



Año 1918

N. 3433

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Misc. B. 31. 6

Las estrecheces pélvicas

FRENTE A LA SINFIOTOMIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VICENTE ESTÉVEZ

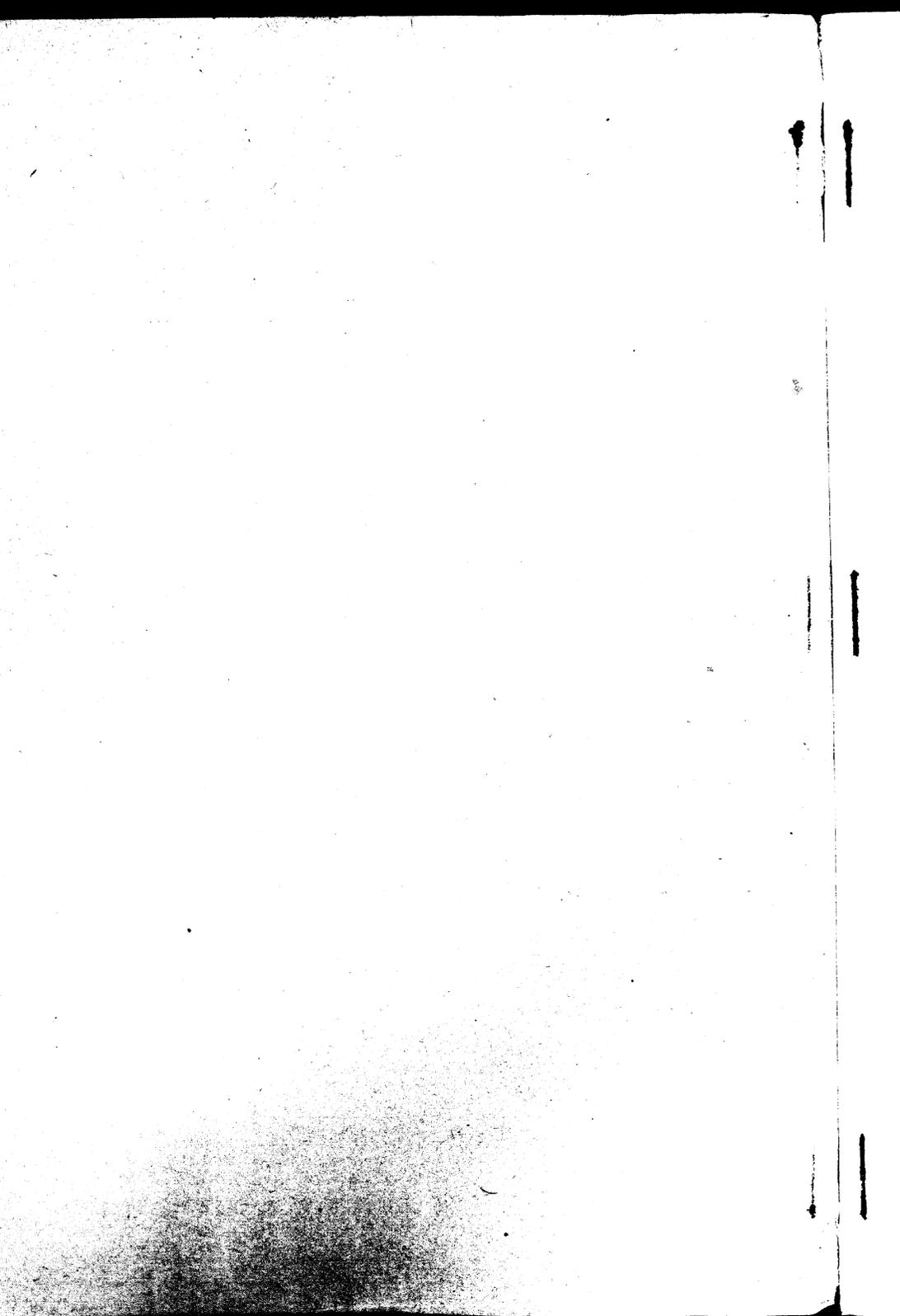
Practicante interno del Sanatorio Policlínico (1912 - 1914)
Practicante honorario del Instituto Jenner (1914)
Practicante externo y menor interno del Hospital Alvear (1914 - 1917)
Practicante mayor del Hospital Devoto (1916 - 1917)
Practicante mayor del Hospital Nueva Pompeya (1917 - 1918)
Practicante externo del Hospital San Roque (1917)



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918



LAS ESTRECHECES PELVICAS FRENTE A LA SINFISIOTOMIA



Año 1918

N. 3433

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Las estrecheces pélvicas

FRENTE A LA SINFIOTOMIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VICENTE ESTÉVEZ

Practicante interno del Sanatorio Policlínico (1912 - 1914)
Practicante honorario del Instituto Jenner (1914)
Practicante externo y menor interno del Hospital Alvear (1914 - 1917)
Practicante mayor del Hospital Devoto (1916 - 1917)
Practicante mayor del Hospital Nueva Pompeya (1917 - 1918)
Practicante externo del Hospital San Roque (1917)



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

M. B. 3116

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

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

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

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

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. CABASTOU

ESCUELA DE MEDICINA

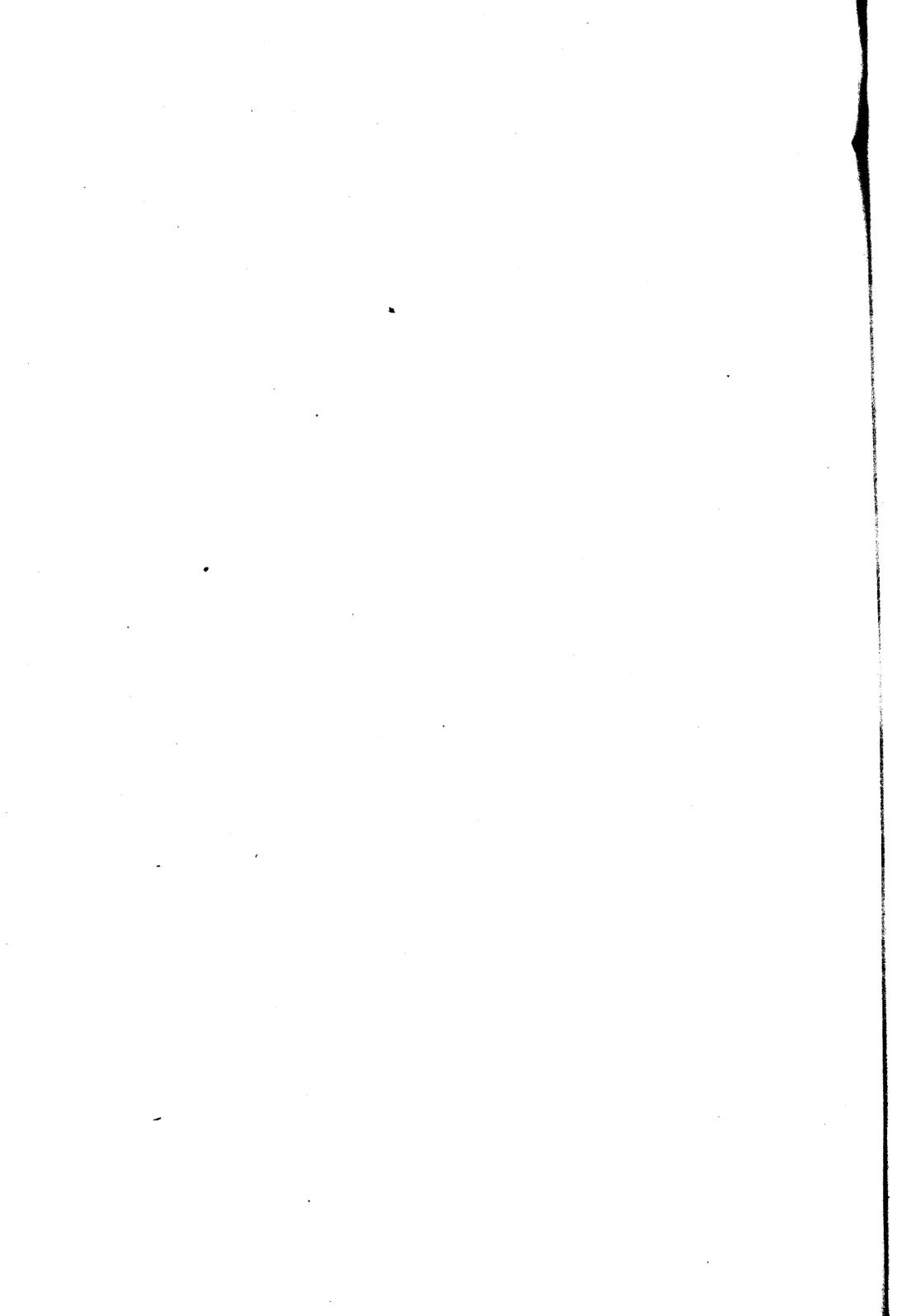
PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI
- » TELÉMACO SUSINI

ESCUELA DE MEDICINA

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



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica	» FELIPE A. JUSTO
Clinica Dérmato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN
Clinica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clinica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRÚN
	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clinica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clinica Obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	» PATRICIO FLEMING

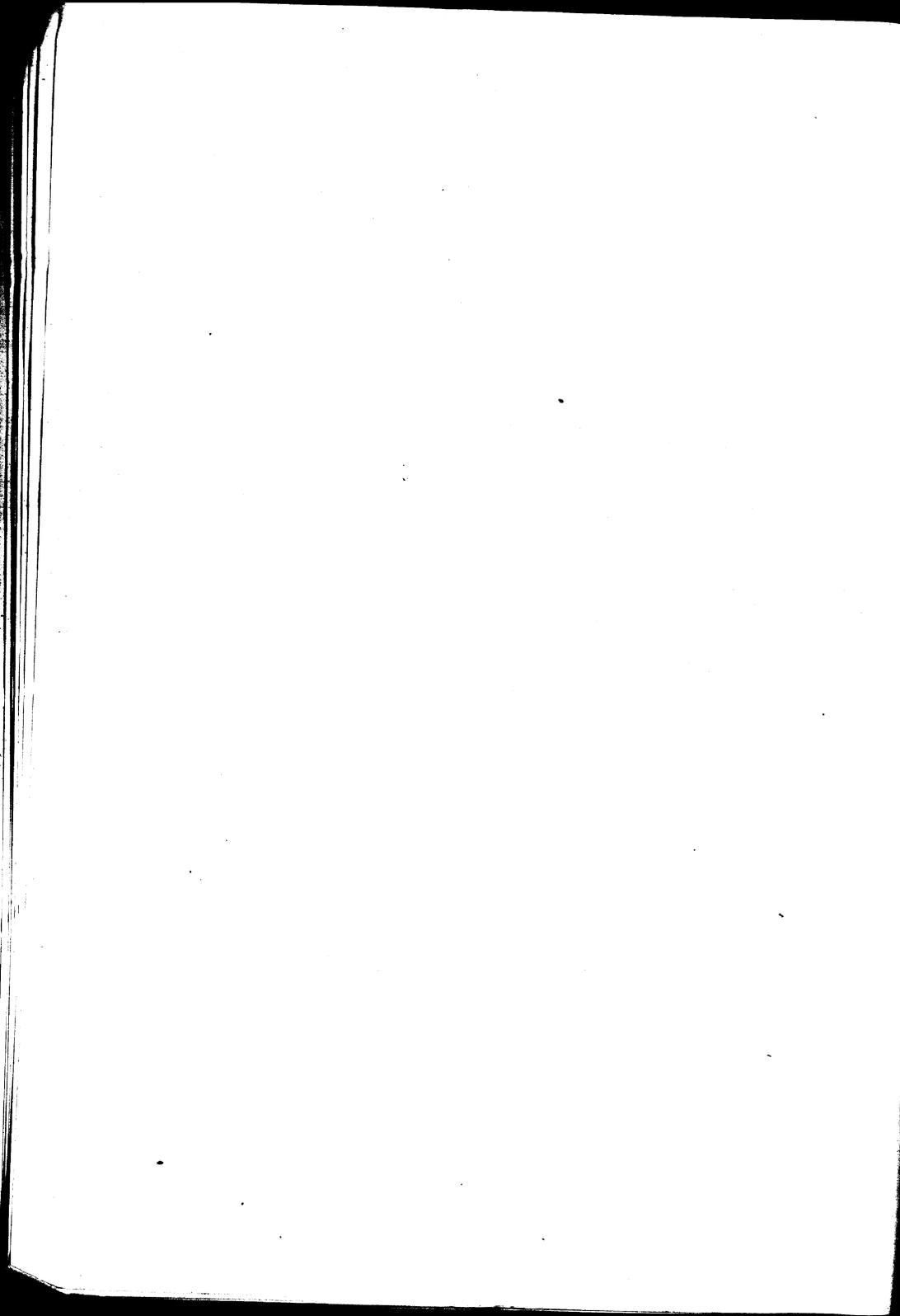


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Zoología médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» RIGORIO GALLI
Bacteriología.....	» JEAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	» FRANCISCO ROPHILLE
Higiene Médica.....	» FRANK L. SOLER
Semiología y ejercicios clínicos.....	» BERNARDO HOUSSAY
Anatomía patológica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Materia médica y terapéutica.....	» SALVADOR MAZZA
Medicina operatoria.....	» BENJAMÍN GALARCE
Patología externa.....	» MANSURI V. CARBONELLI
Clinica dérmato-sifilográfica.....	» SANTIAGO M. COSTA
» Génito urinaria.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
» epidemiológica.....	» ALFREDO VITÓN
» oftalmológica.....	» PEDRO J. HARDOY
» oto-rino-laringológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología interna.....	» ANGEL H. ROFFO
Clinica quirúrgica.....	» PEDRO ELIZALDE
» Neurológica.....	» JOSÉ MORENO
» Médica.....	» PEDRO CASTRO ESCALADA
» pediátrica.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
» ginecológica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» obstétrica.....	» CASTELPORT LUIGONES
Medicina legal.....	» ENRIQUE M. OLIVERI
Clinica Psiquiátrica.....	» ALEJANDRO CIEVALLOS
	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
	» JOAQUÍN CERVEIRA
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
	» FERNANDO E. TORRES
	» FRANCISCO DESTÉFANO
	» ANTONINO MARCO DEL PONT
	» DANIEL THAMM
	» ADOLFO NOCETI
	» RAÚL ARGASARAZ
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTÍN CASTRO ESCALADA
	» FELIPE J. BASAVILBASO
	» ANTONIO R. ZAMBRINI
	» ENRIQUE FERREIRA
	» PEDRO LABAQUI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARTARO
	» EDUARDO MARTÍÑO
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO P. LANDEVAR
	» JORGE LEYRO DÍAZ
	» ANTONIO F. CELESIA
	» TOMÁS B. KENNY
	» GUILLERMO VALDÉS (H.)
	» VICENTE DIMITHI
	» RÓMULO H. CHIAFFORI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERG
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTÉFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» TULLIO MARTINI
	» CÁNDIDO PATTIÑO MAYER
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» JULIO IRIBARNE
	» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOSUÉ A. BERUTTI
	» NICANOR PALACIOS COSEA
	» VICTORIO MONTEVERDE
	» JOAQUÍN V. GRECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTA
	» AMABLE JONES



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

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

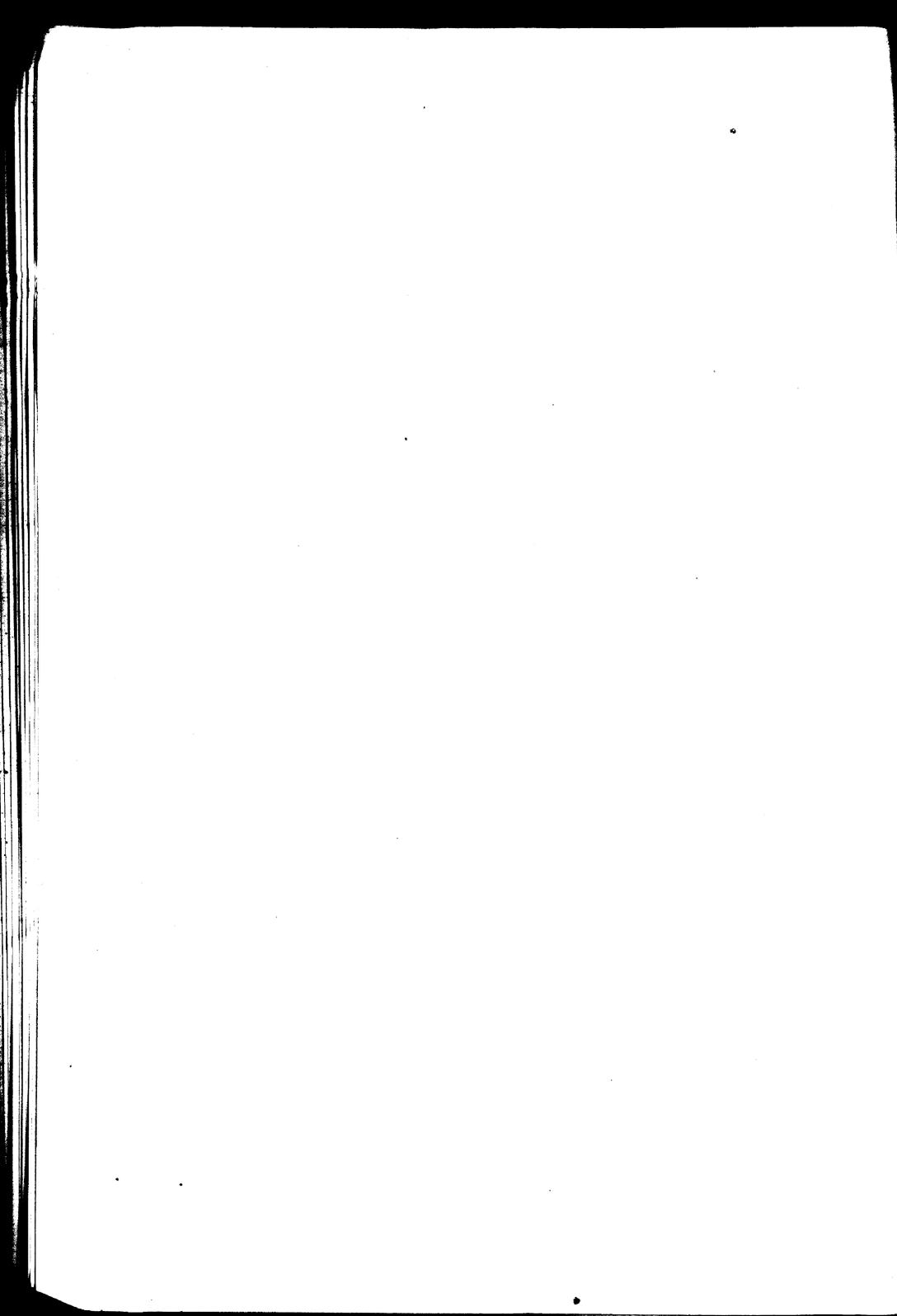
Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. PANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general.—Anatomía y Fisiología comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica...
 Botánica y Micrografía vegetal....
 Química farmacéutica orgánica.....
 Técnica farmacéutica (1er curso)...
 Higiene, Ética y Legislación.....
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....
 Técnica farmacéutica (2º. curso)...

Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO
 » JULIO J. GATTI
 » MIGUEL PUIGGARI
 » ADOLFO MUJICA
 (Vacante)
 » J. MANUEL IRIZAR
 » RICARDO SCHATZ
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
 Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Zoología general—Anatomía y fisiología comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica...
 Botánica y Micrografía vegetal....
 Química farmacéutica orgánica.....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....

Catedráticos sustitutos

Dr. ANGEL BIANCHI LISCHIETTI
 » TOMÁS J. RUMI
 » ANGEL SABATINI
 » EMILIO M. FLORES
 » ILDEFONSO C. VATTUONE
 » PEDRO J. MÉSIGOS
 Dr. LUIS GUGLIALMELLI
 Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
 » PASCEAL CORTI
 » CLEOFÉ CROCCO
 Dr. JUAN A. SANCHEZ
 Sr. OSCAR MIALOCK

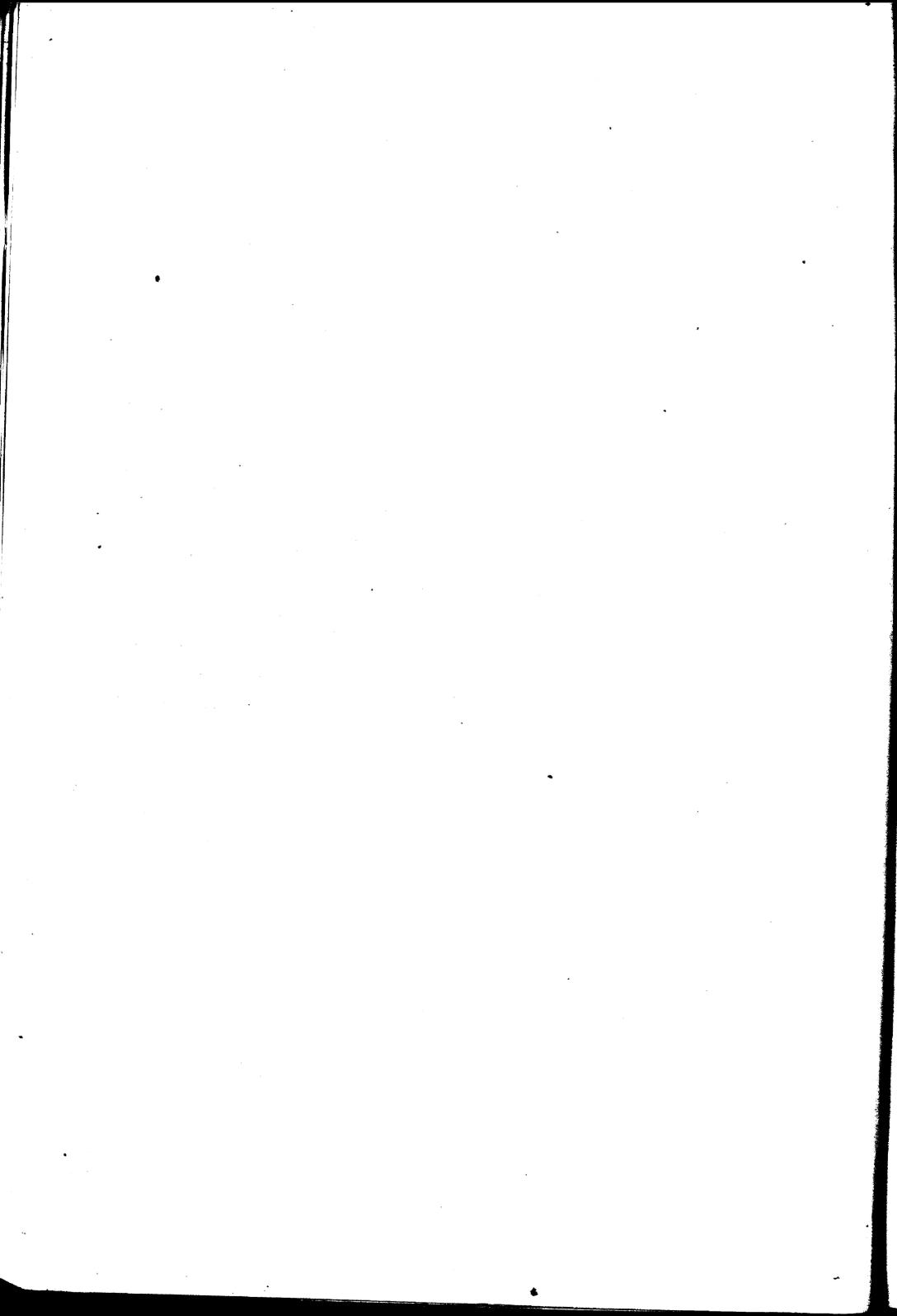
DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....
 Mineralogía y Geología.....
 Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....
 Química analítica aplicada (Medicamentos).....
 Química biológica.....
 Química analítica aplicada (Bromatología).....
 Física general.....
 Bacteriología.....
 Toxicología y Química legal.....

Catedráticos titulares

— —
 — —
 — —
 Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejercicio)
 » PEDRO J. PANDO
 — —
 — —
 » CARLOS MALBRÁN
 » JUAN B. SEÑORÀNS

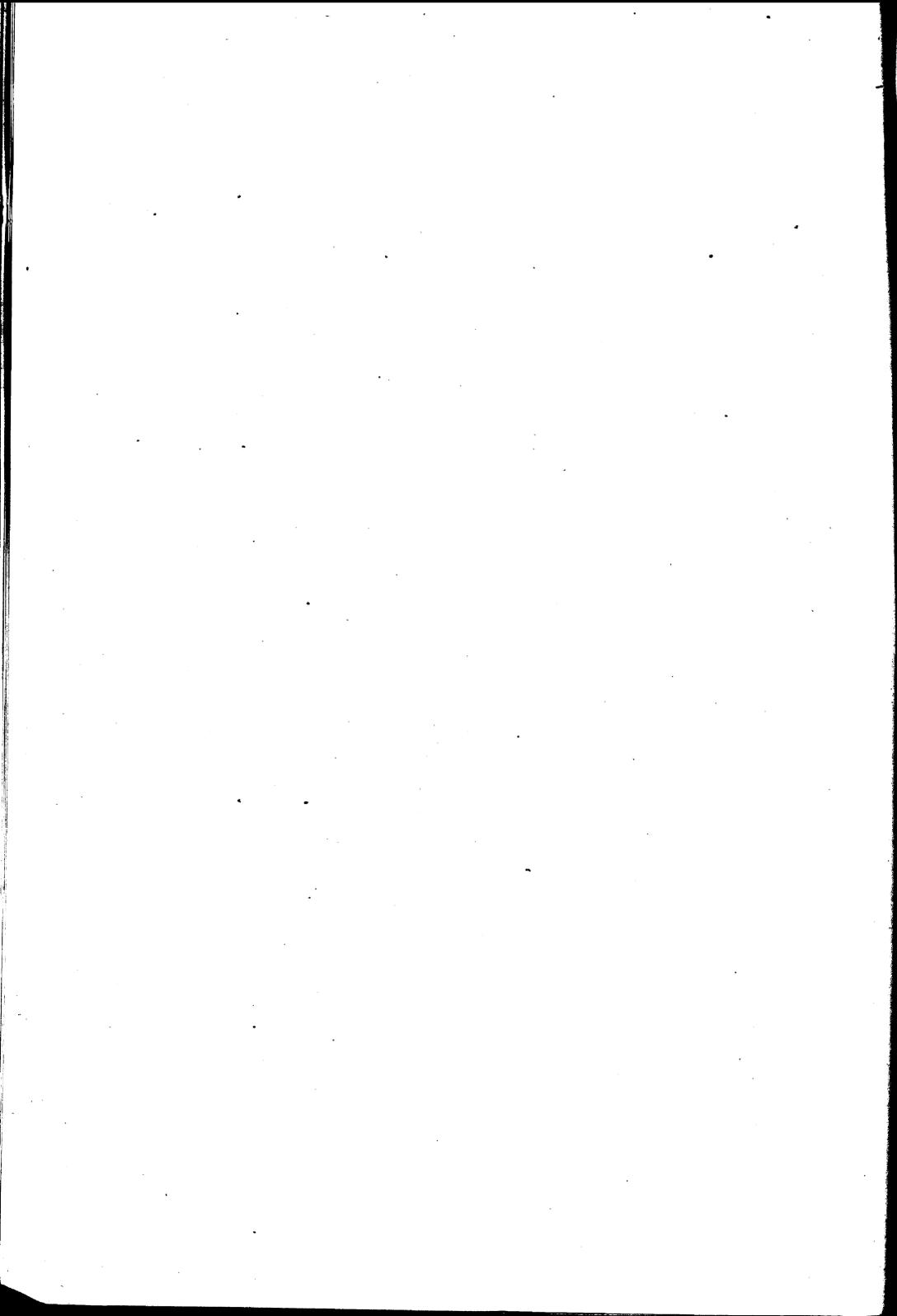


ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

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

Catedráticos sustitutos

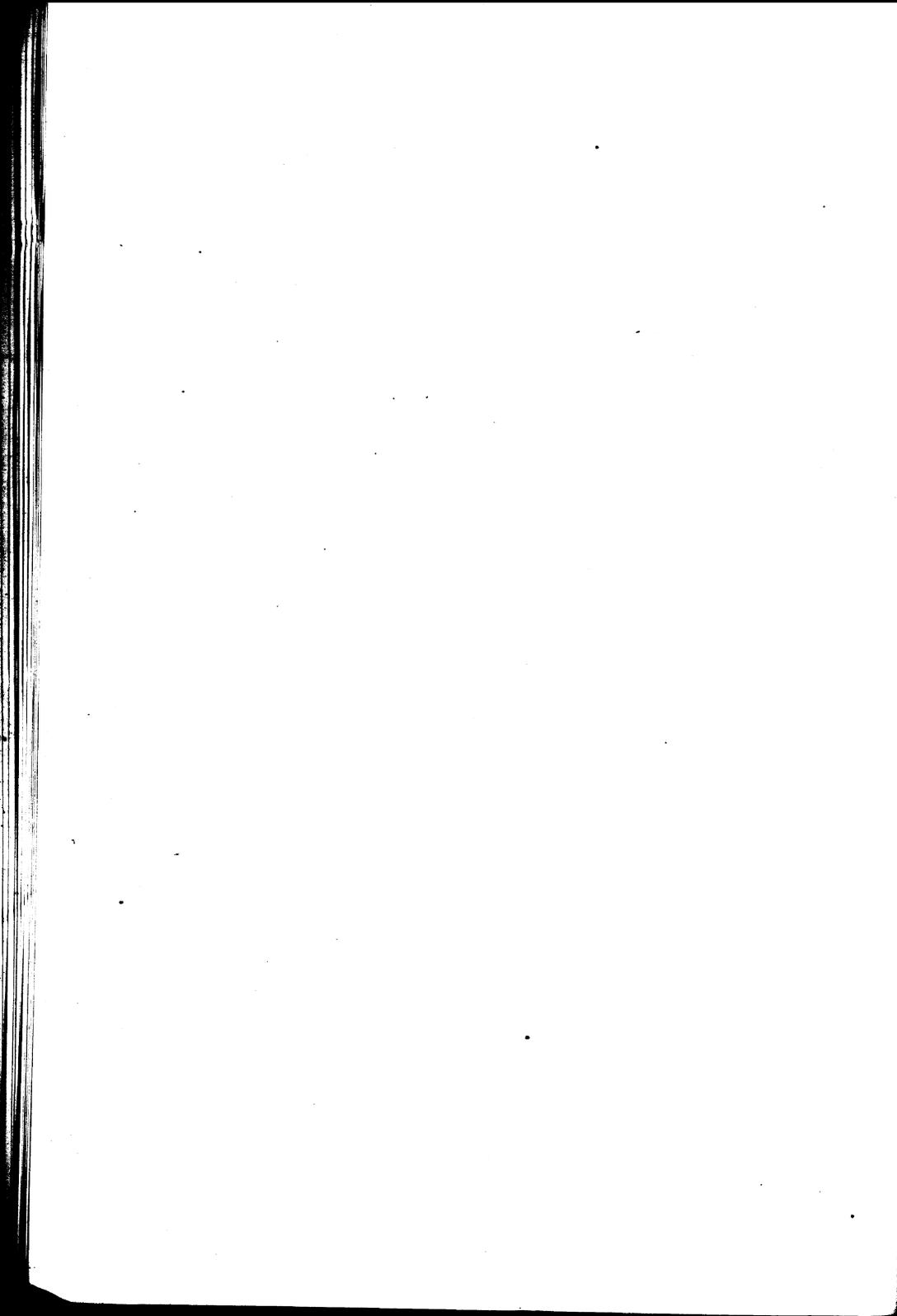
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA (»)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



PADRINO DE TESIS:

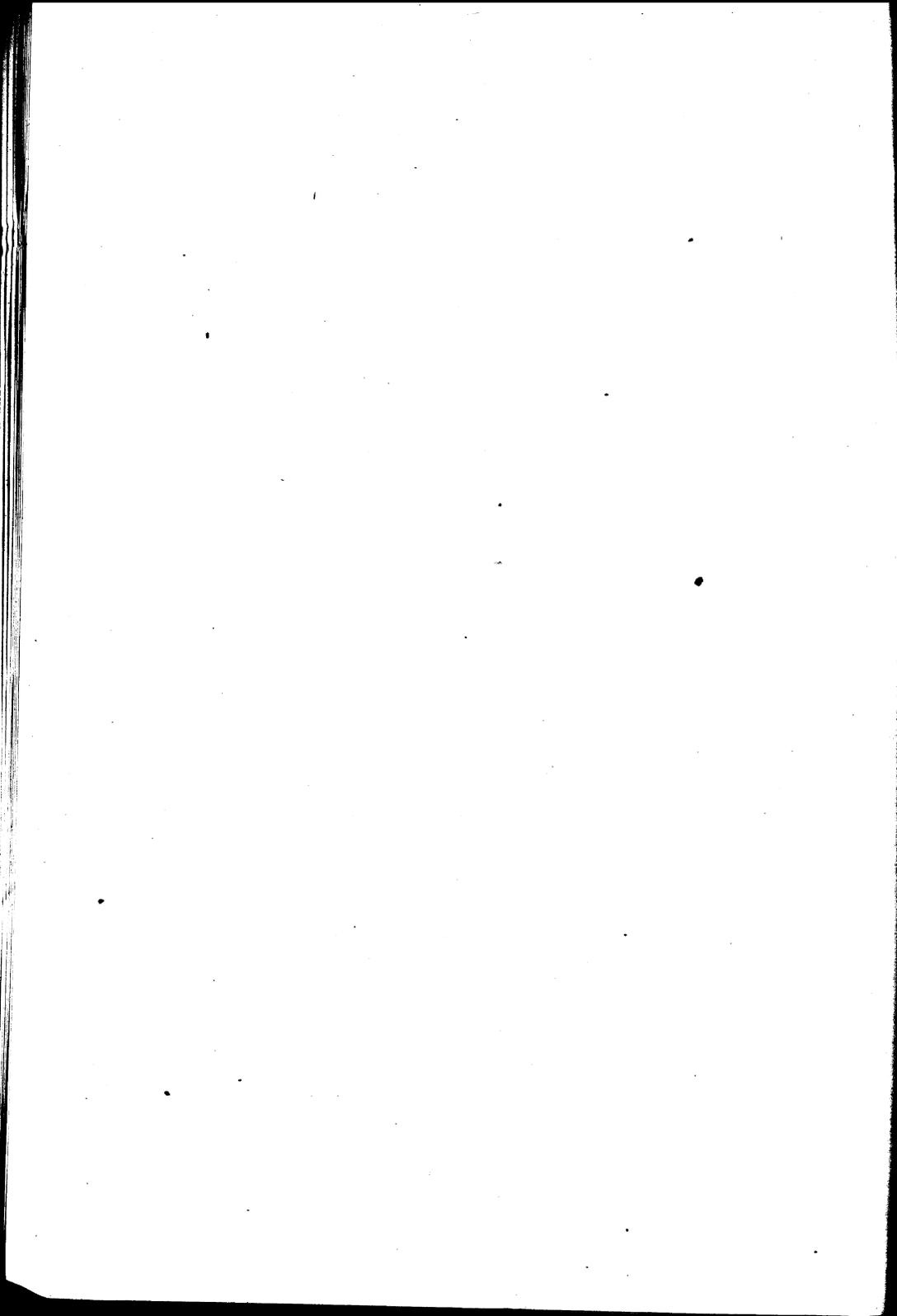
Dr. ARNALDO CAVIGLIA

(Del Hospital Rivadavia)



A MIS QUERIDOS PADRES

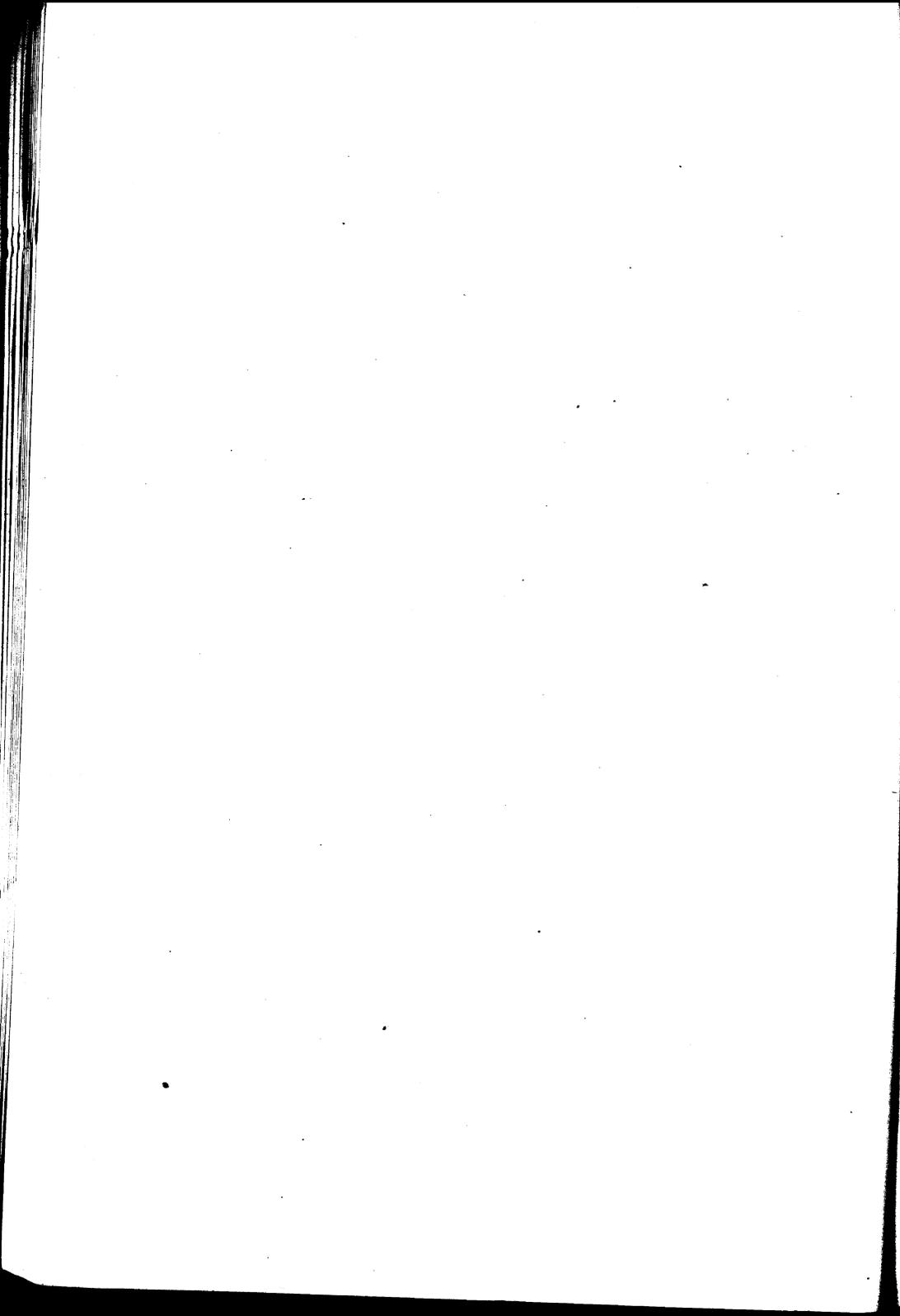
GRATITUD Y CARÍO



A MIS HERMANOS
FRATERNALMENTE

A MIS AMIGOS
SIEMPRE AMISTAD

A LOS MIOS
MI DEUDA



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al tronchar hoy con este trabajo, bruscamente, mi larga vida de estudiante, me place comunicaros la satisfacción que mi conciencia experimenta por ello. Y no es que mi alegría derive por abandonar a los que me han conducido hasta la meta deseada, ¡no! mi alegría se basa porque sé que hoy, en posesión de todas mis fuerzas, sabré lanzarme solo a la lucha para conquistar por mis propios méritos el respeto que después de tantos años de sacrificio me es dable esperar.

Pero no me hago ilusiones; sé que la lucha que tendré que sostener será dura, cruel, interminable,

aunque sé que en ella he de adquirir la experiencia y el temple necesario para no doblegarme jamás a nada que pueda ser injusto.

Sé también, y por cierto me amarga, que el respeto que antaño inspiraba al público nuestra profesión, que la consideraba un verdadero sacerdocio, hoy se ha disipado, para no ver en ella más que un vulgar comercio.

¡Y les doy la razón! Pues hoy en día el médico (salvo honrosas excepciones) no vé en ella sino un principio (trabajar mucho) para conseguir un fin (riquezas) pero si siguieran este camino por vía legal no sería nada, es decir, sería un egoismo hasta cierto punto justificable; lo peor es que muchas veces no se repara en los medios con tal de conseguir el fin; y esto tal vez sea debido a que entre los profesionales la rama más abandonada de nuestra ciencia, y no trepido en decirlo, es la ética médica; aunque por otra parte se me podría responder que la ética no la aprenden sino aquellos que desde su cuna la han mamado.

Y ahora, séame permitido una palabra de eterno cariño y agradecimiento a todos los médicos y compañeros con quienes me haya ligado alguna amistad.

Al Dr. Arnaldo Caviglia, que me acompaña en

el presente trabajo, mi más profundo agradecimiento y eterna amistad.

Al Dr. Jacobo Spanbemberg, maestro y amigo, admiración y respeto.

A los Profesores Oscar Copello, Joaquín Nin Posadas y E. Zárate, inolvidable estimación.

A los médicos internos del Hospital Alvear: Coni Bazán, Cassinelli, Barceló, Acosta, y a todos los que fueron mis compañeros y amigos y a los que sin ser compañeros de Facultad nos ha unido alguna amistad, que vean siempre en mí al antiguo amigo, que lo hallarán siempre el mismo: franco y sin dobleces.

Por último, a las personas que me han ayudado en forma incondicional en este trabajo: eterno recuerdo, inolvidable deuda.



CAPITULO I

Estrecheces pélvicas

Clasificación y Etiología

Entendemos por estrecheces pélvicas la disminución de uno o varios diámetros pelvianos, en virtud de lo cual es modificado el mecanismo del parto.

Al objeto de nuestro estudio, y siguiendo en esto a la mayoría de los autores, dividiremos a la pelvis en tres componentes, pero considerando primero a ésta en su composición normal, a objeto de dar sus dimensiones en la forma más resumida posible, para entrar luego de lleno en el tema con que encabezamos nuestro capítulo.

Lo primero a considerar en la pelvis, es el estrecho superior, y en éste sus diferentes diámetros;

a saber: el ántero posterior, los oblicuos y el trasverso máximo, los cuales miden, respectivamente, 11, 12 y 13,5 centímetros.

En un estrecho superior de estas dimensiones los diámetros de encaje son dos, y estos son los diámetros oblicuos, estos están o tienen, a mejor decir, una relación geométrica con los sacros cotilóideos, que son perpendiculares a los primeros estos sacros cotilóideos miden 9 cm., longitud suficiente para permitir el descenso de las regiones anteriores o posteriores de la cabeza fetal.

Ahora consideramos en segundo término a la excavación, que está inmediatamente por debajo del estrecho superior, siendo una región amplia circular donde todos los diámetros miden 12 cm.

Por último hablaremos del estrecho inferior, el cual encierra varios diámetros útiles a conocer, a saber: el bi-isquiático, que mide 11 cm.; el Sub-sacro-sub-púbico, 12 cm. y el coxi-sub-púbico, 8,9 cm. Este último sufre variaciones de importancia pues se trata, si me permite la palabra, de un diámetro móvil.

Expuesto lo anterior con objeto de refrescar la memoria muy conveniente siempre que se trate de cifras, entraremos al estudio de las estrecheces pélvicas, pero como este tema es vastísimo y sobre

todo confuso, consideraremos primero las clasificaciones, para poder entrar con paso más seguro a su estudio y facilitar en lo posible su comprensión.

Numerosas son las clasificaciones propuestas con este objeto, las cuales reposan sobre tres bases distintas, a saber: la anatómica, la etiológica y la clínica.

Alrededor de estas bases, ya puras ya compenetrándose unas con otras, oscilan las clasificaciones.

Nosotros adoptaremos en este estudio la clasificación anatómica, indicando al mismo tiempo la razón de esta preferencia.

Como clasificaciones patológicas o patogénicas citaremos, a título de ilustración, la de Killian en 1840, y aunque hecha en forma algo simple, ha tenido aceptación de autores tales como Schanta, Tarnier y Bonnaire, etc. Esta clasificación es atacable en su base puesto que, tratándose de organismos; iguales causas pueden producir muy fácilmente distintos efectos, por la forma distinta de reaccionar los individuos atacados o también pasar lo contrario; verbigracia: el raquitismo en unos casos dá un tipo de pelvis estrecha muy distinto al que pudiera dar en otro individuo; o también

causas opuestas dar idénticos resultados: una escoliosis en una niña modifica la pelvis en igual que la modificaría una amputación de muslo.

Respecto a clasificaciones clínicas, Fœchier en 1886 ha hecho un ensayo el cual se basa sobre el modo de pasar la cabeza a través del estrecho superior.

Esta clasificación tendría la ventaja de agrupar hechos obstétricos idénticos; pero esto tiene el inconveniente que, aunque se trate de pelvis idénticas, varían estos hechos obstétricos con solo variar el volúmen de la cabeza fetal, de suerte que una pelvis clasificada en tal grupo para una cabeza de término, cambia de clase si el niño es prematuro.

Por último, trataremos de la clasificación anatómica. Esta lleva sobre las demás, la ventaja, de ser muy simple y permitir conocer el tipo de la estrechez de entre el caos de las innumerables formas.

Esta clasificación reposa en las modificaciones que pueden presentar los diámetros entre sí, para determinar la característica de una pelvis ya seca, ya estudiada en el vivo, pudiéndose preveer cual será el modo de encaje de la cabeza, durante el parto, el comadrón puede determinar bien la

forma de este estrechamiento y aplicar entonces la terapéutica del caso.

Indudablemente esta clasificación no está exenta de ataques, pero indudablemente es la que más se acerca de todas a una racional ya por la simplicidad de comprensión, ya por su aplicación a la clínica, como por su didáctica.

He aquí la clasificación anatómica que adoptaremos y que tomamos de Fabre:

Clasificación de estrecheces pélvicas

I — Estrechamientos del estrecho superior:

A — Un solo diámetro está disminuído.

1.º — El diámetro ántero-posterior: *pelvis plana*.

2.º — El diámetro transverso: *pelvis transversal estrecha*.

3.º — Un diámetro oblicuo: *pelvis asimétrica*.

B — Varios diámetros están disminuídos.

1.º — Todos los diámetros están disminuídos: *pelvis generalmente estrecha*.

2.º — El diámetro posterior está más disminuído que los otros: *pelvis aplanada y generalmente estrecha*.

II — Estrechamientos de la excavación:

1.º — Las deformaciones son simétricas: *pelvis canaliculada o pelvis generalmente estrecha*.

- 2.º — Las deformaciones son asimétricas correspondiendo a los tipos de *pelvis corálgicas*, *pelvis de parálisis infantil unilateral*, etc.
- 3.º — Las deformaciones son irregulares y los tipos imposibles a clasificar (fracturas, tumores, etc., etc.)

III — *Estrechamientos del estrecho inferior*:

- 1.º — El diámetro ántero-posterior está disminuído raramente en exceso.
- 2.º — Algunas veces en la cifosis el diámetro transverso está disminuído: *pelvis cifótica*.
- 3.º — Las asimetrías son frecuentes: *pelvis corálgicas*, etc.

Una vez sentada la clasificación de las estrecheces pélvicas, diremos en breves palabras las causas más comunes de estrechamientos de pelvis.

Las causas las podemos dividir, para mayor claridad, en generales y locales, pudiendo estas últimas ser por acción directa o a distancia.

Causas generales — *Viciaciones pelvianas por acción trófica*. — Estas causas modifican todo el esqueleto guardando en estos casos la pelvis el carácter de la del recién nacido; el diámetro ántero-posterior es mayor que el transverso, siendo el estrecho superior de forma redonda, mientras el in-

ferior está deformado, estando el sacro, recto y alargado y los huesos ilíacos, verticales. Todas estas modificaciones varían según el momento en que se despierta la enfermedad causal, pudiendo aparecer ya en la vida intrauterina o en la infancia.

Citaremos el nanismo verdadero, caracterizado por la pequeñez armónica de la persona debido a un detenimiento de la osificación, pero esto es raro; mucho más frecuente es la atrofia del esqueleto por alteración de las glándulas de secreción interna: cuerpo tiróides, ovario, hipófisis, sin que estos tipos sean siempre fáciles a diferenciar; por otro lado estas alteraciones, sobre todo del cuerpo tiróides e hipófisis, pueden también traer hipertrofias.

La acondroplasia dá también frecuentes alteraciones, caracterizada por la pequeñez de la estatura con atrofia muy enarcada de la longitud de los miembros inferiores e integridad relativa del tronco.

Estas distintas acciones tróficas obran sobre el esqueleto de la pelvis y constituyen la pelvis generalmente estrecha y combinándose a menudo con el raquitismo producen las pelvis aplanadas y generalmente estrechas.

Pero la causa más frecuente en la producción de estas perturbaciones del esqueleto, nos la dá el

raquitismo; sin entrar a considerar las diversas teorías que pretenden descifrar la etiología de esta enfermedad, diremos que es una enfermedad de la infancia, y que la intensidad que produce en las deformaciones depende en gran parte de la edad en que se manifiesta; el esqueleto queda atrofiado o bien los huesos en su espesor o a nivel de sus saliencias quedan hipertrofiados, volviéndose al mismo tiempo más blandos, lo que los hace aptos para sufrir deformaciones debidas a las presiones.

El raquitismo se comporta de maneras muy variables con las pelvis, no existiendo tipos de pelvis raquílicas sino tipos muy distintos de variaciones pélvicas debidas al raquitismo.

Otra causa mucho más rara de malformaciones pélvicas y que solo se presenta en la edad adulta, es la osteomalacia, que deja los huesos modelables, por así decir; parece ser que esta enfermedad tiene una gran relación con el grado de puerperalidad.

Viciaciones congénitas. — Durante el desenvolvimiento intrauterino que efectúa el feto en su claustro, suele acontecer que tal grupo de puntos de osificación sean destruídos: esto es lo que sucede con la pelvis oblicua ovalar de Naegele, en donde los alerones del sacro y hueso ilíaco quedan com-

pletamente atrofiados; la oblicua ovalar de Naegele corresponde a una pelvis asimétrica, la diferencia entre los diámetros oblicuos es considerable, llegando muchas veces a pasar de tres centímetros. La asimetría, como se vé, es violenta y dá a este tipo netamente individualizado, el nombre de Naegele, tipo, que por otro lado, es poco frecuente hallar.

Estas causas congénitas suelen estar en la mayoría de los casos dependiendo de enfermedades de los padres, en donde las taras se manifiestan por deformaciones que pueden ser muy numerosas; enfermedades que, actuando directamente sobre el feto, pueden dar las innumerables variantes que en todos los órdenes de la vida suele dar el trípode alrededor del cual se desgasta la humanidad: alcoholismo, sífilis y tuberculosis.

Causas locales. — Origen inflamatorio. — La acción puede ser localizada a un órgano que afecte el crecimiento del hueso, por ejemplo el cartílago en Y del fondo de la cavidad cotilóidea, que es lo que pasa en la coxalgia tuberculosa que trae una atrofia del hueso coxal con proyección del isquión hacia adelante de la pelvis.

Origen nervioso. — Entre éstas la más común de todas es la producida por la parálisis infantil

que muchas veces suele extenderse hasta los dos miembros, aunque mucho más frecuente es que su acción solo ataque a un segmento, en el cual después de la atrofia muscular aparece luego la ósea.

Origen mecánico. — En este origen el peso del cuerpo juega un rol preponderante.

El estrecho superior normal es el resultado de modificaciones aportadas a la pelvis del recién nacido por la presión vertebral de una parte, y la contrapresión femoral de otra; estas presiones son simétricas al estado normal y se ejercen sobre huesos resistentes, pero si modificamos cualquiera de estas dos condiciones de estabilidad, veremos también que el resultado será distinto, y este resultado se traducirá por consiguiente bajo la forma de una pelvis viciada.

Las presiones vertebrales pueden ejercerse en dos formas principales, a saber: lateralmente y de adelante hacia atrás.

En el primer caso encuadra la escoliosis; en este caso la columna vertebral cae oblicuamente sobre el sacro, aproximando el promontorio a la cavidad cotiloidea del lado en que se halla la convexidad de la curvatura lumbar de compensación.

En el segundo caso, que no los daría una cifo-

sis angular con asiento en la región lumbar, el peso del tronco tiende a pasar por delante del sacro, el enfermo entonces endereza su pelvis y produce una lordosis de compensación; el ángulo del promontorio queda disminuído y la base del sacro es llevada hacia atrás siendo por consiguiente la punta del sacro y por lo tanto el coxis enviadas hacia adentro. El estrecho inferior queda reducido y el superior es agrandado en el sentido antero-posterior.

En la luxación congénita bi-lateral, el punto de aplicación de la cabeza femoral está situado por encima del plano del estrecho superior, estableciendo, por así decir un juego de báscula cuyos puntos de apoyo serían las cavillas auriculares del sacro y la sínfisis púbica, con tendencia a aproximar las partes superiores y a separar los isquiones, produciendo una disminución de los diámetros del estrecho superior y un alargamiento del inferior.

Hablaremos ahora de la causa contraria, es decir de la contrapresión femoral, que puede hacerse en dos formas:

- 1.º — Por ausencia de presión en un lado,
- 2.º — Por ausencia de presión bilateral.

El primer caso es realizado por la amputa-

ción de un miembro, por tumores blancos de la rodilla, por luxaciones unilaterales, por coxalgias, etc. En estos casos las pelvis quedan asimétricas, la asimetría se establece sobre el costado sano que es el único que establece la presión en estos casos.

En el segundo grupo la pelvis conserva el tipo infantil y se produce en aquellos casos en que el paciente se encuentra durante largo tiempo en posición horizontal, debido a aquellos casos que traen como consecuencias directas para su terapéutica largas inmovilizaciones. En estos casos el diámetro promonto-púbico-es el dominante y el encaje se produce en ántero-posterior.

Cuando el raquitismo es el que produce la inmovilización a largos plazos por impotencia funcional para la deambulación, el tipo de pelvis se acompaña de lesiones raquílicas; el sacro se vuelve plano, convexo transversalmente, y el promontorio entonces no es proyectado hacia el interior de la pelvis.

Por último, señalaremos las acciones tróficas y mecánicas combinadas, siendo esto último frecuentemente observado y sobre todo con el raquitismo, que es el que más se presenta para estas asociaciones y de aquí también la explicación de las pelvis aplanadas y generalmente estrechas.

CAPITULO II

Las estrecheces pelvianas frente a la sinfisiotomía

Una vez hecho nuestro estudio sobre las modalidades de la morfología de las estrecheces pélvicas, trataremos ahora de la forma en que se comporta la sinfisiotomía frente a ellas, y las modificaciones que aporta esta operación en lo referente a los diámetros de una pelvis sinfisiotomizada.

Trataremos entonces de deslindar las distintas viciaciones de la pelvis para ver cuales son, y qué condiciones necesitan para que nosotros frente a ellas podamos tratarlas y que nos aporten el consiguiente éxito.

Empezaré por dividir las estrecheces de la pelvis en dos grandes grupos a saber: Pelvis via-

bles y pelvis no viables y enseguida veremos en qué condiciones físicas reposan estos términos para aplicar en cada caso las distintas terapéuticas.

Pelvis no viables. — Trataremos de establecer primero que es lo que entendemos por pelvis viables y después las condiciones que necesita tener una pelvis para darle esta asignación.

Entendemos por pelvis no viables aquellas pelvis en que el producto de la concepción materna no tiene salida al exterior por la vía natural.

Esta no salida por la vía natural está subordinada a dos puntos de vista principales en relación con uno secundario, a saber:

- 1.º — Asimetría en la pelvis,
- 2.º — Dimensiones de diámetro; y el
- 3.º — (secundario), volumen fetal.

Respecto al primer punto podemos decir que en las pelvis fuertemente asimétricas (pelvis de Naegele, Roberts), fracturadas con consolidaciones malas, coxálicas, etc., pueden ser incluidas en las no viables aunque siempre con algunas reservas.

Fuera de esto y tratándose de pelvis simétricas, se complica más esta división y es aquí precisamente, en donde el médico debe aguzar bien su inteligencia y pesar en forma sabia las probabili-

dades que hay en pro y en contra para decidirse a considerar la pelvis como viable o no, a objeto de aplicar los tratamientos del caso y evitar equivocaciones de apreciación que modifican tan fundamentalmente las terapéuticas y con ello el pronóstico de las pacientes.

Morisani estima que por debajo de 67 mm. de diámetro ántero-posterior, el término de pelvis no viable es rigurosamente exacto; pero para otros autores que se han ocupado más recientemente de este asunto, elevan esta cifra a 75 mm. de diámetro ántero-posterior y para otros 8 mm.

Con solo estos datos creo que estamos autorizados, y siempre que supongamos un feto a término y normal, a establecer en forma categórica la siguiente:

1.º — Será considerada rigurosamente no viable toda pelvis cuya asimetría sea violenta o que, siendo simétrica, su diámetro ántero-posterior sea inferior a 67 mm.

2.º — Será considerada de dudosa de viabilidad toda pelvis cuyos diámetros oscilen entre 67 mm. y 80 mm. de diámetro ántero-posterior (siempre con la salvedad de la asimetría violenta y tamaño fetal), siendo en estos casos sobre todo donde la experiencia, preparación y criterio médico del

nemos; pero dejaremos de lado los demás procedimientos para tratar sólo de la forma de comportarse las sinfisiotomía (objeto de nuestro estudio) frente a las estrecheces pélvicas.

Las desviaciones pélvico-fetales y siempre que oscilen en las proporciones requeridas, son generalmente las que forman parte de las indicaciones de la sinfisiotomía, la cual tiene por objeto el disminuir esta proporción para dar salida al ser, que encerrado en su prisión materna, se debate por exteriorizarse.

Veamos ahora los aumentos que nos dá la sinfisiotomía en los diámetros pélvicos, considerando que estos diámetros aumentan en relación directa con el grado de separación púbica; separación que, aunque algunos autores afirman poder llevar hasta 7 cm., nosotros aconsejamos no pasar nunca de 5 cm., pues más allá de esta cifra es muy frecuente causar en las parturientas lesiones, ya de las articulaciones, ya de los tejidos periarticulares, ya de las vísceras pelvianas (sobre todo de la vejiga y uretra, que son las más frecuentemente lesionadas).

Los huesos ilíacos, al ser separados, giran alrededor de las carillas sacras, dirigiéndose hacia los costados, aumentando los diámetros trans-

sales pero dejando en igual forma el ántero-posterior, pues no van hacia delante, si bien es cierto que por otra parte se podría decir que el diámetro ántero-posterior ha dejado de existir, puesto que uno de sus límites, (la sínfisis) ha desaparecido. De manera que no existiendo ya aquél diámetro antiguo, serán otros diámetros nuevos con los cuales tendremos que relacionar estos aumentos; aumentos que se deben no a la proyección hacia adelante del pubis (que no hay) sinó a que, desplazándose los dos arcos de círculo formados por los huesos ilíacos sobre el sacro, punto de apoyo fijo; es axiomático que cuanto mayores sean los arcos de círculo, mayores serán sus cuerdas. Por otro lado, el descenso que sufren los pubis como consecuencia de su articulación sobre el sacro, traerá también un mayor aumento del diámetro ántero-posterior, habiéndolo ya demostrado Farabeuf que para un aumento de 12 milímetros hay un descenso de 10 milímetros.

Por otra parte, también la cabeza del feto en su descenso encaja su bóveda parietal anterior en la separación púbica, dando así un aumento directo del diámetro ántero-posterior por disminución virtual de los diámetros de la cabeza; observando que para una separación de 5 centímetros en los

pubis hay 5 milímetros de pérdida del diámetro cefálico a que nos referimos.

Expondremos ahora en dos cuadros estos aumentos, que nos ahorrarán palabras y aumentarán la claridad de la exposición:

y luego resumiremos en lo siguiente:

I.— Cuadro de Fochier, de los distintos diámetros con separación púbica de 6 cm.

Diámetros	Aumento de una pelvis		
	Normal	Aplanada	Aplan. y gen. estr.
Conjugado	8 mm.	13 mm.	6 mm.
Transverso máximo	26 »	16 »	18 »
» mediano	28 »	20 »	30 »
Oblicuo izquierdo	11 »	12 »	14 »

II — Cuadro de Farabeuf, indicando el aumento del diámetro antero-posterior o promonto-púbico.

Separación interpúbica	Aumento para una pelvis de:					
	5 cm.	6 cm.	7 cm.	8 cm.	9 cm.	10 cm.
5 cm.	23 cm.	21 cm.	19 cm.	17 cm.	15 cm.	14 cm.
6 »	29 »	26 »	25 »	21 »	19 »	18 »
7 »	34 »	31 »	28 »	25 »	23 »	21 »

1.º — Que las pelvis a tratar por la 'sinfisiotomía deben poseer la condición esencial de ser viables.

2.º — Que son condiciones esenciales de viabilidad: las dimensiones del diámetro P. P. M. en íntima relación con el volumen fetal y el grado de

asimetría, teniendo por ejemplo que a feto normal la indicación más precisa la daría un P. P. M. de 8 a 9 cm.

3.º— Que las indicaciones principales son dadas por las pelvis simétricas; siendo los tipos que responden a una indicación más favorable y por orden de elección, a) las pelvis aplanadas transversalmente; b) las pelvis planas y generalmente estrechas; c) las pelvis generalmente estrechas, aunque por otra parte esto no excluye la posibilidad de obtener éxitos en algunas pelvis asimétricas aunque esto es más raro.

CAPITULO III

Técnica operatopia

Dejando de lado la conformación anatómica la región a operar, la cual ya suponemos bien conocida por haber sido detenidamente estudiada por los que se han ocupado de este asunto, trataremos de describir la operación de la sinfi-siotomía en la forma en que la hemos visto efectuar en el servicio de la maternidad del Hospital Ramos Mejía; es decir, la que se efectúa mediante la técnica ideada por Franck, aunque con una pequeña modificación ideada por el prof. Zárate, la cual, aunque al parecer de poca importancia, tiene en la práctica un relativo valor; luego describiremos un aparato ideado por el prof. F. Velarde, cuyo objeto es evitar lesiones en los órganos vecinos y luego terminaremos el ca-

pítulo con algunas palabras sobre la sinfisiotomía precoz.

En este trabajo, nosotros vamos a hacer caso omiso de los demás procedimientos operatorios, dadas las ventajas que se obtienen por el procedimiento de Franck, ventajas que podremos ya adelantar, son enormes, tanto por la sencillez de la operación cuanto por los resultados post-operatorios, remitiendo al que desee ilustrarse más en el tema, a la bibliografía, que es ya bastante extensa.

El procedimiento a seguir es el siguiente:

Después de poner en condiciones de operar a la paciente y sondada la vejiga, se le anestesia y entonces con los dedos índice y mayor de la mano izquierda, introducidos en la vagina, y el pulgar por arriba, se toma la piel, clítoris y uretra con fuerza y se rechaza hacia abajo del borde inferior de la sínfisis pública, tratado al mismo tiempo de lateralizar la uretra (esto es facilitado por la maniobra ideada por el Dr. Chamorro, la cual consiste en dejar durante el acto operatorio una sonda Nelaton en la uretra, la cual se debe obstruir para impedir el pasaje de la orina) en esta forma tenemos a la vez también un observador que serían los dedos puestos en la vagina, del trabajo que efectuará el bisturí en la sínfisis, estando facilitada esta ob-

servación por el relieve bien neto, que nos dá la sonda puesta en la uretra.

Todas estas maniobras hasta aquí indicadas, se harán con la mujer puesta en posición ginecológica, estando sostenidas sus piernas por dos expertos ayudantes, cuya única misión sería la de impedir que la disyunción se efectuara de una manera brusca con todas las consecuencias graves que acarrearía a los tejidos distendidos brutalmente y hasta el mismo mal efecto que produce el chasquido en los oídos, al efectuarse esta brusca separación. Dicho esto, que es de capital importancia, continuaremos describiendo la técnica operatoria.

Una vez efectuado lo anteriormente dicho, tomamos un bisturí de los comunes con la mano derecha y se penetra directamente a través de la piel distendida por nuestra anterior maniobra, y justamente, bien justo, en la parte media de la sínfisis con el filo del instrumento dirigido hacia abajo. En esta forma se procede a la sección de la mitad inferior de la sínfisis y del ligamento arcuatum a pequeños golpes, sin apresuramientos ni violencias y de esta manera notamos, aunque no lo vemos, por la sensación especial que nos trasmite el bisturí, la terminación del trabajo; a semejanza de lo que ocurre en los raspados, aunque en estos, al con-

trario, es la sensación de tejido fibroso que nos trasmite la cureta el que indica el término de la operación.

En esto debemos de hacer notar que hay quienes respetan este ligamento (arcuatum) o parte de él, por lo menos? Esto ya fué preconizado por Leopold en el año 1872, quién decía que no era necesaria la sección sistemática de todos los ligamentos y en especial de este último.

Los que defienden esta manera de ver, dicen que con la conservación de este ligamento es posible obtener una separación inter-pública!, que puede ser suficiente en la gran mayoría de las distocias puras del estrecho superior, por otra parte (doctor E. Mazzini) basándose en la opinión del profesor Boero, quién al condenar las intervenciones que fuerzan el pasaje de la cabeza a través de un anillo o canal, acepta sistemáticamente la pelvotonía “pero graduando esta ampliación de acuerdo con el minimum que requiere la presentación por su encaje”.

Todo esto lo consideramos nosotros muy aceptable pero en teoría, pues en la práctica conceptuamos muy difícil, por no decir imposible, respetar la cantidad que deseamos o todo entero este ligamento que cortamos a ciegas; y por otro lado

este mínimum de disyunción suficiente para que se efectúe el paso de la cabeza es imposible de obtener dado que uno de los factores necesarios para conseguir este desideratum (cabeza fetal) se puede considerar como una incógnita respecto a sus diámetros.

Por otra parte, nos dicen “que conservando este ligamento, tanto más si debemos terminar el parto artificialmente, nos servirá como un protector de posibles lesiones en la pared anterior de la vagina y porción superior de la vulva, y en apoyo de esto recuerdan la opinión de Bumm a igual de Varnier, que nos dice “el mejor modo para impedir las lesiones de la uretra, vejiga, etc., que se producen en el momento en que la cabeza llega al plano perineal, es aquel de mantener “bien en contacto” los cabos de la sínfisis y de no completar el movimiento de extracción con el forceps en el momento del desprendimiento de la cabeza (E. Mazzini).

Trataremos de demostrar la inutilidad de esto: Se nos dice, 1.º “Conservar este ligamento, tanto más si debemos terminar el parto artificialmente, etc.”. ¿Sabemos si haciendo una disyunción sinfisiaria más amplia, nos ahorraremos de terminar el parto artificialmente?; 2.º De concordancia con

el principio aceptado de Boero, no estamos en la obligación de hacer esta ampliación de acuerdo con el *mínimum* que requiere la presentación, y entonces no necesitaríamos terminar el parto artificialmente, con todos los malos resultados que nos ha sido dado constatar en las estadísticas de algunos hospitales? Entonces, ¿para qué retener este ligamento que impide su franca separación?; 3.º ¿Por qué achacar las lesiones observadas en los órganos vecinos a esta separación de los cabos y no a las mismas intervenciones que se efectúan luego? 4.º Por otro lado, ¿no es rechazada por casi todos los autores estas dobles intervenciones?

Hecha esta pequeña disertación respecto al ligamento arcuatum, continuaremos con la técnica operatoria.

Una vez efectuada la sección de los ligamentos de la mitad inferior de la sínfisis, nos quedan por seccionar los de la mitad superior, y es precisamente en este tiempo donde se señala la modificación impresa por el Dr. Zárate a la técnica de Franck, pues mientras este último dá vuelta el filo del bisturí hacia arriba, atacando los ligamentos de atrás hacia adelante, el profesor Zárate deja el bisturí en su antigua posición, trabajando de adelante atrás, con lo cual consigue beneficios que la

práctica es la mejor encarnada de demostrar. Hay que tener en cuenta que al seccionar la mitad superior, no hay que olvidarse de cortar los ligamentos y las fibras entrecruzadas de los rectos y oblicuos del abdomen.

Terminada la operación; se saca el bisturí de la herida y se efectúa enseguida un poco de compresión en la región, aunque podríamos decir que la hemorragia es casi siempre nula. Hecho esto se sutura la pequeña herida con un punto de crin o catgut.

La operación en sí está ya terminada. Se abre la sonda que se mantiene en la uretra si seguimos en esto la manera de hacer del Dr. Chamorro o sinó se sonda la vejiga a objeto de ver si han sido respetados estos órganos.

En este método operatorio, la crítica mayor que se le puede hacer es que se trabaja a ciegas y es muy posible entonces herir los órganos vecinos al cartílago sinfisiario, sobre todo por los principiantes.

Para obviar este inconveniente, el profesor Velarde ha ideado un aparato: oigámosle a él y veremos en las consideraciones que lo funda y la descripción del mismo: “En este procedimiento — refiriéndose al de Franck — el cirujano no tiene

guía ninguna que le indique el momento preciso en que ha sido seccionada totalmente la sínfisis, y nada más, para detenerse acto continuo. El único medio indicador y del que debe fiarse el partero es el ruido especial que produce el cartílago cuando se le secciona, el grito del cartílago, como le llaman algunos; esta sensación especial pero ciega, es la única garantía, muy aleatoria por cierto, de que se corta el cartílago, pero no le indican de ningún modo que su cuchillo no hiere a la vez a las partes blandas contiguas, porque la sección de éstas es silenciosa; no gritan como el cartílago; se dejan herir sin llamar la atención del cirujano por su protesta ruidosa, como lo hace aquél, bien que no dejase de hacerlo momentos después de modo menos bullicioso, pero más peligroso e inquietante. ¡Cuántas heridas producidas por el bisturí no serán atribuidas a la distensión producida por los cabos óseos y englobadas, con otras, entre las desgarraduras del mismo origen!

En los procedimientos a cielo abierto es fácil evitar este accidente, colocando detrás del pubis un protector, que separe las partes blandas y las proteja contra los ataques del instrumento que efectúa la sección sinfisiaria.

Aún cuando es cierto que la práctica y la ha-

bilidad del tocólogo puede ordinariamente evitar estos accidentes, que no siempre son insignificantes, en algunos casos, a pesar de la destreza operatoria, pueden producirse por múltiples causas.

Esto es lo que me ha inducido a buscar el medio de evitarlos con seguridad, sin alargar ni complicar la operación, sin hacerle perder en modo alguno, al método sub-cutáneo, ninguna de las ventajas y perfeccionándolo más bien, puesto que permitiría hacer la pequeña incisión de penetración más alto que en los otros procedimientos corrientes.

Consigo tal objeto introduciendo detrás de la sínfisis un protector que se puede abandonar y dejar oculto, manteniéndolo así con un dedo introducido en la vagina, que sirve a la vez para guiarlo durante su introducción; protector que no impide en nada el deslizamiento de las partes blandas sobre la cara anterior de la sínfisis pubiana y permite seccionarla en totalidad, sin hacer incisiones más grandes que las indispensables para el paso de la hoja del bisturí.

En esta forma he podido, conservando las ventajas del método sub-cutáneo, añadirla la única de los métodos a cielo abierto: la protección segura

de los tejidos retro-pubianos, ventaja que justifica el procedimiento.

El aparato protector consiste en una lámina metálica de borde encorvado, de 5 cm. de largo por 12 mm. de ancho que tiene la forma común de la pared posterior de la sínfisis pubiana.

Para la construcción del aparato, he practicado el modelaje de un cierto número de pelvis en el cadáver y en la colección de la clínica, dándole a dicho aparato protector la forma aproximada de los modelajes más comunes, así obtenido para la región que nos interesa.

Siendo la altura de la sínfisis pubiana distinta según los sujetos, se podrían construir dos láminas diferentes en longitud, aplicables al mismo mango y utilizarlas según la mayor o menor altura de la sínfisis que se trata de seccionar; pero las diferencias de altura que he encontrado en las diferentes pelvis, al nivel de la articulación pubiana, son tan escasas, que cualquiera que ellas fueran permitirían siempre utilizar el mismo protector, introduciéndolo más o menos profundamente, hasta llegar al borde inferior de la articulación.

Un mango que se adapta temporariamente a la lámina separadora, sirve para introducir y co-

locarla en el sitio conveniente, en la línea media, detrás del cartílago articular.

Este mango está constituido de tal modo, que penetra en los rebordes del separador, con muy ligero frote, y se sujeta por medio de un hilo introducido en agujeros practicados en ambas secciones del instrumento y que permite separarlos a la menor tracción, de modo a dejar el separador perdido detrás de la sínfisis pubiana durante la operación; la lámina puede ser extraída una vez terminada la separación de los pubis, ejerciendo una lijera tracción sobre el hilo que sale a través de la abertura cutánea.

La técnica operatoria consiste en practicar una incisión transversal de dimensiones iguales al ancho de la lámina del separador, en la parte media, anterior y superior del pubis.

Para designar el sitio exacto de la incisión se introduce el índice o este y el medio de la mano izquierda, en la vagina, apoyando al mismo al pulgar en la parte superior de la articulación de la sínfisis. Con el pulpejo de este dedo se apoya fuertemente a este nivel sobre la piel y se hace deslizar esta hacia abajo en toda la extensión que sea posible y en el punto que pueda traerse hasta el cuarto

inferior de la sínfisis se hace la incisión horizontalmente y de las dimensiones indicadas.

Este punto ordinariamente puede señalarse de antemano y sin necesidad de la maniobra anterior, que no tiene más objeto que asegurarse del fácil deslizamiento de la piel. La incisión puede siempre hacerse al nivel del borde superior de la sínfisis pubiana.

Tomando, entonces, el instrumento armado, se desliza el separador por encima del pubis, siguiendo exactamente la línea media, rozando siempre el borde posterior del cartílago interarticular, contra el cual lo aplican los dedos introducidos en la vagina, los cuales le impiden, al mismo tiempo, movimientos de lateralidad, hasta que se llega finalmente al nivel del ligamento triangular. Una vez en esta situación, es decir, convenientemente colocado el aparato, los dedos lo comprimen contra el pubis a través de la pared vaginal y lo inmobilizan.

El operador desprende en seguida el mango que ha servido para introducir y guiar el protector descripto, dejándolo oculto detrás de la sínfisis pubiana y sin impedir nada el deslizamiento de la piel sobre la cara anterior de ésta. Luego se introduce el bisturí, a través de la incisión practicada pa-

ra dar paso al separador, y se hace la sección del cartílago, empezando por el borde superior, deslizando la piel con el pulgar a medida que el bisturí progresa hacia abajo, para que la incisión primitiva no sea agrandada simultáneamente. Al llegar al tercio inferior de la sínfisis es innecesario continuar haciendo deslizar la piel y la sección de la articulación puede terminarse como en el primer tiempo de la operación de Franck.

Antes de retirar el mango del aparato se puede, si se quiere, introducir el bisturí y comenzar la incisión pubiana efectuando una hendidura que sirva de punto de guía para continuar la sección cuando se introduzca el bisturí, una vez retirado el mango del aparato, o bien hacer sacar a éste con un ayudante sin abandonar el cirujano el cuchillo con que ha comenzado la sección.

Terminada la abertura total de la articulación y separados los pubis, se retira el aparato protector ejerciendo tracciones sobre los extremos de los hilos que lo sujetan y que salen a través de la pequeña herida practicada.

Una vez terminado ésto, la conducta a seguir depende de las condiciones de cada caso.

En los ensayos hechos en el cadáver, en colaboración con el profesor Berutti, no he encontrado

dificultad ninguna en la introducción del aparato, la técnica ha resultado extremadamente fácil y el resultado operatorio excelente. Es una de las operaciones en que el resultado de las experiencias cadavéricas puede aplicarse con exactitud matemática al sujeto vivo. Naturalmente, que los accidentes debidos a la separación pubiana tienen las mismas probabilidades de sobrevenir y los mismos peligros que con cualquiera de las otras técnicas empleadas. Yo no he querido suprimir sino los accidentes operatorios producidos por el cirujano y atribuídos solo a su acción, sea por falta de técnica o por inexperiencia. Con este procedimiento la operación se pone al alcance de cualquier práctico, sin necesidad de cirujano especialista”.

Después de hacer el profesor Velarde una pequeña disertación sobre pelvitomías e inclinarse de lado la operación cesárea cuando no hay contraindicación formal, termina resumiendo así las ventajas de su método:

“1.º Alejamiento al máximo de la herida operatoria indispensable, de la vulva y, por lo tanto, menor peligro de ser infectada por las materias de eliminación que salen de ella.

“2.º Pequeñez de la incisión, lo que reduce la puerta de entrada a los agentes infecciosos. Ven-

taja común, es cierto, a todos los procedimientos subcutáneos de sinfisiotomía.

“3.” Iniciando el corte del cartílago interpubiano, en su extremidad superior y de arriba hacia abajo, se hace de un solo golpe, sin necesidad de sacar y reintroducir el bisturí ni tampoco cambiar su dirección, lo que hace que el corte sea más rápido, y la sección sinfisiana más neta, sin que se produzcan pequeños colgajos ni anfractuosidades, lo que es casi siempre inevitable cuando el corte se realiza en dos golpes y en direcciones distintas. Esta sección permite una mejor adaptación en las superficies eruentas y constituye una ventaja para su cicatrización.

“4.” En los casos que, por razón cualquiera, fuera indispensable o conveniente drenar o taponar la cavidad retsopubiana, cualquiera de las dos cosas puede hacerse introduciendo un tubo o gasa por encima de la sínfisis pubiana, llevarlo hasta el fondo de la cavidad sin atravesar la sínfisis a través del cartílago seccionado, lo que permite mantener aplicados, uno contra otro, los pubis, por medio de un vendaje compresivo en los casos en que fuera necesario. El taponamiento de la región retropubiana puede combinarse con el taponamiento va-

ginal cuando se quiere ejercer una compresión hemostática.

“5.º Evitando los accidentes quirúrgicos, que pueden ocurrir por la naturaleza misma de la operación, se pone ésta al alcance de todos los parteros, aún cuando sea practicada por primera vez, siempre que se puedan establecer en debida forma las indicaciones obstétricas, mucho más difíciles que el acto operatorio de tan extrema sencillez. (F. Velarde).

Repetiremos en estas líneas algo ya expuesto anteriormente sin temor de que se nos trate de redundantes, con objeto de aclarar bien dudas que fácilmente se pueden despertar en el ánimo del lector.

Al separarse la sínfisis, los dedos que se hallan en la vagina se introducen con facilidad en la brecha, la cual solo debe ofrecer una separación de 5 cm. como máximum. Entonces los ayudantes ya citados anteriormente y cuya misión era de sostener los muslos a la paciente, deben de tratar de evitar una separación más considerable, aproximando estos muslos, pues sino habría peligro de lesionar la vejiga, los ligamentos, los músculos elevadores del ano y forzar las articulaciones sacro-ilíacas.

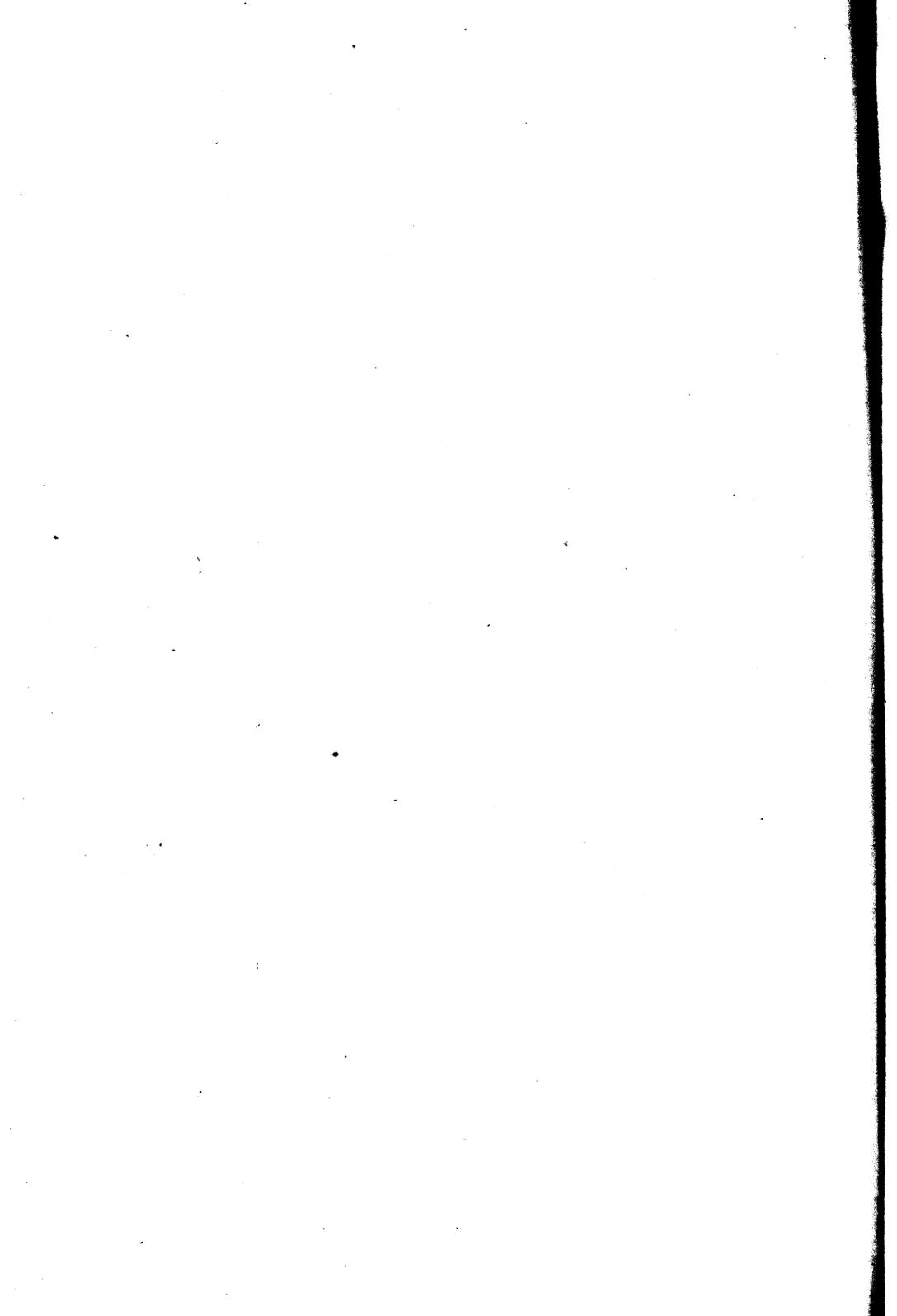
Debemos hacer constar aquí que el profesor

Zárate ha ideado un procedimiento operatorio que se halla descripto en el capítulo de historias clínicas (VI) fué empleado, que sepamos, una sola vez y su mismo autor no quedó satisfecho del resultado por esta vez, aunque creo se propone estudiarlo a fondo para evitar los inconvenientes que observó en ese caso.

Tocaremos a la ligera un punto que se comienza a debatir y es el de la sinfisiotomía precoz, es decir, la operación efectuada dentro de los quince o veinte días antes del parto.

Todas las ventajas que sus defensores le aportan tendrían, a mi modo de ver, que contestar a estas dos preguntas: ¿La salida del feto, estamos seguros de que no se haría por sí sola?; pues según Peslatoza en el 50 o/o de las distocias pelvianas la expectación acaba por triunfar. ¿Sabemos en las sinfisiotomías precoces qué disyunción es necesaria para que se efectúe el parto? ¿Se puede considerar la sinfisiotomía por el método Frank una operación seria que justifique esa precocidad con relación al parto?

Es cuestión de analizar atentamente este asunto y veremos que la necesidad de efectuar esta sinfisiotomía precoz no tiene razón de ser en ningún concepto, debiéndose esta idea a razones de snobismo que no tiene en la práctica utilidad alguna.



• CAPITULO IV

Consideraciones posteriores a la sinfisiotomía

Cuando nosotros, después de haber observado y pesado con sano criterio las indicaciones que deducimos del exámen somático de la paciente, que nos dá como indicación la intervención operatoria, para suprimir, por decir así, la barrera ósea en la cual se estrellan los esfuerzos transmitidos al proyectil (feto) por las contracciones uterinas, tenemos, pues, por consiguiente, que una vez efectuada esta operación (sinfisiotomía), los diámetros más importantes, tales como el P. P. M. y el B. P. del feto se halla aumentado materialmente el primero y disminuído virtualmente el segundo, debido a la mayor o menor interposición o encaje que efectúa el polo cefálico del feto en la abertura sinfisitaria; en esta forma, estando suprimido el obs-

táculo el feto efectúa fácilmente su encaje y su descenso.

La rotación interna se facilita y los demás tiempos del mecanismo del parto se efectúan en perfectas condiciones, siempre que el esfuerzo uterino no haya sido agotado por un largo trabajo y aún en estos casos podemos echar mano de preciosos recursos que la terapéutica ha puesto relativamente no hace mucho tiempo, en manos del tocólogo.

La hipofisina y su análogo la pituitrina que cumplen a maravilla su acción de excitar el poder contractil del músculo uterino, en una forma que podemos considerar normal.

Muchas veces, debido a presentaciones viciosas, ya por procedencia de cordón, inercia secundaria o presentaciones de hombro, nos vemos obligados a emplear ya la versión, ya el forceps, para poner término a una situación que podría acarrear serios disgustos a los protagonistas, no haciéndolas; pero también por otro lado estas intervenciones, sobre todo la que requiere el empleo del forceps, tienen un sinnúmero de inconvenientes que amenazan tanto al niño como a la madre, pues por parte del primero es muy fácil suponer que habiendo sido en la mayoría de los casos la expecta-

ción el primer procedimiento a seguir antes de efectuar la sinfisiotomía y continuar con el mismo después de la operación, antes de decidirse al empleo del forceps; es lógico suponer que nos hallamos ante un ser debilitado, en condiciones físicas interiores a otro normal para poder sufrir una maniobra o, mejor dicho, una nueva intervención, que siempre es algo traumatizante. Por otro lado, tenemos a la madre que, agotada por su trabajo de parto, de una parte, y de la operación, de otra, con su correspondiente anestesia clorofórmica o de cualquier otra naturaleza, ha de sufrir también una nueva operación para alcanzar el fin deseado, por lo cual nos hemos de dar cuenta fácilmente de las pésimas condiciones en que se halla la paciente para sufrir esta nueva operación, que muy pocas veces, pero muy pocas, se justifican.

Haremos notar, para lo cual nada mejor que el estudio de los resúmenes clínicos expuestos en el capítulo siguiente, de los desórdenes anatómicos producidos en los casos en que han sido efectuadas ambas intervenciones, accidentes que rara vez se hallan en los enfermos a quien sólo se le ha practicado la sinfisiotomía, por lo cual rechazamos en absoluto las intervenciones de forceps como continuación de la sinfisiotomía.

Otro dato importante que conviene tener en cuenta antes de efectuar la sinfisiotomía, es la multiparidad de las pacientes, puesto que sabemos que ella nos dá una mayor elasticidad en lo tejidos, permitiéndonos, por consiguiente, una mayor distensión de ellos sin producir alteraciones que suelen ser muy frecuentes en los casos de primiparidad, sobre todo con este método operatorio, en el cual las lesiones sólo dependen de la distensión y no del frote, como sucede frecuentemente en las pubiotomías, pues en éstas los cabos óseos actúan con sus bordes cortantes produciendo lesiones que culminan sobre todo al paso de la cabeza, fenómeno que no es posible en la sinfisiotomía pues los cabos de separación se puede decir que están almohadillados por las superficies articulares.

Puerperio. — Como podemos observar en los resúmenes clínicos expuestos más adelante y en las estadísticas, tanto Europeas como Nacionales, publicadas, nos demuestran que este período es, en las sinfisiotomías, de una gran benignidad, no teniendo ninguna indicación particular a realizarse, por más que algunos han indicado el vendaje de la cadera, que a mi modo de ver se puede prescindir en absoluto sin mayores inconvenientes; como ha sido demostrado por el Prof. Zárate en su

Clínica del Hospital Ramos Mejía, en la cual no se ha empleado (sistemáticamente) esta indicación, sin ocasionar ningún perjuicio para las enfermas.

No creo que este vendaje tenga alguna importancia, pues he tenido ocasión de observar tiempo después algunas pacientes en las cuales se les efectuó vendaje y, comparadas con otras que no se les había efectuado, me creo por lo tanto con el derecho a declarar que no he hallado ninguna diferencia tanto desde el punto de vista objetivo como subjetivo, por lo cual creo podríamos prescindir de estos vendajes, que siempre son molestos, según hemos podido constatar en los interrogatorios de las pacientes.

Respecto a lo que se dice de la mayor consolidación de la sínfisis en las enfermas vendadas después de practicárseles la sinfisionomía, podemos declarar que es erróneo, pues las observaciones hechas con auxilio de los rayos X no nos permiten establecer diferencias.

Respecto de los dolores que aquejan a la paciente después de la operación y que localizan por lo general al nivel de la sínfisis, articulación sacro-ílfaca y raíz de los muslos, diremos que por lo común son bastante tolerables y que, a medida que

transcurre el tiempo, van decreciendo para desaparecer por completo en un lapso de tiempo que oscila para la mayoría de los casos entre dos y ocho meses.

La consolidación de la sínfisis, como ya ha sido demostrada por Mullerheim y Bart, se hace por interposición de tejido fibroso y no por cartílago; pero, sin embargo, se citan casos, aunque por cierto raros, en los cuales el cartílago se ha desarrollado secundariamente al callo fibroso (Wöiz).

Esta cinta fibrosa de consolidación desde ya debemos declarar que no aproxima los cabos íntimamente, en la inmensa mayoría de los casos; sinó que deja entre ellos separaciones que oscilan entre 1 y 2 cm., separaciones que no sólo las radiografías sinó también el tacto, nos hacen constatar fácilmente.

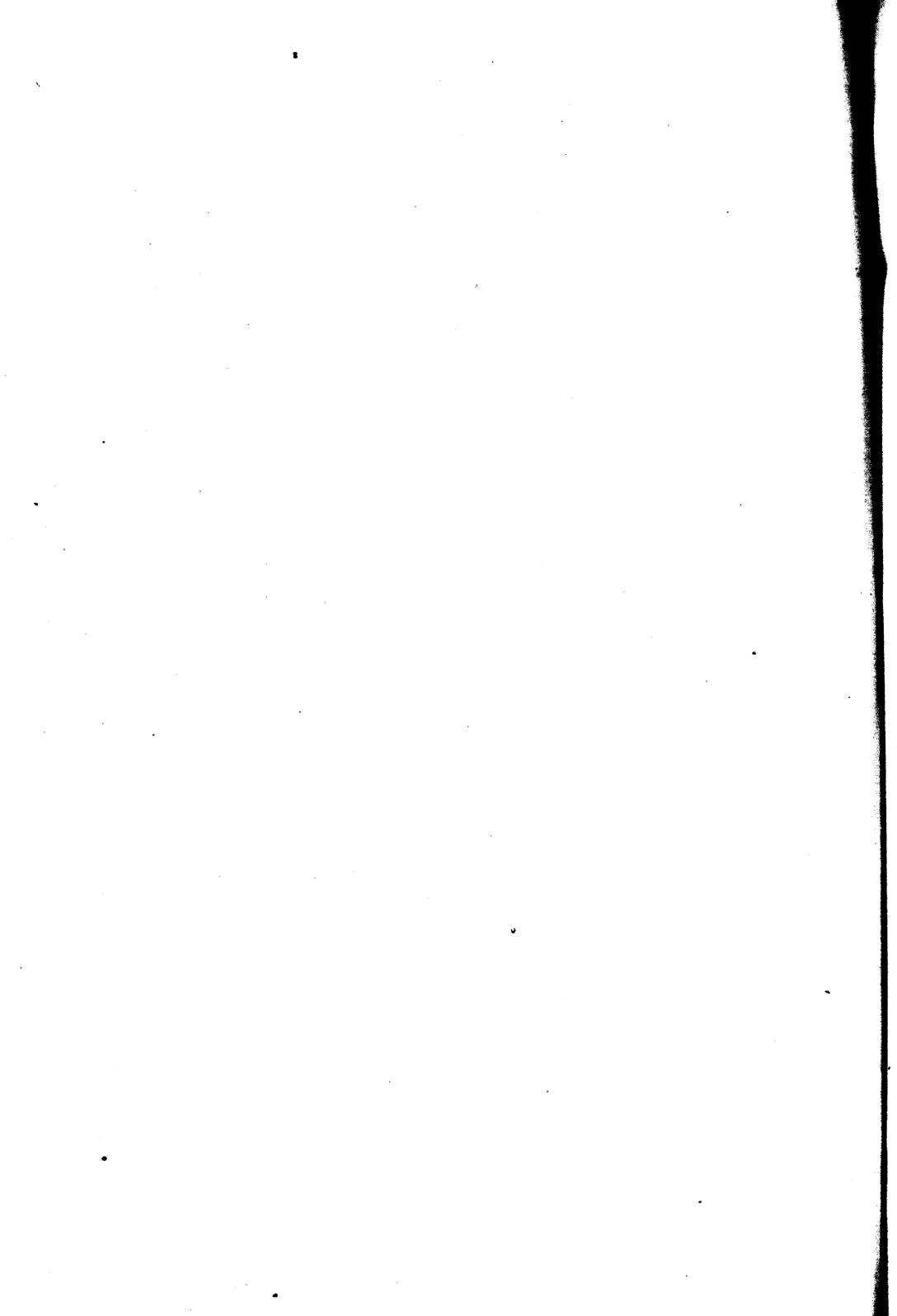
Esto, que a primera vista parecía un inconveniente, es, por el contrario, un beneficio, pues esta separación nos trae un agrandamiento permanente de los diámetros de la pelvis, beneficiándose sobre todo los casos en que los diámetros están poco disminuídos o en las intervenciones efectuadas más que por estrechez pelviana, por una desproporción pelvico fetal.

Tenemos que considerar que estas pequeñas

separaciones no influyen en la estática y marcha de la mujer, pues hemos tenido ocasión de hacer comparaciones entre mujeres sinfisiotomizadas y otras normales y a pesar de tener en el ánimo la idea preconcebida de hallar defectos en la marcha, debemos declarar que no hemos hallado la más mínima diferencia.

No queremos terminar este capítulo sin decir dos palabras respecto a los casos de repetición de sinfisiotomía en la misma paciente.

En estos casos las dificultades aumentan pues la laxitud de los tejidos disminuye, teniendo por otra parte en nuestra contra la cinta fibrosa de consolidación pública, la cual está unida por lo general con adherencias relativamente resistentes a la vejiga y uretra, por lo cual la separación preventiva de estos órganos se dificulta y los riesgos de desgarramientos o heridas sobre ellos son mayores, por esta misma falta de elasticidad que suele ser también la que nos acarrea los mismos accidentes que, por cierto, suelen ser comunes en las primigestas, aunque en estas es posible el evitarlos con la preparación anterior de la enferma que se podría efectuar con dilataciones por medio del balón de Charpentier de Rives, habiendo obtenido por este método buenos resultados el doctor Mazzini (del Rosario).

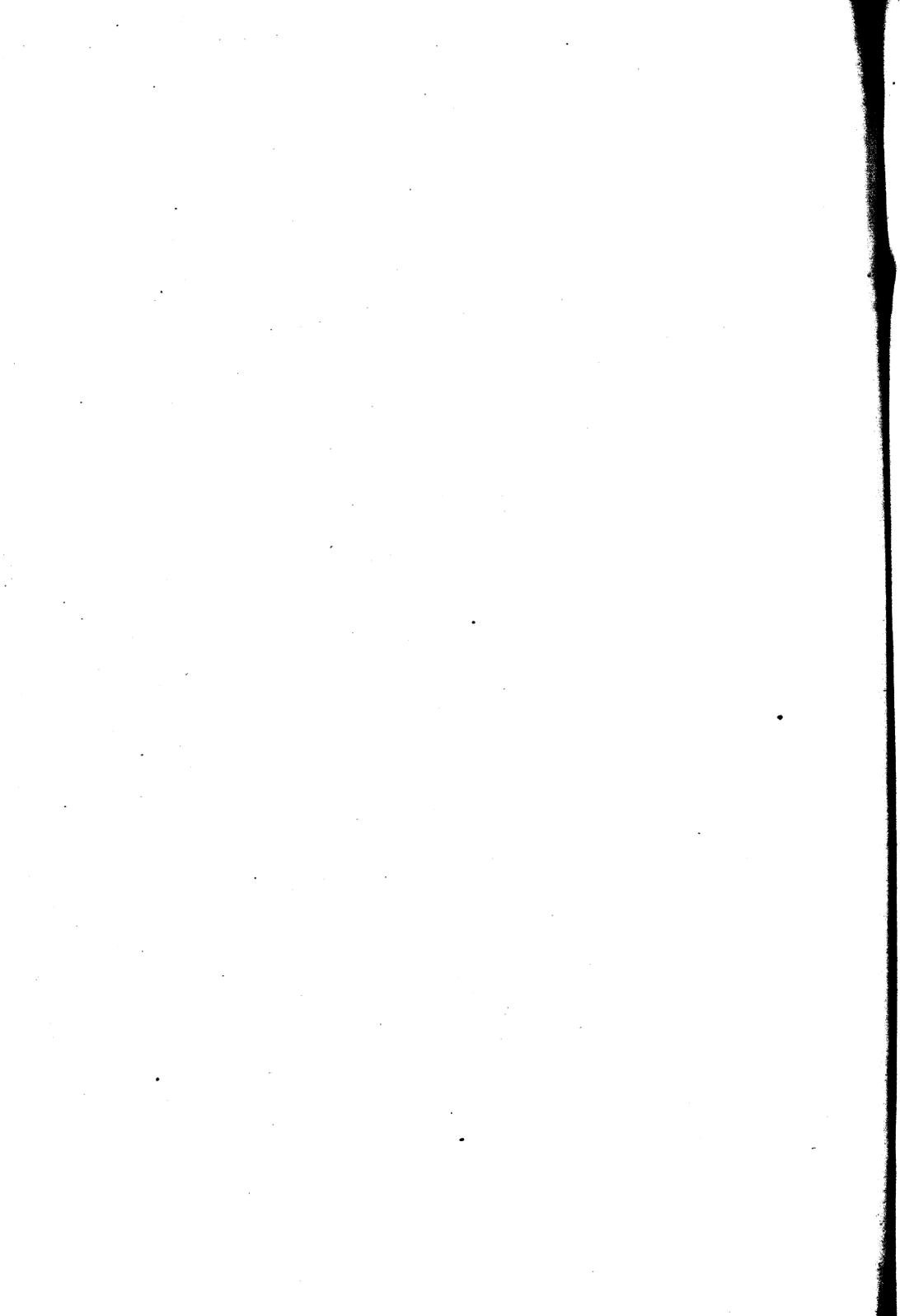


CAPITULO V

Historias clínicas

Para facilitar la comprensión, trataremos de simplificar y abreviar en la medida de lo posible, las historias clínicas, tratando de hacer resaltar los inconvenientes o los hechos patológicos, cuando los hubiere habido, sobreentendiéndose que son normales los datos que sean omitidos, tanto en los antecedentes hereditarios, puerperales, obstétricos o del puerperio.





Historias clínicas de la maternidad del Hospital

Ramos Mejía

OBSERVACION I

I. L., 20 años, argentina, sirviente.

Ingresa el 24 de Diciembre de 1914.

Antecedentes obstétricos. — Un embarazo anterior, con parto laborioso, presentación del feto cefálica, muriendo a las tres horas de nacer. Hijo de distinto padre del actual.

Parto. — Se inicia a las 9 p. m., del 1 de Enero; a las 11 a. m., del día 2 la dilatación es completa, efectuándose la ruptura de membranas a la misma hora. Hidroamnios: 1800 grs. Nace a las 9 y 1/4 a. m. del 9 de Enero.

Observaciones durante el parto. — Mujer de regular estatura, con una cifosis en la región dorso-

lumbar, con lordosis compensadora por arriba y por abajo de ella, vientre globuloso, circunferencia: 89 cm., estando el útero en ántero-versión.

A la palpación y al tacto, tejidos elásticos y cuello con cinco centímetros de dilatación. Dos horas más tarde se constata en un segundo tacto que la dilatación es completa, bolsa hemisférica y muy tensa.

Se procede a la ruptura y sale abundante líquido amniótico teñido de meconio; se toca entonces la cabeza, que está muy alta sobre el pubis, y se intenta desplazarla sin conseguirlo. Las contracciones cesan por espacio de algunas horas para aparecer luego menos vigorosas. A las 9 p. m., se le inyecta un cc. de Pituitrina, observándose pocos minutos después buenas contracciones; con el fin de favorecer el descenso se coloca a la enferma en la posición de Walcher, sin resultado.

A las 11 p. m. se le inyecta un cc. de morfina, y duerme durante tres horas.

Cuarenta y ocho horas más tarde de iniciado el trabajo, se practica un sinfisiotimía por el método de Franck. Separación sinfisiliaria: 3 cm.

A los treinta minutos de operada se efectuó el parto, previa inyección de 1 cc. de pituitrina, ob-

teniéndose un feto de sexo masculino de 4000 grs. con Bi. P. de 9 y 1½.

Inmovilización de cuatro días, al cabo de los cuales se le permite acostarse en decúbito lateral, a los siete días se sienta, no acusando molestias de ninguna especie.

Enero 20. — En este lapso de tiempo la enferma continuó bien, este día permanece levantada media hora debido a que dice sentir mareos; camina bien y sin dolores.

Alta:— 26 de Enero.

Resúmen: Embarazo de término. Pelvis estrecha. Baudeloque 17 y 1½. B. I. 29—B. E. 25—P. P. M. 9 cm.

OBSEERVACION II

A. de S.—30 años, española, Q. D.

Fecha de ingreso. — 1 de Julio de 1915.

Antecedentes obstétricos. — Dos embarazos anteriores: el primero distócido; el segundo aborto.

Embarazo de término. Pelvis plana raquítica. P. P. M. 8,8—Separación sinfisaria 5 cm.—Parto espontáneo; puerperio normal.

Duración del parto.—16 horas.

Alta. — 16 de Julio. Técnica de Frank.

OBSERVACION III

R. R. de E.—28 años. Portuguesa, Q. D.

Fecha de ingreso. — 29 de Noviembre de 1915.

Embarazo de térmico. Presentación pelviana desviada (S. I. I. T.). Pelvis plana y generalmente estrecha. Puerperio normal.

Su trabajo de parto comienza el día del ingreso a las 11 p. m. con ruptura de la bolsa de aguas a la misma hora.

Al examen genital se comprueban: tejidos elásticos, dilatación uterina 8 cm., orificio dilatado, se constata que la nalga del feto se ha desviado a la fosa. I. D. y al correrse ha permitido la procidencia del miembro superior, cuya mano edematosa se percibe en la vagina. Por el examen se comprueba que a más de ser una pelvis plana y generalmente estrecha se trata de una pelvis cuyo promontorio es bajo con respecto al pubis. El sacro es huyente y deja percibir la articulación de la primera y segunda pieza sacra.

El pubis está fuertemente inclinado hacia atrás por su borde superior, y la cara posterior es convexa en exceso.

La pelvimetría interna digital dá 10 cm. de promonto-sub-púbico, de los cuales por la inclina-

ción del pubis y su convexidad exagerada se pueden descontar 2 cm.; entonces calcularemos 8 cm. de P. P. M.

Se resuelve practicar la sinfisiotomía con una separación púbica de 5 cm.

En vista de la dilatación fetal y de la dilatabilidad del cuello, se efectúa la gran extracción pelviana y sale a la vida un niño en apnea, que reacciona a los pocos minutos con baños y fricciones.

El alumbramiento se hace por expresión de Crede; a la enferma se le coloca un vendaje en la cadera.

Días más tarde se comprueba por el tacto que los cabos de los huesos se hallan separados 2 cm. en su borde superior y 1 y $\frac{1}{2}$ en su borde inferior.

La enferma permanece en cama en un estado de postración y abatimiento. El 13 de Diciembre se le dá alta en buenas condiciones; la enferma camina bien.

OBSERVACION IV

S. S. de P. — 26 años, española.

Fecha de ingreso. — 23 de Junio de 1916.

Presentación cefálica. Embarazo de término.

Pelvis tipo plano con desviación a la derecha. El

diámetro P. P. M. mide 9,2 cm. Sufrimiento fetal por circular completa del cordón. Este parto sería factible de ser espontáneo, pero a costa de la vida fetal. Se practica la sinfisiotomía por el método Frank. Tres centímetros de separación púbica. Se le inyecta Pituitrina (dos ampollas), realizándose el parto pocos momentos después.

Infección de la brecha operatoria por los loquios; se hace drenaje. Puerperio febril.

Se le dá de alta en buenas condiciones el 21 de Julio de 1916. La criatura sale en buenas condiciones.

OBSERVACION V

C. A. de P.—39 años, italiana, Q. D.

Fecha de ingreso. — 4 de Agosto de 1916.

Antecedentes obstétricos. — Siete embarazos anteriores, de los cuales dos son normales, dos abortos y tres nacidos muertos. Embarazo de término. Presentación cefálica. Pelvis plana con un P. P. M. de 9 cm. Sinfisiotomía por el método sub-cutáneo de Frank.

El niño nace en buenas condiciones al cabo de media hora de operada la enferma. Puerperio normal. Hasta el día del alta la enferma se queja de molestias y dolores que localiza en la raíz de los

muslos, cadera y pierna derecha; hay que observar que en este caso la separación sumfisiaria fué brusca, alcanzando la separación 4 cm. A pedido de la enferma se le dá el alta el 15 de Septiembre de 1916. Aconsejada de que vuelva, hasta mucho tiempo después, nada se sabe de ella.

OBSERVACION VI

E. B. de H. — 24 años, argentina, Q. D.

Ingresa el 18 de Marzo de 1918.

Antecedentes obstétricos. — Cuatro embarazos anteriores. El primero y segundo se aplica forceps (niño vivo); tercero, parto espontáneo de término; cuarto, se aplica forceps (niño muerto).

Parto. — Se inicia a la 1 p. m. del día 13 de Marzo e ingresa a las 5 a. m. del 14; la dilatación es completa. Presentación cefálica (I. D.) no había encaje, el cual se efectúa durante la expulsión. La ruptura de membrana se hizo anteriormente a su ingreso; la posición en el momento del desprendimiento se hace en O. P.

Por el tacto se constata que el cuello tiene 8 cm. de dilatación; la cabeza está en D. T. y por encima del estrecho superior y es bien móvil. La pelvimetría interna dá 9,5 de P. P. siendo la pel-

vis de tipo plano no raquíica. La palpación tacto
mesuradora demuestra que la desproporción pél-
vico-fetal existe, aunque no es muy grande.

En estas condiciones y como las contracciones
se suceden regularmente, se espera cinco horas.
Un nuevo tacto revela que está todo en las mismas
condiciones, sin haber progresado el parto en los
más mínimo, y, como acusamos a la estrechez pel-
viana la causa de esta distocia, se decide interve-
nir, efectuando la sinfisiotomía. Aquí el Prof. Zá-
rate interviene con un nuevo procedimiento idea-
do por él, que consiste en lo siguiente: “Con la agu-
ja ideada por él mismo, la cual es una modificación
de la de Baum, que se emplea en la pubiotomía,
penetra por el borde superior de la sínfisis y, ro-
zando la cara interna, se hizo salir entre el grande
y el pequeño labio, izquierdo desplazando previa-
mente por la vagina la uretra hacia la derecha. Una
vez colocada la aguja la sierra Gigli y se saca por
el extremo opuesto, loprando al tercer golpe sec-
cionar la sínfisis”. En el momento de introducir
la aguja se produce una hemorragia venosa, (tal
vez por picadura de cuerpos cavernosos), la cual
dá unos 150 gramos de sangre más o menos; al
retirar la sierra se hace gran compresión y se co-
hibe la hemorragia a los pocos minutos. En las

primeras contracciones, la cabeza se encaja, siendo la separación simfisiaria de 3 cm. y a los pocos minutos de esto se efectúa el parto, naciendo un niño en buenas condiciones de vitalidad.

Marzo 15 y 16. — La herida está bien. No hay hematomas. Loquios normales.

Marzo 19 — Loquios sanguíneos purulentos.

Marzo 20. — La enferma tuvo escalofríos, la herida continúa bien, loquios cero-purulentos. Irrigaciones vaginales. Se le aplica bolsa de hielo al vientre y se le inyecta Ergotina.

Marzo 21. — Loquios rojos. Inyección de Ergotina.

Marzo 23. — Se retiran los pequeños puntos de las heridas, la cual está cicatrizada.

Marzo 26. — La enferma se levanta. Su marcha es normal.

Resumen. — Embarazo del noveno mes. Presentación cefálica. Pelvis plana no raquílica. P.P. M. de 9 y 1/2 cm. Puerperio febril, alcanzando la mayor temperatura 38.2. Niño bien, de 3100 gramos de peso. Alta el 29 de Marzo de 1918.

OBSERVACION VII

E. S. de R. — 33 años, española, Q. D.

Ingresa el 30 de Octubre del año 1916.

Antecedentes obstétricos. — Cuatro embarazos anteriores. El primero, parto distócico (forceps). El niño murió al año y medio. Segundo parto, distócico (forceps). El niño murió al año. Tercero, parto espontáneo. El niño murió al nacer. Cuarto, parto distócico (versión interna efectuada en esta Maternidad). El niño muere a las cinco horas de haber nacido, por meningitis.

Parto actual. — Embarazo de término. Presentación A. I. D. (d. a.). Estrechez pelviana. Pelvimetría interna. (C. D. 8,1). Parto distócico, prociencias múltiples. Versión por maniobras externas. Sinfisiotomía por el método sub-cutáneo de Frank. Se hace luego una versión interna. El niño nace en asfixia azul, pero se logra reanimar. Se le dá el alta en buenas condiciones a la madre y al hijo el 8 de Noviembre de 1916.

OBSERVACION VIII

G. M.—24 años, española, cocinera.

Fecha de ingreso. — Abril 11 de 1917.

Se trata de una primípara. Wassermann po-

sitiva. Embarazo de ocho meses. Pelvis plana de 8 cm. de P. P. M.; debido a la conformación de la pelvis el diámetro útil es menor todavía. La presentación es de nalga incompleta. Se hace una versión por maniobras externas, la cual fracasa. Entonces se efectúa la sinfisiotomía por el método subcutáneo de Frank. El parto se realiza pocos momentos después y el niño es librado mediante la maniobra de Mauriceau, muriendo al cabo de pocos momentos; su peso era de 1.100 grs. A la autopsia constatamos una hemorragia meníngea con ruptura no perforante de la tienda del cerebelo, del lado derecho. Macroscópicamente el resto es normal. Con el ultramicroscopio se constata que en el hígado hay numerosos spirochetas Schaudin. La enferma es dada de alta en buenas condiciones el 4 de Mayo de 1917.

OBSERVACION IX

F. H.—19 años, argentina, Q. D.—Ingresa el 15 de Mayo de 1917.

Antecedentes obstétricos. — Dos embarazos anteriores: el primero fué espontáneo; el otro se realizó mediante una intervención de forceps. Se trata de una pelvis tipo plano, con un P. P. M. de 9,5 cm. Existe una desproporción pélvico-cefálica

muy notoria, la presentación se hace en O. I. D. T. Se constata que hay sufrimiento fetal. Se intenta aplicar un forceps, pero fracasa; entonces se efectúa una sinfisiotomía por el método sub-cutáneo de Frank; naciendo un niño a los cuarenta y cinco minutos en buenas condiciones. Puerperio febril. Se le dá el alta en buenas condiciones el 9 de Agosto de 1917.

OBSERVACION X

R. E. de V.—35 años, española, Q. D.—Ingresa el 30 de Junio de 1917.

Antecedentes obstétricos. — Cinco embarazos anteriores, distócicos, con tres niños muertos. Embarazo de término I. D. T. Pelvis plana raquítica. P. P. M. 8 y 1½. Dificultades en el encaje. Largo período expulsivo. Sufrimiento fetal.

Se practica la sinfisiotomía por el método sub-cutáneo de Frank, con separación sinfisiaria, de tres centímetros. Se hace una aplicación de forceps en el estrecho superior por inercia uterina. Nace un niño en asfixia azul, que se logra reanimar recién a la media hora de practicársele baños, fricciones, masajes e insuflación. Sigue bien.

Dada la alta en buenas condiciones el 27 de Julio de 1917.

OBSERVACION XI

M. I. de G.—25 años, española, modista. Ingresa el 8 de Mayo de 1917.

Antecedentes obstétricos. — Un aborto de dos meses y medio. Presentación cefálica. Pelvis canaliculada. P. P. M. 8,2 cm.

Sinfisiotomía por el método de Frank. Un centímetro y medio de separación sinfisiaria.

A los veinte minutos de operada se efectúa el parto, naciendo un niño en buenas condiciones. Puerperio normal.

La enferma se le dá de alta sin trastornos de ninguna especie el día 24 de Junio de 1917.

OBSERVACION XII

M. B. de D.—29 años, italiana, Q. D. Ingresa el día 25 de Mayo de 1916.

Antecedentes obstétricos. — Cuatro embarazos distócicos. Los tres primeros muertos; el cuarto nació en buenas condiciones gracias a una pubiotomía.

Pelvis plana de origen raquíteo. P. P. M. 9,5 cm. Existe una fuerte desproporción pélvico-fetal o, para mejor decir, pélvico-cefálica.

Se efectúa una sinfisiotomía por el método sub-cutáneo de Frank, la separación sinfisiaria alcanza a 2,5 cm. Niño en buenas condiciones, pesa 4.312 grs. Puerperio normal.

Se dá e l alta el 18 de Junio de 1916.

OBSERVACION XIII

F. L. de M.—32 años, española, Q. D. Ingresa el 7 de Octubre de 1917.

Antecedentes obstétricos. — Un aborto. Se presenta ya en trabajo de parto. Ingresa con temperatura (37.8).

Se trata de una mujer con pelvis plana no raquítica de P. P. M. 9.1 cm. Su embarazo es de término no con presentación cefálica; se realiza la sinfisiotomía por el método Frank.

Al cabo de media hora, más o menos, se efectúa el parto, dando nacimiento a un niño de sexo masculino, de 3.300 grs. de peso, en buenas condiciones. Puerperio febril por endometritis generalizada. Los cultivos efectuados con la sangre y con los loquios nos revelan la presencia de abundantes estreptococos hemolíticos. La enferma muere el 17 de Octubre de 1917.

El protocolo de autopsia dice lo siguiente:

Diagnóstico: peritonitis purulenta. Descripción: Se encuentra en la cavidad abdominal líquido purulento en el cual nadan copos de fibrina. No hay olor pútrido y el tractus digestivo está intacto.

En el sitio de la sinfisiotomía no existe la menor reacción inflamatoria.

OBSERVACION XIV

E. M. de F.—41 años, española, lavandera. Ingresa el 8 de Octubre de 1917.

Antecedentes obstétricos. — Nueve embarazos anteriores, distribuidos en la siguiente forma: un parto prematuro; uno nacido muerto; cinco abortos; uno espontáneo y uno que se extrajo por forceps.

Se trata de un embarazo de término en una mujer de pelvis plana no raquíica. (P. P. M. 8.5 cm.). Se practica una sinfisiotomía, método Frank. La separación sinfisitaria alcanza a 4 cm. El parto se realiza enseguida. Puerperio febril debido a una pneumonía. El niño nace en perfectas condiciones y a la mujer se le dá de alta en igual forma el 11 de Noviembre de 1917.

OBSERVACION XV

L. B. de B.—27 años, italiana, Q. D. Ingresa el 11 de Octubre de 1917.

Antecedentes obstétricos. — Un embarazo anterior (embriotomía). Se trata de un embarazo de término, presentación cefálica (I. T.) con un P. I. P. de 9.8 cm. Su pelvis se puede clasificar como pelvis generalmente estrecha. Se efectúa la sinfiotomía, método Frank; pero más tarde se realiza una aplicación de forceps, extrayéndose un niño de 3.550 grs. que muere pocos instantes después por asfixia blanca.

Hay que observar en este caso que la separación sinfisiaria se hace en forma brusca, calculando el que escribe, por haberla presenciado, que la brecha ha de haber alcanzado muy fácilmente de 5 a 6 cm. de disyunción. La herida dá lugar a la formación de un hematoma que cede pronto a la compresión. En total, la duración del parto es de 111 horas.

Se dá de alta a su pedido el 17 de Noviembre de 1917.

OBSERVACION XVI

J. G. de T.—40 años, española, Q. D. Ingresa el 1 de Diciembre de 1917.

Antecedentes obstétricos. — Cuatro embarazos anteriores. Tres distócicos y un aborto.

Se trata de una mujer de pelvis relativamente estrecha con un P. P. M. de 9.1 cm. Embarazó de término, presentación cefálica en O. S. D. T.

Al examen se constata tratarse de un feto grande, habiendo sufrimiento fetal. Se practica la sinfisiotomía realizándose casi enseguida el parto. La separación sinfisiaria alcanza a tres centímetros. La enferma continúa bien.

OBSERVACION XVII

L. de M.—28 años, italiana, Q. D. Ingresó en Diciembre de 1917.

Antecedentes obstétricos. — Tres fetos muertos.

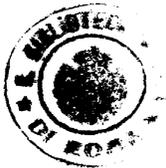
Se trata de una pelvis plana con un P. P. M. de 9.2 cm. El embarazo es de término en O. I. D. T. Se nota que hay una gran desproporción pélvico-cefálica; se realiza una sinfisiotomía, siendo la separación sinfisiaria de 4 cm. El feto nace en asfíxia azul, pero reacciona bien. Pesa 5.000 grs. La enferma continúa bien.

OBSERVACION XVIII

R. B. de C.—23 años, italiana, planchadora.
Ingresa el :6 de Diciembre de 1917.

Antecedentes obstétricos. — Un embarazo anterior: el niño se extrae por forceps con buen resultado. Se trata de un embarazo de término con presentación cefálica en una mujer de pelvis plana no raquíica con un P. P. M. de 8.8 cm.

Se practica la sinfisiotomía realizándose el parto espontáneamente. La separación sinfisiliaria es de tres centímetros. A los diez y nueve días la enferma se levanta en buena forma.



Bibliografía

Argentina

- Dr. Eliseo Cantón.* — Revista de la Clín. Obst. y Ginec., 1906.
- Dr. Eliseo Cantón.* — Revista de la Clín. Obst. y Ginec., 1908.
- Dr. Eliseo Cantón.* — Primera serie de 24 casos de pubiotomía publicados en Sud-América. Comunicación al Cong. Cient. Pan-Amer., Santiago de Chile, 1908.
- Dr. Enrique Zárate.* — Sinfisiotomía sub-cutánea (Frank). Sem. Méd. No. 14, 1916.
(Frank). Id., Año XXIII, p. 379.
- Dr. Enrique A. Boero.* — Rev. de la Clín. Obstétr. y Ginec., 1912.
- Dr. Enrique A. Boero.* — Las tres primeras pubiotomías practicadas en la clientela civil de la Ciudad de Bs. As. Sem. Méd. No. 38, 1914.

- Dr. Enrique A. Boero.* — La práctica de pelvito-
mia en Bs. As. Rev. Española de Ginec. y
Obstetr., No. 3, 1917.
- Dr. J. B. González.* — Deformaciones gravido-di-
námicas de la pelvis. Rev. de la Soc. Méd. Ar-
gentina, Vol. XXII, pág. 1169, 1915.
- Dr. F. Trongé.* — El forceps.
- Dr. Peralta Ramos.* — Rev. de la Clín. Obstétr. y
Ginecol., 1909 y 1910.
- Dr. Peralta Ramos.* — El problema de la distocia
por estrechez pelviana. Sem. Méd., No. 24,
1914.
- Dr. Almeida Huertas.* — Rev. de la Clin. Obstétr.
y Ginec., 1909.
- Dr. Aristóbulo Soldano.* — Contribución al estudio
de la sinfisiotomía con sierra Gigli., Tesis de
Bs. As., 1913.
- Dr. Celestino Lanza.* — Paralelo entre las distin-
tas técnicas de pubiotomía. Tesis de Buenos
Aires, 1914.
- Dr. Tomás A. Chamorro.* — Sinfisiotomía sub-cu-
tánea de Frank. An. de la Soc. de Obst. y
Ginec., Año VIII.
- Dr. Tomás A. Chamorro.* — Comunic. a la Soc. de
Obstétr. y Ginec. (inédita), 1916.

- Dr. Tomás A. Chamorro.* — Cesárea extraperitoneal. Sem. Méd., No. 6, 1917.
- Dr. A. Martínez.* — La sinfisiotomía sub-cutánea de Frank. Tesis Bs. As., 1916.
- Dr. Lucía M. Giorgi.* — ¿Pubiotomía?, ¿Sinfisiotomía? Tesis, 1916.
- Dr. Francisco de los Santos.* — Sinfisiotomía. Tesis, Bs. As., 1898.
- Dr. Raúl Giraud.* — Sinfisiotomía. Tesis Buenos Aires, 1892.
- Dr. José Baca.* — Debe preferirse la provocación del aborto en los casos de legítima provocación a las cruentas operaciones de la cirugía (Sinfisiotomía y operación cesárea). Tesis, Buenos Aires, 1860.
- Dr. F. A. Oscanou.* — Operación cesárea y sinfisiotomía. Tesis, Buenos Aires, 1900.
- Dr. J. A. Rodríguez.* — Operación cesárea y sinfisiotomía. Estrechez de la pelvis. Tesis, Buenos Aires, 1894.
- Dr. Argonz.* — La Synfisiotomía. Tesis, Buenos Aires, 1917.
- Dr. E. Mazzini.* — Revista Argentina de Ginecol. y Obstetricia, No. 1.
- Dr. Velarde.* — Revista Argentina de Ginecol. y Obstetricia, No. 1.

Extranjera

- Dr. Pinard A.* — De la Symphysiotomie a la Clinizue Baudeloque pendant l'année 1894. Annales de Gynecologie, 1895, T. 43, Pág. 1.
- Dr. Pinard A.* — De la Symphysiotomie a la Clinizue Baudeloque pendant l'année 1895. — Annales de Gynecologie, 1895, Pag. 1.
- Dr. Pinard A.* — De la Symphysiotomie a la Clinizue pendant l'année 1894. — Annales de Gynecologie du 7 Decembre 1896 au 7 Decembre 1897. — Annales de Gynecologie, 1898, 1er. Sem., Pag. 257.
- Dr. Lop.* — *La Symphysiotomie.* — Gaz. des Hospitaux, 1895.
- Dr. Lop.* — *La Symphysiotomie.* — Gaz. des Hospitaux, 1895.
- Dr. Lop.* — *La Symphysiotomie.* — Gaz. des Hospitaux, 1894.
- Dr. Testut.* — Anatomía descriptiva, 1a. parte.
- Dres. Testut y Jacob.* — Anatomía topográfica.
- Dres. P. Bar, A. Brindeau y J. Chambeaut.* — La pratique de l'art des accouchements. — 3me. edition.
- Dr. Bar Paul.* — Patologie Obstetricale.
- Dr. Demelin.* — Anatomie obstetricale.
- Dr. Farabeur.* — Relac. al Congreso de Roma (con

- Dr. Farabeuf.* — Isquio-pubiotomía, etc. — 1892.
Pinard). — 1894.
- Dr. Farabeuf.* — Précis du manuel opératoire.
- Dr. Farabeuf.* — Distocia del estrecho superior.
1895.
- Dr. Farabeuf.* — Sinfisiotomía. — 1895.
- Dr. Murillo A.* — Observations de la 1me. Sym-
physiologie.
- Dr. Queirel.* — Des symphysiologies ou ne fait
pas. — Anales de Gynecologie, 1898, 1er.
Sem., p. 129.
- Dr. Queirel.* — A propos d'une symphysiologie.
— Rev. pract. de Obstr. et Ped., 1907, p. 353.
- Dr. Dayot.* — Symphysiologie pratique, 2 Mai
de 1884 a la maternité de Renes. — Anales
de Gynecologie, 1895, 1er. Sem., p. 230.
- Dr. Domínguez E.* — La symphysiologie, These,
Rio de Janeiro, 1913.
- Dr. O. Morisani.* — Restringimiento del bacino. —
1863.
- Dr. O. Morisani.* — Retroversión uterina durante
el embarazo.
- Dr. O. Morisani.* — Operazioni ostetriche.
- Dr. O. Morisani.* — Sulla sinfisiologia, 1881.
- Dr. Zaveigel.* — Zentralblatt für ginekologie, 1906.
- Dr. Zaveigel.* — La symphysiologie, 12me. Con-

- gres Int. des Sc. Med., Moscou, 1897. — Annales de Gynecologie, 1897, 2me. Sem., p. 273.
- Dr. Fritz Frank.* — Monateschrift fur Geburtstrelf una Ginestrologie, 1910.
- Dres. Monod et Vauverts.* — Traité de technique operatoire, etc. etc.
- Dr. Fabre.* — Element de Obstetrique.
- Dr. Wablich.* — Element de Obstetrique.
- Dres. Farabeuf y Varnier.* — Introduction a l'étude de la Clinique et a la pratique des accouchements.
- Dr. Doderlain.* — Précis d'operations obstetricales.
- Dr. S. Mercade.* — La période post-operatorie. — Zentr. f. Gin., 1904, 1905, 1906, etc.
- Dr. Dominguez E.* — La symphysiotomie. — These, Rio de Janeiro, 1913.
- Dr. Fieuz C.* — Symphysiotomie pour bassin asymetrique de 6 cm. 5 a 7 cm. — Rev. Pract. de Obst. et de Ped., 1904, p. 201.
- Dr. Lepage G.* — Huit observations de symphysiotomie. — Ann. de Gin., 1898, 1 Ser. 177.
- Dr. Mascareuhas.* — Symphysiotomie guerissant de la mere, enfant vivent. — Ann de Gyn., 1895, 1 Sem., p. 488.

- Dr. Audebert A.* — Quatre observations de symphysiotomie. — *Ann. de Gyn.* 1896, T. 45, página 127.
- Dr. Brenha Riveiro J.* — Evolucao da symphysiotoma. — These, Rio de Janeiro, 192.
- Dr. Crimail E.* — Symphysiotomie. Retrechissement de 8 cm. Operation faite dans tres mauvaises conditions. Guérison. — *Ann. d. Gyn.*, 1897, 1 Sem., p. 485.
- Dr. Danieri J.* — Sobre historia de la sinfisiotomía. — Tesis, Montevideo, 1895.
- Dr. Simonard R. Dos Santos A.* — Sinfisiotomía. — Tesis, Rio de Janeiro, 1905.
- Dr. Abroganoff.* — Symphysiotomie experimentale. — *Soc. d'accouch. de S. Peters.* — 1895.
- Dr. Varnier H.* — La symphysiotomie.—12.o Congres. d. Sc. Med. de Moscow. — *Ann. de Gyn.*, 1897, 2.o Sem., p. 189.

Buenos Aires, Junio 4 de 1918.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Eliseo Cantón, al profesor titular Dr. Ubaldo Fernández y al profesor suplente Dr. Nicanor Palacios Costa, 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 15 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3433 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

11

12

13

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Es tolerable hablar hoy de versión y forceps en las estrecheces pélvicas aún superiores a 8 cent. de C. V. M.?

Eliseo Cantón.

II

Mecanismo del parto en las pelvis planas raquílicas.

Ubaldo Fernández.

III

No se concibe por razones anatómicas elementales poder practicar una sinfisiotomía sin seccionar el ligamento arcuatum.

Nicanor Palacios Costa.

30558

