

Dr. Jimenez

1896.

81-2-A=N. 1.

N. 1462

TESIS DE DOCTORADO.

LA SINFISECTOMIA.

POR

DON ALBERTO SUAREZ DE MENDOZA.



Co. 2415  
(1462)

1896.





UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313215375

X21518335



"Hoy á la altura en que se"  
"encuentra la sinfiseotomía,"  
"la indiferencia y negligencia"  
"cia de los tocólogos, no pue"  
"den ser justificadas".

(Spinelli).



SEÑORES:

Hace mas de veinte años que en estas mismas aulas aprobaba yo, con el placer que todos hemos experimentado, en casos semejantes, los ejercicios de la Licenciatura, bajo la direccion de los eminentes maestros que depositaron en mi entendimiento los principios fundamentales de las ciencias médicas, confiando á mi memoria el cuidado de conservarlos é imponiendo, con su ejemplo, á mi voluntad el deber de desarrollarlos en el grado máximo de mis energías, si deseaba merecer el alto y arriesgado honor de tomar bajo mi responsabilidad la prolongacion y salvaguardia de las humanas existencias.

Dicha pocas veces igualada experimento en este instante, que me rejuvenece varios lustros: dicha que seria completa del todo, si la muerte no hubiese llamado á dormir el tranquilo sueño de los que han cumplido su difícil mision, á algunos de mis queridos y sabios profesores, cuales los Martinez Molina, Casas, Batista, Gonzalez de Velasco, Encinas y otros.-Permitidme que les consagre un afectuoso recuerdo, al mismo tiempo que ruego á los que hoy honran estas cátedras con su presencia y á los que dignamente han remplazado á los ausentes, que admitan el testimonio de mi gratitud mas sincera y el justo homenaje debido á



su saber y merecimientos.

En estos veinte años de ausencia, nuestros conocimientos profesionales han sufrido una revolucion completa bajo el impulso de las teorías Pasteurianas, y si bien todo el edificio antiguo queda en pie en cuanto toca al diagnóstico médico-quirúrgico, podemos decir que la semiología, el pronóstico, el difícilísimo arte de las indicaciones y los métodos y sistemas de tratamiento, se han transformado de tal manera, que casi podría aseverarse sin exageracion, que constituyen una nueva ciencia.

No es difícil encontrar entre las mil cuestiones que los trabajos modernos han puesto al orden del dia y entre las infinitas operaciones creadas en estos tiempos recientes ó resucitadas por la antiseptia y la asepsia, tema bastante interesante para una disertacion de esta índole.- Pero la mayoria de esos puntos abiertos á discusion y todas ó por lo menos, la mayor parte de las notables operaciones con que se ha enriquecido la cirujia moderna, no interesan mas que á una escasa minoria de los que nos dedicamos al ejercicio del difícil arte de curar.

Hay sin embargo operaciones que todo médico debe poder ejecutar en el acto en que se presente su indicacion, so pena de agoviar su conciencia con el cargo de una muerte por omision. Entre estas se cuentan la traqueotomia, la kelotomia en los casos de hernia estrangulada, la puncion de la vejiga y algunas cuantas mas de menor importancia.

Del grupo de esas operaciones, que podemos llamar urgentes, se destaca la que he elegido, la sinfiscotomia, que tuvo en sus principios el monopolio de las porfiadas discusiones y que hoy cautiva al mundo médico-quirúrgico, entusiasmando á sus



partidarios por sus deslumbrantes resultados y seduciendo aun á los que ven en ella resurreccion harto ruidosa, por aparecer como una salvadora de seres inocentes, como un segundo Mesias, que ha de lavar las manos de los hombres del arte, de la mancha horrenda y hasta hoy inevitable de ese infanticidio legal que se llama la embriotomia de la criatura viva.

Echar una rápida ojeada sobre la historia de esta interesantísima operacion; examinar hasta que punto puede confiar en ella el médico que ante Dios y los hombres es responsable de dos existencias entregadas á su saber, habilidad y discernimiento; ver su presente, prejuzgar su porvenir; establecer de una manera precisa, sus indicaciones y su manual operatorio, utilizando á ese propósito, ademas de la profusa bibliografia existente, todo lo que en Francia, Alemania y Austria me ha sido dable observar y aprender durante mi permanencia en los diferentes paises citados y lo poco que una experiencia de veinticinco años ha podido enseñarme me parece tarea atractiva en la cual espero veais menos el insuficiente resultado obtenido por mis débiles fuerzas, que el vivo deseo de contribuir al estudio y vulgarizacion de un acto quirúrgico que abrigo el firme convencimiento de que, sin grandes riesgos, ha de procurar el goce sublime de ser madres, á muchas mujeres que un error de la naturaleza parezca condenar á forzasa esterilidad; que ha de borrar del cerebro del tocólogo la horrible pesadilla de verse compelido á inmolar las criaturas en las entrañas maternas, para salvar la vida de las que les dieran el ser; y que ha de conservar á esta hermosa tierra española hijos que sin ella serian sacrificados antes de nacer, cuando quizás pudieran proporcionarle mañana dias de gloria y renombre.



Inutil, se me antoja, añadir que, como el renacimiento de esta operacion, al que he podido asistir y seguir en su veloz desarrollo, ha comenzado en la clínica Bandelocque, de Paris el 7 de Diciembre de 1891 y ha sido obra de Morisani, Pinard, Farabeuf y Varnier, esta memoria no puede ser mas que el eco de la enseñanza de mi insigne maestro el Profesor Pinard y de la escuela que él representa y que con tanto entusiasmo le secunda.

La sinfiscotomia está en estos momentos en un periodo de evolucion ó mejor dicho, de revolucion.

¿Que dejará en pie del antiguo edificio que formaban los tratamientos de las viciosidades pelvianas? Felizmente muy poco, pero en donde todo era dudoso, incierto y aproximativo, pronto encontraremos seguridad, certidumbre y exactitud.

RESEÑA HISTÓRICA.

El Domingo de Pascua de 1775, se encontraban reunidos en la modesta habitacion de un soldado de la guardia llamado Souchot los mas renombrados cirujanos y tocólogos de Paris.-Alli convocados por un jóven médico, que un par de años antes estaba aun en la Escuela, se encontraban Vicq d Azir, Levret, Dessault, Thouret, Rous-sel, Destremeau, Coutouly, Baudot y algunos mas, de cuya asistencia y consejos creia necesitar el jóven Jean René Sigault durante el alumbramiento de la mujer del guardia mencionado. En efecto, por los antecedentes de esta parturienta, podia asegurarse, sin necesidad de gran perspicacia, que el parto habria de ser laboriosísimo y que la vida de Madame Souchot y de su hijo, iban á correr graves peligros.

No pudo andar hasta los ocho años de edad y eso con ayuda de muletas; casó á los veinte y nueve y dió á luz á los 30



un niño muerto, cuya cabeza parecia haber sido aplastada; tuvo dos nuevos partos en 1771 y 73, tambien penosísimos y en los que la intervencion del médico salvó la vida á la madre, pero teniendo que perecer en ambas veces la criatura; á la sazón contaba 36 años y ofrecia todos los signos del raquitismo.

Sigault, imbuido en las teorías de Severin Pineau y entusiasmado, sin duda, por la lectura de la memoria que Louis habia presentado en 1768 á la Academia de Cirujia<sup>(1)</sup> no podia resignarse á la inercia de sus contemporáneos, que como dice Bandelocque <sup>(2)</sup> viendo la ineficacia de sus esfuerzos, se contentaban con apiadarse del mísero destino de las mujeres y de los niños que no podian salvar.

Despues de serios y profundos estudios de todo lo que antes de él se habia escrito sobre la separacion de los huesos pubis durante el embarazo y el parto y habiendo hecho múltiples experimentos en cadáveres, llegó á adquirir la persuasion de que cortando la sínfisis pubiana, podia darse á la pelvis una abertura suficiente para dejar paso al feto que ha llegado al término de su desarrollo.

Despues de haber expuesto y sostenido sus ideás en una disertacion pública, las formuló de una manera concluyente en un trabajo que en 1773 presentara bajo el título de "An in partu contra naturam, sectio symphiseos ossium pubis, sectione cesarea promptior et tutior". En él aconsejó y precisó que debia llevarse á efecto su operacion del siguiente modo: "Tomando un bisturí abotonado; cortando la piel y la grasa que existen sobre el pubis; dividiendo las piramidales de arriba á abajo; descubriendo la

(1).-Louis.- De l'écritement des os du bassin.-Memoires de l'Academie de Chirurgie - 1768.

(2).- Bandelocque.- Art des accouchements.



"sínfisis é introduciendo el dedo en el tejido celular que hay de-  
 "tras de aquella; y cortando sin vacilacion el cartílago interme-  
 "dio, con lo que se separan súbitamente mas de una pulgada los hue-  
 "sos y permiten al feto, impelido por las fuerzas de la naturaleza  
 "y por las que pueda procurar el arte, llegar al mundo sano y sal-  
 "vo, gracias á la ampliacion dada á la pelvis".

Pasar de la teoria seductora á la práctica herizada de  
 peligros; llevar á vias de hecho estos preceptos, era lo que se pro-  
 ponia Sigault, cuando le dejamos poco há rodeado de los cirujanos  
 y tocólogos mas prominentes de Paris.

Imposible fué al jóven médico, que carecia de autoridad y  
 nombre el convencer á sus ilustres compañeros de la utilidad de la  
 intervencion que él proponia é inclinándose todos los demas, ante  
 la indiscutida superioridad de Levret, trataron por órgano de Des-  
 tremeau de ejecutar la version.(I)

"En vano (dice Sigault) empleó el operador todas sus fuerzas  
 "para arrancar la criatura. Rendido de cansancio fué remplazado su-  
 "cesivamente, con igual desdichada suerte, por media docena de los  
 "compañeros presentes. Casi todos quedaron fuera de combate, has-  
 "ta que al fin despues de dos horas de penosísimos empeños, acaba-  
 "ron por extraer una criatura muerta, que presentaba un hundimien-  
 "to considerable del parietal izquierdo".

Aleccionado por esa triste experiencia, (agrega mas ade-  
 "lante Sigault) me propuse practicar en la primera ocasion propi-  
 "cia la seccion de la sínfisis".

Mientras Sigault esperaba con impaciencia el momento oportu-  
 no de llevar á los hechos lo que experimentalmente mas sin sacar de  
 ello deduccion práctica alguna, habian realizado en el cadaver De-

---

(I) Sigault.- Memoria á la Academia. 3 Diciembre 1777.



7

lacourvee y Pleuk en 1625 y 1766 se trabó animadísima discusión entre los cirujanos y tocólogos de la época.

La Academia de cirugía rechazaba la operación; Dessault, el célebre cirujano del Hotel Dieu, la declaraba inútil, fundándose en algunos experimentos efectuados en el cadáver; y por último Jean Louis Bandelocque, que pronto iba á tomar en Francia el cetro de la Obstetricia, consignaba en su discurso inaugural, que la sección de la sínfisis no produciría mas que una separación insuficiente para que un feto voluminoso pudiera atravesar una pelvis estrecha.

Por otro lado, la Facultad alentaba al futuro sinfiseotomista; Ripping sacaba de sus ensayos, hechos también bajo la dirección de Dessault, consecuencias diametralmente opuestas á las de su maestro y sostenía sus opiniones en una memoria presentada en la Universidad de Leyden. (I)

Alphonse Le Roy sostenía y enseñaba que el ensachamiento de la pelvis, después de la sinfiseotomía, debía ser bastante y lo demostraba en el cadáver de una mujer muerta de parto.

Chandon en Montpellier, se manifestaba partidario de su profesor Le Roy. Y desde Holanda, Camper felicitaba á Sigault y le excitaba á continuar intrépidamente por la senda que se había trazado, á la vez que hacía algunas experiencias en animales.

Pero partidarios y enemigos de la operación, no salían de la teoría pura, ni se atrevían á llevar al terreno clínico sus ideas, cuando la ocasión tan ansiosamente esperada se le presentó á Sigault, á quien pedía de nuevo asistencia para un parto la misma Madame Souchot que vimos dando á luz un niño muerto extraído por

---

(I). Ripping. Quasdam de pelvi animadversiones. 1776.



version, al comienzo de esta reseña.

El 30 de Septiembre de 1777, á las 7 de la noche, fué Sigault á casa de su cliente que ya sufría y viendo que el parto se acercaba rápidamente, salió enseguida en busda de su amigo Le Roy de quien ya he hablado.

A la una de la madrugada, despues de haber convenido y acordado de antemano todos los detalles de la operacion, se dirigieron ambos, llenos de esperanza á la casa de la parturienta. (I)

Hé aqui como describe Paul Desforge lo pasado: "Procedieron de nuevo á un examen minucioso de aquella mujer, que media un metro y veinte centímetros de altura. Las tibias presentaban una curvatura interna muy acentuada y el diámetro antero-posterior de la pelvis solo tenia dos y media pulgadas (de 6 á 7 centímetros); la criatura vivía y se presentaba de pies; la dilatacion era completa; y la bolsa de las aguas se hallaba intacta. Previnieron á la parturienta que el alumbramiento seria difícil y le aconsejaron que se sometiera á la operacion que le proponian, haciéndole comprender que asi podría tener un niño vivo, con menos riesgo que si optara por la operacion cesárea. La infeliz asintió, completamente resignada y ofreciéndose á preparar lo indispensable, hizo ella misma hilas, tratando de deshechar toda idea triste con el anhelo de poder acariciar en breve un hijo entre sus brazos. Plegaron en tres un colchon sobre la cama y mandaron salir al marido y á las vecinas, quedando solo con ellos en la habitacion la enfermera que habia de sostener la luz.

"Una vez acostada la mujer, con los muslos levantados y ligeramente separados, Sigault se apresuró á practicar la operacion, que él propio describe en esta forma:

---

(I) Recherches historiques et pratiques. 1778.



"Incindí la piel y la grasa, desde un poco mas arriba del pubis hasta la comisura de los labios mayores, lo que fué poco doloroso; despues de esta incision, que dejó descubierta la sínfisis (parte indolente) dividí la línea blanca y los piramidales; introduje el índice de la mano izquierda por detras de la sínfisis en toda su altura; y ejecuté la seccion del ligamento y del cartílagó, siempre muy gruesos al final de todo embarazo. Inmediatamente se produjo una separacion de dos pulgadas y media (de 6 á 7 centímetros) entre los dos huesos y en el instante introduje la mano en la matriz y rompiendo las menbranas del niño, lo cojí en el acto por los pies y lo saqué fuera, suplicando á mi amigo Le Roy que acabase el parto, lo que llevó á cabo con toda felicidad, permitiéndome anunciar á aquella valientísima madre que habia logrado por fin tener un hijo. Le bajé entonces los muslos y la separacion se redujo á 8 líneas".

Todas estas maniobras(añade Sigault) no duraron mas que cinco minutos y el vendaje fué tan simple, que solo consistió en un poco de hilas secas y una servilleta. Hacia la madrugada, satisfechos del estado del niño y de la madre, Sigault y Le Roy se retiraron y á las 12 del dia volvieron á levantar el vendaje, encontrando á la enferma en condiciones satisfactorias, con pulso normal, sin traza ninguna de hemorragia y sin que llamase la atencion mas que una grande cantidad de orina, involuntariamente emitida.

Como por una feliz coincidencia, celebraba aquella misma tarde la Facultad su Junta de principio de mes, Le Roy puso en conocimiento de sus compañeros lo ocurrido en la noche y llegando Sigault á los finales de la sesion, leyó una pequeña memoria



sobre el acto que acababa de practicar y suplicó á la Facultad que nombrase una comision que examinara á la operada, juzgara la operacion y le diese cuenta de sus observaciones para lo cual fueron designados Grandclas y Descemet por virtud de sus especiales conocimientos en el arte de los partos y de la anatomia.

Escaso interes ofrecia el relatar las vicisitudes de la convalecencia de la operada, que dia por dia consignaron en su informe los comisionados; supuracion de la herida, absceso de una mama, bronquitis etc. Bástenos decir que á los 28 dias la soldadura de la sínfisis era completa, y que 46 dias despues del parto, la paciente se levantó por completo restablecida, sufriendo solamente una incontinencia de orina, debida á una fístula vésico-vaginal.

Violentas polémicas se trabaron, como era de esperar, sobre la nueva operacion: polémicas que se prolongaron durante toda la convalecencia de la enferma, llegando á revestir un caracter extraordinario de acritud. La discusion degeneró en disputa y del terreno científico, se pasó al de las personalidades, sin temor de llegar al insulto y á la calumnia, pues no faltó hasta quien tratase de poner en tela de juicio la tan decantada operacion, llamando embustero á Sigault en los periódicos políticos.

Paréceme innecesario insistir en el número de memorias, folletos y monografias que sobre este asunto vieron la luz á fines del pasado siglo. Los que se interesen en este género de estudios encontrarán en el índice bibliográfico, suficientes indicaciones para satisfacer su curiosidad.

Por fin la tranquilidad reapareció momentáneamente bajo la influencia de la presentacion de la operada y de su niño á una Junta de la Facultad y del informe de Grandclas y Descemet, cuya con-



clusión decia así: (I). Podemos afirmar que la enferma se halla completamente curada y que esta operacion poco dolorosa y de facil ejecucion es preferible en muchas cicunstancias á la cesárea, sobre todo cuando el niño puede salir por las vi as naturales.

En vista de esa declaracion, la Facultad, á propuesta del Decano Decessart, decretó entre otras cosas, las siguientes:

1º.- Que se imprimiesen cuanto antes los autos, á expensas de la Facultad y que no solamente se distribuyeran á cuantos doctores existiesen en el reino y en el Extrangero, sino que tambien se presentaran al Monarca bienhechor que gobernaba y á los Príncipes, Ministras y Magistrados, á fin de que todo el mundo conociera el descubrimiento de aquel nuevo medio de salvar á las madres y los hijos

2º.- Que se suplicara á Sigault y á Le Roy que tuviesen á la Facultad al corriente de sus trabajos sobre la materia.

3º.- Que ya que la Facultad no pudiera señalar una pension á Madame Souchot, le otorgase un socorro de 360 libras, como recompensa á la mujer que con tanto valor se habia sometido á los azares de una operacion no comprobada.

4º.- Que no pudiendo tampoco la Facultad premiar de una manera bastante digna al inventor de un descubrimiento tan útil á la humanidad, como testimonio de su reconocimiento y de su admiracion, ordenase grabar en el dorso de la ficha de plata del Decano, la inscripcion que sigue: ANNO I768.SECTIONEM SYMPHISEOS OSSIIUM PUBIS INVENIT, PROPOSUIT.- ANNO I777. FECIT FELICITER M. SIGAULT D.M.P. JUVIT M.ALPHONSIUS LE ROY D. M. P."

La consagracion del descubrimiento de Sigault por la Facultad de Medicina y la difusion del Decreto por toda la Europa, produje-

(I) Grandclas y Descemet. Informe del 3 Diciembre de I777.



ron un efecto considerable y cada cual, por desgracia para el porvenir de la sinfiscotomia, quiso hacer figurar esta operacion en sus listas.

Habilmente ejecutada por algunos ó llevada á cabo sin destreza, sin indicaciones positivas y hasta sin necesidad por otros, las observaciones se multiplicaban, sirviendo de argumento á pro-séritos ó antagonistas, segun el éxito de cada caso.

En vez de precisar las indicaciones de la nueva operacion partidarios y detractores la oponian á la cesárea, dividiendose el campo médico en sinfisianos y cesarianos.

En Alemania, Holanda, Bélgica, Inglaterra, España, y sobre todo Italia, contó Sigault con enemigos é imitadores, siendo realizada la operacion, que entonces se apellidó "SIGAULTIANA" 34 veces en los 23 últimos años del pasado siglo (I) sin poder conquistar la adhesion de ninguno, exceptuando á Le Roy, de los grandes tocólogos de la época.

De entre esas varias operaciones practicadas fuera de Francia, una sola ofrece para nosotros especialísimo interes y es la que lo fué en Utrera el 9 de Agosto de 1780 y que la Gaceta de Madrid de aquellas fechas escribe asi:

"Utrera 10 de Septiembre.- La famosa operacion de Mr. Sigault publicada en la Gaceta de Madrid del 28 de Octubre de 1777, capítulo de Paris, esto es, la seccion de la sínphise cartilaginosa de los huesos pubis, que dió á la estampa su autor en una thesis, ilustrada despues por M. Le Roy en disertacion impresa en Paris en 1780 para desterrar la terrible operacion llamada cesárea, ha sido practicada aqui por direccion del Licenciado D. Francisco Canivell, Ci-

---

(I)-En Paris 13; Francia, fuera de Paris 6; Italia 5; Bélgica 3; Holanda 2; Alemania 3; Inglaterra 1; y España 1.



rujano Mayor de la Armada y Vice-Presidente del Real Colegio de Cirujia de Cadiz con el mas plausible éxito. El 6 de Agosto del presente año, D<sup>a</sup> Maria de Avila de edad de 42 años, primeriza y en el último término de su preñado, sufrió intilmente los dolores del parto hasta el 7 en que cesaron, sin adelantar nada la cabeza del feto, encallada en lo mas estrecho de la pelvis, hasta el dia 9 por la mañana, que reconocida por el expresado Profesor, la hálló con calentura, muy debil y la cabidad de la pelvis mal conformada por estar depresos los huesos pubis y demasiado encorbado el coccix hacia la parte anterior.

En estas circunstancias propuso la seccion de la sínphise del pubis sin herida de los tegumentod, sino empezando por encima del clítoris, dando resguardo á la uretra y evacuando primero la vegiga profundizando lo suficiente para lograr la separacion de los huesos. Asi se ejecutó la operacion por el Licenciado D. Antonio Delgado, alumno del Real Colegio de Cadiz, é inmediatamente se sintió una crepitacion y á pocos minutos se sacó la criatura asphixiaca; pero recobró pronto la vitalidad soplándola.

Desde luego cesó la calentura y continuó la enferma felizmente, de suerte que á los 38 dias se levantó; anda con perfeccion y goza de buena salud en compañia de su criatura, á excepcion de una leve incontinencia de orina que el tiempo puede disipar. Esta operacion comprueba la excelencia del descubrimiento. El modo con que se practicó merece preferencia por muchas razones y especialmente por ser operacion poco dolorosa y por que no hay contingencia de ofender la uretra ó la vegiga ni la hemorragia é inclinando la seccion sobre el lado mas oprimido para obviar la lesion del ligamento suspensorio de la vegiga". (Gaceta de Madrid del Viernes 24 de



Noviembre de 1780 fº 859).

Esta operacion es interesantisima, porque demuestra clara y terminantemente que el método de sinfiseotomia subcutánea, descubierto por Imbert de Lyon en 1834, habia sido ideado por el Profesor español D.Francisco Canivell y efectuado bajo su inmediata direccion por su discípulo Delgado: verdad que me ha parecido importante establecer de una manera definitiva. Ignoro si Imbert tuvo ó no noticia del procedimiento de nuestro compatriota, pero queda sentado que la operacion de Sigault, de la cual se enteró el público español por un artículo de la Gaceta de Madrid fechada el 28 de Octubre de 1777, fué ejecutada por el método subcutáneo y por primera vez en Utrera el 9 de Agosto de 1780.

En Francia varios médicos de provincias ensayaron, con éxito diverso, el nuevo procedimiento. Sigault en Paris ejecutó con suerte adversa su segunda, tercera y cuarta operacion, en cada una de las cuales el resultado fué fatal para la criatura; y á la postre su quinta tentativa, que tuvo de testigos seis profesores, entre los que figuraban Coutouly, Lanvergeat, Grandclas, y Descemet, se convirtió para Sigault en un verdadero desastre, pues siendo dificultosísima la intervencion, practicada contra el parecer de Coutouly y Lauvergeat, murieron la operada y el niño.

Esta desgracia prestó á sus enemigos nuevos alientos hasta que cansado de luchar, abandonó Sigault el palenque, allá por los fines de 1779, quedando á la cabeza de los sinfiseotomistas Alphonse Le Roy, que mas tarde intentó acaparar la gloria del descubrimiento.

Gracias á los empeños de Le Roy y de algunos de sus discípulos, entre los que es justo no olvidar á Dematiús, puede decirse



que la sinfiseotomía no ha desaparecido nunca completamente, pues si bien en España, Francia, Alemania é Inglaterra se la consideraba durante este último medio siglo como una curiosidad histórica en Italia no ha dejado jamás de figurar en los tratados clásicos de obstetricia, como una operación de grande utilidad é importancia

La publicación del célebre tratado de Bandelocque, que durante 50 años ha sido clásico en toda la Europa, dió el golpe mortal á la sinfiseotomía; la indiscutible autoridad que adquirió en el mundo entero el famoso todólogo, tuvo por fruto el que varias generaciones se trasmitiesen sus palabras como artículo de fé y condenaran, sin previo estudio, una operación que desconocían en absoluto. Uno de sus mas brillantes discípulos Paul Dubois, la practicó con buen éxito una vez, pero poco á poco la embriotomía y especialmente el parto prematuro (operaciones siempre en boga en Inglaterra) fueron ganando en Francia terreno, de tal suerte que la de Sigault hubiera caído en un olvido completo, á no ser por la tenacidad y los esfuerzos constantes de la Escuela de Nápoles y, en particular de uno de sus miembros mas conspicuos, el Profesor Morisani

Abandonada por todos y apenas discutida, la sinfiseotomía quedó como un recuerdo, despues de haber servido de tema á apasionadísimas discusiones en toda Europa. Un solo país, repito, una sola Escuela (y esta será una de sus glorias mayores) la Escuela de Nápoles, la acogió desde un principio y con inquebrantable fidelidad, la defendió y practicó durante un siglo y ha acabado por hacer la recobrar el rango culminante que siempre debería haber ocupado en Obstetricia.

"Desde su origen (dice Bouchacourt en su magistral artículo del Diccionario Dechambre) la nueva operación fué aceptada en



Nápoles como un don del cielo y lo que mas extraordinario parece, las adhesiones fueron allí generales y constantes; hubo pocas voces discordantes y cada cual la estudió con esmero, tratando de perfeccionarla".

La Escuela Napolitana, sola y sin preocuparse de la indiferencia ni de los sarcasmos (I) de la Europa, siguió practicando una operacion considerada en las demas partes, como un error ó como una aberracion.

Interesántísimo es el estudio de la historia de la sinfiseotomia en Italia, tal cual la han referido Corradi y Spinelli, historia de la que no es dable desligar los apellidos de Novi, Galbaati, Jaccoluchi, Morisani y Spinelli; pero los límites de este trabajo no me permiten seguir ese agradable camino, en el que solo debo detenerme para rendir el merecido tributo al profesor Morisani verdadero apostol de la sinfiseotomia, y quien en sus memorables obras, ha logrado sentar á esta sobre bases clínicas imperecederas uniendo de manera inseparable su nombre al de Sigault, pues como alguien ha escrito "Morisani ha sido la vestal que ha conservado el fuego sagrado de aquella idea. (2)].

Su primer trabajo data de 1863 época en que afirmaba:

"1º.-Que la sinfiseotomia es una operacion que no debe abandonarse en la práctica obstétrica.

"2º.-Que la seccion de la sínfisis aumenta el espacio sacro-pubiano en 5 ó 6 líneas(15 milímetros) y que este aumento no se debe á la proyeccion hacia adelante de los huesos iliacos, sino á la oblicuidad de la parte anterior de los pubis con relacion al sacro

"3º.-Que los diámetros oblicuos y transversales aumentan mas que

---

(I). A Italia corresponde la triste gloria de cultivar esta operacion sin sentido comun. - Kleinwaechter. Muller's Handbuch der Geburts-hulfe 1888.

(2).Godeaux Sinfiseotomia.



el antero-posterior.

"4º. Que la sinfiseotomía está indicada en los casos de un diámetro inferior á 75 milímetros y que puede ser ejecutada aunque con resultados menos ventajosos, hasta 65 milímetros.

"5º.-Que cuando se compara la sinfiseotomía con la embriotomía la superioridad pertenece incontestablemente á la primera.

"6º. Que en los casos de estrechez pelviana de los límites señalados, es necesario recurrir á la sinfiseotomía, despues de una es-  
"pera razonable y de una ó dos tentativas de forceps.

"7º. Que el grado de estrechez puede medirse con exactitud su-  
"ficiente para establecer de un modo preciso si está indicada ó  
"no la sinfiseotomía, y

"8º. Que cada vez que por la frecuencia é irregularidad de los  
"ruidos del corazón del feto, sea posible afirmar que este vive, se  
"corte sin titubear y sin miedo alguno la sínfisis, porque esta  
"operacion no es grave para la madre".

En 1867, 74, y 75, publicó nuevos trabajos y artículos en los tratados clásicos, traducidos de lenguas extranjeras, y mas luego dirigió una comunicacion al Congreso Internacional de Londres en 1881, en que sacó nuevamente á plaza la sinfiseotomía y en la cual declaraba, ante todos los miembros del Congreso, que esta era una operacion que no debia desaparecer de la práctica obstétrica.

En 1886 envió otro trabajo al Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecologia de Roma, en el cual el ilustre tocólogo napolitano examinaba toda la estadística operatoria de la Sinfiseotomía, dividiéndola en las tres épocas que se verán á continuacion, á saber:



De 1777 á 1858.

Operaciones.-80.	Madres	Curadas 52.	Niños	Vivos 33.
		Muertas 28.		Muertos .44.
				Resultado desconocido 3

De 1866 á 1880.

Operaciones 50	Madres	Curadas 40	Niños	Vivos 41
		Muertas 10		Muertos 9

De 1881 á 1886.

Operaciones 18	Madres	Curadas 10	Niños	Vivos 13
		Muertas 8		Muertos 5

Estudiando estos sencillos guarismos, cuya elocuencia es imponderable se comprenderá que Morisani haya sostenido con fé y perseverancia que la Sinfiseotomia, realizada por manos hábiles, puede y debe dar resultados sorprendentes.

En 1888 volvió á insistir en las ventajas de su operacion predilecta, analizando las observaciones que le son propias, y formuló las siguientes conclusiones:

"1ª.-La operacion de la sinfiseotomia debe practicarse cuando "el diámetro útil, es inferior á 67 milímetros, pero llegado á ese extremo no es dable afirmar que carezca de peligros.

"2ª.- La operacion debe ser precedida de una aplicacion prudente del forceps, y si esta fuese infructuosa, no debe repetirse.

"3ª.- Si el feto está muerto ó moribundo, no es conveniente llevar á cabo esta operacion!"

De 1887 á 92, Morisani enriqueció su estadística con 12 casos nuevos, que uno de sus discípulos mas notables, Spinelli, ana-



lizó en la "Gaceta de Ginecología", junto con otros doce, que formando un total de 24 operaciones, arrojan este cómputo:

MADRES CURADAS.-24.-NIÑOS,VIVOS.- 23.

No es raro que ante tan halagüeños resultados, concluya Spinelli su análisis diciendo: "Todo feto ~~que~~ al límite de su desarrollo puede atravesar gracias á la sinfiseotomía, una pelvis viciada en un conjugado máximo de 65 milímetros, es decir; una pelvis, dada la cual todos los tocólogos de todos los países aconsejarían ó la embriotomía ó la operación cesárea. Toda mujer de pelvis viciada, puede con impunidad someterse á la sinfiseotomía, con tal de que la operación sea antisépticamente ejecutada".

Fiel en su propósito de pópalar por todo el orbe la operación que él conceptuaba como una de las mas maravillosas de la obstetricia, Morisani mandó á Paris á su discípulo Spinelli en 1891, con misión de procurar allí serias adhesiones.

Los que tengan la fortuna de conocer al joven agregado de la Facultad de Paris, Henri Varnier; su temperamento entusiasta; su potencia de trabajo; su severo método analítico, y sus excepcionales aptitudes de propagandista, no se sorprenderán de que se dejase convertir enseguida por Spinelli, trasmitiendo pronto su fé y sus esperanzas á su preclaro maestro el Profesor Pinard.

Consiguiendo ambos la colaboración del Profesor Farabeuf establecieron juntos la sinfiseotomía sobre tan inquebrantables bases, que desde el 7 de Diciembre de 1891, en que el Profesor de la clínica Bandelocque esplicó su primera lección, puede asegurarse que la sinfiseotomía, dando la vuelta al mundo, no ha cesado un instante de estar sobre el tapete en Sociedades, Academias y Congresos. Mas esto es ya el presente que mejor que yo conoceis voso-



tros.

En resumen: la sinfiseotomia, inventada, concebida y ejecutada en Paris por Sigault, fué abandonada por todo el mundo y reputada como una operacion absurda ó por lo menos inutil y peligrosa

La Escuela de Nápoles ostenta la aureola de haberla recibido como una divina revelacion; estudiado, perfeccionado y ejecutado constantemente; y defendido y aconsejado sin cesar, sobre todo por boca de uno de sus mas caracterizados representantes el Profesor Morisani, quien merced á la seguridad con que nos brinda la antisepcia, ha logrado despues de consagras á ello su vida rehabilitarla y verla ejecutada en el mundo entero.

Devuelta por él á la Escuela de Paris, la sinfiseotomia estudiada, metodizada y sistematizada por Pinard, Farabeuf y Varnier, está efectuando una revolucion completa en el tratamiento de las viciosidades pelvianas.

Pasemos pues á examinar, discutir y precisar sus indicaciones y su manual operatorio, dando una vez mas razon al poeta cuando dijo: "Multa renascentur quæjam cœcidere".

INDICACIONES Y CONTRA-INDICACIONES.

"Sinfiseotomia, sincondrotomia, operacion de la sínfisis (dicé Bouchacourt en su admirable artículo del Diccionario de Dechambre) es como se ha llamado y se llama la seccion de la articulacion pubiana, de las ramas óseas que concurren á su formacion con el fin de ampliar los diámetros de la pelvis y permitir ó facilitar el parto en los casos de estenosis pelvianas".

Esta definicion, suficiente en su tiempo, no me parece responder hoy con exactitud á la sinfiseotomia tal cual la comprende la Escuela Bandelocque, pues no se amolda á la precision que



dicha Escuela ha dado á este acto operatorio.

Yo creeria interpretar fielmente el pensamiento de mi insigne maestro el Profesor Pinard y de sus colaboradores, formulando la definicion que sigue:

"Operacion que tiene por objeto adaptar el diámetro útil de ciertas pelvis estrechas al de la cabeza del feto, mediante la seccion de la sínfisis y la separacion conveniente y prefijada de los huesos que la forman".

La base de la mayoria de las polémicas que dividieron á los tratadistas á fines del pasado siglo y principios del actual fué el saber si la seccion púbiana proporcionaba ó no á la pelvis amplitud suficiente para la facil salida de la criatura.

Algunos que gozaban de autoridad indiscutible, certificaban que si, mientras otros no menos sabios y respetados, garantizaban que no; pero ninguno nos ha dejado cálculos terminantes y experimentos concluyentes en apoyo de su parecer.

Ha sido necesario llegar á Farabeuf, cuya inteligencia práctica, metódica y precisa, no se satisface con afirmaciones teóricas, para que los tocólogos pudieran de un modo casi matemático contestar á esta pregunta:

¿Que amplitud suministra la sinfiseotomia á una pelvis cuyo diámetro conjugado nos es conocido?

Fuente de precision para las indicaciones, será la respuesta que á dicha pregunta encierra la narracion que Pinard, amigo y colaborador de Farabeuf, hizo á los colegas reunidos en el Congreso de Roma.

"Cuando recibimos en Paris (dijo) la visita de Spinelli (el discípulo distinguido de Morisani) mi compañero Farabeuf co-



"nucia, como cada cual, el poder del método antiséptico. Apenas hu-  
"bo comprobado en el cadaver que la sinfiseotomia era una operacion  
"facil y eficaz para ensanchar la pelvis, fué partidario entusias-  
"ta de ella. En pocos instantes comprendió la importancia de la bue-  
"na nueva que se nos traia y despues de compulsar varios trabajos  
"de principios del siglo, hoy olvidados, su convincion llegó á ser  
"pronto absoluta y su deber le pareció claramente determinado: ha-  
"cer en su esfera todo lo que dependiese de su mano, preveerlo y  
"calcularlo todo para que el éxito mas satisfactorio coronase la  
"tentativa que en breve iba á realizarse, puesto que él habia ya  
"demostrado las causas de las fechorias del forceps; habia visto  
"al parto prematuro matar inmediatamente mas de la tercera parte  
"de los niños; y aseguraba resultados nada lisongeros á la version  
"de un feto desconocido, sobre una pelvis estrecha mal apreciada.  
"Pero para proscribir esos tres métodos, que calificaba de nefas-  
"tos y ciegos, acusándolos de agravar la distocia del estrecho su-  
"perior, y para llevar á efecto la señada revolucion, era preciso  
"disponer de otro mejor. La sinfiseotomia no podia ser ese otro mé-  
"todo, sino bien practicada y larga y científicamente estudiada.  
"Fijándose primero en la accion mortífera que produce sobre el fe-  
"to el forceps, por la resistencia del anillo óseo, me demostró la  
"necesidad imprescindible de romper las articulaciones posteriores  
"hasta donde fuese necesario para abrir paso á la cabeza del feto,  
"evitándole toda compresion y todo trabajo. Sus experimentos demos-  
"traron que seria indispensable emplear cierta fuerza para obtener  
"el grado necesario de disyuncion en las articulaciones sacro-ilia-  
"ças y que esa fuerza se conseguiria facilmente, por multiplicacion,  
"mediante tracciones ejercidas sobre el forceps, aplicado despues



"de la seccion pubiana; pero que habria que someter la cabeza del  
"niño á una presion equivalente, que muy á menudo le mataria.;Cuan-  
"tos niños vivirian si le hubiesen escuchado en todas partes.!"  
-----  
"Varnier, que presencia siempre todo lo que hace Farabeuf, y yo, le  
"comprendimos en el acto y desde mi segunda operacion, practicamos  
"siempre, despues de la sinfiseotomia completa, una doble artocla-  
"sis posterior, es decir; una doble disyuncion sacro-iliaca, capaz  
"de permitir la separacion pubiana suficiente, cuyo grado para ca-  
"da caso de estrechez ha sido determinado, y fijado en el cuadro  
"que todos conoceis, ya que para saber lo que haciamos era nece-  
"sario medir y calcular. Con el propósito de eliminar de las obser-  
"vaciones la vaguedad, (la nefasta vaguedad, segun la expresion de  
"mi colega) y hacer ver al operador , durante los diversos perio-  
"dos de la extraccion, la separacion existente, hizo Farabeuf cons-  
"truir un compás elástico, que debia permanecer entre los pubis has-  
"ta la conclusion del parto. La doble y considerable artroclasis  
"que él exigia y que nosotros practicábamos, infundia miedo y se  
"le atribuian lesiones anatómicas espantosas. Todo se reduce al des-  
"pegamiento mas ó menos íntegro del periostio del íleon, despega-  
"miento que varia de extension segun la forma y curvatura inicial  
"de la línea innominada. No hay un ligamento importante, ni un so-  
"lo nervio ó vaso que pueda ser lesionado en esta region posterior  
"á menos de llevar las cosas á un grado tan excesivo como inutil.  
"Se ha dado el caso (pelvis anquisolada de un lado), de apartar el  
"hueso hasta setenta milímetros de la línea media, sin producir  
"detras lesion alguna de gravedad. Semejante exceso no debe ser re-  
"comendado: el máximun de separacion simétrica es exactamente seten-  
"ta milímetros, treinta y cinco por cada lado. Creo que jamas se



"habian hecho cálculos; Farabeuf los hizo y tan simples, que cualquier médico puede comprenderlos y en caso necesario reproducirlos

"Es cosa increíble y sin embargo absolutamente cierta, (me escribía Farabeuf) que haya muchos tocólogos eminentes entre sus compañeros, bajo muchos puntos de vista, y que no sepan verdaderamente ni ver ni contar. A pesar de lo que imprimo, hablo, demuestro y pruebo, hay aun quien escriba que la sinfiseotomía aumenta dos milímetros el diámetro útil ó conjugado por cada centímetro de separacion interpubiana, ó sea que ofrece un beneficio de 12 á 14 milímetros por la separacion máxima permitida, que es de 6 á 7 centímetros. De semejantes afirmaciones, hechas por hombres que ocupan altas situaciones y propaladas por sus adláteros el médico crédulo saca la consecuencia de que las pequeñas pelvis (de 80 milímetros para abajo) no pueden ser suficientemente ensanchadas por la sinfiseotomía. Es cierto, si, que cuando se han separado los dos pubis 6 centímetros, la recta trasversal, el palito que esos Sres colocan entre los huesos, dista solo 10 ó 12 milímetros mas del sacro, que lo que distaba la sínfisis antes de la operacion; ¿pero por ventura la cabeza que es redonda, no se mete en esa separacion se 6 centímetros? Basta abrir los ojos para verlo. Corte V. una sínfisis; separe los pubis un poco mas de 6 centímetros; apoye detras de ellos el parietal, y verá como la eminencia avanza 20 milímetros ante la transversal bipubiana, que ya ganaba 12: luego 12 mas 20 hacen 32 milímetros. Un siglo há que la minoria instruida, vió estos dos elementos de ampliacion, mas desgraciadamente no pudo precisarlos ni hacerse entender. He hecho cálculos, formas geométricas, experimentos cadavéricos; todo cuerda y con mis cifras convienen todas las observaciones clínicas



"en que se han anotado en centímetros el diámetro de la pelvis, la  
"separacion de los pubis y el diámetro cefálico. Para hacer esos  
"cálculos verdaderamente infantiles, he comenzado como es natural  
"por examinar donde se encontraba el eje de la charnela, pues el  
"hueso iliaco se abre como una hoja de ventana enganchada en el la-  
"do del sacro.

"Verificado ese examen, he aqui como procedió Farabeuf:  
"trazó el contorno de un corte de la pelvis, dado por el plano del  
"estrecho superior, en un papel cuadrículado por centímetros; una  
"de las líneas verticales correspondia á la linea media y una de  
"las transversales á la cara anterior del sacro. A 25 milímetros  
"detras de esta cara y á 5 centímetros de la línea media, simétri-  
"camente por cada lado, marcó con un punto el eje de la charnela  
"detras del borde posterior de la superficie auricular. Suponiendo  
"que sea un sacro de 10 centímetros de anchura esos puntos serán  
"los centros de los arcos de círculo que habian de describir las  
"partes del hueso cuando tuvierañ que cambiar de lugar por efecto  
"de la separacion de los pubis; detras las tuberosidades iliacas se  
"acercarán y delante se separará todo, en proporcion á la distancia  
"del centro del movimiento. Numerando las líneas transversales si-  
"tuadas delante de la que toca el sacro con las cifras I á 10, la  
"8 se encuentra situada en la línea media á 8 centímetros delante  
"del sacro, á la manera que la sínfisis de una pelvis de 8 centí-  
"metros. Poniendo sucesivamente sobre cada uno de los ejes la pun-  
"ta metálica del compás y el lapiz sobre la cifra 8, se trazan uno  
"despues de otro dos arcos simétricos que indican las trayectorias  
"de los pubis durante el movimiento de separacion. Asi puede verse  
"fácilmente el lugar ocupado por cada pubis en el momento en que su



"trayectoria cruza las líneas verticales que denotan, centímetro  
"á centímetro, el grado de separacion.(fig. I)

"A los dos primeros centímetros de separacion correspon-  
"de una progresion considerable hacia adelante y la línea trans-  
"versal bipubiana se aleja rápidamente del punto de partida. En los  
"siguientes centímetros, la progresion es menor; á los 8 es casi  
"nula; á los 10 retroceden los pubis. (fig.I) .

"En cuanto á la cabeza, el espesor del segmento interca-  
"lado entre los pubis es casi nulo, durante los primeros centíme-  
"tros de la separacion interpubiana y progresa luego rápidamente en  
"esta forma: á 2 centímetros de intervalo pubiano corresponde un  
"segmento de milímetro y medio; á un intervalo de 4 centímetros,  
"5 milímetros; á uno de 6, 13; y al de 7 centímetros 20 milímetros.  
"Bastaba para convencerse antes de recurrir á la experiencia di-  
"recta, poner en relacion tangencial con los pubis separados, un  
"contorno análogo al de la region de la eminencia parietal, es de-  
"cir, un circulo de 90 y aun de 80 milímetros, colocándose uno asi  
"en condiciones menos favorables que las naturales. (Fig.IV).

"El hecho culminante es que cuanto mas se separan los  
"pubis, menos se aumenta la distancia sacro-pubiana, sucediendo  
"todo lo contrario con el segmento de cabeza intercalado.

"Mis cálculos (dice Farabeuf) tienen por base estos dos  
"elementos y para evitar toda sorpresa á los operadores, he supues-  
"to que la cabeza es irreductible y que los pubis se abren en el  
"plano del estrecho superior, siendo asi que los puntos de la cabe-  
"za que en las separaciones superiores á 5 centímetros se apoyan  
"contra los pubis, son muy reductibles. El diámetro de la curva  
"normal y sobre todo el de la que puede adquirir el parietal, es



"inferior á 90 y aun á 80 milímetros.

"En resumen, la ampliacion de diámetro conseguida por  
"la seccion pubiana, la producen dos factores: 1º. El aumento real  
"del diámetro útil, que varia segun la estrechez de la pelvis, en  
"razon inversa de dicha estrechez (En una pelvis de 9 centímetros  
"el beneficio es de 9 milímetros; en una de 8, de 10; en una de 7,  
"de 11; y en una de 6, de 12 milímetros) 2º. El espesor del segmen-  
"to de eminencia parietal intercalada, aumento que es igual é in-  
"variablemente de 20 milímetros en todos los casos. Sumando estos  
"dos términos se obtiene la ampliacion total indicada por las cur-  
"vas de la fig. 3ª."y comprobada por la Fig.IV.

LLevemos al lecho de la parturienta las consecuencias ló-  
gicamente derivadas del estudio anterior y que la clínica ha compro-  
bado en todas sus partes.

Cuando una mujer embarazada confia á nuestro saber y con-  
ciencia su vida y aun lo que para ella es mas, la vida del hijo  
que lleva en las entrañas, un deber imprescriptible nos impone la  
defensa y salvacion de aquellos dos seres por todos los medios hu-  
manamente conocidos y si bien nos es permitido sacrificar la exis-  
tencia del niño ante la consrvacion de la madre, esto tan solo pue-  
de suceder cuando las dos vidas sean absolutamente incompatibles.

Examinemos los diferentes medios de que nos es dable dis-  
poner para desempeñar honrosamente esa mision, harto dificil cuan-  
do se trata de pelvis estrechas.

A seis clases distintas de intervencion se reducen á sa-  
ber:

1ª: Parto prematuro provocado.

2ª: Aplicacion del forceps en el estrecho superior.



3a: Version pelviana por maniobra interna.

4a: Embriotomia de la criatura viva.

5a: Operacion cesárea.

6a: Sinfiseotomia.

1a.

PARTO PREMATURO PROVOCADO.

Cuando tenemos conocimiento de la estrechez pelviana durante el embarazo y juzgamos indicado el parto prematuro; para alcanzar un éxito satisfactorio, esto es, para que nuestra intervencion dé por fruto el nacimiento de una criatura viva, y bastante fuerte para desarrollarse, debemos determinar tres cosas:

1a: El diametro de la pelvis.- 2a: La época del embarazo.-

3a: Los diámetros de la cabeza del feto.

La determinacion de estos tres puntos ha de ser muy exacta, porque de lo contrario seria imposible fijar de una manera precisa el momento oportuno para la intervencion.

1er punto: La medida exacta del diámetro conjugado verdadero ó diámetro útil de Pinard, es un problema que aun está por resolver.

Todos los instrumentos mas ó menos ingeniosos han sido abandonados y solo el método de Depaul ó de mensuracion digital es el que se emplea universalmente; mas por desgracia, si todos están de acuerdo en su aplicacion, no asi en cuanto á la manera de proceder.

El diámetro sacro-subpubiano obtenido, debe disminuirse en determinada cantidad y aqui empiezan las graves dificultades porque los autores están lejos de entenderse, como se puede juzgar por el parecer de las siguientes autoridades:



Para Playfair la reduccion debe ser de 12 milímetros.

,, Depaul.....	15	,,
,, Pajot.....	10	,,
,, Schreuder.....	17,5	,,
,, Leopold de Dresde.....	20	,,
,, Schauta de Viena.....	25	,,

Es decir, que la misma pelvis medida por los Profesores Schauta ó Pajot, resultaria 15 milímetros mas ó menos estrecha segun que fuera el uno ó el otro, el que midiese y naturalmente en un caso dado, el uno aconsejaria la intervencion á los siete meses por ejemplo, cuando el otro insistiria en esperar al octavo, dando asi mas probabilidades de vida á la criatura. Inutil es añadir mas para que resalte claramente, que si el parecer de Pajot es el exacto, fijando en este ejemplo la intervencion en el séptimo mes segun la manera de apreciar de Schauta, se privaria gratuitamente á la criatura de un mes de vida intra-uterina, disminuyendo asi su viabilidad, mientras que si por el contrario el parecer exacto es el de Schauta, dejando la intervencion para el octavo mes se tropezaria con la dificultad de que la cabeza no podria pasar entonces.

2º punto: Se habla de 7 y de 8 meses ¿mas quien garantiza esa época? La preñez puede datar, ó de la vispera de la primera época menstrual que faltó, ó del dia despues del último periodo catamenial observado. ¿Quien puede responder con exactitud, de cual de esas fechas ha partido?

3º punto: ¿Que tamaño tendrá la cabeza del feto en cada época del embarazo, no pudiendo determinarse esta con fijeza?

Ciertamente sabemos que hay un término medio clásico es-



tablecido.

7 centímetros	á	7 meses.
7 y medio	á	7 y medio.
8	á	8.
8 y medio	á	8 y medio
9 y medio	á	9.

pero no ignoramos tampoco que este término medio varia al final del embarazo entre 7 y 10 y medio centímetros, y que estas diferencias en la longitud del diámetro biparietal existen en todas las épocas del embarazo.

Podemos, pues, sostener que ni el diámetro de la pelvis ni la época exacta del embarazo, ni el diámetro biparietal de la cabeza del feto, pueden determinarse con la precision que seria de desear para fijar la época en que debe provocarse el parto. De ahí la grándísima mortalidad de los niños que suelen llegar al mundo gelatinosos y, por consiguiente ineptos para la vida extra-uterina, ó con la cabeza mas ó menos aplastada por un forceps que la obliga á atravesar un canal para el cual resulta demasiado grande.

Nada, por tanto mas natural ante tales verdades, que la exclamacion del Profesor Leopold, de Dresde: "El parto prematuro artificial causa un 1,2 por ciento de mortalidad materna y un 36,6 por ciento de mortalidad infantil, resultado que está lejos, muy lejos, de parecernos satisfactorio.

#### FORCEPS EN EL ESTRECHO SUPERIOR.

Tiempo há ya que Farabeuf y Varnier demostraron los espantosos efectos del forceps sobre la cabeza del niño en los casos de viciosidad pelviana y seria poco menos que inutil el trans-



cribir aqui el brillante capítulo que á ello consagran en el conocido tratado que lleva por título "Introduction á l'art des accouchements"

Obligar á una cabeza, cuyo diámetro y osificación nos son desconocidos, á atravesar dentro de las cucharas del forceps una via estrecha, muy amenudo insuficientemente conocida, ha constituido durante muchos años el único recurso de la generalidad de los tocólogos.

¿Quién podrá jamas determinar la pasmosa cantidad de cráneos aplastados, ojos hundidos y criaturas inocentes sacrificadas sin contar las lesiones de que han sido víctima los órganos maternales!.

Los resultados obtenidos en las grandes clínicas europeas, por profesores de grandísima experiencia, clínicos consumados, de habilidad manual innegable, se hallan distantes de poder dar satisfaccion á nadie. ¿Qué no veriamos si fuese dable conseguir la estadística de todas las aplicaciones del forceps hechas en la práctica privada, en los pueblos y en las aldeas. Si como dice Farabeuf, fuese posible examinar todas las cabezas de los niños que han perecido pocos dias despues de ser extraidos á viva fuerza de las entrañas maternales!.

En Francia y en los países que son sus feudatarios en lo que á la enseñanza se refiere, el forceps ha sido siempre preferido á la version en los casos de angostura pelviana; mientras que lo contrario ocurre en Alemania, donde el forceps solo se aplica en los casos considerados como muy propicios, siendo con frecuencia adoptada la version en el ejercicio ordinario.

Cedamos la palabra á Varnier.-De 1883 (I) á 1889 en la

---

(I)-Varnier. Discusion sobre la sinfiseotomia en la Sociedad Obstétrica de Francia.



"Maternidad de Lariboisiere y de 1889 á 1893 en la clínica Bande-  
 "locque, servidas por Mr. Pinard en un total de 17.000 partos, se  
 "efectuaron, 114 aplicaciones de forceps en el estrecho superior  
 "viciado. Si en estos 114 casos se aplicó el forceps hasta la ex-  
 "tracción, fué sin duda alguna porque se creyó que podía, sin vio-  
 "lencia, dar un resultado satisfactorio, pues de otra suerte se hu-  
 "biera realizado primitiva ó secundariamente la basiotripicia. Y sin  
 "embargo de esos 114 niños, murieron 35.

"Examinemos esa estadística. Descontando de los 114, 5  
 "que estaban ya muertos ó moribundos antes de la intervencion y 2  
 "que murieron algunos dias despues por causas extrañas, restan 107,  
 "de los que ;28! fallecieron á causa de la extracción en Paris, (é  
 "insisto en ello) en manos muy acostumbradas á manejar el forceps.

"-----  
 "¿Y se redujeron á estos, Señores, todos los daños del ins-  
 "trumento en esos 107 casos? No tal. Quedan los heridos por hundi-  
 "miento del frontal ó del parietal, que fueron 6, y las criaturas  
 "nacidas en estado de muerte aparente, que exigieron de 15 á 40 mi-  
 "nutos para ser reanimados y que, podemos confesarlo, sobrevivie-  
 "ron á pesar de nosotros. Pero abandonemos estos últimos y no nos  
 "ocupemos mas que de los muertos ó heridos que llegan á 34 de 107.  
 "Y conste que no puede hablarse en ninguno de estos casos, de vio-  
 "lencia, porque en ninguna de las 114 observaciones en que se apli-  
 "cara el forceps en pelvis de todas dimensiones, para extraer ni-  
 "ños de todos tamaños, se ha notado ni una sola vez la existencia  
 "de esas lesiones que han observado dos de nuestros colegas, atri-  
 "buyéndola (sin razon á nuestro entender) á la aplicacion directa  
 "promontopubiana antero-posterior, única que nosotros practicamos.  
 "Ninguno de nuestros operados, á pesar de que la presion máxima es



"siempre retro-pubiana, ha tenido fístulas vesico-uterinas ó vesico-vaginales, lo que prueba ampliamente, en primer lugar, que las tracciones han sido moderadas y, en segundo, que manteniéndolas en estos límites, la aplicación regular en el estrecho superior no presenta peligro alguno para la madre.

"De las 10 aplicaciones de forceps que se verificaron en 1892 y que se llevaron á efecto en lugar de la sinfiseotomía porque los casos parecían muy favorables, tuvimos que deplorar 4 niños muertos por fractura del cráneo; un niño herido (hundimiento del parietal) que sobrevivió sin que podamos atribuirnos por ello gloria alguna; y otro nacido en estado de muerte aparente y que fué necesario insuflar durante 20 minutos para reanimarlo, fallándole poco, por consiguiente, para formar parte del grupo anterior. Total de 10 niños, 6 entre muertos ó gravemente comprometidos.

"¿Somos por ventura mas desgraciados que los demas?.

"Citemos algunos guarismos para demostrar lo contrario, sin hablar mas que de estadísticas publicadas.

"De 1860 á 70, con el antiguo forceps y en una gran Escuela de Paris, que es innecesario nombrar, se practicaron 15 aplicaciones de forceps en el estrecho superior; 3 solos de estos 15 niños salieron vivos de dicha Escuela; de los otros 12, 5 fueron extraídos muertos y 7 murieron despues de nacer, ocurriendo la muerte de 6 de estos últimos dentro de las primeras 48 horas y demostrando los pesos consignados en los registros que no podia tratarse en ellos de la legendaria debilidad congénita.

"Pero esto pertenece casi á la historia antigua; veamos algo mas moderno.



"En otra Escuela y ya en la era de la antiseptia obstétrica de fines del 88 á fines del 91, de 30 aplicaciones de forceps en pelvis viciadas, solo se han obtenido 14 niños vivos; 12 nacieron muertos y los otros 4 murieron dias despues del nacimiento."

Si abandonando ahora á Francia, echamos una ojeada por el Extranjero, donde el forceps no se emplea mas que en los casos absolutamente favorables, encontraremos lo que sigue: (1)

En la clínica de Praga, el Profesor Pasolika, en un total de 10.000 partos ha usado 27 veces el forceps en pelvis estrechas con el siguiente resultado: 9 niños vivos sanos, 9 vivos heridos, 2 muertos y 7 fallecidos inmediatamente despues del parto. Total: niños que han sufrido lesiones á las cuales han podido sobrevivir ó bajo cuya influencia han sucumbido, 66 por ciento; heridos que han fallecido despues 40 por ciento. En esos 27 casos Pawlica ha utilizado 18 veces el forceps de Tarnier, 3 el de Breus, y 1 el de Simpson y en los cinco restantes no se hace mencion del instrumento. Es superfluo añadir que en todos estos casos se trata de aplicaciones oblicuas, pues en Praga la aplicacion antero-posterior, no se considera realizable mas que en el maniquí.

En el Instituto de Dresde, dirigido por el Profesor Leopold, y en el que el forceps, como en Praga, no se emplea sino en aquellas ocasiones en que se juzga imposible la version, de 19 aplicaciones de forceps se cuentan 4 niños muertos y 5 heridos á saber: 4 por hundimiento del parietal y 1 por fractura del frontal (2).

Paréceme excusado el insistir en los inconvenientes del forceps, pues las cifras son mas elocuentes que las palabras.

(1)-M Boucart. Contribution á l'étude de l'emploi du forceps et de la version dans les bassins retrecis.

(2)-Munchmeyer Ueber die Entbindungen mittels der Zange der Konigl Franen Klinik in Dresden.



## VERSION.

La version no ha sido nunca, como ya he indicado, manera de intervenir muy en honor de nuestro país, donde el forceps ha gozado siempre de indiscutible primacia. Seré por tanto breve y me contentaré con consignar los resultados que en manos de los más hábiles dá, según la expresión de Farabeuf, la version de un feto que no se conoce, sobre los límites de una pelvis insuficientemente conocida.

De 1883 á 1887, las estadísticas de Leopold acusan una mortalidad fetal comprobada de 36 por ciento en 70 casos, y de 1888 á 1892, 31,6 por ciento en 143 casos.

En la Maternidad de Viena, la mortalidad es de 29 por ciento en 89 casos.

Si reunimos los dos cálculos, se hallará que en 234 observaciones la mortalidad fetal es de 32,1 por ciento, siendo preciso notar que se trata de versiones practicadas por Braun y Leopold.

## EMBRIOTOMIA DE LA CRIATURA VIVA.

De más está discutir una intervención que exige el sacrificio de la vida del niño, desde el instante en que hay otro método que permite salvar las dos vidas. Repitamos, pues, con verdadero entusiasmo las palabras del Profesor Pinard "La embriotomía de la criatura viva, ha desaparecido para siempre de la práctica obstétrica".

## OPERACION CESÁREA.

La operación cesárea conservará perpetuamente en Obstetricia, un lugar preponderante y los métodos de Säger, Porró y Bischoff encontrarán siempre indicaciones precisas, bien en los ca-



esos de estrecheces pelvianas inferiores á 65 milímetros, bien cuando la enferma llega ya infectada á las manos del Cirujano.

Esta operacion no puede oponerse á la sinfiseotomia, puesto que como ha manifestado Morisani, donde acaban las indicaciones de la sinfiseotomia, empiezan las de la operacion cesárea.

#### SINFISEOTOMIA.

Mi entusiasmo por la sinfiseotomia, que me pareció desde la primera vez que la vi practicar á Pinard, resolver de una manera fácil y relativamente poco peligrosa, el grave problema de la intervencion en los casos de estrecheces pelvianas, pasó al estado de conviccion á consecuencia de la siguiente observacion que deseo relatar en detalle al principiar este capítulo.

En los comienzos de 1888 fuí llamado con urgencia, á eso de las 4 de la tarde, para asistir á una Sra que, segun me explicaron, se hallaba de parto hacia 48 horas.

Me trasladé al instante á su lado y supe por boca de su médico el Dr. Mendin, que el parto comenzado hacia 48 horas, no habia podido terminarse aun, á pesar de dos aplicaciones de forceps, en la segunda de las cuales habian tirado tres hombres cogidos por la cintura.

Habiéndome demostrado el examen de la enferma que la criatura estaba muerta, propuse concluir enseguida el alumbramiento por medio de una cefalotripsia, que aceptada, ejecute con el cefalótribo de Tarnier, extrayendo laboriosamente una criatura de gran tamaño y desarrollo.

Siete meses despues se presentó en mi gabinete la operada, diciendome que se creia de nuevo en cinta, y preguntándome lo



que debia hacer para tener un niño, pues este era su mas ardiente deseo.

La examiné y despues de haber determinado el grado de estrechéz (sacro-subpubiano de 9 y medio centímetros) aconsejé á la interesada la provocacion prematura del parto á los 8 meses cumplidos.

Asi se hizo, pero la enferma vió defraudadas sus ilusiones, pues si bien el niño nació vivo, solo fué dable prolongar su existencia 10 ó 12 dias porque el manejo de una incubadora por manos inhábiles, es cosa muy dificil en una casa particular, donde á cada momento se infringen, sin querer, los preceptos que dâben guiar esta manera de criar las criaturas débiles.

Otra tentativa debia tener lugar á fines del año 91, pero la caida de un caballo, destruyó en su germen las aspiraciones de mi paciente.

Perseguida por el vehementísimo anhelo de tener un niño, atormentada por la pena que adivinaba en su marido por ver extinguirse su nombre, vino esta Sra á declararme que se encontraba decidida, irrevocablemente decidida, á dejar seguir su curso natural al primer embarazo que tuviera, y á someterse á la operacion cesárea, cuando llegase el momento oportuno.

Conociendo ya los trabajos de Pinard en Bandelocque, donde ademas de haberle oido su primera leccion del 7 de Diciembre del 91, habia podido verle ejecutar dos veces, algunos meses antes (Febrero de 1892) y con pocos dias de intervalo, la sinfiseotomia propuse á mi cliente remplazar la operacion cesárea por esta intervencion, que me parecia muchísimo menos peligrosa para ella, siendo aceptado mi consejo.



El 9 de Diciembre de 1893, á las 7 de la tarde, fuí llamado por la enferma que comenzaba á sufrir, pero como la dilatacion era nula, prometí volver hacia las 12 de la noche, lo que en efecto hice. A esta hora la dilatacion era del tamaño de una peseta, llegando á ser completa á eso de las 5 de la mañana.

La cabeza se presentaba en T.I. y á pesar de que las contracciones eran muy regulares y violentas, la sutura biparietal estaba aun junto á la sínfisis á las 9 de la mañana, hora en que me decidí á operar pues no me pareció posible esperar ya nada de los esfuerzos de la naturaleza.

Despues de haber cloroformizado á la enferma y preparándola para la operacion, observando en esta de manera muy minuciosa los preceptos de la mas rigurosa antisepsia, hice una incision en la línea media, empezando á tres centímetros mas arriba del pubis y acabando en la comisura superior de la vulva. Esta incision descubrió toda la sínfisis y abrió en la parte superior, la cavidad abdominal. Pasando el índice izquierdo por esta abertura despegué los tejidos retro-pubianos, con bastante dificultad, pues la cabeza de la criatura me molestaba con exceso. Hecho esto, procedí á la incision de la sínfisis, la que llevé á efecto no sin trabajo, porque el bisturí de que me servia era demasiado grueso. Una crepitacion bastante fuerte, me indicó que la seccion estaba terminada. Los pubis se separaron unos dos centímetros y entonces hice una aplicacion del forceps, merced á la cual extraje con infinito placer un niño vivo; completando luego la operacion con una inyeccion de sublimado al I por 4.000 hice una sutura de la herida con crin de Florencia que comprendia todo el espesor de las partes blandas, taponé con gasa iodoformada la vagina y apliqué



una espica doble muy apretada.

Los resultados fueron absolutamente satisfactorios, levantándose mi operada por completo restablecida á los 30 dias.

Cuando comparo en mi mente la simplicidad de la indicacion en este caso, la facilidad con que pude obtener un éxito totalmente lisongero, con los apuros, indecisiones y angustias que me habia proporcionado la misma enferma en sus anteriores embarazos, quisiera poder transmitir á mis compañeros, para evitarles tamaños sinsabores, mi conviccion absoluta de que la sinfiseotomia está destinada á resolver y simplificar, de un modo increíble, la terapéutica hasta ahora difícilísima de los vicios pelvianos.

Al seguir paso á paso el periodo de resurreccion de la sinfiseotomia en la clínica Bandelocque, que como es sabido, abre el Profesor Pinard de par en par á todo el mundo, no son las sinfiseotomias á que alli he asistido, lo que ha provocado mas mi atencion, lo que mas me ha enseñado y mas materia me ha suministrado para largas y fructíferas reflexiones, ha sucedido todo lo contrario y para ser exacto, deberia decir, por raro que parezca, que las sinfiseotomias no practicadas, son las que me han convertido en entusiasta partidario de esta operacion.

En efecto alli he podido ver muy repetidas veces mujeres con pelvis estrechas ir tranquilamente á la clínica, 8 ó 10 dias antes del término del embarazo, á esperar el alumbramiento, sin haberse preocupado de parto prematuro, ni de intervencion alguna que pudiera interrumpir la normalidad de su preñez; y llegado el momento, muchas, muchísimas de esas mujeres, han dado á luz de una manera natural, y sin ninguna especie de intervencion, sim-



plemente porque se trataba de niños, como dice Pinard "de la petite spece".

En mas de una ocasion, al acabar la visita de por la mañana, hemos dejado de parto á una ó dos mujeres, convencidos, dada la estrechez de su pelvis, de que por la tarde se aumentaria la estadística de la sinfiseotomia con uno ó dos casos mas, y al acercarse la hora probable, Mademoiselle Roze , la habilísima Comadrona en jefe de aquella Clínica, nos ha dicho con su habitual amabilidad: "Mucho lo siento, pero hoy no habrá sinfiseotomia; el encaje se ha efectuado y el parto será normal".

Tenemos, pues, hoy un arma segura, cuya posesion nos tranquiliza y permite esperar, porque sabiendo que gracias á ella nos es dable socorrer á la naturaleza cuando resulte esta impotente y proporcionarle la victoria, no hay inconveniente en dejarla obrar hasta el instante en que persuadidos de la esterilidad de sus esfuerzos, ó de los peligros de su insuficiencia, juzguemos indicado el momento de nuestra útil y saludable intervencion.

Yo estoy seguro de que dentro de muy poco tiempo, el problema antes tan dificultoso, se encontrará resuelto, en sus líneas principales, del siguiente modo: á toda mujer cuya pelvis presente una estrechez superior á 65 milímetros, le aconsejaremos que aguarde con fiadamente el parto y dejaremos á este seguir su marcha normal, ejerciendo solo un grandísimo cuidado en observar el estado del niño y de la madre y sacando de ella las indicaciones operatorias. (Entiendase bien, que hablo solo de las pelvis á las cuales sea aplicable la sinfiseotomia, pues todos sabemos que hay ciertas deformaciones, - la de Naegelle por ejemplo - en las que esta operacion no daria resultado alguno). Mientras ni el niño, ni



la madre sufran, esperemos tranquilamente, pero en cuanto uno ú otro comiencen á padecer ó adquiramos la conviccion de que el alumbramiento no ha de llevarse á cabo naturalmente, cortaremos la sínfisis sin titubear.

La sinfiseotomia, como ya he expuesto, está aun en su periodo evolutivo-revolucionario; por eso, al examinar los resultados que va dando, examinaremos tambien la forma y la rapidez de su desarrollo. En ninguna parte podemos encontrar materia tan completa para este estudio, como en la Clínica Bandelocque, centro de aquella evolucion, foco de la reciente revolucion.

Cuando convencido de que Spinelli y la Escuela Napolitana que este representaba debian tener razon, se dispuso Pinard á estudiar la sinfiseotomia, participó ese propósito á sus discípulos en la leccion del 7 de Diciembre de 1891 diciendo:

"Hoy cuando nos hemos cerciorado en una mujer de parto  
"cuya pelvis es estrecha, ya por la palpacion mensuratriz, ya por  
"el infructuoso empleo del forceps, de la imposibilidad de la ex-  
"pulsion ó de la extraccion del feto, por las vias naturales, nos  
"encontramos reducidos, para terminar el parto, á uno de estos dos  
"medios: ó triturar la cabeza y concluir el alumbramiento por las  
"vias naturales, ó practicar la operacion cesárea. A pesar, pues,  
"de los progresos realizados en los últimos 15 años, ante un caso  
"como el supuesto, nos hallamos compelidos á practicar ó una ope-  
"racion que salve á la madre, con tanta seguridad como mata al hi-  
"jo, ú otra que salve al niño, poniendo en peligro la existencia  
"de la madre. ¿Permaneceremos eternamente sujetos á esta cruel al-  
"ternativa? ¿Estaremos todavia condenados por largo tiempo al su-  
"plicio, que es indispensable haber sufrido para apreciarlo bien



"de matar criaturas llenas de vida ó de someter á las madres á  
 "correr los riesgos, temibles aun, de la operacion cesárea? Con-  
 "fio en que no, y creo que esta fatalidad puede desaparecer, gra-  
 "cias á una operacion: la sinfiseotomia.

Un año despues, el 7 de Diciembre de 1892, fué el mismo  
 Profesor á dar cuenta á su auditorio de los estudios hechos, de  
 la esperiencia adquirida y de la enseñanza que se desprendia de  
 los 13 casos operados en 1892, desde el 4 de Febrero, hasta el 14  
 de Noviembre; operaciones que dieron el resultado siguiente: 13  
 madres vivas y 10 niños vivos, que concurrieron á la leccion con  
 sus madres.

He aqui esas 13 observaciones, de las cuales solo trans-  
 cribo en extenso, las que ofrecen interes especial, resumiendo  
 brevemente las otras.

OBSERVACION 1<sup>a</sup>. 4 FEBRERO DE 1892.--(PINARD)

B. 30 años. Secundipara. Pelvis canaliculada. Promonto-subpu-  
 biano 9. 7.

PRIMER PARTO: 13 de Julio 1886, á término del desarrollo. (Mater-  
 nidad). Presentacion de hombros. Procedencia del cordon. Criatura  
 muerta y macerada. Embriotomia raquídea, por Mr Ribemont Dessaig-  
 nes, con el embriótopo de Tarnier. Basiotripicia, indispensable pa-  
 ra extraer la cabeza. Salió de la Maternidad á los 32 dias.

SEGUNDO PARTO. 3 de Febrero de 1892.

Ultimas reglas del 1<sup>o</sup> al 6 de Mayo de 1891. El fondo del útero  
 sube 36 centímetros por encima del borde superior de la sínfisis.  
 Hidropesia del Amnios. Feto movil y aparentemente voluminoso con  
 tendencia á presentarse por las nalgas.

Introduccion de un globo Champetier el 3 de Febrero á



las 7 y media de la tarde. A las 12 y cuarto dilatacion completa: la expulsion del globo es inminente. A las 12 y media cloroformo: extraccion del globo; la bolsa de las aguas está intacta. Repetidos é infructuosos ensayos, para arrastrar hacia abajo por manio- bras externas la cabeza del feto, el cual se presenta por las nal- gas, en transversal derecha.

Mr Pinard se decide á practicar la extraccion, previa sinfiseotomia. A las 12 y 50 incision; despues de la sinfiseoto- mia, separacion espontánea de un centímetro. A la una y 15, rup- tura artificial de las membranas y principio de la extraccion. A la una y 20, las nalgas están fuera. A la una y 24 extraccion de la cabeza por medio de la maniobra de Champetier; extraccion dificil, acompañada de dos saltos, de los cuales el último es el mas violento. No se ha medido la separacion. Extraccion de la pla- centa. A la I y 45 se practica la sutura y se fija el vendaje con una faja de yeso. El niño pesa 3.350 gramos y tiene 52 centíme- tros de largo. Está en estado de muerte aparente, pero pronto se reanima, y grita bajo el influjo de las fricciones.

Hundimiento profundo del parietal posterior derecho. Mue- re el niño el 6 de Febrero (tercer dia) á las 6 de la tarde, ha- biendo presentado los síntomas clásicos de hemorragia meníngea. Cabeza conservada en el museo.

Puerperio normal. Al quinto dia sin motivo alguno, sube la temperatura de la operada á 38,2. Reunion por primera inten- cion. Se levanta el 23 de Febrero y anda bien.

OBSERVACION 2ª. 22 FEBRERO 1892. (PINARD)

G. Primípara. Pelvis aplastada. Promontorio accesible.

Dos aplicaciones de Forceps, una de 15 minutos y otra de 3, sin



resultado. Sinfiseotomia. Extraccion facil, mediante el forceps, de un niño vivo de 4.630 gramos. Separacion de los pubis 6,I.

OBSERVACION III. 23 MARZO 1892. (PINARD).

P. Cuartípara. Diámetro promonto-subpubiano 9.

Primer parto. A término en 1887. Eterizacion. Niño muerto.

Segundo parto. En 1888 (Maternidad de Lyon). Provocado á los 8 meses. El niño muere el tercer dia.

Tercer parto. A término, en Abril de 1890. El Profesor Fochier llega á extraer con el forceps un niño de 3.220 gramos, cuyo diámetro biparietal era solo de 7 centímetros y que muere 15 dias despues.

Cuarto parto. (23 Marzo 1892 Clínica Bandelocque). Últimas reglas 30 Junio 1891. Presentacion de vértice; transversal izquierda.

Introduccion del globo de Tarnier el 21 Marzo á las 10 y 50 de la mañana. Expulsion del globo á la 1 de la tarde.

Introduccion del globo Champetier el 23 de Marzo á las 5 de la mañana. Dilatacion completa á las once. Extraccion del globo y ruptura de las membranas.

A las 12 y cuarto Mr Fochier practica sucesivamente dos aplicaciones oblicuas del forceps Tarnier y Mr Pinard hace una aplicacion directa, todo sin resultado.

A las 12 y 40, sinfiseotomia. A las 12 y 50, cuarta aplicacion de forceps, durante la cual la separacion ósea alcanza á 6 centímetros y medio. Extraccion de un niño vivo de 2.730 gramos, cuyo diámetro biparietal es de 9,7. Puerperio normal. Reunion por primera intencion.

OBSERVACION IV. 3 MAYO 1892. (VARNIER).

R. 26 años. Cuartípara. Talla un metro 46 centímetros. Pelvis



45

justo-minor. Promonto-subpubiano 9,8.

Primer parto. (En 1886 Clínica de la calle de Assas) Terminado por embriotomia, despues de dos dias de sufrimiento.

Segundo parto. (En 1887, Maternidad de Lariboisiere, al servicio del Dr Pinard.) Provocado á los 8 meses próximamente y terminado por version, despues de la dilatacion completa. Vértice con pro-cidencia del cordon, de las manos y de un pie. Niña en estado de muerte aparente, pronto reanimada, pero muerta al siguiente dia.

Tercer parto. (En 1890 Maternidad de Tenon, al servicio de Mr Champetier de Rives). Provocado á los 8 meses y concluido por basiotripicia.

Cuarto parto. (En 3 de Mayo 1892, Clínica Bandelocque). Última regla del 3 al 5 de Agosto de 1891.

Teniendo en cuenta los antecedentes, Mr Pinard resolvió pro-vocar prematuramente el parto y practicar la sinfiseotomia, antes de hacer tentativa alguna de extraccion.

El 3 de Mayo, á las 5 y 40 de la mañana, introduccion de un globo Champetier. A las 10 y media dilatacion completa; bolsa in-tacta; cabeza encima del estrecho superior, en transversal iz-quierda. A las once y 48, sinfiseotomia por el Dr Varnier (7 mi-nutos). Separacion 3 centímetros.

A las once y 58, ruptura artificial de las membranas y apli-cacion de forceps en T.I. Extraccion fácil de un niño de 2.130 gramos. Biparietal 8,2. Es delicado y se halla en estado de muer-te aparente, pero se reanima en dos minutos y se le coloca en una incubadora á 36°. Respiracion difícil todo el dia 3. Cianosis. No mama, mas conserva toda la leche que toma por cucharaditas. El dia



4, cianosis persistente, respiracion acelerada y vómito de la leche. El dia 5 muere á las 6 de la mañana. Autopsia á las 6 de la tarde. Peso 1950 gramos. Las vísceras parecen sanas. La cabeza que no presenta fisura ni fractura, se conserva en el Museo.

Puerperio patológico. Abceso de un labio mayor. Reunion por primera intencion, de la herida operatoria. Exeat el 23 de Junio.

OBSERVACION V. 29 MAYO 1892. (PINARD).

A. Sextípara. Pelvis justo-minor. Promonto subpubiano 9,3.

Primer parto. (En 1885, Laribaisiere, al servicio del Dr Pinard).

A término. Basiotripeia del niño vivo despues de 73 horas de dolores, y de una aplicacion de forceps, hecha por Mr Pinard.

Segundo parto. (En 1887, Clínica de la calle de Assas, Dr Pinard).

Provocado á los 7 meses y medio. Niño muerto durante el parto.

Tercer parto. (En 1888, Clínica Lariboisiere Dr Pinard). Provocado á los 7 meses. Aplicacion de forceps en el estrecho superior.

Niño de 2.200 gramos, muerto durante la noche. Biparietal 8,6.

Cuarto y quinto embarazos.(1890 y 1891). Abortos á los dos meses y medio y á los tres respectivamente.

Sexto parto. (En 29 de Mayo 1892, Clínica Bandeloeque). Últimas reglas del 14 al 17 de Septiembre 1891. Presentacion de vértice sin descenso; transversal izquierda.

Teniendo en cuenta los antecedentes, Mr Pinard decidió esperar el final del embarazo y practicar la sinfiseotomia, sin tentativa previa de extraccion.

El 28 de Mayo á las 5 de la mañana, ruptura prematura de las membranas y principio del parto.

El 29 de Mayo á las 6 de la mañana, dilatacion completa; á las 10 y 10, sinfiseotomia con separacion espontánea de 2,5; á las 10



y 38, aplicacion de forceps; á las 10 y 40, extraccion facil de un niño de 3.110 gramos, que grita enseguida. Separacion máxima 4,5. Biparietal 9,1. Puerperio normal. Reunion por primera intencion.

OBSERVACION VI. 29 JUNIO 1892.(PINARD).

Primípara. Talla 1 m. 35 c. Pelvis estrecha en todos sus diámetros. Últimas reglas del 9 al 12 de Octubre 1891.

Presentacion de vértice en transversal izquierda. Sin descenso. El 28 de Junio despues de examinar á la enferma, Mr Pinard acordó provocar el parto y cortar la sínfisis, sin tentativa previa de extraccion. Introduccion de un globo Tarnier á las 10 y media de la mañana y de otro Champetier, á las 5 y media de la tarde.

El 29 ruptura de las membranas; dilatacion completa á las 9 de la noche; extraccion del globo, que rasga el vestíbulo y hace necesaria la aplicacion de dos pinzas. A las 9 y 15, sinfiseotomía. A las 9 y 24, aplicacion de forceps y extraccion de un niño de 2.720 gramos en perfecto estado. Biparietal 9,4.

Puerperio normal . Reunion por primera intencion.

OBSERVACION VII. 6 JULIO 1892.(PINARD).

23 años. Primípara. Talla 1m. 42 c. Diámetro promonto-subpubiano 10,4. Últimas reglas 30 Septiembre 1891.

Parto provocado. Sinfiseotomía. Forceps. Criatura viva de 3.300 gramos. Biparietal 10.

Puerperio ligeramente patológico(38,5 poco mas ó menos, durante los 7 primeros dias) Reunion por primera intencion. La operada se levanta y anda perfectamente á los 24 dias despues del parto.

OBSERVACION VIII. 30 JULIO 1892.(LEPAGE).

M. 26 años. Secundípara. Pelvis raquítica pequeña. Diámetro pro-



monto-subpubiano 9,7.

Primer parto. (En 1887, Hospital de Amiens) Alumbramiento espontáneo de un niño, que vive aun y se desarrolla perfectamente.

Segundo parto. (En 1892, Clínica Bandelocque) La parturienta llega á la sala á las 4 y 44 de la mañana. La dilatacion es casi completa. El parto ha empezado la vispera á las II de la noche. Las membranas están intactas. A las 6 y 45, ruptura artificial de la bolsa de las aguas. A las 7 Mr Lepage comprueba; dilatacion completa; cabeza en transversal izquierda, muy alta; líquido verde; procubitus del cordon; latidos sordos é irregulares del corazon.

Despues de una aplicacion de forceps infructuosa (20 minutos de tracciones), Mr Lepage mandó aviso á Mr Pinard, quien le ordenó hacer la sinfiseotomia á las 10 y 13 minutos. Extraccion facil, con el forceps, de un niño de 4.000 gramos, en estado de muerte aparente, pero que se reanimó en 10 minutos mediante insuflacion y fricciones. Biparietal 9,5. Reunion por primera intencion. A los 30 dias, salieron perfectamente del Hospital la madre y el hijo.

#### OBSERVACION IX. 13 SEPTIEMBRE 1892(VARNIER).

B. Secundipara. Talla 1 m.39 c. Pelvis raquítica. Diámetro promonto-subpubiano 9,2.

Primer parto. (En 1889 Lariboisiere, Dr Pinard).Basiotripicia del niño muerto. La mujer llegó á la sala en una camilla. Dilatacion completa. Membranas rotas. Procidencia del cordon y del brazo anterior. Varnier tuvo que aplastar dos veces la cabeza y sin embargo la extraccion no fué posible sino despues de la retropulsion del brazo anterior, siendo necesario practicar la maniobra de Ribemont, para extraer el cuerpo.



Segundo parto. (En 1892, Clínica Bandelocque). Principió el parto á las 7 de la noche del 13 de Septiembre. Dilatacion completa á las 5 y 40, hora en que Mr Varnier ejecutó la sinfiseotomia y extrajo con el forceps un niño de 3.200 gramos que gritó en el acto Biparietal 9,5. Reunion por primera intencion.

Durante la operacion se produjo á la izquierda de la uretra, mas sin interesarla, una rasgadura longitudinal de la pared anterior de la vagina, bastante ancha para que por ella pudiera meterse el índice por entre los dos pubis separados. La herida quirúrgica, comunicaba con la vagina, que se llenó con gasa iodoformada. La cicatrizacion de las dos heridas era completa el 16 de Octubre y la mujer salió totalmente restablecida.

OBSERVACION X. 10 OCTUBRE 1892. (PINARD).

A.F. 25 años. Secundípara. Pelvis aplastada. Diámetro promonto-subpubiano 10 centímetros.

Primer parto. (En 1891, Clínica Bandelocque). Albuminuria y eclampsia. Parto gemelar. Extraccion por los pies. Niños vivos, uno de 2.300 gramos (biparietal 8,5) y otro de 1.980 gramos (biparietal 8,4).

Segundo parto. (En 1892 Clínica Bandelocque). Dos aplicaciones infructuosas de forceps, sinfiseotomia y tercera aplicacion del forceps, que extrae un niño de 3.220 gramos, el cual grita enseguida. Biparietal 9. puerperio normal. Reunion por primera intencion.

OBSERVACION XI. 6 OCTUBRE 1892 (PINARD).

A.B. 28 años. Secundípara. Pelvis raquítica. Diámetro promonto-subpubiano 10 centímetros.

Primer parto. (En 1889 Maternidad). Terminado por una aplicacion de forceps. El niño muere á los 27 dias, de convulsiones, presen-



tando aun las marcas del forceps.

Segundo parto. (En 1892, Clínica Bandelocque) El 5 de Octubre á las 12 de la noche, hizo el Dr Wallich una aplicacion inutil del forceps, sin lograr conseguir el descenso de la cabeza, á pesar de enérgicas tracciones. Mandó entonces llamar á Mr Pinard, quien opinó aguardar. El 6 á las 10 de la mañana, con una temperatura de 38,8 y visto que el parto no habia adelantado nada, Mr Pinard practicó la sinfiseotomia y extrajo con el forceps un niño de 3.750 gramos, rápidamente reanimado. Biparietal 8,4.

Puerperio ligeramente fébril durante los 12 primeros dias de 38 á 38,5. Reunion por primera intencion.

OBSERVACION XII. 21 OCTUBRE 1892. (WALLICH).

M. Tercípara. Pelvis raquítica. Diámetro promonto-subpubiano 10,5.

Primer parto. (En 1886.) Expontáneo. Niño vivo.

Segundo parto. (En 1889) Expontáneo. Niño muerto durante el alumbramiento.

Tercer parto. (En 1892, Clínica Bandelocque) Presentacion de vértice. Sinfiseotomia por el Dr Wallich. Aplicacion del forceps por el Dr Varnier. Niño de 3.650 gramos, en estado de muerte aparente, pero reanimado en 10 minutos. Biparietal 9,5.

Puerperio: 38,5 el quinto sexto y séptimo dia. Reunion por primera intencion. La operada se levanta á los 19 dias, anda bien durante ocho dias y es víctima el noveno de una flegmatia alba dolens, de que aun sufre.

OBSERVACION XIII. 13 NOVIEMBRE 1892. (POTOCKI).

M.F. 38 años. Secudípara. Pelvis raquítica. Diámetro promonto-subpubiano 9,7.

Primer parto. (En 1880 Maternidad). Cefelotripicia.



Segundo parto. (En 1892, Clínica Bandelocque) Principió el II de Noviembre á las II de la noche. A las 12 ruptura espontánea de las membranas? El 13 á las 8 de la mañana, dilatacion completa. A las 9, Mr Pinard ordenó practicar la sinfiseotomia por Mr Patocki. A las 9 y 23, aplicacion de forceps y extraccion de una niña de 3.300 gramos en estado de muerte aparente y que, insuflada y reanimada, murió á la I de mañana del 14. Biparietal 9,5. Apliacion irregular del forceps, oblicua. El frontal descubre una depresion profunda que desaparece por la tarde, al mismo tiempo que empiezan los movimientos convulsivos de la cara. Reunion por primera intencion.

En el precedente resumen de las observaciones, se habrá visto que en esta primera serie de sinfiseotomias, las ha habido practicadas en combinacion con el parto prematuro y con aplicaciones del forceps antes de la separacion de los pubis (I y III) y que precisamente en esos casos, se encuentran los únicos desgraciados con referencia al feto, pues de las trece madres que Pinard presentó al auditorio, solo tres asistian sin sus hijos. ¡Cuanto sufrimiento, cuantos peligros inutilmente arrostrados, cuatro, cinco, y seis veces, por algunas de ellas, antes de la sinfiseotomia, con el vivísimo deseo de ser madres!

Del análisis de estos casos, saca Pinard las deducciones que siguen:

1ª. Que la seccion de la sínfisis tiene que ser completa.

2ª. Que el forceps es preferible á la version para concluir la intervencion y que cree mejor terminar con una aplicacion regular de forceps, que abandonar á la naturaleza la conclusion del parto.



3ª. Que la sinfiseotomía debe ocupar uno de los primeros lugares entre las operaciones obstétricas.

4ª. Que la pesadilla de la embriotomía del niño vivo, ha desaparecido para siempre.

5ª. Que el campo de la operación cesárea disminuirá considerablemente.

6ª. Que si, lo que es probable aunque todavía imposible de decidir, la sinfiseotomía está llamada á anular el parto prematuro, ha de suprimir también todas las aplicaciones de forceps en que se emplee gran desarrollo de fuerzas, que no son más que cefalotripcias disimuladas.

Pero aun después de este primer año de aprendizaje admite Pinard la aplicación primitiva de forceps, pues acabó así la lección de que vengo hablando. "Cuando una aplicación regular de forceps no haya podido determinar el descenso de la cabeza, después de haber tirado con moderación, se debe retirar el instrumento y proceder á la sinfiseotomía. Veís Sres, la influencia ejercida por la sinfiseotomía sobre la mayor parte de las operaciones obstétricas; veís su bienhechora intervención en casi todos los casos de vicios pelvianos; pelvis pequeñas ó aplastadas; pelvis viciadas por el raquitismo, es decir viciadas en el estrecho superior; y aun pelvis viciadas en el estrecho inferior, pues este gana más que el otro con la sinfiseotomía. Quedan solo las pelvis asimétricas y, en particular las oblicuo-ovales, con sinostosis de una sínfisis sacro-iliaca."

Doce meses después, el 7 de Diciembre de 1893, pudieron los que asistían á la Clínica Bandelocque examinar otras doce mujeres, operadas en aquel lapso de tiempo. Una que allí no figura-



ba, habia muerto de septicemia, pero esta mujer habia llegado al Hospital despues de tres dias de parto y en estado de infeccion manifiesta.

Luego de analizar esas observaciones mas recientes y con la experiencia adquirida en dos años, se explicó Pinard en estos términos. "Nunca he tenido en el servicio tantas estrecheces como este año y jamás he practicado tan pocas operaciones. Es que por primera vez he aplicado, como lo haré cada dia mas rigurosamente, los siguientes preceptos: 1º. Abandonar el parto prematuro en todos aquellos casos en que la sinfiseotomia pueda permitir el paso de la cabezã de un feto que haya llegado al término de su desarrollo. 2º. Abandonar toda aplicacion de forceps por resistencia ósea, ya radique la resistencia en el estrecho superior, ya en el estrecho inferior. 3º. Abandonar absolutamente la embriotomia de la criatura viva. 4º. Ensanchar momentáneamente la pelvis (por sinfiseotomia, pubiotomia, isquipubiotomia, ó coxiotomia) en todos los casos de resistencia ósea no vencida por las contracciones, con tal de que el cálculo me demuestre que la seccion de la pelvis dará paso á la cabeza bien orientada. 5º. Hacer la amputacion utero-ovárica, en los casos de estrechez absoluta".

La observancia extricta de estas reglas durante el año 1894, dió por resultado el que en 2.147 partos asistidos en Banelocque y de 94 pelvis viciadas encontradas en ellos, 64 parturientas de entre estas últimas hayan dado á luz expontáneamente y no haya sido preciso concluir el parto de un modo artificial mas que 30 veces. De ellas 22 fueron sinfiseotomias, 1 operacion de Porró, 6 basiotripcias en el niño muerto, y una aplicacion de un instrumento nuevo de Farabeuf, le levier prehensur mesurateur



Resumiendo y analizando una por una todas las observaciones desde el 4 de Febrero de 1892, fecha de la primera sinfiseotomía, hasta el 7 de Diciembre de 1894, dejando á un lado las parturientas que ya habian sufrido exámenes ú operaciones antes de entrar en la Clínica Bandelocque, y poniendo en otro las que no han sido examinadas y cuidadas mas que en dicha Clínica (esto es, las que han beneficiado de toda la antisepsia requerida en semejantes casos), llega Pinard á las siguientes conclusiones: 1ª. Que "la sinfiseotomía incompleta debe proscribirse. 2ª. Que la combinación del parto provocado con la sinfiseotomía, no es afortunada. 3ª. Que el ensanchamiento momentáneo de la pelvis practicado en mujeres sanas y con fetos tambien sanos, que han llegado al término de su desarrollo, no ha causado la muerte, ni de una mujer ni de un niño".

He querido trazar rápidamente la historia de la revolución que se ha efectuado en Bandelocque, bajo la influencia de la sinfiseotomía, porque deseo que cada cual se penetre bien de que Pinard, no se ha fundado sino en la experiencia clínica para establecer los principios á que amolda hoy su práctica.

Sé, perfectamente, y todos sabemos, que agrupando las sinfiseotomías practicadas en la era antiséptica, existe aun una mortalidad maternal y fetal imputable á la operación, pero yo no pretendo demostrar sino lo que puede y debe ser la sinfiseotomía y por eso me he limitado al estudio de lo que he podido ver, observar y juzgar en la Clínica del Boulevard du Port Royal, pues creo que lo que en Francia se hace con tan brillante resultado, puede ejecutarse lo mismo en España con éxito no menos lisonjero y estoy cierto de que á muchas de las muertes imputadas á la sin-



fiseotomia se les pueden aplicar las palabras de Morisani: "Del artífice son culpa é non del arte" , porque como dice Jaccolucci: "La Estadística de la sinfiseotomia comprende, ademas de los resultados de la operacion, el de las faltas cometidas por los operadores".

¿Significa lo dicho que la operacion de Sigault há de dar siempre resultados excelentes para la madre y la criatura? Seria la única á que tocara en suerte tan feliz privilegio.

Acto quirúrgico complejo, en el que se requiere habilidad como cirujano y como tocólogo, el ensanchamiento de la pelvis estará sometido á las múltiples contingencias de toda operacion y aun á algunas mas relativas á la facilidad de infeccion durante el puerperio. Pero lo que si pretendo y aseguro es, que ninguna otra intervencion puede dar, en manos hábiles, resultados tan satisfactorios.

MANUAL OPERATORIO.- El número de procedimientos aconsejados para ejecutar la sinfiseotomia es casi tan grande, como el de los cirujanos ó tocólogos que la han practicado.

SIGAULT, LE ROY, Plenk, Ansiaux, Maigrier, Stoltz, Imbert, y algunos otros, antes de llegar á Farabeuf, en Francia, Francisco Canivell en España; Carbonai, Piccinini, Salviati, Norri, Morisani, Mancusi y Spinelli en Italia; Aitken, en Inglaterra y ciertamente no he trahscrito la lista completa de los que han ideado un procedimiento, modificado un instrumento, ó inventado algun cuchillo para realizar una operacion, que como dice Capurran, puede efectuarse con una sonda acanalada y un bisturí cualquiera.

Entre esta legion de procedimientos, merecen especial



cita los de Sigault, Stoltz, Galbiati, Canivell, Farabeuf y Morisani.

El de Sigault ya lo conocemos. El de Stoltz consiste en practicar una pequeña incision sobre el monte de Venus, previamente afeitado, por la cual se hace pasar, sin despegarla de la cara posterior de la sínfisis, una aguja larga, cuya punta se saca por entre los dos cuerpos cavernosos que hay encima del clítoris y que sirve para introducir una sierra de cadena, que en un momento secciona el pubis.

Galbiati se sirve de un bisturí especial, llamado "Hoz de Galbiati", con el cual incinde de atras para adelante el cartílago inter-óseo. Emplean este método la Escuela de Viena y, en particular el Profesor Schauta y la de Nápoles y su insigne jefe Morisani.

El procedimiento Canivell, importantísimo en la época en que fué concebido, solo despierta hoy un interes histórico, pues fué el primero subcutáneo llevado á la practica. Imbert y Carbonai han inventado, medio siglo despues procedimientos equivalentes.

Estas diferentes maneras de abrir la sínfisis, conservan, en verdad, gran atractivo para los aficionados á estudios históricos, mas si bien denotan muchas veces ingenio en sus autores, no se imponen al estudio, ni por su mayor seguridad, ni por su simplicidad ó rapidez. Me limitaré por tanto, á describir las de Morisani y Farabeuf; la primera, por ser en mi sentir la mas quirúrgica y la segunda, por parecerme la mas segura y capaz de ser practicada por todo el mundo.

Ante todo, deseo decir de una manera terminante, que pa-



ra obtener los resultados que nos ofrece la sinfiseotomia, es indispensable, absolutamente indispensable, el observar de un modo rigurosísimo la asepsia perfecta, si se dispone para ello de cuanto es necesario. Si no, el médico antiséptico es el que debe adoptarse imperiosamente.

No hay que olvidar el axioma de Lucas Champoniere "La asepsia ó la antisepticia, son aun mas indispensables en cirujia ósea, que en cirujia abdominal."

Todo aquel á quien las prácticas detalladas de estos métodos no le sean completamente familiares, hará mejor en abstenerse, que en lanzarse á una catástrofe probabilísima. Para cerciorarse de ello, basta consultar la estadística desastrosa de esta operacion, antes de la era antiséptica.

No debe procederse á una sinfiseotomia, sin tener presente la imposibilidad eventual de abrir la sínfisis; conviene, pues, tener preparada, junto con los instrumentos precisos, una sierra de cadena con su aguja maleable.

PROCEDIMIENTO MORISANI.

Instrumentos: una navaja de afeitar, una sonda de mujer, y un bisturí de Galbiati: Se coloca la mujer (I) sobre el borde de la cama, en la posicion clásica, se la anestesia y se pone el operador delante de ella. Luego de haber afeitado y desinfectado con sumo esmero las partes genitales y el hipogastrio, se introduce en la vejiga la sonda metálica de mujer. Empezando á dos centímetros mas arriba del pubis, se hace una incision vertical, que deberá comprender todos los tejidos hasta llegar al borde superior de la articulacion. Se despegan los tejidos retropubianos,

(I) Leccion explicada en Nápoles el 15 de Febrero de 1892 y reproducida por los "Anales de Gynecologie et Obstétrique" Abril 1892.



sin separarse de la cara posterior de la sínfisis, y por esta via se mete, guiada por el dedo, la hoz de Galbiati, especie de fuerte bisturí abotonado y cóncavo en su filo. El boton pasa por debajo del borde inferior de la articulacion; el borde cóncavo y constante del instrumento se apoya sobre esta y ejecutando enseguida un movimiento de elevacion é inclinacion, hacia adelante del mango del instrumento, se abre, merced á él, la articulacion, de abajo á arriba y de atras á delante.

Morisani no emplea siempre la hoz de Galbiati que acabo de describir. A menudo utiliza un bisturí ordinario y ataca la articulacion de delante para atras.

Si las contracciones son enérgicas, se deja á la naturaleza que concluya el alumbramiento; pero si no, se termina con el forceps, cuidando de ejercer una presion moderada sobre los trocánteres, para evitar la brusca separacion de los huesos. El vendaje se efectua con algodón y una faja.

#### PROCEDIMIENTO DE FARABEUF.

Instrumentos: Un bisturí delgado, unas tijeras, una sonda acanalada, una sonda-canal de Farabeuf, un disyuntor con cuadrante de Pinard, una sierra de cadena, una navaja de afeitar y una sonda de mujer.

Cuando la dilatacion es completa, se dilatan previamente la vajina y la vulva, (si la mujer es primípara), con un globo de Champetier de 32 centímetros de circunferencia, y una vez tomadas las mas minuciosas precauciones antisépticas, se coloca la mujer en posicion obstétrica. Se practica una incision, que empezando á 4 centímetros mas arriba del pubis, llegue á un centímetro mas abajo de su borde inferior, poniendo al descubierto la



parte inferior de la línea blanca y la articulación. Se tira el clítoris hacia abajo para dar tensión á las fibras del ligamento suspensor y se hace un corte átravesado de 2 centímetros, á un dedo mas arriba del borde inferior de la sínfisis. Durante este periodo operatorio, es fuerza tener especial cuidado en no meter en la herida el dedo que ha estado en el vestíbulo de la vulva, pues podria infectarse aquella. Con la punta de la sonda de Farabeuf se echan hacia abajo las fibras cortadas del ligamento suspensor raspando el hueso hasta descubrir el conducto natural que existe debajo del pubis y que Farabeuf llama "via sub-sinfisiana". Abriendo la parte inferior de la línea blanca sobre la sonda acanalada en un espacio de cuatro centímetros se separan con el índice (ayudado si es menester, con la sonda de Farabeuf) la grasa y el tejido celular retro-pubianos, hasta que la yema del dicho índice aparezca por debajo de la sínfisis. Junto á la yema del dedo, se coloca entonces la punta de la sonda de Farabeuf, punta que guiada por el índice, al retroceder llega al borde superior del pubis, rozando siempre la cara posterior de la sínfisis. Puesta asi la sonda, es imposible herir ningun vaso ú otro órgano importante y puede el tocólogo sin temor atacar la sínfisis con un bisturí delgado y fuerte, practicando su seccion completa con toda seguridad. Colocando entonces el disyuntor Pinard, entre las dos superficies de seccion, se da á los huesos el grado de separacion que se haya calculado como necesario y que nunca debe de exceder de 7 centímetros.

Aqui descansa el cirujano y entra de nuevo en accion como partero.

¿Debe acabarse el parto enseguida por medio de una apli-



cacion de forceps ó dejarle que siga su curso normal, cuando no exista indicacion especial de concluir pronto?

Sobre este extremo no concuerdan los pareceres. Durante los tres primeros años, casi todas las sinfiseotomias terminaron en Bandelocque por una aplicacion de forceps, pero mas tarde empezó Pinard á dejar el descenso á la naturaleza, lo que muy amenudo hacia tambien Galbiati á principios del siglo.

Morisoni y Zweifel, son de idéntica opinion que estos, mientras que Leopoldo y otros juzgan mas humano y no mas peligroso, el concluir el parto de una vez.

Yo entiendo que hay ciertas ventajas en abandonar el parto á la naturaleza, y que solo debe aplicarse el forceps cuando el estado de la madre ó de la criatura reclamen una rápida terminacion.

Adoptada cualquiera de las dos resoluciones, es de rigor tener especial cuidado, como encarga Varnier, en bajar un poco los muslos y acercar los pubis en cuanto se haya efectuado el descenso de la cabeza, porque de otra manera podrian rasgarse las partes blandas, lo que ha sucedido algunas veces.

Acabado el parto y extraidas las secundinas, se quita la gasa iodoformada con que deberá haberse llenado la herida y se procede á la reunion.

Se atraviesa con tres gruesas sedas el manguito fibrotendinoso que cubre los pubis, juntándolos todo lo exactamente posible.

La piel y los músculos se unen por el método que parezca preferible al Cirujano.

Como siempre he empleado en las laparotomias el mismo



procedimiento de sutura y hasta ahora no he tenido que arrepentirme, aconsejaria que se procediese á la reunion por medio de puntos separados con crin de Florencia; puntos que deben atravesar todo el espesor de las partes blandas, comprendiendo la aponeurosis y los músculos en los puntos superiores, despues de lo cual se colocan algunos puntos superficiales entre los profundos, (si fuese necesario), para regularizar la cicatriz, que se cubre con iodoformo y con gasa aséptica.

Un vendaje bien apretado es suficiente y á los 8 dias se quitan las suturas . La operada puede levantarse á los 21.

#### .CONCLUSIONES.

1ª. La sinfiseotomia fué ideada por Sigault, y ejecutada primera vez por el mismo en 10 de Octubre de 1777.

2ª. El método subcutáneo fué aplicado á la sinfiseotomia por el Licenciado D. Francisco Canivell, Cirujano Mayor de la Armada y Vice-Presidente del Real Colegio de Cirujia de Cadiz en 9 de Agosto de 1780.

3ª. Conservada por la Escuela Napolitana; defendida y rehabilitada por el Profesor Morisani; estudiada y metodizada por la Escuela de Pinard, la sinfiseotomia antiséptica, bien ejecutada, no ofrece peligro alguno, ni para la madre ni para la criatura.

4ª. Esta operacion debe remplazar en Obstetricia, al parto prematuro, á la aplicacion del forceps con gran desarrollo de fuerzas; á la version profiláctica; á la embriotomia de la criatura viva que bajo ningun concepto debe ejecutarse en adelante, y á la operacion cesárea de indicacion relativa.

5ª. La sinfiseotomia está indicada en todos aquellos casos en que la estrechez pelviana no sea inferior á 65 milímetros.



6ª. Para proceder á la operacion son indispensables las condiciones siguientes: (a). Parturienta no infectada. (b). Criatura viva y en buen estado. (c). Pelvis no anquilosada, ni oblicuamente estrecha. (d). Partes blandas dilatadas ó facilmente dilatables.

7ª. Los métodos de Salviati, y de Farabeuf son los mejores. Este último es muchísimo mas seguro, aunque menos rápido y brillante.

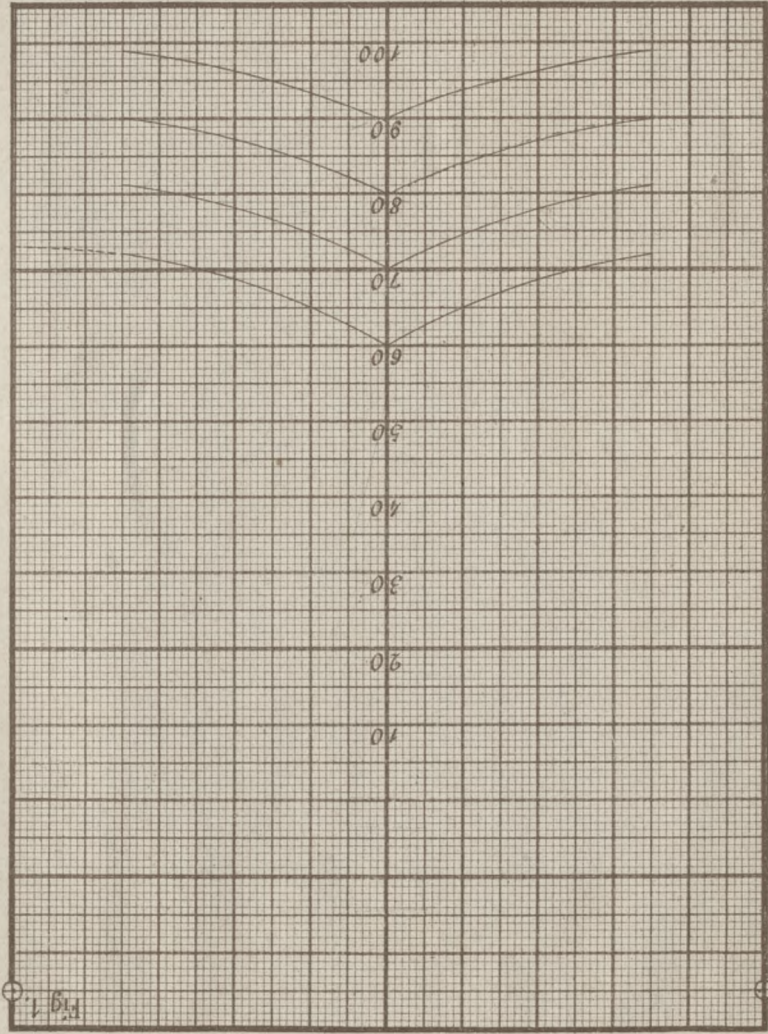
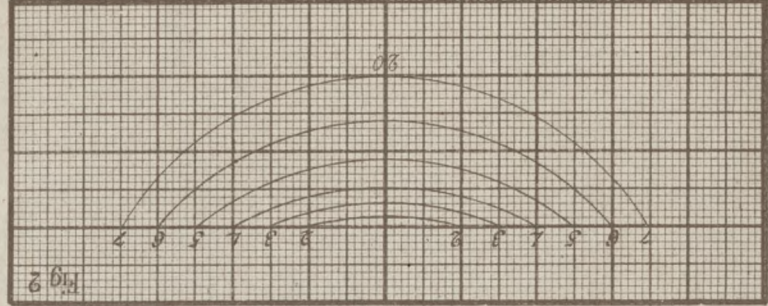
*Madrid 1º de Febrero de 1896.*

*A. Suarez de Mendoza*

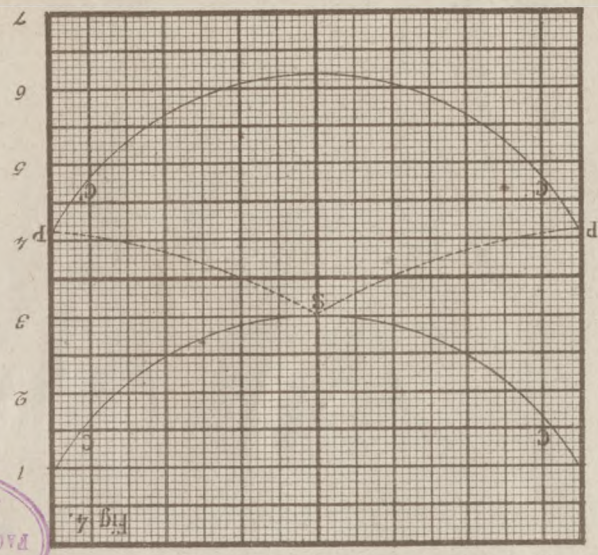




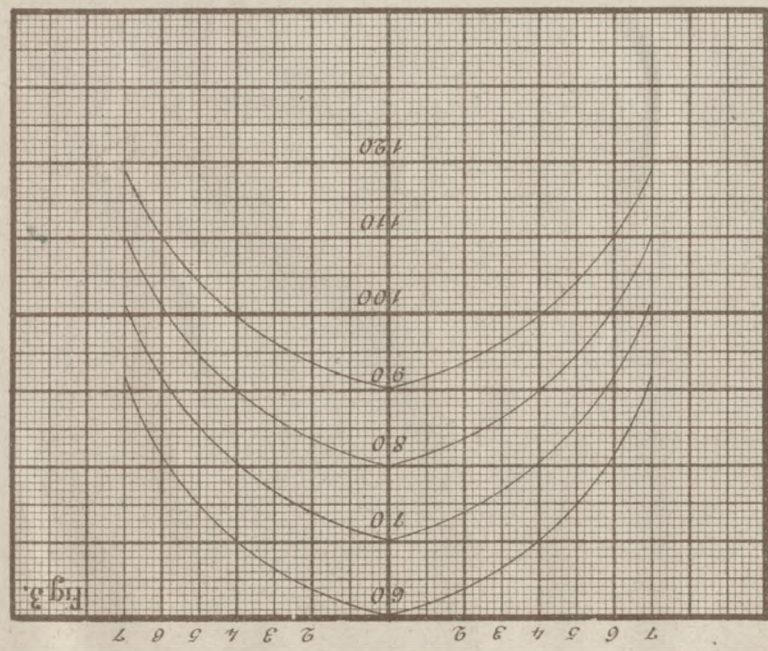
BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA MADRID



1 2 3 4 5 6 7



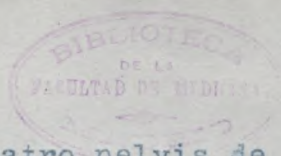
BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA MADRID



1 2 3 4 5 6 7



FIGURA I.



Trayectorias de la separacion de los pubis en cuatro pelvis de 60, 70, 80 y 90 milímetros de diámetro promonto-pubiano.

Mientras mas pequeña la pelvis, mas grande es el beneficio obtenido por medio de la separacion. Así en las pelvis de 60 milímetros el aumento de la distancia Sacro-pubiana es de 12 milímetros, de 11 en la de 70, de 10 en la de 80 y de 9 en la de 90.

FIGURA II.

Espesor del segmento de la cabeza encajado en una separacion pubiana de 2,3,4,5,6 y 7 centímetros. Casi nula al principio llega á 20 milímetros cuando dicha separacion es de 7 centímetros.

FIGURA III.

Curvas indicadoras del aumento total con que puede contar el sínfi-seotomista en la separacion simétrico-progresiva.

La interseccion de la curva con la perpendicular bajada del punto de separacion indica el beneficio total. Deseamos por ejemplo conocer este, si separamos de 6 centímetros los pubis de una pelvis de 70 milímetros; pues basta mirar donde la perpendicular traida del 6 cruza la curva indicadora y tendremos 23 milímetros; á 7 centímetros de separacion corresponderia un beneficio total de 31 milímetros.

FIGURA IIII.

Beneficio total obtenido con una separacion simétrica de 35 milímetros por cada pubis (máximun permitido) es decir con 7 centímetros de separacion total, en una pelvis de 60 milímetros de diámetro.

S. Sínfisis pubiana contra la cual se encuentra apoyada la cabeza C.C. antes de la operacion.

P.P. Pubis separados entre los cuales ha penetrado la cabeza C'C'  
Beneficio total 32 milímetros.



ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO.

- Ansiaux. Dissert sur l'op césar et la section des pubis. 1803.
- Attarian. Carach. Etudes clin et stat sur les bassins vicies. 1892.
- Bertin. An ossa innom grav partu diducantur. 1739.
- Bouillet. Procédé nouveau pour faire la Sec de la symph. 1832.
- Bandelocque J.L. L'art des acc 1781.-1789.
- ,, ,, These des ecoles de Chirurgie 1776.
- Bouvard. Remarques sur l'op césar et la symph. 1778.
- Bamps. De antepnenda sect ces sectioni symph ossium pubis. 1778.
- Bandelocque. A. Nouveau procédé pour pratiquer l'op cesar 1823.
- Burns. Traité des Acc.
- Bernstein. Woulbmun. Embriotomie cœphalique. 1895.
- Bar, P. Recherches experimentales et cliniques. 1889.
- Braun. Heitzfeld des kaserhuit und seine Stelle.
- Budin et Ribemont. Recherches sur les dimensions de la tete fata-  
le 1879.
- Camper? Epistola de emolumente Groninge. 1774.
- Chandon. These de Montpellier. 1776.
- Coutouly. Memoires et observations. Paris 1807.
- Couillard. Durocher. Dissertation 1814.
- Capuron. Cours Theorique et pratique. 1828.
- Cazeaux. Traité des Acc. 1846.
- Carbonai. Congres de Florence.
- Catolica. Traduction Bandelocque.
- Corradi. Dell' ostetrica in Italia. 1874.
- Cucca. Annali d'ostetrica é gin. Milano. 1891.
- Carusso. Contributo á la practica de la sinf.



- Crouzat. De la mensuration du diametre promonto-pubien.
- Chailly, Honoré. Traité de l'art des Acc. 1867.
- Corliere. L'ancienne Faculté de Médecine. Paris 1877.
- De la Courvée. De nutritione foetus in utero paradoxa Dentise 1625.
- Duncan, M. Researches in obstetrics.
- Desgranges. Reflexions sur la section de la symphise 1781.
- Demathus. Description de l'op de la sect de la symph. 1785.
- Demangeon. De ossium pubis Syncondrotomia. 1811.
- Dubois et Desormau. Symphiseotomie. 1844.
- Determann. Zeitsh f. Geburts hilfe.
- Darras, Ch. Etude statistique sur les applications de forceps.
- Faure Biequet. Quelques Reflections sur la Symph. 1834.
- Farabeuf. L. De l'agrand momentane du bassin oblique ov.  
Gazette hebdo 99 Juin 1894.  
Precis de Manuel operatoire 1895.  
et Varnier. Fragments sur les pelvitomies.  
Introduction á l'etude des Acc.
- Farabeuf. P. Les bienfaits de la symph. 1893.
- Grandclas et Descemet. Rapport á la Faculté. 1777.
- Gazette de Utrecht. n° 83.
- Gaceta de Madrid 1780. 28 de Noviembre.
- Giraud. Mon opinion sur l'op cesar et la Symph. 1798.
- Gardieu. Traité d'Acc. 1807.
- Grinda. Cont á la tech de l'Acc provoqué. 1891.
- Gotchaux. De la symph cas qui la reclament, avantages inconv 1844
- Himzowski. Observations de Médecine et de Chirurgie. Vienne. Jume-
- Jamelin. Journal de l'abbé. Rozier.
- Journal de Paris n° 279 á 322.



- Jacqueniur. Manuel des Acc. 1846.
- Joulin. Traité complet des Acc. 1866.
- Louis. De l'écart des os du bassin. Mem Acc de Chir. 1768.
- Lader. Dissertatio de synchoudrosseos ossium pubis. Gattinge. 1778.
- Lachaze. La Symphiseotomie. 1833.
- Leseure. Section de la Symph. 1803.
- Lachapelle. M<sup>de</sup> Pratique des Acc. 1821.
- Lacour Recherches hist et critiques. 1844.
- Leopold. Arbeiter aus des Kaniglichen franen Klinikin Dresden 1893.  
Congres de Rome.  
Congres de Berlin.
- Lauvergeat. Parallele de l'op cesar avec la sect de la symph 1788  
Examen d'une brochure 1779.
- Le Roy. Recherches hist et prat sur la sect de la symph 1780.  
Observations et reflexions sur l'op de la symph. 1780.
- Lacour. Bull de therap 1836.
- Levacher de la Feutrice. De sectione sym oss pubis 1779.
- Morisani. Ann d'obst et gin 1881 et 1882.  
Anot á la Mede op de Malgaigne.  
Congres inter de Londres. 1881.  
Ancora della Sinfisiotomia.  
Leçon sur la Symphiseotomie faite á Naples le 15 Fe-  
vrier 1892.
- Mangiagalli. Una probabile resurrectione nell campo dell' oste-  
trica operativa. 1882.
- Maygrier. Leçon de clinique obstetricale. 1893.
- Morand de la Roussiere. An sectio symphiseos etc. Montpellier. 1772.



- Nebel. Programa de Synchronotomia. Giessen.
- Nessi. Arte ostetrica. 1779.
- Nori. La Sinfiseotomia.
- Peau. R. De partu. Paris 1778.
- Pitois. Bipubiotomie. Strasbourg.
- Piet. Reflexions sur la sect de la Symph. 1778.
- Petrequin. Traité d'anat topog. 1859.
- Pasonne. La Sinfiseotomia 1761 Venecia.
- Piretti. Anot au traité d'acc de Verrier. 1874.
- Piccini. Revue des sciences medicales. 1875.
- Pastorello. T d'ostetrica. 1854.
- Perret. Acc. prem el simph. 1895.
- Pinard. De vices de couf du bassin. 1874.
- Du palpe abd. 1889.
- Lecons cliniques faits á Bandelocque 7 Dicbre 1891. 92 93.  
94 95. Ann Gin.
- Pinard. Rapport au Congres de Rome.
- Ripping. Quasdam de pelvi animatversiones. 1776.
- Rousel de Vauzemes. Au sect Symph ossium admittenda. 1778.
- Rochet. Dissert sur la sect de la Simph. 1807.
- Rizzoli. Bull de Med. 1867.
- Severin Pinau. De graviditate et partu. 1597.
- Silvius. De cartilaginibus.
- Sigault. Memoire aux assemblees de la Fac de Med. 1777.
- Spinelli. La Simphideotomie á l'ecole obstetricale de Naples.  
    Annales de Gynecologie. 1891.
- Sigault. Analyse de trois procès verbaux. 1778.  
    Memoire á l'Ac. de Chirur. 1768.



Sigault. Th Audegavi. 1773.

Recit de ce qui s'est passé á la Fac. 1777.

Sue P. Essais hist sur l'art des acc. 1779.

Siebold. Com inter sect cosar et syncond. 1779.

Samoilo witz. Tract de sectio symph et partu cosareo. Leyde 1780.

Stanesco. Recherches cliniques. 1869.

Thouret. Considerations sur l'op de la Symph. 1799.

Walter. De Dissectine Synchron. Berlin 1782.

Wallich. Symphiseotomie.

Une nouvelle op d'urgence.

Varnier. Bilau de la Symph. renaissante.

Société obst de France.

Congres de Rome.

Zweifel. Lehrbuch der Geburtihulfe. 1889.

Congres de Berlin.



*Admisible.*

*Hdefonso Rodriguez  
y Fernandez*

*Admisible.*

*Dr. Ramon Jimenez*



Meatim of ijericio el grado de Doctor  
y sus calificaciones de los señores

El Presidente:

Julian Saldaña

El Vice

Manuel Saldaña

Manuel Saldaña

Manuel Saldaña

José Saldaña

Manuel Saldaña

Manuel Saldaña