

Año 1914.

Núm. 2785

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PUBIOTOMÍA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FEDERICO CANTONI

Ex-practicante de la Asistencia Pública

» menor interno Hospital V. San Carlos
» » » » N. Pompeya
» mayor » » » »
» externo Hospital Francés

Practicante interno del mismo

1910 - 1914

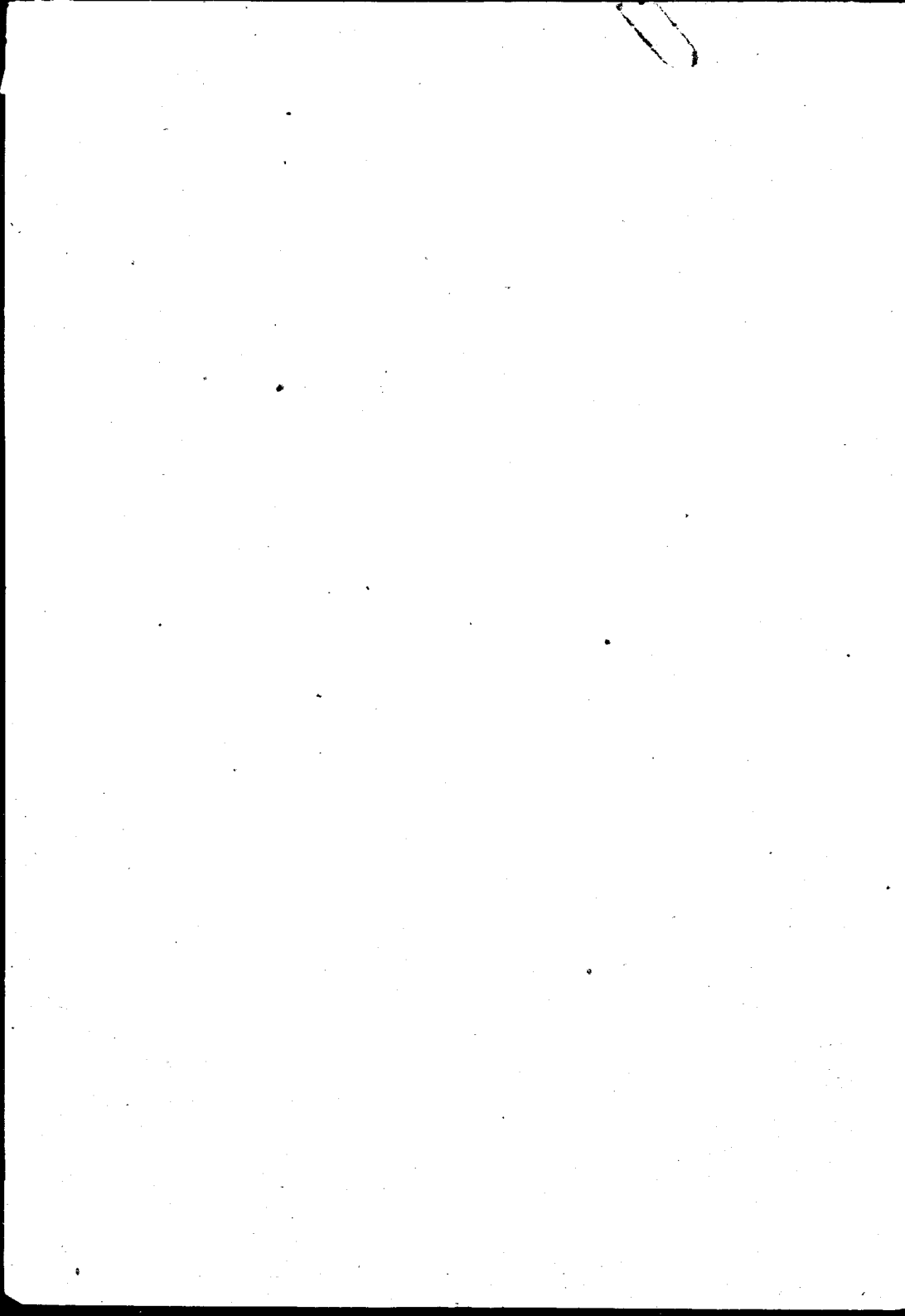


BUENOS AIRES

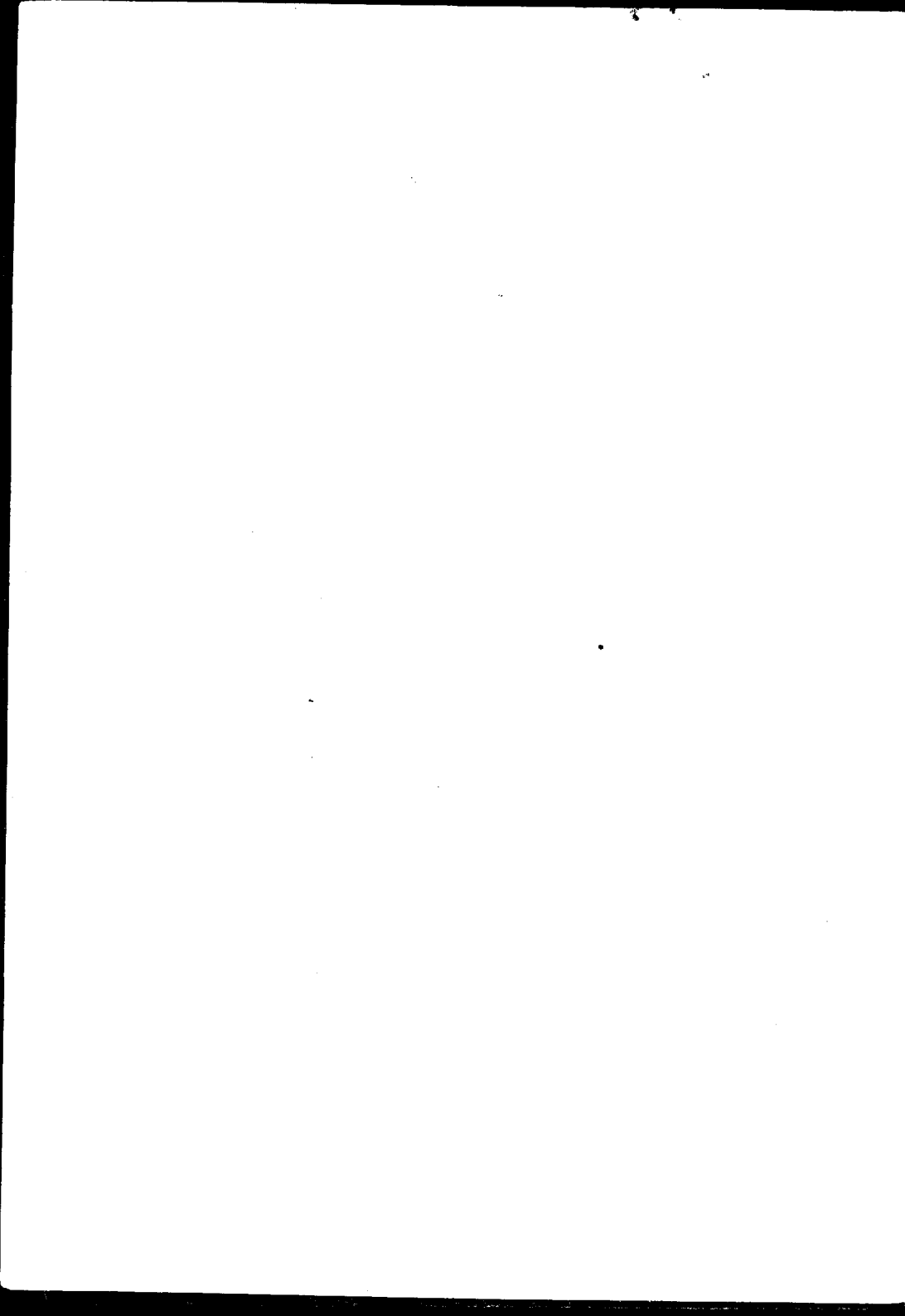
TALLERES GRÁFICOS DE LA PENITENCIARÍA NACIONAL

1914

Man. D. 31-15



PUBIOTOMÍA



Año 1914.

Núm. 2785

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PUBIOTOMÍA



TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FEDERICO CANTONI

Ex-practicante de la Asistencia Pública
menor interno Hospital N.° San Carlos
" " " " " " N.° Pompeya
" " " " " " Mayor
" " " " " " externo Hospital Francés
Practicante interno del mismo

1910 - 1914



BUENOS AIRES

TALLERES GRÁFICOS DE LA PENITENCIARÍA NACIONAL

1914

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

Artículo de la R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vicepresidente

DR. D. LUIS GÜEMES

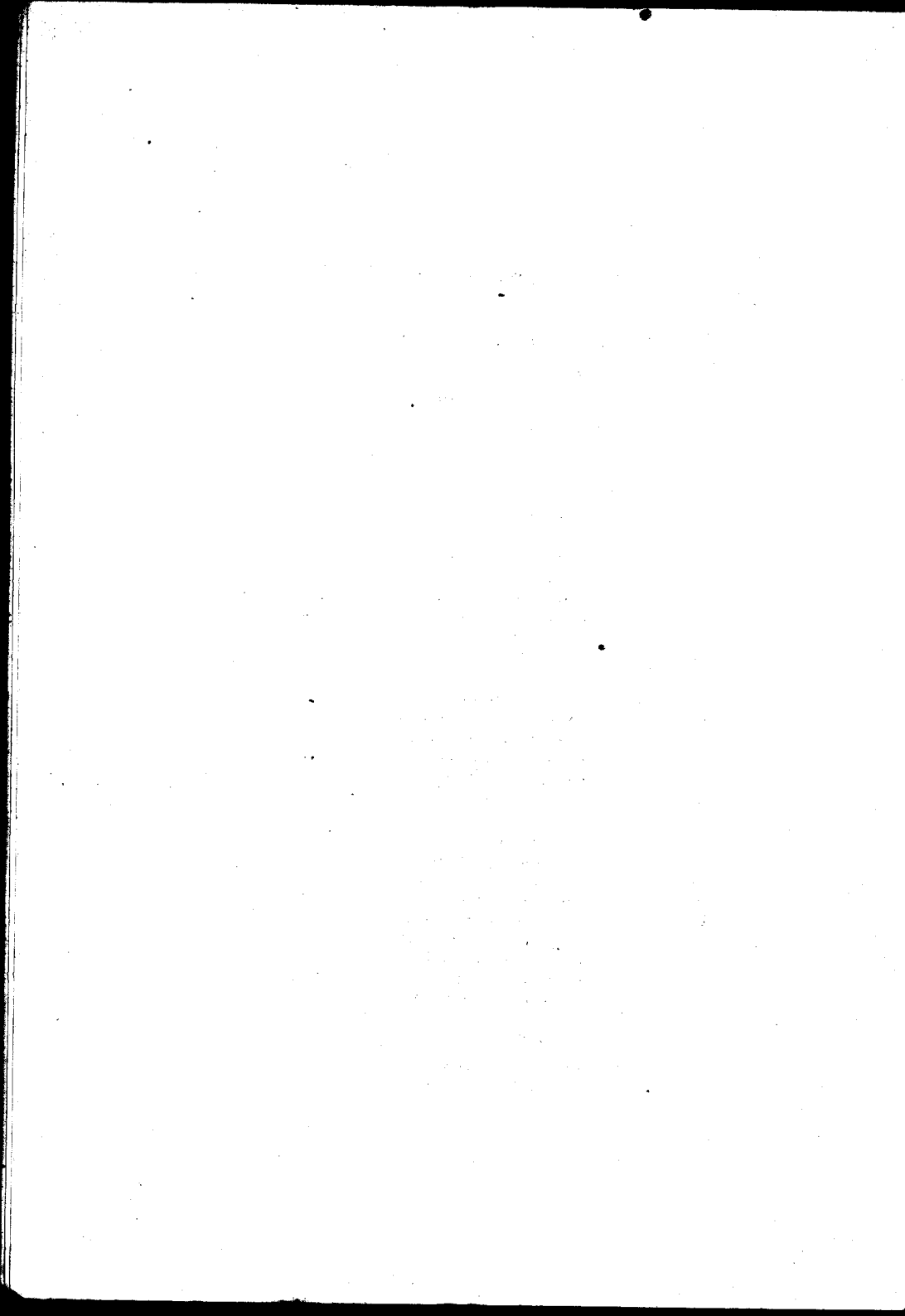
Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » DESIDERIO F. DAVEL

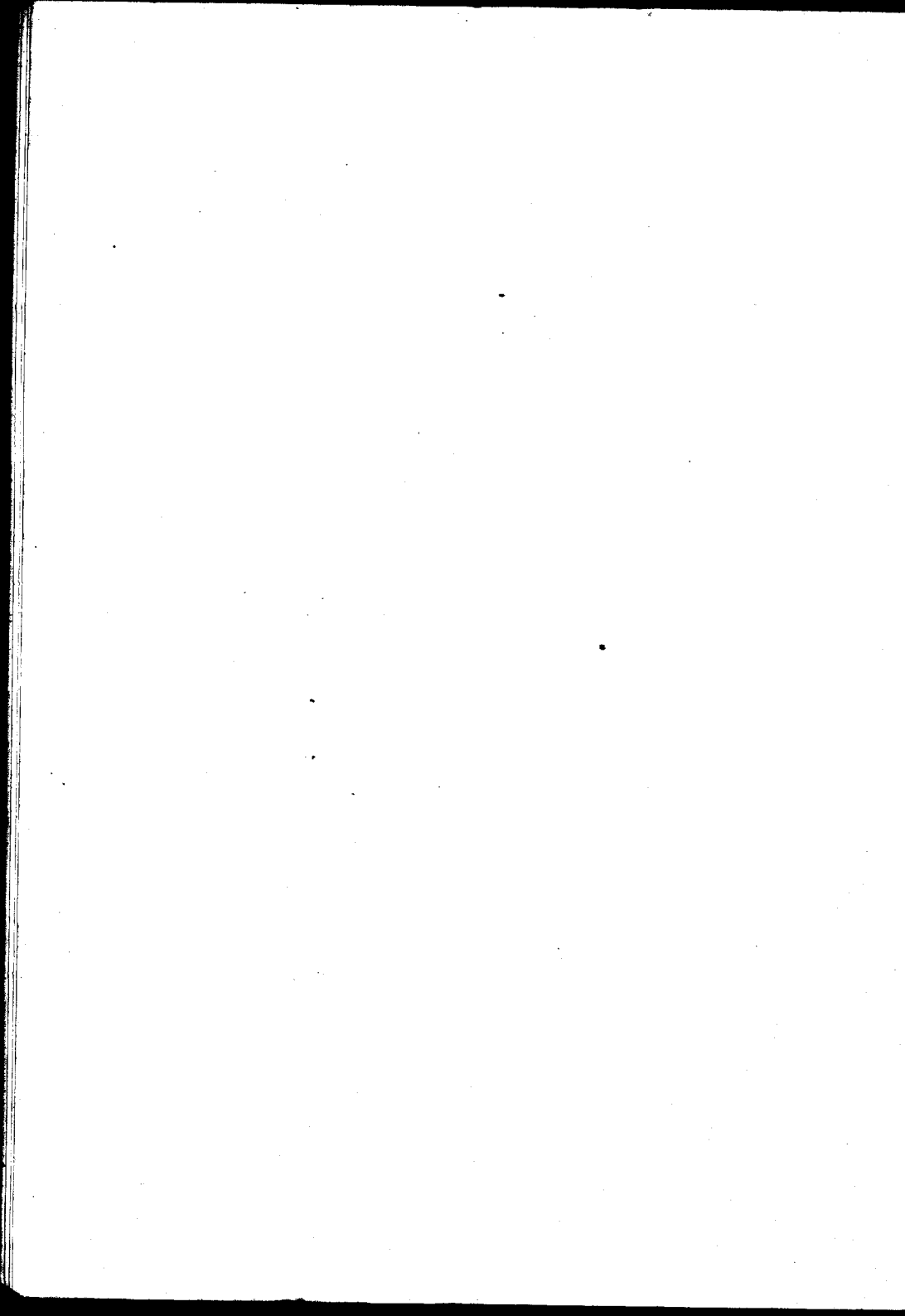


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

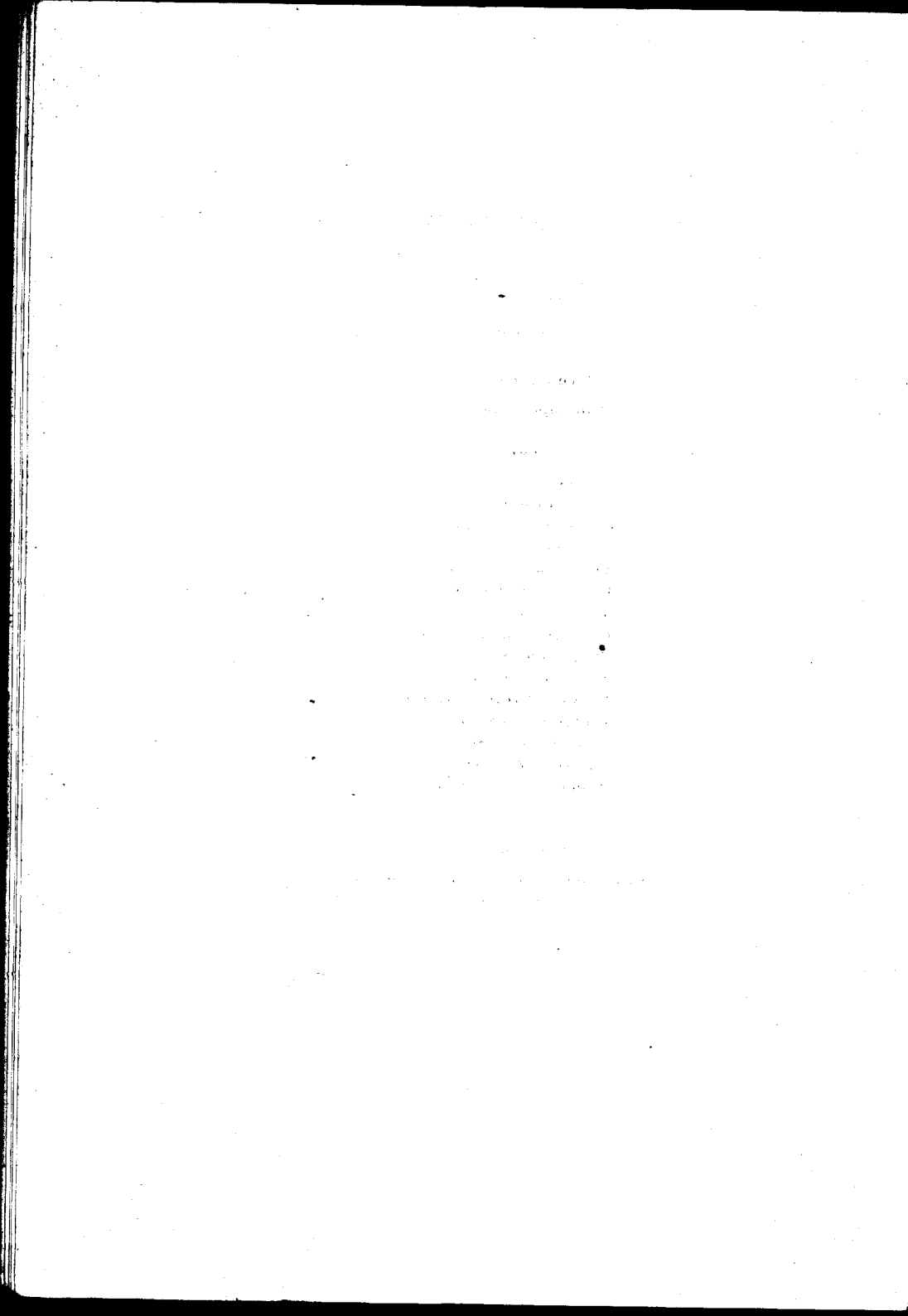
DR. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » DOMINGO CABRED
» » ANGEL M. CENTENO
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSÉ ARCE

Secretarios

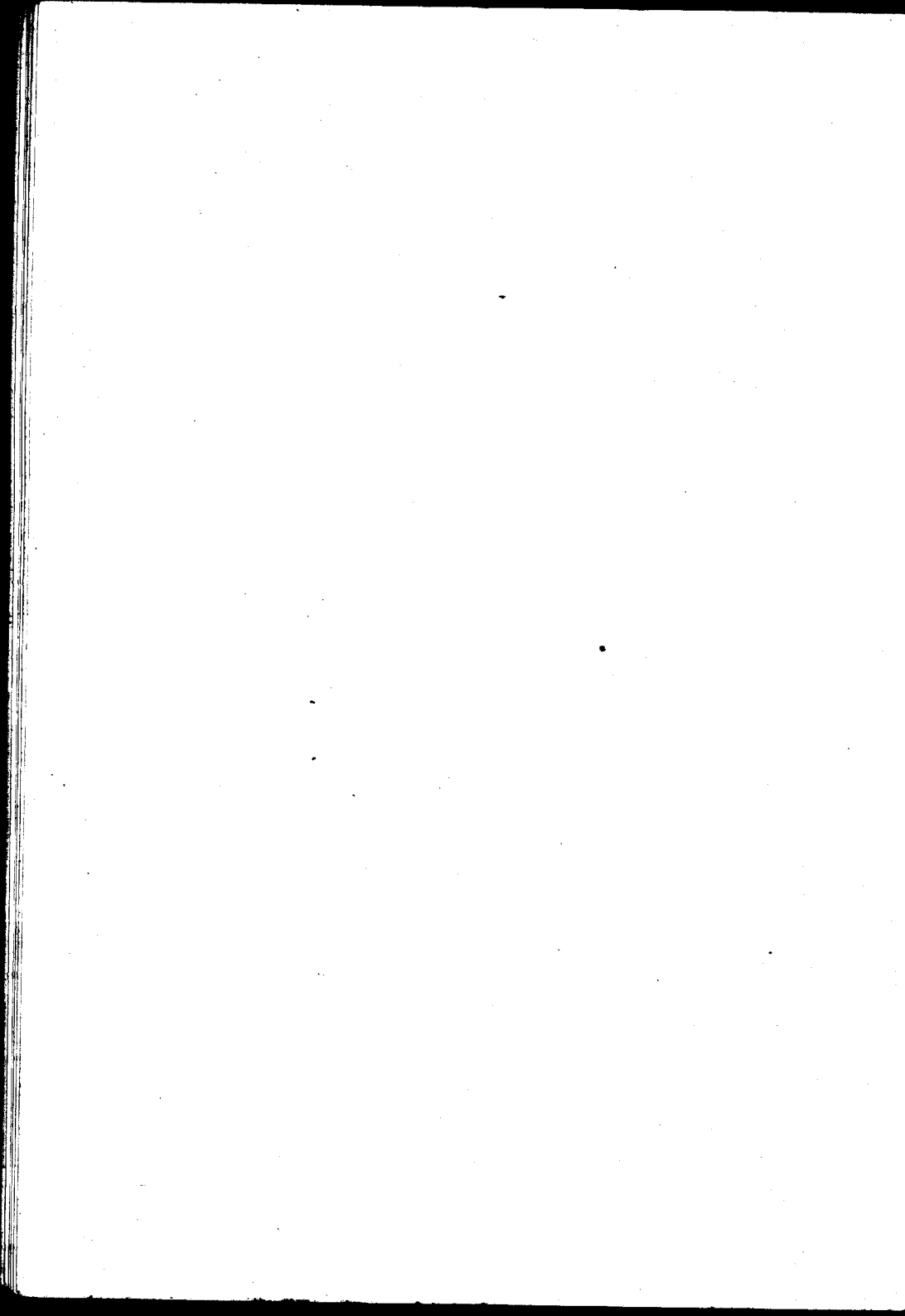
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

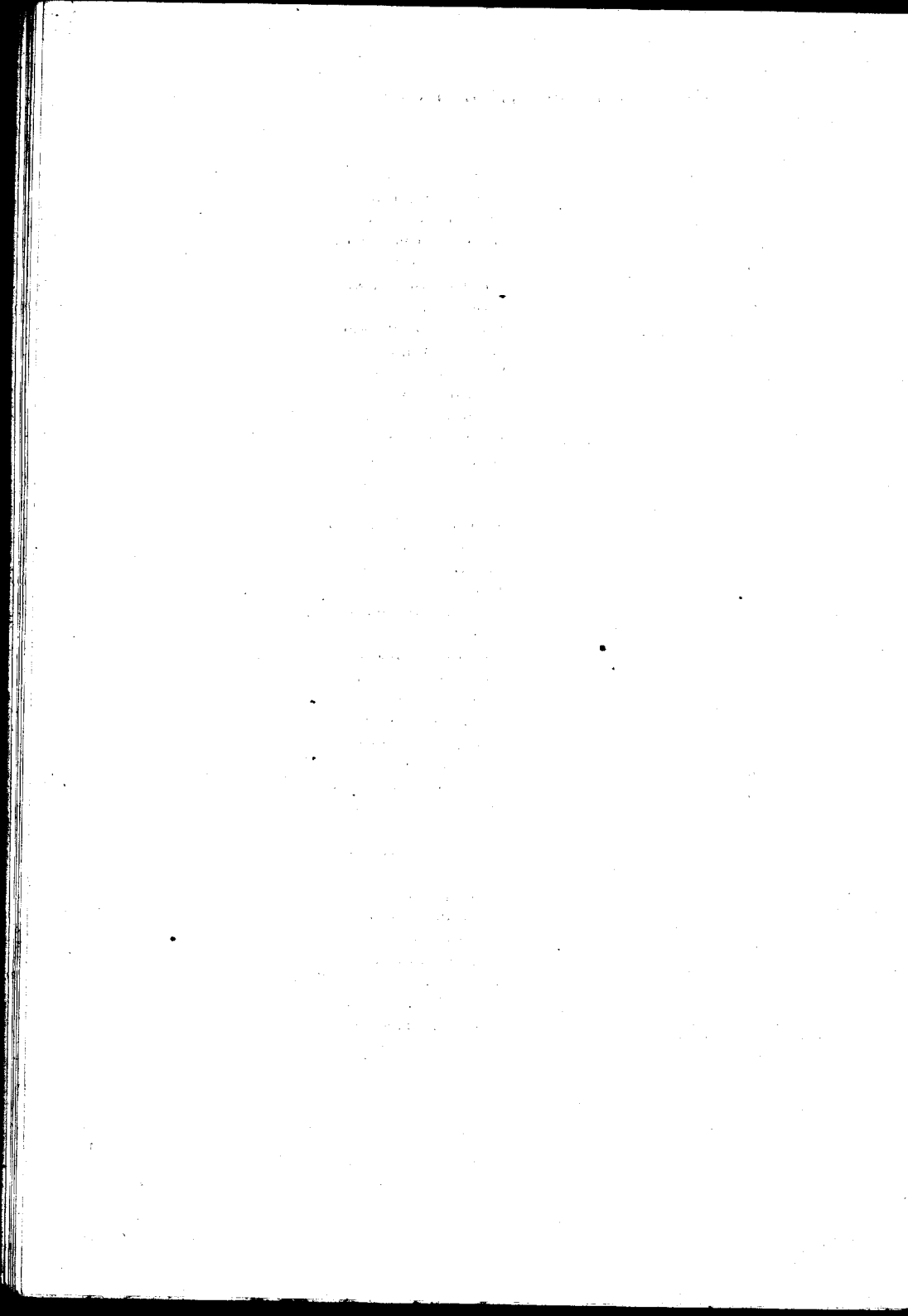
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JOSÉ T. BACA
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA



ESCUELA DE MEDICINA

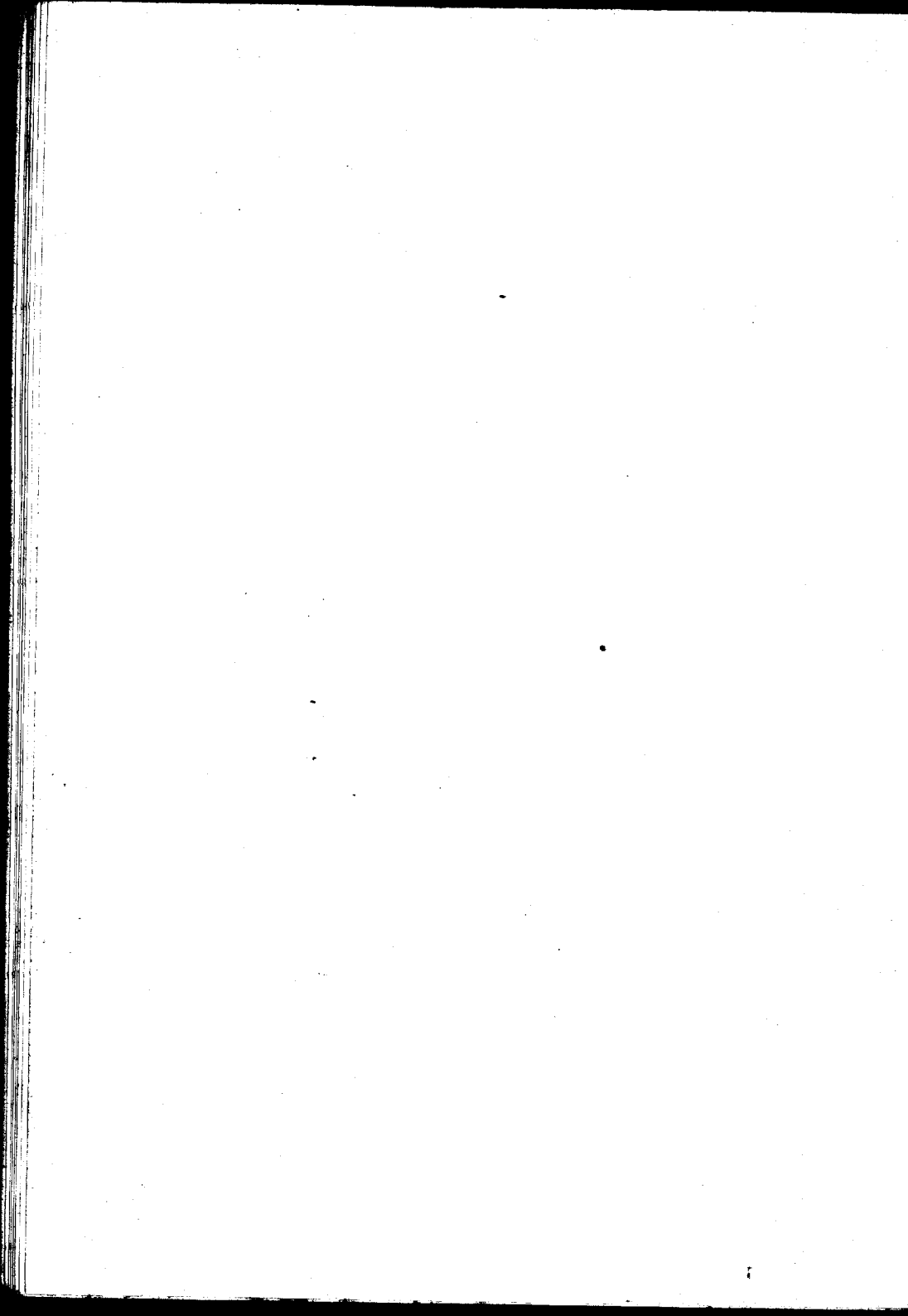
Asignaturas	>	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr.	PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	>	LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	>	RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	>	JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	>	ATANASIO QUIROGA
Histología.....	>	RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	>	ALFREDO LANARI
Fisiología General 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
Anatomía Topográfica.....	>	DAVID SPERONI
Anatomía Patológica.....	>	AVELINO GUTIÉRREZ
Materia Médica y Terapéutica.....	>	TELEMACO SUSINI
Patología Externa.....	>	JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	>	DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	>	LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	>	BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	>	PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	>	JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	<	JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	>	EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	>	MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	>	PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	>	PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	>	DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	>	LUIS GÜEMES
» Médica.....	>	FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	>	IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	>	ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	} >	ANTONIO C. GANDOLFO
» Quirúrgica.....	>	MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	>	JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	>	DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	>	ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	>	SAMUEL MOLINA
» Pediatría.....	>	ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	>	DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	>	ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

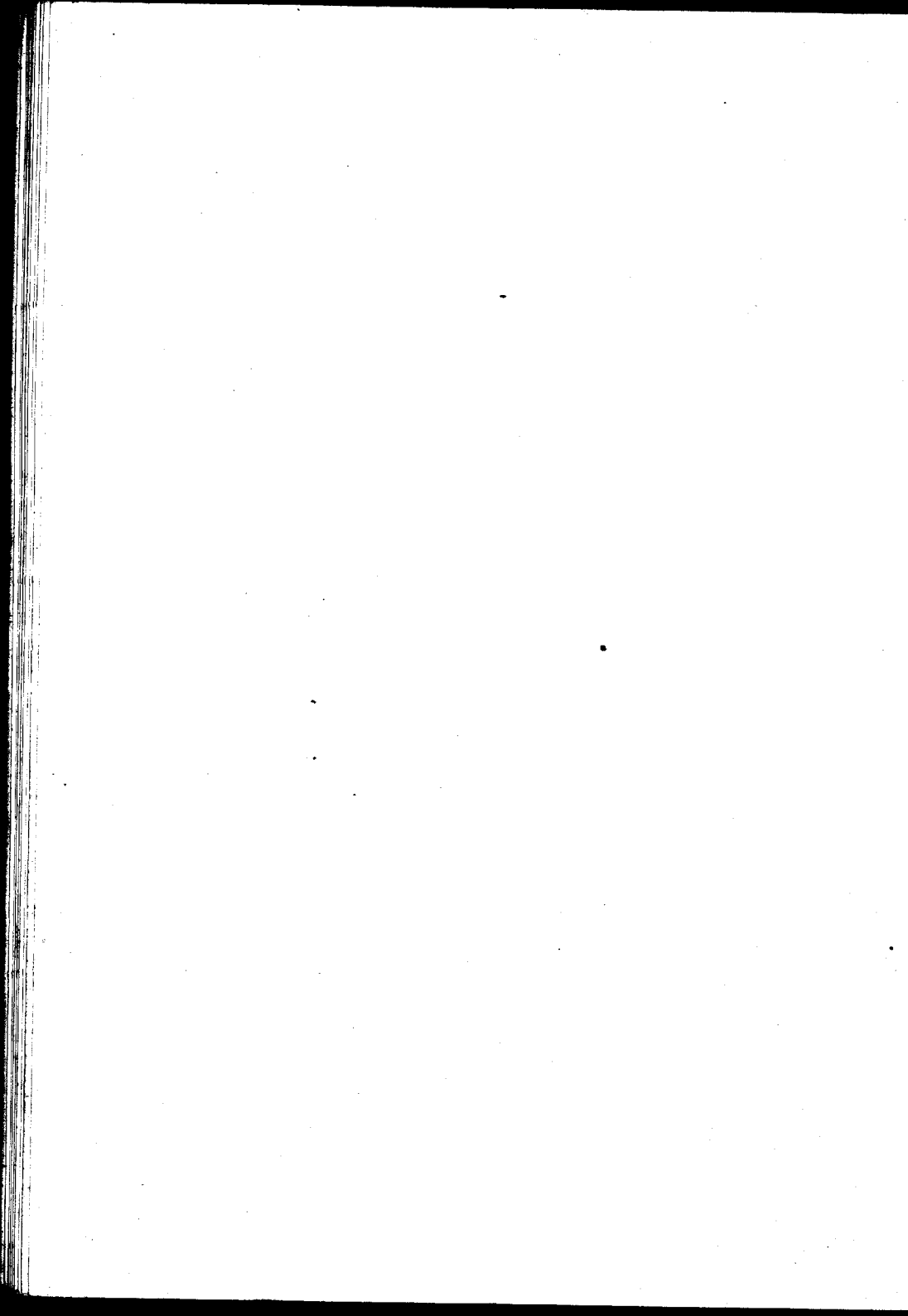
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	{ » LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	{ » JOSÉ BADÍA
Clinica Médica.....	{ » JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	{ » ENRIQUE ZÁRATE (en ejerc.)
Clinica Neurológica.....	{ » PATRICIO FLEMING
Clinica Psiquiátrica.....	{ » MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Pediátrica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRÚN
Clinica Quirúrgica.....	{ » MARIANO ALURRALDE
Patología interna.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica oto-rino-laringológica.....	{ » JOSÉ T. BORDA
	{ » ANTONIO F. PIÑERO
	{ » FRANCISCO LLOBET
	{ » RICARDO COLÓN
	{ » ELISEO V. SEGURA



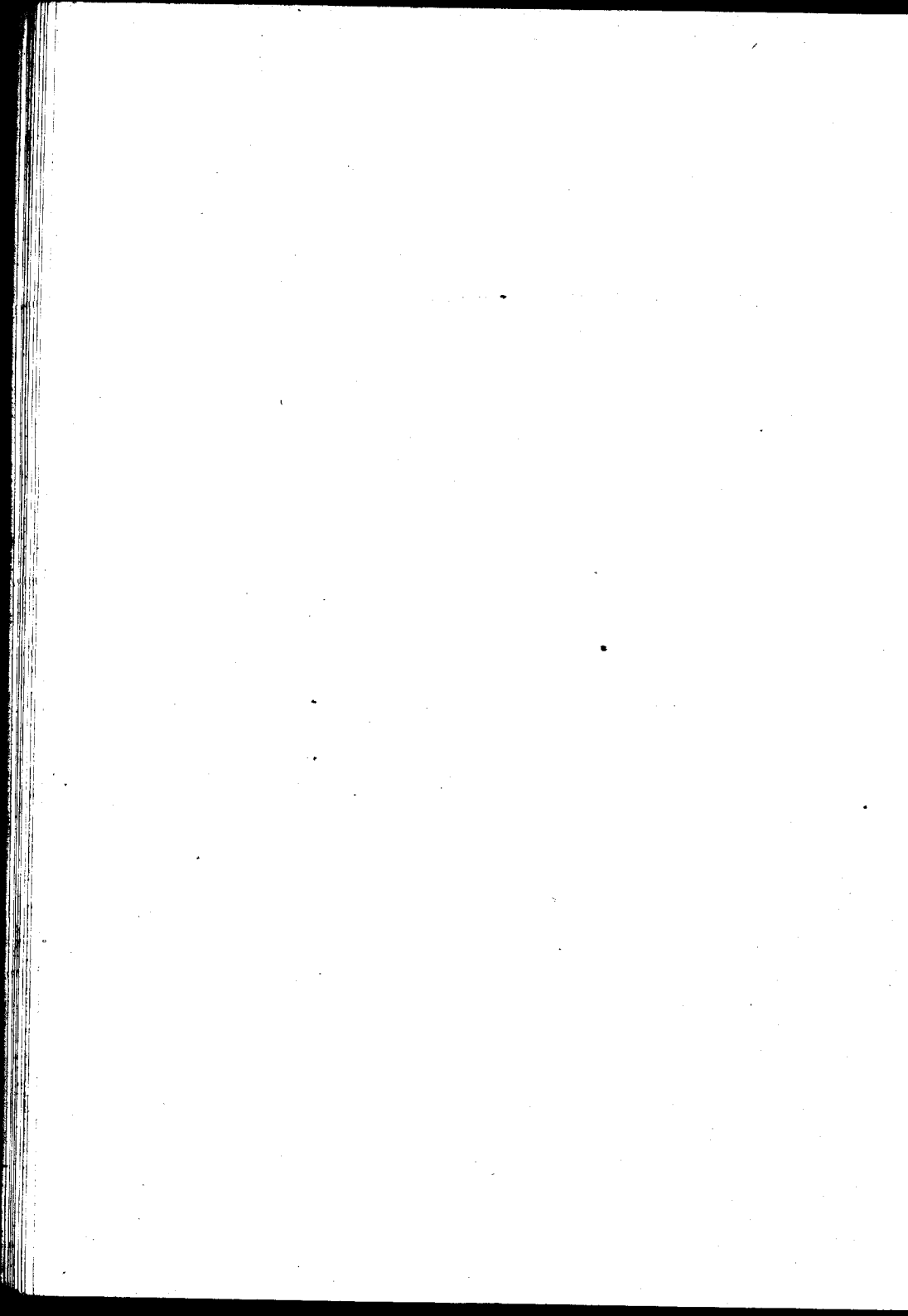
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	« PEDRO BELOU
Botánica Médica.....	« RODOLFO ENRÍQUEZ
Histología.....	« JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología.....	« FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	« ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	« FELIPE JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos..	« MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	« CARLOS BONORINO UDAONDO
	« ROBERTO SOLÉ
	« CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica.....	« JOAQUÍN LLAMBÍAS
Materia Médica y Terapéutica...	« JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria.....	« PEDRO CHUTRO
Patología externa.....	« CARLOS ROBERTSON
» Dermato-sifilográfica..	« NICOLÁS V. GRECO
	« PEDRO L. BALIÑA
» Génito-urinaria.....	« BERNARDINO MARAINI
	« JOAQUÍN NIN POSADAS
Clinica Epidemiológica.....	« FERNANDO R. TORRES
Patología interna.....	« PEDRO LABAQUI
	« JORGE L. FACIO
Clinica Oftalmológica.....	« ENRIQUE B. DEMARÍA
	« ADOLFO NOCETI
	« MARCELINO HERRERA VEGAS
	« JOSÉ ARCE
Clinica Quirúrgica.....	« ARMANDO R. MAROTTA
	« LUIS A. TAMINI
	« JOSÉ MA. JORGE (hijo)
	« MIGUEL SUSSINI
	« LUIS AGOTE
	« JUAN JOSÉ VITÓN
	« PABLO MORSALINE
Clinica Médica.....	« RAFAEL BULLRICH
	« IGNACIO IMAZ
	« PEDRO ESCUDERO
	« MARIANO R. CASTEX
	« PEDRO J. GARCÍA
	« MANUEL A. SANTAS
Clinica Pediátrica.....	« MAMERTO ACUÑA
	« GENARO SISTO
	« PEDRO DE ELIZALDE
	« JAIME SALVADOR
Clinica Ginecológica.....	« TOBIBIO PICCARDO
	« OSVALDO L. BOTTARO
	« ARTURO ENRÍQUEZ
	« ALBERTO PERALTA RAMOS
Clinica Obstétrica.....	« FAUSTINO J. TRONGÉ
	« JUAN B. GONZÁLEZ
	« JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
Medicina Legal.....	« V. JOAQUÍN GNECCO



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	» JUAN A. BOERI
Física Farmacéutica.....	» JUAN 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
Asignatura	Catedrático Extraordinario
Farmacognosia.....	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica Farmacéutica.....	} SR. PASCUAL CORTI » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y Posología razonadas	
Física farmacéutica.....	» OSCAR MIALOCK
Química orgánica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica.....	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica.....	» JUAN A. SÁNCHEZ
	DR. ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedraticos titulares

Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	}	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.		» FANOR VELARDE

Asignaturas

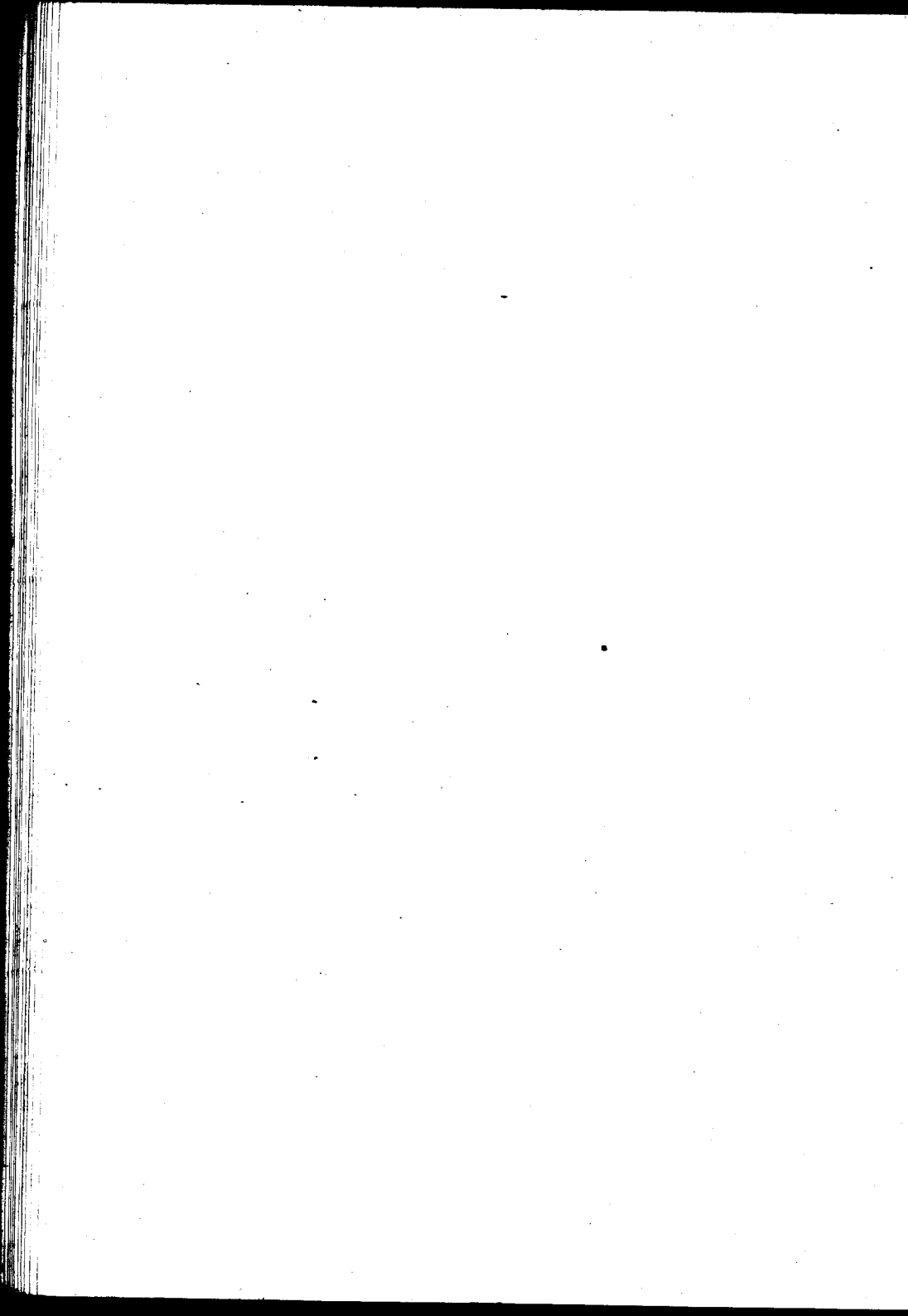
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	}	DR UBALDO FERNÁNDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica..		« J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas

Catedraticos titulares

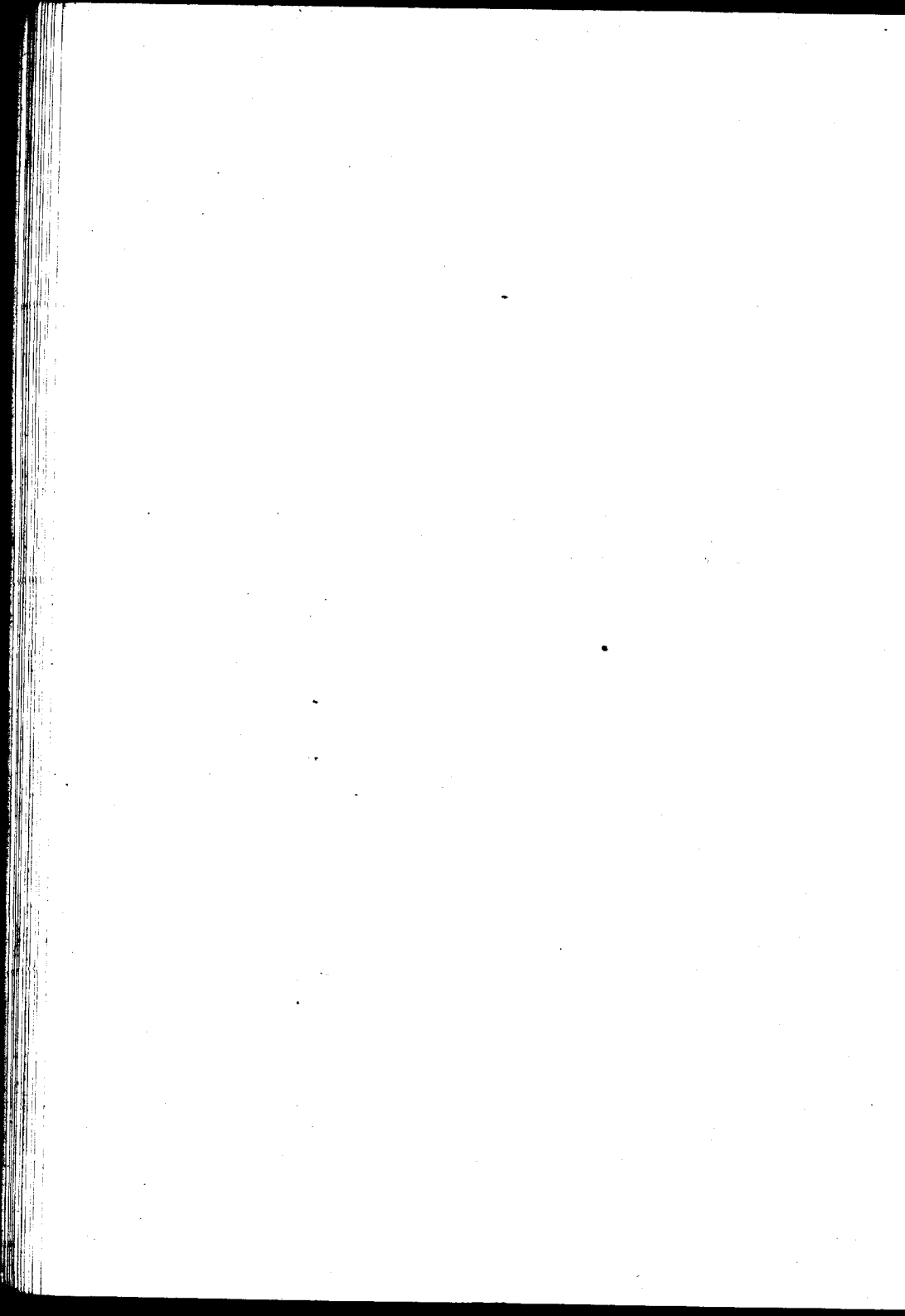
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUQUIN
2º. año.....	» LEÓN PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS:

DOCTOR ENRIQUE ZÁRATE

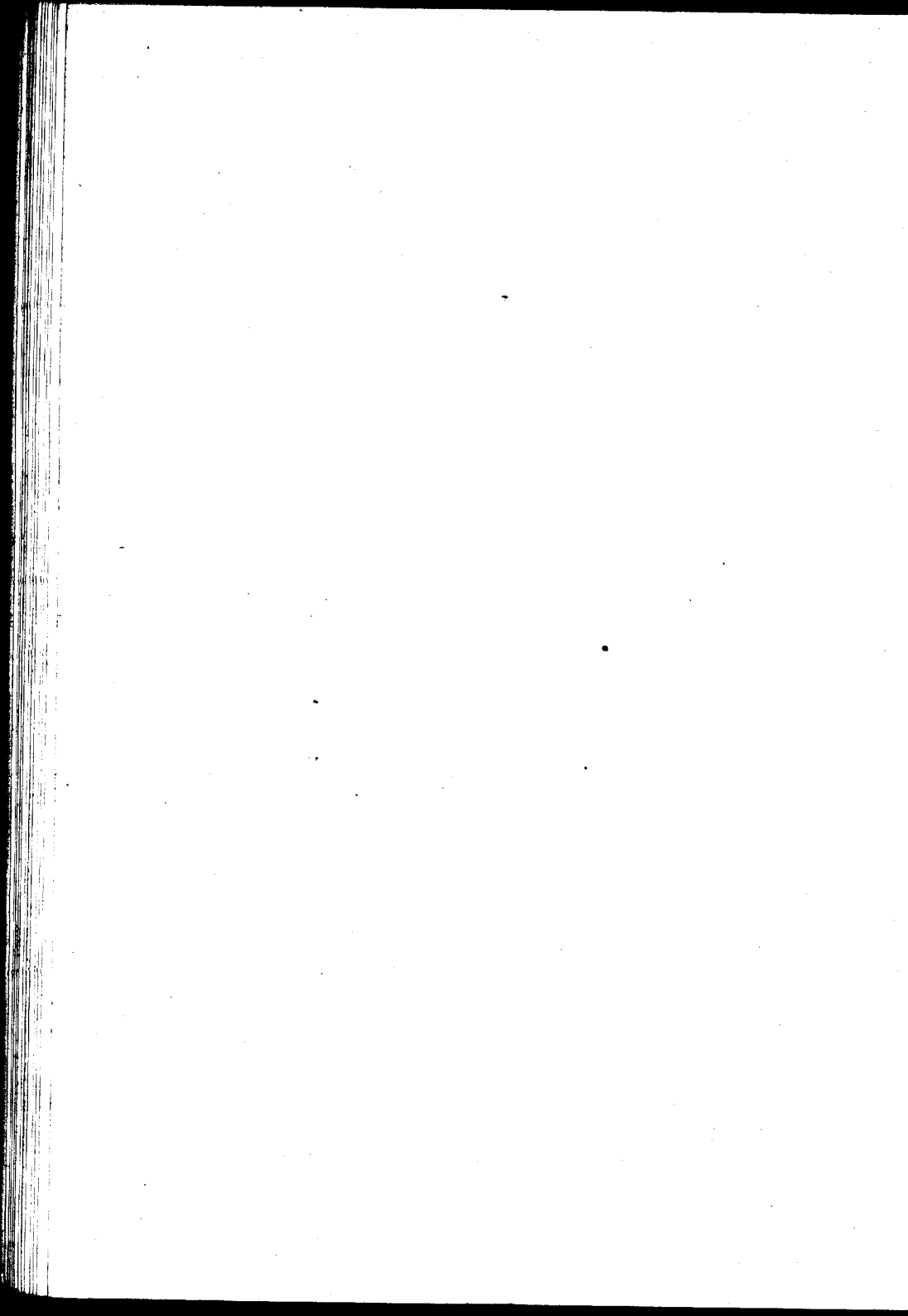
**CONSEJERO DE LA FACULTAD DE MEDICINA.—PROFESOR DE «CLÍNICA OBSTÉTRICA»
DIRECTOR DE LA «CLÍNICA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA»**



A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

GRATITUD



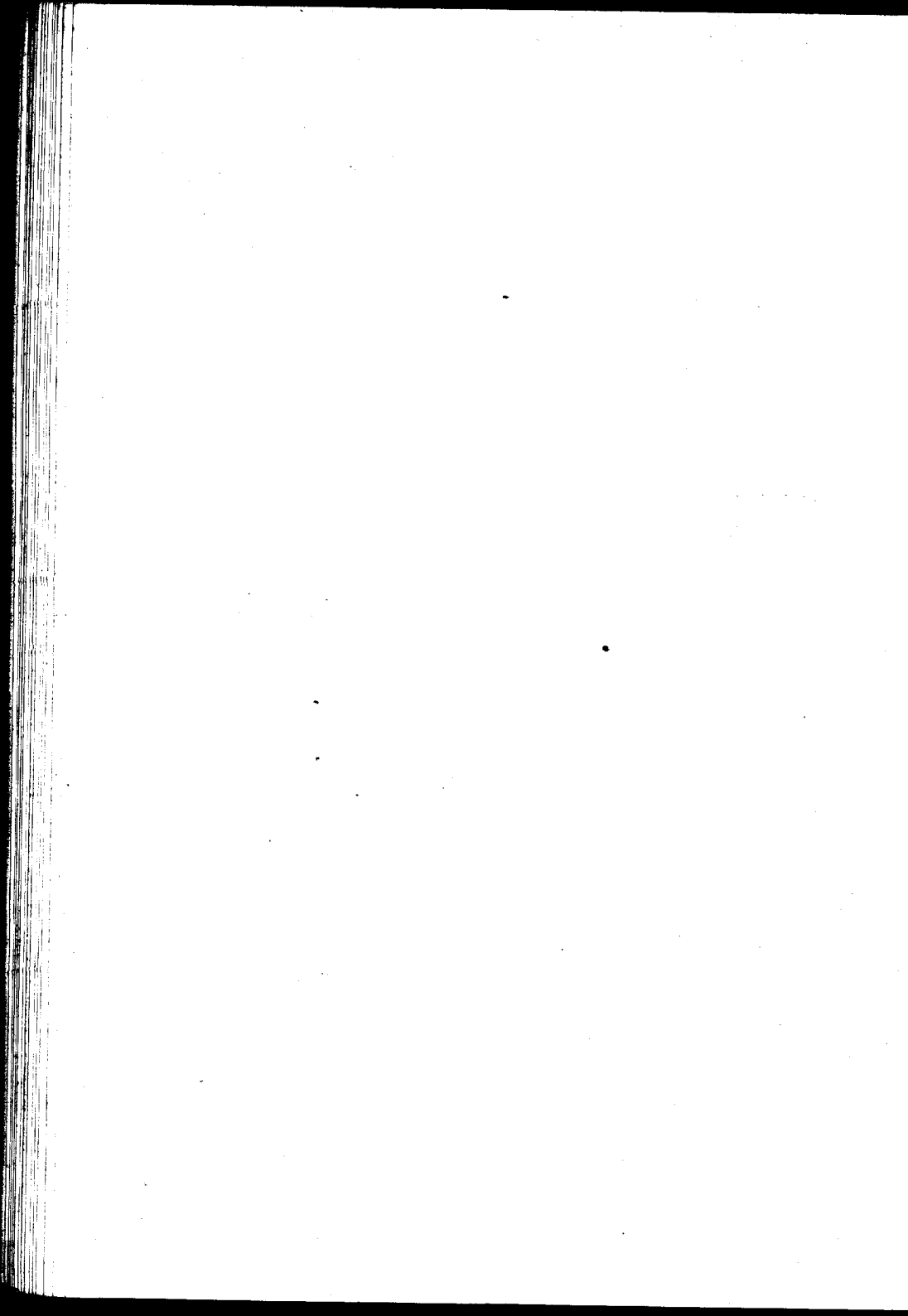
A LOS DOCTORES

J. TORRES ZARATE

E. BOERO

A. PERALTA RAMOS

AGRADECIMIENTO



Señores Académicos.

Señores Consejeros.

Señores Profesores:

Al terminar mi carrera de estudiante universitario y dejar sus aulas, me corresponde cumplir con la última disposición reglamentaria, que me exige, para optar al título de Doctor en Medicina.

Al hacerlo he debido elegir un tema, largas horas medité ¿Qué tema podía tratar? ¿Qué puede escribir el estudiante recién egresado?; difícil me fué contestar a esas preguntas.

Un tema; por desgracia poco conocido por los médicos prácticos, La Pubiotomía, me pareció el más indicado y sobre todo tratar de ayudar a difundir una técnica salida de la «Clínica Obstétrica y Ginecológica de la Facultad de Medicina»; la que a mi modo de pensar es aplicable en todo sitio de la República por todo médico tanto en el suntuoso palacio de la Capital como en el rancho chaqueño.

Antes de entrar en materia debo recordar al Profesor Dr. Enrique Zárate en quien he visto en todo momento al Maestro y por honrarme al apadrinar este modesto trabajo, mi más sincero agradecimiento.

A los que me iniciaron y guiaron en el escabroso arte de curar, los Dres. G. Jasinsky, J. Torres Zárate,

A. Caplane, A. Lemoine, E. Jonquieres, de quienes fuí practicante, o los Dres. A. Cabaut, J. Escutary, por sus sabias lecciones..

Al ex-Director del Hospital Vecinal San Carlos Dr. A. Squassini en quien siempre he reconocido el perfecto caballero. A los médicos de la «Clínica Obstétrica y Ginecológica» de quien he recibido enseñanzas y consejos para ejercer con conciencia el arte de la Obstetricia.

En mi internado en los hospitales, conocí otros facultativos y compañeros de tareas no menos dignos de mención de quienes recibí enseñanzas provechosas, sanos consejos, y franca amistad de lo que les estoy agradecido.

CAPÍTULO I

DENOMINACIONES—HISTORIA

Entre los métodos ampliatorios de la pelvis encontramos un sinnúmero de operaciones más o menos complicadas y cuyo final es favorecer la separación de la articulación o de los fragmentos óseos con el objeto de aumentar los diámetros pélvicos y en especial P. P. M. o diámetro útil.

Las operaciones que se han hecho en los anfiteatros y clínicas, podemos clasificarlas en: «Sinfisiotomía» abertura de la articulación de manera que los cabos óseos puedan separarse dejando para el futuro una pseudo articulación; esta operación lleva el nombre de «operación de Sighault».

Pubiotomía o hebosteotomía o ebototomía, nombres técnicos basados en raíces griegas y latinas, que se han prestado a grandes discusiones, pero, que para el médico práctico nada implican y que llamaremos en el presente trabajo, Pubiotomía, por ser más fácil y más conocido con este nombre en la República; consiste en seccionar el hueso de uno u otro lado con el fin de ampliar los diámetros; cuyo final resulta un callo óseo o fibroso resistente: se le suele llamar «operación de Gigli».

Isquiopubiotomía: operación que se aplica en especial a la ampliación de la pelvis oblicuo-ovalar y

se ha hecho una sola vez en la clínica de Baudelocque y presentada por Pinard el 7 de Noviembre de 1892 a la Academia de Medicina de París con el nombre de «operación de Farabeuf»; el resultado fué feliz para madre e hijo.

De todas estas operaciones me ocuparé de la Pubiotomía y en especial de la técnica seguida por el el Profesor Zárate en la Clínica Obstétrica.

La historia de la pubiotomía es oscura, se cree que fué hecha por Siebauld creyendo hacer una sinfisotomía el 4 de Febrero de 1778 en la clínica; ha sido intentada varias veces en el anfiteatro por diversos autores.

Viviendo pobre y combatida por la Escuela Francesa hasta que la Escuela Italiana la tomó y perfeccionó haciéndola como operación de clínica y dando una técnica apropiada. Entre los defensores de la pubiotomía en Italia debemos citar a Mangiagalli y Morisani, que en 1882 la practican con éxito. De Gigli, que algunos autores, lo consideran como el fundador de la pubiotomía y hasta se le llama «operación de Gigli», que en el año 1894 publica los resultados de sus trabajos de anfiteatro con una sierra hilo especial y que no pudiendo él hacerle en la paciente, cábele a Basilio Bonardi el 7 de Mayo de 1897 la suerte de llevarla a cabo con éxito para la madre e hijo en Porcia (Italia) con una parturienta de:

I—Parto, embriotomía

II—Parto, espontáneo con feto chico que murió en algunos días

III—Parto, pubiotomía y fórceps en pelvis de P. P. M. 7 centímetros; enferma con 38° de temperatura y niño de

3.900 gramos; se levanta la parturienta en buenas condiciones a los 25 días.

Este resultado entusiasmó a los partidarios y en especial a Gigli, a quien le cabe la gloria de haber luchado, en su corta vida, hasta conseguir implantar esta operación en las clínicas.

En el año 1905, Gigli, publicó una estadística de 100 casos con resultados elocuentes.

En esta misma Nación, sobresalen, Calderini, Pestalozza, Resinelli, Carlini, Ferroni, Saladino, que hacen algunas modificaciones.

En Alemania se produce un movimiento en favor de la operación, perfeccionando y modificándola; entre ellos están:

Leopold, con 31 casos en 3 años con espléndidos resultados: Doderlein, con 294 casos en 1907, Bumm, Ruttner, Meurer y varios otros.

En Francia, esta operación está detenida porque la escuela de Pinard dirige los destinos obstétricos y ellos son partidarios de la sinfisiotomía y de la cesárea *autrance*, pero, De Bovis y algunos otros, la emplean con resultados halagüeños.

En Norte América, Pfanneistiel, la ha hecho 27 veces con felicidad para madre e hijo, y Williams, usa la técnica de Doderlein.

En América del Sud, el Dr. Cantón, en la República Argentina, hizo la primera pubiotomía en el año 1904 el 25 de Junio.

El Dr. Rodríguez Lima, en Río de Janeiro, con procedimiento alemán, la empleó por 1ª vez el 27 de Enero 1905.

En el Congreso Latino Americano reunido en

Santiago de Chile, el Dr. Cantón, ha presentado un trabajo extenso y prolijo de los casos y de la técnica seguida.

En la República ha tenido buena acogida y fué hecha en el público por primera vez por el Dr. Almeida Huertas en la Provincia de Buenos Aires.

El Dr. Risso Domínguez la hace con alguna modificación con buenos resultados. También entre otros los Dres. Peralta Ramos y O'Farrell. Para terminar diré: que en la Clínica Obstétrica de la Facultad de Buenos Aires, el Profesor Zárate, ha implantado una técnica que viene ejecutando con éxito hace 6 años y cuyos detalles daré más adelante.

Como se ve, el recorrido de la operación ha sido grande y el número de cirujanos que la hacen ha aumentado, con ellos las técnicas y el perfeccionamiento haciendo de una operación de clínicas y hospitales, una operación factible en cualquier parte.

CAPITULO II

GENERALIDADES SOBRE ANATOMÍA DE LA PELVIS

Siendo el campo donde se va a efectuar la pubiotomía la pelvis, debiera describirse, lo más prolijo posible, sus partes blandas y óseas, pero como el objeto de mi trabajo es más bien práctica de pubiotomía en el público, y estos temas son bien conocidos por todo médico y admirablemente descritos en los libros de Anatomía de L. Testut, O. Jacob, Poirier y en los de Obstetricia de Bunn, Bar, etc., me limitaré a dar algunas explicaciones, recolectadas en esas obras, referente al tema y necesario para su mejor comprensión.

Recordaré que la pelvis está formada por el sacro y los coxales reunidos en forma de cintura, que sus articulaciones sacro ilíacas tienen una faceta articular en forma de pabellón de oreja con su parte más ancha arriba y delgada abajo lo que explica que, cualquier movimiento articular de una gran amplitud en la parte ancha y cuando no hay articulación la intervención es inútil, hasta perjudicial (hasta ahora hubo un caso en la Clínica Obstétrica).

Hacia adelante, la articulación púbica es una sínfisis con su rodete articular que puede ser más o menos espeso, siendo para la pubiotomía de escasa importancia, no así para la sinfisiotomía.

La forma de la pelvis de mujer: es de aristas sua-

ves, amplia, con estrecho superior en forma de corazón agrandado, con escavación amplia, estrecho, medio e inferior de dimensiones mayores.

Las dimensiones bien conocidas, sólo citaré el diámetro A. P. o P. P. M. que es el que más beneficia da la pubiotomía.

Ahora bien, las pelvis viciadas que son las que nos interesan, son, según Bar, «las alteraciones de pelvis en su forma y su dimensión, su dirección, suficientes para traer trastornos en la evolución de los fenómenos del parto normal o en el desenvolvimiento normal de la preñez».

A veces faltan los alerones, de uno u otro lado y dan las pelvis oblicuo ovalares las cuales no benefician grandemente de la pubiotomía, pueden faltar los dos.

El promontorio puede estar más arriba o más abajo de lo normal y obliga al médico a disminuir más o menos de la medida que se tome.

Deben restarse según Bar:

Promontorio elevado a 2.50 centímetros.

íd. normal a 1.50 íd.

íd. bajo a 0.50 íd.

Suele haber lo que se llama el falso promontorio, es decir, una prominencia de las articulaciones 1.^a y 2.^a, ésta y la tercera, y si bien este es falso para la anatomía, en el parto viene a ser el verdadero y del cual se deben tomar las medidas A. P.

El promontorio no se debe tocar al tacto, y Commandeur dice: «todo promontorio accesible quiere decir estrecho del estrechez superior en el sentido A. P.».

El verdadero promontorio se reconoce del falso

en que el 1.º se continúa con el estrecho superior y el otro tiene a los lados los orificios sacros.

La dirección del sacro tiene importancia grande y lo mismo las últimas vértebras que suelen formar con el cuerpo del hueso un ángulo casi recto, según el Dr. González «es más común en las múltiparas que en las primerizas».

A veces es canaliculado el sacro y contribuye a las pelvis canaliculadas.

Los coxales se articulan por delante en el pubis y puede haber un cartílago prominente que disminuya el diámetro A. P.

La forma del arco óseo tiene gran importancia y si en los normales tiene un arco de curvatura cuyo radio es de 6 centímetros (tesis de Izaak) en algunos es mayor ó menor siendo un obstáculo para el encaje de la cabeza.

El espesor del pubis puede ser grande y conviene recordar que en estos casos hay que restar más el diámetro A. P. medido y que la sierra tendrá más dificultades para cortarlo.

El pubis tiene una ligera inclinación; cuando ésta está exagerada o disminuída es un inconveniente y como se verá en una historia clínica fué causa, agregada a otras, de distocia.

Los tumores óseos, las fracturas consolidadas o no, las espinas, son causa frecuente de distocia y que generalmente benefician poco de la pubiotomía.

Para todos estos exámenes se puede hacer uso de los rayos X (a más del examen manual) pero son de difícil aplicación fuera de las clínicas.

En cuanto a la pelvis por sus dimensiones pode-

mos dividir las en agrandadas, regulares y disminuídas. De las primeras no nos ocuparemos y de las segundas solo incidentalmente, puesto que difícilmente benefician de la pubiotomía (sólo en caso de feto muy grande.)

En cuanto a las pelvis disminuídas y sus formas dependen de la proporción entre los diversos diámetros, así habrá:

Disminución proporcional de todos los diámetros o pelvis generalmente estrechada, que es normal en su forma, pero más pequeña.

Disminución en el diámetro A. P. o pelvis aplanada.

Disminución de los diámetros transversos y otras de diámetros regulares arriba y disminuídos abajo o pelvis en embudo, cuando el estrecho superior sólo es el disminuído se le llama anillada y es el ideal para pubiotomía.

Una pelvis cuyo diámetro P. P. M. es menos de 8.5 ya no es regular y generalmente estrechada sino que cambia la forma y entra en la aplanada y generalmente estrechada.

La pelvis tiene una inclinación que se mide por el plano del estrecho superior y el horizontal, cuya medida nos da 60°; si este ángulo mide más o menos tendremos autoversión o retroversión y si se inclina a los lados lactoverción; suele ésto reconocerse por el sitio que ocupa la vulva.

La medida de los isquión se hace por fuera palpando los dos isquión.

Puede ser causa de distocia la inclinación de la arcada pubiana, cuyo ángulo es de 60°.

Las pelvis viciadas en las argentinas son; según

a mayoría de los médicos obstétricos, raras y cuando las hay de escasa importancia, no así en las extranjeras donde si bien parece que va disminuyendo es aún numerosa dando:

En Holanda	Kufferath	da	1.5 %
» Nápoles	Morissani	»	4.47 »
» Florencia	Pestalozza	»	18 »
» Francia	Bonnare	»	22 »
» Pinard	en 1890	»	10 a 12 »
»	»	»	1910 »
»	»	»	2 »
»	Commandeur	»	15 a 20 »

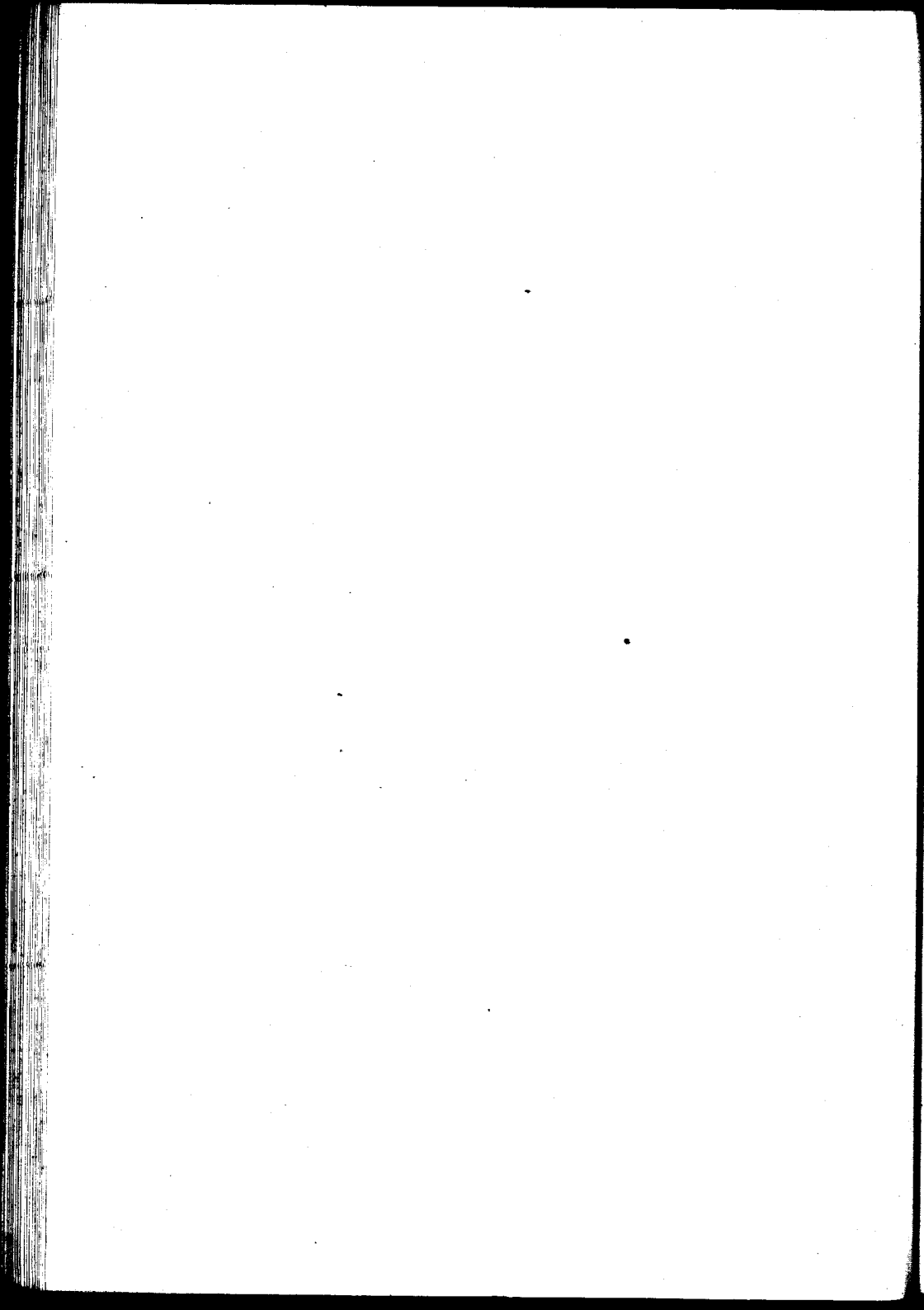
Y Mariotón dice que en la actualidad en Francia es raro encontrar menos de 7 cent. de P. P. M.

En la República las estadísticas de pelvis viciadas no han sido todavía recolectadas, pero en todas las clínicas predomina el elemento extranjero con viciaciones relativas.

Estas viciaciones pelvianas dan presentaciones también viciadas y obligan al médico generalmente a intervenir.

En cuanto a las partes blandas no benefician de la pubiotomía y son más bien afectadas por lo que se debilita la pared y deja superficies que puedan lesionarlas.

Organos de importancia vecinos, sólo la vagina y la uretra, podemos citar además el ligamento pubio-vesical al cual algunos autores dan mucha importancia.



CAPÍTULO III

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA PUBIOTOMÍA.

Desde el nacimiento de la pubiotomía se han discutido sus indicaciones y así vemos que se empezó la lucha entre los partidarios de la nueva operación y los cesaristas al mismo tiempo que se discutía la conveniencia de la sinfisiotomía.

En esta lucha incesante entre las escuelas obstétricas el médico ha salido beneficiado; porque ha podido establecer que cada operación tiene sus límites bien precisos no pudiendo ser cesárista, ni sinfisista, etc., etc., sino ecléctico y con un criterio puramente médico resolver el problema en beneficio de la madre y del hijo.

Si el parto es el pasaje de un móvil (feto) por un conducto (pelvis ósea, parte blanda de la madre) es evidente que una causa fetal o materna que obstaculice este acto ya sea por aumento del primer término, en volumen o resistencia o por disminución del segundo necesita por parte del médico establecer la relación pélvico fetal.

Ahora bien en las clínicas modernas y entre las naciones civilizadas, las leyes y la moral piden a la madre un mayor sacrificio en beneficio de la vida del hijo, y obligan a los parteros a resolver el problema de estas distocias en una forma tal que la vida de la

madre se respete y al mismo tiempo el aforismo de Pinard.

El médico de campo, el que no tiene más ayuda que sus manos y su pobre y limitado saber el que está en cuanto a antisepsia se refiere casi en el mismo estado que en la era preantiséptica, por su falta de medios, verá en esta técnica una forma fácil y ventajosa de salir del paso:

1^{er} TÉRMINO—EL FETO.

Siendo el objeto de la operación el parto de un feto normal, vivo y viable es evidente que faltando estas condiciones no tenga razón de ser y debe dar paso a la embriotomía basiotribo o cranioclasto según el caso.

Si el feto no es viable no necesita generalmente una pelvis muy grande puesto que se modela fácilmente.

Pero viene en discusión este tema; a veces el feto sufre mucho, cuando se nos llama y debemos resolver este caso ¿Cuándo debe despreciarse la vida del feto? ¿Cuándo debe operarse?

En Europa hay una tendencia a aceptar que estando el feto con menos de 110 latidos por minuto (bien entendido que al hablar de latidos fetales entendemos auscultando el útero en reposo y en varios intervalos de contracciones y no en una sola) debe rechazarse la pubiotomía y tratarlo como muerto teniendo cuidado al aplicar el basiotribo de destruir con el punzón el bulbo para evitar molestias.

Entre nosotros se va a la intervención con menos, siempre que el corazón lata fuerte, sin intermiten-

cias y la enferma sea ideal para la intervención, (múltipara, buenas contracciones, pelvis anillada, etc).

En la Clínica Obstétrica se ha operado con 80 latidos fetales con buen éxito. Lo mismo se debe considerar como fetos muertos los hidrocefálicos con días de vida contados y que al exponer la vida de la madre se perjudica a la sociedad.

En las prociencias de cordón es necesario reducirlo y tener mucho tacto y las mayores precauciones posibles. Puede el feto no estar en relación con la pelvis por tener una cabeza grande y si el médico examina la parturienta antes y en el momento del parto, debe tener en cuenta el asinclitismo con que viene la resistencia que ofrece sus articulaciones, y si hay modelaje, el tumor serosanguíneo etc., todos datos que puede darle la enferma; evitar los tactos repetidos.

Conviene no apresurarse a intervenir, habiendo buenas contracciones y sólo hacerlo cuando el feto no avance ni se encaje y esté sufriendo porque, muy a menudo, se ve un caso que parece imprescindible la operación por desproporción manifiesta y llevada del público a una clínica o examinada más tarde en su domicilio, la cabeza ha progresado, se ha modelado y el parto espontáneo se produce gracias a que los tejidos fetales y maternos se han puesto en mejores condiciones para el acto.

Hay cabezas normales o pequeñas en dimensión que en una pelvis normal no se produce el parto por ser resistente y de osificación prematura, en este caso puede intentarse un fórceps sin presión con tracciones débiles si no se produce el parto, operar.

Algunos aconsejan versión con pasaje profiláctico

de la sierra y sólo cortan el hueso en caso necesario, pero es mala intervención y muy discutida.

Las demás regiones fetales no suelen presentar gran obstáculo ni indicación de pubiotomía.

2.º TÉRMINO—LA MADRE

Debiendo cuidarse en grado sumo la vida de la madre, y siendo esta operación fácil y factible en cualquier parte es evidente que debemos usarla en todos los casos que siendo posible clínicamente la sinfisiotomía o la cesárea la pubiotomía no esté contraindicada o cuando tenga ciertas contraindicaciones que balanceadas con los peligros de las demás intervenciones, tengamos ventajas por nuestra parte.

Antes de intervenir, comunicar a la familia y a la enferma si es posible lo que se piensa hacer, y si los interesados se oponen al pequeño sacrificio materno recordar la frase del Dr. Cantón.

«Ni los padres ni mucho menos el médico tiene derecho hoy dado el adelanto científico de nuestros días, de cometer un feticidio pues la vida del feto hállase defendida por las leyes civiles y religiosas, y por lá conciencia de todo hombre honrado».

En Europa, los cirujanos exigen una autorización escrita antes de cualquier intervención pero no se usa aún entre nosotros.

Para intervenir se requiere:

Cuello del útero dilatado o dilatable usando balón de Chanpetier de Ribes o manual, según el caso, En las primerizas y más si son de edad se oponen a la pubiotomía numerosos autores e indican su contraindicación formal.

Este problema difícil de resolver ha sido largamente tratado en estos últimos tiempos, unos en favor otros en contra y me limitaré a transcribir la opinión de dos especialistas argentinos los D.^{res} Boero y Galbastou, que tienen una práctica extensa sobre la intervención tanto en multíparas como primerizas.

El Dr. Boero, dice, al hablar de una pubiotomía en primeriza en la clientela civil: «ella tuvo una indicación relativa derivada de la primiparidad, porque exceptuados algunos casos de grande elasticidad de la pelvis blanda, muchos sufren el accidente desagradable que incomodó a nuestra enferma (se refiere a una desgarradura vagina-vesical comunicante que cerró bien después de algún tiempo) ya sea antes del encaje, pero más frecuentemente, durante el desprendimiento de la vulva si bien estas lesiones vaginales o vagina-vesicales cuando son limitadas a la región curan bien, otras veces producen graves desprendimientos de tejidos en las regiones anexas, que en las mujeres infectadas pueden constituir un serio inconveniente; por eso creemos que en las primíparas de partes blandas resistentes capaces por si solas de originar una distocia, la hebstotomía tiene una indicación muy restringida, sólo un gran debridamiento perineo-vulvar del lado opuesto a la sección del pubis puede evitarles aquel serio trastorno.»

«La extensión de la lesión de las partes blandas a la altura de la sección del pubis, está en razón directa con el grado y forma de estrechez pelviana, el volumen de la cabeza fetal y muy especialmente con la mayor o menor elasticidad de los tejidos. El parto espontáneo consecutivo a la pubiotomía es infinita-

mente menos traumatizante que la extracción fetal muy seria en las primíparas y desagradables en las múltiparas»; y más abajo continúa:

«En las primíparas entonces, es la pelvis blanda, que debe ser distendida por primera vez después de levantado el obstáculo que oponía la ósea, la que ofrece el mayor inconveniente. La resistencia elástica de sus tejidos tan expuesta de ser vencida con lesión de sus fibras, aun en el parto espontáneo ofrece al nivel de la sección ósea su punto más débil porque falta la contrapresión normal durante el encaje que hace más fácil su rotura.»

Terminando con una explicación del por qué de la falta de elasticidad en la primíparas y pedir el parto prematuro para ellas diciendo: «La pelvis blanda involucionada después de una primera distensión se despoja de los inconvenientes que oponía a la hebstiotomía, para volverse una de las condiciones necesarias más eficaces de esa operación practicada en los partos sucesivos; quizás ésta sea la razón que tengan algunos autores, Pestalozza entre ellos, para aconsejar que las primerizas con estrechez pelviana relativa sorprendidas durante el embarazo, el parto prematuro a 8, u 8 1/2 meses sería la intervención indicada, aprovechando del perfeccionamiento de la técnica que exige leve sacrificio de la madre, da buena garantía para el niño y prepara aquella condición tan necesaria para la pubiotomía en el parto sucesivo».

En cuanto al Dr. Galbastou refiere datos estadísticos de primerizas Y dice: «sobre el total de 27 operadas se registran cuatro casos fatales para la madre es decir 14 % de mortalidad materna. A prima facie

resulta de un porcentaje elevado, pero, debemos considerarlo como global, pues, analizando las historias clínicas queda reducido a la mitad.

«En efecto, de esas cuatro primíparas que fueron operadas dos fallecieron por intoxicación clorofórmica, las dos restantes de septicemia.»

En otra parte al referirse a desgarraduras dice: «de los 27 casos de Clínica Obstétrica, 14 han sufrido desgarraduras de las cuales 4 espontáneas y 10 por efecto de la intervención todas ellas de fórceps, es necesario tener siempre en cuenta que se trata de primerizas».

Para terminar transcribo:

«En efecto todo se reduce a que el médico práctico de acuerdo con su criterio clínico, sepa vencer en cada caso allanando dificultades que se presenten, por medio de recursos conocidos y trate de poner a la primípara en las mejores condiciones para poder afrontar una operación que muy a menudo constituye la única solución que concibe los intereses de la madre y del feto;» y la conclusión siguiente de su trabajo:

«La pubiotomía es perfectamente factible en la primiparidad, siempre que se observen ciertas condiciones de indicación y de profilaxis para las consecuencias que pudiera tener la operación».

De las lecturas de todas las descripciones y de la opinión de los maestros se puede llegar a la conclusión de:

Las primerizas mayores de 25 años con tejidos resistentes poco elásticos, son *un mal caso* pero, si se tiene la precaución de operarlas en la iniciación del parto, cuando el útero se contrae bien, cuando no es-

tá infectada, en aplicar el balón de Champetier de Ribes en la vagina para vencer el periné, vagina y vulva, favorecer en el momento del parto el aumento P. P. M. con la posición de Walcher, fajar bien la pelvis, y sobre todo no aplicar fórceps sino ayudar a la naturaleza con la hipofisina para favorecer el parto espontáneo tal vez de resultados.

En las primerizas jóvenes, de tejidos blandos y elásticos, que ceden fácilmente con buenas contracciones con vulva y vagina aséptica con parto espontáneo es una buena intervención siempre que se aplique balón previo en la vagina.

Esta es la situación actual del problema y como se ve, no es en manera alguna una contraindicación la primiparidad para la pubiotomía siempre que reúna ciertas condiciones.

En cuanto a la multiparidad el Dr. Cantón dice:

« La multiparidad ni crea ni quita indicación, pero, si es cuando la indicación existe una circunstancia favorable a la pubiotomía por cuanto las desgarraduras de las partes blandas son menos frecuentes en ellas ».

Si la vulva, vagina o cuello uterino no se distienden pueden hacerse incisiones laterales.

Si el útero está retraído la pubiotomía estará contraindicada y debe temerse a la ruptura uterina; cuando se forma anillo de Bandt, debemos dar paso a otras intervenciones que serán más felices.

Ahora llegamos a esa valla inextensible que opone la madre al feto a la pelvis ósea.

La forma de la pelvis tiene gran influencia, una pelvis oblicua ovalar de Naegeli, no será beneficiada

por la pubiotomía y tal vez lo sea por la operación de Farabeuf.

Cuando la pelvis es canaliculada es decir, cuando el obstáculo óseo no es un anillo, sino un conducto, será difícilmente eliminado por la pubiotomía y será un mal caso.

En el caso de una pelvis regular o generalmente estrechada será cuestión de conocer cuál es el diámetro P. P. M. o diámetro útil y lo mismo se puede decir (con mayores resultados) de la pelvis aplanada y mejor aun (ideal) de la anillada.

Y al hablar de obstáculos óseos no puedo dejar de mencionar las espinas óseas (raras) el promontorio bajo o demasiado alto, los falsos promontorios, la incurvación exagerada de las últimas vértebras «que es más frecuente en las multíparas que en las nulíparas o primerizas» (Dr. González) que benefician aun que en menos grado de la operación.

En las pelvis xifóticas y en las que los isquión están próximos, benefician también en parte. No debía intervenir en tuberculosis ósea, neoplasmas óseas, o cuando se sospeche la falta de articulaciones sacroilíacas.

Siendo en lo que a pelvis se refiere, la anillada, la estrechada regularmente y la aplanada las que más benefician, según los autores, éstos difieren en el P. P. M. que basta para ser contraindicada la operación, y pasan a la cesárea clásica o sus variantes.

Bonardi da P. P. M. de 7 centímetros.

Gigli » » » » »

Kannegiesser » » » » »

Doderlein da » » » » »

Bonardi da P. P. M. de 7 centímetros.

Leopold » » » » »

Meyer » » » 7.5 »

Cantón » » » 7.5 a 8 » otros

llegan hasta operar con P. P. M. 6.4 y P. P. M. 6.5 pero, depende mucho esté diámetro de los del feto.

Varios autores dan de 7 a 7.5 de P. P. M. como mínimum para pubiotomía pero es conveniente no olvidar que los primeros se hicieron con P. P. M. de 7 centímetros con éxito para madre e hijos.

Es evidente que no pueda darse un P. P. M. exacto como mínimum, puesto que en una primeriza y más si es vieja, con una pelvis canaliculada, con feto grande, inercia uterina que no responda a la hipofisina, será un fracaso intervenir con un P. P. M. X. que no lo sería si tratáramos de una múltipara, partes blandas dilatables, pelvis aplanada o anillada, buenas contracciones y feto chico, por lo tanto el conjunto, el ojo clínico del médico será el que indique cuál es el P. P. M. suficiente, siempre que no se ex-tralimite de lo indicado.

Voguet, en el cadáver ha hecho experiencias para ver cuanto aumentan los diámetros al separar los cabós óseos, llegó a las mismas conclusiones de Fara-beuf, es decir que cada un centímetro de separación se consiga 2 milímetros de aumento en el P. P. M. o diámetro útil, y llega a la conclusión de con P. P. M. de 7 centímetros se puede intervenir. Los cálculos de aumento del Dr. Cantón, son 2 milímetros por cada centímetro de separación y como se puede llegar a 6 son 12 milímetros más 8 que gana la cabeza por encaje en esos 6 ctms. da $12 + 8 =$ a 20 milímetros o sea 2 centímetros en el P. P. M., y por tanto en un

P. P. M. de 7 una cabeza de $9\frac{1}{2}$ de B. P. no podrá pasar.

Basado en esos datos dice; «contrabalanceado los peligros de las dos operaciones entre 7 y $7\frac{1}{2}$ de P. P. M. se debe preferir la cesárea conservadora»; pero, debemos tener en cuenta las comodidades de la clínica donde intervino las pacientes a que se refiere y la preparación obstétrica y quirúrgica del opinante.

En la República las pelvis con estrecheces grandes son raras en las nativas, bien alimentadas, con libertad absoluta de su organismo, robustas, ajenas al raquitismo y en las clínicas obstétricas sólo se ve en extranjeras: italianas, españolas, francesas, rusas, etc., pero si tenemos en cuenta, que al llegar a nuestras playas se expanden por todo el territorio, obligan al médico de campaña, a saber vencer los obstáculos que ocasiona tal anomalía. .

Algunos autores dicen, que la pubiotomía no debe hacerse en las infectadas, dándolo como contraindicación absoluta, entre ellos están Pestalozza, Pfannestiel y algunos otros, pero, la mayoría no están de acuerdo con ésto y si pensamos, que la técnica que indicamos no tiene puntos de contacto con el foco, que la estadística de las operadas venidas del público (contactos repetidos y sospechosos) de algunas francamente infectadas, además que no supuran los focos óseos, no puede ser para esta técnica una contraindicación.

Es evidente que si unido a una infección, la parturienta tiene un pulso filiforme o está en un estado general malo, toda intervención será peligrosa.

Esta intervención como cualquier otra requiere por parte del médico saber elegir el momento en que

la madre está en las mejores condiciones y que el feto esté con buena vitalidad; visto que el parto no se produce porque la cintura ósea se lo impide, se debe intervenir aprovechando la facilidad de tener un parto por las fuerzas naturales y sin auxilio de fórceps o versión, es decir, en las mejores condiciones.

CAPITULO IV

TÉCNICA DE LA PUBIOTOMÍA

Desde la época de Gigli, resurgimiento de la pubiotomía, hasta hoy, en las clínicas se han hecho una serie de modificaciones y métodos, siendo todos ellos extractados por el Profesor Zárate en un reciente trabajo del que voy a sacar la mayor parte de este capítulo.

Como se verá en él se clasifican con los nombres de:

Pubiotomía a cielo abierto

» subcutánea

» completamente subcutánea.

Entrando en esta última clasificación el método con el cual se han hecho las pubiotomías cuyas historias relata este trabajo. En estas técnicas se ve el progreso paulatino de la operación desde la época en que era de técnica difícil y compleja, hasta hoy que se reduce a una intervención «rápida, fácil, inocua y elegante» (Profesor Zárate).

Al leer los métodos se verá que el instrumental para la operación en la actualidad se puede reducir al mínimo, una aguja de Emmet y una sierra Gigli lo que no deja de simplificar y aumentar sus indicaciones en ciertos medios alejados de los grandes centros

PUBIOTOMÍA A CIELO ABIERTO

Técnica de Gigli

La incisión parte de la línea media a la altura del borde superior de la sínfisis.

Antes de incidir es bueno deslizar los tegumentos hacia abajo para que se tenga enseguida una herida tan distante como sea posible de los órganos genitales. La incisión debe practicarse sobre el hueso y es inútil continuar demasiado hacia abajo.

Hecha la incisión se prepara la parte superior de esta herida para descubrir el borde superior del pubis, se introduce el porta-sierra contra la cara posterior del hueso cuya punta se nota por el dedo introducido en la vagina; con este dedo se fuerza a que el portasierra salga razando el borde inferior del pubis.

La incisión se prolongará hacia abajo para permitir la fácil salida del instrumento.

Con el portasierra como guía se introduce un gran hilo de seda con el cual se ata la sierra que secciona el hueso muy fácilmente, pero es necesario seguir una cierta técnica para no romperla: es necesario mantenerla tensa, siempre en el mismo plano y accionarla con movimientos amplios y regulares. Después de la sección la operación está terminada y los ayudantes separan cuidadosamente las piernas para proceder enseguida a la extracción del feto por versión o con ayuda del fórceps. Después del parto se hace la sutura de la herida con puntos que comprenden todo el espesor. Si la herida es profunda se hacen puntos en ocho, que tienen la ventaja de asegurar la hemosta-

sia. No se practica sutura del hueso ni del periostio, se obtiene así una fractura lineal del pubis que es necesario tratar como la cirugía nos enseña por la reducción y la inmovilización.

Técnica de Calderini

Incisión de las partes blandas paralelamente al surco génito-crural partiendo a un centímetro por dentro de la espina del pubis y descendiendo verticalmente hasta el tubérculo subpúbico sobre el gran labio.

Descúbrese enseguida la cara anterior del hueso y el borde inferior y se introduce el porta-sierra de abajo hacia arriba, luego se coloca la sierra de Gigli y se hace la sección ósea en la misma dirección que la incisión cutánea.

Los cuidados consecutivos son idénticos a la técnica de Gigli.

Técnica de Van de Velde

Se coloca la paciente en posición ginecológica con las piernas no demasiado flexionadas. Una compresa cierra la vulva completamente. La vejiga se vacía por medio de un cateter.

Incisión de la piel a dos traveses de dedo a la derecha de la línea media, comenzando en la espina púbica izquierda y dirigiéndose hacia adentro y abajo para terminar en la superficie externa del gran labio a la altura del vestíbulo.

El índice de la mano izquierda presiona los tejidos del ángulo inferior de la herida y los empuja ha-

cia el borde del pubis quedando allí para que sirva de apoyo a la aguja que con la mano derecha es conducida alrededor del pubis.

La punta penetra a través de las inserciones musculares hacia el borde superior en donde la mano izquierda que ya no necesita proteger y apoyar la aguja desde abajo, presiona los tejidos en el punto de salida. Cuando aparece en el ángulo superior de la herida se engancha el hilosierra de Gigli.

Terminado el parto y el alumbramiento, se protege la vulva con una compresa y después de una nueva desinfección de las manos, se practica una sutura continua, con seda, de los bordes de la herida, colocando en el ángulo inferior un tubo de drenaje delgado.

Dos sacos de arena se colocan a los lados para dar a la mujer un mejor y cómodo apoyo.

El drenaje se extrae al siguiente día y se cierra la extremidad de la herida con un agrafe.

Técnica de Costa

Después de afeitar y desinfectar la mujer, se coloca en narcosis sobre la mesa de operaciones en posición de Walcher de esta manera los tejidos del territorio de operación, son extendidos convenientemente y se hace más fácil la determinación de los lugares a tocar.

La incisión principal es una incisión transversal a un través de dedo por encima del borde inferior de la sínfisis púbica. Desde su extremo exterior se deriva otra incisión directamente hacia abajo hasta la altura media del gran labio, se puede representar la

incisión de la piel por un ángulo recto con un brazo transversal más corto y el vertical más largo. Después de la incisión se cose en sus bordes un lienzo para proteger contra la infección del lado de los microorganismos de la piel.

No es preciso que la incisión penetre en el tejido celular pues así se evita la lesión de las venas que recorren este tejido, además es conveniente cuidar en la cercanía de la línea central el ligamento suspensor del clítoris que se encuentra en el tejido subcutáneo.

La altura de la incisión transversal es motivada por la circunstancia de que si se la conduce más abajo a la cercanía del arcuatum se corre el riesgo de lesionar la vena profunda dorsal del clítoris y el principio del plexo de Santorini; si la incisión se conduce más arriba queda demasiado lejos de la ramificación isquiopúbica, debajo de la cual se debe emprender la preparación anatómica consciente. La incisión debe tocar solamente la piel y una parte del tejido subcutáneo, y antes de seguir más adelante es necesario hacer una hemostasia preventiva, para lo cual con el índice de la mano izquierda se asegura de la posición exacta del borde inferior de la sínfisis púbica, después el dedo se dirige lateralmente apoyándose sobre el primer trecho de la ramificación descendente del pubis. La otra mano coloca una pinza hemostática en contacto con el borde inferior del índice guía aproximadamente a dos centímetros, de la extremidad del arco púbico. La segunda pinza se emplea para tomar los tejidos a la altura del ángulo inferior de la abertura de la piel, tendiéndola en caso necesario un

poco hacia abajo de manera que exista entre una y otra pinza un intervalo de $2\frac{1}{2}$ a 3 centímetros. Se hace entonces una incisión con el bisturí desde una pinza a la otra que abarque además del tejido subcutáneo la aponeurosis superficial perineal que se interpone sobre el labio superior de la ramificación isquiopúbica, después se seccionan los demás tejidos hasta el hueso, cortando también la raíz del clítoris en todo su diámetro. Esta parte de la técnica es muy sencilla y muy fácil; quedando así preparada la abertura para la introducción de la aguja y del dedo que debe guiarla sin que se pierda una gota de sangre.

Con estas reglas operatorias se hace imposible la lesión del bulbo vestibular que está debajo y dentro del dedo guía, asimismo se hace imposible la lesión del plexo de Santorini por encontrarse detrás de dicho dedo. Queda protegido también un gran trecho de la parte terminal de la uretra y de la vejiga. Pero el dedo guía se encuentra imposible de subir detrás del pubis por la aponeurosis profunda perineal, cuya resistencia, está aumentada por la capa muscular sobre la cual descansa y aun cuando no puede ser vencida dicha resistencia el dedo le forma tal protección indirecta a la vejiga y a la parte anterior de la uretra que constituye una garantía completa para evitar toda lesión. Colocado el dedo en la abertura así preparada, guía la aguja que es introducida allí donde debe caer la incisión del hueso, es decir, en la dirección de una línea que corra paralelamente con la sínfisis desde el borde interno del tubérculo púbico.

La sierra debe cesar su función luego que el hueso es seccionado, lo que se puede conocer fácilmente por la resistencia disminuída.

Las partes blandas delante del hueso que quedaban cuidadas por el bisturí deben ser también cuidadas de la sierra.

La aguja empleada para esta técnica es muy sencilla, tiene una curva sola en la dirección del mango.

PUBIOTOMÍA SUBCUTÁNEA

Técnica de Doderlein.

Incisión de 2 a 4 centímetros, horizontal y paralela al borde superior del pubis y encima de su tubérculo o espina; sección de las partes blandas hasta el borde del hueso, introducción del dedo índice con el cual se toca el borde superior del pubis y se insinúa por detrás de él después de haber separado los tejidos retropúbicos. Se desliza entonces a lo largo de este dedo, detrás del hueso y de arriba hacia abajo una aguja semejante a una gran aguja de Deschamp, pero con un gran mango y con un pico más largo terminando en su extremidad con un pequeño gancho, se hace salir este punto hacia el medio del gran labio y en su extremidad se engancha la sierra de Gigli que se la lleva hacia arriba retirando la aguja.

Durante la operación se coloca un tubo de goma al rededor de la pelvis, fuertemente ajustado, cuya elasticidad deja reparar los huesos de la pelvis durante el parto y los aproxima automáticamente después del alumbramiento. Este medio de constricción elástica es una nueva y esencial parte en la técnica hebstotomía subcutánea.

Técnica de Leopold

Bajo anestesia profunda desinfecto el campo operatorio y previa dilatación completa del cuello incin- de los tejidos sobre la espina del pubis como Doder- lein, y sirviéndose de esa aguja la introduce en la herida pasándola razante a la cara posterior del hue- so con el control del dedo índice de la otra mano introducida en la vagina que le guía de arriba abajo, para sacarle entre el grande y el pequeño labio a un través de dedo del ángulo subpubiano.

Hace la contra abertura, coloca la sierra que sa- ca luego tirando hacia arriba el conductor, después sierra el hueso concluye la operación con extracción del feto con el fórceps o la versión, según la presen- tación.

Técnica de Tandler

Sección de la piel al lado del gran labio, paralela a la rama ascendente del pubis en una extensión de 3 centímetros y que comienza a 1 centímetro y medio del borde inferior.

Sección del tejido célula-grasoso en la dirección del borde libre del pubis hasta descubrirlo; en este punto se ve y se toca el músculo ísquio-cavernoso cubriendo al cuerpo del clítoris. Separación del pe- riostio a lo largo de este borde óseo con un fuerte bisturí y desprendimiento de las ramas del cuerpo cavernoso por medio de una legra.

Se circunda, entonces, de afuera hacia adentro con una doble ligadura, el músculo, el periostio y el

cuerpo cavernoso y se les secciona entre las dos ligaduras.

Se separa el periostio de la pared interna del pubis en dirección hacia arriba y se introduce en esa misma dirección, una aguja encorvada que ha de aparecer por debajo de la piel en el medio del tubérculo púbico, después de haber atravesado el recto anterior del abdomen. La sierra se adapta a la aguja y se hace penetrar de arriba hacia abajo.

Técnica de Seeligmann

A dos o tres traveses de dedos de la sínfisis, se hace una incisión de 2 centímetros sobre el borde superior del pubis, seccionando las partes blandas hasta el hueso. De la misma manera se practica otra incisión en el borde inferior de la rama ascendente del pubis por fuera del gran labio. Y mientras que con el índice de una mano se penetra por el orificio de la incisión inferior razando el hueso, se dirige con la otra mano la sonda hueca armada del hilo sierra al encuentro del dedo guía hasta que la sonda aguja aparezca en la herida inferior; entonces, dejando la sonda insitu para protección de las partes blandas, se toma la sierra por su orificio, se adaptan los manubrios y se secciona el hueso.

La sierra puede aplicarse por intermedio de la aguja sonda en el punto preciso que quiera serrarse el hueso.

Durante la sección se mantendrá la aguja por su mango, bien fija, sirviéndose para ésto de un ayudante, de esta manera se puede evitar la lesión de los

cuerpos cavernosos del clítoris en el borde inferior de la rama ascendente del pubis.

Después de la sección del hueso se saca la sonda conjuntamente con la sierra y terminado el parto se sutura con dos puntos de catgut la herida superior; en la inferior se coloca un tubo de goma y tela adhesiva para que excluya la herida de las secreciones del tratus genital.

Seeligmann, utiliza una aguja acanalada en forma de histerómetro que sirve también de porta-sierra.

Técnica de Reifferscheid

La aguja penetra por una pequeña incisión hecha en el medio del tubérculo del pubis y es dirigida bajo el control del dedo de la mano izquierda introducido en la vagina, (1) hacia el lado externo del gran labio donde por una contra abertura aparece. La incisión inferior debe hacerse lo mas bajo posible de la entrada de la vagina. Terminada la sección del hueso y después de concluído el parto se satura la herida superior y se drena la inferior.

La aguja empleada por Reifferscheid era semejante a una gran aguja de Deschamp. dotada de un mándrín para proteger el pasaje de la sierra pero, más tarde ideó otra aguja con mayor curvatura para poder sacarla en el lado externo del gran labio, la cual lleva en su punto un pequeño gancho para adaptar la sierra.

Técnica de Kannegiesser

Se practica una pequeña incisión con el escalpelo sobre el tubérculo púbico, después de dislocación de

la piel, para que la herida de la piel y la incisión del hueso no se sobrepongan. La herida no debe tocarse con el dedo, se introduce entonces el porta sierra de Doderlein que debe permanecer con su punta siempre en contacto del hueso y en dirección vertical al tubérculo púbico hasta aparecer en el lado externo del gran labio, se hace una contra abertura y se da salida a la aguja en cuya punta se adapta la sierra de Gigli, se pasa la aguja conservando la dirección del canal practicado y se secciona el hueso.

Después de la extracción del niño la incisión debe cerrarse con una sutura y protegerla con colodión.

Técnica de Henkel

La incisión suprapúbica se efectúa de la misma manera que en la técnica de Dördelein, el borde superior del pubis es cuidadosamente descubierto; a lo largo de este borde el periostio de la cara posterior del hueso se desprende con la ayuda de una tijera de extremidades anchas hasta que el índice pueda insinuarse entre el periostio y el hueso desnudado, el resto del desprendimiento perióstico se hace por este dedo con facilidad, cuando la extremidad del índice ha llegado al borde inferior del pubis encuentra el porta sierra que ha sido introducido a lo largo de la cara anterior del pubis y toma el hilo sierra tirándolo hacia atrás y arriba. Se arma la sierra con sus manubrios y se secciona con cuidado de abajo hacia arriba, teniendo cuidado de no romperla.

Técnica de Cantón

Colócase a la parturienta en posición obstétrica, confiando a dos ayudantes el sostenimiento de ambas piernas, que serán mantenidas en idéntica actitud que lo aconseja para la sinfisiotomía.

Convenientemente desinfectada la vagina y toda la región genital externa y previa una rápida anestesia, introducimos en la vagina los dedos índice y medio de la mano izquierda, encargados de reconocer toda la cara posterior del pubis hasta su borde superior y espina correspondiente y con el pulgar libre de la misma mano aplicado sobre la piel del Monte de Venus, la desplazamos hacia abajo, después de haber reconocido y determinado exactamente el punto guía de la espina del pubis. Entonces rozando el borde interno de ésta, clavamos perpendicularmente un bisturí recto, sostenido con la mano derecha, hasta sentir la resistencia ósea del borde superior del pubis. Llegado a este sitio, practicamos ligeros movimientos de sección transversal con la extremidad del bisturí hasta cortar las inserciones ligamentosas de la región y preparar una botonera, a fin de dar paso al gancho porta-sierra, hecho lo cual se retira el bisturí y se toma el gancho para colocarlo en la hendidura abierta.

Desde este momento todo es cuestión de tacto; la mano izquierda, que no ha modificado su actitud, guiará el gancho en todo su trayecto, rozando la cara posterior del pubis, lo hará funcionar cual si fuera una legra, que procura separar de adelante a atrás todas las partes blandas que recubren el hueso y contor-

neando a éste solamente, hasta que aquél forme prominencia por debajo del arcuatum y hacia afuera del gran labio de la vulva, a fin de practicar sobre su misma extremidad una pequeña incisión longitudinal de salida. Colocada enseguida la sierra se la arma y se secciona el hueso. Los ayudantes separan lentamente los músculos mientras el operador se cerciora por el tacto si la sección es completa para retirar entonces la sierra, y la marcha de la separación de los fragmentos hasta el punto necesario para permitir el encaje de la cabeza. Si hay hemorragia se hace compresión, manteniéndola hasta la expulsión del feto para evitar hematomas.

Terminado el corte se suprime el cloroformo y se espera que las contracciones uterinas completen sus funciones fisiológicas expulsando feto y placenta.

Técnica de Bovis

La sección ósea es fuertemente oblicua de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera, ella se extiende del lado interior de la espina del pubis hasta un través de dedo por encima del isquión.

Los tiempos operatorios son los siguientes:

Dos incisiones de 4 a 5 centímetros, hechas paralelamente al hueso, una un poco por encima de la espina del pubis, la otra un poco hacia afuera del borde libre del tercio inferior de la rama isquiopúbica.

En la herida inferior se incide el periostio sobre el borde libre del hueso y con una legra curva se desprende tan alto como sea posible el periostio de la cara posterior de la rama ascendente del isquión.

En la herida superior se hace una botonera vertical al tendón del músculo recto y se pasa la legra para desprender el periostio de la cara posterior de pubis. Concluido el desprendimiento, los índices introducidos cada uno en una herida, no están separados sino por el plano del elevador del ano.

Se toma entonces un clamp fuertemente curvo, con un radio de curvatura de 8 centímetros y medio y se desliza de arriba hacia abajo, o de abajo hacia arriba poco importa, en el túnel creado por la legra. Este clamp perfora el elevador al ras del hueso y el índice de la mano libre recibe su extremidad.

No hay más entonces que pasar la sierra de Gigli y terminar el parto, séance tenante, si el cuello está dilatado o es dilatable.

Pone el guante de goma y sutura la herida hasta entonces taponada.

Es prudente drenar con un tubo de cautchout dividido en dos con la precaución de no colocarlo en el foco de la fractura.

Se colocan dos sacos de arena formando cubeta y bien apretados contra los trocanteres. La paciente queda en cama durante tres semanas.

PUBIOTOMÍAS COMPLETAMENTE SUBCUTÁNEAS, CON AGUJA ÚNICAMENTE

Técnica de Walcher

Punción con la aguja, cuya convexidad es dirigida hacia el operador, sobre el gran labio izquierdo, manteniéndola íntimamente adherida al hueso en la cara posterior bajo control de los dedos introducidos en la

vagina. Rozando así la pared posterior del pubis llega la punta curva de la aguja al borde superior del pubis entonces abandona el dedo la vagina y presiona las partes blandas sobre la rama horizontal al encuentro de la punta de la aguja que atraviesa en seguida la piel. Con una seda se adopta el hilo sierra el orificio de la aguja y se le hace pasar, efectuando acto continuo la sección del hueso. La punción al través de la piel podría practicarse con un bisturí puntiagudo para facilitar la entrada de la aguja cuya punta redonda podría dificultar la penetración.

La aguja de Walcher se asemeja a un trocar con un puño y una pequeña curvatura en su extremidad.

Técnica de Bumm

A dos traveses de dedo del clítoris, entre el gran y el pequeño labio y en el borde inferior de la rama ascendente del pubis, penetra la aguja. El dedo índice de la mano libre marca el punto de entrada para lo cual rechaza hacia el medio las partes blandas.

Luego que la punta de la aguja ha penetrado detrás del pubis, se introduce el dedo en la vagina acompañando la punta de la aguja para su control. Si la aguja penetra por el correcto camino se logra fácilmente circundar el hueso en pocos segundos. El punto de salida hacia arriba cae en el medio del tubérculo púbico.

Después de adaptar al orificio especial de la aguja una sierra botonada de Gigli, se saca la aguja por el mismo camino que ha penetrado. La sección del hueso es obra de 1/2 o 1 minuto y se logra sin ruptura fácil de



sierra si ella se mantiene tensa y sin que forme coadadura.

La pequeña hemorragia que aparece por el orificio superior se detiene con una corta compresión. La enferma abandona la cama a las tres semanas.

La aguja de Bumm es semejante a una gran aguja de Emmet con articulación ingeniosa en su punta para adaptar un hilo sierra de Gigli de extremidad abotonada.

Semejante a la anterior es la de Stoedel lo que nos evita describirla.

Técnica de Risso Domínguez

Usa una aguja especial con curvatura mayor. Asepsia especial.

Coloca el dedo índice y medio de la mano izquierda en la vagina, hacia el fondo del foco lateral superior homónimo de la presentación del feto, hasta pasar el arcuatum. Contorneando luego la cara posterior del pubis y alcanzar el borde superior de la espina, punto guía mientras que con el dedo pulgar de la mano se fija la pared en dicho punto.

Se introduce la aguja dentro de la espina y se perfora los tejidos; deslízase la punta de la aguja por sobre el periostio guiado por los dedos en la vagina: al terminar la cara posterior llegado al borde inferior se hace evolucionar el mango observando un arco de circunferencia a fin de que la punta sobre el borde inferior y que gane la cara anterior del hueso; recorra un pequeño trayecto y salga a través de los tejidos en un punto elevado de tal modo que el orificio de sa-

lida queda próximo al de entrada lejos ambos de la vulva y sus peligros. Se pasa la sierra y se corta se sierra de abajo arriba. Terminada la operación se pasan dos puntos de seda o crín en los orificios operatorios; efectuado el parto espontáneo u operatoria- mente, se sacan los coágulos y se ajustan dos puntos haciendo una pequeña curación. No venda la pelvis con esperanza de ampliación definitiva.

Técnica de Zárate

Después de haber desinfectado y afeitado la re- gión vulvar, colócase la enferma en posición gineco- lógica, con las piernas ligeramente flexionadas y man- tenidas por dos ayudantes;

El operador se sitúa entre las piernas de la en- ferma.

En la mano izquierda se coloca un guante de cautchout esterilizado para la exploración vaginal. Búscase entonces el tubérculo o espina del pubis y se aplica un centímetro hacia adentro una gota de tintura de yodo que al mismo tiempo que esteriliza la piel sirve de punto de reparo para la entrada de la aguja. Esta debe asirse con la mano derecha, pero teniendo especial cuidado de no tomarla por el mango sino por la extremidad curva, de manera que el mango venga a apoyar en la parte anterior de la muñeca y que quedan libres solamente unos dos centímetros de la punta. Los dedos índice y medio de la mano izquierda que han penetrado en la vagina, desvían la uretra hacia la derecha, levantan un poco la presentación si se encontrara aplicada al borde pubiano y van ha-

cia el encuentro del trayecto que ha de recorrer la aguja porta-sierra. La mano derecha que ha tomado la aguja de la manera descrita, y sólo de esa manera, penetra resueltamente en el punto de reparo rozando el pubis pero de una manera oblicua, como si se dirigiera hacia el encuentro de los dedos guía colocados en la vagina; terminando lo cual y sin que los dedos de control abandonen su posición, se cambia la toma de la aguja, asiéndola del mango para continuar la penetración y el descenso con la punta íntimamente adherida a la cara posterior del pubis.

Durante este tiempo de la operación, los dedos guías introducidos en la vagina deben efectuar movimientos de lateralidad que arrastre en su vaivén las partes blandas que se encuentren en la región que recorre la aguja, lo que permite percibir con toda nitidez la marcha que efectúa rozando el periestio retropúbico.

Este movimiento que llamaremos profiláctico impide, con toda seguridad, que la aguja se desvíe y lesione las paredes vaginales, permite también que se la siga paso a paso en su camino descendente.

Cuando la aguja cuya dirección de descenso, no debe ser vertical sino ligeramente oblicua hacia afuera, ha recorrido gran parte de su trayecto, se toma por el mango a plena mano y se lleva con toda limpieza al punto de salida que debe ser el punto de unión de la rama ascendente del isquión con la descendente del pubis. Una ligera presión en el borde externo del gran labio hace aparecer la punta de la aguja en cuya articulación se adapta el orificio del hilo sierra

común de Gigli; se saca la aguja, se adaptan los dos manubrios y se comienza la sección del hueso, con cuyo objeto y a fin de no quebrar la sierra se la mantiene tensa en todo momento y de manera que conserve en su recorrido el ángulo que forma con los orificios de entrada y salida. Las dos manos, en su movimiento, deben recorrer dos planos perpendiculares sin desviación y con una tensión siempre constante. Esta técnica es indispensable si se quiere evitar la rotura de la sierra y llenar al mismo tiempo el verdadero objeto del método, haciendo una operación completamente subcutánea y con herida puntiforme.

La sección del hueso se logra en 12 o 15 golpes amplios de sierra; el pubis se separa espontáneamente, por regla general, medio centímetro y algunas veces más cuando la sierra ha seccionado los tejidos ligamentosos que se entrecruzan en la parte anterior del pubis.

Después de la sección del hueso, dos ayudantes efectúan movimientos de abducción pero sin brusquedad y se logra sin gran esfuerzo una separación de cerca de dos traveses de dedo, o sea alrededor de 4 centímetros y medio.

Se practica una inyección de hipofisina y con unas compresas de gasa se presiona el orificio de entrada y el de salida de la aguja, aplicando también otro block de ellas en la cavidad vaginal que se mantendrán bien adaptadas al trayecto operatorio durante quince minutos o media hora, si la presentación no ha venido a llenar la excavación con un rápido encaje.

El parto se termina por regla general dentro de la primera hora y rara vez es necesario una segunda

inyección de hipofisina si median condiciones normales de contractilidad uterina y dilatación del cuello.

Terminado el parto y alumbramiento, se aplica un vendaje compresivo de la pelvis, colocando gasa sobre las puntas de entrada y salida de la sierra o un punto de agrafe, y se deja una sonda de Pezzer en la vejiga durante 48 horas, salvo el caso en que la orina hubiese sido sanguinolenta, que podría mantenerse seis u ocho días.

La enferma después de la primera semana podrá y deberá acostarse de lado y le será permitido abandonar la cama a los 18 o 20 días.

Esta técnica que vengo practicando desde hace 6 años con exclusión de otra cualquiera y cuyos buenos resultados no desmerecen de los obtenidos con los otros procedimientos me han inducido a adoptarla sistemáticamente en la Clínica Obstétrica, y su manual operatorio con los medios que aconsejo colocar a esta intervención entre uno de los más sencillos y elegantes procedimientos de ampliación pelviana.

Semejante a alguna de las otras técnicas como la de Bumm, Walcher y Kannegiesser, difiere no obstante en detalles que vienen a ser fundamentales por sus consecuencias post-operatorias y por los principios anatómicos en que se apoya.

Nuestra aguja parecida a una gran aguja de Emmet, tiene mayor radio de curvadura que la de Bumm, el mango es perpendicular al eje de la aguja lo que facilita su adaptación y sólido apoyo en el momento de penetrar en la piel. La punta tiene una escotadura especial que permite enganchar en su orificio la sierra común de Gigli sin que sea necesario utilizar la sierra

con botón terminal que ha modificado Bumm y que aunque muy ingeniosa no aventaja al viejo modelo de Gigli.

La introducción de la aguja de arriba a abajo constituye una maniobra más segura si ella debe hacerse asiéndola y dirigiéndola según nuestra regla, ayudada por los dedos guías colocados en la vagina, que no sólo tienen que servir de control, como en los otros métodos sino de segura profilaxia que ha de evitar la lesión de la paredes vaginales, con ese movimiento de vaivén que se imprime a las partes blandas y que imposibilitan toda herida vaginal o vesical, lesión, que se le imputaba al método de Bumm.

La dirección y punto de sección del pubis difiere también de los otros métodos aun cuando se aproxima más a la técnica De Bovis. La manera de serrar el hueso tiene también su importancia pues sino se siguen las reglas que preconizamos y el hilo sierra juega sin dirección y con la única idea de cortar el pubis, seccionará la piel y en vez de una herida puntiforme se tendrá una abertura amplia y desgarrada que hará perder mérito al método.

El taponamiento compresivo, la sonda permanente, la movilización precoz son el complemento indispensable para lograr una rápida consolidación, obteniendo así la formación de un callo firme, pues tal debe ser el resultado final de esta intervención sin abrigar la idea ilusoria de que una amplia pseudoartrosis pueda dar a la pelvis amplitud necesaria que han de exigir los partos sucesivos.

Y, por fin en un medio pobre de instrumental y de asepsia, bastará una aguja de Emmet, despuntada

para hacer más fácil su manejo, sierra hilo Gigli con repuesto de 10 cent., un pañuelo de hilo para compresa, y un poco de yodo, alcohol, y una faja de paisano, una sonda uretral, hipofisina, jeringa Lüer, cloroforno, con preferencia aparato de Ricard, que es más fácil su manejo por una persona que no sea profesional.

En un recipiente cualquiera hacer hervir 15 minutos la sierra Gigli, la aguja de Emmet, el pañuelo, un hilo de algodón grueso; dejar enfriar.

Cortar el Monte de Venus, aplicar yodo en la región operatoria, intervenir con la técnica del Profesor Zárate, usando esta aguja en lugar de la especial (como se hizo en la clínica), teniendo la precaución de atar la sierra a la aguja con el hilo.

Como en todo caso suprimir el cloroforno inyectar hipofisina y comprimir con el pañuelo aplicar la faja (sino se tiene personas de confianza) en la cintura ósea la que la permitirá la separación lenta y gradual (evitando lesión de partes blandas), esperar el parto.

Sondar antes de serrar, después y al finalizar el parto dejar sonda permanente.

En un principio se dejaba el parto a la Naturaleza siendo el Dr. Cantón, el que empleó este método por primera vez en Sudamérica en la Clínica Obstétrica el 12 de Agosto de 1906, en una primeriza, con felicidad para madre e hijo y sin lesión materna alguna.

Esto entusiasmó a los médicos pero bien pronto se vió que en ciertas pacientes después del cloroforno cesaban las contracciones uterinas lo que obliga-

ba a un fórceps y eunegrecía el pronóstico fetal y materno.

Se ha aplicado para estos casos la hipofisina de Houssay y la Dessy, bien estudiadas en una tesis de la Dra. Ferrari.

El principio que se emplea en inyecciones, subcutánea o intramuscular, es un preparado (extracto) que contiene 0,20 centigramos de glándula fresca por cada centímetro cúbico, pudiéndose dar 4 inyecciones en 8 horas, lo que nunca es necesario.

Al dar la inyección la enferma a los 4 o 6 minutos siente dolores y contracciones violentas que pueden ser tetánicas, duran poco tiempo y aparecen las contracciones enérgicas y regulares con espacios de descanso periódico como en las contracciones normales, estos periodos son de 2 a 4 minutos, duran 2 horas a 2 1/2; si el parto no se produce debe repetirse la inyección.

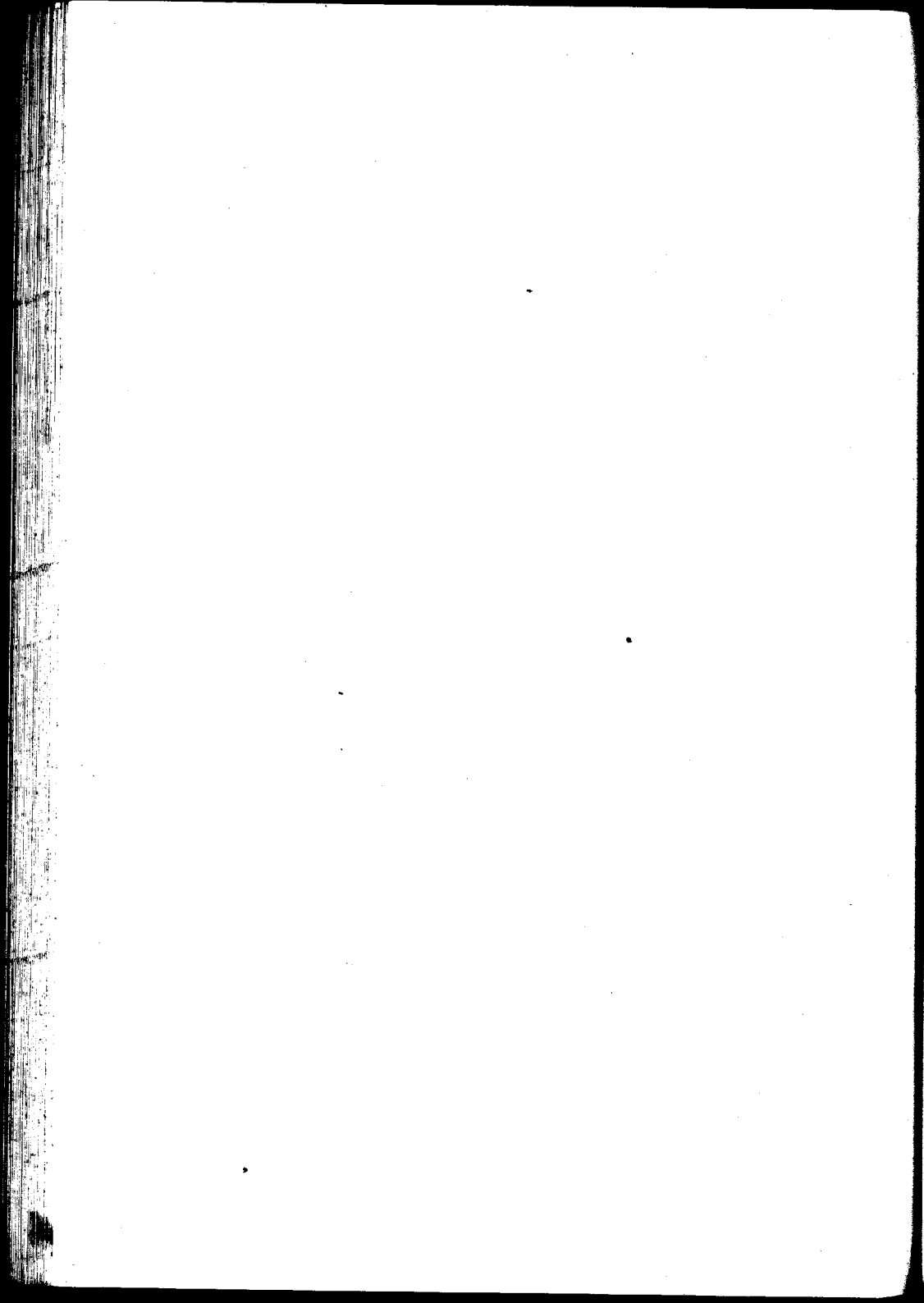
A veces las pacientes tienen sudores, aumento de orina y mareos, pero es pasajero.

Las conclusiones de la tesis mencionada son más o menos las siguientes:

«La hipofisina no tiene inconveniente ni para la madre ni para el feto no provoca aborto ni parto prematuro.

«Necesita de la irritabilidad uterina para que actúe».

Y al leerse las historias clínicas publicadas, uno ve, la necesidad de tener hipofisina en el botiquín médico, no sólo para estos casos, sino para la inercia uterina común, evitando así, fórceps peligrosos y siendo como se ve de un manejo fácil a cualquier profesional.



CAPÍTULO V

MANUAL POST-OPERATORIO

Si queremos que una operación nos dé brillantes resultados no es suficiente que séamos hábiles que conozcamos bien la técnica, que la operación tenga en manos de algún cirujano un porcentaje ínfimo de mortalidad, sino que sigamos con asiduidad y cuidado su período post-operatorio porque sino, daremos a la suerte etc., etc., de otros lo que en verdad es solo su mejor atención a este importante tiempo de la intervención.

El cloroformo debe ser en poca cantidad y conviene para el campo el aparato de Ricard, que lo puede manejar bajo el control médico cualquier sujeto; serrado el hueso suprimir inmediatamente y recordar que es tóxico y no puede darse impunemente y por placer. Debe soudarse la enferma antes de la operación, después de la operación y después del parto, ésto parece superfluo pero no es así; en el 1^{er} caso sacamos la orina y evitamos la vejiga, en el 2^o caso reconocemos si hemos herido la vejiga o la uretra y a que atenernos respecto a nuestra responsabilidad, en el 3^{er} si el parto no ha producido lesiones. Así se aclara la causa de lesiones raras, pero que pueden producirse.

En el 3^{er} sondaje se debe dejar la sonda permanente por algunos días teniendo cuidado que al estar la enferma en cama no se le haya salido.

La posición de las piernas de la paciente que después de la sección ósea deben ser separadas suavemente y bajo la orden del médico, el que verá la separación ósea y juzgará cuando baste, en la técnica elegida este tiempo se hace suavemente gracias a los tejidos blandos que las sostienen.

El médico solo y con malos ayudantes, puede colocar en la cintura ósea una faja elástica o una faja de païsano, hervida, lo que lo tendrá más tranquilo.

La compresión sobre el pubis y en la vagina hasta que se encaje evitará de un modo seguro las hemorragias y hematomas consiguientes.

La inyección de hipofisina favorece el encaje y parto espontáneo. Encajado el feto, sacar la mano vaginal, hacer presión arriba del pubis y con la mano libre cuidar el periné.

Si el cuello uterino es poco elástico, incisiones a lo Dursen y lo mismo diré de la vagina y vulva incisiones laterales, si el útero no se contrae, nueva hipofisina lo que generalmente resulta y sólo se aplicará fórceps cuando el feto o la madre sufran peligrando la vida y en último caso la versión al respecto de cuya intervención Bumm dice: «Las presentaciones transversales, y pelvianas dan para los fetos peores resultados que las presentaciones cefálicas. Es por ésto que no se debe nunca al objeto de extracción transformar la presentación cefálica en pelviana, etc.».

Quando no se deja el parto espontáneo que será el desiderata, es menester tomar más precauciones en lo que se refiere a las incisiones profilácticas del cuello, de la vagina y vulva que evitan las rupturas siempre

graves, además es necesario insistir sobre el vendaje y la posición de los miembros.

Una vez el parto terminado es necesario revisar el útero, la vagina y la vulva, y ver si no hay desgarraduras y, si existen y están en buenas condiciones suturarlas.

La placenta, salvo indicación especial, esperar su expulsión, una hora, si dura más extracción manual.

Llevar la enferma a la cama, cuidar del vendaje y la sonda permanente, cuidar de las hemorragias post-partum, que son comunes cuando se aplica fórceps o versión, vigilar el pulso y temperatura.

Como en toda parturienta dar leche los primeros días y cuidar el estado general.

Al cabo de 2 o 3 días se puede sacar la sonda y si la orina no se evacúa espontáneamente sondar 3 veces diarias.

A los 15 o 20 días puede permitirse levantarse del lecho y antes pueden acostarse sobre los costados.

Si todo va bien a los 20 días puede permitírsele dar algunos pasos en la pieza.

Cuando comienza a caminar suelen tener una marcha insegura «de pato» que dura pocos días.

Al tacto se nota un callo fibroso sólido en la generalidad de las veces, pero en otros casos es movable, este callo no es exhuberante y en una enferma operada hace 6 años en el Hospital Teodoro Alvarez por el Profesor Zárate, con este método, no se conoce ni callo ni cicatriz de las heridas puntiformes de la entrada y salida de la aguja.

En otras técnicas se hará la sutura de los tejidos

y en algunos se coloca prótesis se sutura huesos periostios; etc.

Al respecto de prótesis o heteroplastia que Truzzi de Pavía recomienda interponer un hueso descalcificado entre los cabos óseos, que Futh, Wandler colocan metales otros vidrios ebonita etc. etc. y que son defendidos por Hartman y Martín no han dado resultado práctico, lo mismo que los vendajes enyesados y otros metálicos, etc. y el Dr. Peralta Ramos en un trabajo dice: «Los medios de contención de la pelvis cualesquiera sean no ejercen influencia directa sobre el futuro callo» y hay una tendencia a aceptar que un callo movable es un mal resultado lejano de la intervención.

Como se ve el cuidado post-operatorio es sencillo y poco molesto siendo factible en cualquier medio social y económico como la técnica operatoria.

CAPITULO VI

VENTAJAS DE LA PUBITOMÍA SOBRE LOS DEMÁS INTER- VENCIONES QUE RESPETAN LA VIDA FETAL.

Para podernos dar mejor cuenta de las ventajas de la pubiotomía sobre las demás intervenciones es los casos en que no está contraindicada será necesario tomar cada una por separado pasar rápidamente una revista al material, técnica, el tiempo, la preparación a veces especial que se requiere y otra serie de datos.

Es sobreentendido que no queremos hablar de la intervención en las clínicas bien montadas: en personal, instrumental y asepsia como la Clínica Obstétrica donde el Dr. Cantón tiene una estadística de cesáreas clásicas sin un solo caso de mortalidad ni materno ni fetal; sólo, lo que digo, será aplicable al médico práctico en la vivienda pobre con escasísimos medios.

El Parto prematuro

Porack en 1906 a pedido a la «Societe D' Obstétrique de París» el parto prematuro para las primizas con pelvis viciado y lo sostiene numerosos autores, pero ésto en la práctica es difícil.

Primero:

Porque al médico rara vez se presentan a tiempo, sino que lo llaman en el momento del parto.

Segundo:

Commandeur, dice, «En teoría, es una operación excelente pero, en la práctica se hace delicada por la dificultad de elegir el momento adecuado» y si éstos piensan médicos especialistas, cómo será escabroso para el médico práctico.

Además, estos niños necesitan estufas y cuidados especiales difíciles de dar en el público y menos en el campo.

La mortalidad materna es de 1 %, y fetal de 29.61 %, (Pinard) 26 %, Bar y en P. P. M. de 7 cts. dan 85 %.

La Versión

La versión en las estrecheces relativas es una mala intervención; da una mortalidad fetal de 40 a 50 %, requiere las partes blandas en iguales condiciones que la pubiotomía, además líquido amniótico para poder hacer la voltereta.

Como son tres partes para un feto (nalgas, hombros, cabeza) y de maniobras bruscas puede haber rotura y desgarraduras que den una mortalidad materna de importancia. Commandeur, dice, «la operación está lejos de ser inocente para la madre puesto que la violencia de la extracción puede producir lesiones graves de las partes blandas de la madre» y respecto a los fetos, Bar y Pinard, le llaman «embriotomie de guisees» y dicen al respecto de pelvis estrecha, «la versión en estos casos no debe hacerse sino con reserva» y se explica si se piensa que en el parto de la cabeza se reducen bruscamente los diámetros

La estadística de la Clínica Tarnier de 1902, 1903,

1904, da por 64 versiones, 22 niños muertos y 1 madre, en cifras globales.

El cloroformo es necesario como en las demás intervenciones, así que el peligro existe lo mismo.

El Fórceps

El Fórceps en los casos de estrechez pelviana es una mala intervención y es conveniente decir que es un basiotribo disimulado y por tanto eminentemente feticida.

Las estadísticas de aplicación de fórceps en estrecheces pelvianas es pésima, al reducir los diámetros cefálicos produce lesiones graves que dan en el feto extraído la asfixia blanca, casi siempre mortal, además, lesiones cerebrales graves que terminan casi siempre con la vida fetal.

Para aseverarse la verdad de lo que digo basta leer las historias de las pubiotomisadas en las maternidades y vemos, que en fetos iguales o más chicos, anteriores, otros facultativos aplicaron fórceps extra-riendo fetos muertos, y con la pubiotomía éxito feliz. Ultimamente parece que las autopsias han demostrado que, la tienda del cerebro sufre una distensión y rotura de los vasos siendo ésta la causa fundamental del fallecimiento.

Pero sin salirnos del tema creemos que es mucho más difícil una aplicación de palanca o fórceps en el estrecho superior para un médico no especialista, que la pubiotomía; no sólo eso, sino que necesita un ayudante hábil y en el mejor de los casos después de la primera toma se requiere una segunda, el feto sufre

nuevas tracciones y el médico que está fatigado y sólo saca un feto en malas condiciones comúnmente en asfixia, lo que requiere reanimarlo.

En la pubiotomía nada es brutal, lo único que se hace es agrandarle el paso.

En lo que se refiere a la madre lo mismo sufre el cloroformo, y tiene lesiones de útero, vagina, vulva; Bar, dice, al respecto del fórceps....«defectuoso cuando la cabeza está alta, francamente malo, en los casos de pelvis estrecha, y si se la debe pedir a una extracción forzada de triunfar el obstáculo creado por la pelvis».

Mortalidad materna en Alemania	5.21 %
» fetal » »	17.4 »

Las francesas dan algo menos pero no dicen lo mismo que las alemanas si son en pelvis estrechas o en todo fórceps.

El fórceps tendrá su razón de ser en la inercia uterina, que no reacciona a la hipofisina, cuando la cabeza está mal dirigida o cuando la desproporción pélvico-fetal es muy pequeña y debe completar a la pubiotomía cuando la inercia uterina es absoluta.

Es bueno recordar que Gigli dice: pubiotomía y fórceps, y aun algunos lo emplean, sin dejar el parto a la Naturaleza, pero esto no ocurre entre nosotros.

La Sinfisiotomía

La Sinfisiotomía que es la madre de la pubiotomía requiere para ser factible las mismas condiciones fetales y maternas y una más que conviene tener en cuenta:

«Ahora cuando se hace una segunda sinfisiotomía,

las condiciones son bien diferentes, la brida fibrosa está unida estrechamente a la vejiga y a menudo a la uretra. Resulta que, por una parte, puede ser difícil pasar el dedo por detrás de la brida para seccionarla; por otra, la falta de elasticidad del tejido celular aumenta los peligros de las desgarraduras de la vejiga en el momento de la separación del pubis y sobre todo en el momento de la extracción de la cabeza fetal»

«Yo, como Pinard, he encontrado estas dificultades»
(P. Bar)

Los inconvenientes a más de los apuntados anteriormente y que son importantes, son frecuentes las lesiones vesicales, uretrales y las hemorragias.

En cuanto a la sección ósea es difícil. El Profesor Zárato dice, que en una que hicieron presentó serias dificultades, y Bar dice, «a veces estaréis sorprendido de encontrar una resistencia imprevista en el momento en que el bisturí debiera entrar en la articulación lo más a menudo, así como yo os lo he hecho sentir en lo antes dicho, vosotros debéis acusaros de estar equivocados en la situación exacta de la sínfisis y os bastará de rectificar vuestra incisión para caer sobre la articulación, si no la encontráis será mejor terminar por una sección ósea. El hilo sierra Giglios permitirá de hacerlo fácilmente». Como se ve, el autor citado indica el hilo sierra para la solución del problema, en algunos casos, lo que no es sino una pubiotomía en las peores condiciones.

Estos inconvenientes es necesario tenerlos en cuenta y sobre todo no es operación factible fuera de la

clínica o sanatorio, requiere más personal, más instrumental y asepsia rigurosa del medio ambiente.

Debemos recordar que en las enfermas infectadas no da buenos resultados; que suele haber, «septicemias generales a evolución rápidas, supuración de la sínfisis, el trombus retro-sinfisiario, la flebitis» (P Bar).

La mortalidad materna es variable, y si bien Bar da 0 % el término medio de la estadística reunida es de 7.5 % materno y 8.94 % fetal, lo que es mayor que en la pubiotomía de infectadas y no infectadas.

La sinfisiotomía deja una articulación herida más difícil de tratar que una ósea y que deja un callo sólido y resistente.

Se cree que la sinfisiotomía es más ventajosa que la pubiotomía porque deja una ampliación definitiva de la pelvis, y aunque, esto es más «ilusión que realidad» no deja de ser un defecto porque indica una mala consolidación y por tanto mal funcionamiento de la región.

En la literatura médica se ven algunos casos de sinfisiotomía que han dejado lesiones óseas abiertas (fístulas) por mucho tiempo y sin tendencia a la cicatrización lo que no sucede en las pubiotomías cuyas historias relato.

El cloroformo como en toda intervención de esta índole.

Cesárea clásica, sus variantes.

Esta operación de una técnica difícil ya tiene bien marcados sus límites y será: en todo caso que una embarazada tenga menos de 7 centímetros de P. P.

M. haya anillo de Bandt, el útero esté retraído o haya obstáculo insalvable para el parto por vías naturales.

En estas condiciones en las clínicas se habitúa hacer cesárea clásica y en algunas hasta las que tienen temperatura elevada, pulso frecuente, disnea, es decir, en las infectadas, con éxito feliz para madres e hijos, lo que ha dado motivo para una tesis de mi discípulo y amigo Dr. Pereira Rego.

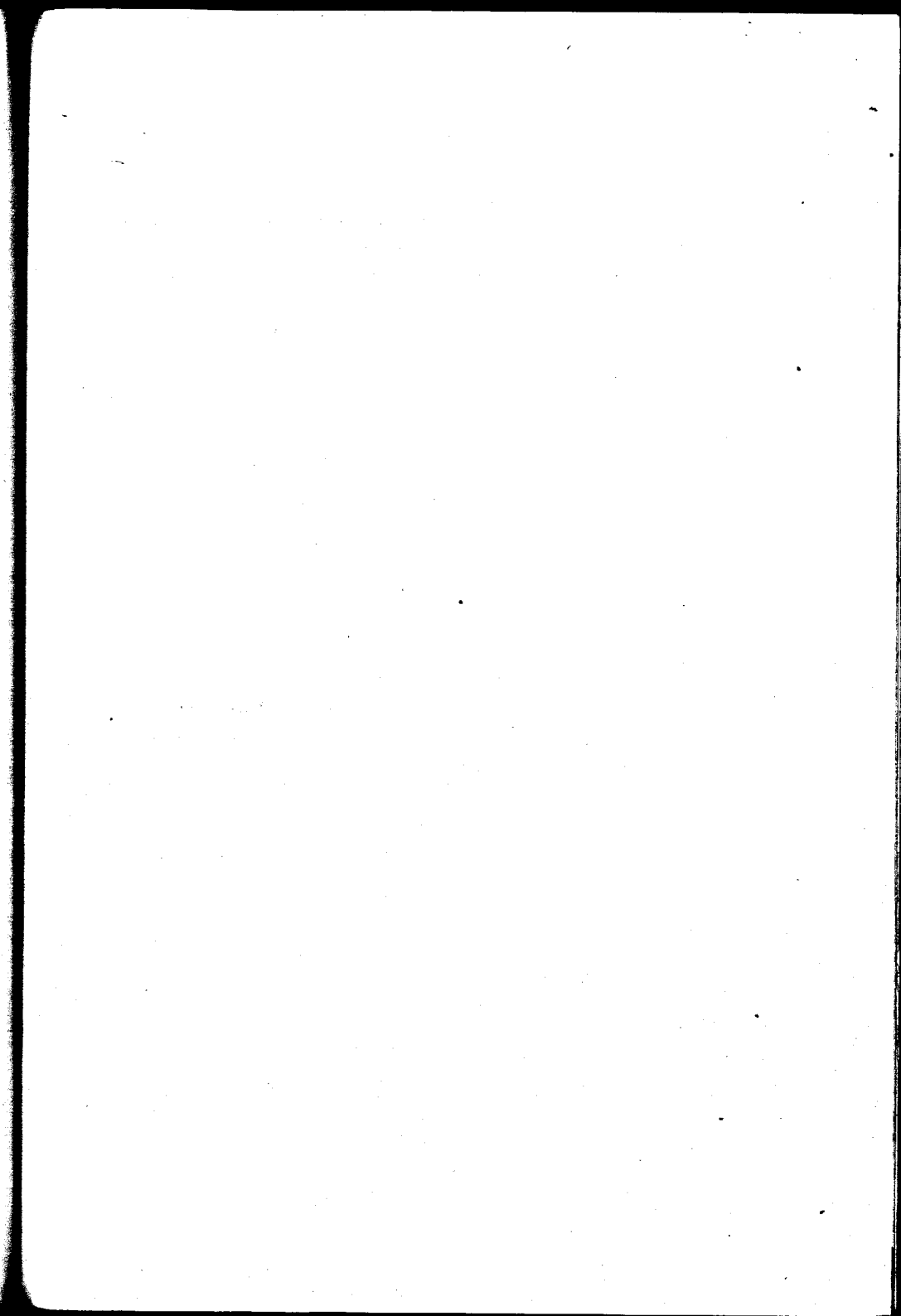
Pero, en lugares apartados donde no se encuentra suficiente personal técnico (mínimo de tres médicos, el cirujano y dos ayudantes de los cuales uno tendrá que ocuparse de la vida del feto) personal que en esas regiones no puede exigírsele una preparación quirúrgica especial, con un medio inadecuado, instrumental deficiente, dificultades para la esterilización; la cuestión cambia, ya no se trata de una intervención quirúrgica común sino de exponer con gran desventaja la vida materna y si bien es cierto que la vida del feto es muy respetable, también la materna se debe cuidar en beneficio del esposo y de los demás hijos y no exponerla en una forma desventajosa en beneficio de un supuesto ser.

I si la intervención resultara brillante ¿puede el médico dejar a la vida genital una paciente en tales condiciones?

Bien sabido son las facilidades con que un útero que ha sufrido una cesárea se rompe al principio del trabajo de un parto próximo y la necesidad casi imprescindible del médico de hacer una segunda intervención y así sucesivamente. Sumando el porcentaje de mortalidad de cada intervención y calculando el

término medio, según Wallace, de 6.45% por cada embarazo a término veremos que la estadística es peor que la mortalidad de la pubiotomía en 6.4 a 6.5 centímetros de P. P. M. y con la ventaja que ésta puede repetirse cuantas veces se desee sin los peligros de la rotura uterina de las cesáreas, cuyo cuadro sombriamente da una pésima estadística. Cuando es factible una cesárea o pubiotomía por las condiciones de la enferma, en lugares lejanos, creemos que la pubiotomía en P. P. M. de 6.5 centímetros será preferible puesto que el médico, entre dos males, debe elegir el menos y no puede ser en otra forma fuera de las clínicas y sanatorios. Lo dicho de la cesárea clásica puede aplicarse a la operación de Porro, a la cesárea vaginal, etc.

Con esto hemos pasado revista someramente todas las intervenciones que han luchado y luchan por tomar el campo que legalmente corresponde a la pubiotomía, en lo que se refiere a feto vivo; nos quedan las que suprimen la vida del feto, el basiotribo, craneoclasto, embriotomía, etc., que dejaré de lado por desviarme del tema y no pueden compararse en resultados al tratado, ni cumplen el aforismo de Pinard «La embriotomía sobre feto vivo ha caducado» ni con lo que De Bovis publicó en la «Semaine médicale» de 1904, Pag. 409, que dice: «La embriotomía todo el mundo está de acuerdo en ver un *pis aller* deplorable cuando se dirige a un feto vivo» y menos con la frase del Dr. Cantón ya señalada.



CUADRO SINTÉTICO DE LAS INTERVENCIONES

CESÁREA CLÁSICA Y SUS VARIANTES		SINFISIOTOMÍA
Técnica	Necesita: 3 médicos - como mínimo, una clínica apropiada, todo el material de una laparatomía (para Porro agujas largas y tubo goma), buenos enfermeros, mesa de cirugía, es de técnica difícil y compleja, se requiere una asepsia rigurosa.	Necesita: 2 médicos, clínica apropiada, bisturí especial, pinzas compresas, campos operatorios, material de sutura, dificultad en dar con la línea articular y suele requerir cortar el hueso con sierra Gigli, asepsia rigurosa. — Sonda Pezzer.
Instrumental		
Anestesia	Cloroformo profundo no menos de 45'	Puede emplearse anestesia local 30' a 50'
¿Es factible?	En las infectadas no es factible (solo Porro).	En las infectadas no es factible.
Heridas	Deja una herida que debe suturarse y a veces requiere drenaje.	Deja herida que debe suturarse y puede requerir drenaje.
Lesiones de Periné	No hay	Suele haber en primerizas
» » Vagina	» »	» » »
» » Vejiga	Puede haber	Comunes
» » Uretra	No hay	Existen
Hemorragia	Comunes y a veces graves	Existen, difíciles de hemostasia
» post-partum	» » »	Sólo cuando se aplica fórceps puede haber.
Infección local	Puede haber (catgut, guantes etc.)	Son graves porque son articulares
Peritonitis	Suele haber (graves)	—
Flebitis	Puede haber	Puede haber (graves las retro-púbicas).
Incontinen. de orina	Pasajera si las hay	Raras, pero pueden hacerse permanentes.
Fístulas vesicales	Rarísimas	Comunes
Eventrac. y hernias	Comunes	Raras
Cicatriz	Deje grande y a veces dolorosa	Deje suele ser dolorosa
Porv. de las enfermas	En caso de nuevo parto, debe insistirse con cesárea y temer la rotura uterina.	Se hará una segunda operación muy difícil.
Mortalidad materna	Bar de 6.45 % 6 en la «Clínica Obstétrica» 0 %	Estadística de varios autores 7.5 %
Mortalidad fetal	Bar 5.45 %, en la «Clínica Obstétrica» 0 %	Pinard 13 %; Bar 0 %

OBSTÉTRICAS DE URGENCIA (COMPARADAS ENTRE SÍ)

FÓRCEPS	PUBIOTOMÍA
<p>Necesita: El fórceps y el médico, es de técnica difícil en el estrecho superior, algunos niegan la posibilidad de aplicarlo en dicho sitio. Es factible fuese de las clínicas.</p>	<p>Nos referimos en especial al método del Prof. Zárate necesita: el médico, sierra Gigli, aguja del Prof. Zárate (en caso de urgencia usarse la de Emmet grande) algunos compresos, hipofisina, tintura yodo. Es factible en cualquier parte sonda Pezzer.</p>
<p>Cloroformo profundo, más de 1 hora a veces.</p>	<p>Cloroformo rápido; 10', como máximo.</p>
<p>Peligrosa en las infectadas.</p>	<p>No es contraindicación la infección</p>
<p>—</p>	<p>No deja sino dos heridas puntiformes difíciles que den entrada a la infección.</p>
<p>Son comunes</p>	<p>Suele haber en primerizas.</p>
<p>Existen.</p>	<p>.</p>
<p>Pueden haber.</p>	<p>Bien aplicado el método no hay.</p>
<p>Raras.</p>	<p>.</p>
<p>No suelen haber.</p>	<p>Son sin importancia cuando las hay (rarísimas)</p>
<p>Son comunes.</p>	<p>Igual a la sinfisiotomías.</p>
<p>—</p>	<p>Sólo se ven alguna vez en las primerizas (desgarraduras) benignas.</p>
<p>—</p>	<p>—</p>
<p>Puede haber.</p>	<p>Puede haber.</p>
<p>Son raras.</p>	<p>Son raras, pero nunca se hacen permanentes.</p>
<p>Existen.</p>	<p>En la «Clínica Obstétrica» no hay casos.</p>
<p>—</p>	<p>No hay en la «Clínica Obstétrica».</p>
<p>—</p>	<p>Deje puntiforme; desaparece con el tiempo.</p>
<p>Puede hacerse repetidas veces.</p>	<p>Es posible hacerlo infinidad de veces en la misma paciente sin peligro ya sea de un lado u otro.</p>
<p>En Alemania 5.21 %, «Clínica Tarnier» 3 %.</p>	<p>Estadística diversas de 5 a 8 %.</p>
<p>Por estrechez pelviana 30 a 40 %, en las de conjunto 17 % en Alemania.</p>	<p>Es reducido y en la «Clínica Obstétrica» 0 %.</p>

CAPITULO VII

LA PUBIOTOMÍA EN PÚBLICO

Una intervención operatoria, ideada en un momento dado con todas las dificultades de técnica y sin saber los resultados prácticos, que entra en las clínicas, sufre al principio una resistencia, como todo lo que no se comprende, pero llega un momento en que la constancia de los iniciadores, la perfección en la técnica, el espíritu de lo novedoso, le hace avanzar a paso de gigante, necesitando luego serenarse el ambiente para marcar sus límites, sus ventajas e inconvenientes.

Todo esto le ha pasado a la pubiotomía; Gigli, el que con perseverancia y voluntad férrea, perfeccionó la técnica y consiguió imponerla en las clínicas del mundo, dió margen a que muchos cirujanos la usaran sin conocer bien sus indicaciones y contraindicaciones algunos la hicieron en sanatorios o casa de higiene esmerada, pero, ahí debía terminar su ciclo, una intervención cruenta, con herida, sangre, sutura, no podía hacerse en un rancho, la técnica espantaba al médico no cirujano, tratar de hacer de esta intervención una operación para todos, favoreciendo a la parturienta alejada de los centros hospitalarios, evitar en lo posible la infección, reducir los instrumentos al minimum, reducir el personal técnico al médico, poder usar sin gran desventaja del medio en que actúa, dar una

técnica fácil y sencilla era lo que le faltaba para poder pasar de la clínica sanatorio o casa higiénica, al público y a todo médico práctico, y creo que esta operación con la técnica descrita por el Profesor Zárate, con el nombre de completamente subcutánea conseguiremos ese objeto.

HISTORIAS CLÍNICAS

Historia 678.—Clínica Obstétrica.

Director Profesor Zárate

Jefe de clínica Dr. Peralta Ramos.

Médico Interno Dr. Boero.

Francisca S. J. de P. 18 años española.

Antecedentes hereditarios sin importancia.

íd. personales íd. íd.

Primeriza:

Ingresa a la sala de partos con 4 centímetros de dilatación, contracciones regulares, la dilatación se completa a las 12 horas después de iniciado el trabajo del parto, no obstante la cabeza no se encaja, permanece alta, deflexionada y a pesar del modelaje el parietal anterior desborda la sínfisis pubiana.

Por el tacto se constata vulva y vagina I para, dilatación completa, bolsa íntegra, cabeza modelada en sinclitismo, deflexionada en izquierdo transversa. Se rompe artificialmente la bolsa de las aguas saliendo un líquido ligeramente teñido de meconio.

Las contracciones continúan frecuentes y dolorosas, se constata tumor serosanguíneo y acabalgamiento del parietal.

Una hora después el feto aumenta los latidos y pierde más meconio y como sufre el feto se hace por haber desproporción pélvico-fetal una pubiotomía procedimiento Profesor Zárate, y como no hay aguja especial se hizo con aguja de Emmet.-

Se aplica balón de Champetier de Ribes para dilatar las partes blandas haciendo compresión por arriba del pubis.

El cloroformo ha hecho disminuir las contracciones y una hora después se le da hipofisina Dessy, lo que da contracciones tetánicas de 10', y después otras regularmente pero poco intensas lo que no hace progresar el feto a pesar de haber separación ósea de 5 centímetros.

Una hora después nueva hipofisina y entonces se ven contracciones enérgicas, se encaja y dura una hora el período expulsivo dando un feto vivo y sano; sin ninguna lesión de órganos genitales.

Alumbramiento por expresión simple, vendaje pélvico, se sonda y sale orina clara.

Va a la sala en buenas condiciones, feto de 50 cent: 3.200 B. P. de 9 1/4.

Sale de Clínica el 3 de Julio en excelentes condiciones.

Historia N.º 1242.—Tereza G.de R. 30 años, española.

Entró a la clínica el 24 de Septiembre de 1913 a las 8 y 10 a. m.

Padres vivos—madre, tuvo 11 hijos sanos, no hay abortos ni gemelares.

Ella caminó siempre bien, regló a los 16 años, normales.

Embarazos tuvo:

- 1.º A término normal, sexo masculino, vivo.
- 2.º » » » » » »
- 3.º » » » » femenino, murió sin saber la causa
- 4.º femenino, vivo y sana.

Son hijos del mismo padre que el del actual embarazo.

Ingresa del público; sus dolores han comenzado 48 horas antes, bolsa rota, precoz (18 horas antes), temperatura 38³⁰, pulso 110 por minuto. Examen general normal.

A la palpación vientre grande, globuloso, algo retraído, pero hay contracciones; paredes tensas, el útero desviado a la derecha, altura 42 centímetros, altura sobre el ombligo 28 cent., embarazo a término, presentación cefálica deflexionada, cabeza grande sin encaje, P. A. desborda la sínfisis pubiana, dorso a la izquierda, tonos fetales 120—al tacto vulva y vagina amplias y elásticas—pelvimetría interna 8.8 P. P. M; pelvimetría exter. B. T. 30 B. I 27. B. E. 23. S. P. 18.

Dilatación casi completa, cabeza sin encaje en I. T. fuertemente modelada, tumor serosanguíneo y asinclitismo anterior, teniendo en cuenta la estrechez pelviana, la desproporción relativa, mala orientación de cabeza y prolongación del parto se hace pubiotomía, método Profesor Zárate.

Terminada la sección ósea y sondada la enferma se recoge la orina sanguinolenta.

Los cabos se separan 4 centímetros; se le admi-

nistra hipofisina que despierta contracciones energícas, 10'; después a la 2ª contracción la cabeza se encaja 20'; después se desprende en O. P. sale un feto grande con meconio de olor fétido penetrante.

Feto de 4400 grs. de peso con B. P. 10 centímetros, de circunferencia craneal 38 cent. El alumbramiento por expresión simple a los 20 minutos no se hace lavaje intrauterino.

Terminada la operación, vendaje compresivo de la pelvis y sonda vesical permanente.

La enferma queda en buenas condiciones.

Al 4º día 37^{to}, sus loquios normales en cantidad y color, se mantiene esta temperatura 3 días, enema, purgante, baja la temperatura y se mantiene normal.

El 11, (o sea 17 días después) se levanta el 18 y camina sin dificultad.

Historia N.º 1383—Segunda O. de L., 30 años, española.

Ingresa a la clínica el 21 de Octubre de 1913 a las 10 y 35 a/m.

Madre, tubo 5 hijos sanos, pero hubo un aborto, padre sano, camina a los 11 meses siempre bien, regla a los 10 años bien 7 para 1, 2, 3, y 4 a término presentaciones pelvianas todos murieron excepto el 4.º que fué atendido en la «Escuela de Parteras» naciendo asfixiado y se consiguió reanimarlo, pesaba 3.300 kg. B. P. 8.º después ha tenido 3 abortos de 3 a 4 meses sin causa justificada.

Embarazo actual: ignora la fecha de su actual embarazo, tuvo mareo durante todo el embarazo.

El 18 es observada en el consultorio externo comprobando embarazo a término, presentación pelviana,

se le practica versión por maniobras externas recomendándole su ingreso a la clínica.

Parto, principió a las 11.30 del 20 Octubre, con cuello de 5 centímetros dilatación, encaje no hay, variedad de posición S. I. I. A.

Dilatación completa a la 1 a/m. del 23 Octubre (duración dos horas) rotura precoz de la bolsa de las aguas, líquido amniótico normal, cuello dilatado, blando y a la hora de entrar el cuello se ha dilatado descendiendo el feto más aun de la nalga y el pie izquierdo sale fuera de la vulva por las dimensiones se supone feto a término y de desarrollo normal.

Pelvimetría externa; B. T. 28; B. I. 25; B. E. 20; S. P. 17.

Pelvimetría interna; P. P. M. 8,8; y al tacto se diagnóstica, pelvis plana generalmente estrechada, canalizada, raquílica con falso promontorio de 8.5 P. P. M. real.

Feto con 150 latidos fetales.

Esté feto con una cabeza de B. P. 9⁵, más o menos; que sin modelaje debe pasar por tal pelvis indica gran sufrimiento y tal vez su muerte, lo que resuelve a una pubiotomía.

Anestesia clorofórmica, pubiotomía, procedimiento Profesor Zárate, hay pequeña hemorragia que cede a la compresión.

El pubis se separa espontáneamente 1 centímet. y fué fácil hacerle llegar 5 cent. por la abducción de ambos muslos flexionados.

5 minutos después aparece una contracción que expulsa el feto hasta las tetillas, y enseguida por ex-

pulsión a lo Kresteller lo es totalmente, niño vivo y sano con B. P. de 9.^o de 3.600 grs. y 50 centímet. de largo, circunferencia de 35 centm. no hay modelaje no hubo lesiones maternas, anexos normales.

Observación: al 4.^o día de puerperio la enferma tiene temperatura debido a retención de loquios, examinada se encuentra el útero en anteversión forzada se endereza y se coloca un tubo de drenaje, a los 7 días se suprime y vuelve la temperatura lavaje; intrauterino corto y después vaginales.

Dada de alta en buenas condiciones, callo fibroso y no exhuberante, pero que permite movimientos en el sentido vertical, camina bien el 9 Noviembre.

Historia 78.—Clínica Obstétrica y Ginecológica

Director Profesor, Enrique Zárate

Jefe de clínica, Dr. A. Peralta Ramos

Médico Interno, Dr. Palacio Costa

Dolores G. de T., 28 años, española; entra a la clínica el 16 de Enero de 1914 a las 11 pm.

Padres, no da antecedentes.

Reglada a los 14 años normal, tuvo sarampión y viruela.

I para: última regla el mes de Abril, movimientos a los 4 1/2 meses; tuvo al principio del embarazo vómitos, cefaleas. y mareos.

Pesa 46 kgs.; mide 1 m. 47 cent.

Esqueleto con estigmas de raquitismo en la pelvis y extremidades.

Pulso 70 normales; edemas no hay; várices no hay.

Pelvimetría externa: B. T. 30 B. I. 25 B. E. 23 S. P. 18.

Pelvimetría interna: P. P. M. 8.5.

Diag: pelvis generalmente estrechada.

Estado de la enferma, al entrar a la sala de partos 35 horas después de principiar los dolores, ha perdido líquido 8 días antes, temp. 37⁴⁰, pulso 100, igual tenso.

Inspección: vientre grande ovoide, útero en la línea media de paredes tensas con contracciones francas, altura del útero 38 cent., 16 por encima del ombligo.

A la palpación se diagnostica presentación cefálica sin encaje, dorso a la izquierda.

La cabeza sobrepasa al pubis en 2 cent.

Auscultación, 140 latidos.

Por el tacto, vulva y vagina de I para con tejidos poco elásticos, se toca el promontorio de P. P. M. 8.5, demás diámetros disminuidos.

Cuello con 4 cent. de dilatación, bolsa rota, cabeza sin encaje por encima del estrecho superior y orientado en I. T.

La palpación mensuradora nos da marcada desproporción pélvico fetal, el parto continúa con contracciones dolorosas y 10 horas después la dilatación es de 7 cent., cabeza modelada con cabalgamiento y gran tumor serosanguíneo se insinúa en el estrecho superior en asinclitismo posterior latidos normales.

Se intenta un fórceps en estrecho superior, pero, viéndose el peligro para el feto y movilidad de la cabeza se resuelve: Pubiotomía procedimiento Prof. Zárate.

Balón Champetier de Ribes en la vagina lleno que se extrae a los 15' para dilatar las partes blandas.

Serrado el hueso se separan los cabos 2 cent., se da hipofisina que despierta contracciones poco enér-

gicas, a los 15 minutos otra y la cabeza se encaja con una separación de $3\frac{1}{2}$ a 4 cent. desprendimiento espontáneo en I. A.

Se desgarró la horquilla que se sutura con crén (2 puntos).

El feto nace con asfixia azul que se reanima rápidamente. Alumbramiento por expresión a los 15'.

El feto pesa 4.000 grs. B. P. de $9\frac{1}{2}$ y al día siguiente B. P. de 10 cent.

Una partera hizo 40 tactos en el público, según la enferma, con asepsia dudosa.

Sale en perfectas condiciones el 12 de Febrero.

Historia 356.—M. G. de N., 27 años, española; ingresa a la sala de partos el 12 de Marzo de 1914.

Padres muertos, ignora la causa; madre 5 hijos, sin aborto ni gemelos, caminó a los 10 meses, regla a los 17 años regular.

V para:

1° a término de vértice fórceps, muerto, femenino.

2° » » » » » » » »

3° » » » » » vivo »

4° prematuro de 7 meses presentación pelviana, atendido por partera, se le quedó la cabeza retenida y murió, hijos del mismo padre que el actual.

Ingresa del público en las siguientes condiciones: temperatura 37° , pulso 100, boca seca, tiene 18 horas de dolores de parto.

Examen obstétrico: vientre grande, útero desviado a la derecha con 38 cent. de altura y 14 sobre el ombligo, contracciones repetidas y enérgicas, presentación cefálica, dorso a la izquierda, palpación mensuradora cabeza alta movable, deflexionada, que revasa

la sínfisis del pubis un cent., auscultación 120 tonos fetales.

Por el tacto vulva y vagina de múltipara dilatación completa, cabeza modelada con acabalgamiento de los parietales, se aprecia en el centro un tumor serosanguíneo, cabeza deflexionada, asinclitismo anterior movable por encima del estrecho superior; pelvimetría int. de P. P. M. 9 cent. Teniendo en cuenta los antecedentes y la desproporción pélvico fetal, se decide la pubiotomía; anestesia clorofórmica. Pubiotomía izquierda, separación ósea de 2 1/2 cent., no hay hemorragia ni hematoma, se retira la anestesia y se espera el parto espontáneo, previa compresión del sitio operado.

Como se notan contracciones poco enérgicas, nuevamente se da hipofisina y a los 10' el encaje de la cabeza se hace con lentitud, entonces se llevan las piernas suavemente al máximo de la extensión, la separación se hace de 3 cent. favoreciendo el encaje, el parto se efectuó a los 20', duración y período de expulsión es de 45, feto en buenas condiciones, no hubo lesión materna, el alumbramiento por expresión simple a los 25', pasa a la sala en buenas condiciones, feto 3.850 grs. B. P. 10.

Sale sin complicaciones, dada de alta el 29 de Marzo de 1914 (18 días).

Historia N° 389.—María A. D. 39 años, española.

Padres.....Madre, tuvo 12 hijos con partos difíciles, ningún aborto ni gemelar. Camina a los 10 meses, regló a los 14 años regular.

VI para:

1° A término espontáneo de vértice, nació muerto.

- A término espontáneo de vértice, nació vivo y sano
3º » » » » » es enfermo
4º » » » » » viva y sana
5º » » » falleció a los 2 años de sarampión

Son hijos del mismo padre que el actual embarazo.

Ingresa del público con trabajo iniciado de 36 horas antes y con bolsa rota desde 3 o 4 fué atendida por una partera la que le hizo varios tactos.

Llegó con temperatura 38°, pulso 102 regular de buena tensión, útero en línea media alto. 46 y 17 sobre el ombligo con contracciones regulares de paredes lisas y tensas que impiden la palpación regular, segmento inferior amplio que llena el arco de la escavación, latidos fetales normales, pero existe ligera pérdida de meconio.

Por el tacto, vulva y vagina de múltipara muy amplias y muy elásticas, cuello con dilatación completa cabeza movilizable por encima del estrecho superior en I. T. ligeramente deflexionada con leve asinclitismo, anterior con tumor sero sanguíneo sobre el parietal derecho que cabalga sobre el izquierdo, no existe extensión del segmento inferior ni el anillo de Bandt, tiene flujo amarillo.

La pelvis llama la atención por la situación baja del promontorio en relación al pubis, el sacro ligeramente cóncavo y de escasa altura (no parece pelvis viciada por desasimilación) las paredes laterales de la escavación ligeramente dirigidas abajo y afuera, el pubis alto en relación al promontorio, el arcuatum a 1 centímetro de él, es muy espeso y muy inclinado de abajo hacia arriba de afuera adentro, la pelvis resul-

ta anillada con un P. P. M. de 11 cents. en el que se debe descontar 2 cents. por inclinación y espesor del pubis, además, la cabeza no aprovecha todo el arco anterior de la pelvis y apoya por su parietal posterior 1/2 centímetro.

Al tacto mensurador desproporción manifiesta pélvico-fetal y se cree necesario la intervención, porque la estrechez es relativa y partes blandas elásticas y temp. 38° debida tal vez al largo trabajo, contracciones regulares y vigorosas.

Anestesia clorofórmica, se practica pubiotomía, que fué largo el corte óseo por su espesor, hay hemorragia venosa abundante que desaparece por la compresión, los cabos óseos se separan por el hecho de la sección por si solos, unos 3 o 4 cent. enseguida vino una fuerte contracción y la cabeza se encaja completamente llevando en su descenso la separación hasta 4 centms. sin necesidad de colocar los miembros en abducción.

Cinco minutos después es expulsado un niño en las mejores condiciones de vitalidad sin lesión materna alguna.

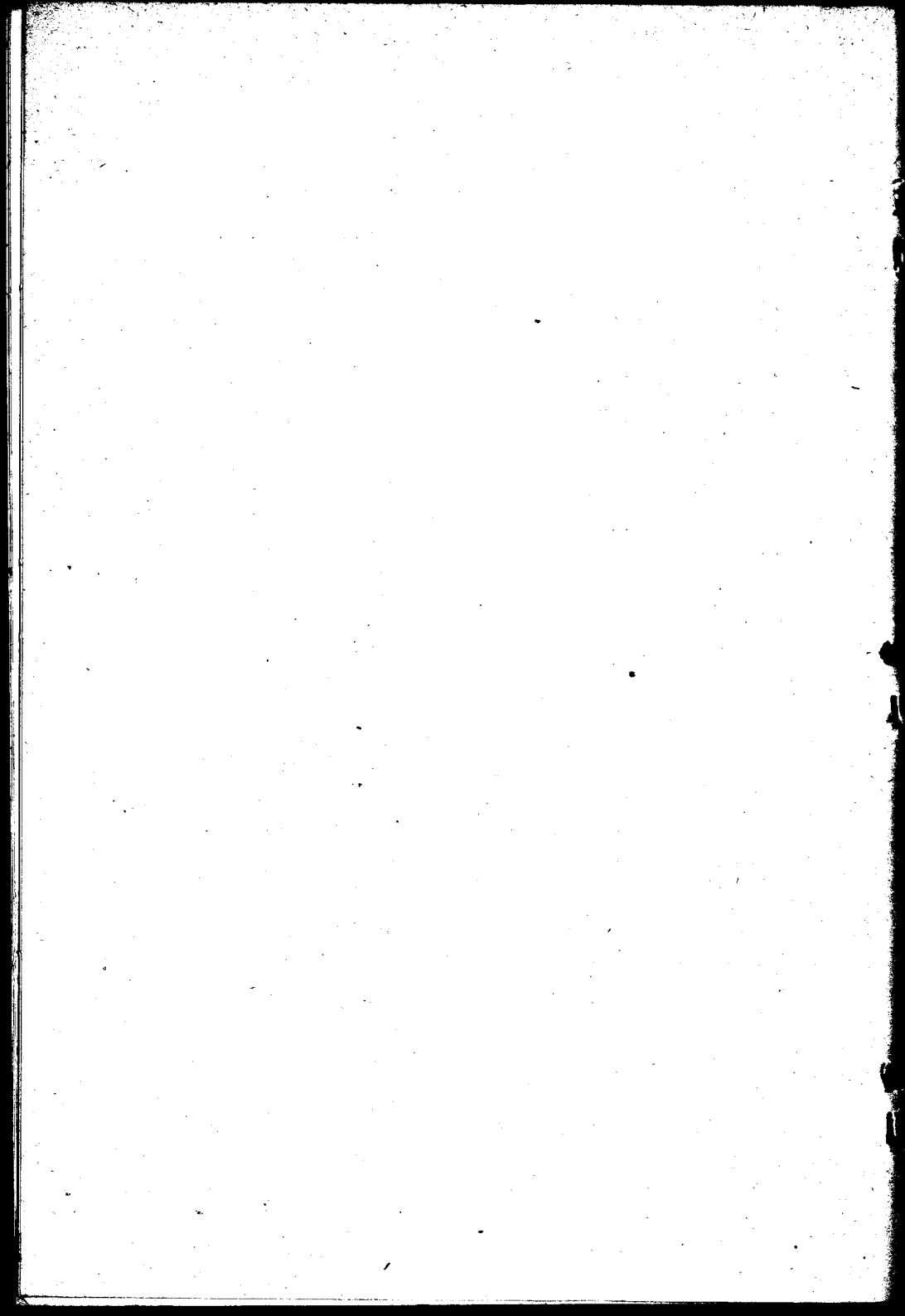
Feto de 3.500 gs. B. B. 9 y 1/2 cabalgado N. B. La historia adjunta unas esquemas explicatorias que hacen más comprensible el caso lo que sentimos no poder publicar.

Dada de alta el 7 de Abril, en perfectas condiciones.

F. CANTONI.

Buenos Aires. Abril 1914.





BIBLIOGRAFÍA

Bar, Brierdeau, Chambrelent.—«La pratique de l'art des accouchements» 1914.

Boero E.—«Las tres primeras pubiotomías practicadas en la clientela civil de la ciudad de Buenos Aires» Revista Semana Médica, N.º 124 Pag. 101.

Brian A.—«Contribution a l'étude de l'accouchement dans les bassins rétrécis; a quel moment doit-on faire l'opération césarienne» Tesis, 1905-1906, París.

Bumm.—«Précis D'obstetrique en 28 leçons» éd. Franc 1912.

Cantón E.—«Las cuatro primeras pubiotomías publicadas en Sudamérica» 1905.

Cantón E.—«Primera serie de 24 casos de pubiotomías publicados en Sudamérica» 1908.

Constant J.—«Statistique des applications de forceps a la Maternité Saint Antoine, Tesis, 1906-1907, París.»

De Bovis.—«De l'asteotomie pubienne par la méthode de Gigli» Semene Médical 21 de Diciembre de 1904.

Dufour J.—«Contribution a l'étude de l'accouchement prématuré provoqué d'après quelques resultats obtenus a la Maternité de Reims» Tesis, 1912, París.

Ferreá G.—«La pelvimetría en la mujer argentina» Tesis, 1903, Buenos Aires.

Faucheu Y.—«Fréquence et pronostic de l'application du forceps a la Clinique Baudeloque» Tesis, 1904-1905, París.

Ferrari M. T.—«Medicación hipofisiaria en obstetricia» Tesis, 1912, Buenos Aires.

Fonticela B.—«Pubiotomía» Tesis, 1910, Buenos Aires.

Gabastou J.—«La pubiotomía en las primerizas» Semana Médica, 13 Mayo 1914.

Gallimard G.—«De l'avenir immédiat et éloigné des enfants nés par accouchement prématuré provoqué» Tesis 1904 1905, París.

Gastelamendi C.—«Contribución al estudio de la Pubiotomía» Tesis 1911, Buenos Aires.

Genevoix A.—«L'avortement provoqué dans les tos de bassins extrêmement rétrécis» Tesis, París 1904-1905.

Gigli L.—«Taglio lateralizzate del pube suoi vantaggi y sua tecnica» Archi di ostetricia Ginecol, 1894.

Gigli L.—«Pubiotomía a lla» Bumm «Archi Ital di Ginecol, 31 Dic 1903.

Gigli L.—«La section latérale du pubis appréciée après les résultats fournis par 90 interventions.

Giraud R.—«Sinfisiotomía» Tesis, 1892, Bs. Aires

Gutiérrez J. M.—«Operación de Gigli» Tesis, 1909, Bs. Aires.

Masson da Fonseca.—«Indicações nos vicios de conformação do R bacia do Janeiro 1903, Tesis»

Manzone C.—«Pubiotomía operación de urgencia en obstetricia» Buenos Aires, 1910.

Marioton Ch.—«De l'avenir obstétrical des femmes ayant sub l'opération césarienne classique conservatrice» 1912.

Morand G.—«Contribution a l'étude du pronostic éloigné que de l'opération césarienne conservatrice» 1912.

Morandine Ch.—«De l'évolution des idées sur le traitement, de la dystocie pelvienne aux siècles XVIII XX etc. 1912.

Noblet L.—«Tesis» 1912 1913.

Paoli Odilon.—«De la nécessité pour le medecin d' obtenir le consentement de la femme pour practiquer une opération chirurgicale au cours de l'accouchement difficile» 1908-1909, Tesis, París.

Peralta Ramos.—«Estudio comparativo acerca de los diferentes métodos de Pubiotomía» 1910.

Phiger F.—«Grossesse et accouchement dans les ce das foetus volumineux» Tesis, París, 1906-1907.

Reyes A.—«Pubiotomía y sus indicaciones» Tesis 1909 Buenos Aires.

Rodríguez.—«Breves considealoes sobre vicios de bacia»

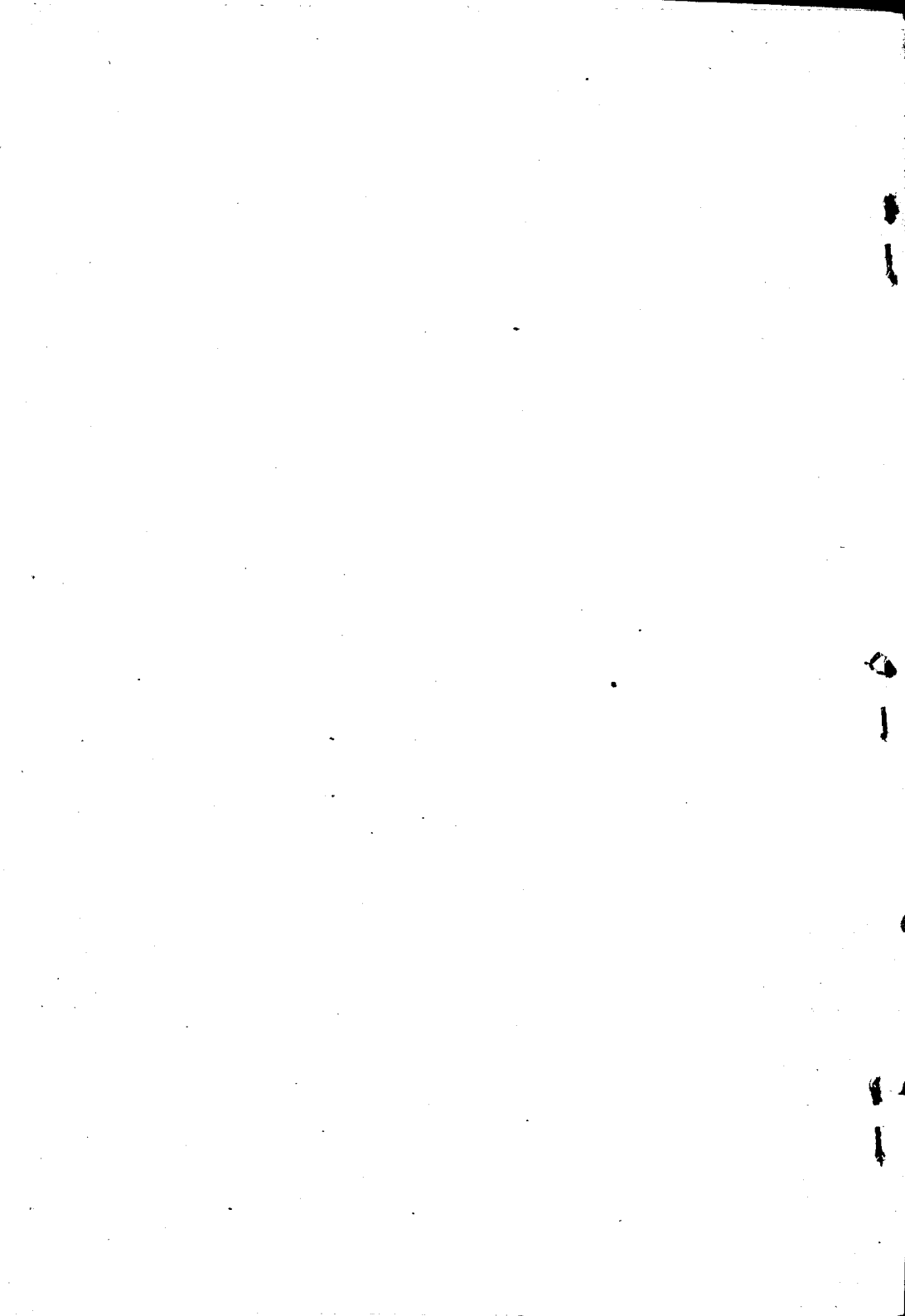
Dos Santos.—Río Janeiro, 1905, Tesis.

Roster.—«Un caso di taglio lateralizzato nella pratica (Boll della società Toscana) Luglio, 1903.

Testut y Jacob.—«Anatomía Topográfica»

Voguet P.—«De la section latérale du pubis dite opération de Gigli» Tesis, Paris 1905-1906.

Zárate E.—«Diversas técnicas de Hebosteotomía (Pubiotomía) La Semana Médica N.º 10 pág. 533 Año 1914.



Buenos Aires, Mayo 4 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al Profesor Titular, Dr. Samuel Molina, y al Profesor suplente, Dr. Juan B. González, para que, constituidos en Comisión revisora, dictaminen respecto a la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.

Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1.^a Paralelo entre la Pubiotomía y la Sinfisiotomía.

E. BAZTERRICA.

2.^a Embriotomía.

S. MOLINA.

3.^a Anatomía y dinámica de la fijación y del encaje durante el embarazo y durante el trabajo.

J. B. GONZÁLEZ.

30657

Buenos Aires, Mayo 9 de 1914.

Habiendo la Comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2785 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou

Secretario.

