

Cuando examiné á esta mujer, pocos días después de su alumbramiento, la matriz aun no terminaba su involución, sangraba con facilidad y el tacto vaginal era doloroso; por esta causa tuve que conformarme con los datos referidos, y nó hacer, como lo deseaba, la exploración completa de la pelvis y su medición. Más tarde, por causas que lamento y enteramente ajenas á mi voluntad, me fué imposible hacer nuevo examen y completar esta observación.

OBSERVACIÓN 14ª. Domitila Martínez, de Pachuca, de 20 años, cocinera, de constitución regular y á término de la gestación comienza á sufrir dolores de alumbramiento á las 3 a. m. del lunes 15 de Abril de 1901. El mismo día se hace conducir á la Maternidad en donde ingresa á las 7 de la mañana.

Nada hay en sus generales digno de atención, sino un aborto de cinco meses que tuvo el año pasado; puede, pues, considerarse como nulípara; la causa de este aborto único es para ella desconocida.

La inspección revela un vientre de volumen y forma regular, está surcado de cuarteaduras recientes y línea alba bien perceptible.

La palpación permite reconocer una primera de vértice no encajada; el volumen de la cabeza no es mayor que el normal.

La auscultación hace oír los ruidos del corazón fetal en su lugar correspondiente, fuertes, vigorosos y bien ritmados.

El tacto revela un cuello próximo á borrararse; la cabeza encuéntrase muy alta, simplemente abocada al estrecho superior.

Los dolores son poco enérgicos, espaciados.

El día 16 las condiciones son casi las mismas: dolores poco fuertes é irregulares, que le han permitido dormir bastante bien. La cabeza no se ha encajado; pero el cuello está borrado ya.

El día 17, se encuentra la misma situación de la cabeza; la misma flojedad en los dolores; pero la dilatación es como de un centímetro.

El día 18, la dilatación alcanza á 7 centímetros, los dolores son ya bastante fuertes, más frecuentes, más prolongados, pero siempre irregulares. A las 9 de la mañana la bolsa se rompe espontáneamente y la cabeza continúa en su misma posición, occipito-izquierda anterior. Los ruidos del corazón fetal son buenos y el estado general de la parturienta es bastante satisfactorio.

A las 10 de la noche, el cuello no está enteramente dilatado, pero sí dilatado; deja pasar la mano con facilidad. Se nota en estos momentos un estrechamiento bien marcado, que explica la falta de encajamiento de la cabeza, y por lo cual se procede á terminar el parto por el fórceps.

A esa hora, el médico encargado del servicio Sr. Dr. Barreiro hace una aplicación del instrumento de Tarnier, no habiendo logrado enca-

jar la cabeza; la repite por segunda vez en diferente toma y después todavía hace una tercera y cuarta aplicación, que por haber sido infructuosas, juzga conveniente dar reposo á la enferma y aplazar para el día siguiente otra intervención más adecuada.

El viernes 19, encontrándose la mujer en buen estado, sin calentura, y hallándose el feto vivo y con sus ruidos cardiacos regulares, el Profesor de Clínica hace nueva y vigorosa aplicación del mismo instrumento, que asimismo resultó infructuosa. Se manda un baño general tibio y se aplaza para la tarde una nueva y definitiva intervención.

En la tarde, por muerte del producto, se practica la basiotripsia, que larga y muy laboriosa logró la extracción de la cabeza; para la de los hombros hubo tan grandes dificultades como para aquella y por último, después de dos horas y media de constantes esfuerzos, se logró desembarazar á la mujer, la que murió después, víctima de la septicemia puerperal.

Muy grandes dificultades tuve que vencer para extraer la pelvis, pues la familia se opuso tenazmente á la autopsia y reclamaba el cadáver con urgencia. Afortunadamente, y debido á incidentes que no es del caso referir, pude vencerlas, y la pelvis preparada por mí, es la marcada con la letra H, cuya descripción se encuentra más adelante.

OBSERVACIÓN 15ª. El hábil y entendido cirujano Sr. Dr. D. Julio Clément, atendió en Guadalajara á la llamada Clara Camacho, de 27 años, primípara y á término de su embarazo. Esta mujer medía un metro y nueve centímetros de estatura. El conjugado tenía 36 milímetros de longitud; el bis-isquiático 61 milímetros y el coxi-púbico 99 milímetros. Por medio de la cranioclasia practicada por este señor, y ayudado de varios médicos de Guadalajara, pudo obtener el desembarazamiento. La mujer sanó. La observación detallada se publicó en francés en la «Gaceta Médica,» correspondiente al año de 1869, tomo 4º, pág. 239.

Existen publicadas varias observaciones de pelvis, notablemente estrechadas, con diámetros conjugados de 42, 70, 80 y 83 milímetros, y cuyos casos fueron atendidos por los Sres. Dres. Jiménez y Vértiz, Torres, Ortega, Espejo, Leguía y Martínez del Río.

### III

Al compilar mis escasas observaciones y hacer reminiscencia de las consignadas en nuestra literatura médica nacional, de los clínicos y parteros que nos han precedido, es mi deseo que estas observaciones, unidas á la descripción de las piezas que presento, puedan formar el

punto de partida de un estudio que haga conocer el tipo ó tipos de las viciaciones pélvicas en México, su frecuencia, sus causas, su profilaxia y su mejor tratamiento.

## IV

**Pelvis A.**—La más curiosa, sin duda, de las que presento, es esta, que perteneció á Nestora Medina. (V. la página 12, observación 4ª) Esta pelvis es pequeña en todo su conjunto, como si no hubiese alcanzado su completo desarrollo: todos sus diámetros están acortados y sólo el sub-sacro-sub-púbico, sobrepasa la longitud normal. Esta pequeñez está en relación con el resto del esqueleto, pues los fémures son más delgados y cortos, pero con su conformación normal; lo mismo puede decirse de la columna vertebral, huesos de los miembros superiores, etc. La talla de Nestora era de 158 centímetros. El aspecto general de esta mujer no revelaba el vicio de conformación de su pelvis.

El ileon izquierdo, un poco enderezado y ligeramente más pequeño que el derecho, presenta una sinostosis perfecta con el ala izquierda atrofiada del sacro, formando con ella en la parte correspondiente á la línea inominada, una curva pequeña que corresponde á un arco de círculo de 14 milímetros de radio. La fosa ilíaca, pequeña, conserva su conformación normal. La línea inominada, corta, recta y desviada á la derecha, presenta ligera incurvación al anquilosarse con el sacro.

El brazo horizontal del pubis, pequeño, cortante y delgado, termina por una extremidad engrosada dirigida hacia afuera; el cuerpo del pubis, muy reducido, en su cara interna ó posterior es convexo de arriba á abajo y está perfectamente anquilosado á su congénere; en su cara externa ó anterior es cóncavo de arriba abajo y dirigido hacia adelante y adentro. Los dos pubis, al soldarse, dejan en su parte superior una escotadura de concavidad anterior y en su cara anterior, una canaladura, que al estado fresco estaba ocupada por cartilago. El cuerpo del pubis derecho es más grueso que el izquierdo y los dos al soldarse forman especie de quilla, de gran resistencia, dirigida hacia adelante y abajo, que tiene 43 milímetros de longitud. El cuerpo de estos pubis, está dirigido hacia adelante y adentro, continuando la dirección rectilínea de las líneas inominadas y además, están deprimidos transversalmente, lo que aproxima entre sí los agujeros ovales, que distan, uno de otro 22 milímetros en la parte media.

En virtud de esta doble sinostosis, sacro-ilíaca y púbica, la pelvis queda realmente constituida por un solo hueso, sin más solución de continuidad que la articulación sacro-ilíaca derecha.

La fosa ilíaca derecha es más amplia y excavada que la izquierda: la

línea inominada es recta en sus dos tercios anteriores y curva en el tercio posterior, cerca de su articulación con el sacro, con el ala del cual forma una curva de doble amplitud que la izquierda, pero menos que la normal y que corresponde á un arco de círculo de 25 milímetros de radio.

Las eminencias ileo-pectíneas se notan ligeramente pronunciadas.

El sacro presenta una asimetría bien notable, debida al diferente grado de desarrollo de sus dos mitades derecha é izquierda. Mientras que el ala derecha tiene 35 milímetros, la izquierda sólo cuenta 18, y esta atrofia se advierte tanto en la cara anterior como en la posterior y en los agujeros sacros. Esta ala izquierda está íntimamente soldada con el ileon en sus partes anterior y superior; en la cara posterior se nota una hendidura lineal, correspondiente á las superficies articulares de los dos huesos. Esta anquilosis comprende hacia adelante y arriba el ala izquierda del sacro y la superficie auricular correspondiente del ileon y hacia abajo el borde izquierdo del sacro en la parte que corresponde á los dos primeros agujeros sacros, más estrechos y alargados en el sentido vertical y bien diferentes de los del lado opuesto, que son normales. Su cara anterior es casi plana de arriba abajo, pues la cuerda se separa 9 milímetros del arco; transversalmente es más plana todavía. Su longitud alcanza 92 milímetros y 75 milímetros su anchura. Los cuatro agujeros sacros izquierdos, están situados casi en el borde del hueso, son más pequeños que los del lado opuesto, excepto el tercero, y sin las goteras ó canaladuras que los acompañan al estado normal, para el paso de los nervios.

La asimetría de la cara anterior existe también en la posterior, de manera que la distancia que separa el apófisis espinoso de la primera vértebra sacra de la espina ilíaca póstero-superior izquierda es de 20 milímetros y de 31 milímetros la derecha.

El hueso está desviado hacia la izquierda, como si hubiese girado en torno de su eje vertical ó mejor dicho, de su gran eje, de donde resulta que la mitad derecha es más anterior que la izquierda que se encuentra en plano posterior. Presenta una segunda desviación, de arriba abajo y de derecha á izquierda, lo que hace que el ala izquierda atrofiada, esté en plano superior al que ocupa la derecha y que la punta del hueso se encuentre más cercana á la espina ciática izquierda (50 milímetros) y más alejada de la derecha (67 milímetros). Por último, tiene una tercera desviación, en virtud de la cual la base está dirigida hacia adelante y abajo, y su punta por el contrario hacia atrás y arriba; esta báscula del hueso unida á su aplanamiento, hace que el sub-sacro-púbico sea el diámetro más largo de todos los de esta pelvis.

Sin esfuerzo se deja comprender, que el estrecho superior tiene forma oblicuo-triangular, pues el pubis está desviado á la derecha de la

línea media y el sacro á la izquierda; la línea inominada izquierda, recta en plano más alto que la del otro lado, desviada hacia adentro y muy ligeramente curva hacia su cuarto posterior, para anquilosarse con el sacro; dos hilos á plomo, uno pendiente del pubis y otro del apófisis espinosa de la primera sacra, en vez de coincidir en el mismo plano ántero-posterior, se apartan 23 milímetros; la línea inominada derecha, recta en sus dos tercios anteriores, sólo es curva en el posterior, al articularse con el sacro. Estos caracteres justifican la denominación de *oblicua-triangular*. (Véase el diagrama de esta pelvis.)

Los diámetros del estrecho superior son los siguientes:

Promonto-púbico . . . . .	79 milímetros.
Oblicuo derecho. . . . .	92 „
Id. izquierdo . . . . .	85 „
Transverso útil . . . . .	73 „
Circunferencia . . . . .	30 centímetros.
Distancia del promontorio á la espina iliaca,	
ántero-superior derecha . . . . .	115 milímetros.
Distancia del promontorio á la espina iliaca,	
ántero-superior izquierda. . . . .	90 „

Al abordar el estudio de la excavación, notaremos la gran escotadura ciática izquierda más estrecha que la del lado opuesto y situada más hacia atrás; su borde anterior oblicuamente dirigido de arriba abajo y de fuera adentro, hace que su extremidad, la espina ciática, venga á quedar en línea recta ántero-posterior, delante del 4° agujero sacro y á 50 milímetros de él.

El piso de la cavidad cotiloide, repelido hacia adentro, es ligeramente convexo, sobre todo hacia arriba, acusando la presión ejercida por la cabeza femoral; y como su dirección es oblicua hacia abajo y adentro y además, como existe oblicuidad semejante del lado derecho, la excavación queda deprimida transversalmente adquiriendo la forma de embudo.

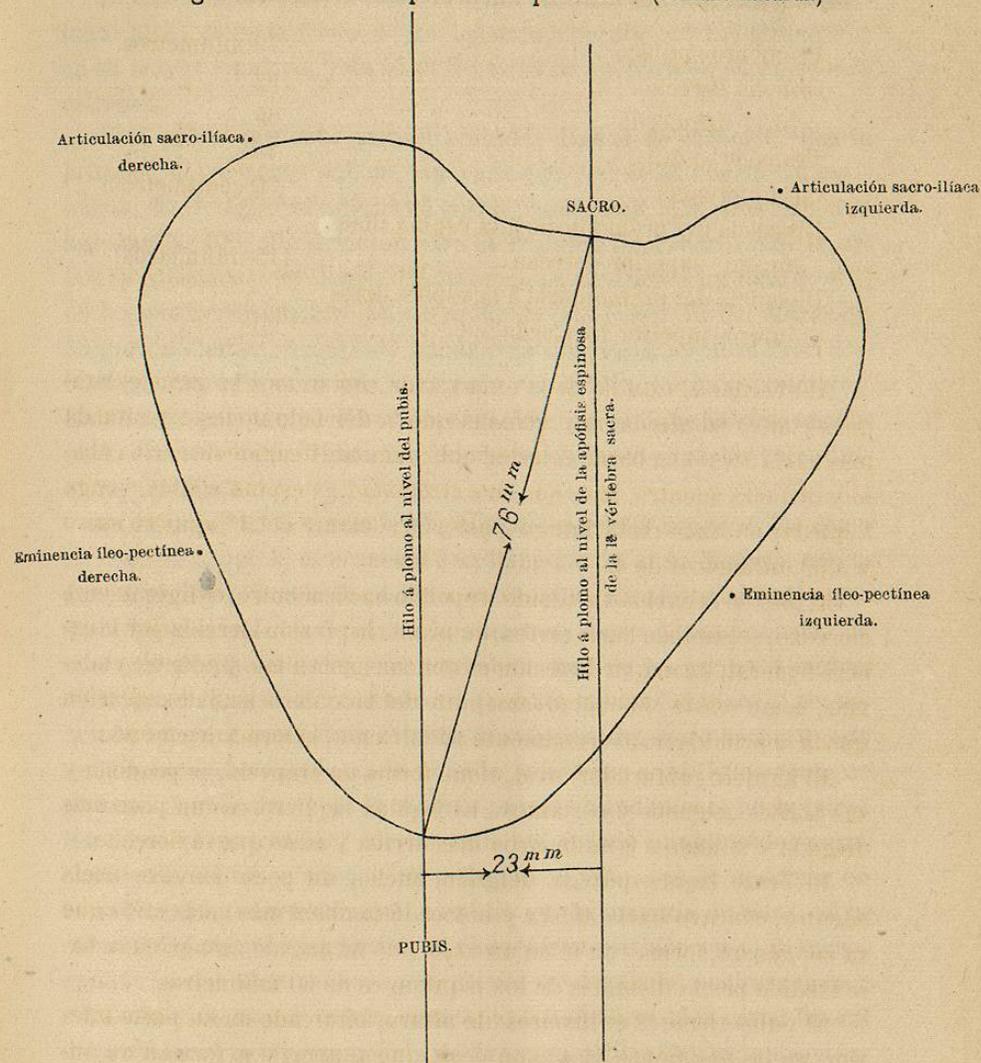
El agujero (obturador) oval, tiene forma de trapecio, es pequeño y sus bordes delgados y cortantes. El izquierdo es un poco más delgado y situado á 8 milímetros más arriba y atrás que el derecho.

El brazo isquio-púbico, delgado, ancho, un poco convexo hacia adentro, cóncavo hacia afuera y colocado también más hacia atrás que su congénere, forma con él no un arco sino un ángulo agudo, cuya base medida por la distancia de los isquion, es de 60 milímetros.

El pubis tiene 42 milímetros de altura, bifurcado en su parte inferior, en las dos ramas isquio-púbicas, que al apartarse forman un ángulo de 52°.

El lado derecho de la excavación es poco más amplio que el izquier-

Diagrama del Estrecho superior de la pelvis A.—(Tamaño natural.)



do, así como la gran escotadura; el piso cotoideo plano é inclinado hacia adentro y abajo, hace que se acentúe la saliente de la espina ciática, sin que lo sea tanto como á la izquierda. El agujero oval casi tiene la forma y tamaño del izquierdo, y el brazo isquio-púbico, más grueso y menos curvo, casi recto, que el izquierdo, termina en un isquion más voluminoso. La distancia entre las dos espinas ciáticas es de 55 milímetros y de 60 milímetros la de las tuberosidades isquiáticas.

El coxis está formado por dos piezas; pues la 1ª y 2ª están anquilosadas, así como la 3ª y 4ª, y con mayor desarrollo del lado derecho.

El estrecho inferior, deprimido transversalmente, alargado de adelante atrás, tiene la forma de un losange irregular de 123 milímetros en su mayor longitud, y de 55 milímetros de anchura en su parte más estrecha.

Esta pelvis presenta particularidades dignas de atención. Sea la primera, la sinostosis púbica, tan rara que casi se ha negado su existencia. El Dr. Queirel estudia 35 pelvis patológicas, más otras 200; si se agregan las 100, que sirvieron para la Tesis del Dr. Pinard; más las 66 también viciadas del Hospital Baudelocque, tendremos un total de 401, en las que no se encontró un ejemplar de esta clase. El Dr. Morisani, asegura no haber encontrado jamás esta sinostosis, y sólo el Prof. Siebold cree haberla visto una vez; pero no publica los datos relativos. En nuestro país tampoco hay observación que indique haberse encontrado esta anomalía. Hasta hoy puede tenerse este ejemplar como único en la ciencia.

Sea la segunda la forma triangular del estrecho superior, así como su pequeñez, que la diferencian ampliamente de la de Nœgelé, con la que, á primera vista se le pudiera confundir. En efecto, si en la que describo se encuentra á más de la sinostosis sacro-iliaca la atrofia de la ala izquierda del sacro, con estrechamiento de los agujeros sacros, correspondientes al lado atrofiado; anchura menor del iliaco y pequeñez de su gran escotadura ciática; desviación del sacro hacia el lado anquilosado; desviación hacia el lado sano (que aquí lógicamente no podemos llamar sano) de la sínfisis púbica; hundimiento de la pared lateral de la excavación, correspondiente al lado anquilosado; estrechamiento del bis-ciático y del estrecho inferior, que se observan en la de Nœgelé, debe notarse en cambio, que la mayoría de estas particularidades del lado izquierdo, se encuentran también en el derecho, aunque menos acentuadas; sacro menos desarrollado, anchura menor del coxal y de su escotadura ciática; aplastamiento de la pared lateral de la excavación y prominencia de la espina ciática (faltando solamente la sinostosis y atrofia sacra correspondiente), caracteres que no existen en la de Nœgelé.

La pequeñez total de esta pelvis, su forma triangular, su anquilosis púbica, su excavación infundibuliforme, la especializan de tal modo, que no es posible confundirla con la de Nøgelé.

De todas las pelvis viciadas descritas hasta hoy, no hay ninguna que se asemeje á ésta, y si nos empeñásemos en buscarle su lugar entre las ya clasificadas, tendría que colocarse entre la de Nøgelé y la de Robert, pues que tiene con la primera las semejanzas ya marcadas, y con la segunda el ángulo formado por los pubis, el estrechamiento de los diámetros transversos; el pequeño apartamiento de los isquion y el estrechamiento del arco púbico que es anguloso; diferenciándose de ambas por la forma del estrecho superior, por el lugar de las sinostosis, por la forma asimétrica del sacro y por la conformación general que es muy diferente de los tipos Nøgelé y Robert.

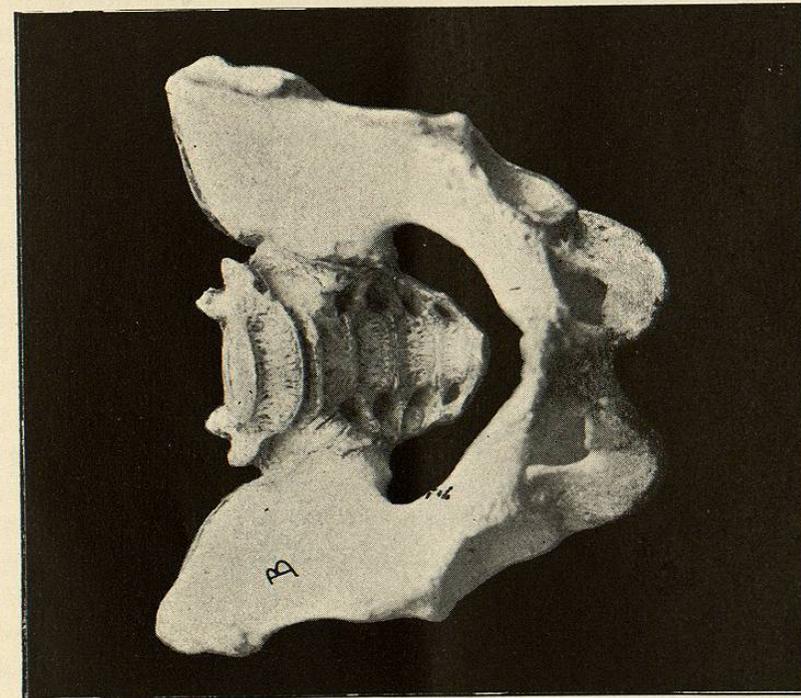
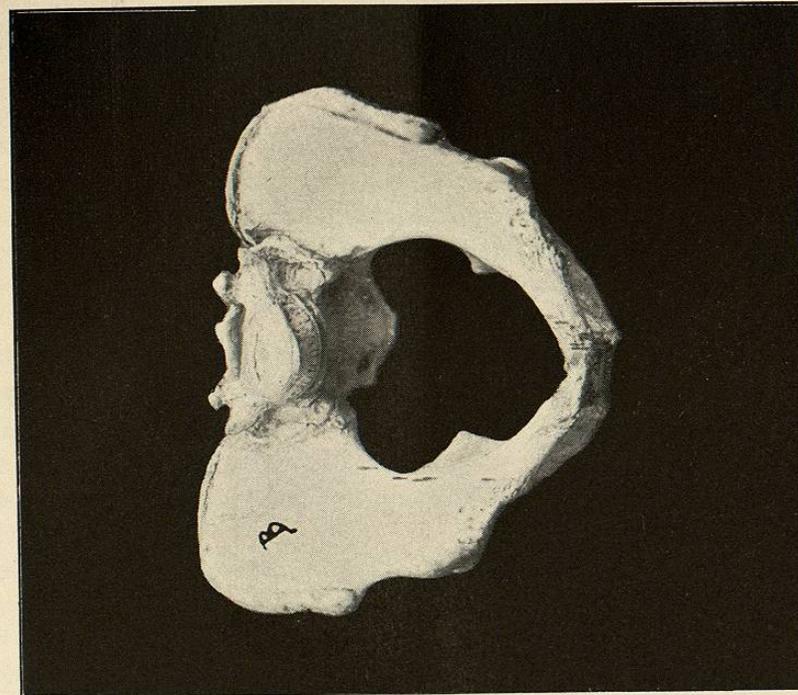
Pero si se deja á un lado el estudio comparativo, no puede pasarse por alto su pequeñez, que revela falta de desarrollo en las piezas que, primitivamente separadas, la componen. Sacro pequeño, casi plano, corto y estrecho; fosas ilíacas reducidas; pubis sin desarrollo completo; diámetros todos acortados; estrecho superior pequeño; excavación en embudo, aplastada transversalmente y su ligero peso de 293 gramos revelan el tipo infantil, conservado por falta de desarrollo; y sobre esta distrofia, ó á causa de ella, se verificó la doble sinostosis, que le imprimió caracteres tan particulares.

## V

**Pelvis B.**—Perteneció á F. L., primípara de 19 años, de Tulancingo. A término de su embarazo y en trabajo de parto es examinada por X\*\*\*, quien encontrando el cuello dilatado y la cabeza en la excavación en OP, sin que avanzara el trabajo, aplica fórceps. No sospechando la existencia de una viciación pélvica y no alcanzando por el tacto el promontorio, creyó que la extracción sería fácil; pero los grandes esfuerzos que hubo de desplegar, pronto le hicieron comprender que la situación era grave. No obstante, sigue haciendo tracciones, que al fin lograron la extracción de un feto muerto, quedando la madre con perineo y vagina desgarrados, únicas lesiones que por entonces se pudieron apreciar.

La señora tuvo elevación de temperatura desde el mismo día de su parto y la infección fué tan seria, que ocasionó su muerte.

La autopsia, que pudo hacerse gracias á incidentes que no son del caso referir, demostró: primero, desgarradura de los ligamentos y cartilago de la articulación púbica, con arrancamiento del manguillo pe-



PELVIS B, de la colección del Dr. J. Duque de Estrada.— (Véase el estudio relativo.)

ri-huesoso del cuerpo del pubis izquierdo; fractura incompleta de la extremidad del brazo horizontal del pubis derecho; desgarradura completa del arcuatum, y en una palabra, de toda la sínfisis púbica, la que bañada por el pus, comunicaba con la vagina por una herida retro-púbica, en la que se comprendía también la uretra. Segundo, desgarradura de las dos articulaciones sacro-iliacas; desgarraduras de las partes blandas vecinas; fracturas de los bordes anterior y superior de las dos alas sacras, en puntos cercanos y correspondientes á sus articulaciones con los ilíacos.

Estas lesiones del pubis y del manguillo peri-huesoso, así como las fracturas de las alas del sacro, son perfectamente visibles en esta pelvis.

Para dar de ella la idea más aproximada posible, he creído conveniente hacer primero la descripción de cada uno de los huesos y después la de la pelvis en conjunto, lo que hará mejor resaltar sus deformaciones.

La atención se fija desde luego en el sacro que mide 70<sup>mm.</sup> de longitud y cuya mayor anchura en su base es de 80<sup>mm.</sup>; su cara anterior, de 63<sup>mm.</sup> de ancho es poco curva; la cuerda se aparta del arco 15<sup>mm.</sup>, y siguiendo su curvatura, la longitud del sacro alcanza 77<sup>mm.</sup> Está formado por sólo cuatro vértebras sacras, pues la última, la quinta, es rudimentaria y tiene sólo 5<sup>mm.</sup> de altura.

Las alas del sacro, atrofiadas y deformadas, apenas conservan huellas de su forma normal; nada daría mejor idea de su deformidad, que suponiéndolas hechas de cera y después comprimidas transversalmente por los ilíacos, en virtud de una presión concéntrica. Efectivamente, se ven sus superficies como arrugadas, ondeadas, repelidas hacia adentro, dobladas sobre la cara anterior, más la derecha que la izquierda, lo que interrumpe la parte de línea inominada que debieran formar estas alas. Este aplastamiento transverso, hace que las alas sacras sean no sólo onduladas y deformadas, sino levantadas en sus caras superiores; que la superficie articular superior de la primera vértebra sacra, esté colocada en un plano inferior al borde articular superior de dichas alas y que el cuerpo del sacro quede hundido entre ellas. En su cara superior estas alas forman á los lados de la 5.<sup>a</sup> lombar una canaladura que apenas da paso al índice. En el borde anterior, es decir, en la parte en que estas alas concurren á formar la línea inominada, se doblan hacia adentro, más la derecha que la izquierda, formando un ángulo obtuso con la cara anterior del cuerpo de la primera vértebra sacra, disposición que interrumpe la curva amplia, que hacia atrás debía tener el estrecho superior. El ala izquierda tiene 20<sup>mm.</sup> de latitud y la derecha 17<sup>mm.</sup> Estas deformidades dan al sacro un aspecto que pocas palabras lo describen; pequeño, compuesto de cuatro vértebras, aplas-