

de tracción, que me faltaba ya en el cuello fetal, introduje el gancho de Delore en la boca y faringe y ayudado de presiones enérgicas por encima del pubis, procuré encajar la cabeza, sin conseguirlo.

Entonces, y para juzgar mejor del estrechamiento, de un tizeretazo separé el cuerpo del feto que sólo dificultaba las maniobras y procedí á nuevo examen, del que pude deducir que el estrecho superior era triangular, pues sus lados, en vez de curvos eran rectos, por cuya causa la cabeza, apoyada sobre él, no podía encajarse; que era un poco más amplio su lado derecho; que la mano, una vez que lo pasaba, desviaba forzosamente la cabeza, que iba á alojarse á la fosa ilíaca derecha ó izquierda; que el pulgar se colocaba siempre en el ángulo formado por los dos cuerpos de los pubis, y el dedo pequeño apoyaba sobre el promontorio, pero quedando la mano comprimida por falta de espacio. Bajada la mano á la excavación, sólo de canto sentía holgura y exploraba un lado con relativa facilidad; pero no era posible hacerla girar, para continuar el examen, por impedirlo el isquión y las paredes laterales tan aproximadas.

¿De qué clase de estrechamiento se trataba? ¿A qué forma de pelvis conocida podía relacionarlo? No pude responderme, y sólo hice observar á las personas presentes lo que acabo de describir, llamando su atención sobre la forma triangular del estrecho superior, sobre su pequeñez y su ángulo púbico sobre todo.

Una particularidad me sorprendió: si la pelvis era tan estrecha como yo la sentía, ¿por qué ni el dedo índice ni el medio de mi mano alcanzaba el promontorio cuando ensayé medir el promonto-púbico? ¿Se trataba de una pelvis de Robert? Pero mi mano colocada de canto en el estrecho superior, no encontraba espacio suficiente, alcanzando siempre el pubis y el promontorio, los dedos perfectamente juntos y comprimidos.

Dadas estas condiciones, la basiotripsia era la operación indicada (ni por un momento se pensó en el fórceps, que articulado era muy voluminoso y no podría pasar por el estrecho superior y menos por la excavación) y procedí á la perforación; pero al introducir la mano izquierda, para proteger las partes blandas y asegurar el punto de la cabeza que debía perforar, ésta deslizaba hacia adelante y á la izquierda encima de la rama horizontal del pubis, y si la presión ejercida al exterior impedía este deslizamiento hacia adelante, la desviaba entonces hacia atrás, hacia la fosa ilíaca izquierda, y en estas condiciones no podía dirigir perpendicularmente á su superficie la punta del perforador.

Cambié de mano para alojar la cabeza en el lado derecho, el más amplio de la pelvis, y conduciendo el perforador con la mano izquier-

da, aunque en mejores condiciones, no logré fijarla en buena dirección y tuve que contentarme con la perforación de la cavidad orbitaria derecha.

Como la cabeza estaba desviada á la derecha, el perforador no podía atravesarla en su centro, y al introducir más mi mano derecha, arriba del estrecho superior, para que sirviese de *mano-guía* á la primera cuchara del basiotribo, la cabeza se desviaba más á la derecha, subiéndose, impelida como lo era por mi mano y se escapaba del perforador. Retiré entonces la mano; y previendo la dificultad, así como el peligro para la paciente, de colocar las cucharas sin mano-guía que protegiese las partes blandas maternas, sobre una cabeza tan fácilmente movable con todo y útero, estando éste tan retraído sobre ella, renuncié á la colocación de las referidas cucharas del basiotribo.

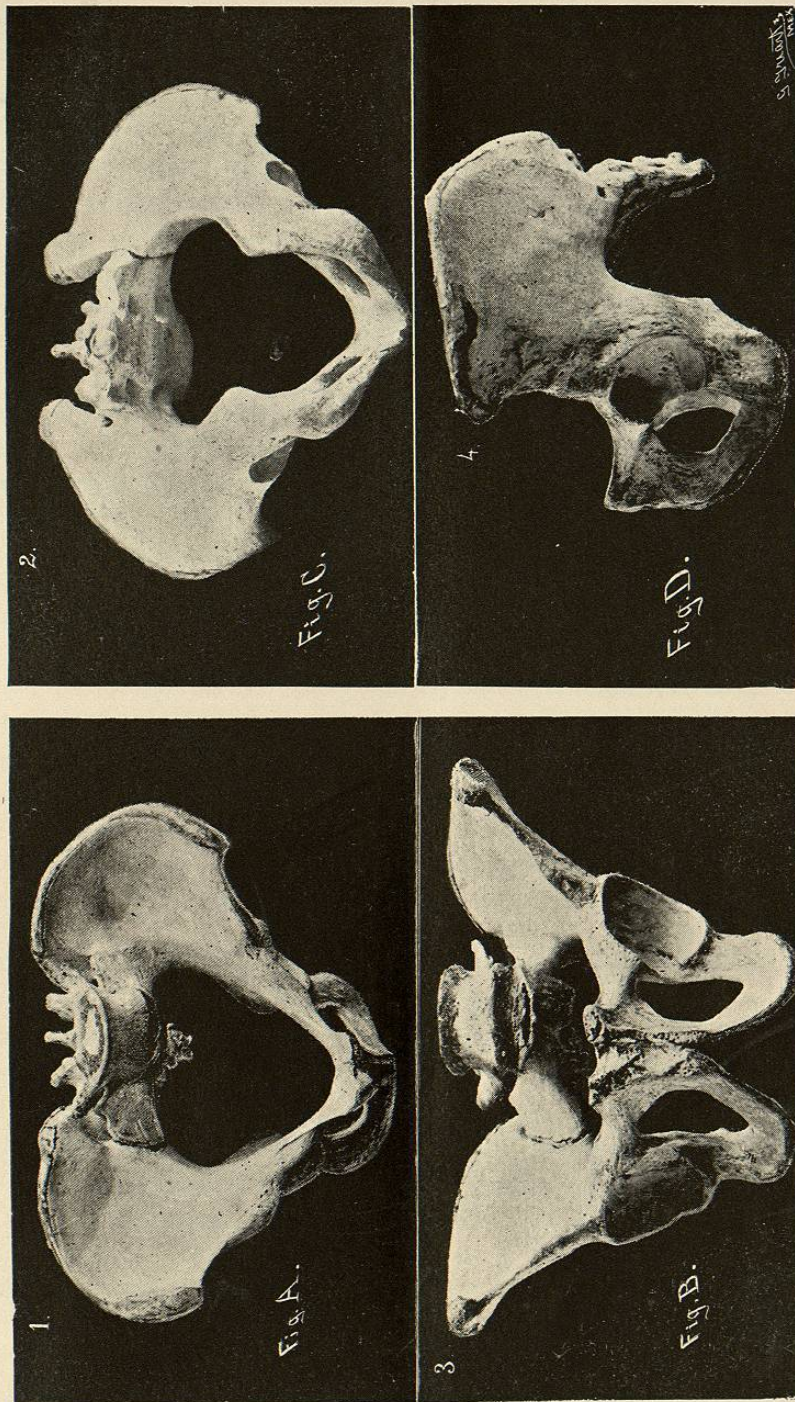
Recordando que alguna vez mi maestro el Sr. Dr. D. Aniceto Ortega (padre), había hecho una especie de cranioclasia con la mano, me propuse seguir su ejemplo, y para ponerlo en ejecución hice dos perforaciones más: una en la bóveda palatina y otra cerca del pterión, y con la mano, desplegando toda mi fuerza, comuniqué, hasta donde me fué posible, las aberturas hechas, evacué la masa cerebral y pude aplastar el cráneo, después de lo cual, en virtud de que mis fuerzas estaban ya agotadas, encargué al Sr. Pozo que, con una pinza-erina que mandé buscar, hiciese, como lo efectuó, la extracción de la cabeza.

La placenta se presentó espontáneamente; se hicieron lavados intrauterinos; se canalizó matriz y vagina con gasa yodoformada; se puso curación de algodón y gasa á la vulva, y la enferma fué llevada á su departamento.

Durante cinco días su estado fué satisfactorio; pero á medio día del quinto, al incorporarse para tomar la bacínica, síntomas de mortal depresión ocasionaron la muerte súbita de la enferma.

A la autopsia todos los órganos de la generación se encontraron en perfecto estado, sin la menor huella de traumatismo, peritonitis, etc.; nada que explicase muerte tan rápida como inesperada. Extraída y preparada esta pelvis, es la marcada con la letra A.

OBSERVACIÓN 5ª. En 18 de Diciembre de 1897, es conducida á Maternidad Bibiana Gutiérrez, de 26 años, del Peñón de los Baños, D. F., primípara, á término de su embarazo y en trabajo de parto. En esta mujer es fácilmente accesible el promontorio. El conjugado mide 85 milímetros. Pareciéndome el caso interesante, aviso al Sr. Dr. Capetillo, Profesor de Clínica obstétrica, quien conmigo atendió á esta mujer. Durante el día y la noche del 18 se terminó la dilatación, y era completa el domingo 19, á las 9 de la mañana, en que el Sr. Capetillo rompió la bolsa, saliendo el líquido amniótico muy teñido de meconio. A las 11



PELVIS OBLICUA - TRIANGULAR. — Colección del Dr. Duque de Estrada.

de la mañana, la paciente lleva 50 horas de trabajo, 6 de dilatación completa, dos de rota la fuente y la cabeza, sin encajarse, permanece encima del estrecho superior. Los ruidos del corazón, precipitados á las 9 a. m., comienzan á ser irregulares y lentos; el pulso de la madre es frecuente y se la nota muy fatigada. Temiéndose por la vida de ambos seres, se pensó en la intervención. ¿Cuál sería ésta? El Sr. Capetillo resolvió hacer una aplicación de fórceps, y si por este medio no se obtenía el resultado apetecido, se haría la sinfisiotomía, para cuya operación había yo preparado instrumentos y objetos de curación apropiados.

Con el fórceps Tarnier se tomó la cabeza en el estrecho superior, por su diámetro fronto-mastoideo (la cabeza estaba en transversa izquierda) en dirección del diámetro oblicuo derecho de la pelvis; y mientras yo hacía tracciones, el Sr. Capetillo, por encima del pubis, empujaba la cabeza, coadyuvando á la acción del instrumento. Tracciones vigorosas lograron el encajamiento y descenso de la cabeza. El niño pudo ser reanimado; pero murió 48 horas después en medio de convulsiones.

Al darle el alta á la madre le recomendé mucho que, en un nuevo embarazo, se presentara á la Maternidad, antes de cumplir los ocho meses de su gestación.

OBSERVACIÓN 6ª. La tarde del 16 de Enero de 1897, es conducida á la Maternidad Refugio Bernal, de Irapuato, de 22 años; robusta, bien constituida, primípara y á término de su gestación. El feto estaba muerto. La paciente llevaba cinco días en trabajo y dos de sufrir accesos de eclampsia. Muere á las 7 de la noche, dos horas y media después de su ingreso, sin haberse efectuado el nacimiento del engendro. Al practicar la autopsia noté que la cabeza en posición transversa, no se había encajado á causa de un estrechamiento ántero-posterior del estrecho superior.

Esta pelvis es la marcada con la letra C y estudiada más adelante.

OBSERVACIÓN 7ª. Sotera Orozco, de Tlálpam, de 19 años, ingresa á Maternidad el 22 de Marzo de 1899, en trabajo de parto comenzado el día anterior. El examen revela presentación de vértice en anterior derecha; ruidos del corazón buenos; cuello borrado, poco dilatado; bolsa intacta y muy tensa; cabeza muy alta, no encajada y difícilmente accesible. Al siguiente día, 23, la dilatación es completa, fuente íntegra, cabeza móvil, apoyada sobre la línea inominada; contracciones frecuentes, enérgicas, regulares y prolongadas; feto vivo. El Sr. Dr. Barreiro, con la esperanza de un pronto encajamiento, rompe la bolsa; pero no habiéndose conseguido, después de algunas horas de espera emplea la palanca, sin resultado alguno. Aplicó en seguida el fórceps Tarnier sin obtener el encajamiento, á pesar de inmensos esfuerzos largo tiempo sos-

tenidos. Recurre entonces á la versión; pero como la matriz estaba vacía de líquido amniótico y excesivamente irritable, la introducción de la mano y la toma del pie, fué en extremo laboriosa; la evolución mucho más y sólo se consiguió después de increíbles esfuerzos. Inútil decir que el feto estaba muerto; pero su cabeza aun no pasaba el estrecho superior.

La maniobra de Champetier de Ribes, no fué bastante para encajarla, y hubo necesidad de perforar el occipucio, evacuar la masa cerebral y aplicar las cucharas del basiotribo para triturar la cabeza y hacer su extracción.

Así terminó este parto, uno de los más laboriosos que se registran en Maternidad.

En la medición que se hizo de la pelvis, se notó que el promontorio era accesible al dedo índice y que el conjugado medía 98 milímetros aproximadamente. Esta mujer salió sana del Hospital.

(La nota *in extenso* que conservo de este caso fué redactada por el interno Sr. del Pozo, quien ayudó al Sr. Dr. Barreiro).

OBSERVACIÓN 8ª. El 22 de Junio de 1900, ingresa por segunda vez á la Maternidad Bibiana Gutiérrez (Véase la pág. 14, Observación 5ª), á término de su segundo embarazo y en trabajo de parto que había comenzado el martes 19. El examen revela: útero inerte, cabeza no encajada y con alguna movilidad, cuello no completamente dilatado, pero sí dilatado y con su labio anterior grueso, edematoso; fuente rota desde el miércoles 20, según afirmó la paciente en varias ocasiones en que fué interrogada. Al hacer el tacto, escurre meconio espeso, gleroso y un poco fétido. Ruidos del corazón fetal, ligeramente precipitados. Temperatura de la mujer, 38°5.

La pelvis de Bibiana, ya lo vimos en su primer ingreso al Hospital, es estrecha, de promontorio accesible, y con un conjugado de 85 milímetros. El estrecho superior tiene la forma de un corazón de carta de naipe, á causa de lo saliente del promontorio. La excavación es ligeramente infundibuliforme; espinas ciáticas no salientes; diámetro bisaguiático de 96 milímetros; arco púbico, anguloso y púbis de 40 milímetros de altura.

Encontrándose ausente de la ciudad el Sr. Dr. Barreiro, y habiéndome encargado que lo supliera, soy informado del caso por el Sr. Santos Grande, interno del servicio y llego á Maternidad á las 4 de la tarde del mismo día 22. Una vez que hice el diagnóstico, pues la mujer no dió ni al Sr. Santos ni á mí los datos de su primera entrada al Hospital, comprendí que el parto espontáneo era imposible y que una intervención se imponía.

Si la bolsa no llevase tantas horas de haberse roto, si el meconio no

estuviese fétido, si los ruidos del corazón estuviesen enteramente normales, si la temperatura de la mujer no fuese de 38°5, la sinfisiotomía era la indicada, y con tanta más justicia, si se recuerdan las peripecias del primer parto, y sobre todo, la muerte del recién nacido en medio de convulsiones. Pero practicar una sinfisiotomía en una mujer en plena infección y fatigada con cuatro días de trabajo de parto, y teniendo dos de rota la fuente, para salvar la vida de un producto cuya vitalidad estaba fuertemente comprometida, era en mi concepto, ir directamente al fracaso. La vida del feto debía, en estas condiciones, pesar poco en el ánimo del partero, quien, por el contrario, debía emplear todas sus armas en salvar á la madre.

Dadas la estrechez de la pelvis y el volumen de la cabeza fetal, la aplicación del fórceps era *embriotomía en feto vivo*; pero si á las malas condiciones mencionadas se agregan las peores que guarda la Maternidad, en donde no hay ni mesa, ni sala de operaciones y en donde todo tiene que improvisarse, se comprenderá que sería crueldad sinfisiotomizar á esta mujer.

En el año de 1897, las condiciones de la Maternidad eran las mismas que hoy guarda y estuve entonces, á pesar de ellas, dispuesto á la sinfisiotomía, porque la mujer no estaba como hoy infectada; porque yo había vigilado el trabajo, porque el feto no había sufrido; porque podía escoger el momento más adecuado y propicio para la intervención y porque durante ella hubiera podido recurrir, para la extracción, ya al fórceps ó ya á la versión, según la indicación del momento. Con nada de esto contaba ahora; si abierta la sínfisis, la cabeza espontáneamente no descendía, y era lo más probable, puesto que el útero estaba inerte, había que tomarla con el fórceps y ¿lo soportaría el feto? ¿No me exponía á sacarlo muerto y á dejar sobre la mesa operatoria á una sinfisiotomizada en plena infección casi? Las mismas consideraciones son aplicables á la cesárea.

Opté por el fórceps, que apliqué en el estrecho superior, oblicuamente con relación á la cabeza, y oblicuamente con relación á la pelvis, y poco después de las primeras tracciones, que fueron vigorosas, el practicante Sr. Santos Grande, por indicación mía, auscultó el corazón, cuyos latidos eran entonces incontables. Nuevas tracciones encajaron la cabeza, y la desprendieron. La extracción de los hombros ocasionó dificultad. El feto nació muerto.

En la noche, la mujer tuvo 40°4; en los días siguientes la temperatura fué descendiendo; pero al cuarto día, habiendo subido de nuevo, hago una exploración, y encuentro perforada la pared posterior del cuello, en su porción infravaginal. Es una abertura circular como de dos centímetros de diámetro, debida á la compresión de la cabeza, so-

bre el promontorio. Esta herida fué perfectamente reparada y la mujer dada de alta, por sanidad, el 6 de Julio. Antes de salir del Establecimiento, el Sr. Barreiro y yo volvimos á examinarla, y confirmamos, en todos sus detalles, el diagnóstico del estrechamiento, así como las medidas de la pelvis.

OBSERVACIÓN 9ª. Luz Trujillo, de 21 años, de México, primípara y en trabajo de parto desde el día anterior, es conducida á la Maternidad el 27 de Diciembre de 1899. Primera menstruación á los 19 años. Tiene un metro 30 centímetros de estatura y una cifosis dorso-lombar. Se nota, además el vientre en alforja y el útero tetanizado.

El día 28, á las diez de la mañana, fué examinada por el Sr. Dr. Barreiro, quien encontró dilatación completa, fuente rota, producto muerto, 40 horas de trabajo, 39°5 de temperatura y agotamiento de la mujer. En su casa, el día anterior, dos médicos habían hecho aplicaciones de fórceps y después en la Comisaría, se había repetido la misma operación, infructuosamente.

El Sr. Barreiro procedió á nueva aplicación del instrumento de Tarnier. El producto en presentación de vértice, posición O S, estaba detenido en su descenso por las espinas ciáticas que hacían fuerte prominencia en la excavación, lo que originó dificultades para la colocación de las cucharas y obligó á dos aplicaciones, desprendiéndose en seguida en *occipito-sacra*.

Si la aplicación del instrumento presentó dificultad, no así la extracción, pues la movilidad anormal de los huesos de la cintura, propia á esta especie de deformaciones pélvicas (*pelvis cifótica*), así como la muerte del producto, con sus huesos móviles y su flaccidés cadavérica, lograron amoldar fácilmente la cabeza, ya comprimida con el fórceps y hacerla pasar por el estrecho medio, tan reducido, como lo comprueban las mediciones.

Al día siguiente, 29, murió la Trujillo y la autopsia reveló una peritonitis generalizada, con derrame seroso y desgarros del fondo de saco vaginal posterior y del cuello de la matriz. Extraída la pelvis, gracias al empeño y habilidad del practicante, Sr. D. Bulmaro Flores, pues los deudos, se opusieron tenazmente á la autopsia y convenientemente preparada por mí, es la que marco con la letra E.

Este caso viene á demostrar clínicamente, una vez más lo que yo hacía notar al principio de este trabajo: que el no haber tenido cuenta, ó no haber conocido la deformación fué causa de la muerte de la madre y del feto. Si desde que la dilatación se completó y se vió que la cabeza no progresaba y atendiendo á que era cifótica, se hubiese buscado y reconocido la causa del retardo, se habría pensado desde luego en una intervención salvadora de ambas vidas. Pero no fué así:

empeñóse una lucha desastrosa; se terminó con la vida del engendro; agotáronse las fuerzas de la paciente; se dió tiempo y oportunidad á la infección y cuando la mujer agonizaba, se remitió á la Maternidad.

Allí se encuentra por cabeza una bolsa de huesos, que el fórceps, antes impotente, extrae ahora con la misma facilidad, con que lo hubiera hecho el basiotribo, pero ya sin ninguna esperanza para la infeliz cifótica, que mucho resistió y que pudo haber muerto repentinamente, como acontece alguna vez en estos casos.

Hecho tan elocuente, tiene que dar fuerza á mis palabras: *existen en nuestro país deformaciones pélvicas, que es forzoso conocer bien, para saberlas tratar y salvar las vidas de madres é hijos.*

OBSERVACIÓN 10ª. Sotera Orozco, á término de su gestación vuelve por segunda vez á la Maternidad (Véase observación 7ª, página 15), para ser atendida en su parto, en los primeros días de Julio de 1900. El trabajo comienza el 6; el 7 á medio día, viendo que la dilatación es completa, que la cabeza permanece, sin encajarse, encima del estrecho superior y que los ruidos del corazón fetal están precipitados y algo irregulares, el Sr. Dr. Barreiro hace una aplicación de fórceps, la que logró fijar la cabeza á la entrada de la pelvis; una segunda aplicación, con toma, fronto-mastoidea, la hace descender y se extrae un niño vivo.

El Sr. Dr. Barreiro, antes de dar su alta á esta mujer, midió la pelvis y obtuvo: promonto-púbico, 98 milímetros. Bis-isquiático, 95 milímetros y bis-ciático, 85 milímetros. Altura del pubis, 50 milímetros.

Madre é hijo salieron sanos del hospital.

OBSERVACIÓN 11ª. El día 6 de Julio de 1900, me invitó el Sr. Dr. D. Francisco Armendáriz para examinar en el Hospital Morelos (San Juan de Dios) á una prostituta de 18 años de edad, llamada Francisca Villa, que se curaba en dicho hospital unos chancros de la vulva, y ocupaba la cama núm. 17 de la Sala Pasalagua.

Es esta una mujer de estatura media y en quien, en su conformación exterior, no se revela la viciación de su pelvis. Regularmente menstruada desde los 14 años, ha tenido en lo general buena salud.

Examinando su pelvis, encuentro un pubis más alto que el normal; arco púbico tan estrecho, que hace creer que la mujer no miente al asegurar que las relaciones sexuales nunca han sido completas ni perfectas; diámetro bis-isquiático, de 55 á 60 milímetros, y en la excavación se notan salientes las espinas ciáticas. El diámetro sub-sacro-púbico es normal. A causa de los chancros y de las molestias y dolores que sufre la mujer al ser examinada, se aplazó para más tarde el estudio completo de esta pelvis; pero una vez curada, la mujer se rehusó á sufrir una nueva exploración.

Por las condiciones en que yo hacía este examen, ya se deja com-

prender que las medidas que doy no tienen toda la exactitud deseable; pero aun prescindiendo de ellas, el simple tacto vaginal revela claramente un estrechamiento sumamente notable y digno de un estudio muy detenido y minucioso.

OBSERVACIÓN 12ª Pánfila López, cifótica (cifosis dorsal), de 24 años, de Ayotla, casada, primípara, habiendo padecido anteriormente tifo y escarlatina, entra á Maternidad el 15 de Octubre de 1900, al tercer día de trabajo de parto á término. El examen revela cuello borrado, dilatación como de dos centímetros, fuente rota, dolores irregulares, poco fuertes, muy espaciados, vientre en alforja, producto vivo, cabeza encajada en D. T. y en *presentación de frente*, espinas ciáticas salientes; diámetro bis-isquiático de 80 á 85 milímetros y excavación infundibuliforme.

Se ordena, además de un vendaje en el vientre, lactosa, quinina y estricnina.

Día 16. La dilatación no ha progresado nada; los dolores no han aumentado ni en frecuencia ni en intensidad; pero se nota el cuello dilatado. A las 11 a. m. se pone un globo dilatador. A las cuatro de la tarde la dilatación es como de 8 centímetros, y el Sr. Dr. Barreiro la termina manualmente y procede á aplicar el fórceps de Trélat, colocando una cuchara delante del promontorio y la otra detrás del pubis. Enérgicas tracciones no logran terminar el descenso ni hacer girar la cabeza, en vista de lo cual decidimos hacer una nueva aplicación con toma diferente. El Sr. Dr. Barreiro tuvo la amabilidad de permitir que yo hiciese esta segunda aplicación, que verifiqué con el Tarnier, tomando la cabeza por su diámetro fronto-mastoideo (apófisis mastoide derecho y frontal izquierdo) logrando extraer un feto vivo que murió media hora después. Extracción manual de la placenta; aseo y raspa digital de la cavidad uterina por causa de adherencias y perineorrafia inmediatamente después.

En este difícil parto todo se tuvo en contra: dilatación artificial; contracciones muy débiles, irregulares é ineficaces; mala posición de la cabeza; pelvis infundibuliforme y estrecha, y mujer delicada, pequeña (134 centímetros) y mal constituida.

Al 16º día se dió su alta á esta mujer por sanidad y se ratificaron las medidas de su pelvis.

OBSERVACIÓN 13ª A las 11 de la noche del 23 de Marzo de 1901, ingresó á la Maternidad, para ser atendida en su puerperio, la llamada Espiridiona Rosales, de México, de 19 años, primípara, tortillera y que cinco horas antes, á las seis de la tarde, había dado á luz espontáneamente una niña á término, viva y normalmente conformada.

La duración del trabajo, desde los primeros dolores hasta la expul-

sión del producto, fué de tres horas; la placenta, también espontáneamente, fué expulsada una hora después.

Esta mujer, que tiene 150 centímetros de estatura, no presenta aparentemente ninguna mala conformación, pero al hacerle los aseos vulvar y vaginal (urgentes por el estado de suciedad en que llegó), la partera del servicio notó arriba del pubis, la piel del vientre, arrugada, plegada, más oscura de color, en una extensión como de 7 á 8 centímetros cuadrados, debido esto á una cicatriz irregular como de seis centímetros, que tiene la forma de una S. La vulva está situada más hacia adelante y arriba que la normal.

Haciendo la palpación del hipogastrio, se notó la falta del pubis, existiendo en su lugar un vacío, una hendedura como de 9 centímetros de longitud, en virtud de la cual, la pelvis, así interrumpida, en vez de anillo, tiene la forma de herradura abierta hacia adelante. Es un caso tipo de pelvis hendida.

Nada refiere en sus antecedentes, que llame la atención: no recuerda á qué edad comenzó á dar los primeros pasos; siempre se ha creído bien conformada, y sólo sabe, por el dicho de la madre, hoy difunta, que al nacer tenía en el lugar de la cicatriz un agujero, por donde se escapaba algo de orina; pero que, sin operación y con sólo unciones de alguna pomada, esta abertura se cerró y no volvió á salirse la orina. Ha podido siempre desempeñar su oficio de tortillera, sin ningún impedimento, y puede recorrer grandes distancias sin tropiezo ni dificultad.

En el hipogastrio, en la parte media correspondiente á la vejiga, se nota la piel, como dije antes, más oscura de color, plegada, flácida, presentando una cicatriz irregular, curva, en forma de S.

Cuando la mujer está en la posición vertical, se forma en este punto una saliente arredondada, hernia de la vejiga, del tamaño de una naranja pequeña, cuando no está llena la vejiga, que ocupa el lugar de la sínfisis púbica. La vulva está situada muy hacia adelante, dejando ver el clítoris, que es muy saliente. Las fosas ilíacas desviadas hacia abajo y afuera; las crestas poco curvas y divergentes; entre las espinas ilíacas ántero-superiores, hay 25 centímetros de distancia.

Hacia atrás, las espinas ilíacas póstero-superiores, están más aproximadas que lo normal, y el sacro parece muy abatido.

Los muslos están separados en toda su longitud, de manera que dejan percibir la vulva con bastante claridad; las rodillas no se tocan y al andar la mujer se balancea muy ligeramente.

Por el tacto, el promontorio no se alcanza con facilidad y tampoco es saliente; la excavación parece amplia; las tuberosidades isquiáticas bien separadas y la matriz está en anteversión y abatida.