De La Mujer Raquitica

BAJO EL PUNTO DE VISTA

OBSTÉTRICO

Año 1909 N° 1969

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DE LA MUJER RAQUITICA

BAJO EL PUNTO DE VISTA OBSTÉTRICO

—o—

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN BAUTISTA BAFICO

Ex-practicante Externo (1903-04) Hospital San Roque
Menor Interno (1905-06) Hospital José Maria Bosch
Menor Interno (1907) y Mayor Interno (1908) Hospital J. A. Fernandez (ex-Norte)

«LA CIENCIA MÉDICA»
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CORDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

La facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS DE LA ACADEMIA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vice-Presidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Academia de Medicina

1 Dr. D. José T. Baca
2 » » Rafael Herera Vegas
3 » » Jacob de Tezanos Pintos
4 » » Eufemio Uballes
5 » » Pedro N. Arata
6 » » Roberto Wernicke
7 » » Pedro Lagleyze
8 » » José Penna
9 » » Luis Güemes
10 » » Eliseo Cantón
11 » » Enrique Bazterrica
12 » » Antonio C. Gandolfo
13 » » José M. Ramos Mejía

Secretario

Dr. D. Jacob de Tezanos Pinto

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice decano

DR. D. ANTONIO GANDOLFO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con licen.)
" " LUIS GÜEMES
" " ELISEO CANTÓN
" " ENRIQUE BAZTERRICA
" " ANTONIO C. GANDOLFO
" " JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
" " BALDOMERO SOMMER
" " GREGORIO ARAOZ ALFARO
" " ABEL AYERZA
" " JOSÉ R. SEMPRUN
" " JAIME R. COSTA
" " FRANCISCO SICARDI
" " NICASIO ETCHEPAREBORDA
" " TELÉMACO SUSINI
" " EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. JONÀS LARGUÍA (Consejo Directivo)
" " RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología teórico-práctica	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejer.)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología externa	» OBDULIO HERNANDEZ (Con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pedriátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDÍT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

ROBERTO WERNICKE

JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE / JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL / AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES / JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr. D. J. GREENWAY
Física Mèdica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNÁNDEZ / JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología	» LEOPOLDO URIARTE / ALOIS BACHMANN
Higiene Pública y Privada	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino.laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON / RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clinica oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET / MARCELO VIÑAS / MARCELINO HERRERA VEGAS / JOSÉ ÁRCE
» Neurológica.	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING / LUIS AGOTE / DAVID SPERONI
« Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO / ENRIQUE ZÁRATE / ARTURO ENRIQUEZ / ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SÁNTAS / MÁMERTO ACUÑA / GENARO SISTO
» Génito Urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica.	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogía	» ADOLFO MUJICA (con lic.
Química inorgánica aplicada. . .	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada . . .	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posología razonoda	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicológica (primer curso).	» FRANCIRCO P. LAVALLE
Tecnica farmaceutica	» MANUEL J. IRJZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedratico sustituto
Farmacognósia y posología razonada	SR. JUAN A. DOMINGUEZ en ejer.

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedraticos titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstetrica Parto Distócico y Clínica Obstetrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARREL
Parto Distócico y Clínica Obstétrica	» UBALDO FERNÁNDEZ
» » » »	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedraticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. . Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica, Terapéutica dentarias, Medicina Legal . . .	DR. DEÓN PEREYRA » ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

Dr. ENRIQUE ZARATE

Profesor suplente de Clinica Obstetrica

A MIS PADRES

VENERACIÓN — GRATITUD

A MIS HERMANOS

CARIÑO

PROEMIO

« . . . . . aunque desnudo de aquel precioso ornamento de elegancia y erudición, de que suelen andar vestidas las obras que se componen en las casas de los hombres que saben . . . . »

M. de Cervantes Saavedra - al Dnque de Bejar, etc.

— Don Quijote de la Mancha —

Grande hubiera sido mi satisfacción y más aun mi honra, si al escribir la presente tesis, exigida por la Facultad para optar al grado de Doctor en Medicina, hubiera podido presentar un trabajo digno de tal título y de la Escuela augusta en que me he formado.

Pero, desgraciadamente nuestra exigua experiencia, nos veda el camino lleno de escollos de la obra fecunda y noble, donde triunfa con más frecuencia nó el más

inteligente ni el de más talento, si no, el que, haciendo del trabajo un placer y una obilgación, contraese á él con todas sus energías, paciente y metodicamente y va etapa, por etapa, libre de misoneismo, tranquilo y sereno; derribando obstáculos, allanando dificultades, tendiendo puentes, poniendo en cada jornada un jalón simbolo del esfuerzo, y llevando como sello de su idiosincrasia, esta única divisa redentora: Por la Humanidad y por la Ciencia.

La realización de una tal aspiración debe ser el ideal y el propósito de todo ser, hombre ó mujer, que comprende cual es el destino de su vida y el deber que ha contraído con la sociabilidad, para su progreso y para su perfeccionamiento.

La Ciencia, en su elevada y nobilísima misión civilizadora, no reconoce cultos de banderas, ni preocupaciones de raza, ni gerarquías de casta, ella cobija por igual, bajo su albo manto de armiño, á todos los seres de la tierra y persigue como único fin, el perfeccionamiento del genero humano, con el bienestar moral y físico que este involucra, vale decir, la conquista de la Verdad y de la Justicia

. . . .

Es natural que "*la montaña asusta al que no ha nacido en ella*", ha dicho Schiller, y personalmente tenemos que declarar por nuestra parte que; no nos senti-

mos águilas para escalar cordilleras.'. . . . Es por eso que resultan estas tesis, como obras de observación y de ciencia, de una indigente originalidad.

Y no se crea que nos — achicamos — por el lirico afán de parecer modestos; es deplorablemente exacto que egresamos de las aulas Universitarias más eruditos que médicos, y eso cuando no, ni eruditos ni médicos, magüer la buena voluntad y sapiencia de nuestros maestros.

Vosotros, Consejeros y Profesores, de ha tiempo médicos, comprenderéis nuestro rubor de neofitos y sabréis disculpar lo que en esta última prueba, se resiente de la influencia de ciertos factores que forman un ambiente poco propicio á las elaboraciónes intelectuales de alto vuelo. Sirva este exordio como un acto de preliminar contricción por haber abordado un tema tan escabroso y de tal magnitud como el que informa el título de este trabajo inaugural.

No me resta sino agradecer, conmovido, próximo ya á la lucha, al que ha sido mi último maestro Doctor Enrique Zárate, que al favorecer mi modesto trabajo con el prestigio de su nombre, corona el andamiaje de las sabias lecciones y finas atenciones con que me ha distinguido en lo casi dos años que he sido su practicante.

Al Doctor José Cordeyro, ilustre médico y culto caballero, que conservo como recuerdo imborrable las lecciones y bondades que me ha prodigado durante mi in-

ternado en el Hospital José Ma. Bosch, del cual es Director.

A los Doctores Angel Villa, José B. Martinez, José Montellanos, César Blaye, Faustino Trongé (hijo). Toribio Piccardo y Lucio Durañona que han contribuido á que mi mente formara su criterio médico, mi reconocimiento y grato recuerdo.

Mi agradecimiento á la decidida y simpática cooperación de los Doctores Florentino Gómez Alvárez, Belisario Otamendi y Candido Patiño Mayer, mis buenos amigos.

Antes de terminar me hago un deber el citar, como homenage á la sincera amistad los nombres de los Doctores Carlos F. Roche y Juan P. Perés, amigos invariables que al igual de los Señores Enrique Marsan y Damián Fernández, rinden culto á los sentimientos nobles que poseen.

J. B. Bafico.

LAMINA PRIMERA

Tipo de Pelvis Aplanada Pura con Aplanamtento poco considerable

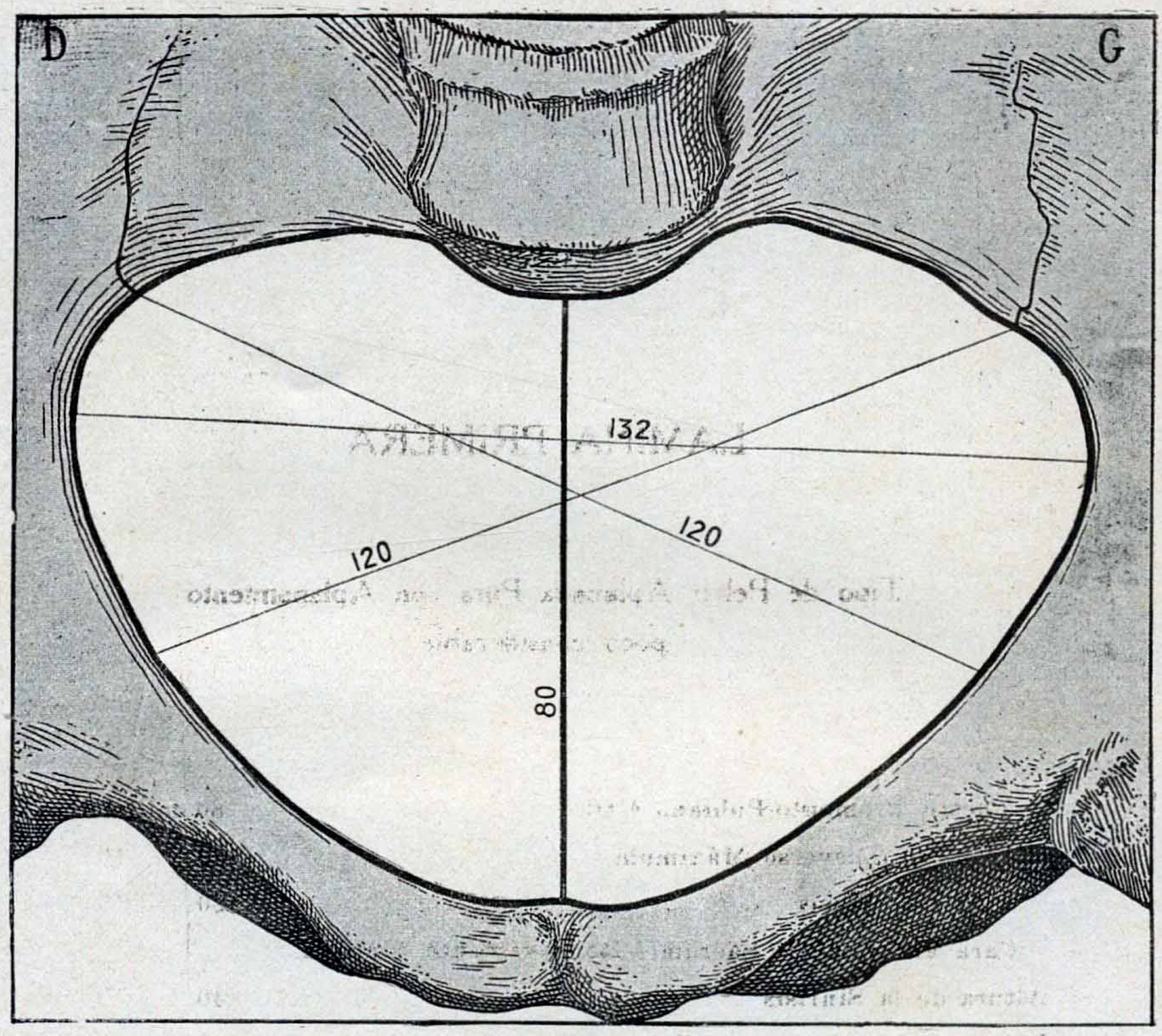
Diámetro Promonto-Pubiano Util ..... 80 milímetros
" Transverso Máximum ..... 132 "
" Oblícuos ..... 120 "

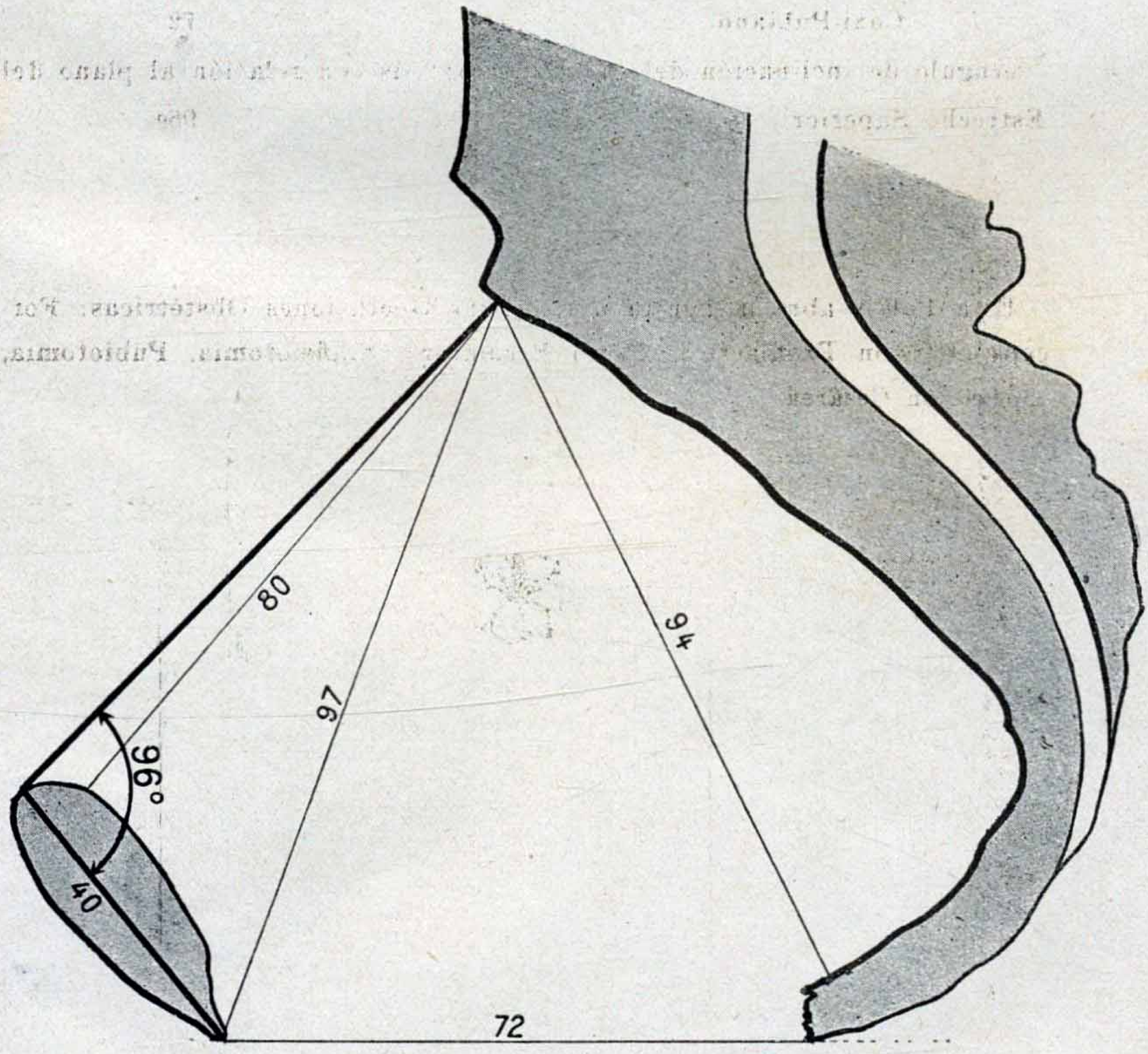
Cara anterior del Sacrum.—**Relativamente cóncava.**

Altura de la Sinfisis ..... 40 "
Diámetro Promonto-infra-Pubiano ..... 97 "
" Coxi-Pubiano ..... 72 "

Angulo de inclinación del eje de la Sinfisis con relación al plano del Estrecho Superior ..... 96°

Esta Pelvis abre la puerta á todas las Operaciones Obstétricas: Forceps, Versión Profiláctica, Parto Prematuro, Sinfisiotômia, Pubiotomia, Operación Cesárea.


D
G
132
120
120
80


80
97
94
96°
40
72

CAPITULO PRIMERO

« Omitir el examen de la Pelvis en una gestante, es una falta tan grande como olvidar la auscultación en una Neumonia »

AUVARD

Diagnóstico de la Viciación Pelviana en la Mujer Raquítica

SUMARIO — Prefacio — Inspección — Interrogatorio — Pelvimetria — Radiografia.

Un diagnŏstico precoz es de importancia capital.

Desgraciadamente este diagnóstico es muchas veces difícil.

Hay viciaciones extremas que no necesitan la prueba del trabajo del parto para poder juzgar de la permeabilidad de la pelvis pero, referamosnos á las viciaciones medias, que son las corrientemente observadas y tendremos que reconocer lo que la experiencia clínica nos prueba, es decir, que no podemos afirmar si la desproporción mecánica será reducida sin perjudicar á la madre ó al niño por las solas fuerzas de la naturaleza ó si ellas necesitarán la intervención activa del médico.

Los casos de distocia intermitente se observan con mucha frecuencia.

Tal pelvis que ha dejado pasar expontáneamente y á término un niño vivo, es estrecha en un parto ulterior. Tal otra que para que el parto se efectuara, ha obligado en otra ocasión á laboriosas intervenciones, deja pasar en algunas horas un niño vivo de volúmen medio.

¿Qué nos demuestra la observación de estos hechos?

Que los fenómenos biológicos son autónomos, sin leyes conocidas, no observan regularidad, no aceptan un rol determinado. Es decir, que los factores que influyen sobre la desproporción mecánica, actitud y reductibilidad de la cabeza fetal, contractibilidad del útero, etc., varían de un parto á otro en límites relativamente extendidos, ellos gozan en las viciaciones habituales un rol más importante todavía que el grado matemático

de la desproporción y á fortiori de la estrechez pelviana.

No por esto concluiremos que, se deba esperar en nuestra práctica el trabajo del parto para hacer de las viciaciones pelvianas un Diagnóstico útil.

Por el contrario debemos buscar las posibilidades de desproporción, saber determinar con toda aproximación la forma y dimensiones de la pelvis que examinamos y en el momento del trabajo apreciar el grado no ficticio sino real de la desproporción que pueda existir entre la cabeza fetal y la pelvis materna. Entonces, deduciremos las indicaciones á llenar en presencia de una mujer preñada ó en momentos de parir cuya pelvis no tiene las dimensiones normales y hay por lo tanto lugar á preveer que el parto no podrá efectuarse por solo las fuerzas de la naturaleza.

Poseemos métodos clínicos que nos facilitan la tarea de hacer un Diagnóstico. Si en verdad, ninguno de ellos nos permite apreciar con exactitud sobre la mujer viva, la forma y dimensiones de la pelvis, es decir hacer un Diagnóstico de certeza, (por eso hemos creído conveniente las consideraciones de los párrafos anteriores) nos llevan por lo menos á un Diagnóstico útil.

INSPECCION—Existen deformaciones óseas que se imponen prima facie. Deformaciones esqueleticas que

acarrean desórdenes en la forma, estática y marcha del sujeto que examinamos, el cual se nos muestra con ese hábito exterior que pregona la imperfección. Pero; cuantas veces nos encontramos con enanas portadoras de una pelvis más grande de lo que hace suponer el desenvolvimiento general de su esqueleto? Cuantas mujeres tienen una pelvis viciada con una talla media normal, en las que el proceso raquítico de la infancia ha curado con un mínimum de deformación?

En vista de estos interrogantes; es indispensable que recordemos lo perfecto, lo normal, para que deduzcamos lo que pueda alterarlo, lo insignificante que al no descuidarlo pueda reportarnos utilidad.

Con tal objeto examinemos una mujer joven, desnuda y de pié aparentemente normal; luego, esta misma mujer embarazada y para terminar busquemos en otra, las huellas que el Raquitismo principalmente bajo el punto de vista obstétrico, puede haber dejado.

El arte desde sus primeros pasos nos ha enriquecido con sus estudios de Anatomia Artística, pero, esos estudios se han dejado influenciar en su concepción de la belleza por las distintas épocas, bástenos citar la "Venus" de Médicis, la "Eva" de Dürer no influenciadas por la indumentaria femenina de la actualidad y en el arte moderno por el contrario la "Danseuse" de Falguiere que nos muestra con elocuencia la deformación producida por la tiranía de las modas.

Esta pequeña disgresión se encuentra motivada por la necesidad que es, el tener una idea exacta del aspecto exterior normal en la mujer, de elegir entonces como modelo una obra estatuaria contemporánea ya que las diferencias arriba anotadas nos impiden el tener por modelos las obras antes citadas lo mismo que los Canones de Polyclete y de Lyssipe que en la antigüedad establecían la relación de las diferentes partes del cuerpo humano.

Examinemos entonces como hemos dicho, una mujer joven, desnuda y de pié, remarcando lo que puede ser alterado bajo la influencia del embarazo.

Vista de frente nos presenta: cara rosada, ojos brillantes, cuello redondo; los senos recubren generalmente el espacio comprendido desde la 3a. á la 6a. costillas, los mamelones pequeños y rosados corresponden á la 4a. costilla; el tórax en lugar de ensancharse de arriba hacia abajo presenta generalmente una depresión al nivel de las últimas costillas, depresión debida al corsé; el abdómen ligeramente saliente con línea blanca mediana y ombligo deprimido; la vulva escondida; los miembros inferiores bien rectos tocándose al nivel de la cara interna de los muslos, de las rodillas y de los maleolos.

Paseemos nuestra mirada por el dorso y observaremos: la línea de las apofisis espinosas vertical, teniendo en cuenta la ligera escoliosis dorsal normal; los angulos inferiores de los omoplatos á distancia simétrica de la línea anterior; las espaldas no sobrepasan las líneas

verticales que pasan por los trocanteres; acumulación de grasa sobre las partes laterales limitadas por la cintura y el gran trocanter; el surco intergluteo bien vertical y los miembros inferiores tocándose al nivel de las rodillas.

Que modificaciones aporta el estado de la preñez al tipo descripto precedentemente!

En el tercer mes de la gestación los cambios en el aspecto exterior son muy poco acentuados. Los senos han engrosado, son más pesados, se preparan á llenar el rol que han de desempeñar, la areola está pigmentada, los tubérculos de Montgomery son salientes, en la cara se observa un debil adelgazamiento, rasgos más pronunciados, ojos que exprimen cierta melancolía no extraña á los fenómenos reflejos del principio de la gestación.

En el sexto mes las características antes enunciadas se acentúan, agregándose; el cloasma, la hipertrofia del cuerpo tiroideo, la red venosa de la región mamaria, la línea parda, etc.

A término, la distención abdominal acarrea la aparición de las Vergetures y la marcha de la mujer adquiere un tipo especial, debido á las piernas separadas y á la cabeza y el tronco llevados hacia atrás.

Ahora nos toca pasar en revista las huellas que el Raquitismo puede haber dejado, imprimiendo ese sello particular que Pajot ha tan magistralmente reunido.

La índole del presente trabajo nos exige referirnos únicamente á las Viciaciones pelvianas.

A tal fin, observemos las espinas iliacas antero superiores en su relación con el borde superior de la simfisis pubiana, si están en el mismo plano vertical podemos decir que las relaciones de la pelvis con la columna vertebral y los miembros inferiores son normales, porque el plano del estrecho superior forma con el horizonte un ángulo de más ó menos 60°. observemos si la vulva ocultada, mira directamente hacia abajo y si la vagina es sensiblemente vertical, fijemonos en la combadura lombo sacra más acentuada por el desenvolvimiento abdominal del útero gravido; de todos estos pequeños datos podemos deducir que no existe, ante, retro ni lateroversión pelviana.

En pocas palabras terminaremos afirmando entonces; que si la simfisis pubiana y la vulva, la cresta sacra y el surco intergluteo están en el mismo plano vertical que las espinas iliacas anteriores y posteriores y que además las crestas iliacas y lo isquiones son simétricos con relación á este plano, estamos en presencia de una pelvis simétrica.

Pero, punto importante á considerar; esta impresión que nos comunica la forma general de la pelvis, nos suministra un elemento preciso sobre el valor obstétrico de la pequeña pelvis?

Nó, expliquemonos. Los puntos que más arriba hemos señalado como reparos, pueden ser simétricos, pe-

ro, las distancias que los separa, pueden variar de las ci-
fras comunemente observadas en las mujeres conside-
radas como normales.

Para salvar tal inconveniente recurriremos como mé-
todos de confirmación á los procedimientos, descriptos
más adelante.

Hemos hablado sobre los reparos á detenernos en la
apreciación de las viciaciones pelvianas, pero antes de
terminar este capítulo de la Inspección, es indspensable
aplicar á ella nuestros conocimientos sobre la Etiologia
de las dichas viciaciones.

Deformacón y Malformación pueden sentar sus rea-
les para viciar la pelvis.

La primera (único tema de la presente tesis) apare-
ce desde la vida intra uterina hasta la edad adulta, des-
de el Raquitismo y la Acondoplasia hasta la Osteoma-
lacia.

La segunda reconcentrada en los huevos de la pelvis
nos dá las llamadas de Noegele y de Robert que des-
graciadamente escapan á toda enquete etiológica. Te-
nemos también las afecciones de la columna vertebral
y miembros inferiores cuya aparición coincidiendo con
la maleabilidad pelviana constituye un grupo importan-
te en el que se destacan las jibosas y cojas, las primeras
víctimas de un Mal de Pott, las segundas tributarias de
una Coxalgia, luxación congenita de la cadera ó Pala-
risis infantil, etc. No olvidemos á pesar de su poca fre-
cuencia, las lesiones pelvianas adquiridas que compren-

de la Sacro-coxalgia, la Spondylolysthesis, el Spondylizema, las Fracturas, Tumores oseos, etc.

De lo que antecede delineado á grandes rasgos se desprende, que la Inspección si no constituye un medio infalible, puede hacernos sospechar la posibilidad de una estrechez.

A falta de éxito en la investigación etiológica y en la Inspección general del esqueleto, interroguemos, escuchemos las historia de los partos anteriores si se trata de multiparas, á la inspección unamos el.

INTERROGATORIO. — El interrogatorio llevado con minuciosidad nos hace detener sobre puntos de débil apariencia, es la llave preciosa que nos entrega el extremo de lo que desarrollado paciente y escrupulosamente nos facilita en muchas ocasiones la interpretación de lo que se presenta poco claro é inteligible.

Tratemos de obtener una ligera reseña sobre los antecedentes hereditarios y familiares.

Luego, tomemos los conmemorativos, á saber: lactancia materna, mercenaria ó artificial; afecciones gastrointestinales; afecciones de los aparatos respiratorio y circulatorio; épocas de las denticiones; tiempo en que ha empezado la marcha; momento de la aparición de la menstruación y modalidades de ésta, etc. etc.

Se trata de una multipara?

Investiguemos si han existido partos laboriosos apremiantes de una intervención. Si habido poli-mortalidad infantil.

Han existido nacimiento normales de niños en una mujer que nos es sospechosa?

Exigamos que la madre recuerde si su atención fué impresionada por el menor volumen del niño que no ha acarreado distocia.

Por nuestra parte tengamos también en cuenta esa distocia que aparece después de una serie de partos expontáneos y crece en razón directa del volúmen creciente de los niños ó de una mala acomodación favorecida por una disminución de la tonicidad uterina y abdominal.

Obtenemos á veces datos tan elocuentes que despiertan en nuestro espíritu la idea de una estrechez.

En resumen. Si el interrogatorio obstétrico de una multipara permite á veces sospechar una viciación, la ausencia de antecedentes distocicos no implica la negación de una estrechez pelviana capaz de crear uno distocia séria.

Como metodo de confirmación debemos recurrir á la exploración directa de la cavidad pelviana.

Al Tacto vaginal, como explorador y medidor.

A este último se le ha dado el nombre de

PELVIMETRIA.—Se la subdivide en Externa é Interna.

No entraré á describirla en detalle, es de todos conocida y solo haré los comentarios que me sugiere la apreciación de las opiniones que campean sobre el tema.

Basado en la relación constante de las dimensiones exteriores y diámetros internos, Baudelocque deduciendo de los primeros una cifra constante que representa el espesor de las partes blandas, numeraba por la unidad del Sistema Métrico los diámetros oseos que la cabeza fetal debe franquear para su exteriorización del claustro materno.

Adhiriéndome á la opinión de Litzmann y Mme. Boivin basada, en el variable espesor de los huesos y partes blandas, en las variaciones á veces muy sensibles de las articulaciones en la pelvis, admito como prueba de presunción las conclusiones de Baudelocque, pero no debemos aceptarla como prueba fehaciente del grado de una estrechez.

Lo mismo podemos afirmar del valor semiológico de las deformaciones en el Rombo de Michaelis, igual que la avaluación de los diámetros Oblícuos que podrían interpretar una Asimetria pelviana, pero, vuelvo á repetirlo el valor de estos no es más que relativo como consecuencia inevitable de la variabilidad que no acepta una franca conclusión.

Estas deficiencias nos lleva á buscar los signos de certeza y á echar mano de la Pelvimetría interna, que

nos dá á conocer uno, á lo menos, de los diámetros del estrecho superior y de estos el que más nos interesa que es el Sacro-pubiano.

Para la técnica de esta medición se puede utilizar el dedo indice ó los instrumentos llamados Pelvimetros.

Como el diámetro útil á nuestro conocimiento es el Promonto-Pubiano Minímum el cual nos es imposible medir deducimos del Promonto-infra-Pubiano 10, 15 ó 20 milímetros porque no nos olvidamos de las causas principales que hacen variar la relación de los dos diámetros y que son: la altura de la sinifisis, su espesor, su inclinación por relación al plano del estrecho superior y la altura relativa del promontorio con relación al borde inferior de la sinifisis.

Más arriba hemos hecho referencia del Tacto Explorador que nos reseñaría sobre la forma del estrecho superior. En este examen á más de la elección de la mano es necesario ser metódico en la exploración. Este metodo preconizado por Fochier puede con el hábito, llegar á establecer una idea aproximativa del contorno de la entrada de la pelvis.

Pasemos ahora al método de examen que cuenta tan pocos años de existencia pero que por su fin esencialmente práctico y las ventajas que reporta se ha incorporado con derecho de ciudadania al concierto de los demás procedimientos de investigación. Nos referimos á la

RADIOGRAFIA. — La Radiografia con el perfeccionamiento de la instrumentación, nos permite atravezar el huevo en todas las edades y obtener una imagen suficientemente exacta de la pelvis ósea. Con ella podemos despistar la mayor parte de las viciaciones y hasta apreciar su grado antes del término de la preñez y aun en este caso podríamos utilizarla siempre que nos fuera posible durante la póse, levantar la presentación con una venda.

En consideración al desarrollo reciente de este ventajoso método, me extenderé en su descripción.

Los Rayos Rontgen aportan á la obstetricia los beneficios que han prodigado á la Medicina en general.

El honor de la primera explicación del procedimiento pertenece á Budin y á Varnier que lo hicieron en el Congreso de Moscou en el año 1897.

La técnica de esta Radio-Pelvigrafía es la siguiente. La mujer á examinar es colocada en decubito dorsal, el sacrum reposando sobre una placa fotográfica de 40x50. Encima del pubis, correspondiendo á la parte media del cuerpo, se coloca verticalmente y á una distancia de unos 50 centímetros, un tubo de Crookes. La póse varía de 2 á 15 minutos.

En ocasiones que no dejan de ser frecuentes, el contorno del estrecho superior no presenta igual nitidez y y el promonotorio disimula su saliencia.

Estas faltas han acarreado á Varnier á fundar el método de la Radio-Pelvimetria comparada que consiste

en comparar la imagen obtenida sobre la mujer viva, con siluetas hechas sobre pelvis secas radiografiadas en condiciones idénticas. Con este método podemos avaluar las dimensiones del diámetro transverso mediano, restando 2 centímetros á las dimensiones de este diámetro medido sobre la Radiografía (sabemos que la Radiografía representa una sombra proyectada, siendo por consecuencia más grande que la pelvis misma); también podemos obtener el ancho del sacrum y la distancia del centro del promontorio á las simfisis sacro-iliacas. Pero, lo que no nos es dado es poder apreciar el contorno verdadero del arco anterior, ni el grado de oblicuidad del estrecho superior, que como sabemos puede variar en grandes proporciones.

Salvar en lo posible estos inconvenientes lo han conseguido Fochier y Fabre con lo que ellos llaman Radiografía Métrica.

El procedimiento consiste en colocar sobre el plano del estrecho superior un cuadro de reglas metálicas portadoras de dientes colocados en distancia de 1 centímetro. La regla posterior es colocada al nivel de las espinas iliacas postero-superiores, la anterior paralela á la posterior es colocada al nivel del borde superior del pubis. Haciendo obrar una ampolla de Crookes excitada por una bobina ó una máquina estática, las sombras de los dientes son proyectadas al igual que el contorno del estrecho superior. Entonces, sobre la prueba fotográfica reunimos por medio de líneas los dientes opuestos y

obtendremos cuadriláteros más ó menos deformados correspondiendo á cuadrados que habrían sido trazados en el plano del estrecho superior. Sobre un papel cuadriculado presentando cuadrados de 1 centímetro de costado, se coloca el trazado del contorno del estrecho superior, teniendo cuidado de que coincida lo más exactamente posible el cuadriculado trazado sobre la prueba Radiográfica.

Se obtiene así una imagen que nos da la longitud verdadera del Transverso mediano y la curva real del Arco Anterior.

La experimentación sobre el cadáver nos demuestra que en la apreciación del transverso podría haber un error que variaría de 1 á 8 milímetros. Este error proviene de la dificultad de colocar exactamente el cuadro en el plano del estrecho superior porque las espinas iliacas posteriores no corresponden siempre á este plano. Para terminar, diremos que si la Radio-Pelvimetria posee en la actualidad algunas imperfecciones que se subsanarán á no dudarlo con los mejoramientos en la técnica, constituye á lo menos un buen procedimiento de exploración clínica del estrecho superior, en especial en la apreciación de los transversos y en la determinación de la curva del arco anterior de la Pelvis.

Después de una operación Cesárea ó una Pubiotomia es muy satisfactoria radiografiar una pelvis, se obtiene así una justificación de la operación y un convencimiento de que estaba bien indicada.

Sería de desear que un laboratorio de Radiología, fuera un anexo indispensable á las grandes Maternidades en vista de la solución que aporta á problemas los más árduos.

CAPITULO SEGUNDO

Ligero Bosquejo de los diversos tipos de Pelvis Viciadas

SUMARIO — Prefacio — Clasificación

Se ha pretendido clasificar las Viciaciones Pelvianas de diversas maneras.

Los esfuerzos de los que han dedicado estudio á esta materia se han visto obstaculizados por la diversidad de las proposiciones á esclarecer, diversidad incompatible con lo categórico.

Clasificaciones se basaron sobre consideraciones de Anatomía Patológica. Otras, sobre la Etiología y Patogenia. Otras, sobre las Observaciones Clínicas en los fenómenos del trabajo y el modo del pasaje de la cabeza fetal por la pelvis viciada.

Ninguna de ella tiene un valor absoluto. Se encuentran afectadas por deficiencias agenas al esfuerzo de los investigadores.

Si consideramos la basada sobre la Anatomía Patológica nos es fácil constactar que la complejidad de los tipos que se podrían encontrar, no permiten una clasificación satisfactoria. La que se funda sobre la Etiología y Patogenia se le puede objetar que no toma en consideración la forma anatómica y asimila tipos morfológicos muy diferentes. Para terminar diremos que los fenómenos varían con la forma, el volumen y las cualidades plásticas de la cabeza fetal en aquella cuyo cimiento está constituído por las observaciones clínicas.

Ya que no nos es posible establecer una clasificación satisfactoria, podemos entresacar de las que anteceden los elementos indispensables para la confección de una, sino perfecta, al menos práctica.

Pelvis deformadas por:

I—Enfemedad general del tejido óseo.

a. Pelvis Raquíticas.
b. " Osteomalacicas.
c. " de las enanas.
d. " Infantiles.

II Claudicación.

e. Unilateral.
f. Bilateral.

III—Lesiones de la columna vertebral.

Vertebral. g. Cifosis.
h. Lordosis.
i. Escoliosis.
Sacro-vertebral. j. Spondilolythesis.
k. Sporidylizéma.

IV—Lesión pelviana.

l. Pelvis oblicua ovalar de Noegele.

Sinostosis sacro-iliaca con atrofia m. Sacro-coxalgia.

Pelviana. u. Pelvis de Robert.
o. Tumores.
p. Exóstosis.
q. Callos viciosos de fráctura.

Al trazar este cuadro que podemos considerarlo como una sinópsis al mismo tiempo que el indicativo á seguir en este trabajo de síntesis, nos hemos extendido más allá (para hacerlo más completo é ilustrativo) de la índole que nos hemos propuesto, que es hacer las consideraciones que puedan reportarnos beneficios

prácticos, únicamente del grupo que se refiere á las Pelvis deformadas por un enfermedad general del *Tejido óseo* y que comprende: el Raquitismo, patrimonio de la infancia; la Osteomalacia, reblandecimiento óseo, tributario de la edad adulta; las pelvis Infantiles elocuente manifestación de una detención del desarrollo y la de las Enanas que podemos subdividirlas en Acondroplasicas, Raquíticas y á tipo Infantil.

LAMINA SEGUNDA

Tipo de Pelvis Aplanada Pura con Aplanamiento muy considerable

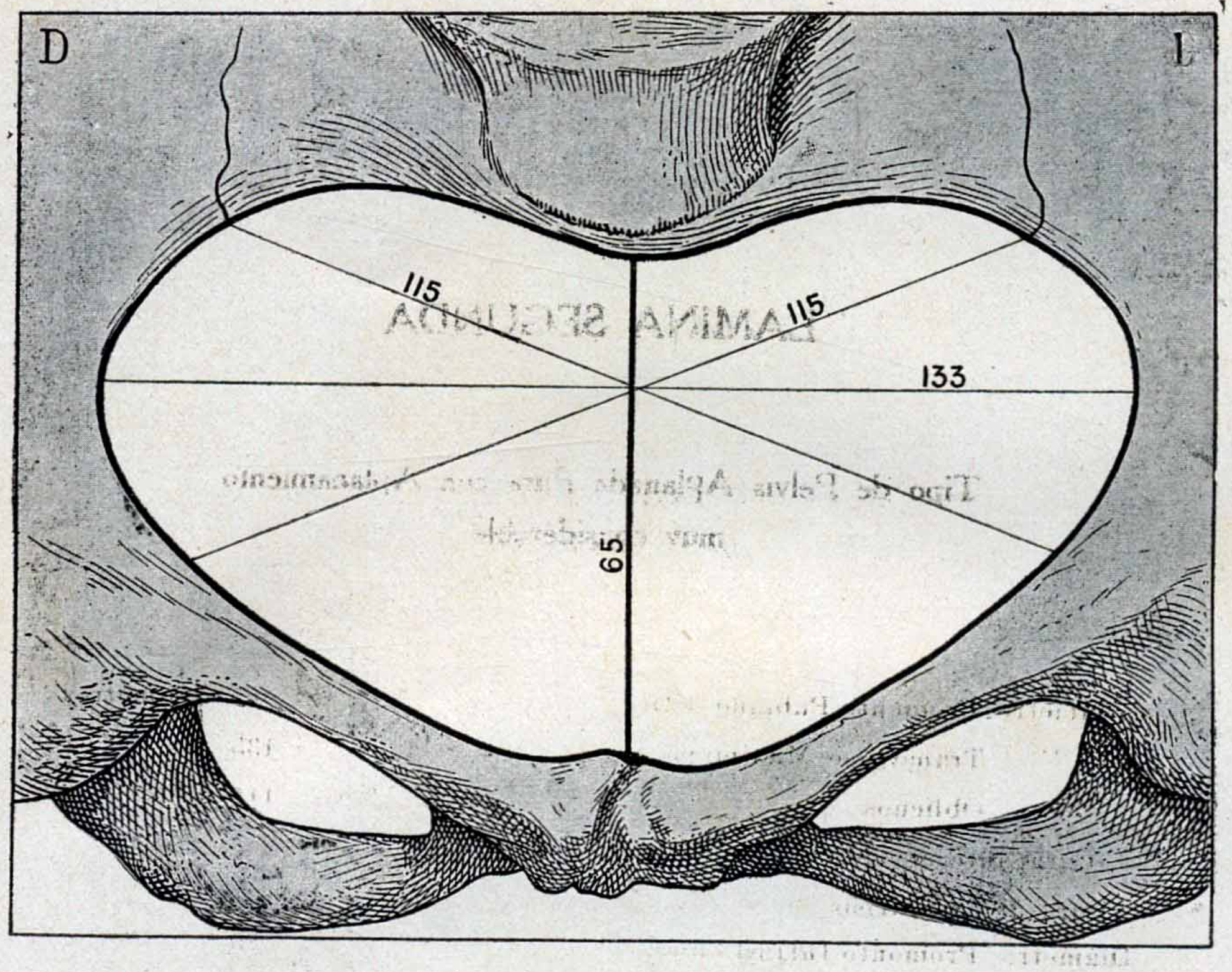
Diámetro Promonto-Pubiano Utii ..... 65 milímetros
'' Transverso Máximum ..... 133 ''
'' Oblícuos ..... 115 ''

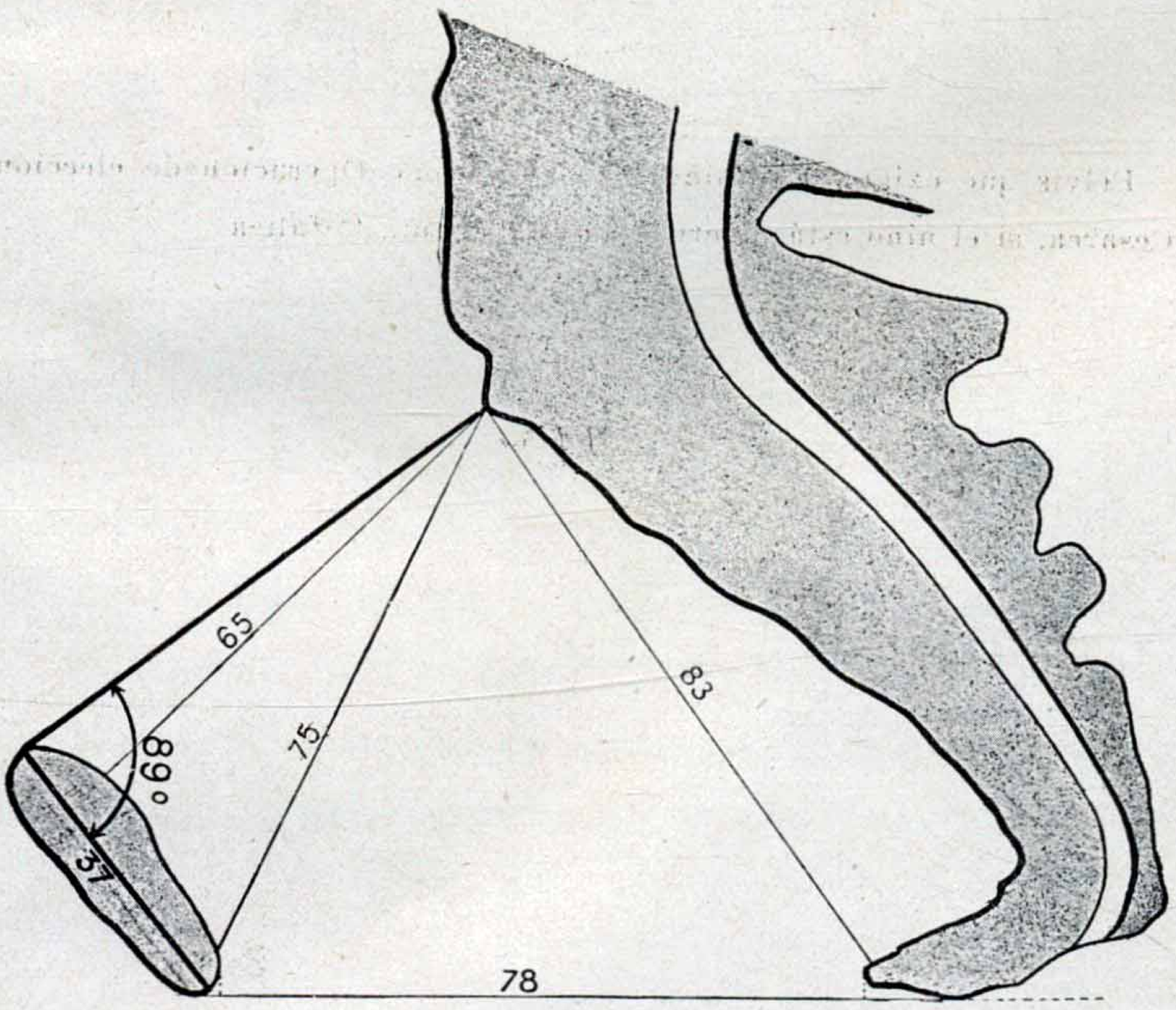
Cara anterior del Sacrum.—**Sin concavidad.**

Altura de la Sinfisis ..... 37 ''
Diámetro Promonto-Infra-Pubiano ..... 75 ''
'' Coxi-Pubiano ..... 78 ''

Angulo de inclinación del eje de la Sinfisis con relación al plano del Estrecho Superior ..... 89°

Pelvis que exige, si el niño está vivo como Operación de elección, la Cesárea, si el niño está muerto la Embriotomia Cefalica.


D
I
115
115
133
65


65
75
83
89°
37
78

CAPITULO TERCERO

Pelvis Raquíticas

SUMARIO — Dos palabras sobre la Etiologia del Raquitismo — Caracteres anatomicos de la pelvis raquitica — Caractéres clinicos — Evolución del Embarazo — Evolución del Parto — Mecanismo del Parto — Conducta á observar.

Por el año de 1630 se observó por primera vez, en Inglaterra, una enfermedad que fué bien descripta por Glisson y que la denominó "Raquitis" en razón de la frecuencia de las desviaciones vertebrales que provocaba.

En su Etiología se puede mencionar. El destete prematuro; la alimentación defectuosa, por escasez ó exce-

so; los desórdenes gastro-intestinales y sus consecuencias sobre la nutrición; la falta de aire y de luz; todas las condiciones de higiene defectuosa generalmente víctimas los niños pobres, en las grandes aglomeraciones.

El surmenage escolar y del taller, producen durante la segunda infancia y la adolescencia, el raquitismo tardío. A todo esto debemos agregar las taras de los padres, alcoholismo, tuberculosis, sífilis provocadoras de esa discrasia, que modifica el proceso normal de la osificación.

Como nuestro fin son las consecuencias obstétricas del "Mal de miseria", abandonaremos su estudio clínico.

CARACTERES ANATOMICOS DE LA PELVIS RAQUITICA. — Es característico el aspecto de una pelvis raquítica. Pequeña; huesos delgados, saliencia exagerada de las espinas iliacas, pubianas y de la cresta del mismo nombre; de peso reducido hasta la mitad del normal. Su forma varía. Sufriendo las partes inferiores del esqueleto las más fuertes presiones, estas serán menores lo mismo que la deformación consecutiva si el niño ha pasado el proceso patológico en el decúbito dorsal y progresivamente aumentarán ambas, si ha sido llevado sobre los brazos ó si ha marchado.

Lo que á nosotros nos interesa, son las deformacio-

nes en los diámetros pelvianos que presiden el mecanismo del Parto.

La disminución en la extensión del diámetro Antero-posterior únicamente nos da la—*Pelvis aplanada pura*—esta disminución es provocada por la saliencia del ángulo sacro-vertebral ó mejor dicho de la primera pieza sacra, esta pelvis nos presenta una escavación ancha, sacrum normalmente cóncavo y estrecho inferior espacioso. El diámetro promonto-pubiano mínimo mide por lo general 9 ctms. 5 á 8 ctms.

Esta forma de pelvis es la del niño llevado en brazos.

—*La pelvis aplanada y generalmente estrechada*—es en la que el Raquitismo ha manifestado su mayor poder atrofiante. Es pequeña en todos sus diámetros pero, predominando la disminución en el antero-posterior. En estas, la cara anterior del sacrum no tiene su habitual concavidad y esta puede ser reemplazada por una superficie plana, convexa, ó bien por los falsos promontorios.

El raquitismo puede producir deformaciones—*Pseudo-Osteomalacicas*—en las cuales el promontorio descendido sobresale en la pelvis. Aquí no solamente tenemos de manifiesto la acción atrofiante, sino también, la acción del peso del cuerpo y el rechazamiento de las regiones cotiloideas por las contrapresiones femorales. En este caso el niño ha marchado. Bajo el punto de vista obstétrico esta pelvis es la más temida, pues el estrecho

superior puede no medir más que 5 y á veces 3 centímetros.

La—*Pelvis generalmente estrechada pura*—llamada también—*Justo minor*—presenta una estrechez regular. Es muy rara y resulta de la acción atrofiante, igualmente repartida. El diámetro promonto-pubiano está disminuído á lo más de 1 ctms. 5.

El niño ha conservado el decúbito dorsal.

CARACTERES CLINICOS.—Volveremos á pasar someramente en revista los métodos de investigación que ya hemos mencionado y de los cuales podemos obtener reseñas preciosas, originarias de un diagnóstico útil.

La inspección—Nos pone de manifiesto los estigmas característicos del Raquitismo, á saber: saliencia frontal, prognatismo del maxilar, malformación palatina, asimetria facial; esternón viciado, miembros superiores cortos; desviaciones de la columna vertebral; muslos pequeños, fémures arqueados, deformaciones varias en las tibias, volumen anormal de las epifisis, genum valgum ó varum; volumen anormal del útero gravido, su fácil desplazamiento, ausencia de encajamiento que nos demuestra desproporción (cual podemos constatar por el método de Pinard).

El *interrogatorio*—Nos ilustra con los datos que obtengamos, á saber: si la marcha se ha efectuado después de los diez y ocho meses de edad, si una vez comenzada ha tenido alguna interrupción; los conmemorativos de afecciones anteriores; la evolución de los partos anteriores; del estado del niño en la época del nacimiento, etc.

El *Tacto*—que nos permite constatar la elevación del cuello; la altura de la presentación.

La *pelvimetria interna*—que nos da por deducción la extensión del diámetro promonto-pubiano mínimo y que en caso de anomalía nos traduce la estrechez del diámetro antero posterior de la entrada de la pelvis.

La *exploración digital*—de la cara anterior del sacro, lo que nos permite distinguir si la estrechez se asienta por aislado ó ataca de conjunto el estrecho superior, la escavación y el estrecho inferior.

La *Radiografía* — que nos aporta las ventajas ya mencionadas.

El conjunto de estos procedimientos clínicos nos demuestra la variabilidad de las pelvis Raquíticas, en las cuales felizmente vemos, que el grado de estrechez disminuye, correlativamente á los progresos en la higiene del Raquitismo.

EVOLUCION DEL EMBARAZO. — La ausencia de acomodación pelviana favorece la evolución del embarazo hasta término, suprimiendo los factores patogé-

nicos habituales del parto prematuro y á esta causa es debido, que el peso y volumen de los niños sea superior ó por lo menos igual, al de aquellos que nacen de una mujer de pelvis bien conformada.

El obstáculo á la acomodación pelviana favorece las presentaciones viciosas sea al fin del embarazo (pelvis, espalda) sea al principio del trabajo (cara, frente), lo mismo que la procidencia de miembros y del cordón es favorecida por esta falta de adaptación.

Hemos mencionado en la Inspección, el desenvolvimiento excesivo del útero, pudiendo esto originar desórdenes reflejos y de compresión, causando estos últimos, edemas extendidos y fenómenos cardio-pulmonares.

EVOLUCION DEL PARTO—Tenemos que considerar las Contracciones uterinas, la Bolsa de las Aguas y la Dilatación del cuello.

Contracciones uterinas—Los dolores exagerados se manifiestan desde el principio del trabajo ó bien, después de la ruptura de las membranas. Estas contracciones contínuas y violentas pueden ser favorables cuando las dificultades mecánicas no son considerables y en tal caso provocar la terminación feliz del parto. En el caso contrario, el útero fatigado cae en inercia, el edema puede invadir el segmento inferior, el cuello del úte-

ro y hasta los fondos de saco vaginales, por su compresión desordenar la vitalidad de los tejidos que ha invadido, producir escaras que al caer dejarán fístulas y hasta puede también producir la ruptura del segmento inferior, generalmente provocada por una nueva aparición de las contracciones; esto no implica haya rupturas expontáneas que reconocen la infiltración de algún tejido cicatricial antiguo.

Estos son los fenómenos que podemos observar en la parturienta en la cual no debemos también de descuidar la inminencia de la infección.

Del lado del feto, además de las presentaciones viciosas y procidencias que ya hemos mencionado y que son tributarias á la ausencia de encajamiento, tenemos que anotar los desórdenes en la circulación placentaria que pueden determinar la asfixia lenta del feto y las consecuencias á desprenderse de la prolongación del trabajo sobre una cabeza enclavada.

Está sometida á las presiones y contrapresiones trata por cabalgamiento de las suturas, franquear el obstáculo, pero, si este cabalgamiento no es suficiente, pueden intervenir los hundimientos y lesiones traumáticas tanto más graves por las hemorragias intra craneanas é intraraquideas que determinan.

Bolsa de las Aguas—La falta de acomodación de la cabeza fetal, permite cuando las membranas son resistentes y elásticas la acumulación del líquido en el segmento inferior no ocupado por la cabeza.

Debido á su elasticidad, la bolsa puede hacer hernia, ocupar la vagina y hasta la vulva, romperse y dejar detrás un cuello que entra en involución después del derrame del líquido amniotico.

Esta supresión de la dilatación comenzada, puede ocasionar la retracción del útero que, comprimiendo la placenta, mata al feto, pero esto no se produce más que en 1|4 de los casos, siendo más frecuente la ruptura brusca, cuyo accidente capital es la procidencia del cordón.

Dilatación del cuello. — La persistencia de la Bolsa de las aguas, favorece la dilatación al máximun. En caso de ruptura prematura únicamente podría obviar este inconveniente la cabeza fetal que bajo la acción de violentas contracciones ha logrado franquear el obstáculo ó sino por la formación de un hematoma que si en verdad no llega á completar la dilatación, puede favorecer por el estiramiento de las fibras musculares del segmento inferior, la dilatación artificial.

MECANISMO DEL PARTO.—*Encajamiento de la cabeza fetal en la pelvis aplanada pura.*

El estrecho superior achatado retiene la cabeza fetal que se presenta en posición transversa y poco flejada,

esto nos lo demuestra el tacto que alcanza las dos fontanelas. La sutura sagital se encuentra detrás del arco anterior por consiguiente el parietal anterior cabalgando la simfisis, acarrea al posterior á ocupar el espacio del estrecho superior. En esta pelvis, la deformidad es debida á la proyección del promontorio que disminuye la dimensión del diámetro antero-posterior é impide el encajamiento en oblícua, porque el occipucio estando hacia adelante la bosse frontal posterior chocaría con el promontorio. Siendo entonces inútiles para el encajamiento los diámetros oblícuos, aquel puede efectuarse en el transverso, por el siguiente mecanismo.

Bajo la influencia de las contracciones uterinas, la cabeza se fija y se flexiona, esta flexión lleva al temporal depresible en contacto del promontorio y esta disminución de diámetro lleva la bosse parietal posterior á ocupar la concavidad del sacrum, mientras que la anterior franquea el estrecho superior.

Por este mecanismo una cabeza cuyo bi-parietal mide 9 ctms. 5, puede encajarse en una pelvis cuyo diámetro útil mide 8 ctms.

Esto lo suponemos colocándonos en las condiciones favorables de la flexión pero, si el tacto nos hace constactar la existencia de la fontanela anterior en el centro de la pelvis nos obliga á diagnosticar una presentación de Frente, es decir, que la flexión no se ha producido y se ha acentuado la deflexión. Aun en este caso el des-

censo es todavía posible gracias al modelage de la cabeza.

Si la deflexión llegara á ser completa, estaríamos en presencia de una presentación de Cara que bien sabemos ofrece dificultades mecánicas de encajamiento, mayores que la presentación de vértice.

En el caso que el feto se presentara por la pelvis ó fuera extraído después de una versión, la cabeza transversalmente colocada presentaría su base al estrecho superior, tendiendo á la deflexión por el encuentro del mentón con el contorno pelviano. El partero en este caso, dirigirá el encajamiento bajo la acción de la maniobra de Champetier de Ribes.

En estas pelvis comunmente observadas (diámetro promonto-infra-pubiano midiendo más de 10 ctms., excepcionalmente este diámetro cae debajo de 8 ctms. 5). la terminación del parto es lo más á menudo feliz y se efectúa por las solas fuerzas de la naturaleza.

Encajamiento de la cabeza fetal en la pelvis aplanada y generalmente estrechada.

Si bien es cierto que en esta pelvis la mayor disminución corresponde al diámetro antero posterior, tenemos que la relativa exigüidad del transverso que no la hemos encontrado en la anterior, impide el encajamiento de la cabeza por el mismo mecanismo descripto precedentemente.

El pasaje se efectúa de la siguiente manera:

Abordando la cabeza el estrecho superior en la misma posición y actitud que en la aplanada pura y estando obstaculizada á más de la estrechez del promonto pubiano por la estrechez del transverso, trata por una actitud, de mayor oblicuidad, de llevar la bosse parietal posterior al nivel de una de las sinifisis sacro-iliacas.

En esta forma el descenso por debajo del promontorio se produce, al mismo tiempo que un movimiento de flexión forzada, reemplaza la circunferencia sous-occipito frontal por la sous-occipito bregmatica.

Como esta pelvis conserva la curvadura del arco pubiano permite, en el tiempo de la flevión forzada la adaptación de la bosse parietal anterior, que no tarda en franquearla.

Encajamiento de la cabeza fetal en la pelvis generalmente estrechada.

Se hace en posición oblícua y en flexion forzada.

Como en esta pelvis, la excavación presenta también una disminución en todos sus diámetros, á la dificultad del encajamiento prosigue una dificultad en el descenso que solo puede ser vencida por fuertes contracciones, contracciones que suelen determinar en la cabeza fetal, fenómenos plásticos, provenientes del frote rudo á que está sometida.

La rotación pelviana de la cabeza es por lo general regular.

CONDUCTA A OBSERVAR.—*Durante la preñez.*

—Los métodos preconizados en épocas en que se estaba poco familiarizados con la aséptica de las intervenciones obstétricas no tienen hoy, sino en casos muy determinados, su razón de ser.

Los resultados mediocres y los perjuicios que pueden aportar á la gestante, la dieta á que se la sometía para obtener un niño poco voluminoso, debe ser proscripta en absoluto y esta supresión como método de tratamiento, podemos extenderla al Aborto Provocado, que si era de elección en las estrecheces de ciertos limites durante la época pre-antiséptica, no lo es actualmente, en que la operación Cesárea ha adquirido un verdadero valor Terapéutico.

Sin enumerar todas las objeciones que pueden ser invocadas contra la práctica del Parto provocado, existe un hecho de experiencia que debe colocarse en primer lugar. Los resultados para el niño, no son relativamente satisfactorios, que si se interrumpe la preñez tardiamente en las pelvis poco viciadas. Pero, no son precisamente estas pelvis aquellas que dan la más fuerte proporción de partos expontáneos, á término?

El Parto Prematuro es una operación teóricamente excelente, pero, en la práctica presenta á veces grandes dificultades para la avaluación exacta tanto de las dimensiones pelvianas como de las dimensiones de la cabeza fetal y esta falta de seguridad puede ser causa de la interrupción muy precoz del embarazo, que nos daría

un niño débil sin vitalidad, ó de la intervención muy tardía que oblgaría á maniobras de extracción, casi siempre funestas al niño.

Actualmente el médico se encuentra favorecido por los perfeccionamientos en la técnica de las intervenciones y el partero puede y debe esperar el fin de la preñez para tratar con éxito la distocia, si esta llega á tener lugar.

Terminaremos con la regla de conducta que aconseja y sigue Pinard. "*La conducta á observar en una embarazada cuya Pelvis viciada es simple es: esperar el principio del Trabajo*".

Al principio del trabajo.—Hay que avaluar el grado de desproporción entre la pelvis y la cabeza fetal puesto que es el Principio del Trabajo, el momento de elección para la operación Cesarea Conservadora.

Si esta desproporción es pequeña (por lo general superior á 10 ctms.) el parto expontáneo será la eventualidad más verdadera y es necesario esperar.

La desproporción es notable, es necesario optar entre Cesarea y la expectación.

Cuando el diámetro Promonto-infra-pubiano mide 7 ctms. ó menos la Cesarea se impone. Si este mismo diámetro oscila al rededor de 9 ctms. con la expectación llegaríamos á la necesidad de una intervención, Forceps ó Versión después de una Pubiotomia ó Simfisiotomia si á la dilación completa el niño está vivo y la madre no infectada. Basiotrisia si el niño muere en el

curso del trabajo. Operación de Porro, si el conjunto de circunstancias hacen peligrosa para la madre y el niño una intervención por las vías naturales.

En estas condiciones, cuando la desproporción es acentuada, cuando las partes blandas vagino-perineales corren riesgo en el curso de una extracción después de Pubiotomia ó Simfisiotomia, es preferible recurrir á la Cesarea conservadora.

Sin dar á las cifras más valor que el que conviene en clínica, terminaremos; debajo de 9 ctms. (de diámetro promonto-infra-pubiano) con un niño á término la operación de elección es la Cesarea.

En el curso del Trabajo — Consideraremos las eventualidades que respecto de la madre y del niño, se nos pueden presentar y la conducta á observar con relación á aquellas. Si nace la indicación de intervenir; analizaremos los distintos procedimientos cada uno de los cuales está defendido con teorías fehacientes y resultados prácticos fundados.

Todos estos procedimientos tienen valor real y su utilidad verdadera se origina de la aplicación oportuna que se les sepa dar.

El niño está vivo y la madre no infectada. — Hemos esperado de las contracciones uterinas y de la flexibilidad de la cabeza, el máximum de efecto útil y que el cuello se haya dilatado ó que nos facilite artificialmente esta maniobra (no por esto hemos descuidado la in-

fluencia que la duración exagerada del período de expulsión tiene sobre la mortalidad fetal).

Coloquemosnos en la eventualidad más feliz.

Los esfuerzos de la parturienta, dirigidos por el partero, hacen descender la cabeza hasta ese momento bloqueada por el estrecho superior, la resistencia osea ha desaparecido y solo las partes blandas podrían retardar el nacimiento expontáneo; entonces, la detención en la progresión ó el sufrimiento del niño indicarían la aplicación de Forceps sobre la cabeza encajada.

Pero, si la cabeza no es aceptada por el estrecho superior existe desbordando al pubis, inmovil y enclavada, la única operación conservadora sería la Pubiotomia ó Simfisiotomia; es indispensable abrir la pelvis antes de extraer artificialmente al feto porque sin el recurso de ellas sabemos los efectos funestos sobre el niño del Forceps y la Versión.

Siempre que la Pubiotomia ó Simfisiotomia sean en razón del grado de desproporción, juzgadas insuficientes (pelvis de diámetro promonto-infra-pubiano inferior á 9 cmts.) tendremos como único recurso la Cesarea.

La madre está infectada y el niño vivo. — Hay ruptura prematura ó precoz, de las membranas, el trabajo se ha prolongado muchas horas, el líquido amniótico está verde y fétido, observamos modificaciones en el pulso y temperatura de la parturienta y sin embargo los latidos fetales están muy pocos influenciados.

En este caso no podemos aceptar el recurso de la Pubiotomia ó Sinifisiotomia.

La práctica nos dice el mal pronóstico de estas intervenciones cuando existe infección.

Si la desproporción es grande, si el edema ha invadido el segmento inferior y si las partes blandas implican por su estado peligrosa una intervención por las vías naturales, la Operación de Porro, aunque deja de ser relativamente benigna, sería la única operación de elección.

Pero si se tratara de una primipara en que la desproporción no fuera mayor y el estado de las partes blandas no muy comprometido, se podría para no obligarla á una esterilización absoluta que le acarrearía la amputación del utero (con el solo objeto de extraer un niño bañado en un puré de meconium fétido), tentar por una aplicación regular de Forceps, extraer prudente y lentamente la cabeza fetal.

El niño muere en el curso del Trabajo. — Si el niño muere al principio del trabajo, (debido generalmente á una ruptura prematura de las membranas, con procidencia del cordón) si el trabajo languidece y los primeros signos, de la putrefación aparecen se debe, sin perdida de tiempo dilatar artificialmente el cuello y después de la reducción extraer el feto.

Si el niño muere en un período avanzado del trabajo

y este se prosigue regularmente, recurriremos á la expectación.

En el caso contrario debemos desembarazar el útero, reduciendo por la Basiotrisía el volúmen del feto.

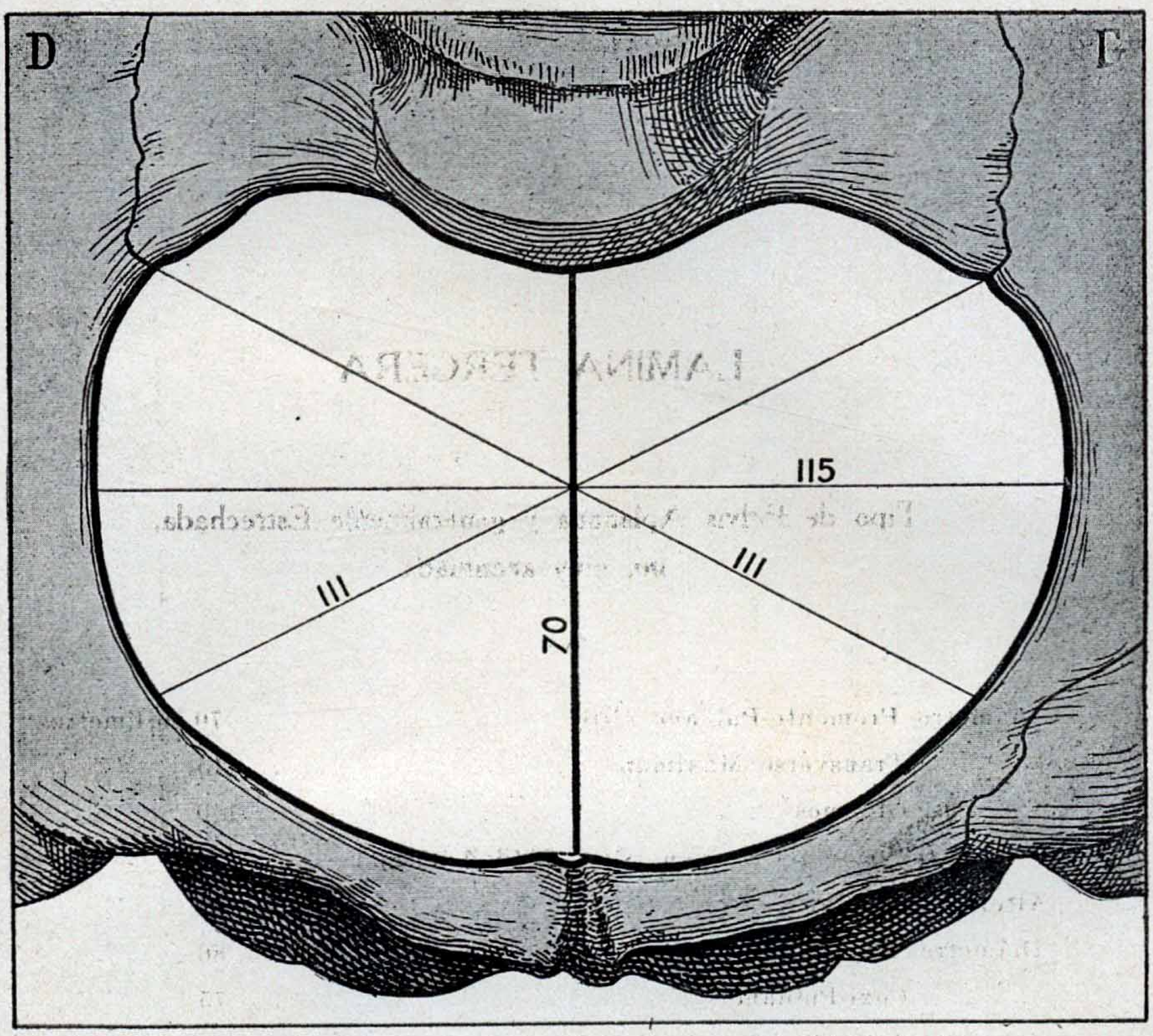
Si exepcionalmente las dimensiones de la pelvis, no permiten el pasaje del Basiotribo, se efectuará la Amputación utero-ovarica, sin abertura previa del utero.

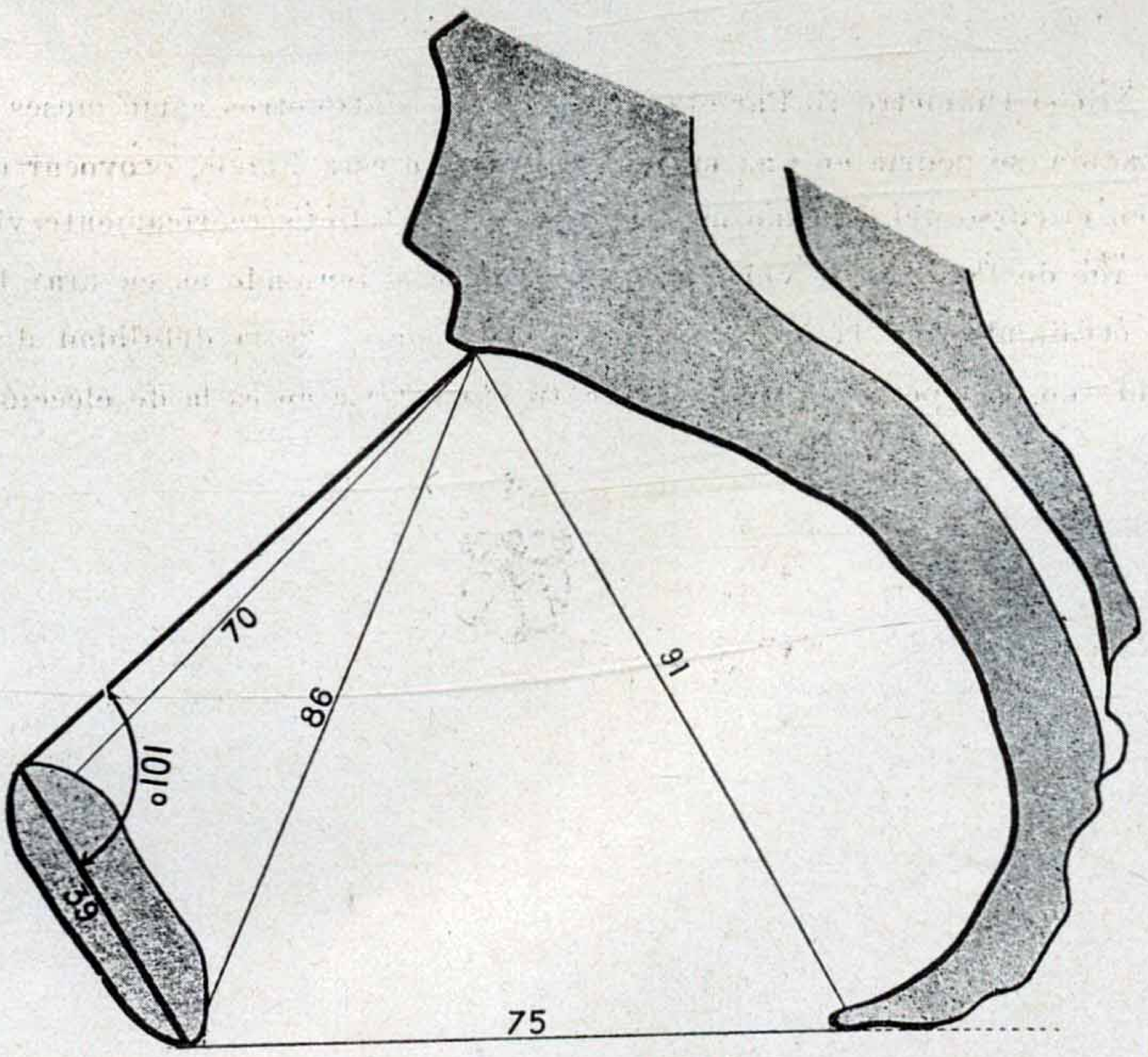
LAMINA TERCERA

Tipo de Pelvis Aplanada y generalmente Estrechada, no, muy acentuada

Diámetro Promonto-Pubiano Util	70	milímetros
'' Transverso Máximum	115	''
'' Oblícuos	110	''
Cara anterior del Sacrum—**Con cavidad normal.**		
Altura de la Sinfisis	39	''
Diámetro Promonto-infra-Pubiano	86	''
'' Coxi-Pubiano	75	''
Angulo de inclinación del eje de la Sinfisis con relación al plano del Estrecho Superior	101º	

Si el Diámetro Bi-Parietal mide tantos centímetros como meses de gestación, se podría en una mujer presentando esta Pelvis, provocar el parto en el curso del séptimo mes, puesto que el feto es teóricamente viable al cabo de 180 días de vida intra-uterina, pero, teniendo en cuenta: 1º la incertidumbre de la época de la fecundación, y 2º la debilidad del sietemesino, la Operación Cesárea practicada á término es la de elección.


D
F
115
111
111
70


70
86
91
101°
39
75

CAPITULO CUARTO

Pelvis Osfeomalacicas

SUMARIO — Coesideraciones anatomo — Clinicas sobre la Ostemalacia — Caractéres anatomicos de la pe- — livis Osteomalacias — Caracté- — res Clinicos — Evolución del — Embarazo — Mecanismo del — Parto — Conducta á obser- — var:

Si el Raquitismo es un desorden de la nutrición de los huesos en vía de crecimiento, un desorden de construcción; la Osteomalacia es un proceso de destrucción, acarreado por la disminución de los elementos minerales en los huesos primitivamente bien construídos, es

decir una lesión de resblandecimiento del hueso adulto.

Enfermedad muy rara; existen sin embargo observaciones de antigua data como aquella de la Marquesa de Armagnac cuyo cráneo era tan blando — que se abría con na espatula — y aquella Historia célebre publicada por Morand en el año 1750 sobre la mujer Supiot.

La Osteomalacia es una enfermedad de la edad adulta y del sexo femenino. El rol de la preñez está bien demostrado, á tal punto, que se ha podido describir como una variedad especial la Osteomalacia Puerperal.

Los huesos malacicos se dejan atravesar por los rayos Rontgen, en estado fresco sobrenadan algunas veces en el agua y en ellos el fosfato de cal de una proporción normal de 50 á 83 o|o desciende á 46 á 20 y á veces á 2 o|o.

La Osteomalacia no ataca al esqueleto de conjunto, se extiende de una manera lenta y progresiva.

Cuando el principio se hace por la pelvis y los miembros inferiores, á más del dolor que siempre es primordial, los desórdenes en la marcha, constituyen el primer síntoma.

Si examinamos una paciente, es generalmente una exageración de las curvas normales, un genum valgum por ejemplo, que llama nuestra atención; á veces es una fractura expontánea que en general no se consolida más. Lo más á menudo la enferma experimenta debilidad en la posición de pié y en la marcha, ésta es vacilante (aves palmipedas) como en la Luxación conge-

nita de la cadera. Con el progreso de las lesiones la posición de pié es imposible y el momento llega de que el resblandecimiento invade los miembros superiores que se incurvan y se acortan á su turno.

A la larga, los huesos pierden toda forma reconocible, torcidos, encojidos y maleables toman la actitud y la posición que se les quiera dar.

El esternon hace saliencia ó se escava, la columna vertebral se incurva.

Varias teorías han reinado en la Etiologia y Patogenia de esta afección. La más aceptada es la Trofo-neuróticá de Fehling, que atribuye al Ovario y las modificaciones de su secreción interna el origen de la destrucción osea. Esta teoría reconoce como base clínica la coincidencia de esta enfermedad con la puerperalidad y la cura obtenida por la Castracción Ovarica.

CARACTERES ANATOMICOS DE LA PELVIS OSTEOMALACICA.—El sacro bajo el peso del cuerpo se agobia sobre sí mismo, se pliega en dos, de manera que el promontorio y el coxis se acercan en forma de anzuelo.

Las cavidades cotiloideas, por las contrapresiones femorales, están rechazadas hacia el centro de la pelvis.

La simfisis y las dos ramas isquio-pubianas acercadas, forman una salida que ha sido comparada á un pi-

co de pato. Las tuberosidades isquiáticas se encuentran acercadas.

Sobre un corte paralero al plano del estrecho superior, la cavidad pelviana tiene la forma de un triángulo á base posterior y en los casos más avanzados de un tricornio.

Todos los diámetros sin exepción están estrechados sobre todo el transverso mediano y las distancias sacrocotiloideas que pueden no tener más que 5 ctms. y hasta 3 ctms. En el estrecho inferior las deformaciones son también acentuadas, así es que la pelvis se encuentra estrecha en toda su altura y ésta puede llegar á tal grado por la convexidad hacia dentro de las ramas isquiopubianas, que á veces á penas un dedo puede pasar, puesto que no dejan entre ellas más que una estrecha hendidura.

CARACTERES CLINICOS. — *La inspección*, nos pone de manifiesto los estigmas característicos de la Osteomalacia que cuando es avanzada produce deformaciones esqueléticas notorias.

La palpación, nos hace reconocer las lesiones y anomalias oseas.

El interrogatorio, nos ilustra sobre si han existido desórdenes en la marcha, pesadez en los miembros inferiores, tembror y dolor, etc.

El tacto, difícil á veces por el acercamiento extremo de las ramas isquio-pubianas permite reconocer la exiguidad y la forma de la pelvis.

Siendo la Osteomalacia una afección cuya existencia media es de ocho á diez años, durante los cuales no es difícil encontrar períodos de remisión ó bien no atacar al principio más que cierta y reducda parte del esqueleto, vgr: la pelvis; el médico debe sospechar de toda ausencia de acomodación y examinar enferma y pelvis bajo el punto de vista citado.

EVOLUCION DEL EMBARAZO. — Las mismas consideraciones que hemos hecho respecto á las pelvis Raquíticas, tienen su razón de ser en las Osteomalacicas, con la diferencia que en estas últimas la evolución del embarazo influye desventajosamente sobre la enfermedad, siendo esto, causa suficiente que puede justificar la interrupción de la preñez, interrupción que hemos aceptado con cierta reserva, en el estudio de las pelvis deformadas por el Raquitismo.

MECANISMO DEL PARTO.—Cuando el grado de deformación no es considerable, el pasaje del feto puede hacerse por el mecanismo que hemos descripto al hablar de las pelvis aplanadas y generalmente estrechadas,

es decir, por la mayor oblicuidad de la presentación y la flexión forzada.

CONDUCTA A OBSERVAR.—El pronóstico del parto depende de la exigüidad de la pelvis y todos los grados de distocia pueden presentarse.

Cuando las deformaciones son acentuadas el parto por las vías naturales es imposible y la Operación Cesaria es la única indicada. Ella debe ser seguida de la amputación Útero-ovarica porque la ablación de los ovarios acarrea á menudo una mejoría y á veces, la cura de la Osteomalacia.

CAPITULO QUINTO

Pelvis de las Enanas y Pelvis Infantiles

SUMARIO — De los Enanos Raqniticos, Acondroplasicos, Mixedematosos y su estudio obstetrico — Del Infantilismo y su estudio Obstetrico.

El nanismo es el resultado de una detención en el desenvolvimiento del indivduo que puede manifestarse sobre la totalidad del esqueleto y sobre todos los órganos ó bien únicamente sobre ciertos segmentos del cuerpo.

Existen enanos bien conformados que han sido descriptos por exploradores ó que la Historia nos ha trasmitido como el gentil hombre polaco José Bornlamski

y la celebre enana de los Orleans que constituían una verdadera miniatura, una perfecta reducción de la especie humana.

En estos enanos perfectos, los cararteres sexuales aunque reducidos son completos.

Los que deben llamar nuestra atención son aquellos portadores de malformaciones corporales provenientes de diferentes afecciones distróficas y que podemos dividirlos en, Raquitícos, Acondroplásicos y Mixedematosos.

Los primeros se nos presntan con la cabeza desproporcionada y región frontal proeminente, fisionomía envejecida, deformaciones toráxicas, vientre abultado, piernas torcidas formando parentesis ó en forma de equis. En estos por lo general no se encuentra retardos intelectuales.

Los Mixedematosos son enanos, abotagados, cara llamada — luna llena, — con parpados tumefactos, escases de cabello, cuerpo desprovisto de pelo y atributos sexuales imperfectos. Están poseidos de un cansancio perpetuo y son pobre de espíritu.

Los Acondroplásicos presentan los siguientes caracteres: cabeza muy grande y miembros muy cortos con relación al cuerpo; el tronco parece casi normal; el torax bien conformado, con costillas regulares, sin ciforis ni escoliosis, los omoplatos, humero y femur, muy reducidos: las epifisis hipertrofiadas, la cabeza humeral siendo muy gruesa para la cavidad glenoidea, obliga á

los brazos estar ligeramente separados del tronco; lo mismo pasa en los miembros inferiores; las manos preentan los cuatro últimos dedos de una longitud casi igual (mano cuadrada), están juxta puestos por su base y separados por sus extremidades, en ocasiones unido dos á dos dando á la mano el aspecto de un tridente. Las funciones psíquicas de estos sugetos presentan á veces, un cierto grado de debilidad.

Si el Mixedematoso está bajo la dependencia de una alteración glandular, la Acondroplasia reconoce una esclerosis con calcificación del cartílago de conjugación cuya zona de crecimiento desaparece.

Bajo el punto de vista Obstétrico las enanas constituyen un grupo anatomo-clínico bien definido.

Existen mujeres que por su talla son enanas y que sin embargo tienen una pelvis normal.

Entre las que poseen una pelvis distócica tenemos las Acondroplásicas, cuya pelvis es aplanada generalmente estrechada y asimétrica en el estrecho superior, con escavación yestrecho inferior relativamente espaciosos; pueden entonces considerarse como una Aplanada Raquítica.

Exigen la Operación Cesarea.

En las enanas Raquíticas, la pelvis ofrece los caracteres de las raquíticas puras, pero, con dimensiones más exiguas. El diámetro útil puede descender hasta 2 centímetros 5.

Exigen también la Operación Cesarea.

EL INFANTILISMO es una anomalía del desenvolvimiento, caracterizada por la persistencia en un sujeto que ha alcanzado ó sobrepasado la edad de la pubertad, de caracteres morfológicos pertenecientes á la Infancia.

El infantil se nos presenta por lo general con las siguientes particularidades: cara redondeada, mofletuda, labios salientes y carnosos nariz pequeña, cabellos finos: torso alargado y cilíndrico; vientre un poco proeminente; miembros afilados de la raiz á las extremidades; capa adiposa de un espesor suficiente como para ocultar los relieves oseos y musculares; voz débil y destemplada; un estado mental infantil que acompaña siempre la malformación corporal y que concuerda con aquel de la edad que parece conservar el cuerpo; son agiles, ingenuos, experimentan llantos y risas faciles. irascibilidad pronta pero fugaz, ternezas excesivas, ó repulsiones irrazonables. Llegada la época de la menstruación ó bien no aparece y si lo hace es de una manera muy irregular. Los senos no engrosan, el cuello queda — virginal — sin saliencia tiroideana, los pelos no aparecen en el pubis ni en las axilas, las caderas no sufren ningún ensanchamiento.

La pelvis ha conservado el tipo infantil. Estrecho superior redondeado, promontorio poco saliente y muy elevado encima del estrecho superior, sacrum estrecho y poco incurvado, isquiones acercados, arco pubiano estrecho.

Como en estas mujeres existen órganos genitales internos incompletamente desenvueltos ú atrofiados la fecundación es rara. No presentan por consiguiente mayor interés obstétrico.

LAMINA CUARTA

Tipo de Pelvis Aplanada y generalmente Estrechada, muy acentuada

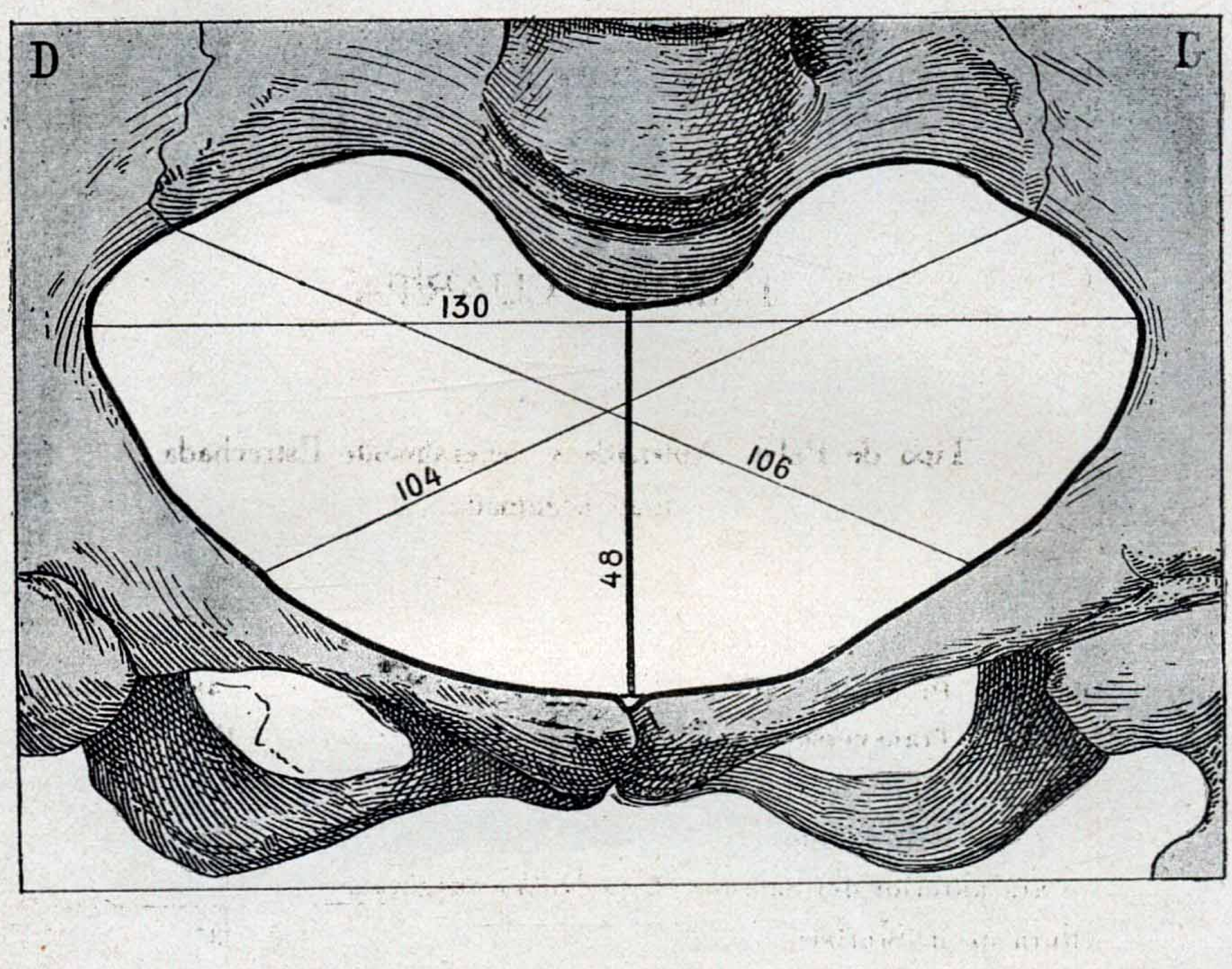
Diámetro	Promonto-Pubiano Util	48	milímetros
''	Transverso Maximum	130	''
''	Oblícuos, el derecho	104	''
	el izquierdo	106	''

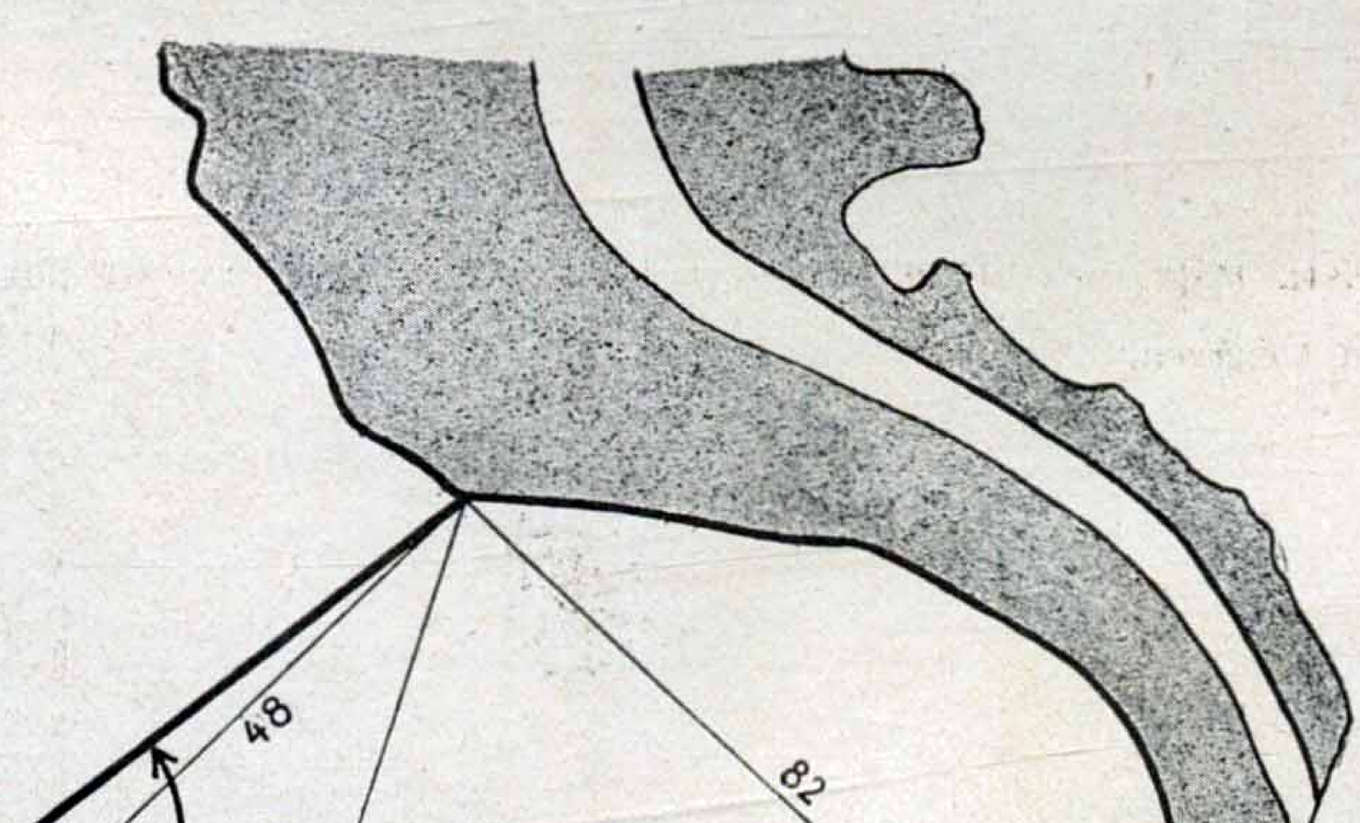
Cara anterior del Sacrum—**Concavidad exagerada.**

Altura de la Sinfisis		37	''
Diámetro	Promonto-infra-Pubiano	60	''
''	Coxi-Pubiano	80	''

Angulo de inclinación dèl eje de la Sinfisis con relación al plano del Estrecho Superior ..... 95°

Esta Pelvis exige la Preñez á término para intervenir por una Operación Cesárea.


D
E
130
104
106
48


48
95°
60
82
37
80

CAPITULO SEXTO

Consideraciones sobre ciertas Intervenciones Obstétricas

SUMARIO — Indicación del Forceps y — de la Versión en las Estreche- — ces De la Pubiotomia — De la — Simfisiotomias.

En los párrafos precedentes hemos mencionado las distintas operaciones adecuadas para conseguir el objeto de salvaguardar la vida de la madre y del niño y hemos indicado la aplicación oportuna de cada una de ellas.

Sin entrar á describir la técnica de las dichas intervenciones, haremos en una suscinta descripción un parangón cuya resultante pueda ilustrar más el criterio de

quien depende la solución de problemas muy árduos en ciertas ocasiones.

Indicación del Forceps y de la Versión en las Estrecheces.—Estos dos modos de terminación artificial del parto, presentan un cierto número de ventajas y de inconvenientes.

Si la Versión permite transformar una presentación viciosa (cara, frente, espalda), en un encajamiento ordinario cabeza última que pone á esta en las manos del partero para guiarla en su pasaje, no deja de presentar ciertos peligros para la madre y el niño.

El pronóstico maternal se agrega por los peligros de infección más fáciles y por las lesiones más frecuentes de las partes blandas (segmento inferior, vagina, perineé) particularmente predispuestas por los desórdenes del trabajo en las estrechas. De parte del niño, la versión impone á la cabeza una compresión brusca más perjudicial que la compresión lenta y progresiva del forceps, además las excitaciones cutáneas y la compresión del cordón pueden exponer al feto á la respiración prematura.

El Forceps tiene un tiempo de elección por decir ilimitado, la aplicación puede ser conducida más lentamente y con menos complicaciones eventuales fetales ó maternales, se puede sacar el máximun de beneficio del modelaje acomodador de la cabeza cumplido durante el trabajo, sus tracciones lentas y sucesivas imitan el esfuerzo uterino y el forceps puede ser siempre una fuen-

te útil en los casos en que la versión está contraindicada (aguas derramadas, cabeza detenida y fijada, útero retraído).

La indicación de la aplicación del Forceps y de la práctica de la Versión en una Pelvis Estrecha están subordinadas á las nociones que se desprenden de la descripción en el anterior capítulo sobre el Mecanismo del Parto.

Hemos visto que en la Pelvis aplanada pura, la extremidad cefálica se presenta en transversa y en semiflexión. En la Pelvis aplanada y generalmente estrechada, se presenta asincliticamente. En la Pelvis generalmente estrechada, flejada al máximun.

Podemos, entonces, concluir sin entrar en mayores comentarios.

En la Pelvis Aplanada, la Versión es preferible **a!** Forceps.

En la Pelvis Aplanada y generalmente estrechada, indistintamente.

En la Pelvis generalmente estrechada, el Forceps es el medio de elección.

En las Pelvis Asimétricas donde la cabeza se encaja ó bien en transversa y semi-flejada como en una Pelvis Aplanada, ó bien en flexión como en una Pelvis generalmente estrechada; la Versión hará pasar mejor la cabeza en el primer caso y el Forceps en el segundo.

DE LA PUBIOTOMIA.—Sabemos que consiste en el agrandamiento artificial de la Pelvis gracias á una división del pubis al costado de la simfisis.

Es conveniente recordar rápidamente cuales son las cifras medias admitidas para los diámetros de una pelvis normal.

El Promonto-infra-Pubiano, 12 ctms. 5 á 13 ctms.

El Conjugado verdadero, más ó menos, 11 ctms.

El Transverso, más ó menos 13 ctms. 5.

Los Oblícuos, 12 ctms. 3|4.

Los siguientes resultados han sido obtenidos, experimentando sobre cadáveres.

Con una separación hacia delante, de 4 ctms., el conjugado verdadero alcanza la casi totalidad del alargamiento que se puede esperar, término medio 1 ctms. 6. Con una separación de 6 ctms., el Conjugado verdadero aumenta en una cantidad que varía de 1 ctms. 7 á 2 ctms., siendo esta última cifra la más frecuente; el diámetro Transverso se alarga en las mismas condiciones en una cantidad que varía entre 2 ctms. 5 y 3 ctms.; los diámetros oblícuos ganan de manera muy variable, término medio 2 ctms. 5 á 3 ctms. y las articulaciones sacro-iliacas desde que la separación del pubis ha alcanzado de 4 á 5 ctms. se han ensanchado cada una de casi un través de dedo, la una un poco más, la otra un poco menos según el costado donde ha sido hecha la división; este ensanchamiento es dado por la medida de la dis-

tancia que separa los bordes anteriores de estas articulaciones y aumenta en general de 2 á 3 ctms.

Si bien es cierto que podríamos aumentar el Conjugado verdadero hasta 2 ctms., llevando la separación de los extremos del pubis hasta 6 ctms., nos expondríamos en este caso al inminente riesgo de la ruptura articular; la cual no se produciría á menos que se tratara de una persona de mucha edad ó que la separación hubiese sido llevada con brusquedad con una distancia de 4 ctms.

Para terminar diremos entonces que:

Separando de 3 ctms. las partes seccionadas; el Conjugado verdadero aumenta término medio 1 ctms., el Transverso 1 ctms. 4 y cada uno de los Oblícuos 1 ctms. 3.

Que es conveniente elegir como costado de la división aquel donde sea conveniente obtener un ensanchamiento mayor, v. gr.: donde se encuentre el occipucio y si se preve la versión, donde se encuentren las extremidades.

Se ha preconizado por algunos la Pubiotomia Bilateral, pero la práctica ha demostrado que á más de ser una operación que no dá mejores resultados que la Unilateral, es de técnica más engorrosa y de cura más difícil.

DE LA SINFISIOTOMIA—La división completa de la Simfisis y la separación simétrica de los Pubis agranda la pelvis por un doble mecanismo.

1° El Pubis desciende y se aleja del Sacrum.

2° El espacio libre creado por los Pubis separados, es utilizado por una porción notable de la Cabeza fetal.

Con una separación de 6 ctms. que no acarrea peligro en la integridad de las partes blandas y de las articulaciones sacro-iliacas (á lo más un ligero desprendimiento del periosto, sin consecuencias) se obtiene el siguiente resultado:

Una pelvis presentando un diámetro útil de 7 ctms., este llega á 9 ctms. 3.

Una de 8 ctms.—10 ctms. 1.

Una de 9 ctms.—10 ctms. 9.

Este beneficio mecánico bien demostrado no es aprovechado únicamente por el Promonto-Pubiano, los diámetros oblícuos aumentan más que el antero-posterior, el Transverso más todavía y el Bi-isquiatico aumenta casi tanto como la separación Bi-pubiana.

En práctica son las Pelvis simétricas aplanadas en el estrecho superior y moderadamente estrechadas que suministran la indicación corriente de la Sinifisiotomia.

El límite inferior del aplanamiento puede ser fijado en 7 ctms. del diámetro antero-posterior, es decir, debajo de 9 ctms. de diámetro Promonto-infra-Pubiano (único diámetro clínicamente medible) la Sinfisiotomia

debe ceder el paso á la Operación Cesárea, á menos que las dimensiones de la cabeza, siendo menores que la media, implique una desproporción relativa poco considerable, entre la cabeza y la pelvis.

Las siguientes condiciones son indispensables para el buen éxito de la Intervención.

Que la dilatación del cuello sea completa para que en caso necesario la extracción inmediata del feto sea posible.

Reconociendo que la septicemia Puerperal, es la causa principal de la mortalidad en la mujer sinfisiotomizada, tenemos que saber apreciar en su exacto valor, los signos clínicos de la infección genital durante el trabajo, teniendo también en cuenta que una débil elevación de temperatura ó una ligera aceleración del pulso, observados por un médico que ha tenido una dirección exclusiva del trabajo puede descartar las probabilidades de infección é interpretar los antes dichos fenómenos como debidos al surmenage que acompaña á un parto laborioso.

Cuando desde el principio del trabajo, se ha tomado la dirección del parto, cuando se ha seguido hora por hora las reacciones del niño, es en estas condiciones que se puede apreciar el valor á atribuir á tal ó cual manifestación clínica, porque mientras el niño vive debe ser considerado, cualquiera que sean los indicios de sufrimiento (expulsión de meconio, modificaciones en los ruidos del corazón), como acreedor á una intervención

que como la Sinfisiotomia ó Pubiotomia, le dé el máximun de garantías y evitar por consiguiente los traumatismos que podrian serle fatal, traumatismos provocados por extracciones violentas, insurmontables al obstáculo.

Sin embargo, hay casos en que la duda es bien permitida v. gr.: en aquellos en que ciertas intervenciones como ser Aplicaciones de Forceps, infructuosas han sido practicadas; tentativas de extracción que han podido comprometer la vitalidad del niño y que han podido traumatizar ó infectar á la madre.

Terminaremos.

En las pelvis medianamente estrechadas, con articulaciones no anquilosadas, la sinfiosiotomía evita el obstáculo óseo, en la medida que Farabeuf había previsto.

LAMINA QUINTA (*)

Tipo de Pelvis generalmente Estrechada
"Justo Minor"

(Aunque no es un tipo perfecto es la que más acerca á la descripta por los autores).

Diámetro Promonto-Pubiano Util ..... 83 milímetros
'' Transverso Máximum ..... 116 ''
'' Oblícuos ..... 106 ''

Cara anterior del Sacrum.—**Con concavidad normal.**

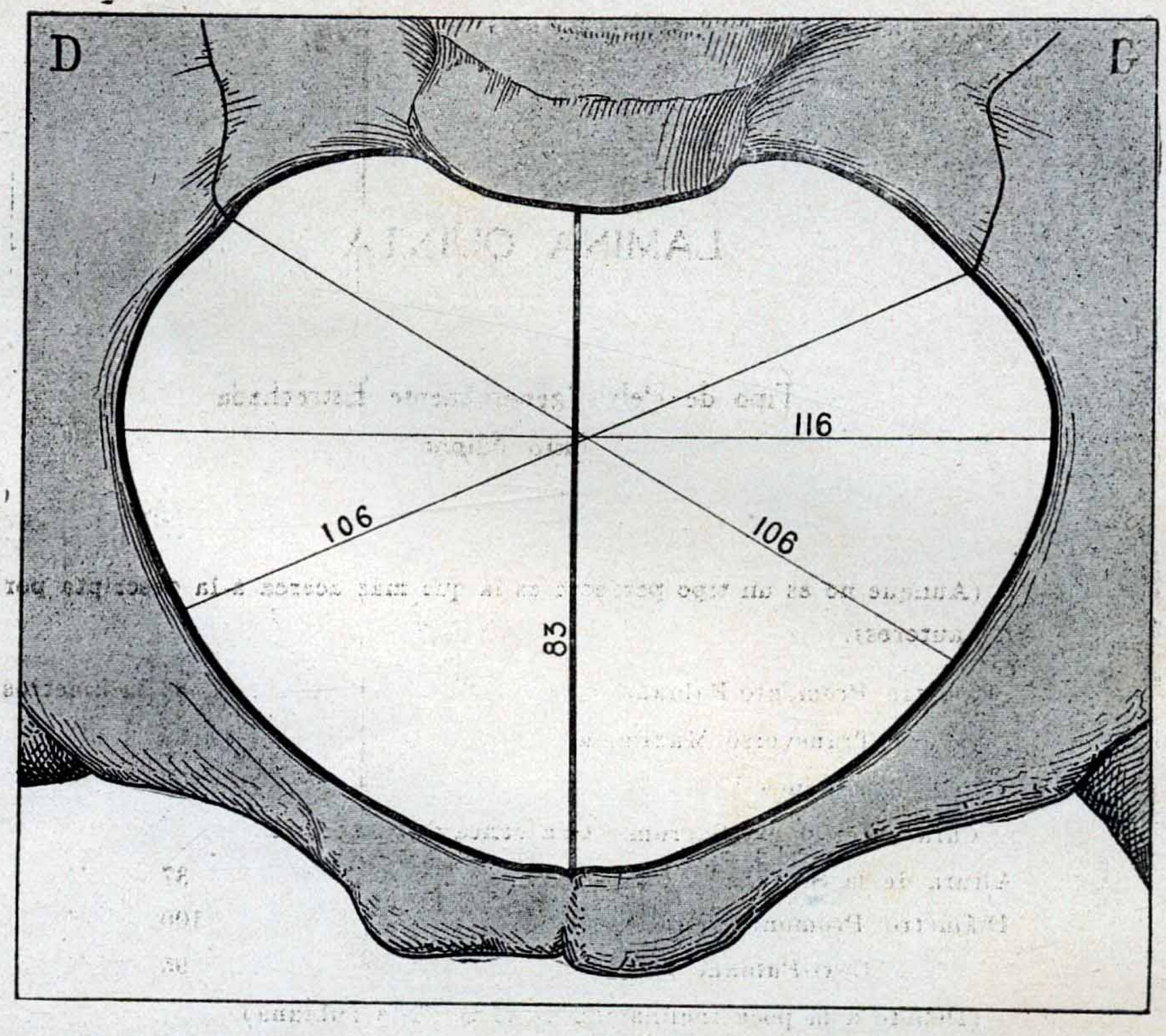
Altura de la Sinfisis ..... 37 ''
Diámetro Promonto-infra-Pubiano ..... 100 ''
'' Coxi-Pubiano ..... 95 ''

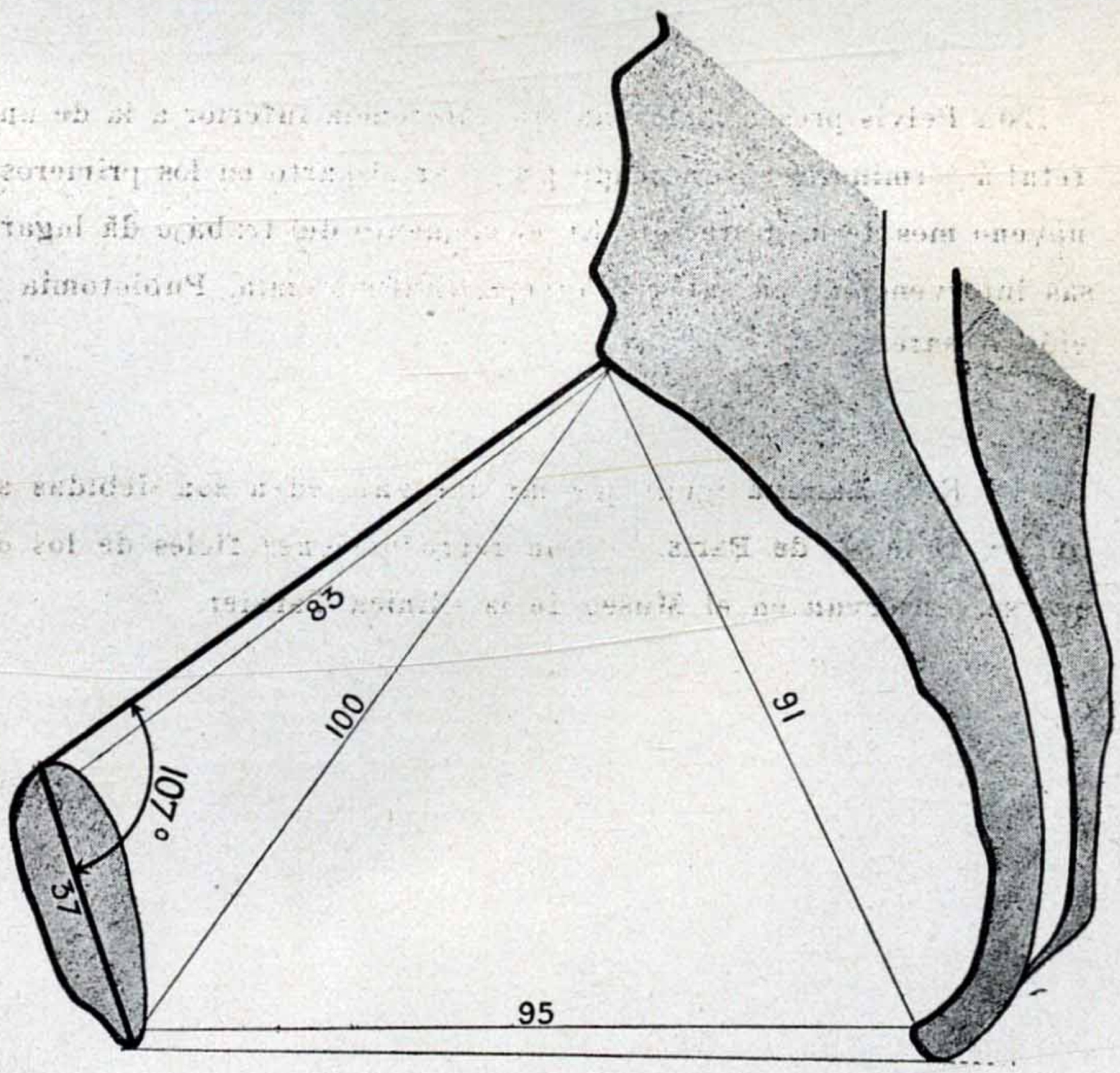
(Debido á la poca inclinación de la Sinfisis pubiana).

Angulo de la inclinación del eje de la Sinfisis con relación al plano del Estrecho Superior 107º

Esta Pelvis presentando una circunferencia inferior á la de una cabeza fetal á término, sería indicado provocar el parto en los primeros días del noveno mes de la gestación. En el momento del trabajo dá lugar á diversas intervenciones á saber: Forceps, Sinfisiotomia, Pubiotomia y Operación Cesárea.

(*) Esta **Lámina** igual que las que anteceden son debidas al Doctor Gastón Doin — **de París.** — Son reproducciones fieles de los originales que se conservan en el Museo de la Clínica Tarnier.


D
G
116
106
106
83


83
100
91
107°
37
95

Hospital Fernandez — Servicio del Dr. Enrique Zárate

OBSERVACION I

Diagnóstico — Pelvis Raquítica.

Intervención — Pubiotomia.

Resultado — Niño vivo y sano.

R. R., 20 años, oriental, quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios, individuales y patológicos.—Sin importancia.

Embarazos y partos anteriores.—Ha tenido un embarazo á término; el parto exigió la aplicación de forceps que extrajo un feto del sexo masculino muerto.

Edad del embarazo—A término.

Altura del útero—33 centímetros.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo.—Ninguno.

Examen del esqueleto—Pequeño, con ligeros estigmas de Raquitismo.

Examen obstétrico.—

Senos—Pequeños y flácidos. — Areola pigmentada, etc.

Pared abdominal.—Tensa y elástica. Hay línea parda y Vergetures.

Utero.—Simétrico y mediano.

Presentación. — Cara.

Encaje. — No hay.

Posición y variedad. — M. I. D. P.

Pelvimetria externa.—S. P. 18 — BE. 25 — B. C. 25—B. T. 29 ctms.

Pelvimetria interna.—P. P. M. 9 ctms.

Auscultación. — Algo suave, pero normal.

Tacto explorador — Falso promontorio en la unión de la primera con la segunda pieza sacra.

Vulva y vagina.—Normales.

Embarazo.—Simple.

Orinas.—Vestigios de albúmina.

Ingresa del público á la maternidad el día 25 Septiembre de 1908 á las 10 a. m., momento en que se iniciaba el trabajo del parto.

Observaciones.—26 Septiembre, á las 9 a. m., la dilatación es completa, bolsa íntegra y presentación sin encaje á pesar de contracciones enérgicas y frecuentes. 1 hora después se efectúa la ruptura artificial de las membranas. Tres horas más tarde en la ausencia de en-

caje se resuelve practicar bajo anestesia clorofórmica una Pubiotomia. La operación se realizó fácilmente y sin pérdida de sangre. A la 1 p. m. es decir 30 minutos después, el feto es expulsado expontáneamente mediante una separación de 3 centímetros de los extremos del pubis seccionado. Alumbramiento normal á los 20 minutos.

Lesiones maternales y fetales—Ninguna.

Puerperio.—Sin temperatura ni anormalidad alguna Las heridas operatorias cicatrizaron por primera intención.

Feto.—Sexo femenino. Pesa 3700 gramos. Diámetros de la cabeza O. F. 12—O. M. 14—B. P. 10—B. T. 85—S. O. B. 9.5—S. O. F. 11—S. M. B. 10 ctms.

La enferma se levanta á los 21 días, camina sin dificultad, callo fibroso perfecto.

La madre y la niña abandonan el Hospital el 15 de Octubre, en muy perfectas condiciones.

Resultados obtenidos en la Clínica Obstétrica del Doctor Cantón

---

OBSERVACION II

Diagnóstico: Pelbis aplanada pura.
Intervención: Pubiotomia.
Resultado: Parto expontáneo de un niño vivo y sano.

M. C. de S., italiana, 28 años, primipara.

Antecedentes hereditarios, individuales y patológicos.—Sin importancia.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo.—Ninguno.

Edad del embarazo.—Nueve meses.

Altura del útero.—34 centímetros.

Examen general.—Esqueleto con estigmas típicos de Raquitismo.

Examen obstétrico:

Presentación.—Cefálica, sin encaje, D. T.

Auscultación.—Normal.

Pelvimetria externa.—S. P. 17—B. E. 22—B. C. 25—B. T. 23 ctms.

Pelvimetria interna. — P. P. M. 8 centímetros con Pelvigrafo de Farabeuf.

Vulva y vagina.—Normales.

Embarazo.—Simple.

Ingresa del público á la clínica 19 horas después del principio del trabajo; ruptura prematura de la bolsa de las aguas.

Observaciones.—Presentación cefálica sin encaje, la cabeza apoya fuertemente sobre el contorno del estrecho superior, el parietal anterior, cabalga el pubis. Hay dilatación cervical de 6 centímetros y existen contracciones enérgicas y regulares.

Después de una expectación de 4 horas, al efectuarse un nuevo examen se nota la invariabilidad en el primitivo estado evolutivo de la presentación, un gran tumor sero-sanguíneo y cabalgamiento bi-parietal. En vista de lo cual—23 horas después de iniciado el parto—bajo anestesia clorofórmica se completa la dilatación, con un ballón de Champetier de Ribes y se practica la división del pubis izquierdo.

Hecha la compresión de las heridas operatorias, suprimida la anestesia, se ven aparecer contracciones len-

tas y poco vigorosas pero que no tardan en ser enérgicas.

El encaje se efectúa gradualmente mediante gran modelage de la cabeza fetal y 3 centímetros de separación del pubis seccionado.

1|2 hora después de efectuada la Pubiotomia, el parto tiene lugar expontáneamente, desprendiéndose la presentación en O. P.

Lesiones maternas.—Desgarradura perineal de 1er. grado.

Alumbramiento—Normal—25 minutos después.

El niño.—Sexo masculino. Pesa 3450 gramos. Diámetro bi-parietal 9 ctms. 7. Gran modelage. Cabalgamiento bi-parietal y occipito-parietal. Tumor sero-sanguíneo en la región parieto occipital izquierda. Contusión de 2° grado en la región parietal derecha sitio de compresión del promontorio.

Puerperio.—No hay formación de hematoma en el gran labio. Temperatura normal. Se sacan los puntos de sutura á los 4 días, cicatrización por primera. La mujer se levanta á los 18 días; la consolidación del pubis es perfecta y no acusa dolor á la presión ni á la marcha.

Sale de alta con su hijo á los 30 días, después de la operación.

OBSERVACION III

Diagnóstico.—Pelvis aplanada pura.

Intervención.—Pubiotomia.

Resultado. — Parto expontáneo de un niño vivo y sano.

I. P. de Y., portuguesa, 39 años, quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios, individuales y patológicos.—Sin importancia.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo.—Ninguno.

Edad del embarazo.—Nueve meses.

Altura del útero.—36 centímetros.

Embarazos y partos anteriores—Ha tenido cinco embarazos anteriores. Los dos primeros terminaron con abortos á los 4 meses; el tercero llegó á término pero el parto requirió la aplicación del forceps que extrajo un feto muerto del sexo masculino; el cuarto llegó también á término y exigió igualmente la aplicación de forceps que extrajo un feto vivo del sexo femenino; el quinto embarazo fué gemelar, siendo extraídos mediante forceps, dos fetos vivos del sexo masculino.

Todos son hijos del mismo padre.

Examen general.—Ligeros estigmas de Raquitismo.

Examen ostétrico:

Utero.—Mediano. Simétrico.

Presentación.—Cefálica sin encaje I. T.

Auscultación.—Normal.

Tacto explorador.—Falso promontorio en la unión de la primera con la segunda pieza sacra.

Pelvimetria interna.—P. P. M. 8.8 centímetros con Pelvigrafo de Farabeuf.

Vulva y vagina.—Normales.

Embarazo.—Simple.

Orinas.—Normales.

Ingresa del público á la Clínica, con dilatación completa y membranas íntegras.

Observaciones. — Presentación cefálica que apoya fuertemente sobre el contorno del estrecho superior, el parietal anterior sobrepasa el borde superior del pubis. Existen contracciones vigorosas y frecuentes.

Después de 17 horas de iniciado el trabajo y 9 horas de contracciones regulares y vigorosas sin progresión de la presentación, se decide á intervenir.

Bajo anestesia clorofórmica se practica la división del pubis izquierdo. Obtenida una separación de 3 centímetros la cabeza fetal se fija.

Suprimida la anestesia, sobreviene una inercia uterina que se prolonga durante una hora al final de la cual se ven aparecer contracciones vigorosas que consiguen encajar, aunque lentamente la cabeza. 2 horas después

de practicada la Pubiotomia el parto tiene lugar expontáneamente, obteniéndose un feto vivo en O. P.

Lesiones maternales.—Ninguna.

Alumbramiento.—Normal; 15 minutos después.

El niño.—Sexo masculino. Pesa 3850 gramos. Diámetro bi-parietal 9 ctms. 1|2.

Puerperio.—Normal.

La madre y su hijo se retiran de la clínica á los 28 días después de la operación, en excelentes condiciones.

OBSERVACION IV

Diagnóstico. — Pelvis aplanada pura.

Intervención. — Pubiotomia, Aplicación de Forceps.

Resultado — Niño vivo y sano.

A. M. de S., 19 años, italiana, planchadora.

Antecedentes Hereditarios, Individuales y Palológicos. Sin importancia.

Estigmas de degeneración. — No hay.

Embarazos y partos anteriores.—Tuvo un embarazo á término con parto muy laborioso dando á luz un feto del sexo femenino que nació de vertice sano, que vive aún.

Abortos. — Ninguno.

Edad del embarazo. — Nueve meses.

Altura del utero. — 32 centímetros.

Examen General. — Esqueleto bien desarrollado, ligero aplastamiento antero posterior de la Pelvis.

Examen Obstétrico:

Utero. — Desviado á la derecha.

Presentación. — Cefalica, sin encaje en O.I.I.T.

Pelvimetria Externa. — S.P. 18 — BE. 24 — BC. 26—BT. 29 ctms.

Pelvimetria interna. — P. P. M. — 9 centímetros.

Auscultación. — 140 latidos fetales.

Vulva y Vagina. — Normales.

Embarazo. — Simple.

Orinas. — Vestigios de albumina.

Ingresa del público á la Clínica 24 horas después del principio del trabajo, ruptura precoz de la bolsa de las aguas y hemorragia. Pulso 110 por minuto.

Observaciones. — Por medio de irrigaciones calientes se detiene la hemorragia. Presentación cefalica sin encaje, cabeza bloqueda en el estrecho superior. Hay dilatación cervical de 4 centímetros y contracciones de relativa frecuencia y vigor.

Después de una expectación de algunas horas; en vista del no encaje de la presentación, de que la dilatación permaneciera estacionaria y del sufrimiento del feto, que se manifestaba por la mayor frecuencia de los latidos y la perdida de meconio, se decide á intervenir.

Bajo anestesia cloroformica, se completa la dilatación con el dilatador de Bossi y se práctica la división del pubis izquierdo.

Se aplica forceps y se extrae un feto del sexo femenino que nace en estado de muerte aparente, pero que se le reanima enseguida. Pesa 3220 gramos.

Puerperio. — Vendage enyesado al rededor de la cintura.

A los 7 días se retiran los hilos de sutura quedando una cicatriz perfecta. Veinte días después de la operación, con su callo oseo bien formado, sin dolor á la presión ni á la marcha, la enferma y su niño se retiran del Hospital en las mejores condiciones.

OBSERVACION V

Diagnóstico. — Pelvis aplanada pura.

Intervención. — Pubiotomia. Aplicación de Forceps.

Resultado. — Niño vivo y sano.

E. P. de S., española, 20 años, sirvienta.

Antecedentes Hereditarios, Individuales y Patológicos. — Sin importancia.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo.— Ninguno.

Embarazo y partos anteriores. — Ha tenido cinco embarazos anteriores. El primero á término tuvo un parto muy laborioso, obteniéndose un feto de sexo masculino, que nació de vertice y muerto. El segundo que llegó también á termino exigió la aplicación de For-

ceps que extrajo un feto muerto de sexo masculino. El tercero fué seguido de un parto prematuro de 7 meses, el feto de sexo masculino nació de vertice y vivo pero falleció á los 23 días. El cuarto á termino tuvo un parto expóntaneo de un feto del sexo femenino que nació de vertice y que en la actualidad vive y es sano. El quinto también á término reclamó la aplicación de Forceps que extrajo un feto muerto del sexo femenino.

Edad del embarazo. — Nueve meses.

Altura del utero. — 32 centímetros.

Examen general. — Estigmas de Raquitismo.

Examen Obstetrico:

Utero. — Desviado á la izquierda.

Presentación. — Cefalica sin encaje en O. I. I. T.

Auscultación. — 140 latidos.

Pelvimetria externa. — S. P. 16 — B. E. 22 — B. C. 25 — B. T. 29 ctms.

Pelvimetria interna. — P. P. M. 8. 5. ctms.

Vulva y Vagina. — Normales.

Embarazo. — Simple.

Orinas. — Normales.

Observaciones. —Después de una expectación de varias horas se obtiene la dilatación cervical completa y la cabeza se fija á expensas del aplastamiento del parietal anterior.

Como el feto sufriese seriamente y teniendo en cuenta las funestas consecuencias de las aplicaciones de Forceps en los partos anteriores se resuelve practicar

la división del pubis izquierdo. Luego se hace una rápida aplicación de Forceps que extrajo mediante suave tracción y una separación de 4 centímetros de los extremos del pubis seccionado, un feto del sexo masculino, vivo y sano. Su peso es de 3270 gramos, presentaba un hundimiento del parietal izquierdo (que se apoyaba contra la simfisis) que á las 48 horas de vida extra-uterina, había desaparecido.

Cicatrización por primera intención.

Madre é hijo fueron dados de alta en muy buenas condiciones 21 días después de la Operación.

OBSERVACION VI

Diagnóstico. — Pelvis Raquítica.
Intervención. — Cesarea Conservadora.
Resultados. — Madre é hijo en las mejores condiciones.

L. S., 40 años, italiana, quehaceres domésticos.

Antecedentes Hereditarios, Individuales y Patológicos. — Sin importancia.

Embarazo y Partos anteriores. — Ha tenido cinco embarazos.

El primer seguido de un parto prematuro de 8 meses, el feto de sexo femenino nació expontáneamente de vertice, ha sido criado por la madre y vive en la actualidad.

El segundo á término tuvo un parto laborioso, obteniéndose un feto del sexo femenino muerto. El tercero también á término, requirió la aplicación de Forceps en el Hospital San Roque, extrayéndose un feto muerto del sexo masculino. El cuarto y el quinto á término, reclamaron ser intervenidos en el Hospital Rivadavia, resultando fetos muertos del sexo masculino. — Interrogada la enferma ignora la clase de las operaciones que le practicaron.

Todos son hijos de de un mismo padre.

Edad del embarazo. — Nueve meses.

Altura del utero. — 35 centímetros.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo.— Cistocele y rectocele, hidramnios.

Examen del esqueleto. — Síntomas de Raquitismo en el torax y en las tibias. Anquilosis sacro-coxigea.

Examen Obstétrico:

Senos. — Pequeños, flacidos, aréola pigmentada, Tubérculos Montgomery. Hay colostro.

Pared abdominal. — Tensa, elástica, línea parda, Vergetures.

Utero. — Mediano, aumentado en el sentido transversal.

Presentación. — Hombro izquierdo, dorso anterior, movible.

Posición. — D.

Pelvimetria externa. — S. P. 16 — B. E. 22 — B. C. 27 — B. T. 27 ctms.

Pelvimetria interna. — P. P. M. 8 — B. I. 9. — C. P. 9 cmts.

Auscultación. — 140 latidos.

Vulva y vagina. — Normales.

Embarazo. — Simple.

Orinas. — Normales.

Observaciones. — Se resuelve practicar la versión por maniobras externas y se coloca al feto en presentación de vertice I. T. Por el metodo de Pinard se nota la desproporción de la cabeza fetal y la pelvis que debe atravesar, el parietal derecho desborda la simfisis pubiana, imposibilitando por consiguiente el encaje de la presentación.

Teniendo en cuenta los antecedentes de los partos anteriores y la disminución del promonto-pubiano mínimo se resuelve efectuar la Operación Cesarea.

La incisión de la pared uterina solo tiene diez centímetros de extensión, cayendo sobre la placenta que fué incindida á su vez. Llenadas las indicaciones del caso, con todo éxito; se práctica sobre la herida de la pared uterina, ocho suturas separadas y profundas, sobre la de la pared abdominal sutura en un solo plano.

Puerperio. — Completamente normal, sin signo alguno de reacción peritoneal.

A los diez días se retiraran los puntos desutura, quedando una cicatriz regular y resistente.

A los 25 días abandona el hospital, completamente curada y lactando á su hijo.

OBSERVACION VII

Diagnóstico. — Pelvis Raquítica.

Intervención. — Cesarea Conservadora.

Resultados. — Madre é hijo en inmejorable condiciones.

M. S., 17 años, argentina, aparadora.

Antecedentes Hereditarios, Individuales y Patológicos. — Sin importancia.

Embarazos y partos anteriores. — Ninguno.

Edad del embarazo. — A término.

Altura del utero. — 31 centímetros.

Accidentes y complicaciones del embarazo. — Ninguno.

Examen del esqueleto. — Ligeros estigmas de Raquitismo.

Examen Obstétrico:

Senos. — Pequeños, areola pigmentada, Tubérculos Montgomery. Colostrum.

Pared abdominal. — Tensa y elástica.

Utero. — Mediano y simétrico.

Presentación. — Cefalica.

Encaje. — No hay.

Posición y Variedad. — I. T.

Pelvimetria externa. — S. P. 16 — B. E. 22 — B. C. 26 — B. T. 28 cmts.

Pelvimetria interna. — P. P. M. 8 ctms., con el pelvigrafo de Farabeuf.

Auscultación. — Normal, 128 latidos.

Vulva y Vagina. — Normales.

Embarazo. — Simple.

Orinas. — Vestigios de albumina.

Observaciones. — En vista de la estrechez pelviana, se resuelve la Operación Cesarea.

Membranas íntegras.

Pocos momentos antes de la operación se hace una hipodermoclisis de 700 gms. suero Hayem é instantes antes inyección de 1 cm3 de Ergotina.

Sobre la línea blanca se hace la incisión de la pared abdominal. Se extrae el útero y se hace una incisión en el fondo, incisión que se extiende de una á la otra trompa, un poco por delante de ellas.

Se extrae el feto en estado de asfixía aparente y despues placenta y anexos; la placenta se encontraba insertada en la cara anterior del utero. No hubo hemorragia alguna. Se sutura el utero, lo mismo que la pared abdominal, en un solo plano y á puntos separados.

Al feto se le práctica la maniobra de Schultze y tracciones rítmicas de la lengua, que acarrean el establecimiento de una respiración normal.

A los ocho días se retiran los puntos de sutura, la cicatriz es perfecta y se continua con el vendaje de franela hasta los 19 días en que se la da de alta á la paciente.

OBSERVACION VIII

Diagnóstico. — Pelvis Raquítica.

Intervención. — Operación Cesarea, en preñez doble.

Resultados. — Madre é hijos en las mejores condiciones.

M. R., 39 años, italiana, quehaceres domésticos.

Antecedentes Hereditarios, Individuales y Patológicos. — Sin importancia.

Embarazos y partos anteriores. — Ha tenido cuatro embarazos.

En el primero á término, el feto se presentaba de hombro, presentación que fué sustituída por la de vertice, mediante versión por maniobras externas, el parto fué laborioso muriendo el feto y unos médicos en el público, después de punzar la cabeza, hicieron una aplicación de Forceps. El segundo y el tercero, también á término reclamaron durante el parto, la aplicación de Forceps, extrayéndose dos fetos del sexo masculino, muertos. El cuarto igualmente á término (ignórase la presentación) dió hace un año en el Hospital Rivadavia, un feto muerto del sexo masculino.

Todos estos embarazos, reconocen al mismo padre.

Edad del embarazo. — A término.

Altura del utero. — 35 centímetros.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo.— Ninguno.

Examen del esqueleto. — Pelvis con estígmas Raquíticos.

Examen Obstétrico:

Senos. — Bien desarrollados, areola pigmentada, Pezones grandes.

Vientre. — Péndulo y muy voluminoso.

Utero. — En Anteversión.

Pared abdominal. — Delgada y poca tensa.

Presentación. — Pelviana incompleta uno, de vértice el otro.

Encaje. — No hay.

Posición y Variedad. — D. T. el de vértice que rebasa la sinifisis pubiana.

Pelvmetria externa. — S. P. 17 — B. E. 22 1|2 — B. C. 26 — B. T. 30 cmts.

Pelvimetria interna. — P. P. M. 7. 8 ctms.

Auscultación. — Normal, 144 latidos.

Vulva y vagina. — Normales.

Observaciones. — La estrechez pelviana demasiado pronunciada para dar paso á una cabeza de diámetro B. P. normal (9.5 ctms.), los antecedentes distocícos y el estado de la madre y de los fetos deciden á intervenir con la Cesarea Conservadora.

La operación fué facil y efectuada rápidamente, sin el menor contratiempo. El globo uterino en relación con su contenido presentaba paredes exesivamente delgadas y se eventró con facilidad. Incindido el utero, presentaba una preñez gemelar bi-vitelina con placentas unidas que se insertaban en la cara posterior y lateral del utero. El primer feto se extrajo por el vértice y el segundo por un pié. Los dos del sexo masculino eran bien desarrollados.

Las suturas uterinas y abdominales se practicaron en un solo plano y á puntos separados.

Puerperio. — No sobrevivieron, nauseas, ni vomitos. Ninguna modificación de temperatura, en una palabra puerperio completamente normal.

A los 20 días de la operación abandonaron el hospital en perfectas condiciones de salud.

J. B. Bafico.

Buenos Aires, Marzo 16 de 1909

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Enrique Bazterrica al Profesor Titular Dr. Samuel Molina y al Profesor Suplente Dr. Alberto Peralta Ramos para que, constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente Tesis, según lo establecido en el art. 4 de la Ordenanza sobre Exámenes.

E. CANTON
R. S. Gómez

Buenos Aires, Marzo 20 de 1909

Habiendo la comisión precedente, aconsejado la aceptación de la presente tesis, segun consta en el acta N. 1969 del libro respectivo, entreguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON
R. S. Gómez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Aborto y parto provocado, sus indicaciones y tec-
nica.

E. Baxterrica

II

Es frecuente entre nosotros las Viciaciones Pel-
vianas?

S. Molina

III

Indicaciones y contraindicaciones de la Pubiotomia.

A. Peralta Ramos