-iliacas no se lleva al extremo y los inconvenientes son mínimos.

La mujer puede además beneficiarse por el aumento permanente de su pelvis, reliquia feliz de esta operación y cuando hayamos intervenido en pelvis con diámetros cercanos a los normales, podremos esperar partos espontáneos más tarde.

Recordemos también aquí que en la sinfisiotomía la excavación pelviana pierde en diámetros cuando el estrecho superior gana en dimensiones (ver figura 5) y traigamos a la memoria los casos de sacros poco divergentes en los cuales tendremos que luchar con un obstáculo más.

Contar además con una retropulsión coxígea franca y unas partes blandas perineales dilatables.

es ponernos en el caso casi ideal de la operación que nos ocupa.

Verdadera desproporción feto-pelviana. — Caso favorable para efectuar la sinfisiotomía. Aquí la pelvis es normal; la distocia está en el tamaño grande de la cabeza fetal. El aumento dado a la pelvis por la sección sinfisaria, la disminución relativa del diámetro bi-parietal del feto, resultado del encaje en la brecha interpubiana efectuada, nos pone en el caso de esperar una terminación del parto en forma feliz y espontánea, siempre que la desproporción es decir, el tamaño de la cabeza fetal no sea muy considerable (hidrocefalia).

Distocia uterina secundaria á una estrechez pelviana (síndrome de Bandl). — (Nociones recogidas en las conferencias del Prof. E. A. Boero. — Llegado un embarazo a término e iniciado el trabajo del parto; el útero, motor y fuerza principal en el mecanismo de la expulsión, comienza a contraerse para desalojar al feto contenido en su cavidad. La parte contractil del útero, la situada por encima del llamado anillo de Bandl, que establece el límite con esa otra parte que se denomina segmento inferior, esa parte contractil, que es el cuerpo uterino, es la encargada fisiológicamente de suministrar la fuerza necesaria para que el mecanismo del parto se produzca en todos sus grados.

Acomodada bien la cabeza o polo que se presenta y contando con un canal pélvico-genital, permeable en todo sentido, el útero, se contrae rítmica y normalmente y termina por la expulsión fetal.

Pero presentado el caso de una desproporción pélvico-fetal, ya sea ésta por angustia pelviana o por polo grande frente a una pelvis normal, el pasaje del feto por el anillo pelviano, se hace dificultoso.

Los esfuerzos del útero (cuerpo) traducidos en contracciones, se intensifican y hacen que el feto descienda dentro de su cavidad y como la única parte capaz de recibirlo sin tomar parte en el trabajo, es el segmento inferior, es este el encargado de recibirlo. Es el segmento inferior que distendiéndose y adoptando una forma mas o menos cilíndrica, va recibiendo al feto y realizando lo que se llama *parto en el segmento inferior*. Como se comprende la mayor parte de las veces, la cabeza y parte del tronco pasan a esta porción del útero.

Es este el momento que se observan por la inspección y palpación abdominal dos porciones diferentes de útero. Una superior constituida por la parte contractil (cuerpo) y una inferior constituida por el segmento inferior distendido. El límite de separación entre ambos segmentos lo marca el anillo de Bandl, límite inferior del cuer-

po, sin necesidad de que adquiriera de por sí, contracción anormal. La diferenciación, entre esos dos segmentos es dada por la diferente constitución de ambos; contractil y globuloso el superior, distensible el inferior. Según el grado de distensión del segmento inferior, el límite de separación podrá ascender, hasta el ombligo o aún por encima de él.

Es este también el momento en que se ha constituido el *síndrome de Bandl* o inminencia de ruptura uterina.

Dos fases diferentes se suceden dentro de este síndrome:

1.^a fase o primera modalidad.—La contracción uterina se sigue efectuando más o menos normalmente y por lo tanto, va expulsando al feto hacia el segmento inferior que distendiéndose hasta el máximo, llega frecuentemente a la ruptura. Es el caso, de las rupturas espontáneas del útero.

2.^a fase o modalidad.—Las contracciones uterinas por efecto del enorme trabajo patológico, se hacen anormales y pueden adquirir dos modalidades diferentes: la inercia (caso raro) o la rigidez o retracción ante-partum (caso común). En este caso, el útero rígido, retraído, se fija sobre el feto y lo inmoviliza. Cualquier maniobra obstétrica que se intente en este momento (versión por ejemplo) puede hacer estallar fácilmente el

segmento inferior y aún el cuerpo. Es el caso de las rupturas operatorias del útero.

En la primera face, siendo la resistencia ósea, la angustia pelviana, la causa de aquel síndrome y continuando el cuerpo, contrayéndose regularmente; las intervenciones que eliminan el obstáculo, conseguirán también el parto espontáneo. Y en realidad, pasa así. El forceps, bajo anestesia, siempre que la desproporción lo permita, consigue extraer fácilmente al feto. En los casos en que el forceps no estuviera indicado, por ser importante el grado de angustia pelviana o de desproporción pélvico-fetal, la sínfisiotomía, que ampliando la pelvis, elimina la causa productora de este síndrome, estaría indicada y se obtendría como dijimos, el parto espontáneo porque el anillo de Bandl no está ni tetanizado, ni retraído.

En la segunda face del síndrome de Bandl, cuando por la rigidez o retracción *ante partum* no existen ya contracciones, el parto espontáneo, no se obtendrá, quizás, después de salvado el obstáculo óseo por la sínfisiotomía; pero el forceps puede triunfar, con relativa facilidad, de la retracción, porque el anillo de Bandl, muy ascendido hacia el ombligo, está aplicado sobre un segmento grueso del feto (tronco).

La cesárea extra-peritoneal, encuentra indica-

ción en ambas faces, siempre que haya indicación absoluta o formal de cesárea.

La última de las cesáreas extraperitoneales practicadas en el Hospital Teodoro Alvarez, fué en un caso de este síndrome, en la face de retracción-ante-partum y una madre y un niño vivo, fueron el feliz resultado de ella (Chamorro).

Hay otro síndrome que puede prestarse a confusiones con el de Bandl y en el cual la sintiotomía no tiene indicación. Me refiero a la *distocia simple producida por el anillo de Bandl*.

Se caracteriza esta distocia, por una tetanización idiopática del útero sobre el feto, en casos que no existe desproporción pélvico-fetal y en los cuales se cuenta con un canal pélvico-genital capaz de dar paso al feto por todos sus estrechos.

Es, pues, una distocia primitiva, atribuible a infinidad de causas, entre las que podemos citar como principales y más lógicas, a la ruptura prematura de las membranas, de origen ovular, a trastornos en la inervación intrínseca del útero; sin poder, al menos hasta el presente, demostrar el predominio de una sobre otra.

El anillo de Bandl, límite inferior de la parte contractil del útero participa, por lo tanto, del estado de tetanización y se cierra, se contrae casi siempre sobre el cuello del feto, y a veces (caso raro) por debajo de la cabeza, englobando

entonces a todo el feto dentro de la cavidad uterina. El segmento inferior, se destiende poco en estos casos, debido a que el feto no desciende como en el síndrome de Bandl sino que está completamente fijo. Únicamente encontramos en estos casos un segmento inferior de las dimensiones normales, distendido transversalmente en los casos que hay bolsa íntegra, por el rechazo del líquido amniótico hacia abajo. Dos faces o dos modalidades se suceden también dentro de este síndrome.

1.^a *Face o modalidad*.—El útero está tetanizado sobre el feto. Este primer estado, en el cual la fibra uterina contractil está tetanizada, cede a la anestesia y a la morfina y puede efectuarse el parto, casi siempre acelerado, por la aplicación de forceps. Si este estado se prolonga el útero entra en la segunda face de esta distocia.

2.^a *Face o modalidad*.—Después de un lapso de tiempo variable de tetanización, el útero entra en rigidez o retracción ante-partum. Este estado no cede ya a la anestesia ni a la morfina. El forceps, que hace presa sobre la cabeza, la atrae hacia la vulva junto con el útero. La mayor parte de las veces safa, y útero y feto vuelven hacia la cavidad abdominal. Las tomas se repiten en detrimento de la vitalidad fetal, que casi siem-

pre termina y la embriotomía irregular concluye con este estado.

La sinfisiotomía ante tal complicación, aún cuando existiera una estrechez pelviana, no puede encontrar indicación; lo mismo ocurre para el forceps, cuya acción, en estos casos, sería terminar con la vida del feto, sin conseguir extraerlo.

¿Qué hacer entonces para conseguir un *niño vivo*? Las intervenciones altas se imponen, y entre ellas, la cesárea transperitoneal en primera escala ya que la extra-peritoneal pierde indicación por el poco desarrollo del segmento inferior, y porque se hace necesaria la incisión del anillo de Bandl y, por lo tanto, de la porción fija del peritóneo a su nivel (línea de incisión fija del peritóneo de Hoffmeier).

Otras condiciones preliminares para efectuar la sinfisiotomía. — Como para la pubiotomía, con la cual lucha hoy por la superioridad obstétrica, es necesario contar con una asepsia casi absoluta. Los peligros de infección, creado un lugar de menor resistencia, se harían presentes fácilmente y complicarían la operación; es éste, sin embargo, menos temible en la sinfisiotomía que en la pubiotomía, cuya sección ósea y región más irrigada hablan en pro de mayores peligros.

La multiparidad es también una condición, sino

indispensable, al menos muy importante para efectuarla.

«La resistencia de las partes blandas (dice el Dr. Boero), es grande en las primíparas, a pesar del trabajo inhibitorio y relajatorio que se efectúa durante el embarazo, y las desgarraduras de vagina, uretra, etc., son los testimonios que la hicieron abandonar.» La pelvis blanda involucionada después de una primera gestación se despoja de los inconvenientes que se oponían en la primípara a la pubio o sinfisiotomía, para volverse una de las condiciones necesarias más eficaces de esa operación practicada en los partos sucesivos. Por ello, la pelvitomía es una operación no sólo utilísima desde el segundo parto sino también inocua, tanto que no vacilaríamos un instante en ofrecer sus beneficios al pariente más cercano. En efecto, es muy rara la observación de complicaciones inmediatas o lejanas en las múltiparas pubio o sinfisiotomizadas. Por estas razones, la pelvitomía y, por ende, la sinfisiotomía es una operación para las múltiparas.»

Debemos contar también con un *cuello uterino dilatado o dilatable* y no olvidar en este último caso que un cuello dilatado manual o instrumentalmente puede en un momento dado reacerse, y según el momento del trabajo en que esta vuel-

va al estado normal lo sorprenda, *desgarrarse* extensamente.

Vale más, cuando se duda de esa dilatación, efectuar incisiones amplias laterales, que exponerse a desgarrar un útero sobre todo que no se sabe hasta donde esa desgarradura puede llegar.

Versión y sinfisiotomía.— Sinfisiotomizar implica también, casi siempre, esperar un parto espontáneo contando siempre con la regular contracción uterina. Contamos siempre con el caso común de presentación cefálica. Pero puede darse el caso de otras presentaciones o de procedencia del cordón que obliguen a efectuar una versión después de sinfisiotomizada una mujer. Dos de las observaciones clínicas, la N.º 1 y la N.º 6 hablan de estas situaciones.

Una fué a consecuencia de una procedencia del cordón; la otra a consecuencia de una presentación A. I. irreductible por versión externa. Ningún accidente complicó a esta maniobra y el puerperio fué fiel testimonio de ello.

Tentar, pues, por versión externa primero de reducir una presentación, y en caso de conseguirlo, efectuarla por maniobras internas una vez sinfisiotomizada la mujer.

Creo que en estos casos es superior la sinfisiotomía a la pubiotomía. El filo resistente que im-

plica una sección ósea, es más temible que el depresible y blando de una sección de cartilago.

Forceps y sinfisiotomía. — Contar con una contracción uterina regular, es cierto que es ponerse dentro de las condiciones ideales para una pelviotomía. Pero presentado el caso y hallándonos frente a una inercia uterina secundaria o primitiva, ¿debemos aplicar forceps?

Es cierto que la operación se complica, que las desgarraduras son más fáciles, pero creo que debemos tentar la toma.

En la pubiotomía, por lo mismo de su sección asimétrica de la pelvis, por lo dicho anteriormente sobre el filo que representa la sección ósea, los peligros son mayores y siempre a temer.

En la sinfisiotomía, en cambio, contando con un filo cartilaginoso, menos peligroso, con una separación simétrica y que permite con la brecha un encaje y un vuelo mayor de partes blandas centrales y correspondientes a la sínfisis, espero que los peligros sean menores.

Y digo espero, porque desgraciadamente en la pequeña estadística de casos en los cuales se hizo la operación de Frank, nunca se ha aplicado forceps.

Quizás alguno, verificando más tarde la tentativa, me contradiga o me acompañe en estas vacilantes conclusiones.

Sinfisiotomía y pubiotomía. — Las indicaciones de una son las indicaciones de la otra. Ambas llevan a un mismo fin y llegan, por lo tanto, a un mismo resultado en conjunto. Y recordemos las palabras del Dr. Boero: «cualquiera de ellas es igualmente buena, cuando existen aquellas condiciones tan necesarias al éxito de las pelvitomías».

Sin embargo, el que haya recorrido el presente trabajo, se habrá dado cuenta de que hay en él una marcada tendencia a inclinarse en favor de la sinfisiotomía. Ello es el resultado de las observaciones que he podido hacer y de las ventajas que tiene esta operación que nos ocupa sobre la pubiotomía. Ventajas de todo orden, tanto mecánicas como post-operatorias, como durante el trabajo del parto.

Hasta hace, más o menos dos años, no conocíamos la técnica de Frank. La sinfisiotomía a cielo abierto de Farabeuf, abandonada por inferioridad ante la pubiotomía sub-cutánea, cayó en olvido y los trabajos se sucedieron, demostrando la superioridad de ésta. La sinfisiotomía fué declarada peligrosa y no se habló de ella más que como recuerdo.

Ignorábamos y no conocíamos aún la técnica de Frank. El viaje del Dr. Zárate nos trajo su procedimiento y se efectuó entre nosotros. Los peligros antiguos, contando, como contamos, con se-

guridad de asepsia hoy día, desaparecieron y todas las ventajas que tenía ya entonces la sinfisiotomía sobre la pubiotomía se hicieron presentes.

Hoy ya se ha practicado varias veces. Todos los casos son éxitos, y pronto se impondrá, como ya se ha impuesto hoy a muchos, como parangonable con la pubiotomía.

Voy más allá; creo que es superior, mi trabajo tiende, en conjunto, a demostrar eso, sin querer llegar a conclusiones definitivas, pues mi poca práctica y experiencia son también poca base para sostenerlas. Los maestros se encargarán de ello y yo los acompañaré.

En el capítulo Pelvis y Sinfisiotomía he estudiado, casi al detalle, el proceso mecánico y las consecuencias de la separación sinfisaria.

A rigurosidad, en ambas técnicas y con casos ideales para intervenir, observamos entre ambas operaciones las diferencias siguientes:

Sinfisiotomía implica separación simétrica de los pubis y de las articulaciones sacro-ilíacas..
Consecuencia: agrandamiento simétrico de los diámetros de la pelvis.

Pubiotomía significa separación asimétrica de los pubis y de las articulaciones sacro-ilíacas.
Consecuencia: agrandamiento asimétrico de los diámetros de la pelvis.

En la sinfisiotomía la disjunción sacro-ilíaca es igual en ambos lados.

En la pubiotomía, puede ser, debido a la desigualdad de palancas óseas, grave en un lado y tolerable en otro.

En la sinfisiotomía el encaje de la cabeza entre los pubis separados se hace en el punto indicado, en el diámetro bi-parietal del feto, obstáculo único a vencer.

En la pubiotomía no se puede esperar de la separación inter-pubiana un beneficio igual a éste. La separación se hace hacia un lado, no central.

La sección en la sinfisiotomía se hace en un cartílago.

La sección en la pubiotomía se hace en un hueso.

La hemorragia producida por la sección de un cartílago, ausente de vasos, es nula.

La hemorragia producida por la sección de un hueso (muy irrigado) es grande y difícil de cohibir.

La región de la sinfisiotomía tiene vasos muy pequeños, todos son casi capilares. En consecuencia, rareza de hematomas en la sinfisiotomía.

La región de la pubiotomía tiene vasos más importantes y la sección de los cuerpos cavernosos del clítoris (que da, como consecuencia hemo-

rragia) es difícil de evitar. En consecuencia, frecuencia de hematomas en la pubiotomía.

La sección biselada de la pubiotomía hecha en un hueso es filosa y resistente.

La sección de la sinfisiotomía hecha en un cartílago, aunque relativamente filosa, es más deprimible y, por lo tanto, menos cortante.

En consecuencia, mayor frecuencia de fístulas y desgarraduras, que son el motivo de ellas, en la pubiotomía.

Rareza de éstas en la sinfisiotomía.

La curación de una discontinuidad ósea (sección en este caso) implica un tiempo mayor en la consolidación que la curación de una sección cartilaginosa.

Un callo óseo exuberante (frecuente en la pubiotomía) debido a la movilidad de los fragmentos crea una viciación más a una pelvis ya patológica.

El callo fibroso de la sínfisis, nunca (al menos en los casos por mí observados) es exuberante.

Los accidentes tardíos de la pubiotomía, molestias en la marcha, prolapsos genitales, hernias inginales, son casi desconocidos en la sinfisiotomía.

Sabemos que las hernias inginales se producen cuando más cerca del anillo inguinal se seccio-

na. La topografía de la sección sinfisiaria aleja este peligro.

En cuanto a la movilidad de los pubis, según dicen, accidente tardío de la sinfisiotomía, no es un accidente grave. La movilidad, si es que existe, no es mayor que la que nos da, fisiológicamente, el signo de Budin en la mujer embarazada.

Creo que después de recorrer los diversos datos comparativos entre ambas operaciones, sobre todo que una verdad y comprobación científica los dictan, la ventaja de la sinfisiotomía resaltará a los ojos de cualquiera.

Distocias óseas complicadas.—Habiendo formal indicación de pelvitomía, contando con casos que reúnan todas las condiciones indispensables e ideales, por así decir, para efectuarla, creo que la sinfisiotomía tiene muchas ventajas sobre la pubiotomía.

Como operación en sí, es de una técnica mucho más fácil y, por lo tanto, más práctica; como operación ampliatoria de pelvis reúne también una serie de ventajas mecánicas sobre la pubiotomía.

Ahora bien: hay casos en que muchas de las condiciones indispensables para efectuar una pelvitomía, faltan. Hay casos en que la elección de procedimientos es un verdadero tirar de dados como decía Farabeuf; pongamos, por anotar algunos, a la infección, la primiparidad en mujeres

viejas con partes blandas inextensibles, la inercia secundaria de útero, a las presentaciones anormales.

La pubiotomía sub-cutánea es mucho más antigua, más experimentada y el número de casos tratados, siguiendo su técnica, es, por lo tanto, mucho mayor que en la sinfisiotomía de Frank. Se ha efectuado en muchos de aquellos casos, llamados distocias complejas, y en los cuales se ha aplicado forceps, se ha intervenido en infectadas, en primíparas viejas, en presentaciones anormales.

La sinfisiotomía de Frank, como todo método nuevo, se ha experimentado, al menos entre nosotros, en aquellos casos que reunían las condiciones necesarias para efectuar una pelvitomía. Es evidente, por lo tanto, que el porcentaje de éxitos tiene que ser mayor dentro de nuestra estadística, para la sinfisiotomía. La pubiotomía cuenta entre nosotros, con un porcentaje de complicaciones, sino muy elevado, al menos digno de tenerse en cuenta; también es verdad que la inmensa mayoría de las pubiotomías con accidentes post-operatorios, corresponde a casos en los cuales se intervino faltando condiciones indispensables para que la operación terminase sin dejar complicaciones y que la sinfisiotomía efectuada,

en casos ideales, no cuenta en su contra, por lo tanto, con ninguna complicación.

Y aquí cabe una pregunta. ¿Debe efectuarse una pelvitomía en mujeres infectadas, en primíparas viejas con partes blandas inextensibles, en presentaciones anormales? Creo que puede, pero no debe efectuarse. Las condiciones para la pelvitomía faltan en estos casos, los resultados entonces tienen que ser dudosos. Muchos casos felices de éstos, hablarán en favor, pero muchos otros dicen que ha sido mal indicada.

Quizás se efectúe entre nosotros, como espero, la sinfisiotomía en esos casos de relativa indicación y quizás también entonces los fracasos sean muchos. No debo y no se puede concluir aún nada a ese respecto, esperemos la experimentación; sólo debo agregar una sola cosa: con indicación precisa, en ambos casos, la pubiotomía, a mi parecer, es inferior a la sinfisiotomía, como operación en sí y riesgos inherentes, como resultados en el sentido de ampliar la pelvis, hechos más simétrica, más natural, más fisiológicamente.



Técnica

Hecha la indicación formal de sinfisiotomía, es decir, recogidos todos los datos y síntomas importantes capaces de darnos un casi seguro éxito en nuestra lucha contra la estrechez pelviana que se nos presenta, nos decidimos a intervenir.

Hablar en este capítulo de las diferentes técnicas propuestas, no es mi propósito.

Recordaré de paso, como, mérito histórico, a la antigua sinfisiotomía a cielo abierto ideada por Farabeuf, practicada durante mucho tiempo y que ha cedido ya su lugar a la moderna, más sencilla y menos peligrosa de Frank.

Hoy por hoy, se ha llegado con ésta al casi máximum de facilidad y mínimum de dificultades.

Ella es la que hoy también ha hecho que la sinfisiotomía saliera del olvido a que ha estado relegada y es por esto que de ella me ocuparé.

La técnica es la siguiente, tal como la describe

el Dr. Zárate en la Semana Médica del 6 de Abril de 1916:

«Con uno o varios dedos de la mano izquierda, se tira la piel, clítoris y uretra fuertemente y se rechaza hacia abajo del borde de la sínfisis. Colócase el dedo índice entre el clítoris y el borde inferior de la sínfisis. Con un escalpelo común se penetra directamente sobre la piel tensa en el justo medio de la sínfisis con el filo del bisturí dirigido hacia abajo.

Primeramente se corta la mitad inferior de la sínfisis y el ligamento arcuatum, después se conduce el bisturí, sin abandonar la herida de la piel, hacia la cara anterior de la sínfisis, seccionando el cartilago de afuera hacia adentro. Mientras tanto, y poco a poco, se afloja la tracción de la piel, de tal manera que la abertura del bisturí pueda volver hacia arriba. Al seccionar la mitad superior hay que tener cuidado de no detenerse únicamente sobre el cartilago sinfiarió sin seccionar los ligamentos y las fibras entrecruzadas de los rectos y oblicuos del abdomen. Terminada la sección se saca el bisturí con un rápido movimiento y se cierra la herida con un punto profundo de catgut.»

El Dr. Chamorro describe la técnica con que efectuó la primera sinfisiotomía de la siguiente

manera, que difiere de la descrita por el Dr. Zárate, únicamente en ligeros detalles:

«Previa evacuación de la vejiga, por medio de una sonda Nelaton, la que dejamos colocada en la uretra, pasamos a investigar la situación del pubis, su inclinación, situación de la sínfisis, etc., y entonces introducimos dos dedos de la mano derecha en la vagina, los que exploran la cara posterior de la articulación pubiana, sus bordes superior e inferior, sienten bien la sonda dejada en la uretra, la que a su vez es desviada hacia la izquierda de la enferma, el dedo pulgar de la misma mano por fuera, desciende la piel de la cara anterior, tratando en ese descenso hacerla sobrar hacia su parte inferior de modo que el dedo deslice si es posible con un pliegue por debajo del arcuaturn; esta maniobra me permite alejar el clítoris e impedir su herida durante la sección de la sínfisis.

Entonces hundo el bisturí en el medio de la cara anterior del pubis y al nivel de su articulación, el filo del instrumento dirigido hacia abajo y con toda precaución trato que uno de los dedos introducidos en la vagina esté alerta y sienta cuando el ligamento posterior es alcanzado por la punta del instrumento; hecho esto levanto el mango y por pequeños movimientos secciono la articulación hacia abajo, hasta tener la sensa-

ción de haber cortado el ligamento inferior (en este punto, el bisturí cruge y se siente haber vencido una primera resistencia). Retiro ligeramente el bisturí sin sacarlo de la herida cutánea, lo introduzco nuevamente filo arriba con las mismas precauciones, bajando el mango esta vez, secciono hacia arriba la articulación del mismo modo que para la mitad inferior, vuelvo a sentir que el bisturí corta el ligamento superior y vence un último obstáculo, lo que permite una acentuada separación de los cabos pubianos. Durante todo el acto operatorio, los dedos de la mano derecha han permanecido rechazando la uretra hacia la izquierda y han procurado sentir y seguir el bisturí en todo instante a través de las partes blandas, las que tuvimos cuidado de no herir.

Terminada la sección, procuramos una abducción lenta y cuidadosa de los miembros inferiores, como en la pubiotomía, lo que permite una separación de ambos pubis en una extensión de 5 centímetros. La anestesia se suspende, la sonda dejada en la uretra, se retira y a la primera contracción uterina encaja la cabeza del niño.»

La técnica descrita por el Dr. Zárate en la Semana Médica corresponde y coincide con la de Frank. En otras intervenciones posteriores, la segunda y tercera por él efectuadas, esa técnica se modificó y la cuarta sinfisiotomía practicada

en Buenos Aires por el Dr. Chamorro fué con esa técnica.

La descripción debida al Dr. Chamorro, nos muestra como había sido la modificación del doctor Zárate.

Contamos, pues, con la ligera variante introducida a la técnica de Frank, con una mano vaginal que sirve de guía y nos pone en contacto casi directo con las partes a seccionar, haciendo así menos ciega la operación y una mano externa que guía el instrumento y efectúa la sección. Creo también que la técnica ha ganado con esta ligera modificación.

En cuanto a las dificultades con que se puede uno encontrar al practicar la sinfisiotomía son muy pocas, por no decir ninguna. Actuando en una sínfisis normal, la sección es fácil. A veces los ligamentos no bien seccionados del todo impiden la separación; unos golpes más de bisturí dan cuenta fácil de esa resistencia.

La herida de la uretra, otro accidente a evitar, se salva fácilmente, teniendo, como se tiene, una sonda que la rellena y que se rechaza, por lo tanto, muy bien a uno u otro lado.

Últimamente, en la última sinfisiotomía practicada por el Dr. Zárate, se introdujo aún una modificación más a la técnica de Frank.

La sección de la sínfisis no se hizo a bisturí

como en los casos anteriores. Se efectuó con sierra de Gigli. La descripción inédita aún la debo a la amabilidad del Dr. Zárate; se procedió de la siguiente manera: Con la aguja de Bumm modificada por el Dr. Zárate, se entró por el borde superior del pubis (sínfisis) y rozando la cara interna se hizo salir entre el pequeño y gran labio izquierdo, con una desviación ligeramente oblicua, desplazando previamente por la vagina, la uretra hacia la derecha. Una vez colocada la aguja se enganchó la sierra de Gigli y se sacó por el extremo opuesto, logrando, con tres golpes de sierra, seccionar la sínfisis. La separación se efectúa y el parto se hace espontáneo a los pocos minutos.

La modificación introducida es, como puede verse sobre todo en lo que se relaciona con el instrumento, vulnerante. A parte de que se trata de un solo caso efectuado siguiendo ese procedimiento y, por lo tanto, falta la repetición para concluir algo al respecto; se pueden hacer desde ya algunas objeciones.

Hacemos con esta técnica dos heridas que aunque son muy pequeñas (casi puntiformes) cuando se efectúan con toda rigurosidad, no por eso dejan de ser puerta de entrada a micro-organismos y los riesgos de la infección aumentan, si se piensa que la herida inferior es hecha en un sitio que

muy difícilmente se encuentra libre de gérmenes.

Además, todo el que ha efectuado pubiotomías con sierra de Gigli recordará que aunque las heridas externas son pequeñas, la dislaceración de los tejidos profundos es grande debido a que el instrumento arrastra siempre tejido antes de seccionar, a causa de que no es cortante.

La mortificación de partes blandas tiene que ser en estas condiciones mayor, los hematomas más fáciles de producir, en consecuencia, y la infección, por lo tanto, facilitada.

Creo, sin pretender concluir nada, que este procedimiento estará indicado en aquellos raros casos de pubis osificados, en los cuales el bisturí no puede penetrar ni seccionar.

Accidentes de la intervención —Es necesario tener presente al efectuar una sinfisiotomía, las dificultades y accidentes que pueden sobrevenir, recordando, por lo demás, que siempre que uno se mantenga dentro de las reglas precisas establecidas por la técnica; estas complicaciones se presentan pocas veces. ¹

Herida de la uretra—La sonda introducida en ella y el rechazo más fácil así, de este conducto hacia un lado de donde se efectúa la sección, hacen que sea difícil herirla durante la intervención. En caso de producida, creo que una sonda

permanente haría marchar la cicatrización en forma conveniente.

Herida de la vejiga—Más difícil, debido a que está separada de la cara posterior del pubis, por un espacio de unos 2 a 2 1/2 centímetros de espesor, relleno de tejido celular y en donde corren los paquetes venosos prevesicales. El sondaje posterior a la intervención revelándonos y haciéndonos ver una orina clara o una orina sanguinolenta nos pone en camino de diagnosticar la integridad o la herida de la vejiga.

Separación inter-pubiana.—La abducción de los miembros debe ser hecha de una manera lenta y gradual, sin sacudidas o esfuerzos que traerían como consecuencia una diastasis violenta de las articulaciones sacro-iliacas. La separación, es bueno recordar aquí, que no debe exceder 5 centímetros (más o menos tres traveses de dedos) sin peligro de exponerse a desgarraduras de las partes blandas anteriores.

Trabajo de parto y puerperio de las sinfiotomizadas.—Pronóstico

Vencida la resistencia ósea constituida por la angustia pelviana, el polo fetal libre de la barrera que lo detenía, va a continuar el camino y a recorrer el canal genital, empujado por la fuerza de las contracciones uterinas. El diámetro P. P. M. aumentando y el diámetro bi-parietal del feto disminuido relativamente por el encaje en la brecha interpubiana, ya no se obstaculizan y el polo fetal hace su encaje y su descenso.

La rotación interna en la excavación se efectúa y los tiempos siguientes del mecanismo, contando siempre con una contracción uterina suficiente, se cumplen como normalmente. La hipofisina es llamada casi siempre a excitar el poder contráctil del útero, que está siempre algo ago-

tado por efecto del ya largo trabajo anterior a que se ha visto obligado.

La versión en los casos de presentación de hombro o prociencia del cordón o el forceps en los casos de inercia secundaria dan cuenta y terminan con esas situaciones. Es cierto que los peligros son en estas condiciones mayores y los accidentes se hacen entonces menos fáciles de evitar. Pero creo que en presencia de semejantes situaciones no debe esperarse y exponerse a que la vitalidad fetal concluya y nos eche por tierra el objeto principal y único, por así decir, de nuestra intervención: obtener con el menor riesgo posible por parte de la madre, un niño vivo.

El deslizamiento del feto a través de la pelvis seccionada, con cabos que representan una superficie traumatizante, en el momento del pasaje fetal tiene sus inconvenientes en las pelvitomías.

Las desgarraduras vaginales con las fístulas consiguientes, frecuentes en la pubiotomía, no se han visto en las sinfisiotomías efectuadas entre nosotros.

La vejiga y las partes blandas anteriores, encajadas en la brecha inter-pubiana, no chocan, por así decir, en el momento de la compresión fetal, más que con la piel y tejido celular y esto es debido a que la separación es mediana y no lateral y con sección de hueso como en la pubioto-

mía, donde se comprime fácilmente contra uno de los cabos seccionados cortantes y es fácil así su desgarradura.

Después de efectuada la sección de la sínfisis, el trabajo del parto dura, al menos en los casos que entre nosotros se han efectuado, una cantidad de tiempo que oscila de 30' a una hora. Eso en los casos de partos espontáneos, pues los casos en los cuales hubo que hacer versión, es de imaginarse que ese tiempo fué abreviado.

El alumbramiento no tiene nada que diferenciarse con los alumbramientos que se pueden presentar en casos normales.

Puerperio.—Para juzgar y sacar algunas conclusiones del puerperio de las sinfisiotomizadas, es necesario recurrir a la observación de las estadísticas y, por lo tanto, de los casos clínicos presentados.

Las estadísticas europeas con técnica sub-cutánea son todas de una benignidad admirable. La pequeña estadística nuestra, que se puede ver en el presente capítulo y los cuadros clínicos que van al final de este trabajo, nos muestran que lo que ha pasado y pasa en Europa sucede y se reproduce en idénticas condiciones entre nosotros.

Una vez sinfisiotomizada una mujer; efectuado su parto y su alumbramiento, después de hacer la toilette vulvar o vulvo-vaginal de rigor y de

curada la pequeña herida cutánea producida, es conveniente hacer un vendaje de cadera para mantener aproximados los pubis y sostenerlos en una relativa inmovilidad que siempre trae sus beneficios.

El Dr. Zárate no ha efectuado sistemáticamente este detalle de la intervención y, sin embargo, los resultados por él obtenidos han sido óptimos. En nuestra Maternidad del Hospital Teodoro Alvarez se ha hecho lo contrario como de práctica. No se, porque es imposible, dado lo exíguo de la cantidad de casos y sobre todo de la falta de observación a distancia de la intervención, concluir algo definitivo al respecto de la necesidad o no de efectuar dicho vendaje. Sin embargo me parece que es un requisito que no deja de tener una importancia que me esforzaré en demostrar.

El vendaje de caderas y por lo tanto la inmovilidad de los pubis, no crea ninguna complicación en el puerperio de la mujer sinfisiotomizada. No impide ninguna curación antiséptica posterior a la intervención que se deba efectuar sobre los órganos genitales tanto externos como internos. No resulta una gran incomodidad tampoco para la mujer púérpera, que haga imposible e intolerable su aplicación.

Al contrario mantiene, con la pequeña curación

que se puede poner a la herida cutánea una barrera más contra los gérmenes infecciosos.

Trae como consecuencia una inmovilidad de los pubis afrontándolos y manteniéndolos uno frente a otro, inmovilidad que no puede ser sino muy beneficiosa para la consolidación fibrosa que se va a hacer más tarde y que trae con su buena marcha una rigidez pubiana más o menos buena. Relativa rigidez pubiana de las sinfisiotomizadas que ha sido siempre el punto negro por así decir, de esta intervención, en el cual siempre también se han escudado los enemigos de ella para combatirla.

A más la inmovilidad de una región traumatizada como lo es la de la sínfisis en estos casos, no puede también sino favorecer la cicatrización de las partes blandas y la absorción de los hematomas si es que se han producido.

Por lo que anteriormente expongo y que también necesita de la sanción del tiempo; creo que el vendaje de cadera no creando ninguna complicación con su presencia, puede aplicarse siempre en la mujer sinfisiotomizada a la cual no puede sino favorecerla.

Como curaciones posteriores creo que todo se reduce al menos en los casos de puerperios más o menos normales a lavajes vulvo-vaginales y curación de la herida cutánea que siempre, al me-

nos en nuestra estadística ha marchado en perfectas condiciones.

La mujer sinfisiotomizada se queja casi siempre de dolores al nivel de su sínfisis y de sus articulaciones sacro-iliacas. Dolor que en algunos de los casos que presento fué bastante fuerte, debido quizás a que en ellos hubo alguna maniobra que hizo que la separación de las piernas se hiciese en una forma algo brusca y por lo tanto trajo una disjunción sacro-iliaca anormal.

Casi siempre se forma un pequeñísimo hematoma subcutáneo, que una vez que se saca el punto de los 5 a los 8 días se evacúa perfectamente.

Consolidación de la sínfisis. — Seccionando el cartilago sinfisario su consolidación no se hace ya más por formación de cartilago. La unión posterior se efectúa como lo ha demostrado Bar, Mullerheim y Bunn por la interposición de tejido fibroso. En algunos casos raros observados por Wörz, el cartilago se ha desarrollado secundariamente sobre el callo fibroso.

La bandeleta fibrosa que reúne los pubis no los aproxima uno a otro completamente. En la mayoría de los casos hay una separación de un dedo y medio. Las radiografías que existen en las Maternidades de los Hospitales Ramos Mejía y Alvarez muestran estas separaciones.

El tacto practicado por mí en tres casos de sin-

fisiotomía, después de un tiempo que oscila entre seis meses y un año, no daba en la región posterior del pubis ninguna saliencia normal. Se notaba que la sección de la región continuaba sin línea de demarcación bien manifiesta con los pubis. En la parte anterior sí, se notaba una depresión. Las estadísticas y las observaciones de Bar concuerdan con estas observaciones propias.

Esta separación de los pubis después de la sinfisiotomía trae como consecuencia un agrandamiento permanente de la pelvis. Sin embargo esta separación y agrandamiento de la pelvis es beneficioso únicamente en aquellos casos en que se ha intervenido en casos de desproporción fetopelviana y en aquellos otros en que se tropieza con pelvis que limitan casi con las normales, en las cuales se puede obtener así con ese aumento, diámetros normales. A decir de Bar los beneficios comienzan cuando se ha efectuado sobre pelvis con un diámetro P. P. M. no menor a 8 centímetros. En cuanto a la exhuberancia del callo fibroso y formación de un rodete posterior, no se observa nunca, todo lo contrario, como he dicho ya más arriba, en los casos por mí tactados no he encontrado sino más bien una depresión.

¿Cuánto tiempo tarda la sínfisis en consolidarse y adquirir una resistencia más o menos fuerte?

Según Bar en las antiguas sinfisiotomías a cie-

lo abierto más o menos unos 25 días. Y aquí y a raíz de este lapso de tiempo entra también en tela de discusión, el tiempo que debe estar inmovilizada, es decir sin caminar, una mujer sinfisiotomizada.

No conozco las estadísticas europeas en este sentido. En cuanto a lo que ha pasado entre nosotros, puedo decir que se han tocado extremos.

Hay un caso del Dr. Zárate, en el cual se efectuó sinfisiotomía y versión interna, que la mujer se levanta y camina a los 7 días. Los otros casos han oscilado alrededor de 15 a 20 días. Y creo que este es un plazo prudencial. En el transcurso de 15 a 20 días, es posible esperar una cicatrización regular y bastante sólida.

En fin todos estos pequeños detalles: vendaje de cadera, tiempo en que debe estar inmovilizada una sinfisiotomizada, necesitan de la sanción del tiempo y de la repetida observación clínica, para poder concluir algo definitivo al respecto, quizás las conclusiones a que más tarde se arribe, no acompañen mis actuales opiniones, pero pienso que hasta entonces es conveniente seguir una regla de conducta prudencial, máxime que tanto una como otra no implican ninguna complicación grave ni son tampoco imposibles de efectuar.

Qué complicaciones pueden presentarse durante el puerperio de una sinfisiotomizada? Apar-

te de la infección puerperal, bajo todas sus formas y que en estos casos adquiere siempre contornos más violentos y graves; podemos contar con la supuración de la sínfisis, el trombus retrosinfisiario, la flebitis. Los trastornos urinarios, la cistitis pueden hacerse también presentes después de esta intervención.

Pronóstico —Colocado dentro de aquellas condiciones indispensables, con que debemos contar para efectuar la sinfisiotomía, los resultados no pueden ser sino favorables y de pronóstico benigno tanto para la madre como para el niño.

Las estadísticas de Frank son concluyentes. Sobre 16 primigestas operadas solo tuvo una desgarradura de partes blandas. De 44 multíparas que operó, no presentó ninguna el más leve accidente. Presentó más tarde una nueva estadística con 19 casos en todos los cuales el resultado fué favorable. Kupferberg, presenta 5 casos, Hartmann 6 más, todos con técnica de Frank y en los cuales no hubo que lamentar ningún accidente grave.

La pequeña estadística nuestra es la siguiente hasta la fecha.

Estadística argentina

OPERADOR	N. de casos	MADRE		NIÑO		TÉCNICA
		Curac.	Muert.	Curac.	Muert.	
Prof. Dr. Zárate.....	6	6	—	6	—	Frank (5) modif. Zárate (1)
Dr. T. Chamuro	2	2	—	2	—	Frank
Prof. Dr. A. Enriquez	1	1	—	1	—	»
Prof. Dr. Peralta Ramos	1	1	—	1	—	»
Dr. Boero	1	1	—	1	—	»
Dr. Palacios Costa....	1	—	1 (*)	1	—	»
Dr. Soldano.	2	2	—	2	—	Zweifel(modif.)
Totales...	14	13	1	14	—	

(*)—Muerte por endometritis y peritonitis generalizada puerperal. — Ver autopsia ob. clínica Núm. 5.

En ninguno de los casos de esta estadística hubo desgarraduras ni disjunciones graves de las articulaciones sacro-iliacas. Los niños nacidos vivieron todos. Un solo caso desgraciado hay que lamentar y es el fallecimiento de una de las madres a causa de una peritonitis generalizada. Se trataba de un caso en el cual la infección era ya antes de la operación muy difícil de evitar. No podemos pues contar con un cuadro de mortalidad fetal más concluyente; es en nuestro país de un porcentaje de 0 por ciento. En cuanto a

la maternidad materna podemos decir que oscila alrededor de la misma cifra.

El acto operatorio en sí, es casi inocuo, no requiere mayor habilidad quirúrgica y está al alcance del menos ejercitado; requiriendo únicamente un conocimiento de la conformación pelviana sobre la cual actuaremos y una idea clara, de las condiciones maternas y fetales.

En los casos ideales que reúnan todas las condiciones necesarias, el pronóstico es de lo más benigno y los resultados tienen que ser brillantes.

El pronóstico se agrava cuando contamos con una vitalidad fetal precaria, con unas condiciones asépticas dudosas; cuando tropezamos con una inercia secundaria de útero, o cuando presentaciones anormales o procidencia de cordón, hagan necesario maniobras algo bruscas y anormales. Los hematomas si se producen, incluidos en un lugar de menor resistencia, crean aún otra condición desfavorable.

En cuanto al pronóstico alejado de la sinfisio-mizada podemos decir que es también benigno.

Los trastornos urinarios merecen llamar la atención. La incontinencia de orina frecuente después de la intervención, persiste a veces durante mucho tiempo. En cuanto a los dolores que responden a una diastasis de las articulaciones sacro-ilíacas, son muy raramente tenaces.

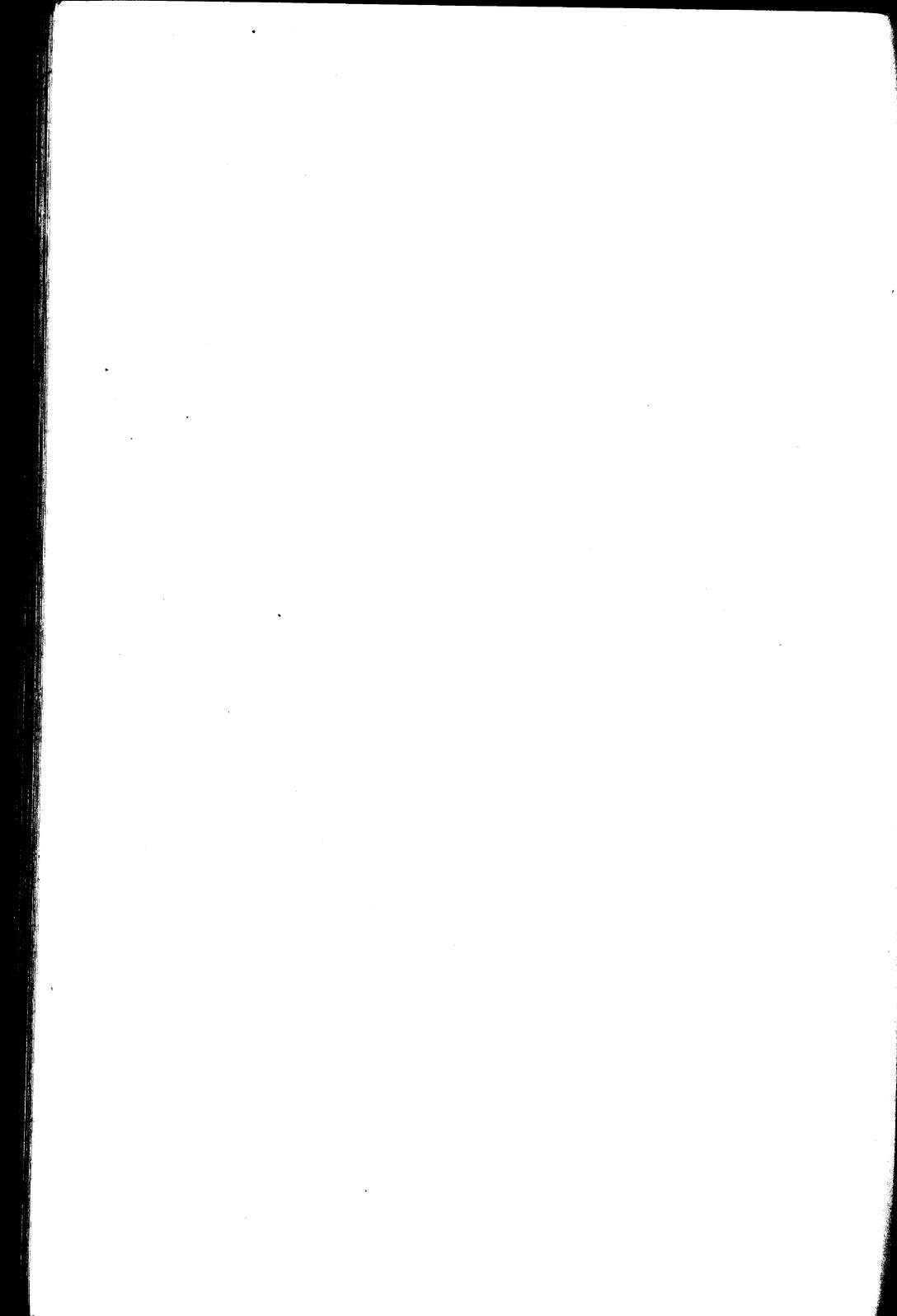
Porvenir obstétrico de la sinfisiotomizada.—La sinfisiotomía no crea a la mujer ninguna complicación para los embarazos y partos posteriores. Todo lo contrario, en algunos casos, en aquellos en que se efectuó sobre pelvis límites, es decir cuyos diámetros estaban muy cerca a los normales, el agrandamiento permanente de la pelvis, consecuencia de toda sinfisiotomía, puede hacer esperar partos espontáneos. El callo fibroso de la sínfisis nunca es exuberante y por lo tanto no crea nunca una complicación.

La mujer que ha sufrido una sinfisiotomía puede en un parto posterior volver a ser sinfisiotomizada? Las dificultades con que puede uno encontrarse en estos casos, dependen todas de la marcha y modalidades que siguió la cicatrización de la sección de la sínfisis. En cuanto a la herida cutánea las dificultades son nulas, puesto que esta es tan pequeña, que su cicatriz no puede en ningún momento ser una dificultad.

En cuanto a la sección del callo fibroso, no tiene tampoco dificultades: de cualquier manera su resistencia en el momento de la sección no puede ser mayor que la que opone un cartilago. Únicamente los casos rarísimos de osificación, crearían una dificultad, por lo demás salvable, usando el procedimiento del Dr. Zárate, es decir seccionando la sierra.

A decir de Bar son otras las dificultades con que uno puede encontrarse. La sección del cartilago en el curso de una sinfisiotomía se hace fácil, por la facilidad de poder introducir un dedo guía detrás del pubis; la laxitud del tejido celular retro-pubiano es otra garantía contra las heridas de la vejiga, que también es poco tironeada durante la separación de los pubis. Cuando se efectúa una segunda sinfisiotomía las condiciones son diferentes: la brida fibrosa consecuencia de la cicatrización está unida casi siempre a la vejiga y adherencias se establecen igualmente entre ella y la uretra. Por lo tanto la separación de estos órganos se dificulta y los riesgos son mayores. La falta de laxitud del tejido celular aumenta también los riesgos de desgarraduras de la vejiga en el momento de la separación pubiana.

Ignoro si en las estadísticas europeas existen casos de sinfisiotomías repetidas. Entre nosotros tampoco ha sucedido hasta hoy y el tiempo y la experimentación nos enseñará en ese sentido.



Conclusiones

La sinfisiotomía sub-cutánea de Frank, con indicación precisa, es una operación fácil, simple y sin riesgos operatorios.

La sinfisiotomía, aumenta simétricamente todos los diámetros pelvianos y disminuye indirectamente los fetales, a consecuencia del encaje en la brecha inter-pubiana.

Está indicada en los casos de pelvis estrechadas, raquílicas o no, pero simétricas; con un diámetro P. P. M. no menor a 7.5, con feto vivo, sin infección, en multíparas, o primíparas en especiales condiciones.

Está igualmente indicada en las desproporciones feto-pelvianas, cuando el diámetro bi-parietal del feto no guarda una desproporción muy considerable con los diámetros de la pelvis.

En la sinfisiotomía sub-cutánea de Frank, el porcentaje de las complicaciones operatorias y

post-operatorias es hasta hoy, inferior al de las otras pelvotomías.

El vendaje de cadera y la permanencia en el lecho durante 12 o 15 días son factores que benefician a la parturienta.

La sinfisiotomía aumenta permanentemente los diámetros pelvianos.

El pronóstico más benigno, entre las operaciones ampliatorias de la pelvis corresponde a la sinfisiotomía sub-cutánea de Frank.

La sinfisiotomía sub-cutánea de Frank, es superior a la pubiotomía sub-cutánea.

Observaciones clínicas

No están comprendidas en el conjunto de las presentes observaciones las cuatro anteriormente publicadas en las tesis del año 1916.

OBSERVACION I

Maternidad del Hospital Teodoro Alvarez.

C. T. de L.—Española, 24 años de edad, ocupación Q. D. Ingresa a la Clínica el 11 de Noviembre de 1916.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto de cáncer. Madre viva, ha tenido 8 hijos; todos partos normales.

Antecedentes individuales.—Menstruó a los 18 años. Duración de las reglas: 3 a 4 días, regular cantidad, indoloras. Ignora la edad que comenzó a caminar.

Sarampión en la infancia.—No recuerda haber tenido otra enfermedad. Ha sido operada de hernia inguinal hace 8 meses.

Antecedentes obstétricos.—Dos embarazos, el primero llegó a término. Parto distócico: pubiotomía y forceps; feto muerto. El segundo embarazo terminó a los dos meses: Aborto provocado.

Embarazo actual.—La fecha de aparición de las últimas reglas fué en el mes de Febrero habiendo durado del 6 al 9. Los movimientos activos del feto, dice haberlos notado de los tres a los cuatro meses. Ha sentido durante casi todo el curso de su embarazo dolores en el bajo vientre.

Examinada con fecha 11 de Noviembre se constató el siguiente cuadro clínico: Peso 58 kilos, talla 1,55. No presenta várices ni edemas de los miembros inferiores. Corazón y pulmones normales. Ochenta pulsaciones por minuto. El examen de la orina nos reveló la presencia de albúmina en una proporción de 1,50 por mil, vestigios de sangre y en el sedimento se encontraron algunos cilindros hialinos granulados.

Examen obstétrico.—Vientre globuloso. Altura del útero 34 centímetros. Circunferencia 97 centímetros. Utero ligeramente desviado hacia la derecha, presentación cefálica. Posición derecha. Variedad transversa. Encaje no hay; la cabeza se moviliza fácilmente. Auscultación fetal positiva. Pelvimetría externa: B. T. 32; B. I. 28; B. E. 25; S. P.: 19.

Pelvimetría interna.—P. P. M. 7,8. Al tacto se toca el promontorio.

Vagina y vulva.—Normales.

Diagnóstico.—Pelvis aplanada pura; no raquí-tica.

La dilatación del cuello uterino apenas dejaba pasar algo más de un dedo. Como la mujer no sintiera mayores dolores se decide esperar prevenidos ya para intervenir en caso necesario.

A las 5 a. m. del día siguiente es decir del 12 de Noviembre; las contracciones uterinas comienzan a hacerse regulares, dolorosas y seguidas.

Ingres a la sala de partos a las 9 a. m. con una dilatación del cuello uterino de 3 centímetros. Presentación: O. I. D. T. Bolsa de las aguas íntegra.

Diagnosticada ya la estrechez pelviana; con los antecedentes del parto anterior (pubiotomía y feto muerto) se decide de esperar a que la dilatación del cuello se completara. Sin embargo a las 7 p. m. la auscultación fetal nos revela una disminución en el número de los latidos; la cabeza no ha encajado y la dilatación del cuello uterino aun no es completa. En vista de estos antecedentes y viendo que el sufrimiento fetal comienza a manifestarse se decide intervenir. La

sinfisiotomía sub-cutánea de Frank, ampliando la pevisl está perfectamente indicada.

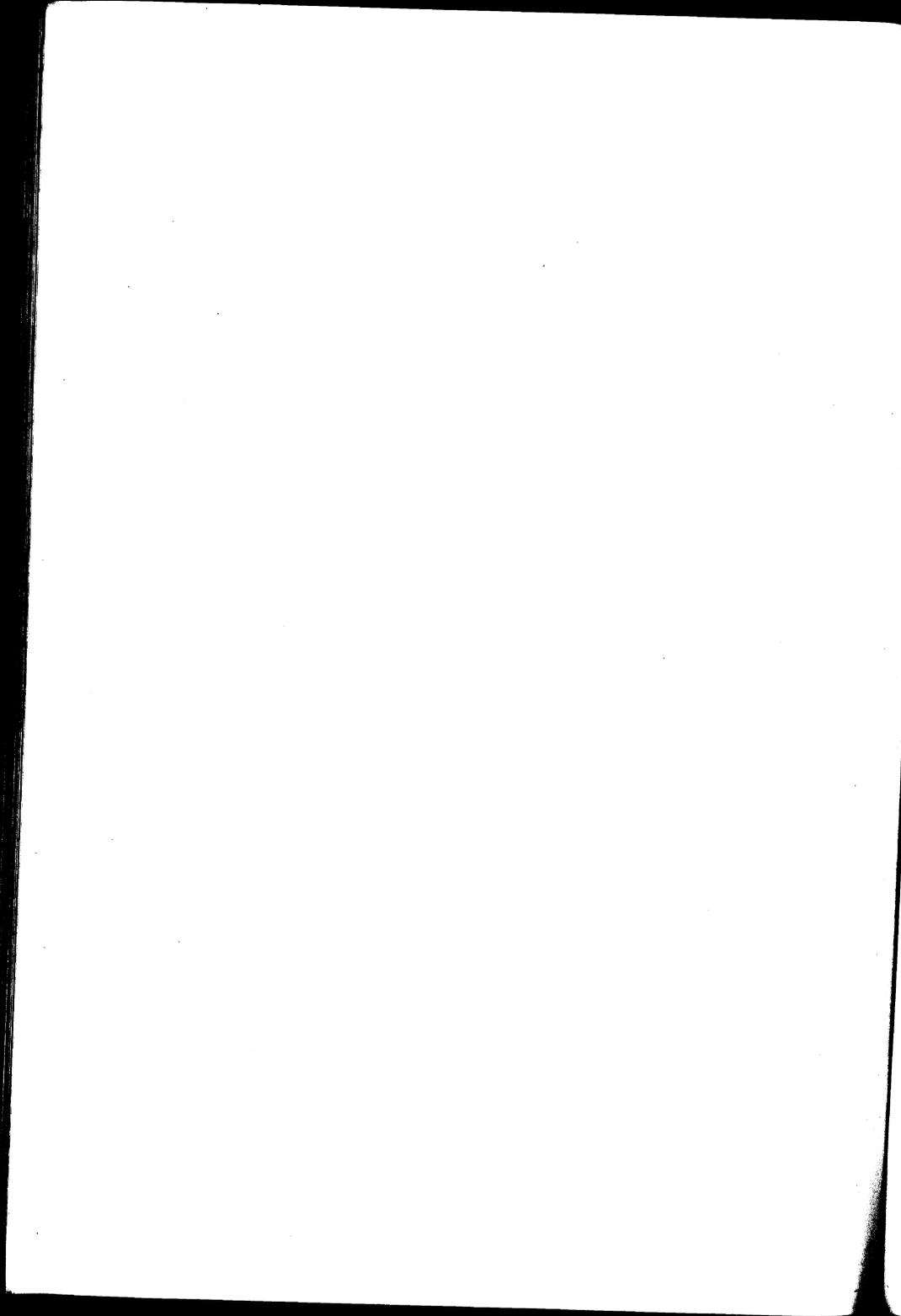
Anestesia por el cloroformo. Operador Dr. A. Enriquez, ayudante Dr. Tomás A. Chamorro. Previa antisepsia de rigor; se completa la dilatación del cuello por el procedimiento de Bonaire. Se introduce una sonda uretral blanda de Nélaton y se evacúa la vejiga. Se efectúa la sección de la sínfisis siguiendo el procedimiento de Frank con las ligeras modificaciones del Dr. Zárate. Los ayudantes que sostienen ambas piernas de la parturienta comienzan a ejecutar el movimiento de abducción en una forma gradual y simétrica, hasta conseguir una separación pubiana de unos 4 centímetros. Se rompe la bolsa de las aguas e inmediatamente se nota que el cordón hace pro-cidencia. En vista de esta complicación no se vacila y se efectúa una versión interna. Se extrae un niño vivo que pesa 3600 gramos y con un diámetro bi-parietal de 8. El alumbramiento es espontáneo a los diez minutos después del parto. Se pone un punto de sutura a la herida cutánea. Se efectúa la toilette de rigor y se hace el vendaje de caderas.

Puerperio—La enferma no presenta elevación térmica ninguna durante los 9 primeros días de su puerperio; sólo se queja de dolores en su pierna izquierda que está ligeramente edematosa. Al

noveno día se nota que su seno izquierdo se hace doloroso al mismo tiempo que una ligera elevación térmica nos revela el proceso agudo que en ese sitio se efectúa. Con antisepsia y fomentaciones este proceso cede y la temperatura desciende.

Se retira el punto de crin al quinto día. Sale por la parte inferior de esta herida una pequeña cantidad de sangre.

La enferma se levanta a los 14 días. Siente únicamente ligeros dolores al nivel de la articulación sacro-iliaca izquierda que van desapareciendo poco a poco y sale de alta el 8 de Diciembre.



OBSERVACION II

Maternidad del Hospital Teodoro Alvarez.

P. I. de A.—Española, 24 años de edad, ocupación Q. D. Ingres a la Clínica el 9 de Julio a las 2 y media p. m.

Antecedentes hereditarios.—La madre vive, tiene una hermana sana.

Antecedentes individuales.—Caminó a los 18 meses. Marcha normal. Menstruó a los 14 años. Duración de las reglas: 3 a 4 días, en forma regular, abundante y dolorosas.

No recuerda haber tenido ninguna enfermedad de importancia.

Antecedentes obstétricos.—Ha tenido tres embarazos anteriores, el primero y segundo terminaron con partos normales hace 7 y 4 años respectivamente. El tercero llegó a término; el parto se efectuó en esta Maternidad el 4 de Sep-

tiembre de 1914 teniendo que recurrir a la pu-
biotomía para que éste se efectuara.

Embarazo actual.—Ignora la fecha de aparición
de su última regla. Ha tenido solamente ligeros
trastornos digestivos.

Examen clínico.—Peso 60 kilos. Talla 1, 55 cen-
tímetros. Hay ligeras várices. Edema de los miem-
bros inferiores. Pulmón y corazón normales.
Ochenta y seis pulsaciones.

Examen obstétrico.—Ventre ovoide. Altura del
útero 38 centímetros. Circunferencia del vientre
96 centímetros. Utero ligeramente desviado a la
izquierda y con una tensión regular. La vejiga
está llena y hace relieve en el hipogastrio. Pre-
sentación cefálica, posición izquierda; variedad
transversa. Pelvimetría externa: B. T.: 31; B. I.:
28; B. E.: 25; S. P.: 19. No hay encaje de la
cabeza. Auscultación fetal positiva.

Tacto.—Vulva varicosa entreabierta. Vagina
prolapsada en su parte posterior. El cuello uteri-
no tiene una dilatación de 4 centímetros, bolsa
íntegra. El promontorio es muy saliente fácilmen-
te accesible. La superficie sacra es irregular. Se
toca un falso promontorio. El pubis tiene una
acentuada inclinación y un rodete posterior bas-
tante saliente. El callo de la pubiotomía es im-
perceptible. Diámetro P. P. M.: 8.

Los dolores han comenzado a las 4 a. m. En

el momento de este examen las contracciones uterinas son de tipo sub-intrante y producen a la enferma dolores bastante agudos. Se inyecta morfina 0,01 cts., y se efectúa el sondaje de vejiga, decidiendo esperar a que se completara la dilatación. Se diagnostica: pelvis plana generalmente estrechada. Falso promontorio. Acentuada inclinación del pubis.

A las 5,30 p. m. se vuelve a examinar la enferma. La cabeza fetal no ha avanzado nada. La auscultación fetal nos revela un número de latidos más o menos normales. La dilatación del cuello es casi completa. Se decide efectuar una sinfisiotomía sub-cutánea de Frank.

Operador: Dr. Tomás A. Chamorro. Anestesia por el cloroformo. Antisepsia de rigor. Sondaje de la vejiga. Se deja la sonda en la uretra. Se rompe la bolsa de las aguas. Se hunde el bisturí en el medio de la articulación sinfisaria siguiendo la técnica de Frank. Abducción de los miembros. La pelvis se entreabre; y la cabeza comienza a descender. Se inyecta hiposifina y el parto se hace espontáneo a los pocos minutos naciendo un niño vivo de 3050 gramos de peso y con un diámetro bi-parietal de 9. La hemorragia es insignificante. Se sutura la herida cutánea con un punto de crin. Se retira la sonda; la orina es clara.

Alumbramiento normal a los diez minutos. Anexos normales. Se hace la toilette de práctica y se efectúa el vendaje de caderas.

Puerperio.—Se retira el punto de crin a los 6 días. Se evacúa por la herida un pequeño hematoma. Se hacen lavajes externos. Se purga a la enferma al quinto día. La enferma se queja de ligeros dolores al nivel de la sínfisis. Comienza a caminar a los 13 días. Presentó únicamente una ligera elevación térmica al sexto día, sin que el número de pulsaciones fuese superior a 90 por minuto. Sale de alta el 25 de Julio.

Examinada por mí después de 6 meses de la intervención pude constatar por medio del tacto confirmado por la radiografía una separación separación pubiana de unos 2 centímetros. No se nota ningún rodete ni callo exuberante. La enferma dice no sentir ni haber sentido ninguna molestia posterior a la intervención. Su marcha es normal y la movilidad de los pubis no se puede constatar.

OBSERVACION III

Maternidad del Hospital Ramos Mejía.

M. B. de D.—Italiana, 29 años de edad, ocupación Q. D. Fecha de ingreso a la Clínica el 12 de Junio a las 9,30 a. m.

Antecedentes hereditarios.—Padres muertos. Son nueve hermanos. No han habido abortos ni partos gemelares.

Antecedentes individuales.—Ignora cuando comenzó a caminar. Menstruó a los 14 años. Duración de las reglas de 3 a 4 días. Regular cantidad, indoloras. No recuerda haber tenido ninguna enfermedad de importancia.

Antecedentes obstétricos.—Cuatro embarazos anteriores: el primero llegó a término. Parto: aplicación de forceps; nació muerto. El segundo también a término: Parto: versión interna; nació muerto. Tercero a término. Parto: versión interna; nació muerto. Cuarto a término. Parto: pu-

biotomía; nació vivo. Todos fetos grandes; el último pesaba 4800 gramos.

Embarazo actual.—La fecha de aparición de las últimas reglas fué en el mes de Septiembre; ignora el día. Los movimientos activos los comenzó a notar del cuarto al quinto mes. No ha tenido trastornos de importancia durante el embarazo.

Examen clínico.—Junio 14 de 1916. Peso 60 kilos. Talla: 1,48 metros. Hay várices y edemas en los miembros inferiores. Pulmones y corazón normales. Pulso regular 76 por minuto.

Examen obstétrico.—Ventre globuloso; circunferencia 94. Utero en dextro-torsión; tensión buena. Presentación cefálica, posición izquierda. No hay encaje. Auscultación fetal 144 latidos normales. Pelvimetría externa B. I.: 28; B. I.: 25; S. P.: 19.

Tacto.—Vulva entreabierta por desgarradura de periné de segundo grado. Vagina con colpocele anterior y posterior. Cuello uterino grueso, entreabierto en el centro, de consistencia blando. se toca el promontorio. Diámetro P. P. M. 9,5.

El callo de la pubiotomía anterior no es exuberante; se percibe el borde inferior del pubis izquierdo una pequeña separación ósea de un cuarto centímetro de luz. Los fragmentos son in-

móviles de manera que existe agrandamiento permanente de la abertura ósea.

La enferma camina sin dificultad y no acusa sino un leve dolor al nivel del callo óseo.

Parto.—A las tres y treinta p. m. del día dos de Julio, comienzan sus dolores. Ingres a la sala de partos a las 6 y 45 a. m. del día 3 de Julio con 4 centímetros de dilatación del cuello uterino, sin encaje y con bolsa de las aguas rota. A las 3 p. m. o sea 23 horas después de iniciado el trabajo las contracciones se hacen regulares y vigorosas. La palpación revela que la presentación no encaja y que se moviliza muy fácilmente en cualquier dirección; desbordando por su parietal anterior medio centímetro del borde superior del pubis. Los latidos son regulares pero existe pérdida de meconio moderada desde la ruptura de la bolsa. El cuello tiene 8 centímetros de dilatación, es dilatable y flácido porque la presentación no se apoya sobre él. No hay encaje de cabeza que está semideflexionada, sinclítica y en izquierda transversa, con cabalgamiento acentuado del diámetro bi-parietal. La palpación tacto-mesuradora demuestra evidentemente una desproporción manifiesta entre la cabeza muy grande y de aspecto braquicefálico y la pelvis. Es esta desproporción el motivo de la falta de espontaneidad del parto y dado los anteceden-

tes de la enferma, se decide efectuar una operación ampliadora de la pelvis.

Operador Dr. Boero. Anestesia clorofórmica Se practica la sinfisiotomía de Frank; el pubis es alto y grueso se necesitan muchos golpes cuidadosos de bisturí para seccionar el cartílago y los ligamentos anteriores y posteriores. No hubo sino una escasa hemorragia no obstante existir gruesas várices alrededor del clítoris. La sínfisis se separó unos dos centímetros y medio por su borde superior y uno por el inferior. El sondaje de la vejiga inmediato a la sección, dió orina clara. Se inyecta 1 c. c. de pituitrina. Las contracciones se hacen muy vigorosas; el vértice se flexiona y apoya sobre el cuello el cual es ahora el único obstáculo que encuentra la presentación en su descenso. Se dilata regularmente y 20 minutos después de la sinfisiotomía, el parto se produce espontáneamente sin tener que lamentar la menor lesión materna. Se cierra la herida cutánea con un punto de crin.

El alumbramiento se hace a los 20 minutos.

Puerperio.—La mujer sale de alta a los 13 días, no habiendo presentado ningún síntoma anormal.

OBSERVACION IV

Maternidad del Hospital Ramos Mejía.

C. A. de P.—Italiana, 39 años de edad, ocupación Q. D. Ingres a la Clínica el 4 de Agosto a las 11 y 30 a. m.

Antecedentes hereditarios.—Los padres viven. Son doce hermanos. Han habido dos abortos.

Antecedentes individuales.—Menstruó a los 17 años, regularmente.

Antecedentes obstétricos.—Siete embarazos anteriores. Primero termina con un parto normal. El segundo termina a los dos meses por un aborto. Tercero termina parto normal. Cuarto: a término; parto: varón, nació muerto. Quinto aborto de dos meses. Sexto a término; parto: varón, nació muerto. Séptimo a término. Parto: varón; nació muerto.

Embarazo actual. —Última regla en Noviembre. Movimientos activos a los 4 meses.

Examen clínico.—Peso 60 kilos. Talla 1,61. Edemas y várices superficiales. Corazón y pulmones normales. Orina normal.

Examen obstétrico.—Ventre globuloso, circunferencia 105 centímetros útero en la línea mediana. Gran tensión (hidramnios). Presentación cefálica. Posición izquierda. Variedad transversa. Sin encaje. Auscultación fetal positiva.

Pelvimetría externa.—B. I. 27; B. E. 24; S. P.: 18, 5.

Tacto.—Vulva y vagina elásticas. Cuello uterino blando y entreabierto, se toca el promontorio que está en situación baja; la cara posterior del pubis es muy convexa. P. P. M.: 9.

Diagnóstico.—Pelvis plana.

Parto.—Se inician los dolores a las 10 p. m. del día 22 de Agosto y 7 horas después entra a la sala de partos. Se comprueba una dilatación de 6 centímetros, con bolsa íntegra. La gran tensión de la bolsa impide el diagnóstico con esta forma de examen para evitar de romperla. La cabeza no encaja. Los latidos fetales se encuentran en la línea umbilico-espinosa izquierda. Contracciones son seguidas y vigorosas por lo que se inyecta 0,01 gramos de morfina.

A las 8 a. m. del día 23 se rompe la bolsa de las aguas, dando salida a una gran cantidad de líquido amniótico de color normal y 15 mi-

nutos después se tiñe de meconio. Tacto.—8 centímetros de dilatación; presentación cefálica y desflexionada en O. I. I. T. Los latidos fetales se hacen más lentos, contándose de 110 a 120 por minuto. Las contracciones siguen siendo regulares y enérgicas. Se inyecta un centígramo de morfina.

A las 11 y 20 a. m. es decir 13 horas después de haberse iniciado el trabajo y a las 3 horas de bolsa rota se hace un nuevo examen y se comprueba: dilatación completa, cabeza desflexionada y orientada en el diámetro transverso izquierdo, ligeramente inclinada y aun movable. La palpación mesuradora revela una desproporción marcada en la pelvis y el feto. Se resuelve efectuar la sinfisiotomía de Frank. Operador Doctor Zárate. Anestesia por cloroformo. Se obtiene una separación pubiana de 4 centímetros y medio. Se inyecta pituitrina. La cabeza encaja y a los diez minutos nace un niño de 4150 gramos de peso y un bi-parietal de 9,6. La madre sufre dos pequeñas desgarraduras en la parte anterior de la vulva próxima a la uretra, que se suturan con surget de catgut. Alumbramiento: maniobra de Crédé.

Puerperio.—Agosto 24. La enferma siente dolores en la región renal que le impiden moverse; este dolor aunque menos molesto lo percibe también en los miembros inferiores.

25 de Agosto.—La enferma está algo mejor pero evita el movimiento porque le causa dolor; localizado sobre todo en el muslo derecho un poco por debajo del gran trocánter y en el sacro y articulación sacro-iliaca del mismo lado.

26 de Agosto.—Sus molestias se acentúan; la enferma se queja de no poder moverse y de fuertes dolores en su articulación sacro-iliaca derecha.

27 de Agosto.—Tiene un escalofrío, seguido de una elevación térmica a 38,5 y 120 pulsaciones. Esta temperatura cede después de un purgante.

28 de Agosto al 4 de Septiembre.—Su estado no se modifica. Sus movimientos son dificultados y a veces impedidos por los dolores que siente la enferma á l nivel de su región sacro-iliaca derecha. Para hacer sus movimientos necesita tomar punto de apoyo. La pierna izquierda consigue flexionarla sobre el muslo formando un ángulo recto; la derecha en cambio la flexiona con más dificultad sin alcanzar a formar el ángulo recto. Los movimientos del tronco son también muy limitados permitiéndole inclinarse un poco sobre su flanco derecho pero imposibilitándola de hacerlo sobre su flanco izquierdo. En esta fecha (5 de Septiembre) se le hace un masaje de 5 minutos en cada pierna y se consiguen movimientos pasivos de mayor extensión, sin dolor.

Septiembre 6.—La enferma sigue con sus mo-

lestias a pesar del masaje. La palpación permite constatar dolor en ambas articulaciones sacroilíacas especialmente en la del lado derecho donde la enferma acusa una sensación «como si tuviera algo roto».

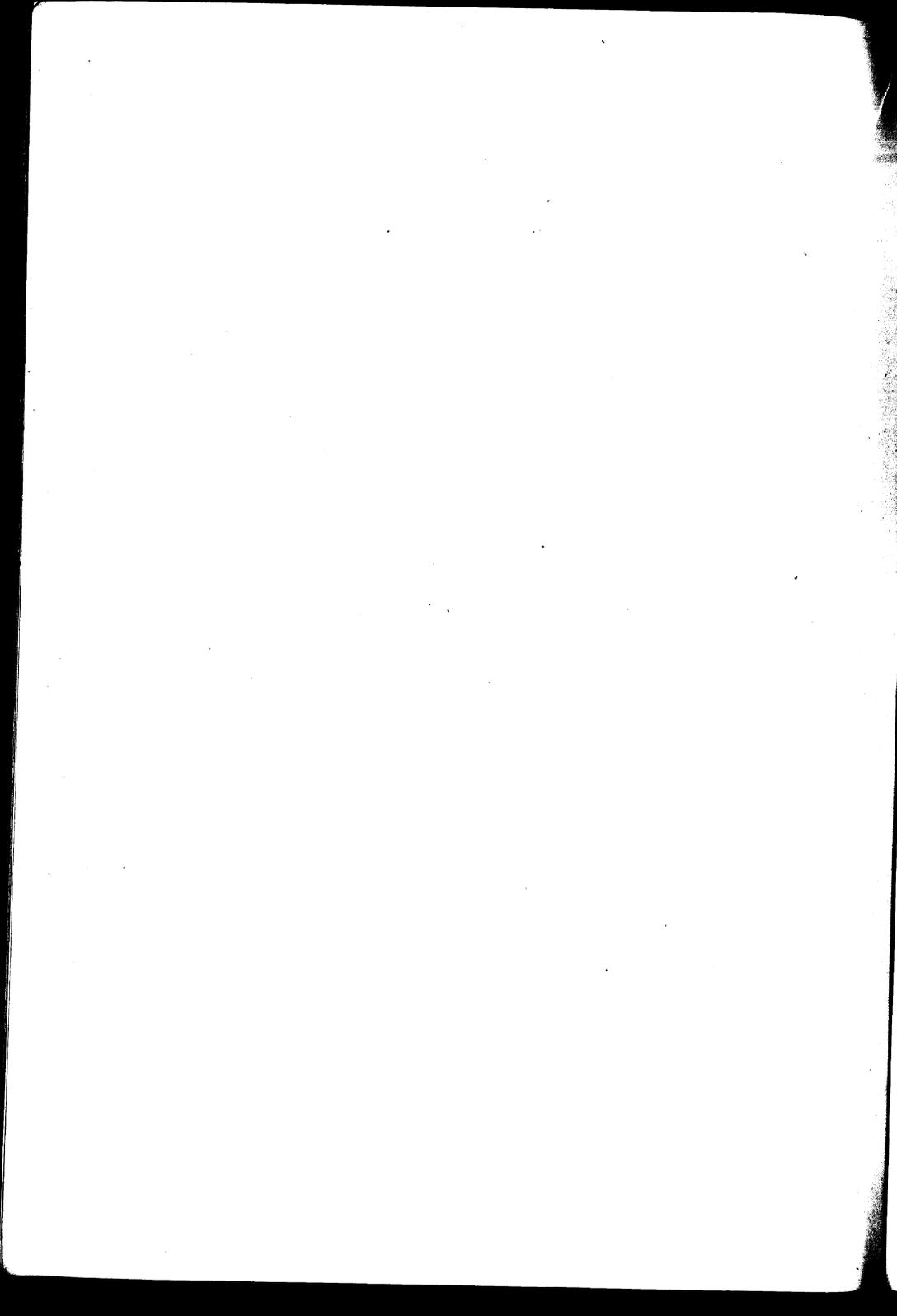
Septiembre 8.—La enferma se siente mejor y consigue aunque con dificultad hacer ligeros movimientos y sentarse en la cama. Un tacto practicado en esta fecha comprueba la existencia de un callo fibroso de 2 centímetros, en la sínfisis.

Septiembre 9.—Sigue bien, se levanta por primera vez. Los movimientos son dificultados por el dolor que acusa en el lado derecho de la cadera y pierna del mismo lado.

Septiembre 1.—Camina con más facilidad. Los dolores han disminuidos y sin embargo necesita un punto de apoyo para caminar.

Septiembre 13.—Camina mejor y sin punto de apoyo. Los dolores son casi insignificantes.

Sale de alta el 15 de Septiembre.



OBSERVACION V

Maternidad del Hospital Ramos Mejía.

F. L. de M.—Española, 32 años de edad, ocupación Q. D. Ingresa a la Clínica el 7 de Octubre a las 7 y 10 p. m.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales.—Menstruación a los 15 años. Normales.

Antecedentes patológicos.—Sarampión. «Peritonitis» hace dos años; curada en el Hospital Rivadavia.

Antecedentes obstétricos.—Un aborto con anterioridad a este embarazo.

Embarazo actual.—Última regla mes de Enero, del 6 al 12. Movimientos activos a los 4 meses. Ha tenido mareos y mucho flujo amarillo.

Examen clínico.—Peso: 61 kilos. Talla: 1, 53 centímetros. No hay ni várices ni edemas. Pul-

mones y corazón normales. Orina con vestigios de albúmina.

Examen obstétrico.—Ventre globuloso. Circunferencia 90. Utero desviado a la derecha, de buena tensión y una altura de 33 centímetros. Presentación cefálica. Posición derecha. Auscultación fetal positiva.

Pelvimetría externa.—B. I.: 29; B. E.: 25; S. P.: 19; P. P. M.: 9,1.

Parto.—Llega al servicio después de 10 horas de iniciado su trabajo; permanece con muy pocas contracciones hasta la noche del día 8. (La bolsa de las aguas se había roto a las 5 a. m. del día 7).

Es en la noche del día 8 que las contracciones se hacen más regulares. A las 5 a. m. del día 9 como se notase un ascenso de la temperatura, se pasa a la sección séptica sin practicar otro examen. Examinada tres horas más tarde se nota que tiene 37,8 de temperatura, 100 pulsaciones por minuto de buena tensión. El útero sufre contracciones enérgicas ;la presentación sin encaje. Cuello con 8 centímetros de dilatación; muy dilatatable. La cabeza está en asinclitismo posterior, ligeramente deflexionada con un tumor sero-sanguíneo. Se alcanza fácilmente el promontorio. Se confirma el P. P. M. de 9,1. Hay una espina re-

tro-pubiana que disminuye este diámetro a 9.
Diagnóstico.—Pelvis plana de origen.

Dos horas más tarde la dilatación es completa. Se coloca la enferma en posición de Grouzat-Walcher en la que permanece una hora. La cabeza no encaja; los latidos fetales se hacen lentos, hay pérdida de meconio. Se resuelve practicar una sinfisiotomía sub-cutánea y se efectúa siguiendo la técnica de Frank.

Operador Dr. Palacios Costa. Anestesia clorofórmica. Después de seccionada la sínfisis y obtenida una separación de 3 centímetros, la cabeza descende y se encaja en derecha transversa. Se inyecta una ampolla de pituitrina. Veinte minutos más tarde nace un niño en asfixia azul que se reanima a los cinco minutos. Se sonda la vejiga y se obtiene una orina clara. No hay desgarraduras vaginales.

Alumbramiento por ligera expresión a los cincuenta minutos.

Puerperio.—La enferma sigue bien en los primeros cuatro días posteriores a su parto. Se le administra un purgante de aceite de ricino y al mover el vientre acusa un dolor intenso en el lado izquierdo, dolor que continúa durante todo el día. Se coloca una bolsa de hielo sobre el vientre.

Octubre 13. El dolor del vientre continúa y tiende a generalizarse. Tiene 37°6" de tempera-

tura y 105 pulsaciones por minuto. Se continúa con el hielo.

Octubre 14. La temperatura ha llegado a 38°. El pulso es frecuente (110 pulsaciones). Los loquios son fétidos y tienden a volverse purulentos. Se hace cultivos de loquios y sangre y se inyecta suero anti-estreptocócico.

Octubre 15. Por la mañana tiene un vómito bilioso. El dolor abdominal es más intenso, hay gran timpanismo. La temperatura llega a 38°6", el pulso es frecuente (124 pulsaciones). Se administra un enema y mueve su vientre. Los cultivos han dado estreptococos hemolíticos, en los loquios y en la sangre. Se inyecta suero anti-estreptocócico. Se hace diagnóstico de peritonitis generalizada puerperal.

Octubre 16. Estado gravísimo. Temperatura 37°8" y 130 pulsaciones por minuto. Hay disnea intensa. La enferma dice que no puede respirar porque tiene un círculo de dolor a la altura del diafragma.

Se continúa con el suero y se inyecta Digalene intra-venosa. Aceite alcanforado y cafeína.

Octubre 17. Acentuación de todos los síntomas. Pulso filiforme alrededor de 150 pulsaciones por minuto. La temperatura desciende a 36°8". Fallece a la una pasado meridiano.

El niño sale en perfectas condiciones.

Autopsia.—Torax: adherencias pleurales antiguas en el lado derecho. Pulmones: congestión leve y edema en ambos. Corazón: en diástole — coagulos cruóricos escasos — grandes coagulos fibrinosos.

Abdomen.—Se observa en el peritoneo un exudado purulento verdoso que ha dejado precipitar fibroma. Todo el mesenterio sembrado de ganglios aumentados de volumen. Gran distención del ciego y colón transverso y retracción del descendente. La cara interna del estómago, duodeno y el resto del intestino delgado presenta manchas hemorrágicas submucosas. El epiplón descendido y fijado a la pared anterior.

Hígado.—Gran congestión.

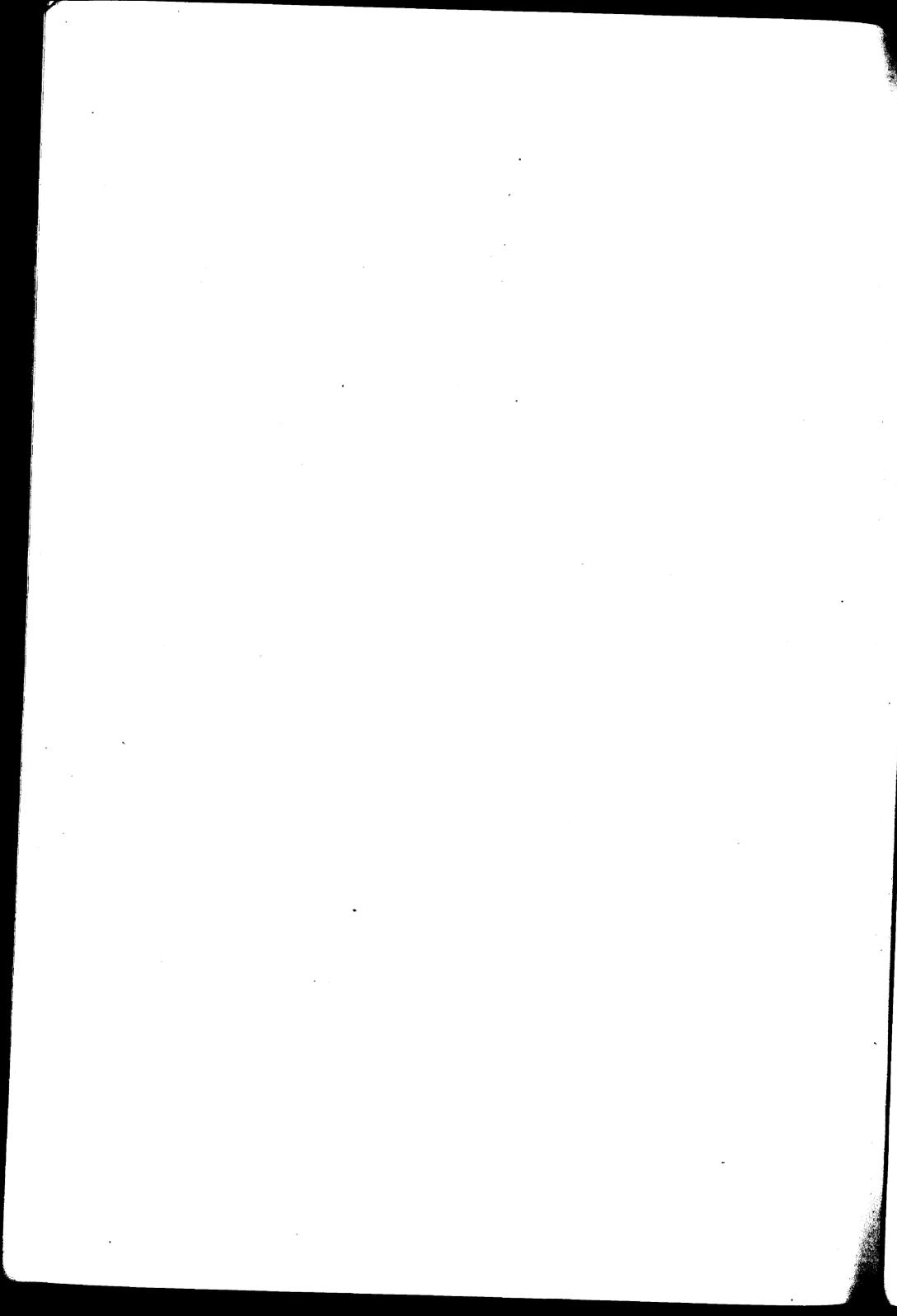
Bazo.—Aumentado de volúmen. Cápsula engrosada, recubierta por un exudado fibrinoso en algunos puntos. La pulpa se deja arrastrar por el cuchillo.

Riñones.—Tumefacción turbia.

Organos genitales.—Utero grande. Endometritis con ligero exudado anexos normales. Fondos de saco vaginales y vejiga normales. Herida operatoria normal.

Se cultiva sangre del corazón, del bazo y del pus peritoneal. Dan los cultivos colonias puras de estreptococos hemolíticos.

Diagnóstico.—Peritonitis generalizada, a puerta de entrada uterina.



OBSERVACION VI

Maternidad del Hospital Ramos Mejía.

E. E. de R., española de 33 años. Ocupación Q. D.

Ingresa a la clínica el 30 de Octubre a las 7 a. m.

Antecedentes hereditarios: Padres sanos, la madre tuvo 11 embarazos a término; partos espontáneos. Dos abortos y un gemelar.

Antecedentes individuales: Caminó a los cinco años a causa de una parálisis de los miembros inferiores. Menstruó a los 17 años en forma regular.

Antecedentes obstétricos: Ha tenido cuatro embarazos anteriores. El primero fué un parto distócico (forceps); el segundo a término, terminó con parto distócico (forceps); el tercero terminó con un parto espontáneo; el cuarto a término, terminó con parto distócico (versión interna), falleció cinco horas después.

Embarazo actual: Última regla en el mes de Marzo del 5 al 10. Ignora la fecha del comienzo de los movimientos activos del feto. Ha tenido durante los tres primeros meses del embarazo vómitos y dolores de cabeza. Flujo blanco.

Examen clínico: Peso 60 kilos. Talla 1,45 metros. Hay várices y edemas en los miembros inferiores. Pulmones y corazón normal; 80 pulsaciones por minuto. Esqueleto mediano, bien constituido.

Examen obstétrico: Vientre ensanchado transversalmente; circunferencia 92 centímetros; útero desviado a la derecha, de tensión normal y una altura de 32 cms. Presentación: A. I. D. variedad: dorso anterior. Auscultación fetal, positiva.

Pelvimetría externa: B. I.: 27; B. E.: 24; S. P.: 19.

Parto: Ingresa a la clínica después de doce horas de haberse iniciado su trabajo; las contracciones son normales. Tacto: vulva y vagina de múltipara. Dilatación del cuello uterino completa. Bolsa íntegra; tocándose a través de las membranas dos pies y una mano. La presentación se confirma en A. I. D. (D. A.) P. P. M. 8,1.

Bajo anestesia se practica una versión por maniobras externas; comprobándose la desproporción pélvico-fetal al hacer la palpación tacto-me-

suradosa. Diagnóstico: pelvis plana generalmente estrechada. A las 9,45 a. m., las contracciones se hacen más enérgicas y la bolsa de las aguas se rompe violentamente. La cabeza se desvía otra vez hacia la fosa iliaca derecha; haciéndose al mismo tiempo una procidencia de mano y de cordón. Teniendo en cuenta la desproporción pélvico-fetal, antes citada, se decide intervenir haciendo una sinfisitomía de Frank. Operador Dr. Zárate. Anestesia clorofórmica.

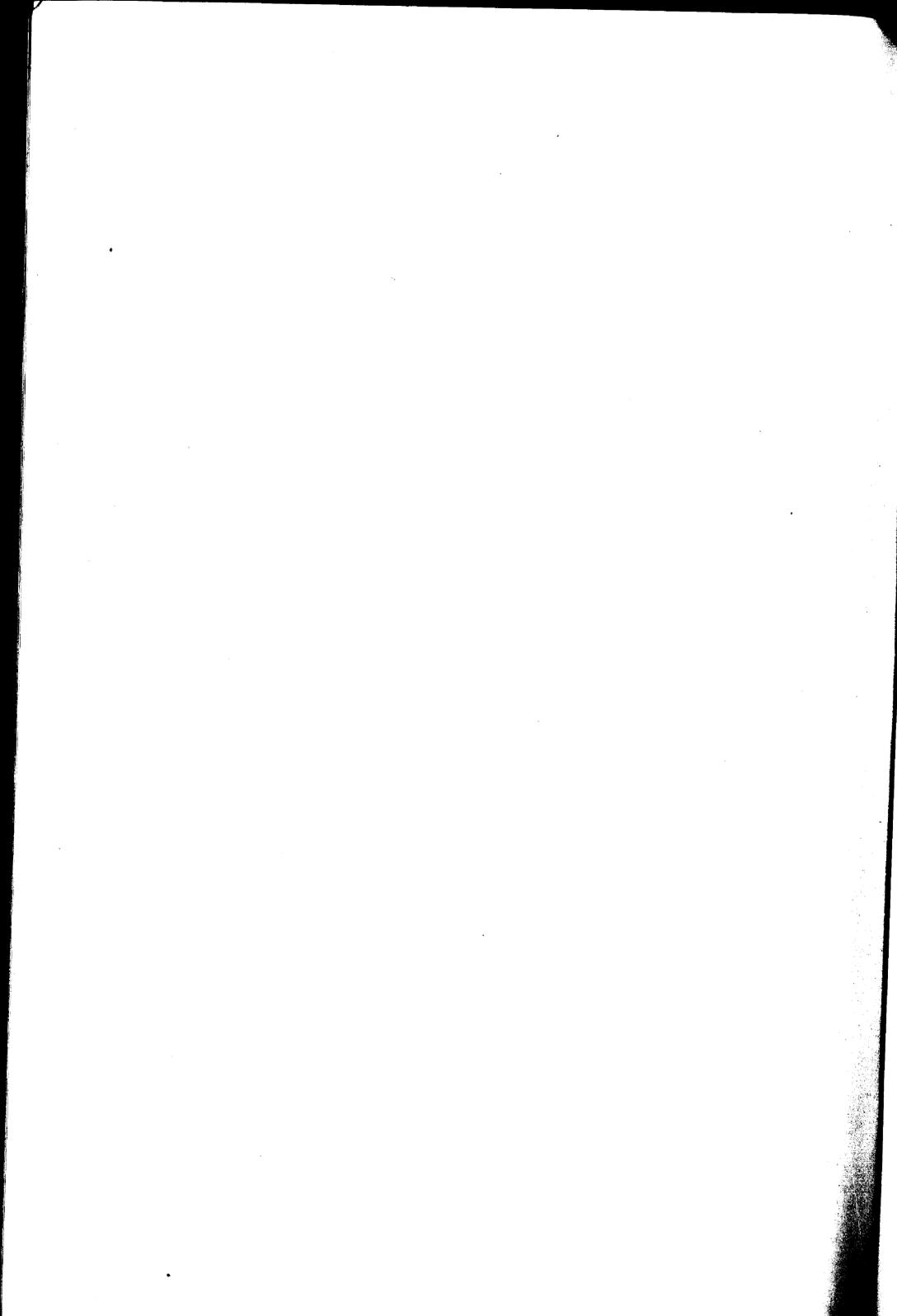
Después de efectuada la sinfisiotomía se profundiza más la anestesia y se efectúa una versión por maniobras internas. Los hombros y la cabeza encajan y se desprenden por las maniobras de Deventer-Muller y Mauriceau respectivamente. El feto nace en asfixia azul, pero se reanima fácilmente. El diámetro bi-parietal es de 8"8" y tiene un peso de 2.650 gramos.

El alumbramiento se hace por simple expresión a los diez minutos; se coloca un punto de crin en la herida operatoria. No hubo lesiones maternas.

Puerperio: Noviembre 1. La enferma se encuentra en buenas condiciones. Loquios normales.

Noviembre 3. Loquios e involución uterina normales.

La enferma abandona la cama al séptimo día; su marcha es perfectamente normal.



OBSERVACION VII

Maternidad del Hospital Ramos Mejía.

D. F. de L., española de 34 años de edad; ocupación Q. D.

Ingresa a la clínica en trabajo de parto el 14 de Noviembre a las 5 a. m.

Antecedentes hereditarios: El padre vive, la madre, que falleció, tuvo tres hijos, todos partos normales; no tuvo abortos ni partos gemelares

Antecedentes individuales: Ignora la edad en que comenzó a caminar. Menstruó a los 19 años. Duración de tres días; regulares en aparición y cantidad.

Antecedentes obstétricos: Ha tenido cuatro embarazos anteriores: el primero terminó con un parto distócico (forceps); el segundo terminó con otro parto distócico (forceps); el tercero terminó con un parto espontáneo; el cuarto con parto distócico (forceps), feto muerto.

Embarazo actual: La última regla en el mes de Febrero del 15 al 20. Los movimientos activos fetales los notó a los cinco meses. Ha tenido durante el embarazo cefaleas y mareos.

Examen clínico: Peso 43 kilos. Talla 1.46 metros; no tiene várices ni edemas; pulmones y corazón normales; 80 pulsaciones por minuto. Esqueleto chico.

Examen obstétrico: Vientre en péndulo de una circunferencia de 100 centímetros; útero en anteversión con una tensión mediana y una altura de 34 centímetros.

Pelvimetría externa: B. I.: 26; B. E.: 24; S. P.: 19.

Parto: Ingresa después de 16 horas de iniciado el trabajo del parto y refiere la enferma que la partera que la asistía en su domicilio le rompió artificialmente la bolsa de las aguas. El examen revela lo siguiente: útero animado de contracciones normales; presentación O. I. D. T. No hay encaje. Auscultación fetal: tonos normales. Tacto: cuello uterino con 8 centímetros de dilatación, elástico; la cabeza que está por encima del estrecho superior, es bien móvil y no apoya P. P. M. de 9,5. Pelvis plana no raquítica. La palpación tacto mesuradora demuestra que la desproporción pélvico-fetal existe aunque no es muy grande.

En estas condiciones y como las contracciones

se suceden regularmente se espera cinco horas. Un nuevo tacto revela que todo está en las mismas condiciones, y sin progresar nada el parto. Se decide ampliar la pelvis por medio de la sinfisiotomía.

Operador Dr. Zárate. Anestesia clorofórmica. Técnica del Dr. Zárate que es la siguiente: Con la aguja de Bunn modificada por el Dr. Zárate se entró por el borde superior del pubis (sífnisis) y rozando la cara interna se hizo salir entre el pequeño y gran labio izquierdo, con una desviación ligeramente oblicua, desplazando previamente por la vagina, la uretra hacia la derecha. Una vez colocada la aguja se engancha la sierra de Gigli y se saca por el extremo opuesto; logrando con tres golpes de sierra, seccionar la sínfnisis. En el momento de introducir la aguja, se produjo una hemorragia venosa (posiblemente se pincharon los cuerpos cavernosos) como de 100 gramos. Una vez retirada la sierra, se hace gran compresión, cohibiéndose la hemorragia en pocos minutos.

En las dos primeras contracciones, la cabeza se encaja; la separación pubiana es de 3 centímetros y el parto se hace espontáneo a los pocos minutos, naciendo un niño vivo de 3.075 gramos y con un bi-parietal de 9,8. Hay tumor sero-sanguíneo en la región occípito-parietal izquierda,

cabalgamiento del parietal derecho sobre el izquierdo y de éstos sobre el occipital. El alumbramiento se hace por simple expresión y tracción suave a los quince minutos.

Puerperio: Noviembre 15 y 16. Las heridas están en perfectas condiciones; no se ha formado hematoma. Loquios normales. Lavajes vulvares.

Noviembre 19. Loquios sanguino-purulentos. La herida en buenas condiciones. Lavajes vaginales. Tiene 37°4" de temperatura.

Noviembre 20. Ha tenido el día anterior un escalofrío; los loquios son sero-purulentos abundantes. La herida está en buenas condiciones. Lavajes vaginales, bolsa de hielo, ergotina.

Noviembre 21. Loquios rojos, ergotina.

Noviembre 22. La temperatura ha cedido; las heridas puntiformes están cicatrizadas.

Noviembre 26. La enferma abandona la cama; su marcha es normal. Sale de alta el 28 de Noviembre

OBSERVACION VIII

Maternidad del Hospital Durand.

E. F. de P., española de 23 años; ocupación Q. D.

Ingresa a la clínica el 6 de Julio a las 6 a. m.

Antecedentes hereditarios: Padres sanos; la madre tuvo 11 partos. Ignora si fueron normales y si hubo abortos. Uno fué gemelar.

Antecedentes individuales: Ha caminado siempre bien. Regló a los 18 años con una duración de tres días. Después del primer parto, las reglas se hicieron irregulares.

Antecedentes patológicos: Sarampión y coqueluche. Flujo amarillo desde hace dos años. Desgarradura de tercer grado del periné.

Antecedentes obstétricos: Un embarazo anterior a término, terminado con un parto distócico y feto muerto.

Embarazo actual: Ignora la fecha de su última

regla. Los movimientos activos del feto comenzaron a hacerse notar a los cuatro meses. Ha tenido ligeros trastornos digestivos y nerviosos durante el embarazo.

Examen clínico: Talla 1,50 metros. Peso 60 kilos. Esqueleto pequeño, bien constituido. Corazón y pulmones normales (90 pulsaciones por minuto). Hay ligeros edemas y várices superficiales en los miembros inferiores.

Examen obstétrico: Vientre globuloso. Utero ligeramente desviado a la derecha, de tensión mediana y de una altura de 37 centímetros. Presentación cefálica, posición derecha, variedad transversa. No hay encaje. Auscultación fetal positiva.

Pelvimetría externa: B. T.: 32; B. I.: 28; B. E.: 25; S. P.: 20.

Parto: Ingresa a la sala de partos después de tres horas de iniciado el trabajo con una dilatación de 2 centímetros.

Examinada nuevamente a las 10 a. m. se constató lo siguiente: dilatación 7 centímetros. No hay encaje de la cabeza. Presentación O. I. D. T. P. P. M.: 8,8. Bolsa de las aguas íntegra. Se diagnostica pelvis plana no raquítica y se decide esperar.

A las 4 p. m., la dilatación es ya completa: las contracciones uterinas son enérgicas y frecuentes a pesar de lo cual el encaje de la cabeza

no se hace. Se rompe la bolsa de las aguas y se coloca la enferma en la posición de Crouzat-Walcher durante cada contracción uterina. A pesar de esto, la cabeza no avanza; tocándose un tumor sero-sanguíneo y cabalgamiento de los huesos.

A las 8 p. m., después de cuatro horas de dilatación completa y de haberse roto la bolsa de las aguas y en vista de que el parto no progresaba se resuelve intervenir; dado que la cabeza fetal modelada y en evidente desproporción con los diámetros maternos hacían imposible el parto espontáneo. Se elige como operación la sinfisiotomía sub-cutánea de Frank.

Operador Dr. Peralta Ramos. Anestesia clorofórmica. Se sigue la técnica clásica y se obtiene una separación de dos traveses de dedo. Al seccionar el cartilago, sale por la herida cutánea una cantidad regular de sangre; se cohibe la hemorragia por medio de una comprensión enérgica. El bisturí empleado, fué un bisturí abotonado. Se inyecta hipofisina y a los 15 minutos la cabeza encaja, desciende y el parto se hace espontáneo naciendo un niño vivo de 3650 gramos de peso y con un bi-parietal de 9; con tumor sero-sanguíneo en la región parieto-occipital izquierda y cabalgamiento de los huesos del cráneo. El alum-

bramiento se hace espontáneo a los 20 minutos.

El sondaje vesical da una orina clara.

Puerperio.—11 de Julio.—Ha seguido en buenas condiciones durante los días anteriores; presenta hoy una ligera elevación térmica, 37,8. Los loquios son sero-purulentos, se hacen irrigaciones vaginales con agua trementinada. Se le administra 30 gotas diarias de ergotina. Se le permite colocarse en decúbito-lateral.

Julio 18.—La temperatura llega a 39 grados. Se le administra un purgante y la temperatura desciende.

Julio 23.—La enferma sale de alta a los 17 días de operada, habiéndose levantado de la cama a los 15 días. No siente ninguna molestia, salvo un pequeño balanceo al caminar.

Observada 7 meses después se nota una separación de la sínfisis de unos dos centímetros. No hay callo exuberante. Hay una ligera movilidad de los pubis.



BIBLIOGRAFÍA

Argentina

Dr. Eliseo Cantón.—Primera Serie de 24 casos de pubiotomía publicados en Sud-América. Comunicación al Congreso científico Panamericano reunido en Sanitago de Chile. 1908.

Dr. Peralta Ramos.—Revistas de clínica Obstétrica y Ginocológica, 1909 y 1910.

Dr. E. A. Boere.—Las tres primeras pubiotomías practicadas en la clientela civil de la Ciudad de Buenos Aires. *Semana Médica* N.º 38. 1914.

Dr. Peralta Ramos.—El problema de la distocia por estrechez pelviana. *Semana Médica*, N.º 24. 1914.

Dr. A. Soldano.—Contribución al estudio de la sinfisiotomía. Tesis 1913.

Dr. E. Zárate.—Sinfisiotomía subcutánea de Frank. *Semana Médica* N.º 14. 1916.

Dr. T. Chamorro.—Comunicación a la sociedad de Obstetricia y Ginocología. 1916.

Dr. A. Martínez.—La sinfisiotomía subcutánea de Frank. Tesis 1916.

Dra. Lucía M. Giorgi.—¿Pubiotomía? Sinfisiotomía? Tesis 1916.

Dr. E. A. Boero.—La práctica de la pelvitomía en Buenos Aires. Revista española de Ginecología y Obstetricia. N.º 13. 1917.

Dr. T. Chamorro.—Cesárea extraperitoneal. Semana Médica. N.º 6, 1917.

Extranjera

Lop. La sinfisiotomía. Gaceta de los Hospitales. 1894.

P. Bar. Brindeau y Chanbrelent. La pratique de l'art des accouchements.

Farabeuf.—Distocia del estrecho superior. 1894.

Farabeuf.—Sinfisiotomía. 1895.

Pinard.—Anales de Ginecología y Obstetricia. 1894.

Testut.—Anatomía descriptiva. Primera parte.

Testut y Jacob.—Anatomía topográfica.

F. Frank.—Monatsschrift für Geburtstretz und Gynestrologie. 1910.

Buenos Aires, Abril 27 de 1917.

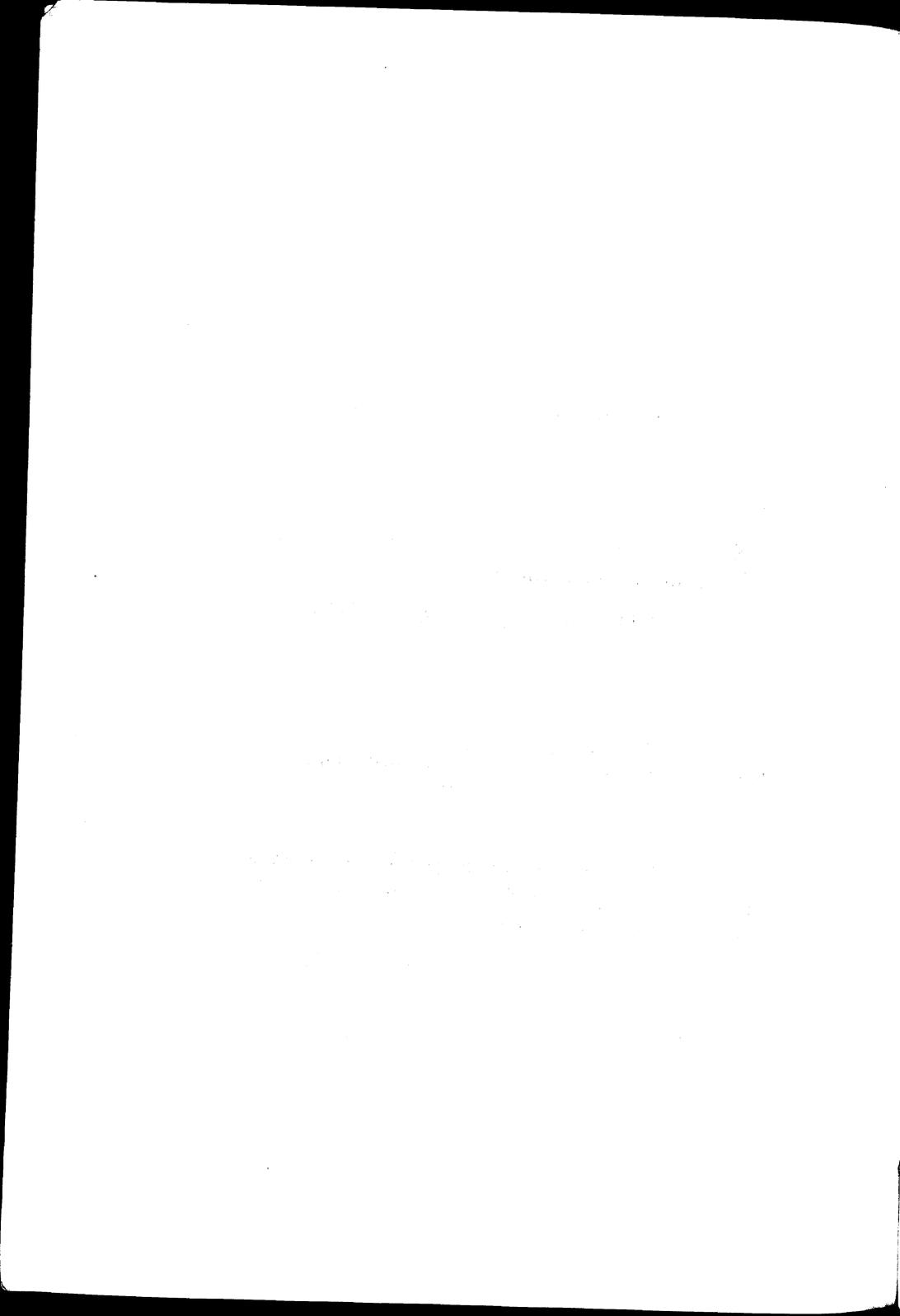
Nómbrese al señor Consejero Dr. Fanor Velarde, al profesor titular Dr. Samuel Molina y al profesor suplente Dr. Enrique A. Boero para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Mayo 7 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3266 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Cómo puede la sinfisiotomía aumentar permanentemente los diámetros pelvianos?

Fanor Velarde.

II

Indicaciones del forceps.

Samuel Molina.

III

La rigidez acentuada de la pelvis blanda en la primípara, limita la indicación que ofrece a la sinfisiotomía su pelvis estrechada.

Enrique A. Boero.

THE HISTORY OF THE

1780



