AÑO 1910. Núm. 2149.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PUBIOTOMIA

(OPERACIÓN DE URGENCIA EN OBSTETRICIA)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

COSME J. MANZONI

EX - PRACTICANTE EXTERNO DEL HOSPITAL SAN ROQUE (1903 - 1904)
EX - PRACTICANTE MENOR INTERNO DEL HOSPITAL PIROVANO
(1905 - 1906 - 1907 - 1908)
EX - PRACTICANTE MAYOR INTERNO DEL MISMO HOSPITAL (1909)

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

PUBIOTOMIA

AÑO 1910. Núm. 2149.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PUBIOTOMIA

(OPERACIÓN DE URGENCIA EN OBSTETRICIA)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

COSME J. MANZONI

EX - PRACTICANTE EXTERNO DEL HOSPITAL SAN ROQUE (1903 - 1904)
EX - PRACTICANTE MENOR INTERNO DEL HOSPITAL PIROVANO
(1905 - 1906 - 1907 - 1908)
EX - PRACTICANTE MAYOR INTERNO DEL MISMO HOSPITAL (1909)

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vértidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

Dr. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

Dr. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO J. ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)

SECRETARIOS

Dr. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE-PRESIDENTE

DR. D. PEDRO N. ARATA

MIEMBROS TITULARES

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
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
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Alfredo Lanari
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce (con lic.)
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
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 Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi (con lic.
» 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 Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernandez

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 Dermatológica y 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
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino » Leopoldo Uriarte » Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Anatomía Topográfica	» Roberto Solé » Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringologica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson » Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	» Pedro Chutro
Patológia interna	» Ricardo Colón » Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet » Marcelo Viñas » Marcelino Herrera Vegas » José Arce » Armando Marotta
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote » David Speroni Juan J. Vitón
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pardo » Enrique Zárate » Arturo Enriquez » Alberto Peralta Ramos » Faustino J. Trongé
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas » Mamerto Acuña » Genaro Sisto
» Génito urinaria.	» Bernardino Maraini » Joaquin Nin Posadas
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Dominguez

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisioiógico y Clínica Obstétrica .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clinica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	» Uraldo Fernandez
	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomia, Fisiología, Patología . .	Dr. León Pereyra
Cirugia Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etcheparehorda

CATEDRÁTICO SUPLENTE

Dr. Rodolfo Erauzquin

PADRINO DE TESIS :

DOCTOR LEOCADIO ALMEIDA HUERTA

A MIS PADRES Y HERMANOS

A MIS AMIGOS

Doctores: Juan B. Emina, Adolfo R. Soler, L. Almeida Huerta, Julio C. Gancedo, Andrés Gubetich, Rogelio Urizar.

Homenaje de gratitud y simpatías.

Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

La operación que sirve de tema á nuestra tésis, en la que he tenido la oportunidad de intervenir, tiende á asegurar por un procedimiento operatorio eficaz, la vida del hijo y de la madre, en casos de estrechez pelviana y en los que hasta hace poco considerábase fatal el sacrificio del primero cuando de pronto apareció la primera intervención salvadora, la sinfisiotomía que fué como el *avant correur* de la operación que nos ocupa y que es como el corona-

miento de ella : la *Pubiotomía,* operación de urgencia en obstetricia.

Cumplimos con una prescripción reglamentaria al elevar á vuestra consideración el presente trabajo, y al hacerlo, terminada la jornada que nos impusiéramos, antes de abandonar la escuela, nos complace dejar constancia de nuestro reconocimiento para todos los que contribuyeron con sus enseñanzas á nuestra educación médica.

Cuando al iniciar nuestros estudios — años hace — abandonamos el hogar lejano y querido, el temor de sentirnos extrangeros hubo de desvanecerse ante la cordial acogida que se nos dispensó con esa gentil y caballerezca generosidad que es la característica del alma argentina, y bien quisiéramos en este acto solemne que señala para nuestra vida en una extraña paradoja un fin y un comienzo, si fuera posible abandonar la fórmula protocolar que el hábito ha establecido expresando nuestra gratitud para todas aquellas que robustecieron nuestro cerebro con sus enseñanzas y ensancharon nuestro corazón con sus afectos ; dos nombres sin embargo no podemos silenciar, el del Dr. Juan B. Emina en quien se hermanan la inteligencia, la bondad y la hidalguía que quiso distinguirnos con su amistad poniendo su erudicción y su encomiable habilidad quirúrgica al servicio de nuestra enseñanza y el de nuestro dis-

tinguido compatriota el Dr. Almeida Huerta que vigiló á nuestro lado, como un hermano mayor, educándonos con el propio ejemplo, sin negarnos en el momento oportuno el consejo ó la cariñosa exhortación necesarias, el mismo que en un generoso desprendimiento cede para esta tésis los tres primeros casos de pubiotomía operados por él y ayudados por nosotros en la clientela privada en la República Argentina y que nos hace el honor de acompañarnos en este acto.

CONSIDERACIONES GENERALES

Uno de los problemas médicos que más preocupan á la sociedad, es la que podríamos llamar augusto ministerio de la maternidad, confiado por la naturaleza á la mujer, perpetuadora de la especie, modeladora del ser, á quien tócale la misión más abnegada en la obediencia de ese mandato irrenunciable que parece repetir todas las fuerzas de la vida y que sintetizan las palabras bíblicas : creced y multiplicaos. . . . .

Muchas madres sucumben en su cumplimiento, pero también muchas otras, fomentado sin egoismo por culpables refinamientos, se entregan á la especulación malthusiana, desertando de su deber y dando así pábulo al problema sobre el que recientemente Max Nordau llamara la atención en un estudio sobre la oligoantropia, problema ante cuya aparición los hermanos Paul y Victor Marguerite con

una obseción de apóstoles han emprendido una valiente campaña, destinada á detener por el estímulo de la maternidad la creciente disminución de los nacimientos que amenaza á arrastrar la Francia contemporánea á una crísis cuyas consecuencias no pueden preverse. El problema de la oligoantropia ha dado lugar á que infinidad de pensadores, en la mejor intención, indicaran los medios de solucionarlo, coincidiendo la mayoría en, la probadamente ineficaz, de crear por leyes nacionales tributos pecunarios á los hogares prolíficos y reduciéndose otros á conmover á las madres con discursos sentimentales en que al comentario ditirámbico de la materdad, se une la invocación del patriotismo.

Desde nuestro punto de vista, hecha abstracción de los factores de orden económico y social, hay un medio de propender á que la mujer no renuncie á la maternidad y es alejarle los peligros que la rodean, porque no puede desconocerce que el temor á los partos difíciles, hacen temibles los embarazos para muchas mujeres pusilánimes, los que las llevan á evitar la fecundación.

Hemos hecho estas ligeras consideraciones unilaterales recordando la actualidad del tema en Francia, y que si bien entre nosotros la maternidad no se vé amenazada al extremo de constituír un peligro nacional, existen casos aislados — acaso más fre-

cuente de lo que se sospecha — en que la fecundación unas veces y la prosecución de la vida fetal otras, se evita por temor á un parto distócico, temor que el progresivo adelanto de la obstetricia irá desvaneciendo y entre las operaciones que por sus éxitos felices propenden á dicho fin, merece indiscutiblemente señalarse la que nos sirve de tema y que podríamos definirla diciendo que : la pubiotomía es una operación obstétrica de urgencia puesta en práctica en los casos de estrechez pelviana no previstos por la operación cesárea conservadora y que consiste en la sección del hueso púbiano que gracias á la elasticidad de los ligamentos sacro pubianos permite la separación de los fragmentos de la pelvis ampliándose así todos sus diámetros, y obteniéndose el encaje primero y el pasaje después por el estrecho superior de la cabeza fetal normal.

HISTORIA

En 1775 ante la escuela de Angers, R. Sigault sostiene su tésis inaugural titulada "*An in partu contra naturam sectio symphyseos ossium pubis, sectione cœsarea promptior et tutior*" y en el que trataba de demostrar la bondad de una operación ideada años antes por él mismo y realizada en la mujer de un soldado. Debido á algunos fracasos atribuibles, más á los cuidados post-operatorios, que al método en sí, se produjo una reacción en contra, á la cabeza de los cuales se hallaba Baudelocque, que desde 1776 se había pronunciado en contra de la sección del púbis siguiéndole á éste Mme. Lachapelle, Dubois y Desormaux; Tarnier declaraba « que la sinfisiotomía sería un día el complemento del parto prematuro » y Bouchacourt en el artículo, *Pubiotomía* del *Diccionaire encyclopedique des sciènces medicale* se muestra partidario de dicha opera-

ción. Luego en Italia, Galbiati y Morisani se manifestaron defensores au trance del nuevo procedimiento, hasta el punto de que sus éxitos fueron el orgullo de la escuela de Nápoles, consagrándole este último en 1863 en un trabajo sobre estrecheces pelvianas, un capítulo importante á la sinfisiotomía y á la pelvitomía.

Todos estos entusiasmos y algunas detracciones, no hacían sino presagiar que de estas luchas científicas iba á surgir el método racional y lógico que pondría término á las insuficiencias de sinfisiotomistas y cesaristas ; sin embargo, debido puramente al azar es que nace la pubiotomía, pues, Siebolt operando el 4 de febrero de 1778, sierra por error el arco anterior de la pelvis que él había tomado por sínfisis ; siete años más tarde, Aitken propone aserrar en dos puntos, con una sierra en cadena, una pelvis muy estrecha. En fin, allá por los comienzos del siglo XIX, Champion (de Bar-le-Duc) propone la *Pubiotomía* en reemplazo de la *Sinfisiotomía,* y Stoltz idea una técnica de osteotomía pelviana subcutánea, que en 1894 un joven médico italiano, Leonardo Gigli, la lleva á la práctica con un entusiasmo admirable, viendo coronada su genial audacia con el éxito más halagador, á tal punto que ya en 1905, había podido Gigli reunir 100 casos en los cuales había empleado su método. Pronto si-

guiendo sus huellas, realizaban con idénticos resultados, Bonardi, Calderini y Galbiati, en Italia ; Bovis, Bar, Porak y Macé, en Francia. « La operación de Gigli, — dice el doctor Elíseo Cantón, en su comunicación presentada al IV congreso científico (primer Pan-Americano) celebrado en Chile, — ha sido practicada por primera vez en Sud América el 25 de junio de 1904, en una española de 36 años, y después de 38 horas de iniciado el trabajo, en la clínica obstétrica y ginecológica de Buenos Aires... Algunos meses después, el 27 de enero de 1905, el profesor Rodríguez Lima, de Río de Janeiro, practicaba en dicha ciudad su primer pubiotomía, siguiendo el procedimiento aconsejado por Döderlein. No tengo conocimiento de si en otros países de Sud América se habrá llevado á cabo la operación que me ocupa, y en caso negativo, no sería ello de extrañeza, pues, trátase de una operación que aun no ha salido del campo experimental de las clínicas hospitalarias, para aplicarse en el público, y que tampoco ha sido ensayada, no obstante sus indiscutibles ventajas, por muchos especialistas. »

Los casos que tenemos el honor de presentar á la consideración de vosotros, han sido realizados, por primera vez, fuera de las maternidades argentinas por el doctor Almeida Huerta, el 3 de junio de 1909, en la ciudad de Olavarría (provincia de Bue-

nos Aires), y comunicada al doctor Elíseo Cantón, decano y profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, y publicadas en la *Revue de la clinique obstétricale et gynecologique de Buenos Aires.*

ANATOMIA TOPOGRÁFICA
Y FISIOLOGIA DE LA PELVIS

La pelvis privada de sus partes blandas, se compone de dos partes perfectamente simétricas, los dos huesos iliacos que se unen hacia atrás por intermedio del sacro ; presenta así reunidas, á considerar, una superficie interna y una externa, siendo esta última, de tan escaso interés para el obstétrico, razón por la cual omitiremos su descripción.

La superficie interior, de forma infundibuliforme, se encuentra dividida por una línea curva, en dos partes, constituyendo la superior la llamada *gran pelvis,* y la inferior, *excavación* ó *pequeña pelvis.*

La *gran pelvis,* limitada hacia arriba por la base del sacro y la cresta iliaca, y hacia abajo por el estrecho superior, está constituída por las fosas iliacas internas que están proyectadas hacia afuera, y por

los alerones del sacro y la 5ª vértebra lumbar hacia atrás ; hacia adelante la gran pelvis está constituída por una escotadura que partiendo de la espina iliaca superior y anterior pasa por la espina iliaca anterior éi nferior, y viene á terminar en la parte superior de la sínfisis pubiana.

El contorno de la *gran pelvis* se la ha comparado por esta razón á un embudo incompleto hacia adelante encargado de dirigir el producto de la concepción hacia la pequeña pelvis.

La distancia entre las dos *espinas iliacas antero-superiores,* es de 24 centímetros ; un poco mayor (28 centímetros) entre las dos crestas iliacas.

El *estrecho superior* es el contorno óseo que separa la *grande* de la *pequeña pelvis;* está constituído hacia atrás por la articulación de la 5ª vértebra lumbar con la 1ª sacra, *ángulo sacro-vertebral* y siguiendo hacia adelante por el borde anterior del promontorio, por el intersticio de la articulación sacro-iliaca, por la línea sin nombre, la eminencia ilio-pectinea, el borde superior del pubis y la sínfisis pubiana.

La forma de esta abertura es casi ovalar, pero haciendo hacia atrás saliencia el ángulo sacro-vertebral.

Los diámetros del estrecho superior, son los siguientes :

1°. *Diámetro antero-posterior, diámetro conjugado ó diámetro sacro-supra-pubiano,* se extiende desde el ángulo sacro-vertebral al borde superior de la sínfisis pubiana : mide 11 centímetros.

2°. *Diámetros oblicuos,* que parten de cada una de las eminencias ilio-pectíneas hasta la sínfisis sacro-iliacas del costado opuesto : 12 centímetros.

3°. *Diámetro transverso máximo,* que va generalmente desde el medio de la línea sin nombre al punto correspondiente del costado opuesto : mide 13 centímetros y medio.

Pequeña pelvis. — Llamada también *excavación pelviana,* tiene como límites hacia arriba el estrecho superior, y hacia abajo el estrecho inferior. Está constituída : hacia adelante, sobre la línea media, por la salida de la rodaja pubiana y cada costado por la cara posterior de la sínfisis, del cuerpo y de la rama horizontal del pubis, el orificio subpubiano y la membrana obturatriz. Lateralmente, por el plano óseo que responde á la cavidad cotiloidea, por la cara interna del cuerpo del ischion y de la tuberosidad ischiática, por la cara interna de la espina sciática, por la cara anterior del grande y pequeño ligamento sacro-sciático y por el orificio sciático, con las diferentes partes que la atraviesan. Hacia atrás por la sínfisis sacro-iliaca, las articulaciones y caras anteriores del sacro y del coccyx. Entre los diáme-

tros de la excavación, tres son los que importan conocer desde el punto de vista de la medida de los estrechamientos de pelvis. 1º. El diámetro promonto-supra-pubiano que se extiende desde el promontorio hasta la parte superior de la sínfisis pubiana, es el que se mide con el dedo cuando la pelvis está estrechada (pelvimetría interna) algunos centímetros. 2º. El diámetro promonto-pubiano mínimo sobre el cual Pinard trató en su tesis inaugural, se extiende desde el promontorio á un punto variable de la cara posterior de la sínfisis pubiana, generalmente en la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores de la sínfisis; este diámetro mide de dos á doce milímetros menos que el diámetro antero-posterior del estrecho superior, es decir, diez centímetros á diez centímetros y medio. 3º. El diámetro mi-sacro-pubiano que va desde el borde inferior de la sínfisis á la articulación de la 2ª y 3ª vértebra sacra: doce centímetros.

El estrecho inferior está delimitado obstétricamente, y en particular, desde el punto de vista del mecanismo del parto, en una pelvis normal, por un plano que parte de la parte inferior de la sínfisis, y pasa hacia atrás al nivel de la articulación sacro-coccígea; este estrecho inferior tiene un diámetro sub-sacro-subpubiano, es decir, que va desde el borde inferior

de la sínfisis á la parte inferior del sacro, de once centímetros y medio (Ribemont).

Ahora bien; las partes blandas que recubren la parte interna de la pelvis, y llamada pelvis blanda por esta razón, ya conocida desde tiempo atrás y puesta de relieve por un gran número de parteros es, como dicen Ribemont y Dessaignes: *toda esta parte* como dicen Ribemont y Dessaignes: *toda esa parte que se extiende desde adelante hacia atrás del pubis al coccyx y á la parte inferior del sacro y que lateralmente remonta hasta el orificio inferior de la excavación.*

Recubierta de sus partes blandas, la pelvis presenta alterados sus diámetros en relación con los diámetros de la pelvis al estado seco, es decir, de esqueleto; estos diámetros son los siguientes:

Diámetro antero-posterior, distancia que separa la punta del coccyx por debajo de la sínfisis pubiana, *diámetro coccy-pubiano,* 7 á 10 centímetros, ó sea un término medio normal de *ocho y medio centímetros,* dilatable hasta más de *once centímetros.*

Diámetro transverso, intervalo, desde luego mínimo del elevador, extensible, limitado sobre el esqueleto por la distancia de las caras internas de los ischions, estimado *doce centímetros.* Disminuídos por los músculos obturadores y la grasa ischio-rec-

tal, este diámetro cae por debajo de *once centímetros*.

Diámetros oblicuos, tomado después de la dilatación del elevador, desde el medio de la rama ischio-pubiana hasta el medio del músculo ischio-coccígeo del costado opuesto, extensibles, estimado *once centímetros* (Farabeuf y Varnier).

Las distintas partes de la pelvis — articulaciones, músculos, etc. etc. — se modifican al igual que el órgano materno y sus anexos durante la preñez y el parto. Al nivel de la sínfisis del pubis el fibrocartílago aumenta de volumen, los ligamentos se vuelven más rojos, más elásticos y flexibles para alargarse y facilitar de esta manera la separación del pubis en el momento en que la cabeza fetal atraviesa la hilera pelviana ; la sínfisis sacro-iliaca, las articulaciones sacro-coccígeas é inter-coccígeas sufren las mismas modificaciones, lo que facilita la retropulsión del coccyx bajo la acción de la presión ejercida por la prensa abdominal, las contracciones ulteriores y un gran número de músculos maternos, sobre el feto en el momento de su expulsión y cuyos fenómenos constituyen el trabajo fisiológico del parto.

PELVICIACIONES

Sobre las viciaciones pelvianas, se han ideado una serie de clasificaciones, las unas basadas sobre la morfología anotómica y otras sobre la etiología y la patogenia de la pelvis, siendo estas últimas las más modernas y adoptadas, ya desde 1840 por Kilian, y aceptada por Schautea, Tarnier, Bonnaire, Breus y Kolisko. La clasificación de Tarnier y Bonnaire toma por base de agrupación, los excesos de maleabilidad de los huesos, las anomalías de la repartición de las presiones de la columna vertebral ó de las contrapresiones femorales, así como los trastornos en el desarrollo de los huesos de la pelvis. Fochier en 1899, ensaya una clasificación clínica basada sobre el modo de pasaje de la cabeza en el estrecho superior, clasificación que tendría la ventaja de agrupar los hechos obstétricos idénticos, pero que presenta el inconveniente de variar con el

volumen de la cabeza fetal, de manera que una pelvis colocada en un grupo para una cabeza á término, cambia de lugar en dicha clasificación, si el feto es prematuro. Nosotros adoptaremos la clasificación mixta, en donde el elemento etiológico y patogénico domina, y que es la ofrecida por Paul Bar.

I. Pelvis grandes	Generalmente agrandadas		
	Agrandadas de forma aplastada		
II. id. estrechas	Por reblandecimiento de los huesos	Raquitica	
		Osteomalácica	
	Por lesiones de la columna vertebral		
	Por lesiones de los miembros inferiores		
	Viciados originalmente	Plano no raquitico	
		Infundibuliforme sin cyphosis.	
		Generalmente estrechos no raquíticos.	
		Pelvis infantil	
		Pelvis de naine	
	Por synostósis sacro - ilíaca		
	Por anomalias	De la sinfysis	
		Del sacro	
	Atípicas	Por tumores	
		Por fractura	

De éstas, las pelvis estrechas son las que nos interesan directamente ; « la frecuencia de ellas, — dicen Brindeau y Chambrelent, — apreciados después de los resultados expuestos en el congreso de Génova en 1896, presenta divergencias en las distintas observaciones, así Kufferath (Bélgica) encuentra K1,5 % ; Treub (Holanda), 3.5 % ; Morisani (Nápoles), 4.47 % ; Pestalozza (Florencia), 18 %, y Fochier (Lyon), 20 %, porcentaje que parece elevarse á medida que los procedimientos de investigación empleados son más rigurosos ; sin embargo, la influencia de la raza parece desempeñar un papel

considerable ; Susk (de Nueva York) considera las deformaciones pelvianas, excepcionales en la poblacióni ndígena de los Estados Unidos ; se puede admitir que en Francia, en la clientela hospitalaria, la frecuencia de estas estrecheces varían entre un 15 y 20 por ciento.

Pelvis generalmente estrechas, llamadas también *justo minor,* está caracterizada por la disminución proporcional de todos los diámetros del estrecho superior, presentando en su conjunto la forma de una pelvis normal. El ángulo sacro-vertebral hace una ligera prominencia en el área del estrecho superior, presentando los alerones del sacro una atrofia manifiesta en relación con la superficie articular de la primera vértebra sacra ; el promontorio queda elevado por encima del plano del estrecho superior. Esta forma es la más rara de todas ; y resulta de la acción atrofiante del raquitismo, repartido igualmente sobre todos los huesos de la pelvis. Su diámetro se reduce de 1 centímetro y medio, en relación al normal, es decir, que el conjugado verdadero mide menos de 8 1/2 centímetros.

Pelvis aplastada pura. — El carácter esencial de esta pelvis, es de ser estrecha únicamente, según su diámetro antero-posterior ; la reducción en esta pelvis del diámetro promonto-pubiano-mínimo es de 8

á 1/2 centímetros. Esta es la más común de las pelvis viciadas por raquitismo.

Pelvis aplastadas y generalmente estrechas; en esta forma, casi todos los diámetros del estrecho superior estánd isminuídos, siendo el antero-posterior el más afectado. En ella podemos considerar dos tipos distintos : el primero presentando las dimensiones de una *pelvis generalmente estrecha;* sobre el arco posterior, el ángulo sacro-vertebral, forma una salida muy acentuada, exagerándose así la profundidad de los senos sacro-iliacos, y descendiendo generalmente el promontorio por debajo del plano del arco superior ; el segundo tipo se diferencia del primero por el enderezamiento del arco anterior, debido á la proyección de las superficies cotiloideas, teniendo por característica la reducción del diámetro transverso mediano ; esta forma se la denomina también *pseudo-osteomalácica,* porque se asemeja mucho á las deformaciones que se observan en esta afección.

Pelvis estrechas transversalmente. — En esta variedad, excepcionalísima, el diámetro transverso mediano se encuentra disminuído, pudiendo llegar á medir solamente 10 1/2 centímetros, conservanvando el diámetro antero-posterior su dimensión normal. Esta pelvis parece resultar de un raquitismo tardío, poco intenso, localizado á las paredes late-

rales de la pelvis y obrando, sea por la atrofia ó sea por el efecto de las contrapresiones femorales.

Estas viciaciones ejerciendo poca ó ninguna influencia sobre el desarrollo del embrión, ofrecen en el momento del parto serios peligros para la vida del hijo ó de la madre,c omprometiendo hasta el prestigio del profesiónal que no ha podido prever estas viciaciones durante el embarazo, casi siempre debido á una condenable confianza en el azar ó al desconocimiento del hecho por parte de la embarazada, (sobre todo si ésta es primípara), de ahí que la operación que nos ocupa es en alto grado bondadosa, sencilla y rápida, porque tiende, como decíamos en uno de los párrafos anteriores, á garantizar la vida del hijo y de la madre comprometidas porl a naturaleza, á veces implacable en sus manifestaciones con la más sagrada de las misiones confiadas por ella misma á la mujer.

TÉCNICA OPERATORIA É INDICACIONES

La desproporción entre la cabeza fetal y el estrecho superior, indican la ampliación de la pelvis, desproporción que esté por encima de siete y medio centímetros, límite mínimo para esta operación, desde que por debajo de éste, está indicada la operación cesárea conservadora.

Previa asepsia interna y externa de la región vulvar y pelviana se confía la anestesia á un ayudante y á otros dos el sostenimiento de los miembros de la enferma, la cual debe hallarse en posición obstétrica. Inmediatamente se introduce los dedos índice y medio de la mano izquierda en la vagina, buscando la línea saliente de la sínfisis, que al través de la mucosa vaginal, se llega á palpar perfectamente bien; reconocida esta línea, se desliza el dedo índice hacia la izquierda, de tal modo que su borde radial quede rasando esta línea en la casi seguridad de que

su borde cubital quedará más ó menos al nivel de la espina del pubis ; el dedo índice se halla entonces comprendido en la zona quirúrgica del pubis. Basta que el cirujano haga su incisión al nivel del borde superior del pubis, á la altura de la extremidad del del dedo índice que se halla dentro de la vagina para que se caiga en la zona quirúrgica, no así tomando como guía la espina del pubis, difícil, muy difícil de sentirla al través de la pared externa, tanto más cuanto que esta saliencia ósea es variable en su desarrollo, y cuya percepción depende del espesor de la pared abdominal en ese punto.

Una vez incindida la piel, que ha sido traccionada con el pulgar de la misma mano izquierda, se llega rápidamente al hueso (sin pretender jamás llegar á su borde superior en los primeros golpes de bisturí). Llegado al hueso, se va avanzando cuidadosamente sobre su borde, donde se llega á seccionar los tejidos, de tal modo que permita apenas la introducción del porta-hilo (es más preferible abrirse camino al través del resto de tejido interpuesto entre la mucosa y lo seccionado con el porta-hilo, usado á modo de legra que con el bisturí). Salvado el borde interno del pubis, se lo contornea siguiendo la cara palmar del índice, que le sirve de guía, y una vez fuera de la línea arcuata la extremidad del instrumento, se trata de que ella haga una eminencia en la parte

media del gran labio, donde, dando el mango del instrumento á un ayudante para que lo mantenga fijo, se hace una incisión al través de los tejidos de manera que pueda salir esta extremidad como por un ojal. Una vez libre esta extremidad, se la une por intermedio de un hilo de seda á la sierra — la cual una vez dentro de la herida, se articula con las manivelas y luego con cuatro ó cinco golpes de sierra, queda seccionado el pubis ; se retira la sierra teniendo cuidado de cerciorarse previamente con el dedo puesto dentro de la vagina que el pubis ha sido completamente seccionado, y esto se observa cuando los dos fragmentos del hueso se separan bajo la acción de la abducción suave de los muslos que realizan los ayudantes. Desde este momento, se suprime la anestesia y se espera á que el feto se encaje por el solo esfuerzo de la matriz y se produzca el parto, desechando toda tentativa de apresurarlo por el forceps ó la versión, actitud que como modificación al método ha introducido en la práctica el doctor Elíseo Cantón, y el que nos permite clasificarlo con el nombre de *Técnica Gigli-Cantón*. Una observación que merece ser tenida en cuenta para evitar las embolias que pueden producirse al nivel de la herida, es la de comprimir constantemente y secarlas con gran contidad de gasas, hasta el momento en que se venda la enferma.

Cuidados post-operatorios. — Los cuidados post-operatorios son tan importantes como la operación misma. Tratándose de una fractura, se requiere para su coaptación, ponerla en las mejores condiciones de cicatrización ósea ; la primera condición es el reposo absoluto en posición decúbito dorsal, después de haber vendado la cadera de tal modo que el vendaje reconozca por eje de presión la línea bi-trocanteriana, para facilitar por este medio la aproximación de los dos fragmentos del hueso seccionado, vendaje que debe ir desde encima del borde del hueso coxal hasta el nivel del pliegue glúteo ; según nuestras observaciones, no es suficiente este vendaje para asegurar el reposo del hueso, se hace necesario vendar también las rodillas juntas hasta el cuello del pie.

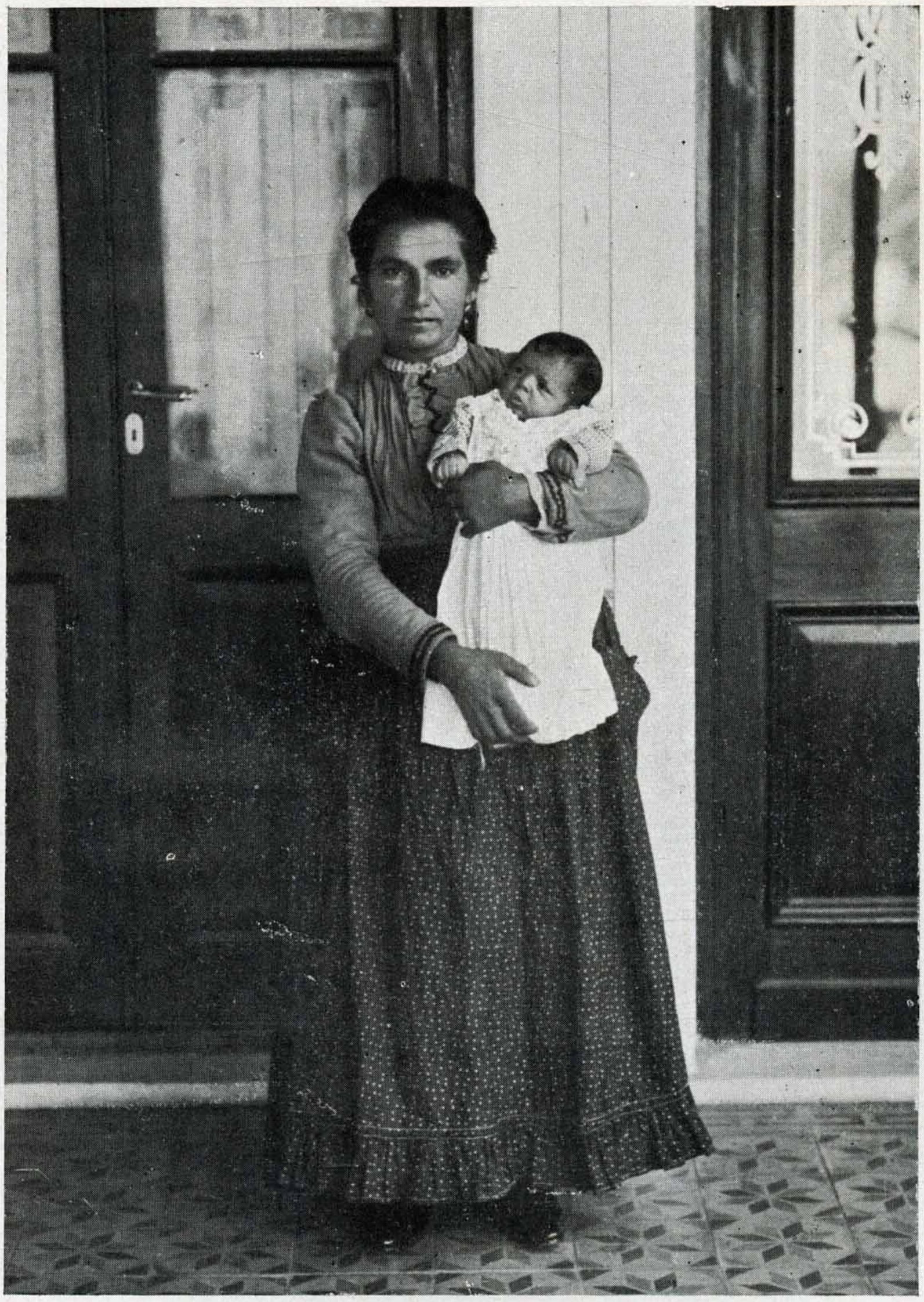
Las pubiotomizadas exigen ser sondadas durante los dos ó tres primeros días que siguen á la operación, lo que hay que hacer con toda asepcia, para evitar que ésta sea una fuente vecina de infección y con la ayuda de una buena luz, porque acontece que la vulva, edematosa casi siempre, difícilmente deja apercibir el meato. El cambio de gasas se hará cada 24 horas ; para cambiar los vendajes es de absoluta necesidad saber manejar la cadera de la enferma, pues, ésta no debe experimentar sino movimientos exclusivamente pasivos, para lo cual am-

bas manos de un ayudante deben colocarse entre los trocánteres y el sacro, á fin de comprimir así las caderas, al mismo tiempo que se la solivia, por haber observado que si se pretende hacer esta maniobra en otra forma, el peso de la pelvis, dominando sobre la fuerza, produce una especie de detracción sobre los huesos seccionados, determinando un fuerte dolor que se percibe por un craquement al nivel de la sección.

Entre las complicaciones que hemos observado en nuestras cuatro pubiotomizadas, debemos anotar la flebitis del miembro izquierdo, que se anunciaba por fuertes dolores en la rodilla, del mismo lado, acompañados de alta temperatura, y que han sido conjurados por el reposo é inyecciones de electro-aurol.

Las operadas que son objeto de esta tesis, por un cierto temor, é inspirándonos en la generalidad de las fracturas, hemos permitido que dieran sus primeros pasos, recién á los treinta días.

OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I.

OBSERVACION I

Anunciada B., 34 años, casada, italiana.

Antecedentes hereditarios : sin importancia.

Antecedentes personales : Se ignora la edad en que ha caminado, pero ha caminado siempre bien. Regló á los 18 años. Hace tres años tuvo fiebre tifoidea. Tuvo cuatro embarazos. El actual embarazo se efectuó estando lactando, habiendo sentido la aparición de los movimientos activos del feto á los cuatro meses y medio.

Altura del útero : 38 centímetros y medio.

Edad del embarazo : al ser observada la enferma, 9 meses.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo : ninguno.

Esqueleto : regularmente conformado.

Piel : blanca.

Corazón : sano.

Pulso : regular, igual, 70 pulsaciones.

Pulmones : sanos.

Edemas : en las piernas, durante el embarazo.

Examen obstétrico.

Senos : bien desarrollados, serpenteados por gruesas venas.

Vientre : enormemente abovedado.

Utero : conformación ovoidal.

Tensión de las paredes : resistentes con intermitencias.

Presentación : de vértice.

Encaje : sin encaje.

Posición y variedad : O. I. I. A.

Auscultación : feto : 145 pulsaciones.

Pelvimetría interna : P. P. M. digital 8 1/2 centímetros.

Pelvimetría externa :no se hizo.

Conformación pelviana : aplastada pura.

Parto. — Cuando fué examinada la enferma, había dilatación completa, sin encaje en O. I. I. A. movible. Ruptura artificial de las membranas efectuada por la partera, con dilatación completa.

A las 14 horas de iniciado el trabajo, y convencida la partera de que á pesar de la dilatación completa y las fuertes contracciones de la matriz, el feto

no se encajaba, consideró oportuna la intervención del médico.

Solicitados por la familia de la enferma, hacemos nuestro examen obstétrico, previos los datos sobre sus anteriores partos, y que son así : Dice haber tenido cuatro embarazos ; el primero, de feto á término, sexo femenino, cuyo peso, en vista de su escaso desarrollo, fué tomado por los padres, llegando á constatar con la ropita y todo, 2.500 grs. (?); el segundo, terminó por un aborto de 3 meses y medio ; el tercero, á término, en trabajo durante 2 días, con muchos dolores y fuertes contracciones, bolsas rotas desde el primer día, al tercer día, los dolores desaparecieron completamente, al cuarto día, se extrajo con el forceps un feto muerto y macerado, determinando esta extracción desgarraduras de la vagina, quedó luego 15 días en cama á causa de una fiebre consecutiva. El cuarto embarazo es el actual, á término, realizado por la hebotomía, cuyo desarrollo es así : á la inspección se observa el vientre enormemente abovedado, con gran eje vertical, el fondo de la matriz ocupando el epigastrio ; la cabeza fetal pelotea libremente sobre el estrecho superior, dorso á la izquierda ; al tacto vaginal, notamos dilatación completa con borde anterior del cuello espeso, edematoso ; bolsa rota, hecha la pel-

vimetríai nternac onstatamos un P. P. M. de 8 1/2 centímetros.

El examen fué practicado á las 7 p. m., habiendo observado que á pesar de la dilatación completa y de las contracciones vigorosas é intermitentes que la cabeza no se encajaba, y en vista de un P. P. M. de 8 1/2 centímetros, estábamos en la convicción de que existía una gran desproporción entre el continente y el contenido, razón por la cual, el parto no se produciría simplemente por obra de la naturaleza ; entonces propusimos á la enferma y á la familia la ampliación de la pelvis, con la seguridad de que madre é hijo quedarían á salvo.

No obstante nuestra clara explicación á la familia, éstos esperaban aún la expulsión espontánea del feto. Cinco horas después, convencidos de que algún peligro amenazaba á la madre, porque ésta comenzaba á notar que sus fuerzas decaían, aceptaron la intervención y la condujeron á nuestra sala de operaciones, donde llamados los doctores José M. Amado, Ernesto Cano, y el estudiante de 7° año de esa facultad, Don Cosme J. Manzoni, á una consulta, opinaron en pro de la ampliación pelviana, y acto continuo se procedió á una rigurosa asepsia de las partes internas y externas de los órganos genitales, mientras la sencilla instrumentación de Gigli (sierra con sus manivelas, porta-hilo y un bisturí) se esteri-

lizaban en una solución de formol en ebullición— por no haber sido previsto el caso, razón por la cual no se hizo á la estufa — y previa anestesia, se procedió á la operación, quedando el pubis seccionado á los 10 minutos.

La técnica empleada fué la de Gigli-Cantón, vale decir, *sección subcutánea del pubis y parto espontáneo del feto.*

Treinta minutos después de la sección pubiana, el feto de sexo femenino fué expulsado espontáneamente con desprendimiento en O. P., naciendo asfixiado por lo que se le hizo respiración de Silvester y Schultze, con baños calientes y fríos, alternativamente, hasta que se logró reanimarlo á los cinco minutos más ó menos.

El feto presentaba un bi-parietal de 8 1/2 centímetros.

Las heridas producidas por la sierra de Gigli, tienen la configuración : la superior triangular, y la inferior longitudinal, ambas cerradas por dos puntos de sutura, se cicatrizan per primam.

Al nivel de la sección pubiana, jamás hubo ningún dolor, ni espontáneo ni provocado. Los loquios se evacuaron con toda normalidad. A pesar del buen estado general de la enferma, el pulso no era el de la puérpera normal, es decir, se hallaba ausente esa especie de bradicardia que sigue al parto, el pulso

en ésta que el primer día era de 80, llegó á alcanzar á 102 pulsaciones al décimo día, á la vez que la temperatura se elevaba á 39° 8 con grandes sudores y escalofríos. Examinada, por hallar la causa de esta reacción, nos encontramos con el útero indoloro, cuyo orificio interno no deja pasar el dedo índice. La enferma nos dice haber sentido un fuerte dolor en la pierna izquierda, especialmente en la rodilla; examinada nos encontramos con un cordón duro y doloroso, exactamente coincidiendo con el trayecto de la safena interna; preparada una solución de electroaurol al uno por ciento, preconizada en estos casos, inyectamos, teniendo en cuenta su inocuidad, 30 centímetros cúbicos debajo de la piel, y con gran satisfacción vimos después de ascender esa noche la temperatura hasta los 40 grados, caer sucesivamente hasta la normal.

OBSERVACION II

Tiburcia M., 23 años, española.

Antecedentes hereditarios : sin importancia.

Antecedentes personales : ha caminado á los 13 meses, y siempre bien.

Tuvo dos embarazos. El primero llegó á siete meses, teniendo un parto prematuro, después de cuatro días de trabajo dolorosísimo, al cabo de cuyo tiempo nació un feto del sexo femenino, que actualmente tiene 14 meses ; lactancia materna.

El segundo embarazo es el actual, de 9 meses, con cuatro días de trabajo y fuertes y dolorosas contracciones.

Altura del útero : 38 centímetros.

Esqueleto : regularmente conformado.

Piel : blanca.

Corazón : sano.

Pulso : regular, igual.

Pulmones : sanos.

Examen obstétrico — Peto : á término.
Presentación : cefálica.
Posición y variedad : O. I. I. A.
Encaje : sin escaje.
Pelvis : plano pura.
Pelvimetría interna : 9 1/2 centímetros.
Auscultación : 145 pulsaciones.

Parto. — Cuello dilatable, fácilmente se pone en contacto con las paredes oseas ; bolsa rota hacen tres días y cabeza por encima del estrecho superior ; sutura sagital transversalmente.

No obstante las contracciones fuertes y dolorosas de la matriz, la cabeza no se encaja y en vista de todo esto y de los nueve y medio centímetros de promonto pubiano mínimo, se propone la ampliación de la pelvis, aceptada la cual se procede á la pubiotomía Gigli-Cantón.

Cuatro horas después la cabeza se fija, y lentamente va encajándose, pues la matriz cansada había debilitado sus contracciones. Esta inercia secundaria consecutiva, á los días de trabajos anteriores y al cloroformo no nos preocupó á pesar que transcurrían una, dos, hasta tres horas para el alumbramiento,

OBSERVACION 11.

porque nada alarmante se apreciaba en la enferma ni en el feto.

Se le suministró sulfato de quinina 1 gramo, inyecciones vaginales calientes en el curso de las tres horas, en cuyo tiempo, la impaciencia devoraba á los médicos presentes, y ora se pregonaba el porceps, ora la versión. Pero teniendo en cuenta los fracasos de estas intervenciones post-pubiotomías y no habiendo por qué apresurarse, nos armamos de paciencia, y siempre consecuente con la conducta de nuestro maestro, esperamos el parto espontáneo que se produjo, como decía, al cabo de tres horas, en que se despertaron las contracciones con todo vigor, la rotación se hizo y el desprendimiento en O. P., arrastrando la pared vaginal anterior en forma de rodete por delante de la cabeza ; una vuelta de cordón alrededor del cuello, que desprendimos por encima del hombro y nace un feto del sexo femenino, boqueando.

Rápidamente con los dedos, limpiamos la faringe de las mucosidades, algunos golpes sobre las nalgas, fricciones, etc. Mientras latía aún el cordón suspendido, éste se liga y se secciona, para suministrarle el baño caliente respectivo, donde dió sus gritos de vida.

La *delivrance* veinte minutos después ; placenta íntegra. Ningún desgarro se aprecia al examen de los órganos genitales.

Se coloca una ancha venda sobre las caderas y se le transporta á un lecho, manteniéndola en posición de cubito horizontal.

Habiendo observado que los miembros inferiores se ponían en abducción y rotación externa espontáneamente, creímos prudente vendar las dos piernas desde la rodilla inclusive hasta el cuello de los pies respectivos, manteniéndolos así juntos.

Desde el primer día no acusa el más mínimo dolor á nivel de la sección osea, solamente se queja de la posición horizontal que le fatiga en extremo.

Desde el otro díade la operación, notamos frecuencia de pulsaciones en relación para una puérpera (90, 85, etc.), desviándose de la bradicardia relativa, que existe en estas enfermas, y teniendo en cuenta las observaciones sobre el pulso por autores, como Fehling de Strabauzo y otros, que dan más importancia al pulso que á la temperatura, preveíamos alguna complicación. Aquel pulso, además de su frecuencia, tenía otro carácter, el de ser como vibrante, como dicroto.

Al segundo día, buscando con interés lo que pudo determinar esta frecuencia de pulsaciones, nos encontramos con la matriz por debajo del hipocondrio derecho, conociendo este fénómeno que obedece á la no evacuación de la vejiga, se sonda.

El tercer día, sigue la frecuencia del pulso ya con

algunos sudores y escalofríos, tumor de la matriz, siempre en el hipocondrio derecho, insistimos que la causa debría estar en la vejiga, por no revelarse por otra parte, sondamos la vejiga y observamos que el tumor desciende.

El cuarto día, el tumor del hipocondrio subsiste, apreciamos que cuando comprimíamos la orina se escurría por los grandes labios y que el tumor descendía ; sondamos y tenemos orina un poco turbia y las últimas gotas purulentas. He ahí el cuerpo del delito. Hicimos grandes lavajes calientes con solución de permanganato, dos veces en el día, y le suministramos un purgante.

El quinto día á la tarde, como se observa en el cuadro térmico, marca el termómetro 38°8 con 99 pulsaciones, continuamos con el lavaje de vejiga dos veces al día.

El sexto día á la mañana 37° ; así continuó con fiebre hasta el 7° día, por la tarde marcó 39°4.

Grandes lavajes con permanganato.

El octavo día la fiebre empezó á descender, para continuar dentro de lo normal hasta hoy que la hicimos levantar, 26 días, dando sus primeros pasos sin ninguna novedad.

Al 5° día de la operación, los puntos de suturas

fueron extraídos, cerrándose las heridas por priman.

El callo al tacto es uniforme y bien espeso.

Todos los días, en medio de cada comida, un sello de glicerofosfato de cal de 50 centigrados.

OBSERVACION III.

OBSERVACION III

Josefa N., italiana, 28 años de edad.

Multipara con tres hijos. El primero nació muerto á término; el segundo de sexo femenino, nació á término vivo; el tercero, del sexo masculino y á término, es el que motivó su entrada al hospital, después de tres días de trabajo con bolsa rota en la imposibilidad de alumbrar, la partera resuelve enviárnosla.

Examinada, resulta una presentación de vértice O. I. I. T., sin encaje, habiendo simulado, sin embargo, al tacto, por la existencia de una gran bolsa sero-sanguínea, que se percibía al entreabrir la vulva.

El feto presentaba latidos frecuentes é intermitentes; líquido amniótico mezclado con meconium; matriz contrayéndose con vigor y á cortos intervalos.

Dilatación completa ; pelvimetría interna : 9 1/2 P. P. M.

Visto el tiempo del trabajo, que el encaje no se producía, que el feto sufría y que presentaba una conjugata de 9 1/2, ser esolvió hacer la ampliación de la pelvis.

Anestesia clorofórnica : 10 minutos y luego previa asepcia, se secciona el púbis. Inmediatamente el feto se encaja y cinco minutos después la bolsa serosanguinolenta hace hernia visible fuera de la vulva. Bastaron unas cuantas contracciones para que se produjera el desprendimiento de la cabeza seguida del resto del cuerpo. Delivrance 15 minutos después. En 20 minutos había terminado todo.

El feto nació asfixiado y después de media hora más ó menos, conseguimos reanimarlo, empleando los procedimientos clásicos. (1)

A los 6 días del puerperio no se nota ninguna novedad y llama la atención que la enferma no acuse el más mínimo dolor al nivel de la sección ; dice que si se le permitiera, se levantaría á caminar.

Hasta los 14 días la temperatura se mantuvo alrededor de 36°8 ; al cabo de este tiempo, sintió sú-

---

(1.)—No se midió el bi-parietal del feto por tratarse de un caso realizado en el hospital (recién ahora organizado) y no habia entonces compaz de Bandelocque.

bitamente un fuerte dolor en la rodilla izquierda, la temperatura había subido á 39°4; examinado el miembro se reconoce una flebitis de la safena, se hacen inyecciones de electro-aurol y se coloca el miembro envuelto en algodones dentro de una gotera. Sale de alta caminando perfectamente bien á los 30 días.

Llamará la atención que la fotografía correspondiente á esta historia no lleve la criatura; esto obedece á que la madre, á pesar de todos nuestros esfuerzos, se negó á amamantar á su hijo y hubo necesidad de entregarlo para su crianza á una familia extraña.

OBSERVACION IV

N. N., casada, 28 años, argentina.

Antecedentes personales. — Ha reglado á los 14 años, siempre bien. Ha sufrido frecuentes diarreas en su niñez.

Estado general. — Relativamente bueno, poco tejido adiposo.

Esqueleto : bien desarrollado.

Piel : blanca.

Tuvo dos hijos : el 1º á término ; ha sido extraído muerto, por versión, habiendo exigido gran trabajo la extracción de la cabeza fetal, para lo que se empleó la maniobra de Morissaux, antecedente que nos llamó la atención cuando fuimos consultados á los 8 meses de su segundo embarazo, cuyo feto bien desarrollado en presentación de vértice y con latidos normales bien netos, nos indicaba un feto lleno de vida y bien desarrollado. En posesión

de los antecedentes de su primer parto, nuestra atención se dirigió á reconocer el diámetro P. P. M., cuya pelvimetría interna nos dió 9 1/2 centímetros.

Ilustrada á la enferma de su viciación pelviana se le previno que posiblemente habría necesidad de una intervención ampliatoria de la pelvis para garantir la vida del hijo, pero llegado el momento del trabajo y dando poca importancia á nuestras previsiones, reclamó la presencia de una partera que después de haber esperado pacientemente diez horas con ruptura de las bolsas y dilatación completa y viendo que el encaje no se producía, no obstante las vigorosas contracciones de la matriz, solicitó al doctor Almeida Huerta, quien en conocimiento de la desproporción entre cuello y cabeza, fué transportada á su sanatorio, donde previa las condiciones de asepcia y ayudado por el doctor José M. Amado, se procedió á la sección del pubis, terminando el parto expontáneamente á los 5 minutos, naciendo un feto del sexo masculino con 2 vueltas de cordón al cuello, que rápidamente fué cortado entre dos pinzas.

Peso del feto : 500 gramos.

Bi-parietal : 11 centímetros.

Al escribir esta historia, cuyo retrato no publicamos porque la enferma no lo autoriza, ésta se

halla al 5º día de la operación sin que durante el transcurso de este tiempo presente nada de anormal que anotar.

C. Manzoni.

BIBLIOGRAFÍA

Bar Paul.—Practique de l'art des acouchements.

Farabeuf y Varnier. — Introduction á l'etude des chements.

Ribemont, Dessaignes.—Précis d'obstetrique.

Recasens Girol.—Tratado de obstetricia.

Bumm.—La Pubiotomía subcutánea, 1906.

Cantón.—Revue de la clinique obstetricale et gynecologique de Buenos Aires, enero 1909.

Peralta Ramos.—Revue de la clinique obstetricale et gynecologique de Buenos Aires, enero y febrero 1910.

Almeida Huerta.—Semana Médica de Buenos Aires, números 12 y 40, años 1909 y 1910.

Testut y Jacob.—Anatomie topografique.

Farabeuf y Varnier.—Fragments sur les pelvitomies.

Buenos Aires, Marzo 30 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. E. Bazterrica, al profesor titular Dr. S. Molina y al profesor suplente Dr. F. J. Trongé, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Artículo 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón.

R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, Abril 19 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta Nº. 2149 del libro respectivo, entréguese al interesado par su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón.

R. S. Gómez
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Ventajas é inconvenientes de la pubiotomía.

E. Bazterrica.

II

Operación cesarea.

S. Molina.

III

Paralelo clínico entre la pubiotomía y la sinfisiotomía.

Faustino J. Trongé.