



N.º 2848

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DISTOCIA

POR

PELVIS RAQUÍTICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CLEMENTE J. SAÑUDO

Ex-practicante del H. Rivadavia



BUENOS AIRES

LA «SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

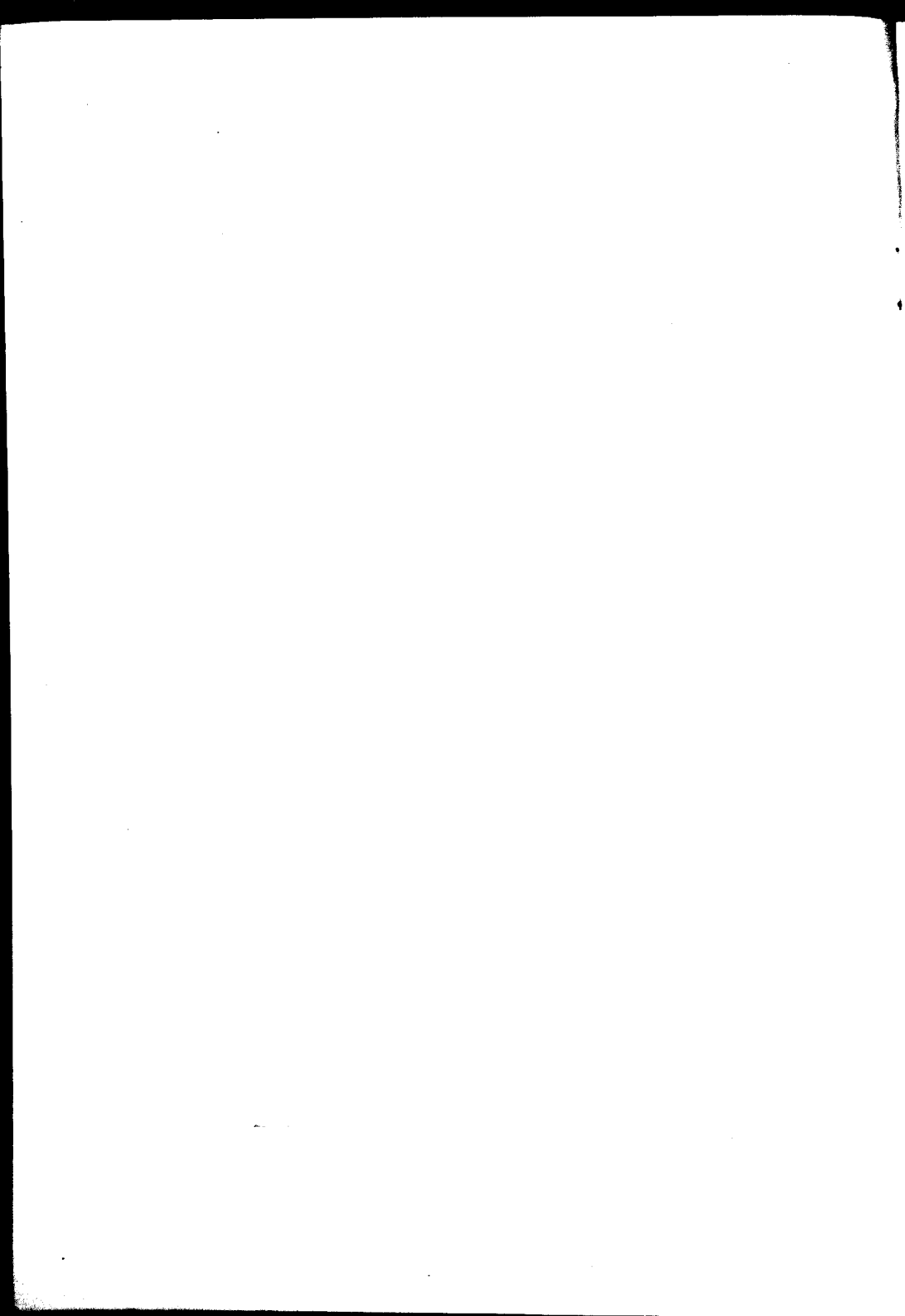
845 — Junín — 863

1914



Handwritten signature or mark on the left edge.

DISTOCIA POR PELVIS RAQUITICAS



Año 1914

N.º 2848

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DISTOCIA

POR

PELVIS RAQUÍTICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CLEMENTE J. SAÑUDO

Ex-practicante del H. Rivadavia



BUENOS AIRES

LA «SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junin — 863

1914



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

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

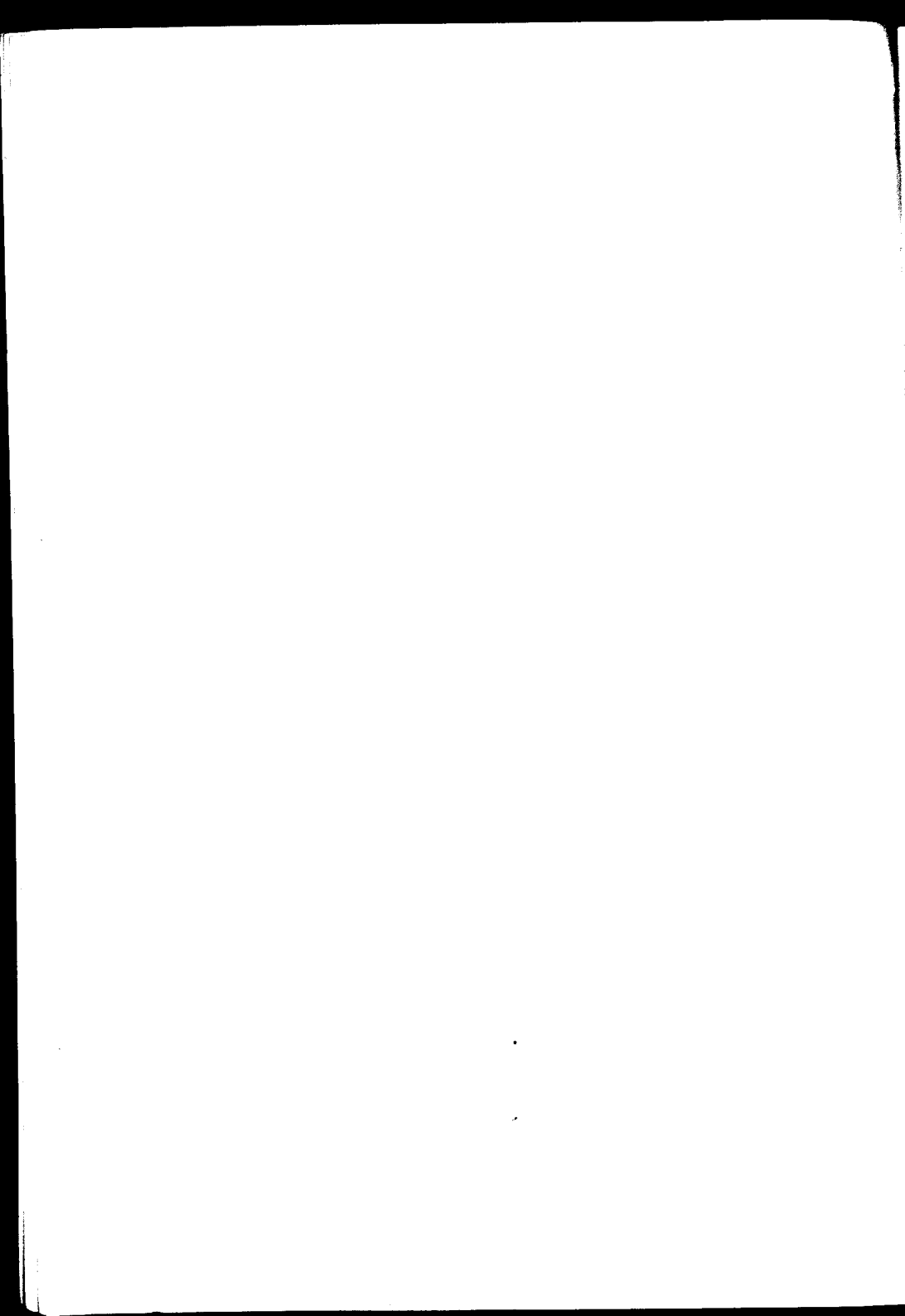
DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELIÑO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

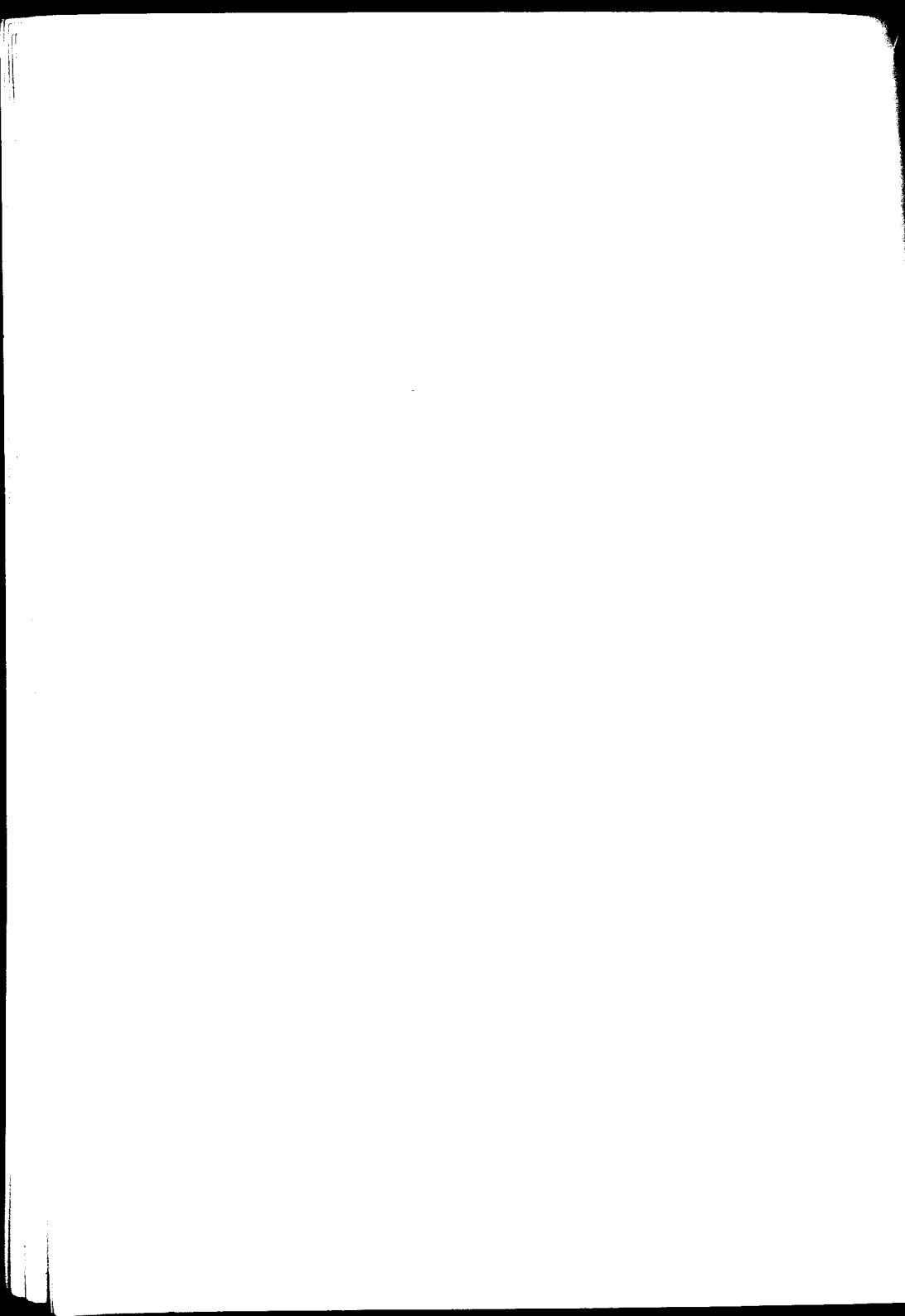
DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

- » » FRANCISCO SICARDI
- » » TELÉMAGO SUSINI
- » » NICASIO ETCHEPAREBORDA
- » » EDUARDO OBEJERO
- » » LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » JUAN A. BOERI (suplente)
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

- » » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)
-



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» J. T. BACA

» J. Z. ARCE

» P. N. ARATA

» F. DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN



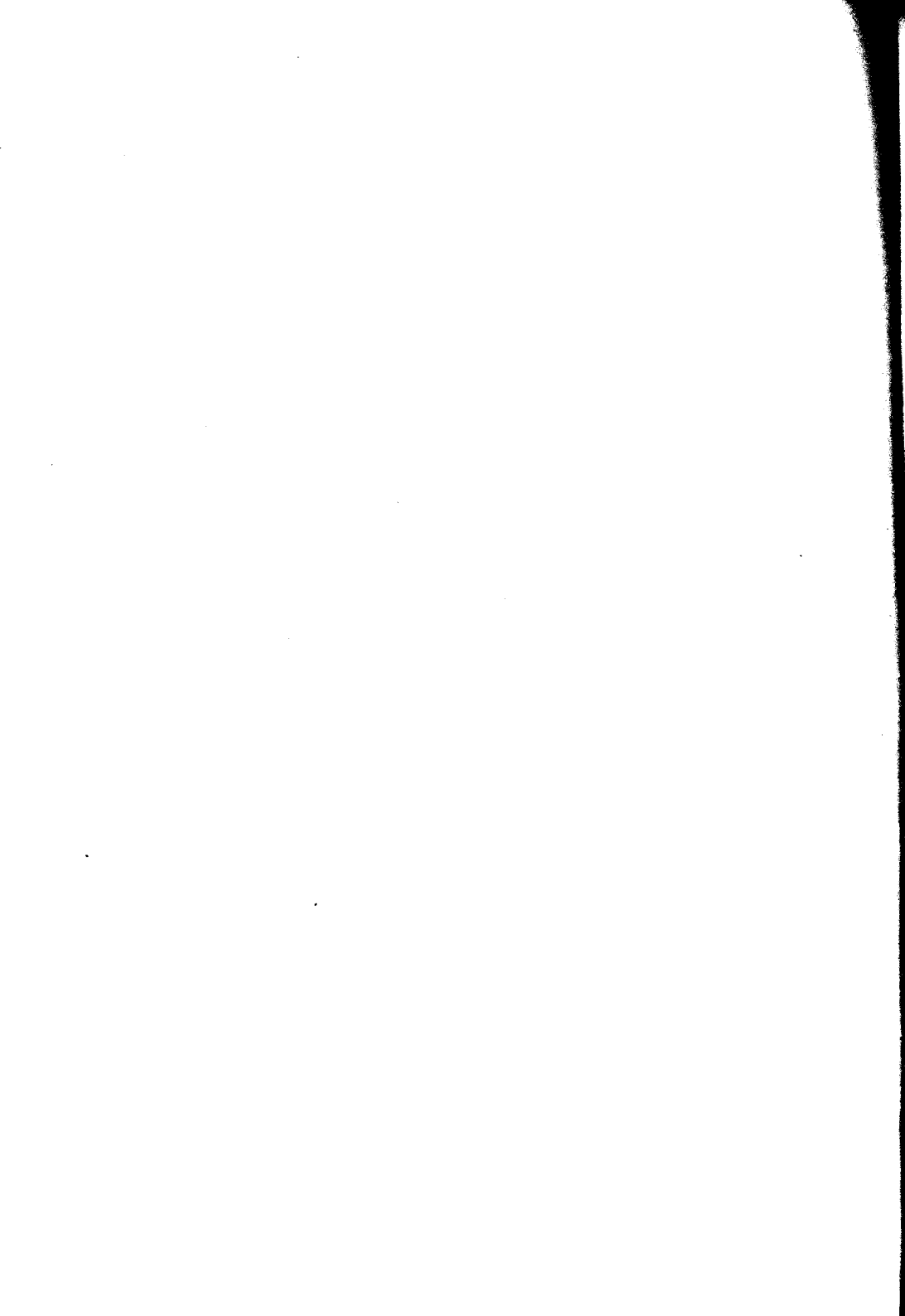
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANO
Anatomía Descriptiva	{ » RICARDO S. GÓMEZ » JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA » PEDRO BELOU (interino) » JOSÉ ARCE (interino)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos {	» GREGORIO ARAOZ ALFARO » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica 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 » MARCELO VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



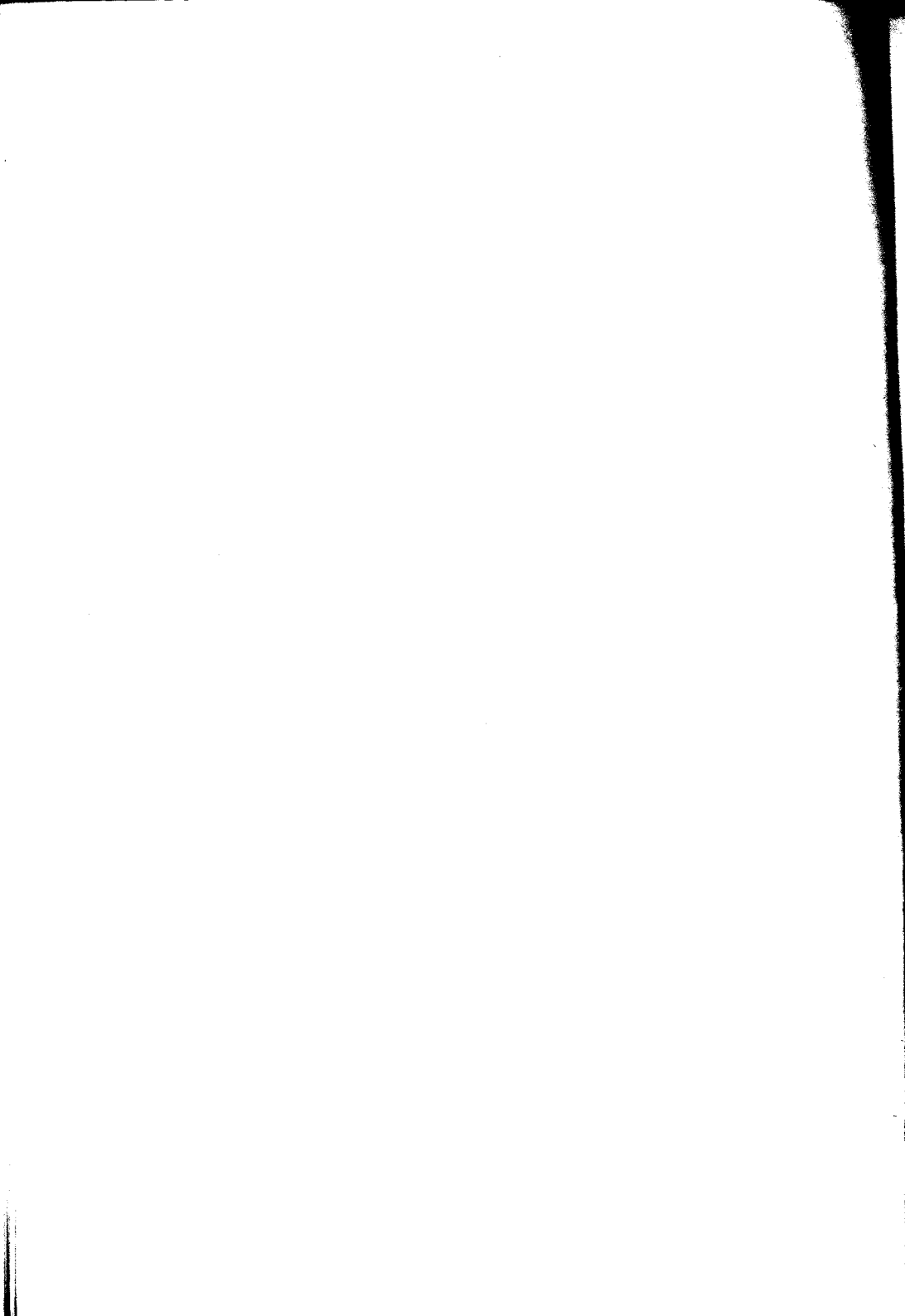
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTORY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN P. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU (en ejer.)
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Semiología.....	» MANUEL V. CARRONELL
Anat. Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	» ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia.....	» CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa.....	» JOSÉ MORENO
Clinica Dermat. ^a Sifilográfica..	» PEDRO CHUTRO
» Génito-urinaria.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica.....	» NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	» PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica.....	» BERNARDINO MARAINI
» oto-rino-laringológica..	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» Quirúrgica.....	» FERNANDO R. TORRES
» Médica.....	» PEDRO LABAQUI
» Pediátrica.....	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
» Ginecológica.....	» ENRIQUE DEMARÍA
» Obstétrica.....	» ADOLFO NOCEY
Medicina Legal.....	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE (en ejere.)
	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ (en ejere.)
	» ALBERTO PERALTA RAMOS »
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JOAQUÍN V. GNECCO

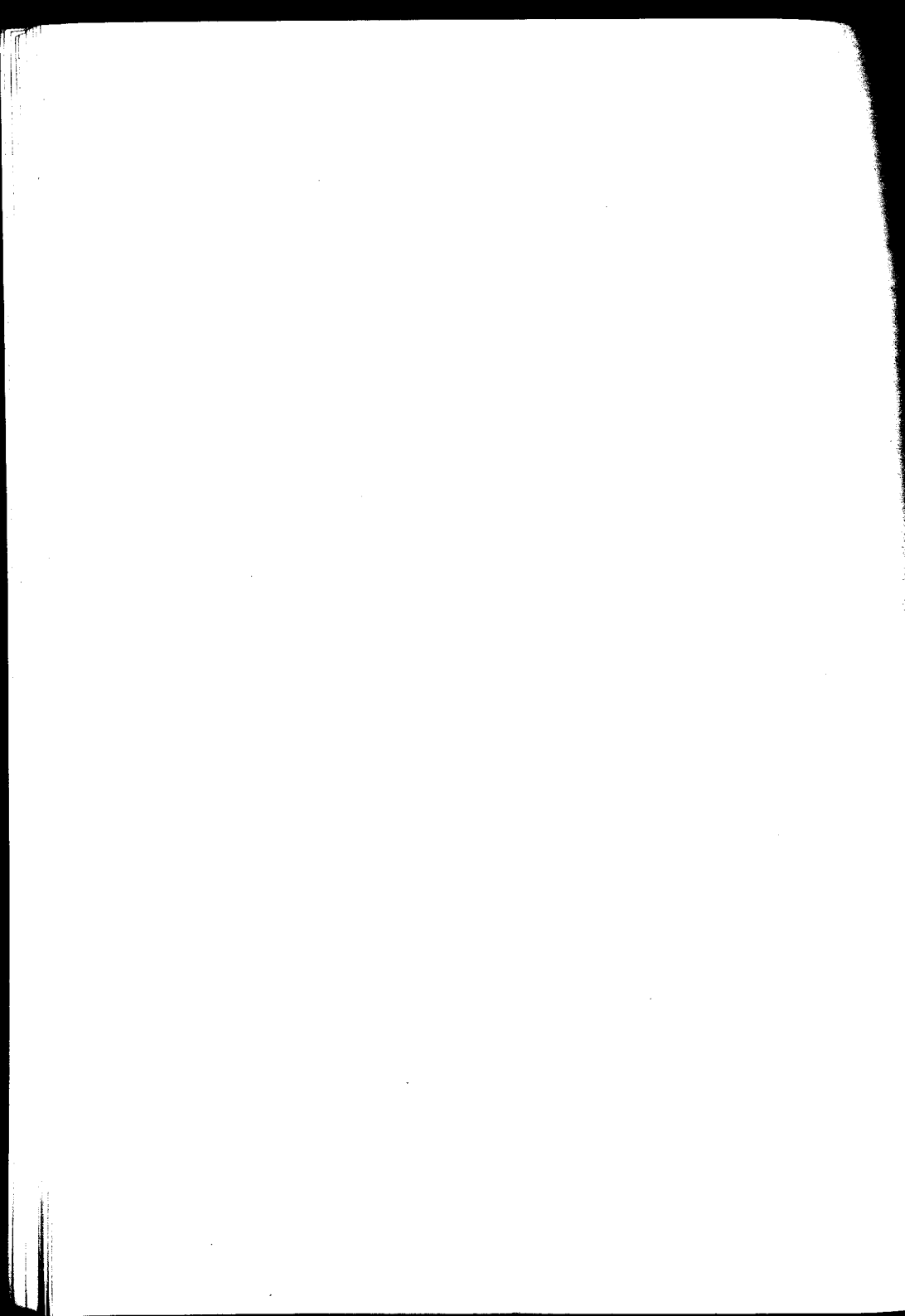


ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Pedagogía y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	* MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» OSCAR MIALOCK (interino)
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ » PASCUAL CORTI
	{ » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	DR OSCAR MIALOCK (en cjece.)
Física farmacéutica.....	» TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica.....	» JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. MIGUEL 'Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	{ DR. FANOR VELARDE

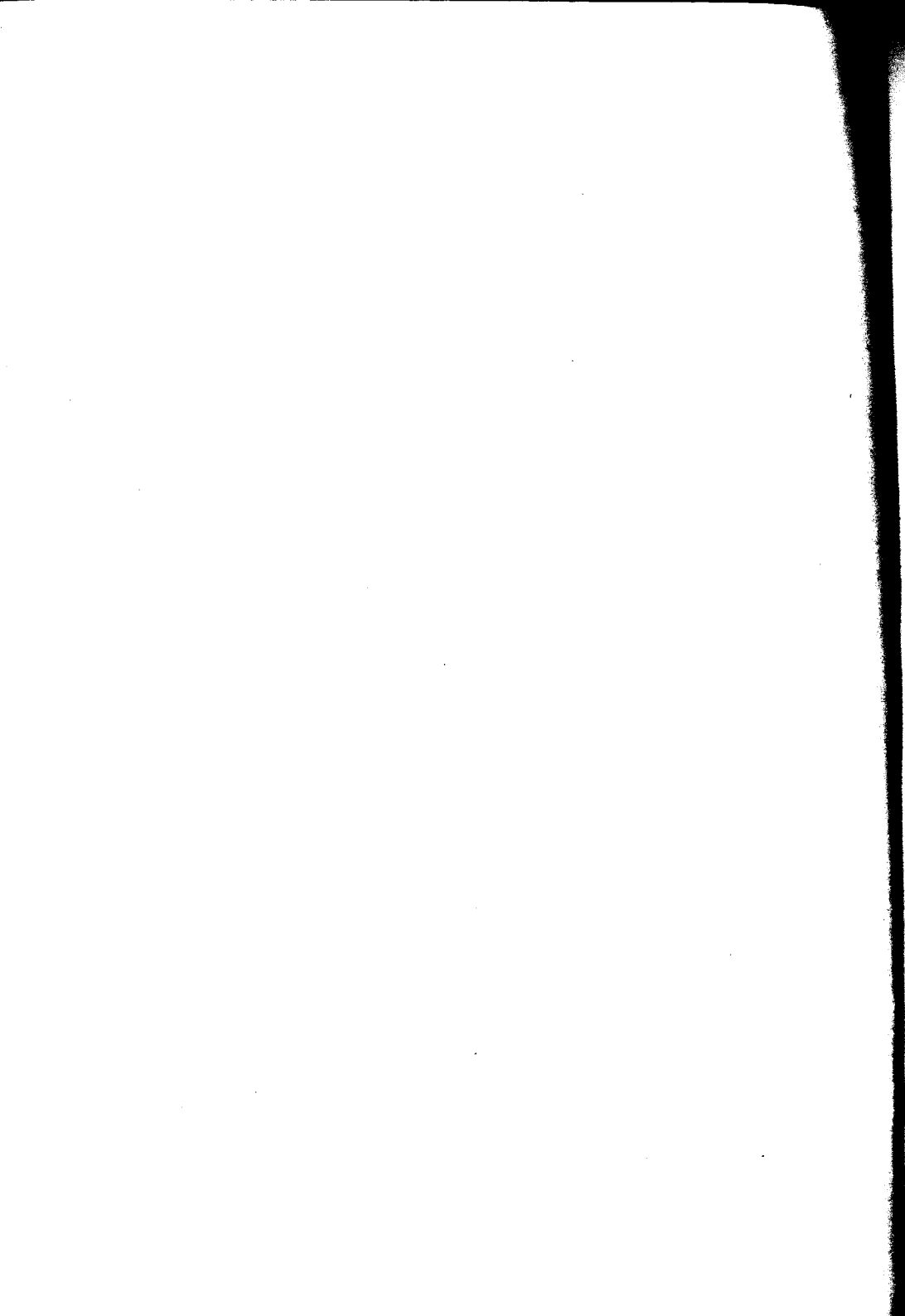
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	{ » J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

Asignaturas: Catedrático sustituto

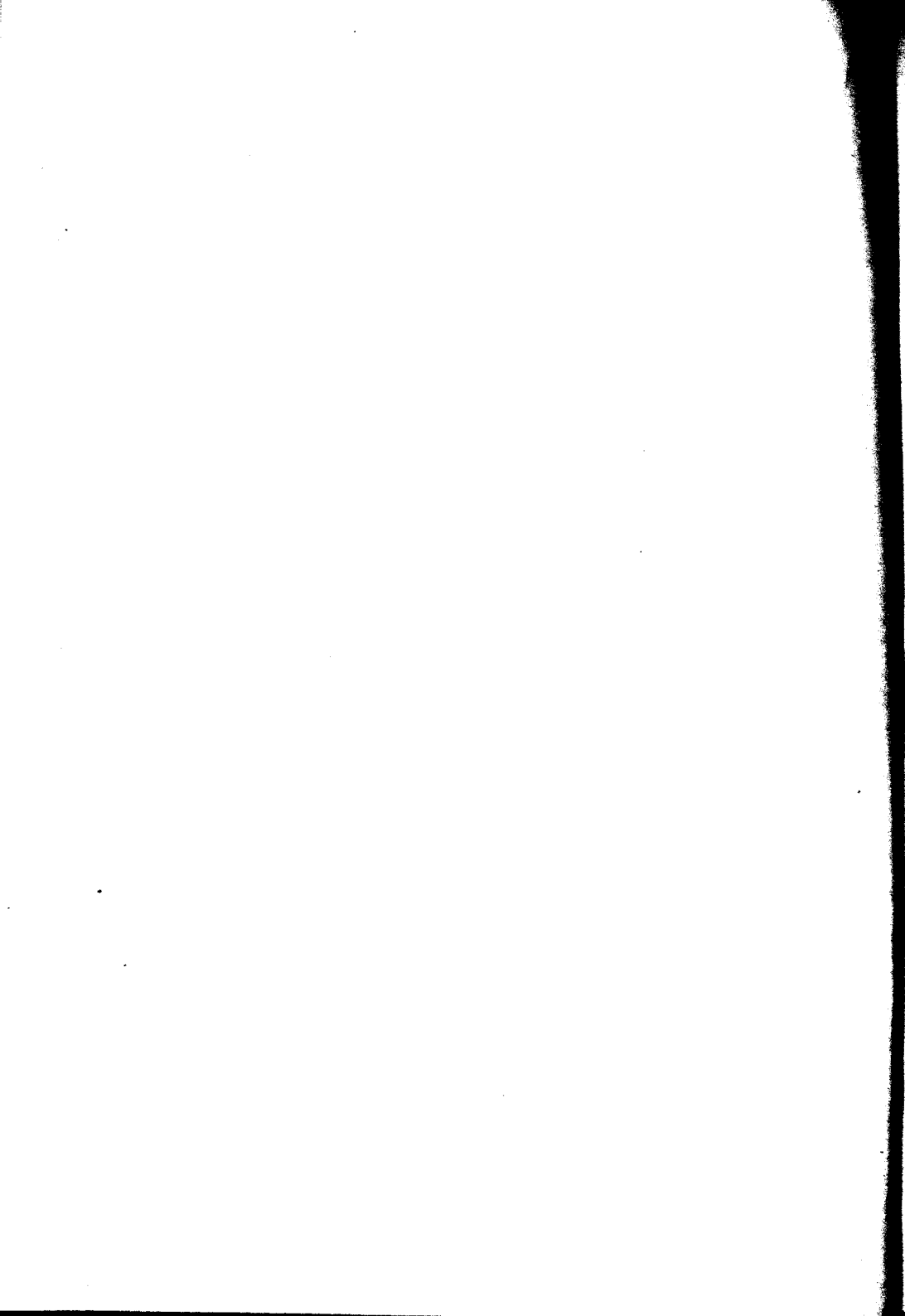
DR. ALEJANDRO CABANNE



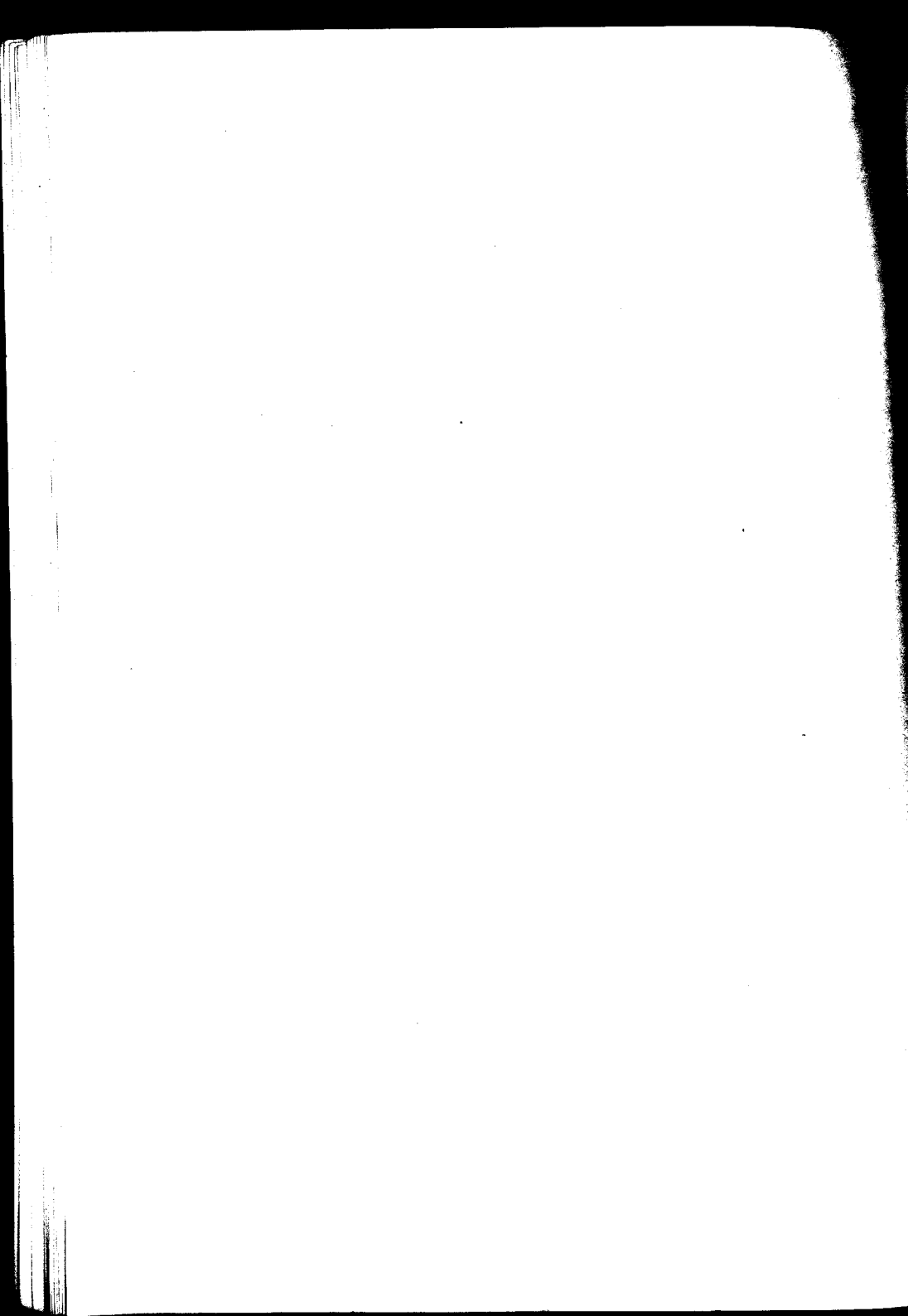
PADRINO DE TESIS

DOCTOR ENRIQUE ZÁRATE

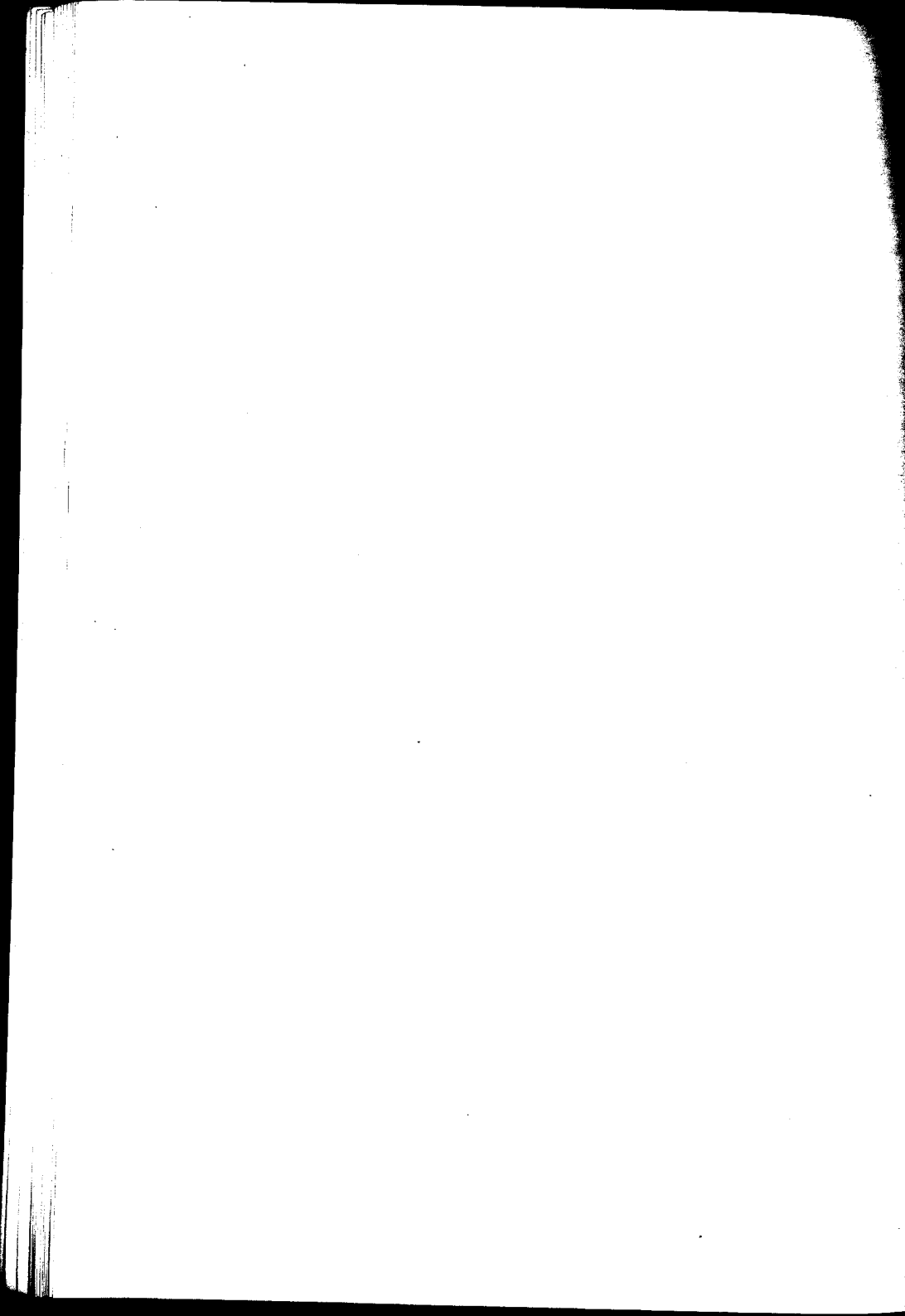
Profesor titular de Clínica Obstétrica



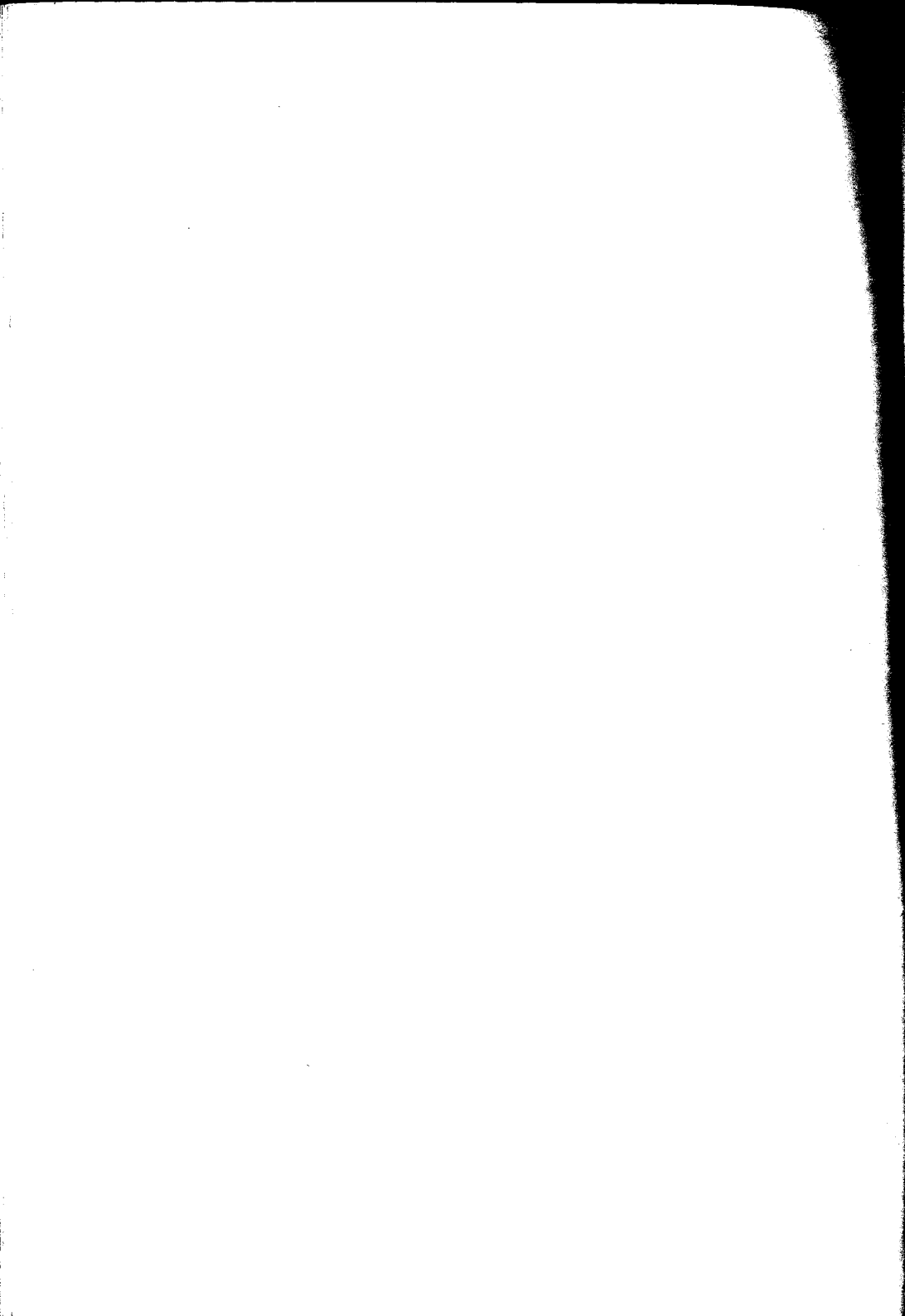
A LA MEMORIA DE MI MADRE



A MI PADRE

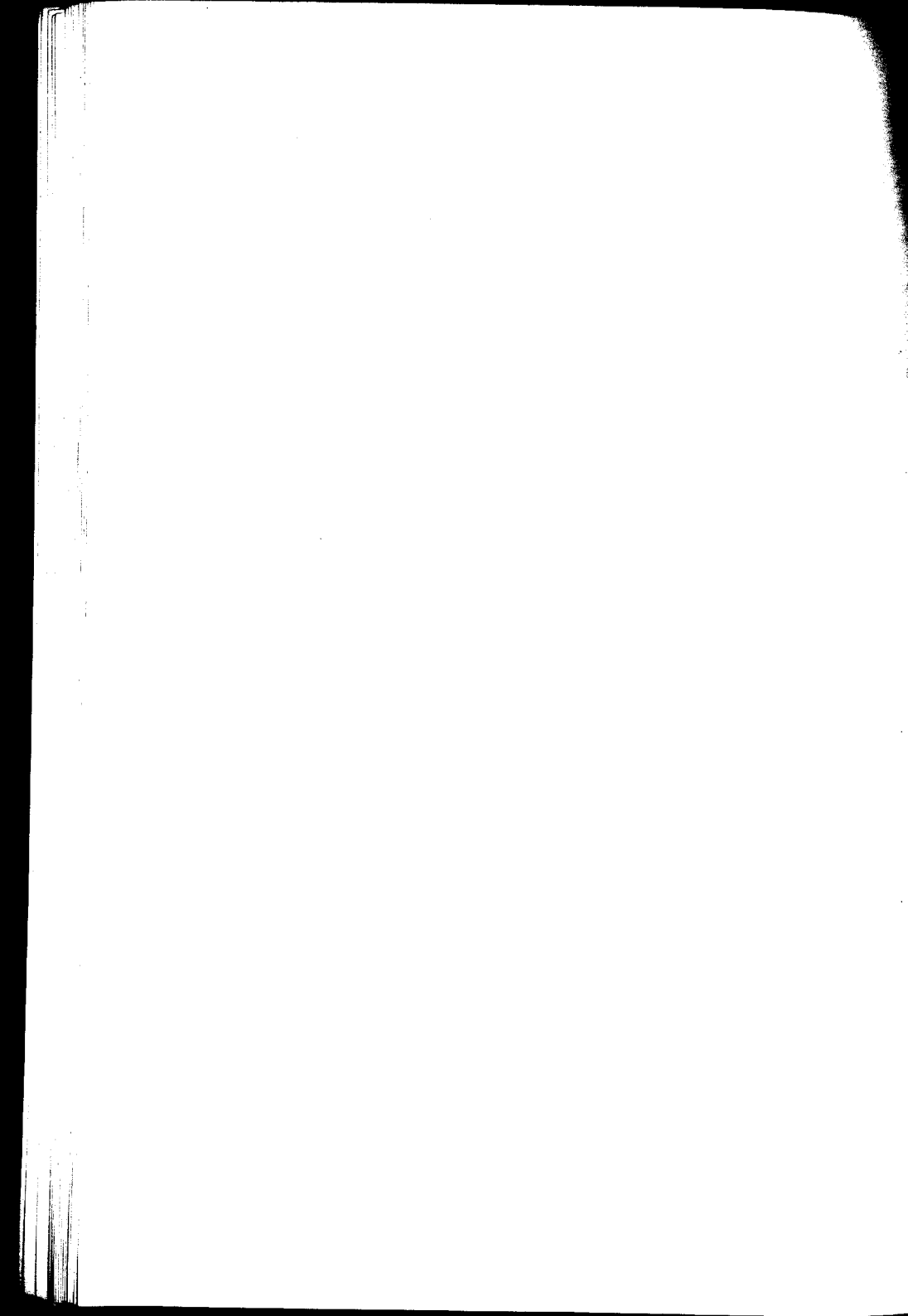


A MIS HERMANOS



A LA MEMORIA DE MI TÍO

FELIPE SAÑUDO



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

Presento á vuestra consideración este trabajo cumpliendo así con el último requisito exigido por la facultad para optar al título de Doctor en Medicina.

Dos de los cinco capítulos en que divido el tema elegido, se refieren : el uno, á la influencia que las pelvis raquíticas ejercen sobre el parto, y el otro, al tratamiento. En cada uno de ellos, sólo me ocupó de los casos que con más frecuencia se observan en la práctica, porque los factores que intervienen en el curso del parto, y que no es posible apreciar desde el primer momento, hacen variar al infinito el número de casos que pueden presentarse.

Aprovecho complacido la oportunidad que se

me brinda al abandonar la Facultad como ex alumno, para manifestar mi agradecimiento á todos los que fueron mis maestros, particularmente á aquellos que en los últimos años, ya en las salas de los hospitales, nos enseñaban, no solamente á observar el «caso», sino también á considerar la situación desgraciada del enfermo, contribuyeron con el ejemplo y el oportuno consejo á que nos formáramos un juicio exacto sobre la verdadera función del médico.

Al doctor Enrique Zárate quedo especialmente reconocido por el honor que me dispensa acompañándome en este acto, y por la buena voluntad con que me autorizó á que hiciera mis observaciones en las salas de la Maternidad del Hospital San Roque, de la que es director.

CAPÍTULO I

PELVIS RAQUITICAS

Fué recién en el siglo XVII que los tocólogos tuvieron algunas nociones sobre las estrecheces de las pelvis y sobre los obstáculos que oponían á la salida del feto.

El hecho de que la importancia de las estenosis de las pelvis permaneciese desconocida durante tanto tiempo, se explica por las opiniones é ideas falsas que se tenían respecto de la marcha del parto, que impedían el conocimiento exacto del mecanismo del mismo. Lo que se oponía principalmente á ello era la antigua creencia de que el anillo pélvico se abría en el momento del parto por alejamiento

mutuo de los huesos al avanzar la cabeza. Partiendo de esta concepción todas las pelvis se consideraban estrechas y, por lo tanto, la falta no estaba en la estrechez, sino en la deficiencia de ensanchamiento del anillo pélvico. Por más que ya Vesalio demostrase la fijeza de los medios de unión de los pubis y la imposibilidad de su separación, y que su discípulo Arancio afirmase que un desarrollo defectuoso de los huesos de la pelvis debe ser considerado como una de las principales causas de distocia, todavía la antigua creencia continuó prevaleciendo por más de un siglo. Deventer fué el primero que estableció la base del estudio de la pelvis desde el punto de vista obstétrico. Posteriormente, Naegele, P. Dubois, Micaelis, Litzmann, Tarnier, Pinard, etc., con sus exactas investigaciones anatómicas y clínicas contribuyeron en gran manera al conocimiento de la pelviología. Mientras anteriormente tan sólo se consideraban viciadas aquellas pelvis que oponían un obstáculo mecánico directo á la salida del feto, Michaelis amplió el concepto de estrechez pélvica á aquellas pelvis que son capaces de influir de un modo nocivo en la presentación del feto y en el mecanismo de su expulsión. Consideradas las cosas de este modo según cual sea la forma de la estrechez es suficiente ya una reducción de un diámetro

en uno y medio ó dos centímetros. Este concepto más comprensivo de Michaelis es hoy admitido generalmente. Así, pues, se consideran estrechas, desde el punto de vista obstétrico todas aquellas pelvis que ofrecen una reducción de 1 y medio á 2 cmts. en uno de sus diámetros principales. Tomando este límite como punto de partida, la frecuencia de estrechez de la pelvis es bastante notable puesto que oscila entre 15 á 20 por ciento de los casos. Por esto no ha de deducirse que en la práctica se presente una distocia por estrechez pélvica en cada 5 ó 6 partos. Los grados de estrechez capaces de determinar trastornos serios se encuentran en un 3 á 5 por ciento de todos los partos.

De las muchas causas que pueden perturbar la evolución normal de la pelvis, ya deteniendo su desarrollo ó ya alterando su forma, el raquitismo ocupa el primer término.

«La deformación raquítica de la pelvis constituye la causa más frecuente de distocia en general y de distocia ósea en particular. Cuando se encuentra en presencia de una pelvis estrecha 15 veces sobre 16 se trata de raquitismo». (Bonnaire).

El raquitismo, afección de la primera infancia, consecutiva de alteraciones digestivas por alimentación defectuosa, produce lesiones distró-

ficas óseas, bajo la influencia de las cuales, los huesos sufren una cierta detención en su desenvolvimiento, al mismo tiempo que se reblandecen. Los huesos reblandecidos, se deforman bajo la influencia de las presiones y de las tracciones músculo-ligamentosas y estas deformaciones son generalmente definitivas.

La pelvis, frecuentemente atacada por el ratisquismo, se encuentra particularmente expuesta á la viciación, colocada como está, entre las presiones del tronco y las contrapresiones femolares.

Las deformaciones pueden existir solas, conservando los huesos su volúmen normal (pelvis raquítica aplanada, es decir estracha en el sentido antero-posterior); otras veces á estas deformaciones se añade una atrofia de los huesos pelvianos, por detención del desenvolvimiento (pelvis raquítica aplanada y generalmente estrecha). Al lado de estas dos variedades principales de pelvis raquítics, se describe algunos tipos secundarios por alteraciones complejas.

Mecanismo de las deformaciones.—Para comprender el mecanismo según el cual se producen las deformaciones raquítics de la pelvis, es necesario conocer bajo que influencias la pelvis infantil se transforma poco á poco en pelvis adulta.

En el recién nacido la articulación sacrovertebral se encuentra situada arriba del plano que pasa por las líneas innominadas. La cara anterior del sacro es plana y se continúa casi en línea recta con la columna lumbar que es igualmente rectilínea. En efecto, en esa época la curvatura lumbar es muy poco acentuada; además el sacro está constituido por vértebras separadas, articuladas entre ellas y móviles las unas sobre las otras.

El plano del estrecho superior es oblicuo hacia abajo y adelante; la excavación es poco profunda; el estrecho inferior es muy estrecho.

La pelvis infantil es maleable y va á sufrir las presiones transmitidas por la columna lumbar y por los fémures.

Bajo la influencia del peso de la columna lumbar, el sacro desciende y se hunde á manera de cuña entre los dos huesos iliacos. El cuerpo de la primera pieza del sacro, que está unida á las aletas del mismo sólo por un cartílago, sobresale y forma una prominencia en la excavación. Las aletas firmemente unidas á los huesos iliacos por ligamentos, no siguen al cuerpo en su movimiento de descenso; se quedan un poco encima del promontorio que empieza á dibujarse, y continúan el circuito de las líneas innominadas.

Cuando el niño empieza á caminar, su centro

de gravedad pasa adelante, á consecuencia del desarrollo del vientre y de la falta de longitud de los ligamentos anteriores de la articulación de la cadera, que no permiten la extensión completa de los muslos sobre la pelvis. Para evitar las caídas, el niño tiende á llevar su centro de gravedad atrás ; se endereza, y produce así la corvadura lumbar que tiene por resultado inmediato, el hacer bascular el sacro adelante. Este movimiento de báscula lleva el coxis atrás, produciéndose así, un agrandamiento del estrecho inferior ; pero este movimiento del coxis es limitado por los ligamentos que á él se insertan, de donde resulta, que la cara anterior del sacro, aumenta su corvadura.

A consecuencia de la incurvación del sacro y de la báscula parcial de este hueso, la excavación se agranda, lo mismo el estrecho inferior que se encuentra aumentado de extensión por la separación de los isquiones : por efecto de las tracciones directas ó mediatas que los músculos pelvi-trocantereos ejercen sobre estas tuberosidades, ellas son atraídas hacia afuera y el plano de su cara interna, primitivamente oblicuo hacia abajo y adentro, se aproxima poco á poco á la vertical.

Los cambios que sobrevienen en las dimensiones y en la dirección de la pelvis infantil pa-

ra transformarse poco á poco en pelvis adulta, no provienen pués, únicamente del desenvolvimiento de la pelvis, sino y sobre todo de las presiones ejercidas de arriba abajo por la columna lumbar y de las contrapresiones ejercidas de abajo á arriba por los fémures.

Veamos entretanto el mecanismo de las deformaciones raquíticas de la pelvis.

Cada tipo de pelvis raquítica tiene su mecanismo particular de deformación, deformación que varía segun el grado de reblandecimiento de los huesos, como también, según la actitud adoptada con más frecuencia durante la enfermedad, tan es así, que Schroeder, distingue las pelvis de la posición sentada, de la posición acostada, etc.

Veamos entre tanto el mecanismo de las deformaciones raquíticas.

El raquitismo se observa con más frecuencia en la segunda mitad del primer año de la vida, época en la que el niño empieza á sentarse ó á caminar. En estas condiciones, el peso del tronco cae sobre la base del sacro y bajo esta influencia todo el sacro se encuentra descendido, pero, además, la base del sacro, es rechazada adelante y abajo, hacia el pubis, lo cual exagera la saliencia del promontorio y estrecha el diámetro promonto-pubiano. Esta propulsión del ángulo sacrovertebral, tiene por efecto el tender

los ligamentos posteriores de la articulación sacro-iliaca, que tiran así, sobre la parte posterior, retroarticular, de los huesos iliacos: las espinas iliacas postero-superiores, tienen pues tendencia a dirigirse adelante y adentro, á converger. Este movimiento tiene por corolario el hacer diverger las partes anteriores de los huesos iliacos, de separar, por así decirlo, una de otra, las líneas innominadas y de atraer de adelante atrás, hacia el promontorio, los pubis unidos por la sínfisis. De donde, como resultado final, la conservación y aun el agrandamiento de los diámetros transversos en el estrecho superior y el aumento del aplastamiento en el sentido antero-posterior.

«La rétopulsión del vértice sacro, que la autoversión de su base supone, origina en la excavación, cuatro casos:

1.º Los ligamentos sacrociáticos no ceden; la rétopulsión del vértice sacro traducirásé:

a) por una exageración de la excavación sacra y aumento relativo al diámetro mi S-mi P., la estrechez se encuentra localizada en el estrecho superior, la pelvis toma el nombre de anillada.

2.º Los ligamentos sacrociáticos ceden y el sacro conserva su excavación:

b) el segmento inferior del sacro, retirase del

pubis, con aumento relativo del diámetro mi S. mi P. ; cuando este alcanza la longitud normal constituye una pelvis anillada.

3.º Los ligamentos sacrociáticos ceden y la concavidad del sacro ha sido substituída por un plano recto ó convexo :

c) el diámetro mi S. - mi P., á consecuencia del enderezamiento de la concavidad sacra, encuéntrase muy reducido : la pelvis toma ahora el nombre de canaliculada.

4.º El sacro puede haber perdido su concavidad á nivel de las dos primeras vértebras solamente, las cuales, se encontrarían formando un plano recto, paralelo casi, á la cara posterior del pubis, en tal caso, el punto de la columna vertebral más próximo al pubis, no sería la articulación sacro-lumbar (promontorio anatómico) sino la primera interlínea articular del sacro, que toma el nombre de falso promontorio ó promontorio obstétrico :

d) el diámetro mi S. - mi P., debe hallarse normal. Esta pelvis toma el nombre especial de *pelvis en gradas*. (Dr. González).

Las alas iliacas son rechazadas afuera por el paquete intestinal meteorizado á consecuencia de las alteraciones digestivas.

Los isquiones se separan por las tracciones musculares y ligamentosas, lo que tiene por con-

secuencia agrandar el estrecho inferior y disminuir la altura de la pelvis.

El arco anterior de la pelvis es rechazado atrás por las contrapresiones femorales, lo que aumenta el aplastamiento antero-posterior del estrecho superior.

Configuración general de una pelvis raquítica.—El carácter principal de una pelvis raquítica es el de ser estrecha en el estrecho superior y especialmente en el sentido antero-posterior. La altura es menor que en las pelvis normales por la inclinación hacia afuera de las alas ilíacas y la separación de los isquiones. Los diámetros transversos y oblicuos conservan su longitud ordinaria ó hasta están algo aumentados si las contrapresiones femorales no han destruído los efectos de la báscula del sacro hacia adelante.

Presenta de ordinario una anteversión ligera. Es generalmente simétrica cuando no existe una desviación concomitante de la columna vertebral. En ciertas pelvis raquílicas se observa sobre el contorno del estrecho superior y en particular al nivel de su parte anterior, saliencias óseas, que son debidas á las tracciones ejercidas por los músculos sobre los huesos reblandecidos. (pelvis espinosa).

Las deformaciones varían según el tipo de pelvis raquífica.

Pelvis aplanada. -En la pelvis aplanada, el diámetro antero-posterior del estrecho superior, útil á conocer prácticamente, el promonto-púbico mínimo, se encuentra disminuído, de 11 centímetros (diámetro normal), puede descender hasta 8 centímetros y aun menos. Los diámetros transversos y oblicuos conservan sus dimensiones normales ó hasta están algo aumentados.

El arco anterior de la pelvis es regular y comparable á un segmento de circunferencia de gran radio.

La excavación disminuída de altura, conserva generalmente sus otras dimensiones normales, y á veces, cuando la corvadura del sacro es muy acentuada, el diámetro antero-posterior es mayor que en la pelvis normal. En estos casos en que la cara anterior del sacro es cóncava, la deformación se encuentra localizada en el estrecho superior y toma la forma de un anillo, de donde el nombre de *pelvis anillada*.

Cuando la cara anterior del sacro es plana ó saliente, la estrechez se continúa del estrecho superior á la excavación tomando la forma de un canal, se trata de una *pelvis canaliculada*.

La dirección y altura de la sínfisis, suelen presentar grandes diferencias que hacen variar la configuración de la excavación.

Al nivel del estrecho inferior, todos los diámetros están agrandados, particularmente el bisquiático. El diámetro coxi-sub-pubiano puede estar disminuído cuando el coxis y la parte inferior del sacro, forman un gancho adelante.

La pelvis plana considerada por algunos autores como no raquítica, porque se observa en mujeres cuyo esqueleto no presenta estigmas de raquitismo, sería, por el contrario para Charpentier, Bonnaire, etc., de naturaleza raquítica.

Bajo el punto de vista clínico y terapéutico, esta pelvis se presta á las mismas consideraciones que la pelvis plana raquítica.

Pelvis plana y generalmente estrecha.—Esta pelvis se caracteriza porque además del aplanamiento propio de las pelvis raquílicas, se observa una detención en su desenvolvimiento. Todos los diámetros están disminuídos, tanto en el estrecho superior como en la excavación y al nivel del estrecho inferior; pero hay siempre predominio de la estrechez en el diámetro antero-posterior del estrecho superior. El arco anterior de este estrecho es regularmente re-

dondeado y comparable á un segmento de circunferencia de pequeño radio.

Con la atrofia de la pelvis coexiste una especie de hipoplasia de las partes blandas : útero, vagina y vulva.

Pelvis generalmente estrecha (Pelvis justo menor).—Bajo esta denominación se comprende un grupo de pelvis estrechas que tiene como carácter común, un acortamiento proporcional de todos sus diámetros, de modo que se trata de una miniatura de la pelvis de una mujer adulta.

En muchos casos, la pelvis reducida no es más que la manifestación del desarrollo deficiente de todo el esqueleto.

A la escasa estatura y pequeñez del esqueleto de la mujer, corresponde, naturalmente, una pelvis también pequeña ; es decir, que las dimensiones de ésta son proporcionales al resto del esqueleto.

En una parte de estas mujeres sucede también que la pequeñez anormal de la pelvis ósea depende de una detención raquítica del crecimiento de los huesos que produce solamente trastornos cuantitativos, pero no cualitativos ; no habiendo, por lo tanto, ninguna deformación del esqueleto.

Tampoco es raro observar esta clase de pelvis en mujeres, cuyo esqueleto, presenta signos manifiestos de raquitismo avanzado.

Más raras son las variedades siguientes de pelvis raquíticas.

Pelvis pséudo-osteomalácicas. — Las cabezas femorales han rechazado adentro, hacia la excavación, las cavidades cotiloideas; el estrecho superior y la excavación tienen una forma triangular como en la deformación osteomalácica. Todos los diámetros están disminuidos. El diámetro antero-posterior del estrecho superior puede estar agrandado á consecuencia de la saliencia de los pubis hacia adelante, pero este agrandamiento no es más que virtual, puesto que la modificación de los otros diámetros de la pelvis impiden el encaje de la parte fetal.

Pelvis raquíticas asimétricas. — Las dos mitades de la pelvis están desigualmente deformadas; pero existe entonces desviaciones de la columna vertebral ó lesiones de los miembros inferiores.

Las desviaciones de la columna vertebral, modifican las deformaciones raquíticas de la pelvis, ya sea corrigiendo en parte la viciación, (cifosis, lordosis), ya sea complicándola, haciéndola compleja (escoliosis, cifoescoliosis).

Bastante común es la pelvis cifoescolio-raquí-

tica cuya descripción es difícil, pues la viciación varía según la causa de deformación que predomine.

Pelvis raquítica transversalmente estrecha.—
Es muy rara ; ha sido descrita por Maygrier y Salles : hay aplanamiento lateral de la pelvis en toda su altura. Para algunos autores, sería una pelvis infantil complicada de raquitismo.



CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO

Dada la frecuencia de las viciaciones pelvianas particularmente las de naturaleza raquitica, debe buscarse sistemáticamente en toda mujer embarazada los estigmas del raquitismo. Esta investigación será más minuciosa aún si se sospecha la existencia de una malformación pelviana. (Ch. Maygrier).

El diagnóstico de una pelvis viciada por el raquitismo, debe basarse sobre los diferentes datos suministrados por un examen metódico.

La anamnesis tiene mucha importancia cuando los datos que tratamos de obtener nos sean suministrados, lo que no siempre se consigue,

puesto que ellos se refieren especialmente á la primera infancia.

Cuando la mujer nos dice, repitiendo lo que sabe por referencias de sus padres, que empezó á caminar á la edad de dos años, de dos y medio años, ó más, es probable que ese retardo, haya sido causado por el reblandecimiento de los huesos producido por el raquitismo. En ciertos casos nos dirá que empezó á andar en la época normal, es decir, á la edad de 12 á 14 meses, pero que llegó un momento en que no pudo hacerlo ó que se vió obligada á llevar aparatos mecánicos para reforzar sus huesos.

Gracias á la anamnesis la multipara nos suministrará datos importantes sobre sus partos anteriores, sabremos si ellos han sido largos, laboriosos, si hubo necesidad de terminarlos artificialmente, si los niños han nacido vivos ó si han sucumbido durante el trabajo, etc.

En las mujeres, cuyos partos á término, dice Ribemont, han terminado siempre de una manera desastrosa para el feto, puede afirmarse la existencia de una estrechez pelviana.

Examen general.—Ciertos signos exteriores revelan que la mujer es raquítica; ella presenta un aspecto especial, «un aire de familia», según la expresión de Pajot. Son generalmente de pe-

queña estatura, cabeza voluminosa, protuberancias frontales salientes, cara asimétrica, ligero estrabismo, prognatismo del maxilar inferior, etc.

Encontrándose la mujer desnuda se pueden reconocer las deformaciones raquíticas del esqueleto. Los miembros, principalmente los inferiores, son cortos ó incurvados; las diafisis se incurvan por lo general del lado de las corvaduras fisiológicas. Las articulaciones son gruesas, nudosas. La caja torácica es estrecha transversalmente, el esternón saliente, á veces está deprimido; se observan espesamientos al nivel de las articulaciones condro-costales, vestigios del rosario raquítico. La columna vertebral puede ser recta, sin deformaciones, ó bien pueden existir desviaciones del raquis, que producen deformaciones más ó menos marcadas de la caja torácica y determinan igualmente desviaciones de la pelvis y modificaciones de los diferentes diámetros, como ya lo hemos visto en el capítulo anterior, al tratar de las pelvis raquíticas asimétricas.

Se observa generalmente un grado muy marcado de corvadura lumbar; cuando la mujer está acostada se reconoce esta deformación porque puede fácilmente pasarse la mano ó las dos manos entre la región lumbar y el lecho: esta deformación, determina una anteversión más ó me-

nos marcada de la pelvis que tiene por consecuencia orientar la vulva hacia abajo y atrás.

Por lo que se refiere á la pelvis especialmente, es muy importante para juzgar de su forma el examen de la superficie posterior del sacro. Si se examina el dorso desnudo de una mujer bien conformada, se puede ver en la región correspondiente al sacro, á los dos lados de la línea media, dos fositas más ó menos pronunciadas, pero siempre bien manifiestas, que corresponden á la mayor adherencia de los tegumentos á la espina postero-superior del ileon y constituyen los ángulos laterales de un cuadrilátero, cuyo límite inferior está constituido por la parte superior del pliegue interglúteo y el superior por la apofisis espinosa de la 5.^a vértebra lumbar, en donde la piel ofrece algunas veces una pequeña depresión. Este cuadrilátero es el «rombo de Micaelis» cuya importancia obstétrica ha sido evidenciada primeramente por Michaelis.

Una línea horizontal, que reuna las dos espinas iliacas póstero-superiores, descompone el cuadrilátero en dos triángulos unidos por sus bases. El triángulo superior limitado por la fosita superior y las fositas laterales, es de forma isósceles cuando la pelvis es bien conformada y simétrica. En las pelvis viciadas por el raquitismo, el descenso del promontorio trae por con-

secuencia el descenso de la punta superior del rombo hacia la línea horizontal, que une las dos espinas iliacas postero-superiores.

Las deformaciones raquílicas del esqueleto, en particular las de los miembros inferiores, deben hacer concluir «*á priori*» en la existencia de deformaciones análogas del lado de la pelvis. Pero esta regla general no es absoluta ; con miembros inferiores muy incurvados, puede coexistir una pelvis no deformada. Suele también observarse lo inverso : puede parecer la mujer bien conformada y sin embargo presentar una estrechez pelviana más ó menos marcada que nos será revelada por el examen local (1).

Los estigmas permanentes del raquitismo, que como hemos visto, nos permiten hacer su diagnóstico retrospectivo, pueden ser inapreciables si el raquitismo ha sido leve, muy apreciables en los casos medios y excesivos en los casos graves.

La elevación anormal de la presentación y del fondo del útero, el abdomen péndulo, y sobre todo las presentaciones viciosas, nos harán sospechar la existencia de una estrechez pelviana. Estos signos tienen mayor valor en las primíparas, en las cuales las paredes abdominales y uterinas tienen un alto grado de tonicidad y las si-

(1) Son las «pelvis planas no raquílicas» de algunos autores.

tuaciones longitudinales del feto y el encajamiento precoz de la cabeza constituyen la regla.

Examen local.—Este examen se hace por medio de la pelvimetría. Se distinguen una pelvimetría externa y otra interna.

La pelvimetría externa nos permite deducir aproximadamente la longitud de los diámetros del estrecho superior. Los diámetros externos más importantes á conocer y que comunmente se miden, son : el bi-espinal, el bi-cresta y el conjugado externo.

En la pelvis normal, la distancia entre ambas espinas iliacas antero-superiores es por término medio de 24 centímetros, y la que separa los puntos más salientes de las crestas iliacas, es de 27 centímetros. Pero estas cifras son susceptibles de extensas oscilaciones debidas á las grandes diferencias individuales de desarrollo y de inclinación de las alas del ileon.

Sería, pues, aventurado fundarse en el resultado de estas medidas para deducir el diámetro transversal de la pequeña pelvis ; así es que sólo deberán tomarse en consideración aquellas cifras que, separándose mucho de la normal, puedan ya tener alguna significación.

Mayor valor tiene la mensuración de estos dos diámetros para juzgar de la forma de la cavidad

pélvica. Por más que la distancia absoluta entre las dos espinas y las dos crestas ilíacas sea muy variable, la proporción entre ambas es bastante constante. A causa de la corvadura de la cresta ilíaca, la distancia entre las dos espinas, es, por regla general, unos tres centímetros menor que la existente entre las crestas ; así es que en una pelvis bien conformada tendremos las relaciones de 24 : 27 ó de 25 : 28 ó de 26 : 29, etc. En las pelvis planas las diferencias entre las dos distancias es menor y la que separa ambas espinas ilíacas puede llegar á ser igual y hasta máyor que la existente entre las dos crestas. Es especialmente característica de la pelvis plana raquítica la extroflexión de las alas del ileon, y en estos casos es la regla que las espinas ilíacas se encuentren en el mismo plano y hasta más exteriormente que las crestas.

Estas medidas se toman con el compás de espesor, encontrándose la mujer en decúbito dorsal, colocando un botón en el borde externo de la espina, en el punto en que se inserta el tendón del músculo sartorio ; para tomar la distancia entre ambas crestas, se coloca el botón en el borde externo de cada una de ellas, buscando de atrás adelante el punto de su mayor distancia.

El diámetro conjugado externo ó de Baudelocque, se mide desde la apófisis espinosa de la 5.^a

vértebra lumbar al borde superior de la sínfisis pubiana. Baudelocque calculaba que substrayendo de 8 á 8 y medio centímetros de la medida obtenida, se tenía la longitud del diámetro conjugado verdadero ; pero bien pronto se demostró que este cálculo era erróneo. Es sumamente variable el espesor de las partes blandas y de los huesos, para que sea posible calcular la longitud del diámetro conjugado verdadero, mediante la substracción de una cifra constante. Por otra parte, el diámetro conjugado verdadero no se encuentra siempre en el mismo plano que el conjugado externo, sino que las más de las veces, va á terminar por encima de este último, cruzándolo. Según esto, de la medida del conjugado externo no se puede deducir con exactitud la longitud del conjugado verdadero, sino tan solo calcularla aproximadamente. Con las medidas medias 18-20 centímetros, que son las que se encuentran con más frecuencia, puede coexistir un conjugado verdadero normal, pero también puede estar notablemente acortado. Por el contrario cuando el conjugado externo mida menos de 18 centímetros, tendremos motivo suficiente para creer en el acortamiento del conjugado verdadero. El diámetro conjugado externo se mide con el compás de espesor, encontrándose la mujer en decúbito lateral ó de pié.

La pelvimetría externa, como vemos, no nos permite obtener ningún dato preciso sobre la amplitud del estrecho superior, que es el que más interesa por ser el asiento más frecuente de las estrecheces pélvicas. Estos datos nos son suministrados por la

Pelvimetría interna. Este es el método más riguroso del examen local de la pelvis, pues nos permite medir el diámetro más importante del estrecho superior, el conjugado verdadero.

Si se introducen dos dedos en la vagina, dirigiéndolos hacia el promontorio, podremos medir directamente sobre los mismos dedos la distancia entre aquel y el borde inferior del pubis. Esta distancia se designa con el nombre de «conjugado diagonal», y nos suministra un punto de partida suficiente para calcular la longitud del conjugado verdadero. Los conjugados verdadero y diagonal forman con la sínfisis del pubis un triángulo cuyo lado mayor es siempre el conjugado diagonal. Para conocer el conjugado verdadero es, pues, necesario hacer una substracción del diagonal. Si la sínfisis es corta y poco inclinada, el triángulo es casi isósceles, el conjugado verdadero tiene una longitud escasamente inferior al diagonal y la substracción que ha de hacerse es muy poco importante. Si por el contra-

rio, la sínfisis se acerca á la vertical y es muy alta, el conjugado diagonal es mucho mayor que el verdadero y la substracción ha de ser mayor. Una influencia idéntica á la inclinación y altura de la sínfisis, tiene el sitio que ocupa el promontorio. Si éste se encuentra abajo, el triángulo es casi isósceles y la diferencia entre los dos conjugados es muy pequeña ; si por el contrario, el promontorio está muy elevado, el triángulo se hace escaleno y la substracción ha de ser mayor. Por término medio se subtrae 1,5 centímetros, llegando á 2,5 centímetros cuando la sínfisis es alta, está inclinada ó el promontorio está elevado, y descendiendo á 1 centímetro si la sínfisis es corta, plana ó el promontorio bajo.

La mensuración del conjugado verdadero no se hace directamente, sino que calculamos la longitud substrayendo 1 á 2,5 centímetros de la medida del conjugado diagonal. Aun teniendo en cuenta los factores que acabamos de indicar, pequeños errores de medio centímetro son inevitables.

Antes de proceder á la mensuración del diámetro conjugado diagonal, es necesario practicar una exploración de la cavidad pelviana, para poder apreciar, al mismo tiempo que su configuración, la cifra que debemos substraer del conju-

gado diagonal para obtener el conjugado verdadero.

Durante el examen, la mujer deberá estar colocada de través en la cama, con el sacro algo elevado por una almohada y los muslos en flexión forzada sobre el abdomen. Mientras que una mano entreabre la vulva, el índice y el medio de la otra mano penetran en la vagina y recorren de abajo hacia arriba toda la cara anterior de la pieza sacro-coxígea, notando su curvatura, su dirección y sus saliencias anormales, hasta llegar al promontorio verdadero fácilmente accesible en las pelvis raquílicas. Se reconoce si el promontorio está elevado ó descendido. Después se exploran las otras partes del estrecho superior: el arco posterior y los senos sacro-ilíacos de los cuales se reconoce el ancho y la profundidad; las líneas innominadas y en fin, en la parte anterior, se reconoce la inclinación y altura de la sínfisis púbica. Previo este examen, se procede á medir el diámetro antero posterior del estrecho superior. Con la punta del dedo medio se toca el promontorio mientras que el metacarpo del índice se pone en contacto con el borde inferior del pubis comprimiendo sobre el ligamento falciforme sub-púbico, el pulgar está en abducción, y los dos últimos dedos, doblados sobre la palma de la mano, comprimen el periné. La ma-

no se mantiene en esta posición hasta que se ha fijado el punto anterior, lo que se hace con el dedo índice de la otra mano cuya cara ungueal se gira del lado de la sínfisis, y una vez encontrado el borde cortante del ligamento falciforme sub-púbico se señala en el metacarpo del dedo introducido el punto á que corresponde dicho ligamento. Una vez hecho esto, se retiran juntas ambas manos, conservando la misma posición, y con el compás ó la cinta métrica se mide la distancia desde la punta del dedo medio hasta la señal que habíamos hecho en el borde radial del metacarpo.

Estas manipulaciones de pelvimetría interna resultan dolorosas, especialmente cuando la vagina es estrecha y el periné rígido. Pero si se coloca la mujer convenientemente y se procede con lentitud, comprimiendo sobre el periné con delicadeza, se consigue, por regla general, el objeto deseado, sin provocar grandes molestias, y sólo en las mujeres hiperestésicas se hace necesaria la narcosis. Cuando existen falsos promontorios se mide también su distancia y se calcula la estrechez pelviana con arreglo á la medida más corta.

Se admite que los diámetros transversos y oblicuos están disminuídos, cuando las líneas innominadas pueden ser seguidas con los dedos

en toda su longitud, y cuando el arco anterior de la pelvis presenta una corvadura muy acentuada.

Se han propuesto un gran número de instrumentos llamados «pelvímetros» destinados á medir directa ó indirectamente el diámetro promonto-pubiano. Uno de los más ingeniosos ha sido propuesto por Farabeuf. Pero hasta ahora ninguno de los numerosos pelvímetros ha tenido aceptación, porque su manejo es complicado y doloroso. Para que su empleo dé resultados se requiere además un gran hábito en esta clase de exploraciones y el que posee dicho hábito puede obtener resultados suficientemente exactos sin necesidad de pelvímetro.

La pelvigrafía por los rayos X, hizo concebir ciertas esperanzas que no se han realizado. Se obtiene por este medio algunas nociones sobre la forma de la pelvis, su simetría y sus dimensiones transversales, pero el diámetro antero-posterior del estrecho superior queda siempre imposible de medir, en el momento que sería más interesante conocerlo, es decir, durante el embarazo.

Aunque consiguiéramos apreciar con toda exactitud las dimensiones antero-posteriores del

estrecho superior y de la excavación, sólo poseeríamos uno de los elementos del problema de mecánica que comporta el pasaje de la cabeza fetal á través de una pelvis estrecha. Nos quedaría por conocer el volumen de la cabeza fetal, su grado de osificación, de reductibilidad, etcétera, que sólo podríamos apreciar en el curso del trabajo.

Se puede, sin embargo, durante el embarazo, apreciar, aunque aproximadamente, las dimensiones de la cabeza fetal por relación á las de la pelvis ; esto es lo que Müller y Pinard, han tratado de hacer por medio de la

Palpación mensuradora.—Para proceder á esta exploración se coloca á la mujer en la misma posición que cuando se practica la palpación simple y se toman las precauciones de costumbre (recto y vejiga vacíos, etc.). Se reconoce la situación de la cabeza ; si está elevada se la descende hasta por encima del área del estrecho superior, todo lo posible, para que la presentación sea francamente transversal.

Tomada entonces la cabeza entre las dos manos se le imprimen movimientos de lateralidad, que tendrán por objeto poner el mayor número posible de sus puntos en relación con el estrecho superior.

Verificado esto se aplicará una mano en el cuello del feto, y tomando con la misma la cabeza la oprimirá de arriba abajo para aplicarla contra el promontorio, sobre el cual descansará el parietal posterior. Una vez mantenida así y fija la cabeza, la extremidad digital de la otra mano se dirigirá por delante de la sínfisis, y procurará, deprimiendo la pared abdominal, introducirse entre una y otra sin dejar de oprimir de arriba abajo la cabeza con la otra mano.

Si la extremidad de los dedos al querer penetrar chocan contra la cabeza fetal porque esta traspasa hacia adelante el borde de la sínfisis, es que el diámetro biparietal de aquella es mayor que el del estrecho superior, siéndolo tanto como lo que traspasa de la sínfisis.

Es probable, en este caso, que la cabeza no pueda pasar á través del estrecho superior, siendo tanto menos probable cuanto más desborde de la sínfisis.

Cuando la palpación mensuradora es practicada con método y se tiene el hábito suficiente, se puede reconocer si el obstáculo al encaje es óseo ó si está constituido por la presencia de la placenta que, insertada en el segmento inferior, estrecha el área del estrecho superior; se puede igualmente reconocer, en ciertos casos, la presencia de una mano que, tomada entre la cabeza

fetal y el contorno óseo de la pelvis, dificulta el encaje.

Este método de exploración nos permite obtener indicaciones útiles, en el curso del trabajo, cuando la bolsa sero-sanguínea, impide al dedo alcanzar el promontorio y por consiguiente medir la estrechez de la pelvis.

Las presiones moderadas, ejercidas con la mano sobre la cabeza fetal durante la exploración permiten, hasta cierto punto, apreciar su grado de reductibilidad.

CAPÍTULO III

INFLUENCIA SOBRE EL EMBARAZO Y EL PARTO

Embarazo.—En las pelvis raquílicas, el embarazo, por lo general, sigue su curso normal hasta los últimos meses, en que se observan algunas particularidades debidas á que la acomodación del segmento inferior del útero y de la presentación, en el área del estrecho superior está impédida por la estrechez. En estas condiciones el feto y el útero buscan espacio hacia arriba en la cavidad abdominal. La distancia que se extiende desde el fondo del útero á la sínfisis púbiana suele ser de 38 á 40 centímetros en lugar de 34. A consecuencia de la compresión ejercida por el útero grávido sobre el diafragma y el paquete in-

testinal ,suele observarse dispnea y alteraciones digestivas.

El útero es más móvil y sobre todo proyectado adelante, en razón de la lordosis casi fisiológica que existe en las raquítics ; además, siendo por lo general las raquítics, de pequeña estatura, con escasa capacidad del abdomen, con corta distancia entre la pelvis y el borde inferior de las costillas, el útero tiene poco espacio para alojarse en la cavidad abdominal, está obligado á bascular más ó menos adelante forzando la pared abdominal.

A consecuencia de la elevación y movilidad de la cabeza al nivel del estrecho superior, son posibles cambios de actitud y situación hasta en los últimos días del embarazo, y aún al principio del trabajo, son quizás más frecuentes, porque la cabeza se desliza fácilmente hacia una de las fosas ilíacas. De las estadísticas de Litzman, Michaelis, Rigaud, etc., resulta, que las presentaciones viciosas, se observan en un 17 por ciento de los casos, en lugar del 5 por ciento que se observan en las pelvis normales.

La no penetración de la cabeza en la excavación, explica la cifra elevada de los casos de prociencia del cordón y de los miembros en las pelvis raquítics.

Cuando la saliencia del promontorio es muy

pronunciada y la concavidad del sacro exagerada, se puede observar la retroversión y la encarceración del útero grávido en los primeros meses.

Para explicar la posibilidad de ciertos partos espontáneos en las pelvis muy estrechas, algunos autores sostenían que, en las pelvis estrechas, el parto precoz era la regla y el parto prematuro muy frecuente. Los estudios estadísticos de La Torre, basados sobre observaciones hechas en varias maternidades, han demostrado que el parto prematuro espontáneo no era más frecuente en las pelvis viciadas que en las normales. Fué igualmente demostrado que era un grave error, el creer, como lo afirmaban ciertos autores, que el desenvolvimiento del feto estaba en relación con las dimensiones de la pelvis y que á una pelvis de pequeños diámetros correspondía generalmente un feto de pequeñas dimensiones.

Curso general del parto.—En las pelvis viciadas por el raquitismo, el trabajo del parto se inicia como en las pelvis normales, y su curso ulterior no será modificado, si diversos factores, tales como las contracciones úterinas, la naturaleza de la presentación, el volumen y réductibilidad de la cabeza fetal le son favorables. La distocia, no es pues, siempre proporcional al grado de la estrechez, aunque es indudable que el par-

to en una pelvis estrecha es siempre más laborioso y se prolonga más ; pero se ha observado por otra parte, que hasta con un grado considerable de estrechez, el parto puede terminar rápidamente siempre que sean favorables todos los otros factores, mientras que, por el contrario, una sola complicación que se añada á una estrechez relativamente pequeña, basta para provocar notables trastornos en el curso del parto.

Es de la mayor importancia el modo como se comportan las contracciones uterinas. Estas son las que dan al parto su especial fisonomía. Si en el trabajo normal la validez de las contracciones es un elemento necesario, lo es con doble motivo en la pelvis estrecha, puesto que las resistencias anormales no pueden ser vencidas más que por una mayor actividad contractil. Según el desarrollo de la musculatura uterina y su excitabilidad, unas veces se observan buenas y enérgicas contracciones capaces de alcanzar la mayor intensidad en el progresivo y forzado descenso de la cabeza á través de la estrechez pélvica, mientras que otras son tan débiles y perezosas que el parto se prolonga indefinidamente.

Cuando las contracciones son normales y regulares al principio del trabajo, seguirán siéndolo hasta el fin, si la estrechez no es muy pronunciada y los demás factores son favorables. Pero si

la desproporción pélvico-fetal es considerable ó se produce alguna complicación, las contracciones se hacen más intensas y seguidas, á tal punto, que puede producirse una especie de contracción permanente á la que no tarda en suceder la inercia uterina. Se concibe que en tales condiciones la duración del trabajo pueda ser considerable, siendo que el borramiento del cuello y la dilatación del orificio uterino están en relación con la eficacia de las contracciones. Cuando las membranas están intactas, la bolsa de las aguas es la que determina la dilatación, y la que, apoyando sobre el orificio uterino, provoca el reflejo, punto de partida de la contracción. Pero, generalmente, las membranas se rompen al iniciarse la dilatación.

En el período de dilatación, la presentación se mantiene casi siempre movable en el estrecho superior, como lo estaba durante el embarazo. Tan pronto como las contracciones aumentan la presión intrauterina, si la pelvis es normal, la cabeza encuentra en el estrecho superior espacio suficiente para encajarse y, abrazada por el segmento uterino inferior, viene á separar las aguas anteriores del resto de la cavidad amniótica. De este modo queda impedida la excesiva distensión y repleción de la bolsa de las aguas y esta no se rompe hasta que la cabeza ha venido á ocupar el

espacio creado por las aguas anteriores y el canal cervical está completamente desplazado. En forma muy diversa suceden las cosas cuando la pelvis es estrecha. La cabeza queda detenida por encima del promontorio y permite una amplia comunicación entre las aguas anteriores y la cavidad ovular, y durante la contracción, las aguas interiores, sometidas á un exceso de presión, escapan hacia la bolsa anterior en cantidad excesiva. La consecuencia es que en las pelvis estrechas la rotura de la bolsa de las aguas se verifica con frecuencia apenas iniciada la dilatación. Si las membranas resisten y son elásticas, se distienden y pasando á través de la cavidad cervical, no bien dilatada, penetran en la vagina y llegan á aparecer en la vulva.

Cuando ya se han roto las membranas, como la cabeza no puede descender, las paredes cervicales distendidas vuelven sobre si mismas y penden en la vagina como un tejido flácido. Son necesarias nuevas y enérgicas contracciones para que tirando hacia arriba de los bordes del orificio uterino completen la dilatación. Pero entretanto puede suceder que el labio anterior del orificio uterino quede comprimido entre el pubis y la cabeza fetal poniéndose muy tumefacto. En casos más raros, hasta se produce una separación completa de los tejidos blandos así comprimidos y

el labio anterior ó todo el anillo de la porción vaginal se eliminan bajo la forma de una masa carnosa imbibida de sangre.

Cuando la dilatación es completa y ninguna complicación perturba el curso regular del trabajo, la cabeza empieza á encajarse gradualmente en el estrecho superior ; pero el segmento encajado es muy pequeño y todavía se puede observar en ese momento un cambio en la posición de la cabeza ; unas veces es la fontanela más pequeña la que desciende, otras veces es la grande, la sutura sagital puede mantenerse en la línea media de la pelvis, ó bien se aproxima á la pared anterior ó la posterior ; en otras ocasiones confronta con el diámetro transversal ó con el oblicuo. Estos movimientos hacen la impresión de otras tantas tentativas que hace la cabeza para encontrar la relación más conveniente con la pelvis. Una vez encontrada la relación más adecuada á la forma de la estrechez, estos movimientos cesan, la cabeza permanece en la posición adoptada y todo el esfuerzo de las contracciones es utilizado en modelar la cabeza á la forma de la pelvis. Durante este período en el cual la cabeza va adaptándose y modificándose plásticamente, la parturienta no siente necesidad de hacer entrar en juego sus músculos abdominales á pesar de que las contracciones uterinas son

muy enérgicas. Las contracciones que tienen este carácter son denominadas por los alemanes «contracciones adaptantes» porque adaptan y modelan convenientemente la cabeza á la pelvis. Después que la cabeza ha sufrido las modificaciones plásticas necesarias para franquear la estrechez, se produce la expulsión, á veces rápidamente cuando la excavación es amplia, otras veces lentamente.

Cuando la estrechez es muy pronunciada, ó la cabeza excesivamente voluminosa ó mal colocada, el parto es imposible y la madre y el feto sucumben si no se interviene. La causa más frecuente de la muerte es la ruptura del útero y si esto no se produce, el feto muere y experimenta la descomposición pútrida á consecuencia de la cual sucumbe también la madre. Afortunadamente tan tristes terminaciones son sumamente raras en la actualidad, gracias á la intervención del arte.

Mecanismo del parto.—El mecanismo del parto en las pelvis raquílicas ofrece algunas particularidades que lo diferencian del mecanismo del parto normal. Esas particularidades varían por otra parte, según que se trate de una pelvis simplemente plana ó de una pelvis plana y generalmente estrecha. Es importante conocer cuál es el modo de encajamiento y de des-

prendimiento en las dos principales formas de pelvis raquílicas porque tan sólo conociendo bien el mecanismo en virtud del cual la naturaleza consigue superar con mayor facilidad el obstáculo, es como se podrá formar en cada caso particular un juicio exacto respecto de si el parto sigue ó no un curso favorable.

En las pelvis simplemente planas la estenosis se limita por lo general al diámetro conjugado verdadero, los diámetros oblicuos y transversos son normales ó hasta están algo aumentados. En estas pelvis, y considerando que la presentación es de vértice, la cabeza se coloca casi sin excepción, de tal modo que su diámetro longitudinal, que es el más largo, viene á confrontarse con el transversal del estrecho superior y la sutura sagital se mantiene en sentido transversal durante todo el tiempo que la cabeza tarda en pasar el estrecho superior. En esta posición la cabeza tiene su diámetro transversal mayor, el biparietal en relación con el diámetro más reducido del estrecho superior, el conjugado; pero tan pronto como las contracciones adquieren mayor intensidad, el occipital tiende á dirigirse hacia uno de los lados del estrecho superior, la pequeña fontanela se vuelve hacia arriba, mientras que la grande descende y la cabeza confronta entonces su pequeño diámetro transversal, el

bitemporal con el conjugado. Para la pelvis plana este es el modo de encajamiento más favorable de la cabeza, puesto que el descenso de la gran fontanela y la inclinación del bregma hacen que sea menor la desproporción entre los diámetros. Vemos, pues, que la región temporal es la que está en relación con el conjugado estrecho, mientras que la occipital más ancha se coloca en los espacios mayores que han quedado á los lados del estrecho superior.

Otra particularidad del modo de encajamiento en la pelvis plana, es que la cabeza no es sínclítica, es decir, que los dos parietales no descienden simultáneamente, sino que precede el encajamiento de uno de estos, ordinariamente el posterior. La inclinación es tanto más marcada cuanto mayor es la estrechez. La inclinación primitiva sobre el parietal anterior, que sería la más frecuente según Naegele, Litzman, Fochier, Bum, etc., es rara, al contrario, para Tarnier, Bonnaire y otros, y se observaría, sobre todo, en los casos en que el promontorio está muy elevado. En el asinclitismo posterior, la sutura sagital viene á encontrarse muy próxima á la sínfisis pubiana, después, cuando el parietal posterior pasa el promontorio, el anterior desciende y la sutura sagital se eleja y desciende hacia el centro de la excavación, lo que indica que el

obstáculo ha sido vencido. Cuando la cabeza llega á la excavación se flexiona, y mantenida sincítica se orienta siguiendo un diámetro oblicuo; el resto de la expulsión evoluciona de ordinario, sin dificultad siguiendo el mecanismo del parto normal de vértice.

Cuando la excavación tiene su capacidad normal, el mecanismo del parto es el descrito hasta aquí. Pero si el sacro es plano, es decir, si la estrechez se continúa del estrecho superior á la excavación, (pelvis canaliculada), el movimiento de báscula del parietal posterior, comienza, pero no termina, debido al encuentro prematuro de la cara del sacro; estando impedido este movimiento, el descenso del parietal anterior se detiene antes de haber franqueado el cúlmen pubiano. Se comprende que en estas condiciones el parto espontáneo resulte muchas veces imposible.

En la pelvis plana y generalmente estrecha, todos los diámetros están reducidos tanto en el estrecho superior como en la excavación y al nivel del estrecho inferior; la cabeza tiende á encajarse exagerando su flexión. Como es sabido, la flexión es el medio de que la naturaleza se vale también en la pelvis normal para facilitar el encajamiento. La pequeña fontanela descien-

de y la gran circunferencia occipito-frontal que era la que confrontaba primero con el estrecho superior es substituída por otra menor, la suboccipito-bregmática. En la pelvis generalmente estrecha, la flexión se acentúa todavía más ; la pequeña fontanela descende tanto que se coloca en el centro de la pelvis, y el diámetro anteroposterior de la cabeza viene á colocarse paralelamente al eje de la pelvis. La cabeza se encaja frecuentemente siguiendo un diámetro oblicuo ; en estas condiciones, la eminencia parietal posterior se coloca sobre el lado del promontorio. La cabeza franquea sinclíticamente el estrecho superior. Naturalmente que contribuye al encaje, la compresión que la pelvis ejerce por todos lados sobre la cabeza, por lo cual ésta se reduce más y más, alargándose en el sentido longitudinal. El encaje puede ser más ó menos difícil según el grado de estrechez ; pero además el descenso en la excavación es lento y laborioso ; la cabeza progresa en hiperflexión.

Modificaciones plásticas.—El pasaje de la cabeza fetal á través de una pelvis estrecha, se hace á expensas de una deformación, de un modelaje del cráneo, que es, más ó menos manifiesto según el grado de desproporción, la dureza de los huesos del cráneo y la intensidad de las contracciones

uterinas ; se produce unas veces rápidamente pero otras requiere un trabajo prolongado. Esto es posible por la ductilidad de los huesos del cráneo y la laxitud de sus conexiones. La sutura sagital permite con bastante facilidad la superposición recíproca de los parietales, y este cabalgamiento que es el que se observa con más frecuencia, permite un considerable acortamiento del diámetro transverso del cráneo, el cual se produce siempre de tal modo que el parietal situado más alto es el que se coloca por debajo del que está más descendido. Una cosa análoga sucede con los frontales, aunque en éstos el cabalgamiento es menos pronunciado, mientras que el occipital hace penetrar su punta por debajo de los parietales. La deformación ósea es también mucho más marcada en los parietales que en los otros huesos ; por regla general en el parietal más descendido se nota un aumento de convexidad, mientras que el situado más arriba está más aplanado en virtud de la compresión ejercida por el promontorio ó por el pubis, mientras se va deformando la parte del cráneo que constituye la presentación, la bolsa sero-sanguínea va aumentando de un modo gradual, y esto debe ser interpretado como un signo favorable, puesto que demuestra que las contracciones son enérgicas y que la cabeza se va fijando en el estrecho supe-

rior. A veces la bolsa sero-sanguínea llega á adquirir un volumen considerable ; sitúa por lo general en el parietal posterior, (en la pelvis plana), ó sobre la región occipital, (en la pelvis generalmente estrecha).

Las deformaciones plásticas por más que alteren notablemente la forma del cráneo, no producen ningún daño y se curan en poco tiempo. Lo mismo se puede decir de los «vestigios ó marcas de compresión», ó sea de las manchas y estrías rojas que se encuentran no raras veces en el cuero cabelludo. Estas son producidas por el frote sobre el promontorio ó bien sobre el pubis ; sitúan, generalmente, sobre la región parieto-frontal y tienen una dirección variable. Más raras veces las pelvis estrechas producen depresiones sobre los huesos planos del cráneo en forma de canales ó cucharas, las cuales son perceptibles después del parto y que en ocasiones persisten toda la vida. También estas depresiones, que tienen, la más de las veces, su asiento en el parietal posterior, son producidas por el promontorio y corren paralelamente á la sutura coronaria. Más raras son las depresiones producidas por el borde superior del pubis, cuando están situadas longitudinalmente sobre la cabeza por encima de la porción escamosa del temporal. Estas deformaciones que á veces llegan á ser considerables, son

bien toleradas, mientras que, por el contrario, son gravísimas las fracturas de la escama del occipital, del temporal y de la base del cráneo, consecutivas á intervenciones manuales ó instrumentales ; los niños nacen asfícticos, y ningún tratamiento es capaz de restablecer la respiración de un modo regular.

El pasaje de la cabeza fetal á través de la estrechez pélvica necesita naturalmente, la intervención de una gran presión, de cuya influencia quedan, con frecuencia, vestigios, no sólo en la cabeza fetal como acabamos de ver, sino también en las partes blandas de la madre.

Las partes blandas del canal genital soportan mucho mejor una compresión transitoria, aunque sea intensa, que una muy prolongada. Por este motivo son muy raras las lesiones en las presentaciones podálicas ó de hombro, en las cuales la expulsión de la cabeza última se verifica en un plazo muy breve ; mientras que en las presentaciones cefálicas, las lesiones son más frecuentes por la compresión que las paredes cervicales ó vaginales sufren, durante horas enteras, entre la cabeza y el contorno de la pelvis.

En las pelvis plana, la compresión mayor de

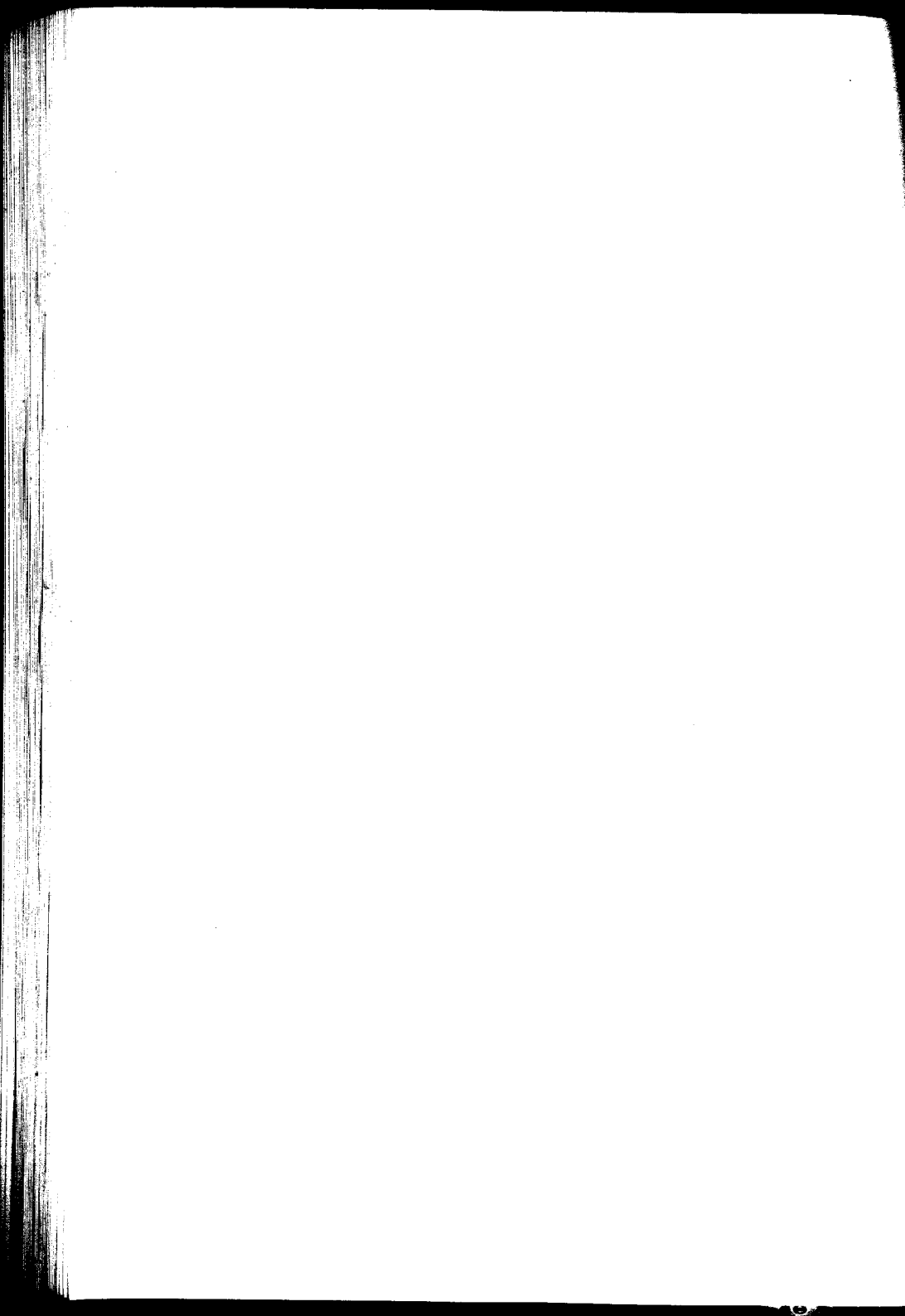
los tejidos blandos de la madre está limitada á la región del promontorio y al borde superior del pubis. La parte comprimida contra el promontorio es, las más de las veces, la porción supravaginal del cuello. La consecuencia de esto es la profunda destrucción de la mucosa, cuyos colgajos necróticos se desprenden durante el puerperio. Es excepcional el desprendimiento completo de la pared cervical; por el contrario, en las mujeres con pelvis plana no es raro que se desarrollen adherencias inflamatorias con la serosa del espacio de Douglas. Por la parte anterior, entre el borde de la sínfisis del pubis y la cabeza, es comprimido, de ordinario, el fondo de saco vaginal que está estirado hacia arriba con las partes contiguas del cuello de la vejiga y la uretra. Si la destrucción del tejido se limita á las paredes vaginales, tendremos retracciones cicatriciales y adherencias del fondo de saco anterior. Si la necrosis de compresión se extiende á mayor profundidad, pueden establecerse comunicaciones entre la vagina y la vejiga. En un principio, la orina gotea mezclada con los loquios; pero cuando ha caído la escara, y el orificio de comunicación con la vejiga es grande, la mujer pierde sus orinas por la fístula vésico-vaginal de un modo involuntario y completo. Tanto ó más perniciosa que el borde cortante del pu-

bis, resultan las saliencias óseas de otros puntos de la cavidad pélvica.

En la pelvis generalmente estrecha la presión es sentida más uniformemente en todo el rededor de las partes blandas, y de aquí que se produzca un éxtasis venoso y edema de las partes subyacentes á la zona comprimida. La mucosa de la vagina toma un tinte azulado negruzco, y los labios de la vulva se ponen tumefactos á tal punto que la evacuación de la orina es imposible ; un dolor persistente en la pelvis y sensación de embotamiento y paresia en los miembros inferiores indican la compresión de los troncos nerviosos que pasan por la pelvis.

Es muy raro que las articulaciones de la pelvis sean forzadas por la cabeza, impulsada en su progresión por las fuerzas del parto.

Además de estas lesiones de naturaleza puramente mecánica, que con motivo del parto ponen en peligro la vida de la mujer cuya pelvis es estrecha, hay otras consecuencias de importancia mucho más serias que son las alteraciones que, como consecuencia de la larga duración del parto, se establecen en las capas superficiales del canal genital y que predisponen al desarrollo de infecciones sépticas.



CAPITULO IV

TRATAMIENTO

La conducta á observar en las pelvis viciadas por el raquitismo, es difícil á precisar en razón de las condiciones complejas que se presentan en clínica. Esta cuestión tan importante de terapéutica obstétrica evoluciona á medida que se completan los conocimientos sobre el mecanismo del parto y que se modifican los procedimientos operatorios.

Hasta fines del año 1891, época en la cual se practicó nuevamente la sínfisiotomía: en Francia, la conducta de la mayor parte de los tocólogos franceses, en las estrecheces de la pelvis, puede decirse que era la siguiente: si se examinaba á la mujer durante el embarazo y la estrechez era

acusada, parto provocado ; si se la examinaba durante el trabajo, expectación, después aplicación de forceps ; algunos (Budín en particular) preferían la versión ; en fin la basiotripsia como último recurso.

El terror de todos era, temiendo por la madre, la operación cesárea, y la basiotripsia practicada sobre feto vivo. Era por temor de esta triste eventualidad que se prefería provocar el parto más bien demasiado pronto que demasiado tarde con una mortalidad fetal de un 30 por ciento.

La sinfisiotomía vino á librar en parte á los tocólogos de esta obsesión. Las opiniones difieren sobre el lugar que debe ocupar esta operación entre aquellas á las cuales se puede recurrir en las estrecheces de la pelvis : para algunos, ella debe reemplazar á cualquiera otra intervención ; para otros ella no debe ser más que una operación de necesidad.

En la discusión que tuvo lugar en la Sociedad obstétrica de Francia, en 1893, las dos opiniones fueron expuestas. Pinard y Varnier, apoyándose en la estadística y en lo demostrado por Farabeuf (sobre aplicaciones de forceps en el estrecho superior de las pelvis estrechas), se declararon completamente contrarios al parto prematuro y al forceps en las estrecheces medianas de la pelvis, es decir en las pelvis suficientemente grandes pa-

ra permitir después de la sinfisiotomía la extracción de un niño vivo. Decían que en muchos casos el parto prematuro se provocaba demasiado pronto, ó demasiado tarde, ó inútilmente, y que la mortalidad inmediata ó ulterior de los niños era muy elevada ; preferían dejar que el embarazo llegara á término : si el parto no se hacía espontáneamente después de una espera prolongada pero antes que el feto sufriera, hacían la sinfisiotomía sin recurrir al forceps, no queriendo comprometer la vida del feto con aplicaciones de forceps infructuosas y peligrosas.

La otra opinión fué defendida por Budin y Bar : Budin sin rechazar la sinfisiotomía, estima que debe ser reservada á los casos en que hay una notable desproporción pélvico fetal ; recurre á la versión que emplea de preferencia al forceps. Bar, partidario del parto provocado, no practica la sinfisiotomía más que cuando se encuentra en presencia de una mujer á término, en la cual el feto no puede ser extraído con la ayuda del forceps.

Otra discusión sobre el mismo tema tuvo lugar en el Congreso Alemán de Breslan : Leopold, que obtenía tan excelentes resultados con la operación cesárea, fué muy reservado respecto á las indicaciones de la sinfisiotomía en las estrecheces de la pelvis ; lo mismo puede decirse de Chro-

bok, Schauta, Laenger, etc. Únicamente Zweifel, reconocía que la sinfisiotomía más simple que la operación cesárea, era indicada en los casos en que la cabeza fetal no descendía ó no podía ser extraída con el forceps y que ella debía ser preferida á la operación cesárea.

Para poder precisar la conducta á observar en las distocias por estrechez pélvica es necesario tener en cuenta, además del grado de estrechez, muchos otros factores que sólo pueden apreciarse en el curso del trabajo.

Fácilmente se explica las sorpresas que ocasionan diversos estrecheces pélvicas cuando sólo se tiene en cuenta el grado de estrechez ; ya un feto de cabeza poco voluminosa, poco oñificada, pasa sin mucha dificultad á través de una pélvis que ha necesitado la basiotripsia en partos anteriores, ó ya, por el contrario, el partero se sorprende de verse obligado á practicar una operación en una múltipara, cuyos partos anteriores han sido espontáneos y en los que si algunas dificultades se produjeron no fueron lo suficiente para llamar la atención sobre una estrechez poco acentuada. Estas sorpresas, no significan que en el momento del parto pase algo de insólito que escape ratalmente á la observación ; ellas demuestrán que, si las dimensiones de la hilerá

pélvica son inmutables ó sólo presentan variaciones insignificantes en el momento del trabajo; no sucede lo mismo con el volumen de las partes fetales que deben atravesarla, y en particular con la cabeza. Esta última no presenta siempre un volumen en relación con las dimensiones del feto; además ella ofrece variedades grandes de la reductibilidad de los huesos del cráneo.

Como vemos, no es posible en el tratamiento de las distocias por estrechez pélvica, determinar desde el primer momento la clase de intervención á que se deberá recurrir para terminar el parto. Las más de las veces tendremos necesidad de atemperarnos á las circunstancias, apreciando en su justo valor todos los factores que tienen importancia en el curso del parto.

El grado de estrechez, es un factor importante que puede apreciarse con mucha exactitud y desde el primer momento, será, pues, el primer elemento que tomaremos en consideración.

En lo referente á la influencia que la estrechez puede ejercer sobre el parto, distinguiremos cuatro grados de estrechezes haciendo el cálculo sobre la longitud del diámetro conjugado verdadero del estrecho superior.

El primer grado de estrechez comprende las pelvis cuyo conjugado no es menor de 9 centímetros, en estas, es la regla que el parto termine ex-

ponetaneamente, no se hará pues, otra cosa que esperar ; á veces es necesario aplicar el forceps en la excavación ó en el estrecho inferior por inercia uterina.

Mientras dura la expectación deberán observarse las reglas generales siguientes : Se aplicará una asepsia y una antisepsia rigurosa, el tacto, se practicará lo menos posible, se respetará la bolsa de las aguas, tanto más, cuanto que en las pelvis estrechas existe una tendencia á la rotura prematura de las membranas, lo que no tan solo retarda la dilatación del cuello sino que facilita la entrada de los germenés en la cavidad amniótica, es decir, abre las puertas á la infección. De aquí que sea de suma importancia que la bolsa de las aguas se conserve todo lo más posible. El mejor medio es aguardar sin apresuramientos las contracciones, aconsejando á la mujer que se coloque en decúbito lateral y evitando los movimientos bruscos, la estación de pie ó sentada, el moverse en la cama y los esfuerzos de los músculos abdominales.

Cuando la dilatación sea completa se determinará con la mayor exactitud posible el grado de desproporción pélvico fetal y las relaciones de la cabeza, recurriendo para conseguirlo, á todos los medios de que se dispone.

Naturalmente que la expectación no es incom-

patible con la diligente observación de las condiciones de la madre y el hijo, del estado de las contracciones y del efecto que las mismas van produciendo sobre la cabeza.

Mediante la exploración interna practicada de vez en cuando, se deberán comprobar los progresos que realiza el parto. Tan pronto como la presión abdominal entre en juego se procurará que las manos y los pies de la parturienta tengan el apoyo conveniente para hacer lo más eficaz posible la acción de la presión abdominal. Las contracciones fuertes y la acción enérgica de la presión abdominal, nos autoriza á esperar que el parto termine espontáneamente. Pero antes de formular ninguna conclusión, es absolutamente necesario apreciar con entera claridad, el grado de desproporción pélvico-fetal y las relaciones de la cabeza.

Estas conclusiones, serán necesariamente diferentes, según las condiciones materiales de instalación, ayudantes, etc., en que el médico se encuentra. En la clínica, donde el operador cuenta con la asistencia, confort y antisepsia suficiente, se puede á menudo, intentar una intervención que salve simultáneamente la vida de la madre y el hijo de los peligros inherentes á las pelvis estrechas, mientras que al práctico que sólo cuente con sus propias fuerzas, le será necesario

sacrificar la vida del feto. En la clínica, si se trata de pelvis medianamente estrechas, resulta sencillo utilizar para el tratamiento todos los métodos modernos, y de este modo puede aguardarse hasta el último límite la acción de las fuerzas expulsivas. En el momento en que se obtiene el convencimiento de que es imposible que el punto estrechado sea atravesado espontáneamente por la cabeza, se facilitará el parto por la sección del anillo pélvico, y si esto se considera insuficiente, se extraerá el feto mediante la operación cesárea.

En la práctica privada, el médico que no puede echar mano de ciertas intervenciones, tendrá que emplear métodos sencillos y no es difícil que sólo pueda dominar la situación á costa de la vida del feto. Afortunadamente, la pubiotomía, mediante el perfeccionamiento de su técnica, puede hacerse y se va imponiendo en la práctica privada.

El segundo grado de estrechez está representado por aquellas pelvis cuyo conjugado verdadero oscila entre 9 y 7 centímetros. En estas condiciones el parto espontáneo es todavía posible, pero también puede ser discutida la eventual conve-

niencia de toda la serie de operaciones tocológicas. Para decidir si se debe confiar en la terminación espontánea del parto ó si se ha de intervenir, no basta tomar en consideración el grado de estrechez ; es también necesario tener en cuenta el volumen de la cabeza, su consistencia y plasticidad, si es ó no favorable su modo de encajamiento, la energía de las contracciones uterinas y de la presión abdominal. Todos estos elementos no pueden ser apreciados de un modo conveniente antes de la rotura de las membranas ; por eso es que los autores nos dicen : «en las estrecheces de grado medio, en el principio del parto, no se hará otra cosa que esperar».

Muchos tocólogos actuales, son partidarios de la operación cesárea practicada al principio del parto en las pelvis generalmente estrechas cuyo conjugado verdadero oscila entre 8 y medio y 7 centímetros, y sobre todo, si la mujer es primípara.

Si nos decidimos por la expectación, seguiremos las reglas generales ya indicadas.

Si cuando la dilatación es completa observamos que la desproporción pélvico-fetal no es excesiva, si además la cabeza se encuentra en una posición favorable y las contracciones son regulares y enérgicas, lo mejor es esperar á que las fuerzas expulsivas naturales se encarguen de mo-

dificar la configuración de la cabeza, la cual se adaptará á la estrechez de un modo mucho más perfecto que todo cuanto pudiera obtenerse mediante cualquier intervención operatoria.

Pero si por el contrario observamos que las contracciones son flojas é irregulares ; si la parturienta, ya desde el período expulsivo aparece tan exhausta que casi no puede hacer esfuerzos ; si se trata de una múltipara con paredes abdominales relajadas que, á pesar de su deseo, no puede obtener ningún efecto útil de sus músculos hiperdistendidos, ó de una mujer nerviosa que sólo se lamenta de sus dolores sin ser capaz de emplear de un modo ordenado y conveniente, la presión abdominal, y con tales condiciones se observa que la cabeza no ofrece ninguna tendencia al encajamiento, la expectación ya no está justificada, es necesario intervenir ; ¿qué procedimiento adoptaremos ? Respecto á la versión, Simpson fué el primero en demostrar que la cabeza última, encajándose en la pelvis estrecha por la base del cráneo, que es menos ancha que la bóveda, se adapta y configura más fácilmente. Pero hay que tener en cuenta los inconvenientes de la versión : Para obtener un niño vivo en el parto podálico, es necesario que la cabeza atraviese en pocos minutos el canal pélvico, y por lo tanto la adaptación se ha de efec-

tuar de un modo brusco, lo que ocasiona con frecuencia lesiones craneanas. El pronóstico para el feto, es además agravado por el peligro de asfixia, que puede decirse constituye la regla en todas las extracciones algo laboriosas de la cabeza última.

En las primíparas, la rigidez de las partes blandas dificulta la rápida salida del feto y, por lo tanto, la versión estará en ellas mucho menos indicada que en las múltiparas.

La versión debe hacerse lo más pronto posible después de la rotura de las membranas, lo que excluye la posibilidad de una expectación prolongada, con las probabilidades de que el parto termine espontáneamente..

Otro de los inconvenientes de la versión, es, que si fracasa, no queda otro recurso que la craneotomía practicada sobre la cabeza última.

En el supuesto caso, que las contracciones sean buenas, pero la cabeza se coloque mal, ofreciéndose una presentación de frente ó de cara y si la pelvis es simplemente plana, la versión, estará perfectamente indicada. Esta intervención, permite separar del modo más sencillo, la complicación representada por la desfavorable situación de la cabeza que sería muy difícil se corrigiera naturalmente.

Cuando la cabeza está fija en el estrecho supe-

rior, más ó menos adaptada ya á este estrecho, y en estas condiciones observamos, que el parto no progresa y que el estado general de la mujer empieza á preocupar, pues aparece agotada, angustiada, con pulso frecuente y una temperatura subfebril, ya no es posible pensar en la versión pero hay que tomar una determinación, pues el estado general de la mujer así lo exige. En este caso, se puede elegir entre una tentativa con el forseps, la pubiotomía.... y la craneotomía practicada sobre feto vivo. En lo referente al forceps, algunos tocólogos, siguiendo las indicaciones de Pinard y Varnier, se manifiestan completamente contrarios á su aplicación en aquellas pelvis que después de la pubiotomía permiten la extracción de un niño vivo. Otros opinan que debe ensayarse el forceps, antes de practicar la pubiotomía.

«Practicando la pubiotomía, sistemáticamente, sin forceps previo, dice Bibemont, se corre el riesgo de hacer una operación seria, en algunos casos, en que una simple aplicación de forceps sería suficiente ; pero por otra parte, recurriendo al forceps, es posible que se pasen los límites de las tracciones inofensivas produciendo lesiones graves en el feto y en los tejidos blandos de la madre y comprometiendo así, los resultados de la

pubiotomía complementaria á la cual se está obligado á recurrir ».

En los casos dudosos, cuando no se está seguro de que la cabeza pueda franquear la estrechez, se puede hacer una tentativa de extracción moderada, muy prudente, para no comprometer la vitalidad del feto. A veces el perímetro mayor de la cabeza no ha franquado todavía la estrechez, pero sólo falta alguna fuerza más para que el parietal pase definitivamente, el forceps, en estos casos, se presta admirablemente para suministrar este suplemento de energía.

Cuando después de algunas tracciones moderadas y muy prudentes, se constata que la cabeza no desciende, ó en los casos en que el forceps esté contraindicado, se puede recurrir á la pubiotomía, única operación que en tales condiciones nos permitirá llevar á feliz término el parto por las vías naturales, con conservación de la vida del niño. La apertura del cinturón pélvico, suministra una ampliación suficiente para dar paso á una cabeza medianamente desarrollada aún en las pelvis planas cuyo conjugado sea tan sólo de 7 centímetros. Cuando la sección del anillo pélvico era practicada como sinfisiotomía con gran sección, el procedimiento no estaba desprovisto de peligros, ni aún en las clínicas. Distintas son las circunstancias si se recurre á la pubio-

tomía con la aguja ; la hemorragia por las punturas, es fácilmente cohibida por la compresión y como tratamiento consecutivo, no requiere más que la aplicación á la pelvis de un vendaje ordinario de laparotomía.

Si el tocólogo asiste á la parturienta desde el principio del parto, no tendrá inconveniente en practicar la pubiotomía después de una tentativa de extracción con el forceps, puesto que sabe, que las tracciones, han sido lo bastante moderadas para no producir lesiones, que comprometan la vitalidad del feto y por lo tanto, los resultados de la pubiotomía á la cual pensaba recurrir, previo ensayo del forceps. Distinto es cuando el tocólogo es llamado durante el parto, después que se han practicado algunas maniobras, principalmente aplicaciones de forceps. En estos casos, para tomar una decisión, deberá asegurarse en primer lugar si la vitalidad del feto está comprometida, tratará de saber desde cuanto tiempo la mujer está en el trabajo, que operaciones han sido practicadas, el tiempo que han durado las tracciones hechas con el forceps, etc., y sobre todo tener en cuenta las condiciones materiales de instalación, ayudantes, etc., en las que se encuentra. Se comprende que en caso de duda, se inclinará del lado de la operación en una Maternidad donde la asepsia es fácil á realizar, donde

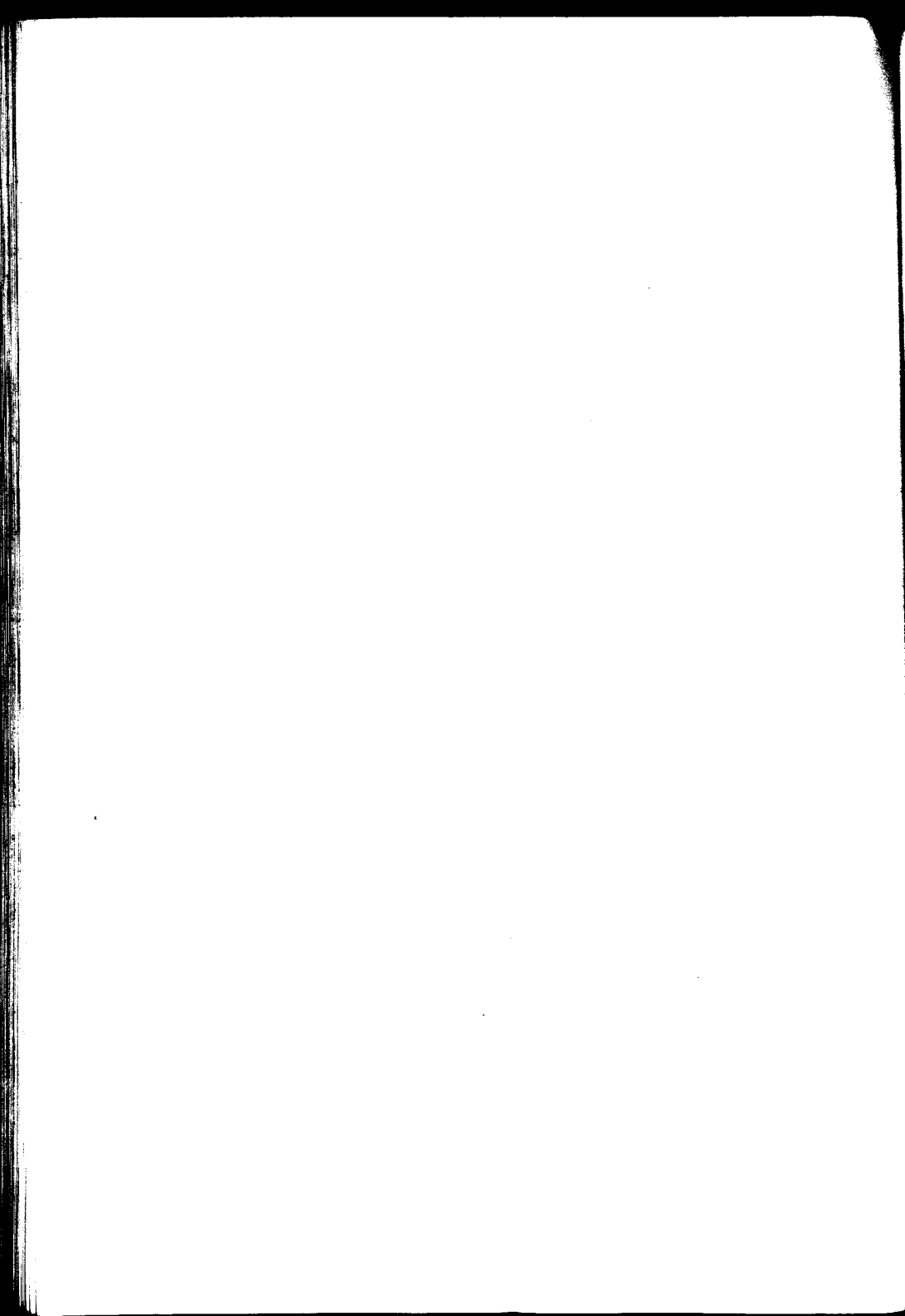
se tiene á su disposición los instrumentos y ayudantes necesarios, donde se está seguro de los cuidados consecutivos ; en la práctica privada, y sobre todo en la campaña, cuando se encuentra en condiciones inversas, no queda otro recurso que la basiotripsia para salvar la vida de la madre.

El tercer grado de estrechez comprende aquellas pelvis cuyo conjugado tiene una longitud de 7 á 5 centímetros ; el parto por las vías naturales tan sólo es posible mediante la reducción de la cabeza fetal.

La cesárea es la única operación que permitirá salvar la vida del niño ; si la mujer rechaza la operación ó existe alguna contraindicación, se practicará la basiotripsia.

El cuarto grado está representado por aquellas pelvis cuyo conjugado tiene menos de 5 centímetros ; la basiotripsia es impracticable ; la indicación de la operación cesárea es absoluta.

El pronóstico de la operación cesárea es actualmente favorable, cuando se interviene al principio del trabajo, especialmente si no se ha verificado la rotura de las membranas.



CAPÍTULO V

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Observación I

Segunda O. de L., de 30 años, casada, española, Qs. Ds.

Ingresó á la Clínica el 21 de Noviembre.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Empezó á caminar á los 11 meses, caminó siempre bien. Reglas, á los 15 años, regulares. Tuvo reumatismo.

Ha tenido siete embarazos, hijos todos del mismo padre que el del actual, el 1.º, 2.º, 3.º y 4.º, á término; los tres primeros murieron durante el parto, en el 4.º fué atendida en la Escuela de Parteras, el niño nació asfíctico, reanimándose

á los pocos minutos ; los tres últimos, abortos de dos y medio á tres meses, ignora la causa.

Examen general.—Peso 61 kilogramos. Estatura un metro 46 centímetros. Esqueleto pequeño, con estigmas de raquitismo en el tórax y miembros inferiores. Vientre globuloso, con paredes abdominales poco tensas, útero desviado á la derecha de 35 centímetros de altura y 14 por encima del ombligo. Presentación pelviana completa sin encaje ; posición y variedad : S. Y. Y. T. ; 140 latidos fetales. Esta enferma fué examinada el día 18 en el consultorio externo y al comprobarse presentación pelviana, se practicó versión externa.

Examen local.—Diámetros : B. T. 28 centímetros. B. Y. 25. B. E. 24. S. P. 17. P. P. M. 8,8 centímetros.

Conformación pelviana.—Pelvis plana y generalmente estrecha con falso promontorio al nivel de la 1.^a y 2.^a pieza sacra de 8 y medio centímetros de P. P. M.

Parto.—Principió el parto á las 11 p. m. del día 22 de Noviembre. El examen de la parturienta practicado media hora después comprueba : contracciones regulares, presentación pelviana en S. Y. Y. A. Al tacto : vulva y vagina amplias ; cuello, 5 centímetros de dilatación, bolsa rota, no

hay encaje pero la presentación apoya bien sobre el cuello. Una hora más tarde la dilatación es casi completa, la nalga ha descendido más aún y aparece el pié izquierdo que por sus dimensiones deja suponer un feto á término bien desarrollado.

Tratamiento.—Como la pelvis es de excavación alta y canaliculada, con un conjugado poco viable para una cabeza última de volumen normal que se supone de B. P. 9 y medio, y en la que no hay modelaje previo, no se tiene duda que ella quedará retenida en fuerte deflexión por el estrecho superior y en vista de que para su extracción ni siquiera existe el recurso de la maniobra de Champetier de Ribes, se decide antes que nada ampliar la pelvis. Bajo anestesia clorofórmica se practica pubiotomía completamente subcutánea. El pubis seccionado se separó un centímetro por la sección, separación que se llevó sin dificultad hasta 5 centímetros; veinte minutos después de suspendida la anestesia aparecen contracciones que determinan la expulsión de un feto vivo y sano de 3.800 gramos, con un B. P. de 9 y medio. La enferma queda en buenas condiciones.

Alumbramiento normal. Fué dada de alta el 12 de Diciembre.

Observación II

Encarnación A., 22 años de edad, española, sirvienta.

Ingresa á la Clínica el 18 de Diciembre á las 10,30 p. m.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ignora á que edad empezó á caminar. Reglas, á los 15 años, regulares en su aparición, dolorosas, escasas, duraban cuatro días. Sarampión en la infancia. Vómitos biliosos y alimenticios en los primeros meses del embarazo, á los 6 meses del mismo tuvo una pequeña hemorragia que duró dos días. Primípara.

Examen general.—Peso 57 kilogramos. Estatura 1 metro 53 centímetros.

Esqueleto pequeño, sin estigmas de raquitismo. Varices en los miembros inferiores. Utero desviado á la derecha de 38 centímetros de altura y 17 por encima del ombligo. Presentación cefálica en Y T., sin encaje. 140 latidos fetales.

Examen local.—Diámetros : B. T. 31 centímetros. B. E. 24. B. Y. 28. S. P. 17. P. P. M. 8 y medio centímetros. Pelvis plana canaliculada.

Parto.—El parto se inició á las 5 a. m. del 18 de Diciembre ingresando á la Sala á las 10,30 ; pasado meridiano del mismo día en las condiciones siguientes : temperatura 37,4 ; 80 pulsaciones de débil tensión. Contracciones poco enérgicas. Al tacto, vulva y vagina de primípara ; el cuello deja pasar facilmente dos dedos sin que esté borrado. Bolsa íntegra. La cabeza por encima del estrecho superior desborda el pubis como en tres centímetros.

Tratamiento.—Teniendo en cuenta la desproporción pélvico-fetal, la conformación pelviana (pelvis canaliculada), la primiparidad y el hecho de estar íntegra la bolsa de las aguas, se decide hacer una cesárea conservadora, la que se practica bajo anestesia clorofórmica ; se extrae un feto vivo y sano de 3.820 gramos.

La enferma queda en buenas condiciones.

Dada de alta el 15 de Enero.

Observación III

Dolores G. de J., de 28 años, casada, española, quehaceres domésticos.

Ingresa á la clínica el 16 de Enero á las 11 a.m.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ignora á que edad empezó á caminar. Reglas, á los 14 años, escasas, regulares en su aparición y duración. Sarampión y viruela. Vómitos, mareos y cefalalgia al principio del embarazo. Primeriza.

Examen general.—Peso 46 kilogramos y medio. Estatura 1 metro 50 centímetros.

Esqueleto pequeño con estigmas de raquitismo en el tórax y en los miembros inferiores. Vientre ovóide, útero en la línea media de 38 centímetros de altura y 16 por encima del ombligo. Presentación cefálica en Y. T., Sin encaje. Latidos fetales : 140, con soplo funicular.

Examen local.—Diámetros : B. T. 30 centíme-

tros. B. Y. 25. B. E. 23. S. P. 18. P. P. M. 8,5 centímetros. Pelvis plana y generalmente estrecha.

Parto.—Se inició el parto el 15 de Enero á las 12 a. m. Ingresando á la Clínica á las 11 a. m. del día 16 en las condiciones siguientes : temperatura 37°4 ; 100 pulsaciones, regulares y de buena tensión. Contracciones francas. La cabeza movable por encima del estrecho superior desborda al pubis en más de dos centímetros. Al tacto : vulva y vagina de primípara ; 4 centímetros de dilatación ; bolsa rota. El parto continúa con contracciones vigorosas y diez horas después la dilatación es de 7 centímetros. La cabeza modelada con cabalgamiento y gran tumor sero-sanguíneo, se insinúa en el estrecho superior en asinelitismo posterior. Transcurridas algunas horas más se observa que el parto no progresa.

Tratamiento.—Juzgando imposible la terminación espontánea del parto por el poco progreso alcanzado después del tiempo transcurrido y por la manifiesta desproporción pélvico-fetal, se decide intentar una toma de forceps á la cual se renuncia porque la cabeza está muy alta, movable y la desproporción es manifiesta. Se resuelve puntotomizarla colocando previamente en la vagina un balón que se extrae lleno 15 minutos

después. Se practica la pubiotomía siguiendo el método completamente subcutáneo (prof. Zárate). Seccionado el hueso, se separan los cabos hasta dos centímetros. Se administra una inyección de hipofisina que despierta contracciones poco enérgicas ; se repite la inyección 15 minutos después, las contracciones se hacen más enérgicas y la cabeza se encaja merced á una separación de los cabos de 3 y medio á 4 centímetros, desprendiéndose pocos minutos después. Se produce una desgarradura de la orquilla que se sutura con dos puntos de crin. El feto nace asfíctico consiguiéndose reanimarlo.

Alumbramiento normal. La enferma queda en buenas condiciones. Fué dada de alta el 8 de Febrero.

Observación IV

Francisca F. de J., de 29 años, casada, española, quehaceres domésticos.

Ingresó á la clínica el 15 de Marzo.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ignora á que edad empezó á caminar. Reglas : á los 14 años. Varicela en la infancia. Tuvo tres embarazos ; el primero á término, parto distócico, se practicó versión interna y basiotripsia en cabeza última, según datos del médico que la atendió ; segundo y tercero, abortos de 2 y medio á tres meses, ignora la causa.

Examen general.—Peso 51 kilogramos. Estatura 1 metro 49 centímetros.

Esqueleto poco desarrollado sin estigmas de raquitismo ni desviación de la columna vertebral. Senos pequeños, areola pigmentada, hay calastro. Vientre globuloso. Utero en la línea media de 35 centímetros de altura y 16 por encima

del ombligo. Presentación cefálica en Y. T., sin encaje. Noveno mes del embarazo.

Examen local.—Diámetros : B. T. 28 centímetros. B. Y. 25. B. E. 22. S. P. 18. P. P. M. 8,8. Pelvis plana canaliculada.

Parto.—Principió el parto á las 2 a. m. del día 4 de Abril. Después de cinco horas de iniciado el trabajo con buenas contracciones se rompe la bolsa de las aguas ; líquido amniótico teñido de meconio. La cabeza movable por encima del estrecho superior desborda el pubis. Dilatación de cinco centímetros.

Tratamiento.—Considerando la desproporción pélvico-fetal, los antecedentes de la parturienta y el sufrimiento del feto, se resuelve practicar una pubiotomía. Los cabos óseos se separan 4 centímetros, no se produce hemorragia ni hematoma. El cloroformo aleja las contracciones, se hacen dos inyecciones de hipofisina á intervalos de una hora, la primera del preparado Dessiy, fué ineficaz, la segunda del preparado Hussey termina el parto espontáneamente tres cuartos de hora después.

Niño.—Sexo masculino ,de 4.070 gramos de peso y 50 centímetros de longitud cuyo B. P. es de 9,5 centímetros con cabalgamiento.

El alumbramiento tuvo lugar 20 minutos después, normalmente.

La enferma quedó en buenas condiciones y fué dada de alta el 26 de Abril.

Observación V

Prudencia P., de 18 años, española, sirvienta, Ingreso á la Clínica el 22 de Febrero.

Antecedentes Hereditarios.—El padre murió de tuberculosis. La madre vive y es sana, tuvo cinco partos normales; uno de sus hermanos falleció siendo muy pequeño, no sabe de que, los otros viven y son sanos.

Antecedentes personales.—Ignora á que edad empezó á caminar. Comenzaron las reglas á los 14 años, regulares, duraban tres á cuatro días. Al principio del embarazo tuvo vómitos biliosos, mareos, cefalalgia. Primeriza.

Examen general.—Peso 43 kilogramos. Estatura 1 metro 49 centímetros. Esqueleto pequeño con estigmas de raquitismo en el tórax y en los miembros inferiores. Paredes abdominales tensas; útero globuloso. Presentación cefálica en D. T.

Examen local.—Diámetros : B. T. 30 centímetros. B. E. 25, B. Y. 26. S. P. 17. P. P. M. 8,5.

Conformación pelviana.—Pelvis plana canaliculada con espina retropubiana y falso promontorio al nivel de la primera y segunda pieza sacra.

Parto.—El trabajo se inicia á las 10 a. m. del día 14 de Abril. La cabeza se encuentra en posición transversal y movable por encima del estrecho superior. Transcurridas algunas horas se rompen las membranas, en esos momentos la dilatación era de dos centímetros. Después de 19 horas de contracciones débiles y alejadas, estas se hacen intensas y seguidas, casi tetánicas, á tal punto que fué necesario calmarlas con anestesia clorofórmica. Un examen en este momento deja reconocer que la dilatación no ha adelantado, tan sólo llega á tres centímetros, con cuello edematoso. La cabeza permanece elevada y movable por encima del estrecho superior, desflexionada y en ligero asinclitismo posterior.

Tratamiento.—Teniendo en cuenta las condiciones señaladas y en vista de que las contracciones uterinas hacen peligrar la vida del feto, sin esperanzas ya, de que el encaje se efectúe, se decide practicar la pubiotomía previa dilatación cervical Bonnaire que se lleva á un máxi-

mum de 8 centímetros, porque el cuello es poco elástico debido al edema. Se practica pubiotomía completamente subcutánea, no se produce hemorragia ni formación de hematoma. Suspendida la anestesia, el útero se ha relajado y cae en inercia. Media hora después se administra una inyección de hipofisina y cinco minutos más tarde el útero se contrae debilmente. La cabeza no encaja ; una hora después se repite la inyección que desperta contracciones más enérgicas y que se suceden regularmente, pero á pesar de ello el encaje no se efectúa sinó después de tres horas. El período expulsivo dura una hora, terminándose el parto espontáneamente. Se produce una desgarradura perineal de primer grado que se sutura.

El niño nace asfíctico consiguiéndose reanimarlo.

El alumbramiento tuvo lugar veinte minutos después, normalmente.

Dada de alta el 12 de Mayo.

Observación VI

María L. de S., de 23 años, española, plautchadora.

Ingresó á la Clínica el 4 de Abril.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Ignora á que edad empezó á caminar. Reglas, á los 18 años ; según refiere la enferma fué tratada con baños y medicamentos hasta que tuvo la primera menstruación, apareciendo después con regularidad ; duraban dos días, eran escasas ó indoloras. Prime-riza.

Examen general.—Peso 57 kilogramos 500 gramos. Estatura 1 metro 50 centímetros.

Esqueleto mediano, sin estigmas de raquitismo. Utero en la línea media, paredes tensas, 34 centímetros de altura y 15 por encima del ombligo. Embarazo á término ; presentación cefálica, en Y. T., sin encaje.

Examen local.—Diámetros : B. T. 32 centímetros. B. Y. 26. B. E. 24. S. P. 18 P. P. M. 7 y medio centímetros.

Pelvis plana canaliculada, promontirio bajo, pubis inclinado.

Parto.— Se inicia el trabajo á las 2 p. m. del día 20 de Abril ; ingresa á la sala de partos, á las 4 p. m. del mismo día en las condiciones siguientes : temperatura 37° ; 80 pulsaciones regulares y de buena tensión. Presentación cefálica en Y. T. sin encañe. La palpación mensuradora, demuestra una notable desproporción pélvico-fetal ; la cabeza desborda al pubis, en más de tres centímetros.

Al tacto : vulva y vagina de primeriza ; cuello borrado, bolsa intacta.

Tratamiento.—Teniendo en cuenta la estrechez del diámetro P. P. M. (7 y medio centímetros), la conformación pelviana, la notable desproporción pélvico-fetal y la primiparidad, se juzga imposible que el parto se efectúe por las vías naturales, ni aun pubiotomizando, por lo que se resuelve hacer cesárea.

Previa anestesia clorofórmica, se practica la parotomía mediana en posición de Trendelenburg ; se exterioriza el útero y se abre el fondo haciendo incisión transversal (Fritsch) ; en un

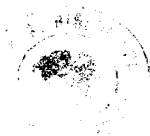
segundo tiempo se rompen las membranas, y se extrae el feto sin tocar cordón, se desprenden placenta y membranas sin hacer compresión del útero. Se sutura la herida con cuatro puntos de seda que toman todo el espesor del órgano y se completa con una sutura continua con catgut, tomando músculo y serosa, se reduce el útero á la cavidad abdominal y se sutura la pared en dos planos.

Durante la intervención, se hace á la enferma una inyección de 1 c.c. de hipofisina.

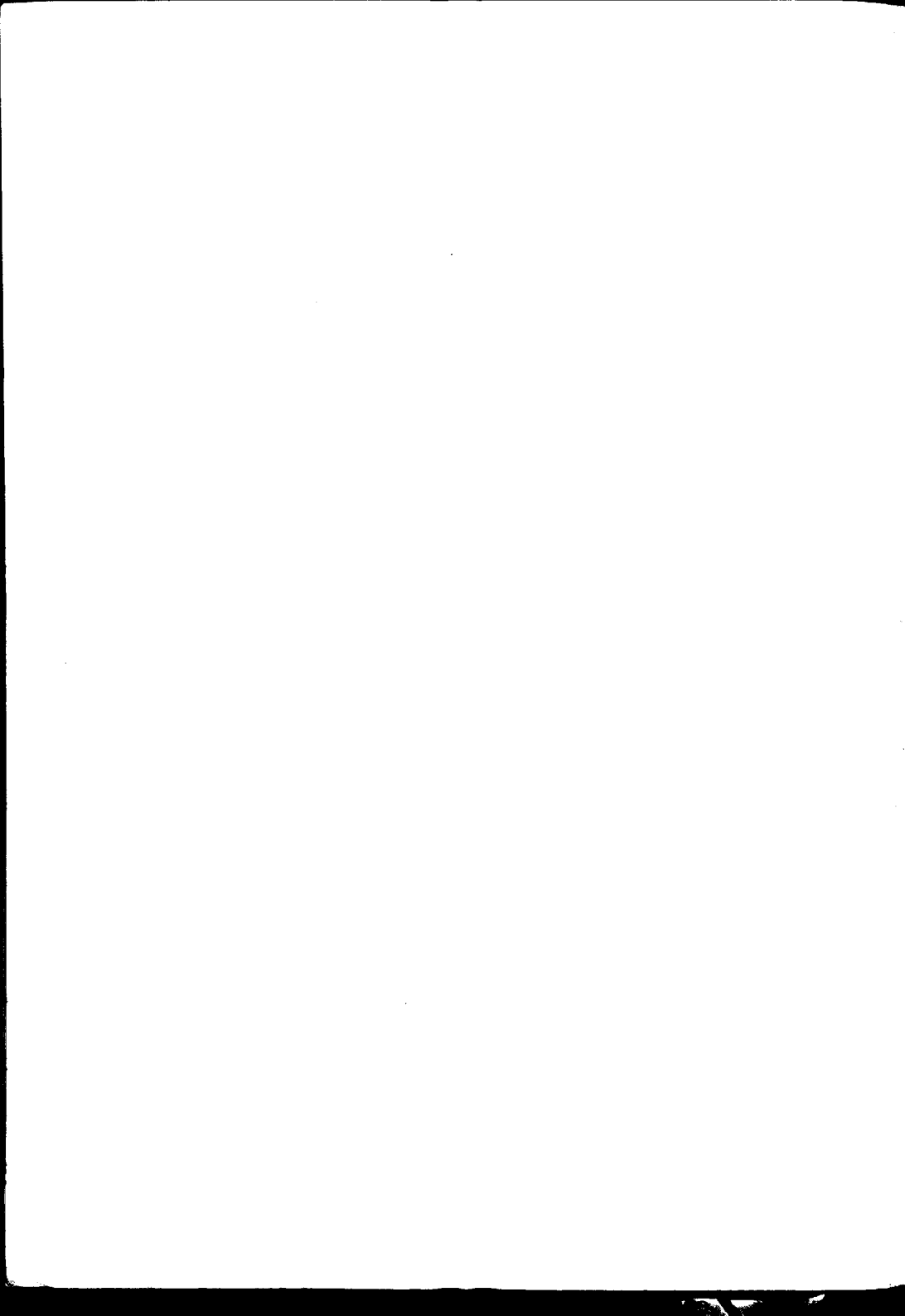
La madre, al terminar la intervención, tiene 100 pulsaciones. Utero contraído.

Dada de alta el 23 de Mayo.

CLEMENTE J. SAÑUDO.



30765



Buenos Aires, Junio 4 de 1914

Nómbrese al señor Consejero Dr. Enrique Bazterrica, al profesor titular Dr. Miguel Z. O'Farrell y al profesor suplente Dr. Juan C. Llames Massini para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

J. A. Gabaston

Secretario

Buenos Aires, Junio 26 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2848 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabaston

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Paralelo entre la pubiotomía y la sinfisiotomía.

E. Bazterrica.

II

Indicaciones de la pubiotomía y del parto prematuro artificial.

O'Farrell.

III

El parto prematuro artificial en la clientela privada.

Ilames Massini.

