

repentinamente la cabeza descende á la excavación. El examen revela la ruptura de la sínfisis púbica, así como de las partes blandas situadas abajo. Se sutura la herida y se deja en la uretra una sonda á permanencia; á pesar de esto, la hemorragia continúa amenazadora y hay que taponar fuertemente; continúa la hemorragia y media hora después se aplica nuevo tapón de gasa yodoformada, infiltrada de una solución á 40° centígrados de gelatina al 10 por 100. Se detiene la hemorragia pero el estado de la paciente es grave y desde el día siguiente sube la temperatura á 39°. Al quinto día muere á consecuencia de septicemia sobre-aguda. El feto voluminoso, pesaba 3,100 gramos.

Este caso demuestra la necesidad de tener en cuenta el volumen de la cabeza, su grado de osificación, su reductibilidad, etc., y no contar solamente con las dimensiones de la pelvis.

## SECCION SEGUNDA.

### PELVIS INFUNDIBULIFORMES.

#### I

1ª El 23 de Noviembre de 1898, Juana Martínez, de Zumpango, primípara, casi á término de su embarazo, fué conducida á la Maternidad á causa de hemorragias por placenta previa marginal. Habiéndose presentado indicación de terminar el parto por el fórceps, nos pudimos dar cuenta el Sr. Dr. Barreiro y yo, de que las dificultades para la extracción de la cabeza dependían de una estrechez del arco púbico, ligado á una longitud del pubis un poco mayor que la normal, pues medía de cinco y medio á seis centímetros.

La extracción fué laboriosa y para conseguirla hubo necesidad de vigorosas tracciones, dirigidas hacia abajo, á fin de terminar el descenso de la cabeza y el encajamiento del sub-occipucio debajo del arco púbico. Se hicieron tres aplicaciones del instrumento, á causa de la dificultad para abatir el occipucio y desprenderlo de entre las tuberosidades isquiáticas.

Grandes fueron las precauciones tomadas para proteger el perineo; sin embargo, se desgarró.

Madre é hija salieron sanas del hospital; pero antes rectificamos las medidas que habíamos tomado, del diámetro bis-isquiático, que calculamos en 80 milímetros, término medio de varias mediciones. El diámetro sub-sacro-púbico era normal, lo que nos indica que no había inclinación anómala de la sínfisis púbica.

2ª En las primeras horas de la mañana del 7 de Diciembre de 1898, era conducida al hospital Martina Alvarez, de México, de 20 años, de buena constitución y bien desarrollada, nulípara, y en trabajo de parto á término, desde las cuatro de la tarde del día 5. El examen revela: dilatación completa, cabeza en OIA en la excavación, fuente rota desde el 6 á medio día; contracciones fuertes, regulares, vigorosas; latidos del corazón fetal un poco precipitados.

Buscando la causa que impedía la terminación espontánea del tra-

bajo noté: que llevando el dedo detrás de la sínfisis púbica, pasaba con relativa facilidad y se alcanzaba la oreja derecha anterior del feto; que durante las contracciones la cabeza se apoyaba fuertemente sobre los brazos descendentes de los pubis, y por último, que la contracción por energética que fuese, no era eficaz, puesto que nada avanzaba la cabeza, encontrándose inclinada (asinelítica).

Examinando el arco púbico no lo encontré arqueado, sino anguloso y estrecho; las tuberosidades isquiáticas aproximadas y el pubis no mas largo que el normal. La medición del bis-isquiático dió 82 á 85 milímetros aproximadamente, y 40 milímetros la altura de la sínfisis púbica.

Hice una aplicación de fórceps, durante la cual, tuve necesidad de desplegar bastante fuerza para abatir bien la cabeza, apoyarla sobre el piso perineal, hacerla girar y encajar el sub-occipucio bajo el arco púbico. Pero como la cabeza quedaba muy abatida y el sub-occipucio no rasaba el arco del pubis, sino que quedaba entre él y la cabeza un espacio inutilizado, no pudo evitarse el desgarró perineal, á pesar del empeño y cuidado que se tuvo en sostenerlo.

Después de la expulsión de la placenta, procedí á suturar el perineo que quedó perfectamente reparado.

Madre é hija salieron sanas de la Maternidad.

3ª. Angela Banda, de 17 años, de México, de constitución delicada, primípara y á término de su embarazo, comenzó á sentir los dolores del trabajo el domingo 29 de Abril de 1900, á medio día. El lunes 30 en la mañana ingresa á Maternidad, y continúan los dolores durante todo este día y el siguiente, martes 1º de Mayo, en que se rompe la fuente espontáneamente á las ocho de la noche. La dilatación era entonces completa; la cabeza había terminado su descenso pero se encontraba colocada asinelíticamente (lo que en Maternidad llaman *lateralización de la cabeza*), es decir, que el lambda estaba debajo y en dirección de la sínfisis púbica, en el centro del arco; pero la sagital estaba dirigida hacia atrás y á la derecha, en otros términos: sobre el piso perineal apoyaba solamente el parietal izquierdo. Debajo de la sínfisis y rasando con el dedo el vértice del arco se llega fácilmente á tocar la oreja derecha anterior del feto, y antes de alcanzarla se siente la fontanela de Gaser, que por alguno de los que estaban presentes, fué tomada por la lambdoides. Se percibía claramente el espacio triangular que quedaba entre el cráneo hacia abajo y el ángulo del pubis hacia arriba.

En cada contracción la cabeza se abate y tiende á encajarse oblicuamente entre los isquion; pero pasado el dolor, vuelve á su misma posición. Durante éstos, la cabeza entreabre la vulva, y si entonces se practica el tacto, se asegura que no son las partes blandas las que impiden la terminación del trabajo.

A las diez de la noche llego al establecimiento (estaba encargado del servicio por enfermedad del Sr. Barreiro) y hago estas observaciones; pero como no había urgencia en terminar el parto, espero para después de una embriotomía, que esa misma noche practiqué en el referido Hospital.

A las 12 de la noche vuelvo á ver á la paciente, y encontrándola fatigada, con más de 60 horas de trabajo y éste sin haber avanzado nada, desde mi primer examen y sin probabilidades de espontáneo alumbramiento, aplico fórceps, no sin haber antes medido el bis-isquiático que alcanzaba 80 milímetros, reconocido el arco del pubis, que es estrecho y de brazos más bien rectos que ligeramente curvos y el pubis que mide 35 milímetros de altura.

Usé del fórceps de Trelat elástico y de ramas no cruzadas, y ya colocado, como éstas abrían ampliamente la vulva, todos los presentes (el Sr. Santos Grande, practicante del departamento, entre otros), pudieron notar que durante las contracciones, la cabeza apoyaba sobre los brazos isquiáticos, que la detenían en su camino.

Durante las tracciones, apoyé mis rodillas en el piso de la sala (la cama en que operaba era muy baja), para hacer la tracción hacia abajo; después hice ligeros movimientos de lateralidad, para encajar y desprender alternativamente las dos extremidades del bi-parietal. Las tracciones fueron fuertes y largo tiempo sostenidas.

Esta mujer, de corto perineo, sufrió el desgarró consiguiente, y para repararlo hubo necesidad de cinco puntos de sutura. La niña nació en estado de muerte aparente; pero fué fácil y prontamente reanimada.

El día 10 de Mayo quité los puntos de sutura y el 14 el Sr. Dr. Barreiro midió el bis-isquiático, que le dió 80 milímetros y pudo además darse cuenta exacta de la forma en embudo de esta pelvis, de la estrechez del arco y de la longitud del pubis, que no pasaba de 35 milímetros.

Madre é hija salieron sanas del establecimiento.

Como éstas, muchas observaciones pudiera referir en que la intervención fué necesitada, no por resistencia anormal del perineo ni tampoco por mayor longitud del pubis, sino por una verdadera estrechez del arco púbico.

Desde mis primeros pasos en la práctica civil pude notar los enojos y contrariedades que á familias y parteros causan los desgarramientos perineales, y me dediqué con empeño á evitarlos por todos los medios que estuviesen á mi alcance. Pero mis decepciones no eran tan raras como mis cuidados me lo hacían esperar.

Ví que en muchas ocasiones, aún á personas hábiles, á mis maestros, pasaban estos percances, y que á pesar de su habilidad y su práctica,

en sus manos quedaban destrozados muchos perineos; pero también vi que en infinidad de casos, con ligeros cuidados y hasta sin ellos, los perineos quedaban casi intactos, con solo el desgarramiento de la horquilla.

Algunos años pasaron sin haber podido encontrar causa que me explicara, á entera satisfacción, estos dos hechos en apariencia paradójicos: unas veces, por más cuidados que pusiera, perineo desgarrado; otras, con ó sin cuidados, perineo casi intacto. El tiempo me hizo ver que cuando el desprendimiento de la cabeza era difícil y laborioso, el perineo se desgarraba; pero no sabía más.

Al terminar el año de 1891 fui llamado para ver en el Rancho de las Palomas, á una mujer (la portera de la casa), que llevaba dos días en trabajo de parto, y á quien el día anterior no había podido extraer el producto el médico esa vez solicitado. Una enorme giba sero-sanguínea abría ampliamente la vulva, edematosa y desgarrada; producto muerto y en plena putrefacción. La mujer tenía 40° de temperatura.

A primera vista el caso me pareció de los más fáciles; pero no dejaba de sorprenderme que el médico que había intervenido anteriormente, no hubiese extraído la cabeza. Procedo á examinar y encuentro dificultad inmensa para pasar mi mano á los lados de la cabeza, pues ésta se apoyaba fuertemente sobre las ramas isquio-púbicas. La colocación de las cucharas del fórceps, sobre todo de la segunda, fué muy laboriosa, así como su articulación, que no logré sino después de varias tentativas. Ya estos obstáculos me habían impresionado; pero mi sorpresa fué más grande al ver que tracciones vigorosas no desprendían aquella cabeza de tamaño normal. Por fin, pude extraerla; el perineo quedó sumamente maltratado y la mujer murió dos días después víctima de la infección.

Mucha luz me dió este caso y me indicó un camino en que nunca había pensado. El arco púbico notablemente estrechado, era sin vacilación, la causa única de las dificultades para colocar el fórceps, y puesto éste, para extraer la cabeza. Según que este estrechamiento del arco fuese más ó menos pronunciado, así se encontrarían dificultades para el paso de la cabeza ó simplemente desgarraduras perineales.

Empeñado en este estudio y eliminando la mayor longitud del pubis, buscada en vano, así como la resistencia excesiva de las partes blandas, que no siempre existía, llegué á persuadirme de que esta estrechez del arco púbico era la causa principal de los desgarramientos del perineo en las mujeres mexicanas.

Puesto en esta vía, mis pronósticos, con respecto al perineo, rara vez salían fallidos, aun tratándose de primíparas de edad.

Si el arco púbico es ligeramente estrecho, ó si los brazos isquio-pú-

bicos son poco curvos, con cuidado, habilidad y ESTANDO LA MUJER ATRAVESADA EN SU CAMA EN POSICIÓN OBSTÉTRICA, condición indispensable para que la protección sea eficaz, el desgarramiento puede evitarse; pero si la estrechez es más grande, la ruptura se hará forzosamente y será proporcionada, no sólo al estrechamiento y á la mayor ó menor elasticidad perineal, sino á la habilidad del partero.

Si la angostura del arco es más considerable aún, se tendrá que intervenir con el fórceps, la cabeza se desprenderá muy abajo y, como en las observaciones que acabo de referir, los más grandes cuidados no bastarán para conservar intacto el perineo. Inútil es advertir que como factores de gran importancia, debemos considerar el volumen de la cabeza y su reductibilidad, así como la mayor ó menor elasticidad del perineo, posición de la vulva, etc., y sobre todo el estado patológico (edema), ó el estado general de la mujer (albuminuria), etc., etc., que da menor resistencia á sus tejidos.

¡Cuántos de estos desgarramientos se atribuyen á la poca habilidad del partero, á SU BARBARIDAD! ¡Cuántos, el mismo partero se los cargará á su cuenta, allá á sus solas y no á la verdadera causa, á la que obligó la intervención!

Esta deformidad de la pelvis ha pasado muy fácilmente desapercibida, porque casi nunca se ha asegurado del verdadero obstáculo el médico que se ve obligado á terminar un parto con el fórceps, porque la cabeza que entreabre la vulva no avanza, atribuyéndolo siempre á resistencia perineal ó vulvar. No estudia la contracción para fijarse bien en dónde, en qué punto, se detiene la cabeza, y en dónde se agotan, sin resultado, las contracciones útero-abdominales; ni observa el asinclitismo, ni mide el bis-isquiático, ni estudia la conformación del arco púbico. Al hacer las tracciones con el fórceps, la fuerza que tuvo que desplegar, EN ESTE CASO, no la compara con la ligera que se necesita para extraer una cabeza, cuando es detenida por sólo la resistencia de las partes blandas; no le sorprende que con un perineo blando y elástico, contracciones tan enérgicas y tan repetidas, ayudadas de esfuerzos poderosos de la mujer y esto sostenido por varias horas, no consigan expulsar esa cabeza; y por último, tampoco le sorprende el por qué, TAMBIÉN EN ESTE CASO, fué mayor el desgarramiento perineal.

Como esta deformidad necesitaba la debida comprobación, la busqué en el estudio anatómico de la pelvis seca y comencé por medir todas las que estuvieron á mi alcance; pero como éstas son pocas, acudí al Museo de la Escuela de Medicina en donde debían encontrarse las estudiadas por el Sr. Dr. Sánchez en su tesis profesional. Estas, más 27 que he podido proporcionarme y una del Museo de la Escuela (véase la página 43), dan un total de 78, con cuyo número tan corto, no es po-

sible sacar conclusiones verdaderamente rigurosas, con relación á su frecuencia; pero las que encontré deformadas entre estas 78, son bastantes para llamar la atención sobre este punto y para poder asegurar que, más ó menos frecuente, esta deformación existe en México.

## II

Las paredes de la excavación acercándose normalmente una á otra en el sentido transversal, presentan en su parte media, un diámetro más corto, que por ser de todos los de la excavación el más pequeño, la divide en dos partes: una superior y otra inferior; este estrechamiento se designa con el nombre de *estrecho medio*, va de una espina ciática á la otra, mide por término medio en las pelvis europeas, diez centímetros y se le llama bis-ciático ó inter-espinoso.

Abajo de este estrecho, hay una ampliación, en virtud del alejamiento excéntrico que sufren las tuberosidades isquiáticas, debido al movimiento de nutación y que viene á formar parte de lo que se llama *estrecho inferior*. A causa de esta ampliación, dichas tuberosidades dejan entre sí un espacio, diámetro bis-isquiático, más considerable que el que existe arriba, entre las espinas ciáticas. Este diámetro, bis-isquiático, tiene en la pelvis europea, por término medio, once centímetros.

Entre las 27 pelvis que he podido examinar, encontré cinco, en las que estos dos diámetros median: una bis-ciático 81<sup>mm.</sup> y bis-isquiático 83<sup>mm.</sup> (I); otra bis-ciático y bis-isquiático 86<sup>mm.</sup> (II); otra bis-ciático 87<sup>mm.</sup> y bis-isquiático 82<sup>mm.</sup> (III); la (IV) bis-ciático 81<sup>mm.</sup> y bis-isquiático 80<sup>mm.</sup>; y por último, la (V) bis-ciático 86<sup>mm.</sup> y bis-isquiático 90<sup>mm.</sup> Es decir, que en estas cinco pelvis, *consideradas como normales*, había en todas ellas, primero, un acortamiento de los transversos medio é inferior; segundo, que en dos, la 3ª y 4ª, el bis-ciático es mayor que el bis-isquiático; tercero, que en otra, la 2ª, estos diámetros son iguales; y cuarto, que en las 1ª, 3ª y 5ª la mayor diferencia entre estos dos diámetros es de dos, cinco y cuatro milímetros. Hay, pues, en estas pelvis, un acortamiento de los transversos; pero más marcado en el bis-isquiático, que normalmente es mayor que el bis-ciático.

El Sr. Dr. D. José de Jesús Sánchez Gómez, para su examen profesional, presentó el año de 1891 el «Breve estudio sobre la Pelvis,» en que da los resultados que obtuvo de la medición de 50 pelvis (consideradas por él como normales todas), de mujeres que murieron en el hospital de San Andrés y de las cuales cuarenta tuvieron sus partos espontáneos, según lo manifestaron ellas mismas al Sr. Dr. Sánchez.

Al estudiar el cuadro núm. 1 de dicho trabajo, se ve que el diámetro bis-ciático tiene por término medio 96<sup>mm.</sup>5 y el bis-isquiático 93<sup>mm.</sup>4, es decir, que el bis-isquiático que en la pelvis europea tiene por término medio *once centímetros* y es por consiguiente *un centímetro* más grande que el bis-ciático que tiene *diez*; por el contrario en la mexicana, el bis-isquiático es inferior, de donde resulta que **NO EXISTE EN ELLA ESTRECHO MEDIO**, que es infundibuliforme, y que conserva, en consecuencia, una huella de la primitiva forma infantil.

Esta diferencia en la longitud de los transversos, así como su acortamiento, aunque venía á ser la comprobación perfecta de lo que la clínica me había enseñado, llamó mi atención porque en la página 48 de la citada Tesis, el Sr. Dr. Sánchez, al hablar del diámetro bis-isquiático dice, que la máxima longitud encontrada es de 119<sup>mm.</sup> y la mínima de 72<sup>mm.</sup>; pues bien, cabe dudar que un parto se efectúe espontáneamente existiendo un diámetro bis-isquiático de 72<sup>mm.</sup> y un bis-ciático de 78<sup>mm.</sup> como pasa con la pelvis núm. 19, de Pascuala Baeza, *si el producto es de término, la cabeza bien osificada y normalmente desarrollada*. Lo mismo pasa con la pelvis núm. 23, que dió 72<sup>mm.</sup> de bis-isquiático y 82<sup>mm.</sup> de bis-ciático (es decir, precisamente lo inverso de lo que consideramos como normal), y corresponde á la llamada Jesús Hernández, á una de aquellas mujeres á quienes, como la anterior Pascuala Baeza, habló el Sr. Dr. Sánchez, y que pudieron suministrar datos sobre sus partos. (Mediciones del Sr. Dr. Sánchez).

Varios años ha que para estudiar este punto, pasé al Museo de la Escuela de Medicina á medir algunas pelvis; pues que si en el cuadro del Sr. Sánchez hay alguna errata de imprenta no advertida, como sucede con la pelvis núm. 33, que tiene por diámetro bis-isquiático 67<sup>mm.</sup>, á todas luces erróneo, no podría atribuirse á la misma causa, la particularidad de *tener su diámetro bis-ciático más grande ó igual que el bis-isquiático, 33 pelvis entre las 50 medidas*. En cuatro diferentes ocasiones examiné las referidas pelvis y encontré diferencias entre las mediciones del Sr. Sánchez y las mías, en estos diámetros, debidas indudablemente á confusión de las medidas con el número de las pelvis ó á desecación de los ligamentos. Las marcadas con los números 2, 19, 23, 29 y 33, son muy dignas de atención. A la número 33 de Feliciano García Mendoza, le encontré 98<sup>mm.</sup> de conjugado, 81<sup>mm.</sup> de bis-ciático y 77<sup>mm.</sup> de bis-isquiático, en vez de 67<sup>mm.</sup> que por error de imprenta se asignó á este diámetro en el citado cuadro.

La deformación que señalo, comprobada por las pelvis del Museo, (las del Dr. Sánchez), por las mías y por la número 47 del mismo Museo, revelan con toda la evidencia que el más exigente podría desear, que en nuestro país existe (las pelvis examinadas pertenecen á muje-

res nacidas en diferentes Estados de la República) una viciación pélvica, caracterizada por el acortamiento del bis-ciático y del bis-isquiático, especialmente de este último, que es igual ó menor que el bis-ciático y cuya consecuencia inmediata es la menor amplitud en el sentido transversal de la parte inferior de la excavación y además el estrechamiento correlativo del arco del pubis. En virtud de este acortamiento, el estrecho medio no existe en pelvis así deformadas, lo que les da una forma de embudo que recuerda la infantil.

Las diferencias de milímetros encontradas entre las mediciones hechas por el Sr. Dr. Sánchez y por mí, no niegan ni debilitan mis conclusiones ni apocan el trabajo tan concienzudo del Sr. Dr. Sánchez: hay acuerdo perfecto entre nosotros, relativamente á la conformación general de estas pelvis y sólo disintimos en milímetros en más ó en menos, en los diámetros transversos de algunas pelvis.

Aunque parezca innecesario, no creo por demás advertir que no se trata aquí de la mayor saliente, de la mayor prominencia que en el interior de la excavación puedan hacer únicamente las espinas ciáticas, como sucede en algunas pelvis cifóticas; no: las espinas ciáticas en estas pelvis á que me refero, están más aproximadas entre sí, lo mismo que las tuberosidades del isquion á causa del aplastamiento transverso de la excavación, de donde el acortamiento de los dos diámetros, bis-ciático y bis-isquiático.

El punto capital es la forma en embudo, es el aplastamiento transversal de la parte inferior de la excavación lo que hace desaparecer el estrecho medio normal y aproximando entre sí las dichas tuberosidades isquiáticas, reduce proporcionalmente la abertura inferior ó base del arco púbico.

Comprobada por la anatomía y bien señalada por la clínica, esta viciación, de tan considerable trascendencia como veremos más adelante, no ha sido conocida ni descrita, bajo el punto de vista obstétrico por ningún médico mexicano, antes que por mí.

En efecto, el Sr. Dr. Sánchez, al estudiar y medir sus 50 pelvis, no se fijó en que 33 de ellas (datos que tomo de su tesis) tenían: unas iguales los diámetros bis-ciáticos y bis-isquiáticos; otras, en que el primero era más largo que el segundo y además, que todos estos diámetros eran más cortos que los normales. De aquí resultó, que al asentar el promedio en su cuadro n.º 1, el bis-ciático que le asigna 96.5 milímetros fue más grande que el bis-isquiático que sólo mide 93.4 milímetros, proporción enteramente inversa de la considerada como normal. No sólo no se fijó en esta particularidad, que imprime carácter á la pelvis así deformada; no sólo no le llamó la atención la gran diferencia que existe entre la máxima de 119 milímetros y la mínima de 72 milímetros,

obtenidas para un mismo diámetro, el bis-isquiático, sino que consideró todas sus 50 pelvis como normales; puesto que en la página 16, dice lo siguiente: «El parto es posible, digo más, es eutócico, en pelvis que tengan dimensiones comprendidas entre la máxima y mínima que se leen en el Cuadro estadístico, con la condición que no presenten una irregularidad muy marcada.»

Se ve, pues, que no sólo se refiere á sus 50 pelvis, sino que establece una regla aplicable á toda pelvis. Podrá ser; pero yo no me explico que una cabeza de feto, á término y bien conformada, que cuando menos debe tener 90 milímetros de bi-parietal, pase fácilmente por un bis-isquiático de 72 milímetros; que el parto no sólo sea posible, sino eutócico y que esto pueda establecerse como regla general, siempre que no exista irregularidad muy marcada.

Pero de cualquiera manera, la viciación pélvica que señalo, no fué reconocida por el Sr. Dr. Sánchez, ni lo ha sido tampoco por ningún otro médico mexicano antes que por mí. Mientras no se demuestre que otro partero haya señalado antes que yo: 1.º el acortamiento de los diámetros bis-ciático y bis-isquiático; 2.º, su relación proporcional diferente á la pelvis bien constituida; 3.º, el aplastamiento transversal de la parte de la excavación comprendida entre las espinas ciáticas hacia arriba y las tuberosidades isquiáticas hacia abajo (excavación infundibuliforme); 4.º, el estrechamiento correlativo del arco del pubis; 5.º, las consecuencias distócicas debidas á esta viciación (dificultad en el descenso de la cabeza; dificultad ó imposibilidad en su rotación; dificultad en su desprendimiento; desgarradura perineal, etc.): creo que la justicia me asiste para reclamar con derecho mi prioridad en estos estudios de obstetricia nacional.

### III

Muy importante es el conocimiento de la relación que existe entre este estrechamiento de la parte inferior de la excavación y la longitud de los diámetros oblicuos y especialmente del transversal del *Estrecho superior*; pero para este estudio comparativo, se necesita un número considerable de pelvis viciadas de que no he podido disponer. Entre las que he examinado, en unas el estrecho superior es normal y el estrechamiento existe exclusivamente en la parte inferior de la excavación (pelvis 2, 4, y 5 de mi colección, véase página 52); pero en otras he encontrado (1 y 3 de la misma colección), un acortamiento del transversal del estrecho superior que, aunque ligero, indica que estas dos pelvis, en su conjunto están comprimidas transversalmente. Lo mismo puedo decir de las descritas por el Sr. Dr. Sánchez y que pue-