



Año 1916

Nº. 3158

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

¿PUBIOTOMÍA
SINFISIOTOMÍA?

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTORA EN MEDICINA

POR

LUCÍA M. GIORGI

Practicante interna de la Maternidad del Hospital Ramos Mejía



BUENOS AIRES

IMP. VINCENTY, BOSSIO & Cía.—CORRIENTES 3151

1916

Lucía M. Giorgi

¿Pubiotomía, Sinfisiotomía?



Año 1916

Nº. 3158

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

¿PUBIOTOMÍA
SINFISIOTOMÍA?

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTORA EN MEDICINA

POR

LUCÍA M. GIORGI

Practicante interna de la Maternidad del Hospital Ramos Mejía



BUENOS AIRES

IMP. VINCENTY, BOSSIO & Cía.—CORRIENTES 3151

1916

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

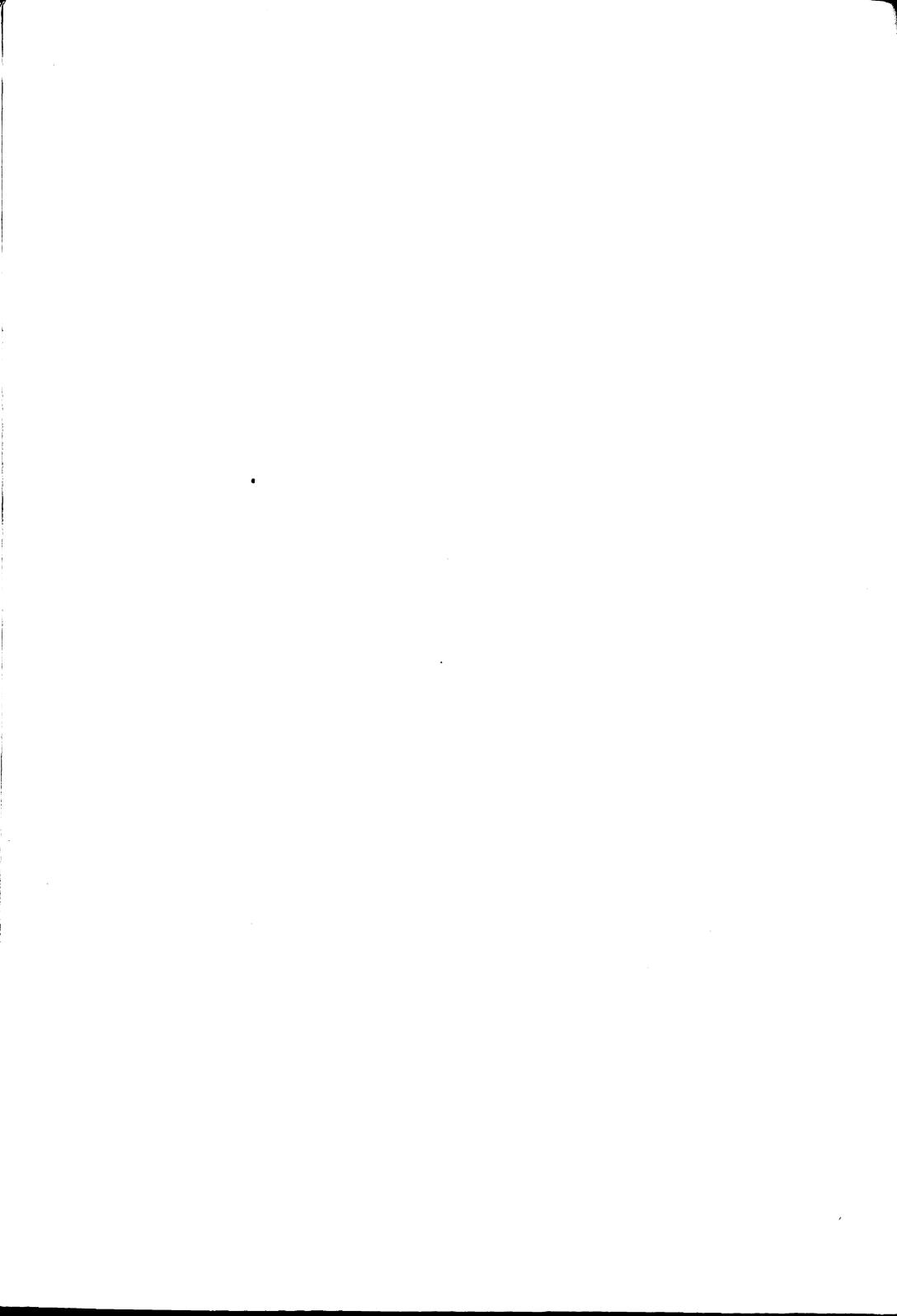
DR. D. DOMINGO CABRED

Miembros Titulares

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

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

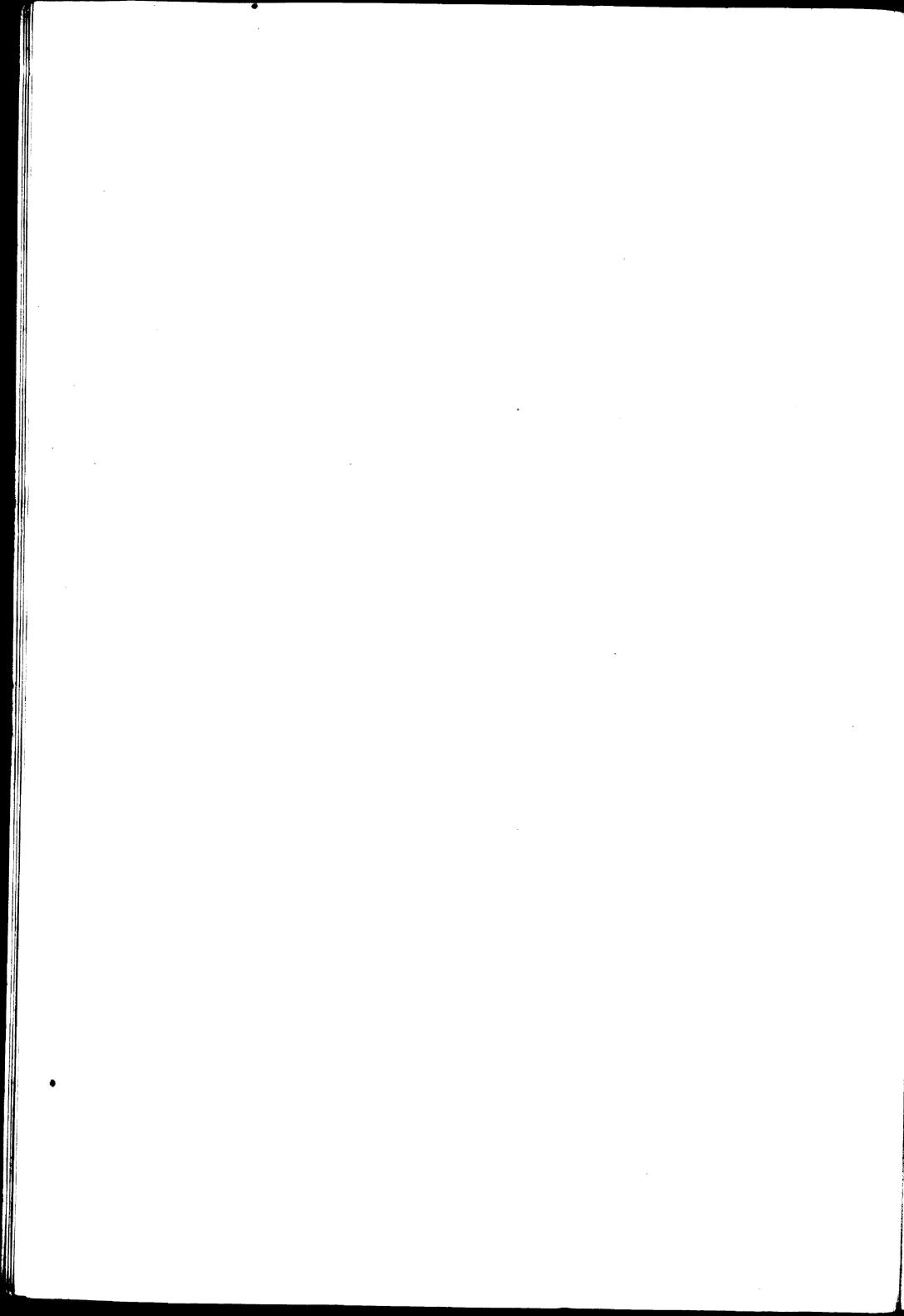
DR. D. LUIS GÜEMES

- » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » JOSÉ ARCE
- » ABEL AYERZA
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRAN
- » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

- » » JUAN A. GABASTOU (Facultad).



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

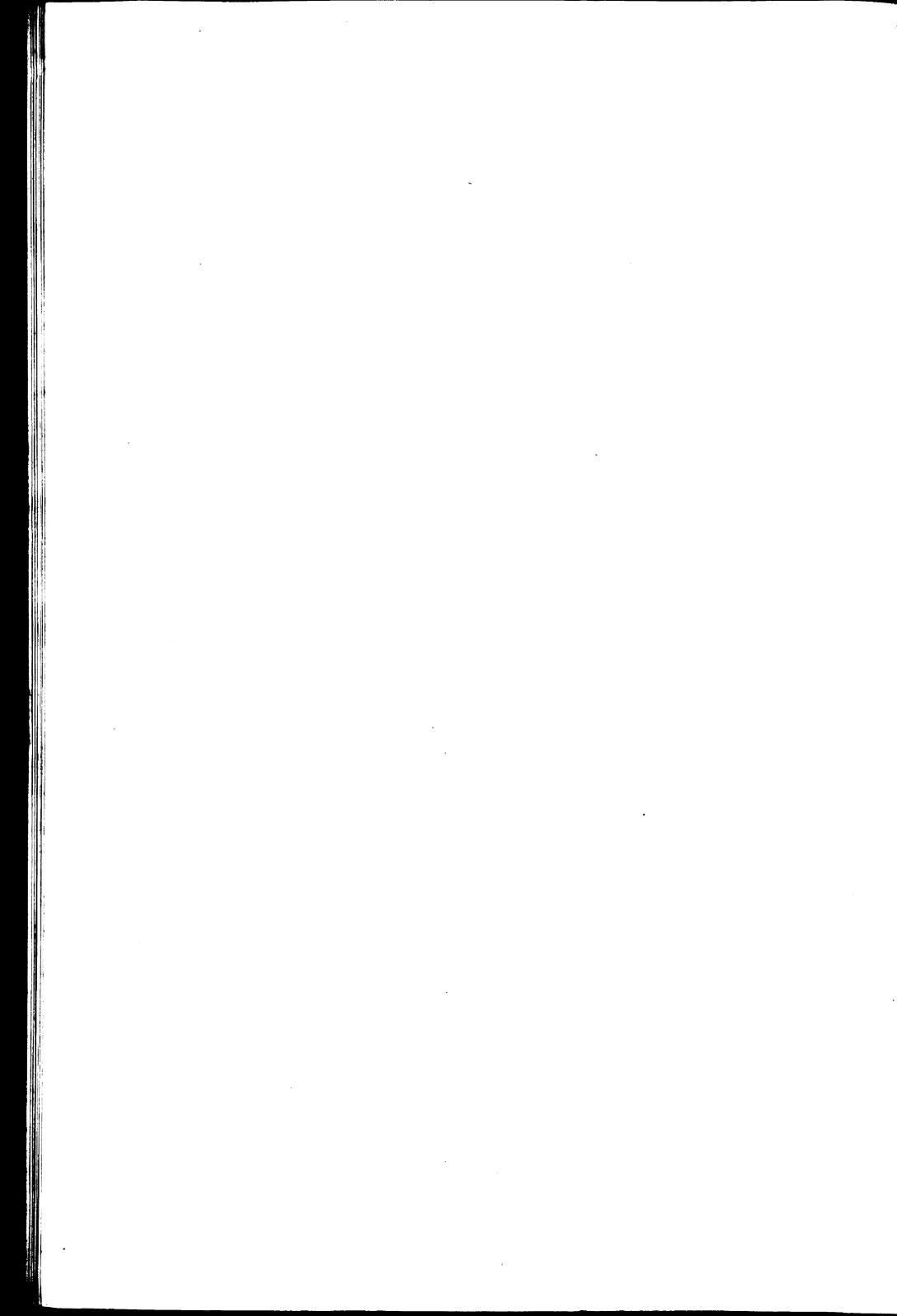
» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAUERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ..	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANIÓ
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios 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. SENORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
Clínica Ote-rino-laringológica ..	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Of almológica	» PEDRO LAGLEYZE
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GAMBOLGO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obsiétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

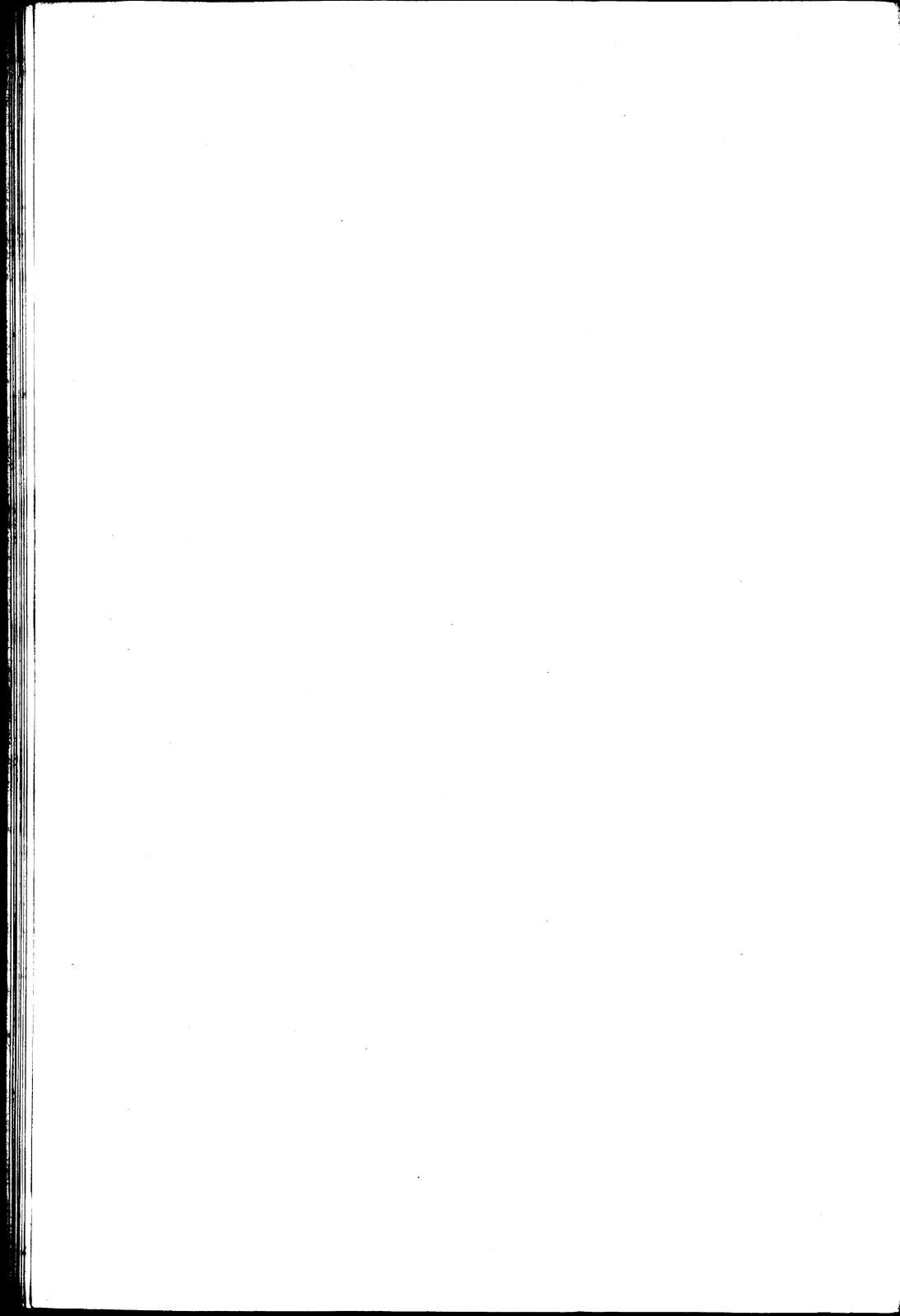
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

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



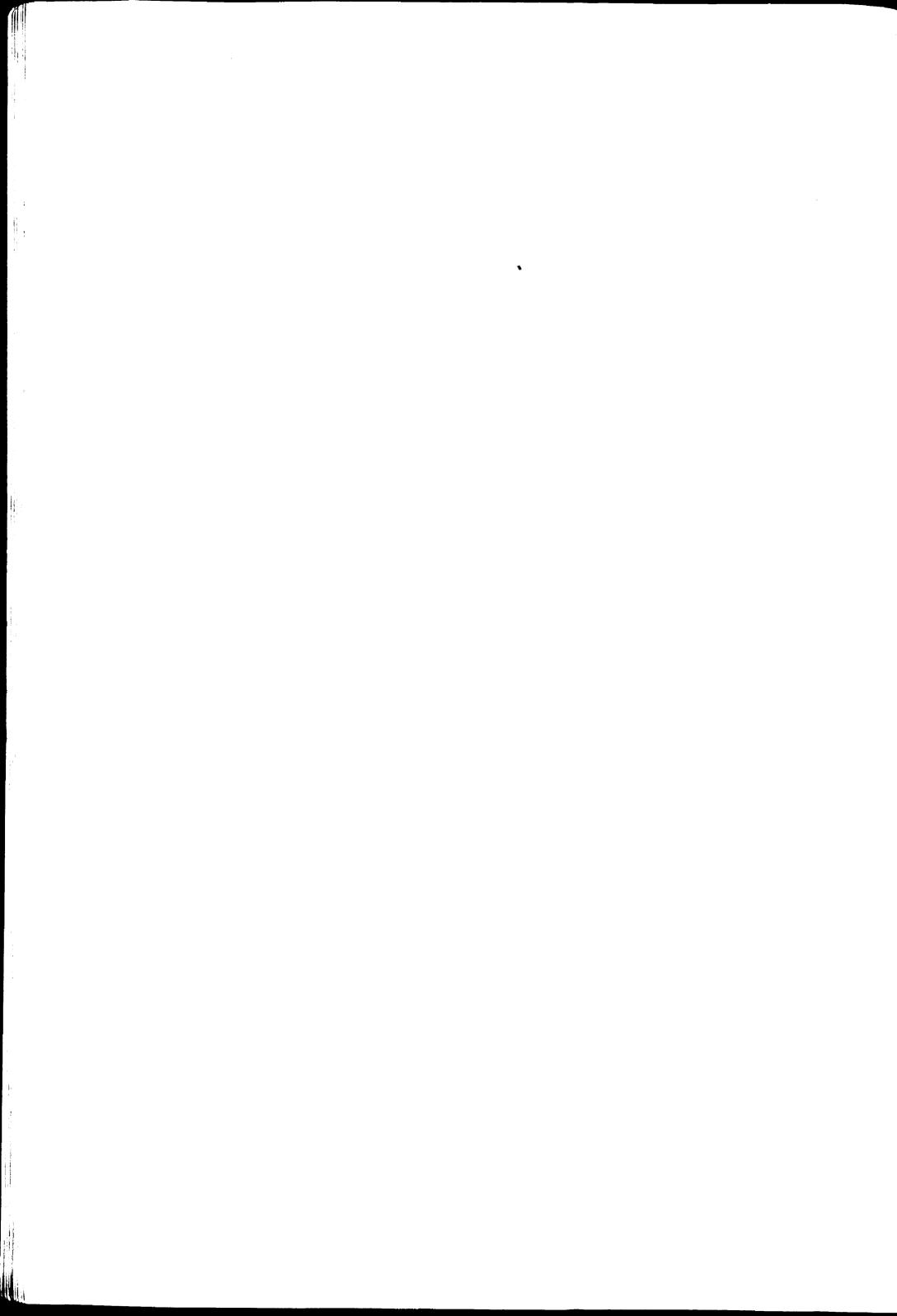
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO KERRER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO PALLI
	» FRANK L. SMILER
Bacteriología.....	» BERNARDO BOUSSAY
	» RODOLFO RIVAROLA
Química Biológica.....	» ALOIS BACHMANN
	» GREGMAN ANSCHÜTZ
Higiene Médica.....	» BENJAMIN GALABRCE
Semiología y ejercicios clínicos.....	» FELIPE BUSTO
	» JUANUEL V. AGNONELLI
Anatomía patológica.....	» CARLOS HONORINO UBAONDO
	» ALFREDO MITON
Materia médica y terapéutica.....	» JOAQUIN BLAMBRAS
Medicina operatoria.....	» ANGEL D. LOFFO
Patología externa.....	» JOSE MORENO
	» ENRIQUE PINOCHIETTO
Clínica dermato-sifilográfica.....	» AILLOS ROBERTSON
	» FRANCISCO C. ASTERO
» epidemiológica.....	» CASTELFORT LEGONES
» oftalmológica.....	» NICOLAS V. GRECO
» oto-rino-laringológica.....	» PEDRO L. BALBUENA
	» JOAQUIN SAN FOSADAS
Patología interna.....	» FERNANDO R. TORRES
	» ENRIQUE B. DEMARIA
Clínica quirúrgica.....	» ADOLFO VOCIETI
	» JEAN DE LA CRUZ CORREA
» Neurológica.....	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUI
» Médica.....	» LEONIDAS JORGE VACIO
	» PABLO M. BARLAHO
» pediátrica.....	» EDUARDO MARINO
	» JOSE ARCE
» ginecológica.....	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
» obstétrica.....	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLE
Medicina legal.....	» PEDRO CHUTRO
	» JOSE M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO P. FANDEVAR
	» VICENTE DIMITRI
	» RÓMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO B. CASTEX
	» PEDRO J. GARCIA
	» JOSE DESTÉFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN SACORO SPANGENBERG
	» MAMERTO AGUÑA
	» GERNARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. URIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO FERRERES
	» ALBERTO BERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONQUE
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. LOIRO
	» JOAQUIN V. GREGCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTA



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. RUMI
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUAGLIALMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	{ » ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLÓRES



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 obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura DR. UBALDO FERNÁNDEZ

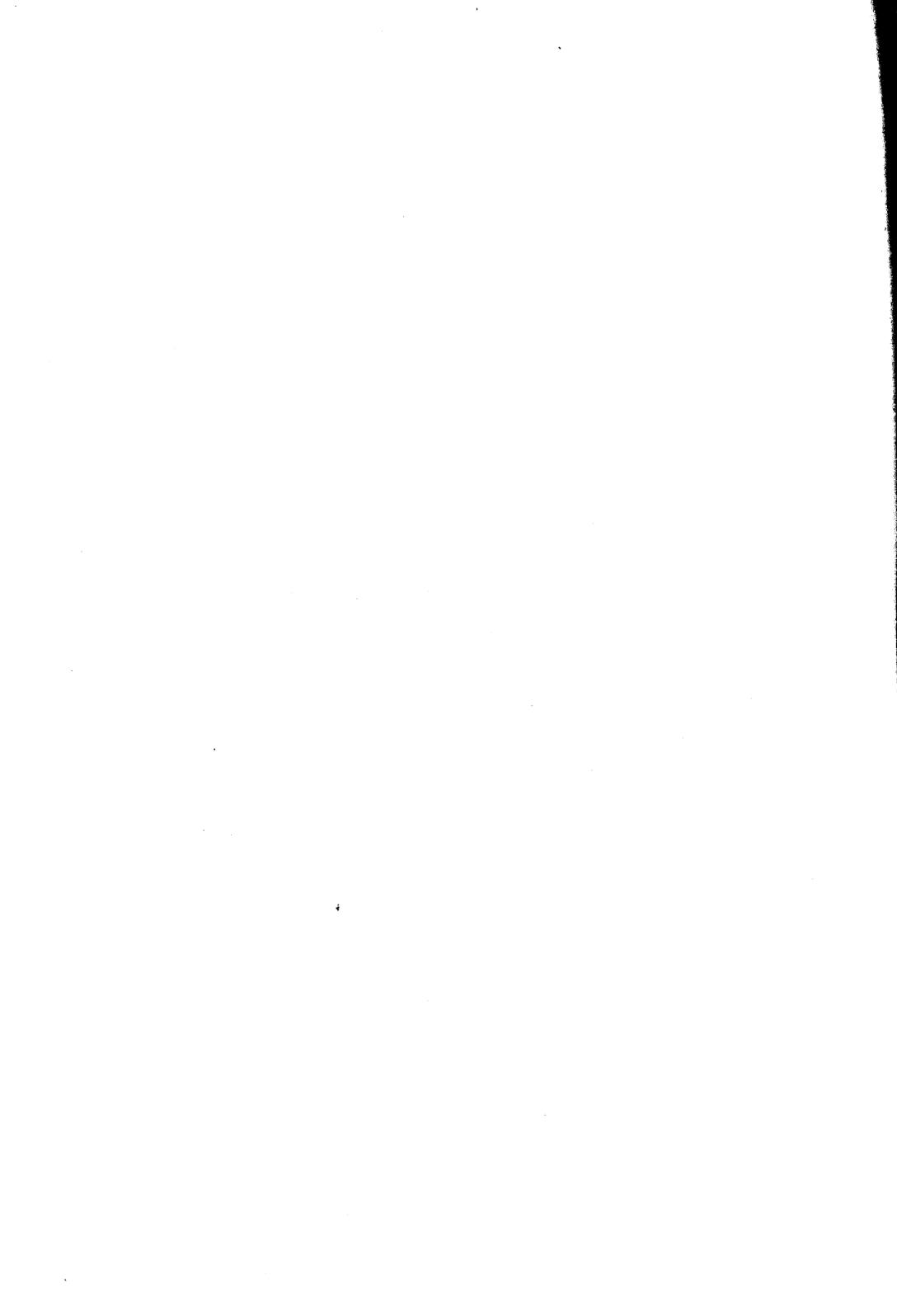


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

Catedráticos suplentes

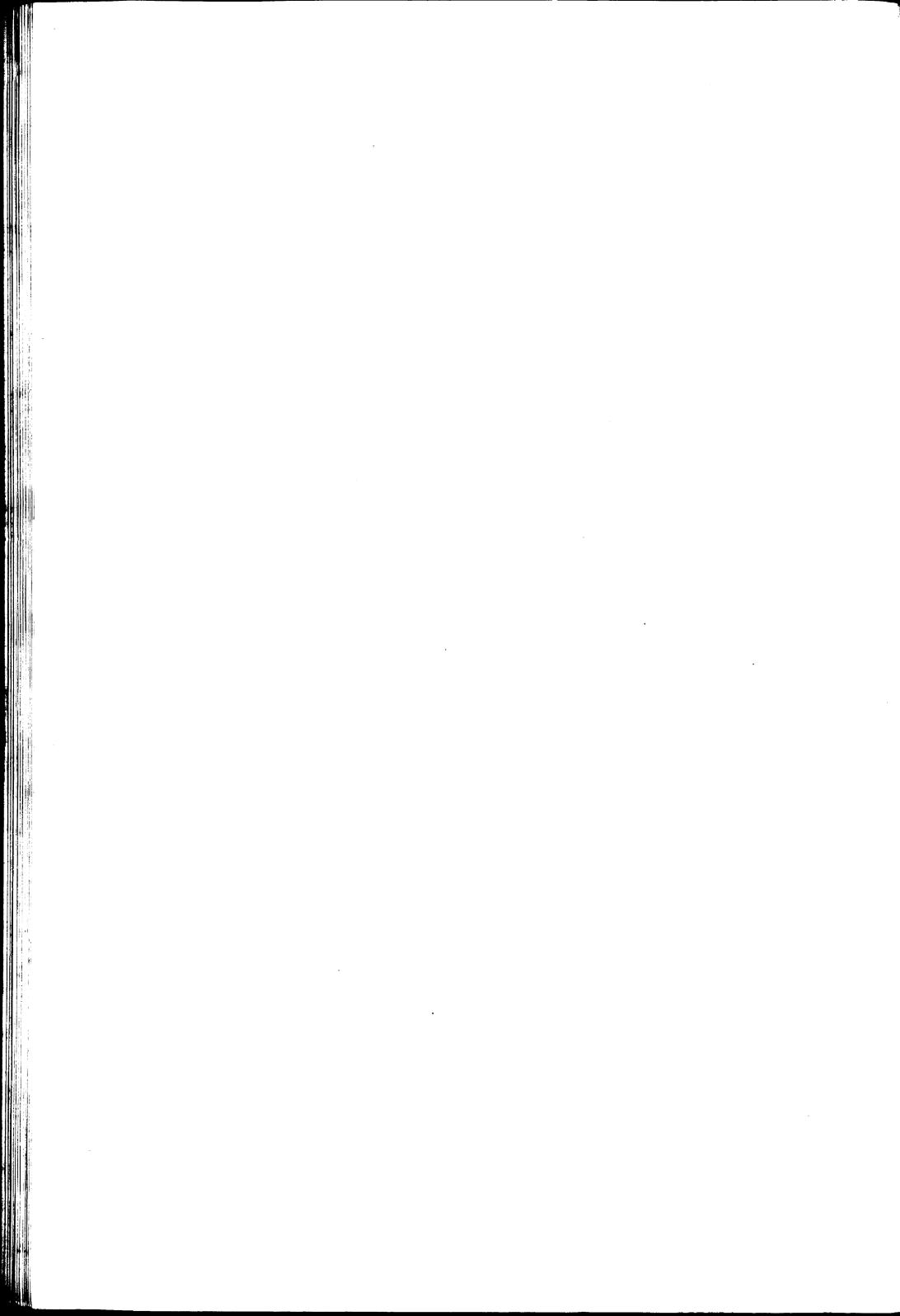
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
» JUAN U. CARREA (Protesis)



PADRINO DE TESIS:

DR. ENRIQUE ZÀRATE

Consejero y profesor titular de Clínica Obstétrica
Director de la Clínica Obstétrica y Ginecológica



A MIS QUERIDOS PADRES



A MIS PARIENTES

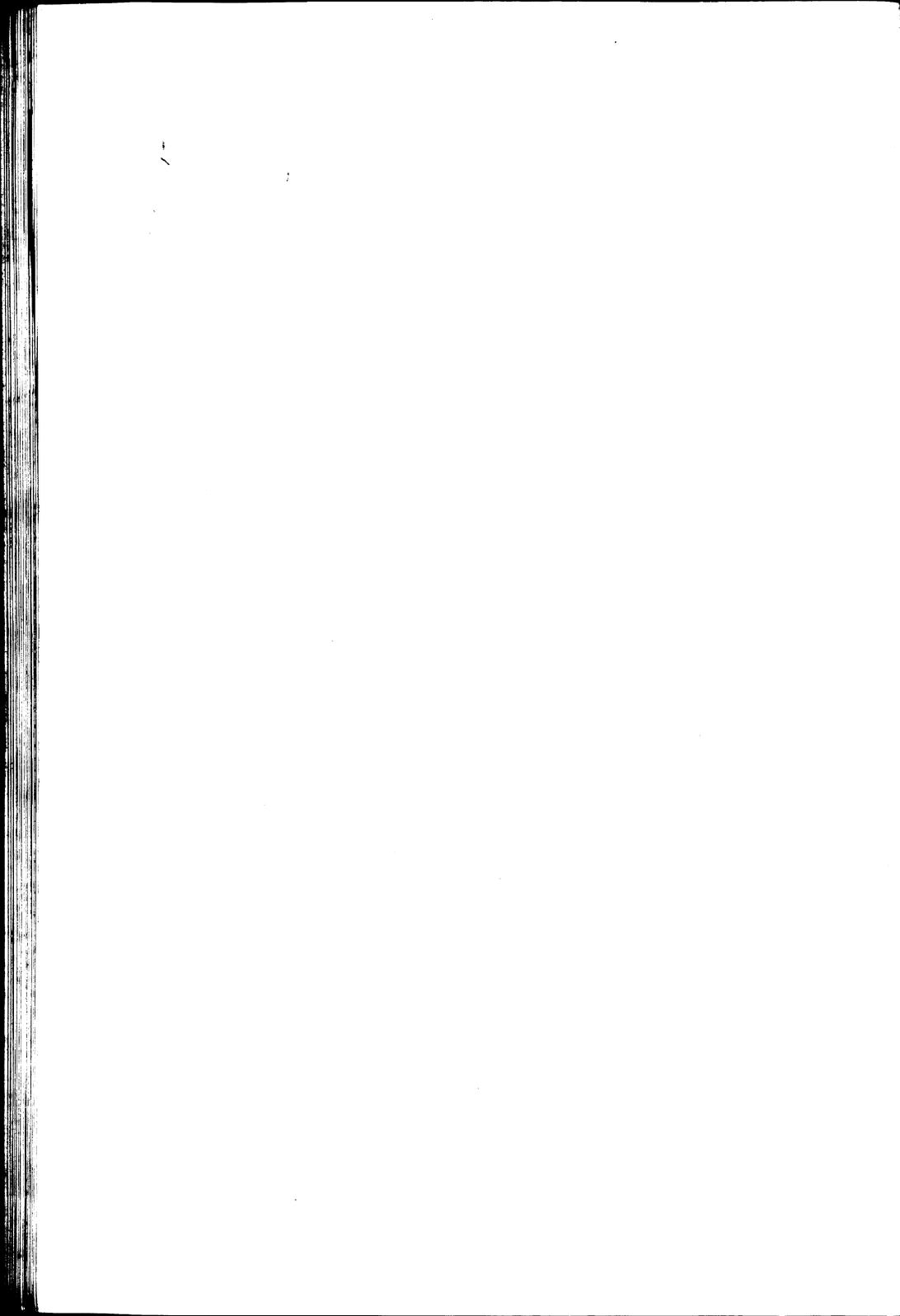


AL SEÑOR DON JUAN MANUEL LARRAZÁBAL

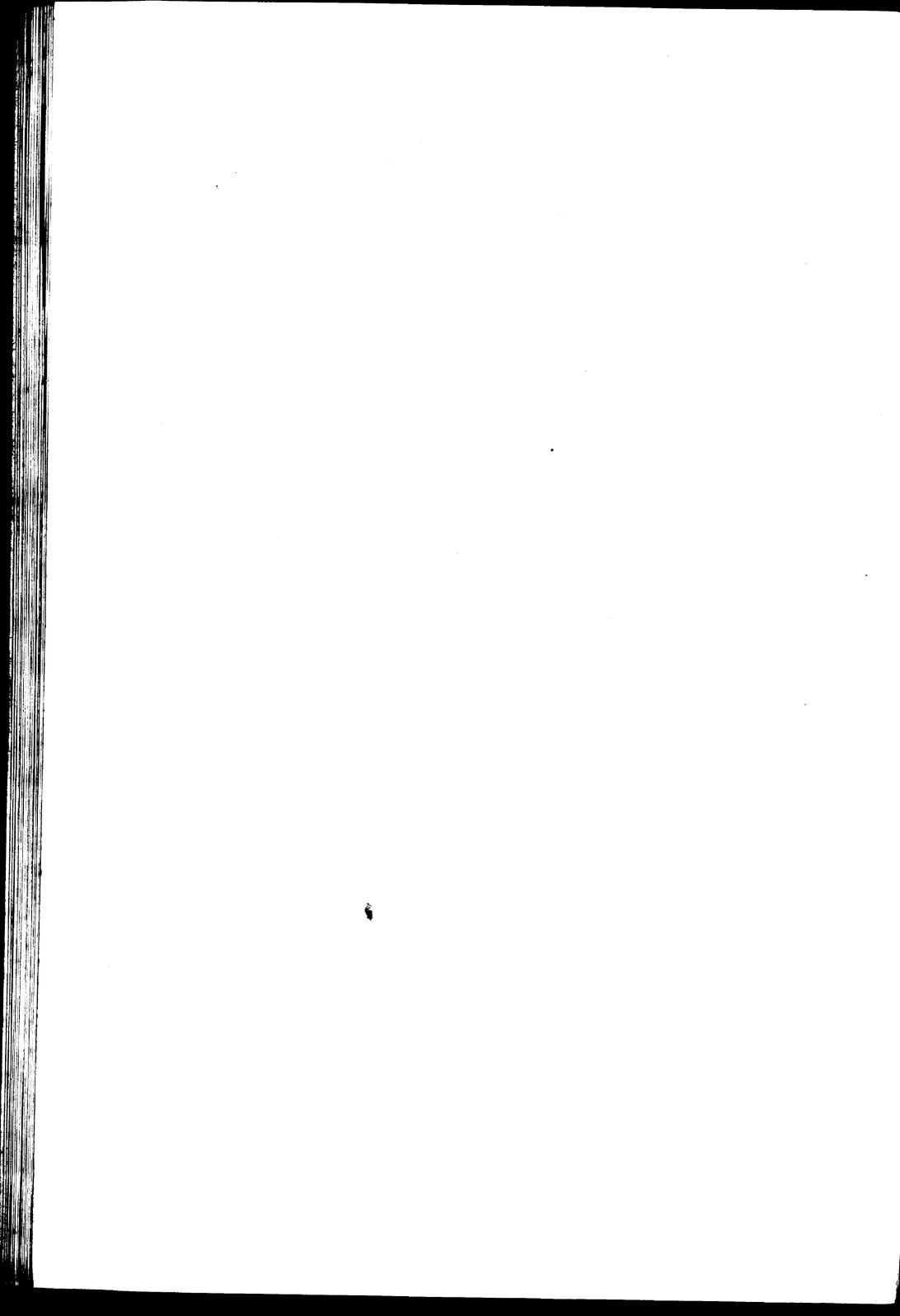
y

SEÑORITA TRINIDAD LARRAZÁBAL

DEFERENTEMENTE



A MIS AMIGAS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Con este modesto trabajo, rindo el último tributo a esa Escuela, donde por medio de vuestra palabra y acción hemos adquirido los conocimientos inherentes a nuestra profesión, y al ponernos en contacto con las miserias humanas, hemos logrado templar nuestro espíritu, ante las realidades de la vida.

Por eso, y antes de desatar el lazo que aún nos une a Ella, permitidme os exprese mi sentida gratitud.

Al profesor E. Zárate, doblemente reconocida, por el honor que me dispensa al acompañarme en este acto como padrino, y por haberme incorporado como practicante interna, a la Clínica que tan inteligentemente dirige.

Al ilustrado Jefe de Clínica, doctor F. Trongé, por sus sabias enseñanzas y prudentes consejos, el homenaje de mi mayor respeto.

Séame permitido expresar también mi agradecimiento por haberme dirigido en la práctica obstétrica, al doctor N. Palacios Costa, en quien pude apreciar en todo momento al correcto caballero y al futuro maestro.

Al doctor V. Monteverde, agradezco las oportunas indicaciones que me facilitó al iniciarme en la práctica ginecológica.

Termino, no sin antes manifestar al doctor Maldonado Moreno mi gratitud por la gentileza y buena voluntad con que me proporcionó la fotografía que ilustra este trabajo.

CAPITULO I

HISTORIA

Recorriendo la historia de estas dos operaciones, notaremos que las dos se disputan el triunfo, correspondiendo a ambos periodos de éxito ruidoso, sucediendo a las épocas de esplendor y auge, momentos de olvido e indiferencia.

La pubiotomía es posterior a la sinfisiotomía, y nació de ella pues con los primeros fracasos de la genial operación de Sigault se sintió la necesidad de reemplazarla por otra operación que logrando el mismo fin, expusiese a correr menores riesgos.

Pero parece según Bar que la primera pubiotomía no fué hecha deliberadamente, sino fué la consecuencia de un célebre error: Siebold creyendo seccionar la sínfisis, seccionó el arco an-

terior de la pelvis. El cirujano Champión, de méritos indiscutibles en cirugía osea y resecciones, deseando obviar los inconvenientes de la sinfisiotomía, emite la idea de respetar la sínfisis y serrar al lado de ella. Esta idea no dió los frutos esperados, por que aún existía el eco de la enérgica censura de Baudelocque respecto a la sinfisiotomía.

Epoca de estudio experimental, es en la que aparece Stolz, creador de una técnica especial, con reglas precisas para su ejecución.

Dicho autor no hace operaciones en el vivo, limitándose a hacer ejercicios de anfiteatro, usando la sierra de Aitken, célebre partero de Edimburgo que en 1786 había creado la isquio-pubiotomía.

Stolz no dejó nada escrito pero sus ideas y experiencias quedan gráficas en la tesis de su discípulo Lacour, quien no omite esfuerzos para llevar esta operación al terreno de la práctica, sin lograrlo, debido tal vez a deficiencias de técnica o a timideces que son superadas con el transcurso de varios años.

Las ideas y proposiciones de Champión y de Stolz eran poco o nada conocidas a fines del siglo XIX por lo que cábele la gloria a Leonardo Gigli el haber hecho resurgir la Pubiotomía.

Algo que contribuyó a interesar a Gigli fué la

rehabilitación que gozó la sinfisiotomía en esa época gracias a los esfuerzos de la escuela italiana con la perseverante propaganda de Mangiagalli y Morisani.

Presenció la primera sinfisiotomía en París en 1892 quedando entusiasmado al ver terminar con toda felicidad un parto en una pelvis estrechada, con feto relativamente voluminoso.

Pero su ilusión desaparece al apreciar ciertos fracasos en sinfisiotomizadas de la Clínica de Fritsch; cree oportuno abandonar esta operación sustituyendola por la sección lateralizada del pubis.

Para este fin, inventó la sierra filiforme que lleva su nombre y que tanta utilidad había de reportar.

El método por él ideado para esa operación es a cielo abierto. Practica experiencias en el cadáver y publica en 1874 el resultado de sus estudios en los Anales de Obstetricia y Ginecología.

No tiene ocasión de hacerla en el vivo hasta después de 8 años de su publicación, pero en cambio tiene la satisfacción de constatar los resultados halagüeños de la primera pubiotomía practicada por Bonardi el 7 de Mayo de 1897 quien aplica la técnica Gigli.

El profesor Calderini dos años más tarde practica la pubiotomía modificando la técnica en lo

referente al trazado de la sección osea. Otra modificación recibe de Van de Velde que opera en 1901.

Llegamos al día 3 de Abril de 1902 en que Gigli tiene la dicha de poner en práctica sus ideas. Opera a la mujer María F. de 29 años. Pelvis raquítica. P. P. M. 7 cm. dilatación completa, sin encaje.

Grandes dolores. Después de seccionar el pubis aplica forceps. Ningún accidente, regular hemorragia. Extrae un niño vivo 3800 gramos de peso.

A los 20 días la enferma abandona el lecho y sigue bien.

Comienza una era de triunfo para la pubiotomía con los esfuerzos de muchos cirujanos y parteros que recojen observaciones y construyen estadísticas con las que se proponen poner de relieve los beneficios de esta intervención.

De 1902 a 1905 Gigli recoge 100 observaciones y publica su primera estadística.

Voguet, en Francia consigue en 1906 las observaciones de De Boris, Porach, Macé y Bar, publicando una tesis con 75 casos.

En esta nación la opinión se pronuncia decididamente por la pubiotomía, excepto Pinard que se mantiene firme defensor de la sinfisiotomía.

En Alemania con Leopold, Olshausen, Dürhsen y Döderlein adquiere la pubiotomía gran impul-

so perfeccionándose los primitivos métodos y el instrumental.

Prosorowsky, Alexandroff y Federof son sus propagandistas en Rusia.

En Italia sus representantes son Pestalozza, Scarlini y Ferroni.

Las Américas le dedican su atención obteniendo los siguientes resultados.

En la del Norte Pfannestiel ha reunido 27 casos, con éxito.

Pero el doctor Williams fué menos feliz en 13 casos tuvo fetos muertos al nacer, hemorragias y otros accidentes.

En la América Latina, es en la República Argentina donde se practican las primeras pubiotomías por el doctor Cantón, siguiendo la técnica de Gigli. Un tiempo después en el Brasil es practicada por primera vez por el doctor Rodríguez Lima.

Pero es en nuestro país donde ella obtiene gran acogida y entusiastas defensores como el profesor Cantón que es el que la pone en práctica por primera vez en Sud América. Publica sus cuatro primeras observaciones en Enero de 1908 y en Diciembre del mismo año presenta al primer Congreso Pan-americano, en Santiago de Chile su «Primera serie de 24 casos de pubiotomía publicados en Sud América».

Desde entonces hasta la hora presente un crecido número de pubiotomías se llevaron a cabo en la Clínica Obstétrica que dirige el profesor Zárate, por él y los doctores Boero, González y Peralta Ramos con resultados bastante satisfactorios. Las cuatro historias clínicas referente a dicha operación las entresacamos de las que figuran en el Archivo de esta Maternidad.

Actualmente la práctica de esta operación está muy difundida y parece haberse impuesto en el concepto de muchos cirujanos, pero llamamos la atención sobre los sorprendentes resultados de su rival, la sinfisiotomía quien con las mejoras introducidas en estos últimos años, en su técnica, vuelve por sus respetos.

CAPITULO II

La sinfisiotomía estuvo a punto de ser relegada al olvido a no ser por la constancia y decisión de una escuela que supo defenderla con firmeza aún en los momentos de mayor desprestigio.

La historia de la sinfisiotomía tiene sus albores en una época lejana, allá por el siglo XVII, como parece atestiguarlo ciertos hechos que no habían de ser simplemente el producto de una tradición errónea.

Ambrosio Paré y Ceferino Pineau referían que en la campaña de Francia, muchas parteras hacían tracciones sobre los muslos de las parturientas con el objeto de separar los huesos ilíacos.

Andrés Vesale habla en su anatomía de una extraña costumbre entre los árabes que consistía en separar el pubis de las niñas al nacer a fin de ensanchar la pelvis.

Ambrosio Paré refiere que en ciertas poblacio-

nes de Italia era tradicional el romper los huesos del pubis a las niñas pequeñas con el objeto de facilitarles sus futuros partos.

Ciertos autores atribuyen a Fernelius la idea de usar cataplasmas y uncciones durante la preñez para favorecer el reblandecimiento de la sínfisis siempre que ella presentase una gran resistencia.

Parece ser que en el año 1655, un médico francés Delacourvée había hecho la sección de la sínfisis con una navaja en el cadáver de una mujer que había estado cuatro días en trabajo, cuyo feto tenía la cabeza enclavada en la pelvis estrechada, consiguiendo extraerlo después de realizada esa operación. Pero él y sus contemporáneos estaban muy lejos de sospechar el partido que podrían haber sacado de esa tentativa, ideando una operación obstétrica que pudiese ser útil a la mujer en el momento del trabajo.

Pero es necesario llegar al año 1768 en que Louis presenta su memoria (sobre separación de los huesos de la pelvis) a la Academia de Cirujía de París, cuya discusión interesó al entonces estudiante J. R. Sigault, quien después de realizadas algunas investigaciones sobre la separación del pubis, hace de este asunto tema de su tesis inaugural, que sostuvo ante la Facultad de Angers el 22 de Marzo de 1773: «An in partu contra na-

turam sectio symphyseum ossium pubis sectione cesarea promptior et tutior».

Sin embargo no vió satisfecho sus anhelos sino hasta el 1.º de Octubre de 1777 que en la mujer Souchot hizo su primera sísfisiotomía.

La facultad de Medicina después de varias investigaciones y peritajes respecto a los resultados de dicha operación, se encargó de manifestar por actos públicos su entusiasmo y admiración.

La nueva operación fué acogida con gran fervor no solo en Francia sino en toda Europa.

Pero no tardaron en aparecer adversarios acérrimos entre los que figuran los cesaristas Saccombes, Laverfat, Piet y Baudelocque, quien fué su enemigo más encarnizado, habiendo en 1776 sostenido una tesis en la cual se pronunciaba abiertamente contra la operación de Sigault.

Entre los clásicos: Gardien en su «Tratado completo de los partos» 1807 se declara partidario de la sísfisiotomía.

Capuron declara que la sísfisiotomía podía ser útil y ventajosa en muchas circunstancias.

Mme. Lachapelle en su obra «Práctica de los Partos» 1821 a 1825 participa de las ideas de Baudelocque, Mme. Boivin manifiesta la inutilidad de esta operación que es además comprometedora de la vitalidad del niño.

Desormeaux califica a la sísfisiotomía de peli-

grosa. Velpeau en su «Tratado completo del arte de los partos» (1829 a 1834), dice que no debe rechazarse en absoluto esta operación.

Jacquemier, en su Manual de Partos, estudia la sinfisiotomía bajo todas sus fases, y sostiene que no sería peligrosa, siempre que se hiciese en pelvis cuyo diámetro antero posterior fuese de 75 milímetros y más de extensión.

En 1867 Joulin dice en un artículo sobre la sinfisiotomía que esta operación no presentaba sino un interés histórico y que dado sus resultados era mejor no esforzarse en sacarla del olvido en que estaba.

Continuó el desprestigio de la sinfisiotomía en el ánimo de muchos hombres de ciencia, así es como Charpentier en 1883 duda que hubiesen aún parteros dispuestos a practicarla.

En el año 1889 la cuestión de la sinfisiotomía vuelve a agitarse nuevamente.

Bouchacourt, después de hacer un resumen de todo lo dicho en pro y en contra de la operación y haber practicado él mismo experiencias, formándose así una idea exacta de lo que podía dar la sinfisiotomía. hace renacer por una elocuente exposición la vieja operación de Sigault.

Pero es en Italia donde ofrece gran interés la historia de la sinfisiotomía.

Es sobre todo, la escuela napolitana desde el

día en que dió acogida a la operación de Sigault, la que no dejó un solo momento de practicarla, aunque en los otros países europeos, se la hubiese abandonado.

De ahí que Mangiagalli en 1882 lanzara 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»*.

Esta profecía se cumplió, y es a la escuela napolitana a quien se debe la resurrección de esta operación sostenida ardientemente por dos de sus ilustres parteros: Novi y Morisani.

La primera sinfisiotomía, en Italia, se llevó a cabo en la ciudad de Génova la víspera de Navidad del año 1781 por el cirujano A. Lavagnino, con éxito desgraciado.

Después de algún tiempo (1783 y 1787) es practicada por los cirujanos Giovanetti y Ferrara con buen resultado.

Un decidido partidario de la sinfisiotomía, llegando hasta proponer que «por medio de una ley se obligara a los parteros a practicar la sinfisiotomía bajo ciertas condiciones y en ciertos límites» es Assalini, discípulo de Baudelocque que fué el principal adversario de la operación sigaultiana. Assalini tiene la satisfacción de practicar-

la en 1811 en la Maternidad de Milán con feliz resultado para la madre y el niño.

En el periodo de 1815 a 1818 es practicada tres veces por el doctor Gianni.

Pero insensiblemente va decayendo la práctica de esta operación en Lombardía, así como en otras escuelas de Europa.

No así en la de Nápoles, donde esta operación adquiere derechos incommovibles, y desde la cátedra, en la clínica, en los tratados, por todas partes es proclamada y reconocida como necesaria a las parturientas, en ciertas distocias.

Como representantes de esta escuela tenemos a Galbiati, Jacolucci y Morisani quien es el verdadero apóstol de la sinfisiotomía en Italia precisamente en la época de su mayor descrédito.

Su primer trabajo (1863) es un estudio sobre «Estrecheces de pelvis y las indicaciones que presentan en el momento del parto» donde dedica un extenso e interesante capítulo a la sinfisiotomía en el que la juzga con criterio rigurosamente científico, siendo una prueba verdadera de la convicción profunda que anima al ilustre profesor.

También se distinguieron en trabajos de mérito Bellazzi, Piccinini, Rispoli, Petrunti, Scibelli y Novi el cual practicó un gran número de sinfisiotomía en el año 1872.

Dos años después aparece un trabajo interesante sobre esta operación escrita por Corradi (1874).

«Una probable resurrección en el campo de la obstetricia operatoria» así denomina Mangiagalli el trabajo que presentara en 1882 y en donde se esfuerza por detener los prejuicios existentes para hacer renacer la sinfisiotomía reconquistando su primitivo lugar entre las operaciones obstétricas. Insiste en la necesidad de medir minuciosamente los diámetros de la pelvis antes de toda tentativa operatoria aconsejando disminuir 15 milímetros para obtener la conjugata vera.

Llegamos al 1888 en que Morisani presenta a la Sociedad Obstétrica y Ginecológica una estadística prolija de todos los casos de sinfisiotomía desde la practicada por Sigault hasta los de ese año, demostrando al mismo tiempo la debilidad de las objeciones que los adversarios de esta operación hacían; formulando nuevamente conclusiones que hacía veinticinco años había enunciado en su primer trabajo sobre esa operación (1863) rectificándolas por último en el Congreso de Roma del año 1894.

Mencionando a Novi, Mancusi, Cuca, Caruso, Portiglione dejaremos terminada la historia de la sinfisiotomía en Italia, donde gracias a la constancia de los distinguidos maestros de la escuela napolitana surgió de nuevo al calor de los estudios

y experiencias llevadas a cabo por sus más conspícuos defensores.

No corrió la misma suerte en otros países, aunque encontró también eco en el extranjero, pues no solo fué encomiada en publicaciones sino practicada por parteros y cirujanos de notabilidad.

En Alemania es practicada por Siebold en el mes de Febrero de 1778, cuatro meses después de Sigault.

Fué hecha en una mujer raquítica y deforme cuyo cartilago interarticular estaba osificado, por lo que tuvo que recurrir a la sierra; el resultado de dicha operación fué feliz.

Al mes siguiente, Cambón de Mons opera a una mujer raquítica con buen resultado para la madre y el hijo.

El mismo Siebold después de realizar varias sinfisiotomías termina con las siguientes frases: «me arrepiento de haberme dejado seducir por la nueva operación y de no haber preferido la operación cesaria.»

El resultado deficiente que obtuvieron Siebold, Mursinna y otros que practicaron esta operación produjo en Alemania una aversión que más tarde se puso de manifiesto con toda su intensidad.

Naegele padre e hijo, Kitgen y Kilian se pronuncian contra la operación sigaultiana.

Schroeder, Braun, y la mayoría de los parte-

ros alemanes lanzan contra la sinfisiotomía su célebre anotema que termina así: «Felix quen faciunt alena perícula cautum».

En Inglaterra fué practicada la primera vez, según parece, por John Welchmann en 1789 en una osteomalácica, con buen resultado para la madre; y el hijo murió.

Pero tuvo poca acogida esta intervención en dicho país, pues sus mejores representantes, tales como Duncan, Simson, Playfair, Chourchill se manifestaron decididos adversarios de ella.

En España es practicada por primera vez en Utrera por A. Delgado en el año 1780.

En Holanda, Camper acogió la sinfisiotomía con el mismo entusiasmo que lo hiciera antes con el mismo Sigault cuando tuvo noticias de la operación.

En medio del desprestigio en que había caído la sinfisiotomía en Alemania, surge la brillante figura de Leopold quien se encarga de hacerla renacer.

En 1892, en la Clínica de Ginecología de Dresdi, lleva a cabo dos sinfisiotomías, con resultado favorable para la madre y el niño.

En la comunicación que hace de esos casos se expresa así: «Cuanto más operaciones cesarias he practicado en estos últimos años, menos satisfecho he quedado de la operación a pesar de los

buenos resultados constantes para la madre y el niño; la abertura de dos vías totalmente contra natura (abdomen y útero) en los casos de indicación absoluta, me ha parecido siempre un remedio desgraciado en los casos de indicación relativa, despertando mi atención sobre el rol útil que se podía hacer jugar a las vías naturales para facilitar un parto».

«Los resultados notables de la sinfisiotomía publicados en estos últimos tiempos por las Clínicas de Morisani en Nápoles y de Pinard en París, me han inducido a aplicarla también en casos apropiados, con el fin de formarme un juicio personal sobre esta antigua y rebatida operación».

«También aproveché la primera oportunidad que se me presentó para operar dos multíparas, cuyas pelvis presentaban las indicaciones relativas a la operación cesarea».

«En lugar de esta operación practiqué en estos dos casos la sección de la sínfisis con los mejores resultados para la madre y el niño; constaté que la operación era fácilmente ejecutable y no puede ser de ninguna manera comparada bajo el punto de vista del peligro que ella puede acarrear para la vida de la madre, con la operación cesarea o una laparotomía».

La benéfica influencia ejercida por los parteros de la escuela italiana sobre los maestros de las

diversas partes del mundo tuvo su repercusión y muy especialmente en Francia. Pinard se declara el apóstol ferviente de la operación cuya cuna fué su propia patria y estimulado por esta doble circunstancia emprende los trabajos en su Clínica de la Maternidad Baudelocque, con óptimos resultados.

La conducta de Pinard, sirvió de poderoso estímulo a los representantes de la obstetricia de otros países, entre otros el ya mencionado Leopold y Harris de Norte América.

El es quien emprende trabajos en Estados Unidos con el propósito de rehabilitar la operación de Sigault.

Hace un detenido estudio histórico sobre la operación para probar que fué en Italia donde resurgió; analiza las diferentes estadísticas y aconseja a los cirujanos parteros americanos que practiquen la sección de la sínfisis en los casos indicados.

El doctor Wallich en 1892 publica un trabajo denominándolo «Una nueva operación de urgencia: la sinfisiotomía».

Como una prueba que la sección de la sínfisis es factible aun en medios de insuficiente asepsia y antisepsia y por prácticos no bien familiarizados con esta clase de operación es el caso que cita el doctor Toujan, que refiere haber hecho

el 11 de Diciembre de 1892 la operación de la sinfisiotomía a una mujer del público en circunstancias excepcionales, puesto que el sitio donde se llevó a cabo y las condiciones en que se encontraba la enferma estaban lejos de llenar de una manera satisfactoria la antisepsia requerida para operaciones de esa naturaleza.

No obstante la operación fué hecha y sus resultados sobrepasaron el éxito que se esperaba obtener.

Al historiar el caso, pinta con colores resalantes las condiciones del local y los medios de que disponía en el momento de operar. La dimensión del diámetro promonto pubiano mínimo era de 7 a 7 centímetros y medio.

En muy semejantes condiciones opera el doctor Wallich el 28 de Agosto de 1893 en el público a una mujer que hacía dos días se encontraba en trabajo, los diámetros pelvianos y el tamaño excesivo de la cabeza fetal con relación a la pelvis materna deciden a llevar a cabo una sinfisiotomía aun en condiciones poco favorables pues se encontraba en una habitación de obreros. Los resultados fueron felices para la madre y el niño.

Después del transcurso de muchos años, M. Frank imaginó un nuevo método: el subcutaneo con una técnica maravillosamente sencilla.

Entre nosotros la sinfisiotomía tiene su peque-

ña historia. Parece que la primera fué realizada en el año 1893 o 1894 por el doctor De Nicola. El doctor Lagarde ayudado por el doctor Zárate practica una sinfisiotomía con feliz resultado.

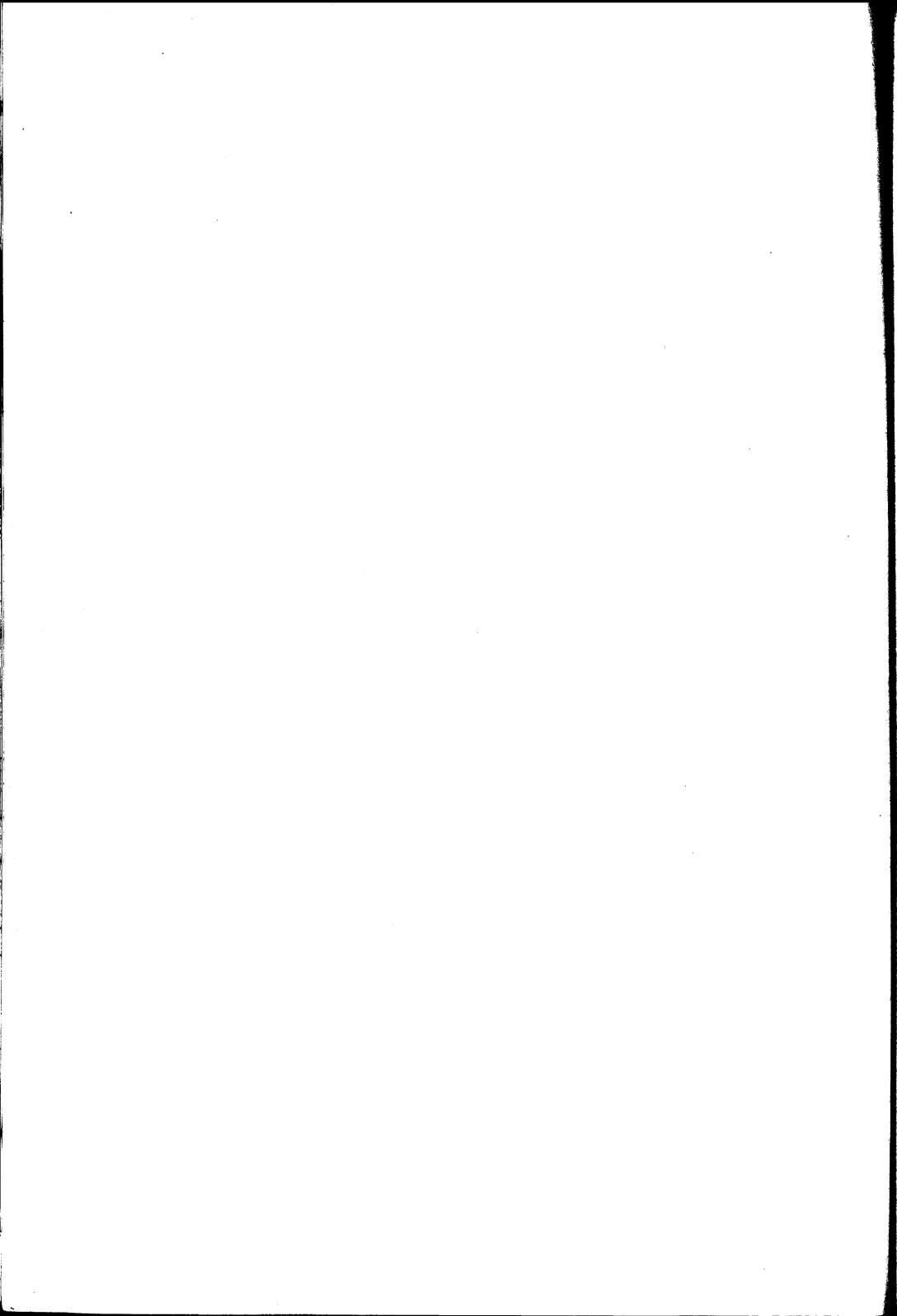
El doctor A. Soldano en su tesis inaugural en 1913 presenta dos casos operados por él.

El profesor Cantón la ha practicado pero es preconizador de la pubiotomía.

El profesor Zárate, después de haber llevado a cabo numerosas pubiotomías, actualmente se inclina por la sinfisiotomía subcutanea pues pudo apreciar de cerca, en su último viaje a Europa, los resultados felices y la sencillez de la operación de Frank. Pone en práctica esa técnica en la Clínica que dirige con los resultados que constan en las Observaciones II, IV y VI que figuran al final de este trabajo.

El doctor Chamorro de la Maternidad del Hospital Alvarez presenta a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, en la sesión del 7 de Junio del corriente año, una historia clínica de una enferma por él operada con muy buen resultado.

Los partidarios más decididos de la operación de Frank, en Europa son: M. Kupferberg, M. Kehler y M. Hartmann.



CAPITULO III

Métodos operatorios

La clásica técnica de Gigli recibió varias modificaciones, que tenían por objeto evitar los inconvenientes que en la práctica se hicieron tangibles.

Una de las primeras fué la referente al trazado de la sección ósea, luego la vía subcutánea, creándose con este objeto una larga serie de procedimientos operatorios, que evidencian el esfuerzo constante de los operadores por mejorar la pubiotomía, rodeándola de las mejores garantías de éxito.

Haremos caso omiso de los métodos a cielo abierto y parcialmente subcutáneo para hacer nuestras apreciaciones con respecto a las dos operaciones que nos ocupan aludiendo al método totalmente subcutáneo.

Y esto fundándonos en que con esta técnica se

respetan los principales ligamentos debilitando menos el aparato contentivo; las superficies expuestas a la infección son menores en número y extensión.

Expone menos a las desgarraduras vulvo vaginales porque limitando más la separación de los huesos hace menos fácil las desgarraduras indirectas que son la consecuencia, salvaguardando de las desgarraduras directas o sección de los tejidos contra las aristas óseas (en la pubiotomía). Además puede operarse con ligera anestesia (hasta con cocaína según Bumm) pues la operación (pubiotomía o sinfisiotomía) se lleva a cabo en pocos minutos, con todo su cortejo de ventajas.

Técnica de Bumm.— Este operador emplea una aguja de su invención con punta articulada con lo cual suprime las incisiones de entrada y de salida, limitándolas a dos insignificantes heridas puntiformes.

En la articulación de la punta se adapta una sierra filiforme de extremidad abotonada.

Procede en la siguiente forma: después de la toilette y desinfección de la región coloca a la enferma en posición de la talla. Penetra con su aguja por debajo del borde intrapubiano, entre el grande y pequeño labio, rechazando el clítoris hacia el lado opuesto para no herirlo, la hace progresar recorriendo la cara posterior del hueso

y llegando al borde superior con una depresión más enérgica del mango perfora la piel haciendo salir la aguja al exterior.

El recorrido de la aguja es vigilado por el dedo índice de la mano izquierda que está introducido en la vagina.

Al extremo de la aguja se aplica la sierra de Gigli cuyo botón metálico corresponde a la endidura que ella posee.

Articulada la sierra se le hace recorrer en sentido contrario el camino hecho por la aguja anteriormente. Se desprende la aguja y colocan los mangos a la sierra y en varios golpes queda seccionado el hueso.

Bumm advierte respecto a la manera de usar la sierra que se procederá como si se quisiese levantar el hueso con la sierra manifestando también que en el momento en que el hueso está seccionado se observa que cesa la resistencia y las extremidades óseas se separan entre sí produciendo un ruido característico.

En ese momento es preciso comprimir los orificios producidos por la aguja, al mismo tiempo que se ejerce con gasas una contrapresión desde la vagina, así es como cesa la hemorragia producida por la sección ósea y de las partes blandas. Bumm recomienda no descuidar la contrapresión para evitar los hematomas; además, la colocación

después del parto de una sonda permanente por unos días en la vijiga.

Como tratamiento post-operatorio la colocación de un vendaje vulgar de laparatomía, las extremidades inferiores en adducción por medio de un vendaje colocado al efecto.

Consigue levantar a sus enfermas a las tres semanas de operadas.

TÉCNICA DE WALCHER

Se auxilia de una aguja por él ideada para realizar su técnica, que es sencilla y consiste en puncionar sobre el gran labio izquierdo; hace progresar la aguja manteniéndola adherida íntimamente al hueso; contralora sus movimientos con los dedos introducidos en la vagina, hasta hacer llegar su punta curva al borde superior del hueso. En este momento se sacan los dedos de la vagina y con ellos se hace presión sobre la piel en el punto en que va a salir la aguja al exterior; después de lo cual se ata con un hilo de seda la sierra al orificio de la aguja.

La aguja recorre un camino inverso con lo cual queda colocada la sierra.

Se secciona el hueso terminando la operación Walcker termina, el parto por versión o aplicando forceps según la indicación.

Técnica del Profesor Zárate. — Coloca a la enferma en posición ginecológica con las piernas ligeramente flexionadas y mantenidas así por dos ayudantes; después de la desinfección y preparativos de práctica, hace un tacto vaginal, luego busca el punto de reparo, la espina del pubis y a un centímetro de ella por la parte interna hace caer una gota de tintura de iodo que tiene el doble objeto de esterilizar la piel y determinar el lugar por donde penetrará la aguja.

Dicho instrumento exprofesamente ideado para esta técnica debe tomarse por la extremidad curva en forma tal que el mango descansa en la parte anterior de la muñeca dejando libre dos centímetros próximamente de la punta.

Se introduce en la vagina los dedos medio e índice de la mano izquierda con los cuales se desvía la uretra hacia el lado contrario del que se opera, al mismo tiempo que se levanta la presentación si es que ella está aplicada al borde del arco pubiano, y luego subiéndolos más se trata de custodiar el camino que recorrerá la aguja. Se punza con la aguja (esgrimida tal como dijimos) el sitio de antemano señalado y se la hace penetrar rasando el hueso oblicuamente en dirección convergente respecto de los dedos que están situados en la vagina. Luego empuñando la aguja por el mango se continúa la penetración, descendiendo

y tratando siempre que la punta siga rasando al periostio de la cara posterior del hueso.

Mientras tanto los dedos guías, irán desplazando con movimientos de lateralidad las partes blandas con el fin de evitar lesionar órganos, permitiendo además al operador la noción del buen camino de la aguja.

Cuando llega al punto de salida en la unión de la rama descendente del pubis con la ascendente del isquiún, se hace cierta presión en el borde externo del gran labio para que la aguja lo atraviese y llegue al exterior.

Es el momento de colocar la sierra filiforme de Gigli a la articulación que lleva la punta de la aguja y haciéndole recorrer un camino inverso al de entrada quedará la sierra en posición conveniente.

Se retira la aguja, se colocan sus respectivos mangos a la sierra, quedando en condiciones de dar comienzo a la sección ósea.

El autor de esta técnica aconseja para evitar la rotura de esta sierra y llenar el verdadero objeto del método, haciendo una operación completamente subcutánea y con herida puntiforme, usar la sierra de modo tal que las dos manos recorran planos perpendiculares sin desviación y con una tensión siempre constante.

Queda terminada la sección del hueso después de 12 o 15 golpes de sierra.

Por regla general el pubis alcanza una separación espontánea de medio centímetro y aún más, en el caso de que la sierra haya seccionado los ligamentos de la parte anterior del pubis.

Terminada la sección del hueso, se separan con cuidado los muslos de la enferma, pues esta abducción consigue una separación de dos traveses de dedo. aproximadamente, se hace una inyección de hipofisina y con unas gasas esterilizadas se hace presión en los orificios de entrada y salida de la aguja.

Si la presentación no ha llenado aun la excavación, se coloca en la vagina un gran tapón de gasas que comprima suficientemente el trayecto operatorio, durante 15 minutos o media hora.

El parto y alumbramiento tiene lugar durante la primera hora siendo poco frecuente el tener que hacer otra inyección de hipofisina, siempre que la contractilidad del útero y la dilatación del cuello sean normales.

Después se aplica un vendaje compresivo pelviano, habiendo antes colocado gasa sobre los puntos de entrada y salida de la aguja, no debe omitirse la colocación de una sonda de Pezzer en la vejiga que permanecerá por espacio de 48 horas a condición que la orina no haya sido sangui-

nolenta, pues en dicho caso se la dejará de 6 a 8 días.

Después de la primera semana de la operación las enfermas pueden colocarse en decúbito lateral y abandonar el lecho a los 18 o 20 días.

Técnica de Martel. — Este autor después de haber empleado varias técnicas entre ellas la de Döderlein, Busch, Farabeuf, da origen a la que lleva su nombre y que es la que vamos a describir: hace adoptar a la parturienta posición lateral pues cree que tiene mayores ventajas sobre las otras posiciones, teniendo presente que garantiza el desalojo de la fosa ilíaca, al mismo tiempo que la cabeza fetal se mueve siguiendo también ella la posición declive del abdomen.

Habla el autor: «parturienta en ducúbito lateral «izquierdo muslo derecho y rotación interna. Primera punción cutánea en el surco crural en la «unión del tercio inferior con los dos tercios superiores de la rama isquio-pubiana. Segunda punción cutánea a nivel de la espina del pubis. Introducción del trocar Martel por el orificio superior: «un dedo introducido en la vagina sirve de guía.

«Introducción de la sierra de Gigli y sección ósea. Parto e intervención si hay indicación y posición inglesa».

CAPITULO IV

Hace pocos años, M. Frank imaginó un procedimiento de sinfisiotomía sumamente sencilla, por vía subcutánea.

Parece ser que no haya tenido predecesores, en la vía por él elegida, sin embargo para obrar con justicia, haremos notar que M. Stockel, había intentado hacer sinfisiotomías subcutáneas con la sierra de Gigli, pero debido a la convexidad de la cara posterior del cartilago sinfisiario, la sierra resbalaba a izquierda o derecha y la sinfisiotomía proyectada se transformaba en una pubiotomía más o menos mediana.

Para evitar este inconveniente, M. Zewiefel propuso su técnica a saber: incide la piel en el borde superior de la sínfisis y en dirección transversal esta incisión ataca también las inserciones fibrosas de los músculos y adminiculum lineae albae;

introduce el dedo índice en la cara posterior de la sínfisis para separar la vejiga; toma luego un bisturí abotonado y practica un surco en la parte convexa del cartilago sínfisiario para que sirva de guía o conductor al hilo sierra de Gigli.

A un centímetro por encima del clítoris practica otra incisión de la piel, y con la aguja de Bumm, dirigiéndola de abajo hacia arriba y conducida por el dedo guía, pasa el hilo sierra que se adapta al canal formado por el bisturí. Con pocos movimientos de sierra se consigue seccionar el arcuaturn y cartilago sínfisiario.

Por sencilla que sea la técnica de Zweifel, lo es en mayor grado y ofrece menos peligros de infección la de Frank que consiste en lo siguiente: Con 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.

Luego se procede a la sección de la mitad inferior de la sínfisis y el ligamento arcuaturn; después se conduce el bisturí, sin abandonar la herida de la piel, hacia la cara anterior de la sínfisis seccionando el cartilago de fuera hacia adentro.

Mientras tanto y gradualmente se afloja la trac-

ción de la piel de tal manera que la abertura de entrada del bisturí pueda volver hacia arriba.

Es necesario tener presente, que al seccionar la mitad superior hay que seccionar también los ligamentos y las fibras entrecruzadas de los rectos y oblicuos del abdomen. Una vez hecha la sección se saca el bisturí con un movimiento rápido y se cierra la herida con un punto profundo de catgut.

Como vemos en la operación de Zweifel, persiste una pequeña herida supraclitoridiana, mientras que en la de Frank, no queda en todo y por todo más que una pequeña herida suprapubiana, aún más, el operador no toca la cavidad de Retzius, región muy susceptible de infección. Como corroborando esta apreciación citemos el caso de la primera operada por Zweifel en la que se formó un pequeño abceso entre la sínfisis y la vejiga.

El trabajo reciente del Prof. T. Kehrer, director de la Maternidad de Dresde, es una contribución importante e imparcial a la difusión de la sinfiotomía subcutánea.

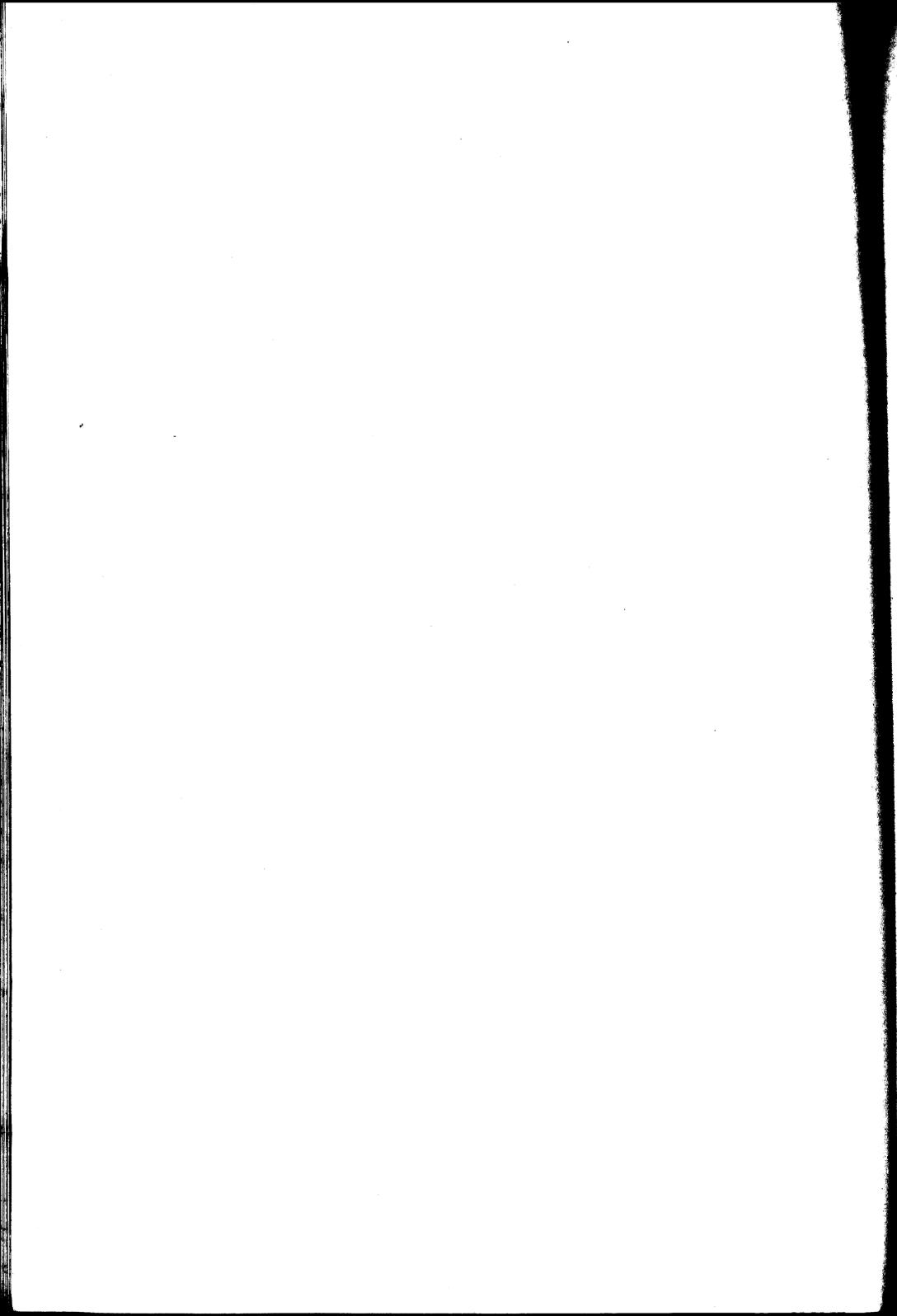
Posee una técnica propia a saber: introduce un dedo en la vagina, detrás de la sínfisis, y después de haber reconocido sus caracteres, rechaza hacia un lado de la uretra. Un ayudante lleva el clítoris muy hacia abajo. Con un bisturí punciona la sínfisis en su parte media; como consecuencia del descenso de los tegumentos prepubianos, la punción se encuentra en medio del monte de Venús.

Se ataca entonces el cartílago primero en su mitad inferior, pero en los dos tercios anteriores de su espesor y sin tocar el ligamento arqueado subpubiano. Se hace girar el bisturí en la herida sin abandonarla y se le hunde de la misma manera en la mitad superior del cartílago, pero siempre, en sus dos tercios anteriores. Se reemplaza luego, el bisturí recto por un bisturí abotonado con el cual se termina la sección del cartílago y la de los ligamentos suprapubianos; después con mucho cuidado se secciona en la profundidad los ligamentos pubo-vesicales.

El separamiento de la sínfisis es de solo 2 centímetros porque está aún retenido por el ligamento arqueado y las expansiones tendinosas de los músculos adductores. Si se corta el ligamento arqueado, todo lo posible, la pelvis se abre más ampliamente. Los dedos que están en la vagina se introducen fácilmente entre los fragmentos de la

sínfisis que ofrecen un separamiento de 2 a 3 centímetros. Para evitar una separación considerable se aproximan los muslos, sin esta maniobra se peligraría herir la vejiga, los ligamentos, los elevadores del ano y de forzar las articulaciones sacro ilíacas. Se sutura la herida, se hace compresión por algunos instantes para prevenir toda hemorragia, y se sonda la vejiga para asegurarse de su integridad.

En cuanto al tratamiento ulterior Kehrer imita a Frank, colocando una almohada de arena de cada lado de la pelvis.



CAPITULO V

Accidentes inmediatos y alejados de estas intervenciones

En la pubiotomía, los accidentes inmediatos son de dos clases: unos producidos por traumatismos durante las maniobras operatorias, y otros de origen infeccioso.

Accidentes traumáticos. — Entre estos mencionaremos: desgarraduras vulvo vaginales, lesiones urinarias, hemorragias, hematomas, edemas.

Desgarraduras vulvo vaginales. — Constituyen el accidente más serio y frecuente de esta operación.

Estas lesiones se producen en la pared vaginal en las porciones correspondientes a la sección osea, se citan casos en que se extendía hasta el gran labio y aún hasta el ano.

Pero la gravedad asume mayor proporción cuando comunica con la herida operatoria.

Holcheisen sobre 7 desgarraduras encuentra 4 comunicantes. Schlaflí halla un 15 por ciento comunicantes.

Parece que los factores que intervienen en la producción de estos accidentes sean la primiparidad y las intervenciones que se efectúan para terminar el parto.

Se han levantado varias estadísticas que vienen a corroborar estas apreciaciones.

Ellas son las de Zangemeister que observa un 31 por ciento en primíparas y un 7 y medio por ciento en múltiparas.

Kraemer halla sobre 22 desgarraduras, 19 producidas en intervenciones postoperatorias y solo 3 insignificantes en casos terminados por partos espontáneos.

Rossier en 12 desgarraduras, 11 correspondientes a primíparas y forceps, 1 por versión en múltipara.,

Schläfli, obtiene un 32 por ciento en las primigestas y 12 por ciento en múltiparas.

Actualmente se está de acuerdo en admitir que las verdaderas causas de estas complicaciones son: el separamiento brusco e ilimitado de los fragmentos óseos, así como la extracción muy rápida del niño que determina la separación brus-

ca de los huesos, aunque no dejemos de comprender que la primiparidad y la mala calidad de las partes blandas sean causas eficientes para producirlas.

En las historias clínicas que figuran al final de este trabajo encontramos en varias de ellas este desagradable accidente.

Lesiones urinarias. — Desgarraduras vesicales. Es un accidente muy frecuente y constituye un verdadero peligro de esta operación.

Se han levantado varias estadísticas entre otras las de Van Franque que observa dos desgarraduras vesicales sobre 14 casos. Kraemer 10 sobre 53 casos. Konneigieser 4 en 21 casos. Holcheisen 2 sobre 16 casos. Reifeisheid da 3 sobre 27 casos y por último la de Schläfli que observa un 12.3 por ciento en 510 casos.

Entre las causas que las producen se observa la acción del borde cortante del pubis seccionado al ponerse en contacto con la vejiga, durante la extracción del feto.

Como es fácil comprender estos accidentes agravan el pronóstico y establecen desde ya una causa fundada para que nos inclinemos por la sínfisiotomía subcutánea, donde este accidente es menos frecuente y posible por razones anatómicas y de técnica.

Otro de los accidentes es la «incontinencia o retención de orina».

La estadística de Schläfli sobre 510 casos da un 4, 17 por ciento de incontinencia prolongada.

Bar publica un caso que duró diez días.

Leopold ha observado varios casos con emisión de orina sanguinolenta sin lesión anatómica.

Un caso interesante es el operado por Seitz por el procedimiento de Döderlein en que hubo ligera hematuria que no se atribuyó a lesión alguna; al 4.º día sobrevino fiebre, llegando a 39º, desaparece después de tres días. Pasado varios días se hace un examen citoscópico y se nota una herida sobre la pared anterior de la vejiga, correspondiendo al mismo sitio de la herida operatoria.

También se cita un caso de lesión de la uretra (Blumreich).

Hemorragias. — Se producen como consecuencia de traumatismos sobre los siguientes órganos: plexo vesical, clítoris, senos vulvo vestibulares, venas del diafragma urogenital, paredes de la vagina, plexo venosos del periostio aunque estos últimos son de menos importancia.

Las estadísticas que se han construido a este respecto, ofrecen la mayor variedad en cuanto a las proporciones asumidas por ella; así a la vez que consignan casos de insignificante gravedad, hasta los que han sido fatales.

Uno de los que tuvo resultado letal fué el de Rostern que no fué posible por ningún medio cohibir la hemorragia, que resultó provenir de la lesión del plexo venoso prevesical.

La estadística de Hocheisen revela sobre 16 operadas 9 de escasa importancia, 5 de mediana intensidad y 2 casos de gran hemorragia.

Kraemer da un promedio de 3 por ciento.

Tandler presenta 14 casos sobre 19 siendo ellos de mediana intensidad.

En la ya mencionada estadística de Schläfli entre sus 510 operadas divide los casos de hemorragia según la gravedad de sus categorías: hemorragia considerable, un 13.3 por ciento, hemorragia muy intensa, calcula un 1,37 por ciento y hemorragia capaz de producir la muerte 0.3 por ciento.

Al recorrer las historias Clínicas del Archivo de la Maternidad hemos podido apreciar que este accidente es sumamente frecuente en las pubiotomías, observándose en mayor o menor grado según los casos.

Como consecuencia de la hemorragia existe en esta intervención otro accidente: el «hematoma».

Estas colecciones sanguíneas provienen de lesiones del clitoris que se dejan sin hemostasia.

Complican la intervención pues se reabsorben con mucha lentitud y son causas de supuraciones molestas.

Leopold cita un gran hematoma y Sellhein otro cuyas exageradas dimensiones eran tales que alcanzaba la cara anterior del muslo.

Hocheisen en 16 casos tiene 6, Tandler menciona 4 hematomas en 19 operadas.

Por nuestra parte, también podemos manifestar que hemos hallado un buen número de hematomas en la serie numerosa de intervenciones que se registran en nuestra maternidad.

Accidentes infecciosos. — Estos accidentes eran más frecuentes en las épocas en que imperaba la clásica técnica a cielo abierto dando como término medio un 41 por ciento causando una mortalidad de 5 por ciento. En estadísticas posteriores, aún se mantiene la cifra reveladora del accidente infeccioso: así Holcheisen observa 8 sobre 16 casos. Reiffescheid 13 en 22 casos.

Schäfli en sus 510 casos observa un 37.7 por ciento.

En esta última estadística las trombo-flebitis figuran en un 8.2 por ciento.

Accidentes tardíos

Los accidentes tardíos de esta intervención no se observan con tanta frecuencia.

En cuanto a la estática pelviana o la marcha, se sabe que en algunos casos, las enfermas acu-

san ligera molestia al levantarse, y según algunos autores ello es debido a levantadas prematuras. Gigli tiene algunas anotaciones al respecto y da estas cifras: Enfermas levantadas antes de los 20 días, 22 acusan molestias en la marcha. En las que lo han hecho después de 25 días, corresponde 36 casos.

Después de los 30 días solo 6 casos acusan dicha molestia. De esto se deduce que esta intervención exige a las enfermas una estadía más o menos prolongada en cama.

También se observa cierto balanceo en el andar, y esto en proporción inversa a la permanencia en cama.

Ya veremos en lugar oportuno como se comporta la sinfisiotomía a este respecto.

Se pueden incluir también entre estos accidentes los casos observados de «prolapsos y desviaciones genitales.» Existen estadísticas, entre otras la de Kramer que da la elevada cifra de 13 en 14 casos. Schäfli cita solo 24 casos de prolapso vaginal en 510 operaciones.

También se observa después de cierto tiempo en las operadas, la producción de «hernias inguinales» y con tanta más frecuencia, cuanto que la sección del hueso esté más próxima al anillo inguinal. Existen observaciones de esta índole, publicadas por De Bovis, Hartmann y Mann.

Un caso curioso es el citado por Kraemer de una hernia producida por un separamiento de un través de mano, y otro por Franz con uno de veinte centímetros.

Desde ya podemos apreciar que la sinfisiotomía está muy lejos, por razones anátomo-topográficas de producir semejante accidente.

Debido a traumatismos de la articulación sacroiliaca se ha podido observar también la producción de «ciáticas persistentes.»

Los accidentes que se atribuyen a la sinfisiotomía son imputables a la técnica primitiva a cielo abierto.

Las hemorragias no son de ordinario graves.

Se producen cuando se incinde el arcuatum, se separa el pubis o se extrae el feto. Según la estadística de Jorand la hemorragia es abundante próximamente 1 vez en 7 casos.

Los trombus son muy poco frecuentes.

Las heridas de la vagina y de la comisura anterior de la vulva aisladas o combinadas con la del pubis son relativamente raras, Pinard las ha observado 8 veces en 84 operaciones.

Los desgarros, los arrancamientos de la ure-

tra, son debido generalmente a heridas vulvares y vaginales. A veces es necesario colocar una sonda permanente dada la dificultad para conocer su orificio contuso desgarrado o hasta arrancado. En otros casos la uretra puede estar solo estirada, distendida sin solución de continuidad aparente, resulta sin embargo incontinencia de orina temporal a consecuencia de la distensión exagerada del esfínter de la vejiga.

Las lesiones de este órgano, son más raras: parece que la cifra que indicaría aproximadamente los peligros de la herida de esta víscera, según Bar es de 3 por 100.

Pero como ya hemos manifestado, no es de nuestra incumbencia comentar accidentes de otra técnica distinta de la que nos hemos propuesto tratar, por lo que analizaremos los resultados obtenidos con el procedimiento subcutáneo de Frank.

Los primeros resultados obtenidos por Frank con su nuevo método de sinfisiotomía son verdaderamente halagüeños. Sobre 16 primigestas operadas, solo una tuvo desgarradura de partes blandas. Las 44 múltiparas que operó no presentaron accidente alguno.

Además manifiesta que ninguna de sus operadas, sintieron molestias al caminar, habiendo abandonado la cama precozmente a los 12 ó 15 días de la intervención.

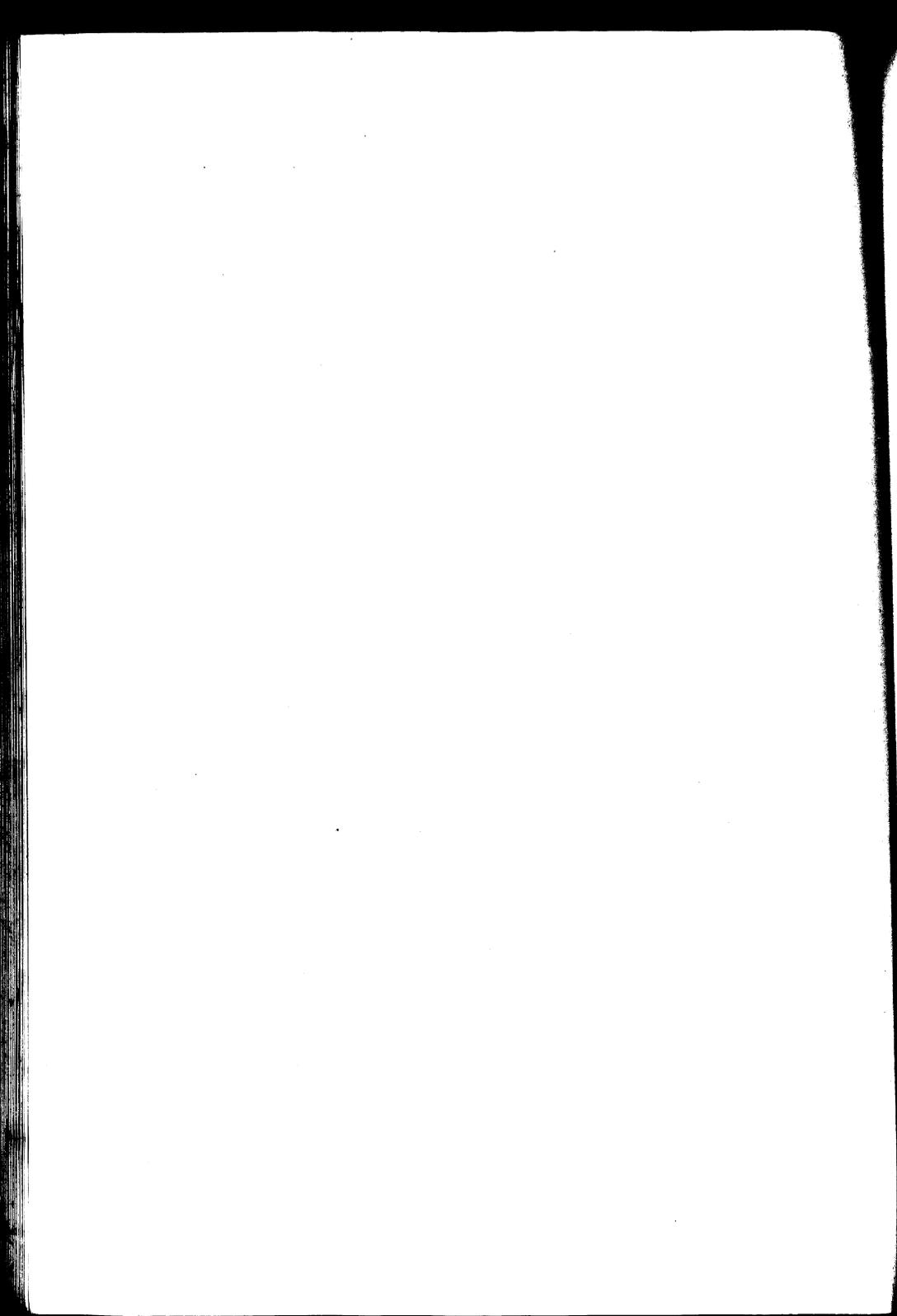
En la Asamblea de médicos y naturalistas alemanes presenta una nueva estadística con 19 casos todos con feliz resultado.

Zweifel presenta una serie de 12 casos operados según su procedimiento, al Congreso de la Sociedad Alemania de Ginecología en 1907.

Kupferberg ha practicado 5 sinfisiotomías en multíparas por el método de Frank, sin ninguna complicación, los fetos en buenas condiciones de vitalidad; la locomoción de las enfermas se hizo normalmente, y la vejiga funcionó perfectamente. Tampoco se observó en ningún caso hematomas, y después de cierto tiempo la cicatriz era apenas perceptible. Las conjugatas veras de las operadas oscilaban entre cm. 7,3 y cm. 8,5. Mas tarde este mismo cirujano ejecuta 17 sinfisiotomías más con excelentes resultados para la madre y el hijo; desgraciadamente ignoramos si entre ese número de operadas existían primíparas.

Las operaciones llevadas a cabo por Hartmann, discípulo de Frank, son seis, con óptimos resultados, pues en ninguna de ellas hubo que lamentar accidentes ni complicaciones.

Los resultados obtenidos en las sinfisiotomías subcutáneas realizadas entre nosotros, quedan expuestos en este trabajo en su correspondiente lugar.



CAPITULO VI

Valor comparativo

Hemos dejado expuesto, basándonos en estadísticas levantadas por autores autorizados, que la pubiotomía ofrece en el curso de su ejecución o después de ella accidentes que pueden comprometer la vida de la madre.

Ellos están representados por la hemorragia, los hematomas, desgarraduras vulvo vaginales, y vesicales, tanto más graves cuanto establezcan comunicación entre esos órganos y la herida operatoria.

Ahora nos proponemos hacer un estudio detenido de cada una de las observaciones clínicas que presentamos en igualdad de número (cuatro pubiotomías y cuatro sinfisiotomías) y de método de ejecución (subcutáneo).

Como veremos a su debido tiempo, las sinfisio-

tomías son practicadas con el procedimiento subcutáneo de Frank—tres de ellas por el Prof. Zárate y una por el Dr. Chamorro.

Las pubiotomías son realizadas en la Clínica Obstétrica que dirige el ya mencionado profesor.

La observación I trata de una pubiotomía realizada en una múltipara cuya pelvis presenta sus diámetros disminuídos; p. p. m. 8.5 cm., existiendo desproporción feto pelviana. Realizada la pubiotomía, se observa escasa hemorragia según el texto de la historia clínica que como otras de esa época, son evidentemente concisas. Además comprobamos una complicación: formación de «hematoma». Más adelante dice que no hubo «desgarradura vaginal» pero la orina sale sanguinolenta?

En resumen observamos en esta intervención: 1.º pequeña hemorragia; 2.º hematoma; 3.º lesión en el aparato urinario.

Pasemos a considerar la observación II. Es una sinfisiotomía practicada en una múltipara, cuya pelvimetría interna da 10,4 cm. de conjugata diagonal y cm. 8,8 de p. p. m. Existe desproporción pélvico-fetal. Terminada la sinfisiotomía apenas da algunos gramos de sangre la punción hecha con el bisturí. «No se observa desgarradura de la

pared vaginal». La orina sale clara. Feto en buenas condiciones biparietal 9 12 cm. Puerperio normal.

A los tres días mueve las piernas, y a los 12 días se levanta, su marcha es normal.

Recordemos que un crecido número de pubiotomizadas no estaban en condiciones de abandonar el lecho sino después de 25 o 30 días.

Observación III. Es una pubiotomía llevada a cabo en una múltipara con estrechez pelviana de 8 1/2 cm. Sacro corto; falso promontorio. No bien termina la sección ósea se produce «abundante hemorragia», «gran hematoma».

Separación ósea de solo 1 cm. cuerda fibrosa que retiene los huesos. Abducción para obtener mayor separación que produce una «desgarradura de la pared vaginal comunicante con la sección ósea». Hemorragia continua. «Lesión de la vejiga porción antero lateral izquierda». Fístula vesico vaginal» en último término.

Observación IV. La intervención anterior ha sido muy accidentada, veamos los resultados de ésta.

Se trata de una sinfisiotomía en una pelvis plana, con espina retropubiana de 5 mm., etc.

Herida da «poca sangre» separación de 5 cm. No hay desgarradura vaginal. No se produjo herida vesical.

A los dos días del parto loquios alterados, desaparición al poco tiempo, locomoción normal.

En esta observación (la V, siguiente) que trata de una pubiotomía tenemos como primer accidente la ruptura de la aguja, lo cual dió motivo al cambio de técnica por la de Dörderlein; la separación de los cabos no alcanza a 33 mm. Se intenta nueva aplicación de forceps. Procede el cordón. Se intenta una versión interna, fracasa. Por fin se termina con una basiotripsia. Se observa una desgarradura lateral del cuello. En la herida quedó el fragmento de aguja.

Esta complicación que aun no habíamos hecho constar no pasa desapercibida al recorrer esta historia.

Indiscutiblemente este accidente queda excluido de la sinfisiotomía subcutánea, que utiliza, por todo instrumental operatorio, un simple bisturí.

Tal vez con una sinfisiotomía subcutánea se hubiesen evitado todas las peripecias de esta intervención en la que se hizo desfilar casi toda la cirugía obstétrica.

Puerperio patológico. — La fiebre alcanza hasta 39°. Formación de hematoma que supura durante muchos días.

VI. Es una sinfisiotomía en una pelvis plana y generalmente estrecha. P. P. M. 7,5 cm. La herida ha dado apenas algunas gotas de sangre. Vagina y vejiga íntegras.

Hasta ahora en las sinfisiotomías no hemos obtenidos sino éxitos.

VII. Se trata de una pubiotomía, llevada a cabo en una pelvis generalmente estrechada y aplastada, p. p. m. 8,5 cm.

Un párrafo de la historia dice así: «Pequeña desgarradura vaginal que pone en comunicación la brecha con la vagina.»

Sondada la vejiga da orina sanguinolenta; la vejiga fué herida a pesar de todos los esfuerzos y precauciones (la Historia Clínica dice que ella había sido desplazada) habidas por los habilísimos cirujanos que intervinieron, los que opinan haya sido debido a un prolapso de ella comprimida entre la cabeza fetal y el borde cortante de los cabos óseos.

VIII. Es una sinfisiotomía practicada en una múltipara de pelvis plana generalmente estrechada p. sub. p. cm. 10,3.—p. p. m. 8 cm. 7 mm. Durante todo el curso de la operación no hay que lamentar ningún accidente. La sangre perdida es insignificante. No hay hematoma. Tampoco se producen desgarraduras. El puerperio en los cuatro primeros días perfectamente normal. Pulso y temperatura normales, orina clara, micción espontánea. Edema ligero en los grandes labios, herida operatoria de aspecto normal. Del 5° a 7° sube la temperatura. En el 8° la enferma se sienta en el lecho, estado general normal.

A los 13 días abandona el lecho, su marcha normal, sin acusar ninguna molestia. Como vemos esta intervención por sus resultados inmejorables es digna de figurar al lado de las otras tres sinfisiotomías ya comentadas.

Como se colige del presente comentario, las cuatro pubiotomías mencionadas ofrecen accidentes que complican la operación, creando a veces situaciones difíciles de superar.

En cuanto a la «hemorragia» la vemos figurar en todas ellas en mayor o menor grado.

La Observación I registra una hemorragia poco intensa.

En la III (H. Cl. N.º 528) se cita una abundante hemorragia que aumenta de intensidad al producirse la desgarradura vaginal comunicante.

El «hematoma», que es un accidente temido a causa de las supuraciones molestas, y de su lenta reabsorción, lo hallamos en los casos clínicos I, III y V siendo los que figuran en estos últimos de grandes dimensiones. Luego esta complicación, lo mismo que la hemorragia, la encontramos en más de la mitad del número de casos que presentamos.

Las «desgarraduras vaginales» las hallamos en las Observaciones III y VII asumiendo éstas mayor gravedad por ser comunicantes con la herida operatoria. Obtenemos este accidente en una proporción equivalente a la media de casos.

Desgarraduras de la vejiga. — Accidente que constituye un verdadero peligro en esta intervención lo vemos producirse en nuestras observaciones N.º I probablemente (la historia es reservada en este sentido) en la N.º III y VII en esta última, ya lo dijimos, a pesar de todo cuanto se hiciese para prevenirla.

La causa de este accidente tan frecuente (3 veces en 4 casos) es debido a la naturaleza de esta intervención que expone dicho órgano, a la acción de los bordes cortantes de los cabos óseos, durante la salida de la cabeza fetal.

Como dato ilustrativo, presentamos, al final de este trabajo una fotografía que patentiza lo que acabamos de exponer.

Se trata de una pelvis perteneciente a una pubiotomizada (H. C. N.º 221 del año 1914) que fallece por shock clorofórmico, media hora después de practicada la intervención.

Vamos a describir esta pieza, tal vez única en su especie, y que figura bajo el número 467 en el Museo de la Clínica Obstétrica y Ginecológica del Hospital Ramos Mejía.

Pelvis plana relativamente estrecha p.p. m. 9,5. Viciada por desasimilación asimétrica de la 2.^a pieza sacra.

Pieza sacra asimétrica por menor desarrollo de la mitad derecha. La porción de la línea innominada situada sobre el alerón sacro, se inserta en el lado izquierdo sobre el medio de la primera pieza sacra, mientras que del derecho lo hace sobre el cuerpo de la segunda.

Hay un menor desarrollo de la porción del alerón sacro situado sobre la línea innominada derecha donde se muestra atrofiado.

Falso promotorio entre la 1.^a y 2.^a pieza sacra (falso p. p. m. 9,7).

Hemorragia y disyunción de la articulación sacro-ilíaca derecha y hemorragia de la sínfisis sacro-ilíaca del lado izquierdo.

El borde de los cabos óseos ofrece un gran parecido «al borde cortante de una sierra». El corte del hueso se encuentra por dentro de la espina pubiana izquierda a cm. 2,4 de la sínfisis, se dirige hacia adentro, saliendo bajo el arcuatum a 1 cm. de la sínfisis.

En la Observación V nos hallamos frente a otro accidente: la «ruptura de la aguja».

Consignamos un promedio de 1 en 4 casos.

Por fin hallamos en la Observación III una «fístula vesico-vaginal» que termina la serie de complicaciones habidas en ese caso. Damos también una cifra media de 1 por 4 casos.

Hemos citado en otro lugar un accidente tardío de la pubiotomía: la producción más o menos lejana de hernias inguinales, que aunque en nuestras observaciones no figuran, sin embargo existen un buen número de casos citados por autores extranjeros. La causa principal de este accidente consiste en la proximidad de la sección ósea al conducto inguinal.

Es sorprendente el resultado obtenido en las

cuatro sinfisiotomías subcutáneas que acabamos de analizar.

En ninguna se observa los accidentes y complicaciones que acabamos de apreciar en las pubiotomías.

Nada de «hemorragia» ni escasa siquiera. No hemos constatado en el curso de ellas «hematomas» ni grandes ni pequeños.

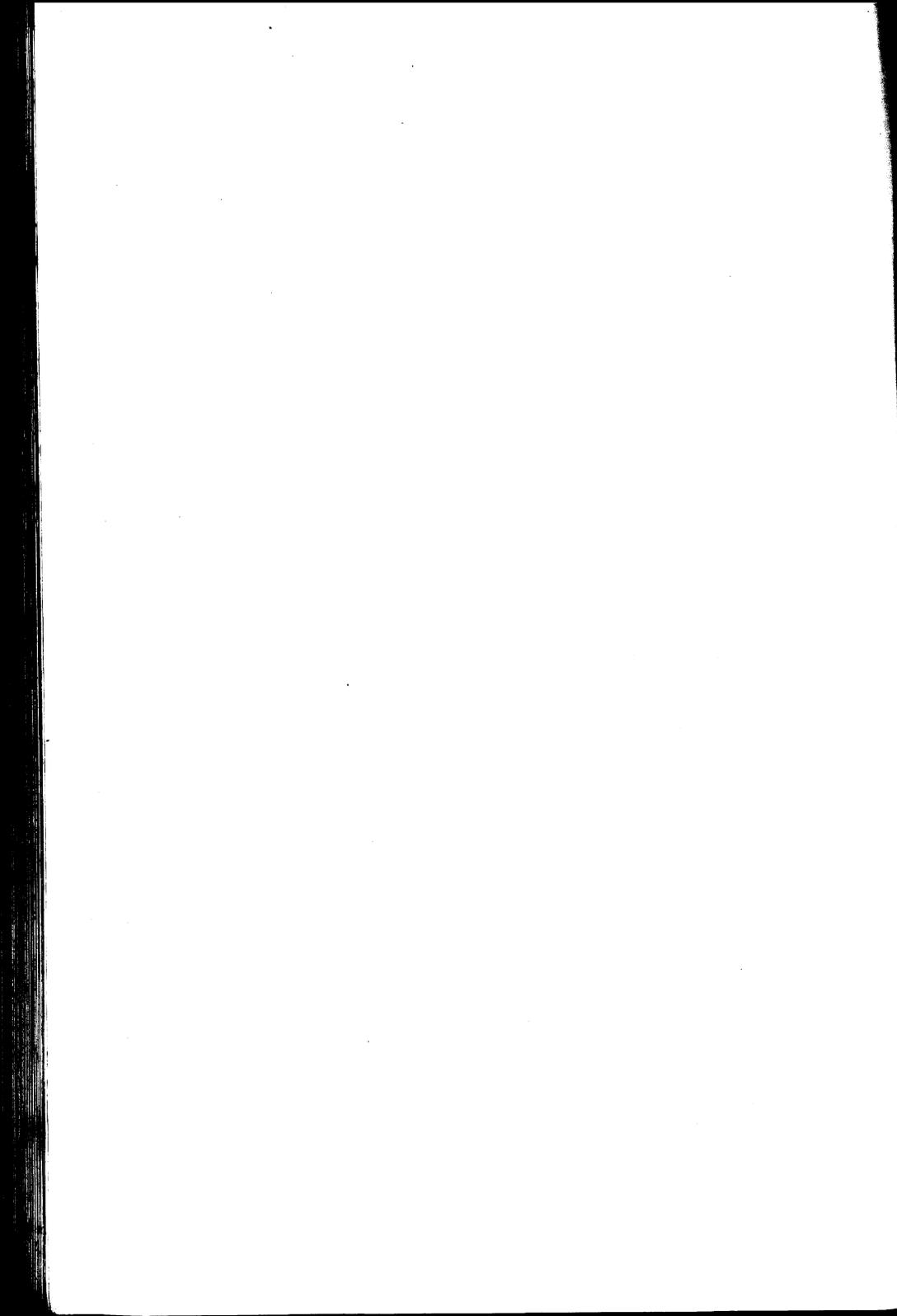
Llámanos la atención así mismo, la ausencia de desgarraduras de partes blandas y órganos vecinos.

La *marcha y locomoción* de las enfermas, sin molestias ni dolores, parece asegurar una buena consolidación del cartílago sinfisario.

El *abandono del lecho* se hace, según las mismas observaciones antes que en las pubiotomizadas.

Como es fácil deducir, ante la evidencia de los hechos, al hacer estas apreciaciones no nos anima ningún prejuicio al respecto, no haciendo más que exponer nuestra admiración por la *muy sencilla y muy aséptica operación de Frank*.

OBSERVACIONES CLINICAS



OBSERVACION I

HISTORIA N. 121. — SERVICIO DEL DR. ZÁRATE

BOLETÍN CLÍNICO DE EVELINA DÍAZ DE ALVAREZ

Antecedentes hereditarios e individuales. — Los padres viven sanos, embarazos 8, partos espontáneos no hay gemelar.

Ignora a que edad caminó, locomoción normal.

Reglado a los 14 años, normales en cantidad y duración.

Embarazos 4, a término, dos primeros del sexo femenino, partos espontáneos, viven y son sanos, los dos últimos del sexo masculino murieron al nacer, son hijos del mismo padre que del actual embarazo.

Examen general y Obstétrico. — Esqueleto. Regular. Varices superficiales.

Pelvimetría interna p. p. m. 8,2.

Observación. — Ingresada del público. Su parto se ha iniciado 11 horas y 10' antes habiendo roto precozmente sus membranas. Llega en las siguientes condiciones: temperatura 37°, 85 pulso regular igual de buena tensión.

A la inspección notamos un vientre grande globuloso útero desviado a la derecha de 38 ctmr. de altura, de paredes tensas y con contracciones francas y vigorosas. Por la palpación se diagnóstica una presentación cefálica sin encaje cabeza que desborda en 2 ctmr. el pubis, dorso a la izquierda latidos fetales normales (14 por minuto).

Por el tacto vulva y vagina de múltipara amplias, y con tejidos elásticos; pelvis con sus diámetros disminuidos p. p. m. 8,5.

Cuello con 2 centímetros de dilatación, bolsa rota—cabeza por encima del estrecho superior muy movable orientada en I. T.

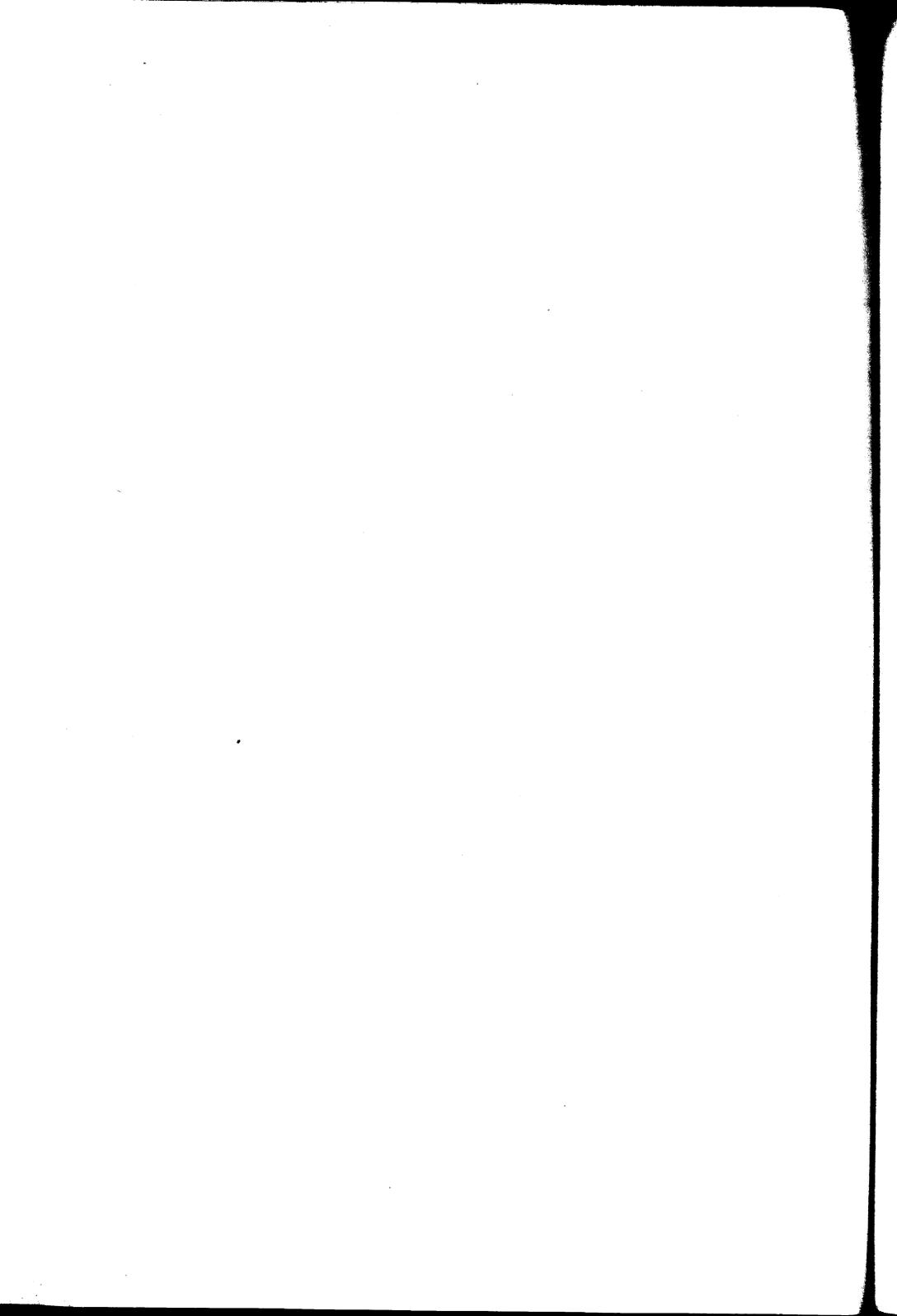
Continúa con contracciones vigorosas completándose su dilatación a las 6 a. m. La cabeza profundamente modelada con cabalgamiento y gran tumor sero sanguíneo permanece por encima del estrecho superior notándose con el tacto bi-manual que existe una gran desproporción. Se resuelve ampliar su pelvis con una pubiotomía. El cuello se ha rehecho y su dilatación es de 7 centímetros con borde adematoso.

Se practica la sección del hueso por el método completamente sub-cutáneo (Prof. Zárate). Se separan los cabos 2 centímetros, la hemorragia es escasa. Se le administra hipofisina y 20' después se despiertan contracciones francas, la cabeza se encaja y se expulsa fácilmente el feto. La separación máxima es de 3 centímetros.

Alumbramiento espontáneo 20' después. Se forma un pequeño «hematoma» que desaparece haciendo compresión. El niño nace en estado asfíctico, se reanima 10' después. Gran lavaje intrauterino con agua trementinada.

La separación de los cabos óseos en el momento del encaje se avalúa en 3 centímetros.

Nota: No ha habido desgarradura vulvo-vaginal y después de expulsar el feto la orina sale sangui-mente, se le coloca una sonda permanente.



OBSERVACION II

HISTORIA N. 972 DEL SERVICIO DEL PROF. DR. ZÁRATE
OPERADORES DRES. E. ZÁRATE Y E. BOERO

Aurora R. de S., de 30 años de edad, española.
Ingresa a la Clínica Obstétrica el 1.º de Julio
a las 6 de la mañana.

Los antecedentes hereditarios no tienen importancia.

Ha tenido dos embarazos, el 1.º a término parto distócico, el feto nació muerto; el 2.º fué aborto, espontáneo a los dos meses.

Al examen de la embarazada comprobamos el útero desviado a la izquierda. Presentación longitudinal, cefálica sin encaje en I. T.

Pelvimetria externa: B. T. 32, B. I. 26, B. E. 22, S. P. 18.

Pelvimetria interna: c. diagonal 10.3 centímetros, p. p. m. 8.8 centímetros.

Ingresa del público enviada por una partera que le ha practicado numerosos tactos con aceite. El trabajo de parto ha comenzado hacen 9 horas y la bolsa de las aguas se ha roto dos horas después de iniciados los dolores.

Vientre globuloso, edema suprapubiano, fondo a 36 cent. por encima del pubis.

Auscultación fetal normal.

Por el tacto se nota vulva y vagina amplias de multiparas, cuello con 6 centímetros de dilatación, dilatable, cabeza en el estrecho superior, en actitud indiferente y en asinclitismo anterior; pequeño tumor sero-sanguíneo.

Queda la enferma en observación hasta las 11 a. m. en que se practica un nuevo examen, constatándose que no ha habido modificación en la marcha del trabajo ni en la dilatación del cuello, ni en el encaje de la cabeza.

Dados los antecedentes obstétricos y teniendo en cuenta la desproporción entre el feto y la pelvis. Se resuelve practicar una operación ampliatoria de la pelvis decidiéndose por la sinfisiotomía subcutánea. procedimiento de Frank, bajo ligera anestesia clorofórmica,

Colocada la enferma en posición conveniente, teniendo las piernas dos ayudantes, se ubica bien la sínfisis pubiana y se marca con tintura de iodo. Introdúcense entonces el índice

y medio de la mano izquierda en el conducto vaginal tratando de rechazar o desviar la uretra hacia el lado derecho del rodete sinfisario posterior, con el dedo pulgar se desciende el clítoris por debajo del arcuatum. Penetrándose enseguida con el bisturí tenido de la mano derecha, directamente en el medio de la sínfisis y con pequeños cortes que dejan sentir el crujido del fibro cartílago se secciona la mitad inferior de la sínfisis, hecho esto y sin invertir el filo se procede a la sección de la mitad superior por pequeños golpes y hasta percibir la punta del bisturí en los límites del periostio o ligamento posterior. Terminado esto los ayudantes efectúan una pequeña abducción de los muslos y la sínfisis se entreabre en una extensión de un centímetro a centímetro y medio; breves instantes después una mayor abducción lleva la separación a cuatro centímetros más o menos. La punción hecha con el bisturí apenas si da unos gramos de sangre e inmediatamente se coloca un punto de crin.

Se suspende la anestesia y se inyecta una ampolla de pituitrina.

No hay desgarradura de la pared vaginal y la sonda da orina clara.

Pocos instantes después de la sección de la sínfisis la cabeza desciende y se encaja y el cuello completa su dilatación.

A las doce y media la cabeza apoya sobre el suelo perineal en transversa, pero como la mujer no puja debidamente y las contracciones no son muy enérgicas, se inyecta una segunda ampolla de pituitrina, y el parto se efectúa espontáneamente a los 15 minutos de la segunda inyección, sin desgarro de las partes blandas, y obteniéndose un feto de 3100 gramos, con biparietal de 9 y medio.

El alumbramiento se efectúa por expresión a los 20 minutos.

Se le coloca a la enferma un vendaje compresivo. El puerperio se desarrolla en condiciones normales; a los 3 días de la operación mueve sus piernas. A los 12 días se levanta por primera vez y camina sin incomodidad.

A los 16 días sale de alta en perfectas condiciones.

OBSERVACION III

N.º H. C. 528 --SERVICIO DEL PROF. ZÁRATE

Cecilia S. de G., 28 años, Q. D., nacionalidad rusa.

Antecedentes hereditarios e individuales. — Los padres fallecieron, no recuerda la causa. La madre tuvo 4 partos; tuvo un gemelar.

Caminó siempre bien, pero no recuerda cuando empezó, regló a los 15 años, regulares en su aparición y duración.

Tuvo 2 embarazos a término, primero parto espontáneo vive y es sano, el segundo fué una aplicación de forceps, feto muerto, los 2 del sexo femenino, el primero fué amamantado por la madre. Son hijos del mismo padre que del actual embarazo.

Exámen general y obstétrico.—Esqueleto pequeño con ligeros estigmas de raquitismo en el tó-

rax y miembros inferiores. Corazón normal. Pulso 80 por minuto.

Vientre globuloso, útero en la línea media, presentación cefálica, variedad O. I. D. T.

Vulva y vagina con varices.

Conformación pelviana, pelvis plana raquítica, hay un falso promontorio que reduce el p. p. m. a menos de 8.5 centímetros. Estenosis del estrecho medio.

Ingresa del público.—Su parto se ha iniciado 4 horas y 50 minutos antes con rotura precoz de las membranas. Temperatura 36.8, pulso 80, regular, de buena tensión. Llama la atención la gran cantidad de varices en los miembros inferiores y sobre todo genitales, estos últimos se ingurgitan en los esfuerzos expulsivos de la parturienta dándole gran relieve a la vulva como si fuese distendida por la cabeza en el momento del desprendimiento.

Exámen obstétrico.—Vientre grande, globuloso, útero en la línea media de paredes tensas y animado de contracciones enérgicas; por la «palpación» se diagnostica presentación cefálica sin encaje completamente por encima del estrecho superior, el parietal anterior desborda la sínfisis, cabeza dura osificada, dorso a la derecha; latidos fetales normales. Por el tacto se constata el enorme desarrollo varicoso, varices que en la va-

gina hacen gran relieve accesible y más que esto un «falso promontorio», que reduce la amplitud de la pelvis a menos de 8 y medio centímetros. Sacro corto, cuello con 6 centímetros de dilatación, dilatable bolsa rota, cabeza sin encaje movable y orientada en D. T., con el tacto impresor de Muller la cabeza se insinúa en la excavación pero es detenida o choca contra el falso promontorio y da una idea exacta de la desproporción manifiesta.

En estas condiciones transcurren todavía 5 horas y a pesar de haber contracciones expultrices enérgicas y repetidas, la presentación no encaja, por lo que se decide no esperar más tratándose de una multipara y practicar una «pubiotomía» con cierto temor de hemorragia por el estado «varicoso».

Anestesia clorofórmica.—Pubiotomía izquierda según el método de la aguja (Zárate). Serrado el hueso la hemorragia, en la región operatoria, es abundante, se forma gran hematoma que se trata de dominar por compresión, los cabos no se separan más de 1 centímetro porque los mantiene una cuerda fibrosa que se aprecia muy bien en la extremidad superior de la sección del hueso y a través de la vagina es necesario separar las piernas de la mujer más de lo común en estos casos para conseguir 4 o 5 centímetros de espacio

interóseo con lo que al mismo tiempo se consigue que ceda la cuerda fibrosa a que se ha referido. La sola separación de las piernas de la mujer (lo que da una idea de la mala clase de tejidos por causa del estado varicoso) desgarró la pared vaginal y hace una herida comunicante con los cabos del hueso y a través de la cual sale sangre en forma «alarmante». Hay interés pues de terminar el parto rápidamente y a pesar de existir buenas contracciones, se refuerzan con una inyección de hipofisina tratando mientras tanto de hacer compresión mixta la acción de la hipofisina se hace sentir rápidamente y el parto termina con encaje y expulsión en 3 o 4 contracciones, pero expulsado el feto la hemorragia continúa. Se mantiene la compresión hasta el alumbramiento que se hace por expresión simple 5 minutos después. Al retirar la compresión, la hemorragia sigue por lo que en situación tan crítica no queda más recurso que incindir las partes blandas por delante a modo de operación a «cielo abierto» de Gigli con el fin de taponar toda la herida desgarrada. Abierto en esta forma se reconoce rápidamente la extensión de la desgarradura extraperitoneal y sin extensión hacia la fosa ilíaca, triángulo de Scarpa como sucede a veces, pero sí hacia adentro interesando la vejiga como 2 centímetros más o menos, región antero lateral izquier-

da que se sutura con catgut no perforantes y se coloca sonda Pezzer.

El estado de la mujer es muy grave, no hay tiempo de ligar por separado las venas que dan sangre, de modo que se termina la operación con un fuerte taponamiento de la brecha y de la herida, con lo cual y después de haber colocado 3 grandes rollos de gasa en la herida, un gran tapón en la vagina y compresión externa se logra hacer la hemostasia. La mujer profundamente anémica, no tiene pulso apesar de que durante el transcurso de la operación se le ha administrado suero, cafeína, alcanfor. Se le inyecta nuevamente suero artificial endovenoso, el pulso mejora poco a poco; pasa a la sala de puerperas con 140 pulsaciones.

PUERPERIO

El taponamiento se retira recién a las 48 horas por temor de hemorragia. La mujer no pierde orina en la cama. La orina pasa al orinal sanguinolenta bastante clara. Curaciones locales. y drenaje. Sonda de Pezzer nueva. A los 7 días la mujer moja la cama con orina y a través de la herida anterior se puede comprobar su pasaje

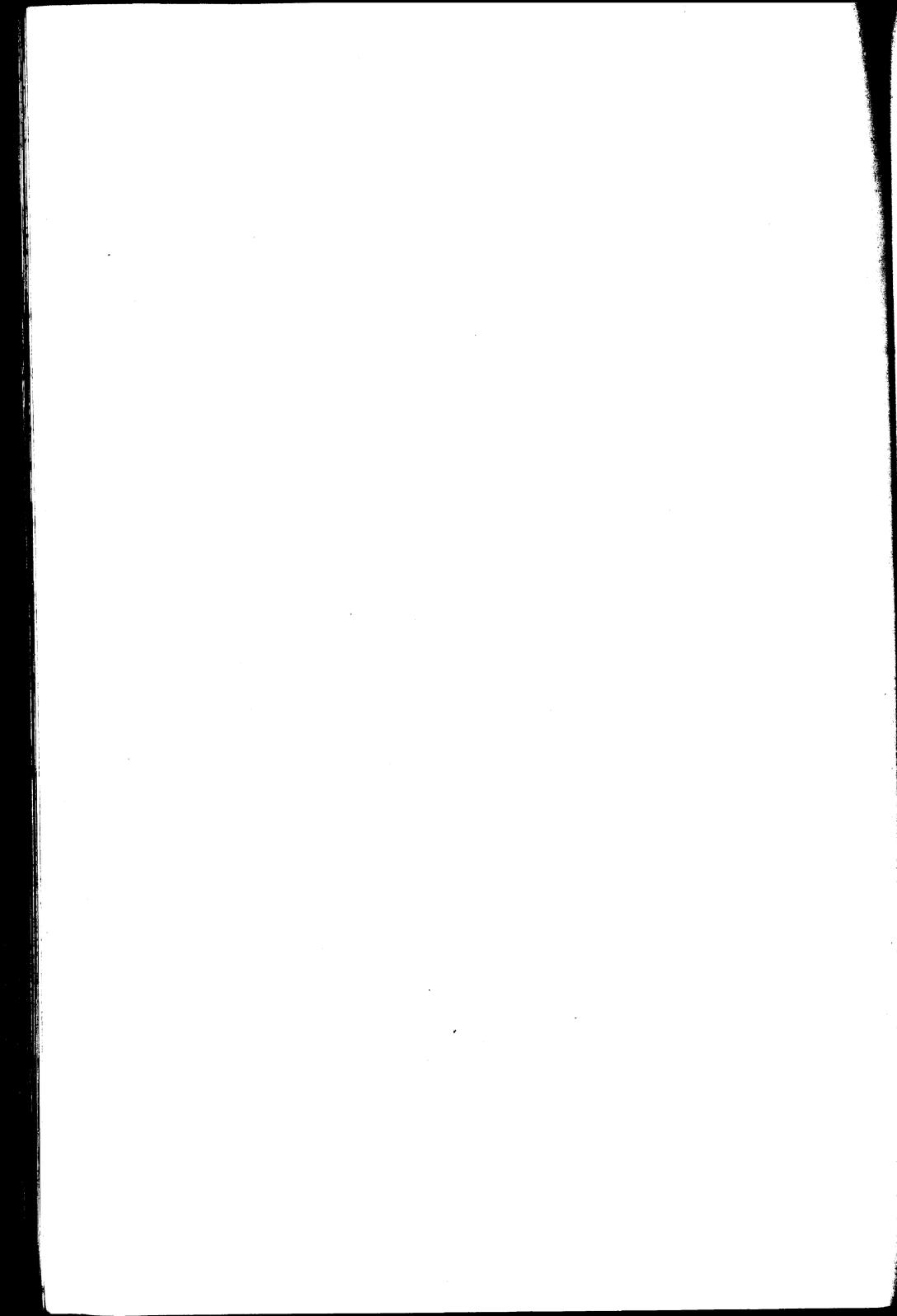
directo a la vagina. Nueva sonda de Pezzer y colocación en plano inclinado. No hay modificación. Se continúan las curaciones y sonda permanente. La herida externa va reduciéndose paulatinamente, la pérdida de orina es mucho menor.

Hoy día 15 de Mayo es decir un mes después del parto. Pasa a la sala de Ginecología el 1º de Junio, con una fistula vesico-vaginal en la región anterior e izquierda de la vagina con gran pérdida de substancia y perdiendo toda la orina. El día 9 de Junio se le practica una intervención por el procedimiento del doctor Passerón (operador Passerón). Se incide todo el reborde de la fistula y se desprende la vagina en todo el reborde en una extensión de 2 centímetros se abandona la vagina y se sutura la vagina, con varios puntos de catgut y se coloca una sonda.

La enferma continúa con la disminución de la pérdida de su orina.

Como puede verse en el cuadro continúa la temperatura y a los veinte días de la intervención aparece una flegmasia en la pierna derecha con gran edema y dolores, apesar de ello la temperatura continúa, con gran denutrición y estado septicémico de la enferma. Se le practica inyección de electrargol intravenoso, suero artificial, inyección de vacuna colibacilar pero sin resultado.

A pedido insistente del marido la enferma es dada de alta, se va con temperatura y con una fistula vesico-vaginal y en un estado de denutrición intensa.



OBSERVACION IV

HISTORIA 1890 DEL SERVICIO DEL PROF. DR. E. ZÁRATE
OPERADORES: DRES. E. ZÁRATE Y PALACIOS COSTA

Isidra L., española, sirvienta, de 30 años de edad, ingresa a la Clínica el 24 de Diciembre a las 9 de la mañana.

Los antecedentes fisiológicos y patológicos no tienen importancia.

Sus antecedentes obstétricos nos revelan un embarazo anterior presentación cefálica, parto laborioso, del sexo femenino, que murió a las 3 horas de nacer. El actual embarazo procede de distinto padre.

El examen de la embarazada, que se encuentra a término, nos da los siguientes datos: Locomoción normal, cifosis de la columna vertebral a la altura dorso lumbar, lordosis compensada

por encima y por debajo de la cifosis. Vientre globuloso, paredes delgadas, flácidas, circunferencia 89 centímetros. Utero ovoide en anteversión, presentación cefálica de vértice sin encaje en posición derecha. Hidramnios moderados; auscultación fetal normal.

Vulva amplia y elástica, vagina ídem con flujo amarillo. Cuello cilíndrico grueso, desviado a la derecha.

Pelvimetría externa: B. T. 31, B. I. 29, B. E. 25, S. P. 17.5.

Pelvimetría interna: C. Diagonal 10.9 centímetros.

Conformación pelviana. Espina retropubiana de 5 milímetros, sacro corto de concavidad menor que la normal, saliencia de las articulaciones de las distintas piezas. Pelvis plana.

La enferma ingresa a la sala de partos a las 8 a. m. del día 2 de Enero, habiendo comenzado sus dolores a las 9 p. m. del día 1.º de Enero.

Inmediatamente después de su ingreso se procede a hacer un examen, encontrando el vientre globuloso, útero colocado en la línea media y en anteversión. La palpación es bastante dificultosa por la tensión abdominal y las contracciones uterinas.

Por medio del tacto se constata lo anotado an-

teriormente con respecto a su conformación pelviana.

El cuello presenta 5 centímetros de dilatación sin alcanzarse la presentación. Auscultación fetal normal. Tres horas más tarde se practica un segundo tacto encontrándose la dilatación completa del cuello y la bolsa de las aguas hemisférica y muy tensa.

Se resuelve romper las membranas, dando lugar esta operación a la salida de líquido amniótico en abundancia y teñido de meconio. Los latidos fetales permanecen normales. En este momento se toca la cabeza que permanece muy alta, sobre el pubis y aunque se hace lo posible por movilizarla, esta no se desplaza. Las contracciones cesan por algunas horas para reaparecer menos vigorosas. A las 9 p. m. se le inyecta un c. c. de pituitrina que despierta a los pocos minutos muy buenas contracciones y con el fin de favorecer el descenso de la cabeza se coloca a la enferma en posición de Walcher, pero a pesar de las buenas contracciones la cabeza permanece por encima del estrecho superior. El cuello en este momento está algo rehecho (8 centímetros).

A las 11 p. meridiano se le inyecta un centígramo de morfina después de lo cual la paciente duerme durante 3 horas y a las 2 a. m. del día 3 vuelven a aparecer los dolores pero de po-

ca intensidad e ineficaces, para desaparecer por completo.

48 horas después de iniciado el trabajo de parto el profesor decide practicar una sinfisiotomía por el método subcutáneo de Frank y según la técnica anteriormente descrita. La herida da poca cantidad de sangre, unos dos o tres gramos, los bordes sinfisiarios se separan un centímetro y medio y por abducción de los muslos la separación pasa de cuatro centímetros. No se nota desgarradura vaginal. El sondaje de la vejiga da orina clara.

Se inyecta a la parturienta un c. c. de pituitrina la que despierta nuevamente buenas contracciones y a los 30 minutos después de la sección de la sínfisis la mujer da a luz un feto de sexo masculino con un peso de 4 kilos y un biparietal de 9 y medio centímetros. El niño nace apneico pero se reanima con facilidad.

El alumbramiento se hace a los 15 minutos por ligera tracción del cordón. La herida punzante hecha con el bisturí y que ha sido saturada por un punto de crin es cubierta con algunas gasas y se coloca también un vendaje compresivo que comprime las caderas, las piernas quedan atadas.

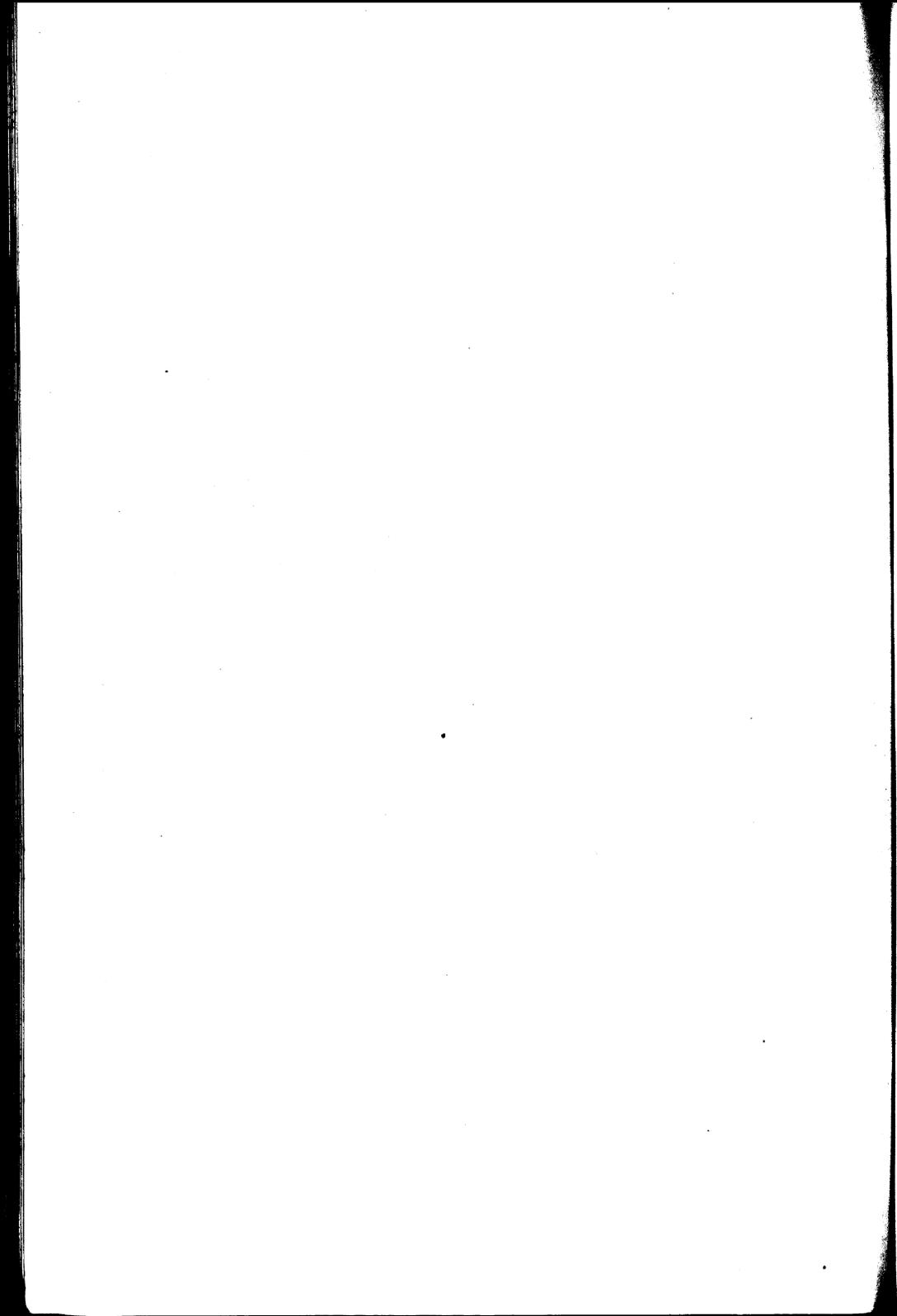
La operación se ha realizado en 4 minutos bajo anestesia ligera con cloroformo.

El puerperio evoluciona normalmente salvo una

ligera alteración de los loquios que se hacen purulentos. A los 4 días se le permite acostarse en decúbito lateral sin acusar ninguna incomodidad. Desde la fecha la enferma se mueve a su antojo.

A los 12 días la paciente solicita levantarse, camina sin sentir dolor y con un ligero balanceo.

A los 21 días sale de alta en perfectas condiciones, con un niño pesando 4090 gramos.



OBSERVACION V

HISTORIA N. 864 DEL SERVICIO DEL PROF. ZÁRATE

Casimira S. de G., de 27 años de edad, española.

Ingresa a la clínica el 18 de Junio a las 7 p. m.

Antecedentes hereditarios e individuales. — Padres españoles, el padre falleció de pulmonía. La madre vive y es sana, tuvo 9 embarazos, partos normales. No sabe cuando empezó a caminar.

Locomoción normal.—Menstruó a los 19 años, duración, cantidad y calidad: regulares.

Tuvo 2 embarazos anteriores, el primero parto prematuro de 7 meses, nació muerto. El segundo aborto de 3 meses, hijo del mismo padre que el actual embarazo.

Examen general y obstétrico.—Esqueleto mediano bien conformado, sin estigmas de raquitismo.

Pulso 80. Corazón normal.

Ventre globuloso. Utero en la línea media.

Presentación cefálica: D. T.

Vulva y vagina de múltiparas.

Observación:

Día 17 de Junio: Esta enferma ingresó a las 7 p. m. después de 72 horas de haberse iniciado sus dolores y 24 de haber perdido aguas, con dolores poco enérgicos y retardados (cada cuarto de hora). La palpación reveló una presentación cefálica, posición D. sin encaje, cabeza grande y muy movable. La auscultación fetal reveló 120 latidos por minuto. Un tacto permitió comprobar órganos genitales sanos, vagina amplia y elástica, cuello uterino grueso y edematoso con 3 centímetros de dilatación; bolsa rota, presentación cefálica, sin encaje ni fijación, con la cabeza deflexionada y la sutura sagital alejada del arcuatum. La pelvimetría interna reveló 10.5 p. p. m.

Dado el estado de la madre y las buenas condiciones del niño y después de corregir sin resultado permanente por la maniobra de Baudelocque su deflexión, resuélvese esperar.

Día 19, 9 a. m.: El feto empieza a perder meconio. Se practica un tacto y se comprueba que fuera de un aumento de dilatación hasta 8 centímetros no ha habido otra variante en las condiciones de la víspera.

Intervención: Bajo anestesia clorofórmica y da-

da la capacidad pélvica resuélvese descender la la cabeza con el forceps, previa corrección de su deflexión con el propósito de mantener la flexión de la cabeza ya que las contracciones uterinas no resultaban suficientes para su fijación. Aplicado el forceps no fué posible obtener el descenso de la cabeza, cosa en la cual no se insistió mayormente para no comprometer la vida del feto, retirando las ramas del forceps y como los latidos del feto se conservasen en excelentes condiciones y teniendo en cuenta la amplitud de la vagina y la circunstancia de que esta mujer había tenido ya un feto prematuro de 7 meses resuélvese hacer una pubiotomía la cual se llevó a cabo sin ningún contratiempo salvo la ruptura de la aguja, lo que motivó que se sustituyera el método subcutáneo por el método de Doderlein. La separación de los cabos oseos alcanzó a 35 m. m. y no fué posible conseguir más a pesar de la acción ejercida sobre los miembros inferiores en pro de dicho objeto.

Despierta la enferma, su útero no se contraía lo cual motivó 3 inyecciones de hipofisina con las que se obtuvo algunas contracciones más enérgicas pero que no consiguieron encajar la cabeza. El feto vuelve a perder meconio aunque los latidos se conservan en buenas condiciones.

Inténtase una nueva aplicación de forceps para

procurar el descenso de la cabeza previa corrección de la flexión con cuyo motivo el cordón hizo procidencia lo cual no fué posible mantener reducido. El forceps no dió ahora mejor resultado que la primera vez pues la flexión de la cabeza no permitía hacer una toma regular.

Intentada una versión interna se desistió de ella por el estado del útero. Mientras tanto los latidos fetales se extinguieron a la auscultación abdominal y al tacto por lo cual se terminó con una basiotripsia siendo la 1.35 p. m. No hubo desgaradura más que una lateral del cuello que llegaba hasta la inserción vaginal. En la herida quedó el fragmento de aguja que se rompió al nivel del ojo. Dejaremos constancia también que la anestesia se administró a intervalos por tres veces: para la primera vez forceps para la pubiotomía y para la basiotripsia. Durante la tercera la enferma sufrió un síncope motivado por un vómito. Por el pulso y temperatura véase cuadro térmico.

A consecuencia de una compresión insuficiente de la herida de la pubiotomía se formó un hematoma que se infectó obligando a retirar el punto superior y el inferior drenándose durante 8 días.

OBSERVACION VI

HISTORIA N.º 1781 DEL SERVICIO DEL PROFESOR DR. ZÁRATE
OPERADA POR EL PROF. ZÁRATE Y DR. BOERO

Rosa de Elías, 29 años de edad, nacionalidad portuguesa. Entró a la clínica el 29 de Noviembre de 1915.

Padres portugueses viven y son sanos. La madre tuvo 9 hijos; embarazos y partos normales. No hubo abortos ni gemelares.

Caminó a los 3 años; después de los cuales siempre caminó bien. Menstruos a los 18 años regulares en su aparición, duración y cantidad.

Tuvo dos embarazos anteriores, el primero del octavo mes; parto espontáneo, presentación pelviana, feto muerto. El segundo embarazo de 3 meses, aborto espontáneo, hijos del mismo padre que el actual.

Embarazo actual.— Fecha de aparición de las últimas reglas: mes de Febrero, no recuerda su duración.

Movimientos activos al tercer mes.

Altura del útero: 34 centímetros.

Ingresa a la clínica en el noveno mes.

Examen general y obstétrico.

Peso 53 kilos. Talla 1 metro y 49 centímetros.

Piel blanca, hay cloasma, ojos y cabellos castaños.

Varices no hay.

Edemas en los pies.

Pulso regular, buena tensión.

No hay albúmina en la orina.

Vientre globuloso, circunferencia: 98.

Utero desviado hacia la izquierda; tensión regular.

Presentación pelviana desviada.

Auscultación fetal normal 138.

Vulva y vagina dilatables.

Cuello uterino con 8 centímetros de dilatación.

Observación:

Llega esta enferma del público enviada por una partera a causa de que el niño viene mal.

Refiere que su parto ha empezado el día 28 de Noviembre a las 11 p. m. rompiéndose la bolsa de las aguas a esa misma hora.

El examen comprueba: buen estado general, temperatura 36.5°, pulso 100, buen ritmo.

Vientre globuloso poco prominente; útero desviado hacia la izquierda de forma irregular asimétrica más desarrollado en su mitad izquierda. Contracciones uterinas de intensidad, duración y ritmo normales.

La consistencia del útero durante los intervalos es blanda y permite la palpación de un feto en presentación longitudinal con la nalga desviada a la fosa ilíaca derecha, y la cabeza muy alta al nivel del hipocondrio izquierdo.

Latidos normales, a la izquierda.

El examen genital comprueba: vulva y vagina elásticas y amplias, orificio uterino con 8 centímetros de dilatación, dilatable; membranas rotas y un feto presentándose por su extremidad pelviana en S. I, I. T. pero cuya nalga se ha desviado a la fosa ilíaca derecha y al correrse ha permitido la procidencia del miembro superior, cuya mano edematosa se percibe en la vagina. El examen de la pelvis comprueba que se trata de una pelvis plana y generalmente estrecha, cuyo promontorio bajo con respecto al pubis avanza fuertemente. El sacro algo huyente deja percibir el relieve de la articulación de la primera y segunda pieza sacra. Los senos sacro ilíacos son muy profundos.

Los diámetros transversos están disminuídos.

La curvatura del arco anterior pelviano presenta un radio menor que el normal.

El pubis está fuertemente inclinado hacia atrás por su borde superior y su cara posterior es convexa al exceso. La pelvimetría interna digital da 10 centímetros de promonto, subpubiano, de los cuales por la inclinación del pubis y su convexidad exagerada se pueden descontar 2 centímetros teniéndose un promonto pubiano mínimo de 8 centímetros. Hecha la pelvimetría con el pelvímetro de Farabeuf se obtiene 7.5 centímetros de p. p. m. Como con estos diámetros es imposible contar para la vitalidad del feto, si se obliga a la cabeza a atravesarlos, el profesor resuelve en vista de existir todas las condiciones que para ella se requiere, efectuar una operación ampliatoria de la pelvis, eligiendo como procedimiento la sinfisiotomía por el método subcutáneo de Frank. A las 11 a. m. previa anestesia clorofórmica, colocada la enferma en posición obstétrica, sostenidas sus piernas por dos ayudantes, y luego de haber rasado y aseptizado con tintura de iodo la región pubiana se introduce el bisturí perpendicularmente, en un punto situado en la parte media de la articulación sinfisaria y a igual distancia del borde superior e inferior, mientras los dedos índice y medio de la mano izquierda in-

troducidos en la vagina, rechazan fuertemente hacia la derecha la uretra al mismo tiempo que el pulgar presiona y desciende el clitoris por debajo del arcuatum. Se secciona primeramente el cartilago en su mitad inferior hasta el arcuatum y sin cambiar la orientación del filo del bisturí, se procede a cortar poco a poco la mitad superior quedando abierta la articulación, en 2 y medio minutos.

Se empiezan a separar lentamente los muslos de la enferma y se nota por el tacto que han quedado algunas fibras del ligamento posterior íntegras. Se introduce nuevamente el bisturí por la pequeña brecha y se seccionan estas fibras.

Las extremidades del pubis se separan lentamente dejando entre si un espacio, que gradualmente llega a 2 traveses de dedos (5 centímetros).

La vagina está íntegra, se sonda la vejiga y sale orina clara. La pequeña herida que apenas ha dado algunas gotas de sangre, es suturada con un punto de crín.

En vista de la presentación fetal y de la dilatabilidad del cuello, se resuelve efectuar la gran extracción pelviana. Se coloca un lazo en el puño del brazo procidente. Se introduce la mano izquierda y se va en busca del pie anterior (izquierdo) mientras se efectua esa maniobra el cordón del feto es comprimido entre la pared pelvia-

na y el brazo del operador. Se toma el pié se baja y se empieza la extracción lentamente. El feto desciende; se desprenden las nalgas en el diámetro pubio coxígeo, empieza a salir el tronco, se desprende el otro miembro inferior (posterior) se oblicúa el dorso de modo que el d. acromial encaje en el diámetro transverso de la pelvis; se hace el asa del cordón, se tracciona sobre el lazo y sale el brazo posterior, se baja el cuerpo fetal y se desprende el brazo anterior.

Se introducen los dedos de la mano izquierda en la boca del feto; se flexiona la cabeza, y se le encaja en el diámetro transverso (O. I. I. T.).

Se le rota en O. P. y se efectua la maniobra de Mauriceau, desprendiéndose lentamente y sin ninguna dificultad, tal como ha pasado en los demás tiempos de la extracción.

La intervención ha terminado a las 11 y 15 a. m. con el nacimiento de un niño en apnea que es reanimado a los pocos minutos con baños y fricciones. Alumbramiento 10 minutos después, por expresión de Credé. Las membranas adheridas se desprenden con alguna dificultad.

No hay lesión de los órganos genitales.

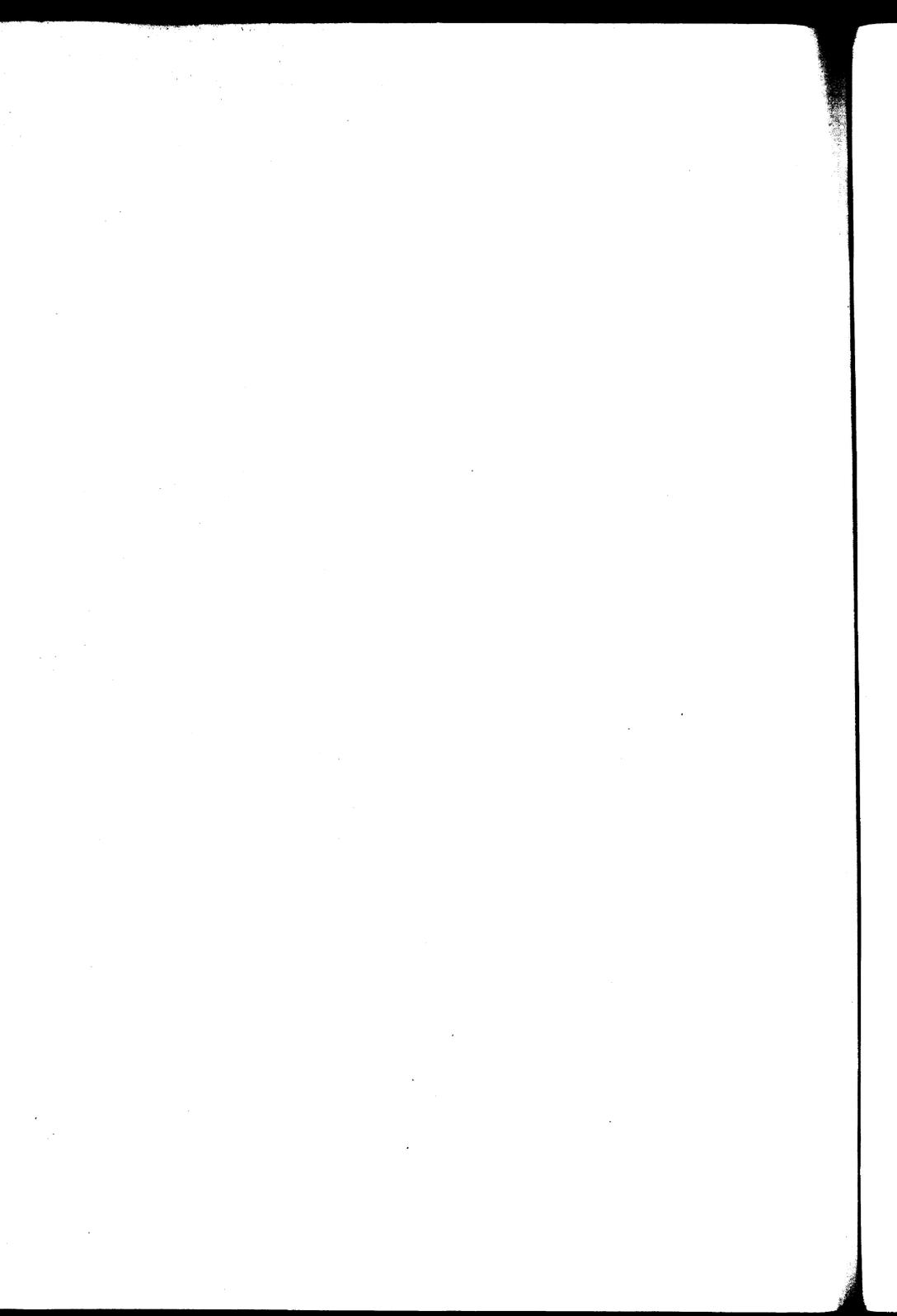
Sondada nuevamente la vejiga sale orina clara.

Inmediatamente después del parto se han juntado las rodillas y después del alumbramiento se hace un lavaje vaginal, se toca con tintura de

iodo el punto de entrada del bisturí y se coloca un vendaje compresivo en la cadera.

El día 8 se saca el punto, quedando bien la cicatriz.

Doce días después de la operación, se levanta sin mayor dificultad, y hace un trayecto como de 100 metros, subiendo y bajando escaleras.



OBSERVACION VII

HISTORIA N.º 212 — SERVICIO DEL DR. ZÁRATE
BOLETÍN CLÍNICO DE FILOMENA BLANCO DE GARCÍA

Antecedentes hereditarios e individuales. — Padre fallecido (de un resfrío) madre vive y es sana. 9 partos normales, no hubo aborto ni gemelar, ignora a que edad ha caminado, locomoción normal, reglado a los 14 años, duraban 6 días, regular en su aparición y duración. Sarampión en la infancia. Un embarazo de término sexo femenino. Basiotripsia en la cabeza última. Son hijos del mismo padre que el actual embarazo.

Examen general y obstétrico. — Esqueleto bien conformado sin estigma de raquitismo ni desviación de la columna vertebral.

86 pulsaciones por minuto.

Pelvimetría p. p. m. 8.5.

Observación:

Ingresa del público: 4 horas y 20 minutos se han iniciado sus dolores.

Llega en las siguientes condiciones: temperatura 36.8°, pulso 84, regular igual y de buena tensión.

Examen obstétrico: Vientre grande, globuloso, útero desviado a la derecha de paredes tensas y con contracciones enérgicas. Por la palpación se diagnostica un feto a término en presentación cefálica, dorso a la derecha, cabeza sin encaje y movable por encima del estrecho superior. Auscultación: 140 latidos normales; por el tacto: vulva y vagina de múltipara amplias y de tejidos elásticos.

Se toca fácilmente el promontorio la medida del p. p. m. nos da 8.5 los demás diámetros ligeramente disminuidos. Pelvis generalmente estrechada y aplastada. Cuello con 1 ctns. de dilatación bolsa íntegra, presentación cefálica sin encaje y orientada en derecha transversa. La palpación y tacto mensurador nos revela desproporción pélvico-fetal.

Continúa el parto con contracciones enérgicas. Una hora y 30' después rompe la bolsa de las aguas con 4 ctns. de dilatación y 5 horas después la dilatación se ha completado quedando solamente un ligero reborde.

La cabeza no ha descendido, tiene un tumor sero sanguíneo y sigue en la misma orientación.

Se resuelve hacer una operación ampliando su pelvis. Bajo anestesia clorofórmica, se practica una pubiotomía siguiendo el método completamente subcutáneo (Prof. Zárate).

Serrado el pubis, los cabos se separan 2 ctms., vuelve la enferma de la anestesia, se le administra inyección de hipofisina que despierta contracciones enérgicas. La cabeza se encaja en el diámetro oblicuo desprendiéndose en este mismo diámetro.

El feto pesa 3.550 gramos, es del sexo masculino y nace en buenas condiciones de vitalidad.

Se ha hecho una pequeña desgarradura vaginal en el lugar de elección (vestíbulo de la uretra) que pone en comunicación la brecha operatoria con la vagina.

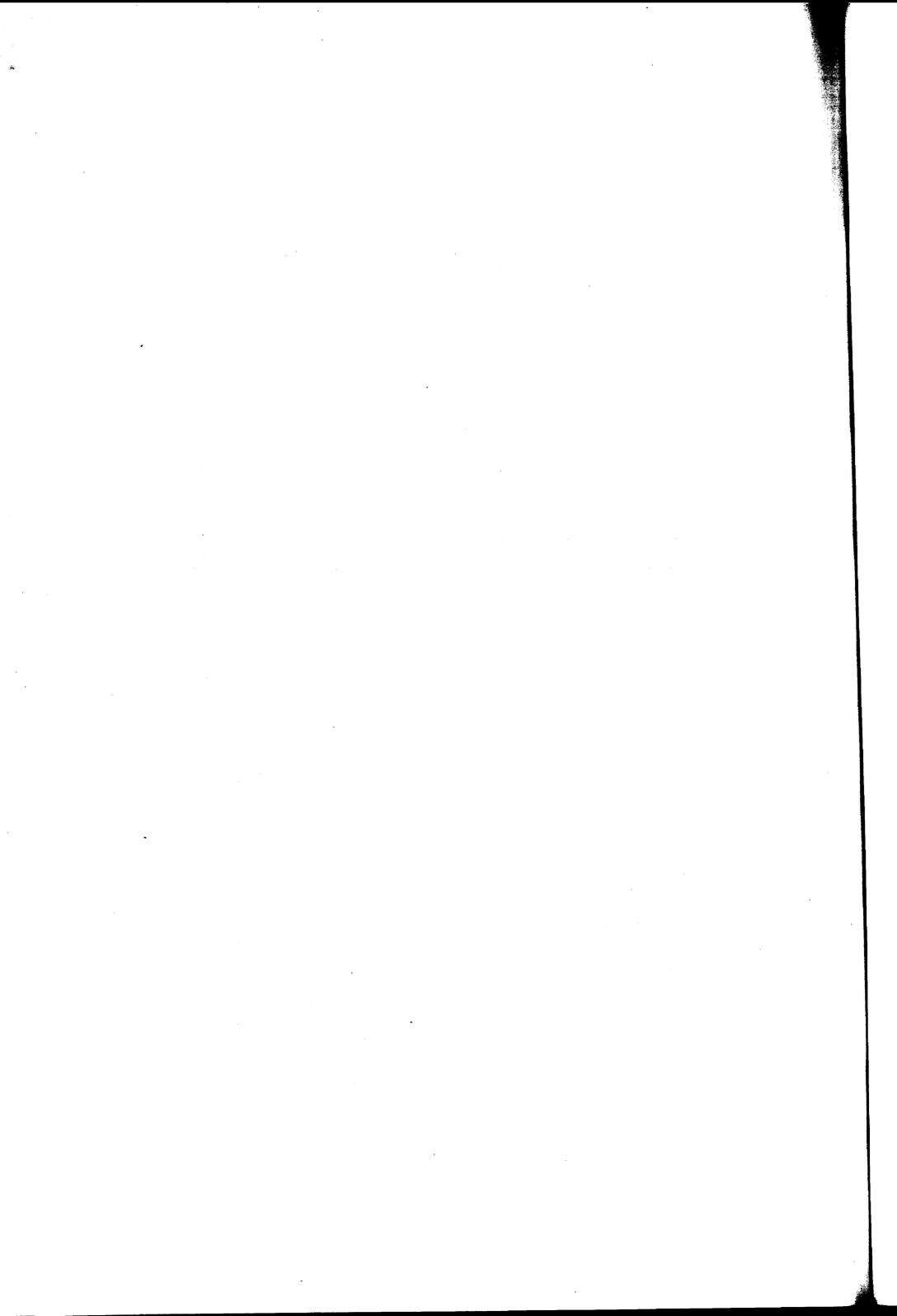
Sondada la vejiga da orina sanguinolenta.

Como al pasar la aguja no se nota dificultad y la vejiga fué desplazada con los dedos se supone que esta herida ha sido producida por la compresión que la cabeza ha ejercido sobre la vejiga descendiendo por su prolapso contra los cabos óseos. Alumbramiento normal a los 10'.

Se tapona la vagina, se coloca sonda permanente y se hace compresión sobre el gran labio.

La enferma queda en estado de Schok.

Pulso frecuente 180 durante una hora, volviendo paulatinamente a lo normal.



OBSERVACION VIII

HISTORIA CLÍNICA—MATERNIDAD DEL HOSPITAL ALVAREZ
SERVICIO DEL PROF. A. ENRIQUEZ.—OPERADOR DR. CHAMORRO

El 22 de Abril ppdo. siendo las 6 a. m. ingresa al servicio de Maternidad A. P. de D., 30 años, española, q. d., etc.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia. Antecedentes fisiológicos.—Se ignora la edad en que comenzó a caminar, marcha normal; sus primeras reglas aparecen a los 11 años, duran 8 días. Antecedentes Patológicos: estuvo recluida en un Hospicio por una afección mental. Antecedentes ginecológicos: no existen.

Antecedentes obstétricos. — Ha tenido un embarazo y parto a término que se verificó en nuestra Maternidad en el mes de Septiembre de 1914, el que fué terminado por una aplicación de forceps después de 30 horas de trabajo.

La presentación en aquel parto fué cefálica I. T. sin encaje hasta el momento de la intervención; la historia del mismo clasifica la pelvis de estrecha con un Baudelocque de 18 ctms., extra-yéndose en dicha aplicación un niño vivo del sexo femenino de 3.200 g. de peso, con un B. P. de 8 y 1/2 cts., y un B. T. de 7 y 1/2 ctms.

Estado actual.— Mujer en buen estado de nutrición, piel blanca, ligero cloasma de la cara. Esqueleto mediano sin estigmas raquíticos, ligero pronunciamiento de su lordosis lumbo-sacra. Corazón y pulmones: normales, pulso frecuente 104 por minuto, poco tenso. Temperatura normal. No edemas ni varices.

Parto. — A su ingreso la enferma nos refiere que esta en trabajo desde el día anterior (21 de Abril, 6 a. m.) que en su casa ha sido atendida por una aficionada y que ha sufrido mucho a causa de la energía y frecuencia de sus dolores.

Examen obstétrico. — Vientre globuloso, útero ovoide ocupa la línea media, su altura es de 36 ctms. tenso, duro, animado de contracciones vigorosas durante las cuales se iergue; su superficie parece dividida por un surco transversal que recuerda al anillo de Bandl. Por la palpación se siente con dificultad una cabeza en el área del estrecho superior, movilizable en los momentos de reposo; rebalza; latidos fetales sonoros,

lijeras intermitencias atribuibles a la intensidad del trabajo.

Pelvimetría externa. — B. T., 30 ctms., B. I. 26 1/2 ctms., B. E. 24 1/2, S. P. 19 ctms. (En esta parte del examen nos vimos obligados a efectuar inyección de morfina, para moderar la contracción y el sufrimiento de la enferma.

Tacto. — Vulva y vagina normales, cuello ligeramente edematoso, 7 ctms. de dilatación bolsa rota, escavación libre, presentación cefálica I. T. asinclitismo anterior el parietal anterior cabalga sobre el posterior. La cabeza apoya sobre el pubis y atrás sobre el promontorio; el tacto combinado permite apreciar el rebalzamiento de la cabeza y la desproporción pélvico fetal.

Toda la superficie de parietal anterior, está cubierto por un tumor sero-sanguíneo enorme que enmascara las fontanelas y la sutura sagital, el dedo encuentra con más facilidad la fontanela frontal.

Pelvimetría interna.— Promonto subpubiano 10 centímetros 3 milímetros, promonto pubiano mínium 8 ctms. 7 mm., rodete retropubiano normal, radio de curvatura del pubis pequeño, promontorio alto, irregular saliente.

Diagnóstico.— Con todos estos datos concluimos en la existencia de una pelvis plana generalmente estrechada, en evidente desproporción, con

el polo cefalico presentado, factores que por otra parte habrían hecho imposible el parto espontáneo.

Tratamiento.— Multiparidad, la contracción uterina, el estado del niño, etc., eran elementos que nos hacían inducir hacia una intervención ampliadora de pelvis, pero la duda de la existencia o no de una historia asociada nos hizo emprender una ampliación de forceps de prueba (previa anestesia clorofórmica) la que fué de manifiesto en la primera tracción, la imposibilidad de hacer franquear a la cabeza el estrecho superior. Esta misma anestesia nos fué un recurso para moderar la contracción uterina y la que el niño conservaba en buen estado sus latidos no titubeamos en cambiar de conducta operatoria; la ampliación de la pelvis se imponía como operación racional eligiendo como procedimiento el método de sinfisiotomía de Frank.

Operación.— 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 este descenso hacerla sobrar hacia su parte inferior, de modo que el dedo deslice si es posible, con un pliegue por debajo del arcuatum, esta maniobra me permite alejar el clitoris 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 bisturí, hecho esto levanto el mango y por pequeños movimientos secciono la articulación hacia abajo hasta tener sensación de haber cortado el ligamento inferior. (En este punto el bisturí cruje 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 la parte superior la articulación del mismo modo que para la mitad inferior, vuelvo a sentir que el bisturí corta 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, la que permite la separación de ambos pubis en una extensión de 5 ctms. La anestesia se cesa la sonda dejada en la uretra se retira y la primer contracción uterina encaja la cabeza del niño, a esta le siguen otras breves y ténues, hay un reborde de cuello de 1 ctms., una inyección de hipofisina, termina el parto expulsándose espontáneamente el niño sin haber completado la rotación de la cabeza.

Niño: Del sexo femenino, 50 ctms. de longitud, 3.500 gramos de peso. B. P. 9 1/2 ctms., B. T. 8 1/2 circunferencia cefálica, 36 ctms. gran tumor sero-sanguíneo sobre el parietal derecho.

Alumbramiento: Espontáneo, placenta forma circular 650 gramos de peso, membranas normales, cordón de 59 ctr. longitud, 1 de espesor, inserción lateral.

Terminamos la intervención con una lijera toilette vulvar y vaginal. Tintura yodo en la pequeña herida cutánea la que cerramos con un punto de

sutura, curacion externa, vendaje en las caderas y la enferma es llevada a su lecho en buenas condiciones.

La sangre perdida durante el acto operatorio es insignificante.

Puerperio: 1.º, 2.º, 3.º y 4.º días pulso y temperatura normales, loquios idem, orina clara, micción espontánea, ligero edema de los grandes labios; herida operatoria de aspecto normal.

4.º día por la tarde: temperatura 37°4, pulso 84 por minuto, no ha movido el vientre; senos dolorosos, loquios normales; a la palpación del cuerpo del pubis aparece lijeramente engrosado percibiéndose además la separación de ambos cabos óseos. 5.º día: temperatura 39°, pulso 28 por minuto, estado general bueno, ha movido el vientre varias veces después de un purgante.

Seno izquierdo aumentado de volumen y doloroso, el dolor se propaga a la axila, excreción lactea difícil, sale un líquido por la presión que parece pus; matriz grande desviada a la derecha, sensible; vulva vagina y cuello normales, loquios achocolatados.

Curación del seno con fomento, lavaje intrauterino, suspensión del vendaje de caderas, hielo al vientre.

6.º día: Temperatura 38°2, pulso 92 por minuto, loquios achocolatados, vulva, vagina y cuello

normal, matriz retraída, el lavaje no arrastra nada de particular; senos menos dolorosos, a la expresión sale pus franco, se insiste en los fomentos, hielo al vientre, se deja otra vez sin vendaje de caderas.

7.º día: 37º 2 por la tarde, pulso 90, matriz retraída, loquios serosos, senos segregan en abundancia, excelente estado general, se restituye el vendaje de caderas.

8.º día: Estado general normal, se retira el punto de sutura y la enferma se pone de costado en la cama.

9.º día: Se siente tan bien, que se le permite sentarse en la cama para tomar sus alimentos.

10.º, 11.º, 12.º, y 13.º: Normal, en este último la enferma efectúa su primera salida del lecho; la única molestia que siente es que se maree, de aquí en adelante se levanta a diario, efectúa su marcha sin ningún tropiezo sin sentir la menor molestia ya en el pubis ya en sus caderas; micción normal, aparato genital bien.

Permanece en nuestra Maternidad hasta los 21 días de puerperio de la cual sale sana, llevando consigo un niño de 3850 gramos.

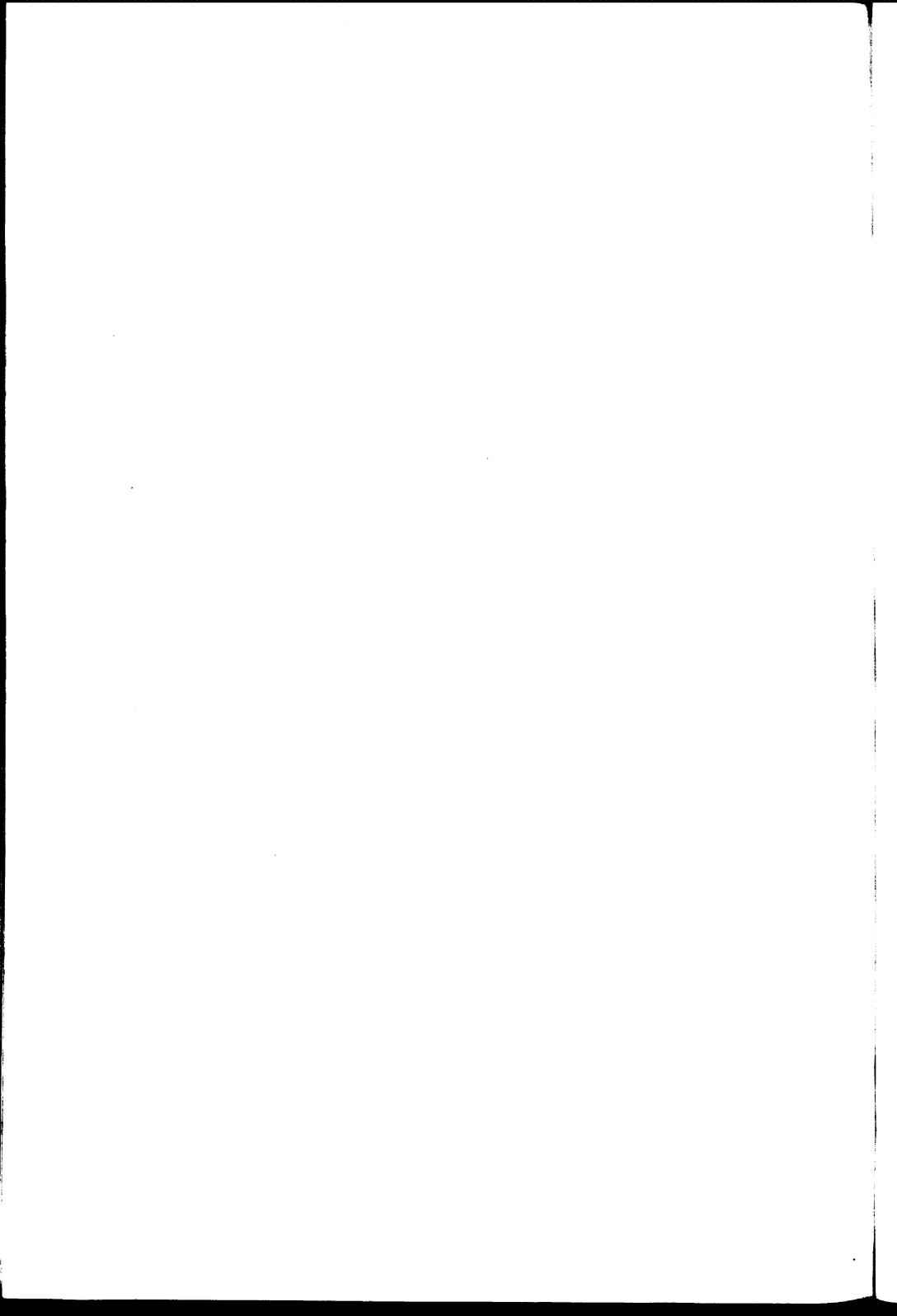


CONCLUSIONES

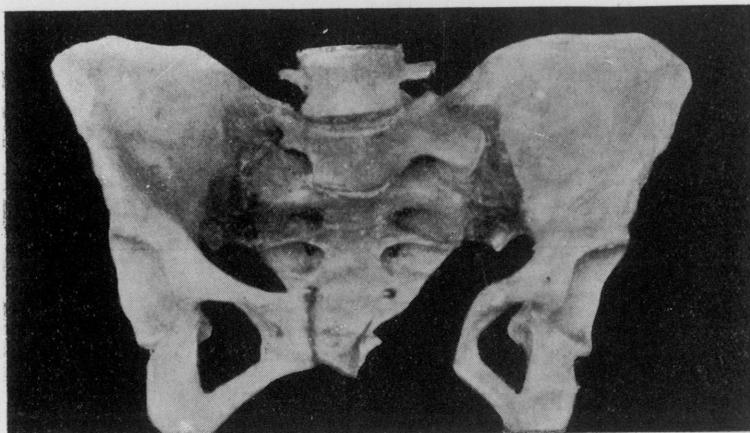
1.º La sinfisiotomía subcutanea debe entrar de lleno en la práctica de la cirugía obstétrica.

2.º Ella tiene muchísimas ventajas sobre la pubiotomía.

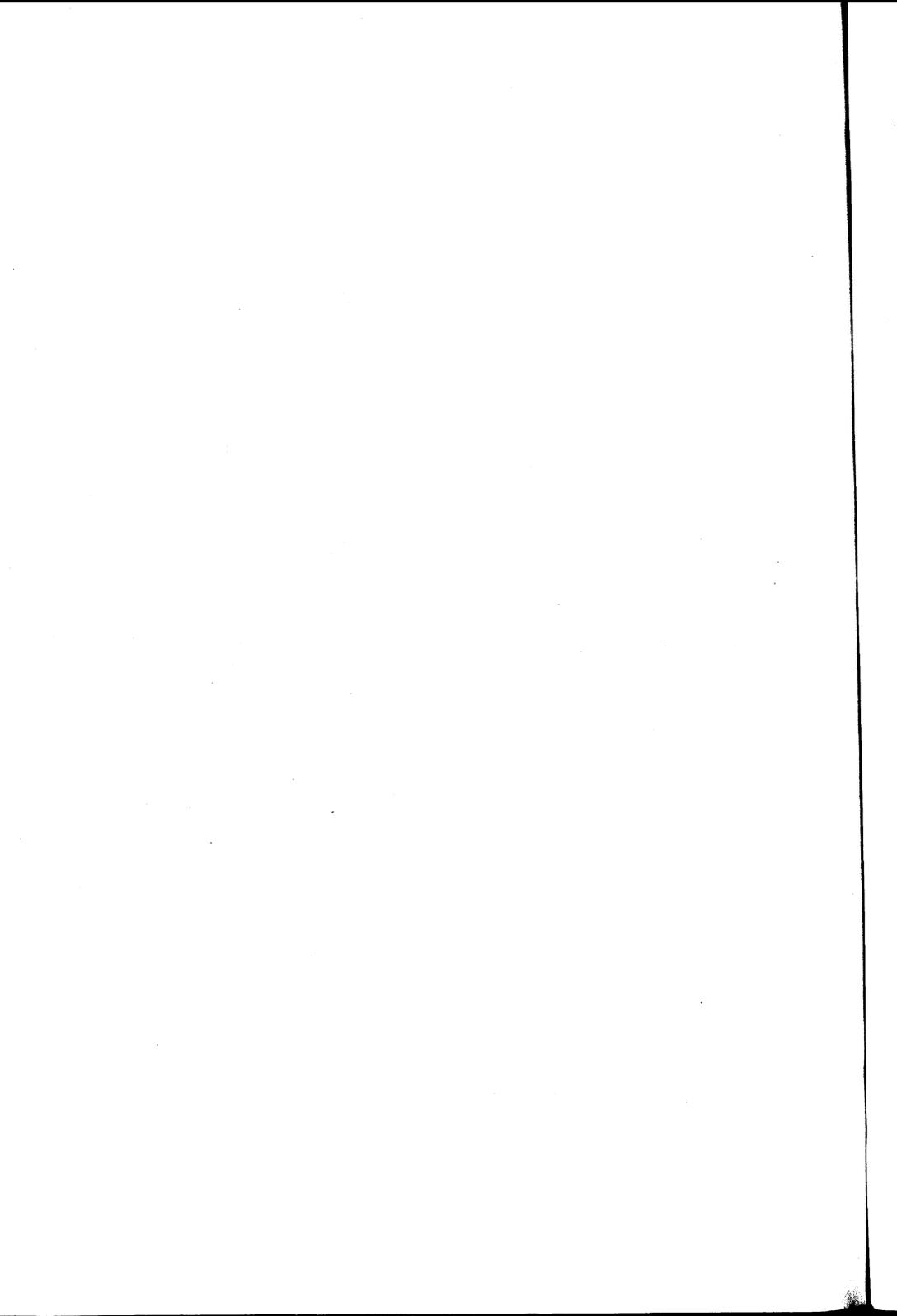
3.º Debe sustituir a la aplicación de forceps en el estrecho superior.



Pieza anatómica N.º 467 del Museo de la Clínica Obstétrica
y Ginecológica que dirige el Prof. E. Zárate.



Pelvis viciada por desasimilación asimétrica de la 2.^a pieza sacra.



Buenos Aires. Junio 15 de 1916.

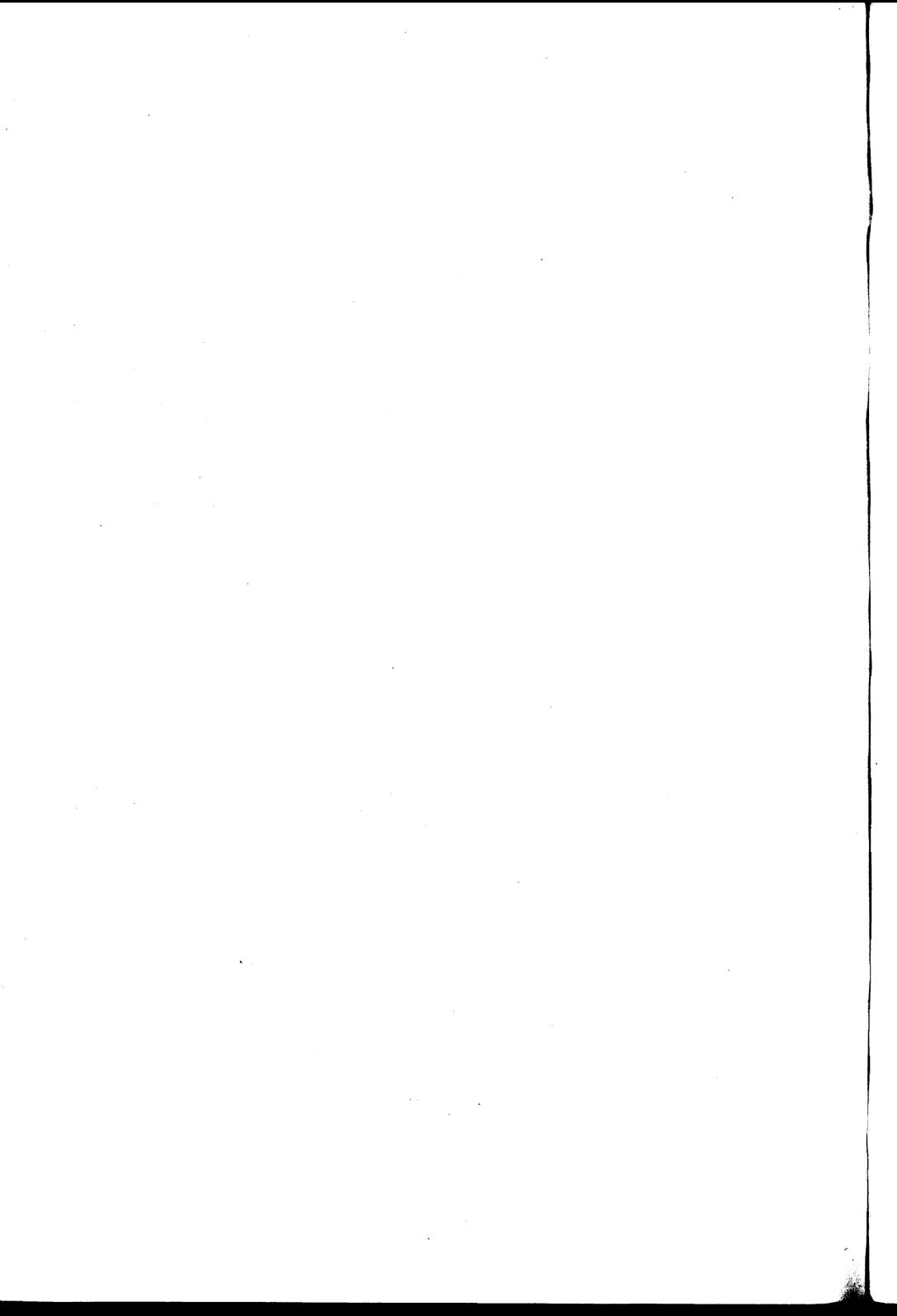
Nómbrese al señor Consejero Dr. Eliseo Canton, al profesor titular Dr. Ubaldo Fernández y al profesor suplente Dr. Juan A. Gabastou, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires. Junio 26 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3158 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Por qué es tan frecuente la rotura vesical en la pubiotomía subcutánea (3 en 4 casos según el autor) y no así en la parcialmente subcutánea, donde es excepcional?

Eliseo Cantón.

II

En el tratamiento de las llamadas estrecheces pelvianas relativas ¿estarán perfectamente justificados nuestros excesivos entusiasmos por las pelvitomías?

Ubaldo Fernández.

III

El propósito del autor de la presente tesis, se desvirtúa, dado que la elección de los casos de pubiotomía, evidencia un prejuizgamiento en contra de esta operación.

Juan A. Gabastou.

