



Año 1916

Núm. 3145

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA SINFISIOTOMIA

TÉCNICA SUBCUTÁNEA DE F. FRANK

=

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANTONIO A. MARTÍNEZ

Ex-practicante externo del Hospital Español (1911-12)
Ex-practicante honorario de vacuna del Instituto Jenner (1912)
Ex-practicante externo del Hospital San Roque (1912-13)
Ex-practicante menor de la Asistencia Pública de La Plata (1913-14)
Ex-practicante de la Sala de primeros auxilios de Mar del Plata (1913-14)
Ex-practicante interno por concurso del Hospital San Roque
(1913-1914-1915-1916)

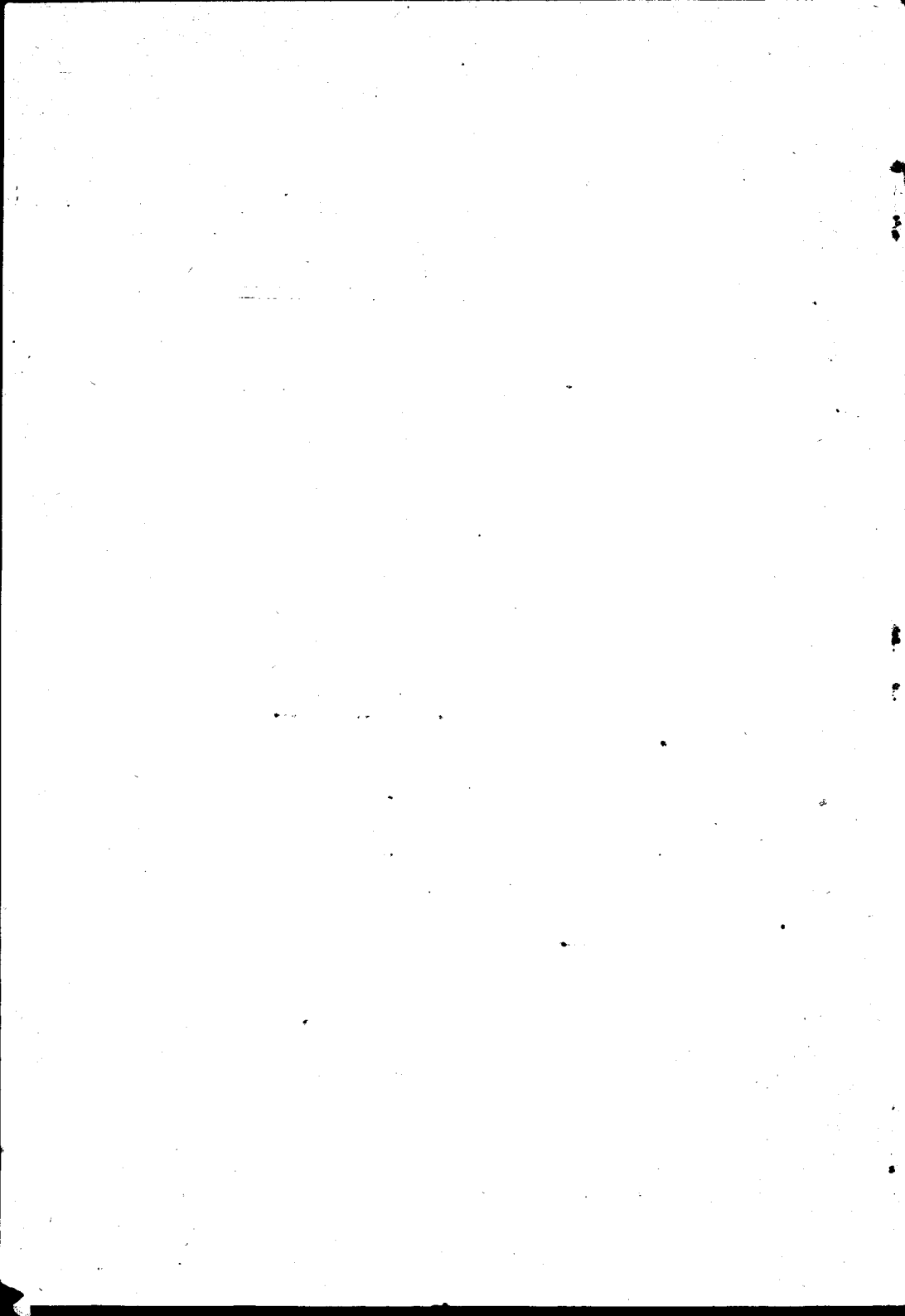
=



"LAS CIENCIAS"

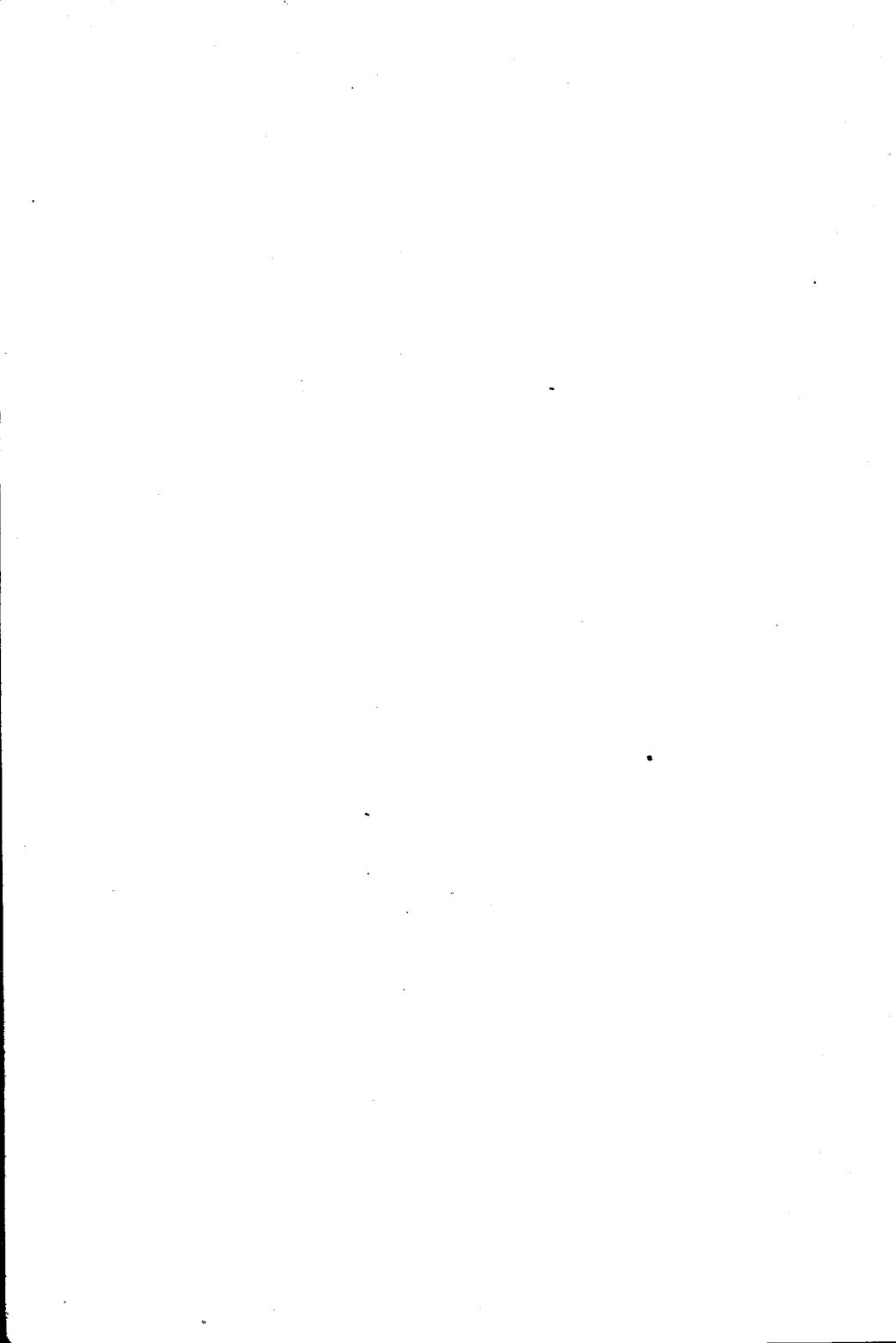
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

Mis. D. 29.11



LA SINFISIOTOMIA

TÉCNICA SUBCUTÁNEA DE F. FRANK



Año 1916

Núm. 3145

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA SINFISIOTOMIA

TÉCNICA SUBCUTÁNEA DE F. FRANK

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANTONIO A. MARTÍNEZ

Ex-practicante externo del Hospital Español (1911-12)
Ex-practicante honorario de vacuna del Instituto Jenner (1912)
Ex-practicante externo del Hospital San Roque (1912-13)
Ex-practicante menor de la Asistencia Pública de La Plata (1913-14)
Ex-practicante de la Sala de primeros auxilios de Mar del Plata (1913-14)
Ex-practicante interno por concurso del Hospital San Roque
(1913-1914-1915-1916)



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

Man
33
1916

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
 > MARCELINO HERRERA VEGAS

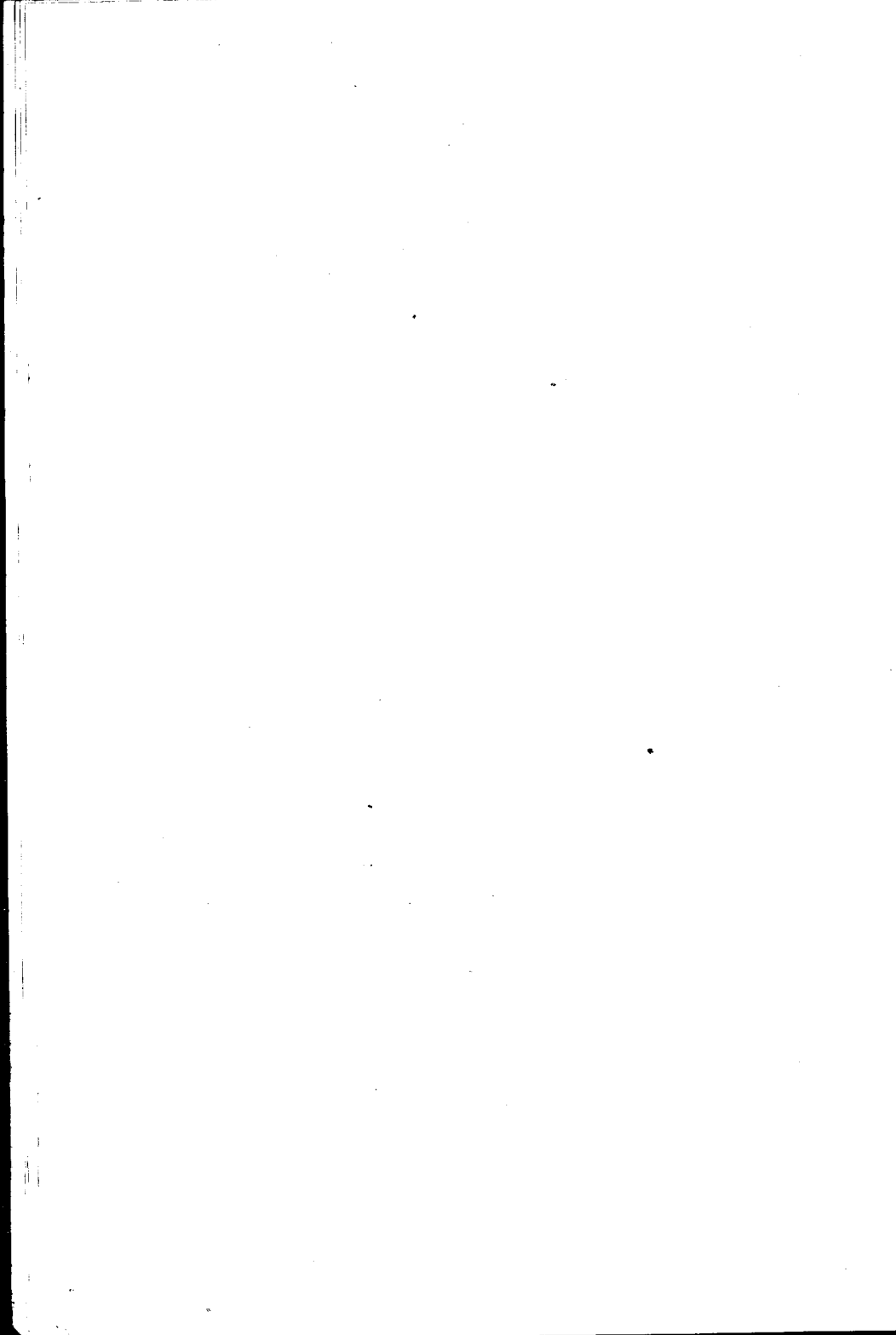


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONI
3. > > OLHINTO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO WIDAL
5. > > OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

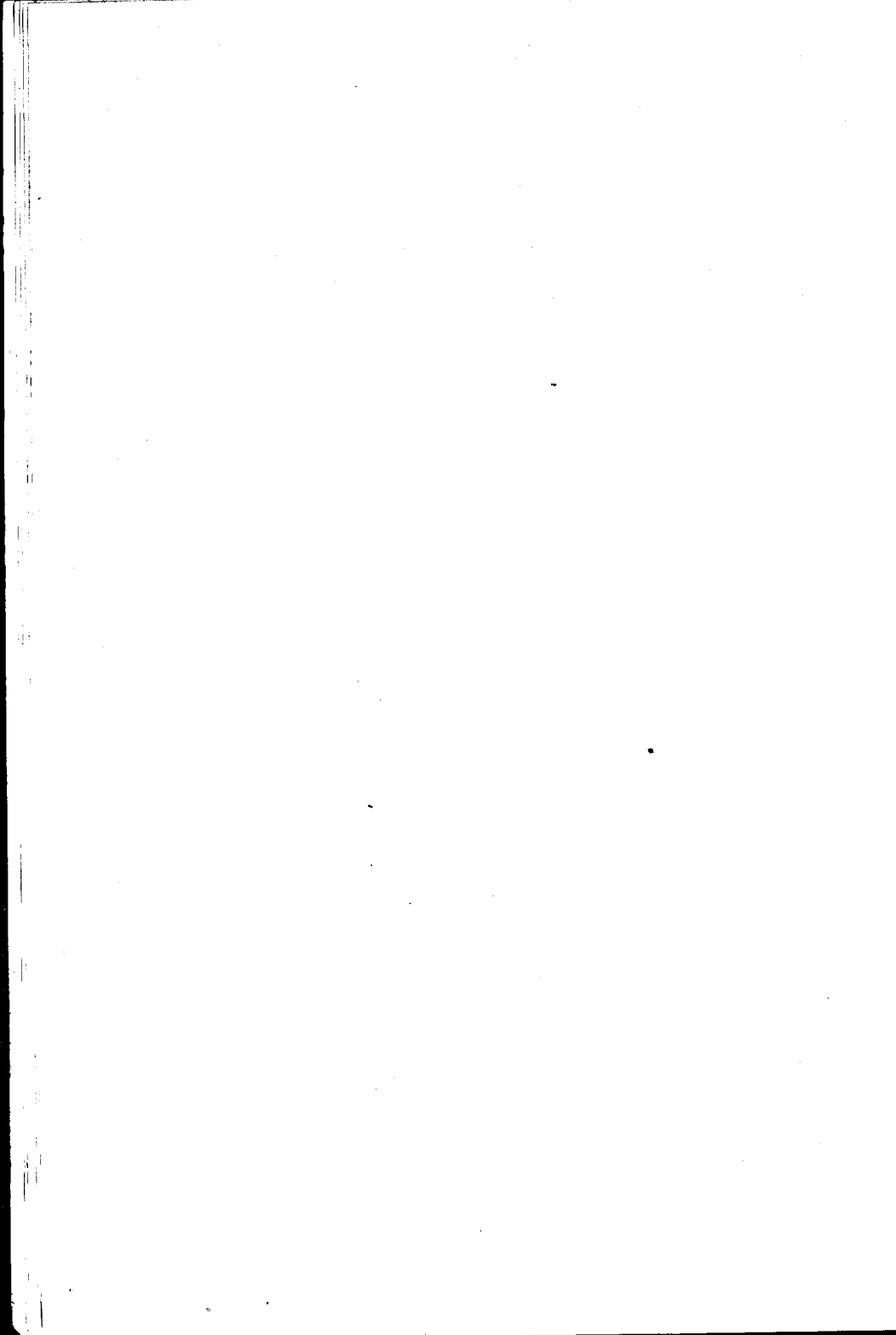
DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜMBES
* * ENRIQUE BAZTERRICA
* * ENRIQUE ZÁRATE
* * PEDRO LACAYRA
* * ELISEO CANTÓN
* * ANGEL M. CENTENO
* * DOMINGO CABRED
* * MARCIAL V. QUIROGA
* * JOSÉ ARCE
* * ABEL AYERZA
* * EUFEMIO UBALLES (con lic.)
* * DANIEL J. CRANWELL
* * CARLOS MALBRÁN
* * JOSÉ F. MOLINARI
* * MIGUEL PUIGGARI
* * ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

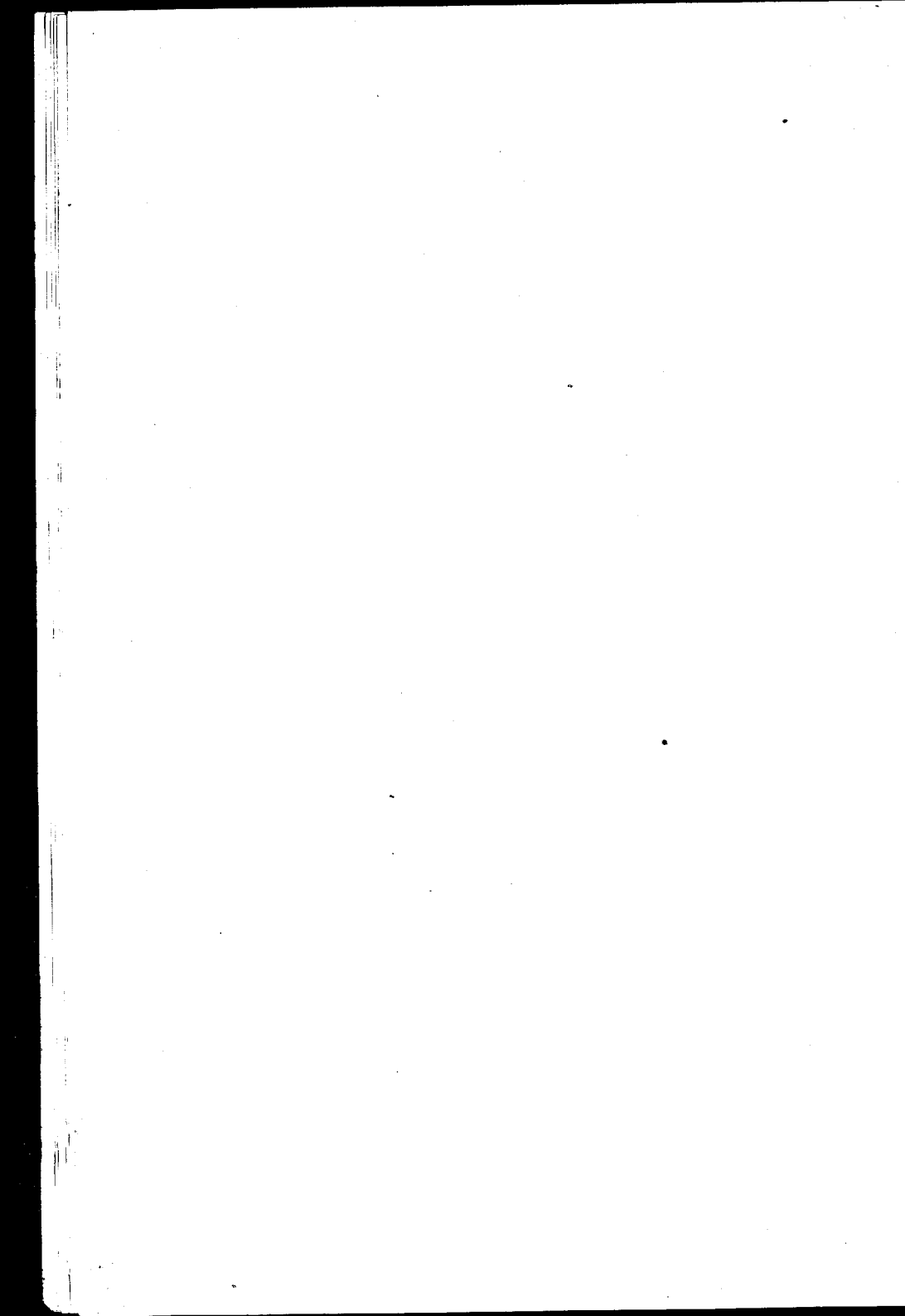
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
* * JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

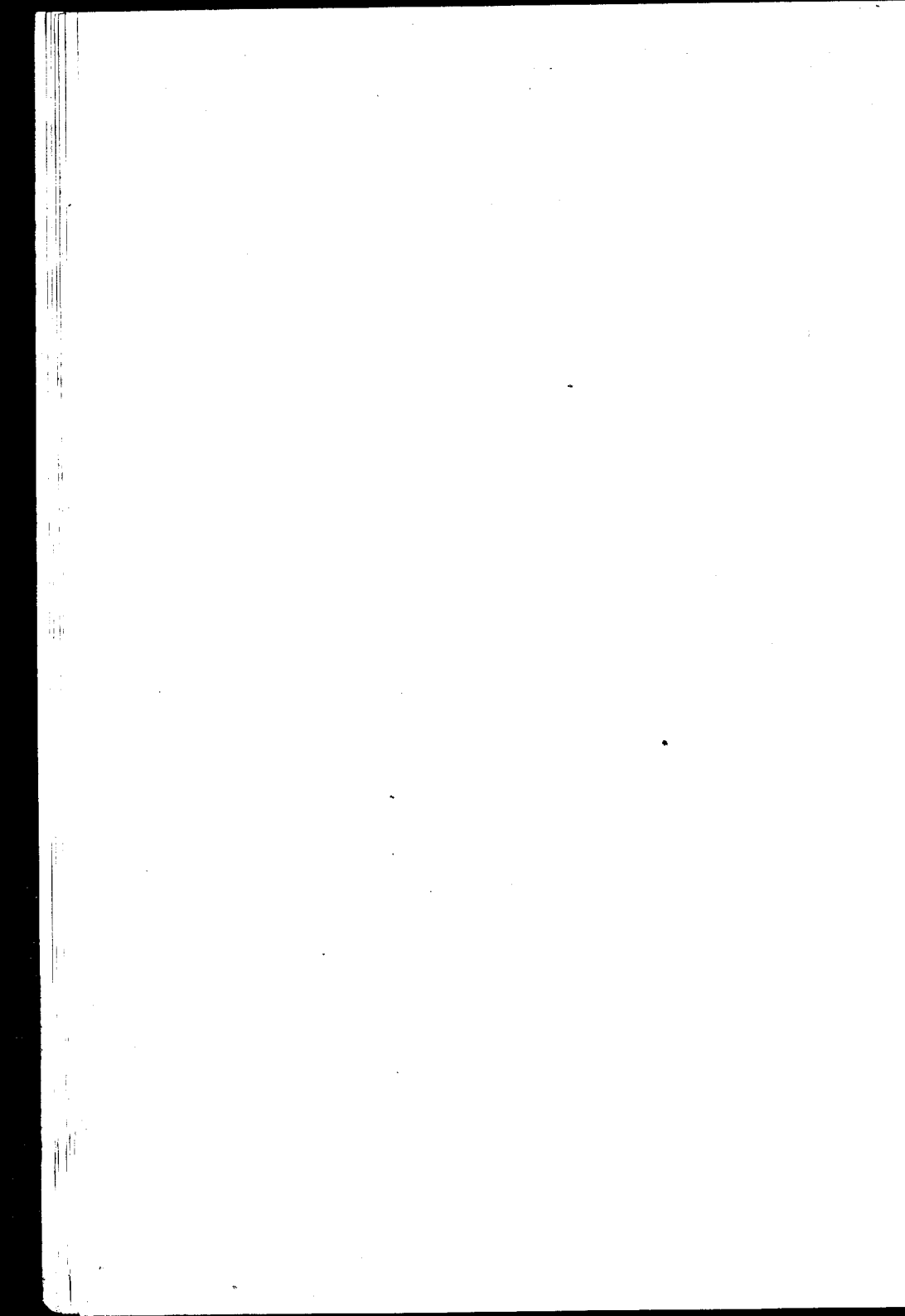
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

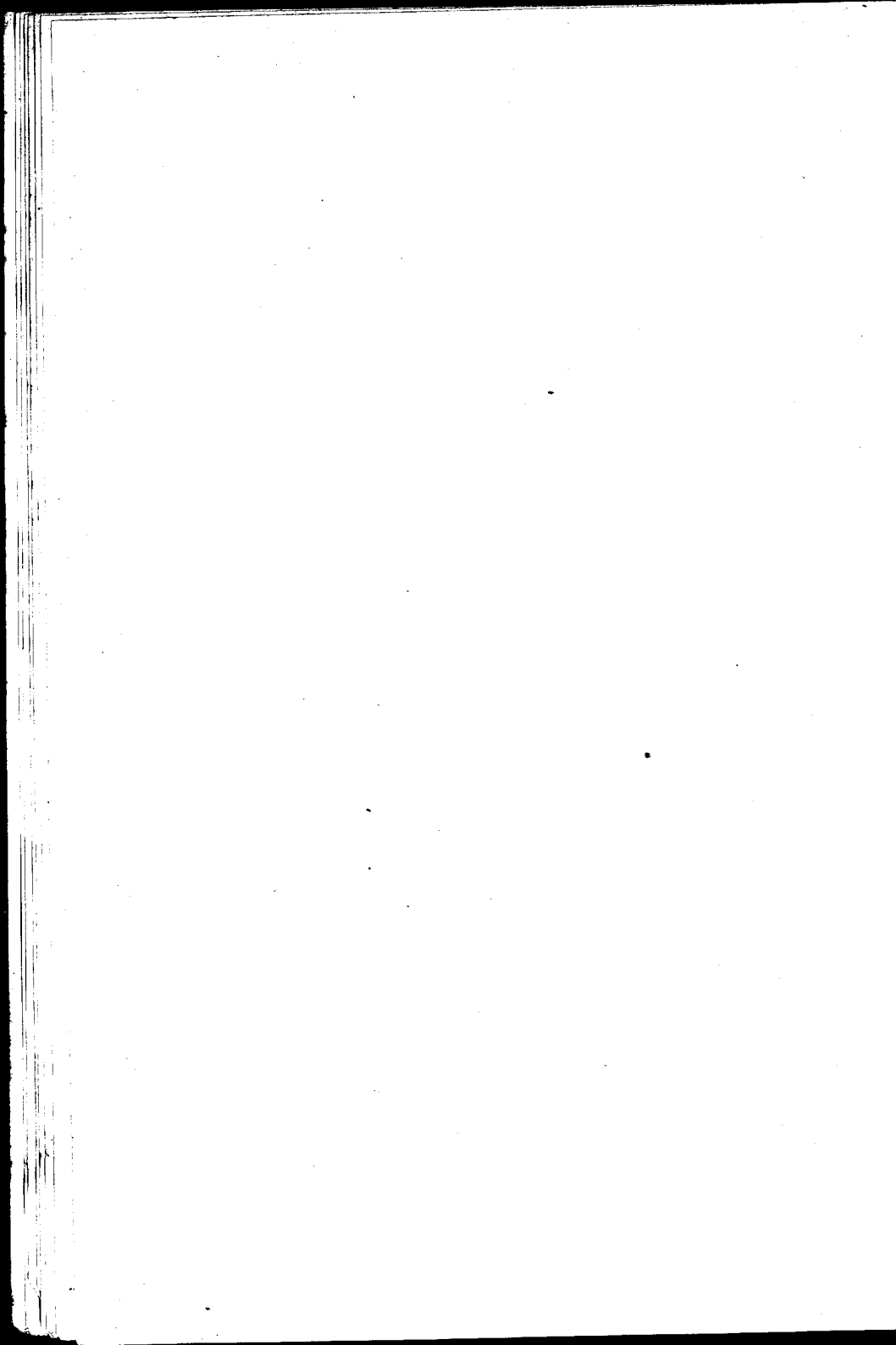
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCTO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LÓPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	} GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GUENES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	} ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSE A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

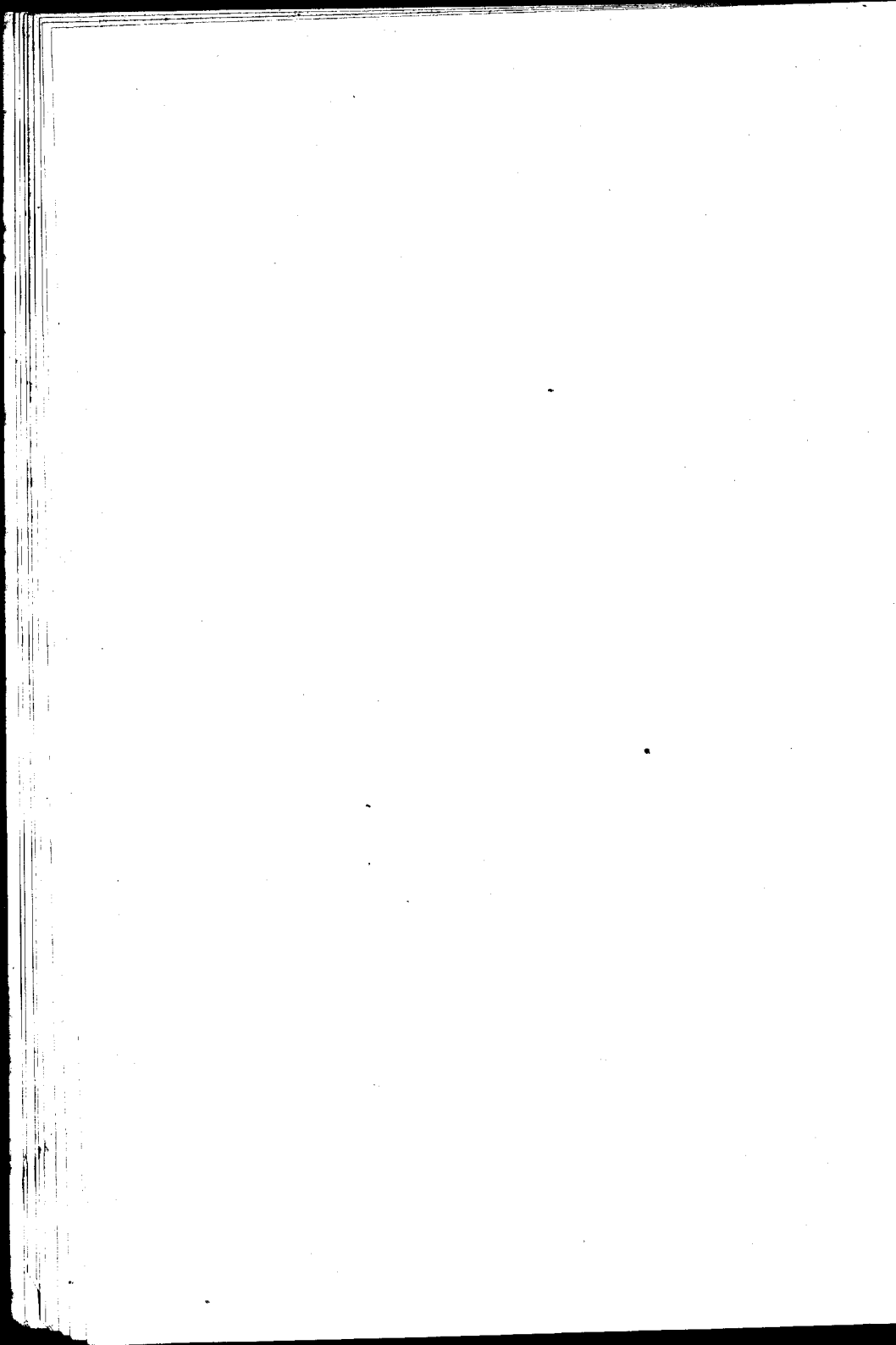
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	„ JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	„ LEOPOLDO URIARTE
Clínica Ginecológica.....	„ JOSÉ BADIA
Clínica Médica.....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Dermato-sifilográfica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Neurológica.....	* „ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Pediátrica.....	{ „ JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.....	{ „ MARIANO ALURRALDE
Clínica Quirúrgica.....	„ BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Quirúrgica.....	„ ANTONIO F. PIÑERO
Patología interna.....	„ MANUEL A. SANTAS
Clínica oto-rino-laringológica.....	„ FRANCISCO LLOBET
* Psiquiátrica.....	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
	„ RICARDO COLON
	„ ELISEO V. SEGURA
	„ JOSE T. BORDA



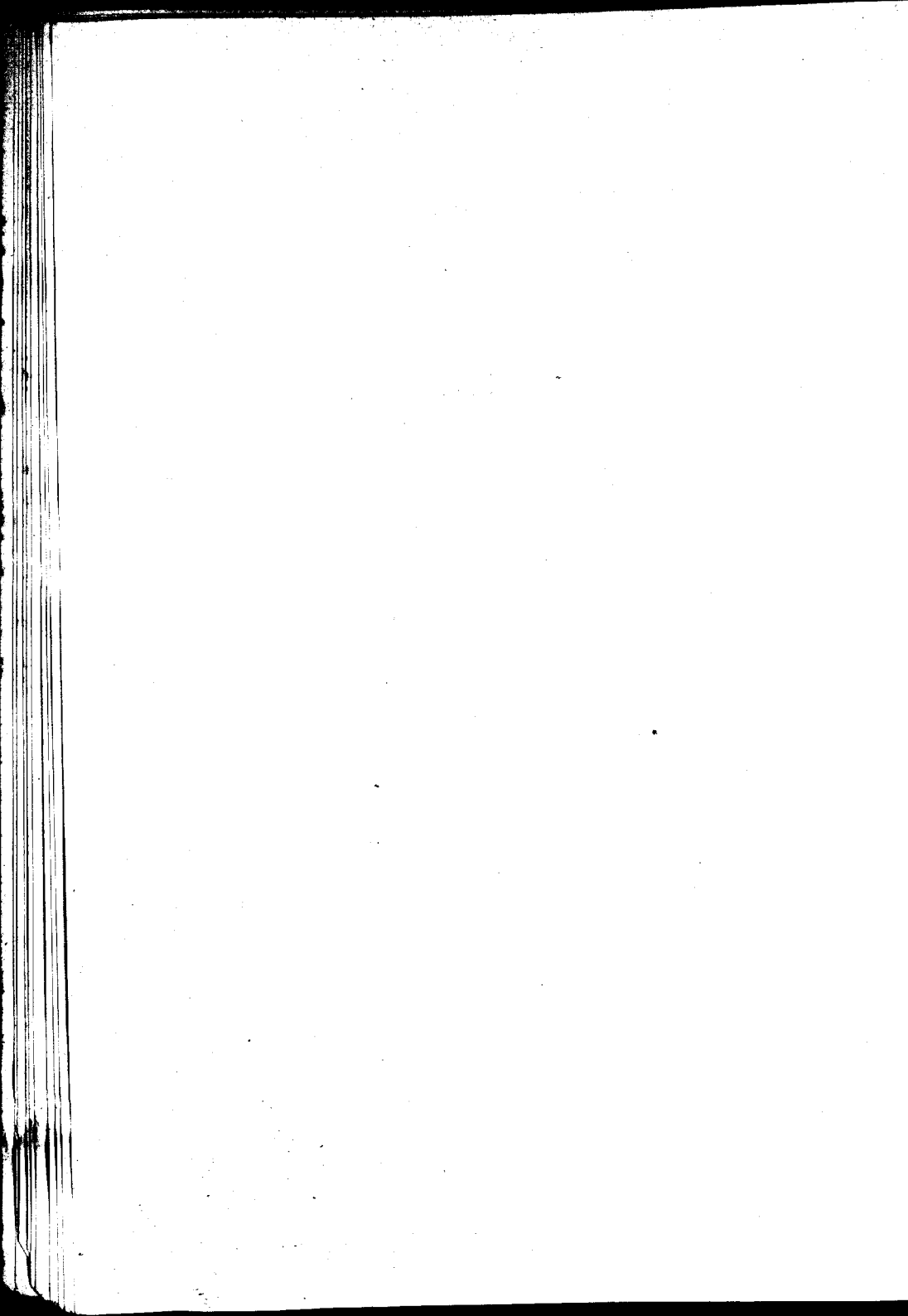
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	GUILLELMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	SILVIO F. PARODI
Fisiología general y humana.....	EUGENIO GALLI
	FRANK L. SOLER
	BERNARDO BOUSSAY
	RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	BENJAMIN GALARZE
	FELIPE JUSTO
	MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos.....	CARLOS BOXORINO UDAONDO
	ALFREDO VITON
Anat. Patológica.....	JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia.....	ANGEL H. ROFFO
Medicina Operatoria.....	JOSE MORENO
	ENRIQUE PINOCCHIETTO
	CARLOS ROBERTSON
Patología externa.....	FRANCISCO P. CASTRO
	CASTELFORT LUGONES
	NICOLAS V. GIRECO
Clinica Dermatológico-sifilográfica.....	PEDRO L. BALINA
» Genito-urinaria.....	BENJAMIN MARAINI
	JOAQUIN NIN POSADAS
» Epidemiológica.....	FERNANDO R. TORRES
» Oftalmológica.....	ENRIQUE B. DEMARIA
	ADOLFO NOCETI
» Oto-rino-laringológica.....	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTIN CASTRO ESCALADA
	PEDRO LABAGUI
	LEONIDAS JORGE FACIO
Patología interna.....	PABLO M. BARIARO
	EDUARDO MARL O
	JOSE ARCE
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SUSSINI
Clinica Quirúrgica.....	ROBERTO SOLE
	PEDRO CHURRO
	JOSE M. JORGE (hijo)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO F. LANDIVAR
	VICENTE DIMITRI
Clinica Neurológica.....	ROMULO H. CHIAPPORI
	JUAN JOSE VITON
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. RULLRICH
	IGNACIO IMAZ
» Médica.....	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCIA
	JOSE DESTEFANO
	JUAN R. GOYENA
	JUAN JACOBO SPANGENBERG
	MAMERTO ACUÑA
	GENARO SISTO
» Pediátrica.....	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIMÉ SALVADOR
	TORIBIO PICCARDO
» Ginecológica.....	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	A. PERALTA RAMOS
	FAUSTINO J. TRONÇE
» Obstétrica.....	JUAN B. GONZALEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. GABASTOU
	ENRIQUE A. BOERO
	JOAQUIN V. GNECCO
Medicina legal.....	JAVIER BRANDAN
	ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas..	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas....	„ PASCUAL CORTI
Física farmacéutica.....	„ OSCAR MIALOCK
Química orgánica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica.....	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica.....	„ LUIS GUGLIALMELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	„ ANGEL SABATINI

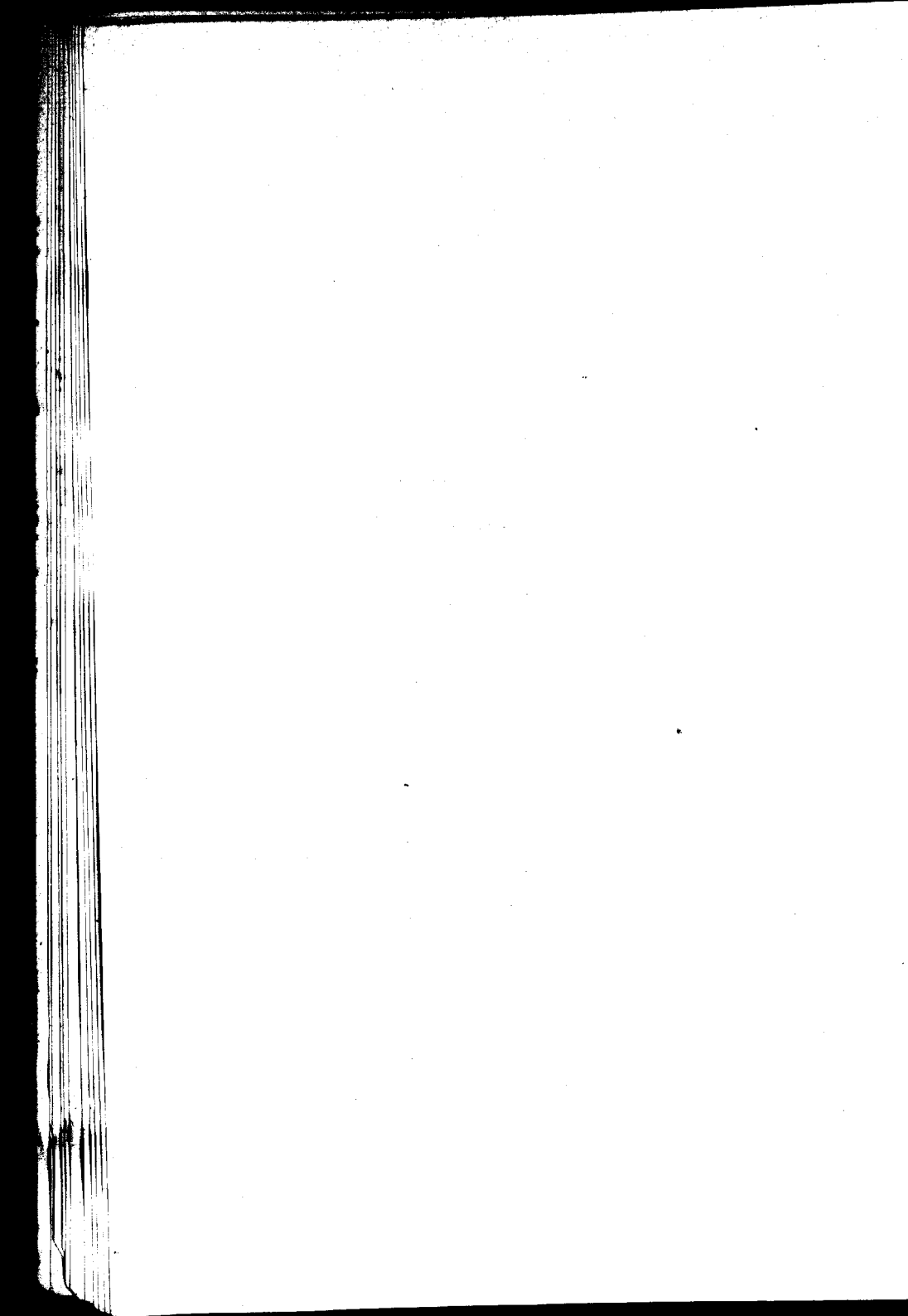


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.º año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEON PEREYRA
3.º año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

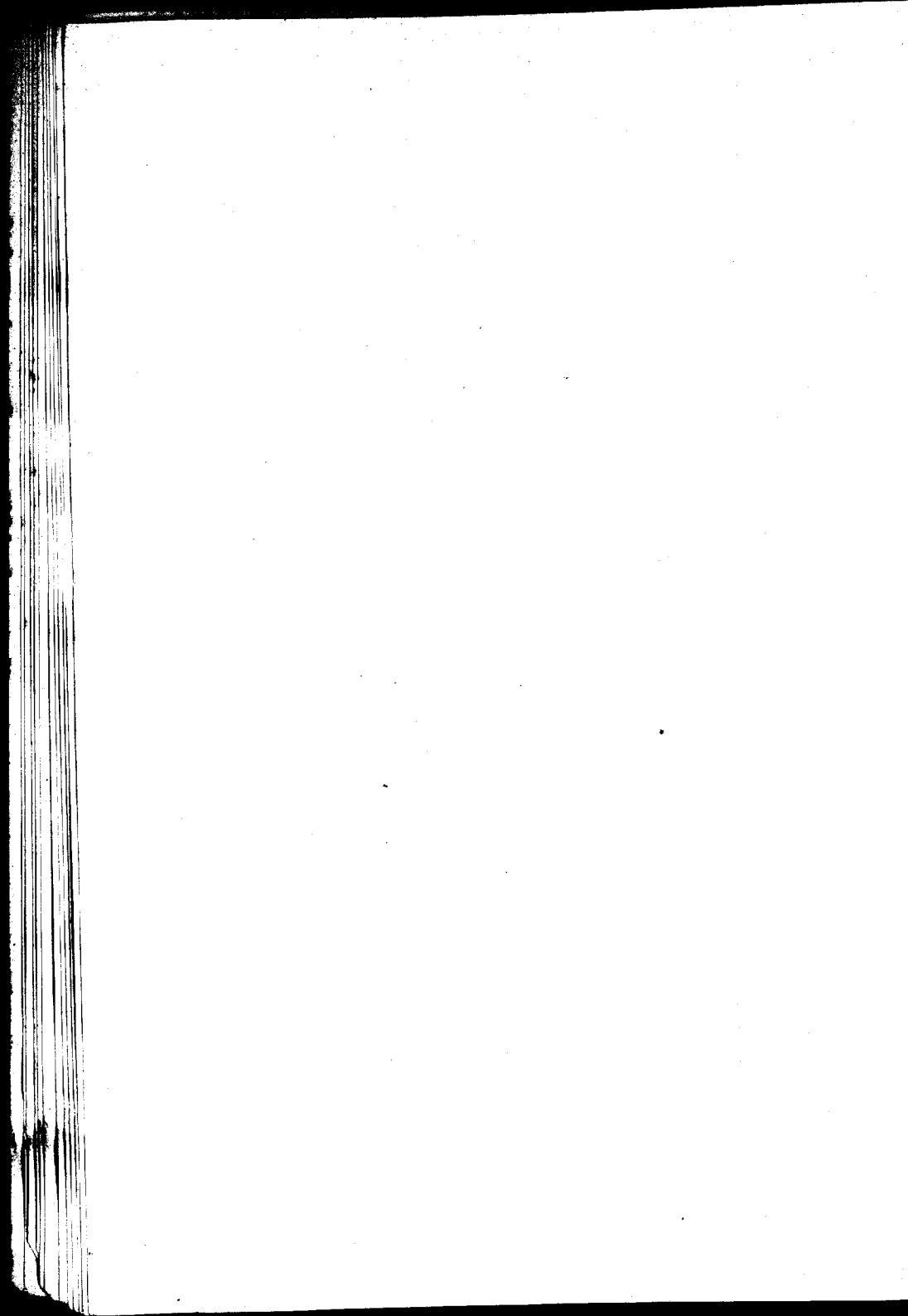
Catedráticos suplentes

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



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Dr. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	Dr. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica.....	Dr. FAÑOR VELARDE
Puericultura	Dr. UBALDO FERNANDEZ



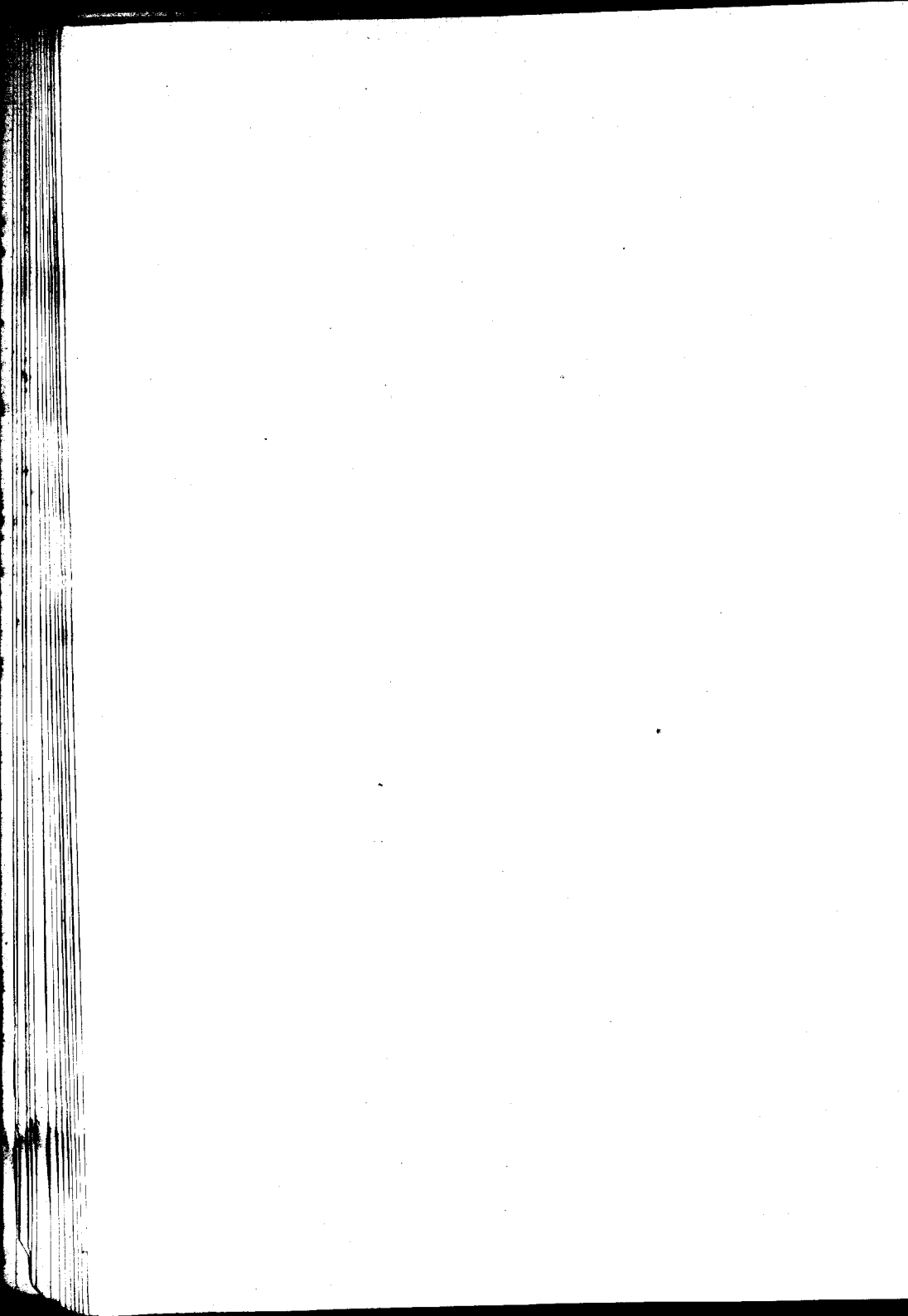
Padrino de tesis:

Dr. JOSÉ R. SEMPRÚN

PROFESOR EXTRAORDINARIO DE CLÍNICA NEUROLÓGICA



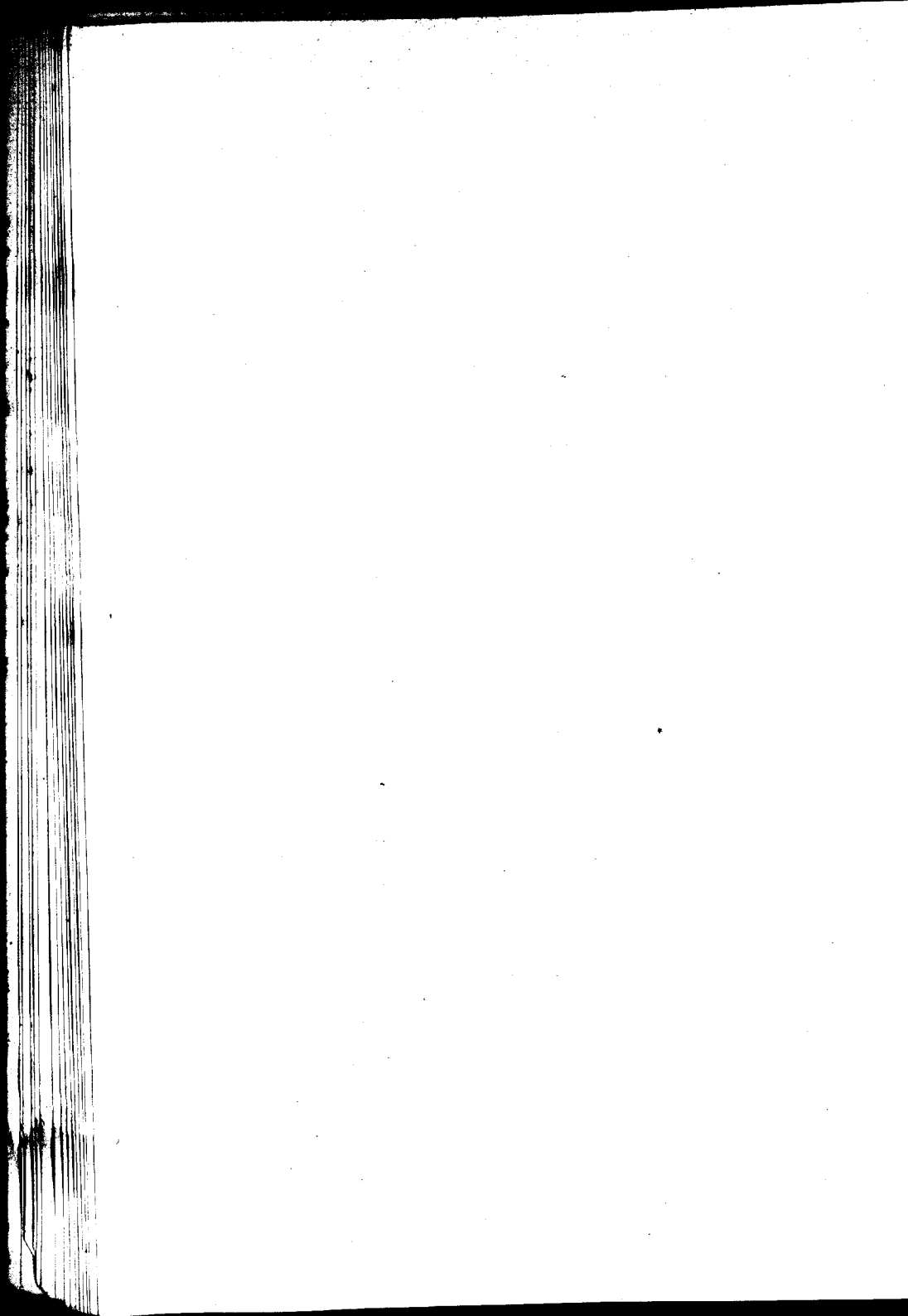
A MIS PADRES



A MIS ABUELOS



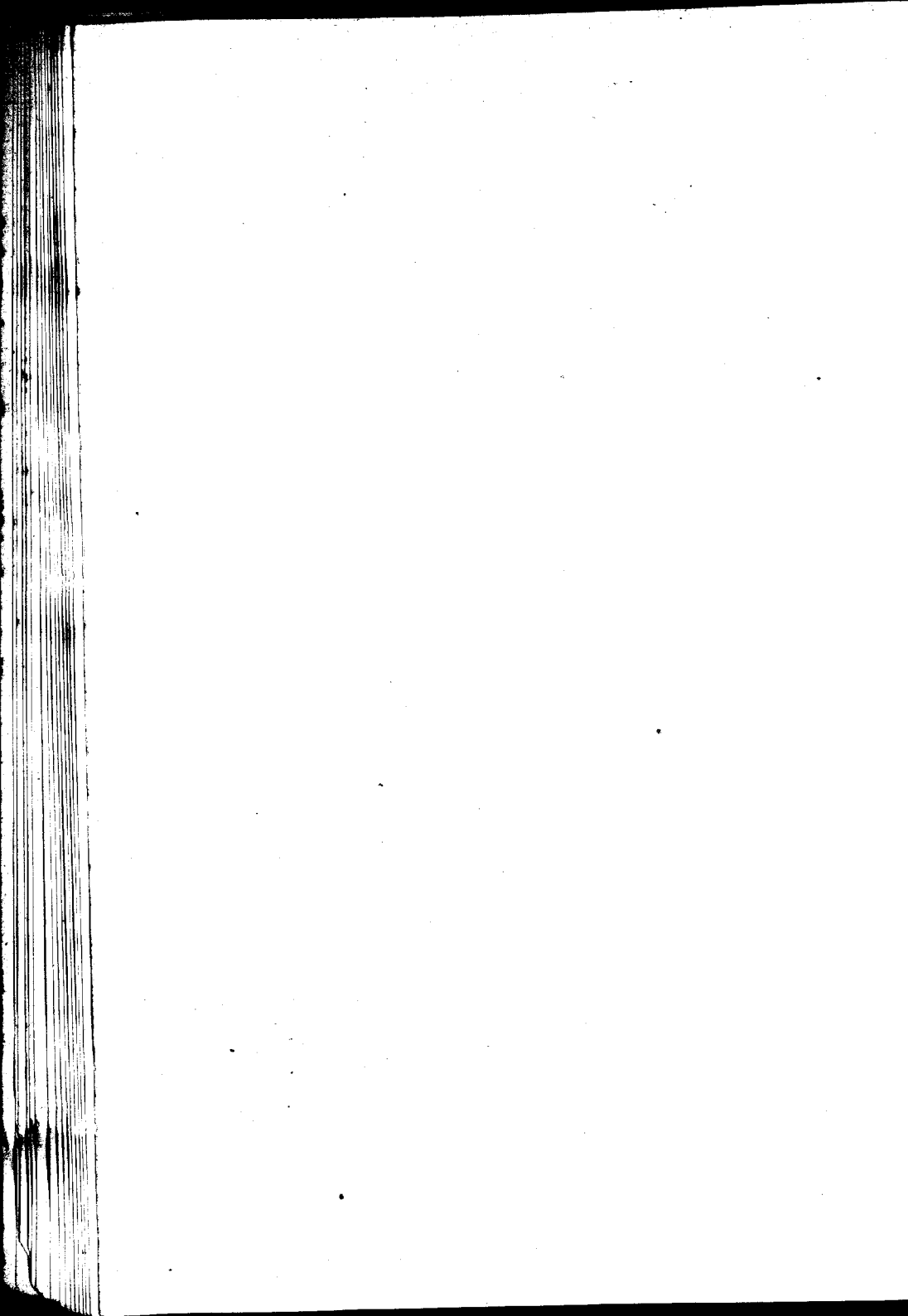
A MIS HERMANOS



A MIS AMIGOS



A LOS MIOS



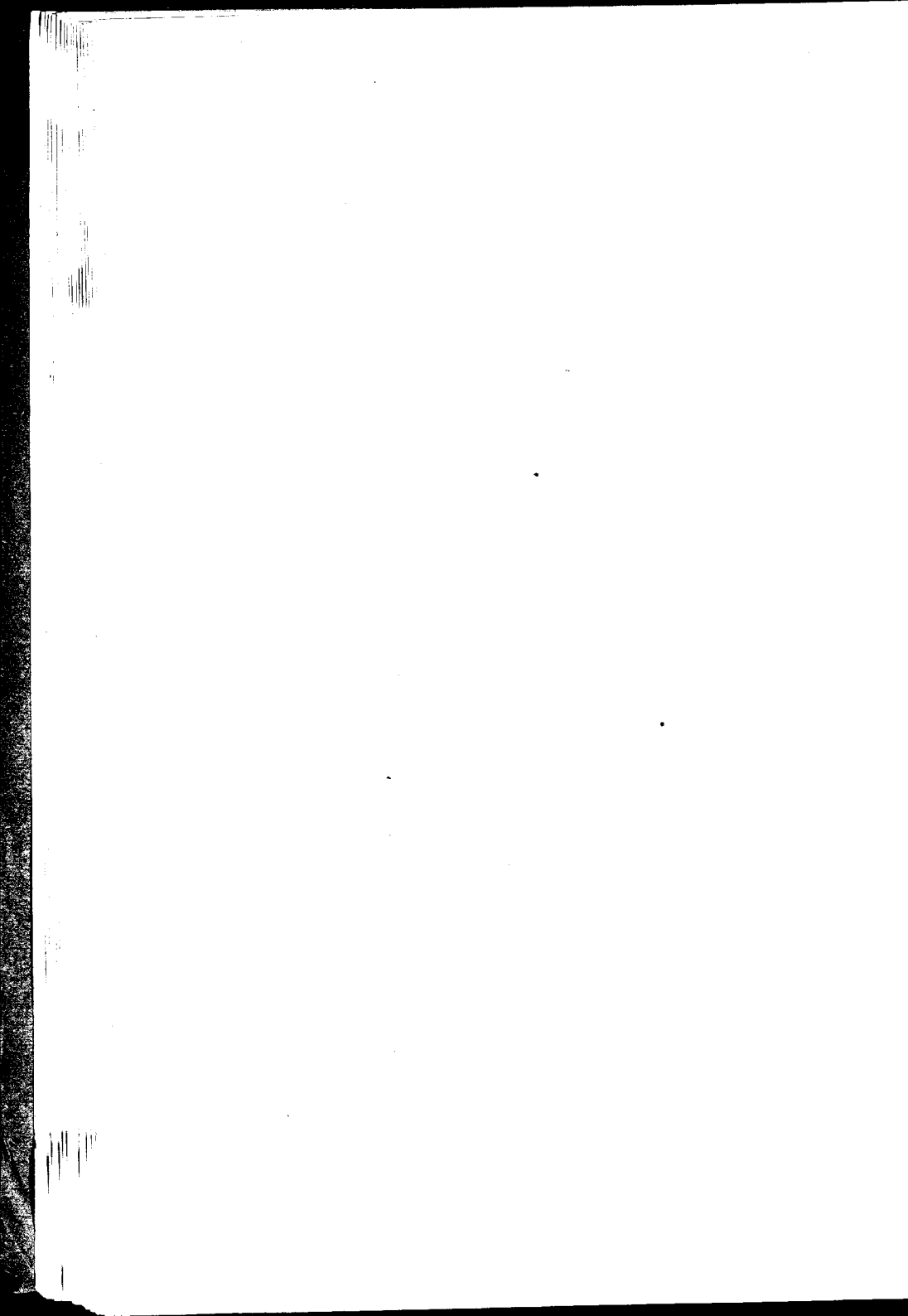
A LA MEMORIA DEL

R. P. Fray LUIS RAFAEL CHAMBON

AL SEÑOR

Don SALVADOR RODRÍGUEZ LA COSTA

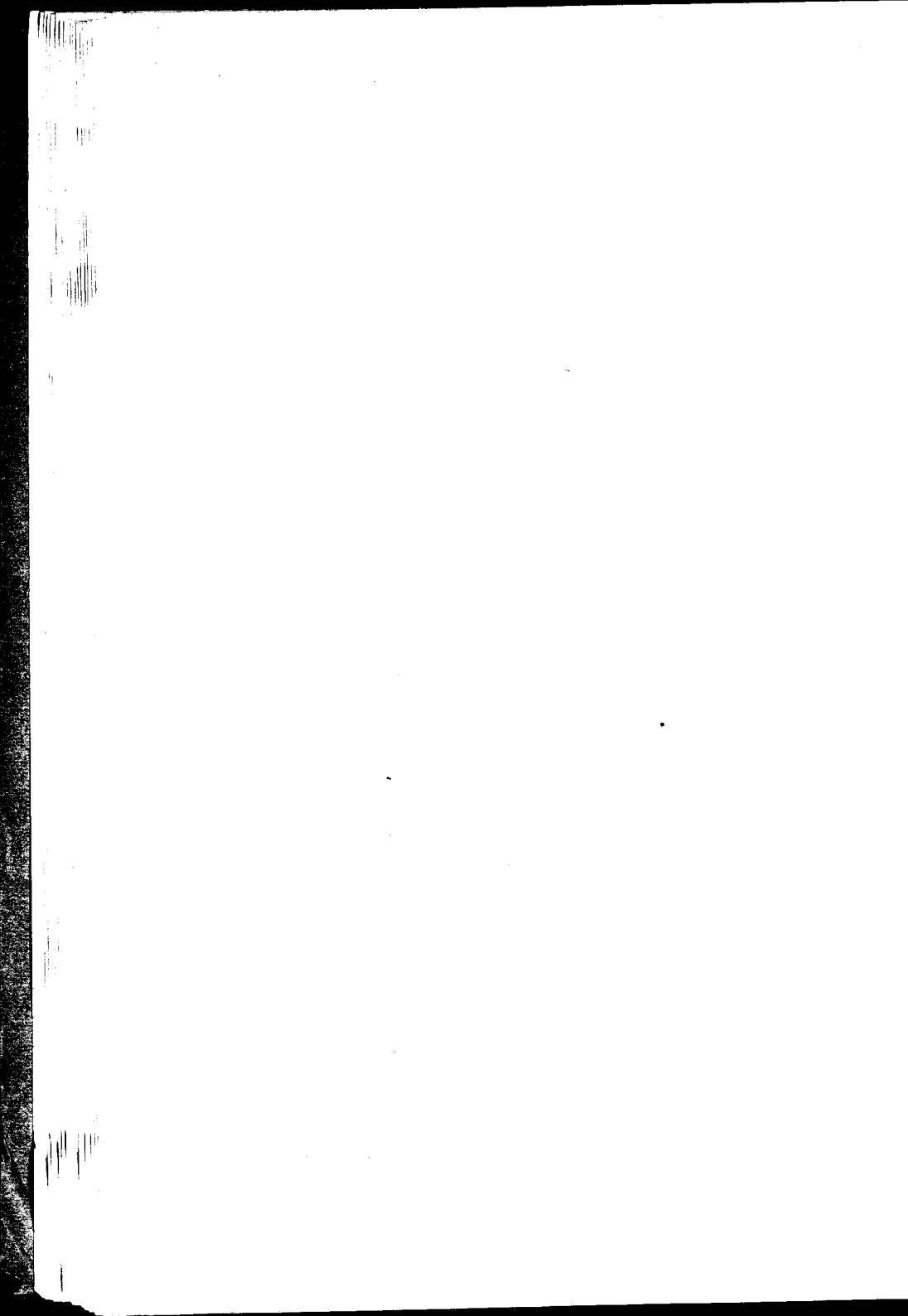
A TODOS MIS MAESTROS Y PROFESORES



AL DOCTOR

ENRIQUE ZÁRATE

Consejero de la Facultad
Profesor titular de Clínica Obstétrica
Director de la Clínica Obstétrica y Ginecológica



A LOS DOCTORES:

RICARDO NÖLTING

Jefe de Servicio del Hospital San Roque

JULIO MÉNDEZ

Jefe de Servicio del Hospital San Roque

FRANCISCO A. SICARDI

De la Academia de Medicina

Profesor honorario

Jefe de Clínica del Hospital San Roque

GREGORIO ARAOZ ALFARO

De la Academia de Medicina

Profesor titular de Semiología

Jefe de Servicio del Hospital San Roque

BALDOMERO SOMMER

De la Academia de Medicina

Profesor de Dermatología

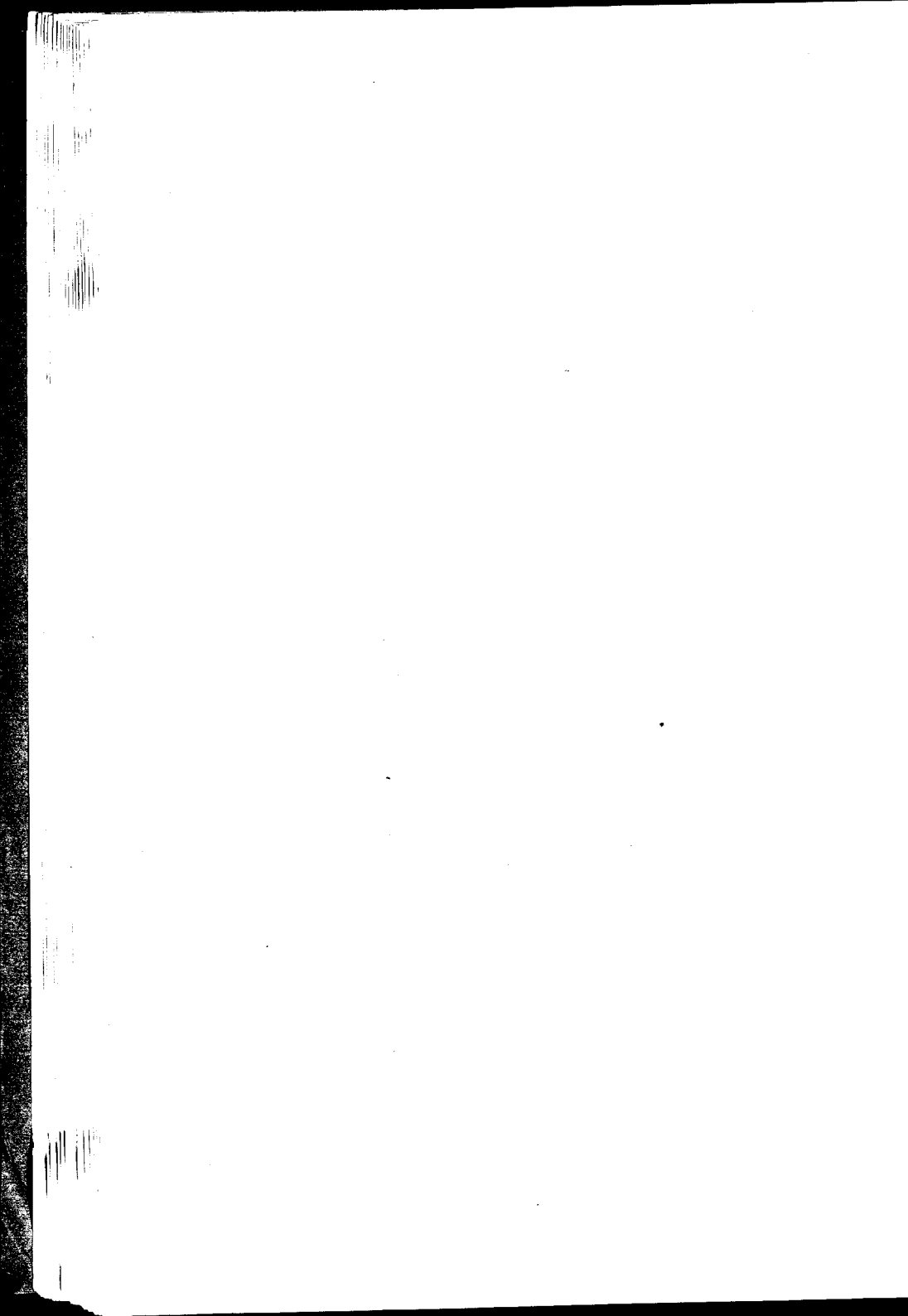
Jefe de Servicio del Hospital San Roque

CARLOS ROBERTSON LAVALLE

Director del Hospital San Roque

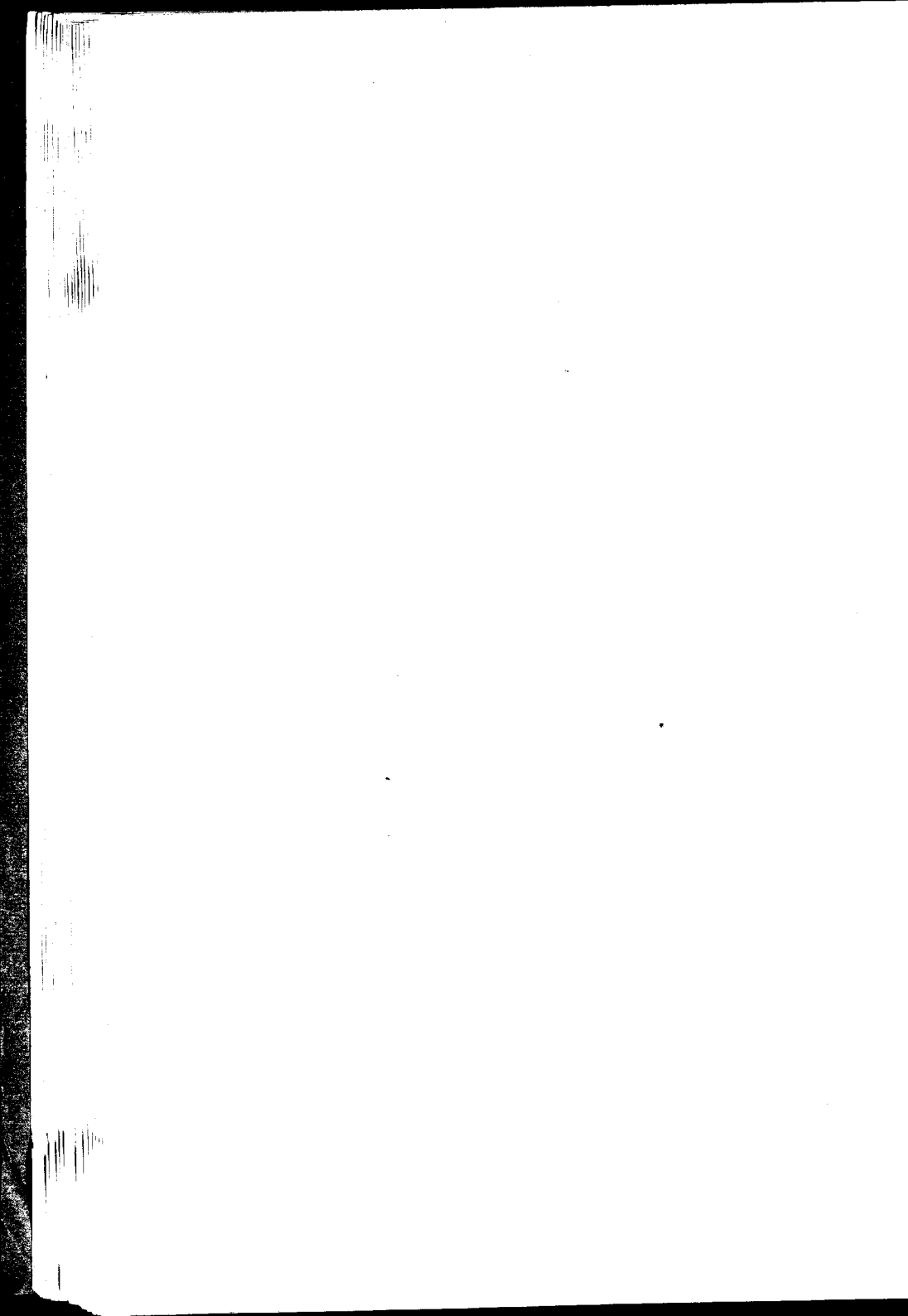
Profesor suplente de Patología Externa

HOMENAJE Y GRATITUD



A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS INVARIABLES, LOS DOCTORES

LUIS S. ARAUZ
ALFREDO BUZZI
RUFINO COSSIO (h.)
PEDRO JÁUREGUI
GERARDO SEGURA



Señores consejeros:

Señores profesores:

Séame, antetodo, permitida una palabra del más vivo agradecimiento para todos los que con sabias lecciones y atinados consejos, supísteis inculcar en mi espíritu los primeros conocimientos médico y el deseo de avanzar siempre un paso más en el camino de la verdad y del proceder correcto y honesto.

A los médicos del Hospital San Roque, la gran escuela, a que pertencí durante cuatro años como practicante, mis mejores cariños y más íntimos afectos a la par que el más alto reconocimiento por las enseñanzas allí recibidas.

Renuncio a expresar en este sitio, cuanto me obliga la gratitud al Dr. Zárate, por la distinción que me dispensa al indicarme este tema y aconsejarme en su confección. Al Dr. Palacios Costa, maestro práctico de todos los días y excelente amigo, la seguridad de mis consideraciones por la ayuda que significa para este trabajo.

A mis compañeros de internado y practicantes del Hospital San Roque, ofrezco lo único que poseo:

mi amistad verdadera y los mejores augurios de felicidad y de éxito en todos los órdenes de la vida. Al actual Director, Dr. Robertson, la expresión de mi gratitud por las atenciones de él recibidas, así como de los empleados administrativos del Hospital.

Hay una persona de la que recibí atenciones tan inmerecidas y ayuda en toda forma y que altamente me honra apadrinando esta tesis y para quien no encuentro palabras que expresen mi profundo agradecimiento y vivísima simpatía. Me refiero al Dr. José R. Semprún: ofrezco a él el homenaje de mi adhesión incondicional.

Por último, señores, permítaseme un recuerdo en memoria del malogrado Director del Hospital San Roque, Dr. Antonino Iburguren.

CAPITULO I

Historia

La etimología de la palabra nos da la definición de esta intervención, que consiste en seccionar la sínfisis, operando así un ensanchamiento temporario de la cintura ósea de la pelvis para permitir, en esa forma y siempre que se practique dentro de las indicaciones, la expulsión o extracción del feto cuyos diámetros están en desproporción con los pélvicos. Este agrandamiento se efectúa gracias a las articulaciones pélvicas y siguiendo mecanismos que ya veremos.

Es indudable que la idea primera de practicar la sinfisiotomía ha nacido de la observación de lo que pasa en la Naturaleza, reblandeciendo y aún separando la sínfisis durante el embarazo, y ya en 1509 Colombo se mofaba de la enorme importancia atribuída a esa dilatación natural, insignificante.

Se hace remontar el origen de esta intervención

a Galeno o por lo menos a Severini Pinau que preconizaba aplicaciones emolientes sobre el Monte de Venus de las mujeres en trabajo. Es de creer, sin embargo, que el primero que la practicó en el cadáver fué Juan C. de la Courvée, en el año 1585, repetida después en 1760 y propuesta en el siglo XVI, al principio, por Pinacus. Todo esto, sin embargo, no pasó de meras tentativas, hasta que en el año 1768, Juan R. Sigault dirige a la Academia de Cirugía, una memoria en la que propone esta operación y es desestimada. El 22 de Marzo de 1773 Sigault sostiene en Angers su tesis inaugural sobre el mismo tema: "An in partu contra naturam sectio symphiseum ossium pubis sectione cesarea promptior et tutior sit". Y por fin el 1.º de Octubre de 1777 se le presenta a Sigault acompañado de Alf. Le Roi, la oportunidad de practicar la primera vez su operación en el paciente. Se trataba de la señora Souchet, de 39 años de edad, con una pelvis de 7 cms. y que había tenido antes cuatro embarazos con partos quirúrgicos y feto muerto, pero que gracias a la intervención de Sigault obtuvo un niño vivo y la madre curó, a pesar de las pésimas condiciones de higiene en que se intervino (Sigault tenía en ese momento un panadizo) y de la técnica defectuosa. Tuvo éxito semejante una repercusión inaudita, hasta tal punto que la Academia de Medicina mandó acuñar una medalla con el retrato del Decano de un

lado y los nombres de Sigault y Le Roi para “recompensar al inventor de un descubrimiento tan útil a la humanidad. . . en testimonio de reconocimiento y admiración”, y en el “Journal de Paris” se proponía elevar a Sigault “una estatua en que fuese representado bajo la forma de Dios de la salud y que homenajes enternecedores renovasen todos los años el recuerdo de su gloria”.

Desde entonces y a pesar de la resistencia que le ofrecían la Academia de Cirugía que la había reprobado y Baudelocque, Luverjat, Killian, Nagelé, Mme. Lachapelle y que uno tras otro y sin perder ocasión la repudiaban, a pesar de todo, digo, se practicó con un entusiasmo injustificado cayendo en las exageraciones más ridículas y efectuándola en mujeres que no la precisaban unas por su escasísima reducción de diámetros y otras que tratarse de estrecheces tan acentuadas que era imposible pretender el paso del feto sin triturarlo. Agréguese a esto las malas condiciones higiénicas, la técnica deficiente y los formidables adversarios y se tendrá la razón del olvido casi absoluto de esta operación en Francia.

En los tratados alemanes e ingleses o no venía descrito o solo se la nombraba para declararla inútil-descripta o solo se la nombraba para declararla inutilidad de la madre y del hijo.

En Italia en cambio no fué abandonada y Nan-

noni, Assalini, Asdrubali la recomendaban, pero es sobre todo en la Escuela Napolitana, donde siempre se practicó y donde tuvo valientes defensores, tales: Galibati (1819), Jacolucci y más tarde Novi (1870) y especialmente Morisani que en publicaciones, memorias, conferencias y estadísticas (1863 a 1894), ha demostrado la bondad y excelentes resultados de esta operación practicada de los límites de su indicación y con las precauciones y conocimientos indispensables.

Una visita de Spinelli a París hace conocer a Pinard los buenos resultados que Morisani obtenía con esta operación y en colaboración con Varnier para las investigaciones clínicas y de Farabeuf que con todo su talento y actividad incansable multiplicó sus investigaciones anatómicas sobre la región sinfisiaria, precisó lo que debía ser el separamiento del pubis, hasta donde se podía llegar y de donde no se debía pasar y estableció el agrandamiento que se lograba obtener. Las comunicaciones de estos tres sabios maestros abonadas por su indiscutible autoridad científica, pusieron nuevamente sobre el tapete la ya tan decantada cuestión de la sinfisiotomía que comienza a estudiarse nuevamente y a suscitar violentas discusiones. A partir de este momento podemos decir no queda autor de temas obstétricos que no toque el punto, se mejoran las técnicas y por último se trata de hacerla subcutánea. Zweifel esta-

blece su técnica de doble botonera y Frank, de Colonia práctica esta intervención en forma subcutánea y con técnica tan sencilla y con tan excelentes resultados que es la que nos ocupará preferentemente en este trabajo.

Entre nosotros, también la sinfisiotomía tiene su pequeña historia: Al parecer la primera intervención de este género fué practicada en el año 1893 o 94 por el Dr. De Nicola y otro colega italiano y publicada la noticia por "La Patria degli Italiani". El Dr. Lagarde practicó también una sinfisiotomía ayudado por el Dr. Zárate, con buen resultado, pero no tengo noticias de que haya practicado una segunda. El Dr. Aristóbulo Soldano en su tesis inaugural, publicada en 1913, presenta dos observaciones en que aplicó su método de la doble botonera (que no es otra cosa que la de Zweifel con ligerísimas variantes) y que datan de Abril de 1910 una y de Diciembre de 1911 la otra.

El Dr. Cantón también la ha practicado para abandonarla luego entregándose a la pubiotomía de la que es ilustre preconizador. El Dr. Zárate, después de haber continuado la brillante serie de pubiotomías y de haber modificado la técnica e instrumental del Dr. Cantón y a raíz de su último viaje a Europa en 1913 y 1914 se maravilla de la sencillez con que Frank operaba con su método y de los sor-

prendentes resultados que obtenía y se decide a ensayarlo en su clínica del Hospital San Roque.

Ha operado hasta la fecha tres casos con los resultados que pueden apreciarse en las historias.

El Dr. Chamorro en la sesión de 7 de Junio, en la Sociedad de Obstetricia y ginecología ha presentado la historia de una enferma operada por él por ese procedimiento y con la que llegan a seis las sinfisiotomías subcutáneas practicadas entre nosotros.

CAPITULO II

Anatomía

REGIÓN PUBLANA.—Es una de las regiones parietales de la pelvis y comprende el conjunto de planos que forman la pared anterior de la pelvis dentro de los siguientes límites: por arriba el borde superior de los pubis, por abajo la raíz del clítoris y el arco pubiano y lateralmente por las espinas del pubis y la parte interna de los agujeros obturadores. En profundidad se extiende hasta el espacio prevesical donde tiene relaciones muy importantes y que a su tiempo veremos. Cuando el sujeto no es excesivamente grueso forma esta región una prominencia apreciable cubierta de pelos largos y gruesos y denominada Monte de Venus, en la mujer, a la que referimos estos datos anatómicos.

La exploración palpatoria de la región nos hace reconocer las espinas del pubis. En la parte inferior el arco ojival subpubiano, cuyo vértice se toca

bien palpando en el vestíbulo vulvar entre el meato y el clítoris. El tacto vaginal nos permite explorar la cara posterior del pubis y de su sínfisis.

Las partes blandas superficiales están constituidas por los planos siguientes:

Piel.—Espesa y muy móvil, cubierta de pelos en el adulto.

Tejido celular subcutáneo.—Muy abundante y cargado de grasa y en comunicación con las regiones vecinas, encierra en su espesor los vasos y nervios superficiales y una formación fibro elástica: el ligamento suspensor del clítoris.

Los vasos y nervios superficiales son de escasa importancia; la arteriolas, de calibre exíguo provienen de las pudendas externas y a veces de las subcutáneas abdominales. Las venas son relativamente numerosas y están constituidas por la vena dorsal superficial del clítoris y por otros vasos procedentes de la piel de los grandes labios y del abdomen. Se anastomosan entre ellas y con las de las regiones vecinas y se echan en la safena interna. La más importante de todas es indudablemente la dorsal del clítoris, no solamente por su diámetro, sino también por sus relaciones con el ligamento suspensor al que atraviesa para ir al plexo de Santorini.

Los linfáticos son tributarios de los ganglios internos de la ingle. Los nervios, finísimos filetes,

proviene de las ramas terminales de los abdomino genitales, ramas del plexo lumbar.

El ligamento suspensor del clítoris es una lámina amarillenta constituida de fibras elásticas, poco diferente del tejido celular a la inspección, pero claramente perceptible a la palpación, tirando del clítoris hacia abajo, en la línea media en pleno tejido celular subcutáneo.

Tiene forma triangular y se inserta su vértice en la parte superior de la sínfisis y en la parte vecina de la línea alba. La base, ampliamente extendida, se desdobra para invaginar los órganos eréctiles del clítoris con los que se adhiere íntimamente fusionándose con su cubierta fibrosa. En la base, su espesor es aproximadamente de 2 cmts. y está atravesado por la vena dorsal profunda del clítoris en el momento en que esta pasa por debajo del arcuaturn para abocar en el plexo de Santorini.

Este ligamento, cuya función indica su nombre, mantiene por delante de la parte inferior de la sínfisis los cuerpos cavernosos del clítoris y determina el acodamiento que forma este órgano a ese nivel y esta disposición anatómica es la razón de un tiempo operatorio en la sinfisistomía; el rechazo hacia abajo del clítoris con uno o varios dedos de la mano izquierda, cuando se practica por la técnica de Frank, y la sección del ligamento suspensor cuando se emplea un procedimiento a cielo abierto. Ahora bien,

como al seccionarlo se expone el cirujano a herir la vena dorsal profunda y el origen del plexo de Santorini, Farabeuf, que tan bien a estudiado la anatomía de esta región aconseja cortar este ligamento no a ras del clítoris, pero sí sobre el pubis, a un través de dedo por encima del borde tangible de la ogiva.

Recuérdese ahora, que el ligamento suspensor se continúa muy hacia atrás con la lámina céululo-fibrosa que recubre la vena dorsal profunda y el plexo venoso de Santorini y que esa lámina no es otra cosa que la expansión terminal de la aponeurosis umbilico prevesical. Esta lámina apenas adhiere al borde inferior y a la cara posterior del pubis, por lo que si después de haber seccionado en la forma indicada el ligamento suspensor se rechaza fuertemente el clítoris hacia abajo se determina la formación de una hendidura entre el ligamento subpubiano y el clítoris por la que puede meterse una sonda encorvada hasta detrás de la sínfisis, sonda que penetra ante todo en la porción del espacio prevesical que se insinúa entre los dos ligamentos pubovesicales (fondo de saco inferior del espacio) y luego en el espacio mismo sin herir ninguno de los vasos, especialmente venosos, que se encuentran a esa altura y cuya descripción haremos a su tiempo.

Por debajo del tejido celular de la región pubiana se encuentra un intricado aponeurótico for-

mado por fibras tendinosas entrecruzadas y que corresponden a cierto número de músculos del abdomen y del muslo que se insertan en el pubis o la sínfisis. Este plano se confunde por su cara profunda con el hueso y mide de ocho a diez milímetros de espesor. Está constituido por fibras oblicuas de arriba abajo y de fuera adentro y que provienen de los oblicuos mayores del abdomen. Por fibras oblicuas de abajo arriba y de fuera adentro así como por fibras transversales dependientes de los tendones de inserción de los rectos internos y de los aductores. Las fibras de estos últimos forman a cada lado y a 10 o 12 m.m. de la línea media una cresta saliente fácilmente perceptible por el dedo constituyendo entre las dos un canal ocupado por el ligamento suspensor. En la mitad superior de este plano fibroso y en su espesor se encuentran fibras que no son otras que los tendones inferiores de los rectos anteriores y de los pequeños músculos piramidales que entrecruzándose van a insertarse por delante de la sínfisis.

Es este plano el más potente medio de unión de la sínfisis pubiana.

El plano esquelético, situado inmediatamente por debajo está constituido por los cuerpos de los pubis y la articulación que los une entre sí, articulación interpubiana o sínfisis púbica.

A. El cuerpo del pubis que corresponde al án-

gulo de unión de las ramas horizontal y descendente del pubis, es una lámina ósea, regularmente triangular a vértice inferior y base superior. Tiene unos cinco centímetros de longitud por tres y medio de ancho. Su grosor es más considerable hacia adentro a nivel de su borde libre y mide próximamente un centímetro. Su borde superior presenta a unos dos centímetros de su extremidad interna, una eminencia muy manifiesta: la espina del pubis. Su borde externo forma la parte interna del agujero isquio pubiano. Su borde interno constituye la superficie articular de la sínfisis pubiana. Su cara anterior, rugosa, mira oblicuamente hacia afuera. Su cara posterior lisa y regular ocupa un plano más o menos paralelo al frontal. En cuanto a su estructura, en tesis general es de tejido esponjoso. Su ángulo interno por una parte y su espina por otra se desarrollan por puntos de osificación que entran en actividad sólo después de la pubertad.

B. La articulación interpubiana pertenece, según los casos, al grupo de las anfiartrosis o de las diartroanfiartrosis, según que el fibro cartílago contenga o no cavidad.

a) *Superficies articulares*: Cada pubis presenta en su cara interna una carilla articular elíptica u oval a eje mayor en dirección oblicua hacia abajo y atrás. Es esta carilla plana o ligeramente excavada y presenta a veces un reborde más o

menos saliente; mide 30 a 35 milímetros de largo por 10 a 12 de ancho. No es paralela al plano sagital: mira oblicuamente hacia adentro y un poco hacia adelante, de lo que resulta que están más aproximadas por su borde posterior que por el anterior y dando al espacio que las separa la forma de una cuña a base anterior. Este espacio es sin embargo, lo suficientemente ancho para que un bisturí de lámina no muy ancha pueda insinuarse entre los dos huesos. Son rugosas y están sembradas de asperezas irregulares. En ciertas piezas se ven seis o siete crestas rectilíneas dirigidas de atrás adelante paralelas entre sí y separadas por surcos de la misma dirección. Según Testut esta disposición desaparece en el adulto después de los 25 años. En el tercio de los casos el mismo Testut encuentra en la parte anterior, un surco rugoso, ordinariamente más marcado en las extremidades y de dirección paralela a la del mayor eje de la carilla y donde vendría a insertarse el ligamento articular anterior.

Al estado fresco estas carillas están cubiertas por cartílago hialino, cuyo espesor muy variable es en el adulto de uno o dos milímetros, a veces más.

b) *Medios de unión*: Los constituye un fibro cartílago interarticular o ligamento interóseo y ligamentos periféricos.

El ligamento interóseo ocupa exactamente el espacio que separa a los dos pubis y tiene por lo

tanto la forma de una cuña cuya base mira hacia abajo y adelante y cuyo vértice se dirige a la excavación. Visto en cortes horizontales es un triángulo de base anterior. Tiene la misma altura que las superficies articulares (30 a 35 mm.). Su anchura al nivel de la base es por término medio de 3 cms. Lateralmente se inserta poniéndose en íntima relación con las carillas articulares constituyendo así uno de sus más poderosos medios de unión. En los demás puntos de su superficie se adhiere sin demarcación neta con los ligamentos periféricos. Ordinariamente sobresale en la cara pelviana formando un rodete accesible al tacto rectal o vaginal.

Se compone de dos porciones bien diferentes: una periférica muy dura, densa y resistente y otra central más friable, que de ordinario forma en su centro una cavidad irregular, a veces minúscula, de pocos milímetros de diámetro y ocupando otras veces toda la altura y la mayor parte del diámetro antero posterior del cartilago. Cualquiera que sea su dimensión, se presenta bajo la forma de una simple hendidura, de bordes irregulares, siempre más aproximada a la parte posterior que a la anterior. Está orientada en el sentido sagital, vertical y medio en los cortes frontales y antero posteriores en los horizontales. Es por así decir, una cavidad virtual, llena de anfractuosidades y es ella la que ha dado origen a todas las discusiones morfo-

lógicas para clasificar esta articulación que como ya digimos es a veces una anfiartrosis, mucho más a menudo una diartro-anfiartrosis y alguna rara vez verdadera artrodia, aún cuando rudimentaria.

Ligamentos periféricos: Se distinguen, según su situación en superior, inferior y posterior. Se confunden por sus bordes formando en conjunto una verdadera cápsula fibrosa que rodea la articulación y que se inserta lateralmente en el contorno de las carillas articulares.

El ligamento anterior no es otra cosa que el intrínseco aponeurático que vimos anteriormente y a cuyos haces tendinosos entrecruzados en todas direcciones hay que agregar algunas fibras ascendentes que proceden de los cuerpos cavernosos y del músculo isquio cavernoso. Hay además fibras propias transversales que van de un pubis al otro y que se insertan en el periostio lateralmente y en el fibrocartilago en el centro.

El ligamento posterior o pósterosuperior es, muchísimo más tenue que el precedente y podríamos decir que no está representado más que por el periostio al pasar de un hueso al otro reforzado por algunos haces transversales y por cierto número de fibras oblicuas, en la parte inferior, que se entrecruzan en la línea media y que provienen del inferior.

El ligamento superior constituido por una cin-

ta fibrosa que se extiende de un pubis a otro se confunde con el ligamento interóseo y se continúa en la línea media y hacia arriba en la línea alba abdominal.

El ligamento inferior, también llamado subpúbico, ligamento triangular, ligamento arqueado o simplemente arcuatum está formado por una lámina fibrosa muy resistente de 10 a 12 milímetros de altura en su parte media, situada inmediatamente por debajo de la sínfisis a la que prolonga. Sus dos extremidades se implantan en las ramas descendentes del pubis; su borde superior, convexo, se adhiere íntimamente al fibro cartilago interóseo. Su borde inferior, que es cóncavo, suaviza el ángulo de reunión de los pubis y forma el arco pubiano de los parteros, cuya cuerda mide de 30 a 35 mm. Es muy resistente y neto. Su altura es menor en la mujer que en el hombre. *

Relaciones: Importantes para comprender bien la técnica y ventajas de la operación. Son hacia arriba: el cavum supra pubicum de Leusser, pequeño espacio triangular constituido entre la inserción de los grandes rectos del abdomen y los pirámides al insertarse en el borde anterior del pubis y el adminiculum line albae o contrafuerte inferior de la línea blanca, lámina fibrosa triangular, cuya base se inserta en el labio posterior del pubis y que por su vértice, superior, se inserta en la lí-

nea blanca. Está ocupado este espacio por un tejido cédulo adiposo dentro del cual camina la rama suprapubiana de la epigástrica.

Hacia abajo: El arcuatum se continúa con la aponeurosis perineal media. Está además en relación con la uretra que acompañada de sus arteriolas (ramas de la pudenda interna, vesical inferior, vaginal) y una serie de venas muy desarrolladas que van a echarse a los plexas venosos, atraviesan el ligamento de Carcassone o aponeurosis perineal media a una distancia aproximada de un centímetro y medio del arcuatum.

Hacia adelante las relaciones están constituidas por las partes blandas que ya pasamos en revista.

Hacia atrás: En relación con la vegiga de la que está separada por un espacio ocupado por el tejido celular prevesical, en el que corren las venas visicales anteriores en dirección de arriba abajo hasta que al llegar a la parte más inferior de la vegiga perforan o contornean los ligamentos pubio vesicales y se dirigen al plexo de Santorini. Ya que hablamos de ligamentos pubio vesicales, digamos que son dos pseudo ligamentos emanados de las fibras longitudinales anteriores de la vegiga y que se fijan solidamente a la cara posterior del pubis uno a cada lado en la unión del tercio inferior con los dos tercios superiores. En el espacio limitado

por ellos, la vejiga y el pubis corren como decimos, venas grandes y numerosas, de dirección vertical.

En cuanto al plexo de Santorini, parece que su situación no está precisamente por detrás de la sínfisis, sino que a derecha e izquierda de la línea media, de modo que en la casi totalidad de los casos se puede con un bisturí atravesar la sínfisis y el espacio prevesical sin herir ninguno de los grandes casos venosos hasta aquí citados. Es de notar además, que estas venas están aplicadas a los órganos intra pélvicos por una lámina célula fibrosa, bastante resistente que los separa de la región púbica.

Por lo que se refiere a elementos vasculares de la región ya conocemos los de la cara anterior y sabemos su escasa importancia. En la parte superior de la articulación encontramos, en el cavum supra pubicum, la arteria supra púbica, rama de la epigástrica que corre a uno o dos milímetros por encima del pubis, en dirección a la línea media, en busca de la similar del lado opuesto para formar la arcada supra púbica que a veces es simple y otra doble, es de pequeño calibre, el de una aguja de sastre a lo sumo y por lo tanto despreciable a la altura de la sínfisis, no así en sus orígenes donde alcanza un calibre bastante considerable.

La arteria obturatriz, en el momento en que va a introducirse en el conducto subpubiano, da

una rama: la arteria retropubiana que se divide en pequeñas ramitas divergentes que se dirigen hacia la sínfisis distribuyéndose en su mayoría por el pubis y periostio pubiano. Las demás, ocho o diez, llegan a la línea media, se anastomosan con las opuestas y forman una serie de arcos retropubianos de importancia nula en el sentido quirúrgico.

La pudenda interna al dejar el bacinete, para hacerse perineal da una arteriola que tomando dirección ascendente llega hasta el arcuatum. La obturatriz y la epigástrica están unidas por una rama anastomótica de dirección vertical.

Las venas acompañan a las arterias, tienen sus mismos nombres y recorrido y son proporcionales en importancia.

Región sacro iliaca. — No vamos a hacer aquí un estudio topográfico de los planos de esta región como hicimos en la del pubis, porque como sólo nos interesa la articulación a ella únicamente nos hemos de referir. Se trata de una diartrosis anfiartrosis, constituida por parte del sacro por una faceta excavada llamada auricular y por otra faceta semejante, saliente, por parte del coxal.

Se disponen estas carillas de tal manera que el sacro, trasmisor del peso que apoya sobre toda la columna vertebral, se encaja entre los huesos coxales a manera de una cuña en el sentido de su largo y tallado de tal manera en el sentido dorso-ven-

tral que representa también una cuña de base dorsal; resiste en esa forma los pesos superiores, tal como lo haría una llave de bóveda. Esto lo ha demostrado L. Testut, en forma evidente. Las carrillas articulares están revestidas de cartílago hialino, revestida a su vez de una hoja de fibro cartilago y miden 1 milímetro y medio sobre la faceta sacra por $\frac{1}{4}$ a 5 décimas de milímetro en la del ilíaco.

Están mantenidas en contacto estas superficies por una cápsula fibrosa que forma manguito, que es corto y se inserta sobre el reborde de las superficies articulares. Está reforzada por ligamentos:

El ligamento sacro ilíaco anterior, poco resistente, delgado tendido transversalmente. Tiene disposición radiada insertándose en la ase y cara anterior del sacro por fuera de los dos primeros agujeros sacros y en las partes vecinas del hueso coxal. Se continúa con el periostio y cuando se separan los pubis, después de la sinfisiotomía se desprende con facilidad del hueso, pues que siendo inextensible ha de buscar la cuerda en vez de quedar en el arco, que se agranda. Es en virtud también de su debilidad que no se debe forzar la separación, para evitar desgarraduras de este ligamento.

El ligamento sacro ilíaco posterior muy grueso y muy potente llena el espacio que queda entre la tuberosidad ilíaca y el sacro. Está compuesto de tres porciones y la más profunda ha sido im-

propiamente llamada ligamento interóseo, siendo como es perfectamente extra articular.

El ligamento ilio lumbar no nos interesa porque está bastante alejado de la articulación y no nos entorpece en ningún momento.

Los ligamentos sacro ciáticos mayor y menor, potentes ligamentos y de interesantes relaciones, tampoco nos interesan del punto de vista quirúrgico y por eso sólo los nombramos.

La sinovial de la articulación es pequeña y solo se agranda en el momento de los embarazos y en el niño.

La movilidad es poco apreciable en el estado normal y está solamente representada por los de nutación y contranutación. Son movimientos de báscula del sacro, por los cuales en el 1.º el promontorio se acerca a la sínfisis de 2 mm. próximamente, mientras que la punta se aleja 5 mm., produciendo un acortamiento del estrecho superior y un ensanchamiento de la excavación. En el de contranutación las cosas pasan a la inversa y esta propiedad fisiológica ha dado nacimiento a maniobras obstétricas tales como la posición de Crouzat Walcher.

Las arterias son ramas de la ilio lumbar, de la sacra lateral y de la glútea.

Los nervios provienen de las ramas posteriores de los dos primeros nervios sacros, del glúteo

superior, del plexo sacro y quizá del nervio obturador.

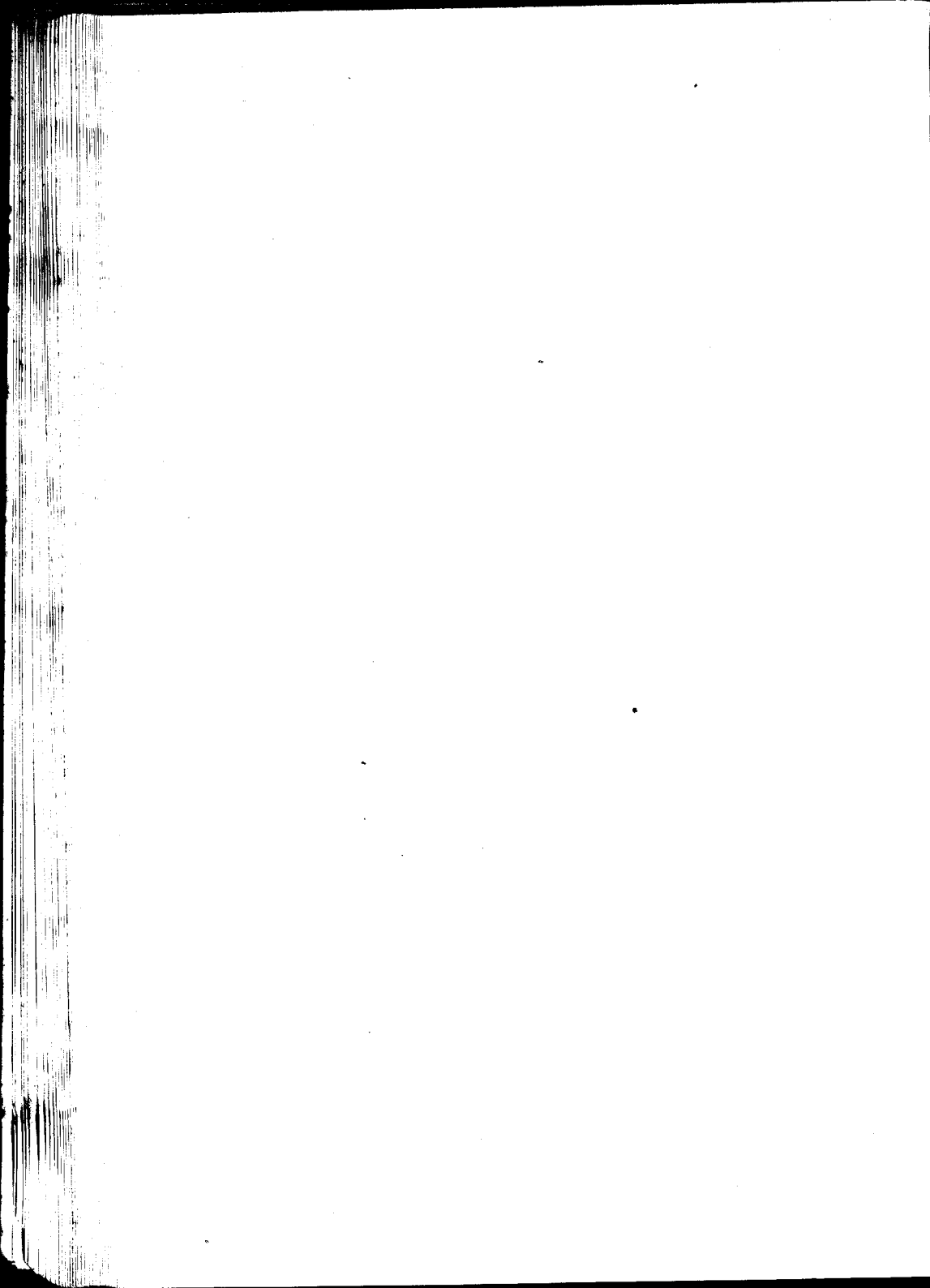
Articulación sacro coxígea. Pequeña articulación, anfiartrosis por su clasificación con ligamentos interóseo y periféricos.

Articulaciones intercoccígeas: mantenidas en relación por la continuación de los respectivos ligamentos sacrococcígeos. Se osifican a cierta edad, a veces muy temprana.

Siendo el embarazo un elemento de perturbación para la fisiología de la mujer es indudable que el organismo, en esas circunstancias, trata de acomodarse para luchar en las mejores condiciones. Y en efecto, se produce una sobre actividad nutritiva de ciertos órganos; es precisamente lo que pasa en las articulaciones pélvicas: Los fibrocartílagos, los ligamentos periarticulares se reblandecen, se infiltran de serosidad, las fibras están más separadas y más laxas por lo que se produce ante todo un aumento de los diámetros, aumento solicitado por el desarrollo del feto; se reblandecen además, como decíamos, los medios de unión de esas articulaciones y así notamos que a nivel de la sínfisis pubiana los coxales pueden moverse el uno sobre el otro (maniobra comprobatoria de Buddin); en la sínfisis sacro ilíaca los movimientos de báscula normales (nutación, contranutación) se ha-

llan aumentados y se producen más fácilmente; las articulaciones sacro coxígeas e intercocígeas, reblandecidas se dejan propulsar y si agregamos a todo ello que el centro de gravedad de la embarazada se ha desplazado hacia adelante por efecto del peso del feto obligándola a aumentar su lordosis lumbar, hechando los hombros hacia atrás, tendremos el por qué de la marcha de pato tan característica, de los últimos meses del embarazo.

Hay que tener también en cuenta ciertas alteraciones de la mujer en sus últimos meses de gestación tales como los osteófitos de la preñez, etc., que pueden representar indicaciones especiales, pero que pasamos de alto para no salir de nuestro tema.



CAPITULO III

Indicaciones

Tratándose de una operación ampliatoria de la pelvis y estando esa ampliación sujeta a reglas más o menos matemáticas, antes de precisar las indicaciones veamos un poco cuales son los agrandamientos que la separación de los pubis nos va a ofrecer para no pedir a esta operación más de lo que ella nos puede dar.

La separación de los pubis, por abducción de los miembros inferiores flexionados puede llevarse hasta siete centímetros, aconsejándose, sin embargo, no pasar de cinco centímetros, sin que los tejidos de la articulación sacro ilíaca sufran otra cosa que un pequeño alargamiento.

Con presión enérgica y lenta puede llevarse hasta siete centímetros y hasta más de ocho (Giraud), pero entonces con lesiones más o menos aparentes de los tejidos articulares y vísceras pelvianas (poniendo la vejiga sobre todo en riesgo).

Es indudable que los pubis separados, no se dirigen hacia adelante para aumentar de tal modo el diámetro ántero-posterior, que, en realidad, ya no existe, puesto que la sínfisis, representante de su extremo anterior, hà desaparecido. De modo que el aumento de longitud no se refiere al diámetro ántero - posterior sino a dos nuevos diámetros promontos pubianos, aumentados sí, pero no por proyección hacia adelante, para lo que no actúa ninguna fuerza capaz de producirla, sino a otra razón: representando los dos huesos ilíacos dos arcos de círculo y tomando su extremo anterior, hecho móvil, punto de apoyo sobre el posterior y girando, en cierto modo, sobre un cuerpo fijo, las caras laterales del sacro, es natural que cuanto mayores sean sus arcos, tanto mayores serán sus cuerdas.

Se debe agregar también el descenso que sufren los pubis, dado su eje de rotación sobre el sacro, lo que alarga aún más el distanciamiento del promontorio y del pubis. Farabeuf ha demostrado que para un aumento de 12 mm. del diámetro promonto pubiano corresponde un descenso de los pubis de 10 mm., vale decir casi igual.

Y no sólo es ese el diámetro que aumenta la sinfisiotomía, sino que todos se benefician obteniéndose así un aumento total del área pelviana.

Fochier, que practicó medidas especiales en varias clases de pelvis, ha llegado a las siguientes.

medidas medias de los siguientes diámetros para una separación interpubiana de 6 cts.:

Diámetros	Aumento en una pelvis		
	Normal	Aplanada	Apl. y generalmente estrechada
Conjugado.....	8 mm.	13 mm.	6 mm.
Transverso máximo	26 »	16 »	18 »
id mediano.	28 »	20 »	30 »
Oblicuoiz quierdo..	11 »	12 »	14 »

de lo que saca en conclusión que es el diámetro transverso el más beneficiado, por lo que recomienda colocar la cabeza del feto en T y en flexión moderada.

Hay algo más aún: la cabeza fetal, al descender en la pelvis encaja su bóveda parietal anterior en el espacio que dejarán los dos pubis desarticulados y separados y traerá como consecuencia un mayor aumento indirecto por disminución virtual del bi-parietal del niño. El espesor de calota fetal que se insinúa entre los pubis puede calcularse:

1 milímetro y medio para una separac. de 2 cts.
5 " " " " " " 4 "
13 " " " " " " 6 "
20 " " " " " " 7 "

Farabeuf, después de muchas y prolijas mediciones en gran número de pelvis, llega a las siguientes cifras para el aumento del diámetro promonto pubiano:

Separación interpubiana	Aumento para una pelvis de:					
	5	6	7	8	9	10
	centímetros	centímetros	centímetros	centímetros	centímetros	centímetros
5 ctms.	23 mm.	21 mm.	19 mm.	17 mm.	16 mm.	14 mm.
6 »	29 »	26 »	25 »	21 »	19 »	18 »
7 »	34 »	31 »	28 »	25 »	23 »	21 »

Como puede verse observando el cuadro que antecede y teniendo en cuenta las otras condiciones ya enumeradas, cada nuevo centímetro de separación pubiana nos da un aumento progresivamente mayor. Varía también el aumento según la dimensión inicial del diámetro ántero-posterior y que es tanto mayor cuanto más pequeña es la pelvis, es decir, que tanto más beneficia cuanto menor es la pelvis.

Esto mismo ha demostrado el Dr. Soldano en su tesis inaugural al hacer un estudio muy completo y con la rigidez de las fórmulas matemáticas, del proceso geométrico de la ampliación de la pelvis.

Ahora bien, la indicación más frecuente, por no decir la única, es en general una desproporción fetopelviana que imposibilite al móvil por más que modere su presentación y por más que se acomode a la pelvis materna el paso de la canal genital sin comprometer su integridad ni la de la madre. Por lo común, esa desproporción se debe a una pelvi-viciación y menos frecuentemente a un gigantismo fetal más o menos pronunciado o a ambas condiciones reunidas; de modo, pues, que antes de decidirse por la sinfisiotomía debe tenerse en cuenta los diámetros de la pelvis por una parte y los fetales por otra, para de acuerdo con las cifras y cuadros mencionados (agrandamiento de diámetros, encaje en el espacio interpubiano, etc.), hacer el cálculo de probabilidades y evitar el fracaso por falta de indicación. Se puede admitir en tesis general que para un feto normal con biparietal de 9,5 ctms. debe contarse con un promonto pubiano mínimo de 68 mm. por lo menos y mejor aún nunca menor de 70 mm.

La indicación comporta asimismo ciertas condiciones. Se debe preferir una múltipara o una primípara con partes blandas muy dilatables. Si se trata de una primípara y en especial si sus partes blandas no se consideran fácilmente dilatables por la edad u otra razón cualquiera es muy conveniente hacer, ante todo, pasar un balón de Champetier del número mayor que se pueda por la vagina y vulva

antes de sinfisiotomizar. Otra de las condiciones más importantes es la de proceder con un útero cuyas contracciones son regulares y suficientemente enérgicas como para asegurarnos una ayuda eficaz. (Sobre estas dos condiciones insiste mucho el Dr. Boero en un artículo publicado por él en la "Semana Médica" del año 1914).

Si las contracciones no son suficientes es de buena práctica excitarlas por medio de la hipofisina, pituitina o cualquier otro ocitócico. Si son exageradas debe tratarse de disminuirlas (morfina, la misma anestesia, etc.). Por ello debe intervenir en pleno trabajo, pero no tan tarde como para que el feto esté sufriendo y nos imposibilite esperar un parto espontáneo de muchísimo mejor pronóstico y más sencillo. Esto no quiere decir que debemos esperar demasiado tiempo, porque ello también es perjudicial por el traumatismo que hace de las partes blandas. Debe preferirse la dilatación completa, pero como ella es a veces imposible dado el obstáculo para el encaje del feto, es necesario que sea por lo menos dilatable el cuello. La separación de los pubis ha de ser simétrica y no exagerada.

Son contraindicaciones absolutas de esta operación: Una desproporción feto-pelviana de tal magnitud, que a pesar de todo el aumento real o virtual dado por la sinfisiotomía, sea impracticable el parto por las vías naturales.

La osificación de las articulaciones pelvianas especialmente las sacro ilíacas, verdaderas charnelas.

La anquilosis de las mismas.

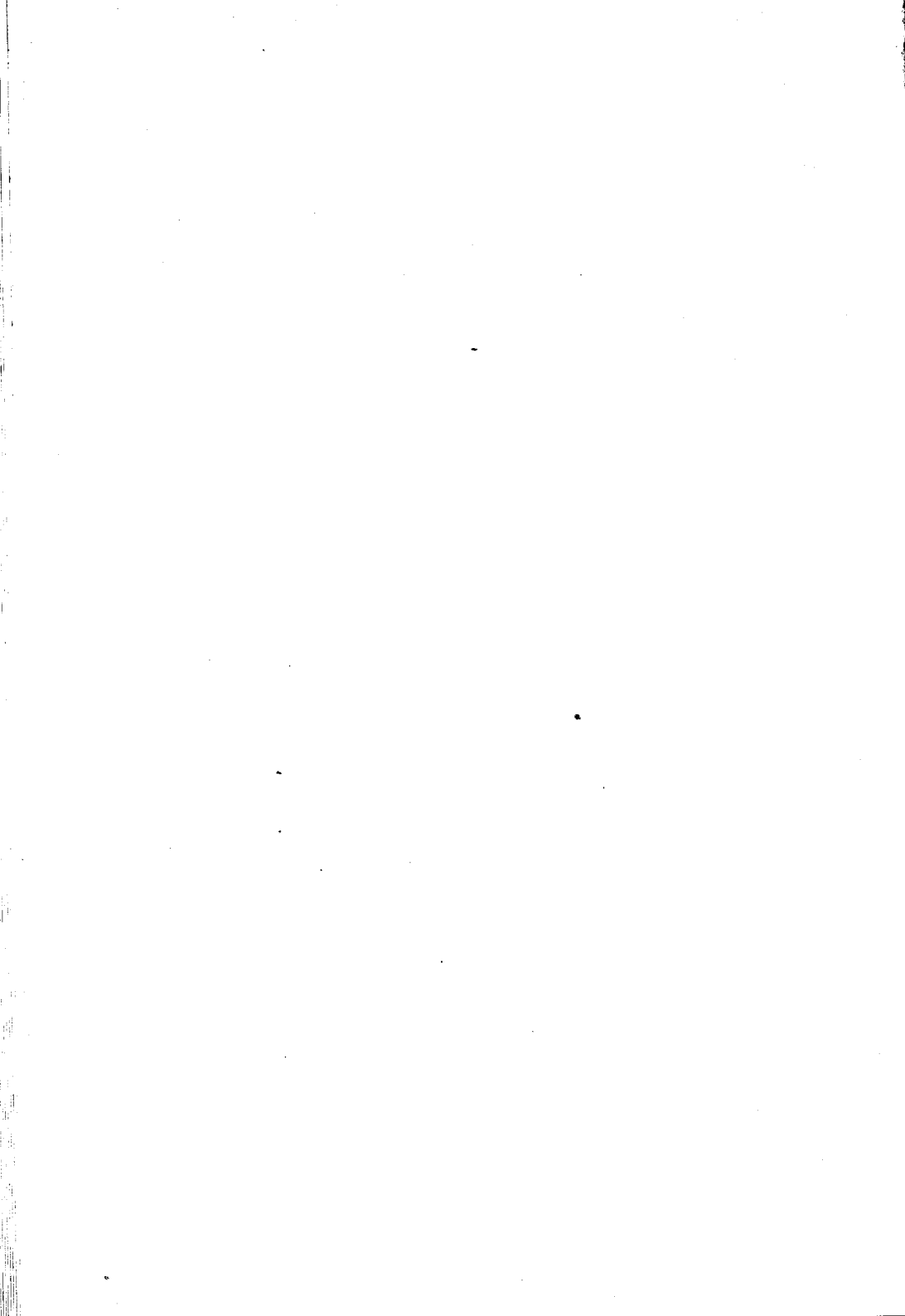
La muerte del feto.

Serían contraindicaciones relativas:

La desproporción poco acentuada, en cuyo caso debe tentarse otra intervención obstétrica; el fórceps, por ejemplo, para recién intervenir sobre la sínfisis si ella fracasa.

La vitalidad tan problemática del feto que no nos autorice para hacer sufrir a la madre un riesgo por insignificante que sea.

Y en general, todas aquellas circunstancias que el criterio clínico nos designe e imponga como contraindicación, sean absolutas o relativas.



CAPITULO IV

Técnica

Como ya dijimos en otra parte de esta tesis las técnicas que se han propuesto para efectuar la operación que nos ocupa pueden dividirse en dos categorías, a saber: a cielo abierto y más o menos subcutáneas.

Nos hemos propuesto no insistir sobre las primeras porque nos parecen inferiores a las segundas por cuanto son más cruentas, haciendo una herida mayor y exponiendo más ampliamente a una infección nada difícil a esa altura y en ese momento fisiológico. Todas consisten en incidir las partes blandas y seccionar luego el fibrocartílago, sea de dentro a afuera, sea de fuera adentro; usando bisturí, o instrumento especialmente fabricados o la sierra de cadena o la de Gigli.

En cuanto al segundo grupo sólo hay dos técnicas clásicas: la de Zweifel y la de Frank.

Zweifel hace una pequeña incisión horizontal en la parte superior del pubis e introduce el dedo índice por detrás de la sínfisis para separar las partes blandas posteriores. Con un bisturí abotonado hace un surco en la cara posterior del cartílago para servir de carril al hilo sierra de Gigli. A un centímetro próximamente por encima del clítoris practica otra pequeña incisión por donde mete la sierra de Gigli con ayuda de la aguja de Bermm y guiándose con el dedo índice. Secciona luego el fibrocartílago y el arcuatatum.

El Dr. Soldano, en su tesis mucho posterior, pues es de 1913, y la técnica mencionada es de 1906, llama procedimiento de la doble botonera a esta misma técnica con una sola pequeña variante en la manera de pasar el hilo sierra. Bien es cierto que él, cita la técnica de Zweifel y hace la salvedad de que no la conocía.

La técnica de Frank es incuestionablemente superior. En primer lugar hace una sola incisión y justamente en un punto en que no hay absolutamente ningún peligro, mientras que Zweifel hace dos y con el seguro accidente de herir el clítoris o sus órganos eréctiles o vasculares, a parte del de la infección nada difícil al practicarse tan baja. Por otra parte, la sección de la sínfisis por el procedimiento de Zweifel, practicándola con el hilo sierra nos ha de dar una sección mucho menos neta que la

de Frank, hecha con bisturí y, por lo tanto, con más probabilidades de cicatrizar mejor.

Veamos, pues, en qué consiste la técnica de Frank, de Colonia:

Con uno o varios dedos de la mano izquierda se tira la piel, clítoris y uretra fuertemente, y se rechaza hacia abajo del borde de la sínfisis y se coloca el dedo índice entre el clítoris y el borde inferior de la sínfisis, obteniendo en esa forma atenuar el acodamiento que forman los cuerpos cavernosos del clítoris en la parte ántero-inferior de la sínfisis, evitando así el herirlos.

Con un escalpelo común se penetra directamente sobre la piel tensa, en el justo medio de la sínfisis con el filo del bisturí dirigido hacia abajo. Se practica una verdadera punción a bisturí hasta llegar al cartílago, es decir, no haremos nunca más de 1 centímetro de incisión. Además, como la piel está tirada hacia abajo deslizando sobre su tejido celular laxo, cuando saquemos el bisturí tendremos una herida alta, lejos de la vulva y, por lo tanto, del foco de infección más frecuente en esos casos.

Primeramente se corta la mitad inferior de la sínfisis y el ligamento arcuatum, manejando el bisturí como si se tratara de una palanca cuyo punto de apoyo estuviese representado por la piel, la resistencia por el cartílago y la potencia en el mango: en esa forma no aumentaremos la incisión cutánea.

Después se conduce el bisturí, sin abandonar la herida cutánea, con el filo hacia arriba y con movimientos análogos de palanca pero en sentido contrario, hacia arriba, se secciona la mitad superior. Mientras tanto, y poco a poco se va relajando la tensión de la piel para facilitar la maniobra. Se saca el bisturí al terminar la diéresis con un rápido movimiento y se cierra la pequeña herida cutánea con un punto profundo de sutura hecho con catgut, seda o erin.

Para la separación de los pubis, es menester de dos ayudantes discretos, y se procede en la siguiente forma: Al seccionar la sínfisis los pubis se separan espontáneamente de uno a dos centímetros. Luego se flexionan los miembros inferiores y por abducción progresiva se lleva esta separación hasta la altura que las indicaciones y la prudencia aconsejen.

El Dr. E. Zárate, basándose en condiciones anatómicas y de otro orden que está investigando trata de modificar esta técnica, y como puede verse por la lectura de las Historias clínicas, en las observaciones II y III ya no ha seguido exactamente la técnica de Frank.

En cuanto a terminación del parto debe tratarse de que se haga espontáneo, para lo cual, como ya vimos en las Indicaciones, debe contarse de preferencia con una múltipara de partes blandas y dilatables y con buenas contracciones uterinas regula-

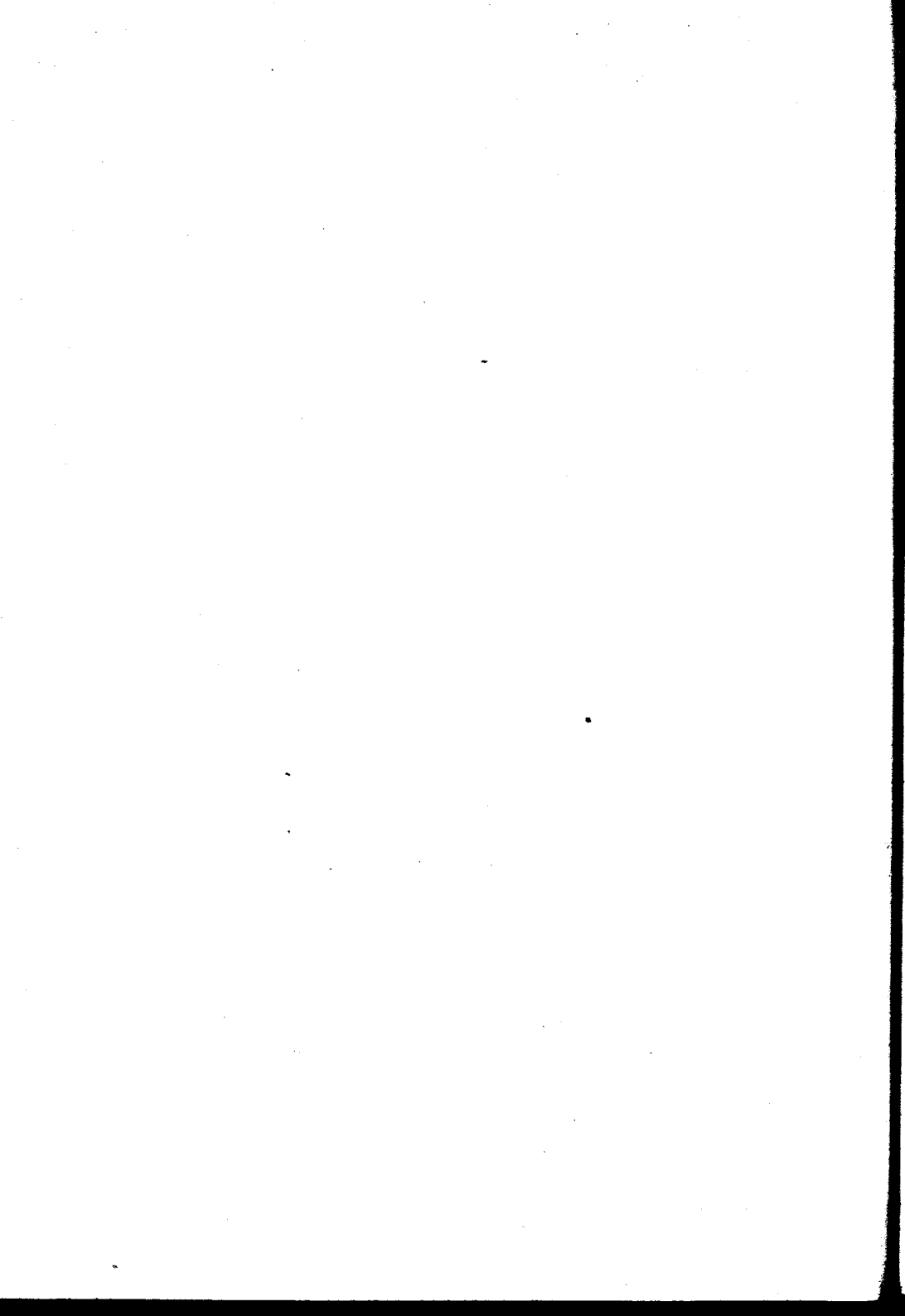
res. Puede también recurrirse a los excitantes usuales del útero y si el caso lo requiere a las operaciones obstétricas indicadas, aprovechando los diámetros viables, que variarían de una a otra pelvis, pues en general son viciosas.

En cuanto al alumbramiento se siguen los procedimientos habituales y prefiriendo siempre, salvo contraindicación, el espontáneo.

Terminado el parto o antes que se produzca, según los casos se ha de examinar si no hay desgarraduras en el canal genital o vísceras pelvianas, vejiga sobre todo para lo que nos servimos del sondaje o cualquier otro procedimiento de exploración.

Se practica la toilette del niño y de la madre según las prácticas establecidas. Se hace una curación aséptica de la pequeña herida y se coloca un vendaje compresivo que sostiene la cadera. Las piernas se dejan atadas para evitar movimientos.

Si el puerperio y evolución de la herida no ofrecen dificultades se le permite el decúbito lateral, durante la primer semana, después del 3.º o 4.º día. Se le deja sentar al fin de la primer semana, época en que se saca el punto si no se trata de catgut. Se le principia a levantar al final de la segunda semana y progresivamente hasta darla de alta alrededor de las tres semanas de la intervención.



CAPITULO V

Estudios comparativos de la sinfisiotomía con otras operaciones obstétricas

Nos referimos indudablemente a la sinfisiotomía por el método subcutáneo de Frank más o menos puro.

Con la cesárea: Es indudable que con los progresos de la asepsia y los perfeccionamientos de la técnica (cesáreas conservadoras, cesáreas segmentarias, etc.) esta clase de operaciones comportan un pronóstico mucho menos grave de lo que era en otros tiempos, pero así mismo y aún procediendo con huevo íntegro tiene un porcentaje de mortalidad tanto materna como fetal más elevado que la sinfisiotomía. En efecto para la última no necesitamos casi anestesia, no tenemos tampoco que incidir el peritomeo como en la cesárea, con todos los riesgos que ello comporta, no comprometemos la integridad del útero colocando en el una cicatriz

que por muy perfecta que sea puede siempre molestar aun cuando más no sea más que por las adherencias a órganos vecinos de esta víscera que en embarazos posteriores ha de aumentar de volúmen disminuyendo al propio tiempo su espesor. Hay algo más todavía:

He tenido oportunidad de ver una pieza anatómica en que una herida de cesárea se había abierto nuevamente reabsorviéndose el catgut antes de cicatrización y produciendo la muerte por peritonitis. Se debe pues usar soda en vez catgut. Traemos esta digresión para demostrar el peligro que comporta lo imprevisto en toda intervención en que se hace laparotomía; peligro que no existe en la sinfisiotomía. Por último las indicaciones no son las mismas a mi modo de ver: Una mujer con una coojugata verá menor de 68 m. m. o aún de 70 debe sufrir el riesgo de una cesárea porque la sinfisiotomía no estaría ya dentro de sus indicaciones, pero si ese diámetro pasa del límite asignado, debe practicarse la sinfisiotomía, cuya técnica es sencilla y casi no tiene peligros, evitando las cesáreas que se dió en llamar de elección y que estaban en perfectas condiciones para entrar dentro la Indicación de la Sinfisiotomía.

Con el parto prematuro.—Son por demás conocidos los peligros que para el desarrollo del niño y aún para su vitalidad comporta el parto prematu-

ro, y, a cuanta cantidad de monstruosidades y enfermedades predispone la falta de desarrollos completo a que están sujetos esos infelices. Bastaría la visita a un hospicio de dementes, retardados o idiotas para evitar dentro de lo posible la provocación de un parto con la gestación incompleta.

Creemos que solo sea aplicable cuando pueda ser posible dentro del noveno más y siempre que se trate de una mujer primeriza, con partes blandas poco dilatables y en estado de poder embarazarse nuevamente.

Con las operaciones mutiladoras del feto.—Es en especial con la basiotripsia o con la cranioclasia. Es este un punto que se ha discutido y se discute ampliamente aún. Solo las admitimos en fetos muertos en que las consideramos perfectamente indicadas. En feto vivo no lo aceptamos, porque aparte de los peligros que corre la madre, tenemos varias intervenciones capaces de suplantarla, dándonos además la probabilidad en unos casos, seguridad en otros de conseguir fetos vivos.

Con la versión.—Solo puede hacerse esta comparación cuando se trata de una desproporción pelvico fetal insignificante.

Con el forceps.—Si la desproporción es pequeña es muy posible actuando con este instrumento

conseguir un parto sin operaciones ampliatorias, aún cuando en general hay que actuar en las peores circunstancias, es decir en el estrecho superior y a veces con un cuello incompletamente dilatado por la falta de encaje debida a la estrechez. El criterio será en este caso como en muchos otros nuestro mejor consejero.

Con otras operaciones ampliatorias de la pelvis.—Aquí hemos de referirnos únicamente a la pubiotomía y en especial a la pubiotomía subcutánea practicada por cualquiera de los muchos procedimientos conocidos. Nuestra revista paralela ha de ser más bien teórica, pero la Señorita Lucía M. Giorgi en su tesis inaugural hace un paralelo comparativo basado en el estudio de las tres historias de la clínica obstétrica (Oesvare. I, II y III) con otras historias (las más felices)• de pubiotomía y de ese paralelo clínico, sobre casos prácticos sacará conclusiones intensamente y perfectamente convincentes.

Siendo las indicaciones aproximadamente las mismas es de suponer que estas dos intervenciones traten de suplantarse, veamos pues cual es la más conveniente:

En cuanto se refiere a condiciones anatómicas la ventaja es para la sinfisiotomía; en efecto: En

la región sínfisiara no tenemos por delante de la sínfisis ningún órgano cuya herida pueda ser peligrosa, si se exceptúa los cuerpos cavernosos del clítoris, pero cuya herida se evita admirablemente mediante el borramiento de su ángulo por la tracción ejercida sobre el clítoris. La articulación, es decir su fibro cartilago se secciona sin ningún peligro y por detrás de la sínfisis, región rica en vasos sabemos perfectamente que en la línea media son insignificantes en cuanto se refiere a elementos arteriales.

Las gruesas venas vesicales inferiores y el plexo venoso de Santorini, además de estar separados de la sínfisis por una lámina célula-fibrosa como ya dijimos en la parte correspondiente a la anatomía de la región, están dispuestas en una forma tan especial que no es posible herirlos procediendo con un poco de cautela. En cuanto a vejiga o uretra u otros órganos pelvianos, sabemos también que si el separamiento pubiano no pasa de siete centímetros o mejor aún de cinco centímetros, no hay peligro de desgarrarlos. En cuanto a la pubiotomía una sola razón anatómica basta para colocarla en inferioridad de condiciones y ella es la aducida por J. Tandler en su artículo sobre anatomía del corte lateral; la íntima adherencia de los cuerpos cavernosos a las ramas isquiopubianas, lo que hace imposible la pubiotomía sin herir ese importante órgano vascular

que produce invariablemente serios hematomas, fáciles de infectar por la situación de la pequeña herida inferior.

El agrandamiento de la pelvis en la sinfisiotomía es más simétrico y por tanto más eficaz que en la pubiotomía por cuanto ambos brazos de palanca son iguales.

Hay una razón fisiológica para inclinarse por la sinfisiotomía y ella es el reblandecimiento espontáneo de la sínfisis en la mujer embarazada, razón que no ha pasado inadvertida para los antiguos tan escrupulosamente observadores de los hechos naturales.

En cuanto a anatomía patológica la cicatriz del cartílago sinfisario suele ser más homogénea, y más rápida que la de los huesos de esa región que nos pueden dar callos gruesos quizá por lo difícil de la coaptación perfecta. Cuando no pasa como en una pelvis existente en el Museo de la Clínica en que las cabos óseos sin unir presentan un corte oblicuo y que es una verdadera cuchilla capaz de lesionar las partes maternas y fetales que se le pongan al alcance, cosa que no pasa jamás con la sinfisiotomía en que los extremos son romos, verdaderas superficies articulares.

Como facilidad, sobre todo para el médico práctico, de encontrar instrumental en cualquier parte y no necesitar ningún instrumento especial, ni costoso, ni difícil de conseguir si se deteriora. En ri-

gor para la sinfisiotomía basta con un bisturí y si él no existe con un cortaplumas o cuchillito bien afilado y aseptizado.

Otra ventaja de la sinfisiotomía es la de poderse practicar con anestesia local fácil de practicar dado lo superficial de la sínfisis y en caso de tener que hacer anestesia general basta con bien pocas gotas de anestésico. La pubiotomía en cambio requiere anestesia general porque bien sabemos lo dolorosas e impresionantes que son las diéresis óseas y porque por otra parte es mucho más profunda como región.

La técnica es más sencilla y más rápida en la sinfisiotomía que en la pubiotomía.

Corre un riesgo muchísimo menor de infectarse la herida cutánea alta de la sinfisiotomía y que por otra parte es única, que las de la pubiotomía que aparte de ser dobles, una de ellas está colocada en el gran labio, o poco por fuera de él o entre el grande y el pequeño, y bien sabemos lo que este quiere decir para facilitar la infección. Hay además una razón estética aún cuando de menor importancia dada la región, pero existente, sin embargo; y ella es que la cicatriz producida por la sinfisiotomía en la piel quedará perfectamente oculta entre los pelos del Monte de Venus, no así por lo menos una de las dos de la pubiotomía.

En fin resumiendo tenemos razones anatómi-

cas, fisiológicas, anátomo patológicas, de facilidad de técnica, de anestesia, de estética y de mejor pronóstico para preferir la sinfisiotomía a la pubiotomía y por lo tanto a cualquier otra intervención ampliatoria de la pelvis.

En cuanto a pronóstico se deduce sólo de las consideraciones que acabamos de hacer y él es benigno para la madre y para el feto.

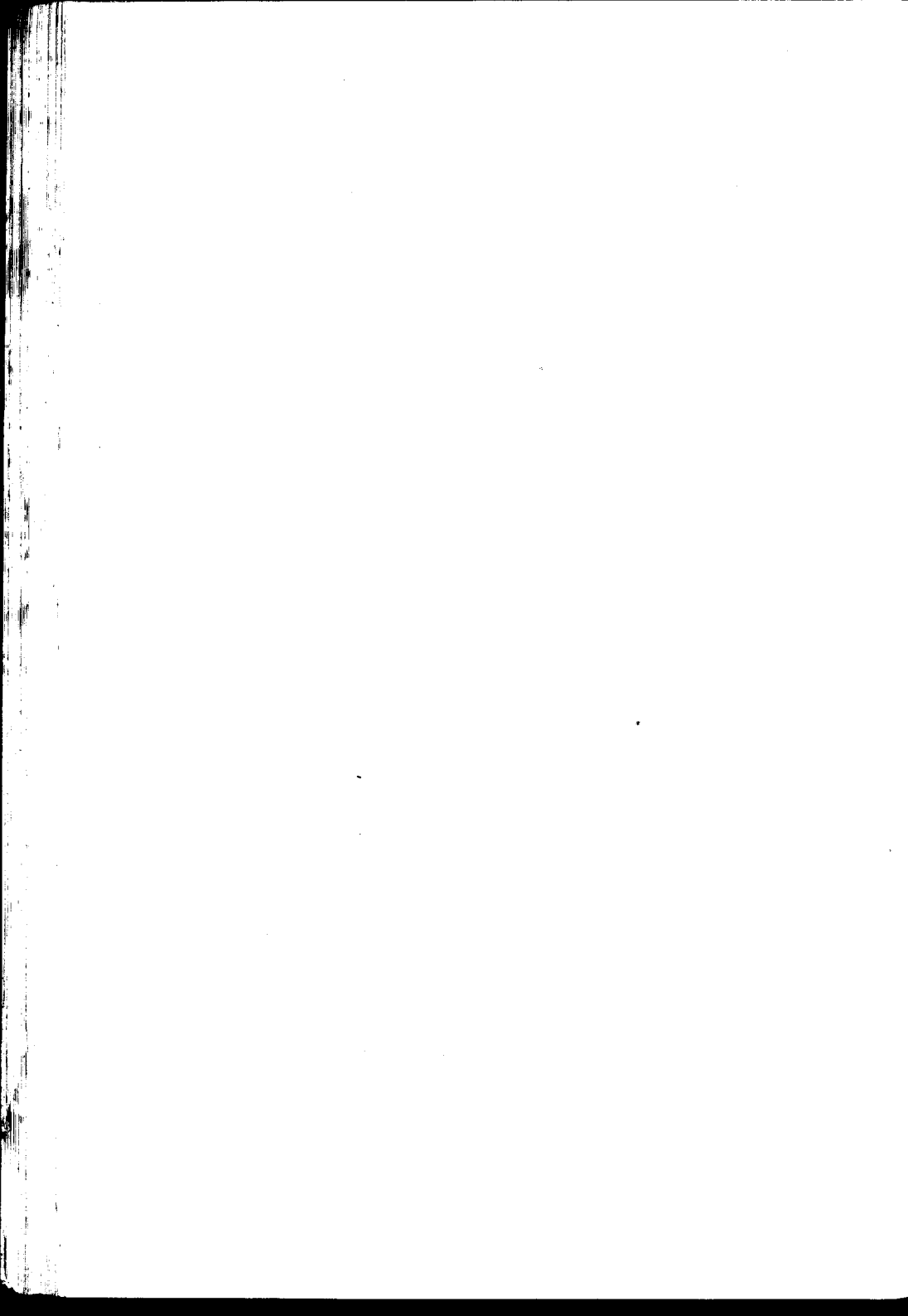
En cuanto a estadística solo nos ocuparemos de los seis únicos casos operados entre nosotros por métodos subcutáneos. Véase su excelencia:

OPERADOR	N. de casos	MADRE		NIÑO		PROCEDIMIENTO
		Curaciones	Deceos	Curaciones	Deceos	
Prof. Zárate...	3	3	0	3	0	Frank
Chamorro.....	1	1	0	1	0	»
Soldano.....	2	2	0	2	0	Zweifel
Totales..	6	6	0	6	0	

Como se observa hay un 100 o|o de éxitos dobles, es decir para la madre y para el niño.

Indudablemente se trata de una estadística exigua, pero a pesar de todo, concluyente. Se tiene

pues en la sinfisiotomía subeutánea por la técnica de Frank, practicada dentro de sus indicaciones y con la destreza y pulcritud que se debe suponer en el médico consciente de su papel en la sociedad; una operación de buen pronóstico para ambas vidas, fácil, sencilla y de resultados tanto próximos como alejados, halagadores y muy dignos de tenerse en cuenta.



OBSERVACIONES CLÍNICAS

OBSERVACIÓN I

Clínica Obstétrica y Ginecológica.—Director: Prof. Enrique Zárate

Núm. 1890. J. L., española, sirvienta de 30 años de edad, ingresa a la clínica el 24 de Diciembre, a las 9 de la mañana.

Los antecedentes fisiológicos y patológicos no tienen importancia.

Sus antecedentes obstétricos nos revelan un embarazo anterior presentación cefálica, parto latarioso, del sexo femenino, que murió a las tres horas de nacer.

El actual embarazo procede de distinto padre.

El examen de la embarazada, que se encuentra a término, nos da los siguientes datos. Locomoción normal, cifosis de la columna vertebral a la altura dorso lumbar, lordosis compensadora por encima y por debajo de la cifosis. Vientre globuloso, paredes delgadas, flácidas, circunferencia 89 centímetros. Utero ovoide en anteversión, presentación ce-

fálica de vértice sin encaje en posición derecha. Hidramnios moderado, auscultación fetal normal.

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

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

Pelvimetría interna: C. Diagonal 10.9 cm., P. P. M. 9 ents.

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

La enferma ingresa a la sala de partos a las 8 a. m. del día 2 de Enero, habiendo comenzado sus dolores a las 9 p. m. del día 1.º de Enero. Inmediatamente después de su ingreso se procede a hacer un examen, encontrando el vientre globuloso, útero colocado en la línea media y en anteversión. La palpación es bastante dificultosa por la tensión abdominal y las contracciones uterinas.

Por medio del tacto se constata lo anotado anteriormente con respecto a su conformación pelviana. El cuello presenta 5 centímetros de dilatación sin alcanzarse la presentación. Auscultación fetal normal. Tres horas más tarde se practica un segundo tacto encontrándose la dilatación completa del cuello y la bolsa de las aguas hemisférica y muy

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

A las 11 p. m. se le inyecta un centígramo de morfina, después de lo cual la paciente duerme durante 3 horas y a las 2 a. m. del día 3 vuelven a aparecer los dolores pero de poca intensidad e ineficaces, para desaparecer por completo.

48 horas después de iniciado el trabajo de parto el Profesor decide practicar una sinfisiotomía por el método subcutáneo de Frank y según la técnica anteriormente descripta. La herida da poca cantidad de sangre, unos dos o tres gramos, los bordes sinfisarios se separan un centímetro y medio y por abducción de los muslos la separación pasa de cua-

tro centímetros. No se nota desgarradura vaginal. El sondaje de la vejiga da orina clara.

Se inyecta a la parturienta 1 c.c. de pituitrina la que despierta nuevamente buenas contracciones y a los 30 minutos después de la sección de la sínfisis la mujer da á luz un feto del sexo masculino con un peso de 4 kilos y un biparietal de 9 ½ centímetros. El niño nace apnéico pero se reanima con facilidad. El alumbramiento se hace a los 15 minutos por ligeras tracción del cordón. La herida punzante hecha con el bisturí y que ha sido suturada por un punto de crin es cubierta con algunas gasas y se coloca también un vendaje compresivo que comprime las caderas, las piernas quedan atadas.

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

El puerperio evoluciona normalmente salvo una ligera alteración de los loquios que se hacen purulentos.

A los 4 días se le permite acostarse en decúbito lateral sin acusar ninguna molestia. A los 7 días la enferma se sienta en la cama y guarda esta posición sin ninguna incomodidad. Desde esta fecha la enferma se mueve a su antojo.

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

A los 21 días sale de alta en perfectas condiciones, con su niño pesando 4.090 gramos.

OBSERVACIÓN II

Clínica Obstétrica y Ginecológica.—Director: Prof. Enrique Zárate

N. 972. Aurora R. de S., de 30 años de edad, española. Ingres a la Clínica Obstétrica el 1.º de Julio a las 6 de la mañana.

Los antecedentes hereditarios no tienen importancia.

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

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

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

Pelvimetría interna: C diagonal 10.3 centímetros p.p. m. 8.8 centímetros.

Ingres a del público enviada por una partera que le ha practicado numerosos tactos con aceite. El trabajo de parto ha comenzado hacen 9 horas y

la bolsa de las aguas se ha roto a las 2 horas de iniciados los dolores.

Vientre globuloso, edema suprapubiano, fondo a 36 cent. por encima del pubis. Contracción enérgicas y muy dolorosas, la cabeza desborda ligeramente sobre el putis.

Auscultación fetal normal.

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

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

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

Colocada la enferma en posición conveniente, teniendo las piernas dos ayudantes, se ubica bien la sínfisis pubiana y se marca con tintura de iodo. Introdúcense entonces el índice y medio de la mano izquierda en el conducto vaginal tratando de re-

chazar o desviar la uretra hacia el lado derecho del rodete sinfisiario posterior, y con el dedo pulgar se descende el clítoris por debajo del arcuatum. Penétranse en seguida con el bisturí tenido en la mano derecha, directamente en el medio de la sínfisis y con pequeños cortes que dejan sentir el crujido del fibro cartilago se secciona la mitad inferior de la sínfisis, hecho ésto y sin invertir el filo se procede a la sección de la mitad superior por pequeños golpes y hasta percibir la punta del bisturí en los límites del periosteo o ligamento posterior. Terminado esto los ayudantes efectúan una ligera abducción de los muslos y la sínfisis se entreabre en una extensión de un centímetro a centímetro y medio; breves instantes después una mayor abducción lleva la separación a 4 centímetros más o menos. La punción hecha con el bisturí apenas si da unos gramos de sangre e inmediatamente se coloca un punto de crin.

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

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

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

A las doce y media la cabeza apoya sobre el suelo perineal en transversa, pero como la mujer

no puja debidamente y las contracciones no son muy enérgicas se inyecta una segunda ampolla de puituitrina, y el parto se efectúa espontáneamente a los 16 minutos de la segunda inyección, sin desgarro de las partes blandas y obteniéndose un feto de 3.100 gramos, con un biparietal de 9 ½.

El alumbramiento se efectúa por expresión a los 20 minutos.

Se le coloca a la enferma un vendaje comprensivo.

El puerperio se desarrolla en condiciones normales; a los 3 días de la operación muere sus piernas. A los 12 días se levanta por primera vez y camina sin incomodidad.

A los 16 días sale de alta en perfectas condiciones.

OBSERVACIÓN III

Clínica Obstétrica y Ginecológica.—Director: Prof. Enrique Zárate

N. 1781. Rosa R. de E., de 29 años de edad, portuguesa. Ingresa a la maternidad de la Clínica Obstétrica el 29 de Noviembre a las 8.30 a. m.

Como antecedentes individuales debe anotarse que caminó recién a los 3 años de edad. Ha tenido 2 embarazos; el primero al octavo mes, parto espontáneo, presentación pelviana, feto muerto; el segundo embarazo terminó por un aborto espontáneo al tercer mes.

Llega esta enferma del público, enviada por una partera a causa de que el niño viene mal. Refiere que su parto ha empezado el día 28 de Noviembre a las 11 p. m. con rotura precoz de la bolsa de las aguas.

El examen comprueba: Temperatura normal 100 pulsaciones. Utero desviado hacia la izquierda, de forma irregular, asimétrica, más desarrollada su mitad izquierda. Contracciones uterinas de

intensidad, duración y ritmo normales. Durante los intervalos de las contracciones el útero permite la palpación de un feto en situación longitudinal, presentación pelviana, nalga desviada hacia la fosa ilíaca derecha y cabeza al nivel del hipocondrio izquierdo. Latidos fetales normales.

El examen genital constata vulva y vagina amplias, orificio uterino con 8 centímetros de dilatación y dilatable; membranas rotas y un feto presentándose por su extremidad pelviana en S. I. I. T., pero cuya nalga se ha desviado a la fosa ilíaca derecha, permitiendo al correrse la procidencia del miembro superior, cuya mano edematosa se percibe en la vagina.

El examen de la pelvis plana y generalmente estrecha, cuyo promontorio bajo con respecto al pubis avanza fuertemente. El sacro deja percibir el relieve articular de la 1.^a y 2.^a articulación sacra. Los senos sacro-ilíacos son muy profundos. La curvatura del arco anterior pelviano presenta un radio menor que el normal. El pubis está inclinado hacia atrás por su borde superior y presenta además su cara posterior muy convexa.

La pelvimetría interna digital da 10 cms. de promonto subpubiano, de los cuales por la inclinación del pubis y su convexidad exagerada se pueden descantar cerca de 2 cms., teniendo entonces un p.p. m. de 8 cms. milímetro más o menos.

La pelvimetría con el aparato de Farabeuf da 7 cms. y 5 milím. de p.p. m.

Como con estos diámetros es imposible contar para la viabilidad del feto si se obliga a la cabeza a atravesarlos y en vista de que existen todas las condiciones que se requieren para efectuar una operación ampliatoria de la pelvis, el Profesor resuelve practicar una sinfisiotomía subcutánea.

A las 11 a. m. y previa anestesia clorofórmica se coloca la enferma en posición obstétrica con las piernas sostenidas por dos ayudantes. La región pubiana es afeitada y aseptizada con tintura de iodo. El cirujano localiza bien la sínfisis; dos dedos de la mano izquierda penetran en la vagina contorneando la región posterior de la sínfisis hasta el borde superior y desviando hacia la derecha la uretra, mientras el pulgar desciende el clítoris por debajo del arcuatum. Realizada esta maniobra la mano derecha toma un bisturí común de dimensiones medianas y penetra resueltamente a la altura media del cartílago sinfisario. La penetración con el bisturí en el fibro-cartílago, da una sensación característica y un crujido especial cuando empieza a seccionarse por pequeños golpes la mitad inferior de la sínfisis, terminando lo cual se procede a cortar, sin cambiar la orientación del filo del bisturí, y de la misma manera la mitad superior. Concluida la sección, por la misma actitud en que se en-

cuentran colocados los muslos de la enferma se produce una separación de medio a un centímetro; pero como por el tacto se nota que han quedado fibras del ligamento posterior íntegras, se reintroduce el bisturí por la misma puerta de entrada y se las secciona; una abducción más acentuada entonces lleva así gradualmente la separación a cuatro centímetros. La vagina está íntegra; se sonda la vejiga y da orina clara.

La pequeña herida que apenas a dado unas gotas de sangre, es suturada con un punto de crin.

Teniendo en cuenta la presentación fetal y la dilatabilidad del cuello, se decide efectuar la gran extracción pelviana: se descende el brazo proci-dente y se coloca un lazo en el puño; se introduce en seguida la mano izquierda y se va en busca del pie anterior; mientras se realiza esta maniobra, el cordón del feto queda comprimido entre la pared pelviana y el brazo del operador. Se toma el pie, se baja y el feto descende lentamente; se desprenden las nalgas en el diámetro pubo cogígeo, sale el tronco y el miembros posterior, se oblicua el dorso de modo que el bi-acromial encaje en el diámetro transversal de la pelvis, se hace el asa del cordón, se tracciona sobre el lazo y sale el brazo posterior, se desprende el brazo anterior. Los dedos de la mano izquierda, en la boca del feto, flexionan la cabeza y la encajan en el diámetro transversal; se hace rotar y se efectúa

la maniobra de Mariccau, desprendiéndose lentamente y sin la más mínima dificultad, lo mismo que las diversas partes del tronco, tal como si la extracción se hubiera realizado en una pelvis de tipo normal. Estas dos intervenciones se han efectuado en un cuarto de hora. El feto nace en apnea, pero es reanimado a los pocos minutos con baños y fricciones.

El alumbramiento se termina a los 10 minutos por expresión de Credé.

No hay lesión de los órganos genitales y la orina sale clara por el sondaje.

Se le aplica a la enferma un vendaje compresivo. Desde el día siguiente se le permite a la enferma mover sus piernas. Un tacto practicado el 2.º día constata la presencia de una cuerda fibrosa infrapubiana, no hay edema ni hematomas, lo mismo que en los dos casos anteriores. A los cuatro días se sienta en la cama.

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

ÓBSERVACIÓN IV

Maternidad del Hospital Alvarez. — Servicio del Prof. Enríquez

El 22 de Abril próximo pasado, siendo las 6 a. m. ingresa al servicio de maternidad A. T. de D., 30 años de edad, española, quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes fisiológicos.—Ignora la edad que comenzó a caminar, marcha normal; sus primeras reglas comienzan a los 11 años; duran 8 días.

Antecedentes patológicos.—Estuvo reclusa en un hospicio, por una afección mental.

Antecedentes ginecológicos.—No existen.

Antecedentes obstétricos.—Ha tenido un embarazo y parto a término que se verificó en nuestra maternidad, en el mes de Septiembre de 1914; el fué terminado a forceps después de 30 horas de trabajo. La presentación en aquel parto fué cefá-

lica I. T., sin encaje, hasta el momento de la intervención; la historia del mismo clasifica la pelvis de *estrecha* con un *Baudelacque* de 18 ctms., extrayéndose en dicha aplicación un niño vivo del sexo femenino de 3.800 gramos de peso con un B. P. de 8 ½ ctms., y un B. T. 7 y ½ ctms.

Estado actual.—Mujer en buen estado de nutrición, piel blanca, ligero cloasma de la cara. Esqueleto mediano, sin estigmas raquíuticos. Ligeró pronunciamiento de su lordosis lumbosacra. Corazón y pulmones: normales. Pulso frecuente (164 por minuto), poco tenso. Temperatura normal. No hay eczemas ni várices.

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

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

balza; latidos fetales sonoros, ligeras intermitencias atribuibles a la intensidad del trabajo.

Pelvimetría externa: B. T., 30 cms.; B. I., 26 $\frac{1}{2}$; B. E., 24 $\frac{1}{2}$; S. P., 29. (En esta parte del examen nos vemos obligados a efectuar una inyección de morfina para moderar la contracción y el sufrimiento de la enferma.

Tacto: Vulva y vagina normales, cuello ligeramente edematoso, 7 cms. de dilatación. Bolsa rota, excavación libre, presentación cefálica I. T. asinclitismo anterior. El parietal anterior cabalga sobre el posterior, la cabeza apoya sobre el pubis y atrás sobre el promontorio y el tacto combinado permite apreciar el rebalzamiento y la desproporción pélvico-fetal.

Toda la superficie del parietal anterior está cubierta por un tumor serosanguíneo enorme que enmascara las fontanelas y la sutura sagital, el dedo encuentra con más facilidad la fontanela frontal.

Pelvimetría interna. — Promonto subpubiano 10 cms. Rodete retropubiano normal, radio de curvatura del pubis pequeño.

Promontorio alto, irregular, saliente.

Diagnóstico. — Pelvis plana, generalmente estrechada en evidente desproporción con el polo ce-

fálico presentado. Parto espontáneo imposible, en consecuencia.

Tratamiento. — La paridad, las contracciones uterinas, el estado del niño, etc., eran elementos que nos hacían inclinar hacia una intervención ampliadora de la pelvis, en la duda de la existencia o no de una distocia asociada, nos hizo emprender una aplicación de forceps de prueba (previa anestesia clorofórmica), la que pone de manifiesto en la primer tracción la imposibilidad de hacer franquear a la cabeza el estrecho superior. Esta misma anestesia nos fué un recurso para moderar la contracción uterina, y ya que el niño conservaba en buen estado sus latidos no titubeamos en cambiar de conducta operatoria; la ampliación de la pelvis se imponía como operación racional eligiendo el método de sinfisistomía de Frank.

Operación. — Previa evacuación de la vejiga por medio de una sonda Nelaton, la que dejamos colocada en la uretra, pasamos a investigar la situación del pubis, su inclinación, situación de la sínfisis, etc., y entonces introducimos dos dedos de la mano derecha en la vagina, los que exploran la cara posterior de la articulación pubiana, sus bordes superior e inferior de la sonda dejada en la uretra, la que a su vez es desviada hacia la izquierda de la en-

ferma. El dedo pulgar de la misma mano, por fuera, disciende la piel de la cara anterior, tratando en este descenso de hacerla sobrar hacia su parte inferior, de modo que el dedo deslice si es posible, con un pliegue, por debajo del arcuatum, esta maniobra me permite alejar el clítoris e impedir su herida, durante la sección de la sínfisis.

Entonces, hundo el bisturí en el medio de la cara anterior del pubis y al nivel de su articulación, el filo del instrumento dirigido hacia abajo y con precaución trato que uno de los dedos introducidos en la vagina esté alerta y sienta cuando el ligamento posterior es alcanzado por la punta del bisturí; hecho esto levanto el mango y por pequeños movimientos secciono la articulación hacia abajo hasta tener la sensación de haber cortado el ligamento inferior. (En este punto el bisturí cruje y se siente haber vencido una primer resistencia). Retiro ligeramente el bisturí, sin sacarlo de la herida cutánea, lo introduzco nuevamente, filo hacia arriba, con las mismas precauciones, bajando el mango esta vez, secciono hacia la parte superior la articulación del mismo modo que para la mitad inferior, vuelve a sentir que el bisturí corta y vence un último obstáculo, lo que permite una acentuada separación de los cabos pubianos. Durante todo el acto operatorio los dedos de la mano derecha han permanecido rechazando la uretra hacia la izquierda y han procurado sentir

y seguir al bisturí en todo instante a través de las partes blandas, las que tuvimos cuidado de no herir.

Terminada la sección procuramos una abducción lenta y cuidadosa de los miembros inferiores, como en la pubiotomía, lo que permite la separación de ambos pubis en una separación de 5 ctms. La anestesia cesa, la sonda se retira y la primer contracción uterina encaja la cabeza del feto, a ésta le siguen otras breves y ténues. Hay un reborde de cuello de 1 ctms.; una inyección de hipofisina termina el parto expulsándose espontáneamente el niño sin haber completado la rotación de la cabeza.

Niño: del sexo femenino, 50 centímetros de longitud, 3.500 gramos de peso, B. P.: 9 ½ ctms. B. T.: 8 ½, circunferencia cefálica 36 ctms.. Gran tumor serosanguíneo sobre el parietal derecho.

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

Terminamos la operación con una ligera toilette vulvar y vaginal, tintura de yodo en la pequeña herida cutánea, la que cerramos con un punto de sutura, curación externa, vendaje de las caderas y la enferma es llevada a su lecho en buenas condiciones. La sangre perdida durante el acto operatorio es insignificante. Idem para el parto.

Puerperio: 1.º, 2.º, 3.º y 4.º días pulso y tem-

peratura normales, loquios ídem, orina clara, micción espontánea, ligero edema de los grandes labios, herida operatoria de aspecto normal.

4.º día por la tarde: Temperatura 37.4. Pulsaciones, 84 por minuto; no ha movido el vientre, senos dolorosos, loquios normales. A la palpación del cuerpo del pubis aparece ligeramente engrosado, percibiéndose además la separación de ambos cabos óseos. 5.º día: Temperatura, 39°. Pulsaciones, 98 por minuto, estado general bueno, ha movido el vientre varias veces después de un purgante. Seno izquierdo aumentado de volumen, doloroso; el dolor se propaga a la axila, excreción láctea difícil, sale un líquido por la presión, que parece pus. Matitez grande desviada a la derecha, sensible; vulva, vagina y cuello normales, loquios achocolatados. Curación del seno con fomentos; lavajes intrauterinos, suspensión del vendaje de caderas e hielo al vientre.

6.º día: Temperatura, 38.2. Pulsaciones, 92 por minuto. Loquios achocolatados. Vulva, vagina y cuello, normales. Matriz retraída. El lavaje no arrastra nada de particular; senos menos dolorosos, a la presión sale pus franco. Se insiste en los fomentos, hielo al vientre.

7.º día: Temperatura, 37.2, por la tarde. Pulsaciones, 90. Matriz retraída, loquios serosos; senos segregan en abundancia, excelente estado general. Se restituye el vendaje de caderas.

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

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

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

Permanece en nuestra maternidad hasta los 21 días de puerperio, de la cual sale sana, llevando consigo un niño de 3.800 gramos.

Esta historia clínica forma parte de la comunicación hecha por el Dr. Tomás A. Chamorro a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires en su sesión del 7 de Junio de 1916 y a la que acompañaba una radiografía.

Agradezco al Dr. Chamorro muy sinceramente la amabilidad con que facilitó la publicación de la misma.

Bibliografía consultada

ARGENTINA

- Dr. Eliseo Cantón.*—Revista de la Clínica Obstétrica y Ginecológica.—1906.
- Dr. Eliseo Cantón.*—Revista de la Clínica Obstétrica y Ginecológica.—1908.
- Dr. Eliseo Cantón.*—Primera serie de 24 casos de pubiotomía publicados en Sud-América. Comunicación al Congreso Científico panamericano, reunido en Santiago de Chile en 1908.
- Dr. Enrique Zárate.*—Sinfisiotomía subcutánea (Frank) *Semana Médica*, núm. 14.—1916.
- Dr. Enrique A. Boero.*—Las tres primeras pubiotomías practicadas en la Clientela Civil de la Ciudad de Buenos Aires. *Semana Médica* número 38.—1914.
- Dr. J. B. González.*—Deformaciones gravidodinámicas de la pelvis. *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, Vol. XXII, pág. 1169.—1915.

- Dr. F. Trongé.*—El forceps.
- Dr. Peralta Ramos.*—Revista de la Clínica Obstétrica y Ginecológica.—1909.
- Dr. Peralta Ramos.*—Revista de la Clínica Obstétrica y Ginecológica.—1910.
- Dr. Almeida Huertas.*—Revista de la Clínica Obstétrica y Ginecológica.—1909.
- Dr. Enrique A. Boero.*—Revista de la Clínica Obstétrica y Ginecológica.—1912.
- Aristóbulo Soldano.*—Contribución al estudio de la sinfisiotomía.—Tesis de Buenos Aires.—1913.
- Celestino Lanza.*—Paralelo entre las distintas técnicas de pubiotomía.—Tesis de Buenos Aires.—1914.
- Dr. T. A. Chamorro.*—Comunicación a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología (inérita).—1916.

EXTRANJERA

- Lop.*—La Symphysiotomie.—Gaz. des hopitaux. — 1895.
- L. Testut.*—Anatomía descriptiva.
- Testut Jacob.*—Anatomía topográfica.
- P. Bar, A. Brindeau, J. Chambelent.*—La pratique de l'art des accouchements, 3er. édition.
- Demelin.*—Anatomía obstetricale.
- Paul Bar.*—Patologie obstetricale.
- Farabucf.*—Precis de manuel operatoire.

- Farabeuf*.—Distocia del estrecho superior.—1894.
- Farabeuf*.—Isquio pubiotomía, etc.—1892.
- Farabeuf*.—Relac. al Congreso de Roma (con Pinar).—1894.
- Farabeuf*.—Sinfisiotomía.—1895.
- O. Morisani*.—Restringimento del bacino.—1863.
- O. Morisani*.—Retroversión uterina durante el embarazo.
- O. Morisani*.—Operazioni ostetriche.
- O. Morisani*.—Sulla Sinfisiotomía.—1881.
- Zweifel*.—Zentralblatt für gynaekologie.—1906.
- Fritz Frank*.—Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.—1910.
- Monod et Vauverts*.—Traité de technique opératoire, etc., etc.
- Fabre*.—Elemento de Obstetricie.
- Wallich*.—Elemento de Obstetricie.
- Farabeuf y Varnier*.—Introduction a l'étude de la Clinique et à la pratique des accouchements.
- Doderlein*.—Précis d'opérations obstétricales.
- S. Mercadé*.—La période post opératoire.—Zentralblatt für gynaekologie.—1904, 1905, 1906, etc., etc.



Buenos Aires, Mayo 14 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Enrique Zárate, al profesor titular Dr. Miguel S. O. Farrell y al profesor suplente Dr. Enrique A. Boero, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou.

Secretario

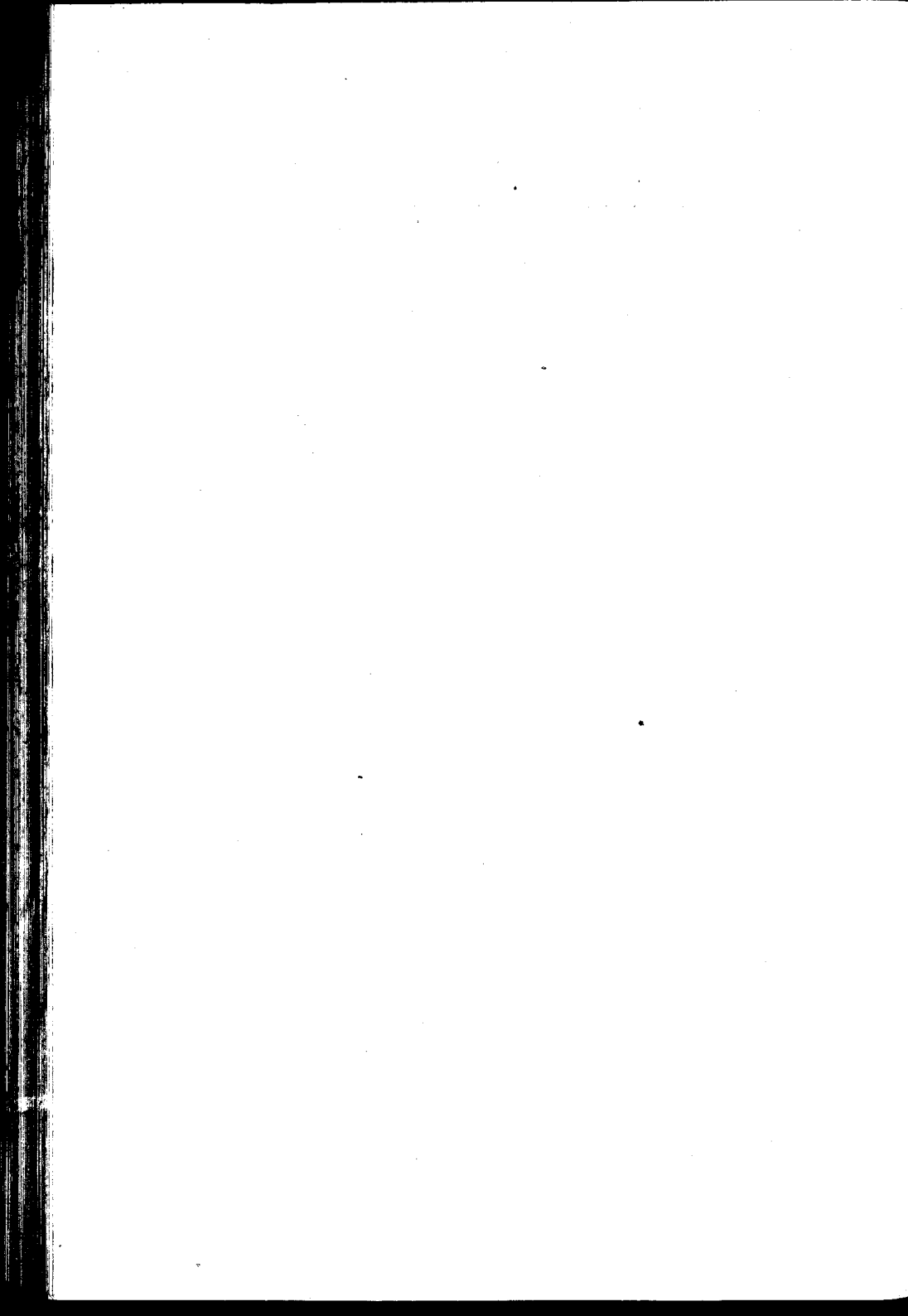
Buenos Aires, Junio 10 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3145 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou

Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La Sinfisiotomía subcutánea en competencia con el forceps en el estrecho superior por estrechez relativa.

Enrique Zárate.

II

Ventajas de la Sinfisiotomía por el procedimiento de Frank sobre los demás procedimientos de separación del pubis.

Miguel S. O. Farrel.

III

El anillo de Bandl, ascendido hacia el ombligo, visible y palpable, no contraindica las pelvotomías si el útero conserva el carácter normal de su contracción.

Enrique A. Boero.

30533

