

Dr. Chacon

N. 1229

81-4-A = N. 2

Tesis del Doctorado

por

D. Joaquín Carrion y Paragorza

"Sinfisiotomia, Pubiotomia y
operación de Farabeuf o Esquis-
pubiotomia."

Co. 2466 (1229)



Madrid 15 de Marzo de 1874.

618156010



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313226420

248 21809

Trifisiotomía Pubiotomía y Operación de Paracelus' o Esquino-pubiotomía.



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

El 7 de Diciembre de 1871, el profesor Pinard dio una brillante lección, en la que, después de analizar los diferentes resultados de la embriotomía, basiotipsia y operación cesárea, se preguntaba, si en la cruel alternativa de

sacrificar criaturas sanas ó arries-
gar á la madre los terribles peligros
de la operacion cesárea, no de-
bía seguir el ejemplo de sus co-
legas de Rápotes para obtener los
resultados que aquellos lograban
é intentaba reaccionar contra el
materna de Bandelocque, juzgan-
do que habia llegado el momento
más favorable para practicar la sin-
fisiotomía, operacion ideada en el
año de 1768 por el estudiante fran-
cés Juan Renato Digaault.

Cuando llegué á Paris
en Abril del 92 el profesor Pinard
habia practicado ya tres sinfisio-

tomias y dirigido una comunicacion á la Sociedad de Obstetricia de Francia.

Grande fué mi admiración y estranjería al oír hablar de ésta operacion, que, por otra parte me parecia 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 párrafos considerándola como una operacion histórica.

Para el desarrollo del tema, he dividido éste en 8 partes:

- 1.^a Historia de la Sínciotomía en

el siglo XVIII. - 2.^a Principales escritos
que se publicaron con motivo de
la controversia sobre la sinfisio-
tomia. - 3.^a La sinfisiotomia en
el siglo XIX. - 4.^a Opinión de los au-
tores clásicos. - 5.^a Causas que mo-
tivaron el abandono de la Sinfisio-
tomia. - 6.^a Indicaciones y Contra-
indicaciones. - 7.^a Procedimientos
operatorios. - 8.^a Estadística y Conclu-
siones.

Poco autorizado para emi-
tir mi opinión respecto á tan impor-
tante y debatido asunto, he tras-
crito 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.

1.

Historia de la Sinfisiotomía en el siglo XVIII

El profesor Bouchacourt de Lyon en el artículo *Puviotomia* del «*Dictionnaire des sciences médicales*» (Paris 1889), da la siguiente definición: «*Sinfisiotomia*, sincon

derrotación, operación de la sínfisis;
se ha designado así y aún hoy
se designa la sección de la ar-
ticulación pubiana ó de las ramas
íscaras que concurren á su formación
con el objeto de agrandar los diáme-
tros de la pelvis para permitir ó faci-
litar el parto en los casos de estrechez
pelviana.»

Como quiera que se trata
de una operación alternativamen-
te enalzada, recriminada y abando-
nada y cuya rehabilitación esta-
mos actualmente presenciando,
voy á resumir su historia em-
pezando por estudiar como na-

ció la idea de separar la sínfisis 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 conocia.

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

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

Tambien Galen y Aecio ha-
blan de esta separación y Avicena
dice que es necesario que ciertas
articulaciones se separen duran-
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-

ran los huesos del púbis de las niñas al nacer con objeto de engrandecer la pelvis.

La presencia de sinoviales interpuestas prueban que las articulaciones de la pelvis, están destinadas á favorecer movimientos de excitación ó deslizamiento. Con motivo del embarazo, el aparato ligamentoso de la pelvis toma un color rojizo que no desaparece ni por la maceración 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

columna y los sinoviales contienen más cantidad de líquido. Estos fenómenos varían mucho y generalmente es imposible comprobar el movimiento de la sínfisis en la mujer que acaba de parir; sin embargo hay casos en los que adquieren tales proporciones el reblandecimiento de los tejidos y la hipersécración de sinovia que puede producirse el ensanchamiento y á veces la rotura de la sínfisis.

El 1.º de Febrero de 1879 el célebre profesor de la Escuela de San Cosme Jacobo D'Amboise en la autopsia de una mujer de 24 años

que fué ahorcada por infanticidio a los 11 dias de parir, enseñaba á los cirujanos la gran movilidad que ofrecian los pubis. Entre dichos cirujanos se encontraba Ambrosio Pareo quien declaró que habia sostenido hasta entonces que los huesos del púbis no podian entrecubrirse ni separarse durante el parto, pero que entonces habia comprobado la disunion y separacion de los pubis en su parte media.

Severino Pineau que habia asistido tambien á la célebre demonstracion de Jacobo d'Amboise, se

mostó el partidario más decidido
de la teoría de la separación de las
sínfisis, considerándola como ab-
solutamente necesaria para que
el parto terminase espontánea-
mente y lo expresó en su obra
(de graviditate et partu naturali).
Aseguraba Pincau que había visto
muchas veces en los pueblos de
Francia á las mugeres que so-
licitaban la separación de los hue-
sos pectíneos ejerciendo traccio-
nes sobre los muslos de las par-
turientes. Este anatómico cuyo nom-
bre ha quedado en la historia de la
obstetricia, hizo evidente la posibili-

dad de la separación de los huesos de la pelvis, y la dió á conocer apoyándose en la célebre frase de Galeno. «No sólo las partes continentes ó externas se pueden dilatar sino aun cortar en beneficio de las partes contenidas.»

Corradi y más recientemente Espinelli niegan que Pincau hubiese tenido la idea de cortar la sínfisis del púbis para agrandar la pelvis, añadiendo que solamente había querido probar que no sólo los huesos del púbis se podían separar sino que efectivamente se separaban.

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

Se refiere que en Tar-
soria el médico francés Delacourvée
en 1688 tuvo la idea de cortar la
sinfisis con una navaja de
aportar á una mujer de 48 años
que habia muerto después de
cuatro dias de parto, encon-
trando que la cabeza de la
criatura estaba enclavada en
una pelvis estrecha.

Se cuenta también que un siglo después Menk hizo la sección de los huesos del púbis en una mujer fallecida en el embarazo para extraer la criatura, cuya voluminoso cabeza estaba enclavada en la pelvis.

Esta diastasis de la sínfisis del púbis en las mujeres que acababan de parir estaba admitida por Fabricio de Hilbon, Guillemean, Harbey, Morgagni, Louis, etc.

La memoria presentada por Louis á la academia de Cirujia en 1768 (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 sazón estudiante. Hizo algu-
nas investigaciones sobre la se-
paración de los púbis, y en una
memoria á la academia de Cir-
jía de Paris, comunicó el 1.º de
Diciembre de 1768 el proyecto de
la sección de la sínfisis del púbis,
fundándose en que muchas veces
se había observado una separa-
ción muy marcada de los huesos
de la pélvis, aun en los partos na-
turales y creía que la sección de
la sínfisis de los púbis, debía de
proporcionar una separación

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

Poco tiempo después es-
cribia Loris, á su amigo el célebre
Camper, que un cirujano joven ha-
bia propuesto evitar la operación ^{cesárea} en
los casos en que se conceptua in-
dispensable, supliéndola por la
sección del cartilago de los púbis.
El sabio médico holandés que en 1788,
habia comprobado la posibilidad de
aumentar la capacidad de la pelvis
con la sección del púbis, confesó in-

genuamente que no habia pensado
en las ventajas que esta seccion po-
dia tener para el arte de los partos.
La proposicion le parecio tan in-
geniosa que contesto á Louis que
hubiera desearo abrazar á aquel
afortunado joven. Camper hizo
nuevos experimentos en 1770,
con objeto de asegurarse de la con-
solidacion de los huesos despues
de la seccion; en una murrana
que acababa de parir separó los pú-
biz y á los 15 dias los huesos esta-
ban soldados y el animal pu-
do andar y seguir criando.

La mala acogida de

la academia de Cirugia, no habia
 desalentado á Rigault, pero tampoco
 le bastaba con el entusiasmo del
 sabio extranjero para lograr el
 prestigio que necesitaba. Se diri-
 gió á la Facultad de Medicina,
 que alentó sus trabajos y conti-
 nuando sus investigaciones so-
 bre el grado de separación de
 los púebis después de la sección,
 la calculó en pulgada y media
 (41^{m.m.})

Prosiguiendo sus ideas las
 expuso en la disertación inaugu-
 ral que sostuvo en Angers el 22
 de Mayo de 1873; después de al-

gunas consideraciones sobre
los partos y la operación
cesárea, exponía la anti-
gua teoría de la separación
de los huesos de la pelvis
al final del embarazo, a-
poyándose en ella para justi-
ficar su operación, la describía
del modo siguiente: "Tómese un
escalpelo de punta roma, córtese
encima del púbis la piel y la
grasa, sepárense los músculos pi-
ramidales de arriba abajo, descu-
bierta la sínfisis, llévase el dedo
al tejido celular que está detrás de
los púbis, córtese sin miedo el

cartilage intermedio, repentinamente los pubis se alejan más de una pulgada y la criatura empujada por las fuerzas de la naturaleza y las que el arte puede proporcionarle, nace sana y salva por la amplitud dada á la pelvis." Terminaba refutando las objeciones que se le pudieran hacer respecto á la insuficiencia de la separación y á la falta de consolidación.

La memoria y la tesis de Sigault habian llamado la atención y el nuevo método fué defendido por unos y censurado por otros.

Ripping hacia experimentos cadavéricos en el Hôtel-Dieu bajo la dirección de Desault é indicada con exactitud el aumento de los diámetros de la pelvis á consecuencia de la separación de los pubis. Para demostrar la consolidación operaba perlas recién paridas.

Alfonso Lerroy hizo en 1773 muchas investigaciones cadavéricas, enseñando á sus alumnos que la separación que era de dos ó tres líneas (4 á 6 ^{m.m.}) en las pelvis de hombre, llegaba fácilmente á ocho y nueve líneas (8 á 10 ^{m.m.}) en las de las mugeres que morían de

parto, y demostraba que la separación aumentaba cuando se tenía cuidado de tener los muslos levantados y separados: En diciembre de 1774 practico 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 symphysiotomie par D. Desforges.)

Bandelocque criticaba dura-

mente la operación de la sín-
fisis en su tesis de 1.º de Noviembre
de 1776; cita experimentos suyos; de-
muestra que la separación será siem-
pre deficiente sino peligrosa y de-
duce que la operación propuesta no
puede permitir el paso de una
criatura voluminosa al traves de
una pelvis estrecha.

Entón no se habia efectuado
ninguna operación en el vivo
y ya se habian entablado violentas
discusiones. Los cirujanos en ge-
neral apoyándose en el dicta-
men de la academia de cirugía
rechazaban el proyecto de Gigault

mientras que los médicos habían adoptado la nueva operación.

Alentado Liganlt por su compañero Alfonso Lerroy, aprovechó la primera ocasión para poner en ejecución su proyecto y practicó en París la primera sinfisiotomía en la mujer del guardia Souchet 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 escribir, limitándome á trazar á grandes rasgos la operación y su resultado.

La mujer Donchot habia tenido cuatro partos anteriores con cuatro criaturas muertas; Sigault hizo la sinfisiotomia en el quinto parto acompañado de Perroy á quien habia avisado con anticipación. El diámetro antero-posterior de la pelvis media solamente dos pulgadas y media ($6\frac{1}{2}$ m.m.), la criatura estaba viva y se presentaba por los pies; la dilatación era completa, la bolsa de las aguas intacta. Previniéron á la mujer que el parto seria difícil y le aconsejaron que se sometiese á la opera-

ción que le proponían, dándole á entender que podía alcanzar una criatura viva y que correría menos peligro que con la operación cesárea. La pobre mujer completamente resignada se ofreció á prepararlo todo, hizo ella misma las hilas y trató de disuadir toda idea triste encomiando á su marido la esperanza de abrazar un hijo.

Haciendo acostar á la mujer con los muslos levantados y ligeramente separados, procedió eligault inmediatamente á la intervención que describe el

modo siguiente: (Dixault Mém. Pa-
ris 1777) "Hice la incisión de la
piel y de la grasa algo por en-
cima del púbis hasta la comi-
sura de los grandes labios (lo que
fué poco doloroso); hecha esta pri-
mera incisión y descubierta la sín-
fisis (parte insensible), peneté, profun-
dié los músculos piramidales y
la línea blanca é introduje por
esta abertura el dedo índice de la
mano izquierda á lo largo de la
parte interna de la sínfisis; con-
tinué la sección del ligamento y
del cartilago 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} (5½^{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 Lerroy 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 estirado aún la cabeza por encima del estrecho superior, llevé mi mano derecha sobre la ca-

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

simultáneamente, la cabeza atravesó el
 estrecho superior, obstáculo princi-
 pal; cuando estuvo ya en la exca-
 vación, llevé el occipicio debajo de la
 separación, saqué el mentón á la
 comisura inferior levantando el
 cuerpo de la criatura. El resto de la
 cabeza salió y anuncié á ésta va-
 liente madre que tenia un hijo.
 Se bajaron los muslos y la separación
 era entonces de solo ocho líneas ($18^{\frac{m}{n}}$)
 hice la estrucción de las secundinas
 por que la matriz se contraia mu-
 cho. Se colocó un vendage muy
 sencillo, hilas secas y una toalla
 como vendage de cuerpo. Dejando

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

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

la Facultad nombrase una comisión que la examinase, juzgare sus efectos y siguiese la marcha de la curación. Se designó á los Srs. Grandelax y Descemet muy versados en conocimientos de Obstetricia y de Anatomía.

El acontecimiento fué acogido con indecible entusiasmo, los periódicos divulgaron muy pronto la noticia de la primera sinfisiotomía, 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 Sigault
practicó esta operación sin madu-
ra reflexión y de un modo preci-
pitado, pero en su primera comu-
nicacion á la academia de Ciru-
jia ya decia. "Confieso que seria
ventajoso á la humanidad que
esta teoria estuviese apoyada en
hechos de sínfisis separadas, que
indicasen lo que la naturaleza pue-
de y debe efectuar en igual caso;
pero no se vé ningun 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 añadía. « Sabedor de que varias ve-
 ces se había observado una muy
 notable separación de los huesos
 púbis en partos naturales, pensé 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 ejecutar su operación Si-
 gault se había formado juicio por
 la lectura de autores antiguos y
 había estudiado detenidamente

las obras de Scirino Pineau. Todo esto
9 años antes de practicar la opera-
ción. Desde 1768 hasta 1773 en que
publicó su tesis, el joven estudian-
te hizo muchas investigaciones cada-
véricas y presenció muchas discus-
siones promovidas por las ideas que
había emitido en su memoria. De
casi tanto llevarnos dicho resulta evi-
dente que antes de hacer la sinfi-
siotomía, Sigault había estudia-
do detenidamente la cuestión.

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

que fué minuciosamente interrogada por el decano Desessatz. Éigault leyó una memoria en la que exponía los motivos que le habian determinado á practicar la sección de la sínfisis, el método empleado y el resultado obtenido y se disculpaba así de su falta de destreza.

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

tamente nueva, perdi' la línea de conducta..... y heu' una porción del meato urinario.»

Grandelas y Descemet dieron cuenta día por día de los progresos de la curación, señalando entre los accidentes un dolor constante al nivel de la región sacro-iliaca izquierda, que ya se habia manifestado en partos anteriores, un infarto lácteo del pecho izquierdo y por último una incontinen-
cia de orina seguramente resul-
tado de la operación, pero que se
puede presentar en todos los par-
tos laboriosos. «Estamos pues auto-

rizados á inferir que la mujer está perfectamente curada, que ésta operación no es dolorosa ni de difícil ejecución, que es preferible á la operación cesárea en muchas circunstancias y sobre todo cuando la criatura puede salir por las vías naturales» (Grandelas 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 sinfisiotomías que se hicieron en los primeros años que se siguieron á la célebre operación de la mujer Souchot, lo que hacia decir á Bandelocque (1781.) que no parecia sino que el arte de los partos se habia reducido entonces á la destreza necesaria para ejecutar bien esta operación.

La segunda sinfisiotomía la ejecutó Caspar Siebold, en

Wurtzburgo (Alemania) en una mujer cuya pelvis media 66^{m.m.} y á quien se le habian muerto todas las criaturas de los partos anteriores. El operador se encontró que la sínfisis estaba osificada, fué preciso separarla y se obtuvo entonces una separación de 3 cent^{l.}, se extrajo la criatura por los pies previa versión saliendo muerta. La madre se restableció á los 32 dias. Siebold se lamentaba de no haber ensayado la operación cesárea que hubiera salvado al niño.

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

resultado satisfactorio para la madre y el hijo. Algun tiempo despues hizo otras tres, una repetida, en su primera operada, ^{en} 1780 que estaba á los dos meses completamente restablecida y criando á su hijo.

Roussel de Vauzonne practicó una sinfisiotomía en Paris (1778); la criatura vivió pero la mujer murió de gangrena de los órganos genitales.

El mismo año de 1778 hizo Ligault cinco operaciones; las cuatro primeras tuvieron el mismo resultado, muerte de la criatura y curación mas ó menos tardía de

la madre. La quinta era la mujer
 Vespri's de 29 años de edad, no
 podia andar sin báculos y era
 puerperisima de estatura. Para evi-
 tar las reconvencciones de que ha-
 bía sido objeto, por querer solo,
 fueron llamados los comadrones
 Contouly y Lavejat, quienes certificaron
 que la pelvis media dos pulgadas
 y media (1 cent.) de diámetro y que
 la operación cesárea era la única
 que convenia, porque cualquier o-
 tra podia comprometer la vida
 del niño. Los médicos Thouret y
 Desessatz, Grandelas y Descemet pro-
 pusieron la sinfisiotomía, que

practicó Sigault. Estrajo por versión la
criatura que se estaba muriendo y
la mujer falleció el quinto día. La
autopsia demostró que el diámetro
antero-posterior era solo de 22 líneas
(45 m.m.). Sigault publicó el resul-
tado de la operación y la autopsia
que era una comprobación en favor
de la sinfisiotomía puesto que se
estrajó con una criatura voluminosa
de una pelvis tan estrecha; anu-
dió que si solamente hubiera mira-
do por su interés no hubiera ope-
rado la una mujer tan monstruosa.
Lamoureaux que era su principal ad-
versario entonces publicó una

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

Magel (Babiera) operó el 6 de Abril de 1778 una mujer cuya pelvis media tres pulgadas (81 m. mt.); la criatura murió al nacer y la mujer á los ocho días.

Rek y Pescardi (de Arias 24 de Abril 1778.) operaron á una mujer cuya pelvis media dos pulgadas y nueve líneas (42 m. mt.); el niño vivió unos instantes y la mujer falleció al quinto día.

Guérard de Dusseldorf (Alemania 11 de Mayo de 1778), operó una mujer

cuya peleris media dos pulgadas y seis
lineas (67 m. m.). El resultado fue tam-
bien desastroso: la operación duró o-
cho horas y se hicieron diferentes
intervenciones, versión, forceps, cra-
niotomía; la mujer falleció á los
pocos días.

Duret (Cirujano de Brest)
practicó el 12 de Febrero de 1779 una
sinfisiotomía por exstosis de la
parte lateral derecha del sacro. Co-
trajo un niño muerto; la mujer
conservó algun tiempo una fístu-
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 incontinencia de orina con fistula vaginal; no se midió la pelvis.

Alfonso Lerroy hizo dos sínfisiotomías el 18 y 24 de Julio de 1779; las pelvis median respectivamente dos pulgadas y ocho líneas ($7\frac{1}{2}$ m. m. l.) y dos pulgadas y nueve líneas ($7\frac{3}{4}$ m. m. l.). La primera era una mujer pequeña y requeteca; á los veinte y ocho días andaba sin deformidad. La segunda era una lavandera en el sétimo embarazo

y que no habia logrado ninguna
criatura; la operacion fué larga y
difícil pero el resultado brillante;
se levantó al décimo día y al vigé-
simo fué á misa. Las dos madres
conservaron sus hijos y fueron pre-
sentadas en la facultad al mismo
tiempo.

Antonio Delgado practicó en
Hera (Andalucía) una sinfisotomía
el 9 de Agosto 1780; con éxito para la
madre y el niño. La operacion fué
ejecutada bajo la direccion de D. Fran-
cisco Canivel, que por primera vez
empléó el método sub-cutáneo, pre-
conizado mas tarde por Lambert de

Lyon.

En Italia, Antonio Laraguino,
practicó la primera sinfisiotomía
en Génova el 24 de Diciembre de 1781,
en una mujer cuya pelvis media
dos pulgadas y cinco líneas ($6\frac{5}{8}$ m. m^{ts});
después de la separación de los huesos y
como el útero no se contrajese, se
hizo la extracción de la criatura, que
se conceptuaba 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 sinfisiotomía en Nápoles
en 1774, pero este error de fecha ha si-

do rectificado por Corradi y Morisani.

Giovanetti de Borgo d' Osta (Italia), practicó la operación el 1.^o de Marzo de 1783 en una mujer cuya pelvis media 6 ^{cent.}, que llevaba cuatro dias de parto y ofrecia la providencia de un feto. La criatura nació muerta, la madre curó.

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

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

Demathis, uno de los mejores discípulos de Perroy, hizo en Paris

dos 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 "Demathius se desmayó á la vista de tanto despozo."

Verdier Duclós hizo el 23 de Enero de 1786 la última sinfisiotomia del siglo XVIII, en Francia. La pelvis media (48 mm.); practicó la operación después de ensayos infructuosos con el forceps. A los cuarenta días estaba curada la madre, después de haber tenido fístula vesico-vaginal;

el niño murió a la media hora.

Ferrari de Nápoles. hizo en 1787 la
síntisisiotomía en el hospital de incre-
rables. Los puñis permanecieron sepa-
rados seis líneas (15 ^{milímetros}) porquela mu-
ger no puede soportar un vendaje con-
tentivo, á causa del meteorismo abdo-
minal; pero, no obstante la reunión
debió de efectuarse y muy sólida
pues este que 20 años mas tarde esta
muger desempeñaba el oficio de
cartero.

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

Emilio Godeaux en su tesis (de la Sinfisiotomía. 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 Sinfisiotomía.

La prensa periodística

(entonces de reciente creación) dio ca-
bida en sus columnas á corresponden-
cias encomiásticas & depresivas res-
pecto á la operación practicada por
Sigault. Cada operación que se efec-
tuaba era motivo de interminables
discusiones, en las que, las cuestio-
nes personales ocupaban el mayor
lugar. El culpable atrevimiento de
unos servia de argumento á los
otros y se reproducia la lectura 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 oponer sistemáticamente una á otra, en lugar de discutir las ventajas y precisar las indicaciones respectivas.

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

Louis en las diferentes memorias de 1777 á 1779 no se muestra benévolo 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 "biste efecto del arte", y la benignidad de la sinfisiotomía cuyo "teoría va guiada por la luz de la naturaleza".

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

era necesaria para poder lograr una criatura viva; y 3.º Que no se podía haber empleado un medio mas sencillo. Describe el mecanismo del encajamiento de la cabeza en el espacio inter-pubiano. Créi que la sin fisiotomia está indicada en los pél-
 ves cuyo diámetro antero-posterior varia entre tres pulgadas y cuatto (9 cent.) y dos pulgadas (5 cent. $\frac{1}{2}$ mm.)

Las tesis de Renato Pean (Paris 1778) y de Roussel de Vaucesme en la Facultad de Medicina (1778), reflejan por sus diferentes conclusiones el antagonismo que existia entre los partidarios de la operación cesárea

y los de la sinfisiotomía. La tesis de Roussel de Vauzemes es además importante porque señala y aun preconiza una nueva intervención, el parto prematuro que estaba admitido en Inglaterra desde mediados de siglo.

Pierre Sme en sus (Essais - 1779) se muestra adversario de la sinfisiotomía.

Lauverjat (Examen d'une brochure. Amsterdam 1779) es tan mordaz contra Sigault que pasa los límites de la moderación.

Lerroy en su segunda memoria (Observations et reflexions sur

L'operation de la Symphyse. Paris 1780)

se ratifica en sus primeras investigaciones y da indicaciones especiales respecto al manual operatorio.

Las dos operaciones que practicó Perroy los días 15 y 24 de Julio de 1779 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 Souchet.

Sigault, parecía estar completamente olvidado; la discusión que suscitó la muerte de la mujer Vésprès 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.

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

Desgranges de Lyon / Recher-
ches critiques et observations sur la section
de la symphyse. Journal de Médecine

1786) demostraba que las estrechuras de
masiado pronunciadas eran del domi-
nio de la operación cesárea. No es par-
tidario exclusivo de la operación ce-
sárea ni tan exagerado como Ban-
delocque y admitia la seccion de los
pubis entre ciertos limites ($8\frac{1}{2}$ a $6\frac{1}{2}$ cent.)
y en ciertos casos: estrechuras de la pe-
queña pelvis, exostosis del sacro,
anguilosis sacro-cóxigea, convesi-
dad del sacro, lesión de los sínfisis ^{posteriores},
estrechez del arco pubiano, estrechez
transversa, etc. Dussaussoy practicó la
operación cesárea en el Hotel Dieu
de Lyon en 1871 en una mujer cu-
ya pelvis media dos pulgadas ($5\frac{1}{2}$ cent.)

la mujer falleció á los dos dias. Se hizo la seccion de la sínfisis en el caso con paraver el agrandamiento q.^o se obtenia. (Desgranges que estaba presente infirió que el resultado hubiera sido igualmente desastroso con éste procedimiento) (Desgranges Reflexions sur le section de la Symphyse 1731)

Lauverjat (Parallèle de l'operation césarien et de la section de la Symphyse. Paris 1733) adversario en absoluto de la sínfisiotomía, enumera los accidentes que á la criatura y á la madre amenizan, y deduce: 1.^o que el beneficio para el diámetro antero-posterior no

para de 11 ^{mm. mlt.}; 2.º que este no se puede ob-
 tener sino separando las sínfisis poste-
 riores y rasgando los ligamentos y el
 periostio; 3.º cuanto mas estrecha es la
 pelvis mas insignificante es el beneficio;
 4.º los vicios del estrecho inferior justi-
 fican esta intervencion; 5.º que han fa-
 llido mas individuos que se cu-
 rado; 6.º que las mugeres que han
 sobrevivido han tenido terribles acciden-
 tes; 7.º que una operacion que no ofrece
 sino alguna ventaja particular y
 mil peligros seguros, se debe desestimar
 para siempre; 8.º que toda seccion
 de la sínfisis coronada ^{de érito} es inú-
 til; lo prueba el resultado.

En 1781 apareció el célebre
tratado de parto de Bandeloeque. Allí
encontramos la crítica mas severa
de la sinfisiotomia y se analizan y
discuten los principales hechos. En
esta obra que fué clásica durante
medio siglo, es donde todos los dis-
cípulos han tomado los argumen-
tos para juzgar de una operación
que no conocían.

En la segunda edición publica-
da en 1789 se manifiesta igualmen-
te severo y fundado en sus experimen-
tos espone que la separación esponta-
nea es por lo regular de 6 á 13 ^{month.} y
que para llegar á 60 ^{7 cent.} como quiere

Perroy es preciso exagerar la abduc-
 ción de los miembros inferiores, lo
 cual produce lesiones en las sínfi-
 sis sacro-iliacas. Cualquiera que
 sea la separación, no se puede ob-
 tener un aumento mayor de 13^{mm.}
 para el diámetro antero-posterior, el
 método es pues peligroso y la mayor
 parte de las veces deficiente. Hace
 luego una exposición crítica de
 las observaciones publicadas, de las
 cuales resulta: de 41 mugeres, 27
 vivas y 14 muertas; 13 criaturas vi-
 vas y 28 muertas. Dice luego que
 la operación ha producido gra-
 ves accidentes en todas las mugeres

que tenían estrechez y á veces en las que no tenían ningun vicio de la pelvis. Hace una enumeración de las complicaciones habituales, como contusiones y rasgaduras exteriores, inflamación y supuración de la región, denudación caries y falta de reunión de los pubis, heridas de la vejiga y de la uretra, fistula vesicovaginal, separación de las sínfisis sacro-iliacas, prolapso del útero y vagina, colecciones purulentas en las fosas iliacas y peritonitis. Continúa siendo muy partidario de la operación ce-

sarica que ofrece los mismos peligros para la madre pero salva siempre á la criatura.

Thouret en una memoria muy estimada (Considerations physiologiques et medicales sur l'operation de la Symphyse. Paris 1808) se muestra favorable á la Sinfisiotomia. Dice que cuando hay falta de relacion entre el volumen de la criatura y la pelvis de la madre, es preciso ó disminuir el contenido por medio del forceps, el gancho, la craneotomia ó aumentar el contenido por la seccion de la sinfisis del pubis.

Giraud (Note sur l'operation de la
symphyse. Journal de Medicine de
Leroux tom. 6 Paris 1811) deduce

de sus experimentos cadavericos en
mujeres fallecidas de parto que
la separación puede llegar hasta
tres y cuatro pulgadas (8 à 10 ^{cent.})
sin que las sínfisis sacro-iliacas
sufren grandes lesiones. Una ^{de} pulg.
separación entre los púbis (27 ^{m. m.})
produce un aumento de una ó
dos líneas (2 à 4 ^{m. m.}) en el diámetro
antero-posterior de la pelvis. Dos
pulgadas producen cuatro líneas
(9 ^{m. m.}); dos pulgadas y tres ó cua-
tro líneas (62 ^{m. m.}) producen *cerca*

de media pulgada de aumento ($13 \frac{m}{mm}$).
 Si se pudiese ir mas allá, se logra-
 ría un aumento proporcionalmente
 mucho mas considerable; así tres
 pulgadas ($81 \frac{m}{mm}$) darían un au-
 mento de ocho líneas ($17 \frac{m}{mm}$) al diá-
 metro antero-posterior de la pelvis y
 con cuatro pulgadas ganaría éste
 doce líneas ($27 \frac{m}{mm}$). Hay que ad-
 vertir además que los diámetros tras-
 versos y oblicuos ganan mucho
 mas que el antero-posterior; pe-
 ro este beneficio resulta casi siem-
 pre inútil porque el obstáculo pa-
 ra la terminación del parto, es-
 tá ordinariamente en dirección del

diámetro antero-posterior. El autor
que primeramente fué partidario
de la operación cesárea no va-
cila en declarar su error.

Gardien/ Operation de la Symphy
se practiquée avec succès. Bulletin
Des sciences médicales. tom V. 1810)

dice: que la pelvis aumentará en
dos líneas (2 m. mt.°) por cada pulgada
($27 \text{ m. mt.}^{\circ}$) de separación; no pudién-
do pasar de dos pulgadas (5 m. mt.°) sin
peligro para las sínfisis sacro-ilia-
cas, sólo se obtendrá un aumen-
to de seis líneas ($13 \text{ m. mt.}^{\circ}$) en el diáme-
tro antero-posterior. Estos resul-
tados serian indudablemente

una compensación muy ligera de los peligros de la operación si fuesen los únicos, mas por fortuna no sucede así. Cuando se abre la sínfisis de los púbis, una de las eminencias parietales, viene á situarse en el hueco de la separación y por éste medio se ganan tambien tres ó cuatro líneas (6 á 8 ^{mm.}) (Baudelocque, Gardien, Desormeaux, Duges).

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

repiento 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 esta-
dística de Morisani, John Welschman,
practicó la primera sinfisiotomía
el 8 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 par-
tidarios del parto prematuro y

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

En Italia, los médicos Demathis y Ferrari de Nápoles, Asdrubali de Roma, Vespa de Florencia, introdujeron muy luego la sinfisiotomía en su país.

En Bélgica, la mayor parte de los comadrones se mostraron favorable á la operación. Cambón practicó cuatro sinfisiotomías con resultado fa-

vorable.

En Holanda ya se sabe el entusiasmo con que Camper acogió la proposición de Sigault y alentó á los principales operadores Munster de Niméga y Damen de la Haya.

En España solo se conoce el caso de Uthera.

III

La Sinfisiotomía en el Siglo XIX

Peroy y Bandeloeque 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 habia desa-
 parecido el entusiasmo por esta
 operacion en Francia. Aun se hicie-
 ron algunas sinfisiotomias en los
 primeros años, pero pronto quedó
 completamente abandonada.

En 1801. Dufay y Leroy opera-
 ron á la mujer Rogean primi-
 para de 30 años, cuya pelvis me-
 dia (72^{mm}) Se obtuvo una separa-
 cion 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 cojera por mo-
vilidad de los pubis. La mis-
ma mujer tuvo mas tarde un
parto prematuro espontáneo,
ocasionado por la miseria y mala
condueta.

En Agosto de 1802 Mansuey
operó á la mujer Gerardin, cuyo pé-
ris media 14 ^{m. m. t.} El niño estaba
muerto, pero la madre se restable-
ció á las diez semanas andando
bien y sin cansarse. Tuvo varias
complicaciones graves, congestión
pulmonar, incontinencia de ori-
na y un absceso voluminoso de

la nalgua derecha, que fue dilatado, llegando el estilete 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 6 ^{cm.}⁶ presentación del brazo y del cordón. Giraud obtuvo una separación de 8 ^{cm.}⁶; el niño nació muerto y la mujer murió á los pocos días.

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

Afonso Leroy hizo en Iccaux

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

(Dos sinfisiotomias ejecu-
taron Antonio Dubois y Gardin
en la mujer Larzanne cuya
pelvis media 7^{cent.} Baudelocque
en el primer parto de la misma
mujer habia hecho la crancoto-
mia. 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 4^{cent.},
 el niño murió á los pocos minutos
 y la madre se restableció. En 1809
 ejecutó Dubois la segunda sinfisio-
 tomia á la misma mujer; ha-
 ciendo Gardien la versión y apli-
 cación del forceps sobre la cabeza:
 el niño vivió y la madre curó des-
 pués de una cistitis. Mme Lacha-
 pelle describe este caso en su trata-
 do de partos.

(Dos sinfisiotomias ejecutadas
 por Ferrandais en Bourg en
 1808 y 1811 en fétus de 67^{m.mts.}, ob-
 tuvo una separación de uno y
 dos centímetros que llegó hasta cua-

to: muerte de los niños y curación de la madre. Remandois en las reflexiones que publicó se muestra partidario del forceps como complemento de la sinfisiotomía; estas dos veces tuvo que aplicar el forceps.

Reclard ayudado de Dubois operó en la Maternidad el año 1821: la pelvis media 7 cent. No obstante la separación espontánea se hizo con varias aplicaciones de forceps: la criatura murió y la madre tuvo escaras en la vejiga y la vulva que curaron á los dos meses, quedándole incontinencia de orina por fístula vesico-vaginal.

Chet en 1820 practicó en el Hospital de la Caridad de Lyon la sinfisiotomía en una mujer raquítica: la criatura murió y también la madre á consecuencia de peritonitis.

Augusto Baradeloque practicó una sinfisiotomía en Paris en el año 1830.

Imbert de Lyon hizo una el año 1834.

Pitois en 1831 en su tesis presentada en Strasburgo, proponía la bi-pu-biotomía, 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
síntesisiotomia habia quedado co-
mo un recuerdo solamente en to-
do Europa. Los maestros de la
Obstetricia en Francia, Desormeaux,
Deneux, Capuron, Velpeau, Pablo
Dubois se desentendian de ésta cues-
tion, y por el contrario, el parto pre-
maturo artificial y la embriotomia
hacan grandes progresos y reempla-
zan poco á poco á las demás in-
tervenciones.

No sucedió así en Italia, donde
llama la atención extraordinariamen-
te el éxito que ha obtenido la Sin-

sinisiotomia. La nueva operación fué allí "acceptada" como un beneficio del cielo" y las adhesiones fueron generales desde un principio.

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

En 1811 dos sinisiotomias hechas por Assalini en la Maternidad de Milán con resultado favorable.

No obstante haber sido discípulo de Bandelocque, y quizás por esto era tal su entusiasmo por la sinisiotomia que tubiere querido poder obligar á todos los comadrones el ejecutar esta operación, siempre que

el feto fuese de todo tiempo y la pel-
vis en su menor diámetro fuese
se menos de tres pulgadas (81 m.mt.)
porque creen que con un diámetro me-
nor, se puede coger la cabeza de la
ciutura con el forceps y sacarla sin
matarla, es desconocer los límites
del arte.

Pianni ejecutó en el mismo
hospital de Santa Catalina de Mi-
lán, tres veces esta operación (de
1815 á 1818) en pelvis que median
dos pulgadas y tres líneas (61 m.mt.)
y dos pulgadas y seis líneas (67 m.mt.).
Salvó á dos madres y un niño, otro
estaba muerto y el tercero murió

poco despues de nacer.

La sinfisiotomia se va' tambien desmenuzando de las escuelas de Italia y á pesar de que aun en turin se la estudiaba experimental y teoricamente, ya no se ejecuta. Solamente conserva todo su prestigio en Nápoles donde como lo hace notar Spinelli está generalmente admitida como necesaria, en ciertos casos especiales de distocia.

Galbiati, Pacolucci y Morisani son los mas ilustres representantes de la escuela de Nápoles.

Galbiati, cirujano hábil, muy partidario de la sinfisiotomia, fue

Hicó muchas obras; hizo muchas veces esta operación y practicó muchos experimentos. Pensaba que la sección del púbis era útil no solo en las estrecheces del diámetro trasverso sino tambien en las del diámetro antero-posterior hasta dos pulgadas y dos líneas (60 m. mt.), limite mucho mayor que el admitido hasta entonces, y pretendia que esta operación daba buenos resultados cuando el espacio sacro-pubis no midiese una pulgada y tres cuartos ó una pulgada y diez líneas (45 m. mt. y 50 m. mt.). Invento una especie de pequeña hoz

(falata de Galbati), que llevada
 de abajo arriba ^{cortaba} rápidamente y de una
 sola vez el ligamento sub-púbico
 y el cartilago inter-articular. Dejaba
 la expulsión de la criatura después
 de la sección del púbis á las contraccio-
 nes naturales del útero con objeto de
 que la cabeza fuera adaptándose
 gradualmente al conducto pelvici-
 no y que al propio tiempo las sín-
 fisas sacro-iliacas fueran cediendo por
 grados. Este procedimiento, llamado
 napolitano, habia sido ya indicado
 por Assolini y aun antes por Brande-
 loque, quien aconsejaba se dejase la
 expulsión á la naturaleza, después

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

Fice' Calbiati con represen-
tante de Sigault en el proposito de
reemplazar la operacion cesárea con
la sinfisiotomia preocupado por
los desastrosos resultados que siempre
producia aquella en Nápoles: por es-
ta razon extendió mucho los límites
de la operacion apoyandose en los ex-
perimentos cadavéricos; así es que la
ejecutó en estrecheces muy promun-
ciadas. Operó quince mugeres cuyas
pelvis median de 67 á 81 m. mt.; se-
te de ellas murieron, de las cuales se

na antes de la extracción de la criatura (pélvis de 81 m. mt.); la infección puerperal ocasionó la muerte de casi todas y la autopsia descubrió en varias de ellas lesiones de los sínfisis sacro-iliares. 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 todo tiempo y tenían un peso superior al normal.

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

pre con la idea de suplantar la
operación cesárea, restableció la anti-
gua proposición de Aitken (1784) y
ejecutó la pubiotomía (que el in-
ventor había llamado *Pelvicotomy*).

Como del profesor agregado
a la Facultad de París H. Varnier
(*Fragmento sur les pelvitomies*)
la nota que copia de los *Annali*
di Ostetricia et Ginecologia de Enero
de 1893 (*Per sinfisiotomia statistica*
et considerazioni. V. Morisani). "Un
illustre comagion napoletano, Cal-
ciati, preocupado por el resultado ca-
si siempre funesto de la operación
cesárea, buscó un medio que pudiese

se sustituir a esta grave operacion
y propuso ejecutar la seccion de u-
na ó de las dos ramas isquiáticas
asegurando la seccion de la sínfisis
pubiana".

"Su intención era abrir por este
medio una puerta univulva ó bi-
vulva en la mitad anterior de la
pélvis, para que la criatura en lugar
de atravesar el conducto óseo saliera por
la abertura practicada en su circun-
ferencia. Gallati hizo el experimento
en el cadáver el 29 de Octubre de 1825;
la pélvis media 27 m. mt. 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 dificultades por medio de una sierra circular: Cattolica hizo la versión (este es quien, según Velpeau, presentó en 1826 una comunicación referente al mismo asunto, en la Academia Real de Medicina de París), pero la Cabeza experimentaba cierta dificultades para salir, lo cual se logró empujándola con la mano. Esta dificultades en la expulsión de la cabeza, dependía de que la rama izquierda del pubis, no se pudo separar por estar á medio cerrar. Gallati ejecutó dos veces la operación.

en el vivo.

En 1819 Galvani describe en su memoria del "Taglio della sinfisi del fémur" este procedimiento que Velpeau presentó a la Academia de Medicina de París.

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. mt.) por la sección de las ramas pubianas y por otra parte un aumento de dos pulgadas ó dos pulgadas y media (54 ó 67 m. mt.) por la sección de la sínfisis; ó sea un total, una abertura de cinco pulgadas y media (149 mm.)

Lo que permitia a cualquier punto
sea cual fuese el vicio de conforma-
cion de la pelvis

La pubiotomia no halló mu-
chos partidarios en Italia, tales e-
ran las dificultades del manual
operatorio Cianflone la hizo dos
veces en 1854 con el mismo funesto
resultado para las madres y los ni-
ños. Desde entonces la operacion de
Galbati se abandonó por completo
en Italia no obstante haberse se-
guido discutiendo sobre su oportu-
nidad y haber intentado Morisa-
ni su rehabilitacion parcial en 1852.

Papire Spinelli que la re-

ción del púbis se ejecutó mucho antes de que se hubiese tenido idea de ello, por la casualidad y en lugar de hacer la sección de la sínfisis por haber tropezado el operador con una sínfisis desviada, haciendo la sección en otro punto y no en el de elección. Desgranges de Lyon, ha referido también esta observación que sólo pudo comprobarse en la autopsia por la unión de los púbis á la izquierda y no en la línea media.

Riquet atribuyó el mérito de esta operación á Desgranges pero más tarde le restituye todo el mérito á Galvati.

Catollica de Nápoles proponia
reemplazar la sinfisiotomía por otra
operación. En lugar de dividir el car-
tilago quiere que se haga á los lados la
sección del cuerpo y de las ramas de
los púbis entre los dos agujeros sub-pu-
bicos; de este modo, las sínfisis sa-
cro-iliacas permanecen intactas no
se corre ningun peligro de herir ni
la vejiga ni la recto, apenas si
se ejerce tracción en el tejido celular
de la pelvis, y la consolidación se obtie-
ne con facilidad. Hace todas las objec-
ciones que se oponen hacia á la sin-
fisiotomía. Dice que no son de te-
mor los abscesos ni las caries, ni las

fistulas, m.^{la} claudicación y la peritonitis y que se logra ampliación considerable del diámetro sacro-pubiano.

Es la proposición de Nitken salvo quizás el sitio de elección. El profesor Involucci hizo tres sinfisiotomías en pélvis que median 73 y 67. mmk.; falleció solamente de las mugeres, una de infección puerperal y en la autopsia no se encontró mas que algo de movilidad en las sinfisis sacro-ilíacas; vivieron dos de las criaturas, lo temo que nació antes de tiempo, murió poco después del parto. Cree Involucci que la sinfisiotomía, en los casos convenientes, es decir, cuando el diámetro

sacro-pubiano es mayor de dos pul-
gadas y media (67 mm.) haupair
espontaneamente limitando las
consecuencias al reproculo como
durante un mes, como lo prueban
las muchas observaciones del Hos-
pital de incurables de Vapoles.

Iacovucci establece las relacio-
nes que hay entre el parto prema-
turo provocado y la sinfiotomia pa-
ra los casos de estrecheces; se decide por
esta última, por que expresa la
época marcada por la naturaleza,
y las criaturas tienen mayores pro-
babilidades de vivir que a los siete
u ocho meses además que que

de suceder, que a los siete meses no
basta el parto prematuro, mien-
tras que la sinfisiotomía salvaría
a la madre y al hijo. Propone una
doble alianza, para evitar en cie-
tos casos la operación cesárea: Una,
entre la sinfisiotomía y el parto pre-
maturo artificial y otra entre la sin-
fisiotomía y la embriotomía.

(Después de declarar que no es
partidario del aborto, ni de la embrio-
tomía cuando la criatura está viva,
y que con la operación cesárea se
salva la criatura y se sacrifica casi
siempre la madre, está dispuesto
a combinar el parto prematuro con

La sinfisiotomía en los niños muy grandes, entecir, cuando la pelvis mide dos pulgadas (54 mm.) y la criatura está viva. Con la sinfisiotomía, el diámetro sacro-púbico no aumentaría hasta dos pulgadas y ocho líneas (72 mm.) y por este medio se facilitaría el paso de un feto cuya cabeza á los siete meses tuviera dos pulgadas y media (67 mm.) de diámetro biparietal. (De seguro que se objetaría que de este modo se expone á la mujer á los riesgos de las dos operaciones: parto prematuro y sinfisiotomía; pero aun así

nidas ¿pueden compararse con los que ofrece la operación cesárea?

Iaculucci aconseja la unión de la embriotomía y de la sinfisiotomía cuando el feto está muerto, y la estrechez de la pelvis es bastante grande para permitir la operación cesárea.

El nombre de Morisani está íntimamente ligado con el éxito que ha obtenido la sinfisiotomía. Su primer trabajo es de 1863; en su importante estudio "Estrechez de la pelvis y las indicaciones que ofrece en el acto del parto," dedica lugar preferente á la sin-

siñotomia. Su primer trabajo es
de 1863; en su importante estudio
"Estructuras de la pelvis y las indi-
caciones que ofrece en el acto del
parto" ocupa lugar preeminente á
la sinfiotomia y pelvotomia.

Spinelli analizando (en
los *Anali di Ostetricia* 1892) la obra
de Morisani, declara: Que la cus-
tion está magistralmente trata-
da, y dice que entre los traba-
jos publicados en este siglo,
hay pocos donde se estudie tan
bien la operacion bajo sus aspec-
tos clinicos y experimentales y
juzgada con criterio tan severa-

mente científico?"

"Referimos las ideas de este maestro y ensayamos de exponer sus conclusiones por que son una prueba del profundo convencimiento que animaba a Morisani cuando yacia la operacion en el descuido de Giulio, y tambien por que representan las opiniones del maestro y de su escuela en esta cuestion"

"Afirmaba Morisani en 1863.

1.^a Que la sinfisiotomia es una operacion que debe quedar en la practica de la obstetricia.

2.^a Que la seccion de la sinfisio produ

ce un aumento de uno á seis líneas
(1/2 cent.) en el espacio sacro-púbica-
no, y que este aumento no es debido
á la proyección hacia adelante de
los huesos ilíacos, sino á la obliqui-
dad de la parte anterior de los pú-
bis con relación al sacro.

3.^a Que los diámetros oblicuos y
transversos ganan mas en longitud
que el antero-posterior.

4.^o Que la sinfisiotomía está indi-
cada en los casos en que el diá-
metro es menor de dos pulgadas
y tres cuartos (7 3/4 m. mt.), pero que
se puede practicar tambien (con
resultados menos ventajosos) en

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

El límite superior varía; por regla general se puede valer entre tres pulgadas y cuarto (88 m. m. t.).

8.^a Que las estadísticas presentadas por los adversarios de la operación, lejos de desacreditarla, han podido hacer apreciar sus ventajas si se tiene cuidado de limitar su empleo.

6.^a Cuando se comparan la sinfisiotomía y la embriotomía, todo contribuye á 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 pùbis,
después de una razonable expecta-
ción y una ó dos tentativas de for-
ceps.

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

4.^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: "Cortad con to-
da seguridad la sínfisis del pùbis,
por que no es operación peligro-
sa para la madre."

La pelvitomía fué rechazada

por casi todos los comadrones en el Congreso de Venecia (1847) y Locati preferia la operación cesárea á la pubiotomía y la simfisiotomía á la pubiotomía.

Las tentativas de Morisani por resucitar la pelvotomía fracasaron, aun que en su obra de 1863 la defiende como un medio de salvar la madre y el niño en las estrecheces extremas. Ante todo, sostiene que se debe rechazar siempre la pelvotomía simple, que es insuficiente en las estrecheces extremas, y adoptar la doble sección, por que proporciona bastante espacio para el paso de la cía.

tura en los viivos graduados de la
pelvis.

(Desde 1863 Morisani fué siem-
pre ardiente defensor de la sinfisio-
tomia y publicó una serie de con-
ferencias sobre la materia, pero su
comunicacion al Congreso Interna-
cional de Londres en 1884, fué el
acto mas importante de su cam-
paña en favor de esta operacion.
Cuando ya nadie se ocupaba de
la sinfisiotomia en Europa, fue-
ra de Italia, Morisani propuso
de nuevo la discusion científica
de esta cuestion; apoyandose
en innumerables observaciones, trató

de demostrar su superioridad sobre las demás operaciones de la obstetricia y proclamó "que la sinfisiotomía debe quedar en la práctica de la obstetricia." (*Annali di Obstetricia e Ginecologia di Florencia*).

Morisoni no ejecutó la sinfisiotomía hasta el año 1879; lo hizo entonces en una pelvis raquítica que media 81 m. mt. El resultado fue satisfactorio para la madre y la criatura. Al año siguiente practicó la alianza de Puerocéfalo parto prematuro al octavo mes y sinfisiotomía, en un grave vicio de la pelvis (88 m. mt.) con

éxito 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 fallido las otras dos
de septicemia.

Novi practicó en 1876 las alien-
zas propuestas por Pacolucci del par-
to prematuro y la sinfisiotomía
y de la sinfisiotomía y la embrio-
tomía en lugar de la operación a-
sárea por estar muerto el feto. Enri-
co Potthaus (De la Symphysiotomie.
Paris 1893) refiere dos observaciones
muy interesantes que encuentra
en Poradi y que fueron recogidas

Por Noví: La primera se refiere á
 una mujer cuyo diámetro antero-
 posterior era de 49 m. mt. y en la
 cual después de la sección de la
 sínfisis se practicó la embiotomía
 con resultado satisfactorio
 puesto que salió del hospital
 completamente curada á los
 cuarenta días; La segunda en u-
 na mujer rágida cuyo diá-
 metro antero-posterior media 54
 m. mt. se le hizo la sínfiotomía
 al sétimo mes del embarazo des-
 pués de provocar el parto premu-
 turo por medio de inyecciones
 vaginales y de la esponja me-

parada. Después de la rotura de la bolsa, hubo que traer la cesión por presentación de hombros; se pudo exprimir que la separación de los púlsis, era casi de 50 mm. t.; el niño asfixiado murió una hora después, pero la madre salió del hospital curada a los cuarenta y dos días.

En el Congreso de Florencia, 25 de Setiembre de 1846, Carbonei preconizó en Italia un procedimiento que Jambert había ya practicado en Lyon en 1836.

Mangiagalli en 1882 en su

na memoria publicada en Milán,
trata de destruir las preocupaciones
que habia contra la operacion,
y hace un llamamiento en-
sayando demostrar que ha lle-
gado el momento para que renas-
ca la sinfisiotomia y reconquis-
tar su puesto en Obstetricia.

Morisoni presentó en el
Congreso Nacional de Obstetricia
y Ginecologia de Roma en
1886 (ancora della Sinfisiotomia
statistica è considerazione) una
estadística de todos los casos de sin-
fisiotomia, desde la primera
operacion de Sigault, dividiendo

en tres grupos; la copio á con-
tinuacion tomándola de la té-
sis de Gotchaup.

1.^a Estadística de 1777 á 1858.

Operaciones	Resultado para		Resultado para		
"	las madres.		las criaturas.		
	<u>Curadas</u>	<u>Fallecidas</u>	<u>" Vivas. muertas. Indios</u>		
80	52.	28.	33.	45.	3.
	<u>80.</u>		<u>81.</u>		

un parto de gemelos.

2.^a Estadística de 1866 á 1880.

Operaciones	<u>Madres</u>		<u>Criaturas.</u>	
	<u>Curadas. Fallecidas.</u>		<u>Vivas. Muertas.</u>	
50	40.	10.	41.	9.
	<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.	10.	8.	13.	5.
	<u>18.</u>		<u>18.</u>	

Morisoni deduce de estos estadísticos que la sinfisiotomía 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 Ginecología de Italia celebrada en Nápoles del 3 al 8 de Setiembre del 1888, Morisoni comunicó otras dos observaciones de sinfisiotomía que practicó con buen resultado.

(De 1887 á 1892 Morisani ejecutó doce simfisiotomías en la clínica de obstetricia de Nápoles; curaron las doce madres y vivieron once niños.

En un artículo publicado en los anales de "Gynecologie et d'Obstetrique" de abril de 1892, Spinelli anota cinco operaciones hechas en la Maternidad del hospital de Gravelles de Nápoles y siete en la clientela particular, todas con éxito favorable. Y concluye diciendo: "Cero haber establecido en favor de la simfisiotomía, 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 Morisani,
 quien por espacio de tantos años
 ha practicado, solo, una operación
 abandonada por todos los comadro-
 nes, preparando y haciendo com-
 prender la necesidad de una dis-
 cusión mas detenida de esta ope-
 ración, en beneficio de la practica de
 la Obstetricia. Hoy día la indiferen-
 cia y el abandono de los comadro-
 nes á la altura á que ha llegado
 la sinfisiotomía, no están jus-
 tificados" Morisani con su constan-
 te laboriosidad ha podido lograr

sacar del olvido en que estaba por-
trada la antigua operación de
Siquetti, y ya hoy ocupa la sin-
fisiotomía en la práctica el lugar
que le correspondía.

"Es como dice el mismo Ma-
rioni, la mejor recompensa al
trabajo y el tiempo invertidos en fo-
rma de manifiesto y hacerla apreciar
exactamente."

Otros comedrones italianos
tomaron también una gran par-
te en esta obra de rehabilitación.

"Pavi se dedicó constantemente á
la misma obra con sus muchos
publicaciones y el gran número

de operaciones que ejecutó en la
Maternidad del hospital de Neu-
roble de Nápoles.

IV.

Opinión de los autores clásicos

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

Gardien en su tratado com-
pleto de partos de 1867, examina
determinadamente la cuestión de la
sinfisiotomía, fijándose especial

mente en las indicaciones y con-
siderando los diferentes casos en
que se puede practicar. Segun
el, la necesidad de esta operacion
no es ya un problema, y no
puede haber duda sino á quien
tiene empeño en combatirla sin
fijarse en la fuerza de los argu-
mentos. Responde á las objecio-
nes de costumbre, manifestan-
do que los accidentes son: ó comu-
nes á todos partos laboriosos:
incontinencia, supuración, in-
flamación de los órganos geni-
tales, ó que se pueden atribuir
al operador: lesiones de la

uretra, de la vagina, à que se pueda
 muy bien evitar: separación, ma-
 niobras especiales. Pequeños de
 una minuciosa descripción del
 manual operatorio; hace el
 paralelo entre las dos operacio-
 nes rivales. Capuron (Cours théo-
 rique et pratique d'accouchement. Paris
 1844). Se extraña que este curso
 del arte haya sido desconocido has-
 ta ahora sin que la huma-
 nidad lo haya podido utili-
 zar. Sin querer negar cate-
 góricamente, pero en duda
 que se pueda efectuar una
 separation de tres pulgadas (81.

m. mt.) entre los pubis sin el
menor deterioro de las sín-
fisis sacro-iliacas, y haciendo
de él paralelo entre la opera-
ción cesárea y la operación
de la sínfisis, deya entender
que si fuera preciso elegir
entre estas dos operaciones,
cuando por ejemplo, la
estrechez de la pelvis es su-
perior á dos pulgadas y me-
dia (6 7/8 m. mt.), la sínfisioto-
mia sería mas racional y
por consiguiente preferible,
porque si expone á que se
pierda uno de los dos indivi-

duos, puede tambien salvar
 los dos; mientras que la opera-
 ción cesárea no salva iertamen-
 te mas que uno y sacrifica ca-
 si siempre al otro.

J. Maggier (Nouveaux elements
 de la science et de l'art des accouchements.
 Paris 1877) emite un juicio muy
 prudente diciendo: "Vertamos
 ahora en aquellos tiempos funes-
 tos en que era preciso decidirse ca-
 tegóricamente por una de las dos
 operaciones; hoy que la fría
 y serena razón ha calmado
 los espíritus y que no hay par-
 tido que combata, ni opinión

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

Mme. Boivin (Memorial de
l'art des accouchements. 1814)

pretende que con la simfisioto-
mia parecen la mayoria de las
criaturas la consecuencia de las

violentas y prolongadas tracciones
que se ejercen para extraerlas.

Mme Lachapelle (Practique des
accouchements. Paris 1821-1825) sigue la
opinion de Brandelocque y declara
que en las estrecheces de menos
de dos pulgadas y media (57 m. mt)
la rotura de las sínfisis sacro-ilia-
cas y el aplastamiento de la ca-
beza de la criatura han sido re-
sultado de inconsideradas ten-
tativas y que en el caso en que
la extracción no ha tenido funes-
tos consecuencias, hubiere teni-
do el mismo resultado con la
simple aplicación del forceps ó

la versión ordinaria, como lo
han probado partos ulteriores.

Velpeau (Traité complet de
l'art des accouchements. Paris 1829-1834)
después de hacer una breve pe-
ro interesante historia de la cues-
tión, está lejos de creer que se
deba deshechar siempre esta o-
peración; la sinfisiotomía le
parece indicada siempre que
el forceps es insuficiente y que
el mas pequeño diámetro de
la pelvis tenga mas de dos pul-
gadas y media (67 m. mt.) de ex-
tensión. Admite cuatro condicio-
nes necesarias para practicarla:

1.^a vivante viva; 2.^a presentación normal; 3.^a cuello suficientemente dilatado; 4.^a mujer joven, porque la edad puede producir la angostura de la sínfisis. En los casos de osificación de la sínfisis del púbis ó de las sacro-ilíacas, opina por que se practique la operación cesárea, pues la pubiotomía no da resultados mas ventajosos que la sínfisiotomía. ~~Welp~~ insiste en los muchos peligros y las pocas ventajas de la sínfisiotomía y dice: "Analizando los resultados obtenidos, que, el forceps, el parto prematuro ar

tipical, el connezuelo de centeno
y el alfalotibo, harían cada vez
mas rara esta operacion." Giulio

Matin/ Cours complet d'avouchements
et de maladies des femmes et des enfants.

Paris. 1832) se expresa asi: Hoy dia
está bien demostrado que la sección
pubiana puede ser suficiente en
ciertos casos para terminar el par-
to, pero que en otros no se puede
menos de recurrir á la opera-
ción cesárea. Se ocupa del gra-
do posible de separación de los
puébs 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 tenía que tratar la sinfisiotomía. En el caso de mujeres que tenían de treinta á cuarenta años, no pudo obtener mas que una pulgada y medio (40 m. mt.) de separación, sin producir la rotura de las articulaciones posteriores de la pelvis; en otras muchas mujeres de veinte y cinco á treinta años de edad, pudo obtener de diez y ocho á veinte líneas (42 á 48 m. mt.); por último, en una joven recién parida, pudieron separarse los pubis veinte y dos líneas (54 m. mt.) sin alteración no

Table de las sínfisis sacro-ilíacas.
Declaro que el reblandecimiento 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 pú-
bis á dos pulgadas y tres mar-
tos (74 mm. mt.) sin graves incon-
venientes para las mujeres.

Admite Martin las mismas ven-
taja que Girard respecto al au-
mento del diámetro antero-

posteriores, correspondiente á las diferentes separaciones de los púebis.

Hablando del beneficio que resulta, de situarse una de las eminencias parietales en el hueco que dejan los huesos, anage: "Algunos conaefrones se han propuesto demostrar que es imposible la introducción de una de las eminencias parietales entre los huesos púebis, á causa de la situacion obliqua de la cabeza; pero no han reflexionado que las posiciones obliquas no pueden verificarse sino cuando la púelvis tiene sus dimensiones normales, y que cuando es

angosta en su diámetro antero-
posterior, presenta casi siempre
la cabeza una dirección transversal;
entonces una de las eminencias
parietales, corresponde necesari-
amente á la sínfisis de los púbis.
Por otra parte, la experiencia con-
firma esta opinión; Barraud lo
que refiere que, en una opera-
ción que practicó en 1779 en
el Hotel Dieu de Paris en el cada-
ver de una mujer cuya pelvis
no tenía mas que veinte li-
neas (48 m. m.) de diámetro an-
tero-posterior, vino una de las
eminencias parietales de la ca-

beza de la cintura á situarse
por si misma en la separación
de los huesos púbis."

Refiriéndose al tiempo en
que conviene hacer la operación
dice el mismo Glatin: "Solo man-
do el cuello de la matriz está in-
teramente dilatado y los dolores
son bastante fuertes para espeler
la criatura se debe proceder á la ope-
ración, porque antes de este tiempo no
se encuentra el obstáculo en la pélvis,
ni tampoco se sabe si será indis-
pensable el operar; por otra parte, a-
biendo muy pronto los púbis per-
dida la matriz toda clase de apuros

y no podría menos de descender
en cada contracción, á la parte mas
profunda de la excavación.

Moreau (Traité pratique des ac-
couchements. Paris 1838) indica las
circunstancias en las que esta
operación puede ser útil.

Chally Honoré (Traité pratique
de l'art des accouchements, 1845 Paris) pre-
senta los progresos del parto prema-
turo artificial y la cefalotripsia,
de los cuales dice han hecho caer
en desuso á la sinfisiotomía y
solamente admite esta opera-
ción en diámetro mayor de
87 m. m.; pero después de revi-

sar los diferentes procedimientos
operatorios, concluye afirmando
que no vacilaria en sacrificar á
la criatura en el caso que no se hu-
biera podido provocar el parto an-
tes de término. En la cuarta edición
se ocupa sobre todo de los nuevos
procedimientos de Holtz (bipubioto-
mia) y de Ymbert de Lyon (método sub-cutáneo)

Jacquemier (Manuel des accouche-
ments 1846) estudia cuidadosamente
la cuestión de la sínfisiotomía, con-
siderándola bajo todos los aspectos.

En rechazar completamente esta
operación, la reduce mucho en
sus límites, diciendo que no sería

peligrosa; si se practicare solamente en las pelvis cuyo diámetro antero posterior fuere cuando menos de 75 m. m. l. (Discute extensamente las cuestiones de simphysiotomia y este examen le hace emitir una opinión que no es desfavorable á esta operación, pues que siguiendo la expresada indicación se la puede comparar sin desventaja con los demás procedimientos de Obstetricia.

En la mujer que ha llegado al término del embarazo, cree que la simphysiotomia se puede poner en parangón 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.

Lazearp (Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 2^{ème} édition 1846) se muestra marcadamente hostil á la operación; admite como límite estremo de intervención un estrechiz de 67 m. mt³, y después de declarar que la sinfisiotomía se practica hoy rara vez, dice, que se hará menos aun en el porve

nir, cuando los comadrones hayan
apreciado todas las ventajas de
parto prematuro artificial.

Harvier, Lée y Lenoir (Atlas
complémentaire de tous les traités d'accou-
chements. 1865) declaran: que no sería
quizás un desatino el pensar aso-
ciar el parto prematuro artificial
con la sinfisiotomía en los estre-
checes de 6 a 7 cent. P. Pedían al-
gunas paginas al manual ope-
ratorio y en particular al nuevo
procedimiento de Holtz.

Doche (Traité complet d'accouche-
ments. 1866 Paris.) comienza su ar-
tículo sobre la sinfisiotomía de

clarando que no ofrece ya, mas que un interés histórico, porque los resultados son bastante, poca satisfactorios para quererla sacar del olvido en que yace.

Charpentier (Traité pratique des accouchements. Paris 1883) no dedica sino algunas líneas á la operación y cualesquiera que sean los resultados obtenidos por Morisani duda que haya muchos comadres dispuestos á volver á la simpotomia.

Ed. Schivartz en el (Dictionnaire de Jaccoud) artículo púbis, manifiesta rotamente que está bora

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 sinfisiotomía 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 opi-

quión de los clásicos respecto á la sin-
fisiotomía, algunos autores contem-
poráneos creen necesario un nuevo
y serio estudio de la cuestión.

Quवार (Traité pratique des accou-
chements. Paris 1890) analizando breve-
mente los resultados obtenidos por
Morisani en Nápoles, deduce que debi-
ran animarse los demás comadrones á
intentar de nuevo esta operación.

M. Bouchacourt (Art. Pubiotomía-
Dictionnaire de Dechambre Paris 1889 tome 79)
hace el resumen de todo cuanto se ha
hecho en pro y en contra de esta ope-
ración, y después de muchas inves-
tigaciones y experimentos, hace

un llamamiento para rehabilitar
la vieja operación de Ligault, aban-
donada desde hace tanto tiempo?

"Me he esforzado en llamar de
nuevo la atención con impar-
cialidad, poniendo de mani-
fiesto los documentos de una cues-
tión discutida durante mucho
tiempo, y que hoy parece juzga-
da irrevocablemente. Si los muchos
resultados obtenidos por la escuela
de Obstetricia de Nîmés, no bas-
tan desde luego para que los ciru-
janos y comadrones, se erican mi-
nen á una apreciación mas favo-
rable,⁽¹⁾

después de mi nuevo y serio
(1) «quizás puedan llegar á tener opiniones más favorables, después de etc.

estudio".

Las aspiraciones del profesor Bou-
chacourt, están en vías de realizarse,
y la sinfisiotomía le deberá en mu-
cha parte el haberla sacado del ol-
vido en que la habían dejado los
partidarios del método inglés, es
decir, los vehementes adeptos de
la embriotomía y del parto ma-
nual.

V

Causas que motivaron
el abandono de la sin-
fisiotomía.

Examinando las causas
por que fué desechada la operacion de
Sagault, despues de haber sido tam-
bien acogiola y hasta ensalzada
en su principio, no encontramos
en primer término que el arte de
los puertos fué muy descuidado
por los médicos hasta el siglo últi-
mo, y se comprenderia que Pan-
deloque triunfase fácilmente de
sus adversarios. Pero mucho mas
contribuyó al discredit de la ope-
racion la conducta de sus parti-
darios, asi es que escribia Pan de-
loque: "Aunque el tiempo hu-
biera hecho lo que no habian podi-

do haber los muchos escritos que se
 han publicado desde un principio
 contra esta operacion, aunque se
 persistia mucho menos desde que
 ha prevalecido la verdad contra la
 preocupacion, nos ocuparemos sin
 embargo y aun añadiremos á lo
 que ya teniamos dicho en nues-
 tras primeras ediciones, porque el
 numero de sus partidarios nos pa-
 ree ^{an} muy grande, y que la mayo-
 ria desconocen los hechos mas ade-
 cuados para disipar su error, ó
 inspirarles cuando menos la des-
 confianza que parece contenia
 á Sigault en sus últimos años. Se

habia entibiado hasta tal punto
la confianza de Sigault en el nuevo
procedimiento, que se negaba á in-
tentarle cuando la pelvis no le
ofrecia, cuando menos dos pulga-
das y media (67 m. mt.) Le hemos
visto proponer la operacion cesá-
rea en una mujer para quien
nos llamó en consulta y que ope-
ramos á presencia suya el mes de
Julio de 1788; y pocos dias antes
de su muerte, en otra cuya pelvis
media cuando menos dos pulga-
das y media (67 m. mt.) y que sin
embargo parió espontaneamente
un niño muerto."

La ímica reconvenición razona-
 ble, que se podía hacer á Sigault,
 era el haber intentado persuadir
 que su operación podía en todos
 los usos suplir á la gastro-tisero-
 tomia cuando como dice Champen-
 tier, cada una de estas operaciones
 tiene su campo limitado é indi-
 caciones muy precisas (Flatin).

Jacquemier escribía: "Los verda-
 deros rectores del descrédito en que
 estuvo por largo tiempo la sinfisio-
 tomia son mas bien sus partida-
 rios que sus adversarios, pues es-
 tos últimos le prestaban un in-
 menso servicio comprobando se-

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

En los interminables réplicas que ha promovido la discusion de esta operacion, ha faltado segun dice Murat, unas veces la sinceridad, otras la buena fe; los unos no han tenido valor para confesar sus errores sacrificando una opinion formada quizas sin pruebas suficientes, y los otros aun mas culpables, han exagerado los ven

fajas y anunciados resultados que realmente no habian obtenido, con el fin de ensalzar su utilidad.

Segun Velpeau todos los votos hubieran sido para Sigault sino se hubiera propuesto la sinfiotomia mas que como un nuevo recurso para enriquecer el arte.

Se observa que cuando se calmaron los partidarios y adversarios y cuando se estudió la cuestion sin preocupacion, considerando la sinfiotomia como un nuevo recurso que en ciertos casos podia hacer menos frecuente 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 parecía llamada á darle ó quitarle su sanción, entonces ya se puede decir que la sinfisiotomía no se practicaba.

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

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

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

Dice Aschubali: "Fue la sinfisiotomía la que quitó la vida á las madres, sino su empleo indiferente, que á todo trance es preciso limitar. La sinfisiotomía llegó á ser mortal en manos de los que se precipitaron demasiado, y la usaron en todos los casos de estrecheces de la pelvis; pero no sucedió así con los operadores que determinaron los límites y marcaron luego los resultados favorables."

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

deben atribuir á la infección. En muchas observaciones se hace constar el fallecimiento á consecuencia de "purulencia generalizada"; Cuantas mugeres no habrían sucumbido de septicemia de cuyo peligro no se precubian por desconocerlo!

Queriendo Morisani explicar las causas del abandono de la sinfisiotomía saca las conclusiones siguientes: 1.^a Los resultados de la sinfisiotomía han sido graves para la madre cuando se la ha practicado por debajo de los límites de su indicación; cuanto operaciones hechas en estas

condiciones dan tres muertes.

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 dependieron la mayor parte de las veces, del mal trato que sufrieron las partes genitales antes de la operación. 5.^a La muerte de los niños puede atribuirse á los me-

diversos accesorios, antes que á la misma operación.

Docti habia ya expuesto los motivos por los cuales se habia casi olvidado la operación antes acogida con tanto entusiasmo. Dependia segun él, de que antes la operación tuvo un campo demasiado vasto, y ya no se ejecutaba desde que se recurrió al parto prematuro artificial, ó á la cefalotipia cuando habia pasado el tiempo húbil para provocar el parto prematuro artificial.

Participa de la misma opi-

nion Erchia Prieto, quien atribuye el abandono de esta operacion á tres causas; 1.^a la regla admitida en Francia de sacrificar siempre el niño por salvar á la madre; 2.^a la introduccion del cefalotubo por Augusto Panclouque, superior al gancho de los prácticos ingleses, y 3.^a el prestigio de que disfruta el parto prematuro, que permite evitar las funestas consecuencias de un embarazo, deteniéndolo en un momento de su curso.

Los hechos siguientes segun el profesor Bouchacourt han

debido necesariamente limitar el número y la importancia de las operaciones de la sínfisis. 1.^o El punto prematuro artificial que casi corresponde á las mismas exigencias de dimensiones en los estruchos de la pelvis.

2.^o La introducción en la práctica de la Obstetricia del forceps á tracción sostenida, cuyo principal mérito se debe sin duda á Chassigny con las últimas modificaciones de Loubin, Poulet y del mismo Chassigny, han ensanchado seguramente el campo de aplicación, del instru-

mento primitivo de Cham-
berlain y de Leveit, á ex-
pensas de la operación cesárea y
mas particularmente de la sin-
fisiotomía. Una teoría mejor
respecto á la acción del fœtus
y los perfeccionamientos produ-
cidos bien ^{en} su constitucion, bien
en su modo de aplicación, no
han dejado de ejercer una in-
fluencia que es necesario te-
ner en cuenta en la práctica
(Thenance, Assalini, Pöltz, Tar-
nier.

3.º Bajo otro punto de vis-
ta muy distinto es preciso reco-

mostrar también que los progresos introducidos en los últimos años en la operación cesárea, bien sea como técnica operatoria, bien como tratamiento del estado febril, por el empleo de la antiseptia, por los resultados de la operación de Porro, y de un modo general por el éxito reciente de la cirugía abdominal, han ensanchado el campo de aplicación de la histerotomía.

El profesor Pinard, en la lección hecha en la clínica de Bonde-
logue el 7 de Diciembre de 1891, dice: "No me detendré en discutir

por ahora, ni las causas que han
hecho que abandonen y condenen
la sinfisiotomía la mayor parte
de los comadres, ni las razones
por que la escuela de Obstetricia
de Napoles, asegura que es una
operación útil, bien hecha y
llamada a ocupar un gran lu-
gar en Obstetricia operatoria. Es
recordaré solamente que el adve-
nimiento de la antiseptia, ha
hecho posibles e inofensivas una
porción de operaciones antes gra-
ves, sino mortales y que la sin-
fisiotomía parece ser una de ellas.

(Dice Gokhans que hoy

gracias á la antisepsia, al profundo
 conocimiento de la palpación
 y á los dilatadores de Mrs. Carnier
 y Champetier, la sinfisiotomía
 ha llegado á rehabilitarse, pero no
 deberá excluir los demás procedi-
 mientos. En ciertos casos será nece-
 sario practicar la operación cesárea
 ó la embriotomía; con todo, es de
 esperar que la sinfisiotomía dismi-
 nuirá su frecuencia.

VI

Indicaciones y contra-indicaciones

Como dice el profesor Pinard,

la sinfisiotomía tuvo la mala suerte de haber sido propuesta por un hombre sin autoridad en materia de parto. Gloriosamente impresionado como todos sus contemporáneos, por los tristes resultados de la operación cesárea, todo el empeño de Renato Lijault, fue el de reemplazar la gástrica-histerotomía, así es que su objetivo único, 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 á esta operación, ciertamen

te que, dada la deficiencia de los
 procedimientos pelvimétricos, Sigault,
 ignoraba aun cuando operó a la
 mujer Touchot, cual había sido
 la granación de los pubis que ha-
 bía obtenido después de la sección,
 ni pensó en probar experimen-
 talmente las ventajas é inconvenie-
 nientes de la operación.

Tampoco es fácil conocer la
 opinión de Alfonso Leroy sobre
 este particular, porque si bien fun-
 dándose en sus experimentos as-
 mitió la inflexibilidad en los
 viros de la pelvis cuyo diáme-
 tro antero-posterior varia entre

tres pulgadas y cuarto (9 cent.) y dos
pulgadas ($8\frac{1}{2}$ cent.), aseguraba no
obstante, que después de la sección
de la sínfisis, se podía dar paso
a la cabeza de la criatura al tra-
vés de toda pelvis, cualquiera
que fuese su estrechez.

Bandelogue el mayor ene-
migo de la sinfiotomía, 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 (88 m. m. t.).

(Desgranges de Lyon, no es
partidario exclusivo de la operación

cesárea; admite la sección del púbis entre 8 y 6 cent. y en determinados casos.

Para Larrey, esta intervención está solo justificada en los vicios del estruño inferior.

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

derable, será preciso hacer la operación
usaria.

Gardien en su tratado de partes
de 1808 y sobre todo en la nueva edi-
cion de 1816 se ocupa de la sinfisio-
tornia con un espíritu científico
que ha hecho que los autores de
la generacion siguiente, hayan
tomado de él datos preciosos. Ana-
liza los casos en que está indicada
la sinfisiotornia, apoyándose mu-
chas veces en los experimentos de
Pirau y de Ansiaux y dice: "La se-
ccion del pubis es necesaria, cuando
la cabeza de la criatura viva, ha
frangueado con dificultades 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 obstáculo puede depender de que los dos estrechos estén al mismo tiempo angostados en su diámetro anterior, ó bien de que mientras el estrecho superior está angostado la aproximación de las dos tuberosidades isquiáticas, 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 curvadura

del sacro es muy considerable y cuando la punta del cóxis está tan próxima al arco del púbis, que la cabeza no puede atravesar el estrecho perineal, al presentarse allí."

Cuando la cabeza está encajada y la cintura está a nivel de la sección del púbis es el único recurso que puede ofrecer el arte para efectuar el parto sin disminuir el volumen del cráneo por la presión. Puede existir un exortosis de la base del sacro que no permite á la cabeza franquear el estrecho y en estas circunstancias

solo la sinfisiotomia puede proporcionar
una viatura viva.

El mismo Gardien cree que
solo la sección del pubis es practica-
ble cuando habiendo frangueado
la cabeza el orificio de la matriz, es
tan angosto el estrecho superior que
se opone á que la cabeza pueda sa-
lir con solo los esfuerzos naturales
ó la que se le pueda arrastrar con
la aplicación del forceps en las par-
tes laterales.

En el caso de enclavamiento
de la cabeza, en que ésta está fuerte-
mente retenida por todos los
lados, Gardien describe la sección de

la sínfisis; pero la admite, cuando la cabeza está enclavada en sentido longitudinal y que se le puede subir entonces encima del estrecho superior por medio del forceps. El enclavamiento de la cabeza en sentido de su anchura, estando aun viva la Criatura, es también uno de los síntomas en que la operación de la sínfisis se parece exclusivamente indicada.

También se parece, que la sínfisiotomía es el único recurso seguro que el arte puede ofrecer para asegurar la vida de

la madre y de la Criatura, man-
da la estrechez, es bastante con-
siderable, y el diametro del
estrucho inferior, por ejemplo,
el que va de una à otra tubero-
sidad isquiritica, es bastante
estrechado para impedir al for-
topo contener la cabeza, que
representa lo último, de un
modo suficiente para vencer
la desproporcion que existe.

Cardium da tambien la pre-
sencia á la sinfisiotomia so-
bre la gastro-histerotomia en
el caso en que habiendo fran-
queado las nalgas el orificio

de la matriz, la estrechez de uno
á otro diámetro perineal, redu-
cido por ejemplo á dos pulgadas
(54 milímetros), no permitiera la ex-
tracción de las malgas. Tendría-
mos entonces los mismos incon-
venientes que en el caso preceden-
te para extraer la cabeza llega-
da á la contracción, y la sección
del púbis, en la que nos ofrecería
mayores ventajas, porque es-
tando las mas de las veces el
estrechamiento en el diámetro
transverso una pequeña separa-
ción podria agrandar lo bastante
de la pelvis.

Por último, cuando la criatura se presenta por los pies, la cabeza puede detenerse en el estrecho superior y enclavarse en el sentido de su longitud ó en el de su anchura. Gardien admite la sección del feto, para extraer el niño si aun está vivo, y dice también que se debe ejecutar la sinfisiotomía cuando el feto está muerto, y que la perforación del cráneo sería insuficiente si la misma base estuviera enclavada y estrechamente apretada y en este caso estaba conforme con Hunter, quien estaba convencido, que después de la perforación del cráneo, muchos

casos de estrechez, labase podia ofre-
cer bastante anchura para oponer
obstaculo invencible, y entonces para
asegurar el éxito de la perforacion,
era muchas veces útil hacer la reunion
de la sínfisis.

Smellie consideraba tambien
la funcion del cráneo, como abso-
lutamente impliable, cuando su
base se habia enclavado en una pél-
vis que no tuviere cuando menos
dos pulgadas y media (17 m. m.),
porque no podria favorecer la sa-
lida de la criatura, siendo la me-
nor anchura de la base por lo
menos de dos pulgadas y media

(67 m. mt.)

Gardien reviva los vicios de conformación de la pelvis, entre los cuales la posición del pubis parece convenir más particularmente.

Casurson (cours theorique et pratique d'accouchements. Paris 11.^{me} ed 1828)

se muestra indciso en su juicio sobre la sinfisiotomía, y no admite la operación, sino en los casos en que el diámetro sacro-pubiano del estrecho superior, tiene más de dos pulgadas y media (67 m. mt.)

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

para la madre y facilidades de terminar naturalmente el parto:

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

2.º Cuando la cabeza de la criatura, ha franqueado el estrecho superior con dificultad, por estar mas ó menos angostado, y no puede atravesar el estrecho inferior que está aun mas angostado. Esta configuración de pelvis se presenta sobre todo en la mujer cuyo sacro peca por exceso de curvatura.

3.º en el caso de extraordinaria

prolongación de la sínfisis pubiana.

II.º Angostamiento mas ó menos considerable de los diámetros de los dos estrechos, debido á la aproximación de las dos tuberosidades isquiáticas. 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, se agrandan estos diámetros casi tanto como se reparan los pélvis (es el caso que se refiere en la Gaceta de Madrid de 24 de Octubre de 1780, referente á la operación hecha en Utrera, Andalucía, por Antonio Delgado, siguiendo el

conujo de Francisco Canivel).

5.º La aproximación de las ramas del arco del púbis requiere la operación de la sínfisis, por que la operación agranda este arco, casi tanto como se agran los púbis.

6.º En el caso de tumor oo luminoso, uso de los de la base del sacro (caso de Margel de Francfort, Del 10 de Abril de 1778).

7.º Cuando la cabeza está en clavada (enclavamiento de Roderer: paraforosis), enclavamiento tal, que no se puede introducir ningún instrumento en la cabeza

9o.

y la pelvis ~~en~~ cualquier in-
tento que se intente hacer.

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

9a. La estrechez de la pelvis pe-
rinal que no permite la expul-
sion de las nalgas que han fran-
queado el orificio de la matriz.

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

11.º Cuando muerta la ci-
tura el enclavamiento de la base
del cráneo está tal que aun después
de la perforación no se puede extra-
erle.

12.º 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-
tigan los progresos de la embio-
tómia y del parto prematuro arti-
ficial y segun ellos: "La sección de
la sínfisis y el parto prematu-
ro artificial, convienen en los mis-

mos grados de estrechez de la pelvis;
pero si el niño está vivo la sinfisio-
tomía es el único recurso. La sección
de la sínfisis cuando el diámetro sa-
cro-púbico 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 dos pulgadas y media (64 mm.).

Mme. Lachapelle admite la
sinfisiotomía en el enclavamiento
to, diámetro menor de treinta y tres
líneas (73 mm.) y superior á 24 líneas
(61 mm.), la forma oval pirami-
dal y quizás aun tilovar de la pel-

vis. Según ella, ésta operación puede ser sobre todo útil en el caso que el diámetro trasverso se halla viciado, por que entonces se invierte en su favor casi toda la separación. Por el contrario en los casos en que el diámetro antero-posterior es demasiado estrecho no obstante una enorme separación sólo se pueden esperar algunas ^{líneas} de ampliación y entonces es cuando, como advierte Poir, sólo se puede atribuir el beneficio obtenido al encajamiento de una de las eminencias parietales (encajamiento

que daría un aumento de tres líneas) en la separación interpubiana antes que á un agrandamiento real del diámetro.

Velpeau admite la sinfisiotomia como el único medio á que se puede recurrir (Velpeau traité complet d' accouchements. Paris 1829-1835):

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

2.º Cuando la cabeza ha franqueado el orificio y se halla detenida por lo angosto del estrecho inferior.

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

Además tiene incontestables ventajas siempre que el estrechamiento está en los diámetros transversos y oblicuos; ya esté en el estrecho superior, ya dependa del arrinconamiento por un exóstosis, ó de un tumor sólido cualquiera colocado lateralmente ó de una eminencia de la cavidad cotiloidea.

En los tres casos anteriores es

preferir la simfiotomia á la operación cesárea, aun despues de la muerte de la muger, porque casi sería imposible no hacer perecer al niño tratando de extraerlo por la abertura abdominal.

Las condiciones necesarias para practicar la sección del pubis, segun Velpeau son cuatro: 1.^a Que la oritura esté viva; 2.^a Presentación normal; 3.^a Que el cuello esté suficientemente dilatado y 4.^a Que la muger sea joven porque la edad puede producir la angostosis de los sínfisis. Al mismo Velpeau le parece aplicable, cuando mata,

cincos ó seis líneas (9, 11. 13 m^lmt^l)
demás permitien 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 mas de dos pulgadas y
media (67 m^lmt^l).

Para Flatin los casos en que
conviene practicar la sinfisio-
tomía son: 1.º Siempre que estando
 viva la Criatura no presente
la pelvis en su diámetro sacro-
pubiano mas que dos pulgadas
y media; 2.º Cuando hayan sido
insuficientes la mano y el forceps

por insuficiencia del estrecho inferior: La operación es en este caso tanto mas ventajosa cuanto ^{q.} se aumenta la anchura del arco de los pubis á medida que los pubis se separan uno de otro. La sinfisiotomía es mas eficaz cuando existe la estrechez en la dirección de los diámetros oblicuos y transversos. 3.º Cuando la cabeza se halla enajada ectal suerte en la excavación, que es imposible hacerla subir mas arriba del extremo superior. 4.º Cuando es muy estrecho el arco del pubis ó muy gruesa la sínfisis. 5.º Cuan

do existen en la pelvis ciertos tumores que no la obstruyen mas que en parte y 6.º Cuando esta encajando el útero como puede suceder en la retroversión (Gardien).

Son contra-indicaciones para la sinfisiotomía segun Flatin: 1.ª en la mayor parte de los casos arriba citados, cuando se halla muerta la criatura; 2.ª Cuando la pelvis presenta menos de dos pulgadas y media (64 mm.). 3.ª Cuando hay motivo para creer que las sinfisis están osificadas y finalmente, cuando la mujer no quiere sujetarse a la quese

ción.

Morreau (Traité pratique des accouchements. Paris 1838. 2 vol.) establece la indicación de la sinfisiotomía en la estrechez del diámetro antero-posterior, en los límites de dos pulgadas y cuarto (51 m. mt) a tres pulgadas (76 m. mt), y cuando la cabeza enclavada en la excavación, no pudiese avanzar ni retrouder por la insuficiencia simultánea del estruho superior é inferior.

Chailly Honoré (Traité pratique de l'art. des accouchements - 5^{me} édition. Paris 1867) admite la operación, cuando la

pélvis tiene dos pulgadas y media
(67 mm) y aun sería preciso que
concurriesen algunas circunstan-
cias muy raras, como pequeño
volumen de la cabeza, su reduci-
bilidad y la relajación natural de
las sínfisis sacro-ilíacas. En las
estrechuras mas raras que son las
de los diámetros transversos y
oblicuos es cuando la sínfisis so-
me parece ofrecer mas ventu-
jas.

Cazeaux (Traité Théorique et pratique
des accouchements - 1846) pretende que la
opexación que solo parecia aplica-
ble á los casos de estrechez sacro-pubia

no, da sobre todo resultados ventajosos en las estrechuras de la víscera transversa de la excavación y del estrecho inferior.

Jacquemin (Maurice Des accouchements 1846) ha estudiado la cuestión conienzudamente y sin desecchar la simfiotomia la limita a cuando el diámetro sacro-púbico conserva cuando menos dos pulgadas y tres cuartos (18 mm); hasta este grado, no separando los púbis sino dos pulgadas (14 mm), se da el diámetro sacro-púbico tres pulgadas seis líneas (18 mm) ó tres pulgadas cuatro líneas (20 mm); cuando el diá-

solo tiene dos pul-
 gadas de anchura. El agran-
 do de la cabeza ^{en} bastante, es-
 ta en el último límite
 de la proporción razona-
 ble. La forma de la sinfisio
 es como la de la cabeza se
 presenta fuertemente en la
 sinfisio, la extensión de la
 sinfisio es mediana de ser
 de la gran consideración del crá-
 neo en su conjunto. El limi-
 te de la sinfisio es el de la sinfisio y
 el de la sinfisio es el de la sinfisio
 y el de la sinfisio es el de la sinfisio
 y el de la sinfisio es el de la sinfisio

los anteriores se fuesen, por lo tanto,
 que los esfuerzos en la misma por
 forceps son ó no suficientes para
 ra que la confusión en el parto
 se el terreno de la enfermedad
 ple y el forceps, es necesario
 ple y el forceps, es necesario
 ceder a la expectación y al tiempo
 razonablemente presentarse
 con la confusión y la
 una ó dos aplicaciones de forceps
 y accediéndose intonso a la
 y otro de este modo presentarse
 La cuestión es sencilla de resolver
 ses de la madre y de la vida
 ra, accediéndose ó no a la
 nuestra habito de la

metro sacro-púbico solo tiene dos pul-
gadas y media (67 m. mt) el agran-
damiento sería aun bastante ^{en} es-
te grado que es el último límite
admitido, no se podría razona-
blemente recurrir á la sinfisio-
tornia sino cuando la cabeza se
encuentra fuertemente en la
vada que retiene la extensión
que el feto tiene mediano de sar-
rollo y que las comisuras del crá-
neo están poco apretadas. El lími-
te superior es de tres pulgadas y
cuarto (88 m. mt) pero este límite
no puede tener nada de fijo, y
solamente por el resultado de parte

los anteriores se puede presumir
 que los esfuerzos de la madre y el
 forceps son ó no suficientes, y pa-
 ra que la episiotomía no inter-
 pre el término á la expulsión im-
 pule y al forceps, es necesario con-
 ceder á la expectación el tiempo ra-
 zonablemente permitido y ha-
 cer con prudencia y precaución
 una ó dos aplicaciones de forceps,
 y decidirse entonces usando una
 y otro de este medio *fracasado*.

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

perigrosa para la madre; tan
to mas que la primera daña al
gemas probabilidades de salvar
la Criatura, cuya vida se sa-
crifica fatalmente con la segun-
da. No obstante los partidarios
ingleses de la Craniotomia, se
cree autorizada para decir que
si presentare un caso tal que
para permitir el parto del feto,
faltare cierto espacio que la sim-
ple division de la sinfisis pu-
diera proporcionar, no vacitaria
en este caso particular en tomar
en consideracion la sinfiotomia
y practicarla si fuere preciso. Se

apoya para el caso que vamos á
 citar en el testimonio de ~~Perman~~,
 que es tanto mas extraordinario,
 por cuanto que siempre se ha
 asociado á las protestas que se
 hacian contra la sinfisiotomía:
 "El nos permitirá suponer el ca-
 so posible de una persona de eleva-
 do rango; la vida de su hijo puede
 ser de un interés público conside-
 rable, y sin embargo el parto no se
 puede efectuar sino matando el
 niño, ó haciendo correr á la ma-
 dre los grandes peligros de la ope-
 ración cesárea y si por una debili-
 dad muy humana se niega á

concretarse á esta operacion, los al-
tos intereses del feto impedirian
tambien que se sacrifique al niño.

Si llegare este caso, que no
es imposible, se podria proponer
y ejecutar la seccion de ^{la} sinfisis
del pubis y proteger en cierto mo-
do los intereses de los dos seres; pa-
ra la mujer, esta operacion seria
menos cruel que la cesárea, y
daria algunas probabilidades de
conservar la vida de la Criatura.

El testimonio de Plessner es
tanto mas sorprendente por que es-
cribió en contra de la sinfisiotomia:
"que no tiene intencion de formu-

lar un solo voto, ni hacer argumen-
to alguno en favor de esta operación,
ni para los casos para que fué pro-
puesta en su principio, ni para
otro ninguno que se pudiese ima-
ginar."

En el artículo "Pubiotomia"
del (Dictionnaire des sciences médicales de Pe-
chambre) el profesor Bouchacourt de
Lyon, hablando de las indicaciones de
la simfisiotomía dice: "Aunque sea
difícil establecer precisamente los
límites de estructuras pelvianas que
indican esta operación, se puede sin
temor de exagerar fijarlos entre 65 m. m. l.
límite menor y 80 u 85 m. m. l. límite

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

Respecto á las estrechuras en sentido transversal situadas en la escavación y mas aun en el estrecho inferior: *pélvis en embudo*, *pélvis cifosica*, reclaman la sección de la sínfisis con mas ventaja que la estrechez antero-posterior; un alargamiento considerable de la sínfisis A, B ó C, ^{emb.} con pronunciada estrechez del arco púbico no (*pélvis arrinconada*) se encuentra

en el mismo caso, así como las pelvis
 que presentan una curvatura muy
 arqueada delante del cóxis (en este
 caso es el que el profesor Bon-
 chacourt ha propuesto la sinfisio-
 tomía sacro-cóxigea y aun la sección
 sub-cutánea de uno de los dos ligamen-
 tos sacro-cóxigeos ó isquiáticos). En la
 pelvis estrechada en general, de Stein,
 de Nagel y de Fichet, la sinfisiotomía
 estaría también indicada á condición
 de que se notase de una pequeña re-
 ducción de todos los diámetros, teniendo
 en cuenta, como se sabe, ésta reducción una
 influencia mucho mas grave como
 obstáculo al parto, en igualdad de

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

El Dr. Howard en su trata-
do de partos de 1890, admite la sin-
fisiotomía en las estrecheces de
7 á 9 cent. y que la criatura está
viva.

El Dr. Champentier en una
nota leída en la Academia de Me-
dicina el 15 de marzo de 1892, se
refiere como indicaciones á las q.
con los representantes mas emi-
nentes de la obstetricia en Italia.
En pólviz de 83 á 87 m. cent. esta o-
peración, gracias á los progresos

de la antisepsia da excelentes resultados y permite salvar así seguramente a la madre y la criatura. Por esto nos ya obligados á hacer pedazos un niño vivo para salvar á la madre.

La operación tiene su puesto entre el parto prematuro artificial y la operación cesárea y es muy usada en Italia.

Robt ha recomendado la simpisotomía en lugar de la operación cesárea y asociándola con el parto prematuro en pelvis que median de 53 á 54 m. mt.

Moisani fija el número de 67 m. mt. como último límite de la sim-

fisiotomía.

Dice el Dr. Charpentier que si la sinfisiotomía 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 curvaduras muy angulosas hacia adelante del cóxis con ó sin anquilosis 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 último en una pelvis

normal con excesivo volumen de la
 cintura sin alteración patológica
 caso en el que las dificultades
 para el parto dependen inme-
 diatamente del excesivo volumen de la
 cintura y es lo que se puede lla-
 mar una estrechez relativa de la
 pelvis; en este caso, Mr. Charpentier
 de conformidad con Mr. Bonchacourt,
 se pregunta si no seria ventajoso
 practicar la sinfisiotomía. Novi
 y Morisani los representantes mas
 ilustres de la obstetricia contempo-
 ranea en Italia resumiendo las
 indicaciones de la sinfisiotomía
 admiten dos casos; segun que la

mujer esté en el término de su
embarazo ó no.

En el primer caso si el
diámetro antero-posterior de la
pelvis mide 98 m.mt. el fœtus de-
be bastar. Segun Hovr por ba-
jo de 88 m.mt. se puede ensayar
una aplicación de forceps y si no
da el resultado se recurre á la
síntiotomía. El último lími-
te inferior de la operación seria
84 m.mt. Para Moisan, el lími-
te superior el mismo que para
Hovr, pero el inferior no pasa de
87 m.mt.

Cuando la mujer no ha

Llegado al término del embarazo
 ambos prefieren el parto prema-
 turo. He aquí lo que dice Moirani:
 "Ciertamente que el Comadron en
 presencia de una mujer, en el
 sétimo u octavo mes de embara-
 zo y con una estrechez de la pél-
 vis, le aconsejan esperar al té-
 rmino de su embarazo para
 abrirle la sinfisis, haria una
 mala cirugía. El parto prema-
 turo artificial es en semejante
 caso preferible si queremos es-
 cusar lo que la ciencia y la con-
 ciencia nos sugieren."

Moirani permaneció

á la indicación de la operación
cesárea, allí donde el conjugado
es inferior á 9 1/2 m. ant. Si el niño
está muerto es claro que se pre-
ferirá ^{la} craneotomía á toda opera-
ción que pueda hacer correr un
peligro á la madre.

VII.

Procedimientos operatorios.

Señalaremos el procedimiento
empleado por Sigault ni ex-
ternos en el que describe Le-

de un discípulo de Leroy, ni en los
de Pons, Ansiaux y Maggier;
me ha parecido útil transcribir
el manual operatorio que Pedro
Hutin detalla de un modo bas-
tante completo.

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

la sínfisis. Está demostrado q.
la reparación espontánea no
puede ser muy grande y sin
embargo es siempre prudente
no omitir ninguno de los me-
dios capaces de precaver los
accidentes que pudiera pro-
ducir una separación de mas
sido considerable de los huesos.

Un ayudante debe tener el
encargo especial de auxiliar
al operador y presentarle los
~~instr~~umentos que pueda necesi-
tar durante la operación. An-
tes de todo se debe casurar el
monte de Venus y dar salida

á la orina que contenga la ve-
giga.

Estando así todo dispuesto, el
operador armado de un bisturí li-
geramente convexo por su corte se co-
loca á la derecha ó entre las piernas
de la muger, 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 línea blanca en la misma ex-
tensión á fin de evitar conseguir
los obstáculos que las inser-
ciones de las aponeurosis abdomi-
nales en los pubis no dejarían de

oponur. Segun nuestro modo de ver
puede evitarse fácilmente la herida
de la puidenda interna con solo te-
ner un poco unido y deber ligar
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
division del fibro cartilago inter-
articular para evitar con segu-
ridad el lesionar organos que es im-
porta respetar. No están de ac-
uerdo los autores sobre la forma
del instrumento necesario para
este segundo tiempo de la opera-
cion: unos quieren que se haga

uso del bisturí ordinario, teniendo
cuidado de cubrir su punta con la
uña del dedo índice izquierdo; otros
prefieren un bisturí de botón; Alfon-
so Leroy aconseja que se use un
cuchillo convexo por su corte; Witten
ha inventado un cuchillo flexible;
finalmente, Desormeaux cree que con-
viene mejor un bisturí de hoja recta
y terminado en cuadro. Somos tam-
bién de opinión que merece este úl-
timo instrumento la preferencia,
si bien conocemos que el buen éxi-
to de la operación depende menos
de la forma del instrumento que se
adopte para dividir las sinfisís que

de la habilidad del operador?

Ahora; Como deberá hacerse la sección del fibro cartilago inter-articular? Deberá obrar el bisturí de adelante atrás, como lo aconseja Plenck, ó de atrás adelante segun quiere Dittken, ó bien de arriba abajo como lo prescriben otros autores? Nuestro dictamen es que es mejor cortar de arriba á abajo, porque de este modo es imposible que el instrumento penetre en el interior de la pelvis. Cuando se llega cerca del ligamento sub-pubicano, es necesario poner mas cuidado á fin de no abrir el conducto

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

Cuando la sínfisis se halla ya enteramente dividida, se deja el parto á la naturaleza, si la matriz se contrae con fuerza y en el caso necesario se termina con la mano sola ó con el forceps. 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-
cer entos muslos ó en los huesos
de las caderas, presiones que po-
drían dar lugar á las alteracio-
nes mas graves en la sínfisis
posteriores y exponer de este mo-
do el buen éxito de la opera-
ción."

El mismo Hatin aconseja
como cuidados consecutivos: "El
mantener los huesos en un con-
tacto perfecto por medio de un ven-
daje puesto al rededor de la pelvis
y reunir los bordes de la herida
exterior por medio de tiras de aglu-

finante.

Si al aproximar los huesos, se presenta entre ellos la vergiga, se rá muyster empujarla con el dedo ó con una sonda de mujer como lo prescribe Pessonneau. Importa sobre todo que el vendaje que sostiene los huesos, esté siempre convenientemente ajustado.

Lo mas regular, es que la reunión de los huesos se efectue al cabo de un mes ó seis semanas; sin embargo, aconsejase la prudencia que no se permita andar á la enferma hasta pasados dos meses, y aun con 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 ejecutarse la progresion sine dolor.

Los cuidados mejor empleados no son suficientes en todos los casos para hacer consolidar la sinfisis de los pubis, y es cosa bien notable que esta circunstancia no sirve siempre de obstáculo á la mujer para estar de pie andando y aun saltar con bastante fuerza (Dubois Mansmy); esto depende de que entonces las articulaciones posteriores

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 los propusieron.

Sigault habia practicado la sin fisiotomía con el bisturí en 1777, cuando Siebold de Wurzburg queriendo la ejecutar en la mujer Markard el 4 de Febrero de 1778, se encontró

conque la sínfisis pubiana estaba
osificada y se vió obligado á servir
el arco anterior de la pelvis.

El primer pelvitomista fué
pues un sínfisiotomista que sus-
tituyó con la sierra el cuchillo, por
que la parte blanda se había con-
vertido en parte dura y de este
modo se supo al mismo tiempo,
la posibilidad de encontrar un obs-
táculo para cumplir el procedi-
miento ordinario (Sínfisiotomía)
y el medio de vencerlo (la pubio-
tomía). Este procedimiento se ha
atribuido á Desgranges de Lyon

sin ningun fundamento; éste
 decia (Reflexions sur la section de la sym-
 physe des os pubis. 1781): "En verdad que
 si la sínfisis anterior, la de los pubis
 estuviere soldada, seria posible des-
 unirla con una sierra convexa y
 de botón, pero si una sola de las
 sínfisis posteriores se halla osifi-
 cado solamente se separará uno
 de los huesos pubis, el agrandamien-
 to obtenido por el estremo oñido
 se reducirá á poca cosa, no resulta-
 rá ventaja ninguna para el parto,
 y si los dos se hallan osificados, el
 pubis se habrá servido en vano y ha-
 brá que recurrir á la operación cesá-

rea, que se debiera haber practicado
desde un principio. »

Refiere Spinelli que la sección
del hueso púbis 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 púbis
estaba desviada y se practió la
sección en un punto distinto del
sicio de unión.

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

de los pubis á la izquierda y no en
medio.

Diez años despues de la pel-
vitomia *juxta-sinfisiana*, pu-
bitomia ejecutada con sierra or-
dinaria por Siebold, aparecen no
solo la pubitomia simple con
la sierra de Cadena, sino la do-
ble pubitomia. En efecto en 1788,
Aitken cirujano del Royal Infir-
mary, profesor de anatomia, ciru-
jia y parto de, Edimburgo, descri-
be la seccion de la *sinfisis pubia-
na*, alias *sincondrotomia* la ope-
racion de Sigault con el titulo
de *Pelvitomy* (*Pelvitomia*), en la

gar de simphysiotomia:

«Es la seccion de la sínfisis pubiana con objeto de agrandarlo la capacidad de la pelvis, permitiendo que las extremidades anteriores de los huesos innominados se separen unos de otros.

Estudia sucesivamente el objeto las indicaciones y el manual operatorio. Despues de describir el procedimiento ordinario de Sigault, Witten enumera las objeciones que se pueden hacer á la operacion y dice textualmente (Varnier - Historique de la pelvitomie. Annales de Gynecologie et d. obstetrique. Febrero 1843):

"Las principales objeciones á la pel-
vitornia (sinfisiotornia), son:

1.^a Que los cartílagos pueden estar
osificados" y añade en una nota
"una serra flexible que he inventa-
do para estos casos destruye en
absoluto esta objeción; uno de los
mangos es movable por medio de
un gancho de modo que permite
su aplicación entre ó detrás de
los huesos." Es claro que cuando
Aitken dice "los cartílagos osifica-
dos" se refiere exclusivamente á
la sínfisis pubiana.

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

llo flexible que corta de dentro á fuera y evita por consiguiente esta objeción." Este cuclillo flexible no es mas que la cañena afilada en lugar de ser dentada.

(Después continua la enumeración de las objeciones á la operación de Sigault y como conclusión de los capítulos pelvitomía, embriotomía é hysterotomía termina Ritken inventando la doble pelvitomía de este modo:

"¿No se podría sustituir casi siempre la embriotomía y la hysterotomía por una nueva pelvitomía? Es decir cuatro incisiones

nes, dos que correspondan á los
 huesos púbis lo mas cerca posible
 de los vasos crurales de modo que
 puedan estar distantes una de
 otra próximamente cuatro pul-
 gadas (10, 4 cent.); y otras dos
 que correspondan á la unión
 de los huesos púbis é isquion.
 Se cortan con la sierra flexi-
 ble los huesos descubiertos por
 estas incisiones sin herir el
 peritoneo, la vejiga y vagina.
 De este modo el segmento an-
 terior de la pelvis queda móvil
 y cede á la presión de la cri-
 tura, permitiéndose de esta manera

el parto. Si se vigila la herida
la cicatrización se puede efectuar
de manera que se conserve una
capacidad suficiente de la pelvis.)

Parvier resume del modo
siguiente "Siebold ha practicado
por medio de una sierra ordina-
ria, y como sucedánea de la sin-
fisiotomía la pelvitomía juxta-
sinfisiana; operación de necesidad,
no de elección. Ritken ha ideado
la sierra de Cadena con el mismo
objeto, y además ha propuesto se-
rar en el punto las pelvis demasiado
estrechas para agrandarse bastante
por una sección única y sencilla.

Previsor además bajo otro punto de
 vista Olfken cree que esta doble
 pelvitomía podría quizás á con-
 secuencia del agrandamiento mo-
 mentáneo, dejar, después de deter-
 minada consolidación excentrí-
 ca que se tomare un definitivo
 agrandamiento bastante para
 partos ulteriores. Se puede pues
 decir, como ha dicho M. Pinard en
 la academia de Medicina el 31 de
 Enero de 1893, que desde 1785 todos
 los procedimientos imaginables
 de pelvitomía aplicables á las
 pelvis simétricas sin angulo-
 sis sacro-ilíacas, habian sido

propuestas y ejecutadas en la
^{mujer} viva, en el cadáver o en los anima-
les; que los instrumentos pelvito-
mistas que se usarán en lo sucesi-
vo estaban inventados desde enton-
ces y que estaban establecidas las
indicaciones para las pelvis vi-
ciadas ordinarias de todos tama-
ños. Esto lo sabíamos perfecta-
mente M. Farabienf. M. Pinard
y yo desde el día que hemos co-
menzado a estudiar estas cuestio-
nes, pero lo ignoran los que se
contentan con documentos de se-
gunda mano."

Segun Murat, Champion de

Bar lefonc, cree que seroit prefe-
rable servir le pubis de cada lado
en lugar de cortar la sínfisis pu-
biana; aqui ya esta operación se
aconseja deliberadamente como
sucedánea y no solamente para
los casos ^{de} orificiación de la sínfisis
pubiana.

Galvani de Nápoles habia des-
crito segun Velpeau en una me-
moria titulada "Del taglio della
sinfisi del pube 1819" un pro-
cedimiento de pubiotomia algo
diferente del de Ritken.

Cattolica de Nápoles tambien,
contemporáneo de Galvani habia

presentados en la real Academia
de Medicina de Paris en 1826 por
conducto de Velpeau, una memo-
ria en la que proponia tambien
reemplazar la sinfisiotomia por
otra operacion. En lugar de cor-
tar el cartilago quiere que de
ambos lados se haga la seccion
del cuerpo y de las ramas de
los pubis, entre los dos agujer-
os sub-pubianos; de este mo-
do quedan intactas las sinfisio-
sacro-iliacas; no hay temor de
herir ni la vejiga ni la uretra;
apenas si se ejerce traccion so-
bre el tegido celular de la pelvis

y la consolidación es fácil de obtener. Morisani describe (Annali di Obstetricia e Ginecologia - Enero 1893) la operación de Galbati de este modo.

"Preocupado Galbati del éxito casi siempre funesto de la guttrotomía, buscó un medio que pudiese substituir á esta grave operación, y propuso ejecutar la sección de una ó de las dos ramas isquías, anagiendo la sección de la sínfisis pubiana.

Su intención era abrir de esta manera una puerta univalva ó bivalva en la mitad anterior de la pelvis, para que la criatura en la

gar de atravesar el conducto óno,
saliese por la abertura practicada
en su circunferencia. Galbati ex-
perimentó su operación en el ca-
daver y la ejecutó dos veces en el vivo.
El primer experimento se hizo en
el cadaver de Antonia Lombardi
el 29 de Octubre del 825. El espacio
sacro-pubicano solo media una
pulgada (27 m. mt.) bastaba el or-
do para medirlo, pues apenas in-
troducido en la vagina tocaba el
sacro. La seccion de los huesos se
hizo con dificultad por medio de
una sierra circular; La Höllica eje-
cutó la version, pero la cabeza

experimento cierta dificultad en salir. Esta dificultad dependia de la seccion imperfecta de la vena izquienda del púls que estaba á medio serar y no se pudo separar."

En noviembre de 1829, Galbiati practicó la seccion izquierno-pubiana en el cadaver de Florencia de Angelis que tenia pulgada y media de diámetro sero-pubiano (11 m. m.); la extraccion de la criatura se efectuó facilmente.

Galbiati practicó dos veces esta operacion en la mujer

viva; la primera en Marzo de 1832,
la segunda en Diciembre de 1841
en presencia de Covi entonces es-
tudiante, teniendo que lamen-
tar la pérdida de la madre é hi-
jos; pero es de advertir que el
biati se prometia de que bastaba
la seccion de uno solo de los la-
dos, pero tuvo que completar la
operacion á las treinta horas,
estando muy grave la mujer
y practicó la craneotomia para
extraer la criatura. Asi que
en la segunda operacion la sec-
cion la hizo en ambos lados y
despues de diez y ocho horas se

llo' espontaneamente una criatura
 ra bien conformada pero en estado
 de asfixia inminente. En ambos
 casos la operacion fue lenta, la
 boriosa y bastante dolorosa.

Mas tarde Cianflone prac-
 ticó dos veces la misma operacion.

La operacion de Galbiati fue
 completamente abandonada no
 obstante una tentativa de reha-
 bilitacion hecha en 1863 por Ma-
 risani.

Pitois en 1831 en su tesis titu-
 lada "De la pubiotomia" decia:
 que se podrian remediar varios
 de los inconvenientes de la sin-

condrotomia abriendo la piel
vis en otro sitio que en la sínfi-
sis; esta idea le fué sugerida por
las lecciones de parto del profesor
Stoltz, pero este le advirtió que
aquella idea no era nueva y
que esta operación habia sido
ya propuesta por Desgranges
de Lyon, lo que reconoció de buen
grado afirmando que la habia
propuesto ^{ignorando} en absoluto que otra
la hubiere indicado antes que él.
La obra de Velpeau le hizo ver
que además de Desgranges, el
comadron inglés Chittén la ha-
bia expuesto también. Añade Pitois:

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

Es incontestable que Desgranges de Lyon y Champion de Belle Vue, suponiendo el caso de hallarse angostada la sínfisis proporcionan la sección á ambos lados y que Cisthen descubrió la

sierra y el bisturí flexibles para sec-
cionar la sínfisis osificada pero tam-
bien lo es que descubrió la doble
pelvitornia para obviar los incon-
venientes de la sínfisiotomía y
para sustituir casi siempre á
la embriotomía y á la histero-
tomía, esto es lo que no mani-
fiesta Pitois.

En su operación Pitois inte-
resa el cuerpo y la rama descen-
dente del pubis cerca del agujero
sub-púbico pero hacia dentro
de él. Fikken propone secar
los pubis en la línea de los agu-
jeros y elisquion en el punto de

union de una curva ascendente con la descendente del púbis. Esto mismo ha hecho Galbieri con mas la simfiscotomia.

Godehaup cita un procedimiento debido á ⁿAmber de Lyon y descrito por primera vez en 1834 por Biquet discípulo suyo.

Se coloca la mujer en el borde de la cama con la pelvis convenientemente 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 confiere dicha sonda á un a-

guante que debe inclinarse hacia
el lado opuesto á la incisión el con-
ducto de la uretra, con objeto de
sustraerlo á la acción del bistu-
ri. Entonces el operador colocado en-
tre los muslos de la paciente, se-
para ligeramente los grandes
labios con el índice y pulgar
izquierdos de manera á poner
tensa la mucosa del vestibulo
que adquiere por la expresión
de la uretra hasta cerca de tres
centímetros de longitud, lleva
entonces la punta del bisturi
debajo y detrás de la sínfisis
y dirigiéndola arriba y ade-

lante corta sucesivamente de atrás
adelante las partes blandas y el
cartilago inter-articular; los tegu-
mentos permanecen intactos, Na-
da mas expedito que este modo
de sinfisiotomia, pues que no se
necesitan dos minutos para eje-
cutarlo.

Unade Potthauy que en el
Congreso de Florencia (Sesión
del 25 de Setiembre de 1841). Mr.
Carbonai propone el siguiente
procedimiento sub-cutáneo que
merece mención: "Se ejecuta en la
piel, á diez y seis líneas (38 m.m.)
encima del púbis, una incisión

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

Carbonai habia hecho
repetidas veces esta operación
en el cadáver, sin que ningun-
a le sucediera herir las par-
tes inmediatas, aunque no
hubiese evacuado la vejiga y
hecho el lado á la recta por
medio de la sonda como lo a

consejan todos los autores, y no obstante el olvido involuntario de estas precauciones, se ha asegurado por la disección que no habia tocado con el bisturi ni la vejiga ni el conducto de la orina.

Refiere Poterbury que en 1844 Lacour en una tesis muy interesante sobre los procedimientos operatorios repetia los de Embert y Carbonai y daba á conocer que en 1786 Aitken habia aconsejado un procedimiento análogo de sinfisiotomía y que en 1780 siguiendo el consejo de Francisco Canivel por no efectuarse el parto en una

pelvis estrecha, su ayudante Antonio (Pelgaso hizo en Utrera (Andalucía) la sinfisiotomía sintocur á los tegumentos empezando por encima del clitoris y penetró bastante para efectuar la separación de los huesos.

(De la misma tesis de Lacour copia Vernier en los (Fragmente sur les pelvitomies) lo siguiente:

"M. Stoltz cree no está todo dicho sobre la sinfisiotomía y que generalmente, precede demasiado esta operación que él llama pubiotomía. Describe, se hace sus años y mas en sus lecciones y

demuestra en el cadáver un procedimiento de los mas sencillos y mas fáciles. Este procedimiento consiste en cortar uno de los pubis cerca de la sínfisis por medio de la sierra de cadavérica, sin hacer incisión en la piel. Para ello se practica un orificio en el monte de Venus (previamente rasurado) y el punto correspondiente á la cresta pubiana, á derecha ó izquierda de la sínfisis. Por este orificio, se introduce una larga aguja, ligeramente encorvada, á la cual se fija la sierra de cadavérica; se resbala la aguja á lo largo de la cara

posterior del púbis, rasando el
mango se hace salir la punta al
lado del clitoris, entre uno de
los cuerpos cavernosos y la ra-
ma descendente del púbis á la
cual está unido; la aguja ha ar-
rastrado la sierra. Se coloca el
mango, se coge la sierra ligera-
mente tirante entre las dos ma-
nos, tirando de los extremos; bas-
tan algunos movimientos de
va y ven para cortar el púbis. Las
dos partes cortadas por la sierra
se separan pronto y esta separa-
cion se puede aumentar casi
á voluntad, ó se efectuará por

la presión de la cabeza ó del cuerpo de la criatura. Cortado el púbis se quita uno de los mangos, se saca el instrumento y queda un pequeño orjal que se cicatriza fácilmente."

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

Guthrie describe el procedimiento de Robt tomándolo de la "Pénfisió fœmia rîfugiata presso la scuola napoletana 1881".

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

de extensión partiendo de un centí-
metro por encima del púbis, con-
tando así todas las partes blandas
hasta la sínfisis. Buscando en
tonces con el índice izquierdo en el
borde superior del púbis la pe-
queña depresión que corresponde
á la unión de los dos huesos, la
descubre por medio de un bisturí
de botón. Hecho esto y despejado
el borde superior de la sínfisis, in-
troduce á este nivel el bisturí, y lo
hace resbalar á lo largo de la cara
posterior de la sínfisis hasta su
extremidad inferior; haciendo en
tonces girar el mango de modo que

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

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

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

ra una noble esplica de lona,
tanto para conseguir la immo-
vilidad completa de la pél-
vis como para sostener la cura.

No se deja levantar á la mu-
jer hasta los cuarenta ó cin-
cuenta dias, época en que
generalmente es completa
la consolidación.

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

Se coloca la mujer en el
 borde de la cama; en la posi-
 cion clásica y anestesiada,
 el operador se coloca delante
 de ella. Rasuradas 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
 á dos centímetros del borde
 superior, una incisión ver-
 tical de dos ó tres centíme-
 tros de larga; el instrumen-
 to que sirve para ésto no es

otro que la hocecilla de Pal-
bati (falchetta), especie de
bisturí fuerte de botón y
scurvado en el filo. El
botón sobresale del borde in-
ferior de la articulación, so-
bre la cual viene á apoyarse
el filo curvo del instru-
mento, luego con un movi-
miento de elevación é incli-
nación adelante del mango,
quenta cortada la articulación
de abajo arriba y de atrás a-
delante.

Morisoni no ha em-

pleado siempre la hocecilla para cortar la articulación; mas de una vez se ha valido de un bisturí de hoja corta, de botón y resistente y se intervino la articulación de adelante atrás. Recurrió por vez primera a este procedimiento por un accidente acaecido en medio de una operación.

Se rompió la hocecilla en el momento en que comenzaba la sección de la articulación; la operación se terminó sin dificultad y sin in-

conveniente. Cuando se ha
hecho la sección de la sín-
fisis, se abandona el parto
a la naturaleza si las con-
tracciones uterinas son bas-
tante energías y eficaces,
y en el caso contrario, se
hace la extracción con el
forceps, teniendo cuidado
de ejercer una presión mo-
derada en los trocánteros du-
rante 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 sutura.

A fines de 1891, la sinfiotomía antiséptica se rehabilitaba en Nápoles gracias á la inteligente tenacidad y á la práctica habil del profesor Morisani; un ayudante suyo el Dr. Spinelli reunió veinte y cuatro casos sin muerte de la madre y fué á Paris á exponer estos resultados á Mr. Pinard.

Los profesores Harabecq y Pinard
y el Dr. Varnier, estudiaron la
operación en el cadáver, cal-
cularon exactamente los agran-
damientos obtenidos con tales
tales separaciones en pelvis
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. Después de estar
convenientemente prepara-
do el profesor Pinard hizo su
lección el 7 de Diciembre de

1891 en la que proclamaba
 delante de un gran numero
 de alumnos y comadrones,
 que era cosa madurada, pe-
 sada, deliberada que era pre-
 ciso restablecer la simfisiotomía,
 que estaba firmemente resuelto
 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 basiotribo, ins-
 trumento que debemos á

Mr. Tarnier, la embriotomía ce-
fálica se hace con tanta facili-
dad como seguridad. Todos los
que han manejado ó visto
manejar el bisturito, me
concederán que la bistotri-
sia es una operación mucho
mas fácil que una aplica-
ción de forceps en el estrecho
superior y que el pronóstico
para la madre es igualmente
favorable. Los resultados que
he publicado en 1887 y los que
he podido 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 union medicale", haciendo el paralelo entre la basiotripsia y la operación cesárea, daba una estadística de 49 basiotripsias (15 de ellas practicadas por él mismo) con feliz resultado en todas, cuando la operación cesárea aun muy perfeccionada por Singer ocasionaba una morbilidad de 7'6 por 100.

El mismo Pinard sigue

diciendo: "Nuestra situación
es bien distinta cuando la cria-
tura está viva; el aptantamien-
to es muy discutible y muy
discutido por los partidarios de
la operación cesárea. Mientras
que los comadrones franceses
o por las excepciones apoyan
donde en los resultados de la bario-
tripsia, sacrifican la criatura
en todos casos por salvar a la
madre, en cambio gran nú-
mero de comadrones estrange-
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 operar? De 50 mugeres sanas en quienes se ha practicado la basiotripsia estamos la criatura viva, tenemos.

Mugeres curadas..... 50.

Criaturas sacrificadas... 50.

(De 28 mugeres sanas en quienes se practico la operacion cesarea, tenemos segun las estadísticas mas favorables,

la de Leopoldo (Martha 1890)

Mujeres curadas 28 muertas 3.

Criaturas salvadas 28.

"Aun hoy, no obstante los considerables progresos realizados desde hace 18 años, muchas veces no vemos reducidos bien sea á practicar una operación que salva á la madre tan seguro como mata á la criatura, ó bien á practicar una operación que salva á la criatura comprometiéndose la vida de la madre.
¿Permaneceremos siempre en presencia de esta cruel

alternativa? ; Estaremos aun
 mucho tiempo condenados á
 este sacrificio, que expone su
 fiado para saber lo que es, de
 meter criaturas sanas ó ha-
 cer correr á la madre los pe-
 ligros aun terribles de la ope-
 ración cesárea? Espero que no,
 Señores; mas que esta fatalidad
 pueda desaparecer gracias á
 una operación, la sinfisio-
 mia."

Y mas adelante, continua
 M. Pinard.

"No me detendré ahora

a discurrir ni las caesas que
hicieron abandonar y conde-
nar la sinfisiotomia por la
mayor parte de los comada-
nes, ni las razones por las que
la escuela de Obstetricia de Pa-
rís asegura que es una ope-
ración útil, bien hecha y
llamada a ocupar un gran
puesto en la obstetricia opera-
toria; os recordaré tan solo que
el advenimiento de la antisep-
sia ha hecho posibles é inofen-
sivas una porción de opera-
ciones antes graves, sino siem-

pre mortales y que la sinfisio-
tomia pague de este numero.....

Añade luego ² ¿ Los desastres de la
sinfisiotomia no serian las mas
de las veces dependientes de la
infeccion? Los (Pitrois, los Desor-
meaux que sin condenar la
sinfisiotomia no la practica-
ban; No habrian tomado este
partido por que sabian cuan
peligrosa era entonces Toda ope-
racion hecha durante el parto?
¿ Quien sabe si el bariotrito no
hubiere sido recriminado y
vilipendiado tambien si hubie-

ra aparecido al mismo tiempo
que la operación de Sigault?

« Los muchos éxitos de la ope-
ración cesárea; son exclusiva-
mente debidos á las muy ven-
tajosas modificaciones hechas
por Pons y Langer? Seguramen-
te que no; se deben sobre todo á
la antisepsia. Luego ¿no se pue-
de hacer por la sinfisiotomia
lo que se ha hecho por la ope-
ración cesárea? ¿No han
dado acaso el ejemplo nuestros
coligas de Nápoles? Cuando re-
cibi ayer una citaditica del

profesor Moisan en la que los,
 que de doce sinfisiotomías 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 sinfisiotomía
 en Francia, luego se hicieron
 otras hasta el numero de tre-
 ce practicadas por el mismo
 profesor y sus discípulos de

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

Tomo de una memoria de
M. Parabeuf publicada en los an-
nales de Gynecologie et S. Obstetrique
(Diciembre 1892, los dibujos que ma-
nifiestan el beneficio obtenido con
la sinfisiotomía. Es de advertir que
el agrandamiento del diámetro con-
jugado (antero-posterior) que es el
diámetro insuficiente, no es el uni-

forosamente proporcional á la
 reparación de los púlsos cortados;
 que este agrandamiento muy
 pequeño en los primeros centíme-
 tros de reparación de los púlsos,
 crece cada vez mas por cada cen-
 tímetro de reparación que se
 añade á los anteriores. Por ejem-
 plo, si una reparación púlsiana
 de tres centímetros, alarga el diá-
 metro antero-posterior ocho mi-
 límetros, otros tres centímetros más
 de reparación, alargarán dicho
 diámetro doce milímetros y no
 ocho solamente como parece

ser lo natural. Dichas figuras manifiestan cual es el aumento del diámetro antero-posterior (que es el insuficiente) que corresponde en pelvis de diferentes dimensiones, á una reparación dada de los pelvis, y cual 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 Comadrón, después de

medir en cuanto se pueda la pelvis de la mujer, podrá ver en el cuadro, el círculo habitable que le proporcionará la sinfisiotomía. Como sabe aproximadamente cual 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 que mes. El estudio de medidas de Mr. Farabeuf nos enseña que solamente en las pelvis cuyo diámetro antero-posterior del estrecho superior mide menos

de siete centímetros (Casos sumamente raros), es cuando^{se} debe temer que la separación mayor, no deje pasar la cabeza de la criatura de todo tiempo cuyo diámetro bi-parietal media nueve centímetros y cinco milímetros. Por encima de éstas estrecheces 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 el profesor Pi-

now dice: "Para uno la sinfi-
riotomía, no daría sino algu-
no milímetro de ganancia á
los diámetros antero-posteriores.

Para otros, estos diámetros aumen-
tarían mucho mas; pero para
aquellos que conceden este in-
cremento, creen que no
se puede lograr sin que los
ligamentos de las sinfisí-
siliaeas se rompan sin una
verdadera dislocación de la pél-
vis de terribles consecuencias.
Tratemos de explicar 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
Parabianf y de mi jefe de Clini-
ca el Dr. Varnier". Explica luego la
figura de un corte hecho en el
plano del estrecho superior de
una pelvis de 10, 8 cent. proceden-
te de una mujer fallecida á con-
secuencia de nefritis, nueve años
después de un parto de todo tiem-
po. Por medio de una separación
pubiana de 6 cent, esta pelvis de
10, 8. cent. se ha convertido en una

pelvis de 12,4 cm., es decir, que
 el diámetro antero-posterior
 ha ganado 14 mt. La articula-
 ción sacro-pubiana está abierta
 delante; los robustos ligamentos
 posteriores están intactos, y
 no se podrían resentir por
 la separación de los pubis, cual
 quiera que fuera su extensión;
 el delgado ligamento anterior,
 que resiste á la separación, ni
 siquiera está rasgado, sino sen-
 cillamente separado de la
 cara anterior del hueso ilia-
 co. Quitando la varilla que

mantenía la separación y cerrada
la pelvis, las superficies articula-
res sacro-iliares se aproximan
y hay que mirar mucho para
hallar las huellas del desco-
nimiento. (De la Symphysectomie leçon du
prof. Pinard 1892). La separación de
los huesos ilíacos que se efectúa
à beneficio de la disposición de
las articulaciones sacro-iliares,
produce aumento en las di-
mensiones de la pelvis. Basta
mirar á los dibujos números 2 y
4, hechos por Mr. Farabaut, pa-
ra esquematizar los resultados

que obtuvo, y se verá que el diámetro antero-posterior que era de 6 cent. por ejemplo antes de la separación de los huesos ilíacos, mide 8,4 cent. después que se ha producido una separación de 6 cent. (dibujo n.º 3.), y que el diámetro antero-posterior que era de 8 cent. antes de la separación de los huesos ilíacos, mide diez centímetros después que se ha producido una separación de 6 cent. (dibujo n.º 4.). Se verá lo que Baudelocque había ya

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

Como tambien los dibujos n.º 5 de la memoria de Mr. Farabou (Annales de Gynecologie et Obstetrique Décembre 1892) que explican, como está constituida la sínfisis pubiana.

Copio textualmente del artículo del Dr. Waller (Sur la symphyseotomie - Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques Septembre 1893) el manual operatorio establecido.

cula clínica Bandelocque por
el profesor Pinard.

"Se coloca á la mujer de
través en la cama en decubitus
dorsal con los miembros en ab-
ducción, doblados sobre la pié-
ris y sujetos por dos ayudantes.
Se lava la región pubiana con
agua y jabón, luego con éter y
por último con una disolución de
bichoduro de mercurio al 1/2000.
Se retiene ^{también} lavar las partes próxi-
mas que pueden tocarse duran-
te la operación y han de que-
dar después cubiertas con el

Tendage; así en que se laba tam-
bien muy cuidadosamente la
mitad inferior del vientre, las
ingles, la vulva y las márgenes
del ano. Se practica luego el ca-
teterismo de la vejiga y después
una inyección vaginal.

«La operación comprende tres tiempos:

1.º Incisión de los tegumentos.

2.º Incisión de la sínfisis y del liga-
mento Pub-pubiano.

3.º Separación de los huesos ilíacos.

1.º Incisión de los tegumentos. -- No
se puede precisar de antemano
la longitud de la incisión,

siendo la sínfisis de altura variable, según los individuos. La incisión debe ser vertical, media entre las dos espinas pubianas comenzando al nivel y un poco encima del borde superior de la sínfisis para descender hasta borde inferior, desviando en la proximidad del clitoris, sin herir la parte superior de la vulva. Se cortan de este modo los tegumentos hasta el cartílago, sin pararse en ligar las pequeñas arterias que sangran. Con las tijeras y

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

lente protector de los órganos posteriores á la sínfisis, y se comienza el segundo tiempo.

2.ª Sección de la sínfisis. Un bisturí recto llevado al fondo de la herida, no puede llegar sino al hueso que resiste ó al cartilago que se deja cortar fácilmente. Se secciona este último de adelante atrás y de arriba á bajo. Después de haberlo cortado con el bisturí recto, se termina su sección con el bisturí de botón. En el momento de seccionar el ligamento sub-

putiano, un ayudante coloca
una sonda rígida en la vejiga,
lleva abajo la uretra y se con-
firma la sección con prudencia,
poco á poco mientras se
oye crujir el bisturí. Poco á po-
co se siente que cede la resis-
tencia, luego bruscamente una li-
gera sacudida, los huesos ilia-
cos se separan, la sínfisis está con-
tada en toda su longitud. Se
hata de proceder al tercer tiempo.

“3.º Separación de los huesos ilíacos.

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

cutado progresivamente, con len-
 titud producen esta separación.
 Las superficies de sección se a-
 lejan una de otra; se puede
 introducir entre ellas, segun
 el grado de separación que se pro-
 voque, uno, dos, tres dedos. Sabemos
 que sin peligro para las articu-
 laciones sacro-iliaas, esta sepa-
 ración se puede llevar a siete
 centímetros. Esta separación, la
 puede producir tambien el mis-
 mo operador con el separador del
 dibujo n.º 6. ideado por Mr Gara-
 beuf, pero es sobre todo ventajoso,

reconociendo sin embargo que en
caso de urgencia se pueda dis-
pensar, el usar la pinza de cua-
drante (a) que está en el mismo
dibujo, y que indica por mili-
metros el progreso de la separa-
ción.

« Cuando la reparación obte-
nida es bastante, los ayu-
des no deben ni exagerarla ni
disminuirla sin orden del ope-
rador. Se cubre la herida con
una esponja, un tropon de al-
godón ó con gasa yodoformada y
se practica la extracción del

feto.

«Extracción del feto. Esta se efectúa artificialmente; se aplica el forceps según las reglas clásicas de la clínica, colocándose los ramus en las regiones parieto-malares 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 tracción se nota la sensación de que la cabeza cae so-

be el piriné. Aore debe ejercer fuer-
za ninguna. Si se experimenta
resistencia es preciso separar aun
los puntos hasta los límites per-
mitidos.

« Como la cabeza ha des-
cendido á la excavación transver-
salmente, se le hace ejecutar
su movimiento de rotación
para que pueda atravesar los
estrechos inferiores óseos y
musculares. Aquí tiene lugar
una maniobra de la mayor
importancia aconsejada por
el Dr. Farnier (Farnier, Bilan

de la symphyiotomie ~~renaissante~~.

Ann. de Gynecologie, Avril 1893).

De ella depende la integridad de la pared anterior de la vagina, cuyas rasgaduras son tan frecuentes en manos de los operadores que no la ejecutan.

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

superior no está ya sostenido por las partes óseas ya reparadas. 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 vulvar y las partes blandas ceden en los sitios donde no están defendidas, á causa de la separación pubiana, de aquí

las rugadunas de la pared ante-
 rior de la vagina. Para evitar
 esto, la maniobra aconsejada
 por Harrier es de las mas sin-
 cillas. Cuando la cabeza ha eje-
 cutado su movimiento de rota-
 cion, los ayudantes aproximan
 los muslos, desaparece la separa-
 cion de los huesos iliacos y con
 ella la tirantez transversa del
 orificio vulvar, que vuelve á
 tomar su aspecto ordinario de
 eje longitudinal, y la cabeza atra-
 viesa así el estrecho inferior
 óseo, el estrecho inferior mus-

cular y el orificio vulvar, sin ocasionar estorbo, como en un punto ordinario.

« Terminada la operacion en sus partes esenciales, se liga el cordón, se corta y se entrega el niño-nacido á un ayudante, se da una inyección vaginal y se hace la extracción artificial de las secundinas, luego una inyección uterina. Se coloca entonces una gaza yodoformada en la vagina y se procede á la cura de la herida de la operacion.

« Se quita el topion colo-

cuido en la herida; se lava la
superficie de la misma con agua
fermicada fuerte (5 p 90) ó con bi-
yoduro al 1/2000. Los ayudantes
aproximan los huesos ilíacos
apoyando en las caderas y se
procede á la sutura que se li-
mita á los segmentos y com-
prende dos ó tres puntos pro-
fundos y tantos superficiales
como sean necesarios para
una adaptación completa.
Se reubra la herida con gaza
y ocre formada y algodón anti-
septico. Se cubre alrededor de

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

« En la clínica Bandeloc
que se trasporte á la operada á
una cama especial, especie de
gotiera de Bonnet, muy cómoda
para el oseo, pero de la cual se
puede prescindir en la práctica
colocando alrededor de la mal-
gas un vendaje de cuerpo enge-
sado, cuyos extremos se crucen obli-
cuamente para no aplicarse en
la region pubiana que necesita
quedar libre para los curas subs-
iguientes.

« Las curas deben renovarse
 bastante a menudo, dos veces al
 día, dadas las dificultades que
 se tienen para obtener una per-
 fecta oclusión del vendaje en
 esta región. Se hacen curas secas,
 consistentes en Cambiar de
 gasa yodoformada que se enun-
 cia con yinyne en sus partes
 inferiores al nivel de la vul-
 va. La mecha de gasa yodofo-
 rizada colocada en la vagina
 se puede dejar dos ~~o~~ tres días
 por que asegura la antiseptia,
 lo cual evita el hacer injec-

nes durante este tiempo y esto
tiene mucha importancia,
porque si es útil ejercer cierta
contención de la pelvis es tam-
bien necesario vigilar el que los
piernas no se equiven los prime-
ros dias para lo cual es bueno
que estén bien atadas. En estas
condiciones es difícil hacer in-
yecciones y basta con lavar la
vulva despues de cada micción.

Hacia el octavo dia la
herida se cicatriza. Con bastan-
te frecuencia se ha produci-
do un exema del pubis que

hacen que los hilos, hieran algo los tegidos. Tambien con frecuencia se observa edema unilateral ó bilateral de la vulva, pero esto no tiene consecuencias.

« La temperatura es como en los puerperios normales. El regimen es el mismo que para todas las paridas. A veces el primero ó segundo dia la que nada tiene un poco de tinea mismo que cede con un enema conteniendo un vaso de vino y una cucharada de glicerina ó con un purgante. Hay

que abstenerse de los opiáceos durante los primeros días porque favorecen el tóraxismo.

"Hacia el décimo día la mujer se puede mover en la cama, las mas de las veces se puede levantar al vigésimo, sin suplemento ni en la sínfisis ni en las articulaciones sacro-iliacas."

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

durante aquel año presentando
 las tres mugeres en perfecto es-
 tado de salud y sin señal nin-
 guna de la operacion mas que
 la pequena cicatriz apenas vi-
 sible al nivel de la sinfis. El
 resultado habia sido pues com-
 pletamente satisfactorio.

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

vinicando la cabeza en último tér-
mino. El segundo murió al se-
gundo día de debilidad congeni-
ta 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 reparación ex-
pontánea de los quíbis fue de
tres centímetros antes de la extra-
cción, la cabeza penetró difícil-
mente porque era voluminosa
(diámetro B. P. 9,3) pero
sobre todo por que la aplica-
ción de forceps había sido ine-

gular (tomada oblicuamente).

Recomienda con estremo
tiro Pinard que la aplicación
del forceps debe ser una aplica-
ción regular, que se introduz-
ca la mano bastante profunda-
mente para colocar la prime-
ra rama directamente atrás
al nivel de la región pre-auri-
cular; si la cabeza está en es-
tension colóquese la primera con
la mano en flexión; hecho ésto
introduzcan la otra rama
sin cambiar la posición de
la primera ni la de la Ca-

beza. Recuerda que si las dos ra-
mas no están colocadas en el mis-
mo plano y hay que hacer es-
fuerzo para articularlas es que
están mal puestas la cabeza
mal cogida y luego al tirar
sin respectarlo se hacen su-
fir enormes tracciones y fractu-
ras á la cabeza.

Por último Pinard sepa-
mina las tres preguntas si-
guientes:

1.º ¿Que nos ha enseñado la expe-
riencia?

2.º ¿Que lugar debe ocupar la

infisiotomia en la Obstetricia
operatoria?

3.º; Cuales son y cuales serán sus
relaciones con las demás operacio-
nes?

1.º; Que nos ha enseñado la ex-
periencia? Los tres casos que he-
mos observado en ésta clínica
nos han enseñado que los resul-
tados obtenidos en el Cadáver se
pueden lograr igualmente en
la mujer viva y que la fórmula
geométrica del procedimiento
es perfectamente exacta.
Que el manual operato-

no que hemos empleado, hace la
operación fácil y protege en ab-
soluta los órganos que se deben
evitar.

Que sería imprudente que
la reparación pasase de Siete cen-
tímetros, y que es preciso redou-
blar la lentitud en la extracción
e inmovilizar la pelvis cuan-
do la aguja del reparador regis-
trador, comienza a pasar de seis
centímetros. Insisto en este pun-
to, menos por temor de producir
lesiones en los sínfisis sacro-ilia-
cos que con objeto de evitar la

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

2.º ¿ Que lugar debe ocupar
la sinfisiotomía en la oste-
ticia operatoria? Debe ocupar
uno de los primeros puestos por
que es sobre todo y ante todo
una operación conservadora.
No tiene ni debe herir nin-
gun órgano importante del
organismo. Pasa y debe res-
taurarse al mismo de toda lesión gra-
ve. ¿ Quería decir esto que las es-
tadísticas no inscribirán falleci-
miento maternos ó fetales?

Seguramente que no. Pero ¿po-
dra atribuir siempre este resul-
tado a la operación? Si se prac-
tica la sinfisiotomía en mu-
jeres que ya hayan sufrido
aplicaciones de forceps y estén
ya infectadas, estas mujeres su-
cumbirán. ¿Habrán sucumbi-
do por la sinfisiotomía? No.
La embriotomía y la operación
cesárea no hubieren dado mejo-
res resultados.

Pinard ve con satisfacción que
su maestro Tarnier apoye la sin-
fisiotomía y su satisfacción no

es menor al ver que el gran
sarista Leopoldo la acepta y la
práctica.

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

Estamos libres para siempre
de la embriotomía en la criatura
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 uterinos u

otros que llenan la escavación; pero afortunadamente estos casos son raros, y aun en algunos la sinfisiotomía podrá tener su indicación; así el Dr. Leprage mi jefe de clínica ha practicado en su clientela particular una sinfisiotomía con éxito para la muerte y la criatura en un caso de tumor que obliteraba en gran parte la escavación.

En las estrechuras de la pelvis, la operación cesárea no debe reconocerse ya mas indicación si no una absoluta, la cual es

excesivamente raro.

Veamos las relaciones de la sin-
firiotomía con el parto prema-
turo y el forceps.

La sinfiriotomía de se-
go prestará grandes servicios al
parto prematuro. No evitará prac-
ticar en lo sucesivo partos pa-
vorados demasiado prematuros.

El temor de un obstáculo del pe-
so pelviano estrechado, no nos
preocupará 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 argu-
mento.

Pinar no se cree autorizado a-
un para contestar a la siguiente
pregunta: ¿Vale mas provocar un
parto a los ocho meses, contando que
el parto haya de hacerse expor-
tacionamente, que esperar el térmi-
no del embarazo y ejecutar la in-
fisiotomia?

Si la infisiotomia debe hacer
desaparecer el parto provocado
demasiado prematuro, debe ha-
cer desaparecer tambien toda a-
plicacion de forceps llamada de

fuerza? Cuantas veces con el te-
 nor de hacer la embriotomia
 y esperando extraer una cria
 viva, no hemos ejercido tra-
 ciones tan fuertes y largas y cu-
 yo resultado no era otro que
 una cefalotripsia airbraxada?
 La sinfisiotomia debe hacer a
 abandonar para siempre estas
 tracciones mortíferas.

Cuando una aplicación de
 forceps, regular, no haya podido
 hacer penetrar la cabeza en el es-
 trecho después de moderadas
 tracciones, no queda otra cosa

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

El diez de Enero de 1893,
Pinaré comunicó a la Aca-
demia de Medicina de París, la
descripcion de una nueva ope-
racion, la isquio-pubiotomia,
practicada por el el 9 de Noviembre
de 1892.

La operada de edad de 32 años
 no tuvo en su infancia una
 afección que la impidiese 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 mu-
 riéndose la basiotripsia. En
 1888, segundo embarazo, al
 octavo mes entró la paciente
 en la clínica de parto del
 Hospital de Lariboisiere cuyo je-
 fe era entonces Mr. Pinard, el cual
 apreció que una cadera era

mas elevada y marcada que la o-
tra y que el surco inter-glúteo se
separaba del plano medio diag-
nositicando una pelvis oblicua
coaxial: diagnóstico que confirmó
por un monovinculo hecho
previa anestesia, en el cual en-
contró que el lado derecho de la
pelvis estaba aplastada y era
probable la anguilosis de la ar-
ticulación sacro-iliaca derecha.
Hizo la versión por maniobras ex-
ternas. Después de la rotura de las
membranas se continuó el parto
(que fué provocada;) la extracción

del tronco fue facil pero la de la Cabeza ofrecio dificultades considerables pudiendo al fin sacar un niño espinado, que volvio a la vida, pero sucumbió algunos meses despues.

En 1890 tener parto en el cual fue asistida por una comadrona y varios medicos que no pudieron lograr la extraccion con el forceps. Hicieron entonces la version pero la Cabeza quedo e intentaron sin exito la craneotomia. Por fin salio la cabeza a fuerza de trac-

ciones 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 Bandelorge. Parto pro-
vocado al octavo mes; dos apli-
caciones de forceps; praxidencia
del cordón. Murio la criatura.

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

plizada; el parto prematuro
 exponia á la providencia del
 cordón y la operacion cesarea
 ofrecia grandes riesgos para
 la madre. La sinfisiotomia
 no podia bastar y no se ope-
 ra con ésta operacion sino una
 sola ventura por decirlo así,
 puesto que habia anguilosis
 en la articulacion sacro-ilia-
 ra derecha.

M^r Pinard se di-
 rigió á su maestro y amigo
 M^r 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, secio-
mando primero el isquion
y luego la rama horizon-
tal del pubis a cinco centi-
metros de la línea media
hacia el lado anguilonado.

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

ann. Gynecologic. Dec. 1892) ocupándose de los resultados de la sinfisiotomía en las pelvis de diferentes diámetros, dice que "esta operación va encaminada a corregir las estructuras simétricas y no angulosas, que utiliza el juego de los dos sínfisis sacro-ilíacos; pero que esta concepción que nuestros abuelos estudiaron también no está completamente agotada. Hace sesenta años solo se conocía la pelvis oblicuo-oval. Los pubiotomistas del prim

principio de este siglo no podian
sonar en venter con su metodo esta
variedad de estrechuras.

Hablo de la pelvis obli-
mo-oval, estrechada solo de un
lado, asimétrica, con insuficien-
cia de desarrollo de una ala del
sacro, angulosis sacro-iliaca multa-
tral precoz, sínfisis pubiana incli-
nada mas allá de la linea media
en el lado que queda ancho.

Presisamente traigo al
gunos modifas y colucos referentes
a esta deformidad y de indole a
sugerir a los comagones el me-

por medio de sección pelviana
para extraer de semejantes pél-
vis una criatura de término,
o bien normal y viva.

«Recordemos que la sin-
fisiotomía se aplica á las pélvis
estrechadas, simétricas y no angu-
losas. Utiliza el juego de las
dos sínfisis sacro-aliaas.

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

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

«Pues bien, una pelvis
angulosa de un lado, sola
puede producir una media sepa-
ración inter-foveolar, es decir,
tres centímetros próximamente. Y
si se reflexiona que en esta pelvis
angulosa oblicuo-oval, el pún-
to del lado anguloso no mo-
vea no obstante la operación y
quedará inclinado para atrás de
la línea media y estorbando á la

parte media de la pelvis, única permeable, se comprenderá que la sinfisiotomía pierde aquí la mitad de sus ventajas y que desde luego yo voy a querer buscar algo mejor.

“La sección ósea sacro-ilíaca de Pögele, suprime una de las charnelas. Después de la reparación de los púbis una sola de los huesos ilíacos se abrirá

“Si serramos el cerco-pelvicano del lado estrechado ¿que sucederá? La parte angostada no se moverá, pero ¿y el resto? El res-

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

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

« Levantar la rama ascenden-
te de erección y la horizontal del
pubis, destruir las partes fibrosas
(arco crural y membrana obtura-
triz) que se opondrían á su sepa-
ración, tener los huesos de mane-
ra que los músculos abductores se

dejados permitan esta reparación.

4 Las incisiones tegumentales deben hallarse paralelas á la línea media y á cuatro centímetros de ella. Allí se desmenuda el mano oseo del agujero. Subpúbico en dos puntos y se porta la sierra de Cadena: 1.º una del izquierdo al lado del perrín á la derecha del arco para la rama ascendente del izquierdo; 2.º un otro del mismo afuera de la espina pública para la rama horizontal del perrín. »

Prosigue M^r Farabouf los

detalles de la operación. Dice el pro-
fesor que la operación no le ofreció
dificultad sino para pasar la serra
detrás de la rama horizontal del pú-
bis, pues la cabeza fetal le estorbó
entonces mucho; una aguja
conveniente venció esta dificultad.
Después de cerrar sucesivamente
la rama esquiso-pubiana y la
rama horizontal del púbis, apli-
có el forceps de Tarnier en el estre-
cho superior, y sin tirar, por
acuerdo con, extrajo un niño vivo que
pesaba cerca de cuatro kilogramos.
Se derivó tan poca san

que, que no hubo necesidad de aplicar ninguna pinza hemostática. La separación espontánea fué de dos centímetros y medio milímetros y llegó cuando me-
nos a cuatro durante la extracción.

No fué necesaria la sutura ósea y la curación se efectuó con mucha rapididz. Hubo sin embargo una pequeña complicación pues el decubito dorsal produjo una pequeña escara.

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

ingua-pubiectomia de que habia da-
do cuenta Mr. Pinard en la sesion
anterior no era operacion nueva,
y que ya Stoltz la habia descrito
con el nombre de pubiectomia.

No habia tampoco grandes diferen-
cias entre el procedimiento de
Stoltz y el empleado por Mr. Pi-
nard: mientras Stoltz empleaba
el método sub-cutaneo para pa-
sar la aguja y su cadena, Pi-
nard corta todos los tejidos de lan-
te del púbis, lo que puede facili-
tar el paso de la cadena pero exige
la sutura inmediata de esto te

gidos, delante del púbis, lo que
puede facilitar el parto de la Ca-
dava pero exige la sutura in-
mediata de este tegido. La segunda
diferencia es que en lugar de
cortar el hueso cerca de la sín-
fis, Mr Pinard hace la incisión a
un centímetro de esta sínfi-
sis. No cree Mr Pinard que
estas diferencias sean bastantes pa-
ra desgrasarse al decaño de la obste-
ticia francesa del mérito de su
invención.

El profesor Pinard en la

sección de la Academia de Medicina
del 31 de Enero de 1893 dice: que
no puede sin protestar dejarse
acusar de haber despojado de
su invento al venerable decano
de la obstetricia Francesa Mr Stoltz.
Pretiene que la operación que ha
ejecutado es realmente nueva, en
ya concepción y posibilidad de
realización pertenecen por com-
pleto a Mr Farabouf. Los pubi-
cistas, Kilken, Degrange, Cham-
pion, Galbiati, Catholien, Stoltz, &c.
solo se ocuparon de las pelvis estre-
chadas ordinarias simétricas, cuyos

huesos iliacos han conservado la mo-
 vilidad sobre el sacro y que por
 consiguiente se pueden separar des-
 pues de una sección cualquiera
 del arco anterior de la pelvis, pe-
 ro Parubsep se ha propuesto ha-
 cer posible el parto de término en
 la pelvis oblicuo-oval. El terreno
 es completamente diferente, pues
 la pelvis es asimétrica y una de
 las articulaciones sacro-ilíacas está
 angulosa, así, estas pelvis han sido
 el noti me tangere de los sinfisio-
 tomistas y pelvitomistas, habien-
 do sido respetadas por el cuchillo

y la siema. Mr Farabienf ha buscado
el medio de hacer a travese el
pero pulviero 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 nueva y nadie habia pen-
sado nunca en tocar una pelvis obli-
cuo-oval.

VIII

Estadística y Deducciones

Rehabilitada en Nápoles

la sinfisiotomía antiséptica, gracias
 á la laboriosidad y afortunada prác-
 tica de Strisani, fué propagada á
 Francia á 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 Alema-
 ña, Austria, Rusia, América,
 y después Inglaterra.

El Dr. Farnier recogió to-
 das las observaciones publicadas

hasta el mes de Abril de 1893, dan
dolas á conocer en la "Annales de
Gynecologie et d'obstetrique - Avril
1893: Bilan de la symphysiotomie
renaissante au 31 Mars 1893."

Consistieron estas en 124 opera-
ciones.

Encontramos 12 casos de muere
de la madre; pero 8 veces la
muerte fué producida por causas
ajenas á la operacion; pulmonia,
paralisis del corazon, perforacion
uterina y septicemia de origen ute-
rino. De los cuatro casos restantes
3 se explican por insuficiencia de

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

La mortandad fetal compuesta de 32 casos; de ellos 8 estaban muertos antes de la operación, otros 7 sucumbieron por causas extrañas, 11 fallecieron por tracciones hechas con el forceps ó la versión antes de practicar la sinfisiotomía. Quedan pues 9 defunciones inquitables á la sinfisiotomía y de estas 7 á la sinfisiotomía incompleta.

En vista de estas cifras se

puede elevarse que los resultados de la sinfisiotomía 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 a la clínica del Dr Pinard, después de haber sufrido muchos reconocimientos antes, no tenía fiebre, estaba de parto hacía tres días; salía del útero un líquido amniótico que olorendia muy desagradable.

Se practica la sinfisiotomía, á las diez uías la mujer falleció de septicemia. Este es el único fracaso de los O'Leary de la estadística de Proudy y de sus discípulos.

Es necesario abstenerse de practicar la sinfisiotomía en enfermas infectadas ó que tienen grandes probabilidades de infección. Todo lo que se conoce de la sinfisiotomía anterior á la antisepsia, lo que sabemos por experimentación ó clínica respecto al peligro de los traumas tumor de las excitaciones en

los infectados, no demuestra la vulnerabilidad que ha de producir la separación de las sinfisis sacro-iliacas. Quizás haya habido ya casos de estos que se han atribuido á la sinfisiotomía; es seguro que los habrá si se continuó operando mujeres infectadas. En caso de infección, continuemos protegiendo la vida consciente de la madre, aunque sea sacrificando la de la criatura, Por lo demás, la sinfisiotomía constituye un progreso muy grande.

En los "Annales de Gynecol.

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

Resultan de el 1.º de Enero de 1893, trece sinfisiotomías ejecutadas en la clínica Bandelocque:

2 practicadas por el Dr. Lepage jefe de Clínica.

2 " " " " Varma profesor agregado.

9 " " " " el mismo.

El Dr. Pinard hace luego el resumen

de las observaciones y examinado el
puesto 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 aplica-
ciones de forceps aun sobre cabezas
que comenzaban á penetrar en
el estrecho superior y esto en mas
ó menos éxito para la criatura.

« Se ha hecho una aplicación

de forays en un caso de angustia
sis del còpis (*crisium nuxta*).

Las demás aplicaciones de for-
ays se han hecho por resis-
tencia de las partes blandas ó in-
ferencia de las contracciones ute-
rinas, sin que hubiere ninguna
desproporcion entre la cabeza y
la pelvis.

« Nunca he tenido tan-
tos estreches de la pelvis en mi
servicio como este año y nun-
ca he practicado menos opera-
ciones. Es que por vez primera,
he aplicado cada vez con mas ri-

por los preceptos siguientes:

1.º Abandono del parto provocado
en todos los casos en que la simfiotoma
no puede permitir el paso de una
cabeza de feto de todo tiempo.

2.º Abandono de toda aplicación
de forcyps por resistencia óna, bien
tenga origen esta resistencia en
el estrecho superior, en la escava-
ción ó en el estrecho inferior.

3.º Abandono absoluto de la
embriotonia en el parto vivo.

4.º Aguardamiento momenta-
neo de la pelvis (por simfiotoma
na, pubiotomia, isquio-per-

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

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

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

facturas y porque Parabeuf me
ha enseñado como y por que refo-
raban con tanta facilidad.

(Parabeuf Annales de Gynecolo-
gie et d'obstetrique Décembre 1892.); he aban-
donado el parto provocado, porque
he hecho nacer demasiadas veces
criaturas no viables, porque en or-
tas circunstancias interviene de
masiado tarde y por que en fin, pun-
to sobre el cual llamo vuestra at-
ención, los trabajos mas recientes
de los neuro-patologos demuestran
que una criatura nacida antes de
tiempo y dificilmente es mu-

178.

cho mas propenso a las dirigie-
das centrales. De aqui todos mis
esfuerzos por agrandar el conducto
que ha de atravesar la "Cuerpo"

Joaquin Garria y Garagaza

Admirable

Collegio

Admirable

Bach



Cuadro sinóptico e histórico de la Peliotomía,

Tomado de fragmentos en las Peliotomías de Parabeuf y Varnier 1893)

Las cuatro primeras figuras se refieren a pelvis estre-
chadas ordinarias, es decir, simétricas y no angulosadas,
~~simétricas donde~~ se proclama justificada esta operación.

La primera, representa la sinfisiotomía de Sigault 1777 y al propio tiempo, la pelviotomía
con sierra, media o cuarta-media de Siebold 1788, Attkin 1785, Champin, Imbert, Pireguin
Galtz etc.



Sigault.



Attkin

La segunda, la Peliotomía pora de Attkin 1785, pelviotomía doble, pelviotomía a panel.

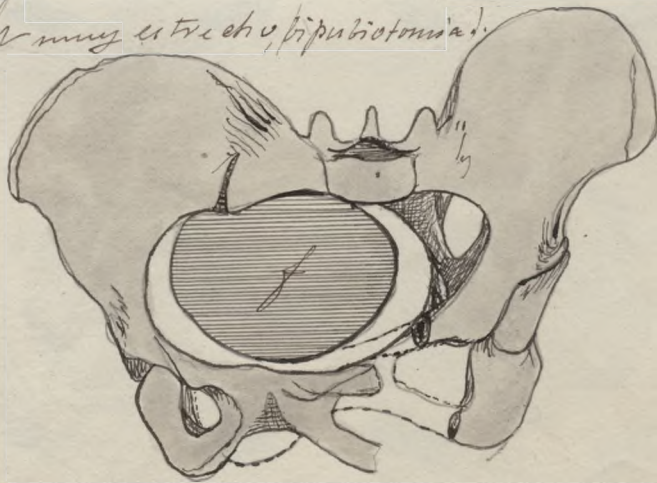


Galtz



Galtz

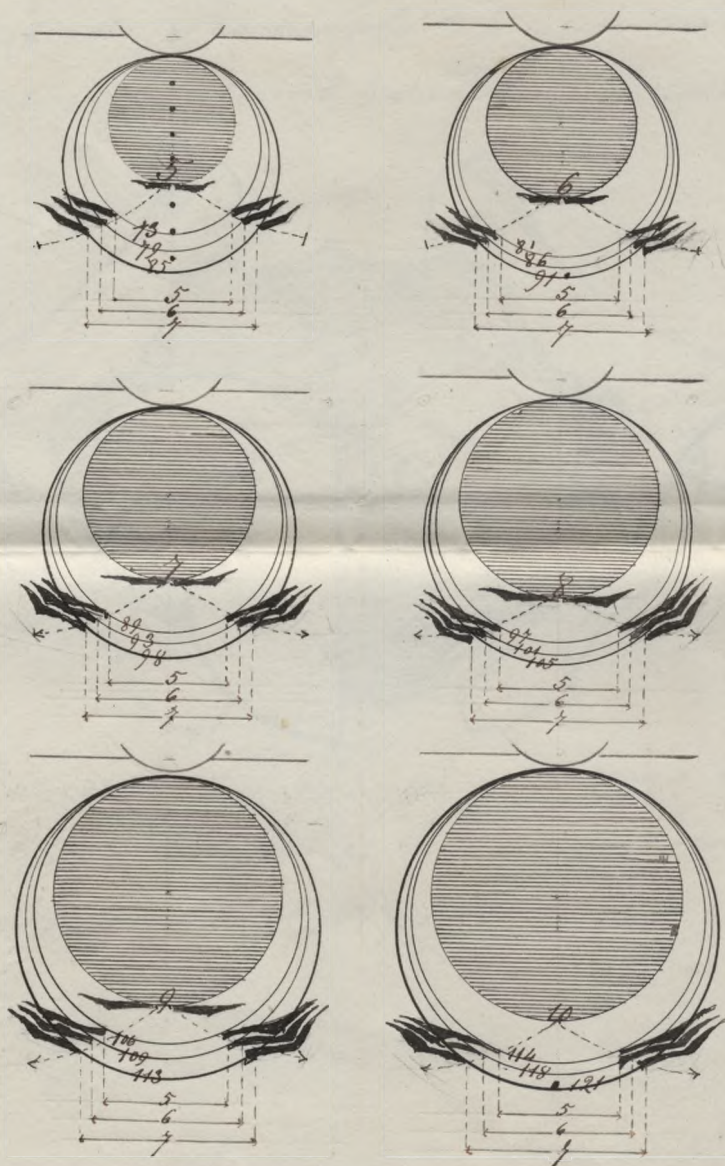
En la tercera en que Galtz corta este panel, (triple pelviotomía), la cuarta en que Galtz
quiere este panel muy estrecho (sinfisiotomía).



La última figura es la de la pelviotomía aplicada a la pelvis asime-
trica obtuso-oval angulosada, (Parabeuf 1892.)

Es la isquio-pubiectomía unilateral del lado angosto angulosado,
a calculada distancia para añadir a la única mitad per-
meable de la pelvis, otra mitad igualmente sino mas
permeable y agrandar el todo (operación practicada por Pinard
en la mujer Trémoulet el 9 de Noviembre de 1892.)

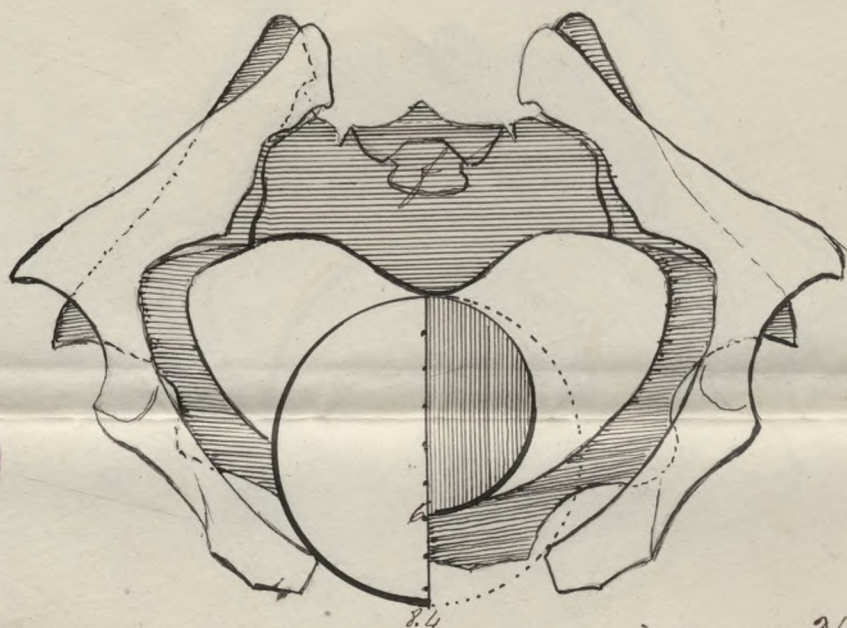
n.º 2 Cuadro de M.^r Farabeuf que manifiesta experimentalmente el aumento que produce en el diámetro antero-posterior de la pelvis, una separación dada de los pubis. (Formado de los datos de Gynecologie et d'obstétrique - Decembre 1892.)



Resultados de la simfisiotomía aplicada á 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 la separación pubiana de 5, 6 ó 7 centímetros está marcado en milímetros.

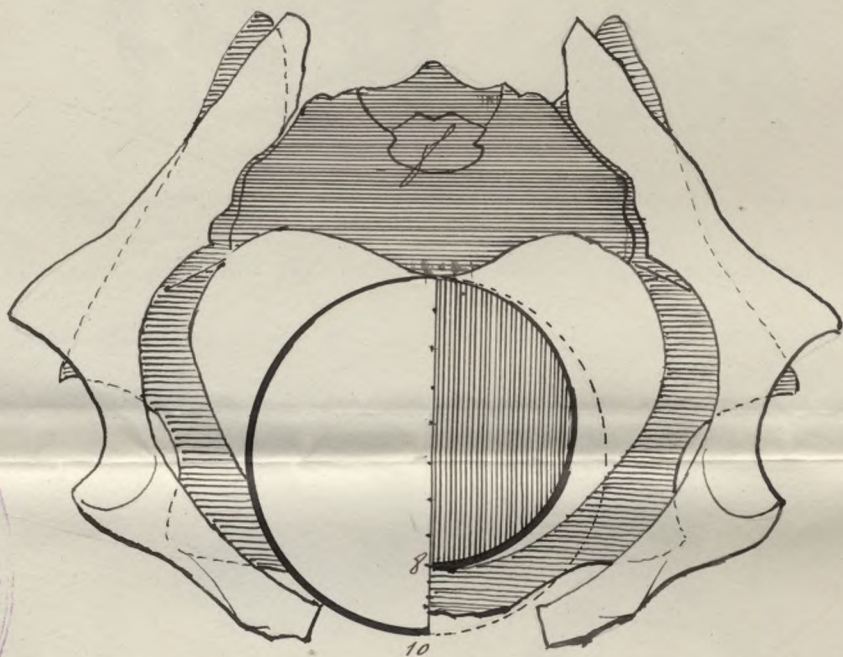
Dibujo 2.^o 3.- Representa el corte paralelo al plano del estrecho
 superior de una petris muy estrecha, cuyo dia-
 metro promedio-pulcrano de C.^o, figura rayado
 antes de la seccion, y blanco despues de la separacion
 de 60 milimetros, simetrico de cada lado, es decir,
 igualmente repartido entre las dos mitades de la
 separacion.

El diametro de la esfera blanca, habitada por la petris
 separada, es al diametro de la esfera gris limitada a su
 petris intacta, como 84: a 60. El volumen de la esfera blanca



es al volumen de la esfera gris como 210: 113, casi el
 triple. Formado (de la Symphysiologie par le
 professeur A. Pinaud Paris 1892).

Dibujo n.º 4. Representa el corte parasagital al plano del estrecho superior de una pelvis muy estrecha, cuyo diámetro promontorio-púbico es de 8.^o, figura rayado antes de la sección y blanco después de la separación de 60 milímetros, el diámetro de la esfera blanca, habilitada por la separación de la pelvis, es el 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

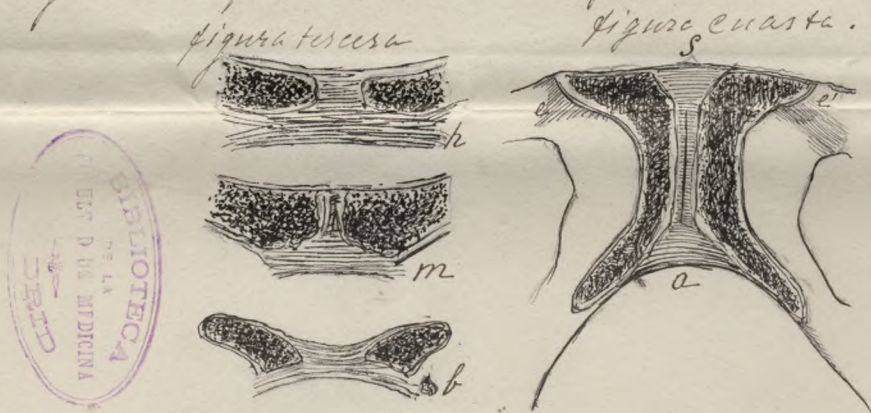


Cloble. Tomado (de la Symphysectomie par le professeur St. Ponsot - Paris 1892).

Dibujos n.º 5. Representa la primera de estas cuatro figuras, el corte medio, la mujer acostada, V vejiga; U meato urinario; C clitoris en su vena dorsal, debajo de la sínfisis S cuya cavidad ocupa la mitad de la altura y de la anchura, rozando el borde posterior. Se ven las capas concéntricas de los huesos sínfisiales, muy marcadas arriba, adelante y debajo. La segunda figura, representa la cara anterior de la sínfisis S.-D, musculo



recto mayor; P, musculo piramidal; m. adductor medius; q, delgado ó recto interno. - La vena plexosa del clitoris y otras, penetran debajo del borde inferior ó ligamento arqueado de la S. - Después de la incision media a través de



de 1 a 2, el clitoris ó la rugin a por tener de las venas puede salir oblicuamente de 2 a 3 y cortar no 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 dejan fácilmente entrar el clitoris; lo mismo en medio m, siempre que corte por delante, porque atrás se aproximan los huesos que dando solo un espacio casi lineal.

Representa la cuarta figura, el corte transversal paralelo a las caras de los pubis, bastante aproximada de la cara pelviana para abrir la cavidad de la sínfisis del pubis. -

e e', sitio de las espinas pubianas; S, fibras superiores formando una masa unieiforme fácil de cortar en su fosa ósea, fibras inferiores, formando el ligamento arqueado sub-sínfisiano ó sub-pubiano.

Dibujo n.º 6.

