

más hábiles observadores podrán utilizar para el estudio de las deformaciones pélvicas en nuestro país.

Los desastres de que he sido testigo presencial, las muertes de madres é hijos, ocasionadas por vicios pélvicos no diagnosticados, me obligan á publicar mis observaciones, que no dudo fijarán la atención de los médicos, quienes ya advertidos, emplearán en tiempo oportuno una terapéutica hábil é inteligente, salvadora, en la mayoría de casos, de las vidas confiadas á su pericia y honradez.

No sería difícil que alguien encontrase, *en vista de las pelvis deformadas que presento*, criticable la conducta observada en alguno de los casos que refiero: ninguna crítica sería más ilógica y más injusta. Téngase presente que mi trabajo trata de demostrar, con la evidencia de los hechos, que existen en México viciaciones pélvicas negadas por la mayoría de los médicos y de los parteros. Y bien: los que las niegan, los que nunca las han observado ó siempre las han desconocido, forzosamente han tenido que normar su conducta á sus creencias y convicciones. Con gran razón dice Barnes *"que es fácil ser sabio después del fracaso, pues que estamos dominados por la ley de la costumbre."*

Mi trabajo no es, pues, de lucha y menos de reproche... .. Con especial cuidado omito nombrar personas hasta donde me ha sido posible, siempre que con ellas estoy en desacuerdo, y he procurado que ni el concepto más ligero pueda interpretarse como ofensivo para ellas, pues creo que nada hay más amargo que cosechar reproches y acerada crítica á cambio de trabajo y de buena voluntad.

No quiere decir esto que rechace las observaciones que se me hagan: aceptaré toda discusión siempre que *puramente científica y caballerosa*, no tenga por objeto realzar mis deficiencias y nulidades personales, que soy el primero en lamentar y reconocer.

J. D. DE E.

México. Diciembre de 1901.

SECCIÓN PRIMERA

I

Al estudio de las deformaciones pélvicas no se ha dado en nuestro país la importancia que merece. Muchos han sido los partos distócicos originados por esta causa y muy pocos los médicos que han publicado sus observaciones. Lo escaso que sobre este asunto se ha dado á luz, está olvidado y no entra en cuenta, por desgracia, en la práctica de la gran mayoría de los médicos mexicanos.

Las observaciones de los antiguos maestros, Vértiz, Jiménez, Martínez del Río, Ortega y Torres, se han tomado por rarezas patológicas y no han servido de estímulo para recoger y clasificar los casos nuevos y formar un estudio nacional de las deformaciones pélvicas.

En el Museo de la Escuela de Medicina existen las pelvis regaladas por el Sr. Dr. Sánchez á dicha Escuela y medidas por él; patológicas sólo se encuentran sin referencia y sin ningún dato sobre ellas, una osteomalácia; otra ligeramente estrechada en todos sus diámetros y el esqueleto del tronco con su pelvis, de una cifótica. En el Museo Nacional hay otras dos: la de Josefa Martínez, que conservó el Sr. Dr. D. Juan María Rodríguez y la de otra cifótica.

Esto revela incuria por esta clase de estudios. La colección de pelvis deformadas que poseo y que puedo presentar, se compone de mayor número de ejemplares que los que existen en ambos Museos juntos, advirtiéndome que cuatro han sido recogidas en el año de 1897 á 1898 en que fui Jefe de Clínica. Si se hubiesen publicado todos los hechos clínicos y se hubiesen recogido todas las pelvis viciadas, siempre que esto hubiese sido hacedero, nuestra literatura obstétrica no estaría tan pobre bajo este aspecto, y se tendrían rudimentos, cuando menos, de una clasificación de nuestras viciaciones pélvicas. Hoy por hoy, si se pregunta cuál es el tipo de deformaciones que más ó menos frecuentemente se ha encontrado, difícil sería responder, apoyándose en observación seria y concienzuda de pelvis deformadas.

El abandono de este estudio nos ha conducido insensiblemente á la negación. Felizmente no todos nuestros médicos, pero sí su mayo-

ría, vive hoy en la creencia de que estas deformaciones en México no existen,¹ sino como una rareza patológica y esto, desde luego se comprende, acarrea graves y trascendentales consecuencias.

Ciertamente, las viciaciones pélvicas entre nosotros, no son tan frecuentes como en Europa; pero se puede con toda seguridad afirmar que existen, y no en tan pequeño número que puedan considerarse como *rarezas patológicas*, expresión usual entre los prácticos mexicanos que, sin competente número de observaciones, como tales las consideran.

Cuando se ha visto una cabeza fetal, que en el último mes de la gestación de una primípara no se encaja, se atribuye á cualquiera causa, menos á una deformación pélvica; se abandona á la mujer esperando que, en el transcurso de los últimos días, la cabeza espontáneamente se encaje, y si esto no acontece, en este estado la sorprenderá el trabajo del parto, sin haberse medido la pelvis, ni la cabeza del producto; sin haberse tomado ninguna precaución.

Si la falta de encajamiento se debe á un estrechamiento pélvico y si éste no es muy considerable, en virtud de los esfuerzos útero-abdominales, la cabeza se encajará después de mucho tiempo y grandes sufrimientos. Si la excavación es normal, probable es que el parto termine espontáneamente; pero si es infundibuliforme, estrechada en sus diámetros transversos, la cabeza, en su descenso, tiene que vencer otros obstáculos, tal vez más serios, y esto cuando el útero, careciendo de energía, no puede ya luchar; cuando agotada la mujer, está en plena fatiga, en pleno cansancio. En tan malas condiciones, temiendo por la vida de ambos seres, se decide una intervención con el fórceps. Se nota entonces: que la aplicación fué laboriosa; que se necesitó desplegar mucha fuerza para terminar el descenso y apoyar bien la cabeza sobre el piso perineal; que tal vez hubo necesidad de hacer varias aplicaciones del instrumento; y por último, que se extrajo un feto muerto, ó uno vivo, pero que murió dos ó tres días después. La mujer quedó muy maltratada, con perineo, vagina y tal vez fondos de saco, desgarrados; y el puerperio, borrascoso, terminó con la muerte. Este caso quedó enteramente perdido y el diagnóstico nunca comprobado. ¿Hubo ó no hubo estrechez pélvica?

Este que acabo de describir, no es el cuadro que forja á su gusto mi imaginación; es el que he visto, el que han visto muchos compañe-

¹ En el último concurso de Obstetricia (año 1895), verificado en la Escuela de Medicina de esta capital, y en que el tema de disertación fué: «ESTRECHAMIENTOS PÉLVICOS,» uno de los señores candidatos dijo: «*que repetiría de memoria lo que dicen los libros europeos sobre este punto, puesto que en México los estrechamientos de la pelvis no existen.*» De los otros señores candidatos, unos las negaron también, y otros ni afirmaron ni negaron; pero ninguno de ellos estudió, ni tomó en consideración las viciaciones observadas en México por los antiguos maestros de nuestra Escuela.

ros y del que, algunos, no se han dado cuenta, porque viviendo en el firme convencimiento de que los estrechamientos en México no existen, ni han valorizado debidamente las particularidades del caso, ni han estudiado la pelvis que tenían á la vista.

Pero un día llega en que se ve claro el camino: al aplicar el fórceps, las dificultades son tan grandes, que no puede menos que aceptarse la evidencia del estrechamiento; después de mil peripecias se extrae un feto muerto; la mujer muere pocos días después, y como por *verdadera rareza*, pudo hacerse la autopsia; la pieza anatómica está allí, revelando la existencia de la viciación pélvica. Pero. . . no hay que hacer caso de esto; es una *rareza patológica!*

Otra vez, y esto ya pasa en el Hospital, llega en la tarde del 18 de Febrero de 1895, la llamada Eulalia Rivera, en estado agónico y sin dar lugar á ninguna intervención. Al practicarse la autopsia y por vía de estudio, se hace una sinfisiotomía; se separan los pubis 6 y medio centímetros y aun así es difícil encajar y hacer girar la cabeza para extraerla. El conjugado del estrecho superior medía 76 milímetros. No se pudo extraer y conservar esta pelvis por la exigencia de los deudos para llevarse el cadáver, pero el Sr. Dr. Barreiro, testigo de este caso, lo refiere en su tesis sobre «*Lateralización de la cabeza,*» página 22.—1895. (Observación recogida por el practicante Sr. Limón.)

Pero pasa el tiempo y además, como estos hechos no son bien conocidos, ni se les ha dado la importancia que merecen, cuando vuelve á presentarse otro caso semejante, se discute, se niega y tal vez se burla el diagnóstico *estrechamiento!*

Como no siempre que existe una deformación pélvica, es tan considerable que haga absolutamente imposible el parto; como el feto no siempre es de término, ni siempre es igualmente voluminoso; como el grado de reductibilidad de su cabeza es muy variable; como la energía de las contracciones uterinas varía en cada mujer, y en la misma mujer en cada parto; y como, por último, ha bastado una aplicación de fórceps para desembarazar á la paciente, el diagnóstico quedó en suspenso para unos y fué erróneo para otros.

Siendo en la capital muy reducida la acción de la *Beneficencia Pública*, con relación á las mujeres embarazadas, pues que no tenemos más que una sola Casa de Maternidad, y en los otros hospitales no se les admite para ser atendidas en sus partos, y teniendo además en cuenta la habitual repugnancia que las gentes del pueblo tienen para ingresar á dicho establecimiento, ya se presume cuántos de estos casos pasan desapercibidos, faltos de autopsia, es decir, faltos del hecho anatómico irrecusable, quedando no sólo perdidos para la ciencia, sino de-

jando subsistir la duda de si en nuestro país existen ó no las deformaciones de que me ocupo.

No queda más que uno que otro caso aislado y rarísimo en la práctica civil en que pueda hacerse la autopsia y los que se presentan en la Maternidad; pero aun en esta casa, aparte de otras causas, no siempre se pueden recoger las piezas anatómicas, porque la sustracción de la pelvis mutila grandemente los cadáveres y los deudos los reclaman al Hospital para *velarlos* en sus casas.

Por lo expuesto, se ven las dificultades para el estudio de estas vicaciones, máxime si se piensa que, para llevar el convencimiento al ánimo de los que las niegan, no basta la observación clínica, sino que es preciso presentar la pelvis deformada. Largo y laborioso es el trabajo; pero si constantes en el estudio, lo emprendemos, el éxito coronará nuestros esfuerzos y llegaremos á evidenciar este punto de nuestra obstetricia nacional; pero, si por el contrario, imbuidos en añejas preocupaciones, adormidos en perezosa rutina, negamos, porque nuestros antepasados negaron, entonces todo progreso es imposible. La negación enerva y consume: es el aniquilamiento; la duda alienta y estimula: es el progreso!

II

Pero si estos vicios de conformación existen, ¿por qué son desconocidos hasta el grado de negarlos? Por las causas siguientes en nuestro concepto.

En primer lugar con la seguridad de su ausencia, **NO SE BUSCAN**. Al practicar el reconocimiento de una mujer en los últimos días de su gestación, se analiza la orina, se averigua la presentación y posición; pero se pasa por alto el examen de la pelvis. Además, para esta exploración previa, tan importante á toda embarazada, el médico es llamado pocas veces y muchas menos el partero, el verdadero especialista.

En segundo lugar, las deformaciones que en México se han observado hasta hoy, no son de naturaleza raquítica ni osteomalácica, en cuyos casos el promontorio es **FÁCILMENTE** accesible, y en consecuencia, por sólo este dato, el diagnóstico se impone. En las que he observado, y en las que presento con este estudio, se trata de pelvis más ó menos pequeñas, de diámetros transversos acortados; algunas totalmente estrechadas; otras deprimidas de atrás adelante ó viceversa, y otras, finalmente, con la forma en embudo de la excavación; pero el promontorio pocas veces ha sido **FÁCILMENTE** accesible; de manera que, á un examen no especialmente dedicado al estudio de un vicio pélvi-

co, éste pasa *fácil, muy fácilmente* desapercibido, y esto cuando se tiene en la mano una pelvis *enormemente deformada*, como lo enseñan las marcadas con las letras A y B. (Véanse las fotografías.) En las vicaciones de que hablo, el diagnóstico reviste dificultades: es preciso estar prevenido y con bastante cuidado estudiar la conformación de la pequeña pelvis y del estrecho medio é inferior sobre todo.

En tercer lugar, no siempre es llamado el partero en tiempo oportuno, sino cuando el trabajo está bastante avanzado y no termina espontáneamente; después de la ruptura de la bolsa, tal vez de algunas maniobras intempestivas y hasta de la administración de algún ocitósico. En esta situación, rodeados de parientes afligidos, asustados y con las exigencias y necesidades que casi nunca faltan en tales circunstancias, no es fácil darse cuenta de todas las peculiaridades de una deformación del estrecho inferior, y más si se recuerda que nuestros medios de exploración carecen en este caso de la exactitud y facilidad apetecibles.

Esto es lo que ha pasado no en uno, sino en varios casos que no detallo por no estar autorizado. Parteros de reputación divídense en el diagnóstico: unos sosteniendo la existencia de la deformación pélvica y negándola otros; el parto no se efectúa y después de cloroformo, baños y muchas horas de espera, se aplica fórceps; se termina más tarde por craneoclasia y al día siguiente por muerte de la paciente.

Se repitió esta escena con la Sra. Z, primípara de 19 años; durante la tracción con el fórceps se oye un crujido: la cabeza descende y se extrae un feto muerto. Al hacer la sutura del perineo se encuentra desgarrada la pared anterior de la vagina y en comunicación con la articulación púbica, que es fácilmente movable y excesivamente dolorosa. Muerte consecutiva de la enferma por infección puerperal.

Más conmovedor todavía fué el siguiente caso: primípara que no llega á 20 años; cabeza que no se encaja, cuello que se dilata con dificultad y lentitud y bolsa que se rompe anticipadamente. Las maniobras comienzan con fórceps, continúan con basiotribo, y apenas bastan *ocho horas para extraer la cabeza machacada*.

Muerte de la señora, doce horas después.

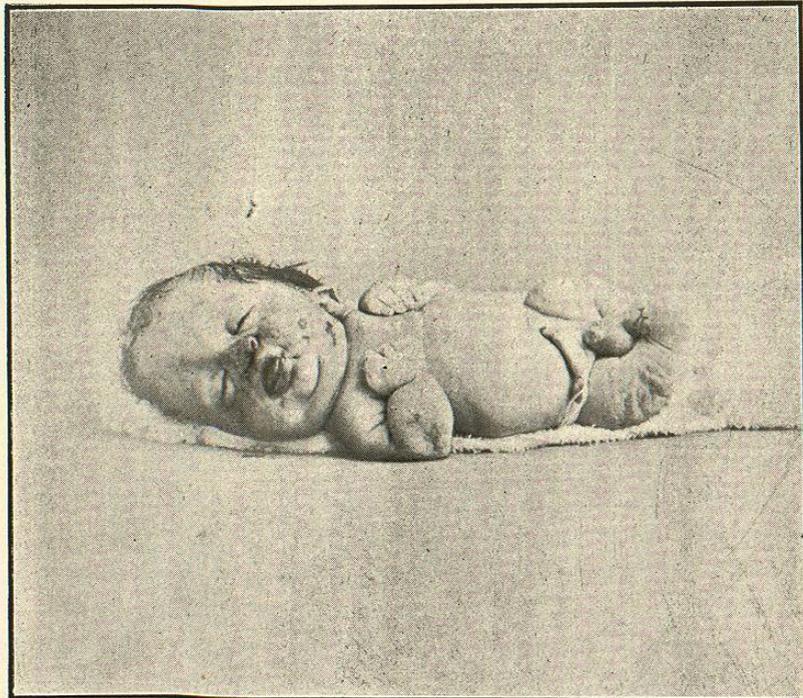
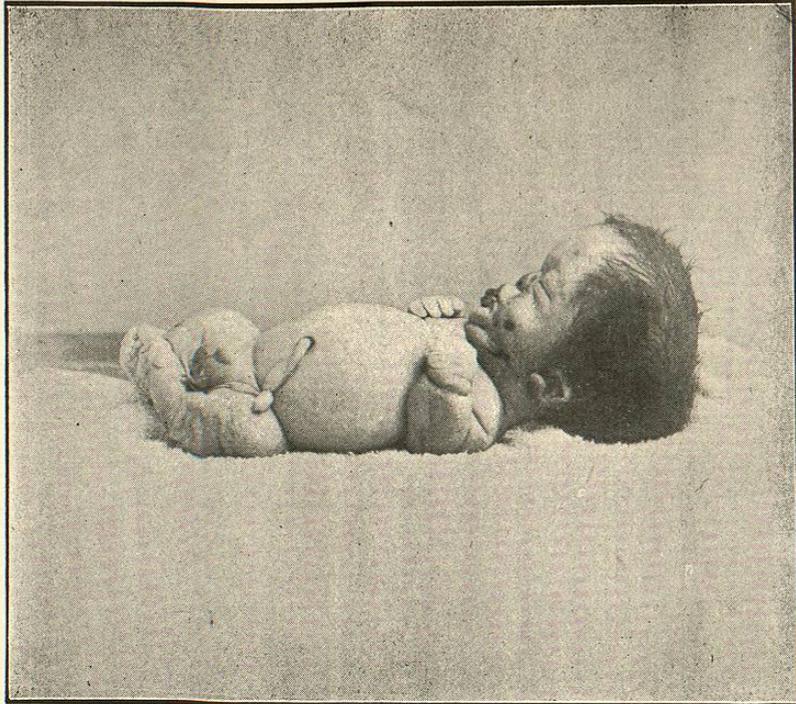
A la Sra. de G., un médico le hace dos aplicaciones de fórceps y durante la segunda se desgarran la sínfisis púbica. . . . Dos meses después soy llamado para atender á esta enferma que no puede estar en pie. El examen que practico me demuestra: desgarradura completa del perineo; una herida, en supuración, de la pared anterior de la vagina y un trayecto fistuloso (que dejaba pasar mi dedo pequeño) á la izquierda de la uretra la que estaba notablemente desviada á la derecha y por cuyo trayecto pude alcanzar la articulación del pubis. Cinco meses de reposo y de asiduos cuidados, fueron necesarios para ob-

tener la cicatrización, para que la enferma pudiera sostenerse en pie y dar los primeros pasos. Esta señora que tiene pelvis infantil, infundibuliforme, arco púbico estrecho y diámetro bis-isquiático de 76 milímetros, fué examinada y su pelvis medida al final de la curación, por los Sres. Dres. Armendáriz, Abogado, Barreiro, etc., quienes comprobaron la viciación y ratificaron las mediciones. Pero no sólo en la práctica civil he encontrado casos análogos á los referidos. En la Maternidad he podido observar algunos que demuestran la existencia de estos estrechamientos y que deseo reseñar antes de comenzar el estudio anatómico, porque además de que pueden ser referidos, como constan los datos en las ordenatas y han sido presenciados por varias personas, tienen toda la autenticidad deseable.

OBSERVACIÓN 1ª Eulalia Rivera, de 29 años, múltipara, entró á la Maternidad á las 2 y media de la tarde del 18 de Febrero de 1895. El examen revela embarazo á término, fuente rota, dilatación casi completa y feto muerto. Como le administraron *Zihuatlpatl* y habían practicado gentes ignorantes, maniobras que no pudimos saber en qué consistieron, el estado de esta mujer, al llegar al establecimiento, era desesperado. Murió á las 6 y media de la misma tarde sin intervención de ningún género, pues repito, su estado no lo permitió. Hecha la autopsia, se encontró una presentación de vértice, *occipito-posterior derecha*. Se hizo la sinfisiotomía, se separaron los pubis 6 y medio centímetros y *aún así fué difícil hacer girar la cabeza y extraerla*. El conjugado medía 76 milímetros de longitud. La curva sacra muy ligera, el hueso era casi plano. (Apuntes tomados por el practicante Sr. Limón.)

Llama la atención que haya sido múltipara; si este dato, suministrado por los parientes es exacto, pues la mujer no estaba capaz de dar ninguno, fueron indudablemente partos prematuros. De todas maneras, una pelvis que tiene 76^{mm.} de conjugado y el sacro casi plano, es á todas luces viciada y digna de un estudio que desgraciadamente no pudo hacerse en este caso.

OBSERVACIÓN 2ª En 24 de Septiembre de 1897, P. V. ingresa á la Maternidad en trabajo de parto á término. Hecho el examen se encuentra en período de dilatación, bolsa intacta, presentación de cara, *mento-anterior derecha* y contracciones regulares y vigorosas. Después de doce horas de trabajo, la barba llega á colocarse exactamente debajo del arco púbico (á vista de todos, la niña que tenía un labio leporino sacaba su lengua) y cuando parecía que el parto ya no tardaba en terminar, cuando las luces estaban convenientemente dispuestas y varios alumnos de la Clínica en los puntos más á propósito para no perder detalle al desprenderse la cara, con gran impaciencia de todos se nota que



Nacido en la Maternidad de México, mediante operación practicada por el Dr. J. Duque de Estrada, el viernes 19 de Noviembre de 1897.

el tiempo pasa, que los esfuerzos uterinos son impotentes, que el trabajo no avanza y que los sufrimientos de la mujer son inútiles. Eran las 6 y media de la tarde. Una hora después, como el trabajo no avanzaba, como las contracciones eran bien fuertes y frecuentes y como ni un milímetro adelantaba la presentación, hice un examen para darme cuenta del obstáculo que se presentaba y pude sentir que la cabeza durante las contracciones apoyaba fuertemente sobre los isquion, que la detenían en su trayecto; pero no era este el único obstáculo: en la parte media y atrás, la cabeza apoyaba sobre la punta del sacro y si en el intervalo de las contracciones se introducía el dedo entre la cabeza y dicho hueso, al repetirse la contracción se experimentaba en el dedo dolorosa presión al ser por ella comprimido.

Una hora más tarde, persuadido de que el parto no terminaría espontáneamente y notando detenimiento en los ruidos del corazón fetal, decidí intervenir, haciendo antes que los estudiantes de 5° año, señores Sánchez, hoy médico radicado en Teocelo, Estado de Veracruz; Flores Bulmaro, practicante de Infancia, médico radicado en San Luis Potosí; Saldaña, médico radicado en Texas, y Regino del Pozo, también hoy médico y radicado en San Luis Potosí y á la sazón practicante de Maternidad, tocaran á la paciente y se dieran cuenta del obstáculo tan grande que el trípode pélvico, punta del sacro y tuberosidades isquiáticas, ponía al desprendimiento de la cabeza. Hice que durante las contracciones, que repito eran muy vigorosas, sintieran la dolorosa presión que sufría el dedo que se interponía entre la cabeza y el sacro hacia atrás y entre el isquion y la cabeza á los lados. Aún más: á los Sres. Pozo y Sánchez, encargué que hiciesen el tacto rectal que permitía mejor reconocer el obstáculo. Con no pocas dificultades para introducir los dedos, coloqué el fórceps pequeño de Pajot y después de fuertes tracciones, sostenidas por algún tiempo, logré extraer á una niña que durante un mes hubo necesidad de curarle las huellas que dejara el fórceps en las bosas parietales. Esta mujer, delgada, de 146 centímetros de estatura, tiene su pelvis infundibuliforme de tipo infantil, cuyo diámetro bis-isquiático, mide 80^{mm}. El promontorio no es accesible; pero la excavación es reducida transversalmente y con gran facilidad se tocan sus paredes. El pubis tiene 35^{mm} de altura.

OBSERVACIÓN 3ª El 19 de Noviembre de 1897, llega á la Maternidad Matiana González, de Querétaro, primípara, á término de su gestación, con 40 horas de trabajo y 39° de temperatura; dilatación completa, fuente rota, cabeza no encajada, inmóvil, en presentación de frente (véase en la fotografía adjunta la deformación de la cabeza), ruidos del corazón fetal, sordos, apenas perceptibles, lentos é irregulares. Esta mujer presentaba un acortamiento del conjugado.

Hice aplicación de fórceps y después de fuertes tracciones, extraje un feto acondroplásico, que sólo vivió una hora. De la fotografía de este feto dejé ejemplares en la Maternidad.

El examen de la pelvis reveló que el promonto-púbico mínimo medía 85 milímetros. Después del parto y á pesar de los asiduos cuidados que se prodigaron á esta mujer, no se logró abatir la temperatura, y murió algunos días después víctima de la infección con que llegó á la Maternidad.

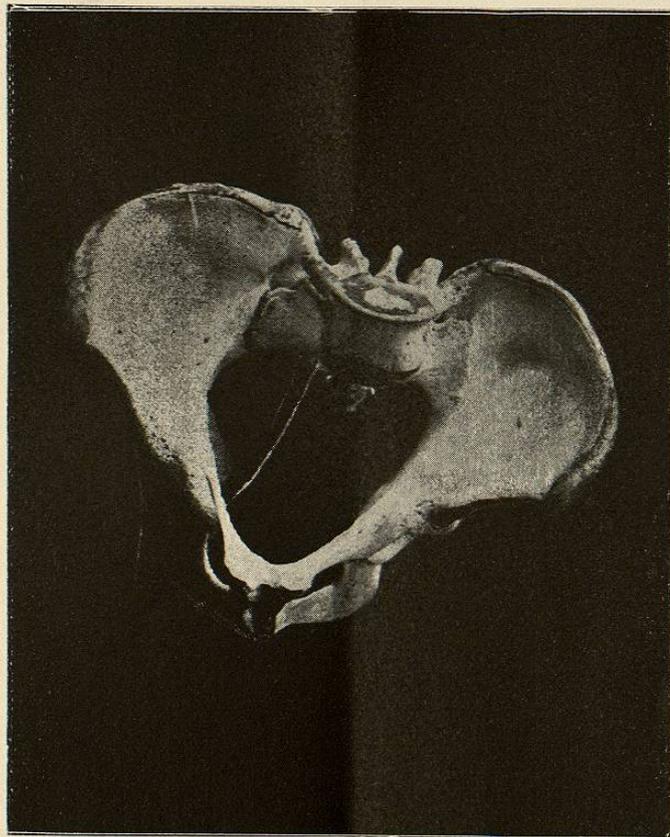
OBSERVACIÓN 4ª El 13 de Diciembre de 1897, ingresa á Maternidad Nestora Medina, nulípara, de 16 años, de Tepozotlán, en trabajo de parto con su producto de término, mitad fuera de los órganos genitales externos, desde la inserción del cordón umbilical, y el resto, tronco, miembros superiores y cabeza, detenidos por el estrecho superior. El feto estaba muerto.

El trabajo comenzado la víspera en la mañana en presentación pélvica, había sido laborioso. La bolsa amniótica se desgarró espontáneamente á las 12 de la noche, y momentos después los miembros inferiores aparecieron en la vulva; viendo que el feto no nacía, una persona de la familia hizo tracciones sobre los pies, sin conseguir más que la extracción de la pelvis y una parte del abdomen, aflorando la inserción del cordón umbilical con la vulva.

La mujer, colocada en posición obstétrica, cuidadosamente aseada, lo mismo que el producto y la vagina bien irrigada, el practicante del Departamento, Sr. D. Regino del Pozo, procede á la extracción de los miembros superiores, maniobra larga y difícil, durante la cual se dió cuenta del notable estrechamiento de la pelvis.

Extraídos los miembros superiores, la cabeza quedó aprisionada por el estrecho superior y los hombros, tan fuertemente aplicados á la vulva, que entorpecían la continuación de la maniobra. Todo lo que después se intentó para extraer la cabeza, no dió más resultado que la desarticulación del atlas y el occipital, quedando la cabeza del producto adherida al cuerpo por sólo la piel y algunas partes blandas del cuello. En vista de esta situación, se me mandó llamar.

Llegado al Establecimiento, y puesto al corriente de lo acontecido, después de nuevo aseo, pude notar que los órganos genitales externos, muy pequeños y obturados por el bisacromial, con mucha dificultad dejaban penetrar mi mano y sólo de canto encontraba espacio para explorar la excavación. Alcancé el lado izquierdo del estrecho superior, recto y corto, y creyendo que ésta era la causa de las dificultades habidas, procuré, no sin gran trabajo, porque la mujer había tomado *Zihuatlpatl*, movilizar la cabeza y hacerla girar, para llevar el occipucio á la parte más amplia, lo que una vez logrado, para tener punto firme



PELVIS A, de la colección del Sr. Duque de Estrada.—
Nestora Medina. (Observación 4ª).