FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

VICIOS

de

CONFORMACION DE LA PELVIS

TÉSIS PARA EL DOCTORADO

por

LUIS A. VILA

4

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, calle Belgrano números 133 y 135

1876

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

VICIOS

de

CONFORMACION DE LA PELVIS

TÉSIS PARA EL DOCTORADO

por

LUIS A. VILA

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, calle de Belgrano números 133 y 135

1876

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Décano	— Dr. D.	MANUEL PORCEL DE PERALTA
	« «	NICANOR ALBARELLOS
	« «	MANUEL A. MONTES DE OCA
Tesorero	— « «	MAURICIO GONZALEZ CATAN
	« «	CLETO AGUIRRE
	« «	ERNESTO ABERG
	« «	SANTIAGO LARROSA
	« «	PEDRO A. PARDO
	« «	MANUEL ARAUZ
	« «	LEOPOLDO MONTES DE OCA
	« «	EDUARDO WILDE
	« «	PABLO MARENGO
	« «	PEDRO A. MATTOS
	«	RODOLFO WOLFF
	« «	JOSÉ T. BACA
Secretario —	« «	JACOB DE TEZANOS PINTO

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr. D. Mauricio Gonzalez Catan
Histología y Anatomía Patológica	« « Ignacio Pirovano
Fisiología general y humana	« « Santiago Larrosa
Patología general é Historia de la Medicina .	(Vacante)
Materia Médica y Terapéutica	« « Pedro A. Mattos
Patología esterna, operaciones y vendajes. .	« « Leopoldo Montes de Oca
Patología interna, enfermedades mentales y de niños	« « Manuel Arauz
Higiene pública y privada	« « Guillermo Rawson
Medicina legal y Toxicología.	« « Eduardo Wilde
Clínica Quirúrgica	« « Manuel A. Montes de Oca
Clínica Médica	« « Manuel P. de Peralta
Obstetricia y Clínicas respectivas . , ...	« « Pedro A. Pardo
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	« « Cleto Aguirre

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr. D. Bartolomé Novaro
Histología y Anatomía Patológica	(Vacante)
Fisiología general y humana	« « Francisco Tamini (en ejerc.
Patología general é Historia de la Medicina. .	« « José T. Baca (idem)
Materia Médica y Terapéutica . . . , . .	« « Pablo Santillan
Patología esterna, operaciones y vendajes. .	(Vacante)
Patología interna, enfermedades mentales y de niños	« « Luis Tamini
Higiene pública y privada	(Vacante)
Medicina legal y Toxicología.	(Vacante)
Clínica Quirúrgica	(Vacante)
Clínica Médica	(Vacante)
Obstetricia y Clínicas respectivas . , ...	« « Antonio T. Ballester
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	(Vacante)

Disector — Don JULIAN AGUILAR

PRESIDENTE DE TÉSIS

DOCTOR DON PEDRO A, PARDO

A mis Padres

Á MI HERMANO POLÍTICO D. JOSÉ OTERO

Y

AL SEÑOR D. JUAN L. ACUÑA

GRATITUD

A mis Padres

A MI HERMANO POLITICO D. JOSÉ OTERO

AL SEÑOR D. JUAN L. ACUÑA

CARATULO

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES:

Los vicios de conformacion de la pélvis considerados bajo el punto de vista de los inconvenientes que acarrean al trabajo del parto, son de las cuestiones que interesan al médico conocer en razon de las determinaciones que tiene que tomar.

Esta cuestion ha estado rodeada de la mayor oscuridad hasta la segunda mitad del siglo pasado en que ha entrado en una vía incesante de progreso que se continua todavia en nuestros dias.

Se deben al espíritu investigador y al esfuerzo perseverante de los prácticos del siglo presente, las mas bellas conquistas de la obstetricia, particularmente el estudio completo de las deformaciones pelvianas y de las indicaciones que originan, cuestiones que no se hallaban sinó bosquejadas á principios del siglo pasado. Parece imposible que esta causa de distocia haya pasado desapercibida á la observacion de los autores de la antigüedad y que recien en el siglo diez y siete empiece á hacerse mencion de ella, pero esto se esplica por la falta completa de estudios anatomo-patológicos que lejos de combatir el error tendian á perpetuarlo.

Además, habia una causa que ha contribuido mucho para que las alteraciones pelvianas no fuesen ni siquiera sospechadas y era la opinion tan generalmente admitida de que las sínfisis reblandecidas durante la preñez, podian ceder con facilidad y producir la ampliacion del canal pelviano.

Es incuestionable que los trabajos de De la Motte, han servido para poner á los observadores en el camino de las investigaciones, porque aunque este autor no ha conseguido presentar piezas demostrativas, refiere sin embargo todas las dificultades que le ha costado practicar la version en los casos de reduccion del estrecho abdominal. Deventer escribió mas tarde sobre el mismo motivo y á pesar de que sus observaciones son mas estensas, adolecen del mismo defecto.

El impulso que ha recibido esta cuestion se debe á los autores modernos; van ligados á ella muchos nombres ilustres que por haber figurado en una época muy próxima á la nuestra son de todos bien conocidos.

I

La pélvis en el estado fisiológico está formada por cuatro huesos que se reunen entre sí por medio de ligamentos dispuestos de diverso modo en derredor de las superficies articulares; estos huesos constituyen un conducto que debe ser recorrido por el feto para salir del cláustro materno, presenta por consiguiente una capacidad que si bien difiere un poco en los diferentes individuos, guarda una relacion muy marcada con el volúmen normal del producto de la concepcion. Así pues, los diámetros occipito frontal y occipito bregmático, de once centímetros el primero y de nueve el segundo, pueden evolucionar convenientemente en la escavacion pelviana, cuyos diámetros miden todos doce centímetros y satisfacer cumplidamente esa gran ley de todo parto fisiológico que exige la coincidencia de los grandes diámetros fetales con los grandes diámetros de la pélvis materna.

La pélvis se aleja algunas veces de su tipo normal, ya sea por su forma ó por sus dimensiones y constituye un obstáculo para la terminacion favorable del parto; hay entonces un vicio de conformacion que figura como una de las causas mas graves de distocia por parte de la madre. Esta gravedad resulta de la intervencion que tiene que ejercitar el cirujano y que es casi siempre funesta para el niño y para la madre cuando la angustia alcanza á ciertos límites.

De manera que, los vicios de conformacion de la pélvis

podrian ser definidos de la manera siguiente: El aumento ó la disminucion exajerada de los diámetros con ó sin deformaciones de los huesos (Delattre.)

Esta difinicion me parece que llena bien su objeto, pues comprende no solamente los vicios por exeso en su capacidad, sinó tambien los vicios por defecto. Además, como todas las pélvis mal conformadas no presentan lesiones huesosas, ni deformacion, era necesario que quedase establecido en la definicion.

Algunos autores han admitido entre los vicios de conformacion las inclinaciones anormales de la pélvis, pero estas han sido rechazadas por la generalidad de los prácticos porque no constituyen un obstáculo para que el parto se termine felizmente, á menos que coexista con una deformacion, en cuyo caso las operaciones que reclamasen serían notablemente difíciles. De la misma manera han sido rechazados los vicios de conformacion producidos por una altura exajerada de las paredes de la pélvis, porque en estos casos el trabajo se efectuaria de una manera conveniente, habria cuando mas algun retardo en su terminacion, lo cual se concibe muy bien puesto que el feto tendria que recorrer un trayecto mas largo.

Seria conveniente averiguar l a proporcion exacta en que se encuentran las pélvis deformadas con las normales, pero hay una circunstancia que se opone á que esta apreciacion rigorosa pueda tener lugar y es que, hay angustias pelvianas que permiten la terminacion espontánea del parto, resultando de esto que las únicas que entran en el cómputo son aquellas que han necesitado una intervencion mas ó menos séria.

Baudelocque y Ma. Lachapelle, han publicado cuadros estadísticos que comprenden muchos miles de partos y la proporcion que han establecido es casi idéntica, pues el primero encuentra un vicio de conformacion para 477 pélvis

normales y la segunda una para 434. Las estadísticas levantadas por algunos autores ingleses como Merriman y Bland, se refieren á un número de partos mucho menor, pero la proporcion que resulta viene á ser mucho mayor; hay 1 por 257.

A mas de esto hay que señalar que todos los vicios de conformacion no tienen la misma frecuencia; de una manera general puede decirse que los que reconocen como causa el raquitismo son los mas frecuentes; sin embargo no podrá prescindirse de la influencia que las localidades ejercen en su produccion. Así pues, se ha observado que en Norte América el raquitismo es una enfermedad muy rara y que las pélvis viciadas por esta causa son verdaderamente escepcionales. No sucede lo mismo con las pélvis osteomalácicas; estas han sido observadas con una frecuencia exajerada en Manchester y en Flandes donde un solo partero ha tenido ocasion de practicar 16 veces la operacion cesárea en un lapso de tiempo bien corto, por estrecheces estremas que reconocian esta causa.

Tengo entendido que el raquitismo y la osteomálacia que son las causas mas eficaces para la produccion de estrecheces pelvianas, son casi escepcionales entre nosotros; no tengo mas datos para afirmarlo que algunas referencias recibidas de algunos prácticos de reconocido mérito.

Con respecto al sitio que ocupa la estrechez hay que establecer tambien algunas diferencias; todas ellas no son igualmente frecuentes; ocupan el primer lugar las del estrecho superior, vienen en seguida la del estrecho inferior y por último las de la escavacion.

Casi todos los autores que se han ocupado del estudio de los vicios de conformacion de lapélvis, las han dividido en dos grandes grupos que son: *pélvis viciadas por exeso de amplitud* y *pélvis viciadas por falta de amplitud*; para apreciar la exactitud de esta primera division hay que tener en cuenta

que el canal pelviano solo puede viciarse en mas ó en menos.

Las pélvis viciadas por falta de amplitud constituyen lo que generalmente se designa con el nombre de *estrecheces* y pueden subdividirse en dos clases que son la estrechez *absoluta* de Velpeau en la cual se han conservado las formas y la estrechez relativa en la que las formas se han alterado. (Dubois)

La primera de estas subdivisiones que se refiere á la pélvis estrechada de una manera uniforme, no la aceptan los autores alemanes con la significacion que le dan los franceses; los primeros entienden por estrechez absoluta, aquella que llega á un grado estremo y que no deja al partero mas recurso que la operacion cesárea.

II

Las angustias pelvianas pueden ser producidas por muchas causas, sin embargo las que obran con mas eficacia y frecuencia son el raquitismo y la osteomalacia, vienen en seguida las anomalias en el desarrollo de los huesos pelvianos, ciertas lesiones locales, traumatismos, etc. Todas estas causas varian algo en su accion segun la naturaleza de la influencia deformatriz, sin embargo, la mayor parte se refieren á un reblandecimiento de los huesos y á las presiones y tracciones que estos sufren.

El raquitismo es una enfermedad constitucional, caracterizada por una abundante produccion de tejido óseo antes que haya adquirido su completo desarrollo. A esta enfermedad imputaban los antiguos todos los vicios de conformacion no solo de la pelvis sino tambien del esqueleto, pero las investigaciones modernas han demostrado el error en que aquellos se hallaban y han probado que la osteomalacia es por lo menos tan frecuente como el raquitismo.

El raquitismo es una enfermedad que ataca durante los primeros años de la vida, entre el primero y el segundo año tiene su máximun de frecuencia, de los tres á los siete años es muy raro y durante la vida intrauterina puede producirse tambien, pero debe considerársele como escepcional, pues Guerin que es uno de los autores que mas se ha

ocupado de esta enfermedad no ha podido señalar sino tres casos.

Hay en la enfermedad de que me ocupo un reblandecimiento muy marcado de los huesos y una falta de desarrollo apreciable, de manera que despues de la curacion, si bien adquieren su consistencia normal, nunca llegan á tener el espesor y el peso de una pelvis fisiologica.

Las deformaciones que produce el raquitismo llevan casi siempre una marcha ascendente, empieza por los miembros inferiores, sigue la pélvis y luego el tronco; de modo que cuando existan incurvaciones de la columna vertebral, habrá motivo suficiente para pensar que existe alguna deformacion pelviana; sin embargo se han visto muchos casos en que la alteracion de la pélvis ha sido el primer accidente lo cual es debido á que la enfermedad se ha desarrollado en los primeros meses de la vida y se ha mantenido al niño casi constantemente sentado.

El reblandecimiento raquítico de los huesos es indudablemente la causa mas importante en la produccion de esta clase de estrecheces; sin embargo, no es la única, intervienen otras causas que por ser accesorias no son menos importantes, tales son: el peso del cuerpo que es trasmitido por la columna vertebral hasta el promontorio desde donde se distribuye á la pélvis en la direccion de dos líneas oblicuas que van á la cabeza de los femures; las tracciones que ejercen algunos músculos poderosos al nivel de su punto de insercion en la pélvis y por último las presiones directas que se producen sobre los huesos, resultantes de ciertas actitudes tomadas por el enfermo.

En cuanto á la osteomalacia es una enfermedad propia de la edad adulta que se desarrolla en las gentes poco acomodadas, que viven en sitios húmedos y que han sido debilitadas por preñeces anteriores. Segun Pagenstecher las primeras manifestaciones de la enfermedad tienen su sitio

en la pélvis; hay desde el principio dolores que localizados en los isquiones no tardan en irradiarse al pubis y á las vértebras, las incurvaciones se producen un poco mas tarde bajo la influencia de las presiones que tienen que sufrir los huesos.

Hay en la osteomalacia un reblandecimiento como en el raquitismo, pero Virchow establece diferencias muy marcadas: en la primera el hueso ha adquirido todo su desarrollo pero ha tenido lugar una verdadera reabsorcion del elemento calcáreo que le ha hecho perder su consistencia; en el segundo el hueso ha sido paralizado en su evolucion, no ha habido reabsorcion de ninguna especie, las partes blandas no se han endurecido.

Para ciertos vicios de conformacion se desconoce de una manera casi completa la causa intima que preside á su produccion; se esplican por una anomalía de desarrollo las alteraciones propias á las pélvis demasiado ámplias y á las que son demasiado pequeñas. En este último caso el profesor Hubert supone que exista alguna alteracion propia de los vasos nutricios, lo cual esplicaria completamente el desarrollo insuficiente de los huesos; pero esto no pasa de una hipótesis puesto que nada se ha demostrado al respecto.

En lo que se refiere á la pélvis oblicua ovalar, no hay un acuerdo perfecto entre los autores para esplicar su formacion. Nœgele que fué quien la describió por primera vez la considera como un vicio de desarrollo y apoya su opinion en las observaciones siguientes:

1° La anquílosis es perfecta y no ha dejado vestijio ninguno. 2° en la atrofia del coxal y de la mitad correspondiente del sacro. 3° la falta de otra causa esterna que haya podido dar lugar á la deformidad. Esta opinion de Nœgele ha sido sostenida por muchos parteros pero ha sido tambien combatida por otros como Martin y Thomas.

El primero de estos autores cree que la anquílosis es el resultado de la inflamacion de la sinfisis sacro iliaca y que esta inflamacion se propagaria al hueso, de donde resultaria el espesamiento del órgano, la disminucion del calibre de sus conductos nutricios y como consecuencia de todo la falta de desarrollo de la mitad del sacro y del iliaco correspondiente.

Thomas considera tambien de naturaleza inflamatoria la lesion que dá oríjen á este vicio de conformacion y que puede producirse durante la vida intrauterina, en la infancia ó en un periodo mas avanzado de la existencia: Depaul cree posibles las dos cosas, cree que en ciertos casos no puede dejar de aceptarse la esplicacion dada por el profesor de Heidelberg y que en otros tampoco podrá rechazarse la idea de una inflamacion.

Otras causas pueden obrar á mas de las señaladas, tales como las luxaciones coxofemorales y la pérdida de uno de los miembros inferiores. Estas lesiones determinan algunas veces deformaciones mas ó menos considerables en el estrecho superior de la pélvis, pero para que esto suceda, es necesario que el accidente se haya producido durante la niñez porque es en estas condiciones que los huesos presentan una resistencia menor y ceden con mas facilidad á la potencia deformatriz.

Los tumores que ocupan las paredes de la pélvis pueden tambien producir estrecheces estremas; los principales son las exóstosis y los tumores cancerosos que están situados casi siempre en la pared posterior de la pélvis; las fracturas de los huesos de la pélvis si se han consolidado mal, forman un callo vicioso y determinan una angustia variable en cuanto á su grado.

III

Como he dicho anteriormente los vicios de conformacion de la pélvis comprenden dos clases principales que son: las que presentan una amplitud exagerada y aquellas en que hay una disminucion en su capacidad. La primera de estas variedades se ha encontrado lo mismo en las mugeres que presentaban una talla mediana ó muy desarrollada; solo la rapidéz con que el parto se ha producido en estas ocasiones ha podido llamar la atencion sobre este exeso de capacidad de la pélvis, pues durante el embarazo no hay ningun dato que pueda hacérselo sospechar al partero.

Algunos autores entre los cuales figura Joulin aceptan con dificultad que esta clase de pélvis puedan durante el trabajo del parto suscitar un peligro para la madre ó para el niño y funda su opinion en lo siguiente; que la rapidez con que el feto recorre el canal pelvi-perineal no está en razon de la capacidad de la pelvis siempre que esta capacidad se armonice con el volúmen de la cabeza fetal, que las paredes pelvianas no constituyen sino resistencias pasivas y que lo que forma el verdadero obstáculo á la progresion, es el cuello del útero y el plano perineal que tarda en distenderse por las numerosas aponeurosis que entran en su formacion. Estas razones de Joulin parecen muy racionales, sin embargo no deben estar ajustadas á la práctica cuando observadores tan eminentes como Depaul, Nœgele, Bailly y otros muchos aceptan lo contrario.

Durante el embarazo la pélvis demasiado grande puede producir algunos inconvenientes mas ó menos sérios; se ha dicho que el útero permaneceria durante mas tiempo en la escavacion y que esto produciria compresiones dolorosas en lá vejiga y el recto, de donde resultaria el tenesmo vesical y rectal; otro de los inconvenientes que se han señalado es que, en los primeros meses de la gestacion podria producirse la retroversion uterina que es un accidente de bastante gravedad.

Las pélvis que presentan este vicio de conformacion no ofrecen ninguna alteracion en su forma, los huesos tienen su espesor y su testura normal, hay solamente esceso de capacidad, los diámetros están todos aumentados pero guardan entre sí la relacion proporcional que tienen los de la pélvis fisiológica. G. de la Tourette ha señalado los diámetros de una pélvis de este género la cual presentaba 15 centímetros en el sacro pubiano, 17 centímetros en el bis-iliaco y 15 centímetros en el diámetro transverso y ántero posterior del estrecho inferior.

Los vicios de conformacion por falta de amplitud comprenden las pélvis estrechadas de una manera uniforme y aquellas que no lo son sino de una manera parcial. Las primeras pueden dar oríjen á los procedimientos mas graves de intervencion, son pélvis que han conservado la forma, pero en las cuales existe una disminucion de todos los diámetros que puede alcanzar hasta algunos centímetros; los huesos no presentan generalmente alteraciones ni en su testura ni en su forma pero el volúmen es siempre menor. Nœgele ha observado que esta variedad de deformacion suele encontrarse en mujeres bien repartidas, de talla elevada y sin ningun otro vicio de conformacion aparente, de manera que no hay indicio que obligue al partero á practicar un reconocimiento y que solo puede ser apreciado cuando el trabajo

despues de iniciado ofrece un obstáculo invencible para su terminacion.

Esta clase de estrechez se la encuentra con mas generalidad en las mugeres enanas, pero en estos casos la falta de desarrollo de todo el cuerpo lo pone al práctico en buen camino para poderla distinguir y entablar con tiempo una intervencion oportuna.

Las estrecheces parciales de la pélvis tienen lugar en el estrecho superior, en la escavacion ó en el estrecho inferior; la angustia no se produce en el sentido de todos los diámetros á la vez, hay solamente uno ó dos de estos que se afectan simultaneamente.

El estrechamiento del diámetro ántero posterior es el que se observa con mas frecuencia y va ligado casi siempre á la alteracion raquítica de los huesos. Esta estrechez se produce á consecuencia del aplanamiento del arco anterior de la pélvis que se dirige hácia el centro del estrecho, otras veces es debido á que el ángulo sacro-vertebral es proyectado hácia adelante; si estas dos alteraciones coexisten y alcanzan un grado elevado pueden formar la pélvis en ocho de guarismo; la corvadura del sacro puede exagerarse y la base de este hueso aproximarse de su vértice de donde resultaria la estrechez del diámetro ántero posterior del estrecho abdominal y perineal, en otras ocasiones el sacro ha sufrido un movimiento de báscula que ha llevado la base hácia adelante y la punta hácia atrás, esto dá oríjen á una estrechez superior y á un aumento en el diámetro coxipubiano; si el movimiento de báscula se produce sobre el sacro pero en sentido inverso, resulta un aumento del diámetro sacro pubiano y disminucion del coxi-pubiano. Esta variedad constituiria lo que se ha llamado pélvis infundibuliforme porque es ancha en su parte superior y estrecha en su parte inferior.

Los diámetros oblícuos pueden tambien hallarse reduci-

dos ó bien de una manera simultánea ó bien aisladamente, esta reduccion es debida al aplanamiento de las paredes ántero laterales de la pélvis que disminuyen la corvadura del ilio correspondiente ó forman una saliencia hácia la cavidad. Esta deformacion ocupa toda la altura del hueso, por consiguiente la angustia ocupa no solo el estrecho superior, sino tambien el inferior y la escavacion.

Hay una variedad de deformacion oblícua á la cual se le han asignado caractéres particulares, es la pélvis oblícua oval de Nœgele que fué quien primero la describió. Hay en esta pélvis una fusion completa entre el sacro y el hueso iliaco del lado correspondiente acompañada de una falta de desarrallo en los huesos del mismo lado de la anquílosis; los agujeros sacros de un lado presentan una disminucion en su calibre bastante marcada.

El sacro se halla desviado del lado de la anquílosis, su cara anterior vuelta hácia el coxal de este lado, la sínfisis pubiana es empujada hácia el lado opuesto de manera que se encuentra con respecto al promontorio en una situacion diagonal.

El hueso innominado del lado de la anquílosis es un poco menos ancho que el del lado opuesto, menos desarrollado, su concavidad está disminuida, hay un aplanamiento marcado sobre todo si se compara con el del lado opuesto. Los diámetros han sufrido tambien algunas alteraciones, el oblícuo que nace de la sínfisis sacro iliaca sana se halla estrechado, mientras que el que nace de la sínfisis anquilosado se halla aumentado; la distancia sacro cotiloídea del lado de la sinostosis está reducida y aumentada la del lado opuesto. Esta clase de pélvis tienen la forma de un óvalo oblícuo, cuyo pequeño diámetro corresponderia al diámetro oblícuo estrechado.

Estos son los caractéres que le ha asignado Nœgele á la pélvis que lleva su nombre y que segun este autor hace

notar, tienen tal parecido entre sí que la vista de un nuevo ejemplar hace pensar involuntariamente en el que se ha visto anteriormente.

Depaul ha hecho notar otras dos variedades de pélvis que por su forma pueden ser aproximadas de la de Nœgele, sin embargo que les faltan muchos de sus caractéres; en una de ellas la anquílosis es incompleta ó falta completamente, pero se nota el desarrollo imperfecto de la mitad del sacro y del ilio correspondiente; en la otra variedad no hay ni anquílosis ni alteracion en los huesos, en lo único que se parecen es en la forma.

El estrechamiento del diámetro transverso suele observarse en algunas ocasiones, pero esto se ve con menos frecuencia que la reduccion de los otros diámetros, es producido por el rechazamiento del coxal hácia el centro; pueden ser rechazados los dos á la vez ó bien uno solamente, en cuyo caso resulta una asimetría de la pélvis y el promontorio viene á quedar en una direccion algo oblícua con relacion al pubis.

En cuanto al grado á que puede llegar la reduccion de los diferentes diámetros de la pélvis, no puede decirse nada con precision, puede variar desde la estrechez mas insignificante hasta la produccion de una angustia estremada en la cual la abertura que queda es solamente de algunos milímetros.

IV

Se ha aceptado casi sin reserva por la mayoría de los autores que han tenido ocasion de observar muchas pélvis viciadas, que la deformacion presenta caractéres especiales en relacion con la causa que la ha producido y que es en virtud de este sello especial que pueden distinguirse entre sí y remontarse del efecto producido á la causa productora.

Nœgele que con toda justicia puede ser considerado como una autoridad en la materia, no acepta esta opinion tan absoluta, cree que en muchas ocasiones será imposible determinar si tal ó cual estrechez reconoce como causa original el raquitismo ó la osteomalácia, porque siendo el punto de partida de la angustia el reblandecimiento que los huesos han sufrido y que es comun á las dos enfermedades, puede suceder que las potencias deformatrices obrando en un mismo sentido hayan producido alteraciones análogas.

Los caractéres que se han asignado á las pélvis viciadas por el raquitismo, son los siguientes: los huesos son poco desarrollados, delgados, casi transparentes al nivel de la fosa iliaca interna y muy blancos cuando han sido preparados. Las alas de los huesos innominados se hallan aplanadas y menos escavadas, la distancia que separa las espinas iliacas anteriores es mayor, la concavidad del sacro es menos pronunciada, el coxis está casi siempre algo proyectado hácia atrás, el diámetro sacro pubiano disminuido, el transverso algo aumentado.

Las pélvis osteomalácicas presentan deformaciones mucho mas graves, los huesos son menos pesados debido á la reabsorcion del elemento calcáreo, el sacro tiene una concavidad exagerada y su base se aproxima de su vértice, las alas del hueso iliaco en lugar de estar aplanadas como en el raquitismo se inclinan de arriba abajo y forman una especie de canal, las espinas iliacas anteriores están aproximadas, el estrecho superior está muy alterado en su forma y se parece á un sombrero de tres picos, los pubis se han aproximado por su cara posterior y producen una disminucion en la abertura del arco pubiano y la apróximacion de los isquiones; además, los diámetros están casi todos alterados.

Respecto á la pélvis oblícua oval, los caractéres distintivos son tan marcados que es casi imposible confundirla con ninguna otra y como estos han sido señalados al hacer su descripcion, indicarlos aquí seria incurrir en una repeticion sin objeto.

Las pélvis viciadas por luxasion congénita de los femures se las puede separar de las demás sin gran trabajo, tienen su diámetro transverso disminuido mientras que el ántero posterior ha aumentado proporcionalmente; la forma del estrecho superior es algo circular, el diámetro bis-isquiático está aumentado, la cavidad cotiloidea ha desaparecido casi completamente, mientras que una nueva cavidad se ha formado para recibir la cabeza del fémur.

V

El diagnóstico de las estrecheces pelvianas reclama una atencion solícita por parte del práctico, un error de diagnóstico puede tener consecuencias funestas no solo para la madre sinó tambien para el feto, por cuanto la gravedad de la intervencion está en relacion con el grado de la estrechez.

El médico será llamado algunas veces para determinar si una niña es bien conformada y si dado el caso de una preñez el producto de la concepcion podrá franquear sin obstáculo el canal pelviano. Otras veces no será consultado sinó cuando el trabajo ha empezado ya y que un obstáculo cuya naturaleza se desconoce no ha podido ser superado á pesar de la enérgica accion del útero.

En el primer caso buscará un ausilio en los antecedentes de la mujer, hará un estudio detenido de todo su sistema huesoso y podrá recurrir á la pelvimetría esterna. Si este exámen fuese favorable para la paciente, el médico podrá limitar á esto sus investigaciones y admitir una buena conformacion de la pélvis; pero si se hubiese encontrado algo sospechoso en los antecedentes ó en las dimensiones esteriores de la pélvis, el médico no podrá prescindir de hacer un estudio mas detenido y prolijo.

Al estudiar los antecedentes será necesario averiguar cuales son las enfermedades que ha padecido en su infancia, si ha sido atacada de raquitismo, á que edad se ha producido, cuales son los síntomas que produjo. En el caso de luxacion

ó de pérdida de uno de los miembros inferiores, informarse de la época en que tuvo lugar el accidente, porque se sabe que estas causas son muy favorables en la niñez para la produccion de estrecheces, siéndolo mucho menos en la edad adulta cuando los huesos han adquirido toda su consistencia.

Cuando se haga el exámen del sistema óseo será necesario recorrer cada hueso en particular, ver si hay relacion entre el desarrollo de los miembros inferiores y superiores, si existe alguna anomalía en las estremidades articulares de los huesos, si estos tienen su direccion normal ó bien si han sufrido desviaciones; al examinar el aspecto esterior de la pélvis se podrá notar si los pubis se hallan deprimidos, si el espacio bitrocanteriano y el que média entre las espinas iliacas son suficientemente estensos.

En cuanto al exámen pélvimetrico, tiene por objeto determinar de una manera directa ó indirecta los diámetros de la pélvis; los instrumentos de que se hace uso con este fin se designan con el nombre de pelvímetros.

Los pelvímetros pueden ser esternos internos ó mistos segun que sean aplicados en dos puntos esteriores de la pélvis, en dos puntos interiores ó bien en un punto interno y otro esterno.

Entre los esternos, el compás de espesor de Baudelocque es de un uso mas frecuente que el de la misma clase inventado por Chaussier; para aplicar el compás de Baudelocque puede estar la mujer en la posicion vertical ó bien en el decúbito lateral, una de las ramas del instrumento es colocada en la parte superior de la sínfisis pubiana y la otra en la apófisis espinosa de la primera vértebra sacra, pero desgraciadamente esta es una de las dificultades del procedimiento. Se aconseja para encontrar esta apófisis contar todas las vértebras de arriba á bajo, pero esto que es casi

imposible en las personas delgadas presenta mayores dificultades en las personas gruesas.

Van Huevel aconseja para encontrarla tender una cinta que pasase por las dos crestas iliacas; bajando en seguida 4 centímetros se encontraria el punto de aplicacion de la segunda rama del compás.

De la medida que se obtiene es necesario deducir 65 milímetros que corresponderian al espesor del promontorio y 15 milímetros para el espesor de los pubis; pero estas cifras aun en la pélvis fisiológica, no tienen nada de rigoroso puesto que se han señalado diferencias que alcanzan desde 11 hasta 20 milímetros. Se comprende pues perfectamente toda la gravedad que puede tener una diferencia de esta naturaleza bajo el punto de vista del procedimiento operatorio que se emplee; además, hay que tener en cuenta que estas medidas no pueden revelarnos nada respecto á las alteraciones interiores de los huesos, puede existir una exóstosis que reduzca considerablemente la capacidad de la pélvis y sin embargo la forma y las dimensiones esteriores no haber sufrido alteracion.

Para medir el diámetro transverso del estrecho superior, se aconseja tomar la mitad de la distancia que separa las espinas iliacas anteriores y para encontrar el diámetro oblicuo se ha dicho que era necesario tomar la que hay entre el gran trocanter de un lado y la sínfisis sacro iliaca del otro haciendo la deduccion correspondiente al espesor de los huesos; en este último caso la dificultad es la misma que para el diámetro ántero posterior solo que ha variado la region.

Por las razones espuestas se vé que estos pelvímetros son insuficientes para hacer un diagnóstico exacto, sin embargo podrian ser muy útiles para el diagnóstico de la pélvis oblicua oval que como se sabe tiene una forma completamente asimétrica; de esta desigualdad en sus dos mitades

resulta que la distancia que média entre la sínfisis sacro iliaca de un lado y un punto cualquiera tomado en el opuesto difiere notablemente de la distancia que separa los mismos puntos en el lado contrario.

Los pelvímetros internos están destinados á medir directamente los diámetros pélvianos, á esta clase pertenecen los pelvímetros de Coutouly, Stein, Osiander, etc. Estos instrumentos serian muy útiles si sus ramas pudiesen fijarse convenientemente en el punto en que se aconseja hacer su aplicacion.

Desgraciadamente esto es muy difícil, la rama que debe corresponder al promontorio se desvia á un lado ú otro y entonces el resultado es inexacto, por otra parte, como estos instrumentos deben dilatarse en la vagina, resultan tironeamientos muy incomodos y dolorosos para la mujer, de manera que su uso podria reservarse para cuando este órgano se hallase distendido por el trabajo del parto y aun en estos casos pudiera ser que la presentacion algo encajada hiciera obstáculo para su aplicacion.

Los dedos sirven muy bien como pelvímetros puesto que estando dotados de sensibilidad pueden apreciar convenientemente las partes con que se ponen en contacto. Por medio de estos órganos no se obtiene sino el diámetro sacro subpubiano, es necesario entonces hacer una reduccion de 15 milímetros que corresponde á la inclinacion menor de la línea sacro pubiana.

En la generalidad de los casos el ángulo sacro vertebral es inaccesible al tacto, pero esto mismo puede considerarse como un signo negativo de mucho valor puesto que indica que el parto podrá hacerse de una manera espontánea.

El pelvimetro de Madama Boivin no tiene el inconveniente que se ha señalado al de Osiander y Stein, pero tiene otros no menos serios, su aplicacion es mas costosa y las mugeres

le rechazan justamente porque una de sus ramas tiene que ser colocada por el recto.

Entre los pelvímetros mistos figuran el de Welemberg y el de Van Huevel, estos instrumentos son los que gozan de mas crédito sin que por esto puedan ser considerados como perfectos, carecen de algunos de los inconvenientes que ofrecen los pelvímetros internos pero dejan subsistente la dificultad para aplicar su rama interna sobre el promontorio.

El pelvímetro de Van Huevel tiene la forma de un compás, su rama interna está destinada á ser colocada en el promontorio y la parte posterior de los púbis; es casi recta y aplanada en su estremidad, tiene en su parte media un anillo destinado á sujetar con mas fijesa esta rama; un poco por encima se halla un semicírculo no graduado que atraviesa la rama esterna la cual es susceptible de alargarse y acortarse, es algo curba y presenta en su estremidad un tornillo que facilita el desprendimiento del instrumento despues de su aplicacion; en el tercio superior de esta rama se halla una palanquita que sirve para mantener el pelvímetro con un mismo grado de abertura despues de su colocacion.

Para usar el instrumento se procede del modo siguiente: se introducen dos dedos en la vagina que sirven para conducir la rama interna y aplicarla en la parte média del promontorio; el dedo pulgar debe penetrar en el anillo que ofrece esta rama. Antes de aplicar la rama esterna es necesario marcar con tinta el punto que ha de ocupar sobre los púbis, porque como debe ser aplicada dos veces para la medicion del mismo diámetro, la variacion de sitio produciria un resultado inexacto.

Una vez colocadas las ramas se las fija por medio del tornillo de presion y se las retira haciendo sufrir un movimiento de báscula á la rama esterna, se anota el diámetro que resulta, despues se mide por el mismo procedimiento el

espesor de los púbis y la cantidad que resulte se resta de la que se ha obtenido primero; lo que quede será lo que corresponda al diámetro sacro pubiano.

En resúmen, puede decirse que los pelvímetros tanto internos como mistos son de una utilidad dudosa en las estrecheces poco considerables de la pélvis, en razon de la dificultad que hay para colocar una de sus ramas en el ángulo sacro vertebral y en las estrecheces en que el diámetro ántero posterior, mide 8 centímetros, son completamente innecesarios, pues el dedo que puede ser considerado como un pelvímetro sensible é inteligente dá resultados mas satisfactorios.

VI

Sucede en la generalidad de los casos que la preñez sigue sin muchos inconvenientes hasta su terminacion cuando existe una estrechéz pelviana; pero si bien esto es lo que se observa con mas frecuencia, se ha tenido tambien ocasion de notar que si la angustia es muy estensa y ocupa el estrecho superior, el útero se desarrolla en la escavacion y á causa del volúmen que toma no es posible su ascenso hácia el abdómen; de aquí resultan compresiones que determinan la espulsion del producto de la concepcion antes del quinto ó del sesto mes.

Se ha visto tambien que en las mugeres raquíticas la cavidad abdominal no presenta una capacidad suficiente para contener el útero distendido por el huevo que vá adquiriendo todo su desarrollo, entonces las paredes abdominales producen presiones sobre el órgano gestador y determinan el parto prematuro.

Cuando la preñéz ha llegado á término, los obstáculos al parto están en razon directa del grado de estrechéz de la pélvis, así en aquellas en que su menor diámetro mide solamente 9 y 1[2 centímetros, el parto tiene lugar casi siempre de una manera espontánea y esto se concibe puesto que el diámetro biparietal de la cabeza fetal no tiene mayor estension á menos que exista un desarrollo anormal. Depaul y Martin de (Lyon) han visto el parto terminarse espontáneamente existiendo una reduccion considerable del diámetro ántero posterior que no media sino 6 y 1[2 centímetros. Dadas ciertas condiciones especiales podria ser aceptada

como posible, seria necesario para esto que la cabeza fetal fuese muy pequeña y que las contracciones uterinas fuesen muy enérgicas.

Cuando la reduccion sea inferior á 6 centímetros y medio es inútil abrigar la esperanza de una terminacion espontánea, porque si bien la bóveda del cráneo es susceptible de deprimirse mucho, no sucede lo mismo con la base que está formada de huesos resistentes y poco depresibles y como el diámetro transverso de la base mide lo menos 6 y medio centímetros, resulta que será imposible su paso á través de una estrechéz que presente una estension menor.

Puede decirse de una manera general que las estrecheces de la pélvis son de un pronóstico muy sério, no solamente porque la intervencion que hay que llevar en estos casos compromete la vida de la madre ó del niño, sino que hay peligros para ambos en el trabajo mismo del parto. Cuando el obstáculo que tiene que vencer el útero es muy considerable, las contracciones adquieren una energia sorprendente y la ruptura de este órgano ó de la vagina puede tener lugar.

A consecuencia de esta energia en la accion uterina, la cabeza fetal ejecuta presiones sobre las partes blandas y puede determinar su mortificacion, la parálisis de la vegiga ó bien todavia una fistula recto ó vesico vaginal. Si el obstáculo no ha podido ser franqueado y no se ha hecho ninguna intervencion, puede producirse un estado de sobreexitacion particular acompañado de delirio que conduce á la paciente rápidamente á la muerte.

En el niño la muerte sobreviene á consecuencia de la mucha duracion del trabajo despues de rota la bolsa de las aguas, á causa de fracturas que ha producido en los huesos del cráneo el ángulo sacro vertebral demasiado saliente, ó bien es debida al prolapsus persistente del cordon umbilical que es comprimido en el borde del estrecho superior.

VII

Las indicaciones que tiene que llenar el médico en las estrecheces pelvianas son muy importantes, varían sin embargo segun que haya sido llamado á prestar sus auxilios algun tiempo antes de que la gestacion haya llegado á su término ó bien cuando el trabajo se ha iniciado.

La cirujia no poseé recurso alguno para combatir la estrechez que se ha producido desde mucho tiempo ni aun para la que es reciente, pero el médico tiene que llenar indicaciones profilácticas de primer órden; así pues en una niña que en sus primeros años ha sido atacada de raquistismo será necesario combatir enérgicamente y por los medios apropiados la enfermedad que es la causa original de la deformacion, además será mantenida en el decúbito dorsal que si bien tiene algunos inconvenientes, son menores que los que produciria la estacion vertical en la cual la pélvis tendria que soportar todo el peso del tronco, circunstancia que favoreceria poderosamente la produccion de la angustia. En cuanto á las lesiones articulares y á la pérdida de uno de los miembros inferiores se sabe que son causas eficaces para la produccion de estrecheces cuando ejercen su accion desde la niñez; entonces el cirujano deberá dedicarles la mayor atencion y evitar si es posible la claudicacion.

Cuando el partero ha sido llamado algunos meses antes de que la preñez haya llegado á término sus recursos no son tan limitados, tiene delante de sí todo el tiempo necesario para elegir la intervencion que ha de llevar; haciendo

el parto prematuro tiene la esperanza de salvar la madre y el niño particularmente si el grado de estrechez le permite dejar marchar la preñez hasta una época próxima de su término.

El parto prematuro rechazado al principio por muchas notabilidades científicas ha quedado por fin definitivamente aceptado y con razon, pues es tal vez una de las pocas operaciones que al lado de las ventajas que presenta ofrece muy pocos inconvenientes. Se trata pues de determinar en qué límites de estrechez debe quedar indicada la operacion y en qué época de la vida del feto debe ser practicada. Se ha visto que el parto puede terminar espontáneamente cuando uno de los diámetros está reducido á 9 centímetros, de manera que cuando pase de esta cifra se puede dejar que la preñez siga su curso. Ahora bien, como esta operacion se practica con el objeto de salvar la vida del niño y este no tiene grandes probabilidades de existencia sino desde el septimo mes en adelante y en esta época el diámetro biparietal del feto prescindiendo de su reductibilidad es segun las investigaciones de Stoltz de 6 y 1|2 á 7 centímetros, resulta que este número debe ser considerado como el minimum bajo del cual se entraria en el dominio del aborto provocado.

Para que el procedimiento sea oportuno el cirujano tendrá que conocer con exactitud el grado de estrechez que existe y la estension que tiene el diámetro biparietal del feto en los tres últimos meses de la preñez; con este objeto me parece conveniente transcribir el cuadro siguiente que encuentro en la obra de Joulin.

Grado de angustia	Epoca del parto	Diametro biparietal del feto
65 milímetros	7 meses	65 milímetros
70 »	7 meses y medio	70 »
80 »	8 »	80 »
85 »	8 meses y medio	85 á 88 »

Como contraindicaciones á la operacion se ha señalado la muerte del feto y esto se concibe perfectamente puesto que cesa de desarrollarse.

Si se constatase una preñez gemelar la intervencion podria retardarse mas, el cirujano tiene derecho de esperar que los fetos presenten un volúmen menor que en una preñez simple.

Algunos autores en lugar de recurrir al parto prematuro han tratado de disminuir el volúmen del feto sometiendo á la madre á un tratamiento debilitante; la alimentacion que se le da es insuficiente, se le practican sangrias abundantes en diferentes épocas de la preñez y se le dan purgantes drásticos repetidos. ¡No hay necesidad de esplicar cuantos padecimientos tendrá que soportar bajo la influencia de un regimen tan cruel!

Es cierto que Depaul se alaba mucho de los resultados que ha obtenido por este método, pero Baudelocque y muchísimos otros han podido constatar que mujeres que habian llegado al mas alto grado de debilitamiento bajo la influencia de la miseria ó de padecimientos anteriores, han dado á luz niños muy bien constituidos. En el tiempo que he estado como interno en el Hospital de Mujeres, he tenido ocasion de observar casos análogos y es por esta razon que no acordaré nunca mucha confianza á este método que ha sido rechazado por casi todos los prácticos, porque á parte de los sufrimientos que impone á la mujer es muy inseguro en sus resultados y puede determinar una alteracion tal de la salud que llegue á comprometer la existencia.

Algunas esperiencias favorablcs que se han hecho sobre los animales, han inducido á algunos autores á aconsejar el uso al interior de una solucion de yoduro de potasio yodurado, con el objeto de disminuir el volúmen del feto. Desgraciadamente los esperimentos hechos en algunas mujeres no han dado los resultados que se esperaban.

Las indicaciones que sugieren las estrecheces pelvianas durante el trabajo del parto son muy importantes. Son mas ó menos graves segun la naturaleza del obstáculo; los recursos que tiene el cirujano son limitados, no le quedan muchos procedimientos para hacer su eleccion, pero en cambio son tan sérios en ciertos casos que comprometen la vida del niño ó de la madre. La determinacion que tome el partero en estos casos, debe estar rigorosamente subordinada al grado de la estrechéz; es una regla de la cual no podrá separarse en ningun caso.

Cuando el diámetro estrechado no mide sino 9 y medio centímetros está aconsejado esperar durante algunas horas despues de rota la bolsa de las aguas porque en estas condiciones es lo mas probable que el parto se termine espontáneamente, lo que se concibe muy bien si se tiene en cuenta que el diámetro biparietal del feto á término no exede casi nunca de la cifra indicada. En el caso en que el trabajo se retardase demasiado se le podria terminar por medio de una aplicacion de forceps; la misma indicacion habria que llenar si se tratase de una presentacion de cara, solo que aquí es de una necesidad imprescindible hacer la rotacion de modo que la barba venga á salir debajo del arco pubiano. Tratándose de una presentacion de tronco seria necesario ensayar por medio de maniobras esternas la colocacion de la estremidad cefálica en relacion con el estrecho superior para proceder en seguida como en el caso indicado anteriormente; pero si el feto no pudiese ser movilizado, entonces se practicará la version podálica.

Si la estrechéz estuviese comprendida entre 9 y 1|2 y 6 y 1|2 centímetros, las probabilidades de una terminacion espontánea irán siendo menores á medida que mas se aproxime del límite inferior de la angustia; pero esto no será una razon para prescindir de la espectacion puesto que en muchos casos se observa un principio de encajamiento de la

cabeza en la escavacion que simplifica mucho la aplicacion de los instrumentos.

El forceps da resultados muy satisfactorios en esta clase de estrecheces, pero es necesario que las tracciones se hagan con energia y si una primera aplicacion es insuficiente para estraer el feto se harán nuevas aplicaciones con intérvalo de algunas horas. Este es el procedimiento aconsejado por Pablo Dubois y que dá los resultados mas ventajosos.

Algunos autores dan la preferencia á la version en las estrecheces médias de la pélvis; este procedimiento fué aconsejado por Burton en el siglo pasado á pesar de los malos resultados que obtuvo.

Mma. Lachapelle y Simpson han sido en este siglo los mas ardientes defensores de la version y apesar de los esfuerzos que han hecho no han podido conseguir que se le diera la preferencia sobre el forceps que goza á este respecto de una reputacion bien merecida.

Los partidarios de la version dicen que el encajamiento de la cabeza se haria con mas facilidad por su base, puesto que el diámetro bimastóideo es menor que el diámetro biparietal; la cabeza representaria una especie de cono cuyo vértice estaria dirigido hácia abajo, condicion que seria favorable para su estraccion.

Apesar de esta disposicion tan favorable indicada por los defensores de la version, los resultados son muy inferiores á los que se han obtenido con el forceps y esto está comprobado por números, puesto que, dadas condiciones idénticas la primera ha producido un 52 por ciento de niños muertos, mientras que el segundo no ha dado sino un 29 por ciento.

Si estos resultados no fuesen suficientes para esplicar la preferencia que se acuerda al forceps, seria necesario tomar en cuenta el argumento siguiente invocado por Joulin:

« Cuando el trabajo dura desde largo tiempo, la cabeza
» está en flexion forzada y entonces no es el bregma el que

» se presenta, sino un punto muy próximo del occipucio que
» forma el vértice de un cono que tiene por base las eminen-
» cias parietales y presenta mas altura que el cono parieto
» mastoideo y un espesor menor en su vértice. »

La version podálica segun la opinion de la mayor parte de los autores franceses debe quedar reservada para las estrecheces oblícuas ovalares y en estos casos debe ser practicada de tal manera, que el occipucio vaya á corresponder á la parte mas ancha de la pelvis.

Ahora bien, tanto el forceps como la version pueden ser insuficientes para terminar el parto, entonces el cirujano se vé en la dura necesidad de recurrir á operaciones mucho mas graves; por medio de la operacion cesárea crea una nueva salida para el feto pero compromete muy sériamente la vida de la madre y por la embriotomia reduce el volúmen del niño pero su muerte es inevitable.

El cirujano podrá elejir entre estas dos operaciones que son apreciadas diferentemente por los autores. En la edad média se recurria casi esclusivamente á la operacion cesárea y se respetaba la vida del niño, en Francia ésta ha sido la práctica que se ha seguido hasta mucho tiempo despues que la embriotomia se hubiese generalizado en Alemania é Inglaterra. En nuestros dias apesar de los nombres respetables que abogan en favor de la operacion cesárea, hay cierta tendencia á sacrificar al niño en provecho de la madre.

Si la angustia pelviana estuviese comprendida entre 6 y 1[2 y 5 centimetros, el cirujano podrá todavia hacer su eleccion entre la histerotomia y la cefalotripsia, sin embargo conociendo los resultados desastrosos que dá la operacion cesárea cuando se la practica en las ciudades populosas, me parece mas conveniente la cefalotripsia que si bien sacrifica al niño dá á la madre muchas probabilidades de vida.

Cuando la estrechez baje de 5 centímetros deberá recurrirse á la operacion cesárea porque la cefalotripsia practi-

cada en estas condiciones trae consecuencias funestas para la madre; esto se esplica muy bien por la disminucion del campo de accion del instrumento que siendo tan pesado y de difícil manejo, produce necesariamente lesiones de mucha consideracion. De modo que faltando en estos casos la única razon que hace aceptable la cefalotripsia (que es la de dar mayores probabilidades de salvacion á la madre) no hay motivo ninguno para preferirla á la operacion cesárea.

En el caso en que el niño estuviese muerto se recurrirá siempre á la embriotomía á escepcion de los casos en que la estrechez fuese tan grande que no permitiese el paso á los instrumentos. Pajot ha conseguido practicar la operacion en una pélvis que no medía sinó 27 milímetros, pero se comprende bien que para obtener un buen resultado es necesario conocer muy bien el instrumento y tener una habilidad que no es posible exigir á la mayoría de los practicos.

VIII

María G. . . . italiana, planchadora, de 21 años de edad, de constitucion débil, entró embarazada y en trabajo á la sala de Maternidad, el dia 3 de Julio de 1875.

Segun las referencias que me hizo habia padecido de raquitismo en su infancia y le habian quedado deformaciones muy marcadas en la columna vertebral.

Las primeras reglas le habian aparecido á los 14 años y estas se habian seguido produciendo de una manera regular.

A la edad de 19 años tuvo un aborto de tres meses; en esta segunda preñez no ha tenido accidente ninguno de importancia hasta el momento en que el trabajo se inició. Los primeros dolores aparecieron con alguna energía el 1° de Julio á las 11 de la noche y la bolsa de las aguas se rompió algunas horas despues, los dolores han ido aumentando en su frecuencia y en su intensidad, el cuello del útero se habia dilatado parcialmente, pero el encajamiento de la cabeza en la escavacion se hacia esperar demasiado.

Algunos prácticos la habian visto antes de venir á este establecimiento y habiendo reconocido la naturaleza del obstáculo le habian significado la necesidad de una operacion, razon por la que se presentó al hospital.

El cuerpo de esta mujer tenia una longitud de 130 centímetros, en sus miembros inferiores faltaban esas deformaciones que se observan en los individuos que han padecido de raquitismo, se notaba solamente que las tíbias ofrecian

hácia su tércio superior una concavidad bastante aparente y no habia ese engrosamiento de las estremidades huesosas que es propio de esta enfermedad; las únicas lesiones óseas visibles ocupaban la columna vertebral.

Los pubis no ofrecian ninguna anomalia aparente, el volúmen del vientre no era exajerado, por médio de la palpacion se podia circunscribir el tumor cefálico que ocupaba la region hipogástrica y descansaba sobre el arco anterior de la pélvis. Por medio de la auscultacion no se pudieron constatar los latidos del corazon del feto, su muerte se esplicaba por la perturbacion de la circulacion resultante de un trabajo de larga duracion.

Los órganos genitales esternos estaban bien desarrollados, pero el espacio que mediaba entre la horquilla y el ano era algo exíguo. Haciendo el tacto vaginal se notaba que los pubis no hacian eminencia apreciable del lado de la escavacion, pero llevando el dedo hácia la parte posterior y costeando la corvadura del sacro, se alcanzaba á tocar con facilidad el promontorio y midiendo la distancia que lo separaba del vértice del arco pubiano se obtenia un diámetro de 9 y 1|2 centímetros, del cual era necesario deducir 1 y 1|2 centímetros por ser menor la inclinacion de la misma línea tirada hasta la parte superior de la sínfisis del pubis.

El cuello del útero á pesar de la duracion del trabajo y de la energía de las contracciones no se habia dilatado completamente, la abertura que circunscribia tendria 6 centímetros de diámetro próximamente, sus bordes eran gruesos, pero su resistencia era poca.

Prosiguiendo el exámen se notaba hácia la parte anterior la estremidad cefálica con su cuero cabelludo muy edematoso, colocada al principio en segunda posicion reconocimos mas tarde que se habia hecho casi transversal y que ocupaba un punto intermediario entre la segunda y la tercera posicion. Despues de cada reconocimiento se escapaba una

pequeña cantidad de líquido amniótico de color verdoso, muy alterado y exesivamente fétido.

El estado general de la mujer era poco satisfactorio, la duracion del trabajo, la falta de reposo y los dolores sufridos la habian abatido profundámente.

Se habia diagnosticado una angustia del diámetro ántero posterior del estrecho superior que no media sino ocho centímetros, pero antes de recurrir á cualquier procedimiento de intervencion se resolvió esperar algun tiempo con el objeto de observar la marcha del trabajo y ver si el cuello se dilataba del todo. Con este objeto fué colocada á las 12 del dia en un baño tíbio en el cual permaneció durante cuarenta minutos; á las 2 y media de la tarde el cuello estaba en el mismo estado, no era posible retardar por mas tiempo la intervencion; siguiendo pues la indicacion de emplear primero los medios menos graves, el Dr. Molina resolvió hacer la aplicacion del forceps.

Despues de haberla cloroformado se colocó á la paciente en el decúbito dorsal á través de la cama, con la parte superior del cuerpo bastante elevada, la pélvis apoyada en el borde de la misma, las piernas en flexion sostenidas por dos ayudantes que las mantenian separadas y fijas.

El cirujano colocado delante de la enferma tomó con su mano derecha la rama hembra del forceps y despues de haber introducido en la vagina la mano izquierda que debia servirle para conducirla hasta el estrecho superior de la pélvis, la colocó hácia el lado derecho de la mujer. La introduccion de esta rama se hizo con facilidad y rapidez; en el momento en que se desalojaba la presentacion, hubo una abundante evacuacion de pus fétido y sanguinolento que provenia de un abceso inter-útero-placentario como lo demostró la existencia del pus entre los cotiledones de la placenta. La rama hembra una vez colocada en la situacion

que debia ocupar, fué confiada á un ayudante que la mantenia en posicion bajándola un poco hácia la horquilla.

La rama macho tomada con la mano izquierda, fué colocada hácia el lado izquierdo de la enferma, por encima de la primera rama del instrumento y guiada por la mano derecha del operador.

La colocacion de esta rama fué muy laboriosa y no pudo efectuarse sino despues de varias tentativas; esta dificultad provenia evidentemente de la incurvacion de la columna vertebral hácia este lado y que encontrando este obstáculo el instrumento, se desviaba de la direccion que se le imprimia. El descruzamiento de las ramas se hizo fácilmente, pero no sucedió lo mismo al articularlas, porque habiendo sufrido la rama hembra un movimiento de rotacion mientras se introducia la segunda rama, resultaba que no correspondian al mismo plano la mortaja y el tornillo; fué pues necesario hacer ejecutar á la primera rama un movimiento de rotacion en sentido inverso.

Una vez articulado el instrumento se empezaron á hacer tracciones ligeras, luego mas enérgicas á medida que se notaba la resistencia al encajamiento de la cabeza fetal en la escavacion pelviana. Las cucharas del forceps á pesar de haber sido aplicadas convenientemente abandonaron dos veces la estremidad cefálica y este accidente contribuyó tambien á hacer mas larga la operacion; las tracciones que se hicieron fueron vigorosas y sostenidas de manera que al cabo de cuarenta minutos se hizo la estraccion de un feto de término, muerto, que pesaba 2750 gramos y tenia una longitud de 50 centímetros; los principales diámetros de la cabeza median: el occípito frontal 11 centímetros, el occípito mentoniano 13, el biparietal 8, el suboccípito bregmático 9.

Sobre la cabeza del feto se podian notar muy claramente las impresiones que habia dejado el forceps en las distintas

veces en que fué aplicado y que atestiguaban que la cabeza habia sido bien tomada por las cucharas.

La salida del feto dió lugar á una ruptura del periné bastante estensa pero incompleta; la ruptura de la horquilla vulvar es un accidente bastante frecuente, por mas prolija que haya sido la aplicacion del instrumento y por mas mesura que se haya observado al hacer el desprendimiento de la cabeza.

La espulsion de la placenta tuvo lugar 20 minutos despues, no hubo hemorragia, el útero se retrajo convenientemente y tomó la forma globulosa que le es propia. La enferma tuvo un escalofrio de poca duracion, náuseas, vómitos, dolores abdominales y el pulso latia con mucha frecuencia pero débilmente.

Le fué prescrita una infusion aromática y un poco de vino caliente con el objeto de reanimarla de la postracion en que habia quedado.

Durante la noche fué visitada nuevamente y se pudo entonces notar que los vómitos habian cesado, que faltaba el pulso en la radial y en la temporal y que los latidos cardiacos eran débiles y confusos; su inteligencia estaba conservada, habia enfriamiento en las estremidades y un sudor frio cubria su frente. Todo este conjunto nos revelaba una terminacion pronta y fatal, lo que sucedió efectivamente á las 6 de la mañana del dia siguiente.

Autopsia —Al abrir la cavidad abdominal se podia notar que no habia alteracion aparente en el peritoneo parietal y viceral, faltaba en su superficie la exudacion plástica y en su cavidad el exudado sero-fibrinoso que son propios de las inflamaciones de esta membrana. El útero bastante voluminoso sobrepasaba el estrecho superior, el peso del órgano estaba en relacion con su volúmen y su consistencia parecia un poco disminuida.

La superficie interna presentaba un color oscuro subido

debido á los coágulos sanguineos que habia, estaba recubierta de una capa pultácea que se levantaba fácilmente con el escalpelo dejando ver una masa ligeramente rosada y que no era otra cosa que el plasma destinado á la formacion de la nueva mucosa en un periodo poco avanzado de su evolucion. Hácia el lado derecho y en su tercio superior se notaba el relieve correspondiente al punto de implantacion de la placenta; este relieve tenia un color negro en casi toda su estension á escepcion del punto que habia ocupado el abceso que ofrecia una coloracion amarillenta y que presentaba una ligera depresion. En la parte posterior é inferior, el órgano estaba adelgazado de una manera notable; la vagina no tenia ninguna alteracion, habia solamente en su superficie algunos coágulos sanguineos.

La pélvis de esta muger ha sido preparada por mis amigos y condiscípulos, los Sres. Lanús y Aguilar.

A mi modo de ver presenta los carácteres de una pélvis raquítica; examinada en su conjunto, lo que mas llama la atencion es la finura de los huesos que es muy marcada en su arco anterior. Al nivel de las fosas iliacas internas, el hueso está tan adelgazado que mas parece una hoja de pergamino que una lámina huesosa; apesar de la preparacion que han sufrido no han adquirido esa blancura exagerada que es propia de los huesos raquíticos, se encuentran partes que ofrecen un color violaceo como si la materia pigmentaria se hubiese depositado en el espesor del hueso. Estos son lisos y como pulimentados en su superficie interna pero ofrecen algunas desigualdades en la esterna.

Las vértebras lumbares desviadas de atrás adelante y un poco de izquierda á derecha han hecho bascular el sacro y su base ha sido proyectada hácia el centro del estrecho mientras que su vértice se ha dirigido hácia atrás.

El sacro no presenta ninguna anomalía de desarrollo, sus agujeros son bastante anchos, las sínfisis sacro-iliacas están

muy bien marcadas y gozaban de mucha movilidad cuando sus ligamentos estaban todavia frescos.

El coxal del lado izquierdo es un poco mas pequeño que el del lado derecho, la curvatura de la línea innominada es menos marcada en el primero que en el segundo, la fosa iliaca interna del lado derecho es mas grande pero menos profunda que la del lado izquierdo. La sínfisis del púbis está ligeramente desviada hácia el opuesto, sus espinas no están situadas al mismo nivel, la del lado izquierdo está mas elevada que la del otro lado y presenta un borde casi cortante.

Los diámetros son los siguientes:

Estrecho superior

Sacro pubiano 8 centímetros—bis-iliaco 13 centímetros—oblícuo izquierdo 11 centímetros—oblícuo derecho 12 centímetros.

Escavacion

Antero posterior 8 y 1|2 centímetros—transverso 12 centímetros—oblícuo izquierdo 11 y 1|2 centímetros—oblícuo derecho 11 y 1|2 centímetros.

Estrecho inferior

Coccipubiano 11 centímetros—bis-isquiático 11 centímetros—oblícuo izquierdo 10 y 1|2 centímetros—oblícuo derecho 10 centímetros.

Vº Bº

PEDRO A. PARDO

PROPOSICIONES ACCESORIAS

ANATOMÍA — ¿Cuáles son los órganos que forman el periné?

FISIOLOGÍA — Del jugo gástrico y su accion sobre los alimentos albuminoideos.

TERAPÉUTICA — Accion fisiológica y efectos terapéuticos del opio.

PATOLOGÍA EXTERNA — Diagnóstico diferencial entre el neuroma y el fibroma subcutáneo.

CLÍNICA MÉDICA — Tratamiento del cólera-morbus epidémico.

OFTALMOLOGÍA — De los estafilomas de la cornea y su tratamiento.

OBSTETRICIA — De la inercia uterina y modo de combatirla.

MEDICINA LEGAL — ¿Cómo se reconoce la epilepsia simulada?