Memoria sobre la Singisiotomia que, para optar al grado de Doctor, presenta el Licenciado Dn Manuel Perfecto Amor Naveiro.

La Sinfisiotomia:

Su valor comparativo con los demas métodos de tratamiento en las distocias.

Muy ilustrado Tribunal.

Difícil tarea es para mí elegir y desarrollar como asunto de esta Memoria un punto entre los innumerables que forman la Ciencia Médica.

La misma libertad que en la elección tengo contribuye á hacerme más espinoso este trabajo; porque si todo derecho lleva conigo un deber, deber mío es desenvolver el tema elegido con tal acierto, que demuestre en todas sus partes y en su conjunto

profundos ó al menos medianos conocimientos y un criterio imparcial y propio. Pero mis humildes conocimientos temo no basten á satisfacer vuestra justa demanda, ni corresponder á mis ardientes deseos y vivas aspiraciones.

Esto me mueve á apelar á vuestra reconocida benevolencia, para que admitais benignos el defectuoso é incorrecto trabajo que tengo el honor de ofrecer á vuestra ilustrada atencion.

Durante nuestra estancia en la Clínica Obstétrica de Santiago, ayudando y viendo ejecutar á mis maestros, hemos podido apreciar la que en realidad es la Sinfiriotomía.

Hoy despues de haber estudiado las 22 observaciones de Sinfiriotomía prac-

tiadas en dicha Clínica, después de habernos constado el perfecto estado de salud de las operadas, y después de haber investigado los resultados suministrados por los otros métodos de tratamiento de las viciaciones pélvicas, é inspirándonos por otra parte en trabajos recientemente hechos, sobre todo en Francia, hemos llegado á la convicción, que la Sinfisiotomía es una operación relativamente benigna y fácil, y que, si no es el mejor de todos los métodos de tratamiento, con por lo menos injustos la mayor parte de los reproches que se le hacen.

Impulsaronme á la elección de este tema: los casos observados, relativamente numerosos; la importancia esencialmente práctica de

tal estudio y las múltiples opiniones acerca del valor de esta operacion, que caida desde hace tiempo en el olvido, suele á renacer hoy con gran entusiasmo y brillantez.

Comprendo que no está libre de obstáculos el camino que voy á recorrer, y que muchas dudas podrán asaltar mi ánimo poco fortalecido por la experiencia. Más procuraré, en lo que me fuere posible, apartar y destruir todo tropiezo, ayudado de las nociones aprendidas de mis profesores; guiado siempre de la más sincera convicción y exento de prejuicios y parcialidades.

En una primera parte estu-

diaremos la sinfisiotomia y los otros métodos de tratamiento empleados en las pelvis viciadas: y en una segunda parte estudiaremos solo la Sinfisiotomia y sus consecuencias.

Primera parte.

Breve reseña historica de la Sinfisiotomia.

Esta operacion fué practicada por primera vez en 1655. sobre el cadaver, por un Cirujano frances, Lacourrée, con objeto de extraer un niño: por Plenck en las mismas condiciones en 1766. Practicada por primera vez en

la mujer viva por Sigault en 1.777 con la asistencia de H Leroy. Mal recibida por la Academia de Cirujia, la operación de Sigault fué sin embargo practicada 6 veces en París durante el mismo año, despues por Retz de Arras en 1.778; por Bonnard de Herdin (Flandes en 1.783; por Brollieri de Pairpol; Aussansoi de Lyon; y el procedimiento no tarda en esparcirse por Wurzbourg, el Haya, Francfort, Dusaldorff, para ganar la Italia y España.

Pronto llegaron los reveses: en las tres operaciones siguientes practicadas por Sigault, murieron tres niños; en la quinta murieron la madre y el niño. Se hicieron despues un cierto número de operaciones

nes en Francia y otros puntos con éxitos diversos. Se produjo entonces una reacción contra la nueva operación, y se suscitó con tal motivo una violenta polémica entre sinfisiotomistas y cesarianos.

Uno de los más decididos adversarios de la sinfisiotomia ha sido sin duda Baudelocque, que desde 1776 se habia pronunciado en contra de la sección del pubis; de este mismo parecer ha sido Mme. Lachapelle; sin embargo entre tanto fué practicada todavia por Antoine Dubois, Cliet, Auguste Petit, Marlieuat, Langenard, etc. Se encuentra mencionada además en las tesis de Faure, Viguet, de Lacour, y en los artículos de los Diccionarios de Medicina. Esta operación aparece más tarde

abandonada hasta por los mismos tocologos franceses: P. Dubois y Devormeaus la condenan casi, y si Velpeau, Jacquemier, Cazeaux no la rechazan absolutamente y piensan aun que puede tener sus indicaciones en algunos casos, sin embargo no la practican. Stoltz, apesar de haber imaginado un procedimiento nuevo de sinfiziotomia, prefiere la operacion cesarea.

En Alemania es practicada en 1814 por Mursinna, Damman en 1842, pero rechazada por la mayoria de los tocologos especialmente por Naegele (padre), Kilian, Scanzoni, y las Escuelas de Obstetricia de Viena, de Praga, de Berlin de Wurzbourg et.

Despues de todas estas vicisitudes vuelve á entrar en la practica. Chiet en 1820 la ejecuta de nuevo: Jamre Viguet 1.824, Lacour en 1844, Auguste Petit en 1.854.

Varnier dice, " que no es preciso ser temerario para pensar que la sinfisiotomia será indiá el complemento del parto prematuro; y se pregunta si la sinfisiotomia no debe ser empleada en los estrechamientos del estrecho inferior "

Bouchacourt cita algunas experiencias cadavéricas, y se muestra favorable á la sinfisiotomia.

En Italia es donde gracias á los trabajos de Galbiati, Sacolucci y sobre todo Morisani encontró

siempre acogida, ocupando hoy uno de los primeros lugares entre las operaciones obstétricas.

A medida que la antisepsia se perfecciona los resultados tanto para la madre como para el niño son más favorables.

En 1891 Spinelli, ayudante de Moriani, llama de nuevo la atención de Pinard sobre los resultados obtenidos en Nápoles: sobre 24 operaciones, 24 madres curadas y 23 niños vivos.

Desde entonces, y mediante las experiencias de Pinard, Farabeuf y Varnier sobre el engrandecimiento anteriorpostero de la pelvis por la sinfisiotomía, y una vez demostrado este engrandecimiento, dicha operación se

ha vulgarizado por el extranjero y entrado en un nuevo camino.

En España fué acogida también la sinfisiotomia, tres años despues de haberla practicado por primer vez Sigault. El Licenciado D. Francisco Canivell, Cirujano mayor de la Real Armada y vice presidente del Real Colegio de Cirujia de Cádiz, fué el primero que en nuestro país la practicó, empleando para ello el método subcutaneo. Esto prueba que no era España en aquella época refractaria á los adelantos científicos realizados en el extranjero, sinó que estos se importaban y admitian hasta con ver-

dadero entusiasmo. He aquí á grandes rasgos, las diversas etapas por que ha pasado la operación que nos ocupa.

Debemos entender por Sinfisiotomia, una serie de actos operatorios cuyo fin es el nacimiento de un niño por las vias naturales, en las condiciones las mas favorables para la madre, y en la cual serie, la seccion de la sinfisis, en si, no debe ser considerada mas que como un tiempo.

El fin ó objeto inmediato de la sinfisiotomia es la seccion del pubis y el ensanche provocado de la pelvis mediante la separacion de las extremidades pubianas, cuya separacion, segun ha demostrado M. Farabeuf, puede llegar hasta 7 centimetros, 3½ de cada lado. La ventaja obtenida,

es el resultado de dos factores: 1º La amplitud real del diámetro útil, que procura la separación púbiana, igual á 12 milímetros. 2º Disminución virtual del diámetro biparietal de la cabeza del feto, debido á la interposición de la eminencia parietal entre los púbis separados. El seno del segmento interpuesto es de 20 milímetros, de donde se infiere que el beneficio real obtenido por la sinfisiotomía, es igual á 22 milímetros, cuando la separación de los púbis llegue á 7 centímetros. Esto sin embargo no es rigurosamente exacto; pues el aumento real del diámetro útil, varía segun la estrechez de la pelvis, en razón

inversa de dicha estrechez, pudiendo variar la suma total de 1 á 3 milímetros (1)

La restauracion de la Sinfisiotomia ha producido modernamente en el tratamiento de las viciaciones pel vianas una verdadera revolucion. Sus distinguidos campeones, Farabeuf, Pinard y Varnier nada menos que prefieren la Sinfisiotomia:

(1) No entraré aquí en discusion sobre si se aumentan ó no los diametros antero posteriores de la pelvis, por medio de la separacion de los pubis; porque creo que claramente lo ha demostrado, entre otros, M. Farabeuf.

1º Al Parto prematuro artificial.
2º A la aplicacion del Forceps en el estrecho superior.
3º A la Version en las pelvis viciadas.
4º A la Embriotomia sobre el niño vivo.
5º Y por ultimo á la Operacion Cesárea á indicacion relativa.

El porqué de esta preferencia y sobre todo justificarla, será la primera parte de este modesto trabajo. La comparacion de los resultados que dan los antiguos métodos de tratamiento de las viciaciones pelvicas y de los que se han obtenido con el engrandecimiento momentaneo del anillo pelviano, aplicados generalmente todos estos métodos por los mismos individuos en las mismas condiciones y en los mismos

medios, mostrará que dar los resultados de la sinfisiotomia, es hacer resaltar sus beneficios.

En una formula simple, sin cifras, he aqui los resultados de la sinfisiotomia: Reducción considerable de la mortalidad fetal sin riesgos más grandes para la madre.

Varnier, en el Congreso de Moscou en Agosto de 1897, pone á la cabeza de su Relación tan clara y tan precisa, la conclusión siguiente «El engrandecimiento momentáneo de la pelvis practicado segun las reglas sentadas por Pinard en el Congreso de Roma, tiene por resultado el reducir la mortalidad fetal en

los casos de pelvis viciadas, á la tasa de la mortalidad fetal que acompaña y sigue á la extracción artificial por el forceps en las pelvis normales."

En Baudelocque sobre 86 pelviotomias, 81 niños han sido extraidos vivos, sea 94,18/100. 3 congolpes y que no han podido ser reanimados. 2 han sido extraidos sin daño alguno, sea una mortalidad inmediata de 5,8/100.

En el curso de las tres primeras semanas han muerto 7 niños, lo que dá una mortalidad secundaria de 8,7/100, á la cual es preciso excluir 3 de estos niños que murieron de estreptococia y de bronco-pneumonia. Quedan pues 4 niños muertos por la sin-

fiziotomia ó sus consecuencias, lo que dá 10, 4/100.

En el mismo servicio, la mortalidad infantil expurgada inmediata y secundaria en los casos de pelvis normal con aplicacion de forceps, dá 8/100 de mortalidad infantil en las primiparas, 10, 5/100 en las multiparas.

Varnier prueba enseguida que el engrandecimiento momentáneo de la pelvis puede y debe hacerse mejor todavia, y se pregunta si la mortalidad de 10, 4/100 es la mortalidad irremediable de la sinfiziotomia, y si del hecho de la experiencia adquirida no puede ser en lo sucesivo notablemente disminuida.

En efecto 2 de estos 5. niños han muerto debido á las consecuencias mecánicas de la extracción á través de una pelvis insuficientemente cortada ó dilatada; 2 han sucumbido á fracturas del cráneo producidas por tentativas de extracción con el forceps, hechas antes de la sinfisiotomía; uno es muerto de debilidad congenita, habiendo sido combinada inutilmente el parto prematuro y la sinfisiotomía; en lo sucesivo pues, cortando hasta el fondo el ligamento subpubiano, dilatando la pelvis delante de la cabeza y reconociendo las ventajas de la combinación del parto prematuro y la sinfisiotomía, se puede prever una mortali-

dad de 5/100.

H habido 10 muertes maternas sobre 86 pelvitomias. H estas 10 muertes, si quitamos 5 debidas à la infeccion general, quedan 5 en las cuales la llaga sinfisiana hà quizà jugado en el resultado final, el papel de un coadyuvante, de donde una mortalidad materna de 6. 1/100.

Zweifel, en su Relacion en el Congreso de Moscou, presenta mas bellos resultados todavia « La sinfisiotomia hà sido hecha en la Universidad Frauen Klinik de Leipzig 31 veces, todas las madres hàn curado, todas hàn completamente recuperado su actividad, su ac-

titud anterior para el trabajo; 29 niños han venido á término vivos y salieron vivos del hospital 22.

En Santiago sobre 22 sinfisiotomías, habiendo sido hechas 3 cuando el niño estaba ya muerto desde algunas horas, y la operación se practicó con el objeto único de agrandar la pelvis, quedan pues 19 sinfisiotomías, que han dado 15 niños vivos; de los niños muertos, 2 han sucumbido á fracturas ó á hundimientos del cráneo producidos por una doble aplicación de forceps antes de su entrada; el 3º murió dos días despues de su nacimiento de una bronco pneumonia; este

era por otra parte, un niño pequeño, enfermizo, concebido por una albuminurica, que ella misma sucumbió dos horas despues de la operacion á los accidentes uremicos. En cuanto al 4.º, murió algunas horas despues de su nacimiento, de debilidad congenita.

Contando solamente estas 2 últimas muertes al activo de la sinfisiotomia, bien que estuviesemos persuadidos de que en todo caso estos niños estaban destinados á vivir poco, vemos que la mortalidad fetal expurgada es de 10, 4/100.

La mortalidad materna es 3 sobre 22 sinfisiotomizadas.

Pero la primera de estas mu-

feres (observación XIV.) es muerta de una violenta hemorragia que siguió al alumbramiento; la 2.ª (observación XVI) estaba tuberculosa, justificando hacia dos años; una erupción aguda la arrebató 8 días despues de la operación; por último la 3.ª (observación XIII) estaba albuminúrica con lesiones renales y hepáticas; en el momento de la intervención presentaba accidentes de hepato toxemia muy claros (albuminuria abundante, vómitos, diarrea, cefalalgia, agitación) dos horas despues de la operación fue presa de un violento delirio y murió rapidamente. Con toda probabilidad la sinfisiotomía no fué causa de esta muerte; en la au-

topsia el examen de los riñones y el higado hacen pensar de este modo: ponemos, pues, esta muerte en el pasivo de la operación. Colocamos la muerte de la mujer tuberculosa en el activo de la operación; porque somos del parecer de algunos maestros que dicen es posible y aún probable que la sinfisiotomia determine, en una ya tuberculosa, una erupción pulmonar aguda.

Resulta, pues, sobre 22 mujeres sinfisiotomizadas, 2 muertes imputables á la operación ó mas bien en las cuales la operación haí jugado quizá el papel de coadyuvante. A este propósito nos preguntamos, si no hay contraindicación formal para practicar la sinfisiotomia

en mujeres presentando lesiones manifiestas de órganos esenciales tales, como el pulmón, el corazón ó el higado.

El parto prematuro artificial.

En una lección publicada en 1891, por consiguiente antes del renacimiento, digámoslo así, de la sinfisiotomía, Pinard había dirijido un verdadero acto de acusación contra el parto prematuro artificial; operación que practicó á falta de otras, á la que reprocha de ser hecha frecuentemente antes que el niño presentare fenómenos seguros de viabilidad y que se há vuelto incierta á causa de la imposibi-

lidad de conocer, de evaluar, de apreciar por el tacto menumatir el grado de estrechamiento de una pelvis viciada y á causa de la imposibilidad de saber exactamente la edad ó tiempo del embarazo.

Y sin embargo Pinard en su servicio de Lariboisiere, habiendose conducido exactamente segun las indicaciones clásicas desde la tesis del Concurso de Paul Dubois, habia obtenido de 1883 á 1886, el mas bello resultado conocido; pues que 88 / 100 de niños nacidos artificialmente han salido vivos de su servicio, asi como todas las madres.

Esta era una serie dichosa donde los resultados no daban sin embargo ninguna ilusion al profesor

de la Clinica de Baudelocque.

Asi, en la Sociedad Obstetrica de Francia, cuando Bar le pregunta porque rechaza el parto prematuro, Pinard le responde: «Porque yo he abandonado el parto provocado? Por las dos razones siguientes: Es que yo intervengo frecuentemente muy pronto, yo tengo entonces un niño mucilaginoso, rojizo que no obstante todos los cuidados no sobrevive, y es entonces porque en otras circunstancias intervengo muy tarde, y entonces me veo obligado de matar el niño porque es muy grande»

Zweifel en el 5.º congreso de

la Sociedad Alemana de Ginecologia, el mismo año decia: « Yo he dejado de intento de hablar de otra operacion porque mi confianza en ella está considerablemente quebrantada; voy á hablaros del parto prematuro provocado. A la verdad mis resultados soportan la comparacion con bien de otras estadisticas, sino se tiene en cuenta mas que la mortalidad durante el parto y los primeros dias de la vida. Pero si yo considero el fin último del parto que es poner al mundo un niño educable, capaz de sobre vivir, mis resultados son desconsoladores.

Bien que los niños en mis casos

fuesen la mayór parte sacados de matrimonios legítimos y que hayan sido criados por las madres con el mayór cuidado, solo una vez he tenido la satisfacción de ver llegar uno de ellos á la edad de un año. Todos ellos mueren rapidamente, no obstante hallarse á su salida del hospital en muy buen estado.

En 1.895, Beuttner dá los resultados de 21 partos prematuros provocados, en la Clinica de Berne, sea 61,95/100 de niños vivos y 9,5/100 de madres muertas; puesto que sobre 21 mujeres murieron 2.

A este propósito, Varnier recomienda esta mortalidad materna á la atención de los profesores obstetras.

que pretenden que la mortalidad materna es nula en el parto artificial.

En una tabla sinoptica hemos reunido los resultados suministrados por el parto prematuro provocado, por los principales profesores ó comadrones Europeos, sobre todo Alemanes.

	Número de casos.	Madres muertas.	Niños. Nacidos vivos.	Nacidos muertos.	Salidos vivos.	Mortalidad infantil sobre cien.
Rumpe.	14	1	11	3	10	29.6
Olshausen	15	1	11	4	9	40
Haidlen	38	0	29	9	23	22.3
Fehling	13	0	12	1	11	25.4
Wyder	10	1	1	3	5	50.
Braun	48	0	35	13	30	38
Shonberg	36	0	32	2	2	42
Ahlfeld.	97	2	83	14	59	39
Pinard	100	1	83	17	67	23
Olshausen	18	1	14	4	14	22
Leopold	81	1	57	25	52	36.6
Müller	21	2	15	6	13	38
Varnier.	116	0	x	x.	84	26.70
	607.					35.

35/100 de mortalidad infantil, tal es la media que dá el parto prematuro provocado, entre tanto que la sinfisiotomia dá apenas 10/100, cifra que se probará facilmente reducir á 5/100 segun Varnier lo há demostrado.

Pero los beneficios de la sinfisiotomia son todavia más considerables «Cuantas mujeres paren espontaneamente á término niños vigorosos y felizmente, y que segun las indicaciones clásicas eran justiciables del parto provocado y de su mortalidad infantil... profilactica. Reducir considerablemente el número de intervenciones, permitir á numerosos niños nacer espontaneamente á término y no exponerlos á una muerte probable, tal es el verdadero balance de la sinfisiotomia», dice

Pinard en su lección de Diciembre 1.895

Cada año publicando el número de mujeres con pelvis estrechada, entradas en servicio, muestra que la mayor parte paren expontaneamente preciosos niños, mientras que otras veces las habían hecho parir artificialmente. Bucirel se ha propuesto demostrar esta verdad y en una publicación hecha en la Marseille medical titulada «Las Sinfiziotomias que no se hacen» presenta mujeres con pelvis bastante estrechadas; por lo que hacia pensar, antes de termino, en el parto provocado, y á termino en la sinfiziotomia, parian naturalmente niños completamente normales, si bien

con un periodo de trabajo un poco más largo que en los otros partos de pelvis bien conformada.

El forceps al estrecho superior.

La mayor parte de las aplicaciones de forceps en el estrecho superior reducido, son cefalotripsias disimuladas. Asi es que la mortalidad en los niños es espantosa, y las lesiones de los órganos maternos suelen ser muy frecuentes.

Farabeuf en su Memoria sobre la isquio-pubiotomia ha escrito:

"El forceps al estrecho superior, es un instrumento homicida... Yo me pregunto, como sería de otro modo con el instrumento empleado y la aplicación defectuosa casi irremediable sea á través de la pelvis sobre un diámetro cefálico, sea oblicuamente de delante atras, sea regularmente sobre el bipparietal. En estos dos últimos modos el forceps no tiene más que una manera de servir, la tracción; empero tiene dos maneras de dañar: él suprime la concavidad sacra impidiendo á la cabeza el utilizarla y encajarse: el aplasta la cabeza y la hunde particularmente el parietal ó el frontal. Y los dos principios no obstante tan apreciados por M. Tarnier, son

violados; pues que la cabeza no queda libre fijado el forceps por el perineo, y la pinza se vuelve así un instrumento reductor, un malcefalotiro.»

He aquí la prueba clínica reunida, aportada por Varnier á la Sociedad Obstetrica de Francia el 7 de Abril de 1893: «De 1883 á 1893 en el servicio de M. Pinard, han sido hechas 114 aplicaciones de forceps al estrecho superior, estrechado. Limitando 7 niños muertos de causas independientes del forceps, quedan 28 muertos sobre 107 aplicaciones de forceps hechas por manos habituadas. Son estos todos los inconvenientes ó perjuicios del forceps? Ciertamente que no. Hay todavía las heridas: 6 con hundimientos de un

frontal ó de un parietal; hay los niños nacidos en estado de muerte aparente y que podemos decir han sobrevivido apesar nuestro.

No reteniendo más que los muertos ó heridos, nosotros arribamos á 34 sobre 107. Y yo lo repito sin que se pueda hablar de violencia.»

Los demás son más dichosos que Pinard?

De 1.860 á 1870 se han hecho en una Escuela de partos, 15 aplicaciones de forceps al estrecho superior reducido; 2 de estos niños han salido vivos de esta escuela; 6 han sido extraidos muertos, 7 han muerto en las 48 horas despues de su nacimiento.

En otra escuela, de 1.885 á 1.891,

sobre 30 forceps en pelvis viciadas, 14 niños salieron vivos, 12 nacieron muertos ó no han podido ser reanimados, 4 murieron en los dos dias que han seguido á la extracción, sea más de 50/100.

En el extranjero, el forceps no es empleado más que en los casos juzgados del todo favorables.

En la Clinica de Prague, durante estos dos ultimos años, sobre 10.000 partos, han sido hechas 27 aplicaciones de forceps al estrecho superior reducido, que han dado 18 niños vivos, de los cuales 9 heridos, 2 extraidos muertos y 7 muertos enseguida del parto, segun dice Dzwlik.

Lo que dá 40/100 de mortali-

dad infantil sobre estos 27 casos.

En el Instituto de Dresde, en el servicio de Léopold, donde el forceps no es empleado mas que cuando la version es juzgada imposible, 19 forceps al estrecho superior han dado 4 muertos y 5 heridos.

Un verdadero degüello, digamoslo asi, de inocentes.

La Escuela de Marsella, bajo el punto de vista teorico y bajo el punto de vista clinico, es de la opinion de Farabeuf y Varnier.

El profesor de dicha escuela M. Lucirel, en 1896 en su Leccion sobre «el forceps al estrecho superior y la sinfisiotomia» comparando los resultados dados por la sinfisiotomia y el forceps al estrecho superior.

se vuelve un entusiasta decidido de la sinfisiotomia; siempre que la ocasion se presenta no deja una de decirlo y probarlo á sus alumnos.

Mas tarde el Dr. Pujol Jefe de la Clinica del Dr. Zweifel, demuestra en un articulo publicado en Octubre de 1898 en el Bulletin Medical, la superioridad de la sinfisiotomia sobre el forceps al estrecho superior: En algunas semanas han sido practicadas 2 sinfisiotomias y una aplicacion de forceps al estrecho superior; de las sinfisiotomias han salido en perfecto estado de salud tanto las madres como los niños: pero la aplicacion de forceps apesar

de haber sido hecha en bastante buenas condiciones, cabeza de pequeña dimensión, pelvis poco estrechada, y con toda la dulzura y habilidad requeridas, el resultado no fué satisfactorio; pues el niño extraido, cayó bien frontor en una convolencia comatosa entrecortada por convulsiones epilepti formes, y que murió al cabo de dos dias. En la autopsia se observaron dos fracturas de la vóveda del craneo y un derrame sanguineo entre la dura madre y la voveda huesosa.

El Dr. Pinard, el Dr. Oddo en su relación al Congreso de Marsella en 1.898, el Dr. Panzani en su tesis sobre los hundimientos del

cráneo en el recién nacido, han demostrado que ciertas afecciones cerebrales y sobre todo el idiotismo, la epilepsia, las diplegias, paralisis, pueden atacar estos niños en los que el encéfalo ha sido comprimido por el forceps.

La versión en las pelvis estrechadas.

Ya antes de la sinfisiotomía la mayoría de los tocólogos habían rechazado la versión en favor del forceps en las pelvis estrechadas.

Algunas veces, sin embargo, se levantaron en favor de la versión como sucedió cuando la discusión que tuvo lugar en la Sociedad Obstetrica de Francia en 1893. Bar y Budin citaron varios casos de versión terminados felizmente para la madre y sobre todo para el niño. Pero Var-

nier les responde. « No hay tocólogo que pueda verdaderamente felicitarse de series tan dichosas con una operación manifiestamente fetiida... La sinfiiotomia bien hecha que suprime el estrechamiento y las causas de muerte debidas al obstáculo mecánico, no puede estar sujeta á las variaciones de métodos ciegos como lo estan y estaran siempre, el forceps, la version, el parto provocado. Porque estos métodos, pues que métodos hay, consisten en ensayar de hacer pasar á lo que salga, en una pelvis donde las dimensiones y formas exactas son desconocidas, un feto cuyo peso, diámetros, circunferencias y grado de reductibilidad cefálica son igualmente desconocidos. Tanto mejor

si aquella es notable; tanto peor para el niño si alguna cosa engancha.

No es esta ocasión á propósito para insistir largamente en una reunión de comadrones franceses partidarios del forceps, sobre la eliminación definitiva de la versión, del número de las operaciones de elección en los estrechamientos pelvianos.

Yo me limito á citaros á este propósito algunas cifras que tienen su elocuencia: La versión en las pelvis estrechadas há dado en manos de uno de sus más acerrimos defensores, de Leopold que debe saber hacerla muy bien, pues es su operación favorita, una mortalidad

fetal expurgada de 36/100 para el periodo de 1883 á 1887, sobre 70 casos, y de 36,1/100 para el periodo de 1888 á 1892 sobre 143 casos.»

La practica de C. Braun para el periodo de 1883 á 1887, da 29,3 /100 sobre 89 casos.

Lo que dá (es la conclusion enima de Leopold) para Viena y Dresde una mortalidad fetal expurgada de 32,1/100 sobre 234 observaciones.

Pero esta operacion que ofrece tanto peligro para el feto antes del engrandecimiento momentaneo de la pelvis estrechada, puede dar despues resultados mejores que el forceps; en 1895 Pinard decia: «En ciertos casos es mejor, despues del engrande-

cimiento de la pelvis, practicar la version mas que una aplicacion de forceps. Desde luego en algunos casos la version será imposible, sea porque el feto no este movible, sea porque la cabeza cayendo en la pelvis á medida que esta se engranda pasiendo por ella misma enganchada ó aprisionada.

«En los casos en que despues del engrandecimiento de la pelvis, la cabeza queda muy elevada, la version se muestra sin duda alguna, superior á la aplicacion del forceps.

Tanto yo reducia esta operacion en una pelvis estrechada no agrandada, tanto hoy estoy dispuesto á aceptarla en una

pelvis abierta no presentando á la cabeza mas que una resistencia elastica.»

Embriotomia.

En otro tiempo cuando el forceps bien aplicado ó la versión no habian podido terminar el parto, la molienda digámoslo así de la cabeza viviente era la última resolución; la madre no se salvaba mas que por la muerte del feto.

Uno de los principales motivos que empujaron á Pinard á la sinfiriotomia ha sido el disgu-

to que un acto parecido le inspiró. Hai jues, descubriendo los servicios que podian dar el engrandecimiento momentáneo de la pelvis, declara que jamás cometeria este tendo asesinato.

Este resultado es el mejor título, uno de los mas apreciables beneficios de la infinitesimal; y cualquiera que hoy dia lleve el sanitribo sobre la cabeza viéndose de un niño, está expuesto á verse reprochado este acto como un crimen, puesque la ciencia le ha dado los medios de evitar este sacrificio. Hoy pocos tocólogos se creen reducidos á este extremo. En Bandeloque tienen fijado en el anfiteatro,

la máxima siguiente: «La vaniotrifsia sobre el niño vivo ha terminado». En efecto, desde 1892 ninguna embriotomia ha sido hecha. Hi Pinard en la Sociedad Obstetrica de francia, en 1893, pudo decir con legitima firmeza: «Vosotros habeis podido ver la mayór parte de los niños sacados de madres sin fisiotomizadas y comprobar que no solamente ellos estan en buen estado de salud, sinó que todavia ofrecen un desarrollo notable, y quizá habeis compartido conmigo la inmensa satisfacción de no haber sido obligados de sacrificar estos niños vigorosos, de cráneo largamente desenvuelto,

supicio al que nosotros los teníamos condenados hasta hace poco tiempo todavía.

El Dr. Lucirel profesor de Marsella, sigue á la letra la mínima máxima, y jurgando la sinfiziotomia simple, fácil é inofensiva, vá todavía mas lejos. En 1893 escribió á Pinard una carta publicada en los Annales de Gynecologie, donde le dice: "Personalmente yo encuentro lo mismo y mejor la vasiotripsia cómodas é inocentes, para la madre se entiende, en tanto me parece que la embriotomia en la presentación de espalda es peligrosa. Probablemente es debido

á las condiciones deplorables donde se opera. Si por ejemplo teneis una presentación de espalda con un feto voluminoso y una pelvis estrechada; la mujer está en trabajo desde largo tiempo, el útero está retraido; la version fué ido intentada sin resultados, que harias? Hasta el presente yo les habria respondido la embriotomia, con sus buenas y malas probabilidades. Hoy pensaria por la sinfisiotomia.»

Pinard no admite esta manera de obrar; reconoce que una vez muerto el niño, no se debe pensar más que en la madre, y declara que en los casos

donde ningun instrumento pueda ser introducido, haria no una Operacion Cesárea, sinó más bien la operacion de Porro.

Es posible que hoy dijese: una gastro-histerotomia seguida de una histerectomia total.

Cuando la vida del feto está comprometida, sea por la larga duracion del trabajo, sea por intervenciones anteriores, la sinfisiotomia fuerde sus derechos?

Varnier responde á esta cuestion: « Como es imposible decir si la vida del feto está irremediablemente comprometida, en tanto que se distinguen los ruidos del corazon, fuesen ellos sordos, disminuidos, irregulares,

tumultuosos; la sola contraindicación admisible es la cesación de los ruidos del corazon.»

Algunas objeciones de orden moral respecto à la Embriotomia. (1)

No trataremos aqui de la licitud ó legalidad civil, sinó de la moralidad

(1) Insistimos aqui, demasiado quizá sobre este punto, porque como lo que aqui se trata es dar à conocer una operacion tocòlogica que en circunstancias análogas tenga relativamente de las otras el menor número posible de inconvenientes, por eso nos esforzamos, repito, en demostrar (en lo que cabe) los inconvenientes de orden moral y sumarlos à los de orden físico ó tocòlogico.

de este hecho segun los principios de la moralidad católica.

No es lícito matar directamente al feto uterino, ni aun con el fin de salvar á la madre.

Es una verdad incuestionable que el feto es un ser inocente. Segun todos los teologos antiguos y modernos conformes al « Innoxium et justum non occides » (del Exodo, c. XXIII.) y segun la misma recta razón natural, excepto á Dios, autor y dueño de toda la vida, á nadie, ni aun á la autoridad pública, le es lícito matar directamente al inocente; porque esto es malo en sí mismo, malo intrínsecamente. Segun los mismos teólogos y los principios más fundamentales de la moral, lo que en sí ó intrínsecamente es malo, no puede hacerse lícitamente,

ni por el fin más santo, ni por la más laudable intención. Luego segun todos los Teólogos y la razón natural, es ilícito matar directamente al inocente feto, aun con el fin de salvar á la madre.

El fin de salvar á la madre no es bastante; porque segun el axioma moral proclamado por San Agustin, por Sto. Tomás y por la misma razón natural que dice «Non sunt facienda mala ut inde eveniant bona,» se vé que no es lícito hacer directamente el mal ni aun que de él resultase el mayor bien.

No basta tampoco la evasiva de que: «La criminalidad de un hecho no está en la acción, sinó en el objeto, en la intención con que se hace.» No; la buena intención no puede cohonestar lo que por sí es malo: San Agus-

tin (en su libro Contra Mendatión c. 7.) dice: « Interest quidem plurimum, Qua causa, Quo fine, Qua intentione, Quid fiat; sed ea quæ constat esse peccata, nullo bona causa obtentu, nullo quasi bono fine, nulla velut bona intentione facienda sunt » De modo que segun San Agustin, al juzgar de la bondad de una acción se hà de tener en cuenta la causa, el fin, la intención y el Quid, es decir, lo que se hace; por que cualquiera de estas circunstancias puede viciar la acción: pero lo que consta que es malo, no puede hacerse licitamente, ni por la bondad de la causa, ni del fin, ni de la intención. No puede pues hablarnos más claro, y concluye diciendo que si esto no

fuese así, apenas habría un mal que no pudiera justificarse.

Santo Tomás dice también «Quod est secundum se malum nullo modo potest esse bonum et licitum; quia ad hoc, quod aliquid sit bonum requiritur, quod omnia recte concurrant», y se funda en el principio de San Dionisio (c. 4 de Divinis Nominibus) «Bonum ex integra causa; malum vero ex quoquunque defectu». Principio ciertísimo en moral como en filosofía. Luego la buena intención, nunca puede colorear la acción que en sí es mala. Luego es evidente que el feticidio directo, malo, como es en sí, no puede ser lícito ni aun haciéndole solo por salvar á la madre.

El feticidio indirecto puede admitirse siempre y cuando la necesidad sea imperiosa. Pero no hay autor que defienda jamás la licitud de la occisión directa del feto animado.

San Ligorio (Opus morale, núm.º 394, c. 2.º) dice: «Si el remedio tiende directamente á la occisión del feto, como seria el destrozamiento del útero etc. esto en verdad nunca es lícito.»

Echarri (del aborto pág. 353) (1) «El Médico no puede aplicar una medicina que directamente tienda al aborto del feto (animado.)

Emiliati, (Tomo 1.º pág. 326) dice:

(1) Citamos algunos autores que se refieren al aborto por su relación íntima con la Embriotomia bajo el punto de vista que tratamos.

«Comete homicidio el que procura el aborto en el caso de peligro de que el feto muera con la madre; porque nunca es lícito matar á un inocente para salvar la vida de otro.

El Papa Sixto V., en su enérgica Bula se queja del aborto, fundandose en que se desprecia el quinto precepto «No occides;» en que del aborto no solo resulta la perdida de la vida corporal del feto, sinó que, tambien la de su vida espiritual.

Se queja además de los que matan al niño en el útero materno, de los que procuran que la madre no conciba, y de los que expelen los ya concebidos; fulminando contra ellos las mismas penas que

contra los homicidas.

Se funda, pues para esto el referido Papa, no solo en la pérdida de la vida corporal del niño, sino que y sobre todo en la espiritual; todo lo cual tenemos tambien en la embriotomia.

Tambien ya Tertuliano en su Homilia, c. 9.º que supone al feto inanimado llamandole animal, y sin embargo dice que es un homicidio anticipado impedir que llegue á tener alma, al que, aunque no la tiene todavia, puede llegar á tenerla con el tiempo. Ahora bien si es licito impedir que el feto llegue á tener alma, más ilicito ó por lo menos igual será quitarse-

la al que la tiene.

Por ultimo la Sagrada Penitenciaria dice que es licita la expulsión del feto en caso necesario antes de la época natural del parto, siempre que el feto sea viviador; (lo cual viene á ser lo que llamamos parto prematuro) luego esta condición excluye la licitud de su expulsión (aun en caso necesario) si el feto no es viviador ó viable. Luego si, segun el sentir de este Tribunal, no es licito expeler al feto no viviador, para salvar á la madre; siendo asi que si no se le expele muere de cierto la madre, y muere tambien el feto, que es incapáz de vida, es evidente á fortiori, que tampoco será licito matar al feto, cuando de no matarla muere

de cierto la madre; pero no muere de cierto el feto, sino que puede sobre vivirla.

Andrés Galano (t. 1º pág 233) dice: « De ninguna manera son lícitos los remedios, que por su naturaleza tienden á la occisión del feto; porque estas cosas nunca son lícitas.

Gury (t. 1º pág 104) dice: « Cuando la mujer está embarazada no es lícito á los médicos, matar al feto para librar á la madre de la muerte »

Scavini (de Restitutione in specie, c. 5º) dice « Los remedios que se den á la madre no han de ser

por se nocivos al feto; como sería el destrozamiento del útero ect »

Catalani (t. 1.º de Homic. 6.º) dice « Si el medicamento por su misma naturaleza es ordenado á la occisión del feto, nulla tenus, de ninguna manera, es lícito darle á la madre, sin cuando no se tenga tal intención de matar al feto. »

Los Salmaticenses (en el t. 3.º pag. 256) nos dicen que la Embriotomia es occisión directa de un ser inocente, la cual de ningun modo es licita por peligro de muerte, ó de otro daño de la madre. non enim facienda sunt mala utinde exeniant bona; y á continuación citan un texto de San Ambrosio

sobre esta cuestión, que dice « Si no puede socorrerse al uno sin dañar al otro, debe desistirse de ayudar á ninguno. ».

Se expresan además en este mismo sentido: Neiraguet, de occisione innocentis, capitulo 2º.- Gonet, Theol. Dogm, de probabilisimo - Billuart, De abortu 1º.- La Croix de Homic. 4º (1)

Segun la Bula Apostolicæ Sedis (1869) de Pio IX, la que actualmente rige, incurren en excomunión reservada al ordinario los « Procurantes abortum effectu secuto ».

En cuanto al feticidio directo

---

(1) Entre los modernos además de los citados Giri y Scavini; Delvecchio, Lenkluul, Buccerom, Salvetti etc.

Nadie tiene derecho para atentar contra otro derecho: « contra Jus non datur jus ».

El feto desde el momento que empieza á vivir, tiene, como todo hombre, el derecho más sagrado á la vida; no hay, pues, derecho á sacarsela, contra el derecho que el tiene de que se la respete.

Se dirá: « de dos vidas comprometidas, debemos salvar la más preciosa »

Concedido de buen grado, que cuando no es posible salvar sino una sola, de dos vidas comprometidas, nos inclinemos en favor de la más preciosa; pero con la condición expresa de no atentar directamente contra la otra. Non sunt

facinda mala ut inde exemant bona.

Claro; se dirá, de las dos vidas, la mas preciosa es la de la madre ¿Como quiere compararse la vida robusta de una mujer joven, la vida de una madre en el apogeo de su ser, á quien mil lazos sociales unen con cuantos la rodean; con la vida tan débil y contingente de ese niño sin vinculos con el mundo? Como puede compararse la vida de ese feto sin amigos siquiera, de ese ser que nadie conoce, á quien nadie ama, de quien nadie se acuerda y cuya falta no advertirán, ni sus padres, ni allegados, ni la misma sociedad... con la vida de una madre, que deja tal vez en la horfan

dad una porción de pequeñuelos que la lloran y en la triste viudedad á su esposo que la idolatra, y que por su salud daria su vida; como puede compararse, repito, con la vida de esa mujer rodeada de parientes y amigos que tanto la aman, con la vida de esa madre, cuya conservación reclama la sociedad como uno de los seres que le son más necesarios?

Comparemos las vidas de ambos; de la madre y del feto.

En la madre vemos, la vida temporal; esa vida que también la encontramos en el feto, esa vida cuyo interes no depende de la apreciación de sus allegados, ó de la sociedad, sinó de la apreciación de Aquel que la dá y la conserva, de

Igual que á su dueño absoluto, de Dios. ¿Como aprecia Dios la vida del feto y la de su madre? á los ojos de Dios tanto vale la una como la otra: tanto aprecia Dios la vida del raquítico y endeble, como la del varón robusto; vida por vida, para Dios lo mismo vale la del genio que arranca los secretos á las ciencias, como la del pastorcillo más idiota; tanto la del enfermo agonizante, como la del que promete largos años todavía; todos para El cumplen un mismo destino.

Hasta aquí puestas en parangon, bajo el punto de vista moral ó cristiano, valen lo mismo la vida del feto y la de la madre. Pero el valor de estas dos vidas no es igual en todo; sinó que hay una desigual

dad en favor del feto. En efecto, al sacrificar al feto, además de la vida temporal, igual á la de la madre, y con igual derecho que ella, á conservarla, se sacrificaría otra vida de orden superior, otra vida infinitamente mas preciosa; su vida espiritual.

Se dirá tambien; que el feto puede ser bautizado antes: Esto no importa: 1º Porque aun suponiendo que el feto fuese validamente bautizado, quedando solo en conjetura la vida temporal del feto y de la madre, ya hemos dicho que un principio no es cierto cuando para salvar la una, es indispensable atentar directamente contra la otra. 2º Porque á veces

es difícil que el agua toque á la cabeza; y si esta no es mojada, el bautismo será dudoso y 3º Aun tocando el agua á la cabeza, todavía no podemos estar tranquilos y ciertos de haberle bautizado, pues no está deslindada la cuestión de la validez del bautismo del feto intra uterino, (1) prueba de ello que la Iglesia, aún cuando amenaza con penas gravísimas á los rebautizantes, manda no obstante bautizar subconditione al niño bautizado dentro del útero materno; conducta que revela, ó su creencia de que el anterior fué nulo, ó al menos sus temores muy fundados de que así fuese. Ade-

(1) No obstante, en presencia de un parto difícil, en el que peligre la vida del feto antes de nacer, debe bautizarsele dentro del útero, pero no de un modo absoluto, si no con la condicion si eres capaz, para salvar de este modo la reverencia debida al Sacramento; porque haciendo esto nada se pierde, y se ponen los medios para ganar su vida espiritual.

más muchos Doctores y Santos Padres enseñan que no es sujeto capáz del bautismo el que todavía no há nacido. San Agustín en su libro de Baptismo Parvulorum dice: "Cual sea mi parecer respecto de los niños dentro del vientre de su madre, sobre si creo que pueden santificarse de alguna manera; al ver que San Juan y Jeremias fueron santificados en el útero... sin embargo aquella santificación por la que cada uno de nosotros nos hacemos un templo particular y todos un templo comun de Dios, no es sino de los renacidos lo cual no puede ser si antes no han nacido. Pero si alguno dice que yá há nacido el hombre, aun cuando está

en el útero de su madre, fundandose en lo que de María dijo el Angel á San José. Quod enim in ea natum est etc. debe tener presente que el bautismo no se dice segundo nacimiento, contando como primero el nacimiento en la madre, porque entonces el bautismo sería tercero, no segundo nacimiento.

Cuando Tertuliano dijo: Nisi quis renatus fuerit, contó como primer nacimiento al que tiene lugar en el parto, no al que sucede en la preñez ó concepcion; se refirió al nacimiento ex ea no al in ea; pues no decimos renacido al que la madre há parido, como nacido segunda

ver, porque yá antes había nacido en el útero; sinó que sin contar el nacimiento en su concepción, el hombre para que pueda renacer del agua y del Espíritu Santo, há de haber antes nacido por el parto.... Si pues el hombre pudiera renacer por la gracia del Espíritu, dentro del útero, como que todavía le falta nacer, resultaría que renacía antes de nacer, lo cual es un absurdo."

No puede dudarse por otra parte que "el Águila de los Doctores" se fundase en que el agua no mojaba al feto, antes al contrario, según el modo de expresarse, supone que pueda mojarse al feto; lo cual no debe extrañar

considerase accesible, pues ocho siglos antes que él había Hipócrates enseñado que el útero podía abrirse, como se abre en el parto, y por lo tanto que podía tocarse al feto.

Resumiendo:

Podrá decirse; es lícita, moralmente considerada, la embriotomía ó el aborto provocado en casos dados con objeto de salvar la vida de la madre, siempre y cuando que de no hacerlo resulte de un modo inevitable ó poco menos la muerte de ambos

seres, y sostener que esta licitud se funda:

1º Porque la inacción del comadrón ó tocólogo produciría dos muertes casi seguras en vez de una que solo resultaría si se decide á operar.

Pero á esto puede contestarse que: para que la inacción del tocólogo sea ilícita, es preciso que pueda salvar alguno de los dos lícitamente, y además que tuviese obligación de hacerlo; porque el calificativo ó pecado de homicidio no se imputa á uno, sino mediando estas dos condiciones. No pueden considerarse como sinónimos dejar morir y matar.

2º Que el medico debe decidirse por la vida de la madre; porque esta tiene más derechos á ella como son, los derechos sociales y porque le dá el instinto de conservación completamente desarrollado en ella, de cuyos derechos carece el feto.

Pero esto puede igualmente **refutarse**; porque los derechos sociales no dán á la madre ninguna accion sobre los naturales del feto; pues el derecho social no es tal, cuando no se conforma al natural, y mucho menos cuando, como en el caso de que se trata se opone al natural del feto. Tampoco dá á la madre accion sobre el hijo, el desarrollo de su

instinto de conservación que no tiene el feto; porque este desarrollo, en realidad, no es otra cosa sinó el conocimiento que de él tiene, y el conocimiento de una cosa en nada afecta á su ser.

2.º Que la madre, como todo ser que se vé atacado por un enemigo, sea del modo que quiera, tiene el derecho de defenderse aunque para ello necesite sacrificar directamente á su enemigo.

Puede también destruirse esta objeción porque: el feto es un ser inocente y al inocente no se le puede matar; y si la palabra inocente equivale á la latina non nocens, es decir que no daña,

resulta que no dá motivo para que le quiten la vida. El feto no puede llamarse agresor de la madre: agresor es el que acometé á otro ó ataca injustamente; la agresión supone, pues, una accion violenta, que no tiene el feto, como ser pasivo que es y que se vé arrastrado (sin poder seguir ni oponerse) por el curso que la Naturaleza le marca.

4.º Que este derecho, que se reconoce en la madre, es transferible al médico.

Esta objecion es **falsa** igualmente; porque se funda en las dos anteriores; no teniendo la madre derecho alguno contra la vida del feto, no puede ésta

transferirle al médico.

5.º Y finalmente, porque en todo caso solo podría acusarse la conciencia de haber adelantado ligeros momentos la muerte, á un ser de vida dudosa, condenado por las circunstancias orgánicas ó patológicas en que fué concebido, á morir probablemente antes de salir del seno de su madre ó poco despues.

Esta objeción es tambien infundada porque: aun para el hombre de mediana conciencia, es un crimen abreviar un momento la vida de otro; pues tan cruel ó ilícito es asesinar á un agonizante como al que está sano y robusto. La conciencia no man-

das lo que Dios y la razon prohiben, lo que repugna á nuestra naturaleza, lo que horroriza al corazón.

La Operacion Cesarea.

Hasta estos últimos tiempos se ha podido creer que la sinfisiotomia habia hecho desaparecer la Operación Cesárea á indicación relativa. El parto por la via abdominal guarda sus indicaciones absolutas. Olshausen, que se ha vuelto el gran campeon de la Operación Cesárea en Alemania,

en el Congreso de Breslau en 1893, no había respondido nada á los ataques de Luzeifel: «La mortalidad materna en la Operación Cesárea, había dicho este último, es muy grande de 10 á 20/100. Según mi parecer, el peligro de la sinfisiotomia es mayor para la madre que aquel de la Craneotomia, del Forceps y de la Version, pero más debil que aquel de la Operación Cesárea.»
Pero de todas las operaciones la Cesárea es la que deja según él las modificaciones más grandes y mas complicadas. Bien que teoricamente se há creido poder impedir, por la sutura sero-serosa, las adherencias con el peritoneo parietal, aquella hà sido reconocida casi impracti

cable. Estas adherencias tienen consecuencias muy lastimosas, á saber; una anteversión y una extracción muy pronunciadas.

En el mismo Congreso, Leopold declara que la sinfisiotomía hecha ria por tierra la Operación Cesárea operación más peligrosa, y la devolvería al dominio que propiamente la pertenece; la indicación absoluta.

En Francia todos los tocólogos están hoy de acuerdo para no hacer la Operación Cesárea más que en los casos de indicación absoluta, es decir en las pelvis midiendo menos de 6½ centímetros, ó mejor en las pelvis donde una separación de los pubis que llegue

á 7 centímetros, no permita la salida de la cabeza fetal.

Añadamos, sin embargo, que Pinard, en 1897 y en 1898, há declarado que en el caso donde respectase la inflección del fraccus genital en una mujer á término y con una pelvis medianamente estrechada, no practicaría la sinfisiotomía, sinó que haría una histerotomía seguida de una histerectomía abdominal total.

En Alemania, las opiniones son bien distintas: Olshausen en el Congreso de Moscou, en 1897, há hecho una relación muy favorable sobre la Operación Cesárea á indicación relativa. Há preco-

tado las observaciones de 29 ope-
radas teniendo un estrechamien-
to variable entre 6,5 á 9,5 del
diámetro promonto púbico mi-
nimo. « A pesar de los resultados
superiores señalados por Zweifel,
yo estimo dice Olshausen, que
bajo la relación de la técnica
y de la seguridad, la sinfisio-
tomía queda muy por bajo de
la Operación Cesárea; yo creo
además que la Sinfisiotomía
no es una operación al alcance
de la mayor parte de los practi-
cantes, contrariamente á lo que
sucede con la Cesárea. »

A este propósito podemos decir
que no es esta la opinión de Pi-
nard ni la del profesor de Mar-

sella Lucirel ni la de todos aque-
llos que han practicado la Pu-
biotomia; los cuales estiman
que frecuentemente es más
facil y mucho menos compli-
cada que una Traqueotomia
ó una Luelotomia, operacio-
nes que estan al alcance de la
mayoria de los practicantes. Por
otra parte, cuantas simplicioto-
mias han sido practicadas fue-
ra de las Clinicas en condicio-
nes casi siempre malas, con un
instrumental operatorio de los
más rudimentarios, y algunas
veces por Médicos poco ejerci-
tados. Cuan diferentes son las
condiciones y los individuos

requiridos para llevar á buen término una Operación Cesárea!
Olshausen y Léopold lo ejecutan perfectamente cuando saben que el medio donde la operación Cesárea se practique, presente todas las garantías de una asepsia perfecta.

Olshausen há hecho 29 operaciones Cesáreas, 29 niños han venido vivos al mundo, 2 murieron pocos días despues, sea 6, 16/100 de mortalidad infantil. 2 madres murieron de septicemia, y en las Cesáreas practicadas sobre 3 mujeres, se há comprobado la adherencia del útero á la pared abdominal; casi todas las opera-

dos sufrieron elevaciones térmicas. Hace algun tiempo, los resultados de la Clinica de Dresde han sido publicados por Léopold y Haake. En los 14 ultimos años, 100 operaciones Cesáreas se llevaron á cabo en la Frauen Klinik de Dresde.

Léopold difiere de Olshausen en este sentido, que por debajo de 7 á 7½ centimetros del diametro promonto pubico minimo, no practica la Operacion Cesárea, sino la Version ayudada de la Walchershlage.

La mortalidad materna ha sido de 10/100. 71 operaciones Cesáreas conservatrices han

dado 1 muerte materna. 29 operaciones de Porro, 3 muertes maternas.

71 niños han sido extraídos vivos en la Cesárea conservatriz, pero 7 murieron antes de la salida de la Clínica.

La Operación de Porro, ha dado 25 niños vivos y 4 nacidos muertos, otros 4 niños murieron antes de su salida de la Clínica; ó sea una mortalidad infantil total de 15 / 100.

Kestner (Congreso de Moscou 1897) dice: que la sinfisiotomia debe ser preferida à la Operación Cesárea.

Por ultimo, Zweifel, que al decir de Olshausen, hay muchos años no habia tenido mas que

una muerte sobre 22 Cesáreas, se
muestra todavia una vez en el Con-
greso de Moscou, enemigo de la
Operación Cesárea á indicación re-
lativa: « Comparada á la Cesárea
la Sinfisiotomia tiene esta ven-
taja que ella no causa más que
heridas exteriores generalmente
independientes del canal genital.
Y no sucede con las faltas y los des-
vores cuando se hace la Operación
Cesárea? De aquellas creo que no
es preciso hablar mucho, por la
razón que las mujeres que ellas
conciernen, son personas tran-
quilas que la tierra recubre.

En la Operación Cesárea, una
complicación que surge cuesta
la vida á la operada, en tanto

que en la Sinfisiotomia una complicación equivale á un simple retardo en la curación.

El **peligro** más terrible en la Operación Cesárea, es, por su gravedad y por su frecuencia, desde luego: la **Hemorragia**, primitiva ó secundaria.

Hemorragia primitiva.

La incision sobre un órgano que, como el útero, está considerablemente desarrollado durante el embarazo y en el esfuerzo del

cual corren numerosos y voluminosos vasos, es siempre peligrosísima. Durante la operación, la sección de estos vasos puede ser la fuente ó causa de una hemorragia grave, por su abundancia, por las condiciones peligrosas en que colocan á la operada y sobre todo por las consecuencias del derrame en el peritoneo.

Si despues de la extracción del feto, el útero queda inerte, si sus paredes no se contraen fuertemente, la hemorragia podrá continuar y volverse mortal. Este peligro es todavía mayor cuando insertándose la placenta en la pared anterior del útero, se verifica la incisión sobre esta cara.

Otras veces supra el útero, durante el embarazo, un movimiento de torsión sobre su eje, por el cual uno de sus bordes viene á colocarse delante: si practicamos la incisión en la proximidad de este borde la hemorragia será temible por encontrarse casi siempre en estos bordes una cantidad considerable de vasos, midiendo algunos el calibre de un pequeño dedo.

Si se lleva la incisión sobre el segmento inferior, persiste el peligro, por su gran vascularidad su poder menos contractil á causa del desenvolvimiento más raro de las fibras musculares, por consecuencia del adelgazamiento

producido, por el embarazo y á causa de la inercia proveniente de la compresión más ó menos fuerte de la parte presentada con el campo restringido de la entrada pelviana; todas estas circunstancias hacen la hemorragia gravísima é imposible de detener.

Hemorragia secundaria ó consecutiva.

A la hemorragia producida durante la operación, sucede por inercia ó relajamiento de las parte-

des uterinas, sobrevenir la hemorragia consecutiva despues de pasadas muchas horas ó muchos dias: estas hemorragias se ha notado que se hacen más frecuentes desde el descubrimiento del cloroformo.

Si se practica la sutura uterina, nó pocos nos ponemos al abrigo de estas hemorragias; porque los puntos de sutura pueden desgarrar la sustancia de la matriz al sobrevenir la relajacion ulterior de sus fibras musculares. Además por medio de la sutura, se puede cerrar la herida y cohibir la hemorragia que de ella resulta; pero no se evita que

continúe dando sangre la inserción relajada de la placenta, mirando la enferma á pesar de la sutura mejor hecha.

Si se dejasen los bordes de la incisión aplicarse exportanamente el uno contra el otro, el mismo ó peor peligro existe de hemorragia. En uno y otro caso se hace posible, en virtud de las contracciones uterinas, el paso de la sangre y de los loquios á la cavidad peritoneal. Hay además en el caso de que no se verificase la sutura, es posible también una ruptura del útero en un embarazo ulte-

cior; ruptura tanto mas crei-
ble, tanto que la celisión uteri-
na habrá sido obtenida con una
separación más ó menos apreci-
able de los labios de la herida. Estos
labios, en efecto, no estando mante-
nidos en una relación perfecta,
su adhesencia se hace por inter-
medio de un tejido conjuntivo,
donde la resistencia está lejos de
igualar á la del musculo uterino.

En presencia de estas graves he-
morragias, la mayor parte de las
veces no bastan los medios hemosta-
ticos ordinarios.

Yo reto, dice Porro, á todos aque-
llos que han tenido el triste deber
de practicar la operación Cesarea
y que se han encontrado con estas gra-

ves hemorragias, para que no respondan si les ha bastado siempre, servirse de la compresión uterina, del hielo, del percloruro de hierro, de la sutura de la herida uterina, de la ligadura de algunos vasos, de la compresión del cuello uterino, y en fin de todos los recursos ordinarios. La pérdida sanguínea continua ordinariamente, siendo causa de una muerte inmediata ó consecutiva.

Además, abandonado el útero en el abdomen, ya no puede ser sometido á ninguna medicación activa; en efecto el tocólogo no tiene ya á su disposición, mas que la hergotina, el frio y algunos otros medios de menor importancia.

Los medios radicales como la compresion de la aorta y del útero, no pueden ser empleados.

Muchos son los tocólogos que citan casos desgraciados por hemorragia: Metzel, refiere en su Memoria, el caso, de haberse escapado durante la operacion, una mezcla de líquido amniótico y meconio y que inmediatamente despues la cavidad del útero se llenaba de un mar de sangre: Un borde de la placenta arrancado, asi como una arteria uterina que tuvo que ligar, eran el punto de partida de la hemorragia tan terrible que el útero, absolutamente flácido, no mostraba ninguna disposicion á contraerse ni por el

marage, ni por la aplicación del frio etc. y que produjo en pocos momentos la muerte de su operada.

Para detener estas hemorragias es necesario, muchas veces, apelar á la **Operación de Porro** (Intercalamos aquí breves palabras sobre la operación de Porro, como complemento indispensable que es á veces de la Operación Cesárea), Operación no exenta de peligros, antes al contrario, si bien es cierto que hace desaparecer en parte las dos más grandes causas de muerte: la hemorragia y el paso de la sangre y de los líquidos á la cavidad peritoneal; no por eso deja de traer otros peligros no menos terri

bles; peritonitis séptica y traumática, colapso, shock, accidentes nerviosos, histeria, epilepsia, etc., tétanos, debidos casi exclusivamente á mutilaciones del sexo, enfermedades graves en las sobrevivientes; además de llevar consigo la esterilidad, pudiendo haber en las familias intereses poderosos que se opongan á esta operación solo por este último grave inconveniente.

Hé aquí lo que de la operación de Porro dice M. Lucas Championnière: «vosotros habreis visto morir las operadas, con los fenomenos más singulares de disnea, con una lentitud del pulso, entre tanto que la temperatura se mantiene

casi normal. Otros tienen fenómenos convulsivos que se han designado algunas veces como tétanos. Algunas veces la temperatura sube bruscamente, á una cifra elevadísima, y á todo esto casi siempre sin gran dolor, y sin que en la autopsia se encuentren vestigios de alteración .... A causa de la naturaleza de la operación, las mujeres son colocadas en una suerte de instabilidad vital».

M. Lucas, cita sus propias operadas, en apoyo de sus palabras; la una ha conservado una gran sensibilidad del vientre y que la ha impedido de trabajar; la otra ha tenido verdaderas reglas

por el recto, padeció siempre de dolores al vientre, de crisis abdominales, y de fenomenos de congestión sino penosos en diversas regiones.

Segun Barnes, Bondon y otros, la operación de Porro expone aún más á la **septicemia** que la Operación Cesarea, sino se rodea de una antisepsia perfecta.

En cuanto al manual operatorio; M. Gueniot, M. Lucas, Championnière y otros afirman que la tecnica de la operación de Porro es todavia mas complicada que la de la operación Cesárea. El descubrimiento de numerosas asas intestinales, su exposición al aire, su inmovilización defici

en la cavidad abdominal y su herida posible, complicán esta operación de una manera notable.

« La estadística de la operación de Porro, no es más brillante que la de la operación Cesarea. » Daucourt.

Como complicaciones temibles por su gravedad aunque no tanto por su frecuencia, pueden citarse en la **Cesárea**, la **peritonitis**, la **septicemia** y el **shock**.

Peritonitis.

La inflamacion del peritoneo, resulta del gran traumatismo, de la penetracion de sangre, de los lquios ó del liquido amniótico en la serosa.

Es este uno de los peligros, que apesar de los beneficios y adelantos de la antisepsia moderna, siempre hay que temer, casi siempre es mortal y cuyo peligro aumenta cuando se opera estando ya el feto muerto y tal vez en estado de putrefaccion.

Leopold, Otto, Haake, Frommel, De paul, Reinziller, Tarnier, y otros, citan numerosos fracasos

producidos por la peritonitis, que han sobrevenido al cabo de más ó menos tiempo en mis operadas.

Septicemia.

En la Operación Cesárea el estado del útero y de los organos genitales, favorece el nacimiento y la difusión de la infección septica. Los segmentos de placenta y de membrana cáduca, que pueden quedar en el utero desembarazado rapidamente: tentativas de version ó aplicación de forceps, contusiones más ó menos fuertes de los

organos genitales, y un descuido en la limpieza ó asepsia de las esponjas, dedos, instrumentos, hilos etc. suelen ser causa de la septicemia, frecuentemente mortal.

Shock.

Uno de los mayores peligros de la Operación Cesárea, dice Spiegelberg, resulta de la conmoción profunda de todo el sistema nervioso; de shock.

El enfriamiento á que puede exponerse la cavidad abdominal abierta, favorece la aparición del shock, y suele ser causa de muerte

con bastante frecuencia.

El Dr. Gallardo, en una comunicacion hecha por él á la Real Academia de Medicina de Madrid, cita un caso de operacion Cesárea, que habia llevado á término felizmente, sin la menor complicacion, sin el menor trofiezo, y sin embargo la enferma murió á las treinta y seis horas. La autopsia, no demostró ninguna alteracion quimica ni anatómica suficiente para explicar esta fatal terminacion.

El Dr. Gallardo dice: «¿Cual fué la causa del fallecimiento? En mi sentir no fué de otra causa que del shock, de esa sideracion

del sistema nervioso, mucho más temible después de las operaciones toco-lógicas que de las demás de cirujía. La razón es obvia: Las células nerviosas habían dado de sí cuanto podían dar, mientras la temperatura se mantuvo elevada y los centros nerviosos excitados con los productos de las combustiones (ácido carbónico), las funciones pudieron efectuarse aunque trabajosamente; pero desde el momento en que el calor descendió á la cifra normal sin haberse repuesto las pérdidas con el descanso, con el reposo, que es esencial para las funciones del sistema nervioso, desde ese momento empezó la perturbación en la

esfera de acción del gran simpático, revelada por el meteorismo y la postración general, que en breve acarrearon la muerte.

Admiten algunos, además del shock de que venimos hablando, un **shock psíquico**: y á propósito de esto, dice M. Kœberlé que, alguna enferma há sucumbido, al terror que le infundió, el tener que sufrir una operación cesárea, cuya gravedad conocían; y al presenciar todo el aparato, precursor de la operación.

Citaremos ahora aquí por ultimo

mo, dos complicaciones, bastante frecuentes tambien, en la operación Cesárea: Es la una el meteorismo, complicación molesta y que puede comprometer la vida de la operada, desgarrando la herida abdominal y comprimiendo fuertemente al diafragma.

Spinelli cita un caso, en que el desarrollo de gases fué tan enorme, que despues de haber perdido la enferma el conocimiento, llegó á desatar y aun á desgarrar el vendaje aplicado: Tan grande fué la distension producida; si bien á la verdad el apósito no sería muy resistente. La mujer murió enseguida, antes de haber

recobrado el conocimiento.

Es la otra (aunque menos frecuente que la anterior) la flebitis de las ramificaciones venosas, causada por las maniobras de estas operaciones.

M. el Dr. Pilaillon, en los (Anales de Ginecologia 1892, t. 17): dice « En la Histerectomia, el traumatismo operatorio, la presión de los dedos, de las esponjas, de los instrumentos etc, pueden alguna vez contundir fuertemente las venas de la pelvis ó de los órganos vecinos y producir la coagulación de la sangre en el interior de estos vasos. Estas tromboris ordinariamente poco

externas, no se manifiestan por ningun síntoma. Todo vá bien en cuanto que la operada guarda el reposo horizontal. Cuando se levanta, la circulación se hace más activa, los coágulos pueden desprenderse, hacerse emigrantes y dar lugar á embolias pulmonares.» Estas lesiones, que han sido reveladas por la autopsia, pueden producir la muerte instantánea ó casi instantánea, ocurrida mucho tiempo despues de la operación y á consecuencia del más ligero esfuerzo.

Hé aquí para terminar esto que se refiere á la primera par-

—

te de este modesto trabajo, lo que dice nuestro distinguido Dr. Suarez de Mendoza en una de las conclusiones mandadas á la Sociedad Gineco-logica Española.

« La Sinfiriotomia debe reemplazar en Obstetricia al Parto Prematuro, á la aplicación del Forceps con gran desarrollo de fuerzas, á la Version profilactica, á la Embriotomia de la criatura viva, que bajo ningun concepto debe ejecutarse en adelante, y á la Operación Cesárea de indicación relativa. ».

Segunda parte.

Bouchacourt, en su artículo del Diccionario de Dechambre, ha escrito: «Se sabe la acogida más que reservada hecha á la Sinfisiotomia por la Academia Real de Cirujía (uno de sus miembros la trata de proyecto nacido en una cabeza loca). Sigault se encuentra indemnizado por el verdadero regocijo.

que mostró la facultad de Medicina por el descubrimiento de su alumno, en honor del cual hizo grabar una memoria conmemorativa. Pero es bien recordar aquí el caso de que, toda medalla tiene su reverso.»

Cierto, la sinfisiotomia antes del periodo antiséptico ha conocido su «reverso»; los desastres que justifican el anatema lanzado contra ella por Baudelocque; pero hoy que el manual operatorio está bien fijado, que las indicaciones están claramente establecidas y que las complicaciones infecciosas pueden ser evitadas « la sinfisiotomia, como lo ha dicho el Dr. Lucirel en el Congreso de Bordeaux 1896,

se ha vuelto una operacion fácil y benigna.» Mas no todos los tocólogos son de este parecer, sino que reprochan á la sinfisiotomía dos categorías de accidentes; desde luego aquellos que se producen durante la operacion á saber:

1º Las hemorragias.

2º Las desgarraduras de las partes blandas, de la pared anterior de la vagina, de la uretra y de la vejiga.

Y en seguida, aquellos que se producen más ó menos lejos de la operacion y que son:

1º Las complicaciones urinarias.

2º Las complicaciones infecciosas.

3º Las complicaciones por parte de las articulaciones sacro-ilíacas.

4º Las perturbaciones de la marcha.

y la diástasis (dislocación de los pubis; y

5.º Las perturbaciones en los embarazos y los partos ulteriores.

Veamos ahora el concepto que nos merecen estos accidentes y estas complicaciones.

Primer categoría de accidentes:

Hemorragias.

Sucede algunas veces, sobre todo cuando se producen ciertas desga-

raduras de las partes blandas, que se asiste á una hemorragia que parece muy abundante, pero que se detiene con mucha facilidad. Se han llegado á citar casos hasta de muertes sobrevenidas á la continuación de estas hemorragias; pero todos estos casos son discutibles ó contestables. La observación de Hellier (Annales de Gynecologie 1893) que es citada en todas partes como el caso típico de estas muertes por hemorragia, no puede ser considerada como una sinfisiotomia hecha en las condiciones indicadas por Pinard; pues que la separación de los dos pubis ha sido enorme y llevada á mas de 10 centimetros. Tales el primer

reproche que Varnier dirige á Tellier: el segundo es el de no haber sabido hacer la hemostasia, de haber perdido tres cuartos de hora en ensayarla, en lugar de seguir adelante y de terminar en el más breve plazo, por que en todos los casos, despues de la extracción del feto la aproximación de los pubis basta para detener la hemorragia.

La observación de Treub (Annales de Gynecologie 1893) es todavia menos concluyente, pues que la hemorragia muy seria que tuvo lugar despues de la sección del ligamento ergueado fué seguida de una hemorragia uterina tan violenta que no dió lugar al taponamiento uterino,

y se siguió la muerte.

Aun en algunos casos excepcionales como aquel de Banga donde «la hemorragia fué una de las más violentas que jamas he visto, dice Harris», y en las cuales se puede herir una pequeña arteria que por anomalia, venga á encontrar en el lugar de la operación, en general no se tiene más que una pequeña pérdida de sangre en sábana prominente sea de una ligera desgarradura de los cuerpos cavernosos, sea de una lesión de los plexos prezesicales. El medio más seguro de cohibir estas hemorragias, es hacer el taponamiento, con el cual Morisani (Morisani, Congrés de Rome 1894) siempre las ha visto detener.

El parecer de Pinard es idéntico

al de Moriani: «Nosotros no hemos jamas tenido, dice, ninguna hemorragia más que aquella que se produce muy frecuentemente cuando se concluye la sección de la Sinfisis ó del ligamento subpubiano, hemorragia ecsosa que el taponamiento basta siempre para detener.»

También Pinard se pregunta cual pudo muy bien haber sido la causa de las hemorragias observadas por ciertos operadores practicando la sinfisiotomia, y se inclina á creer que ha habido en estos casos más bien una anomalia operatoria que una anomalia vascular.

Zweifel, en su relación al

Congreso de la Sociedad Alemana de Gynecologie, escribe: "La incision del monte de Venus, bien afeitado, abre algunos gruesos vasos cutáneos, que cesan enseguida de dar sangre despues de la aplicacion... Cuando el fibro-cartilago es cortado, los pubis se separan el uno del otro un través de dedo; á veces desde este momento pero seguramente y siempre cuando la separacion que resulta del paso de la cabeza, se produce una muy fuerte hemorragia resultante del desgarramiento de los cuerpos cavernosos y de los plexos prevenidos... Estas hemorragias son dignas de atencion á causa de su modo de detenerse tan par-

ticular... Basta siempre un taponamiento con gasa yodoformada para contenerlas; porque la sangre procede de las redes admirables de los cuerpos cavernosos.»

Zweifel en 1897 en su relación al Congreso de Moscou insiste de nuevo en las hemorragias debidas á la Sinfisiotomia y á su detención tan facilmente obtenida: «La aproximación rápida de los huesos ilíacos, combinada con el taponamiento con gasa yodoformada delante y detrás de la sinfisis y una contrapresión por la vagina, es suficiente para dominar la fuerte hemorragia que se produce alguna vez en el

momento de su separacion, y que por su abundancia puede muy bien desconcertar; pero en todos los casos es uno sorprendido de la eficacia segura y rápida del taponamiento despues de la aproximacion de las extremidades pubianas.»

Por ultimo en las 22 observaciones tomadas en Santiago, en ninguno caso hemos visto que la hemorragia haya inquietado al operador; una violenta hemorragia por inercia uterina produjo la muerte en la observacion XIV; pero aqui la sinfisiotomia nada ha tenido que ver. En las sinfisiotomias á las cuales nos ha sido permitido asistir

nos hemos sorprendido de la facilidad de la operación, de su sencillez, y sobre todo de la poca sangre perdida por la enferma.

Sin embargo la última simfiriotomia que hemos presenciado, (observación XXI) fué seguida despues de la sección del ligamento arqueado, de una verdadera inundación hemorrágica que llenaba el campo operatorio. El operador se ha parecido inquietarse; si bien pronto el taponamiento fuertemente aplicado vino á poner término á este torrente de sangre, y en menos de tres minutos despues, sin ligaduras, sin compresión nueva

el campo operatorio estaba abso-
lutamente seco.

Desgarraduras de las partes blandas.

En la lección de Pinard (Diciembre de 1895.) se lee: « Pó pues con la experiencia de 68 casos diré: Cuando nuestro maestro Farabeuf nos afirmaba que era imposible lesionar gruesos vasos ú organos importantes, operando correctamente, estaba absolutamente

en la verdad... Provocando el engrandecimiento del anillo pelviano hasta alejar las superficies de sección de la sinfisis 7 centímetros, no habiamos jamás visto producirse desgarraduras, ni vaginales ni vesicales. Las paredes vaginales estan en algunos casos extremadamente tensas, en verdad y esta tensión muestra que no se puede ir apenas más allá sin temer accidentes. En algunos casos hemos visto producirse ligeras desgarraduras vaginales haciendo communicar la llaga operatoria con la vagina.

Unos puntos de sutura con catgut han sido suficientes siempre para asegurar la reunion, por

primera intención, de estas soluciones de continuidad.

Es esto decir que no es preciso hacer nada para evitar ó limitar estas desgarraduras? Cierto que no, y no sabría insistir demasiado sobre las precauciones que se deben tomar, especialmente en las primíparas donde las partes genitales son poco elásticas ó resistentes y estrechas. Esto es porque procedemos siempre en las primíparas á la dilatación probable de la vagina con la ayuda del martillo de Charpentier, y porque tomamos la precaución indicada por Varnier, de hacer cerrar la pelvis ejerciendo presión sobre

los traumatismos cuando la cabeza está encajada.

Es también por lo que no me atrevería de recomendaros extraer el feto lentamente sea con la ayuda del forceps, sea con la ayuda de la version.»

He aquí lo que dice Morisani en el Congreso de Roma (1894) «Las desgarraduras de la pared anterior de la vagina, que dicen haber observado muchos, son en una muy raras, yo no las he visto jamás durante la separación de los pubis; una vez se produjo una desgarradura poco extensa en una primípara en el momento del

paso de la cabeza. La sutura no se hizo necesaria; con un simple taponamiento de gasa y algodon única se logró perfectamente lo que se deseaba, pues que se obtuvo la curación por primera intención.

Zweifel (Congreso de Breslau 1893) dice en su Relación: "En 2 de mis 10 casos ha habido una desgarradura de los cuerpos cavernosos y una desgarradura vaginal, de tal suerte, que con el dedo se podia pasar de la herida exterior á la vagina, pasando por entre los pubis, lesión digna de algunas reflexiones. La uretra fué en los

dos casos separada en toda su longitud de la pared vaginal.

En los 2 casos la complicación no fué tratada con especialidad, y curó con una facilidad sorprendente. No se emplearon suturas particularmente por la llaga vaginal; porque después de la adaptación de los pubis, los bordes de la solución de continuidad se adaptaron perfectamente; y se tuvo una reunión por primera intención.

Para Kufferath, la desgarradura de las partes blandas constituye uno de los peligros más serios de la Sinfisiotomia.

« Si estos accidentes no pudieran evitarse de una manera absoluta, constituirían un grave inconveniente de la sección perineal.

Felizmente, estos pueden ser evitados y si se producen, son debidos á la impericia de los operadores. »

En la Tesis de Forand, que es uno de los trabajos más acerbos dirijidos contra la sinfisiotomía, vemos algunas observaciones investigadas ó rebuscadas en toda la literatura médica, relatando desgarraduras de las partes blandas.

« Su pronóstico es generalmente benigno, dice el autor. La mayor

parte de ellas son curadas muy fácilmente con la ayuda de algunos puntos de sutura ó de un simple taponamiento vaginal con gasa yodoformada; ellas no son graves más que cuando la desgarradura se extiende á la uretra y á la vejiga y cuando la llaga se infecta.» (Véase el capítulo consagrado á las complicaciones urinarias.)

Casi cada autor dá los medios de evitar las lesiones de las partes blandas. Durante el desprendimiento, se hunta proteje los tejidos subsínfisianos por la gasa amontonada con la mano.

Kufferath las atribuye á la dilatacion incompleta del cuello, sobre todo cuando se opera en las primiparas; por lo tanto ó espera la dilatacion completa, ó hace la dilatacion manual; en otro caso, aconseja como Jochier el desprendimiento de la cabeza en occipito transversal.

Las muchas experiencias le habian demostrado, que despues de la seccion pubiana, el diametro transverso mediano se alarga cinco veces mas que el promonto púbico minimo y dos veces mas que el oblicuo; el transverso máximo se aproxima considerablemente al mediano.

y que el oblicuo mediano se aleja apenas del promontorio; por todo lo que el profesor de Lyon llega á esta conclusion de que; es preciso desprender la cabeza en posicion transversal.

Hudebert ha hecho tambien experiencias cadavéricas, pero más bien aplicadas á demostrar el mecanismo de estas rupturas de las partes blandas; segun él cuando la vulva es fuertemente distendida por la cabeza, tirada por el forceps, se produce una pequeña fisura que parte de la comisura anterior de la vulva, y puede ganar progresivamente, segun

la fuerza ejercida, la uretra y la vejiga.

Entre tanto para mostrar que Pinard tiene perfecta razon al decir que los médicos reduciendo las lesiones de las partes blandas tienen una termina de espíritu que les lleva á exagerar esto que ellos han observado y tambien lo que han observado los demás, examinemos las observaciones de 22 sinfisiotomias hechas en Santiago y veremos que estas lesiones han podido ser totalmente evitadas, ó bien que, si se produjeron, han pasado completamente desapercibidas, y por consiguiente no pudieron dejar ninguna huella

mala. Señalamos sin embargo, á la XXI sinfisiotomía, una pequeña fisura vestibulo-vaginal, donde los bordes no habían sido reunidos por puntos de sutura y que ha curado perfectamente.

En la observación VII, la dilatación era incompleta, pero el cuello dilatable, cuando el forceps fué aplicado despues de la sinfisiotomía; una desgarradura muy extensa del cuello y del perineé se observó despues, la que fué reparada inmediatamente; pero ninguna lesión se produjo del lado de las partes blandas anteriores.

Presen todas nuestras sinfi-
siotomizadas, las nuaro con dila-
tación completa, la otras con di-
latación incompleta, parteadas
sea con el forceps, sea con la
ayuda de la versión, multipa-
ras ó primiparas, con ó sin apli-
cación preventiva del martillo
de Chorpentier, algunas albumi-
nuricas, otras convalecientes
de fiebre tifoidea; las partes
blandas anteriores han sido respe-
tadas ó al menos no fueron ja-
más gravemente heridas.

No pueden considerarse como
contraindicación absoluta de la
sinfisiotomia, la existencia de
fibromas, á los que algunos

atribuyen la causa de estas des-
garraduras durante la extrac-
cion del feto. Maigrier, Lefra-
que, Charpentier, Keiffer y otros
dicen que, cuando el tumor esta
localizado en un punto del seg-
mento inferior, la cicatriz
deja un espacio bastante
ancho para que el feto pueda pasar sin
que el fibroma aumente el
peligro de desgarradura. Es con-
veniente, sin embargo, que el fi-
broma pueda alojarse en la se-
paracion interfibrosa, que
se produce al operar.

Segunda categoria de accidentes.

Complicaciones urinarias.

No puede hacerse la infinita-
-ma responsable de fistulas vesico-
-uterinas, vesico-vaginales, rectro-
-vaginales por escaras, resultando
de la presion prolongada inque-
-riante, de una cabeza afrecta-
da en una pelvis estrechada.

No obstante, ser estas complicaciones relativamente frecuentes todavia en los partos con estrechamiento pelviano, en Santiago, asi como tambien en alguna otra clinica francesa (Bandelocque, la de Lucirel[44]) no se las há observado en ninguno de los casos tratados por la sinfisiotomia despues de una expectacion frecuentemente larga.

Las complicaciones ocurridas en el curso de la sinfisiotomia son la consecuencia de la sobre distension, que la cabeza artificialmente extraida por medio del forceps, impone ó produce en las partes blandas anteriores no sostenidas; algunas veces

estas complicaciones se producen sin que las partes blandas sean heridas; y por los tres casos citados en la tesis de Forand, vemos que la fistula observada por Fritsch, es atribuida á una ligadura profunda, hecha contra la hemorragia; la fistula señalada por Lepage es debida á las múltiples aplicaciones de forceps tentadas antes de la sinfisiotomia; por último la fistula de la operada de Müller, sería el resultado de una operación de Emmet tentada poco tiempo antes.

Pero generalmente las lesiones uriarias se producen al mismo

tiempo que las desgarraduras de los tejidos subsiguientes; en esta categoria entran 18 fistulas señaladas por Dorand, desde la mayor parte han curado espontaneamente, y dos ó tres, de una ó varias operaciones.

En Bandeloque no se há observado hasta ahora mas que dos desgarraduras uretro-vaginales, mecanicamente producidas en el curso de la sinfisiotomia: la primera, en una mujer que tenia una articulacion sacro-ilica anquilosada; la segunda, en una mujer en la que el niño habia sido extraido artificialmente con el forceps antes

de la dilatación completa. Estas lesiones habrían sido evitadas, si en lugar de la sinfisiotomía se hubiere practicado la isquiopubiotomía, en el primer caso, y si en el segundo se hubiera esperado la dilatación completa y quizá practicada la versión después de la sinfisiotomía.

En las observaciones que publicamos, no se vé ninguna fístula señalada como complicación de la sinfisiotomía; hay ciertamente una amplia colección de incontinencias de orina y de cistitis; pero casi todas las mujeres que presentaron estos accidentes urinarios los conservaron muy

poco tiempo, y han salido completamente curadas. Debemos sin embargo señalar tres; la observacion V, donde una infeccion vesical sobrevino al octavo dia y curó en algunos dias por medio de lavados boricados tibios en la vejiga; pero esta mujer vista mas tarde pasado cierto tiempo, nos dijo que durante algunos meses despues de la operacion, tenia incontinencia de orina, y que mas tarde le sucedia frecuentemente perder una gota de orina sobre todo al hacer algun esfuerzo.

La mujer de la observacion XVII ha tenido una cistitis muy

pronunciada con incontinencia, que há sido curada á su salida de la Sala; cuando la hemos vuelto á ver nos manifestó que perdia su orina cuando reia muy fuerte ó hacia un violento esfuerzo.

Por ultimo la mujer de la observación XXI tenia cuando la vimos por ultima vez, alguna incontinencia de orina; pero nuestro Profesor nos hizo recordar que bajó la influencia de un ligero masage del cuello vesical desapareceria este pequeño incidente.

Para terminar, recordemos que podriamos muy bien descargar la sinfisiotomia de los pequeños

perjuicios que há causado en las dos primeras: la una (observacion V) tenia 38 años cuando la hemos vuelto á ver, tuviera siete embarazos; la otra (observacion XVII) tenia 35 años; las dos habian pasado el periodo genital activo, y es entonces cuando se observa en estas mujeres, segun Guyon y sus discípulos (Annales des Maladies des Organes genito-urinaires, 1897.) un alargamiento considerable de la uretra y un relajamiento del esfinter vesical, que conduce á la incontinencia de orina bajo la influencia de esfuerzos algunas veces poco intensos. No podria haberle pasado una cosa análoga á nuestras dos sinfisiotomizadas?

Complicaciones infecciosas.

« Practicada antisepticamente sobre una mujer no infectada el engrandecimiento momentáneo de la pelvis, no le hace correr más peligros que las otras intervenciones obstetricas. Fuera de las complicaciones accidentales independientes del modo de intervención, la mortalidad en las mujeres sinfisiotomizadas

reconoce por causa principal la septicemia puerperal" (Cuarta y quinta conclusiones de Varnier en el Congreso de Moscou.)

En 1897, Pinard sobre 86 peritonitis había tenido 10 muertes: 3 habían reconocido por causa, la una, obstrucción intestinal (la herida vaginal fué encontrada reunida por primera intención); la segunda, una grippe infecciosa (la enferma tenía á su cuidado, la temperatura, el útero, los anexos, el peritoneo y la llaga vaginal en perfecto estado); la tercera, por último, una pneumonía lobular. Es pues evidente que estas tres muertes no pue-

den ser imputadas á la sinfisiotomia.

En otros 2 casos habia habido una infección anterior del útero.

En las 5 restantes, la muerte es debida sobre todo á la fiebre puerperal; pero la llaga sinfisiana, concurrentemente ó secundariamente infectada, ha jugado ciertamente en el resultado final el papel de coadyuvante. 3 mujeres sobre estas 5, presentaban fiebre en el momento de la intervención, y habian tenido en el curso de un periodo de dilatación anormalmente prolongado, elevaciones de temperatura.

Esta infección preoperatoria,

manifestada en el momento en que la intervencion se impuso, por la elevacion de temperatura y por la aceleracion del pulso, comprobada despues de algunas horas, hizo pensar á Baudelocque en una contraindicacion á la sinfisiotomia. 5 mujeres sinfisiotomizadas en estas condiciones han dado 3 muertes, quizá la supresion radical por la operacion de Porro ó por la Histerectomia abdominal total del tractus genital infectado, fuese capáz de reducir esta mortalidad por infeccion ante-partum.

Weifel, que sobre 31 sinfisiotomias no há tenido más que una sola muerte, se expresa de esta suerte

en el Congreso de Moscou en 1897:
« El mayor número de incidentes sensibles que desalientan los Médicos y los vuelven contra la sinfisiotomia, son las consecuencias de la infección piógena y séptica de la herida sinfisiana. Así el tratamiento de las conseras, de los espacios cruentos en el curso de la operación, se presenta la piedra angular de la misma. Es pues preciso hacer todo para evitar la infección; y si se la sospecha, es necesario guardarse bien de suturar; pero si practicar el drenaje de estas bolsas ó faltriqueras con la gasa yodoformada ».

Este es, por otra parte, el mismo consejo que dá Pinard (Annales

de Gynecologie, 1898): «Es preferible, dice, cuando la colocación no es clara y sobre todo no estando bien seca, practicar el drenaje. Es lo mismo para evitar la infección de la herida que en el hematoma retro sinfisiano, con certeza puede producirse.»

Después de esto que precede, pueden sobrevenir en las mujeres sinfisiotomizadas, accidentes generales, y accidentes locales; los primeros sobrevienen sin que la herida sinfisiana contribuya; apenas puede ser considerada como aumentando su foco en gravedad cuando la supura

ción invade los tejidos y esta publicamos, lo que está lejos de ser la regla. En cuanto á los segundos, son generalmente benignos y curan muy fácilmente sin impedir que la sinfisis recupere su solidez anterior, con tal que las madriguera estén bien desinfectadas, bien drenadas y que la evacuación del pus este perfectamente asegurada. Tal es la opinión que nos han inspirado las observaciones que publicamos.

En Santiago, ninguna de las mujeres sinfisiotomizadas há muerto de infección puerperal;

muchas hán tenido durante varios dias elevacion de temperatura, loquios fétidos, un estado general malo y frecuentemente infeccion urinaria. Fué, la mujer de la observacion XII, presentaba un ligero esfacelo de las partes blandas anti-pubianas é infeccion vesical; pero la curacion há sido completa al cabo de un mes; la de la observacion XVIII, há tenido supuracion de la herida y una flegmacia alba-dolens que la hizo permanecer en el lecho mas de mes y medio; la de la Observacion XX, presentaba á su in-

grero en la Clínica, edema de las piernas, albuminuria, elevación de temperatura, delirio, en estado general muy malo, presentaba infección puerperal é infección local, que no duró mucho tiempo, pues que en menos de un mes después, esta mujer salió de la Clínica en perfecta salud y sin tener mas albumina en la orina.

Cuando la herida operatoria esta infectada, siempre la supuración se halla localizada al rededor de la sinfisis, jamás se difunde á lo lejos en el tejido celular de la pelvis y lo mismo en el peritoneo como Huzartz

dice haberlo observado. Es pues bien evidente, y pisgamos casi innecesario decir, que el flemón del ligamento ancho (observación VIII) que ha necesitado la histerectomía vaginal tres años despues de la sinfisiotomía, no puede ser atribuida á las consecuencias de la operación.

A nuestro parecer, este flemon provino más bien de una infección, habiendo seguido el camino habitual. Esta mujer era de costumbres muy ligeras; en el momento de su castración anexo-uterina, presentaba vaginitis y endometritis muy marcadas: de uno á otro lado, habia más de dos

años que estaba completamente curada de un absceso claramente localizado en el gran labio derecho y tejidos preinfisianos, que había tenido como origen un filete profundo de la sinfisiotomia precedente.

De esta revista crítica resulta la conclusión siguiente: la sinfisiotomia no puede determinar por ella misma, la infección puerperal.

Cuando esta es evidente, es necesario abandonar la sección pubiana y practicar la gastro-histerotomia seguida de la histerectomia abdominal total; por ultimo, cuando no se está

cierto de la asepsia perfecta ó de la sequedad completa de la herida singular, es necesario drenar largamente.

Complicaciones sacro-ilíacas.

Dos autopsias practicadas en mujeres sinfisiotomizadas nos han demostrado lo que pasa del lado de las articulaciones sacro-ilíacas durante la sinfisiotomía. En la observación XIII vemos que el ligamento sacro-ilíaco anterior derecho estaba arrancado en parte sobre el íleon, y que á la izquierda se observaba un desprendimiento externo del ligamento anterior, sobre el cual existía un

derrame sanguíneo; no obstante los ligamentos estaban en sus contactos normales con los huesos. La segunda autopsia no la hemos presenciado; pero el operador nos ha referido lo siguiente: La sínfisis no pudo ser consolidada hasta el Séptimo día; en cuanto á las articulaciones sacro-ilíacas, solo la derecha ha padecido un poco, habiendo sido distendidos sus ligamentos anteriores; pero los ligamentos posteriores y laterales han resistido.

Estas lesiones tan facilmente reparables, como veremos, no son absolutamente indispensables para practicar la sinfisiotomía;

pero para el engrandecimiento momentáneo de la pelvis, ó más bien la sinfisiotomía en vista del engrandecimiento momentáneo de la pelvis. Exponiendo ante el Congreso de Roma las experiencias de Farabeuf, el profesor Pinard ha dicho: « Farabeuf me demuestra la necesidad de romper el mismo las articulaciones posteriores, al grado necesario, y de abrir el paso á la cabeza del feto á fin de evitar toda compresión y todo trabajo. Desde mi segunda operación y después siempre, he mos hecho seguir la sinfisiotomía completa, de una doble artroclasia posterior, es decir, de una doble

disyunción sacro-ilíaca capáz de permitir la separación púbica sin suficiente.... La doble extroclasia que exigía Farabeuf á un grado considerable de estrechamiento, y que nosotros hemos practicado, imponia favor: se la atribuye lesiones anatómicas espantosas. Todo se limita á un desprendimiento con ó sin rasgadura del ileon y del ileon solo, sobre una longitud de algunos centímetros. Ni un solo ligamento importante, ni un solo nervio ó vaso puede ser herido en esta region posterior á menos de llevar las cosas á un grado tan excesivo como inutil."

En algunos casos de muerte que han seguido á la sinfisiótomía, se há podido como en las dos observaciones antes citadas, comprobar lo que sucede en esta doble artroclasia. Varnier, en 8 casos, há tenido ocasión de examinar el estado de las sinfisis posteriores; en ninguno estas articulaciones habian sufrido; y solo un débil desprendimiento perióstico y á señalado en las experiencias cadavéricas hechas anteriormente. No olvida tampoco que en el curso de la doble sinfisioclasia posterior, que es para Pinard, Varnier y Farabeuf

cuno de los tiempos principales de la operación, se produce habitualmente una separación pubiana de 60 milímetros, que en 10 casos en Bandelocque se ha llegado hasta 65, y 6 hasta 70 milímetros. En el caso de Tellier, la separación había sido empujada 10 centímetros; en la autopsia se comprobó una distensión muy marcada de las articulaciones sacro-ilíacas con arrancamiento de algunas fibras ligamentosas. He aquí la relación de la autopsia en una mujer que había sido sinfisiotomizada 20 veces en Bandelocque: « La disección de las sínfisis sacro-ilíacas demostró

que no existía ningun derra-
me sanguineo al nivel de su
parte anterior. El ligamento
anterior sacro-ilíaco de cada
lado, no presentaba la mas pe-
queña solución de continuidad;
la cápsula estaba intacta, pero
se nota un desprendimiento del
ligamento con el hueso ilíaco
sobre una extensión de menos
de un centímetro; (La separa-
ción pubiana durante la opera-
ción há llegado á 55 milime-
tros) el desprendimiento no era
mas considerable á derecha
que á izquierda. No existían
lesiones posteriores, ni derrame
sanguineo, ni pus."

Hudebert en el Congreso de Bordeaux, 1895, muestra la pelvis de una mujer sinfisiotomizada en febrero de 1894 y muerta un año más tarde de una endocarditis con embolia cerebral; las articulaciones sacro-iliacas no presentaban nada de anormal.

Por último, Freeman en la autopsia de una mujer sinfisiotomizada seis meses antes, há encontrado las articulaciones sacro-iliacas así como la sinfisis púbica en un estado perfecto bajo el punto de vista anatomico.

Despues de los muertos, veamos los vivientes: todas las mu-

feres de las que publicamos las observaciones, han salido sin nada que señalar por parte de las articulaciones posteriores de la pelvis; sin embargo el bamboleo que tenia en la marcha la mujer de la observación IV. era quizá debido al dolor que sentia en esta parte. Solo la mujer de la observación V, vuelta á ver largo tiempo despues, nos dijo haber padecido durante muchos meses, de su articulacion sacro-iliaca derecha; pero todas aquellas que hemos examinado ó que han sido vistas otra vez para lo más ó menos tiempo despues de la operacion, no se han aper-

cibido de nada á este nivel.

Por lo que concluimos diciendo, que las complicaciones del lado de las articulaciones sacro-ilíacas son sumamente raras.

Perturbaciones de la marcha.

Despues de la Sinfisiotomia, la mujer á los 20 dias puede ya levantarse; y esto es la admiracion, la extraneza de aquellos que ignoran con que rapidez y cuan solidamente se repara la sinfisis pubiana despues de su disyuncion completa; en efecto sorprende ver andar mujeres que en menos de un mes antes bran

sufrido esta operación. Numerosos autores han señalado este temor inutil é infundado, que experimentan las personas que no tienen la práctica de la sinfisiotomia; en este número citamos los miembros de la Academia de Ciencia, que trataron á Sigault de loco; porque habia hecho andar delante de ellos una muger que habia sinfisiotomizado 30 dias antes. Pieux, en uno de sus artículos sobre la sinfisiotomia, publicado en los Anales de Gynecologie de 1898, nos habla de los reproches que le fueron dirijidos por los mien-

bros de la Sociedad Obstétrica de Bordeaux, cuando compareció delante de ellos, marchando de una manera perfecta, una mujer que había sido sufiriotomizada 17 días antes.

Nosotros también, cuando nuestro Profesor hizo andar el 30 de Abril la mujer de la observación XX, hemos temido por el resultado, pero sin motivo; porque esta mujer que el primer día tenía la marcha vacilante, incierta, 4 días después salía del Hospital andando naturalmente.

Veamos en un cuadro sintético, el día en que las mujeres de

nuestras observaciones se han le-
vantado y el dia en que salie-
ron despues de la enfisiotomia.

Observación I. sale á los 25 dias.
Observación II. se levanta á los 18 dias, sale á los 25.
Observación III. se levanta á los 21 dias, sale á los 27.
Observación IV. sale á los 22 dias.
Observación V. sale á los 15 dias.
Observación VI. se levanta á los 18 dias y sale á los 32.
Observación VII. sale á los 36 dias.
Observación VIII. se levanta á los 28 dias y sale á los 32.
Observación IX. se levanta á los 15 dias y sale á los 19.
Observación X. se levanta á los 18 dias y sale á los 21.
Observación XII. se levanta á los 24 dias, sale á los 28.
Observación XV. se levanta á los 20 dias, sale á los 32.
Observación XVII. se levanta á los 10 dias, sale á los 21.
Observación XVIII. permanece 2 meses en el lecho á causa de una flegmasia alba-dolens.
Observación XIX. se levanta á los 15 dias.
Observación XX. se levanta á los 15 dias, sale á los 22.
Observación XXI. se levanta á los 24 dias.
Observación XXII. marcha perfectamente al cabo de un mes.

Casi todas las operadas se levantan á los 20 días por término medio, y á los 30 salen, marchando de una manera casi perfecta y pudiendo volver á tomar sus ocupaciones, como si no hubieran sufrido una operación que, al decir de sus detractores, comprometé la marcha y aún la estación física de las mujeres en quienes se há practicado.

La mayor parte de las operadas, son domésticas, mujeres de obreros etc., es decir, que su trabajo es duro y penoso.

Entre todas aquellas que hemos vuelto á ver pasado un tiempo más ó menos largo, despues de la

operación, solo una presentaba accidentes en la marcha y aún lesiones anatómicas serias: una anquilosis de la cadera — el muslo apenas se doblaba algunos grados sobre la pelvis — atrofia muscular de todo el miembro superior derecho; la enferma no tenia fuerza ninguna de este lado, arrastraba su pierna y andaba muy difícilmente; por último experimentaba además violentos dolores sobre el lado externo y posterior del muslo. Atribuia ella todos estos accidentes á la singniotomia.

Nosotros debemos atribuirlos á las imprudencias cometidas por esta mujer, salida del Hospital solamente quince dias despues

de su operación, antes de la consolidación de la pelvis y apesar de las observaciones del Profesor. Es posible, pues, que á todo esto fueran debidos dichos accidentes, y por lo tanto en este caso no podría hacerse responsable á la operación, sino más bien á la operada.

Ya en 1893, ante la Sociedad Obstetrica de Francia, Pinard decia: « En cuanto á la consolidación de la pelvis, yo no creo poder hacer mejor para convenceros, que invitaros á venir esta mañana á mi Clinica. Aquellos que han querido, han podido comprobar en 16 de mis operadas los resultados inmediatos y lejanos. Aquellos que no los han visto, diré simplemente que, salvo

las dos últimas operadas, una después de 20 días y la otra después de 12, todas han vuelto á tomar sus ocupaciones y sus fatigas de antes; una de estas mujeres es enfermera en mi servicio, otra reparte el pan por las casas teniendo que subir muchísimas escaleras todos los días; por último, y para terminar lo que se refiere á esto, añadiré que una de mis operadas viene á pié, trayendo su niño, de Charenton á mi Clínica sin fatigarse. La pelvis recobra pues completamente su solidez funcional."

Un poco más tarde en el Congreso de Roma, Morisani, que en Europa era el tocólogo de más

experiencia sobre la sinfisiotomía y por consiguiente el mejor colocado para conocer sus resultados lejanos bajo el punto de vista de la marcha y de la solidez de la sinfisis, decia: «Inutil es hablar de la imposibilidad de la marcha, de la falta de consolidación de la sinfisis del prolapsus utero-vaginal, inconvenientes que se atribuyen á la sinfisiotomía. El tiempo y la experiencia han hecho justicia de estos crímenes que se le imputaban sinjustamente á la sinfisiotomía, y no existe ya ningun tocólogo que actualmente crea todavía en ellos ó los tenga en cuenta.»

Dos Memorias publicadas casi á un mismo tiempo en el

Centralblatt für Gynecologie, 1894, una por Wars y otra por Brain, muestran que los resultados lejanos de la sinfisiotomia son generalmente excelentes. El primero llevo practicadas 10 sinfisiotomias en la Clinica de Strauta en Viena; desde Noviembre de 1892 siete mujeres han sido examinadas de 13 á 19 meses despues de la operación. En 5 casos en que la sutura hueca se practicó con acierto, hubo reunión rápida y duradera de los extremos sinfisianos. Las mujeres habian recobrado yá al salir del lecho toda su facilidad de andar. Habia pues curacion de la sinfisis.

En 4 casos en que la sutura bocca fué insuficiente, existió una diferencia entre los resultados próximos y los lejanos. A la salida presentaban una separación mas ó menos larga de los pubis que estaban reunidos por tejidos fibrosos, pero no existian perturbaciones en la marcha.

Sin embargo en un caso la aptitud para el trabajo ha estado comprometida durante muchos meses. En dos de estas mujeres examinadas mas tarde, habia reunión sólida y curación perfecta; la suerte de las otras dos es desconocida.

Todos los resultados lejanos

son perfectos, y los huesos reunidos solidamente.

La Memoria de R. Braun, da la estadística de sinfisiotomías hechas en la Clínica de G. Braun en Viena; en 8 mujeres vueltas á ver, de 12 á 15 meses despues de la operación, los resultados han sido tan favorables sin sutura fósea como con ella. En casi todos los casos existe una movilidad muy grande de la sínfisis: Los resultados lejanos son, sin embargo satisfactorios. En una sola mujer, no habia movilidad articular ninguna: no obstante esta se quejaba de dolores en las articulaciones sacro-ilíacas,

estando además incapaz de dedicarse á un trabajo penoso.

Son, pues, excelentes los resultados lejanos para R. Braun como para Woerz. Pero entre tanto que este último encuentra una reunión sólida de los púbis, el primero observa una movilidad casi constante de la sínfisis. Woerz há venido explicar este desacuerdo en Diciembre de 1874, ante la Sociedad Obstetrica y Gynecologica de Viena, donde há demostrado basándose sobre el examen de 50 mujeres (Braun habia hecho yá las mismas investigaciones) que en cada mujer, durante el periodo genital, existe

sin excepción una movilidad moderada de la pelvis y un desplazamiento vertical de los pubis durante la marcha; que estas particularidades están todavia mas marcadas en las mujeres grávidas y en las multíparas; y que por consiguiente, en los casos de Braun como en los suyos, la movilidad no era tan grande para ser juzgada como patológica.

He aquí ahora la conclusión de todas las investigaciones á las cuales se há entregado un detractor de la sinfisiotomia, Aristide Forand: "En presencia de opiniones tan favorables viniendo de lados tan diferentes, no se

puede poner en duda los buenos resultados lejanos de la sinfisiotomia. Un hecho ó dato parece adquirido, este es, la restitución integral de la función locomotriz en el mayor número de casos. Despues, queriendo poner una cordina á estos elogios merecidos por la sinfisiotomia, cita hasta algun caso en que la mujer quedó con un poco de bamboleo y una marcha vacilante: habla á continuación de algun caso en que se hizo necesaria la sinfisiorragia para restablecer la solidez de la sinfisis; pero se apresura á añadir que en estos casos, ya es una falta operatoria ó bien

una imprudencia de la operada, que han determinado las lesiones consecutivas á la sinfisiotomía.

Perturbaciones en los embarazos y en los partos ulteriores.

En la 10.ª conclusión de su Relación al Congreso de Moscou, 1897, Varnier há escrito: "la sinfisiotomía es seguida de una restauración funcional perfecta.

Una sinfisiótomía curada por primera intención no lleva ningun estorbo, ninguna perturbación en los embarazos y partos

ulteriores. La operación puede sin dificultad y sin inconveniente ser hecha muchas veces en una mujer misma.»

Hemos demostrado ya la verdad de la primera proposicion, nos queda por probar que las otras son igualmente justas y bien fundadas. Algunas de las operadas señaladas en nuestras observaciones han vuelto á ponerse embarazadas y han parido expontaneamente su mayor parte;

En 1895, Pinard habla de 5 mujeres sinfisiotomizadas anteriormente, que han vuelto á parir en su servicio, y el parto

tuvo lugar esta vez espontaneamente: « Considerando el peso de los niños y los diámetros de la extremidad cefálica, estoy dispuesto, dice Pinard, á admitir que el engrandecimiento momentáneo de la pelvis no es quizá absolutamente momentáneo, no puedo hoy mas que señalar el hecho, reservándome volver sobre esto mas tarde. » Varnier en 1897, presenta 17 casos de mujeres sinfisiotomizadas, y que se han vuelto embarazadas; de entre ellas solo 4 fueron sinfisiotomizadas de nuevo en 1896. Sin embargo Varnier apesar de estos resultados no admite el engran-

decimiento permanente de la pel-
vis despues de la sinfisiotomia,
señalado yá por Zweifel en
el Congreso de Breslau en 1893;
trata de ilógicas é irregulares
las cifras citadas por este tocólo-
go, y demuestra que el engrande-
cimiento transversal de la pelvis
no puede provenir sí de una
separación notable y persistente
de los pubis; porque sabemos
que aún una separación de
15 milímetros no hace ganar
nada al diámetro ántero-pos-
terior, solo considerandole en pel-
vis estrechadas; y todavia esta
separación no existe: la autopsia
de una mujer muerta diez y

seis meses después de la sinfisiotomía ha demostrado la soldadura perfecta de los púbis (Freiman, San Petersb. 1895); muchas otras autopsias más recientes lo han demostrado también. Varnier, para explicar los partos espontáneos que sobrevienen en las mujeres que han sido ya sinfisiotomizadas en otra ocasión, prefiere admitir diferencias en las condiciones mecánicas de los partos en la misma mujer.

En cuanto á la sinfisiotomía practicada por segunda vez sobre la misma mujer, la única pequeña dificultad consiste

en seccionar todos los tejidos fibrosos de naturaleza cicatricial, para obtener la separación necesaria. No obstante en 1897, Pinard há encontrado una contraindicación á una mera sinfisiotomia: en una mujer que en su primera operación habia tenido una pequeña desgarradura vestibulo vaginal que en la segunda tuvo una desgarradura mucho mas extensa habiendo amenazado la uretra, si esta mujer volviese á quedar embarazada, se promete entonces practicar la operación Cesárea.

Por ultimo decimos que la

solidez de la pelvis despues de una segunda sinfisiotomia se obtiene tan bien como despues de una primera, y 12 mujeres observadas bajo este punto de vista por Pinard le han permitido decir que la cuestion está juzgada.

He aqui tambien otra Conclusion mandada por nuestro antes citado Dr. Suarez de Mendoza, á la Sociedad Gynecologica Española « La Sinfisiotomia antiséptica bien ejecutada, no ofrece peligro alguno, ni para la madre ni para la criatura. »

Observación 1.

Fué traída el 3 de Noviembre de 1.892, una mujer quintipara, de 42 años, habiendo tenido dos partos espontáneos, un tercero en que se hizo el desprendimiento, un cuarto en que se hizo la craneotomia y la embriotomia por una presentación de cara.

Esta mujer está hidrópica, albuminurica; el feto está muerto y se presenta por el hombro derecho.

El utero está violentamente retraido, la vulva muy edematosa, hay procidencia de la mano. Cloroformo, ensayo de version con muy grandes dificultades. La

evaluación no se hizo. Se optó por la sección de la sínfisis por el procedimiento de Pinard: separación de 6 centímetros.

Después versión y extracción artificial. De los días que continuó en cama, solo uno tuvo 38°; todos los demás fueron excelentes. Un pequeño abscesso sobre uno de los hilos; pero el 24 de Noviembre la enferma se levantó, y sale al fin de mes completamente bien.

La albuminuria había desaparecido desde los cinco días consecutivos al parto.

Observación II.

Filomena S... primipara, 27.

años, entrada el 25 de Octubre de 1892.

Talla 1 metro 42; goza de bastante buena salud.

Ultimas reglas: 22 de Marzo 1892

Comienzo del trabajo: 25 de Octubre, en el camino.

La sinfisis es muy larga y estorba al tacto.

La bolsa de las aguas es voluminosa.

La cabeza es movible por encima del estrecho superior.

El trabajo marcha lenta é irregularmente, del 25 de Octubre al 26 al mediodia.

En este momento los ruidos del corazon son excelentes,

la dilatacion es completa, las membranas estan enteras, la temperatura es normal.

El 27 á las cinco de la mañana, la muger pide ser parteada; la bolza de las aguas está rota.

Dos aplicaciones de forceps se han intentado en vano. Entonces sinfisiotomia laboriosa, á causa de la desviacion de la sinfisis hacia la izquierda; separacion de 6 centimetros, despues forceps. Niño de 3.300 gramos donde el biparietal tiene 10 centimetros; la cabeza está hosificada.

Los dias que siguieron al parto fueron felices.

El cateterismo fué practicado durante dos dias solamente.
Reunion por primera intencion.
El 18 la mujer se levanta despues de haberse comprobado que la consolidacion de la sinfisis estaba muy avanzada para permitir la marcha.
Esta mujer sale 25 dias despues de la operacion perfectamente bien, presentando una manera de andar completamente normal.
El niño murió de convulsiones algunos dias despues de su nacimiento; la autopsia demuestra la existencia

de fracturas multiples del cra-
neo y una vasta hemorragia
meningea debida à las aplica-
ciones del forceps hechas
antes de la sinfisiotomia.

Observación III.

Sofia U... quintipara, de
36 años, doméstica.
Talla; 1 metro 45.
Ha tenido tres embarazos ter-
minados por fuerzas y largas
aplicaciones de forceps, pero ha-
biendo conducido niños vivien-
tes; un niño se extrajo por

medio de la versión, pero há sucumbido.

Há entrado el 28 de Septiembre de 1892.

Cabeza movible en el estrecho superior. O. I. D. P. Estrechamiento de la pelvis.

El 29, cambió en D. T.; la dilatación marcha lentamente; aplicando la palma de la mano se perciben perfectamente los golpes fetales.

La sinfiziotomía es practicada.

El forceps conduce un feto vivente de 4.000 gramos y en el que el diámetro bipariental mide 10 centímetros.

La separación pubiana alcanza

hasta 6½ centímetros en el momento de la extracción de la cabeza.

Ninguna complicación urinaria ó infecciosa.

Reunión por primera intención á los 14 días: á los 21 la sinfisis esta suficientemente sólida para permitir á la mujer dar algunos pasos. Este dia ha tenido alguna incontinencia de orina.

La mujer sale el 25 de Octubre en un estado de salud perfecta, como tambien su niño.

Observacion IV.

Primipara, de 24 años, entrada en la Clinica en 20 de

Agosto de 1892 en estado deplorable. Feto muerto en presentación de hombro izquierdo, mano en la vulva, útero retraído, mujer abatida por maniobras hechas antes de su entrada. Promontorio saliente; imposibilidad de introducir la mano. Se practicó la sinfisiotomía; después de la sección de los pubis, se obtuvo una separación de 5 centímetros y la versión y libramiento fueron fáciles.

El niño pesó 2.950 gramos. El diámetro bipariental medía 9½ centímetros.

El estrechamiento era poco pronunciado. Días consecutivos

al parto, muy buenos, sin elevación de temperatura, y la enferma sale del Hospital el 20 de Septiembre con la marcha buena si bien con algun balanceo.

Observación V.

Andrea M... de 34 años, entra en la Clínica el 10 de Marzo de 1892, á término. Ni raquitismo, ni sífilis, ni tuberculosis. 4 embarazos anteriores; el primero, parto prematuro á 7 meses. El niño murió al cabo de algunos meses. El segundo embarazo, ha sido

interrumpido por crisis de eclampsia.
Parto á 8 meses, forceps, el niño nació muerto.
El tercero embarazo llegó á su término: presentación de nalgas. Muerte del feto durante el desprendimiento de la cabeza.
El cuarto embarazo, llegó también á su término; forceps; el niño murió al cabo de algunos instantes.
A su entrada, la bolsa de las aguas está rota ya desde la víspera.
Estrechamiento de la pelvis; promontorio subpubiano 11 centímetros.
Dilatación completa; la ca-

beza no se encaja, despues de dos tentativas de forceps en vano, sinfisiotomia; 6 centimetros de separación; forceps; despues alumbramiento natural.

El niño nace en estado de muerte aparente, es reanimado; pero sucumbe despues de algunas horas; pesa 2.500 gramos.

El diametro bipariétal mide 10, 5 centimetros.

El 24 de Marzo (14 dias) se levantan los puntos de sutura. La herida esta cicatrizada y á pesar del parecer del Profesor la mujer sale el 25, ni ella ni su marido quisieron atender razones. La enferma marcha y

baja las escaleras; despues monta en un carruaje sin querer que se le ayude. Algunas semanas despues, supimos sabido por noticias que estaba perfectamente bien.

Esta mujer fué vista otra vez en Noviembre de 1898; tenia entonces dos niños, vivos los dos, nacido el uno espontaneamente y el otro por version; la marcha está mal asegurada y es dolorosa: presenta esta mujer una sinfisis púbiana sólida, pero en cambio una anquilosis casi completa de la articulacion coxo-femoral derecha con atrofia muscular pronunciada de todo el miembro inferior

del mismo lado; se quejó además de violentos dolores al nivel de la articulación sacroilica y en el lado externo del muslo; tiene tambien de tiempo en tiempo, alguna incontinencia de orina.
Todos estos accidentes sobre vendrian algun tiempo despues de la sinfisiotomia.
Debe atribuirseles al haber comenzado á andar demasiado pronto.? Es posible pero poco probable.

Observacion VI.

M. Angela, Ferripara, de 20 años de edad.
Talla: 1 metro 40. De bastante

buena salud.

Primer parto, á término: segundo, á 8 meses; los dos espontaneos.

Ultimas reglas, Febrero de 1893.

Entra en la Sala el 28 de Octubre; en el trabajo; dilatacion de 6 centimetros; la bolsa de las aguas intacta.

La cabeza no encaja, movible por encima del estrecho superior, midiendo 75 milimetros el diámetro promonto púbico mínimo.

Ruidos del corazon excelentes.

A las once de la mañana rotura espontánea de la bolsa de las aguas. Dilatacion completa. A las diez de la noche no habia todavia encajamiento.

Se retarda la sinfisiotomía á causa de dos partos anteriores espontáneos.

Aplicación de forceps al estrecho superior, dos tentativas prolongadas pero en vano.

Luego, estando aun vivo el niño, se practica la sinfisiotomía, y el forceps extrae un niño de 2.020 gramos, teniendo 9½ centímetros el diámetro biparietal y presentando una enorme señal ó huellas sobre el arco superciliar derecho y una sublusación del ojo del mismo lado.

La separación interpubiana fué elevada á 5 centímetros.

Alumbramiento artificial.

Sutura de las partes blandas,

profundas y superficiales.
Los días consecutivos, excelentes, sin elevación térmica y sin infección urinaria.
Reunión de la herida por primera intención al cabo de 18 días.
La mujer se levanta y anda sin gran estorbo.
Sale á los 32 días presentando una pelvis tan sólida como si nuevecita.
El niño ha tenido convulsiones durante los tres primeros días de vida; después tuvo paraplegía que desapareció al cabo de 8 días.
A su salida presentaba el lado

derecho de la cara todavía un poco deforme, pero estaba en perfecta salud.

En Octubre de 1.898, hemos tenido ocasión de ver otra vez esta mujer; ha tenido después de un sinfisiotomía un niño muy desarrollado, que nació espontáneamente.

Dicha mujer ejerce todos los días su profesión de costurera, puede dedicarse á toda clase de ocupaciones y hacer los esfuerzos más considerables sin ser atormentada; la marcha se opera de una manera perfecta; no ha tenido jamás complicaciones urinarias.

Al tacto, hemos podido comprobar durante la marcha un ligero grado de acabalgamiento de los pubis, que la mujer siguiera notaba.
El niño nacido vivo gracias á la sinfisiotomia, está hoy bien desarrollado, y no há padecido mas accidentes nerviosos.

Observación VII.

Luisa M. ... primipara, de 26 años, ama de gobierno, talla: 1 metro 34. Há andado muy tarde en la infancia. Mal de Pot en la juventud,

habiendo dejado una jiboridad muy marcada de la columna lumbar y una escoliosis á la izquierda.

Ultimas reglas; 24 de Junio 1893.

Entra en la Sala el 19 de Marzo de 1894.

Ruidos del corazon fetal, percibidos con claridad.

El ángulo sacro-vertebral es accesible.

El promonto púbico mínimo es de 85 milímetros.

Vertice no encajado. Comienza el trabajo el 25 de Marzo. El cuello no está borrado enteramente. La dilatacion marcha

muy lentamente. Se forma una bolsa sero sanguinea muy voluminosa.

Los ruidos del corazon permanecen normales, el encajamiento no se produce, y á las nueve de la noche se practica la sinfiséotomia.

El forceps extrae un niño viviente de 1.820 gramos, teniendo el diametro bifarietal 90 milimetros y presentando un punto de esfacelo sobre el parietal, que provenia de la presión prolongada de la cabeza sobre el promontorio.

La separación de los pubis llegó á 3 centimetros.

Alumbramiento artificial,
Desgarradura del cuello y del perineé.
La sinfisis, así como el perineé, fueron reparados enseguida. Las dos heridas curaron perfecta y rapidamente. La mujer sale el 6 de Mayo, en buen estado de salud y andando de una manera perfecta, con un niño de un peso de 2.250 gramos.
Hemos vuelto á ver esta mujer en Noviembre de 1898. Su niño estaba muy bien y ella no há padecido nada desde su operación. La salud general es excelente.
La marcha y los esfuerzos no

han determinado jamás en ella ninguna molestia, ni ningun dolor.

Al tacto hemos notado que la sinfisis estaba perfecta; no obstante, debemos señalar un espesor un poco mas considerable del cuerpo del pubis izquierdo.

Observacion VIII.

Rosalia H. -- primipara; de 20 años de edad; pantalonera, bien desarrollada; ha gozado de buena salud siempre y bien reglada. Entra en la Sala el 30 de Abril de 1895, en trabajo. Dilatacion

poco avanzada. Bolsa de las aguas conservada. Feto viviente. O.I.D.P.
14 horas despues del principio del trabajo, la cabeza se coloca en l.e.
La dilatacion, que era como una pieza de 10 céntimos, se hizo completa despues de la ruptura de la bolsa de las aguas.
Se reconoce la cabeza que está solamente como atraida al estrecho superior estrechado, en que el pezo mento pubico minimo es de 82 milimetros.
Una aplicacion de forceps no la hizo descender.
La sinfisiotomia es practicada, estando vivo el niño, y gracias á una separacion interpubiana de 5 centimetros, el forceps extrae

fácilmente en occipito posterior, un niño de 2.320 gramos, con un diametro bipariental de 10 centimetros; tres puntos profundos, dos medios, y cinco superficiales se colocaron delante de la sinfisis.

Durante los 7 primeros dias la temperatura es normal, el estado local y general excelentes. Al 8vo dia, ascension brusca á 40 grados; la herida sinfisiana la hace padecer; los puntos de sutura son levantados y sale pus en gran cantidad.

Drenaje y lavados antisepticos durante 8 dias, al mismo tiempo labados boricados templados.

de la vejiga que estaba infectada.
Al cabo de 10 días todos estos accidentes habían cesado.
El 28 de Mayo, la enferma se levanta después que se observó la solidez de la cicatriz. Durante 4 ó 5 días su paso es vacilante y poco seguro.
Por último el 2 de Junio marcha de la Sala, sufriendo todavía un poco y llevando su niño en perfecto estado.
Antes de un año, después de su salida, en Abril de 1896, hemos vuelto á recibir esta enferma; presentaba entonces una colección purulenta del gran labio derecho,

remontando hasta por encima de la sinfisis pubiana. La abertura de esta bolsa ha permitido extraer un hilo profundo, que data de la sinfisiotomia y que habia provocado estos accidentes infecciosos.

Durante su estancia en la Clinica se le practicó la histeroperia abdominal á causa de su retroversion muy manifiesta.

En Mayo de 1.896 sale la enferma en completa salud; su marcha es perfecta.

En Agosto de 1.898 hemos vuelto á ver esta enferma, con un flemón del ligamento ancho, que ha necesitado la histerectomia vaginal. Esta mujer

ha vuelto rapidamente despues de esta intervencion á un buen estado de salud. En este momento hemos examinado su sinfisis, que presentaba un espesamiento y una induracion pronunciada, lo que aumentaba todavia su solidez.

Esta mujer no ha tenido más niños despues de la sinfisiotomia, el que habia tenido murió á la edad de 18 meses.

Observacion IX.

Consuelo M... segundipara, de 30 años de edad, costurera. Talla pequeña. Luxacion

congenital de la cadera izquierda.
Primer parto, expontaneo à ter-
mino.
Entra en la Clinica el 27 de Enero
de 1895 à las 6 de la mañana
con una dilatación de 6 centime-
tros.
Diametro promonto pubico mi-
nimo, 85 milimetros.
La cabeza no está encajada.
Los ruidos del corazon son muy
claros à derecha.
A las 8 horas ruptura de las
membranas atrayendo el cor-
don imposible de reducir. Los
ruidos del corazón se precipitan.
El forceps no consigue extraer
la cabeza no encajada y movi

ble por encima del estrecho superior.
La sinfisiotomia es practicada rapidamente y dá una separación de 4½ centimetros.
El niño nacido en estado de muerte aparente, es rapidamente reanimado; lleva una fuerte depresión sobre el parietal determinada por el apoyo de la cabeza sobre el pubis; su diametro bipariental es de 9 centimetros y su peso 2.825 gramos.
Cuatro puntos de sutura profundos y siete superficiales.
Alimbramiento artificial.
Durante los tres primeros dias, estado general excelente. Al cuarto dia 38,5°; orinas purulentas,

micción dolorosa.
Todo cesa al cabo de 5 días bajo la influencia de lavados bórico dos templados.
A los 10 días, se levantan los puntos de sutura. La herida está bien reunida.
A los 13 días el tacto vaginal muestra que la articulación está bastante sólida para la marcha; los pubis están reunidos.
A los 15 días, la enferma anda algunos pasos sin dolor, pero con cierto estorbo.
Por último á los 19 días, marcha de la Sala completamente restablecida, andando normalmente y sin dolor,

llevando á su niño en brazos y en perfecto estado.
Nuestro Profesor há visto varias veces despues esta operada fuera del Hospital, y nos há manifestado que su salud era tan buena como antes de la sinfisiotomia.

Observación X.

Maria R. cuarti para, de 28 años de edad, Buenos antecedentes. Ha reglado bien siempre. Talla: 1 metro 36.
Delos tres partos anteriores, el

primero há necesitado una aplicación de forceps que entró la muerte de la criatura, los otros dos han sido espontaneos.

Ultimas reglas; 5 de Abril de 1894.

Entra en la Clinica el 4 de Enero de 1895.

Feto viviente. Presentación; hombro izquierdo, dorso posterior.

Estrechamiento marcado de la pelvis: diámetro promonto público mínimo, 80 milimetros.

A la una de la tarde de 4 de Enero, ruptura de la bolsa de las aguas.

A las horas despues, sin fisiotomia comunes separación

de 6 1/2 centímetros. Versión podálica muy fácil.
Niño vivo en buen estado, con un diámetro bipariental de 9 centímetros.
Suturas profundas con seda, superficiales con crin.
Alumbramiento artificial.
Temperatura normal. El tercer día ligera inflamación de una mama que eleva un poco la temperatura. La herida no supura. A los doce días son levantados los hilos.
A los dieciocho días la enferma se levanta, dá algunos pasos sin dolor, después que há

sido comprobado la reunión de los pubis y la solidez de la sínfisis.
A los 23 días, salen la madre y el niño en completo estado de salud.

Observación XI.

Pilar L.... de 20 años, secundípara.
No tenemos bien presentes los datos de esta observación: lo único que sabemos es que el encajamiento de la cabeza fué esperado durante ocho horas porque esta mujer no

tenia más que un ligero estre-
chamiento de la pelvis y habia
parido ya una vez espontá-
neamente.
La versión trae un grueso ni-
ño viviente. Ninguna com-
plicación ha sobrevenido.
Salieron la madre y el niño al
cabo de 25 días en buen estado
de salud.
Esta mujer entró en la Sala
en Febrero de 1893, estando á
termino y en trabajo. Dió á
luz en muy poco tiempo y
espontaneamente un niño de
2.740 gramos y teniendo un
diámetro bipariétal de 9 centíme

tros.

En Noviembre de 1898, hemos vuelto á ver á Pilar L. que gozaba de perfecta salud; andaba tan regularmente como antes de la sinfisiotomia, aunque la sinfisis estaba ligeramente movil durante la marcha.

Esta mujer há cumplido los más duros trabajos de su profesión sin la menor molestia ni el menor sufrimiento.

Observacion XII.

Carmen M... primipara,

de 29 años, ha venido á la Clínica á término ó casi á término.

El trabajo había comenzado el 4 de Diciembre de 1.895. La cabeza se presenta en el estrecho superior pero sin encajarse.

La pelvis simétrica pero algo disminuida: Bandeloque 17, Biespinoso 23, Biciliaco 27, Sacro-subpubico 10 centímetros.

La dilatación el 5 de Diciembre por la tarde era como una moneda de 5 pesetas. La bolsa de las aguas, había roto la víspera por la noche. Se le puso un martillo de Char-

frontier en la vagina, y se
consiguió la dilatación com-
pleta. El dia 6 por la maña-
na, viendo que la cabeza no
descendia sinó que estaba de-
tenida en transversal izquier-
da, por encima del angulo
sacro-vertebral, se practicó la
sinfisiotomia, estando la dila-
tación casi completa; los ri-
dos del corazon se hacian pre-
cipitados y el meconio se mez-
claba á las mucosidades que
se escapaban por la vagina.
Con una separación de 5 cen-
tímetros, el forceps extrajo un
niño viviente de 3.125 gra-
mos, con un bipariétal de

8½ centímetros. El cráneo presentaba una pequeña escara sobre el parietal y un pequeño hundimiento producido por el relieve del promontorio.
La madre y el niño están hoy en perfecta salud.

Observacion XIII.

Antonia ... primipara, pantalonera.
Escrofulosa y raquítica. Ha tardado mucho en andar, de mal aspecto. Talla: 1 metro 38.
Entra á término en la Sala en

26 de Julio de 1896, presentando accidentes uremicos marcados. (Vomitos, cefalalgia, disnea, edema, albuminuria muy abundante)
El trabajo comienza el dia siguiente.
Posicion O. I. I. A. feto viviente. No existe encajamiento. Promontorio facilmente accesible. Promonto pubico minimo, 81, 4.
Ruptura de las membranas el 28 à las 5 de la mañana. Dilatacion como una moneda de medio duro. Aplicacion del dilatador de Tarnier.
Los ruidos del corazon se

dilatación y á las seis de la misma mañana se practica la sinfisiotomía.
El niño nacido vivo con el diámetro bifparietal de 85 milímetros, murió algunos días despues de una bronco pneumonía.
El libramiento se hizo enseguida.
Se colocaron puntos de sutura profundos y superficiales.
Durante dos horas, la mujer queda bien, despues repentinamente es presa de un delirio espantoso, de una agitación loca. Muere subitamente á las nueve y media de la noche
La autopsia practicada 24

horas después de la muerte, demostró que las suturas profundas tenían en perfecto contacto los dos cuerpos de los púbis; no existía ningun derrame sanguíneo bajo la herida sinfisiana, ninguna lesión de las partes blandas anteriores, de la uretra y de la vejiga, no obstante haber llevado á 6 centímetros la separación de los púbis.

Atrás había á la izquierda un arrancamiento extenso del ligamento sacro-ilíaco sobre el ileon; el ligamento sacro-ilíaco derecho estaba tambien ligeramente desprendido.

La medida del diámetro fronto-pubico mínimo sobre el cadaver fué idéntica á la practicada sobre la mujer viviente.
Se há encontrado un enorme higado graso. Enorme riñon blanco. Pulmones congestionados. Corazon izquierdo ipertrofiado.

Observación XIV.

Natalia P... de 20 años de edad, secundipara. Primer parto, normal.
Llegó á la Sala el 6 de Julio de 1.896 en muy mal estado; en

trabajó hacia dos días. Bolsa de las aguas rota. Feto muerto: brazo derecho violáceo en la bulva. Utero tetanizado, retraido, sin liquido. Orinas fétidas, muy sanguinolentas. Imposible introducir la mano ó los ganchos para practicar la embriotomia.

Gracias solo á la sinfisiotomia pudo hacerse la embriotomia. El tronco es extraido dificilmente, y la cabeza se le extrajó por la maniobra de Mauriceau. una fuerte hemorragia sigue al alumbramiento artificial, nada consigue detenerla. La mujer muere en media hora.

En la autopsia, ninguna lesión de las partes blandas, de la uretra y de la vejiga.
Los ligamentos sacro-ilíacos estaban arrancados, sobre todo el derecho al nivel del ileón.
La pelvis estaba estrechada de modo poco regular.

Observacion XV.

Consuelo H... de 31 años de edad, primipara; entra en la Clínica el 5 de Octubre de 1895.
Talla: 1 metro 16; procede de familia raquítica, tiene desproporción entre los miembros superiores y los inferiores; rosario

raquítico, enflaquecimiento en todos sus miembros, cifoescoliosis derecha.
Diámetros: Biespinoso 22½. Bicristaco 23. Sacro-subpubiano 16. Promonto subpubico 7, por consiguiente diámetro utilizable probable 5½.
Se deja evolucionar el embarazo hasta término.
El 22 de Diciembre empieza el trabajo; estando el cuello enteramente dilatado, se practica la sinfisiotomia estando vivo el niño; despues es aplicado el forceps rapidamente; el niño efectua algunas inspiraciones, despues murió.

Su peso es de 2.820 gramos y su diámetro bipariétal es de 8 1/2.
Las conmemencias operatorias fueron muy buenas, solo una tarde la temperatura llegó á 38°,3.
20 días despues, se levanta la vinfiriotomizada, y no se advierte ninguna separación articular ni ningun obstaculo para la marcha.
Sale de la Clinica nos días despues en buen estado de salud.
En Noviembre de 1898, hemos pretendido ver esta mujer otra vez, pero habia retornado yá á su país hacia algun tiempo;

sus vecinas nos han dicho que después de su parto no había cambiado en nada sus costumbres anteriores y que había quedado en buen estado.

Observación XVI.

Dolores M...., de 19 años de edad, primipara.
Entra en la Clínica el 28 de Enero de 1896. El andar es fatigado y difícil: signos de raquitismo evidente; algunos encanijamiento articulares. Talla: 1 metro 24. Madre muerta tuberculosa; padre afecto de

bronquitis; ella misma tose desde hace dos años, hemoptisis, signos manifiestos de tuberculosis.

El 22 de febrero comienza el trabajo.

El diámetro promonto púbico mínimo es de 8 centímetros. Vértice movible en el estrecho superior; el niño vivo. La dilatación marcha normalmente. A las 6 horas ruptura de la bolsa de las aguas, dilatación completa; sinfisiotomía, separación de 2½ centímetros, forceps en la escavación, todo ha sido hecho rapidamente.

El alumbramiento, es practica-
do artificialmente.
El niño pesa 3.920 gramos.
O.F. 12 1/4, O.M. 13 centimetros.
Goza de salud perfecta.
La enferma está muy débil;
inyecciones hipodermicas de
cuero alcholizado muy fre-
cuentes; congestión pulmonar,
temperatura 38°, 4.
El 25 de febrero primer cura-
ción; la herida está limpia;
no hay infección puerperal;
la temperatura llega á 39, 2. Ma-
ñana y tarde inyecciones de
cuero.
El 28 la enferma sucumbe.
Pulmones llenos de granulacio-

nes, hígado granuloso, útero sano, pelvis estrechada en todos sus diámetros, distendidos los ligamentos anteriores de las articulaciones sacro-ilíacas, los posteriores y los laterales han resistido.

Observación XVII.

Purificación J.... de 20 años, costurera, Anduvo á la edad de 3 años, despues siempre anduvo bien.

Antecedentes: viruela, sarampión, coqueluche, fiebre tifoidea. Encanijamiento en los

miembros.
Tercipara: primer niño, vivo, á término. Parto espontáneo.
Segundo espontáneo también y á término.
Ultimas reglas: 12 de Junio 1896.
Reumatismo á los 6 meses del embarazo.
Entra en la Clínica el 1º de Abril, venía de otro Hospital convaleciente de una fiebre tifoidea de mediana intensidad.
La cabeza es movible por encima del estrecho superior reducido. Hay procidencia de un brazo. Bolsa de las aguas voluminosa.

Las contracciones del útero son irregulares.

A la mañana siguiente el cuello se borra. A las 7 de la tarde la dilatación es completa. La bolsa de las aguas es entonces rota; el brazo es rechazado; pero la cabeza no se encaja.

La sutura sagital tiende á aproximarse á los pubis, lo cual es debido á una ausencia de concavidad del sacro: en efecto el diámetro sacro-subpubiano no es de 10 centímetros.

Cuando sobrevino la inercia uterina que duró hasta las diez de la noche, momento en que los movimientos fetales

se perciben todavia, nuestro Profesor practica la sinfisiotomia. Separacion 5 centimetros.

El forceps extrae un niño de 2.920 gramos, con el bipariental de 10 centimetros. Casi inmediatamente, ha tenido lugar el alumbramiento espontaneamente.

Durante algunos dias la temperatura se mantiene elevada por encima de 38°. a causa de una infeccion vesical muy violenta. Todo cesa bajo la influencia de lavados borricados.

La herida sinfisiana aparece reunida al cabo de 10 dias

por primera intencion.
Al cabo de 20 dias, la cicatriz se reconoce sólida, la muger se levanta. Por ultimo, á los 30 dias sale, andando de una manera perfecta y no sufriendo de ningun lado, llevando además su niño en buen estado.
En Septiembre de 1.898, esta muger se hallaba de nuevo encinta soportando muy bien su embarazo. Nos há manifestado que padeció alguna incontinencia de orina sobreviniendole principalmente durante la risa ó los esfuerzos; á parte de esto la mu-

fer declara, no tener ni dolor, ni estorbo del lado de las articulaciones de la pelvis.
El niño continuaba en buen estado.

Observación XVIII.

Concepción . . . de 28 años de edad, doméstica.
Escrofulosa y sifilítica.
Entra el 30 de Diciembre de 1892; en trabajo y á término.
Dilatación como una moneda de diez reales: prominente fríbio mínimo, 85 milímetros.
Los ruidos del corazón son muy claros. La cabeza no esta encu

fadas.

Los dolores son regulares; el cuello se dilata lentamente.

A las once de la noche la sinfisiotomía y el forceps permiten el nacimiento de un niño pesando 2,020 gramos, con un diámetro biparietal de 9 centímetros.

Durante los dos primeros días, la temperatura elevada. La vejiga y la herida sinfisiana están infectadas. Inyecciones bóricas en la vejiga; curación de los grandes labios que estaban edematosos.

A los seis días la temperatura se eleva á 39 grados.

Los hilos superficiales, al levantarlos dejan salir pus muy fétido. Lavados con yoduro y drenaje. A los doce días la temperatura se retorna normal. La enferma está muy débil. A los veinte días, flegmasia alba dolens de la pierna derecha; tratada por la solución saturada de clorhidrato amoniaco.

El 23 de Febrero, la enferma se levanta por primer vez, no obstante tener algun edema en su pierna enferma y el 5 de Marzo sale, andando sin estorbo y sin dolor al nivel de la pelvis.

El niño continuaba en perfecta salud.

Observación XIX.

Cándida.... de 22 años de edad.

Entra en la Sala el 24 de Enero de 1898, en el 8.º mes de su embarazo.

Secundipara: primer parto, normal, pero el niño, pequeño, ruin, abandonado por la madre. En Mayo de 1897, segundo embarazo.

Esta mujer es bien constituida; itero á 37 centímetros por

en su marcha el 20 de Marzo.
En Diciembre de 1898, esta mujer se ha vuelto embarazada; trabaja en el campo y puede cumplir los mas duros trabajos sin tormento ni fatiga.
Su embarazo parece del todo normal.

Observación XX.

Filomena de C... 28 años de edad; es conducida á la Clínica en el trabajo, el 8 de Abril de 1898 al mediodía.
Talla mediana, muy delgada, asimetría marcada

del cráneo y de la cara.
Jamás ha abortado. Sus reglas faltaron á fines de Junio de 1897. Esta mujer ha presentado durante el mes de Enero último, accidentes que se pueden verosimilmente referir á la uremia convulsiva. Tiene hoy 6 gramos de albúmina por litro de orina. El estado general es malo, las pulsaciones ascienden á 110, y la temperatura axilar á 38°. La enferma padece además vomitos biliosos desde hace 8 días, segun ella dice.
Los dolores han empezado hace

26 horas. El fondo del útero está á 28 centímetros por encima del borde superior de la sínfisis púbica. El vértice movible por encima del estrecho superior. La bolsa de las aguas está intacta; la dilatación mide proximamente 5 centímetros de diámetro. Las contracciones uterinas son regulares y frecuentes.

El feto está vivo y su corazón no traduce ningún sufrimiento.

El promontorio es accesible; el diámetro promonto subpúbico es de 9½ centímetros; 8 centímetros de diámetro promonto pubico mínimo

A las 8½ de la noche, pulso 120, temperatura axilar 39, estado general cada vez mas precario; la dilatación es casi completa. Algunas irregularidades en el ritmo del corazón fetal. La cabeza no se encaja.

A las 9 hemos llamado el Profesor y practica la sinfisiotomia. La operación se hizo sin que apenas hubiese derrame sanguineo. La bolsa de las aguas es rota artificialmente, y el niño, extraido con el forceps. No respira, pero es rapidamente reanimado merced á los cuidados que inmediata-

mente se le prestaron.
Al instante se suturan los tejidos fibrosos prepubianos y la piel, en dos planos.
El alumbramiento se efectua espontaneamente durante este tiempo. Es aplicado un vendage contentivo; se hace una inyección hipodermica de 200 centimetros cúbicos de suero artificial y á las 9½ todo está terminado. El niño pesa 2400 gramos, su diámetro bipariétal es de 8 centimetros. Enseguida es puesto al viverón.
A la mañana siguiente, 9 de Abril, el estado de la madre es mejor, pulso radial 90, temperatura axilar 37.8. Los vó-

mitos han cesado, la albúmina decrece sensiblemente desapareciendo al cabo de algunos días. El único accidente que se produjo ha sido una ligera supuración al nivel de un hilo superficial que se le retira. La cicatrización no está todavía completa, los labios de la incisión se separan y la reunión fué obtenida á este nivel por segunda intención.

La mujer sale á mediados de Abril con una sinfisis sólida.

En el mes de Noviembre de 1898, hemos vuelto á ver esta mujer que se hallaba en muy buen

estado de salud, puede cumplir con comodidad los más duros trabajos que le impone su oficio de minero en una casa de mala fama: la marcha es perfecta; no tiene ninguna cabalgadura ni movilidad en la sinfisis pubica ni ninguna perturbacion urinaria.
El niño, aunque mui, se halla en buen estado.

Observacion XXI.

Eugenia C.... de 19 años de edad; ha andado muy tarde,

á la edad de 6 años.
Antecedentes: gastritis, sarampión y fiebre tifoidea en las primeras edades; actualmente tuberculosis pulmonar poco avanzada.
Primipara; últimas reglas, de 22 á 26 de Febrero de 1898.
Entra en la Clínica el 27 de Octubre de 1898: talla pequeña, esqueleto bien conformado pero la pelvis estrechada en todos sus diámetros. Presentación de hombro derecho, dorso anterior. El 29 de Octubre, vertice muy movible en el estrecho superior; el 5 de Diciembre presentación de ano in-

completa, modalidad de nalgas.
El 6 de Diciembre, comienza el trabajo, el aro está en el estrecho superior. El 7 de Diciembre, el feto se presenta por el vértice en O. I. D. A. pero no se encaja.
La enferma sufre mucho; la dilatación no se efectua, la bolsa de las aguas, es rota artificialmente y se escapa más de dos litros de un líquido claro como el agua de fuente.
A las 6 de la tarde se aplica el dilatador de Farnier que se deja una hora sin resultado; al cabo de media hora

el vértice en O. I. D. A, está muy movible por encima del estrecho superior.

A las diez de la noche, llamado el Profesor, practicó rapidamente la sinfisiotomía seguida de una aplicación de forceps Tarnier que extrajo un niño miserable pesando 2.500 gramos, el cráneo sembrado de equimosis y que murió al cabo de cuatro días despues de haber presentado convulsiones durante veinticuatro horas. El biparietal era de 8 ½ centímetros.

Todo marcha perfectamente para la mujer hasta el 5º día;

entonces se declara una congestión pulmonar intensa que duró tres dias; despues se restablece todo á su orden normal.
Nuestro Profesor que la há suelto á ver, nos manifestó que la sinfisi está sólida y que anda sin inconveniente alguno como antes de la sinfisiotomia.
Esta mujer anduvo muy pronto despues de la operacion. Ahora presenta solo una ligera incontinencia de orina.

Observacion XXII.

De este caso tenemos pocos datos, solo sabemos que la sinfisiotomia, fué practicada por el Profesor Clinico, con buen exito, lo mismo para la madre que para la criatura.

Conclusiones.

1ª

La restauracion de la Operacion de Sigault, emprendida por Pinard en 1892, con el recurso de la antisepsia y sobre todo los datos anatómicos de Farabeuf, ha permitido obtener sin riesgos más grandes para la madre, una mortalidad fetal bastante

inferior á aquella que dan los otros medios de tratamiento de las distocias.

2ª La Sinfisiotomia há hecho condenar el parto prematuro provocado, que mata desde los primeros dias de su vida más de 35/100 de niños; además há permitido el nacimiento de hermosos niños á término en mujeres que en otro tiempo habian sido artificialmente paridas antes del fin del embarazo.

3ª La Sinfisiotomia há hecho abandonar el forceps

al estrecho superior, que há dado hasta 50/100 de mortalidad fetal, y que há matado tantas mujeres. La Sinfisiotomia condena tambien la Version, que en manos ejercitadas, há suministrado una mortalidad fetal expurgada de 32/100, cuando la combinación de la Sinfisiotomia y Forceps, há dado á Zweifel, por ejemplo, 2 muertes sobre 31 casos, desde 1892.

4.ª La Embriotomia sobre el niño vivo, debe abandonarse; y la Operacion Cesárea debe

ser relegada en el dominio que le es propio, es decir, la indicación absoluta.

5.ª La mayor parte de los accidentes tanto inmediatos como lejanos reprochados á la Sinfisiotomia, son sin gravedad y frecuentemente exagerados.

6.ª Las hemorragias, á veces horrorosas, que se hán comprobado durante la operación, se cohiben todas facilmente por el taponamiento.

7.ª Las desgarraduras de las partes blandas, por otra

parte muy raras, son evitadas seguramente dilatando previamente la vagina con el martillo de Charpentier, si se opera á dilatación completa y si se hace la maniobra preconizada por Varnier, cuando la cabeza está encajada.

8.ª Algunos accidentes urinarios graves que han sido señalados, son más bien inevitables al operador que á la operación; la cistitis y la incontinencia de orina que se observa, frecuentemente son benignas y pasaderas.

9.ª Las complicaciones infecciosas, cuando atañen al estado general, no son debidas á la Sinfisiotomía; las mujeres que la padecen, han sido generalmente infectadas antes de la operación; en cuanto á la infección de la herida, resulta siempre sin gravedad si se practica el drenaje, y no impide en nada la solidez ulterior de la sinfisis.

10.ª Después de la Sinfisiotomía, todas las sinfisis son solidamente reunidas; la

marcha se cumple normalmente; las mujeres pueden volver á tomar todas sus ocupaciones á los veinte y cinco ó treinta días después de la Operación; por último, pueden volverse embarazadas sin inconveniente y ser sinfisiotomizadas de nuevo, sin que esta segunda operación sea más difícil ó tenga un pronóstico más grave que la primera.

11.ª El método empleado en nuestras sinfisiotomiza-

das, há sido el de Pinard; y es el que á nuestro juicio, nos parece más seguro y más sencillo.

Manuel Perfecto Amor Naveiro.

Santiago 26 de Mayo de 1900.

1 de Julio de 1900.
Terminado el Ejercicio y fue calificado de Sobresaliente

El Sr.
[illegible]

Ordenado defendendo.

[illegible]

[illegible]

[illegible]