

1891

H. 67

11332



Becario de Bachillerato

leída ante la

Facultad de Medicina de Lima

_____ por _____

Francisco G. de Mora

1891.

Ecole Vénitienne.

Ley de Decano

Presidente de maestros.

Con bastante razón ha dicho Michel: la mujer es un único servicio por órganos. De los tres períodos de la vida de la mujer, el periodo genital, comprendido, regularmente, entre los 15 y los 45 años, es el más importante. En este largo periodo, en que, el organismo, llegado a su completo desarrollo, desplega en mayor energía, el aparato reproductor vuela el primer término: la menstruación primera, la gestación después y finalmente la lactancia ejercen el funcionamiento general.

Si la mujer, a quien corresponde la parte más importante en la labor de multiplicación, tiene que pasar por el acto fisiológico más delicado y más doloroso que es el parto; si muerde la vida se haya más emperonietada y el interés de salvarla es mayor, bien puede disolverse así otro motivo tal perentorio y trájalo, sin duda, pero que lleva en sí la excusa de referirse a un punto que obliga, más que ningún otro, la conducta del tocólogo.

Obligado al cumplimiento de una prescripción reglamentaria, me encontraba solicitado por dos parejas igualmente poderosas: mi escasa competencia por mi lado, nuestra reconocida benevolencia.

por otro. Precisado ya decidirme, he creído que la importancia de la primera excede mucho ante la magnitud de la segunda, á la cual me acijo.

Siendo el tema elegido entre ramante clínico, veírse precisado á declarar que, si alquiminto el trabajo enceñara, el título correspondía á muchísima respetada maestra de prácticas, cuyas sabias indicaciones he procurado seguir

La mujer debe parir; pero, para hacerlo, necesita mi conforto y de condiciones favorables.

Cuando estas no se realizan se dice que hay dificultad; es decir: el parto se hace difícil, imposible ó peligroso para la madre ó para el feto ó niño, necesitando, por consiguiente, la intervención más ó menos activa del partero.

De todas las diferentes variedades de distocias ninguna existe mas grande que la producida por la mala conformación de los huesos de la pelvis: una pelvis de 7 centímetros no permitirá el pasaje de una cabecera de 9; la histerotomía es recomendada por un diámetro anteroposterior de 5 centímetros, Y. a. Y. a.

De la observación de multitud de casos se llega á concluir que, de una buen a conformación exterior, no se pude de-

3

de decir la existencia de una pelvis bien
conformada (Velpeau). La pelvis de Wag-
le presenta los casos comprobatorios en los
el diseño de este asunto.

Ingresó ya las clínicas de la
Facultad de Medicina de París una mu-
jer aparentemente bien conformada y desem-
barazó sin accidente; habiendo ingresado
mas tarde por una pneumonia falleció. Por
indicación de su hermano se hizo la dise-
cción del esqueleto, esperando hallar un es-
pecimen de buena conformación, y no fue
poco el asombro al descubrir una pelvis obli-

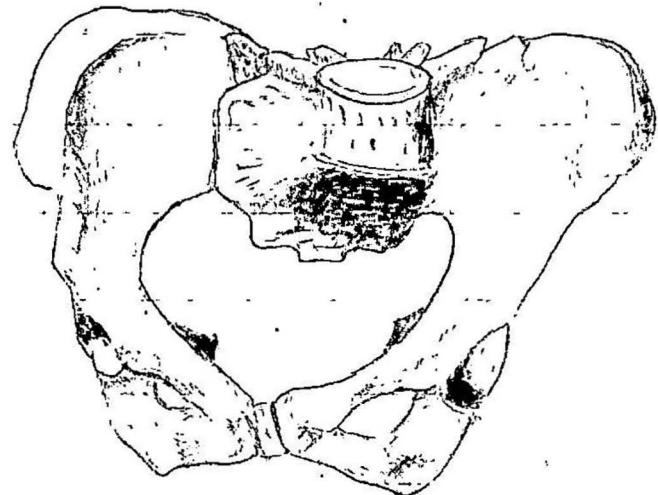


Fig 1 - Depazil.

convolata tipica (fig. 1).

Otra mujer se presenta á la
Maternidad, también con una aparición
regular, hacia sesenta días que estaba en tra-
bajo y parente y ocho horas de la ex-
pulsión de las aguas del amniot. La in-
ferma muere en el momento en que si per-
fora el cráneo del feto: se trataba también
de una pelvis de Wagle.

Otro de Bréhan necesita
115 pelvis para encontrar una que pueda ei-
tar como tipo de pelvis normal y Wagle ne-
cesita más de 50. Estas cifras lejos de sumbrar

-2-

el desaliento y contribuyendo solamente ya poco
muyos en guardia; porque, si bien es verdad
que, si el tipo normal de la pelvis es recto,
también lo son las estrecheces de grado tal
que exigen para su travesía una

Las estadísticas que solo se
pueden formar bien en los hospitales y en ater-
ridades no son suficientes para fijar una
cierta media. De en Francia. Mad. La Cha-
pelle solo señala 36 en una de 15.000 partos;
Bandedogue, Gland, Nagle, Mad Boivin
y J. A. señalan cifras las más contradictorias
en el servicio solo hemos observado cuatro,
que no necesitaron de ninguna inter-
venición.

En dos de ellos los obser-
vados al principio del año - no pude au-
gar haber tratado el promontorio, pero si la
cara anterior del sacro hasta su proximidad;
los otros dos tenían el promontorio esfera-
mente accesible por el diámetro antero-
posterior del estrecho superior era de 83
milímetros y de 85 en el otro. Ninguna
de estas estrecheces difiere el punto en que
se dice, bien es verdad que todos ellos po-
sentaban riguros de rugosidad y eran pri-
meras, causas que impiden al feto adqui-
rir un desarrollo normal. Posible es que,
al segundo parto, el mayor desarrollo
del perinéto de la evolución exija la
aplicación del forceps y se presenten además
algunos de los accidentes que se señalan
en esta clase de distocia.

Nada tan mala constitución de la mayoría de los habitantes de Lima, es de superar por frecuencia relativa, y aunque a priori fuere, la Medicina haya en la práctica pélvica poco peligro y debe convivir, si no se de modificar debe establecer, al menos, preceptos que augurie la vida á la madre, dando igualmente importancia á la salvación del feto.

No es mucho lo que, en este terreno la medicina tiene conquistado; bien es verdad, que, no se extiende á muy amplia época, el conocimiento perfecto de la distociá por causa de los brios de la pelvis.

Ambroise Paré, en el Capítulo, lo que se oculpi de las causas de la dificiencia de parir, no manifiesta tener ideas sencillas; Sin, Maxicet, y a la semejanza, pero no se detiene á estudiarla.

En el siglo XVIII^o, la Motte titula moretades á las angustias pélvicas. Las dificultades, que oponen á las maniobras de corrección introducidas por Paré, fueron las causas del descubrimiento, que, compara rá á los de Vespucio y Harvey por la persistencia que encontraron para aceptarse. Poco más tarde, dice: que, "á consecuencia de la retención, la cabida del mismo se pone de tal manera oblonga, al momento del nacimiento, que se hace necesaria, comprimirlos todos los días hasta darle una forma conveniente". Si este, ni aque-

los, trataron de comprobar sus apreciaciones por medio de estudios anatómicos y de anfiteatro.

No se avanza mucho más en el resto del siglo XVIII^o, llega el actual y con él una cohorte numerosa de sabios entre los que figuran para mis citados más los autores franceses que jinedo consultar. Mad. Lachapelle y Birini, Bande de la que, Moreau, Dubois, Sedillot, etc., ya en la primera mitad, Garnier, Pajot, Fourier, Gaveaux, Charpentier, Gueniot, Depaul, Picard, Alivard, Daudin, etc., en los últimos días.

Si medido que los trabajos se fueron repitiendo, más se fueron dejando correr los numerosos tratados que, a la presión, y sobre todo al parto, devian llevar los viejos de conformación de la filosía.

Ahi, durante la primera, se han señalado la anteriusión, la retrusión, la marcación anterior con todas sus peligrosas consecuencias: retención de orina, suspensión de la vaginaja (van Diemen), etc., la distensión extrema de la pared abdominal que va hasta la evulsión; el aborto y parto prematuros; frecuencia de las presentaciones viejas (en otros veces más que en las condiciones normales seguían latentes); contorsiones en las presentaciones y posiciones (Hecker, Crede, Schulte); predominios (cuando a veces más frecuentes según Spiegelberg y Staneck) y, finalmente,

trastornos mas o menos graves, la el ampia entre otros (De Paula).

Entre los peligros existen una gran variedad para la madre y el niño que durante el parto: irregularidad en la contracción uterina, de donde ya trabajo prolongado, fatiga muscular, agotamiento de fuerzas, ya rupturas internas, contusiones, secciones, gangrena de las partes blandas de la pélvis (Merckelij); difundir en el encajamiento de la cabeza (Litzmann); dilatación del cuero lenta, tardía, insuficiente pronatura de las membranas, una gravidad, á medida de la estrechez, es facil prever, paralisis mas o menos extensas de la madre y del niño.

Sinellie, Beisander, Bagli, Litzmann, Barnes, Merckelij, Dom, Chantreny y Bindin, Schröder, La Force, Spiegelberg y a ya que han estudiado con detencion la marcha del parto en cada una de las variedades de estrechez, colvención, ovino es natural, en primer término la atrición de las partes blandas, del cuero del útero sobre todo, y la disyunción, la ruptura, de las superficies de la pélvis, en un tercio de cien por (1880), Bindin señala además las lesiones irreversibles p'a la intervención.

Descontando la asfixia del niño por paralisis del cordón, las estadísticas de Wiedling y Winkel, entre otras, nos darán la cifra de la mortalidad fetal producida por los fundimientos de los huesos del cráneo, las contusiones superficiales y profundas, rupturas de la columna vertebral y fracturas

Mas ó menos estériles, aranciamientos del cordón
fa

Ser entiende, por supuesto, que la gravedad de estas lesiones depende del grado de estrechez. En los partos casuales que nos han sido posible observar en hubo, como ya he dicho, necesidad de intervención; pero, presumible es que, siendo primigestas, el segundo parto ofrezca dificultades, de ahí la indicación profiláctica que se les ha hecho de asistirse en la clínica si salieran en su amplitud embarazadas.

Conviene los graves y variados ataques que sufre la salud al verse enemistada las estrechez de la pelvis, los médicos se preparan de evitarlos como era natural; pero lo que más, indudablemente, debe llamar su atención es el diagnóstico.

Encontrado el grado de la estrechez, con la debida oportunidad, la suerte de la madre está casi asegurada: el aborto, el parto parado evitarán el peligro; si se han esperado los últimos momentos: forceps, revisión, cífalos y basiotrípacia, embolotomía, operación el páreal ó bisterotomía.

Toda primigesta, entonces, debe recurrir á su médico, en los primeros meses de su embarazo, para el examen de su pelvis

Sabemos que la herencia, ejerce una influencia notable sobre el raquitismo, así como ^{sobre} otras muchas enfermedades distóficas. Por otra parte los signos de esta a-

feciones no se presentan tan acusadas en el adulto en la mayor parte de las veces; tal procedió en los casos en que he hecho referencia.

La osteomalacia se fija de preferencia en los huesos de la pelvis, poniendo obstáculos más o menos serios al parto.

Las luxaciones y anquilosis de la cabeza del fémur pueden pertenecer causas de pelvisciaciones, sean congénitas o no.

Las desviaciones, de origen diverso, de la columna vertebral pueden dar también lugar a pelvisciaciones.

La asimetría de los huesos de las caderas es también signo revelador de síntesis entre otras.

En los casos en que resulte posible la existencia del raquitismo, existen signos de osteomalacia, no conserve la columna vertebral su dirección normal, haya claudicación y las caderas no presenten simetría perfecta, el médico no puede hacer afirmaciones sobre el resultado del parto, sino después de un reconocimiento profundo de los huesos de la pelvis.

El diagnóstico de las síntesis de la pelvis ósea debe ser, pues, familiar al médico, así cuando no se titule Gredillo, go.

Perfectamente conocidas las longitudes de los diversos diámetros de la pelvis normal, debemos tratar de medirlos en el vivo para apreciar las diferencias y fijar el número de las pelvis.

Se entiende por número de una pelvis, la longitud de su menor diámetro; así el de la pelvis fisiológica es 10, longitud media del diámetro transverso del estrecho medio; pero, aunque el cocípitiano es de 9 centímetros, se sabe que, en ausencia de anillos paenervigia es susceptible de grande aumento (11 centímetros y más).

La importancia de la pelvis no se disiente ya.

Puede ser instrumental y digital ó manual.

El instrumental que puede ser interno, externo o mixto posee un gran númeroísimo; Charpentier cita más de 40 pelviómetros. De estos los de Branche, L'egre, Depaul, Budin, van Hiel, Hackett y Cronkall se distinguen por su simplicidad.

A pesar de las ventajas peculiares que pueden presentar los pelviómetros, resulta en definitiva, de la experiencia de estos instrumentos que, todos ofrecen, adiversos errores, y a imperfecciones, y a inconvenientes que llevan en uso já una medida utilidad. En Francia están casi completamente abandonados y tienden já desaparecer en Inglaterra y Alemania. Los tallos metálicos ó cónicos, de las diversas variedades de pelvióme-

tos, están sujetos á deslizarse, doblarse, alejarse de los puntos precieos sobre los cuales deben fijarse (Repair).

De todos los medios propios para apreciar la conformación de la pelvis, la exploración directa con la mano es, seguramente, el menos inciso, el más comodo y el más exacto en sus resultados, e obviando para explorar el interior de ella, con la ventaja de poder comprobar el sitio y grado de las vicisitudes pélvicas, las estrechez pélvicas y generales, exostosis, fracturas tumorales.

El tactomensurador ó sea la pelvinometria digital es el objetivo del presente trabajo.

Nada nuevo podré decir de él puesto que, mi experiencia es tan importante, solo puede deducirse de mi corta permanencia en la clínica de partos, donde para aprender tiene que luchar con el lamentable conservadismo de las Hermanas de San Vicente de Paul, con la ignorante petulancia de las enfermeras y los malvulos consejos, cuya procedencia sospecho, y que tienen por objetos evitar el falso pudor de las embarazadas, con perfumes directo para nosotros y para la humedad que nos confiará manana la conservación de su salud.

Sin embargo, las páginas lecciones del maestro, y la lectura de los clásicos, especialmente franceses, me han suministrado un

na panta que procuraré seguir siempre, si me es permitido adquirir el honoroso título de médico, con el que tantos triunfos habré conquistado.

Para no molestar demasiado vuestra atención trataré de ser lo más conciso posible.

Sobre 100 pelviscaciones, veo que, por lo menos, son debidas al saqueo mismo, las otras deben su deformación a las luxaciones, congénitas, sobre todo, del fémur ó a una claudicación antiguia, a la osteomalacia, a lesiones locales (exostosis, cayos deformes, &c.), ó a anomalías de desarrollo (pelvis obliqua-ovalar, Atrofia). Despues.

Se puede formular entonces (de una manera más general) el siguiente principio:

Cuando ciertos indicios han
gan mace la sospecha de una alteración en
la forma y en las dimensiones de los diáme-
etros de la pelvis, en los últimos tiempos de la
trabajo ó al principio del trabajo, al practicar-
se el tacto no debe olvidarse la exploración
de toda la pelvis.

Para practicar el tacto men-
surador, se coloca la mujer en decúbito dorsal,
con la cabeza ligeramente levantada por u-
na almohada poco voluminosa, con las piernas al-
go flexionadas y los muslos en dirección bien
marcada. Con el objeto de levantar la pelvis y
hacer el perineo más accesible, se hace re-

pasar el paño sobre un cofinete suficientemente rígido, o en alquier otro objeto que produzca el mismo efecto. Nosotros ordenamos á la gestante flexione los dedos de ambas manos (en forma de puñete) y las coloque bajo las caderas; consiguientemente, además del mismo efecto, el que éstas no pueden molestarnos las maniobras pelviométricas.

Si se preve de con la suspicacia de una pelviométración bien se comprende que, teniendo los trastornos que pueden producirse, la mano del parto debe estar perfectamente aseptica. En la clínica previa, lavado minucioso, nos lavaremos con la solución de van Soveten y nos enjabonaremos el dedo explorador con vaselina boricada.

El tacto tiene de ser uni, bi, tri, tetradigital y áim manual para casos excepcionales; pero el tacto bidigital áim empleado en Alemania, ha sido declarado doloroso e insuficiente (Burdin), e obviado en primitivas gestas. He tenido veracior de apreciar la verdad de esta conclusion, cuando por la marca da desigualdad de mis dedos indicio y me dije he querido recurrir á él.

Una diferencia de 30,15.

y áim 10 milímetros autoriza en empleo; pero concejo saber evitarlo, pues en alquier dedo índice de adulto es suficiente para medir un paño distíctico (Bernard y R.)

Teniendo en cuenta la variedad tan inmensa de enalformaciones pri-

Yoso es proceder con métodos: avanzaremos entonces por la exploración de la pared ósea posterior, seguimos con las laterales y daremos fin por la pared Anterior.

I

De todas las pelviocinaciones, he dicho ya que las producidas por el rascado son las más frecuentes (Alward señala mere por cada diez).

Teniendo en cuenta ahora: 1º la estática especial de la pelvis (Graunt); 2º la presión que esta sufre de arriba a abajo de parte del torax (Schröder); 3º las presiones que se ejercen los huesos ilíacos entre sí (Schröder); 4º las contracciones que de abajo para arriba hacen los fémures; 5º las tracciones musculares y fibrosas (Rehov) y 6º finalmente, las presiones accidentales, independientes del organismo (de par), teniendo en cuenta, digo, todas estas condiciones, tiene de darse una medida del orificio mínimo de estrecheces, llevadas de preferencia, sobre el estrecho superior.

A diferencia de la escena, la alineación que hace el tacto con la mano izquierda, y por uno de los dedos (Carpentier), nos otros hemos sido siempre en busca del promontorio con el índice derecho.

Para apreciar la longitud del diámetro anteroposterior del estrecho superior, se introduce el índice de la mano derecha en la vagina (los demás de

"Se consideró más directo de mis. enroscamientos evitando desplegar el pulgar sobre los demás dedos flexionados. Viase la linea punteada de la fig. 2.

dos y el perlongarlos como lo indica la figura 2); teniendo en cuenta que el brazo pase entre los omóculos de la gestante y se baje uno de ellos. Si se separa el codo de la cama se lleva la extremidad del de-

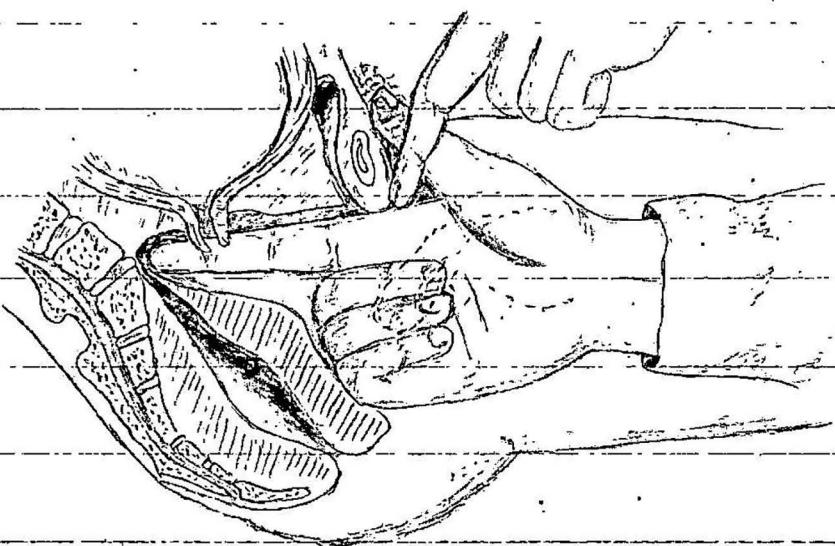


fig. 2.

ndo hacia atrás y arriba, empujando el fondo de saco posterior tan profundamente como sea posible.

Si se alcanza una superficie ósea, y sobretodo el ángulo sacrovertebral precede con cierto que hay entre ellas (Burdin), si el perineo presenta una resistencia medianamente (Avard)

Esperita no confundir el promontorio con los tramos estrechados como siendo rá una matrona de la Maternidad de París, quien diagnosticaba ángulo sacrovertebral accesible en todas las mujeres que padecían de constipación intestinal, lo que le valió el más alto apodo de Médecine ble. Ángulo sacrovertebral accesible.

También debe evitarse el confundirlo con el falso promontorio de Brichat, que a veces forma la articulación de la primera y segunda vértebras sa-

eras en algunas pelvis raquídeas y el falso promontorio lumbar (figuras 3 y 4).

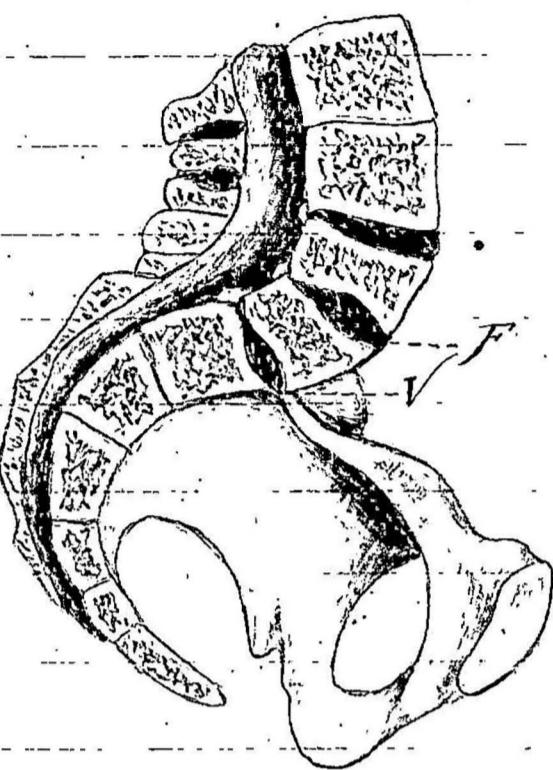


Figura 3.

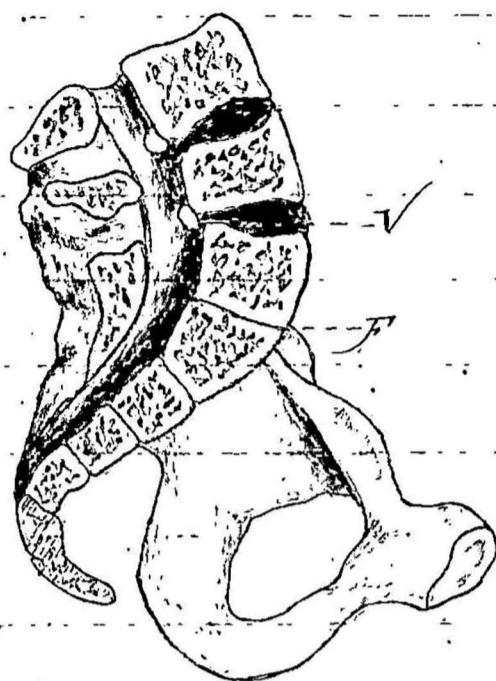


Figura 4.

Mirando la columna lumbar hacia arriba, y la cara anterior del sacro hacia abajo, llega un momento, al levantar la extremidad digital en que se encuentra el vacío.ondeando el límite de esa escisión cuando las partes blandas son poco gruesas y depresivas se percibe un disco fibrocartilaginoso (fig. 2) entre los bordes, superior de la primera vértebra sacra e inferior de la última lumbar.

Para asegurarse de que se trae el promontorio verdadero, se sigue hacia uno y otro lado la linea saliente que forma el promontorio, y se encuentra el borde redondo de abajo que une las caras anteriores y superiores del sacro, el que, dirigiéndose hacia afuera y abajo se continúa con la linea inominada.

Observada la existencia de una estrechez, nos falta encontrar su grado, fijar su número.

Para conseguirlo, una vez alcanzado el promontorio, se aplica sobre el punto más caliente de él la extremidad del índice pensado de canto; levantando al mismo tiempo el pulso hasta que el borde radial sea detenido por la parte inferior de la sínfisis del pubis; al nivel del borde aquado del ligamento triangular (figura 2). El índice de la mano izquierda llevado por enrrolla del ombligo derecho, después de separar las partes blandas de la vulva, recorre por medio de la punta el punto preciso que este ligamento ocupa; volviéndose en seguida, la cara dorsal al pubis, rá á fijarse casi perpendicularmente sobre el dedo vaginal en el

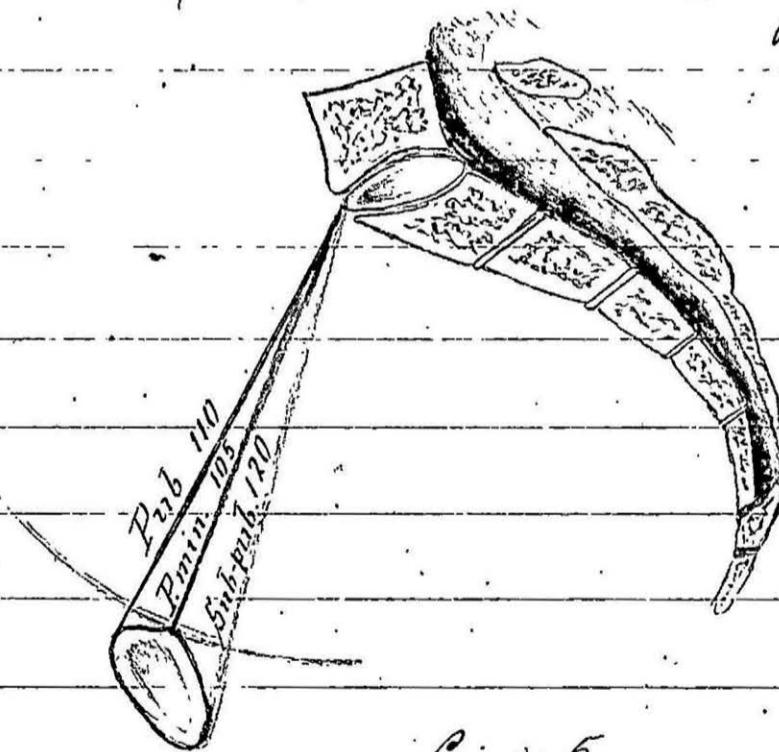


Fig. 5.

lugar en que levanta el eje mayor de la sínfisis, dejando sobre él una impresión lineal por medio de la uña.

La distancia de esta señal á la extremidad del dedo no se presentará el diámetro promontorio (fig. 2). La longitud de este diámetro en la

pelvis normal es de 120 milímetros (Lénard).

Este diámetro promontorio-pubiano, ó mejor infrapubicano (-), es superior en un centímetro al promontopubiano (-) ó suprapubicano.

Ni al uno ni al otro corresponde el principal papel en el parto, sino al diámetro promonto-pubiano mínimo (-) que viene á ser el radio de una curva que toca tangencialmente al pubis y cuyo centro se haya en el promontorio (figura 5).

La diferencia que existe entre los diámetros infrapubicano y pubiano?

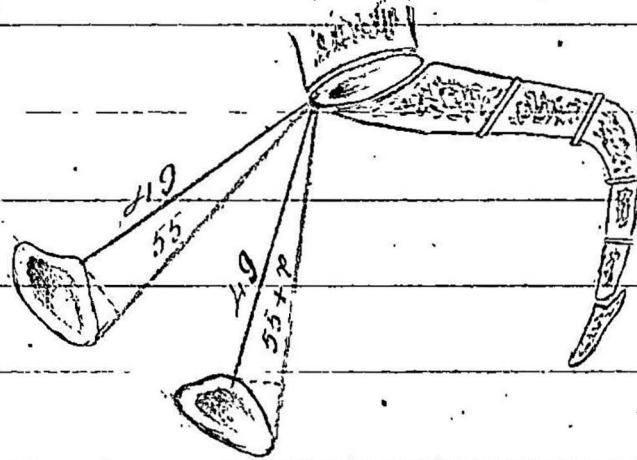


fig. 6

minimo es bastante apreciable; pero los autores no están de acuerdo sobre la cifra que debe deducirse, así Jaccquemier deduce

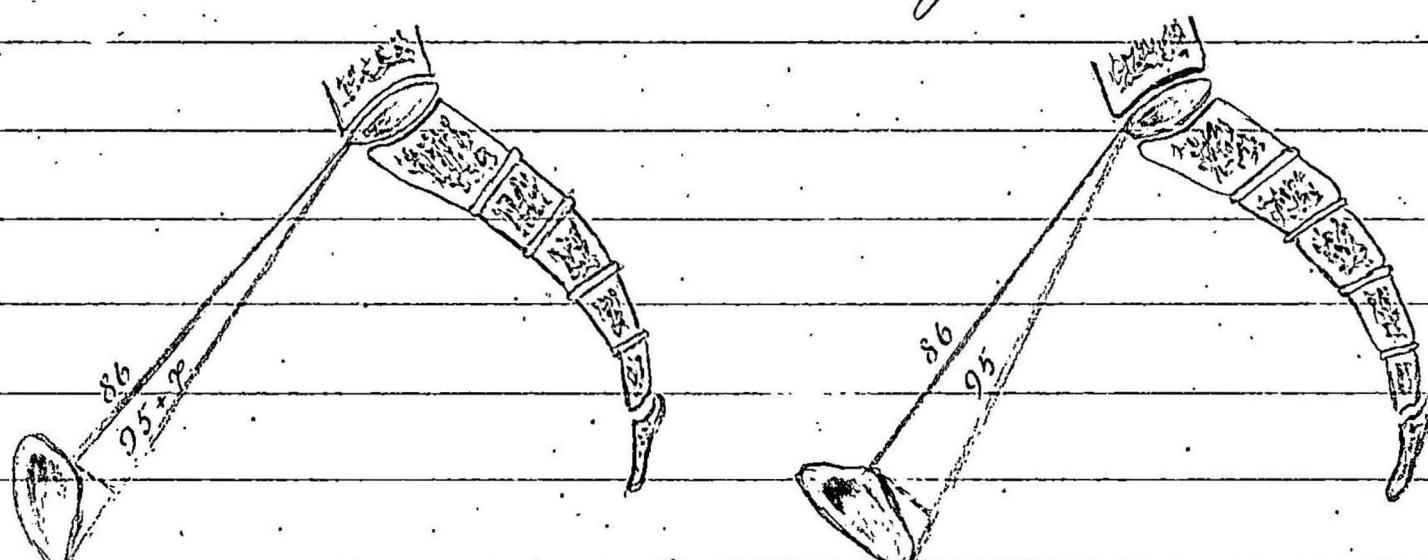


fig. 7

fig. 8

6 á 9 milímetros, Pajot 10, Depauw 15, Tagete de 13 á 17, Michailij 17, Cazeaux de 6 á 11 según las pchij. Lénard que ha estudiado el asunto

de una manera detenida, por medio de sus trabajos pelvigráficos, concluye: que, si la altura, el espesor y la dirección de las sínfisis son las verdaderas causas que hacen variar la relación de estos diámetros, es obviamente la altura la que más influye (figura 6), viene en segundo término la dirección (figuras 7 y 8) y en último término el espesor. Para él siempre que la sínfisis medida en otros centímetros ó algo más se descubrá 15 a 20 milímetros, si mide menos de cuatro se descubrá un centímetro solamente: en la pelvis ^{normal} debe descubrirse entonces centímetro y medio ($120 - 15 = 105$) que es la cifra señalada por Aspan).

La observación minuciosa de las pelvis en los casos de ascenso y descenso del pubis (pelvis raquitica cifótica y lordótica v. gr.) hará más aproximada la evaluación. La mayor precisión depende de la práctica de este importante signo diagnóstico, jamás olvidado por Yarnier y sus discípulos.

La investigación del diámetro promontorio-minimum, diámetro útil de Pinard, nos pondrá en la vía del diagnóstico de las diversas variedades de pelvis atípicas, raquiticas ya cuya comprobación se conseguirá continuando la exploración y por los demás signos y síntomas que las acompañan. Se hallan en este caso las diversas pelvis estrechas: justo-mínor, justo-mínor aplanada, simplemente aplanada (fig. 9) y la denominada en 8 de Guarino por M. Boivin en que

el diámetro peromontofentálico se encuentra con

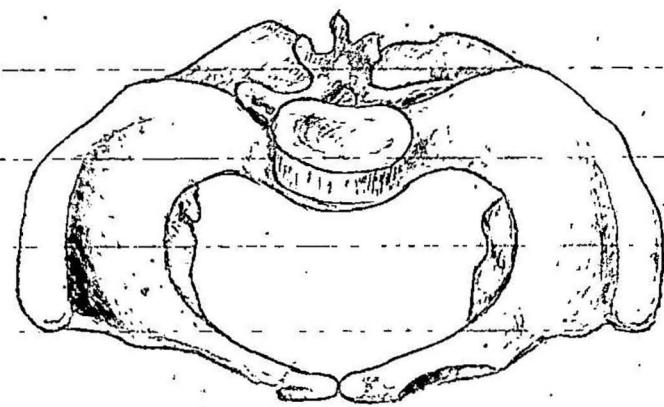


fig. 9.

siderablemente reducido (figura 90).

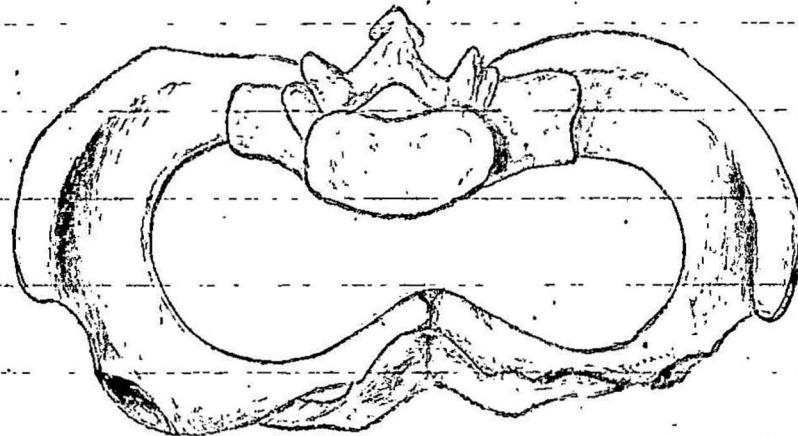


fig. 10.

en las pelvis ráguiticas a planadas, complicadas de escoliosis, el pro-

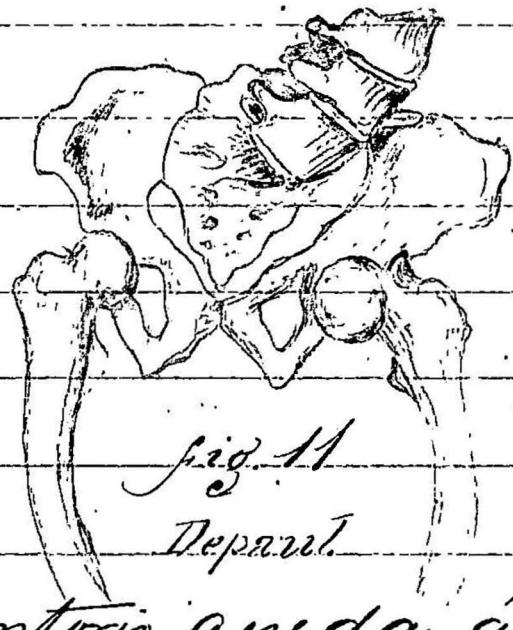


fig. 11

Dorsal.

Montorio queda á
un si otro lado
del dedo explorador (fig. 11)

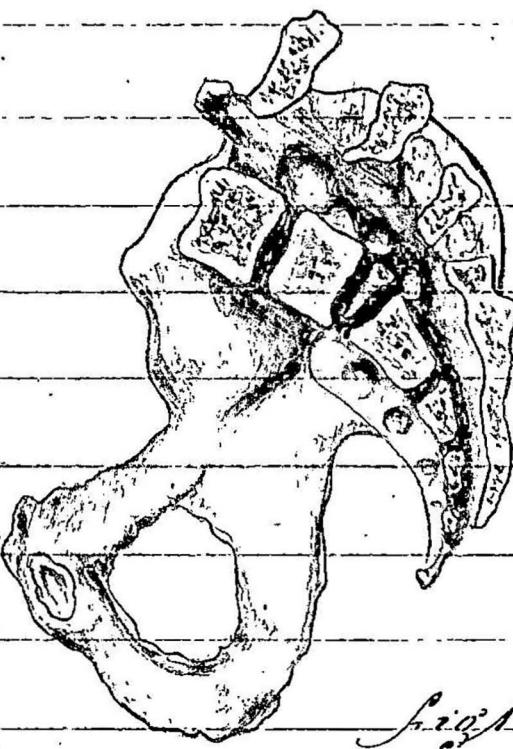


fig. 12.

Dorsal.

Pas pelvis espontáneamente ó espontáneamente y espontáneamente, fácilmente muy raras, pueden ser fácilmente se- conviadas al bajar el promontorio, la prima- ra, verdaderamente mal de Gott humbar, se compone

ba por los anamnesicos y algunas veces por las fistulas consecutivas a las supuraciones óseas (fig 12). Es la variedad que disminuye más los diámetros del estrecho superior en

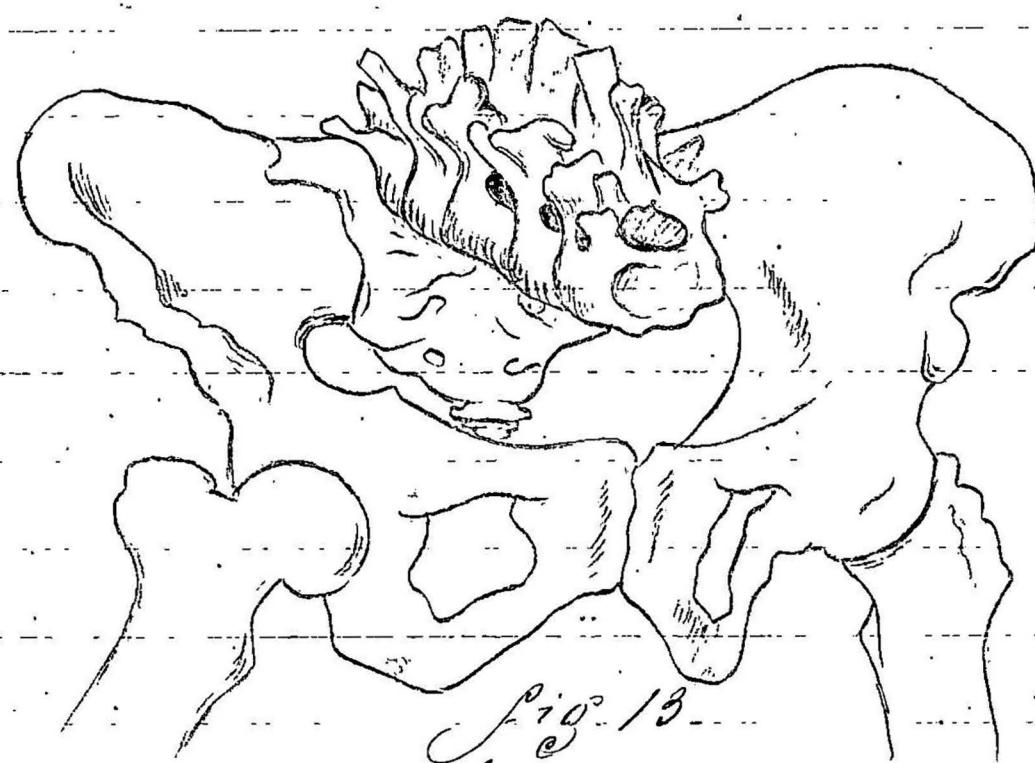


Fig. 13
Herrgott.

la pelvis spondilolisthética de Fehling (figura 13) la columna lumbar dista del pubis 38 milímetros (pelvis obteeta). En las pelvis spon-

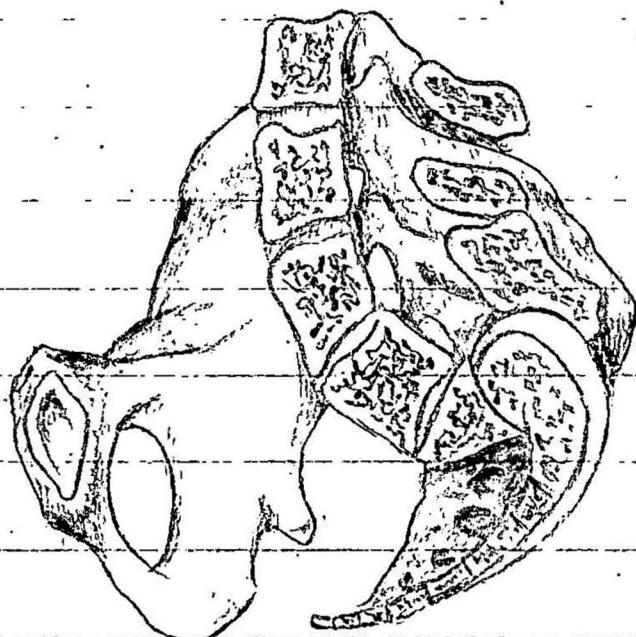


Fig. 14

Pelv. de Weber Ebenhoffer (Spießelberg)

diolistéticas la aproximación de la columna lumbar al pubis hace también fácil el diagnóstico. Se denomina ángulo de Rüggen a la parte más saliente de la columna lumbar, que reemplaza en estas pelvis al promontorio (figura 14).

Hacida la evaluación del diámetro promontopubiano mínimo se explorará con cuidado la cara anterior del sacro.

Si la concavidad es normal, la distreia se limita al estrecho superior y frangueado este anillo la cabera desciende con la mayor facilidad en la pelvis menor (figura 15).

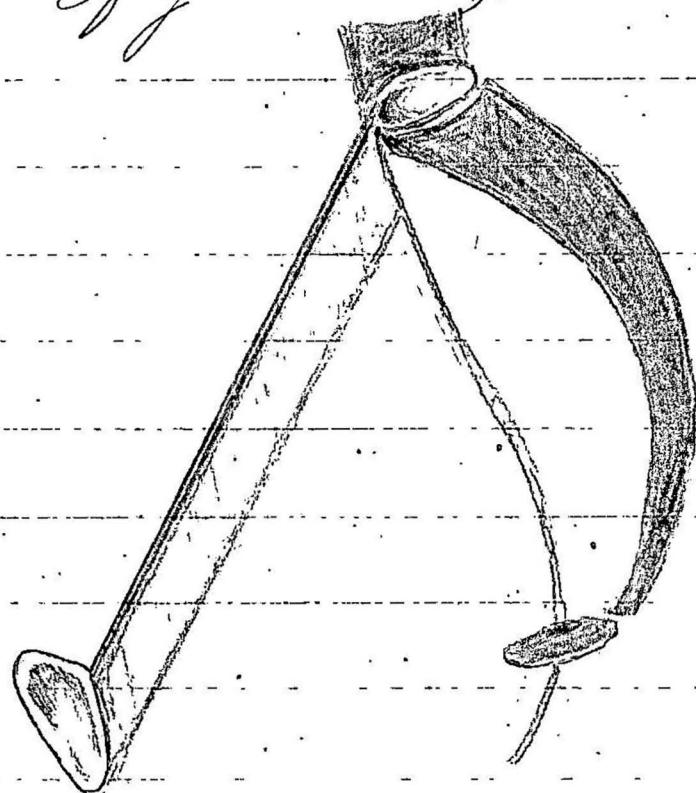


Fig 15

La simple inspección de este esquema tomado á Budin permite apreciar la diferencia que existe en el grado de distreia, cuando la estrechez es anular (-) y se conserva la concavidad del sacro, y cuando tiene la forma cilíndrica (pelvis cariñada de Duval) y la cara anterior del sacro presenta una gran convexidad. Las figuras 3 y 4 corresponden ésta última y á estos dos tipos extremos; esta última es una imagen imperfecta, de la descrita por Stolz, perteneciente á una mujer en quien se tuvo que ocurrir á la operación cesárea y en ya confor-

rnación exterior no hizo sospechar riguiera un caso tan grave de distocia.

La pelvis de Robert (fig. 30) denominada impropriamente obliquovalar doble, presenta también esta última en forma sínica, así como las diversas variedades de pelvis cifóticas (cifoescoliotica, cifoescolioraquitica ya). En la pelvis lordótica la estrechez es angular (fig. 9).

Tanto en las pelvis cifóticas, de que acabo de hacer mención, como en la pelvis obliquovalar de Nagels, que pertenecen al grupo de pelvis infundibuliformes, puede ocurrir que el promontorio no sea accesible y aún el diámetro anteroposterior sobrepase la longitud normal. La distocia existe, pero no en este estrecho.

Al recorrer la cara anterior del sacro debe tratar de apreciarse su longitud; pues en los caños en que sea muy

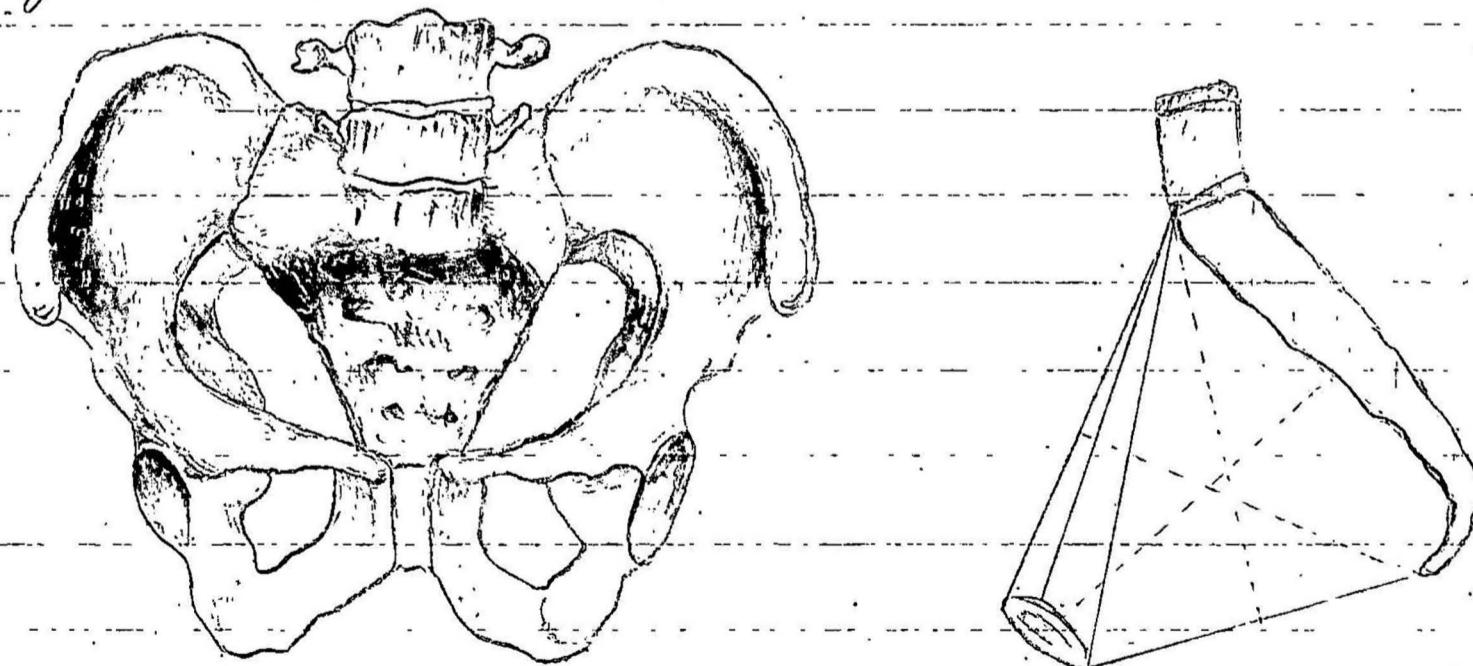


Fig. 17.

Fig. 18.

largo (fig. 17) el pronóstico será mucho más grave (fig. 18). Será todo lo contrario si es muy corto (figs. 19, 20). De Paul refiere que el sacro ha llegado já presentar 6 vértebras.

En las pelvis escolioticas, así como en las diversas variedades de pelvis oblongovalar la de Nogales y las dependientes de alteraciones de los miembros inferiores, p. ej. (figs 29, 28 y 27) - , como consecuencia de la desviación del promontorio se comprende una marcada desigualdad entre las dos mitades de la cara anterior del sacro

Después de haber explorado la cara anterior del sacro, de arriba á abajo se llega á la articulación sacroxi-

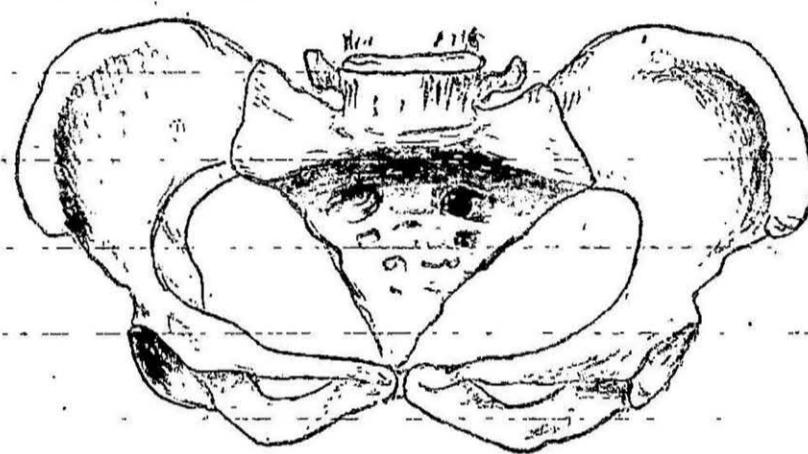


Fig. 19.

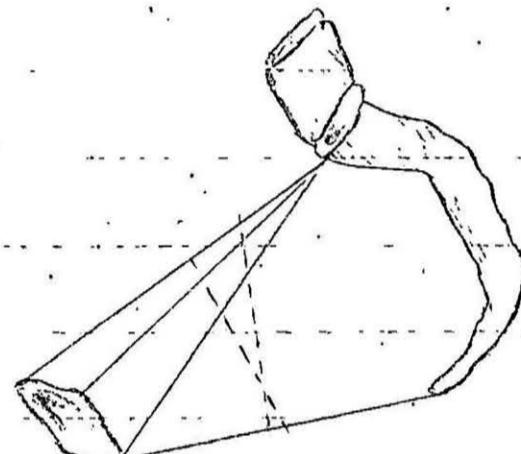


Fig. 20. Pinard.

Como hemos dicho la movilidad de esta articulación, que solo falta en ciertos casos patológicos y en las gestantes de más de

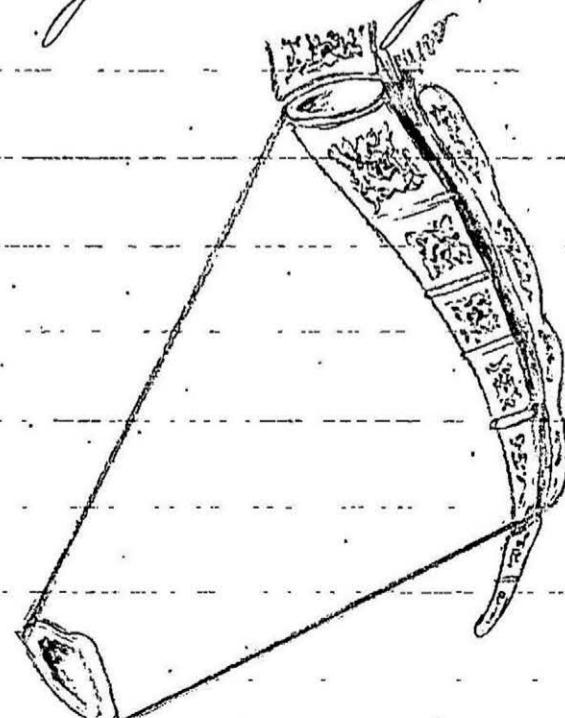


Fig. 21.

seiscientas años (Vibet), quita al diámetro corporal un importancia en el parto.

En algunas mujeres, cifóticas sobre todo, la punta del sacro se encuentra dirigida hacia adelante dificultando considerablemente el parto, de donde la precisa necesidad de medir el diámetro pubisacromonubíano. La figura 21 expresa en corte la diferencia, sombreada, que existe en las pelvis cifóticas entre el diámetro pubiano minimum (Pm) y el anterioresubpubiano (Pp).

En las pelvis espondilolistémicas y espondilolistisicas la punta del sacro, á consecuencia de la postura que ejerce la columna lumbar en su base, se haya dirigida hacia el centro de la pelvis; pero, la gravedad de la distreia del estrecho superior deja sin importancia á este signo.

Asentado el nível de la articulación sacrovertebra, gracias á la morilidad del coxis, se aplica á este nivel el extremo delíndice derecho, se levanta luego el borde radial de este dedo hasta el ligamento triangular del pubis, procediéndose en lo dental, como se ha indicado al medir el diámetro promontosubpubiano.

En las pelvis normales el diámetro pubisacromonubíano mide doce centímetros (Rouard).

II

Después explorada y á la cara anterior del sacro y encontrados los dos principales diámetros anteroposteriores de la pelvis, pasemos al estudio

de las paredes laterales óseas.

De todas las diversas comparaciones que se han hecho, no es que una más perfecta, que la de un triángulo de ángulos redondeados, cuya base iba de una articulación sacroiliaca á la otra y cuyo vértice correspondía á la sínfisis pubiana (Barry y Chastren). En ciertas pelvis lordóticas, si presentan las espaldas ilíacas y espaldas ilíocostáticas, la base de este triángulo presenta en su parte media una convexidad muy marcada, correspondiente

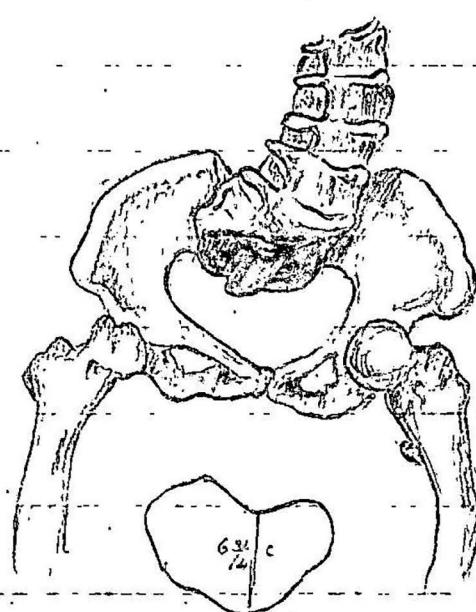


Fig. 22

Leopold

al ángulo sacrovertebral, muy pronunciado, ó bien la columna lumbar descendida. En la pelvis escorvioraquítica la convexidad prima á uno de los lados de este triángulo como puede verse en la figura sig.

Cubriendo el dedo sobre el promontorio se procurará seguir el borde anterior obtuso de la base del sacro, y, después de pasar sobre la sínfisis sacroiliaca - excepto en las pelvis de Wagell y Robert, si llega sobre la línea

nombrada; con la que al se continúa.

Esta linea puede presentar una concavidad exagerada hacia el centro de la pelvis, de cada lado del promontorio, dando al estrecho superior la forma de un

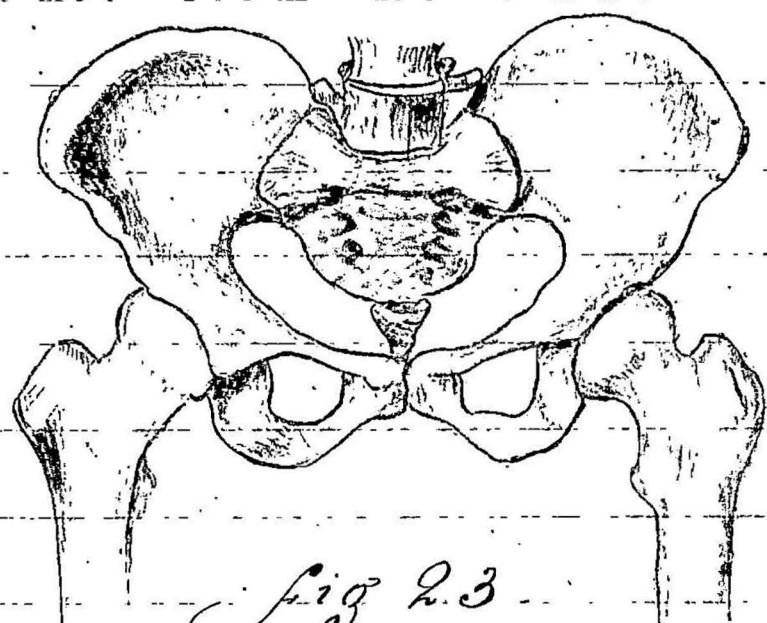


Fig 2.3

Spiegelberg.

cerramiento de cráneos franceses.

Si la evanadura que presenta la linea nombrada es muy pronunciada se hallará no infrecuentemente de una

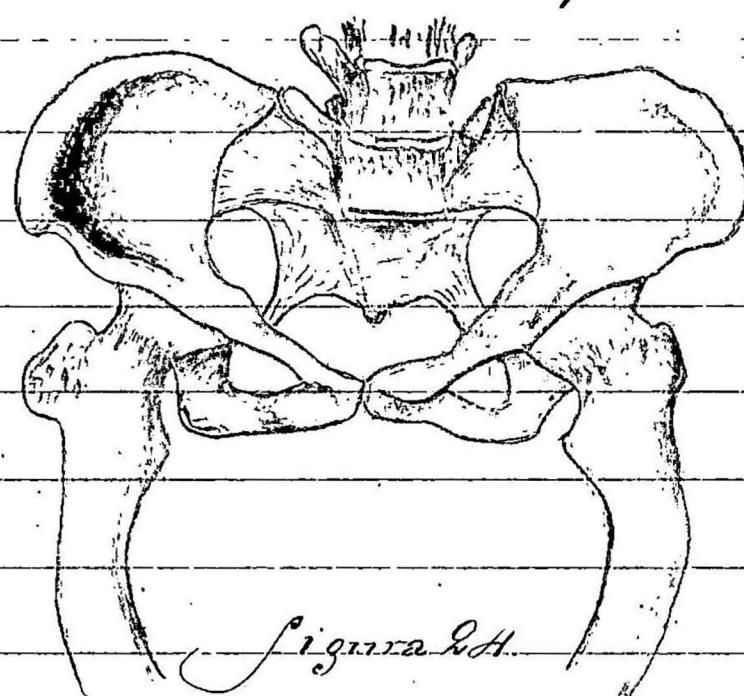


Figura 2.4

Reparaz.

pelvis aplanaada atrofica (fig 2.3), rugosidad (figura 2.4) y algunas veces osteomalacia (figura 2.5).

En algunas pelvis atroficas, y evitando en las rugosidades, a pesar de la disminución del diámetro anteroposterior, el trám-

verso no se encuentra aumentado sino menguado (pelvis justa minus aplanaada), de modo de resulta que, por mas que la cabina (del feto) quiera anuoldarse á la capacidad del estrecho, le es imposible el

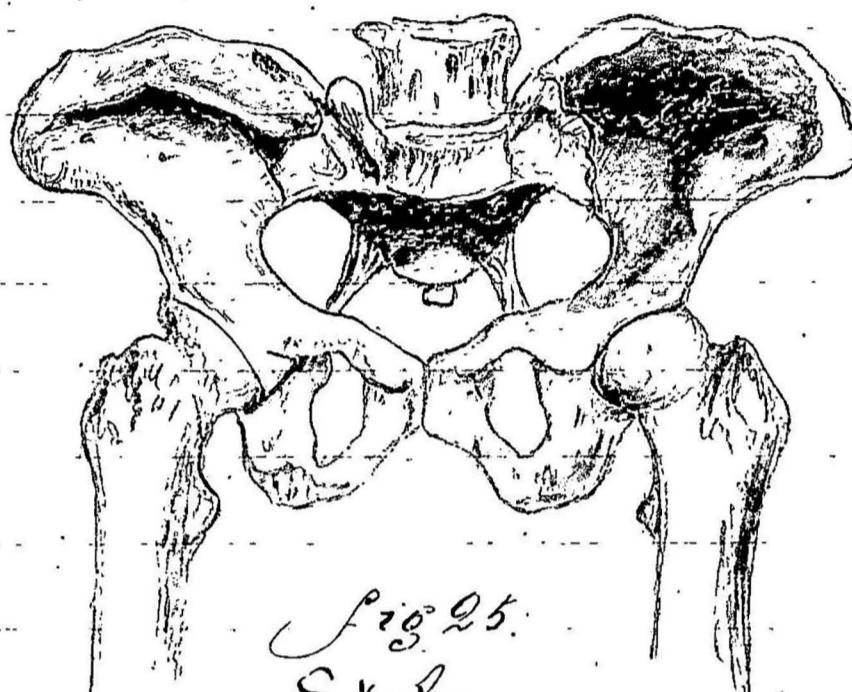


Fig. 25.
S. No. 3.

franguearlo.

En otras la linea inominada, lejos de ser curva, se presenta rectilínea de un lado, adoptando el estrecho inferior la forma de un óvalo, enyo eje

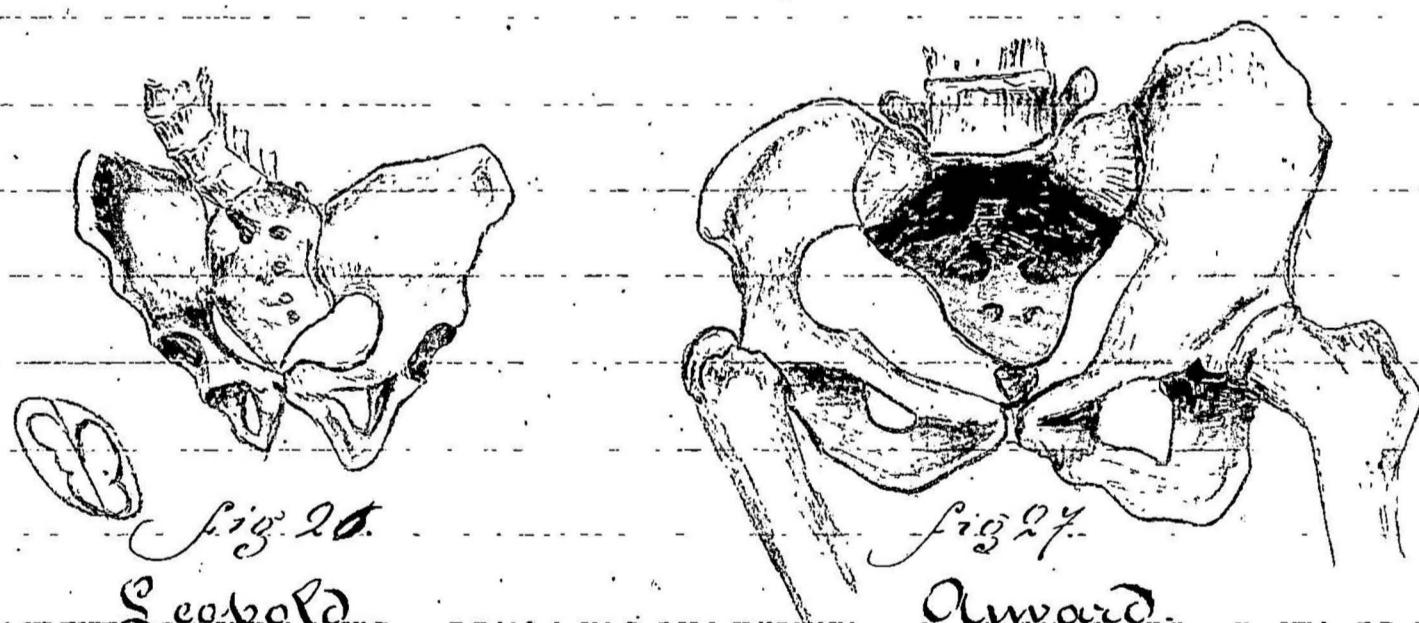


Fig. 26.

Leopold.

Fig. 27.

Auvard.

Mas grande se haya dirigido oblicuamente y en extensidad menor en la einfisis paeniliaria del lado aplanaado (pelvis obtuso ovalar fig. 29); tal procede en ciertas variedades de pelvis cuyo esfuerzo es igualitario (fig. 26), en las pelvis univales de muy acusado unilateral (fig. 27), en las pel-

riz coxálgica (fig. 28) y más allá que todo, en la

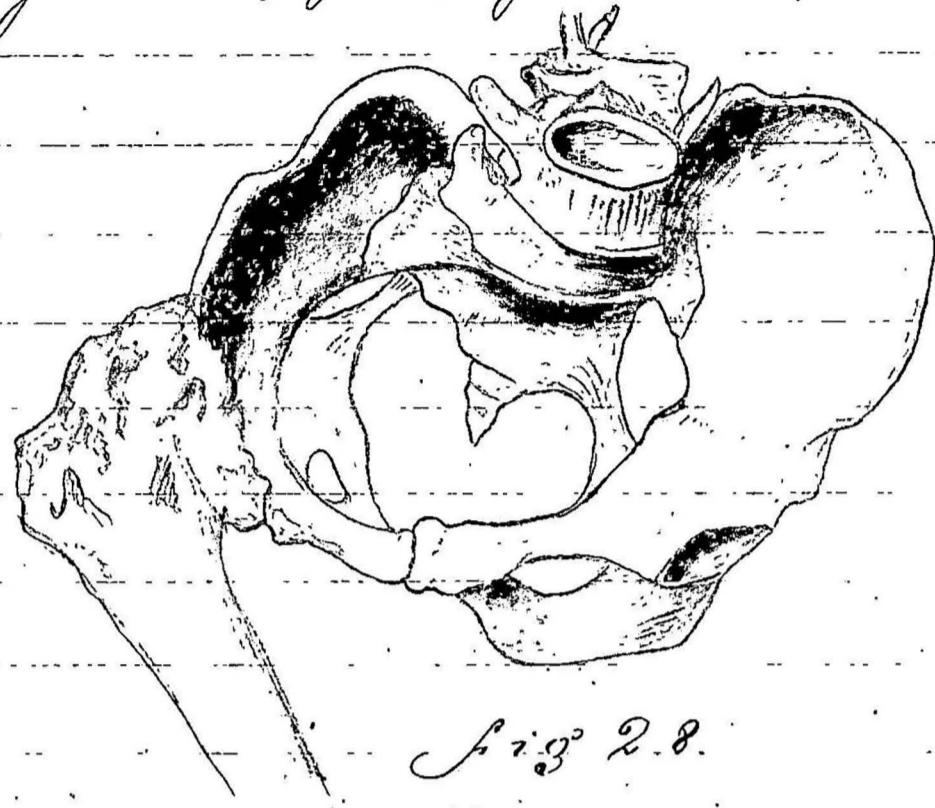


Fig. 28.

Müller-Schantz.

pelvis obtuso-ovalar verdadera, denominada
también pelvis de Otagoo (fig. 29). Como

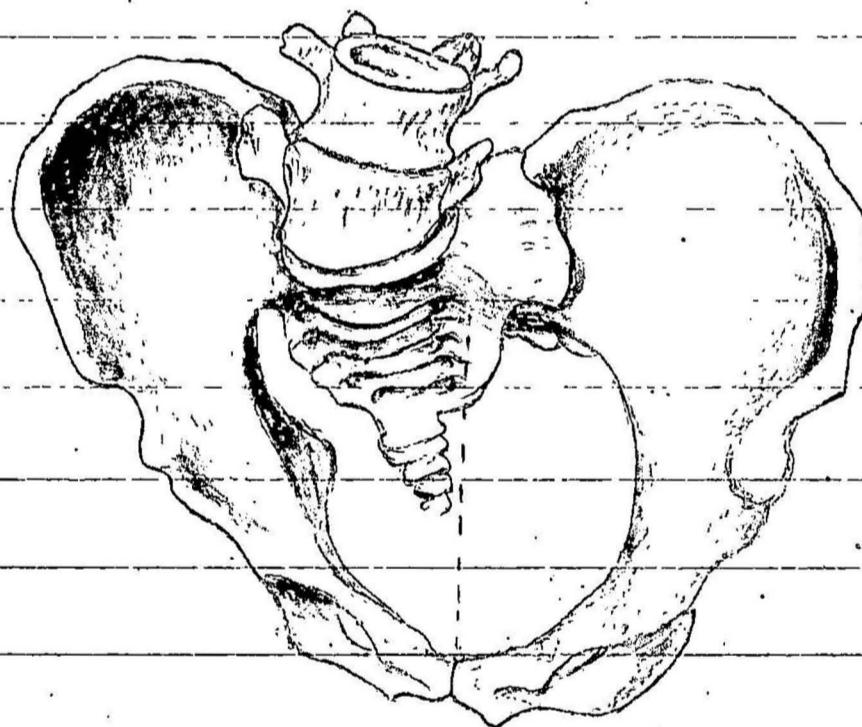


Fig. 29. Nichet-de-Lyon.

ya he hecho notar, en esta última clase de pelvis hay ausencia completa de superficie sacro-iliaca en el lado aplastado, continuándose directamente el borde anterior del sacro en la líneamissionaria.

El aplastamiento tiene de extenderse rápidos lados de la pelvis, en cuyo caso el diámetro transverso se convierte considerablemente estrechado, reagrupan-

do, por consiguiente, el poviástico. La pelvis estrechada transversalmente, de Robert (fig. 30) y las asternaláceas ^(fig. 31) son ejemplos de esta anomalía.

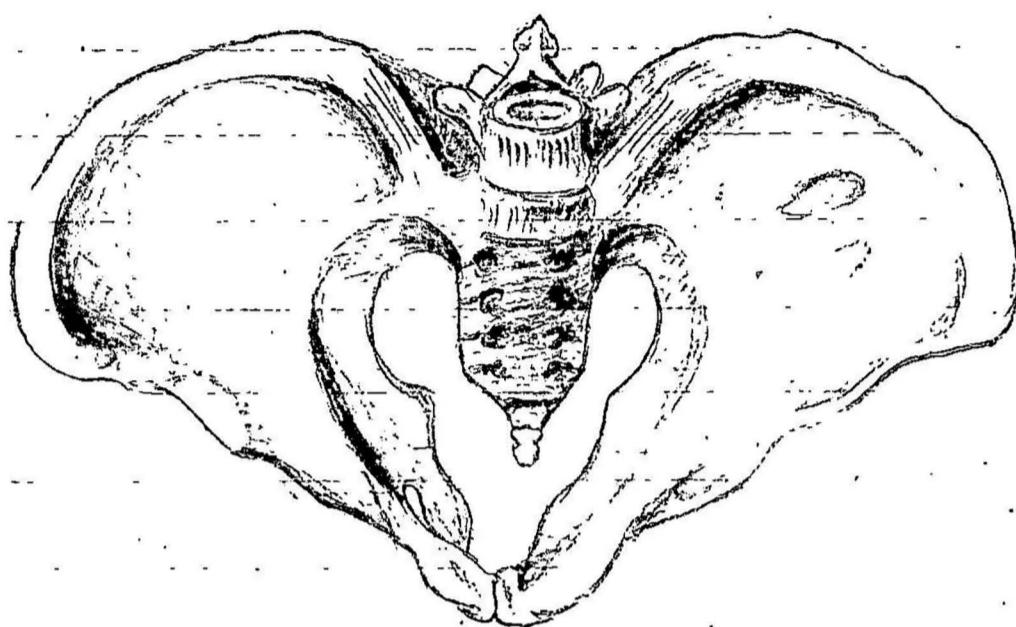


Fig. 30. - Ruidín.

En el examen de la línea innominada pueden descubrirse tam-

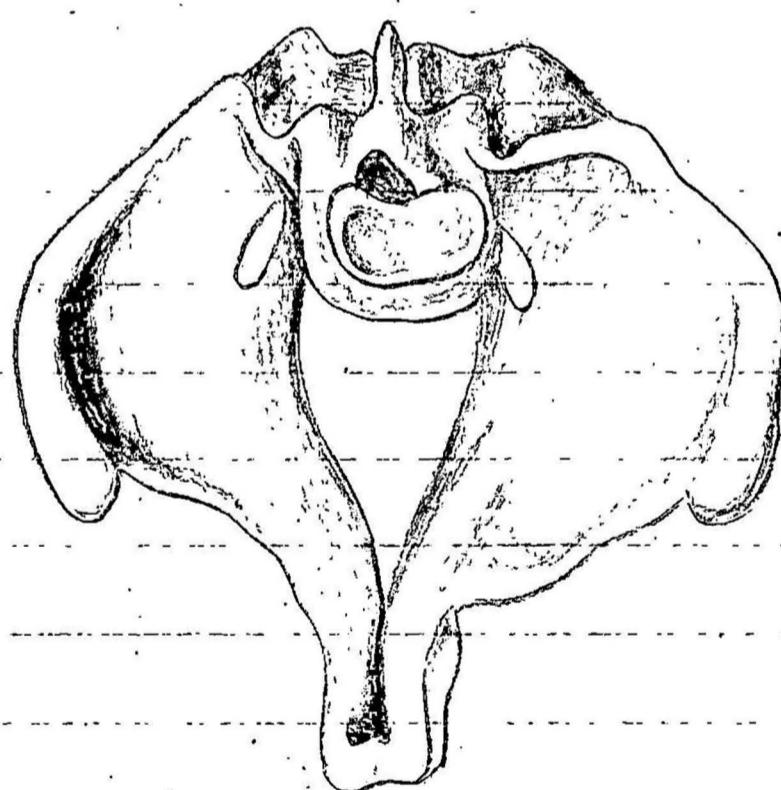


Fig. 31. - Averado.

bien variaciones de continuidad; es decir, lejos de ser una línea regular, puede presentar senos y puntas más o menos irregulares y evitantes; tendrán en esto las pelvis trilladas sagríticas o pseudo-osternaláceas (figura 32) y las pelvis espinales al sagríticas (figu-

ra. 33), pelvis de aristas cortas, los de Depauw

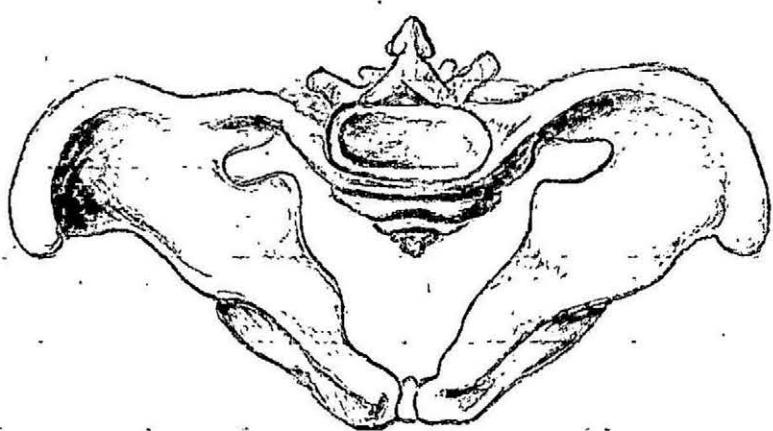


Fig. 32.
Aristas.

La eminencia iliopectínea, lejos de presentarse en estas últimas, bajo la forma de una eminencia óvala, es aplastada y afilada, á tal extremo, que, por su forma, se la puede comparar á una lanceta de cuchillo (Depauw) susceptible de recircular y aún diri-

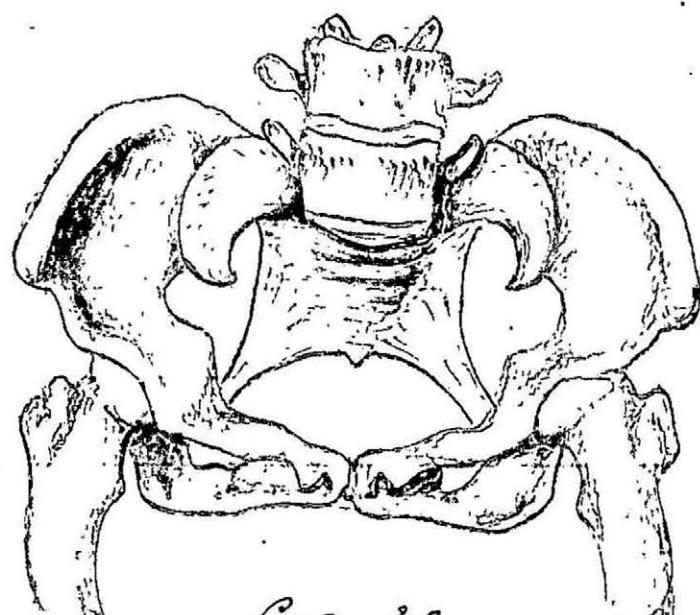


Fig. 33.
Aristas.

ridir completamente el tejido interno y partes blandas adyacentes.

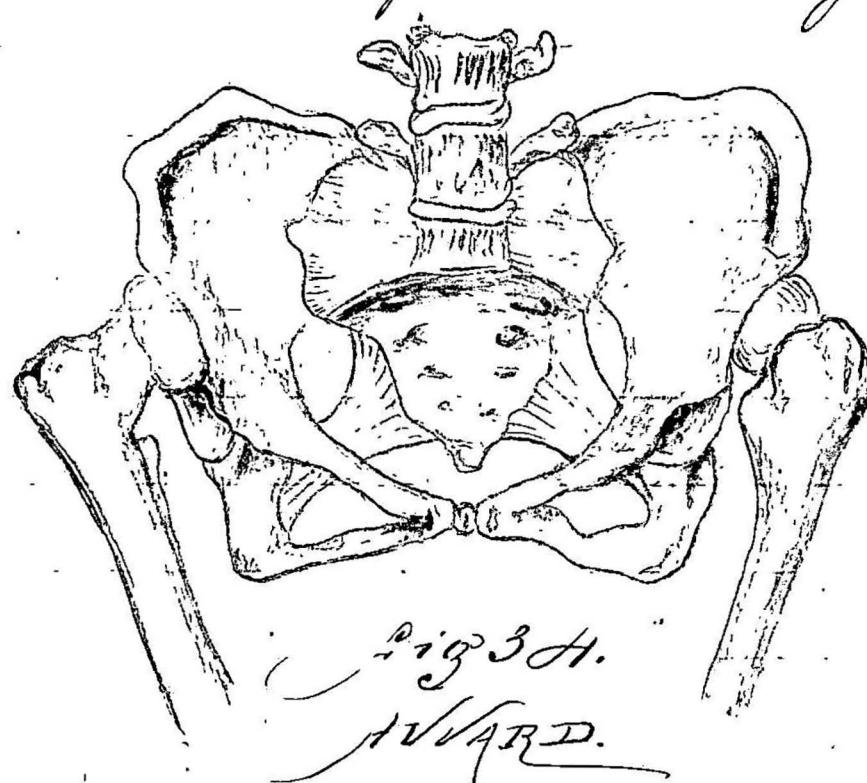
He considerado de más advertir, desde un principio, que, tanto para explorar los lados del estrecho superior como las caras laterales de la excavación, conviene practicar el tacto con ambas manos.

Recomendado y perfecto

Mente estudiadas las partes laterales del estrecho superior, se desciende á la excavación, en yas caras deben permanecer asimismo revestidas.

Conservando ésta, generalmente, la forma del estrecho superior, debe perfeccionarse mucha atención á la disminución progresiva de su diámetro transverso; así procede en diversas variedades de pelvis infundibuliforme: pelvis cifótica (fig. 43), oblicua o valar simple (fig. 29) y doble (fig. 30) etc...

Otras veces, en lugar de disminuir el diámetro transverso de la excavación, aumenta de una manera considerable de arriba para abajo; tal procede



en la pelvis que se puede llamar apagador ó regadera (pelvis) enval de luxación doble (fig. 34) ó bilateral).

Se apreciará también las variaciones de longitudes de las paredes de la excavación: pelvis muy larga (fig. 17) y pelvis muy corta (fig. 19).

Se describirán, finalmente, las diversas variedades de tumores que pueden ofrecer serios obstáculos al parto. Si reconocemos los rayos dispersos



Fig. 35

Papavine.



Fig. 36

Teydig.

tes de fracturas mas ó menores extensas (pelvis fracturada fig. 35); las exostosis, algunas veces (muy voluminosas) (fig. 36) y neoplasmias di-

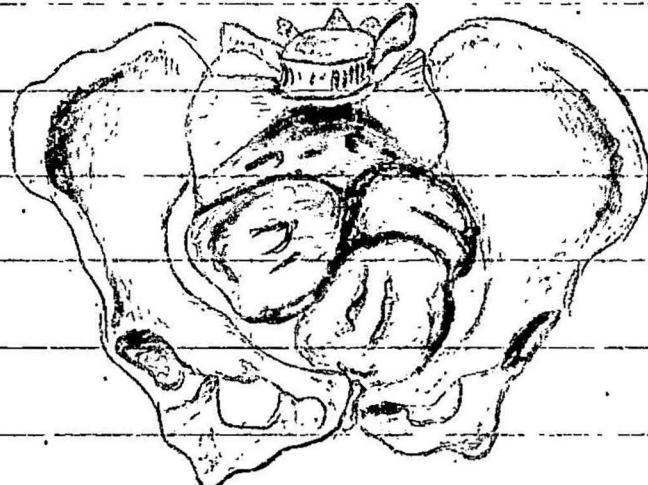


Fig. 37

Sénvier

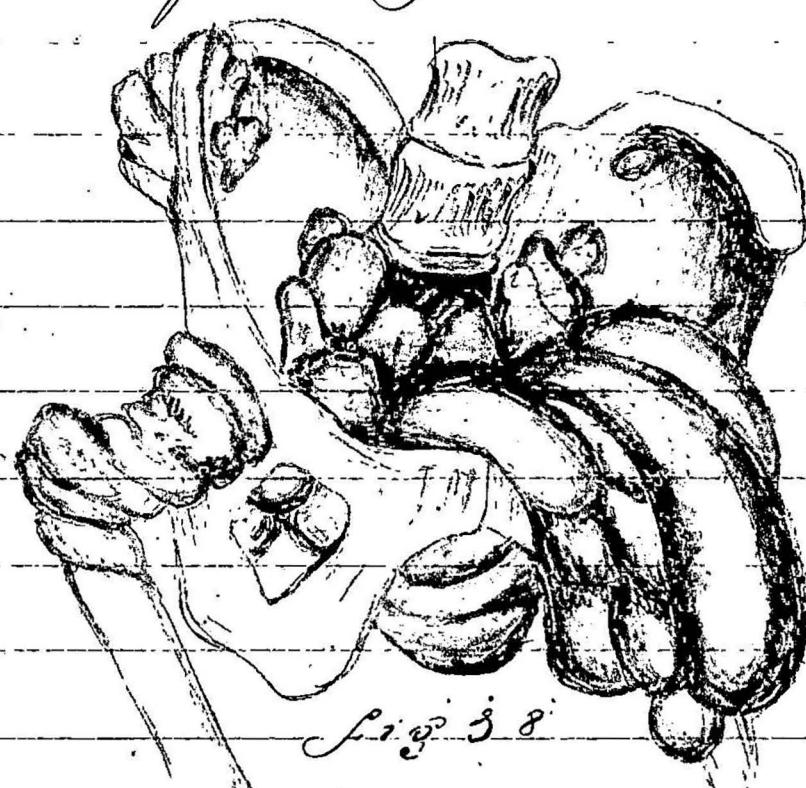


Fig. 38

Charcotier

versas (de origen discídico ó mó (osteodistrofia ma. fig. 37), osteosíntesis (fig. 38).)

Llegados, después de esta exploración, al estrecho medio, se observa que

algunas veces las espinales ciáticas prominidas, de tal modo, que ofrecen mayores dificultades al pasaje del feto que las mismas tuberosidades isquiatéricas. Las pelvis cifóticas pueden presentar numerosos ejemplos de esta estrechez; las fi-

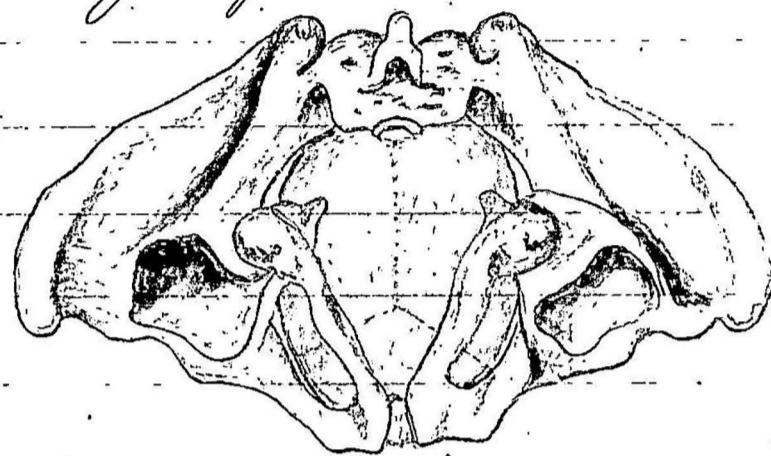


fig. 39.

guras 39 y 40, tomadas á Burdin, corresponden á una mujer cifótica asistida en la clínica de partos de la Facultad de Medicina de París.

En las pelvis normales el diámetro transverso ó biseccional ($10''$) se di-

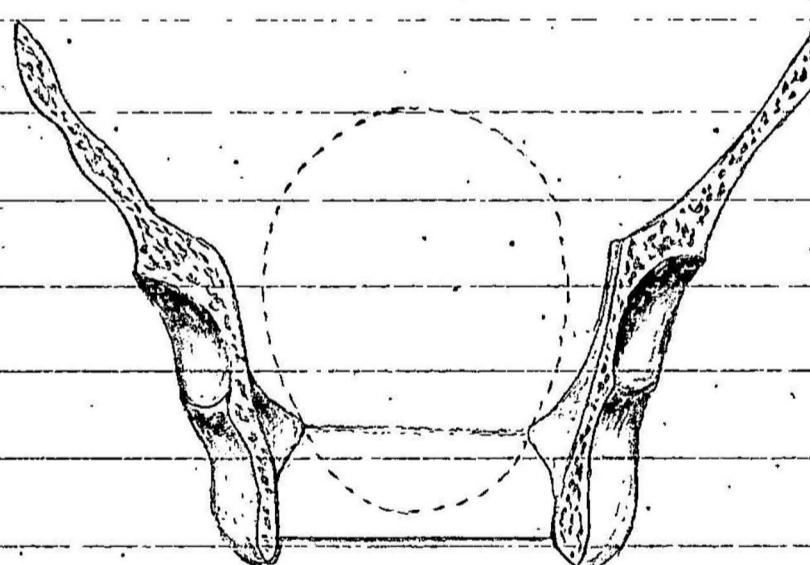


fig. 40.

ferencia en un centímetro, en menos, del diámetro transverso del estrecho inferior, ó bisiquiatérico ($11''$); en condiciones fisiológicas normales, cuando este diámetro se pudiese determinar aquello desgraciadamente los diversos grados de pelvis fundibulariforme hacen muy variable esta relación,

Aquí se explica que Verneau, fija la diferencia de Garries y Chantrenil, fije en 136 y 108 milímetros. las longitudes de los diámetros bisagráticos y bisciáticos respectivamente.

Considerando en consideración que el eje de inclinación de los huesos ilíacos, en las pelvis cifíticas, tiene que pasar por

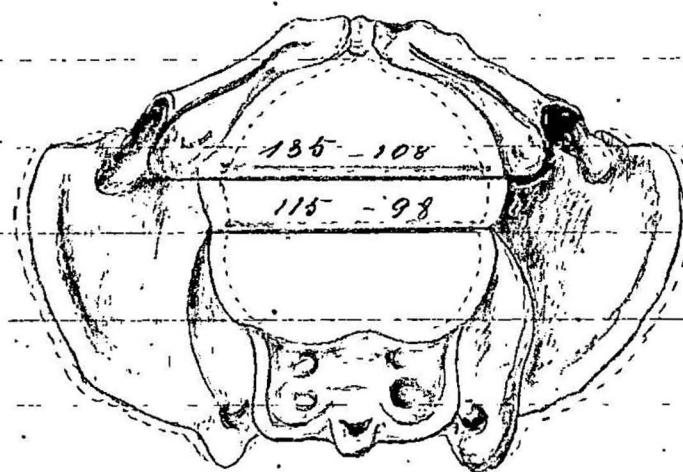


Fig. H.1

las sínfisis sacroiliaca y pubiana, las figuras H.1 y H.2, que representan diversas posiciones de la pelvis mecanica de Budin. Mostrarán claramente, las diferentes relaciones de ambos diámetros, según el grado del condibulum.

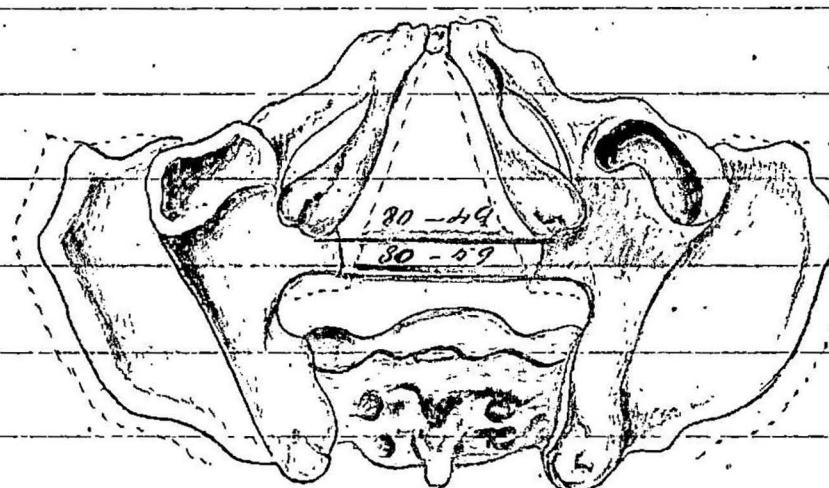


Fig. H.2

Como se ve la variación del diámetro bisagrático puede haberse más de una medida aproximada, lo que deduce la necesidad de las prácticas y encratrices.

Se eae fisiológicamente sobre las tuberosidades isquiatéricas, muy a proximadas en las pelvis císticas (fig. 133), casi juntas en la pelvis de Robert. A tal extremo que, el estrecho inferior parece, en algunos casos, una larga benda dura (Charpentier); en otros casos, por el contrario se presentan muy alejadas, tal sucede por ejemplo en las pelvis quirúrgicas de luxación doble.

Nada la importancia del diámetro bisiquiátrico, debemos tratar de

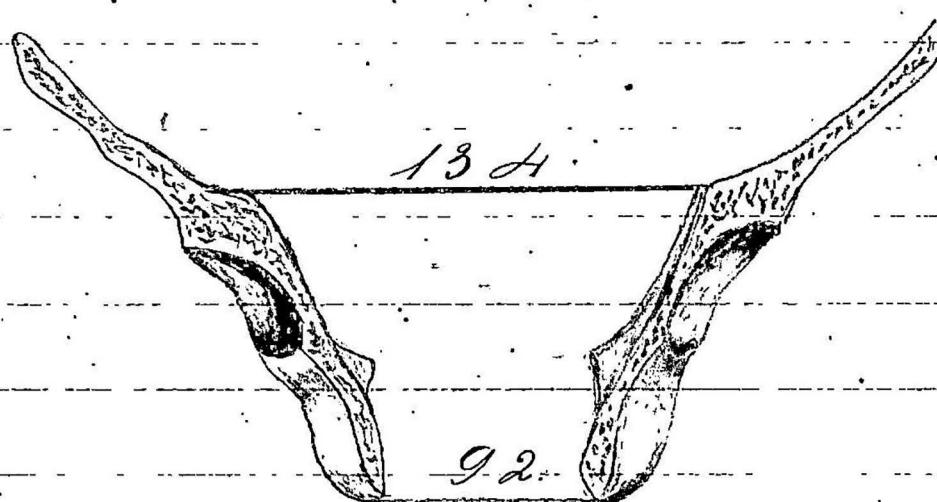


Fig. 134. - Brdlin.

medirlo con la posible exactitud.

Chartrier, con tal objeto, introduce sucesivamente dos, tres, cuatro dedos, aproximados los suyos á los otros, con el fin de arreglar el criterio que las falanges tienen á las tuberosidades isquiáticas ó puntos determinados de las ramas pubianas. Como se comprende este procedimiento á mas de doloroso no da sino resultados a proximados en grado poco suficiente.

Siunque no pertenece al trato menemurador, de que exclusivamente me ocupó, indicaré el procedimiento que se emplea para medir el diámetro bisiquiátrico con mas exactitud.

Colocada la mujer en decubito lateral (Steward) se deprimen los tejidos blandos buscando la cara interna de los isquiones, y sin ayudante mide la distancia que separa los dedos del tocólogo.

Preferimos el proceder de Budin que la coloca en posición genu pectoral y, sin necesidad de ayudante, toma con un hilo la distancia de estas tuberculadef.

En uno y otro caso hay que agregar centímetros a estos y medir, según el espesor de las partes blandas.

III

Restarán ahora explorar la pared ósea anterior de la pelvis.

La altura de la sínfisis, fácil de medir, puede no ser siempre de 1 centímetro (pelvis normal), así depende si

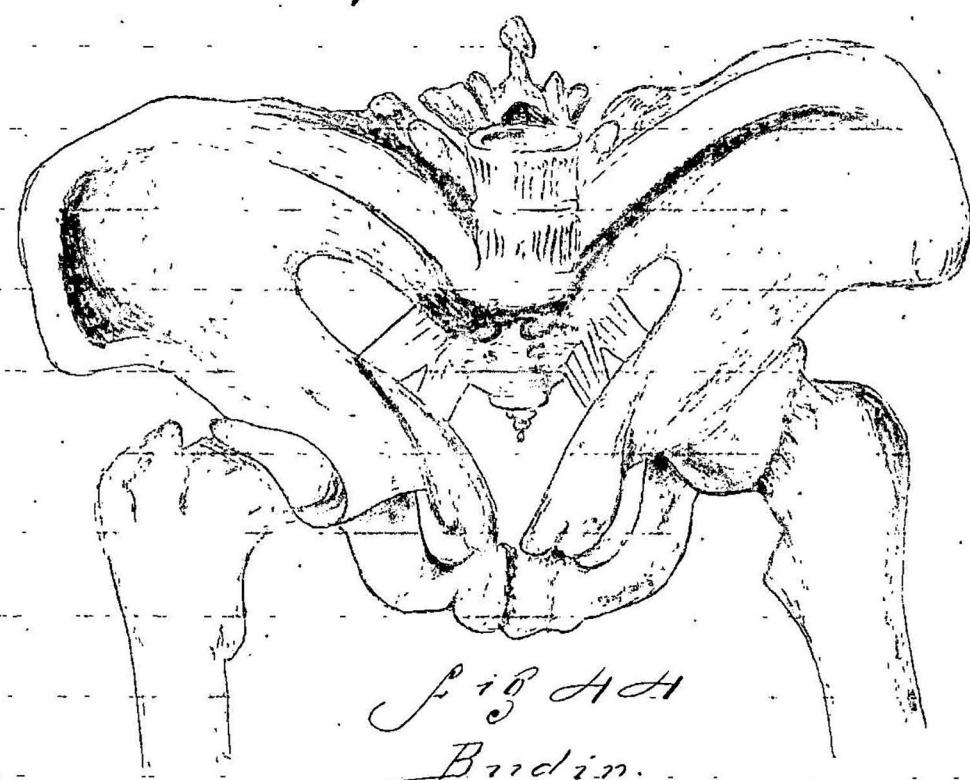


Fig 44
Budin.

son los casos en que media un y medio y más de un centímetro. Al tratar de la evolución del diámetro promontorio-pubicano he hecho notar las consecuencias que se podrían deducir

icos para el parto, tanto de la longitud como de la inclinación exageradas (Sisard).

En las pelvis osteomálicas (fig. 41) y las raquísticas endosteomálicas (fig. 32), así como en las pelvis de Robert (fig. 30), las ramas del pubis lejan de marchar transversalmente, la una al encuentro de la otra, siguen una dirección casi paralela. Como consecuencia de este modo de conformación, el pubis forma un pie saliente (de gancho, fig. 31) bajo el monte de venas, menos marcado en las pelvis raquísticas endosteomálicas.

Al levantar el dedo por detrás del pubis no se consigue, algunas veces, penetrar entre las ramas del pubis, tal es el grado de estrechez de este desfiladero fibroso, llamado también canal osteomálico



Fig. 45

Charpentier.

Bien se comprende que si en esta pelvis el diámetro perombto-pubiano está regularmente aumentado, la capacidad útil del estrecho superior, está considerablemente reducida.

Alfeli; Petit; Dorin y

Fründt han descrito con el nombre de pelvis inversa y Littermann con el de pelvis inversa una pelviirridación muy fácil de reconocer, caracterizada por la ausencia congénita de los huesos del pubis (fig. 45).

Hemos observado ya todo las paredes óseas de la pelvis, principal objeto de la pelvimetría digital, y debiera considerar aquí el presente trabajo; pero furgó necesario, antes de hacerlo, recordar que, la punta del esp. limita el estrecho inferior posteriosamente; y que, si bien es cierto, que en gran medida al nivel de la articulación sacroexigea la dana un papel secundario al palparse de directa, también no debe olvidarse que los poderes musculares que en el se insertan pueden ejercer, en las primigotas especialmente, el control del forceps. Esta es la razón por la que Buidis aconseja completar siempre el examen pelvimétrico por la exploración del pubo de la pelvis: examinar si es delgado y flexible o por el contrario grueso y resistente; darse cuenta en una palabra del desarrollo y elasticidad de sus músculos.

Como os dije al principio la corta práctica de 6 meses en una sala de clínica, no podía suministrar conclusiones novedosas de la experiencia personal.

Hechas algo a la práctica del tacto obstétrico me halle sceñí

en condiciones de discernir los diversos signos diagnósticos que, por medio de él, sirven para calificar las numerosas variedades de pelvis; más siendo para ello necesario conocer los caracteres de las diversas variedades de pelvis viradas, y, más que todo, formar una parte que al médico en la formación de un buen diagnóstico, le impida el presente trabajo de forma sistemática y completa á todo lo que, sobre este mismo tema, viene la literatura médica, ha sido mi primera preención. Si en lo he conseguido, no
enulveis á mi buena voluntad.

H. de Mora

Lima, Octubre 10/91

P. B.
H. Mora

FACULTAD DE MEDICINA	
B:	SA
Nº de inventario 11332	
Nº de la clasificación	

Reptilizado —
 Dr. P. Benavides
 P. Morales
 Dr. Fernández Gómez

UNMSM - FM - UBHCD



010000073033