

Dr Chacon

N.1229

81-4-A-N. 2

Tesis del Doctorado

por

D. Joaquin Carrion y Paraganya

"Sinfisiotomia, Pubiotomia y
Operación de Farabensó. Epíquio-
pubiotomia."

Cc. 2466 (1229)



Madrid 15 de Marzo de 1894.

b18156010



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

A standard linear barcode used for library cataloging.

5313226420

127821809

Enfisiotomia Pubiotomia y Operación
de Farabens o Choquio-pubiotomia.



La clínica Baudelocque (de la Facultad de París) me ha sugerido asunto para esta Memoria.

El 7 de Diciembre de 1891, el profesor Pinard dio una brillante lección, en la que, después de analizar los diferentes resultados de la embiotomía, basiotomía y operación cesárea, se preguntaba, si en la cruel alternativa de

sacrificar criaturas sanas ó arris-
gar á la madre los terribles peligros
de la operacion cesárea, no de-
bia seguir el ejemplo de sus co-
legas de Vapoles para obtener los
resultados que aquello lograban
é intentaba reaccionar contra el a-
notema de Baudelocque, juzgan-
do que había llegado el momento
más favorable para practicar la sin-
fisiotomia, operación ideada en el
año de 1768 por el estudiante fran-
ces Juan Renato Sigaule.

Cuando llegó á París
en Abril del 92 el profesor Pinard
había practicado ya seis sinfisi-

tomico y dirigido una comunicacion a la Sociedad de Obstetricia de Francia.

Gran parte fué mi admiración y esternazalo al oír hablar de ésta operación, que, por otra parte me parecía tan natural; excusable, hasta cierto punto mi ignorancia al ver que los clásicos en su inmensa mayoría no se ocupan de ella, ó sólo la dedican algunos parafos considerándola como una operación histórica.

Para el desarrollo del tema, he dividido éste en 8 partes:
1.^o Historia de la Linfisiotomia en

el siglo XVIII.- 2.^a Principales escritos que se publicaron con motivo de la controversia sobre la sifisiotomía.- 3.^a La sifisiotomía en el siglo XIX.- 4.^a Opinión de los autores clásicos.- 5.^a Causas que motivaron el abandono de la Sifisiotomía.- 6.^a Indicaciones y Contraindicaciones.- 7.^a Procedimientos operatorios.- 8.^a Estadística y Conclusiones.

Poco autorizado para emitir mi opinión respecto a tan importante y debatido asunto, he tratado muchas veces el resultado de las investigaciones y el juicio de

eminentes tocólogos tomando así
mismo importantes datos de
las interesantes tesis que con
este motivo se han escrito.

I.

Història de la Sinfisiotomia en el siglo XVIII

El profesor Bouchacourt
de Lyon en el artículo *Péritonitis*
del *Dictionnaire des sciences médi-
cales* (París 1889), da la siguiente
definición: "Sinfisiotomia, sincor-

ectomia, operación de la sínfisis; se ha designado así y aún hoy se designa la sección de la articulación pubiana ó de los ramos óseos que concurren á su formación con el objeto de agrandar los diámetros de la pelvis para permitir ó facilitar el parto en los casos de entonosis pelviana.»

Como quiera que se trata de una operación alternativamente enalzada, recriminada y abandonada y cuya rehabilitación estamos actualmente presenciando, voy á resumir su historia empezando por estudiar como no-

ción la idea de separar la sinfisis del pubis.

Se ha remontado á una época muy lejana el origen de la Sinfisiotomía y aunque parezca extraño hoy quien supone que Hipócrates la conocía.

Investigando la primera idea de esta operación, resulta; que procede sencillamente de la separación que sufren los huesos de la pelvis por efecto del embarazo, que ya Hipócrates observó por vez primera los cambios que se producen en las articulaciones de la pelvis al final del embarazo, y refiriéndose

dose a los sufismientos del primer
parto dice: "Todo el cuerpo se con-
mune con estos dolores y bajo
su influencia los riñones y las
caderas se separan durante el
trabajo".

También Galen y Accio ha-
blan de esta separación y Avicena
dice que es necesario que ciertas
articulaciones se separen duan-
te el parto y que ésta es una
de las grandes operaciones de
la naturaleza.

Andrés Vesalio habla de
la extraña costumbre de algunos
pueblos que comprimen y sepa-

ron los huesos del pubis de las niñas al nacer con objeto de agrandar la pelvis.

La presencia de sinoviales intercuestas prueban que las articulaciones de la pelvis, están destinadas á favorecer movimientos de oscilación ó deslizamiento. Con motivo del embarazo, el aparato ligamentoso de la pelvis toma un color rojizo que no desaparece ni por la maduración ni por el lavado. Los ligamentos se ponen más elásticos y en algunos casos permiten que los huesos se muevan. Los cartílagos infiltrados aumentan de

volúmen y los sinoviales contie-
nen más cantidades de líquido. Es-
tos fenómenos varían mucho y
generalmente es imposible com-
probar el movimiento de la sín-
fisis en la mujer que acaba de pa-
rir; sin embargo hay casos en los
que adquieren tales proporciones
el reblandecimiento de los tejidos
y la hipersensación de sinovia que
puede producirse el ensanchamien-
to y á veces la rotura de la sínfisis.

El 1º de Febrero de 1879 el
célebre profesor de la Escuela de París
Cosme Jacobo d' Ambroise en la au-
topsia de una mujer de 24 años

que fué ahorcada por infanticidio
a los 18 días de parir, enseñaba
á los cirujanos la gran movili-
dad que ofrecían los pubis. En-
tre dichos cirujanos se encontraba
el Ambrosio Pareo quien decla-
ró que había sostenido hasta en
tonces que los huesos del pubis
no podían entrecabizarse ni sepa-
rarse durante el parto, pero que
entonces había comprobado la
desunión y separación de los
pubis en su parte media.

Feverino Pineau que había
asistido también á la célebre de-
mostación de Jacobo d' Ambroise, se

murió el partidario más decidido de la teoría de la separación de los sínfisis, considerándola como absolutamente necesaria para que el parto terminase espontáneamente y la expuso en su obra (*de gravititate et partu naturali*).

Aseguraba Pineau que había visto muchas veces en los pueblos de Francia á las mujeres que solicitaban la separación de los huesos pectíneos ejerciendo facciones sobre los muslos de las parientes. Este anatómico cuyo nombre ha quedado en la historia de la obstetricia, hizo evidente la posibili-

7.

dad de la separación de los huesos
de la pelvis, y la dió á conocer a-
poyándose en la célebre frase de
Galen. «No sólo las partes conti-
nentes ó externas se pueden dilati-
tar sino aun cortar en beneficio
de las partes contenidas.»

Corradi y más reciente-
mente Espinelli nivian que Pineau
hubiese tenido la idea de cortar la
síntesis del pubis para agran-
dar la pelvis, añadiendo que
solamente había querido probar
que no sólo los huesos del pubis
se podían separar sino que efecti-
vamente se separaban.

El profesor Pinard at
tribuye á Sigault todo el mérito de
la concepción y de la aplicación
de la síntisiotomía, y de ningún
modo á Severino Pineau como se
ha querido insinuar.

Se refiere que en Par-
ís en el médico francés Delacombe
en 1658 tuvo la idea de cortar la
síntesis con una navaja de
afectar á una mujer de 48 años
que había muerto después de
cuatro días de parto, encon-
trando que la cabeza de la
criatura estaba encallada en
una pelvis estrecha.

Se cuenta también que un siglo después Venk hizo la sección de los huesos del púbis en una mujer fallecida en el embarazo para extraer la ciatura, cuya voluminosa cabeza estaba encallada en la pelvis.

Esta diastasis de la sínfisis del púbis en las mujeres que acaban de parir estaba admitida por Gabrio de Hilden, Guillemeau, Charbey, Morgagni, Louis, etc.

La memoria presentada por Louis á la academia de Ciencias en 1753 (*De l'écartement des os du bassin*) y la discusión que con éste

motivo se suscitó llamaron
la atención á Juan Renato Sigault
á la sajón estudiante. Hizo algu-
nas investigaciones sobre la se-
paración de los pubis, y en una
memoria á la academia de Ciencias
de París, comunicó el 1º de
Diciembre de 1765 el proyecto de
la sección de la síntesis del pubis,
fundándose en que muchas veces
se había observado una separa-
ción muy marcada de los huesos
de la pelvis, aun en los partos na-
turales y creía que la sección de
la síntesis de los pubis, habría de
proporcionar una separación

maya, que hiciese posible y aún fácil la salida de la criatura. El proyecto pareció muy extraordinario á la academia y fué descubierto por la gran mayoría de sus miembros.

Poco tiempo después recibía Louis, á su amigo el célebre Camper, que un ciudadano joven había propuesto evitar la operación, en los casos en que se concertava indispensable, supliéndola por la sección del cartílago de los púebis. El fabio médico holandés que en 1759, había comprobado la posibilidad de aumentar la capacidad de la pelvis con la sección del púebis, confesó in-

genuamente que no había pensado
en las ventajas que esta sección po-
día tener para el arte de los partos.

La proposición le pareció tan in-
geniosa que contestó á Ponis que
hubiera deseado abrazar á aquél
afortunado joven. Camper hizo
nuevos experimentos en 1770,
con objeto de asegurarse de la con-
solidación de los huesos después
de la sección; en una maraña
que acababa de parir separó los pi-
dij á los 15 días los huesos esta-
ban soldados y el animal pu-
do andar y seguir criando.

La mala acogida de

la academia de Angiers, no había desalentado a Artaud, pero tampoco le bastaba con el entusiasmo del sabio extranjero para lograr el prestigio que necesitaba. Se dirigió á la Facultad de Medicina, que alentó sus trabajos y continuando sus investigaciones sobre el grado de separación de los riñones después de la sección, la calculó en pulgada y media (41^{m.m.})

Posteriormente sus ideas las expuso en la disertación inaugural que sostuvo en Angers el 22 de Mayo de 1773; después de al-

unas consideraciones sobre
los partos y la operación
cesárea, expone la anti-
qua teoría de la separación
de los huesos de la pelvis
al final del embarazo, a-
poyándose en ella para justi-
ficar su operación, la describia
del modo siguiente: "Tómese un
escalpelo de punta roma, córtese
encima del pubis la piel y la
grasa, sepiérense los músculos pi-
ramidales de arriba abajo, descu-
bista la sínfisis, llévese el velo
al tegido celular que está detrás de
los pubis, córtese sin miedo el

cartílago intermedio, repentinamente los púbix se alejan más de una pulgada y la ciatura empujada por las fuerzas de la naturaleza y las que el arte puede proporcionarle, no acá sana y salva por la amplitud dada á la pélvis." Terminaba repetando las objeciones que se le odiaran hacer respecto á la insuficiencia de la separación y á la falta de consolidación.

Lamomoria y la tesis de Rigault habían llamado la atención y el nuevo mito fué defendido por unos y censurado por otros.

Ripping hacia expe-
rimentos cadávericos en el Hotel-
Dieu bajo la dirección de Desault
indicada con exactitud el aumento
de los diámetros de la pelvis á
consecuencia de la separación de los
pubis. Para demostrar la consolidación
operaba perros viejos paridos.

Alfonso Leroy hizo en 1773
muchas investigaciones cadávericas,
enseñando á sus alumnos que
la separación que era de dos ó tres
líneas (4 ó 6 mm) en los pelvis de
hombre, llegaba facilmente á ocho
y nueve líneas (16 ó 18 mm) en los
de las mujeres que morían de

parto, y demostraba que la separación aumentaba cuanto se tenía cuidado de tener los muslos levantados y separados: En Píembre de 1771 practicó Perroy la sección de la sínfisis en el cadáver de la mujer Brasseur que acababa de morir de parto; la operación fué fácil y produjo espontáneamente una separación de siete líneas (15 m.m.) que llegó á dos pulgadas y media (67 m.m.) por la abducción forzada de los miembros inferiores (Rech. hist. et crit. sur la symphyse tonique par Dr. Desforges.)

Baudelocque criticaba dura-

mente la operación de la síntesis en su tesis de 1 de Noviembre de 1776; cita experimentos suyos; demuestra que la separación siempre deficiente sino peligrosa y deduce que la operación propuesta no puede permitir el paso de una criatura voluminosa al traves de una pelvis estrecha.

Había no se había efectuado ninguna operación en el vivo y ya se habían establecido violentas discusiones. Los cirujanos en general apoyándose en el dictamen de la academia de ciencias rechazaban el proyecto de Sigault

mientras que los medicos habian adoptado la nueva operacion.

Alentado ~~xiqault~~ por su compañero Alfonso Leroy, aprovechó la primera ocasion para poner en ejecucion su proyecto y practicó en Paris la primera sinfistomia en la mujer del guardia Souchot la noche del 30 de Setiembre de 1777.

Mr D. Desforges en la tesis de que he hecho referencia, hace la historia muy detallada de esta mujer que me deterré en hacer, limitandome a trazar algunos rasgos la operacion y su resultado.

La mujer Donchot hu-
bia tenido cuatro partos an-
teriores con cuatro criaturas
muertas; Vigault hizo la sinfisi-
tomía en el quinto parto acom-
pañado de Perroy á quien ha-
bia avisado con anticipación.
El diámetro antero-posterior de la
pelvis media solamente dos pul-
gadas y media (67 m.m.), la criatu-
ra estaba viva y se presentaba
por los pies; la dilatación era com-
pleta, la bolsa de las aguas in-
tacta. Previeron á la mujer que
el parto sería difícil y le aconse-
jaron que se sometiese á la opera-

ción que le proponían, dándole
á entender que podía alcanzar
una criatura viva y que correría
menor peligro que con la operación
caírea. La pobre mujer com-
pletamente resignada se ofreció á
prepararlo todo, hizo ella misma
las hilas y trató de desvanecerlo
de idea histe encorriendo á su
marido la esperanza de abrazar
un hijo.

Haciendo recostar á la mu-
jer con los muslos levantados y
ligeramente separados, procedió
Esgaust立 inmediatamente á la
intervención que describe del

modo siguiente: (Sigault Mem. París 1777) Hice la incisión de la piel y de la grasa algo por encima del pubis hasta la comisura de los grandes labios (lo que fué poco doloroso); hecha esta primera incisión y descubierta la sínfisis (parte insensible), penetré, profundicé los músculos piramidales y la línea blanca é introduje por esta abertura el dedo índice de la mano izquierda a lo largo de la parte interna de la sínfisis; continué la sección del ligamento y del cartílago que suelen estar muy espesos en el último momento

del parto; inmediatamente después de la sección se efectuó una separación repentina de dos pulgadas y media ($67^{\text{m.m.}}$), aproveché del momento para introducir la mano en la matriz y romper la bolsa de las aguas agarrando los pies de la criatura que tiré hacia afuera.

"Suplico a Perroy que terminase el parto y este hace la siguiente relación: Recherches historiques et pratiques. Paris 1778): Saqué el brazo izquierdo de la criatura, luego el derecho y estirando aún la cabeza por encima del estrecho superior, llevé mi mano derecha sobre la ca-

ra que correspondía á la sínfisis
iliaica izquierda, hace separar en
lo posible los muslos de la mujer,
encogé la mayor parte del pa-
rietal derecho en la separación in-
ter-pubiana cuyos tegumentos se
abultaron, hace que la eminencia
parietal izquierda correspondiese
á la parte lateral derecha de la ba-
se del sacro; luego, levantando el
cuerpo de la criatura arrastre la
parte lateral izquierda de la ca-
beza, al mismo tiempo que con la
mano derecha, aplicada en las fo-
sas masales, deprimia el mentón.
Por estos dos medios combinados si-

multáneamente, la cabeza atravesó el estrecho superior, obstáculo principal; cuando estuvo ya en la expulsión, llevé el occipucio debajo de la separación, saqué el mentón á la comisura inferior levantando el cuerpo de la criatura. El resto de la cabeza salió y anuncie á ésta viva madre que tenía un hijo. Se bajaron los muslos y la separación era entonces de solo ocho líneas (18 mm.) hice la extracción de las secundinas para que la matriz se contrajera mucho. Se colocó un vendaje muy sencillo, hilas secas y una toalla conveniente de cuerpo. Dejando

madre e hijo en buen estado
Sigault y Perroy se retiraron antes de
la medianoche, volviendo al me-
diocia siguiente, encontrando el
pulso normal, el estado general sa-
tisfactorio, ninguna hemorragia,
pero la cama estaba ensuciada
por una gran cantidad de orina
que había salido involuntaria-
mente.

Aquella misma tarde
debía tener lugar la asamblea an-
ual de la Facultad. Perroy refirió á
sus compañeros el suceso y Sigault
leyó una relación de la operación
que había ejecutado, rogando á

la Facultad nombrase una comisión que lo examinase, juzgase sus efectos y rigiese la marcha de la cuestión. Se designó a los Drs. Grandes y Descemet muy versados en conocimientos de Obstetricia y de Anatomía.

El acontecimiento fue recogido con invidicable entusiasmo, los periódicos divulgaron muy pronto la noticia de la primera sifisiotomía, suscitándose con este motivo, ruidosos y violentos debates que estuvieron muy lejos de conservar la altura que exigen las cuestiones científicas.

Algunos autores
han querido suponer que Dugault
practicó ésta operación sin madu-
ra reflexión y de un modo preci-
pitado; pero en su primera comu-
nicación á la academia de Cienc-
ias ya decía: «Confieso que sería
ventajoso á la humanidad que
esta teoría estuviese apoyada en
hechos de síntesis separadas, que
indicasen lo que la naturaleza pue-
de y debe efectuar en igual caso;
pero no se ve ningún ejemplo de
éstos..... solo nos queda que
desear que nuestro augusto monar-
ca, protector de las artes, quisiese

permitir hacer estos ensayos en una criminal; Y más tarde expli-
cando el origen de su descubrimien-
to anuncia: Sabedor de que varias ve-
ces se había observado una muy
notable separación de los huesos
púbicos en partos naturales, pensó que
la sección de la sínfisis de estos hue-
sos había de proporcionar una se-
paración más considerable capaz
de hacer posible y aún fácil la
salida de la criatura; Prueba que
antes de ejemtar su operación Sis-
gault se había formado juicio por
la lectura de autores antiguos y
había estudiado detenidamente

las obras de Sevirino Pineau. Todo ésto
9 años antes de practicar la opera-
ción. Desde 1768 hasta 1773 en que
publicó su tesis, el joven estudió
se hizo muchas investigaciones cada-
véricas y presentó muchas discu-
siones promovidas por las ideas que
había emitido en su memoria. De
civanto llevamos dicho resulta evi-
dente que antes de hacer la sinfi-
siotomia, Sigault había estudiado
detenidamente la cuestión.

En la asamblea de la
Facultad que tuvo lugar el 3 de Oti-
ciembre de 1777 los partidarios de
Sigault presentaron á la operada

que fué minuciosamente interrogada por el decano Desessatz. Elgaule leyó una memoria en la que exponia los motivos que le habían determinado á practicar la sección de la sínfisis, el método empleado y el resultado obtenido y se disculpaba así de su falta de deshacer:

«Estaba muy enfermo, mal alumbrado por una mujer asustada; cuya mano temblorosa hacia fluctuar la luz. Hice la operación casi á oscuras con un bisturi recto ordinario; contrariado por las circunstancias, sobre todo muy emocionado porque intentaba una operación comple-

tamente nueva, perdió la línea de conducta..... y herí una porción del meato urinario.

Grandelas y Descemet dieron cuanta dia por dia de los progresos de la curación, señalando entre los accidentes un dolor constante al nivel de la región sacro-iliaca izquierda, que ya se había manifestado en partos anteriores, un impasto lácteo del pecho izquierdo y por último una incontinencia de orina seguramente resultado de la operación, pero que se puede presentar en todos los partos laboriosos. «Estamos pues auto-

rizados á inferior que la mujer esté perfectamente curada, que ésta operación no es dolorosa ni de difícil ejecución, que es preferible á la operación desideria en muchas circunstancias y sobre todo cuando la criatura puede salir por las vias naturales» (Grandelos et Descemet. Rapport du trois Decembre 1777).

La Facultad decidió que para recompensar al inventor de un descubrimiento tan útil á la humanidad se mandase esculpir una medalla en honor suyo como testimonio de reconocimiento y admiración. En la instructiva tesis

de Desforges están detalladas las peripecias que sobrevinieron en el curso de la curación de esta primera operada y los acuerdos tomados por la Facultad.

Muchas fueron las sifistomías que se hicieron en los primeros años que se siguieron á la célebre operación de la mujer Souchot, lo que hace decir á Baudelocque (1781.) que no parecía sino que el arte de los partos se había reducido entonces á la destreza necesaria para ejecutar bien esta operación.

La segunda sifistomía la ejecutó Gaspar Diebold, en

Wurtzbourg (Alemania) en una mujer cuya pelvis media 66 mm. y a quien se le habían muerto todas las criaturas de los partos anteriores. El operador se encontró que la sínfisis estaba osificada, fue preciso separarla y se obtuvo entonces una separación de 3 cent., se extrajo la criatura por los pies previa versión saliendo muerta. La madre se restableció a los 32 días. Sibold se lamentaba de no haber ensayado la operación cesárea que hubiera salvado al niño.

Cambon de Mons (Bélgica) practicó una sinfisiotomía en 1776 con

resultado satisfactorio para la madre
y el hijo. Algun tiempo después hi-
zo otras tres, una repetida; en su
primera operada, en 1770 que estaba
los dos meses completamente re-
stablecida y criando a su hijo.

Roussel de Vauzépine practicó
una sinfisiotomia en París (1778);
la criatura vivió pero la mujer mu-
rió de gangrena de los órganos ge-
nitales.

El mismo año de 1778 hizo
Sigault cinco operaciones; las cu-
atro primeras tuvieron el mismo re-
sultado, muerte de la criatura y
curación mas o menos tardía de

la madre. La quinta era la mujer
 después de 29 años de edad, no
 podía andar sin bastones y era
~~pequeñísima~~ de estatura. Para evi-
 tar las reconveniciones de que ha-
 bía sido objeto, por operar solo,
 fueron llamados los comadrones
 Contouly y Lavejat, quienes certificaron
 que la pelvis media dos pulgadas
 y media (^{yant.}) de diámetro y que
 la operación cesárea era la única
 que convenía, porque cualquier o-
 tra podía comprometer la vida
 del niño. Los médicos Thouret y
 Desessatz, Grandelas y Pescemet pro-
 pusieron la sifistomia, que

practicó Sigault. Extrajo por vía vaginal la criatura que se estaba muriendo y la mujer falleció al quinto día. La autopsia demostró que el diámetro antero-posterior era solo de 22 línas (45 mm.). Sigault publicó el resultado de la operación y la autopsia que era una comprobación en favor de la infisiología puesto que se extrajo una criatura voluminosa de una pelvis tan estrecha; añadió que si solamente hubiera mirado por su interés no habría operado la una mujer tan monstruosa. Lancreijat que era su principal adversario entonces publicó una

memoria muy mordaz acusando á Eti-
gault de desechar de sus consultas los
que no eran partidarios de su idea.

Hagel (Babiera) operó el 6
de Abril de 1778 una mujer cuya
pelvis media tres pulgadas (81 mm.);
la criatura murió al nacer y la mu-
jer á los ocho días.

Reitz y Pescardis (de Armas 24 de
Abril 1778.) operaron á una mujer
cuya pelvis media dos pulgadas y
nueve líneas (72 mm.); el niño vivió
unos instantes y la mujer falleció
al quinto día.

Guerard de Qusseldorf (Alemania
11 de Mayo de 1778), operó una mujer

cuya pelvis medía do pulgadas y seis
líneas (67 m.m.). El resultado fue tam-
bién desastroso: la operación duró o-
cho horas y se hicieron diferentes
intervenciones, versiones, forceps, ca-
nectomia; la mujer falleció á los
pocos días.

Duret (Lunyan de Brest)
practicó el 12 de Febrero de 1779 una
sinfisiotomía por exostosis de la
parte lateral derecha del sacro. En-
tró un niño muerto; la mujer
conservó algún tiempo una fistu-
la urinaria.

Van Damme (cerca de St.
Omer) después de inútiles ensa-

yo con el forceps, practicó la sección de la sínfisis el 30 de Junio de 1779. El niño vivió tres semanas y la madre conservó mucho tiempo inconsciencia de una confusa visión; no se midió la pelvis.

Alfonso Perroy hizo dos sinfisiotomías el 18 y 24 de Julio de 1779; las pelvis median respectivamente dos pulgadas y ocho líneas ($\frac{71}{4}$ mm.) y dos pulgadas y nueve líneas ($\frac{74}{4}$ mm.). La primera era una mujer pequeña y roquista; á los veinte y ocho días andaba sin deformidad. La segunda era una lavandera en el séptimo embarazo

y que no había logrado ninguna
criatura; la operación fué larga y
dificil pero el resultado brillante;
se levantó al décimo dia y al vigésimo
simo fue ósmisa. Los dos madres
conservaron sus hijos y fueron pre-
sentadas en la facultad al mismo
tiempo.

Antonio Delgado practicó en
Utrera (Andalucia) una sinfistomía
el 9 de Agosto 1780; con éxito para la
mujer y el niño. La operación fué
ejecutada bajo la dirección de D. Fran-
cisco Canivel, que por primera vez
empleó el método sub-cutáneo, pre-
conizado mas tarde por Umbert de

Lyon.

En Italia, Antonio Lavaginno, practicó la primera sifisiotomia en Génova el 24 de Diciembre de 1781, en una mujer cuya fértil medida fue de diez y cinco líneas (63 mm.); después de la separación de los huesos, y como el útero no se contrajese, se hizo la extracción de la ciatura, que se conceptualaba muerta, por medio de ganchos; sobrevivió algunas horas, muriendo la madre diez y siete días después de la operación. Se ^gún Novi, Ferrari había hecho la primera sifisiotomia en Nápoles en 1774, pero este error de fecha ha si-

do rectificado por Corradi y Morisani.

Giovannetti de Borgo d'Osta (Italia), practicó la operación el 5 de Marzo de 1783 en una mujer cuya pelvis media 5^{cent.}, que llevaba cuatro días de parto y ofrecía la procedencia de un pie. La criatura nació muerta, la madre curó.

Damen (de la Haya) operó dos veces la misma mujer con éxito; el segundo niño nació muerto.

Perron hizo tres operaciones en 1784 y 1785 por estrecheces de 61, 67, y 88 ^{m.m.tu}; las tres con éxito.

Demathias, uno de los mejores discípulos de Perron, hizo en París

do operaciones el año de 1785; la primera con éxito completo para la madre y el niño, pero en la segunda murieron ambos. Bandelocque que asistió á la autopsia de esta desgraciada mujer, refiere que "Demuthius se desmayó á la vista de tanto desastre."

Verdier Quellos hizo el 23 de Enero de 1786 la última sinfisiotomía del siglo XVIII, en Francia. La paciente media (48 m^{mts.}); practicó la operación después de ensayos infructuosos con el forceps. A los cuarenta días estaba curada la madre, después de haber tenido fistula vesico-vaginal;

el niño murió a la media hora.

Ferrari de Nápoles, hizo en 1787 la
sinfistomía en el hospital de inca-
cables. Los púbitos permanecieron sepa-
rados seis líneas (18 mm.) porque la mu-
jer no puede soportar un vendaje con-
tentivo, a causa del metrorrago abdo-
minal; pero, no obstante la reunión
debió de efectuarse y muy sólida
pues al año y medio de esta
mujer desempeñaba el oficio de
costero.

Medito aquí después de
haber hecho un resumen de las obser-
vaciones mas interesantes practi-
cadas en este periodo.

Emilio Gotchans en su tesis (de la Pinfisiotomia. Paris. 1893) dice que esta operación se hizo treinta y cuatro veces el siglo pasado. 13 veces en Paris, 6 en el resto de Francia, 5 en Italia, 3 en Bélgica, 2 en Holanda, 3 en Alemania, una vez en Inglaterra y otra en España.

II

Principales escritos que se publicaron con motivo de la controversia sobre la infisiotomía.

La prensa periodística

(entonces de reciente creación) dividida en sus columnas á correspondencias encarniasticas ó depresiones respecto á la operación practicada por Sigault. Cada operación que se efectuaba era motivo de interminables discusiones, en las que, las cuestiones personales ocupaban el mayor lugar. El culpable atrevimiento de unos servia de argumento á los otros y se reproducia la lucha con mas calor que nunca; por otra parte, los comadrones de fines del siglo XVIII estaban divididos en dos campos y este antagonismo se reflejaba en todas las discusiones mas

ó menos científicas.

En las memorias que se publicaron se establece un paralelo entre la operación cesárea y la sección de la sínfisis y se prefiere operar sistemáticamente una á otra, en lugar de discutir las ventajas y precisar las indicaciones respectivas.

Retez publicó un folleto en favor de la sínfisiotomía (1778).

Louis en las diferentes memorias de 1777 á 1779 no semuestra benívolo para con Sigault.

Sigault en sus Discours sur les avantages de la Section de la Symphyse.

1778.) hace resaltar el contraste entre los horrores de la operación cesárea, que él llama "este efecto del arte", y la benignidad de la siñisiotomia cuya "teoría va' guizada por la luz de la naturaleza"

El profesor Alfonso Perroy en sus *Recherches historiques et pratiques sur la section de la Symphyse* París 1778) se manifiesta como el partidario mas autorizado del descubrimiento de Ligault. Haciendo la crítica de la operación de la mujer Douchot, trae a probar: 1º que se obtuvo la separación de dos pulgadas y media (7 cm.) indicada por él; 2º que la intervención

era necesaria para poder lograr una
ociatione viva; y 3º. Quien se podia
haber empleado en medio mas
sencillo. Describe el mecanismo del
encajamiento de la cabeza en el
espacio inter-pubiano. Dice que la sim-
fisiotomia esta indicada en los pre-
mices cuyo diámetro antero-posterior
varia entre tres pulgadas y cuatro
(9cm.) y dos pulgadas (5cm. 1/4 mmt.)

Las tesis de Renato Pagan
(Paris 1778) y de Roussel de Vauze-
me en la Facultad de Medicina (1778),
reflejan por sus diferentes conclusiones
el antagonismo que existía entre
los partidarios de la operación cesárea

y los de la sifisiotomia. La tesis de Roussel de Vauzeome es además importante porque señala y aunque coniza una nueva intervención, el parto prematuro que estaba admitido en Inglaterra desde mediados de siglo.

Pierre Sue en sus *Essais* (1779) semuestra adversario de la sifisiotomia.

Lauverjat (*Examen d'une brochure* Amsterdam 1778) es tan ardiente contra Dugault que pasa los límites de la moderación.

Perroy en su segunda memoria *Observations et réflexions sur*

L'operation de la Symphysis. Paris 1780)
 serán típica en sus primeras investigaciones y dará indicaciones especiales respecto al manual operatorio.
 Las dos operaciones que practicó Perron los días 18 y 24 de Julio de 1778 fueron publicadas con comentarios y ensalzadas en los principales periódicos de la época. Desdenoso con sus adversarios se atribuye casi todo el mérito de la curación de la mujer Souchat.

Siguió parecía estar completamente olvidado; la discusión que suscitó la muerte de la mujer Vesprius disminuyó su prestigio, quitándole

aquella seguridad y fe en el porvenir,
 que hacen vencer todos los obstáculos y
 rechazar todos los ataques. Si creemos
 á Bandelocque ya no se atrevió ni
 aun á proponer la sinfisiotomía
 en un caso en que la indicación
 era formal.

Leroy fué el verdadero jefe
 de los sinfisiotomistas, justificó su
 reputación con importantes traba-
 jos y el éxito casi constante de sus
 sencillas operaciones. El fue quien
 tuvo las mejores estadísticas.

Desgranges de Lyon / Recher-
 ches critiques et observations sur la section
 de la symphylise. Journal de Medicine

1786) demostraba que las estrecheces de
 masiado pronunciadas eran del domi-
 nio de la operación cesárea. No era par-
 ticulario exclusivo de la operación ce-
 sárea ni tan exagerado como Baw-
 delocque y admitía la sección de los
 pubis entre ciertos límites ($8\frac{1}{2}^{\text{cm}} \text{ a } 6\frac{1}{2}^{\text{cm}}$)
 y en ciertos casos: estrecheces de la pie-
 guera pélvica, exostosis del sacro,
 anquilosis sacro-coccigea, conve-
 ción del sacro, lesión de los ^{posturales} síntesis,
 estrechez del arco pubiano, estrechez
 transversal, etc. Dussaussoy practicó la
 operación cesárea en el Hôpital Beau-
 de-Pépin en 1871 en una mujer cu-
 ya pélvica media dos pulgadas ($3\frac{1}{2}^{\text{in}}$)

la mujer falleció a los dos días. Se hizo la sección de la sínfisis en el cadera
ver para ver el agrandamiento q.
se obtendría. Desgranges que esta-
ba presente informó que el resulta-
do hubiera sido igualmente desas-
trosio con este procedimiento (Des-
granges Reflexions sur le section de la Sym-
phise 1731)

Lauverjat (Parallelle de l'opera-
tion cesarien et de la section de la Sym-
phise. Paris 1788) adversario en absolu-
to de la sinfisiotomia, enumera los va-
rios factores que á la criatura y á la madre
amenazan, y deduce: 1º que el benefi-
cio para el diámetro antero-posterior no

pasa de 11 m.m.; 2º que este no se puede obtener sino separando las sínfisis posteriores y rasgando los ligamentos y el periostio; 3º cuanto mas estrecha es la pelvis mas insignificante es el beneficio; 4º los vicios del estrecho inferior justifican esta intervención; 5º que han fallecido mas individuos que no curados; 6º que las mujeres que han sobre vivido han tenido terribles accidentes; 7º que una operación que no ofrece sino alguna ventaja particular y mil peligros seguros, se debe desestimar para siempre; 8º que toda sección de la sínfisis coronada ^{de} éxito es inútil; lo prueba el resultado.

En 1781 apareció el célebre tratado de partos de Baudelocque. Allí encontramos la crítica más severa de la sifilis tonina y se analizan y discuten los principales hechos. En esta obra que fue clásica durante medio siglo, es donde todos los discípulos han tomado los argumentos para juzgar de una operación que no conocían.

En la segunda edición publicada en 1789 se manifiesta igualmente severo y fundado en sus experimentos expone que la separación espontánea es por lo regular de 6 a 13 ^{meses} y que para llegar a 60^{7 cm.} como quiere

Perroy es preciso evadir la abducción de los miembros inferiores, lo cual produce lesiones en las sinfisis sacro-iliacas. Cualquiera que sea la separación, no se puede obtener un aumento mayor de 13^{mms.} para el diámetro antero-posterior; el método es pues peligroso y la mayor parte de las veces defectuoso. Hace luego una exposición crítica de las observaciones publicadas, de las cuales resulta: de 41 mujeres, 27 vivas y 14 muertas; 13 criaturas vivas y 28 muertas. Dice luego que la operación ha producido graves accidentes en todas las mujeres

que tenian estrechez y á veces en
las que no tenian ningun vicio
de la próbris. Hace una enumera-
ción de las complicaciones ha-
bituales, como contusiones y res-
guarduras exteriores, inflamación y
supuración de la región, denu-
dación varia y falta de curación
de los pubis, heridas de la viji-
ga y de la uretra, fistula rectico-
vaginal, separación de las sinfisis
sacro-iliaicas, prolapse del útero
y vagina, colecciones peritoneales
en las fosas iliacas y pe-
ritonitis. Continua siendo muy
partidario de la operación ce-

sárea que ofrece los mismos peligros para la madre pero salvo siempre á la criatura.

Houret en una memoria muy estimada (*Considerations physiologiques et médicales sur l'opération de la Symphysis*. Paris 1808) se muestra favorable á la Sinfisiotomía. Dice que cuando hay falta de relación entre el volumen de la criatura y la pelvis de la madre, es preciso ó disminuir el contenido por medio del forceps, el yanclo, la cañecotomía ó aumentar el contingente por la sección de la sínfisis del pubis.

Giraud (Note sur l'opération de la
Symphyse. Journal de Medicine de
Perouse tom. 6 Paris 1811) dedu-
ce de sus experimentos cadávericos en
mujeres fallecidas de parto que
la separación puede llegar hasta
tres y cuatro pulgadas ($8\frac{1}{2}$ a 10 m.m.)
sin que las sínfisis sacro-iliacas
sufran grandes lesiones. Un apagado
desgaración entre los píribis (27 m.m.)
produce un aumento de una ó
dos líneas ($2\frac{1}{4}$ m.m.) en el diámetro
antero-posterior de la pelvis. Dos
pulgadas producen cuatro líneas
(9 m.m.); dos pulgadas y tres ó cuar-
to líneas ($6\frac{3}{4}$ m.m.) producen cerca

de media pulgada de aumento (13 mm.). Si se pudiese ir mas allá, se lograba un aumento proporcionalmente mucho mas considerable; asi tres pulgadas (81 mm.) darian un aumento de ocho líneas (17 mm.) al diámetro antero-posterior de la pílvos y con cuatro pulgadas ganaria éste doce líneas (27 mm.). Hay que advertir ademas que los diámetros transversos y oblicuos ganan mucho mas que el antero-posterior; pero este beneficio resulta casi siempre nítilo porque el obstáculo para la terminación del punto, está ordinariamente en dirección del

diametro antero-posterior. El autor que primamente fué partidario de la operación cesárea no vacila en declarar su error.

Gordien's operation de la Symphyse pratiquée avec succès. Bulletin des sciences médicales, tom V. 1810)

dice: que la pelvis aumentaría en dos líneas (2 mm.) por cada pulgada (27 mm.) de separación; no pudiendo pasar de dos pulgadas (8 cm.) sin peligro para las sínfisis sacro-iliaicas, sólo se obtendría un aumento de seis líneas (13 mm.) en el diámetro antero-posterior. Estos resultados serían indudablemente

una compensación muy ligera de los peligros de la operación si pierden los ínicos, mas por fortuna no sucede así. Cuando se abre la sínfisis de los pubis, una de las eminencias parietales, viene á situarse en el hueco de la separación y por este medio se ganan también tres ó cuatro líneas (6 ó 8 mm.) (Baudelocque, Gardien, Desormeaux, Duges).

Vamos á fijar por un momento la atención en lo que sucedió á la sínfisiotomía puro de Francia. Siebold ejecutó en Alemania la primera operación, pero muy lejos de quedar satisfecho dijo: "Me ar-

aprieto de haberme dejado seducir
por la nueva operación y no haber
preferido la operación cesárea".

En Viena y en Berlín, se
hicieron algunas operaciones, pero
fue completamente abandonada y
desechada.

En Inglaterra, según la estu-
distica de Morisoni, John Welthman,
practicó la primera sifisiotomia
el 4 de Setiembre de 1789, en Kingston;
la criatura estaba muerta, la ma-
dre sobrevivió. W. Osborn, Dease, Denman,
Hamilton, se mostraron poco entu-
siastas de la operación y eran por-
tadarios del parto prematuro y

de la embiotomia. Por el contrario Aitken se consagró á su estudio y hasta propuso una modificación que llamó bi-pubiotomia; fué inventor de una sierra y de un bisturi flexible que debían cortar el pubis de la parte interior á la exterior para no herir el cuello de la vejiga.

En Italia, los medicos Dematius y Ferrari de Nápoles, Andrúbal de Roma, Verpa de Florencia, introdujeron muy luego la sinfistomia en su país.

En Bélgica, la mayor parte de los comadrones se mostraron favorables á la operación. Cambon practicó cuatro sinfistomias con resultado fa-

vocable.

En Holanda ya se sabe el entusiasmo con que Camper acogió la proposición de Rigault y alentó a los principales operadores Munster de Stimega y Daman de la Playa.

En España solo se conoce el caso de Utrera.

III

La Sinfisiotomía en el Siglo XIX

Peroy y Bandelocque fueron los representantes de los dos partidos, los que adujeron las razones de mas

valia y las conclusiones mas serias
por y contra la sinfisiotomia. Al
comenzar el siglo actual, hacia
algun tiempo que había desa-
parecido el entusiastismo por esta
operación en Francia. Aun se hicie-
ron algunas sinfisiotomías en los
primeros años, pero pronto quedó
completamente abandonada.

En 1801. Dufay y Leroy opera-
ron á la mujer Roqueau primi-
para de 30 años, cuya pelvis me-
dió (72 mm.) Se obtuvo una separa-
ción de 7 cm. , se salvó la criatura,
pero después de muchos acciden-
tes, le quedó á la madre por mu-

cho tiempo incontinencia
de orina y cogera por mo-
vilidad de los píebis La mis-
ma mujer tuvo mas tarde un
parto prematuro espontáneo,
ocasionado por la miseria y mala
conducta.

En Agosto de 1802 Mansuy
operó á la mujer Gerardin, cuya pel-
vis media 35 mm. El niño estaba
muerto, pero la madre se restable-
ció á las diez semanas andando
bien y sin causarse. Tuvo varias
complicaciones graves, congestión
pulmonar, incontinencia de orи-
na y un abceso voluminoso de

la vía recta, que fué dilatado, llegando el estípite á la sínfisis sacro-iliaca que era asiento del mal.

En Agosto de 1803 Giraud operó en el Hotel Dieu, una mujer de 24 años, cuya pelvis media 8^{cmt.}, procedencia del brazo y del condón. Giraud obtuvo una separación de 8^{cmt.}; el niño nació muerto y la mujer murió á los pocos días.

Wanster en Holanda ejecutó la operación en 1804 a una mujer cuya pelvis media 6^{cmt.}, presentación del tronco, versión, curvación de la madre, muerte de la Criatura.

Alfonso Leroy hizo en Geauny

la operación en 1804 a una mujer
cuya pelvis media 7^{cent.}; la criatura
muerta, curación de la madre. La
misma mujer tuvo mastardo
un parto espontáneo con muerte
de la criatura á los quince días.

Dos sinfisiotomías ejecu-
taron Antonio Dubois y Gardin
en la mujer Parizanne cuya
pelvis media 7^{cent.} Baudelocque
en el primer parto de la misma
mujer había hecho la craneoto-
mía. A. Dubois hizo la operación
de la sinfisis en el segundo parto
(1808) en presencia de Baudelocque
y de Mme Lachapelle ob-

Teniendo una separación de 44^{cm}t , el niño nació á los pocos minutos y la madre se restableció. En 1809 ejecutó Dubois la segunda síntesis tornia á la misma mujer; ha ciado Gardien la versión y aplicación del forceps sobre la cabeza: el niño vivió y la madre curó después de una cistitis. Mme Pachapelle describe este caso en su tratado de partos.

Dos síntesis tornias ejecutadas por Remondois en Bourg en 1808 y 1811 en partos de $67^{\text{m}}\text{m}^{\text{t}}$; obtuvo una separación de uno y dos centímetros que llegó hasta cuar-

pro: muerte de los niños y curación de
la madre. Fernandois en las re-
flexiones que publicó se muestra
partidario del forceps como com-
plemento de la siñifiotomia; estos
dos veces tuvo que aplicar el forceps.

Reclard ayudado de Dubois
operó en la Maternidad el año 1821.
la pelvis media 7 ant. No obstante
la separación espontánea se hicie
con varias aplicaciones de forceps:
la criatura murió y la madre tu-
vo escaras en la vejiga y la vulva
que curaron á los dos meses, quedan-
dole incontinencia de orina por
fistula vesico-vaginal.

Clier en 1820 practicó en el Hospital de la Caridad de Lyon la sínfisiotomía en una mujer ráguitica: la criatura murió y también la madre á consecuencia de peritonitis.

Augusto Baradelogue practicó una sínfisiotomía en París en el año 1830.

Gmbert de Lyon hizo una el año 1834.

Pitois en 1831 en su tesis presentada en Strasbourg, proponía la bipneumiotomía, pero Holtz le manifestó que desde hacía seis años enseñaba en su clase y demostraba en el cadáver el procedimiento que él creía ha-

ber descubierto.

Desde aquella época, la sifisiotomía había quedado como un recuerdo solamente ento do Europa. Los maestros de la Obstetricia en Francia, Desormeaux, Peneau, Capuron, Pelican, Pablo Dubois se desentendían de esta cuestión, y por el contrario, el parto prematuro artificial y la embiotomía hacen grandes progresos y reemplazan poco a poco éstas demás intervenciones.

No sucedió así en Italia, donde llama la atención extraordinariamente el éxito que ha obtenido la Sra.

síntesis. La nueva operación fué
alli aceptada "como un beneficio del
cielo" y las adhesiones fueron genera-
les desde un principio.

A las operaciones practicadas por
Lavagnino, Giovanetti, Demattis
y Ferrari, siguieron:

En 1811 dos sínfisiotomías he-
chas por Assalini en la Maternidad
de Milán con resultado favorable.
No obstante haber sido discípulo de
Baudelocque, y quizás por esto ca-
tal su entusiasmo por la sínfisio-
mia que hubiere querido prodro-
mizar á todos los comadrones el eje-
cutar esta operación, siempre que

el pectoral fuere de todo tiempo y la pélvis en su menor diámetro tuviese menos de tres pulgadas (81 m.m.) porque creer que con un diámetro menor, se puede coger la cabeza en la cintura con el forceps y sacarla sin matarla, es desconocer los límites del arte.

Pianni ejecutó en el mismo hospital de Santa Catalina de Milán, tres veces esta operación (de 1818 á 1818) en pélvis que median dos pulgadas y tres líneas (51 m.m.) y dos pulgadas y seis líneas (57 m.m.). Salvo a dos madres que un niño, otro estaba muerto y el tercero murió

poco después de nacer.

La sinfisiotomia se va' tam
bién desteriorando de las escuelas de Gto
lia y á pesar de que aun en Turin
se la estudiaba experimental y teori-
camente, ya no se ejecuta. Solamente
conserva todo su prestigio en Nápoles
donde como lo hace notar Spinelli
esta generalmente admitida como
necesaria, en ciertos casos especiales de
distocia.

Galbati, Saccolucci y Morisani son
los mas ilustres representantes de
la escuela de Nápoles.

Galbati, cirujano hábil, muy
partidario de la sinfisiotomia, pu-

blico muchas obras; hizo muchas veces esta operación y practicó muchos experimentos. Pensaba que la sección del pubis era útil no solo en las estrecheces del diámetro tráveso si no también en las del diámetro antero-posterior hasta dos pulgadas y dos líneas (60 m.m.), límite mucho mayor que el admitido hasta entonces, y pretendía que esta operación daba buenos resultados aun cuando el espacio sacro-pubio no midiese una pulgada y tres cuartos ó una pulgada y diez líneas (48 m.m. y 50 m.m.). Invención una especie de pequeña hoz

(palata de Galbiati), que llevada
de abajo arriba ^{cortaba} rápidamente y de una
sola vez el ligamento sub-pubicano
y el cartílago inter-articular. Dejaba
la expulsión de la criatura después
de la sección del pubis á las contraccio-
nes naturales del útero con objeto de
que la cabeza fuera adaptándose
gradualmente al conducto pelvian-
o y que al propio tiempo las sin-
fisis sacro-iliacas fuesen abriendo por
grados. Este procedimiento, llamado
napolitano, había sido ya indicado
por Dassolini y aun antes por Bande-
loque, quien recomendaba se dejase la
expulsión á la naturaleza, después

de hecha la sección del pubis y se
resase el forceps en lugar de la ver-
sión, como siempre hacia Sigault.

Fue Galliati con represen-
tante de Sigault con el propósito de
reemplazar la operación cesárea con
la sifistomia preocupado por
los desastrosos resultados que siempre
producía aquella en Nápoles; por es-
ta razón estudió mucho los límites
de la operación apoyándose en los ex-
perimentos cadavéricos; así es que la
ejecutó en establecimientos muy pruden-
ciosas. Operó quince mujeres cuyas
félvis median de 67 a 81 m. m.; sie-
te de ellas murieron, de las cuales u-

na antes de la extracción de la criatura (peso de 17 m.m.) ; la infección puerperal ocasionó la muerte de casi todas y la autopsia descubrió envarias de ellas lesiones de las sínfisis sacro-iliaicas. De las criaturas vivieron cuatro; murieron poco después de nacer dos; nueve estaban muertas antes de nacer ó murieron durante la extracción y casi todas eran de largo tiempo y tenían un peso superior al normal.

Envíata de resultados tan desastrosos, Galliati, viendo que la sección de la sínfisis, solo producía un aumento de media pulgada (13 m.m.) en el diámetro antero-posterior, preocupado siem-

que con la idea de suplantar la operación cesárea, restableció la antigua proposición de Aitken (1784) y ejecutó la pubiotomía (que el inventor había llamado Pelvifomy).

Tomo del profesor agregado a la Facultad de París H. Varnier (*Fragments sur les pelvitomies*) la nota que copia de los Annali di Ostetricia et Ginecologia de Enero de 1893 (*Per sifisiotomia statistica et considerazioni. O. Morrisani*). "Un ilustre comadron napolitano, Galbiati, preocupado por el resultado casi siempre funesto de la operación cesárea, buscó un medio que pudiese

se sustituirá a esta grave operación
y propuso ejecutar la sección de u-
na ó de las dos ramas isquiáticas
arrañando la sección de la sífisis
pubiana".

"Su intención era obvia por este
medio una fuerte univolla ó bi-
volla en la mitad anterior de la
pelvis, para que la criatura en lugar
de atravesar el conducto óseo saliese por
la abertura practicada en su circum-
ferencia. Colliati hizo el experimento
en el cadáver el 29 de Octubre de 1825;
la pelvis media 27 m. m. no se necesi-
taba ningún instrumento para
medirla porque el dedo introducido

en la vagina, tocaba inmediatamente el sacro: la sección del hueso se hizo con dificultad por medio de una sierra circular. Cattolica hizo la versión (este es quien, según Volpeau, presentó en 1826 una comunicación referente al mismo asunto, en la Academia Real de Medicina de París), pero la cabeza experimentaba cierta dificultad para salir, lo cual se logró empujándola con la mano. Esta dificultad en la expulsión de la cabeza, dependía de que la zona izquierda del pubis, no se pudo separar por estar a medio cerrar. Galliati ejecutó dos veces la operación

en el vivo.

En 1819 Galbiati describe en su memoria del "taglio della sinfisi del pubbe" este procedimiento que Vulpian presentó á la Academia de Medicina de Paris.

La sección era simple ó doble segun el grado de estrechez: por este medio, se obtenia por una parte un aumento de tres pulgadas (81 m. m.) por la sección de las ramas pectenias y por otra parte un aumento de dos pulgadas ó dos pulgadas y media (51 ó 67 mm.) por la sección de la sinfisis; o sea un total, una abertura de cinco pulgadas y media (149 mm.)

lo que permitía a cualquier punto
sea cual fuere el inicio de conforma-
ción de los polos.

La pubiotomia no tuvo mu-
chos parturarios en Italia, tales e-
ran las dificultades del manual
operatorio Cianfcone la hizo dos
veces en 1850 con el mismo funesto
resultado para las madres y los ni-
ños. Desde entonces la operación de
Gallbini se abandonó por completo
en Italia no obstante haberse se-
guido discutiendo sobre su oportu-
nidad y haber intentado Moisa-
ni su reabilitación parcial en 1863.

Refiere Spinelli que la sev-

ción del pubis rejetó mucho an-
te de que se hubiese tenido idea de
ello, por la casualidad y en lugar de
hacer la sección de la sínfisis por ha-
ber tropezado el operador con una
sínfisis desviada, haciendo la sec-
ción en otro punto y no en el de elec-
ción. Desgranges de Lyon, ha referi-
do también esta observación que sólo
pudo comprobarse en la autopsia
por la unión de los pubis á la izquierda
y no en la linea media.

Alquarr atribuyó el mérito de es-
ta operación a Desgranges, pero mu-
tante le restituye todo el mérito á Gal-
biati.

Cattolica de Scipioles proponea
reemplazar la sínfisiotomia por otra
operación. En lugar de dividir el car-
tilago que se quiere traga á los lados la
sección del hueso y de las ramas de
los pubis entre los dos agujeros sub-pu-
bianos; de este modo, las sínfisis sa-
cro-iliacas permanecen intactas no
se corre ningún peligro de herir ni
la végiga ni la uretra, apenas si
se ejerce tracción en el tejido celular
de la pelvis, y la consolidación se obtie-
ne con facilidad. Hace todas las opér-
ciones que deben tragar á la sín-
fisiotomia. Decía que no son de te-
ner los abcesos ni las caries, ni las

fistulas, ni la claudicación y la peritonitis y que se logra ampliación considerable del diámetro sacro-pubicano. Es la proposición de Ditten salvo quizás el sitio de elección. El profesor Iacolucci hizo tres sinfisiotomías en pélvis que median 73 y 67 mm.; falleció solamente una de las mujeres, muerta de infección puerperal y en la autopsia no se encontró más que algo de movilidad en las sinfisis sacro-iliaicas; vivieron dos de las pacientes, lo tercero que murió antes de tiempo, murió poco después del parto. Dice Iacolucci que la sinfisiotomía, como otros convenciones, es útil cuando el diámetro

sacerdote-pueblo es mayo de dos pulgadas y media (67 mm.) ha querido espontáneamente limitar con las consecuencias al reposo en la cama durante un mes, como lo prueban las muchas observaciones del Hospital de menores de Napoles.

Tacolucci establece las relaciones que hay entre el parto prematuro provocado y la síntesis uterina para los casos de estrecheces; se decide para esta última, por que excede la época marcada por la naturaleza, y las crónicas tienen mayores probabilidades de vivir que los siete ó octavo meses ademas que tiene

descubren que a los siete meses no bastan el parto prematuro, ni en tales que la sinfisiotomia salve a la madre y al hijo. Propone una doble alianza para evitar en estos casos la operación cesárea. Una, entre la sinfisiotomia y el parto prematuro artificioso y otra entre la sinfisiotomia y la embriotomía.

Después de declarar que no es partitario del aborto, ni de la embriotomía cuando la criatura está viva, y que con la operación cesárea se salva la criatura y se sacrifica siempre la madre, está dispuesto a combinar el parto prematuro con

la sínfisiotomía en los niños muy
grandes, entecia, cuando la pelvis
mide dos pulgadas (51 mm. m.) y la
ovariatura está viva. Con la sínfisio-
tomía, el diámetro sacro-pubicano
no aumentaría hasta dos pulga-
das y ocho lineas (72 mm. m.) y
por este medio se facilitaría el
parto de un feto cuya cabeza á los
seis meses tuviera dos pulgadas y
medias (67 mm. m.) de diámetro bi-
parietal. De seguruo que se objeta
rá que de este modo se expone á
la mujer á los riesgos de las dos
operaciones: parto prematuro
y sínfisiotomía; pero aun reu-

nidas y pueden compararse con los que ofrece la operación cesárea.

Taurolli recomienda la unión de la embiotomía y de la sinfiotomía cuando el feto está muerto, y la extensión de la pelvis es bastante grande para retrasar la operación cesárea.

El nombre de Morisoni está intimamente ligado con el éxito que ha obtenido la sinfiotomía. Su primer trabajo es de 1863; en su importante estudio "Estrechez de la pelvis y las indicaciones que ofrece en el acto del parto," da el lugar preferente a la sin-

sinfistomia. Su primer trabajo es de 1863; en su importante estudio "Estudios de la pelvis y las indicaciones que ofrece en el acto del parto" indica lugar preferente a la sinfistomia y pelvitomia.

Spinelli analizando (en los Annali di Ostetricia 1892) la obra de Morisani, declara: Que la mencion está magistralmente tratada, y dice que entre los trabajos publicados en este siglo, muy pocos donde se estudie tanto la operación bajo sus aspectos clínicos y experimentales y juzgada con criterio tan severo-

mente científico".

"Referimos las ideas de este maestro y ensayamos de expresar sus conclusiones porque son una prueba del profundo convencimiento que animaba a Morisani cuando hacia la operación en el desenrollo de Italia, y también porque representan las opiniones del maestro y de su escuela en esta cuestión"

"Afirmaba Morisani en 1863.

- 1.^a Que la sínfisiotomía es una operación que debe quedar en la práctica de la obstetricia.
- 2.^a Que la sección de la sínfisis produ-

de un aumento de cinco ó seis líneas
(1/4 cm.) en el espacio sacro-pubic
no, y que este aumento no es debido
á la proyección hacia adelante de
los huesos ilíacos, sino á la oblicui
dad de la parte anterior de los pú
bis con relación al sacro.

- 3.^a Que los diámetros oblicuos y
transversos ganan más en longitud
que el antero-posterior.
- 4.^a Que la sínfisiotomía está indi
cada en los casos en que el diá
metro es menor de dos pulgadas
y tres cuartos (73 mm.), pero que
se puede practicar también (con
resultados menos ventajosos) en

dos pulgadas y media (67 m.m.t.).

El límite superior varia; por regla general se puede valuar en tres pulgadas y cuarto (83 m.m.t.).

5.^a Que las estafas presentadas por los adversarios de la operación, lejos de desacreditarla, han servido para apreciar sus ventajas si se tiene cuidado de limitar su empleo.

6.^a Cuando se comparan las infirmitaria y la embriotomía, todo contribuye a dar la superioridad á aquella.

7.^a En los casos de estrechez de la pelvis y en los límites marcados arriba, es necesario recurrir sin

tardanza á la sección del píebis,
después de una razonable expecta-
ción y una ó dos tentativas de for-
ceps.

7^a. Se puede medir con tal seguri-
dad el grado de estrechez que se pue-
de establecer la indicación precisa
de la sínfisiotomía.

8^a. Si por la forma y regularidad de
los ruidos del corazón fetal se puede a-
segurar que la criatura está viva,
no hay que vacilar." Cortar con to-
da seguridad la sínfisis del píebis,
por que no es operación peligro-
sa para la madre."

La pelvitomía fué descubierta

por casi todos los comadrones en el Congreso de Venecia (1847) y Lovati prefería la operación cesárea á la pubiotomía y la sifisiotomía á la pubiotomía.

Los tentativos de Morisani por resucitar la pelvitornia fueron, aunque en su obra de 1863 la defiende como un medio desalvar la madre y el niño en las estrubuzas extremas.

Ante todo, sostiene que se debe rechazar siempre la pelvitornia simple, que es insuficiente en las estrubuzas extremas, y adoptar la doble sección, por que proporciona bastante espacio para el paso de la cia-

tura en los viudos graduados de la
pélvis.

Desde 1863 Morisani fué siem-
pre ardiente defensor de la sinfiso-
tonia y publicó una serie de con-
ferencias sobre la materia; pero su
comunicación al Congreso Interna-
cional de Londres en 1881, fué el
acto mas importante de su cam-
paña en favor de esta operación.
Cuando ya nadie se ocupaba de
la sinfistomía en Europa, fué
en Italia, Morisani propuso
de nuevo la discusión científica
de esta cuestión; apoyándose
en ciertas observaciones, trató

de demostrar su superioridad sobre las demás operaciones de la obstetricia y proclamó "que la sínfisiotomía debe quedar en la práctica de la obstetricia." (Annali di Obstetricia e Pneumogia di Firenze).

Morisani no ejecutó la sínfisiotomía hasta el año 1879; lo hizo entonces en una pélvis roquista que media 81 mm. El resultado fue satisfactorio para la madre y la criatura. Al año siguiente practicó la alianza de Guolucci parto prematuro al octavo mes y sínfisiotomía, en un grave vicio de la pélvis (88 mm. m.) con

icito para la madre y el niño.
De 1880 á 1884 practicó tres veces
la operación; vivieron los tres ni-
ños, se salvó una de las madres
habiéndose fallecido las otras dos
de septicemia.

Rögi practicó en 1876 las alien-
zas propuestas por Falcolucia del par-
to prematuro y la sinfistomía
y de la sinfistomía y la embrio-
tomía en lugar de la operación ca-
saria por estar muerto el feto. Enri-
lio Gotthard Della Symphyseotomie.
(Paris 1893) refiere dos observaciones
muy interesantes que encuentro
en Porradi y que fueron recogidas

Por Novi: La primera se refiere á una mujer cuyo diámetro antero-posterior era de 89 m. m. y en la cual después de la sección de la sínfisis separación la embriotomía con resultado satisfactorio puesto que salió del hospital completamente curada á los cuarenta días; La segunda en una mujer raquítica cuyo diámetro antero-posterior media 84 m. m. se le hizo la sínfisiotomía al octavo mes del embarazo des pués de provocar el parto prematuro por medio de inyecciones vaginales y de la espuma y pa-

parada. Despues de la rotura de
la bolsa, hubo que hacer la ex-
cision por presentacion de tumores;
se pudo expresar que la repre-
sacion de los pubis, era casi de
50 mm., el mismo asfixiado nacio
una hora despues, pero la mu-
erte salio del hospital curada
a los cuarenta y olos dias.

En el Congreso de Floren-
cia, 29 de Setiembre de 1841, Car-
bonai preconizo en Italia un
procedimiento que Thubert ha-
bia ya practicado en Lyon en
1836.

Mangiagalli en 1882 enu-

na memoria publicada en Milán, trata de disuadir las preocupaciones que habia contra la operación, y hace un llamamiento en sayando demostrar que ha llegado el momento para que renueve la sinfisiotomía y reanquistar su puesto en Obstetricia.

Morisani presentó en el Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología de Roma en 1886 (*Discorso della Sinfisiotomia statistica e considerazione*) una estadística de todos los casos de sinfisiotomía, desde la primera operación de Figari, dividida

en tres grupos; la copió á continuación tomando de la té-
sis de Gotchau.

1^a Estadística de 1477 á 1858.

| Operaciones | Resultado para " las madres " | Resultado para " las criaturas " |
|-------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Curadas | Fallecidas | Vivas. muertes. dudosas |
| 80 | <u>52.</u> | <u>28.</u> |
| | | <u>33. 45. 3.</u> |
| | <u>80.</u> | <u>81.</u> |
| | <u>un parto de gemelos.</u> | |

2^a Estadística de 1868 á 1880.

| Operaciones | Madres | Criaturas |
|-------------|----------------------|-----------------------|
| | Curadas. Fallecidas. | Vivas. Muertes. |
| 50 | <u>No.</u> | <u>10.</u> |
| | | <u>III.</u> <u>9.</u> |
| | <u>50.</u> | <u>50.</u> |

3^a Estadística de 1881 á 1886.

| Operaciones | <u>Madres</u> | <u>Criaturas</u> | | |
|-------------|----------------|-------------------|--------------|----------------|
| | <u>Curadas</u> | <u>Fallecidas</u> | <u>Vivas</u> | <u>Muertas</u> |
| 18. | <u>10.</u> | <u>8.</u> | <u>13.</u> | <u>5.</u> |
| | <u>18.</u> | | <u>18.</u> | |

Morisani deduce de estos estadisticos que la sifisiotomia es una operación que debe quedar en la práctica y da magníficos resultados en manos ejercitadas.

En la cuarta reunión de la Sociedad de Obstetricia y Puerología de Italia celebrada en Nápoles del 3 al 8 de Setiembre del 1888, Morisani comunicó otras dos observaciones de sifisiotomia que practicó con buen resultado.

(De 1887 á 1892 Morison ejecutó doce sínfisiotomías en la clínica de obstetricia de Rápolo; curaron las doce madres y vivieron once niños.

En un artículo publicado en los anales de "Gynécologie et d'Obstétrique" de abril de 1892, Spinelli anade cinco operaciones hechas en la Maternidad del hospital de Gravables de Rápolo y siete en la clínica particular, todos con éxito favorable. Concluye diciendo: "Ceo haber establecido en favor de la sínfisiotomía, una sólida base de fe y de crédito y haber puesto

de manifiesto, bajo el punto de vista
histórico, la importancia de la obra
ejecutada por el profesor Morisari,
quien por espacio de tantos años
ha practicado, solo, una operación
abandonada por todos los comadra-
nes, preparando y vieniendo con-
prender la necesidad de una dis-
ección mas determinada de esta ope-
ración, en beneficio de la práctica de
la Obstetricia. Hoy vía la indiferen-
cia y el abandono de los comadra-
nes ó la alturazá que ha llegado
la sifisiotomia, no están jus-
tificados "Morisari con su constan-
te laboriosidad ha podido lograr

sacar del olvido en que estaba por
trala la antigua operación de
Siquell, y yo hoy ocupar la si-
fisioterapia en la práctica el lugar
que le corresponde".

"Es como dice el mismo Mo-
risoni, la mejor recompensa al
trabajo y el tiempo invertidos en pro-
mover de manifiesto y hacerla apreciar
exactamente."

Otras comuniones italianas
tomaron tambien una gran par-
te en esta obra de rehabilitación.

D'Avise dedicó constantemente á
la misma obra con sus muchas
publicaciones y el gran numero

50.

de operaciones, que ejecutó en la
Maternidad del hospital de Gravida-
res de Nápoles.

IV.

Opinión de los autores clásicos

A excepción de algunos au-
tores de la primera mitad del
siglo, los demás apenas si se ocu-
pan de esta operación.

Gardien en su tratado com-
pleto de parto del 1807, examina
detenidamente la cuestión de la
sinfiotomia, fijándose especial

mente en las indicaciones y considerando los diferentes casos en que se puede practicar. Segun él, la necesidad de ésta operación no erga un problema, y no puede caber duda sino si quien tiene en su mano combatirlo sin fijarse en la fuerza de los argumentos. Responde á las objeciones de costumbres, manifestando que los accidentes son: ó comunes á todos fuertes laboriosos: incontinencia, supuración, inflamación de los órganos genitales, ó que se pueden atribuir al operador: lesiones de la

uretra, de la vagina, a que se pueden
 muy bien evitar: separación, ma-
 niobras especiales. Pese a
 una minuciosa descripción del
 manual operatorio; hace el
 paralelo entre las dos opera-
 ciones rivales. Capuron (*Cours theo-*
rique et pratique d'accouchement. Paris
 1811). Se estima que este recurso
 del arte haya sido desconocido has-
 ta ahora sin que la huma-
 nidad lo haya podido utili-
 zar. Si queremos negar cate-
 goríamente, from in duda
 que se pueda efectuar una
 separación de tres pulgadas 181.

m. m.) entre los püblos sin el menor deteriorio de las sín-
fisis sacro-iliacas, y haciendo
de el paralelo entre la opera-
ción cesárea y la operación
de la síntesis, deja sentado
que si fuera preciso elegir
entre estas dos operaciones,
cuando por ejemplo, la
estrechez de la pelvis es su-
perior a dos pulgadas y me-
dias (7 m. m.), la síntesis
más sería más racional y
por consiguiente preferible,
porque si expone lo que se
pierde uno de los indivi-

duos, puede tambien salvar los dos; mientras que la operación cesárea no salva ni tanmen te mas que uno y sacrificia da si siempre al otro.

J. Maygrier (*Nouveaux éléments de la science de l'art des accouchements*, Paris 1877) emite un juicio muy prudente diciendo: "No estamos

ahora en aquellos tiempos fúnebres en que era preciso decidirse alegóriamente por una de las dos operaciones; hoy que la fría y serena razón ha calmado los espíritus y que no hay partido que combate, mi opinión

que refutar, se ha advertido
que en lugar de proscribir una
de estas operaciones era mas su-
bio admitir las dos." Recomienda
al comandante que antes de de-
cidirse á emprender la opera-
cion se asegure escrupulosamen-
te de las dimensiones de la pilosa
y de la imposibilidad de poder
terminar el parto con la mano
sola ó con el forceps.



Mme. Boivin (Sociedad Memorial de
l'art des accouchements. 1811)

pretende que con la sifilis to-
mica piercen la mayoria de las
criaturas la consecuencia de las

violentas y prolongadas tracciones que se ejercen para extraerlas.

Mme Lachapelle (Practique des accouchements. Paris 1821-1828) sigue la opinión de Blaudelocque y decla-
ra que en las extracciones de menos
de dos pulgadas y media (57 m.m.)
la rotura de las sínfisis sacro-ilia-
cas y el aplastamiento de la ca-
beza de la criatura han sido re-
sultado de inconsideradas tem-
tativas y que en el caso en que
la operación no ha tenido funes-
tas consecuencias, hubiere teni-
do el mismo resultado con la
simple aplicación del forceps ó

la versión ordinaria, como lo
han probado varios autores.

Véaseau (Traité complet de
l'art des accouchements. Paris 1829-1831)
después de hacer una breve pe-
ro interesante historia de la ques-
tión, está lejos de creer que se
deba deshechar siempre esta o-
peración; la sifisiotomía le
parece indicada siempre que
el foro es insuficiente y que
el mas pequeño diámetro de
la pelvis tenga mas de doce pul-
gadas y media (67 m. m.) de ex-
tensión. Amitte cuatro condicio-
nes necesarias para practicarla:

1.^a criatura viva; 2.^a presentación normal; 3.^a cuello suficientemente dilatado; 4.^a mujer joven, porque la edad puede producir la arqueología de la sínfisis. En los casos de osificación de la sínfisis del pubis o de las sacro-iliacas, opina porque se practique la operación cesárea, pues la pubiotomía no da resultados mas ventajosos que la sínfisiotomia.

Véase si insiste en los muchos peligros y las pocas ventajas de la sínfisiotomia y dice: "Analizando los resultados obtenidos, que, el forceps, el parto prematuro ar-

típicas, el comezuelo de centeno
y el apalotaibo, harán cada vez
mas rara esta operacion". Julio
Flatin, *Compte complet d'auouchements*
et des maladies des femmes et des enfants.

Paris, 1832) se expresa asi: Hoy dia
está bien demostrado que la succión
pulmonar puede ser suficiente en
ciertos casos para terminar el par-
to, pero que en otros no se pue-
de mas de recurrir á la opera-
ción cesárea. Se occupa del gra-
do posible de separación de los
puños sin lesión de las sínfisis
 sacro-iliacas y expone los resul-
tados que él mismo ha obtenido

en experimentos hechos con motivo
de un concurso en que tenia que tra-
tar la sifilis estomachica. En el cada
vez de mujeres que tenian de
seintia á cuarenta años, no pude
obtener mas que una pulgada y
media (10 m. m.) de separación, sin
producir la rotura de las articula-
ciones posteriores de la pelvis; en
otras cuatro mujeres de veinte y
cinco á treinta años de edad, pue-
do obtener de diez y ocho á veinte
lineas (12 á 48 m. m.); por ultimo, en
una joven recien parida, pudieron
separarse los pubis veinte y dos li-
neas (34 m. m.) sin alteración no-

table de las sínfisis sacro-ilíacas.

Deglava que el deblandecimiento que
sobreviene en las articulaciones de la
pelvis de las mujeres embarazadas,
debe producir necesariamente al-
guna diferencia en los resulta-
dos de la operación, así que, no
hay ninguna dificultad en
ver que casi siempre puede
llegar la separación de los pri-
meros arcos fulgadas y tres mar-
tos (7 mm. m.) sin graves incon-
venientes para las mujeres.

Acepta Hatin las mismas ven-
tajas que Giraud respecto al au-
mento del diámetro antero-

posterior, correspondiente a las diferentes separaciones entre los huesos.

Hablando del beneficio que resulta, de situarse una de las eminencias parietales en el hueco que dejan los huesos, añade: "Algunas comadronas se han propuesto demostrar que es imposible la introducción de una de las eminencias parietales entre los huesos púeblos, á causa de la situación oblicua de la cabeza; pero no han reflexionado que las posiciones oblicuas no pueden verificarse sino cuando la apófisis tiene sus dimensiones normales, y que cuando es

angosta en su diámetro antero-posterior, presenta casi siempre la cabeza una dirección travesoral; entonces una de las eminencias parietales, corresponde necesariamente á la síntesis de los pubis.

Por otra parte, la experiencia confirma esta opinión; Bandelot quería que, en una operación que practicó en 1779 en el Hotel Dieu de París en el caderal de una mujer cuya pelvis no tenía mas que veinte líneas (48 mm.) de diámetro antero-posterior, vino una de las eminencias parietales de la ca-

beza de la maternidad situarse
por sí misma en la separación
de los huesos pubis."

Refiriéndose al tiempo en
que conviene hacer la operación
dice el mismo Flatin: "Solo cuan-
do el cuello de la matriz esté in-
teriormente dilatado y los colores
son bastante fuertes para expulsar
la criatura se debe proceder a la ope-
ración, porque antes de este tiempo no
se encuentra el obstáculo en la pelvis,
ni tampoco se sabe si será más-
pensable despedir; por otra parte, ab-
riendo muy pronto los pubis per-
dería la matriz toda clase de apoyo

y no podria menos de desceder en cada contraccion, á la parte mas profunda de la excavacion.

Moreau (*Traité pratique des accouchements*. Paris 1838) indica las circunstancias en las que ésta operación puede ser útil.

Chally Honore' (*Traité pratique de l'art des accouchements*, 1848 Paris) presenta los progresos del parto prematuro artificial y la cefelotriipsia, de los cuales dice han hecho caer en desuso á la sifriostomia y, solamente admite ésta operación en diámetro mayor de 57 mm.; pero despues de revi-

sar los diferentes procedimientos operatorios, concluye afirmando que no vacilaria en sacrificar á la viatura en el caso que no se hubiera podido provocar el parto antes de término. En la cuarta edición se ocupa sobre todo de los nuevos procedimientos de Stoltz (bipubiotomía) y de Ymbert de Lyon (método sub-cutáneo).

Jacquemier (Traité des accouchements 1846) estudia cuidadosamente la cuestión de la sínfisiotomía, considerando la bajo todos los aspectos. Sin rechazar completamente ésta operación, la reduce mucho en sus límites, diciendo que no sería

peligrosa; si se practicase solamen-
te en las pélvis cuyos diámetros antero-
posterior fueren cuando menos de 75
m.m.². Discute extensamente las
excepciones de sínfisiotomia y
este examen le hace emitir una
opinión que no es desfavorable
á ésta operación, pues que
siguiendo la expresada indica-
ción se la puede comparar
sin desventaja con los demás
procedimientos de Obstetricia.

En la mujer que ha llegado
al término del embarazo, vé
que la sínfisiotomia se puede ju-
iciar infarrugón con la opera-

ción cesárea ó la embriotomía, pero durante el mismo embarazo, se deberá preferir siempre el parto prematuro, que es aplicable precisamente á los mismos casos y es preferible bajo todos conceptos.

Cazeaux (*Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 2^eme édition 1840) se muestra marcadamente hostil á la operación; admite como límite extremo de intervención una estrechez de 67 m. m., y, después de declarar que la infisiotomía se practica hoy rara vez, dice, que se hará más aun en el porve-

nir, cuando los comedores hayan
apreciado todas las ventajas del
parto prematuro artificial.

Tanner, Lévy Penois (Atlas
complementaire de tous les traités d'accou-
chements. 1861) declaran: jamás seria
quizás un desatino el pensar aso-
ciar el parto prematuro artificial
con la sifisiotomía en los estre-
checes de 6 a 7 cm. S. dedicaron al-
gunas páginas al manual ope-
ratorio y en particular al nuevo
procedimiento de Spoltz.

Poulain (Traité complet d'accouche-
ment. 1865 Paris.) comienza su ar-
tículo sobre la sifisiotomía de

demandando que no ofrece ya, mas que un interés histórico, porque los resultados son bastante poco satisfactorios para quererlo sacar del olvido en que yace.

Chayresnier (*Traité pratique des accouchemens. Paris 1683*) no dedica si no algunas líneas á la operación y ualesquiera que sean los resultados obtenidos por Morisoni duda que haya muchos comendadores dispuestos á volver á la simplicotomia.

Ed. Schiavitz en el (*Dictionnaire de l'acouord*) articulo *pibis*, manifiesta solamente que está bona

da del cuadro de las operaciones de Obstetricia.

Penard y Abelin (*Guide pratique de l'accoucheur et de la sage femme. Paris 1889*) creen que la sifilis toria es una mala operación, que solamente se ejecuta hoy en los anfiteatros, y que por consiguiente sería preciso borrarla del cuadro de las operaciones de Obstetricia.

Los autores ingleses y alemanes, apenas si hacen mención de ella y la condenan. Los americanos no hacen alusión. No obstante esta corriente general en la opini-

nión de los clásicos respecto á la infusiotomía, algunos autores contemporáneos creen necesario un nuevo y serio estudio de la cuestión.

Auvard (*Traité pratique des accouchements*. París 1890) analizando breve mente los resultados obtenidos por Morisani en Nápoles, deduce que debieran animarse los demás comadronas á intentar de nuevo ésta operación.

M. Bouchacourt (*Art. Pubiotomia*. *Opinionnaire de Dechambre* París 1889 tomé 7º) hace el resumen de todo cuanto se ha hecho en pro y en contra de esta operación, y después de muchas investigaciones y experimento, hace

un llamamiento para rehabilitar la vieja operación de Ligault, abandonada desde hace tanto tiempo.

"Me he esforzado en llamar de nuevo la atención con imparsidencia, poniendo de manifiesto los documentos de una cuestión discutida durante mucho tiempo, y que hoy parece juzgada irrevocablemente. Si los muchos resultados obtenidos por la escuela de Obstetricia de Olápoles, no bastan desde luego para que los cirujanos y comadronas, se encaminen á una apreciación mas favorable,⁽¹⁾ después de un nuevo y serio

⁽¹⁾ «quierás puedan llegar á tener opiniones más favorables, despues de etc.

estudio".

Las aspiraciones del profesor Boucharourt, están en vías de realizarre, y la sifisiotomia le deberá en mucha parte el haberla sacado del olvido en que la habían dejado los partidarios del método inglés, es decir, los vehementes adeptos de la embriotomía y del parto materno.

V

Causas que motivaron el abandono de la sifisiotomía.

Examinando las causas
por que fué desechada la operación de
Sivault, después de haber sido tam-
bién acogida y hasta ensalzada
en su principio, nos encontramos
en primer término que el arte de
los partos fué muy descuidado
por los médicos hasta el siglo últi-
mo, y se comprendería que Bande
debe que triunfase fácilmente de
sus adversarios. Pero mucho mas
contribuyó al descredito de la ope-
ración la conducta de sus parti-
darios, así es que escribia Bande
lo que: "Aunque el tiempo hu-
biera hecho lo que no habían podi-

do hacen los muchos escritos que se
 han publicado desde un principio
 contra esta operación, aunque se
 practica mucho menos desde que
 ha prevalecido la verdad contra la
 preocupación, nos ocuparemos sin
 embargo y aun añadiremos á lo
 que ya tenemos dicho en nues-
 tras primeras ediciones, porque el
 numero de sus partidarios nos pa-
 rió muy grande, y que la mayo-
 ria desconocen los hechos mas ade-
 recados para disipar su error, ó
 inspirarles cuando menos la des-
 confianza que jamás contenía
 á Gigault en sus últimos años. Se

habia entibiado hasta tal punto
la confianza de Sigault en el nuevo
procedimiento, que se negaba a in-
tentarle cuando la pelvis no le
ofrecia, cuando menos dos pulga-
das y media (67 mm. m.) Le hemos
visto proponer la operación cesá-
rea en una mujer para quien
nos llevó en consulta y que ope-
ramos á prescripción suya el mes de
Julio de 1783; y pocos días antes
de su muerte, en otra cuya pelvis
media cuando menos dos pulgas
días y media (67 mm. m.) y que sin
embargo partió espontáneamente
un niño muerto."

La única reunión razonable, que se podía hacer á Sijault, era el haber intentado persuadir que su operación podía en todos los casos suplir á la gastero-histerotomía cuando como dice Champsaur, cada una de estas operaciones tiene su campo limitado e indicaciones muy precisas (Flatin).

Jacquemier escribió: "Los verdaderos autores del descrédito en que estuvo por largo tiempo la sinfistomía son más bien sus partidarios que sus adversarios, pues estos últimos le prestaban un inmenso servicio comprobando se-

veramente los hechos, cuando por el contrario sus partidarios, destinian por su base la operación practicandola casi siempre cuando evidentemente estaba contraindicada."

En las interminables réflicias que ha promovido la disensión de esta operación, ha faltado segun dice Murat, unas veces la sinceridad, otras la buena fe; los unos no han tenido valor para compensar sus errores sacrificando una opinión formada quizás sin pruebas suficientes, y los otros aun mas culpables, han exagerado las ven-

fajos y anunciaro resultados que real mente no habian obtenido, con el fin de ensalzar su utilidad.

Segun Velpceau todos los votos hubieran sido para Gigault sino se hubiera propuesto la sinfistomia mas que como un nuevo recurso para enriquecer el arte.

Se observa que cuando se calmaron los partidarios y adversarios y cuando se estudio la mision sin preocupacion, consideran do la sinfistomia como un nuevo recurso que en ciertos ca sos podia hacer mas frecuentes e indispensable la operacion cesá

rea ó la embriotomía, cuando parecía que la discusión había tomado un carácter serio y científico, y cuando la clínica francesa llamada á darle ó quitarle su sanción, entonces ya se puede decir que la infisiotomía no se practicaba.

Se han alegado otras razones para rechazar la infisiotomía. ¿ Cuáles eran los resultados para las madres y las consecuencias inmediatas y tardías ? ; ¿ Cuáles eran las lesiones de los sífisis sacro-iliacas ? Ciertamente que han ocurrido estas objeciones á los

adversarios de la operación, sobre todo cuando sus favoritos partidarios quisieron aplicarla á todas las estrecheces, produciendo accidentes que influyeron directamente en la mortalidad de las madres y en el porvenir de la misma operación. La objeción referente á las lesiones de las sínfisis sacro-iliaicas, parece también de innegable fuerza, pero como dice Duncan (Trad. por M. Budin 1877) "El temor de producir lesiones, es probablemente imaginario, puesto que sabemos que para producir la rotura de las sínfisis sacro-iliaicas

después de la sección pubiana, es necesario emplear una gran fuerza."

Dice Asdrubali: "Pues lo sinfisiotomia la que quita la vida á las madres, si no su empleo indiferente, que á todo trance es preciso limitar. La sinfisiotomia llevó á ser mortal en manos de los que se precipitaron demasiado, y la usaron en todos los casos de fracturas de la pelvis; pero no sucedió así con los operadores que se terminaron los límites y marco con luego los resultados favorables."

Muchos de los desastres que se atribuyen á la sinfisiotomia, se

deben atribuir á la infusión. En muchas observaciones se hace constar el fallecimiento á consecuencia de "prurulencia generalizada"; cuantas mujeres no habrían sufriendo de septicemia de cuyo peligro no se preocabian por desconocerlo!

Gueriendo Morisani explíca las causas del abandono de la sifisiotomía saca las conclusiones siguientes: 1º Los resultados de la sifisiotomía han sido graves para la madre cuando se la ha practicado por debajo de los límites de su indicación; cuatro operaciones hechas en estas

condiciones dan tres muertos.

2.^a Los resultados han sido satisfactorios para la madre, cuando la operación se ha mantenido en los límites exactos en que está indicada. 3.^a Aun en los límites exactos hubo á veces malos resultados, pero esto ha dependido del momento en que se intervino en el modo de hacerlo.

4.^a Los accidentes consecutivos ocuparon la mayor parte de las veces, del mal tanto que sufrieron las partes genitales antes de la operación. 5.^a La muerte de los niños puede atribuirse á los me-

dios accesorios, antes que a la misma operación.

Povati había ya expuesto los motivos por los cuales se había casi olvidado la operación antes acogida con tanto entusiasmo. Dependía segun él, de que antes la operación tuvo en campo de mariage vario, y ya no se ejecutaba desde que se recurrió al parto prematuro artificial, ó á la cephalotomia cuando había pasado el tiempo lúbil para provocar el parto prematuro artificial.

Partiendo de la misma opi-

nion Erchia Piets, quien atribuye el abandono de ésta operación a tres causas; 1.^a la regla admitida en Francia de sacrificar siempre el niño por salvar á la madre; 2.^a la introducción del cephalotubo por Augusto Baudouze, superior al gusto de los practicicos ingleses, y 3.^a el prestigio de que disfruta el parto prematuro, que permite evitar las fúnebres conmociones de un embarazo, determinándolo en un momento digno suceso.

Los hechos siguientes segun el profesor Bouchacourt han

debiendo necesariamente limitar el numero y la importancia de las operaciones de la sínfisis. 1º El punto prematuro artificioso que casi corresponde á las mismas epígenios de dimensiones en los espáculos de la pelvis.

2º La introducción en la práctica de la Obstetricia del forceps á tracción sostenida, cuyo principal mérito se debe sin duda á Chassaigny con las últimas modificaciones de Boulin, Pouillet y del mismo Chassaigny, han ensanchado seguramente el campo de aplicación del instrumento.

mento primitivo de Chamberlain y de Levek, a expensas de la operación cesárea y mas particularmente de la insístiotomía. Una teoría mejor respecto a la acción del fórceps y los perfijinamientos producidos bien en su constitución, bien en su modo de aplicación, no han dejado de ejercer una influencia que es necesariamente en cuenta en la práctica (Thenanc, Assalini, Holtz, Tarnier.

3º Bajo otro punto de vista muy distinto es preciso revo-

moer tambien que los progresos in
troducidos estos últimos años en la
operación cesárea, bien sea como
técnica operatoria, bien como tra-
tamiento del estado puerperal;
por el encogido empleo de la an-
tiseptisca, por los resultados de la
operación de Porró, y de un mo-
do general por el éxito reciente de
la cirugía abdominal, han ensan-
chado el campo de aplicación de
la histerotomia.

El profesor Pinard, en la lec-
ción hecha en la clínica de París
el 7 de Diciembre de 1891, di-
ce: "No me detendré en dimitir

por ahora, ni las causas que han
hecho que abandonen y condenen
la sifisiotomia la mayor parte
de los comadres, ni las razones
por que la escuela de Obstetricia
de Valencia, asegura que es una
operación útil, bien hecha y
llamada á ocupar un gran lu-
gar en Obstetricia operativa. Os
recordare solamente que el adve-
nimiento de la antisepsia, ha
hecho posibles e inocuas una
porción de operaciones antiguas,
sin mortales y general sín-
fisiotomia parece ser made ellas.

Dice Gotchauq que hoy

gracias á la antícesis, al profun-
do conocimiento de la palpación
y á los dilatadores de Mrs. Turner
y Chauvetier, la sifistomía
ha llegado a rehabilitarse, pero no
deberá ocultar los demás procedi-
mientos. En ciertos casos será pre-
ciso practicar la operación cesárea
ó la embriotomía; con todo, es de
esperar que la sifistomía dismi-
nuirá su frecuencia.

VI

Indicaciones y contra-indicaciones

Como dice el profesor Pinard,

la sifisiotomia tuvo la mala suerte de haber sido propuesta por un hombre sin autoridad en materia de punto. Generalmente impresionado como todos sus contemporáneos, por los tristes resultados de la operación cesárea, todo el engrado de Renato Pijault, fue el de complicar la gaster - hysterotomia, así es que su objetivo inicial, era el agrandar los diámetros de la pelvis sin preocuparse del grado de la estrechez. Es difícil descubrir en sus escritos, su opinión respecto a los límites que marcaba la ecto operacion, ciertamen

lo que, dada la deficiencia de los procedimientos perimétricos, Figault, ignoraba aun cuando operó a la mujer Touchot, cual había sido la separación de los pubis que había obtenido después de la sección, ni pensó en probar experimentalmente las ventajas e inconvenientes de la operación.

Tampoco es fácil conocer la opinión de Alfonso Leroy sobre este particular, porque si bien fundóndole en sus experimentos al inicio la suspicacia en los viños de la pelvis cuya diámetro antero-posterior varia entre

tres pulgadas y cuarto (9 m. n.) y dos
pulgadas (5½ m. n.), aseguraba no
obstante, que después de la sección
de la sínfisis, se podia dar paso
á la cabeza del cráneo al tra-
vés de toda pelvis, cualquiera
que fuere su estrechez.

Baudelocque el mayor en-
nuigo de la sinfisiotomía, en
la tercera edición de su tratado de
partos, da la indicación de ésta
operación cuando el diámetro
menor es mayor que dos pul-
gadas y media (58 m. n.)

Desgranges de Lyon, no es
partidario exclusivo de la operación

cesárea; aguante la sección del fúlbis entre 8 y 6' y en determinados casos.

Para Larrey, esta intervención está solo justificada en los casos del extremo inferior).

Amsiau (Dissertation sur l'opération césarienne et la section de la symphyse des fúlbis. Paris 1803), fundando su juicio en experimentos personales, deduce, "que se podría lograr practicar la sección de la síntesis, siempre que la pelvis presente dos pulgadas y cuarto (61 mm) de diámetro antero-posterior, pero cuando el vicio sea mas com-

dorable, será preciso hacer la operación
usaria.

Gardien en su tratado de punto
de 1808 y sobre todo en la nueva edi-
ción de 1816 se ocupa de la sinfisio-
tonia con un espíritu científico
que no habrá que los autores de
la generación siguiente, hagan
tocado de él datos preciosos. Ama-
liza los rasos en que está indicada
la sinfistomia, apoyándose mu-
chas veces en los experimentos de
Giraud y de Arisiaud y dice: "Pasea
cón del pubis es necesaria, cuando
la cabeza de la criatura viva, ha
franqueado con dificultad el estre-

cho superior y que no puede atravesar el estrecho perineal con solo las fuerzas de la naturaleza, ni por medio del forceps. El resultado puede depender de que los dolores estén al mismo tiempo angostados en su diámetro antero-posterior, ó bien de que mientras el estrecho superior está angostado la aproximación de las dos tuberosidades inguinales, es bastante considerable para hacer imposible la salida de la cabeza sin vaciarla antes."

Indica la sección del pubis en el caso de "que la conservadura

del sacro) es muy considerable y man-
do la punta del coxis está tan
proxima al arco del pubis, que
la cabeza no puede atravesar
el estrecho perineal, al querer
tarse allí."

Cuando la cabeza está enca-
jada y la cristierna está amovi-
da la sección del pubis es el másico
receso que puede ofrecer el arte
para efectuar el parto sin dis-
minuir el volumen del cráneo
por la punión. Puede existir mu-
chos tipos de labores del sacro que
no permitan a la cabeza franquear
el estrecho y en tales circunstancias

solo la sifisiotomia puede proporcionar una viatura viva).

El mismo Gardien dice que solo la sección del púebis es practicable cuando habiendo sangrado la cabeza el orificio de la matriz es tan angosto el estrecho superior que se opone a que la cabeza pueda salir con solo los esfuerzos naturales ó la que se queda arrastrar con la aplicación del forceps en las partes laterales.

En el caso de encallamiento de la cabeza, en que ésta esté fuertemente apretada por todos lados, Gardien describe la sección de

la sínfisis; pero la admite, aun
do la cabeza está inclinada en sen-
tido longitudinal y que se le
puede subir entonces encima
del estrecho superior por medio
del forojo. El enclavamiento de
la cabeza en sentido de su anchu-
ra, estando aun viva la crista
ta, es también una de las circun-
stancias en que la operación de
la sínfisis le parece exclusivamen-
te indicada.

Tambien le parece que la
síntesis tónica es el único recur-
so seguro que el arte puede ofre-
cer para asegurar la vida de

la madre y de la Criatura; man-
do la estrechez es bastante con-
siderable, y el diámetro del
estrecho inferior, por ejemplo,
el que va de una ótara tubero-
ridad inguinal, es bastante
estrechado para impedir al per-
ro de contener la cabeza, que
representa lo último, de un
modo suficiente para comen-
tar la proporción que existe.

Cardini da también la pre-
ferencia á la simplicior modo so-
bre la gástrico-rectotomía en
el caso en que habiendo san-
queado las malas orificios

de la matriz, la extracción de uno
ú otro diámetro principal, redu-
cido por ejemplo a dos pulgadas
(54 mm.), no permitiría la ex-
tracción de los mallos. Tendrían
nos entonces los mismos incon-
venientes que en el caso preceden-
te para extraer la cabeza llega-
da á la excavación, y la sección
del hueso, en la que nos ofrecerían
mayores ventajas, porque en
tanto las más de las veces el
estrechamiento en el diámetro
transverso una pequeña separa-
ción podrá agrandar lo bastante
la apertura.

Por ultimo, cuando la crinatura representa por los pies, la cabeza puede detenerse en el estrecho superior y entlavarse en el sentido de su longitud ó en el de su anchura. Gardien admite la sección del pubis, para extraer el niño si am está vivo, y dice tambien que se debe ejercutar la vía inferioria cuando el feto está muerto, y que la perforación del cráneo servia insuficiente si la misma base estuviera inclinada y estrechamente apretada y en este caso estaba conforme con Hunter, quien estaba convencido, que despejos de la perforación del cráneo, mientras

caso de estrechez, la bárcia podria ofrecer bastante anchura para oponer un obstáculo invencible, y entonces para asegurar el éxito de la perforación, era muchas veces útil trazar la sección de la sínfisis.

Smellie consideraba también la función del cráneo, como absolutamente implícable, cuando su base se había cubierto en mayor medida que no tuviere cuando menos dos pulgadas y media (57 m.m.), porque no podría favorecer la salida de lo existente, siendo la menor anchura dada para la mitad de los pulgadas y media

(67 m. m.)

Gardien revisa los avisos de confor-
mación de la justicia, entre cuales la
solicitud del juez para convocarme
particularmente.

Casseron (cours théorique et practi-
que d'accouchements. Paris 11.^e ed 1828)
se muestra indicativo en su juicio
sobre la sifisiotomía, y no admite
la operación, sino en los raras en que
el diámetro sacro-pubiano del
extremo superior, tiene más de
dos pulgadas y media (67 m. m.)

Murat (Art. du Dictionnaire des
sciences médicales. Paris 1828) indica
esta operación, con ventajas positivas

para la madre y facilidades de terminar naturalmente el parto:

1º Cuando el diámetro antero-posterior del estrecho superior mide dos pulgadas y media. (67mm.) ó dos pulgadas cuatro líneas (63mm.)

2º Cuando la cabeza cuelta cráatica, ha franqueado el estrecho superior con dificultad, por estar más ó menos angostado, y no puede atravesar el estrecho inferior que está aun más angostado. Esta configuración de pelvis se presenta sobre todo en la mujer cuyo sacro presta por espero devoradura.

3º En el caso de extraordinaria

prolongación de la sínfisis pubiana.

Hº Angostamiento más ómimos considerable de los diámetros de los dos estrechos, debido á la aproximación de las dos tuberosidades inguinalas. Este caso es uno de los en que la sección de la sínfisis debe ofrecer menos inconvenientes, porque es una estrechez aun extremada de los diámetros transversos, si agrandan estos diámetros vari tanto como se separan los pubis (es el caso que figura en la Sociedad de Madrid del 24 de Octubre de 1780, refiere á la operación hecha en Almería, Andalucia, por Antonio Delgado, siguiendo el

consejo de Francisco Canivel).

5º La aproximación de las ramas del hueso pubis requiere la operación de la sínfisis, por que la operación agranda éste tanto como ocupan los pubis.

6º En el caso de tumor ovo luminoso, en óstigo de la base del sacro (caso de Norgel de Frankfurt, del 1º de Abril de 1778).

7º Cuando la cabza está encavada (enclavamiento de Roderer: parafungosis), enclavamiento tal, que no se puede introducir ningún instrumento en la cabza

9º.

y la pelvis permanezca en el
tio que se intenta hacer.

8º Si la cabeza ha franqueado
el orificio de la matriz, y la ins-
uficiencia del estrecho superior
se opone á su salida por los es-
fuerzos de la naturaleza, estando
la criatura viva.

9º La estrechez de la pelvis pe-
rinatal que no permite la expul-
sión de las nalgas que barren
quiendo el orificio de la matriz.

10º En el caso que habiendo
franqueado la cabeza la vulva, un
tumor situado en el fondo de la
criatura detenga á ésta.

11º Cuando muerta la cri-
tura el enclavamiento de la base
del cráneo es tal que aun después
de la perforación no se puede abrir
pasó.

12º Cuando existe una
retro-versión del útero grávido
y que han fracasado todas las
tentativas de reducción.

Paul Dubois y Desormeaux
(Dictionnaire de Medicine. Paris 1844) ates-
tiugan los progresos de la ento-
tonia y del parto prematuro arti-
ficial y según ellos: "La siisión de
la síntesis y el parto prematu-
ro artificial, convienen en los mis-

mos grados de estrechez del apéndice;
 pero si el niño está vivo la sínfisi-
 tomía es el único recurso. La sección
 de la sínfisis cuando el diámetro sa-
 cro-pubiano es de tres pulgadas (81 mm.)
 proporciona un agrandamiento
 conveniente al estrecho superior.
 Esta operación puede ser aun útil
 hasta cuando este diámetro tie-
 ne doce pulgadas y media (67 mm.).

Mme. Lechappelle admite la
 sínfisiotomía en el enclavamiento
 de diámetros menor de treinta y tres
 líneas (73 mm.) y superior a 24 líneas
 (64 mm.), la forma oval pirami-
 dal y quizás aun trilobar del apéndice

vio. Segun ella, ésta operación pue-
de ser sobre todo útil en el caso
que el diámetro travesero se halle
viciado, por que entonces se in-
vierte en su favor casi toda la
separación. Por el contrario en
los casos en que el diámetro an-
tero-posterior es demasiado estre-
cho no obstante una enorme
separación sólo se pueden expe-
rir algunas ^{líneas} de ampliación y
entonces es cuando, como ad-
vierte Bur, sólo se puede atai-
car el beneficio obtenido al enca-
jamiento desmo de las em-
mencias paritales (encajamiento

que daria un aumento de tres
líneas) en la separación inter-
pubiana antes que áun agran-
damien real del diámetro.

Pelpear admitió la sinfiro-
toma como el único medio á
que se puede recurrir (Pelpear traité
complet d' accouchements. Paris 1829-1835).

1º Cuando la cabeza se halla en
clavada en la escavación después
de haber atravesado el estrecho
superior muy angosto.

2º Cuando la cabeza ha franquea-
do el orificio y se halla deteni-
da por lo angosto del estrecho
inferior.

3.^o Cuando el tronco está ya
fuera, la vida del niño no es da-
da y la cabeza se halla en la
imposibilidad de franquear las
vías naturales.

Además tiene incon ostables
ventajas siempre que el estrechamiento
está en los diámetros trans-
versos y oblicuos; ya esté en el estre-
cho superior, ya dependa del
arrinconamiento por un eos-
tosis, o de un tumor sólido que
quiera colocado lateralmente o
de una eminencia o la cavidad
cerebral.

En los tres casos anteriores es

preferible la sinfisiotomía a la operación cesárea, aun después del parto naciente de la mujer, porque casi sería imposible no hacer sperron el mismo tratando de extraerlo por la abertura abdominal.

Las condiciones necesarias para practicar la sección del pubis, segun Velpeau son cuatro: 1.^a Que la criatura esté viva; 2.^a Presentación normal; 3.^a Que el cuello esté suficientemente dilatado y 4.^a Que la mujer sea joven porque la edad puede producir la angustia en las sinfisis. Al mismo Velpeau le parece aplicable, cuando muerto,

cinc o seis líneas (9, 11, 13 mm.)
demás permitiesen el paso de
la cabeza y también siempre
que por ejemplo el forceps es in-
suficiente y que sin embargo
el menor diámetro de la pelvis
mide más de dos pulgadas y
media (57 mm.).

Para flatten los casos en que
conviene practicar la sifisioto-
nia son: 1º Siempre que cuando
volar la criatura no presente
la pelvis en su diámetro sacro-
pubiano más que dos pulgadas
y media; 2º Cuando hayan sido
insuficientes la mano y el forceps.

por insuficiencia del estrecho interno. La operación es en este caso tanto mas ventajosa cuanto que se aumenta la anchura del arco de los pubis á medida que los pubis se separan uno de otro. La sifisiotomia es mas eficaz cuando existe la estrechez en la dirección de los diámetros oblicuos y transversos. 3º Cuando la cabeza se halla encajada de tal suerte en la osificación, que es imposible hacerla subir mas arriba del estrecho superior. 4º Cuando es muy estrecho el arco del pubis ó muy ancha la sifisis. 5º Cuau-

do existen en la pelvis viejos tumores que no la obstruyen mas que en parte y 6º Cuando está encajado el ítem como puede suceder en la retroversión (Sandín).

Son contraindicaciones para la sinfisiotomía según Flatin: 1º en la mayor parte de los casos arriba citados, cuando se halla muerta la arteria; 2º Cuando la pelvis presenta menos de dos pulgadas y media (57 mm.) 3º Cuando hay motivo para creer que las sinfisis están osificadas y finalmente cuando la mujer no quiere sujetarse la operación

ción.

Moreau (*Traité pratique des avan-*
gements. Paris 1838. 2 vol.) establece la
 indicación de la sifisiotomía
 entre estrechez del diámetro
 antero-posterior, cuyos límites
 de dos pulgadas y cuarto (8m.m)
 a tres pulgadas (81m.m), y
 cuando la cabeza enclavada en
 la excavación, no pudiere aban-
 zar ni retrajer por la insufi-
 ciencia simultánea del estrecho
 superior e inferior).

Chally Honore' (*Traité pratique*
 de l'art. des avangements - 5^{ma} edición. Paris 1857)
 admite la operación, cuando la

que tiene dos pulgadas y media
(67 mm) y aun seria preciso que
concurriesen algunas circunstan-
cias muy raras, como pequeño
volumen de la cabecera, su redinci-
bilidad y la relajacion natural de
las sifisis sacro-iliacas. En las
estrechuras mas raras que son las
de los diametros transversos y
oblicuos es cuando la sifisiso-
mio penea ofrece mas ventan-
jas.

Cazeaux (*Traité théorique et pratique*
des accouchemens - 1846) pretende que la
operacion que solo parecia aplicable
a los casos de estrechez sacro-pubis

ra, da sobre todo resultados ventajosos en las extracciones de los viame-
tros transversos de la excavación y del
estrecho inferior.

Facquemyn (Manuel des amonchements
1845) ha estudiado la cuestión concién-
tradamente y sin desectuar la sififi-
siotomia la limita á cuando el diá-
metro sacro-pubicano conserva un
do menor de pulgadas y tres cuar-
tos (75 mm.) ; hasta este grado, no
separando los pubis ni se despué-
gas (54 mm.), sedia diámetro
sacro-pubicano tres pulgadas seis
líneas (91 mm.) ó tres pulgadas una
y tres líneas (90 mm.) ; cuando el diá-

este tiene dos pul

o de la gran

parte ^{en} j, es-

l límite

propia razona

da superficie

la cabeza se

fundamente en la

extremo desar

mediana desar

conduras del oí

ntadas. El lími

do se prolongadas y

que estableciste

de fijo, y

que se extiende de puer

los anteriores se han
quebrado espurazos en
forceps son óneos de
ra que la confusión
que el término tal vez
puede ser el porcus, es
cada vez la expectación
y cuando llega el momento
la confusión desaparece
una ó dos aplicaciones
y decididamente se ha
y otra de esto es lo que
La cuestión es cuál es
los de la mano y
muy, decididamente la
mucho más tarde

metro sacro-pubiano solo tiene dos pulgadas y media ($5\frac{1}{2}$ m.m.) el aguantamiento seria aun bastante; ^{en} en
el grado que es el ultimo limite admitido no se podria razonablemente ocurrir a la sinfisi-
tonia sino cuando la cabeza se encontrase perfectamente encar-
vada que retuviese la costumbre que el feto tiene medianamente desar-
rollado y que las comisuras del ojo no estan poco apretadas. El limite
superior es de tres pulgadas y cuarto ($8\frac{1}{2}$ m.m.) pero este limite no puede tener nada de fijo, y solamente por el resultado de una

tos anteriores se puede presumir
que los esfuerzos de la madre y el
forceps son ó no suficientes, y pa-
ra que la infisiotomia no sea
que el terreno de la expulsión sea
simpla y al forceps, es necesario con-
ceder la expectación el tiempo rea-
zonablemente permitido y ha-
cer con prudencia y precaución
una ó dos aplicaciones de fango,
y decidirse entonces cuando una
y otra de estos medios fracasase.

La cuestión es conciliar los intere-
ses de la madre y de la criatu-
ra, decidiendo á tiempo, y requiriendo
mucho hábito de la práctica, que

perigrosa para la madre; tan
tomas que la primera daria al
genio probabilidad de salvar
la Craniotomia, cuya vida se sa-
crifica fatalmente con la segun-
da. No obstante los partidarios
ingleses de la Craniotomia, se
cree autorizado para decir que
si presentase un caso tal que
para permitir el paro del feto,
faltase cierto espacio que lo sin-
gle division de la sinfisis pue-
diese proporcionar, no vacilaria
en este caso particular en tomar
en consideracion la sinfisiotomia
y practicarla si fuera preciso. Se

apoya para el caso que vamos á citar en el testimonio de Pissman, que es tanto mas extraordinario, por cercano que siempre se ha asociado á las protestas que se hacian contra la sinfisiotomia:

"No me permitiría suponer el caso posible de una persona de elevado rango; la vida de su hijo puede ser de un interés público considerable, y sin embargo el parto no se puede efectuar sino matando el niño, ó haciendo caer á la madre los grandes peligros de la operación cesárea y si por una debilidad muy humana se niega á

concederse á esta operación, los alto
tos intereses del país impedirían
tambien que se sacrificase al niño.

Si llegase este caso, quando
es imposible, se podría proponer
y ejecutar la sección de la infusio
del pubis y proteger en cierto mo
do los intereses de los dos seres; pa
ra la mujer, esta operación sería
menos cruel que la cesárea, y
daria algunas probabilidades de
conservar la vida de la criatura".

El testimonio de Plemmar es
tanto mas sorprendente por que es
criado en contra de la simplicidad:
"que no tiene intención de forma-

dar un solo voto, ni hacer argumento alguno en favor de ésta operación, ni para los casos para que fui propuesta en su principio, ni para otro ninguno que se pudiere imaginar."

En el artículo "Pubiotomia" del (Dictionnaire des sciences médicales de Dechambre) el profesor Bouchacourt de Lyon, hablando de las indicaciones de la infiotomia dice: "Aunque sea difícil establecer precisamente los límites de estrechez pelviana que indican esta operación, se puede inferir de exagerar fijarlos entre 65 m. m. límite menor y 80 o 85 m. m. límite

mayor, suponiendo que la ciática está viva y sea de volumen ordinario: esto se debe aplicar sobre todo á lo estrechez pronunciada en el sentido antero-posterior ó sacro-pubiano."

Respecto á las estrechuras en sentido transversal situadas entre excavación y mas aun en el estrecho inferior: pelvis en embudo, pelvis cifosica, reclaman la sección de la síntesis con mas ventaja que la estrechez antero-posterior; un alargamiento considerable de la síntesis si, si ó 5º, con pronunciada estrechez del anillo pubiano (pelvis arrinomada) se encuentra

en el mismo caso, así como las pelvis que presentan una convulsión muy angustiosa delante del coxis (en este caso es ésta el que el profesor Bourdachacourt ha propuesto la sínfisiotomía sacro-coccigea y aun la sección sub-cutánea de uno de los dos ligamentos sacro-coccigeos ó isquiáticos). En la pelvis estrechada en general, de Stein, de Ruygolé y de Ficher, la sínfisiotomía estaría también indicada á condición de que se tratase de una pequeña reducción de todos los diámetros, teniendo, como se sabe, ésta reducción una influencia mucho mas grave como obtiene al punto, en igualdad de

circunstancias, que una estrechez de
naturaliza vaginaria limitada á
uno de los diámetros.

El Dr. Howard en su tra-
do de partos de 1890, admite la si-
fisiotomia en las estrecheces de
7 a 9 cm. y que la criatura está
viva.

El Dr. Chauvetier en una
nota leída en la Academia de Me-
decina el 15 de Marzo de 1892, se
refiere como indicaciones á los q.
dean los representantes mas emi-
nentes de la Obstetricia en Italia.
En pelvis de 83 á 87 m. m. m. ésta o
operación, gracias á los progresos



de la antisepsia da excelentes resultados y permite salvar casi seguramente la madre y la criatura. Pero estaremos ya obligados á hacer pedazos un niño vivo para salvar á la madre.

La operación tiene ~~esta~~ puesto entre el parto prematuro artifical y la operación cesárea y es muy usada en Italia.

Povis ha recomendado la sini-siotomia en lugar de la operación cesárea y asociándola con el parto prematuro en pieles quemadas de 83 a 84 mm. m.

Morisani fija el número de 67 m. m. como último límite de los sin-

fisiotomia.

Dice el Dr. Charpentier que si la sifisiotomia conviene á las estrechuras del diámetro antero-posterior de la pelvis está mas indicada en las estrechuras transversales no solo del estrecho inferior. Lo mismo sucede en las convaduras muy angulosas hacia adelante del coxis con ó sin angulosis de la articulación sacro-cóxigea. Y igualmente en las pelvis estrechadas en general á condición que la reducción de los diámetros no sea demasiado considerable.

Por ultimo en una pelvis

normal con excesivo volumen de la
 matriz sin alteración patológica
 caso en el que las dificultades
 para el parto dependen ini-
 miente del excesivo volumen de la
 matriz y esto que se produce tra-
 mar una estrechez relativa de la
 pelvis; en este caso, Mr. Chaperentier
 de Conformidad con Mr. Bouchacourt,
 se pregunta si no seria ventajoso
 practicar la infarctomia. Rossi
 y Morisani los representantes mas
 ilustres de la obstetricia contempo-
 ranea en Italia resumiendo las
 indicaciones de la infarctomia
 admiten dos casos; segun que la

mujer esté en el término de su
embarazo ímo.

En el primer caso si el
diámetro antero-posterior del la-
pulvis mide 97 mm. el forus de-
be bastar. Segun Robt por ba-
jo de 88 mm. se puede ensayar u-
na rotación de forceps y si no
da el resultado se recurrirá a la
infisiotomia. El último lími-
te inferior de la operación sería
84 mm. Para Morisani, el lími-
te superior es el mismo que para
Robt, pero el inferior no para de
87 mm.

Cuando la mujer no ha

Llegado al término del embarazo ambos prefieren el parto prematuro. He aquí lo que dice Moisani:

"Ciertamente que el Comadrejo en presencia de una mujer, en el séptimo o octavo mes de embarazo y con una estrechez de la pelvis, le aconsejará esperar el término de su embarazo para abrirle la vías, hasta una mala cirugía. El parto prematuro artificial es en semejante caso preferible si queremos evitarnos lo que la ciencia y la conciencia nos sugieren."

Moisani permanece fiel

á la indicación de la operación
cesárea, allí donde el conjugado
es inferior á 67 cm. m. Si el nino
está muerto es claro que se pre-
ferirá la crancetomia á toda opera-
ción que pueda hacer correr un
riesgo á la madre.

VII.

Procedimientos operatorios.

Sin repetir el procedimiento
empleado por Sigaunt ni cre-
nemos en el que describe Le-

sobre discípulo de Leroy, ni en los de Plenitz, Ansiaux y Maygriv, me ha parecido útil transcribir el manual operatorio que Pedro Flutin detalla de un modo bastante completo.

"Debe colocarse la enferma en el borde de una cama en la misma posición que si se fuese á hacer uso del forceps; conviene que muchos ayudantes la mantengan en esta posición y que los encargados de los muslos sostengán los huesos de las caderas cuando esté á punto de completarse la reparación de

la sifisis. Esta demostrado q.
la reparacion espontánea no
puede ser muy grande y sin
embargo es siempre prudente
no omitir ninguno de los me-
dios capaces de prever los
accidentes que pudiera pro-
ducir una reparacion demas-
tiado considerable de los huesos.

Un ayudante debe tener el
encargo especial de auxiliar
al operador y presentarle los
instrumentos que pueda necesi-
tar durante la operacion. An-
tes de todo se debe rasurar el
monte de Venus y dar salida

á la orina que contenga lava
giga.

Estando así todo dispuesto, el
operador armado de un bisturi li-
geramente convexo por su corte se co-
loca á la derecha ó entre las piernas
de la mujer, busca con cuidado el
lugar que ocupa la sínfisis y divi-
de sucesivamente todas las partes
 blandas que se encuentran por
delante de ella procurando cortar
la linea blanca entramos ex-
tension á fin de evitar conseguin-
do los obstaculos que las inser-
ciones de los aponeurosis abdomi-
nales en los pubis no dejarian de

oponer. Segun nuestro modo de ver
puede evitarse fácilmente la herida
de la pared interna con solo te-
ner un poco cuidado y deben ligarse
inmediatamente las demás arterias
que se puedan haber cortado á fin de
que la sangre no desfigure las partes.

Se hará con mucha lentitud la
sección del fibrocartílago inter-
articular para evitar con segu-
ridad el lesionar órganos que im-
porta respetar. No están de ac-
uerdo los autores sobre la forma
del instrumento necesario para
este segundo tiempo de la opera-
ción: unos quieren que se traga

uso del bisturi ordinario, teniendo
 cuidado de cubrir su punto con la
 una del dedo indice izquierdo; otros
 prefieren un bisturi de botón; Alfon-
 so Leroy aconseja que se use un
 esculpido con algo por su corte; Ditten-
 ha inventado un cuchillo flexible;
 finalmente, Desormeaux cree que con-
 viene usar un bisturi de hoja recta
 y terminada en cuadro. Somos tam-
 bién de opinión que merece este úl-
 timo instrumento la preferencia,
 si bien convencemos que el benefici-
 o de la operación depende menos
 de la forma del instrumento que se
 adopte para dividir las sinfisis que

de la habilidad del operador?

Ahora; ¿Como deberá hacerse la sección del fibro cartílago inter-articular? ¿Deberá obrar el bisturí de adelante atas, como lo aconseja Pfenck, ó de atrás adelante segun quiere Eitken, ó bien de arriba abajo como lo proscriben otros autores? Supuesto distamen-
te que es mejor cortar de arriba ó
abajo, porque de este modo es im-
posible que el instrumento penetre
en el interior de la pelvis. Cuando se
llega cerca del ligamento sub-
pubiano, es necesario poner mas cui-
dado á fin de no atrir el conducto

dela uretra, y para mayor seguridad, convendrá dirigir un poco á la izquierda la incisión de este ligamento al mismo tiempo que se deprime la uretra hacia abajo y á la derecha un medio de una sonda introducida en ella.

Cuando la síntesis se halla ya enteramente dividida, se veja el punto á la naturaleza, si la matriz se contrae con fuerza y en el caso necesario se termina con la mano sola ó con el forezps. En todo caso los esfuerzos necesarios para la expulsión ó extracción de la Criatura deben ser suficientes para separar

los huesos en el grado conveniente
sin que haya necesidad de tra-
er entos muslos ó en los huesos
de las caderas, posisiones que po-
drían dar lugar a las alteracio-
nes mas graves en la sínfisis
posterior y expone al extremo
el buen éxito de la opera-
ción."

El mismo Glatin aconseja
como cuidados consecutivos: "El
mantener los huesos en un con-
tacto perfecto por medio de un co-
dijo puesto al rededor de la pélvis
y reunir los bordes de la herida
exterior por medio de tiras de aglu-

tinante.

Si al apropiar los huesos, se presenta entre ellos la regiga, se rá menester empujarla con el dedo ó con una sonda de madera como lo prescribe Desormeaux. Importa sobre todo que el vendaje que sostiene los huesos, esté siempre convenientemente apretado.

Son mas regular, es que la reunión de los huesos se efectúe al cabo de un mes ó seis semanas; sin embargo, avalejada prudencia que no se permita andar á la enferma tanto para siete ó dos meses, y aun son muy

frecuentes los casos en que se necesita un tiempo mucho mas largo, cuatro ó cinco meses por ejemplo para que haya desaparecido toda movilidad y pueda ejercitarse la progresión sin dolor.

Los cuidados mejor empleados nos son suficientes en todos los casos para hacer consolidar la sínfisis de los picibis, y es cosa bien notable que esta circunstancia no sirve siempre de obstáculo al amargor para estos de pie andar y aun saltar con bastante fuerza (Dubois Mammy); esto depende de que entonen las articulaciones posterio-

res de la pelvis han adquirido bastante solidez para resistir á las sacudidas que reciben los huesos de las caderas.

Antes de exponer los procedimientos actualmente empleados, analizaremos las diferentes modificaciones que se hicieron á la operación de Sigault, dando muy en su principio, con los nombres de los autores que las propusieron.

Sigault había practicado la infisiotomia con el bisturi en 1777, cuando Siebold de Wetzburg queriendo ejecutar en la mujer Markado el 4 de Febrero de 1778, se encontró

conque la sínfisis pubiana estaba
osificada y se vio obligado a sacar
el hueso anterior de la pelvis.

El primer pelvianista fuí
fuera un sínfisiotomista que res-
tituyó con la sierra el cuello, por
que la parte blanda se trataba con
vertido en parte dura y de este
modo se supo el más tiempo,
la posibilidad de encontrar un ob-
stáculo para cumplir el procedi-
miento ordinario (Sínfisiotomia)
y el medio de vencerlo (La pubio-
tomia). Este procedimiento se ha
atribuido á Desgranges o a Lyon

sin ningún fundamento; éste
 dice (Réflexions sur la section de la sym-
 phise des os pubis. 1781): "En verdad que
 si la sínfisis anterior, la del os pubis
 estuviere soldada, sería posible des-
 unirla con una sierra convexa y
 de bolón, pero si una sola de las
 sínfisis posteriores se halla osifi-
 cada solamente se separará mo-
 de los huesos pubis, el agujero dieren-
 to obtenido por el estruendo causado
 se reducirá a pura cosa; no resulta
 á ventaja ninguna para el pacto,
 y si las dos se hallan osificadas, el
 pubis se habrá serrado en vano y ha-
 brá que recurrir á la operación cesá-

rea que se debiera haber practicado
desde un principio."

Prefiere Spinelli que la sección
del hueso pubis en lugar de la sección
de la sínfisis, se ejecutó mucho an-
tes de que se tuviera idea de ello,
y se había hecho por casualidad
y sin intención del operador, en un
caso en que la sínfisis del pubis
estaba desviada y se practicó la
sección en un punto distinto del
sitio deseado.

Desgranges ha referido in-
gualmente esta observación, en
la que solamente por la autopsia
se pudo comprobar la reunión

de los pubis á la izquierda y no en medio.

Ses años después de la pelvictomía justa-sinfisiana, pueriotomía ejecutada con cierta ordinaria por Siebold, aparecen no solo la pubvictomía simple con la sierra de Cadena, sino la doble pubvictomía. En efecto en 1783, Kitten cirujano del Royal Infirmary, profesor de anatomía, cirugía y partos de Edimburgo, describe la sección de la sinfisis pubiana, alias sincondrotonia en operación de Gigault con el título de Pelvitomy (Pelvictomía), en la

gar de sinfisiotomia:

«Es la sección de la sinfisis pubiana con objeto de agrandarla excesivamente de la pelvis, permitiendo que las extremidades anteriores de los huesos iliominados se separen entre sí de otras.

Estudié suscitadamente el objeto las indicaciones y el manual operatorio. Despues de describir el procedimiento ordinario de Pigault, Ditten enumera las objeciones que se pueden trazar a la operación y dice textualmente (Varnier. Historique de la pelvitomie. Annales de Gynécologie et de l'obstétrique. Febrero 1893):

"Las principales objeciones á la pelvitomía (síntesis pubiana), son:

1.^o "Que los cartílagos pueden estar osificados" y añade en una nota "una sierra flexible que inventado para estos casos destruye en absoluto esta objeción, uno de los mangos es móvil por medio de un gancho de modo que permite su aplicación entre ó dentras de los huesos." Es claro que cuando Hicken dice "los cartílagos osificados" se refiere exclusivamente á la síntesis pubiana.

2.^o "Se puede herir el cuello de la vejiga. He inventado un cuello-

llo flexible que corta de dentro á
fuera y evita por consiguiente
esta objeción." Este cuchillo flexi-
ble no es mas que la cuchilla
afilada en lugar de ser dentada.

Después continua la enumera-
ción de las objeciones á la
operación de Gigant y como con-
clusión de los capítulos pelvito-
nia, embriotomia e hysteroto-
mia termina Aitken inventando
la doble pelvitomia de este modo:

"¿Se podría sustituir con-
siempre la embriotomia y la
hysterotomia por una nueva pe-
vitomia? Es decir cuarto inciso-

nes, dos que correspondan á los huesos pubis lo mas cerca posible de los vasos craneales de modo que puedan estar distantes una o otra proximamente cuatro pulgadas (10, 8 cm.) y otras dos que correspondan á la unión de los huesos pubis é isquion.

Se cortan con la sierra flexible los huesos descubiertos por estas incisiones sin herir el peritoneo, la vejiga y vagina. De este modo el segmento anterior de la pelvis queda móvil y cede á la presión de la cría fura, permitiendo de esta manera

el punto. Si se vigila la herida
la cicatrización se puede efectuar
de manera que se conserve una
capacidad suficiente de la pélvis."

Pannier resume del modo
siguiente "Giebold ha practicado
por medio de una sierra ordinaria,
y como secundánea de la sin-
fisiotomía la pulvittomía recta-
-sinfisiaria; operación de necesidad,
no de elección. Clíthon ha ideado
la sierra de Cadua con el mismo
objeto, y además ha propuesto ser-
var en su punto las pélvis demasiado
estrechas para agrandarlas bastante
por una sección única y media.

Revisor además bajo otro punto de vista Aitken cree que esta doble pelvitoria podría quizás á consecuencia del agrandamiento momentáneo, dejar, después de determinada consolidación excentrica que se fijare un definitivo agrandamiento bastante para partos ulteriores. Segundo pues dice, como ha dicho M. Pinard en la academia de Medicina el 31 de Enero de 1893, que desde 1788 todo lo procedimiento imaginables de pelvitoria aplicables á las pélvis simétricas sin angulos sacro-ilíacos, habían sido

propietas y ejecutadas en la
mujer viva; en el cadáver ó en los anima-
les; que los instrumentos pelvito-
nistas que se usarán en lo sucesi-
vo estaban inventados desde enton-
ces y que estaban establecidas las
indicaciones para las pélvis vi-
ciadas ordinarias de todos tam-
bién. Esto los sabemos perfecta-
mente M. Farabéuf. M. Pinard
y yo decíamos el año que hemos co-
menzado a estudiar estas cuestio-
nes, pero lo ignorando que se
contentan con documentos de se-
gunda mano?"

Siegim Murat, Champion de

Bas-le Pouc, dice que sería preferible separar el pubis de cada lado en lugar de cortar la sínfisis pubiana; aquí ya ésta operación se acuerja deliberadamente como sucedánea y nosolamente para los casos de osificación de las sínfisis pubiana.

Galbiati de Nápoles había escrito según Velpuan en memoria titulada "Del Taglio della sínfisi del pubis 1819" un procedimiento de protectoria algo diferente del de Aitken.

Cattolica de Nápoles también, contemporáneo de Galbiati Austria

presentado en la real Academia
de Medicina de Paris el 1826 por
conduto de Velpeau, una memo-
ria en la que proponía también
reemplazar la sínfisiotomía por
otra operación. En lugar de con-
tar el cartílago que se divide
en ambos lados se traga la sección
del hueso y de las ramas de
los pubis, entre los dos aguje-
ros sub-pubianos; de este mo-
do quedan intactas las sínfisis-
sacro-iliaicas; no hay temor de
herir ni la vejiga ni la uretra;
apenas si se ejerce tracción so-
bre el tejido celular del pubis

y la consolidación es fácil de obte-
ner. Morisani describe (Annali di Obs-
tetricia e Ginecologia - Genuo 1893) la opera-
ción de Galbiati de este modo.

"Preocupado Galbiati del éxito
casi siempre funesto de la gástroto-
nia, buscó un medio que pudie-
se sustituir a esta grave opera-
ción, y propuso ejecutar la sección
de una ó de las dos ramas isquía-
ticas, evitando la sección de la sin-
fisis pleviana.

La intervención era abrir en ésta
manera una puerta muñulada ó
bivalva en la mitad anterior de la
pelvis, para que la existiera en la

gar de atravesar el conducto óseo,
saliere por la abertura practicada
en su circunferencia. Galbiati ex-
perimentó su operación en el ca-
dáver y la ejecutó dos veces en el vivo.
El primer experimento se hizo en
el cadáver de Antoniu Lombardi
el 29 de Octubre de 1825. El espacio
sacro-pubicano solo media ma-
julgada (27 m.m.) bastaba de
lo para vivirlo, pues apenas in-
troducido en la vagina tocaba el
sacro. La sección de los huesos se
hizo con dificultad por medio de
una sierra circular; Yatolica eje-
cutó la versión, pero la cabeza

experimentó cierta dificultad en
salir. Esta dificultad dependía
de la sección imperfecta de la ra-
milla izquierda del pubis que es-
taba al medio separar y no se pudo
separar".

En noviembre de 1829, Gal-
biati practicó la sección ingle-
pubiana en el cadáver de Flo-
rentina de Angelis, que tenía pul-
gada y media de diámetro sa-
cro-pubiana (11 m. m.); la ex-
plicación de la criatura se efe-
tuó fácilmente.

Galbiati practicó dos ve-
ces esta operación en la mujer

viva; la primera en Marzo del 1832,
la segunda en Diciembre del 1841
en presencia de Sovi entonces es-
tudiante, teniendo que lamen-
tar la perdida de la madre é hi-
jos; pero es de advertir que Gal-
biati se jactaba de que bastaba
la sección de uno solo de los la-
dos, pero tuvo que completar la
operación á las treinta horas,
estando muy grave la mujer
y practicó la crancotomia pa-
ra extraer la criatura. Así que
en la segunda operación la se-
cción la hizo en ambos lados y
después de diez y seis horas sa-

lio espontáneamente una criatura bien conformada pero en estado de asfixia inminente. En ambos casos la operación fué lenta, la boriosa y bastante dolorosa.

Mas tarde Cianfalone practicó dos veces la misma operación. La operación de Galbiati fué completamente abandonada no obstante una tentativa de reabilitación hecha en 1863 por Mauzani.

Pitois en 1831 en su tesis titulada "Delo pubiotomia" decía: que se podrían remediar varios de los inconvenientes de la sin-

condrotomia abriendo la piel
en otro sitio que en la sínfi-
sis; esto idea le fué sugerida por
las lecciones deportes del profesor
Stoltz, pero este le advirtió que
aquella idea no era nueva y
que ésta operación había sido
ya propuesta por Desgranges
de Lyon, lo que reconoció de bu-
n grado afirmando que la había
proyectado ^{ignorando} en absoluto que otra
la hubiese indicado antes que él.
La obra de Velpau le hizo ver
que además de Desgranges, el
comandón inglés Clifton la ha
biéspuesto también. Onade Pitois:

"Habiendo tomado este asunto para mi tesis, he consultado estos dos autores para no anunciar como nuevo lo que ya otros habian dicho; sin embargo tanto en uno como el otro no se trata sino de la osificación de los sinfisis delos pibis, que varias veces se ha encontrado y ha necesitado el empleo de la sierra para separarlos."

Es indudable que Desgranges de Lyon y Champion de Bar le Duc, suponiendo el caso de hallarse angustiada la sinfisis proporcionan la sección á ambos lados y que Ditsken descubrio la

siera y el bisturi flexibles para secionar la sínfisis osificada pero también lo es que descubrió la doble pelvictomía para obviar los inconvenientes de la sínfisiotomía y para sustituir casi siempre á la embotriotomía y á la histerotomía, esto ésto que no manifiesta Pitois.

En su operación Pitois introduce el cuello y la rama descendente del pubis cerca del agujero sub-pubicano pero hacia dentro de él. & ^{en} fijarla propinada sección los pubis en la linea de los agujeros y clivación en el punto de

unión desunida ascendente
con la descendente del pubis. Esto
mismo ha hecho Galbani con
la simplicotomía.

Gothaup cita un procedimien-
to debido a ⁿImbert de Lyon y des-
crito por primera vez en 1834 por
Biquet discípulo suyo.

Se coloca la mujer en el borde
de la cama con la pelvis convenient-
mente elevada como para la talla
perineal; dos ayudantes sostienen
los muslos ligeramente separados, se
introduce entonces una sonda en
la vejiga para evacuar la orina
y se confianda la sonda á un a-

yudante que debe inclinar hacia
el lado opuesto á la incisión el con-
ducto de la uretra, con objeto de
sustraerlo á la acción del bisturí.
Entonces el operador colocado en
tre los muslos de la paciente, se
presa ligeramente los grandes
labios con el índice y pulgar
izquierdos de manera á poner
tensa la mucosa del vestíbulo
que arquearse por la depresión
de la uretra hasta cerca de tres
centímetros de longitud, lleva
entonces la punta del bisturí¹
debajo y detrás de la sínfisis
y dirigirla arriba y ade-

biente dora suavemente de otras adelante las partes blandas y el cartílago inter-articular; los tegumentos permanecen intactos, nada mas espacioso que este modo de sifigiotomia, pues que no se necesitan dos minutos para ejercitarse.

Diráse Pothauq que en el Congreso de Florencia (Sesión del 25 de Setiembre del 1841). Mr. Carbonai propone el siguiente procedimiento sub-cutáneo que merece mención: "Se ejecuta en la piel, a diez y seis líneas (38 mm.) encima del pubis, una incisión

transversal para introducir en la
línea media y de arriba abajo un
tenotomo recto hasta el nivel de
la salíva inferior de las sínfisis,
se aplica el corte contra los liga-
mientos y se efectúa la sección
imprimiéndole ligeros movi-
mientos de sierra."

Carbonai habría hecho
repetidas veces esta operación
en el cadáver, sin que ningu-
na le sucediera herir las par-
tes inmediatas, aunque no
hubiere evacuado la vejiga y
hechado volado á la recta por
medio de la sonda como lo ha

consieran todos los autores, y no obstante el olvido involuntario de estas precauciones, se ha asegurado por la disección que no habia tocado con el bisturí ni la vejiga ni el conducto recto urinario.

Refiere Gotthaus que en 1844 Larour examinó tesis muy interesante sobre los procedimientos operatorios repetía los de Embert y Carbonari y daba a conocer que en 1786 Aitken había acompañado un procedimiento análogo de sifistomia y que en 1780 siguiendo el consejo de Francisco Canivel por no efectuarse el parto en una

pelvis estrecha, su ayudante Antonio Delgado hizo en Utrera (an-
dalucia) la sínfisiotomía sin to-
car á los tegumentos empezando
por encima del clitoris y pene-
ró bastante para efectuar la
separación de los huesos.

(De la misma tesis de Lacour
copia Poirier ento (Fragments sur les
pelvitomies) lo siguiente:

"M. Stoltz cree no está todo di-
cho sobre la sínfisiotomía y que
generalmente se condena demasiado
esta operación que él llama
pubiotomía. Describió desde hace sis
años y mas en sus lecciones y

denuerteria en el cadaver un pro-
cedimiento de los mas sencillos y
mas fáciles. Este procedimiento con-
siste en cortar uno de los peñis ca-
ca de la sínfisis por medio de la
sierra de cadeneta, sin hacer in-
cisión en la piel. Para ello se pue-
tia un ojal en el norte de Venezuela
(previamente rasurado) y el punto cor-
respondiente á la cresta pubia
má, ó derecha ó izquierda de la
sínfisis. Por este ojal, se introdu-
ce una larga aguja, ligeramen-
te encorvada, á la cual se fija la
sierra de cadeneta; se resbala
la aguja á lo largo de la cara

posterior del pubis, rasando el
mango se hace volar la punta al
lado del clitoris, entre uno de
los cuerpos cavernosos y la ra-
íz descendente del pubis á la
cuál está unido; la aguja ha ar-
rancado la sierra. Se coloca el
mango, se coge la sierra ligeramente
entre los dedos, tirando de los extremos; bas-
tan algunos movimientos de
va y ven para cortar el pubis. Las
dos partes cortadas por la sierra
se separan pronto y esta separa-
ción se puede aumentar casi
á voluntad, b'se efectuará por

la presión de la cabeza ó del cuello de la criatura. Cortado el pubis seguía vivo uno de los mangos, se seca el instrumento y queda un pequeño ojal que se cicatrizá fácilmente."

Proseguiremos ahora la exposición de los procedimientos empleados por Stovi, Morisani y Pinard.

Gothaay describe el procedimiento de Stovi tomando de la "Sinfisiomia rifugiata pressa la scuola na politana 1881":

El operador, colocado entre los muslos de la mujer, hace en la linea media con un bisturi convexo una incisión longitudinal de tres centímetros

de extensión partiendo de un centímetro por encima del pubis, contando así todas las partes blandas hasta la sínfisis. Buscando entonces con el índice izquierdo en el borde superior del pubis la pequeña depresión que corresponde á la unión de los dos huesos, la desciende por medio de mi bisturi de botón. Hecho esto y despejado el borde superior de la sínfisis, introduce á este nivel el bisturi, y lo hace resbalar á lo largo de la cara posterior de la sínfisis hasta su extremidad inferior; haciendo entonces girar el mango de modo que

la concavidad cortante del instrumento corresponda al borde inferior de la síntesis, vuelve á traer el instrumento de abajo arriba, seccionando los ligamentos y el cartílago inter-articular.

Un cuidado especial, la falta de resistencia y la separación que ofrecen los huesos del pubis, indican que la operación está terminada.

Terminado el parto, se ponen los huesos en contacto, se sutura la herida, se apli-

ra una doble espica de lana,
santo para conseguir la immo-
bilidad completa de la pié-
lis como para sostener la cura.
Procedió a levantar a la mu-
jer hasta los cuarenta ó cin-
uenta días, época en que
generalmente es completa
la consolidación.

Morisani describe el
procedimiento operatorio
que emplea actualmente
en la clínica de Obstetri-
cia de Napoles del sigui-
ente modo:

Se coloca la mujer en el
borde de la cama; en la posi-
ción clásica y anestesiada,
el operador se coloca delante
de ella. Pasadas y cuida-
dosamente desinfectadas las
partes genitales y el hipo-
gastrio, se introduce en la
vejiga una sonda de mu-
ger, de metal, luego se hace
a dos centímetros del borde
superior, una incisión ver-
tical de dos ó tres centime-
tros de larga; el instrumen-
to que sigue para ésto no es

oto que la brocilla de Gal-
biati (palmetta), especie de
bisturi fuerte de botón y
curvado en el filo. El
botón sobresale del borde in-
ferior de la articulación, so-
bre la cual viene á apoyar-
se el filo curvo del instau-
mento, luego con un movi-
miento de elevación e incli-
nación adelante del mango,
queda cortada la articulación
de abajo arriba y de atrás a-
delante.

Morisani no ha em-

pleado siempre la hocecilla
 para cortar la articulación;
 mas de una vez se ha valido
 de un bisturi de hoja corta, de
 botón y resistente y se inter-
 rvió la articulación de ade-
 lante atrás. Recurrió por vez
 primera a este procedimiento
 por un accidente ocurrido en
 medio de una operación.
 Se rompió la hocecilla en el
 momento en que comenzaba
 la sección de la articula-
 ción; la operación se termi-
 nó sin dificultad y sin in-

conveniente. Cuando se ha hecho la sección de la sínfisis, se abandona el parto a la naturaleza si las contracciones uterinas son bastante energicas y eficaces, y en el caso contrario, se hace la extracción con el forceps, teniendo cuidado de ejercer una presión moderada en los trocánteres durante la tracción, con objeto de evitar la separación repentina de los huesos ilíacos.

Terminado el parto, se

lava la herida, se hacen lavados antisépticos después de la hemostasia y se suturan.

A fines de 1891, la sifisiotomia antiséptica se rehabilitaba en Nápoles gracias á la inteligente enseñanza y á la práctica hábil del profesor Morizani; un aguavante suyo el Dr. Spinelli reunió veinte y cuatro casos sin muerte de la madre y fué á París á exponer estos resultados á Mr. Pinard.

Los profesores Farabeuf y Pinard
y el Dr. Garnier, estudiaron la
operación en el cadáver, cal-
cularon exactamente los agran-
dimientos obtenidos contales.

6 cuales separaciones empleó
de diferentes dimensiones. To-
do lo que habían dicho los par-
tidarios de la operación al prin-
cipio del siglo era verdad, y
nosotros tenemos además la
antisepsia. Despues de estar
convenienteamente prepara-
do el profesor Pinard hizo su
lección el 7 de diciembre de

1891 que la que proclamaba
 delante de un gran numero
 de alumnos y comadrones,
 que era cosa madurada, pre-
 sada, deliberada que era pre-
 ciso restablecer la sinfisiotomia,
 que estaba firmemente resuelta
 y que esperaba armado y lle-
 no de confianza. Y decía Pi-
 nard: "Cuando la criatura está
 muerta la situación es clara;
 la indicación del aplastamien-
 to es precisa y admitida por
 todos. Gracias al basiotribó, ins-
 tumento que debemos a

Mr. Harnier, la embriotomia ce-
fálica se hace con tanta facili-
dad como seguridad. Todo lo
que han manejado ó visto
manejar el bistribo, me
concederán que la bariotri-
xia es una operación mucho
mas fácil que una apli-
cación de forceps en el extrac-
torio superior y que el pronóstico
para la madre es igualmente
favorable. Los resultados que
he publicado en 1887 y los que
he reproducido anotar desde aque-
lla época no me dejan nin-

guna duda". En efecto en una lección dada por el profesor Pinard el 7 de Junio de 1887 y publicada en "La revue médicale", haciendo el paralelo entre la basiotrípsis y la operación cesárea, daba una estadística de 49 basiotrípsias (11 de ellas practicadas por él mismo) con feliz resultado en todas, cuando la operación cesárea aun muy perfeccionada por Singer ocurría una mortalidad de 7'6 por 100.

El mismo Pinard sigue

diciendo". Nuestra situación
es bien distinta cuando la cri-
tura está viva; el apartamiento
es muy discutible y muy
discutido por los partidarios de
la operación cesárea. Mientras
que los comadrones franceses
en pocas excepciones apoyan
dore en los resultados de la basio-
tisisia, sacrifican la criatura
en todos casos por salvar á la
madriz, en cambio gran nú-
mero de comadrones extranje-
ros se deciden por la operación
cesárea, cuando la situación

no se ha comprometido con tentativas de extracción por las vías naturales.

" ¿ Cuales son los resultados de estos diferentes modos de obrar? De 50 mujeres sanas en quienes se ha practicado la bariotripsis estando la criatura viva, tenemos,

Mujeres curadas.... 50.

Criaturas sacrificadas... 50.

De 28 mujeres sanas en quienes se practicó la operación de siro, tenemos segun las estadísticas mas favorables,

la de Leopoldo (hasta 1890)

Mujeres curadas & muertas 3.

Criaturas salvadas 28.

"Aun hoy, no obstante los considerables progresos realizados desde hace 18 años, muchas veces no vemos reducidos bien sea a practicar una operación que salva á la madre tan seguro como mata á la criatura, ó bien a practicar una operación que salva á la criatura comprometiendo la vida de la madre.

¿Permaneceremos siempre en presencia de ésta cruel

alternativa? ¿Estaremos aun
mucho tiempo condenados á
este scepticismo, que expresa su
falto para saber lo que es, de
naturales criaturas sanas ó ha-
cer correr á la madre los pe-
ligros aun temibles de la opes-
tación cesárea? Espero que no,
Señores; veo que ésta fatalidad
puede desaparecer gracias á
una operación, la simpisioto-
nia."

Mas adelante, continua
Mr. Pinard.

"No me detendré ahora

á discutir ni las causas que
hicieron abandonar y conde-
nar la sifariotomia por la
mayor parte de los comadre-
nes, ni las razones por las que
la escuela de Obstetricia de Ta-
joles augura que es una ope-
ración útil, bien hechura y
llamada á ocupar un gran
puerto en la obstetricia opera-
toria; os recordaré tan solo que
el advenimiento de la antisep-
tia ha hecho posibles é inves-
tivas una porción de opera-
ciones antiguas, sino siem-

pro mortales y que la infusiotomia
puede parir de este numero?"

Responde luego "Los desventas de la
infusiotomia no serian larvas
de las ooces dependientes de la
infección? Los Dubois, los Deroz
me creyeron que sin condonar la
infusiotomia no lo practica-
ban; no habrian tomado este
partido por que sabian cuan
peligrosa era entonces toda ope-
ración hecha durante el parto?
¿Quién sabe si el barbituro no
hubiere sido reprimida y
viliundada también si hubie-

ra aparecido al mismo tiempo
que la operación de Sigault?

«Los muchos éxitos de la ope-
ración cesárea; son exclusiva-
mente debidos a las muy ven-
tajosas modificaciones hechas
por Pore y Pautz? Seguramen-
te que no; se deben todo á
la autopsia. Luego i no se pue-
de hacer por la sifriotomia
lo que se ha hecho por la ope-
ración cesárea? i No nos han
dado como el ejemplo nuestros
compañeros de Nápoles? Cuando re-
cibi ayer una citadística del

profesor Morisani en lo que leo,
 que de doce sifisiotomias prac-
 ticadas en la clínica de obste-
 tricia de Nápoles, ha obteni-
 do doce madres curadas y once
 criaturas vivas; no deberá ha-
 cer nada para seguir este
 ejemplo y lograr iguales resul-
 tados? En Febrero de 1892 el
 profesor Pinard practicaba por
 primera vez la sifisiotomia
 en Francia, luego se hicieron
 otras hasta el numero de tre-
 ce practicadas por el mismo
 profesor y sus discípulos en

raente el año de 1892. En abril
de 1893 el Dr. Tarnier contaba o-
chenta y dos sínfisiotomías, prac-
ticadas en Francia, Alemania,
Austria, Rusia, Estados Unidos
y Canadá.

Tomo de una memoria de
Mr Farabeuf publicada en los "an-
nals de Gynécologie et d'obstétrique"
(Diciembre 1892); los dibujos que mu-
nificen el beneficio obtenido con
la sínfisiotomía. Es de advertir que
el agrandamiento del diámetro con-
siguido (antero-posterior) que es el
diámetro insuficiente, no es claus-

formemente proporcional á la
 reparación de los pubis cortados;
 que este agrandamiento muy
 pequeño entre primeros centíme-
 trios de reparación de los pubis,
 crece cada vez mas por cada cen-
 timetro de reparación que se
 añade á los anteriores. Por ejem-
 plo, si una reparación pubiana
 de tres centímetros, alargá el diá-
 metro antero-posterior ocho mi-
 límetros, otros tres centímetros más
 de reparación, alargarán dicho
 diámetro doce milímetros y no
 ocho solamente como sucede

ser lo natural. Pielas figuras manifiestan cuál es el aumento del diámetro antero-posterior (que es el insuficiente) que corresponde en pelvis de diferentes dimensiones, á una separación dada de los pélvus, y cuál es el beneficio de las grandes reparaciones de cinco, seis y siete centímetros, en una serie de pelvis graduadas, cuyo diámetro promonto-pubiano tiene cinco, seis, siete, ocho, nueve y diez centímetros.

El comadron, después de

medir en cuanto se pueda la pélvis de la mujer, podría ver en el cuadro, el círculo habitable que le proporcionaría la sifisiotomía. Como sabe aproximadamente cuál es el diámetro biparietal del feto en todos los tiempos, verá si puede esperar el término del embarazo ó si debe practicar el parto prematuro y en qué mes. El estudio de medidas de Mr. Farabeuf no enseña que solamente en las pélvis cuyos diámetros antero-posterior del extracto superior viude menor

de siete centímetros (caso semejante raro), es cuando, debe tener que la separación mayor, no deje pasar la cabeza de la criatura de todo tiempo en su diámetro bi-parcial media nueve centímetros y cinco milímetros. Por encima de éstas extracciones de siete centímetros, la separación proporcionará un aumento suficiente para dejar pasar una criatura, aun voluminosa.

En su lección del 7 de diciembre de 1892 de profesor Pi-

nad dice: "Para uno la sinfisiótoma, no daria sino algunos milímetros de ganancia á los diámetros antero-posteriores.

Para otros, estos diámetros aumentarian mucho mas; pero para aquella que conceden este agrandamiento, creen que no se puede lograr sin que los ligamentos de los sinfisis sacro-iliacas se rompan sin una verdadera deslocación de los órganos de temibles consecuencias.

Tratemos de capturar estas contradicciones y busquemos

la verdad por medio de los docu-
mentos antiguos y de algunos
experimentos que he hecho con
la colaboración del profesor
Farabau y de mi jefe de clíni-
ca el Dr. Varnier". Explica luego la
figura de un corte hecho en el
plano del estrecho superior de
una pelvis de 10,8 cm. proceden-
te de una mujer fallecida á con-
secuencia de nefritis, nueve días
después de un parto de todo tiem-
po. Por medio de una separación
pubiana de 6 cm., esta pelvis de
10,8 cm. se ha convertido en una

pelvis de 12,4 cm., es decir, que
el diámetro antero-posterior
ha ganado 11 mm. La articula-
ción sacro-pubiana está abierta
delante; los robustos ligamentos
posteriores están intactos, y
no se podrían resentir por
la separación delos pubis, que
quiere que fuere su extensión;
el delgado ligamento anterior,
que resiste a la separación, ni
siquiera esté rasgado, sino sen-
cillamente separado de la
cara anterior de la huesa ilíaca
izq. Quitando la barilla que

mantener la separación y cerrada
la pelvis, las superficies articula-
res sacro-iliaicas se aproximan
y hay que mirar mucho para
hallar las huellas del descola-
miento. (De la Symphysiotomie leçon du
prof. Pinard 1892). La reparación de
los huesos ilíacos que se efectúa
á beneficio de la disposición de
las articulaciones sacro-iliaicas,
produce aumento en las di-
mensiones de la pelvis. Basta
mirar los dibujos números 3 y
4, que uno prod. Mr. Farabau, pa-
ra esquematizar los resultados

que obtuve, y se verá que el
 diámetro antero-posterior
 que era de 6. cm.^t. por ejemplo
 antes de la separación de los
 huesos ilíacos, mide 8,4 cm.^t.
 después que se ha producido
 una separación de 6 cm.^t.
 (dibujo n.^o 3.), y que el diá-
 metro antero-posterior que
 era de 8 cm.^t. antes de la sepa-
 ración de los huesos ilíacos, mi-
 dia 9 centímetros después que se
 ha producido una separación
 de 6 cm.^t. (dibujo n.^o 4.). Se verá
 lo que Barnabé lo que había ya

comprobado; un agrandamiento tanto mas considerable, cuanto que es mas pronunciada la estrechez.

Tomo tambien los dibujos n.^o 1 de la memoria de Mr. Garabouy (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique que Diciembre 1892) que applica, como esta constituida la Sinfisis pubiana.

Copio textualmente del articulo del Dr. Waller (Sur la symphysiotomie - Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques Septiembre 1893) el manual operativo establecido

cula clínica Bandelocque por
el profesor Pinard.

"Se coloca la mujer de
traves en la cama en decubri-
to dorsal con los muslos en ab-
ducción, doblados sobre la pié
vis y sujetos por dos ayudantes.
Se lava la región pubiana con
agua y jabón, luego con eter y
por último con una disolución de
bigoduro de mercurio al 1/2000.
Se retira la ~~luz~~^{también}, las partes proprie-
mas que pueden tocarse duran-
te la operación y han de que-
darse después cubiertas con el

Véndase; así es que se lava tam
bién muy cuidadosamente la
mitad inferior del vientre, las,
inglez, la outha y las márgenes
del ano. Se practica luego el ca
terismo de la vejiga y despues
una inyección vaginal.

“Si la operación comprende tanto tiempo:

1º Incisión de los tegumentos.

2º Incisión de la sínfisis y del ligam
ento sub-pubicano.

3º Separación de los huesos ilíacos.

4º Incisión de los tegumentos. - No
se puede precisar de antem
ano la longitud de la incisión,

siendo la sínfisis de altura va
 riable, según los individuos. La
 incisión debe ser vertical, me-
 dia entre los dos espines pu-
 bianas comenzando al nivel
 y un poco encima del borde
 superior de la sínfisis, pa-
 riendo hasta borde inferior,
 desviando en la proximidad
 del clitoris, sin herir la parte
 superior de la vulva. Recortan
 de este modo los tegumentos
 hasta el cartílago, sin pararse
 en ligar las pequeñas arterias
 que sangran. Con los tijeras y

irviendo de guia el índice, se
suelta el fibro-cartílago rasando la
cara anterior y el borde superior
de la sínfisis; luego se hacen dos
pequeñas incisiones transversales
partiendo de la linea media y ra-
sando este borde superior de la sín-
fisis, de modo á cortar los tegidos a-
poneuroticos, para abrir un paso
al índice que se introduce á lo
largo de la cara posterior de la
sínfisis. Este dedo siente perfe-
tamente la eminencia posterior
del fibro-cartílago sínfisiano;
colocado de este modo, es en eje-

lente protector de los órganos posteriores á la sínfisis, y si comienza el seguimiento tiempo.

42º. Sección de la sínfisis. Un bisturi recto llevado al fondo de la herida, no puede llegar sino al hueso que resiste ó al cartílago que se deja cortar fácilmente. Se secciona este último de adelante atrás y descansa á bajo. Despues de haberlo cortado con el bisturi recto, se termina su sección con el bisturi de botón. En el momento de seccionar el ligamento sub-

pusano, un ayudante coloca
una sonda rígida en la vejiga,
lleva abajo la uretra y se con-
firma la sección comprenden-
cia, poco á poco mientras se
oye crujir el bisturí. Poco á po-
co se siente que cede la resisten-
cia, luego brusamente una li-
gera sacudida, los huesos ilia-
cos se separan, la sinfisis está con-
tada en toda su longitud. Se
trata de proceder al tercer tiempo.

"3º Separación de los huesos iliacos.

Los ayudantes por un movimien-
to de abducción de los muslos, ejem-

ciudad progresivamente, con la
título producen esta separación.
Las superficies de sección se alejan una de otra; se puede
introducir entre ellas, segun
el grado de separación que repro-
vora, uno, dos, tres dedos. Sabemos
que sin peligro para las articu-
laciones sacro-ilíacas, esta sepa-
ración se puede llevar a siete
centímetros. Esta separación, se
puede producir también el mis-
mo operador con el separador del
dibujo n.º 5. ideado por Mr Faro-
buff, pero es sobre todo ventajoso,

reconociendo sin embargo que en caso de urgencia se pueda dispensar, el usar la pinza de cuadrante (a) que está en el mismo dibujo, y que indica por milímetros el progreso de la separación.

« Cuando la reparación obtenida es bastante, los ayudantes no deben ni exagerarla ni disminuirla sin orden del operador. Recubre la herida con una esponja, un trapón de algodón o con gasa yodoformada y se practica la extracción del

foto.

«Extracción del foto. Esta se efectúa artificialmente; se aplica el forceps segun las reglas clínicas de la clínica, colocando los ramos en las regiones parotidomátares de la cabeza en flexión y se tira; la cabeza desciende fácilmente, haciendo, si la separación no ha sido del todo suficiente, subir un poco la aguja del cuadrante que mide la separación, pero desde la primera fracción se nota la sensación de que la cabeza cae so-

be de perine. Poco debe ejercer fuerza ninguna. Si se experimenta resistencia es preciso separar ambos puños hasta los límites permitidos.

« Como la cabeza ha descendido á la excavación travesalmente, se le hace ejecutar su movimiento de rotación para que pueda atravesar los estructos inferiores óseos y musculares. Aquí tiene lugar una maniobra de la mayor importancia acorujada por el Dr. Varnier / Varnier, Bilan

de la simpliciacione renaissante.

An. de Ginecologie, Avril 1893).

De ella depende la integridad de la paral anterior de la vagina, cuyas rugosidades son tan frecuentes en manos de los operadores que no la ejercitan.

« Examinenos pues el estadio de la vulva y de las partes blandas mientras se separan los huesos ilíacos; no presentan ya un orificio longitudinal de arriba abajo y de adelante á tras, sino un orificio cuyo eje mayor es transversal y cuyo borde

superior no está ya sostenido por las partes óseas ya separadas. De este modo, la cabeza, á la que se acaba de hacer ejecutar su movimiento de rotación, viene á presentar precisamente sus mayores dimensiones dirigidas longitudinalmente, á este orificio estirado transversalmente.

«Si se tira y se quiere extraer en estas condiciones, el orificio volverá y las partes blandas cederán en los sitios donde no están defendidas, á causa de la separación pubiana; aquí

los resqueduras de la pared anterio-
rio de la vagina. Para evitar
esto, la maniobra aconsejada
por Parnier es de las mas sen-
cillas. Cuando la cabeza ha ejer-
citado su movimiento de rota-
ción, los ayudantes aproximan
los muslos, desaparece la separa-
ción de los huesos ilíacos y con
ella la tirantez transversa del
orificio vulvar, que vuelve á
tomar su aspecto ordinario de
ejé longitudinal, y la cabeza atrav-
iesa así el estrecho inferior
óseo, el estrecho inferior mus-

cular y el orificio vulvar, sin oca-
sionar deterioro, como en un par-
to ordinario.

« Terminada la operación
en sus partes esenciales, se liga
el condón, se corta y se entrega
el pañuelo a un ayudante,
se da una inyección vaginal y
se hace la extracción artificie-
la de las secundinas, luego una
inyección uterina. Se coloca en
torces gaza yodoformada en la
vagina y se procede á la cura
de la herida de la operación.

« Se quita el topón colo-

cardo cutánea herida, se lava la superficie de la misma con agua ferricada fuerte (3 p.%) ó con bichloro al 1/2000. Los ayudantes aproximan los huesos ilíacos apoyando en las caderas y se prende á la sartira que se liga mitad á los segmentos y comprende dos otros puntos profundos y tantos superficiales como sean necesarios para una adaptación completa.

Se cubre la herida con gasa y ovoformada y algodón antiséptico. Se coloca alrededor del

la pelvis en vendaje de cuerpo bien
ajustado y un vendaje en T.

En la clínica Bandeloc
que se transporta á la operada á
una cama especial, especie de
gotina de Bonnet, muy cómoda
para el asco, pero oculta mal se
puede presindir en lo práctico
colocando alrededor de las mal-
gas un vendaje de cuerpo enye-
zado, cuyos extremos se cruzen obli-
cuamente para no apliarse en
la region pubiana que necesita
quedarse libre para los curas ulter-
iores.

« Las curas deben renovarse
 bastante animado, dos veces al
 dia, dadas las dificultades que
 se tienen para obtener una per-
 feita occlusion del vendaje en
 esta region. Se hacen curas secas,
 consistentes en cambiar de
 gara yodoformada que se en-
 via casi siempre en seis partes
 inferiores al nivel del lavul-
 vado. La medida de gara yodofor-
 mada colocada en la vagina
 se puede dejar dos otros dias
 porque asegura la antisepsia
 lo cual evita el hacer injertos

nes durante este tiempo y esto tiene mucha importancia, porque si es útil ejercer cierta contracción de la pelvis es también necesario vigilar el que las piernas no se separan los primeros días para lo cual es bueno que estén bien atadas. En estas condiciones es difícil hacer inyecciones y basta con lavar la vulva después de una micción.

«Hacia el octavo día la herida se cicatriza. Con bastante frecuencia se ha producido un edema del pubis que

men que los nulos tienen algo los tegidos. Tambien con frecuencia se observa edema unilateral ó bilateral de la vulva, pero esto no tiene consecuencias.

« La temperatura en el nulo puerperio normal. El regimen el mismo que para todas las partidas. A veces el primero ó segundo dia la operada tiene un poco de tempe nismo quecede con un enema contenido en uno de vino y una cucharada de glicerina ó con un purgante. Hay

que abstenerse de los opioaceos durante los primeros días porque favorecen el trismismo.

"Hacia el décimo día la mujer se puede mover en la cama, las mas de las veces se pue de levantar al viguero, sin sufrimiento ni en la sifisis ni en las articulaciones sacro-iliacas."

El profesor Pinard en su lección del 7 de Diciembre de 1892 (De la simphtisiotomie à la clinique de Baudelocque pendant l'année 1892) hace la historia de los trece operaciones practicadas en la clínica

durante aquele año presentando
las trece mujeres en perfecto es-
tado de salud y sin sual nin
guna de la operación marcou
la pequeña cicatriz apenas vi-
sible al nivel da lo sifosis. El
resultado había sido pues com-
pletamente satisfactorio.

De los trece niños que
salieron vivos solamente pre-
sentó diez; los otros tres habían
muerto. El primero murió al
tercer dia de haber nacido á con-
secuencia de fractura de uno de los
parietales producida al extraerlo,

vincido la cabeza en el último término. El segundo murió al segundo día de debilidad congenita y el tercero falleció á las diez y seis horas á consecuencia, como el primero, de una fractura, pero del frontal. En este último caso aunque la separación espontánea de los huesos fue de tres centímetros antes de la extracción, la cabeza penetró difícilmente porque era voluminosa (diametro B. P. 9,3) pero sobre todo por que la aplicación de forceps había sido irre-

gular (tomada oblicuamente).

Recomienda con estimo
tivo Pinard que la aplicación
del forceps debe ser una aplica-
ción regular, que se introduz-
ca la mano bastante profundo-
mente para colocar la prime-
ra rama directamente detrás
al nivel de la región pre-auri-
cular; si la cabeza está en es-
tension colocarla primero con
la mano en flexión; hecha ésta
introduzcan la otra rama
sin cambiar la posición de
la primera ni la de la Ca-

baja. Pienso que si las dos ramas no están colocadas en el mismo plano y hay que hacer esfuerzos para articularlas es que están mal puestas la cabeza mal cogida y luego al tirar sin sospecharlo se hacen sufrir enormes tracciones y fracturas a la cabeza.

Por último Pinard examina las tres preguntas siguientes:

1.^o Que nos ha enseñado la experiencia?

2.^o ¿Que lugar debe ocupar la

sinfisiotomia en la Obstetricia
operatoria?

3.^o i Cuales son y cuales serán sus
relaciones con las demás opera-
ciones?

1.^o i Que nos ha enseñado la ex-
periencia? Los tres casos que he
nos observado en ésta clínica
no han enseñado que los resul-
tados obtenidos en el Cadáver se
pueden lograr igualmente en
la mujer viva y que la forma
la geométrica del profunditára
sea perfectamente exacta.

Que el manual opera-

rio que hemos cumplido, hace la operación fácil y protege en absoluto los órganos que se deben evitar.

Que sería importante que la reparación pasase de diez centímetros, y que el preciso redoblar la lentitud en la extracción e immobilizar la pelvis cuando la aguja del reparador registrador, comenzada a pasar de seis centímetros. Insisto en este punto, mucho posterior al producir lesiones en las sínfisis sacro-ilícas que con objeto de evitar la

siones en las partes blandas,
en la vulva, vagina y vejiga.

2º ¿En qué lugar debe ocupar
la sínfisiotomía en la obste-
ticia operativa? Debe ocupar
uno de los primeros puestos por
que es sobre todo y ante todo
una operación conservadora.
No tiene ni debe herir nin-
guna órgano importante del
organismo. Puede y debe res-
truir al mínimo de toda lesión que
ve. ¿Querrá decir ésto que las es-
tadísticas no inscribirán falleci-
miento materno ó fetal?

Seguramente que no. i Pero se po-
drá atribuir siempre estos resul-
tados a la operación? Si se repre-
senta la sifisiotomia en mu-
jeres que ya hayan sufrido
aplicaciones de forceps y estén
ya infectadas, estas mujeres su-
cumbirán? Habrán sucumbi-
do por la sifisiotomía? At.
La embriotomía y la operación
ceárica no hubieren dado mejo-
res resultados.

Pinaud ve con satisfacción que
su maestro Tarnier apoye la si-
fisiotomía y su satisfacción no

es menor al ver que el grande
sariista Leopold lo adopta y la
practica.

3^a. ¿ Cuales son y serán las rela-
ciones de la sifistomia con
las demás operaciones de obs-
tetricia ?

Estamos libres para siempre
de la embriotomia en la ciuda-
da viva.

La operación cesárea seguida
o no de la amputación utero-
ovárica será cada vez mas rara
Tendrá aun sus indicaciones en
los casos de tumores ceterinos si

otos que llenen la escabación; pero
no afortunadamente estos casos
son raro, y aun en algunos la
sinfriotomía podrá ser una
indicación; así el Dr. Lepage mi-
jefe de clínica ha practicado en
su clientela particular una sin-
friotomía con éxito para la muerte
y la curación en un caso de tumor
que obliteraba en gran parte la
escabación.

En las extracciones de la pie-
ra, la operación cesárea no debe
reconocer ya mas indicación si
no una absoluta, lo cual es

procesivo amniotearo.

Plamor las relaciones de la infisiotomia con el parto prematuro y el forceps.

La infisiotomia desde luego prestará grandes servicios al parto prematuro. No se evitaría practicar en lo sucesivo partos favoreados demasiado prematuros.

El temor de un obstáculo del lado pelviano estrechado, nos preocuparía ya, y sabiendo que tenemos la facultad, iba decir, la facilidad de agrandar el camino esperaremos con calma que la

vitalidad del feto esté bien asegurada.

Pirand no se creó autorizado a un juicio contestar a la siguiente pregunta: ¿Valemos provocar un parto a los ocho meses, contados que el parto traga al nacido ciegamente, que esperar el término del embarazo y ejecutar la infiernomanía?

Si la infiernomanía debe traer desaparecer el parto provocado demasiado prematuro, debe hacer desaparecer también todo tipo de infiernomanía o fórmula llamada de

fuerza; ¿ Cuantas veces con el te
rror de hacer la embriostomia
y esperando extraer una cir-
tosa viva, no hemos ejercido trac-
ciones tan fuertes y largas y ca-
yo resultado no era otro que
una cefalotisis sin infracción?
La infiostomia debe hacer a
bandonar para siempre éstas
tracciones mortíferas.

Cuando una aplicación de
ponjos, regular, no haya podido
hacer penetrar la cabeza en el ca-
trocho después de sucesivas
tracciones, no queda otra cosa

que hacer sino: sacar el forceps
y practicar la sifciotomia, co-
mo lo he hecho con mi segunda
operada, cuya pelvis no tiene un
vicio por roquitismo, era poco me-
nor que la normal, pero cuya
criatura era extraordinariamente
lo grande.

El diez de Enero del 1893,
Pinard comunicó a la Ade-
mier de Medicina de París, la
descripción de una nueva ope-
ración, la isquio-pubiotomia,
practicada por él el 9 de Noviembre
del 1892.

La operada de edad de 32 años tuvo en su infancia una afición que la impidió andar durante varios meses y sobre la cual es imposible tener mas detalles. En Mayo de 1887 tuvo el primer parto que no pudo terminar sino interrumpiéndose la basiotripsyia. En 1888, segundo embarazo; al octavo mes entró la paciente en la clínica de partos del hospital de Paribisiere cuyo jefe era entonces Mr. Pinard, el cual apreció que una cadera era

mas elevada y marcada que la otra
traz que el surco interglúteo se
separaba del plano medio dejando
noticando una pelvis oblicua
oval: diagnóstico que confirmó
por su reconocimiento hecho
previa anestesia, en el cual en
contró que el lado derecho de la
pelvis estaba aplastado y era
probable la angulosis de la ar-
ticularión sacro-iliaca derecha.

Hizo la sección por manivela ex-
ternas. Después de la rotura de las
membranas se continuó el parto
(que fue provocado); la extracción

del tronco fue fácil pero la del la Cabeza ofreció dificultades considerables pudiendo al fin sacar un niño asfixiado, que volvió á la vida, pero sucumbió al gunos meses después.

En 1890 tener parto en el cuál fue asistida por una comadrona y varios médicos que no pudieron lograr la extracción con el forceps. Hicieron entonces la versión pero la Cabeza quedó é intentaron sin éxito la crancetomía. Por fin salió la cabeza á fuerza de trae-

iones energicas y presiones sobre
vientre dirigidas de derecha á
izquierda y de arriba abajo.

Embarazada de nuevo
el año de 1891 entra en la cli-
nica Bandelogue. Parto pu-
vorado al octavo mes; dos apli-
caciones de forceps; pruvidencia
del cordón. Murió la criatura.

Quinto embarazo
en 1892; la paciente vuelve
á entrar en la clínica Ban-
delogue diciendo que á todo
trance quiere tener un hijo.
La situación era muy com-

pliada; el parto prematuro
expone a la procedencia del
cordón y la operación cesárea
ofrece grandes riesgos para
la madre. La sinfisiotomía
no podía bastar y no se opue-
ría con esta operación sino una
sola ventana por decirlo así,
puesto que había anquilosis
en la articulación sacro-ilia-
ca derecha.

M. Pinard sedi-
rigió a su maestro y amigo
M. Farabeuf que después

de numerosas investigaciones
y dadas las dimensiones de
la pelvis de la mujer, indi-
có que se podía ganar el
espacio necesario para
el parto natural, seco-
mando primero el isquion
y luego la curva horizonta-
l del pubis a cinco centí-
metros de la linea media
hacia el lado angustiado.

El Doctor Farabeuf
en su artículo (De l'agran-
dissement momentané du bassin obli-
qué avoltoire par ischio-pubiotomie

ann. Gynecologie. Dec. 1892) —
 profundose de los resultados de
 la sifisiotomia en las pelvis
 de diferentes diámetros, dice
 que "esta operación va encami-
 nada a corregir las estrecheces
 simétricas y no angulosadas,
 que utiliza el juego de los dos
 sifísis sacro ilíacos; pero
 que esta excepción que nuestros
 abuelos estudiaron también no
 está completamente agotada.
 Hace sesenta años solo se
 cele conoció la pelvis obli-
 cuo-oval. Los pubiotomistas del prim-

ipio de este siglo no podian
sonar en vencer con su metodo ésta
variedad de estrecheces.

Gábllo de la pelvis obli-
mo-oval, estrechada solo de un
lado, asimetrica, con insuficien-
cia de desarrollo de una ola del
sacro, angulosas sacro-iliaca mili-
tar, pueras, superficie pubiana incli-
nadas mas allá de la linea media
en el lado que queda ancho.

Precisamente trigo al
gunas modificas y calculos referentes
a ésta deformidad y de inoble a
sugerir á los comadrones el me-
jor

jor medio de sección pelviana
para extraer de semejantes pél-
vis una criatura de término,
volumen normal y viva.

«Recordemos que la sin-
fisiotomía se aplica á las pélvis
estrechadas, simétricas y no angui-
ladas. Utiliza el juego de los
dos sinfisis sacro-iliacas.

«El comadron después
de medir la pélvis de la mujer,
podrá ver en el cuadro número
2 el círculo habitable que le da-
rá la sinfisiotomía, convien-
do el diámetro biparietal sea

todas las edades, verá si puede a
guardar al término del emba
razo ó si debe provocar el parto
prematuro y cuando.

«Pues bien, una pieleis
anguijorada de un lado, solo
puede producir una media sepa
ración inter-peubiana, es decir,
tres centímetros proximamente. Y
si se reflejara que en ésta pieleis
anguijorada oblicuo-oval, el pin
bis del lado anguijorado no pudie
se; no obstante la operación y
quedara inclinado parando de
la linea media y estorbando a la

parte ancha del pélvis, unica
permeable, se comprendería que
la sifisiotomía pierde aquí
la mitad de sus ventajas y que
desde luego ya haya querido bus-
car algo mejor.

«La fijación ósea sacro-ilia-
ca de Tagle, suprime una de las
charnelas. Despues de la separa-
ción de los pélvis una sola de los
 huesos iliacos se abra»

Si serramos el cerco-pe-
riano del lado estrechado ¿que su-
cederá? La parte angustiada no
se moverá, pero ¿y el resto? El res-

to gracias á la sínfisis sacro-iliaca
se separaría y gracias á la flexi-
bilidad de la sínfisis pubiana a-
briría su curva.

« La inguo-pubiotomia
se puede hacer con la mayor fa-
cilidad, como la he hecho en el
cadáver.

« Tener la mano ascendien-
te de exigüo y la horizontal del
pubis, arrancar las partes fibrosas
(arco crural y membrana obtura-
triz) que se oponían á su sepa-
ración, fuer los puntos de mane-
ra que los músculos abductores re-

lijados permitan ésta reparación.

"Las incisiones tegumentales deben hallarse paralelas á la linea media y á cuatro centímetros de ella. Allí se desmenuza el mano ócio del agujero. Subpubiano en dor punto y se pone la sierra de Cadena: 1º cerca del injurión al lado del perine á la derecha del arco para la rama ascendente del injurión; 2º un ojo do hacia afuera de la espina pubiana para la rama horizontal de pubis."

Ponique Mi Tarabufllo

detalles de la operación. Dice el pro-
fesor que la operación no le ofreció
dificultad alguna para pasar la sierra
detrás de la rama horizontal del pú-
bis, pues la cabeza petate le estorbó
entonces mucho; una aguja
convenientemente vacío' evitó esta dificultad.
Después de cerrar suavemente
la rama esquiro-pubiana y la
rama horizontal del pubis, apli-
có el forceps de Tarnier en el otro
elio superior, y sin tirar, pron-
to lo sacó, extrajo un niño vivo que
pesaba cerca de cuatro kilogramos.

Se demandó tan poco con

que, quedo no hubo necesidad de aplicar ninguna pinza hemostática. La reparación espontánea fué de dos centímetros seis milímetros y llegó cuando me fui a cuatro durante la extracción.

Si fué necesaria la sustancia ósea y la curación se efectuó con mucha rapidez. Hubo sin embargo una pequeña complicación pues el descubito dorsal produjo una pequeña escara.

En la sesión de la Academia del 17 de Enero de 1893, el Dr Charpentier dice que la

íguo-pubiotomia degue haberla
de cuenta Mr. Pinard en la sección
anterior no era operación nueva,
y que ya Stoltz la había descrito
con el nombre de pubiotomia.

No había marcadas diferen-
cias entre el procedimiento de
Stoltz y el empleado por Mr. Pi-
nard: mientras Stoltz empleaba
el mordedor-cutáneo para pa-
sar las agujas y su cadena, Pi-
nard corta todos los tegidos de lan-
te del pubis, lo que puede facilitar
el paso de la cadena pero exige
la sutura inmediata de estos te-

gidos, delante del pueblo, lo que
puede facilitar el examen de la Co-
dina pero exige la sección in-
mediata de estos tejidos. La segunda
diferencia es que en lugar de
cortar el hueso cerca de la sin-
fisis, Mr Pissard trae la sección en
que el consejo se Mr Farabeuf a
cinco centímetros de esta sinfi-
sis. Yo veo Mr Farabeuf que
estas diferencias van bastante pa-
ra desfigurar al decano de la obste-
tricia francesa del mérito de su
invenión.

El profesor Pissard en los

sección de la Academia de Medicina
del 31 de Enero de 1893 dice: que
no puede sin protestar rechazar
acusar de haber desvirtuado el
su invento al venerable Señor
dña la obstetricia Gramma de Mr. Stoltz.
Puesto que la operación que ha
ejercitado es realmente nuevo a la
ya concepción y posibilidad de
realización pertenece por com-
pleto a Mr. Farabung. Los publio-
tomistas, Kitten, Degranges, Chau-
pion, Palbiati, Cattolica, Stoltz, &c.
solamente se ocuparon de los pélvis estre-
chos ordinarios simétricos, cuyos

huesos iliacos han conservado la movilidad sobre el sacro y que por consiguiente se pueden separar después de una sección cualquiera del arco anterior de la pelvis, pero Paribecq se ha propuesto hacer posible el punto determinante en la pelvis oblicuo-oval. El terreno es completamente diferente, pues la pelvis es assimétrica y una de las articulaciones sacro-iliaicas está angulada; estas pelvis han sido el motivo de tangere de los sinfisiotomistas y pelvitomistas, habiendo sido respetadas por el cocodrillo

y la sierra. Mr Farabell ha buscado
el medio de hacer atravesar el
paso fulviano por una criatura
de todo tiempo, sin hacer correr
ningun riesgo á la madre y al
hijo y lo ha logrado. Su operación
es pues sencilla y nadie habia pen-
sado nunca entocar una pelvis obli-
cua- oval.

VIII

Estadística y Deducciones

Rehabilitada en Nápoles

la sifisioterapia antiséptica, gracias
á la laboriosidad y afortunada pro-
pria de Morisani, fué propagada á
Francia a fines del año 1891 por
el Dr. Spinelli que llevaba veinte
y cuatro observaciones. El profesor
Pinard la acogió con entusiasmo y
dirigió con la experiencia clínica
que le distingue las primeras a-
plicaciones. Muy luego se exten-
dió el movimiento por Espan-
na, Alemania, Italia, Rusia, América,
y después Inglaterra.

El Dr. Varnier recogió to-
das las observaciones publicadas

pasta el mes de Abril de 1893, dan
dolas á conocer en los "Annales de
Gynéologie et de obstétrique - Avril
1893. Bilan de la symphysiotomie
renaissante au 31 Mars 1893."

Consistían estas en 124 opera-
ciones.

Encontramos 12 causas de muerte
de la madre; pero 8 veces la
muerte fué producida por causas
ajena á la operación; pulmonia,
parálisis del corazón, perforación
uterina y septicemia de origen ute-
rino. De los cuatro casos restantes
3 se aplicaron por insuficiencia de

la antisepsia y el cuarto por empleo de un manual operatorio muy distinto del que hemos trascrito.

La mortalidad petae comprende de 32 casos; de ellos 8 estaban muertos antes de la operación, otros 7 sucumplieron por causas extrañas, 11 fallecieron por tracciones hechas con el forezgo ó la versión antes de practicar la sifisiotomía. Quedan pues 9 defunciones imputables a la sifisiotomía y de estas 7 á la sifisiotomía incompleta.

En vista de estas cifras se

puede deducir que los resultados de la sinfistomia serán felices para la madre y la criatura si la operación se hace antisépticamente, de un modo completo y si la madre no está previamente infectada.

Una mujer que fué llevada á la clínica del Dr. Pinard, después de haber sufrido muchos reconocimientos anteriores, no tenía fiebre, estaba de parto hacía tres días; salía del útero un líquido amniótico que desprendía un olor repugnante.

Se practicó la sínfisiotomía, á
las diez días la mujer falleció
de septicemia. Este es el único tra-
caso delos 26 casos de la estadística
de Pinard y de sus discípulos.

Es necesario abstenerse
de practicar la sínfisiotomía
en enfermas infectadas ó que tie-
nen grandes probabilidades de
infección. Todo lo que se conoce
de la sínfisiotomía anterior á
la antisepsia, lo que sabemos por
experimentación ó clínicamente
puede al parecer de los trauma-
tos de las articulaciones en

los infectados, nos demuestra la vuln-
erabilidad que ha de producir la ex-
posición a los sifilis venereo-ilia-
cos. Quizás haya habido ya ca-
sos de estos que se han atribui-
do á la sifilicotomy; es seguro
que los habrá si se continuado
operando mujeres infectadas. En
caso de infeción, continuemos
protegiendo la vida consciente
a la madre, aunque sea deni-
ficando la de la criatura. Por lo
más, la sifilicotomy constituirá
un progreso muy grande.

En los "Annales de Gyne-"

"ologie Janvier 1894" se acaba de publicar la exposición analítica y sintética de las sinfistomías practicadas en su servicio por el profesor Pinard.

Resultando del 1º de Enero de 1893, trece sinfistomías ejecutadas en la clínica Bandeloc que:

2 practicadas por el Dr Lepage jefe de Clínica.

2 " " " Warner profesor agregado.

9 " " " él mismo.

El Dr. Pinard hace luego el resumen

de las observaciones y examina el
puerto que ha ocupado la sinfi-
siotomía en la obstetricia opera-
toria de la clínica Bandelocque
en 1893:

« No se ha practicado ninguna
embriotomía en el niño vivo.

« No se ha provocado ningún
parto.

« Se han hecho algunas applica-
ciones de forceps aun sobre cabezas
que comenzaban a penetrar en
el estrecho superior y esto con mas
buenos éxitos para la criatura.

"Se ha hecho una aplicación

de foros en un caso de angulo sis del coro (criatura nuesta).

Las demás aplicaciones de foros se han hecho por resistencia dolor partes blandas ó insuficiencia de las contracciones uterinas, sin que hubiere ninguna desproporción entre la cabeza y la pelvis.

“Siempre he tenido tales estrecheces de la pelvis en mi servicio como este año y una vez he practicado menos operaciones. Es que por vez primera, he aplicado cada vez con mas ri-

goy los preceptos siguientes:

- 1.^o Abandono del punto provocado en todos los caros en que la sínfisis media puede permitir el paso de una cabaza desfeta de todo tiempo.
- 2.^o Abandono de toda aplicación de forceps por resistencia ósea, bien tenga aviento ésta resistencia en el estrecho superior, en la escavación ó en el estrecho inferior.
- 3.^o Abandono absoluto de la pubiotomia en el nino vivo.
- 4.^o Aguardamiento momento neo de la pieles (por sínfisis media, pubiotomia, ignio por

sistomia, cervicostomia) en todos los casos en que hay resistencia sea no vencida por las contracciones uterinas estando la Cabeza bien orientada y donde el círculo lo me demuestre que la sección de la pelvis permitirá el paso de la cabeza.

3º Amputación utero-ovárica en los casos de estrechez absoluta.

Y termino diciendo: "He abandonado ahora toda aplicación de forceps en el círculo superior, en las estrechez de la pelvis, por que he visto demasiadas cabezas

fracturas y porque Paracelsus me
ha enseñado como y por que se pa-
turaban con tanta facilidad.

(Paracelsus Annales de Ginecolo-
gic et d'obstétrique Décembre 1892); he ala-
donado el parto provocado, porque
he hecho nacer demasiadas veces
criaturas no viables, porque en o-
tras circunstancias interviene de
mane modo que infin, pun-
to sobre el cual llamo vuestra at-
ención, los trabajos mas recientes
de los neuro-patólogos demuestran
que una criatura muerta antes de
nacer y difícilmente es mu-

178.

etno mas progresista las dirigentes centrales. De aqui todos mis esfuerzos por agrandar el conducto que ha de atravesar la Crativera".

Joaquin Barrion y Garayza

Admirable

Lelijn

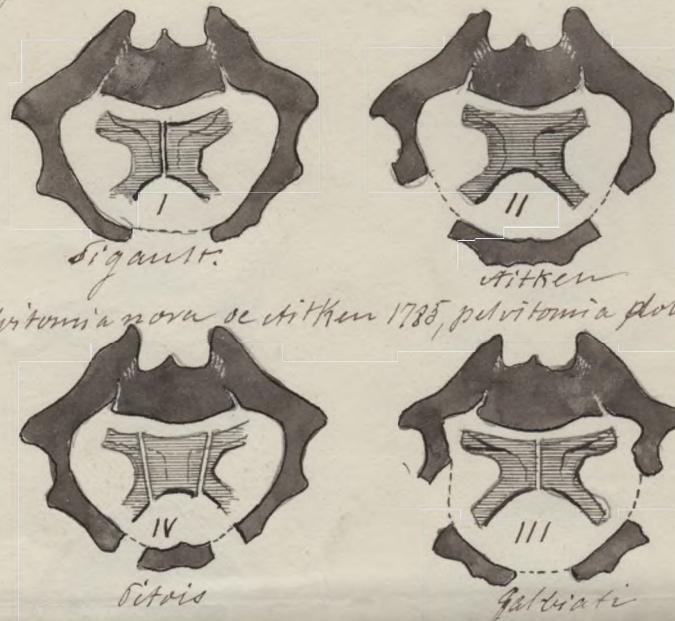
Admirable

Bachr



Cuadro sinóptico e histórico de la Petritomía,

Formada del fragmento en los Petritomías de Parabent y Varmir 1893.)
Las cuatro primeras figuras corresponden a petritis estrechadas ordinarias, es decir, simétricas y no angulosadas, similares a donde se practica la justificada este operación.
La primera, representa la sinfistomía de Sigault 1777 y al propio tiempo, la petritomía con sierra, media o guata media de Sibelle 1738, Kitten 1785, Champin, Imbert, Pétrequin, Stoltz, etc.



La segunda, la Petritomía nova de Kitten 1785, petritomía doble, petritomía a panel.

En la tercera en que Galliat corta este panel, (triple petritomía), la cuarta en que corta

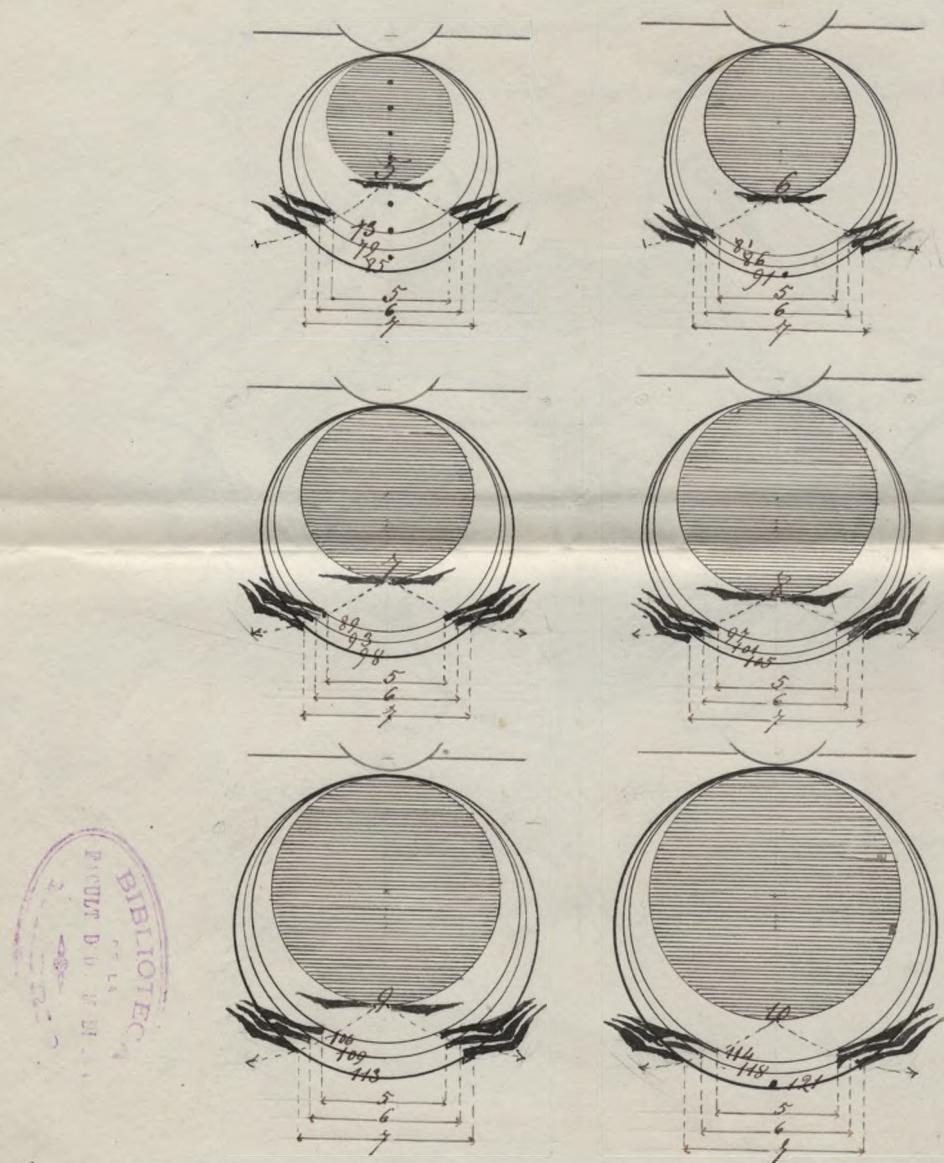
quiere este panel muy estrecho, (ipubiotomía).



La ultima figura es la otra petritomía aplicada a la petritis asimétrica obtur-oral angulosada, (Parabent 1892.)

Esta isquio-pubiotomía unilateral del lado ancho angulosado, a considerable distancia para añadir a la unica mitad permeable en la petritis, otra mitad igualmente o más permeable y agrandar el todo (operación practicada por Pinard en la mujer Fremonet el 9 de Noviembre de 1892.)

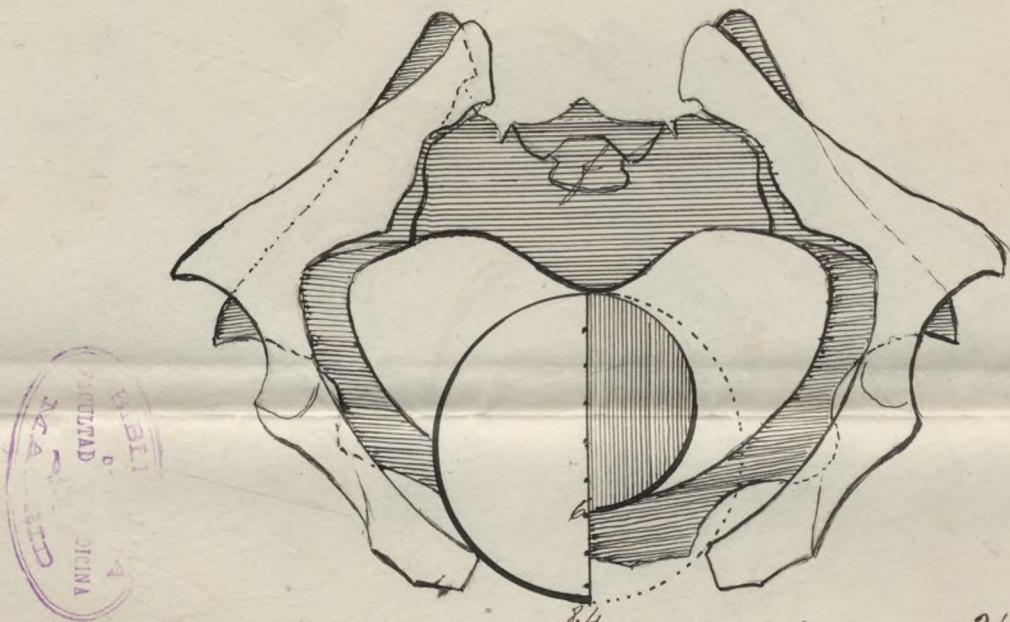
N.º 2 Cuadro de M.º Farabens que manifiesta experimentalmente el aumento que produce en el diámetro antero-posterior del pubis, una separación dada de los pubis. (Tomado de los estudios de Gynecología y Obstetricia - diciembre 1892.)



Resultados de la simpistomía aplicada a pelvis de 5, 6, 7, 8, 9, 10 centímetros de diámetro antero-posterior, cuya capacidad primitiva está indicada por los círculos rayados. El diámetro de los círculos habilitables obtenidos después de separaciones pubianas de 5, 6 ó 7 centímetros está marcado en milímetros.

Dibujo N° 3.- Representa el corte paralelo al plan del estrecho superior de una pelvis muy estrecha, cuyo diámetro promonto-pubiano de 6^c, figura rayado. Ante esta sección, y blancos después de la separación de 60 milímetros, simétrico de cada lado, es decir, igualmente repartidos entre las dos mitades de la separación.

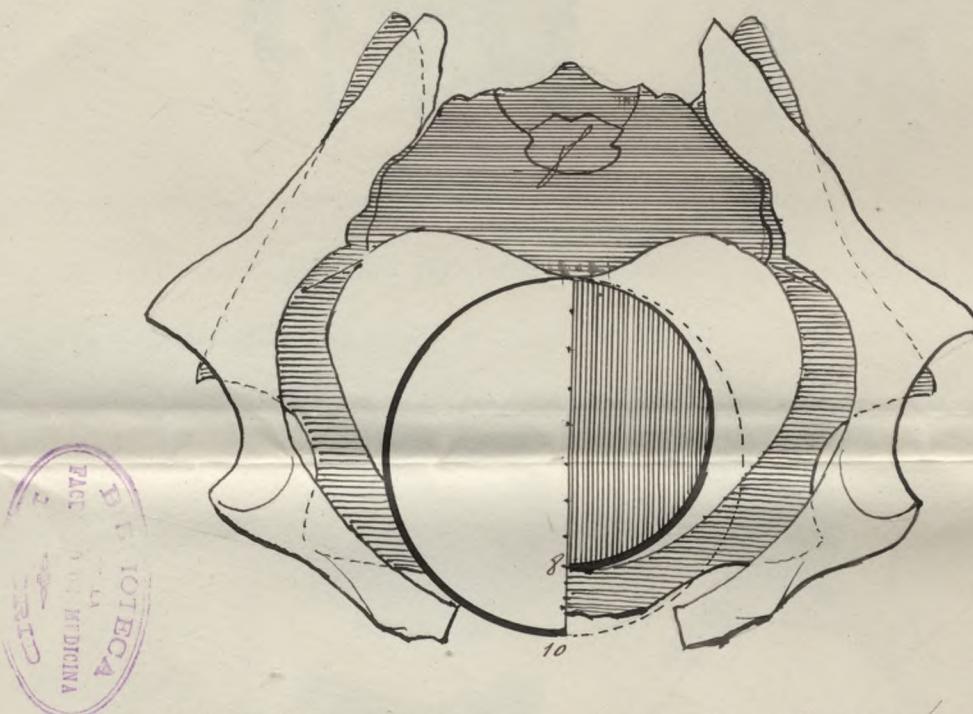
El diámetro de la espuma blanca, habilitada por la pelvis separada, es al diámetro de la espuma gris limitado a su perimetro intacto, como 84: a 60. El volumen de la espuma blanca



es al volumen de la espuma gris como 310: 113, es decir triple. Tomado (de la *Symphysiostomie* par le professeur A. Pinard. Paris 1892).

Dibuj n.º 1. Representa el corte paralelo al plano del estrecho superior de una pelvis muy estrecha, cuyo diámetro promontorio-pubiano es de 8 cm., figura rayado antes de la sección, y pleno después de la separación de 60 milímetros.

El diámetro de la esfera blanca, habilitada para separar la pelvis, es al diámetro de la esfera gris limitada a la pelvis intacta, como 100:80. El volumen de la esfera blanca es al de la esfera gris::488:267, casi el



Crible. Tomado (de la symphysiotomie par le professeur A. Pinard - París 1892).

Bileng. N° 5. - Representa la primera de estas cuatro figuras, el corte medio, la unión acostada, - V rugos; M. recto urinario; C. clitoris en su vena dorsal, debajo de la sinfisis S. cuya cavidad ocupa la mitad de la altura y dala anchura, rozando el borde posterior. Se ven las capas encerradas de los fascios simpáticos, muy desarrolladas arriba, adentro y debajo.

La segunda figura, representa la cara anterior de la sinfisis S.-D, musculo

figura primera



figura segunda



recto mayor; P, musculo piramidal; m. adductor medius; q, delgado ó recto interno. - La vena plena del clitoris y otras, penetran debajo del borde inferior o ligamento arqueado de la S. - Se pone ésta incisión media atravesando

figura tercera

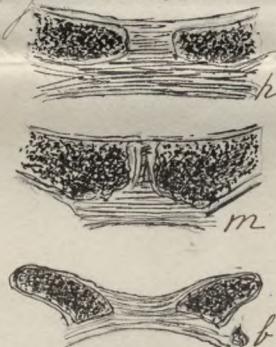
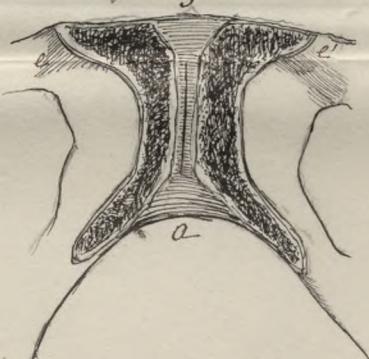


figura cuarta.



el 1º 2º, el biterio ó la rugosidad temprana de las venas puede trizarse oblicuamente el 2º 3º y cortar en obstante, todo.

Los tres cortes perpendiculares a las caras, de la figura tercera; h, en la parte superior del pubis; m, en medio, que interesa la cavidad; b, abajo atravesando el ligamento arqueado. Arriba, en h, los huesos separados sejan fácilmente entre el biterio; lo mismo en medio m, siempre que corte por delante, porque atrás se aproximan los huesos quedando solo un espacio casi lineal.

Representa la cuarta figura, el corte transversal paralelo a las caras de los pubis, bastante aproximada de la cara pubiana para abrir la cavidad de la sinfisis del pubis. - e, fibra óstica de las espinae pubianas; S, fibras superiores formando una masa uniforme fácil de cortar en su fosa ósea; fibras inferiores, formando el ligamento arqueado sub-sinfisiano ó sub-pubiano.

Dibujo n° 6.

