

10. Exóstosis y tumores de la pelvis

La pelvis puede ser estrechada, de un modo irregular, por proliferaciones óseas y tumores.

Las proliferaciones óseas pueden derivar de la osificación de masas cartilaginosas proliferadas (encondrosis), y toman entonces el nombre de exóstosis, ó son un producto inflamatorio del periostio y se denominan osteofitos. Los exóstosis se encuentran, principalmente, en aquellos puntos de la pelvis en que existe cartilago, ó sea en la sínfisis del pubis, en la articulación sacroilíaca y en el promontorio, constituyendo excrecencias en forma de hongos, botones ó láminas de bordes cortantes. Los puntos de inserción de los tendones, ligamentos y fascias pueden también osificarse, dando origen á espinas óseas puntiagudas ó á crestas cortantes. Las pelvis de esta clase han sido denominadas por KILIAN acantopelvis ó pelvis espinosas (figura 421). Son típicas las espinas que se encuentran en el contorno de la línea innmirada en la región de la sínfisis íleo-púbica, las cuales proceden de la osificación del tendón del pequeño psoas ó de la inserción de la fascia ilíaca.

Los tumores que se encuentran con más frecuencia son los encondromas y los osteosarcomas (figura 422), los cuales suelen tener su origen en la pared posterior de la pelvis, alcanzando algunas veces un volumen enorme, hasta el punto de que pueden obstruir por completo la pequeña pelvis.

Diagnóstico de las deformidades de la pelvis y pelvimetría

Es, en verdad, una tarea sumamente fácil la de reconocer una deformidad de la pelvis al solo examen del esqueleto de la misma; pero, en cambio, se hace muy difícil diagnosticar dicha deformidad en la mujer viva, cuando los huesos están revestidos de partes blandas, y precisamente entonces escapa por completo á nuestra inspección la parte de la pelvis que nos interesaría conocer más á fondo; esperamos, no obstante, que en época no lejana se perfeccione la técnica de los rayos RÖNTGEN y sea posible obtener imágenes fotográficas limpias de la pelvis, en las cuales pueda medirse con exactitud y de una manera directa las condiciones de capacidad de la misma. Entonces, toda mujer prudente deberá acudir durante el embarazo á un gabinete radiográfico para obtener la imagen de su pelvis. Pero todavía no hemos llegado á tal grado de perfeccionamiento. Como demuestran las dos pruebas adjuntas (figs. 423-424), en la actualidad es posible obtener una imagen suficientemente limpia de la pelvis, después de haber tenido lugar el parto; pero durante el embarazo, la cabeza del feto, que se encuentra á nivel del estrecho superior, impide que se obtengan imágenes bastante claras. Por lo tanto, hasta ahora hemos de limitarnos á utilizar para el diagnóstico el tacto y la mensuración y á reconstituir trabajosamente la forma de la cavidad de la pelvis, fundándonos en algunos datos suministrados por la exploración y la pelvimetría.

Es verdad que un grado considerable de estrechez puede ya ser revelado por la *anamnesia*, *el examen general del cuerpo de la mujer* y más adelante por la *observación del modo como se desarrollan los fenómenos del parto*, fenómenos que hacen dirigir la atención hacia la pelvis.

Por la *anamnesia* podréis conocer la preexistencia de afecciones del sistema

óseo capaces de ejercer sobre la pelvis una influencia deformante. Entre éstas, ocupa el primer lugar el *raquitismo*; pero muchas mujeres ni siquiera recuerdan haberlo padecido, por lo remoto de la época en que esto tuvo lugar. Una pregunta estereotipada que hace el tocólogo á la mujer, es la edad en la cual empezó á andar, puesto que uno de los síntomas del raquitismo es el retraso de esta época, y esto suele ser recordado muy bien por la mujer. Es preciso indagar también la posible existencia

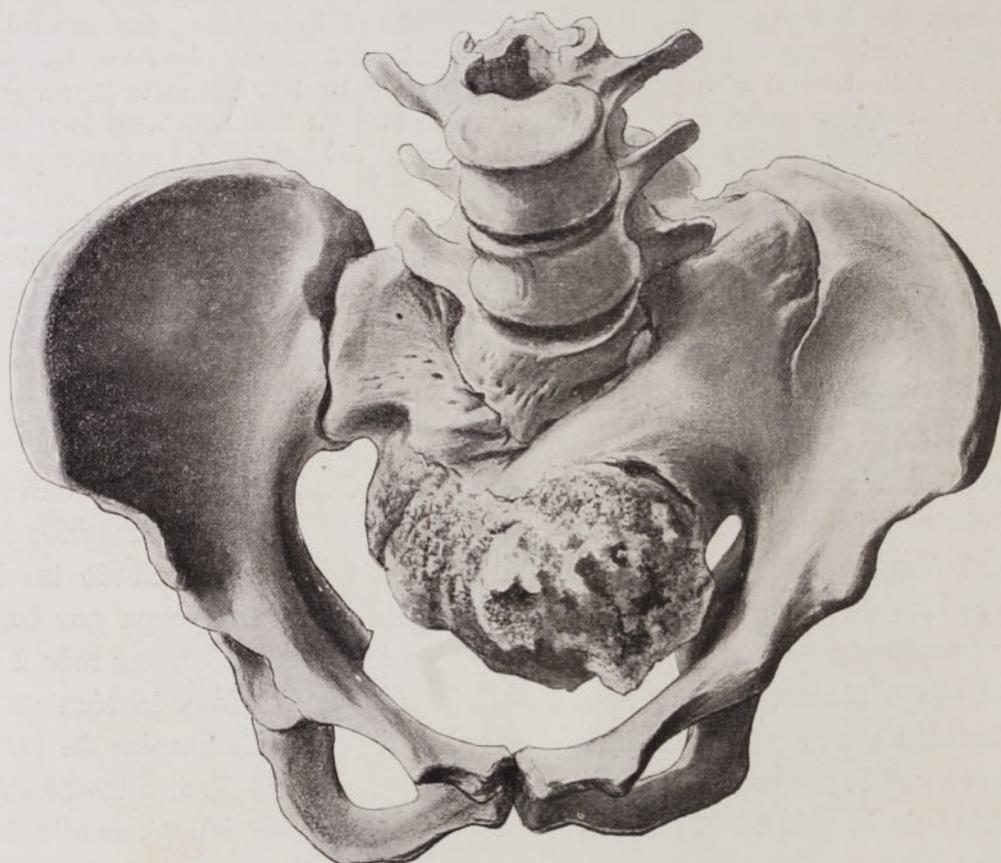


Fig. 422

Osteosarcoma del sacro

De la colección de pelvis de la clinica de Halle

anterior de síntomas de osteomalacia ó de afecciones de los huesos ó articulaciones de la pelvis ó de las extremidades inferiores. Tienen una importancia especial los datos referentes al curso de los partos precedentes. Aun cuando ciertas formas de estrecheces pélvicas, como, por ejemplo, las osteomalácicas ó las producidas por tumores, se establecen en la edad adulta, todavía es lo regular que la deformación de la pelvis sea anterior al primer parto y, por lo tanto, en éste existirá un obstáculo que podrá ser igual ó mayor en los ulteriores. Una serie de partos graves terminados por la intervención del arte indicará como muy probable la existencia de una estrechez pélvica muy graduada, y cuando también la anamnesia ponga

de manifiesto la existencia de dificultades mecánicas complicando los partos, será prudente examinar atentamente las condiciones de la pelvis.

Elementos preciosos para el diagnóstico nos los suministrarán el *examen obstétrico* y la *observación del curso del parto*. Ya tendremos ocasión más adelante de ocuparnos de los fenómenos clínicos á que da lugar una estenosis de la pelvis, los cuales dependen de que está impedido el encajamiento en la excavación de la parte que se presenta. Las consecuencias de esto serán, durante el embarazo, una elevación anormal de la presentación y del fondo del útero, abdomen péndulo y presentacio-

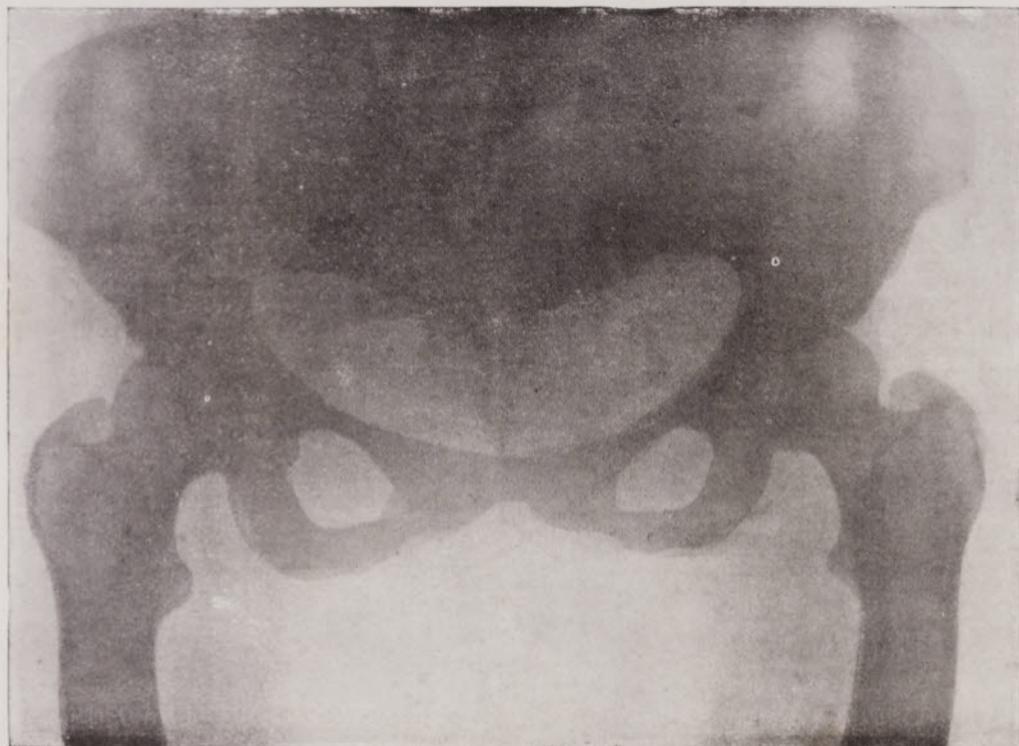


Fig. 423

Imagen radiográfica de una pelvis plana raquítica

Tomada durante el puerperio, por el DR. E. WORMSER. Colección de la clínica obstétrica de Basilea

nes viciosas, y en el parto, también la elevación de la parte presentada, actitudes y situaciones viciosas del feto, procidencia del cordón y de otras partes pequeñas del feto y la larga duración del período expulsivo. Estos signos tienen mayor valor en las primíparas, en las cuales las paredes abdominales y uterinas tienen un alto grado de tonicidad, y las situaciones longitudinales del feto y el encajamiento precoz de la cabeza constituyen la regla.

En algunos casos, por el solo *examen del cuerpo de la mujer*, podréis ya pensar en la probabilidad de una estenosis de la pelvis, y hasta en los grados más acentuados puede llegar á sospecharse encontrándose la mujer vestida. Una estatura anormalmente pequeña hace pensar en una estrechez general de la pelvis; las corvaduras

de la columna vertebral, ó anomalías de las extremidades inferiores y marcha claudicante, suscitarán la sospecha de una asimetría de la pelvis. Encontrándose la mujer desnuda, no serán difíciles de reconocer las deformaciones raquílicas, la cortedad de los miembros, el rosario raquílico, el pecho de pájaro, las desviaciones de los huesos osteomalácicos y las ostensibles deformidades de la espondilolistesis, de la cifosis lumbar y de la luxación del fémur. Pero hay también otras anomalías, como el aplanamiento de la pelvis ó sus formas infantil y masculina, que pueden reconocerse por un ojo ejercitado que sepa establecer comparación con las formas nor-



Fig. 424

Imagen radiográfica de una pelvis plegada (pseudo-osteomalácica)

Tomada después del puerperio, por el Dr. E. WORMSER. Colección de la clínica obstétrica de Basilea

males del cuerpo de la mujer. Por el examen de la cara y del cráneo, que constantemente tenemos costumbre de hacer, sabemos adivinar con gran agudeza hasta las más mínimas deformaciones, mientras que en el resto del organismo nos escapan á veces fácilmente hasta defectos bastante ostensibles, porque no estamos suficientemente acostumbrados á la observación de las formas naturales y sólo conocemos aquellas representaciones superficiales que nos dan los pintores y escultores.

Por lo que se refiere á la pelvis especialmente, es muy importante para juzgar de su forma el examen de la superficie posterior del sacro. Si examináis bajo la influencia de la iluminación lateral el dorso desnudo de una mujer bien conformada, podréis ver en la región correspondiente al sacro, á los dos lados de la línea media,

dos fositas más ó menos pronunciadas, pero siempre bien manifiestas, que corresponden á la mayor adherencia de los tegumentos á la espina posterosuperior del íleon y constituyen los ángulos laterales de un cuadrilátero cuyo límite inferior está cons-

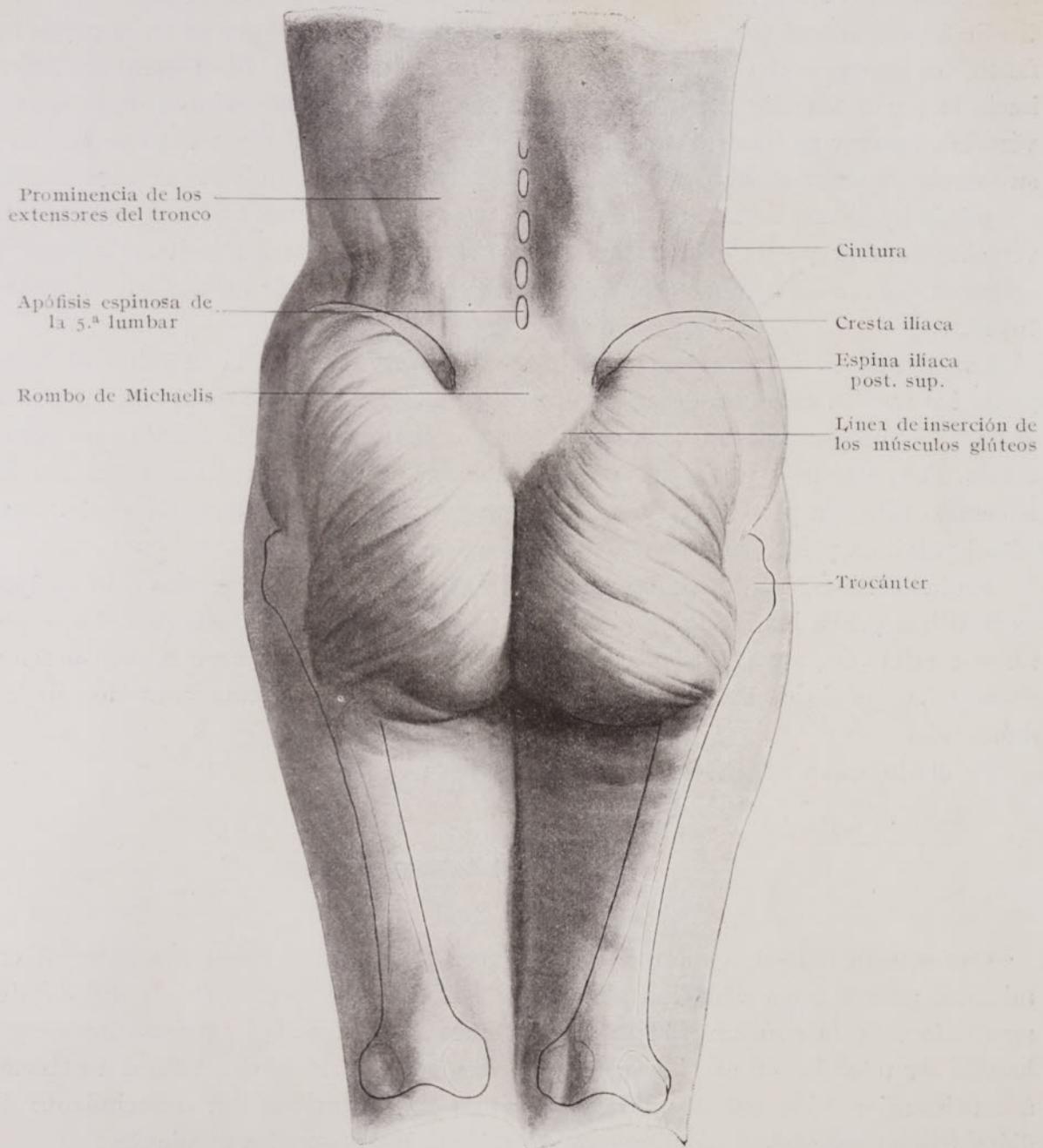


Fig. 425

Vista posterior de la pelvis de una mujer bien conformada

tituido por el principio de la línea interglútea y el superior por la prominencia de los músculos del dorso y de la apófisis espinosa de la última vértebra lumbar, en donde la piel ofrece algunas veces una pequeña depresión (fig. 425) Este cuadrilátero

es el «rombo» tan conocido y reproducido por los artistas, cuya importancia obstétrica ha sido evidenciada primeramente por MICHAELIS. Cuanto más ancho es el sacro y más amplia, por consiguiente, la cavidad pélvica, tanto mayor será la distancia entre las fositas laterales. En la pelvis perfectamente conformada, el rombo tiende á acercarse al cuadrado. Si el sacro es estrecho, como sucede en la pelvis infantil, las fositas están muy próximas y el rombo se alarga. Si el sacro se inclina hacia la parte anterior como en la pelvis plana, la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar se hace más profunda. El eje longitudinal del rombo se acorta y su ángulo superior se hace obtuso. En las pelvis planas raquíicas la base del sacro puede inclinarse de tal modo hacia adelante, que la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar puede encontrarse en la misma línea que las fositas laterales, y entonces, en vez del rombo, queda sólo el triángulo inferior de los dos que lo constituyen.

Con ayuda de la anamnesia, mediante la observación de la marcha del parto y por los medios comunes de examen, se llega á reconocer que existe un obstáculo al parto y que éste consiste en una estrechez de la pelvis, de esta ó de la otra naturaleza. Pero esto no es suficiente para conducir el parto de una manera correcta; es necesario también precisar en cifras exactas las proporciones diamétricas de la cavidad pelviana y esto sólo puede conseguirse por la *pelvimetría*.

En las clínicas, ésta es practicada de un modo sistemático, gracias á lo cual no es fácil que pasen inadvertidos ni aun los pequeños grados de estrechez. Pero esto no es factible en la práctica privada; así es que solamente se hace la mensuración de aquellas pelvis en las cuales haya motivos de sospechar una reducción de los diámetros.

Se distinguen una *pelvimetría externa* y otra *interna*.

Pelvimetría externa

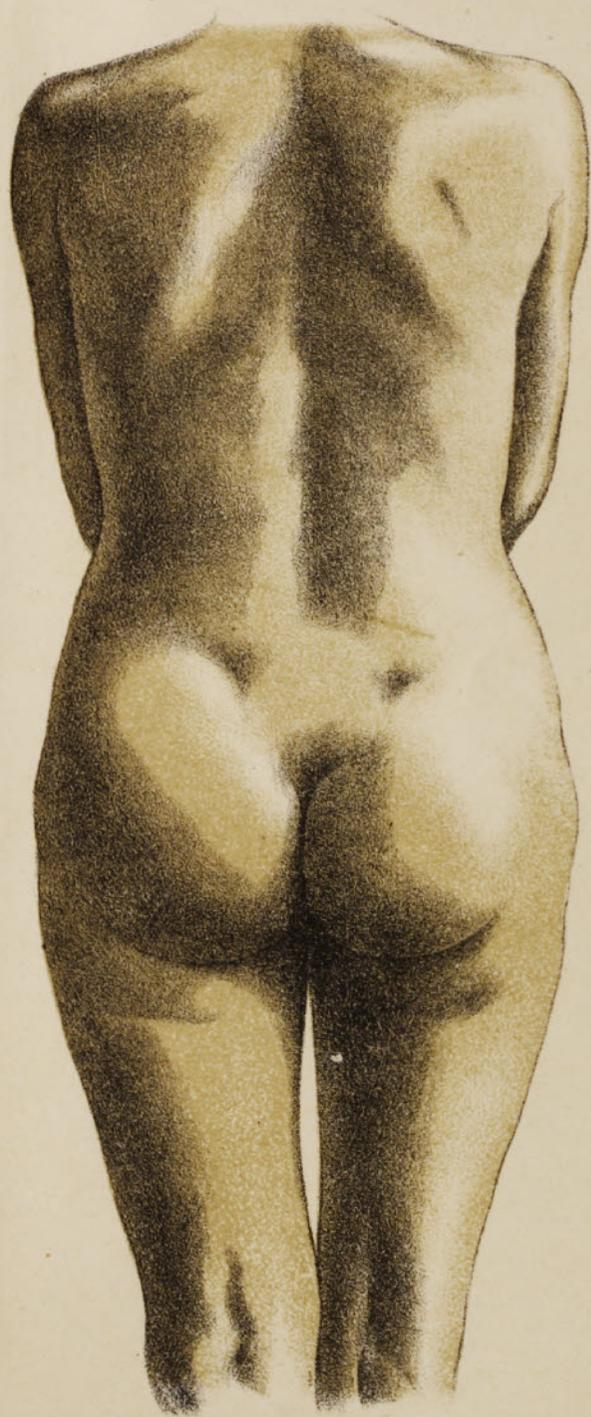
Con este método de exploración se miden las distancias existentes entre determinados puntos cuya situación puede fijarse fácilmente, con objeto de deducir del resultado de esta mensuración las dimensiones de la cavidad pélvica, únicas que han de ser tomadas en consideración para la mecánica del parto. Vamos á exponer á continuación todo cuanto podemos deducir con seguridad del conocimiento de diámetros externos que comúnmente se miden. Estos son los siguientes:

1. El conjugado externo

que se denomina también «diámetro de BAUDELLOCQUE», por haber sido este autor el primero que lo determinó, iniciando de este modo la pelvimetría exacta con objetivo obstétrico.

Diagnóstico de la forma de la pelvis en la mujer viva.

Superficie posterior del cuerpo en las diferentes formas de pelvis estrecha. Todas las figuras están tomadas de fotografías, en las mismas proporciones de tamaño



Pelvis normal

(Rombo perfectamente conformado y hermosas líneas iliaco-trocantéreas)



Pelvis estrechada uniformemente en todos sus diámetros

(Rombo más estrecho, menor distancia de las crestas ilíacas y de los trocánteres entre sí)



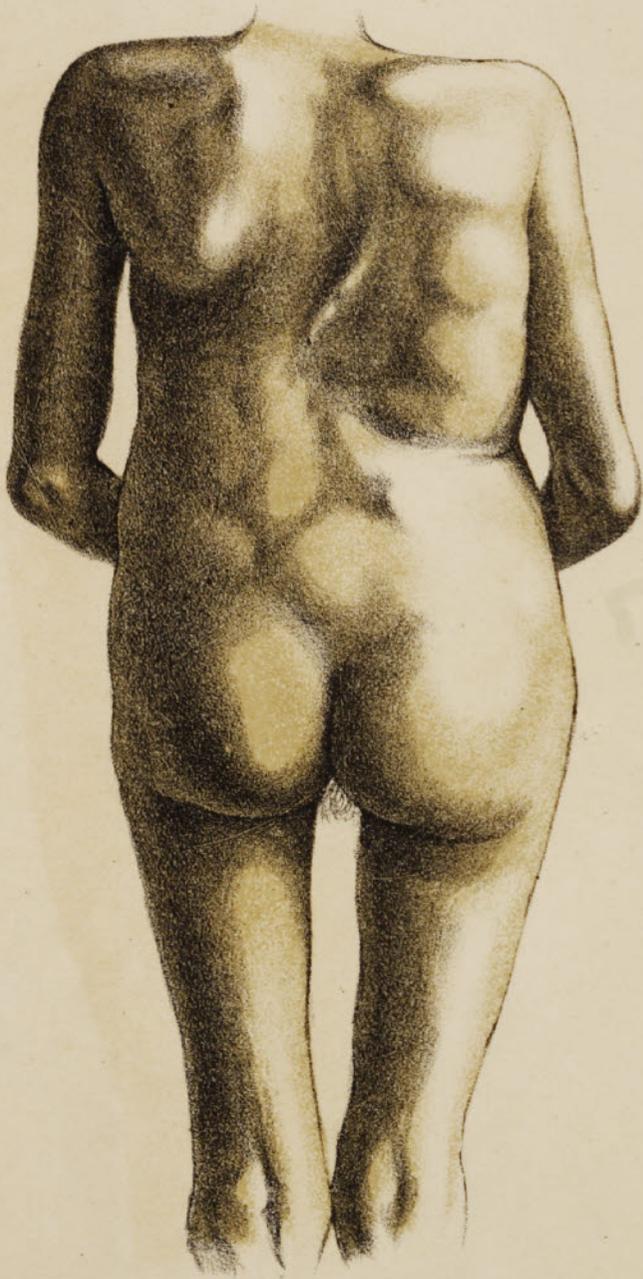
Pelvis raquítica plana

(Rombo triangular, vértebras lumbares hundidas, parte inferior del sacro sobresaliendo hacia atrás)



Pelvis estrechada transversalmente

(Distancia entre los trocánteres, notablemente pequeña, especialmente en proporción con el ancho de las caderas y de los hombros)



Pelvis asimétrica
en la cifoescoliosis
(Situación oblicua del rombo)



**Pelvis cifótica estrechada transversalmente
en forma de embudo**
Prominencia de las apófisis espinosas, falta la depresión
de la columna lumbar, pequeña distancia entre
los trocánteres)



Pelvis espondilolistésica

(Prominencia en forma de silla de montar en lugar del
rombo. La elevación más prominente corresponde á la
apófisis espinosa de la I vértebra sacra)

En la fig. 426, dibujada de perfil, está señalado dicho diámetro. El punto de partida del mismo por la parte anterior corresponde al borde superior del pubis, y el posterior hay que fijarlo, según enseña MICHAELIS, en la apófisis espinosa de

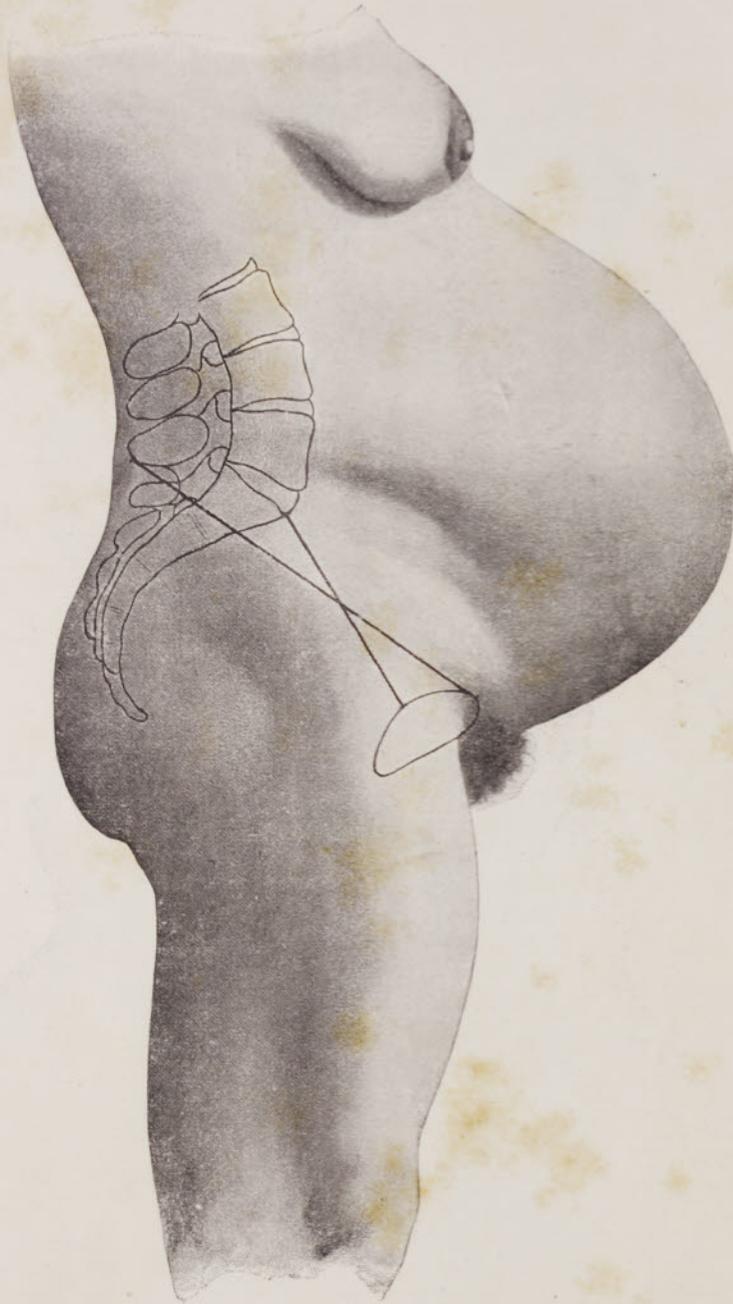


Fig. 426

Relaciones entre los diámetros conjugado externo y conjugado verdadero

la 5.^a vértebra lumbar. El botón del compás se coloca más fácilmente cuando se busca la fosita existente entre esta apófisis y el sacro. BAUDELOCQUE calculaba que substrayendo de 8 á 8 y $\frac{1}{2}$ cm. de la medida obtenida, se tenía la longitud del

diámetro conjugado verdadero; pero bien pronto se demostró que este cálculo era erróneo. Es sumamente variable el espesor de las partes blandas y de los huesos, para que sea posible calcular la longitud del diámetro conjugado verdadero, mediante la substracción de una cifra constante. Por otra parte, el diámetro conjugado verda-

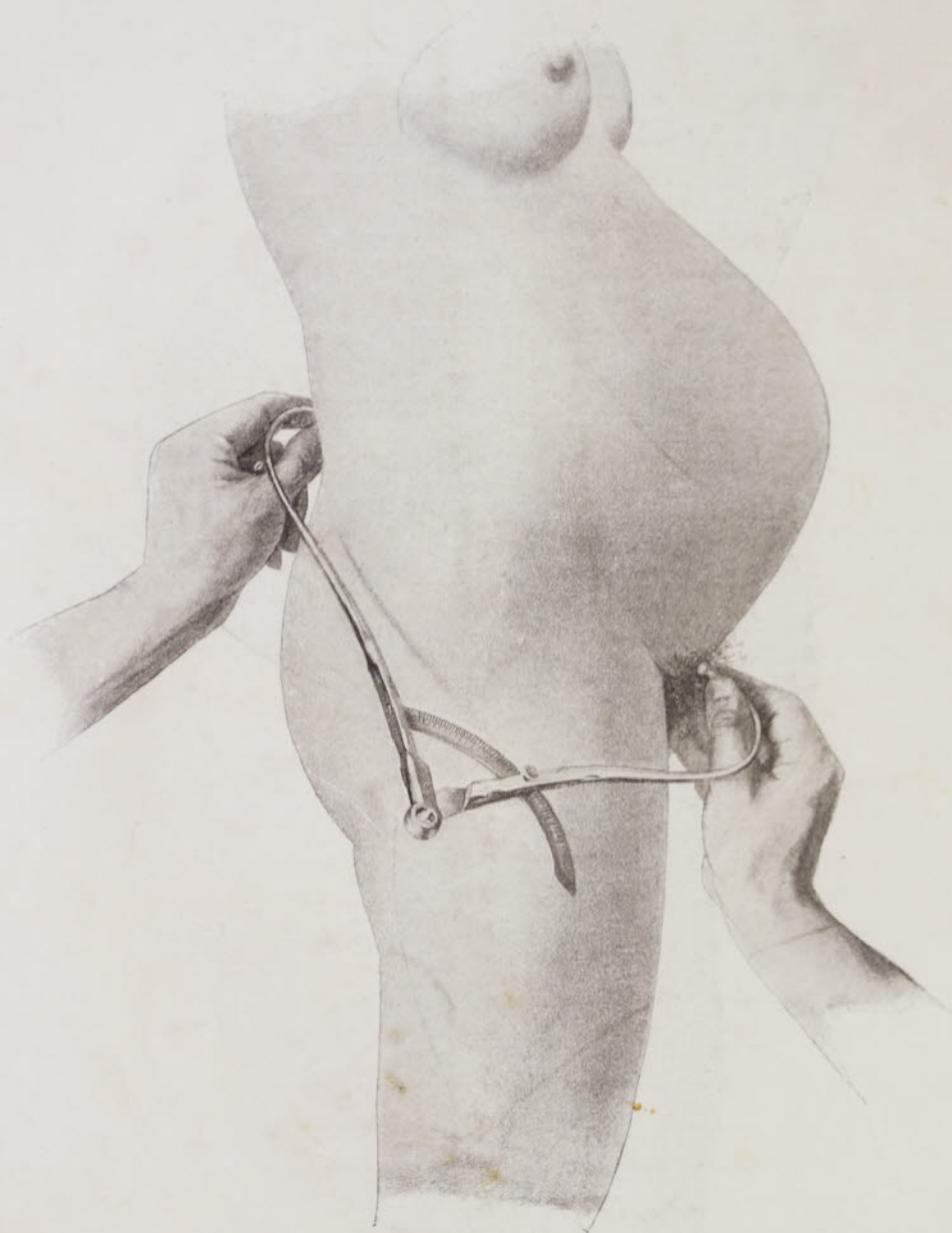


Fig. 427

Mensuración del diámetro conjugado externo

dero no se encuentra siempre en el mismo plano que el conjugado externo, sino que, las más de las veces, va á terminar por encima de este último, cruzándolo (fig. 426). Según esto, de la medida del conjugado externo no podemos deducir con exactitud matemática la longitud del conjugado verdadero, sino tan sólo calcularla aproxi-

madamente. Con las medidas medias de 18-20 cm., que son las que se encuentran con más frecuencia, puede coexistir un conjugado verdadero normal, pero también puede estar notablemente acortado. Por el contrario, cuando el conjugado externo

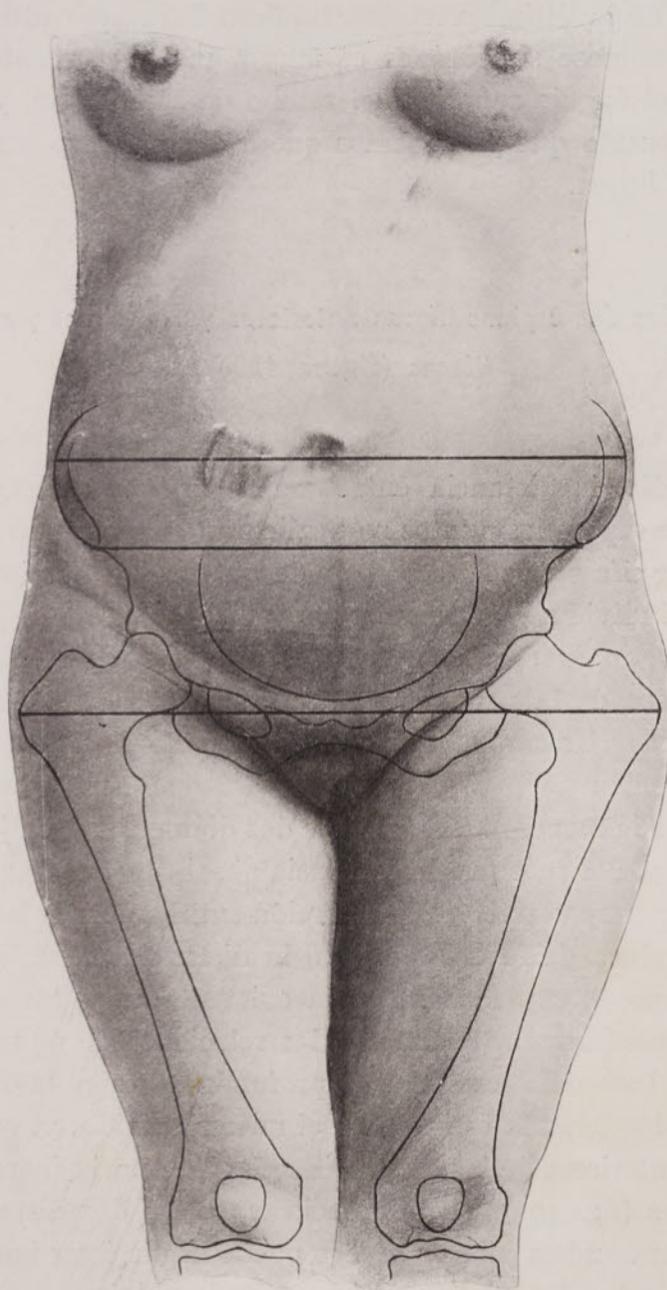


Fig. 428

Distancias respectivas entre las crestas ilíacas, las espinas ilíacas y los trocánteres

mida menos de 18 cm., tendremos motivo suficiente para creer en el acortamiento del conjugado verdadero. Pero cuando el diámetro conjugado externo excede de 20 cm., es muy probable que sea normal la longitud del conjugado verdadero.

Para la mensuración del conjugado externo nos valemos del compás de espesor, encontrándose la mujer en decúbito lateral ó de pie (fig. 427). El punto anterior para esta medida, que es el borde superior de la sínfisis pubiana, es siempre fácil de fijar, y tampoco resulta difícil, en las mujeres delgadas, encontrar posteriormente la apófisis espinosa de la última vértebra lumbar. Pero esto último es más difícil cuando el panículo adiposo subcutáneo es muy abundante, y entonces se fija, con auxilio de la vista, el ángulo superior del rombo de MICHAELIS, y allí se coloca el botón del compás, puesto que ya sabemos que á dicho punto corresponde la apófisis espinosa que se busca.

2. Distancias entre las dos espinas ilíacas anteriores y superiores y entre las dos crestas ilíacas (figura 428)

Por término medio, la distancia entre ambas espinas ilíacas anterosuperiores es de 26 cm., y la que separa los puntos más salientes de las crestas ilíacas, de 29 centímetros. Pero estas cifras son susceptibles de extensas oscilaciones debidas á las grandes diferencias individuales de desarrollo y de inclinación de las alas del íleon. Sería, pues, aventurado fundarse en el resultado de estas medidas para deducir el diámetro transversal de la pequeña pelvis; así es que sólo deberán tomarse en consideración aquellas cifras que, separándose mucho de la normal, puedan ya tener alguna significación.

Mayor valor tiene la mensuración de estos dos diámetros para juzgar de la forma de la cavidad pélvica. Por más que la distancia absoluta entre las dos espinas y las dos crestas ilíacas sea muy variable, la proporción entre ambas es bastante constante. A causa de la corvadura de la cresta ilíaca, la distancia entre las dos espinas es, por regla general, unos 3 cm. menor que la existente entre las crestas; así es que en una pelvis bien conformada tendremos las relaciones de 24 : 27 ó de 25 : 28 ó de 26 : 29, etc. Si la base del sacro penetra profundamente en la excavación, el segmento posterior de los íleos es estirado en el mismo sentido, y, como consecuencia de esto, las partes anteriores de las crestas ilíacas giran hacia fuera y se hacen fuertemente prominentes (fig. 404). La diferencia entre las dos distancias se hace así menor y la que separa ambas espinas ilíacas puede llegar á ser igual ó hasta mayor que la existente entre las dos crestas. Este resultado pelvimétrico basta por sí solo para que pensemos en el hundimiento del sacro, ó sea en un aplastamiento de la pelvis. Es especialmente característica de la pelvis plana raquítica la extroflexión de las alas del íleon, y en estos casos es la regla que las espinas ilíacas se encuentren en el mismo plano ó hasta más exteriormente que las crestas.

Estas medidas se toman con el compás de espesor, encontrándose la mujer en decúbito dorsal, colocando un botón en el borde *externo de la espina*, en el punto

en que se inserta el tendón del músculo sartorio; para tomar la distancia entre ambas crestas, se coloca el botón en el borde externo de cada una de ellas, buscando de atrás adelante el punto de su mayor distancia (fig. 429).

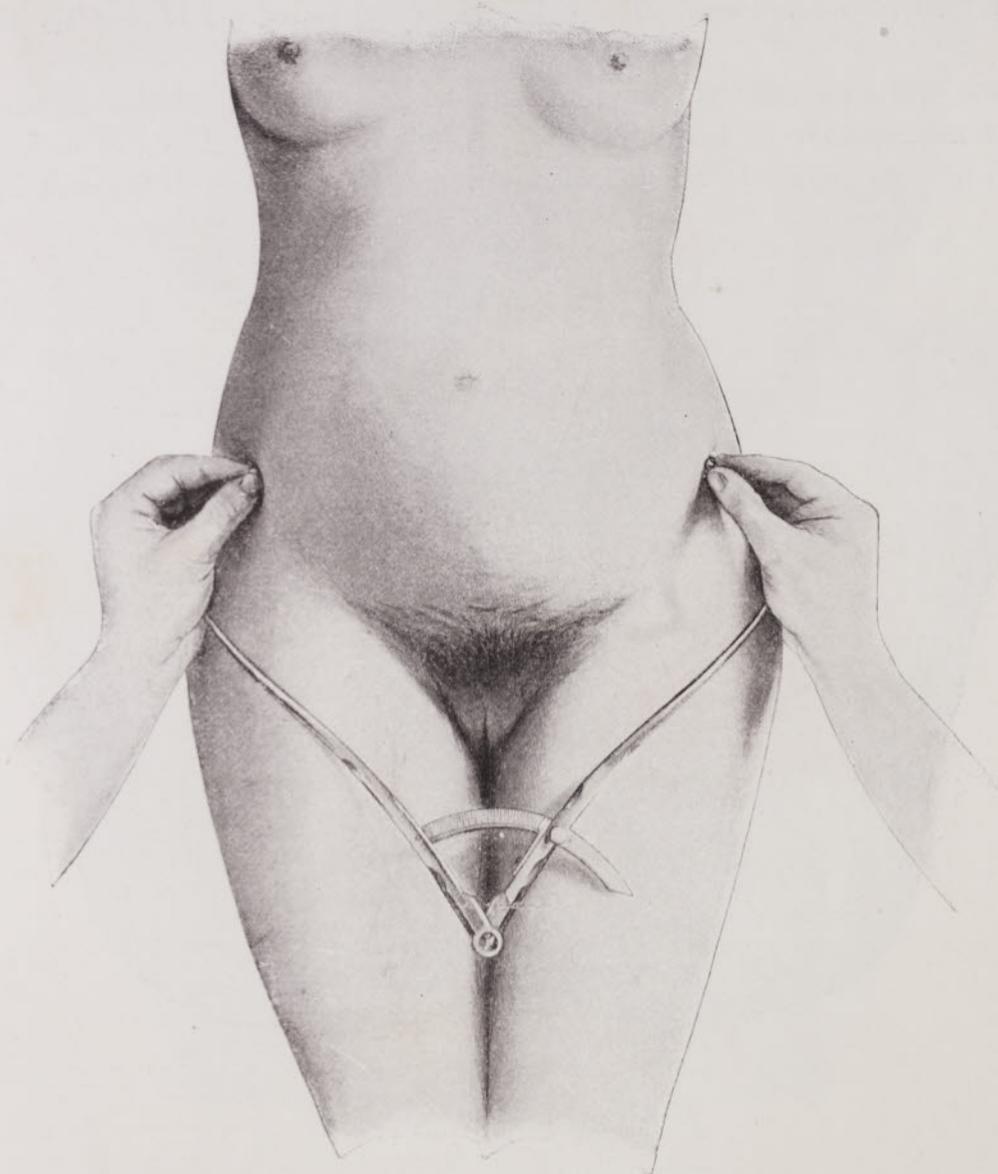


Fig. 429

Mensuración de la distancia entre las espinas ilíacas

3. Distancia entre los dos trocánteres

Esta mide, por término medio, 31 cm. y tiene muy poca importancia en la determinación de la amplitud de la cavidad pélvica. Tan sólo cuando la cifra que se encuentre esté muy por debajo de la media, será cuando estaremos autorizados á creer que el diámetro transversal interno esté acortado.

Para tomar esta medida, la mujer tendrá los miembros inferiores aproximados, y los botones del compás se apoyarán sobre los puntos más salientes de los trocánteres.

4. Diámetros anteroposterior y transverso del estrecho inferior (fig. 430)

Como que una estenosis muy acentuada del estrecho inferior es sumamente rara, la mensuración de los diámetros de éste es de ordinario descuidada. Cuando motivo para sospechar la existencia de una anomalía de la pelvis que, como, haya

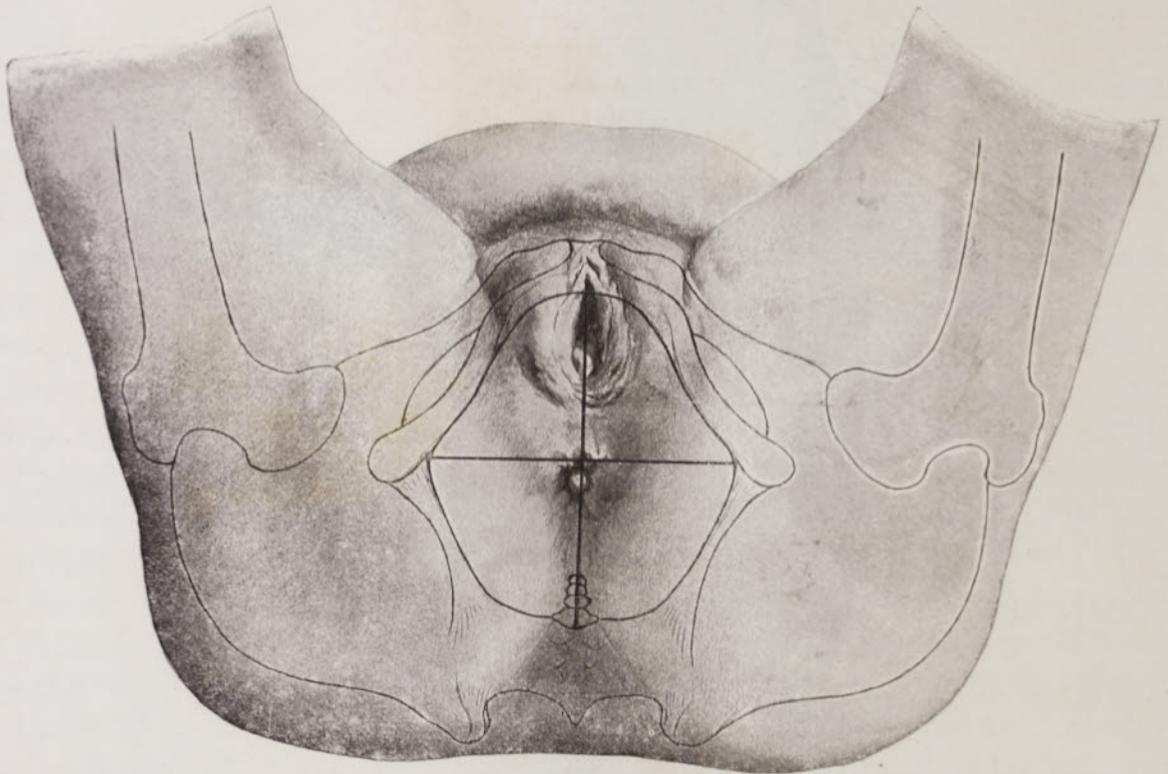


Fig. 430

Diámetros del estrecho inferior

por ejemplo, las de la osteomalacia, la pelvis infundibuliforme, la anquilótica ó la cifótica, transversalmente estrechas, etc., se acompañe de una reducción del estrecho inferior, la mensuración de éste podrá suministrar datos de gran valor.

La longitud de los dos diámetros principales se puede determinar con bastante seguridad. Como diámetro anteroposterior consideramos la distancia existente desde la punta del sacro al borde inferior de la sínfisis pubiana (normal 11 cm.). Para hacer la mensuración se coloca la mujer en decúbito dorsal ó lateral y los miembros inferiores en flexión forzada sobre el abdomen. Una de las ramas del pelvímetro se coloca en el mismo borde del ligamento subpubiano y la otra en el

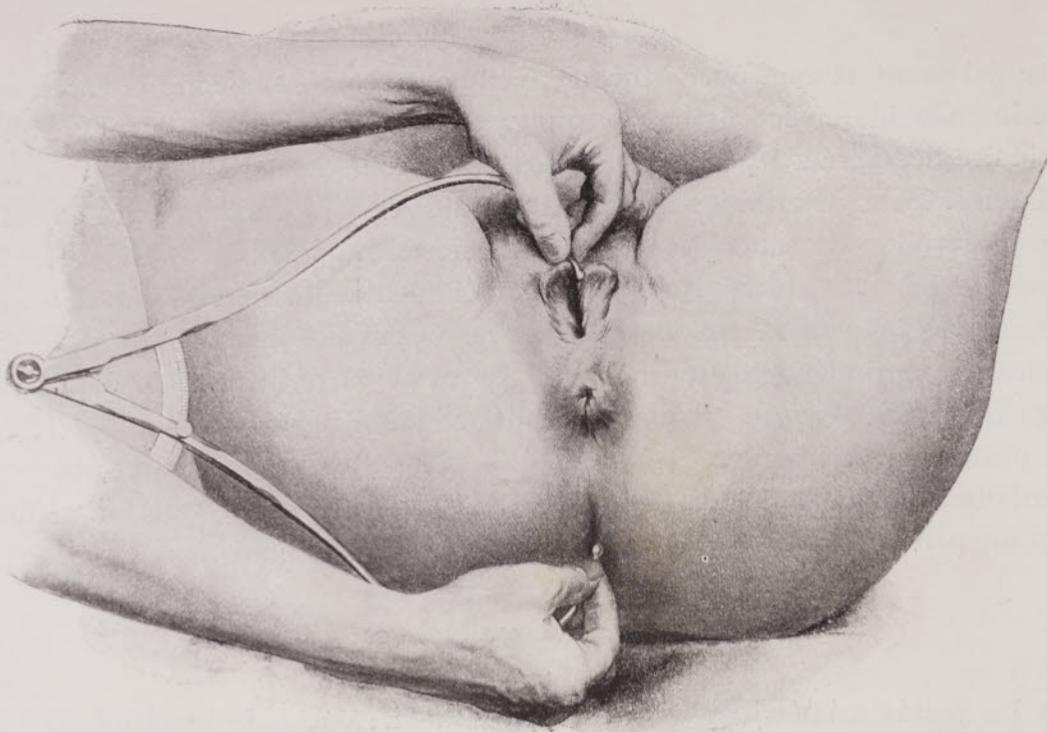


Fig. 431. Modo de medir el diámetro anteroposterior del estrecho inferior

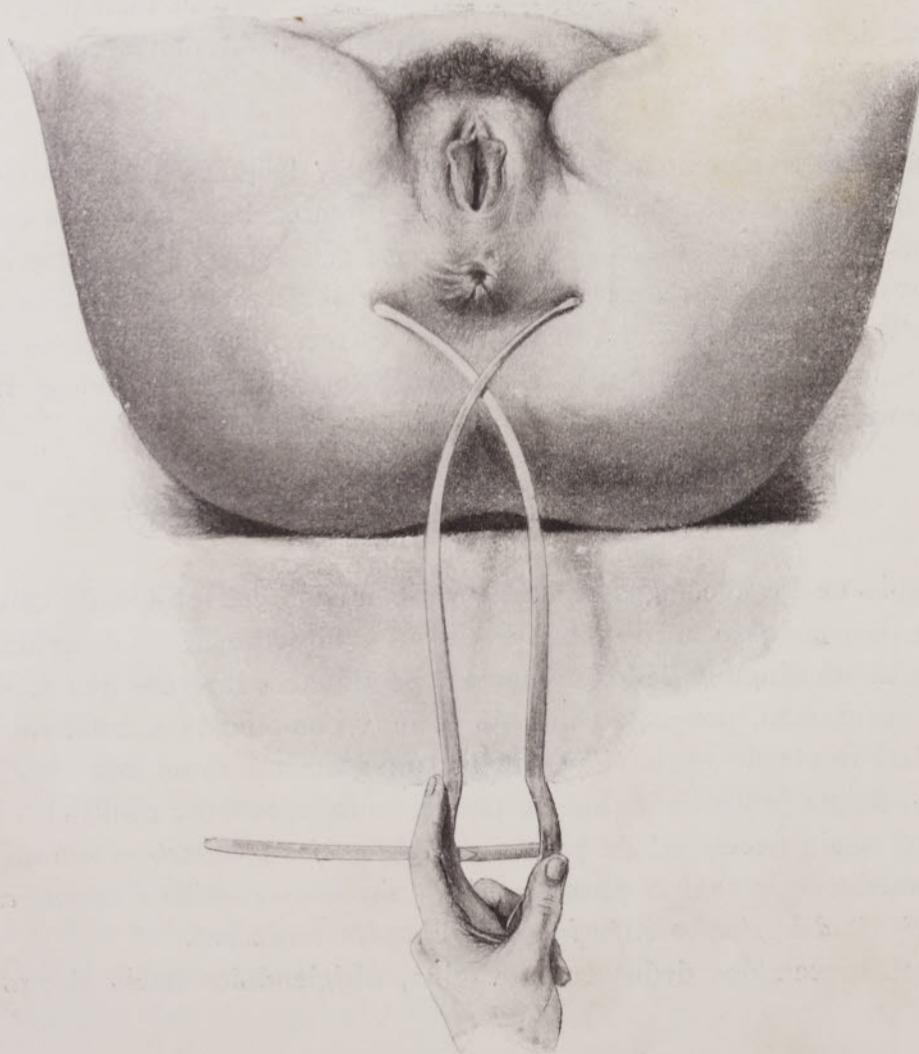


Fig. 432. Modo de medir el diámetro transversal del estrecho inferior

vértice del sacro, el cual puede tocarse fácilmente comprendiendo el cóccis entre el índice introducido en la vagina y el pulgar que se aplica sobre la piel. De la cifra obtenida se deducirá $1\frac{1}{2}$ cm., que representa el espesor de los huesos y de las partes blandas. Para determinar el diámetro transversal (normal 11 cm.) se coloca la mujer en decúbito dorsal con los miembros inferiores en flexión forzada. Los bordes internos de las tuberosidades isquiáticas son fácilmente perceptibles. Se mide la distancia que los separa con un compás de OSIANDER cuyos botones terminales se aplican comprimiéndolos fuertemente contra la parte interna de dichas tuberosidades (fig. 432). En este procedimiento la medida resulta menor por el espesor de las partes blandas, se agregará 1 cm. á la cifra obtenida, con lo que obtendremos la verdadera longitud del diámetro transversal del estrecho inferior. KLIEN ha ideado un pelvómetro muy cómodo para medir este diámetro.

5. Diámetros oblicuos

En las pelvis asimétricas se encuentra una diferencia de longitud de los diámetros oblicuos, que son los que van desde la espina ilíaca anterosuperior de un lado á la espina ilíaca posterosuperior del opuesto. Pero deducir directamente de la cortedad de los diámetros oblicuos la pequeñez de la pelvis será aquí todavía más aventurado que para los otros diámetros.

Resumiendo el valor de la pelvimetría externa, debemos hacer constar que ella no nos suministra ningún dato preciso sobre la capacidad real de la cavidad pélvica. Cifras de un valor directo las obtenemos tan sólo para el estrecho inferior, el cual, por otra parte, raras veces está estrechado. Ningún dato preciso obtenemos, por el contrario, respecto de la amplitud del estrecho superior, que es el que más nos interesa, por ser el asiento más frecuente de las estrecheces pélvicas. Estos datos nos son suministrados por la

Pelvimetría interna

El ingenio de los tocólogos se ha aguzado mucho con objeto de construir instrumentos destinados á medir con precisión y directamente la cavidad pélvica. Pero hasta ahora ninguno de los numerosos pelvímetros internos que se han ideado ha tenido aceptación, porque su manejo es muy complicado y doloroso. Para que su empleo dé resultado se requiere además un gran hábito en esta clase de exploraciones, y el que posee dicho hábito puede también obtener resultados suficientemente exactos sin necesidad de pelvómetro. *El mejor pelvómetro continúa siendo la mano por medio de la cual se puede medir de un modo sencillo é inocuo el diámetro más importante del estrecho superior, el conjugado verdadero.*

Si se introducen dos dedos en la vagina, dirigiéndolos hacia el promontorio,

podremos medir directamente sobre los mismos dedos la distancia entre aquél y el borde inferior del pubis. Esta distancia se designa con el nombre de «*conjugado diagonal*», y nos suministra un punto de partida suficiente para calcular la longitud del conjugado verdadero. Como podéis ver en la adjunta fig. 433, los conjugados verdadero y diagonal forman con la sínfisis del pubis un triángulo cuyo lado mayor es siempre el conjugado diagonal. Para conocer el conjugado verdadero es, pues, necesario hacer una substracción del diagonal. Si la sínfisis es corta y poco inclinada, el triángulo es casi isósceles, el conjugado verdadero tiene una longitud escasamente

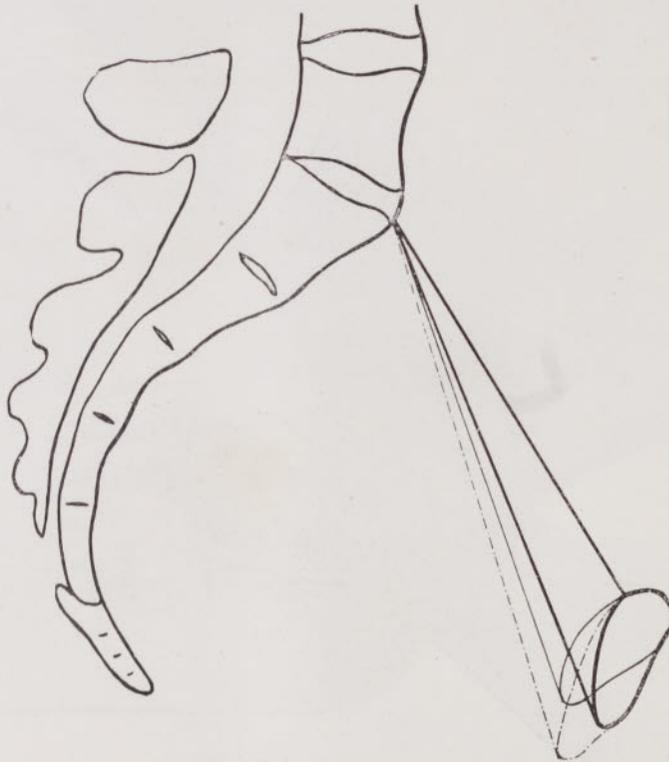


Fig. 433

Proporción entre el conjugado diagonal y el conjugado verdadero

inferior al diagonal y la substracción que ha de hacerse es muy poco importante. Si, por el contrario, la sínfisis se acerca á la vertical y es muy alta, el conjugado diagonal es mucho mayor que el verdadero y la substracción ha de ser mayor. Una influencia idéntica á la inclinación y altura de la sínfisis tiene el sitio que ocupa el promontorio. Si éste se encuentra abajo, el triángulo es casi isósceles y la diferencia entre los dos conjugados es muy pequeña; si, por el contrario, el promontorio está muy elevado, el triángulo se hace escaleno y la substracción ha de ser mayor. Por término medio se subtrae 1,5 cm., llegando á 2,5 cm. cuando la sínfisis es alta, está inclinada ó el promontorio está elevado, y descendiendo á 1 cm., si la sínfisis es corta, plana ó el promontorio bajo.

La mensuración del conjugado verdadero no se hace directamente, sino que

calculamos la longitud substrayendo de 1 á 2,5 cm. de la medida del conjugado diagonal. Aun teniendo en cuenta los factores que acabamos de indicar, pequeños errores de medio cm. son inevitables. Pero para la obstetricia práctica, tales errores no tienen importancia, puesto que, como ya hemos indicado, la longitud del mismo conjugado verdadero no es constante, sino que cambia según cual sea la situación del anillo pélvico con la columna vertebral.

Para que la determinación del conjugado diagonal resulte lo más exacto que sea posible, es necesario, ante todo, que durante el examen la mujer esté colocada de través en la cama, con el sacro algo elevado por una almohada y los muslos en fle-



Fig. 434

Modo de medir el conjugado diagonal

cción forzada sobre el abdomen. Mientras que una mano entreabre la vulva, el índice y el medio penetran en la vagina, y deprimiendo el fondo de saco posterior, tratan de alcanzar la pared del sacro; siguiendo con la punta de los dedos á lo largo de este hueso, se llega á tocar muy bien la eminencia del promontorio. En este momento la mano se encuentra en la posición representada en la fig. 434. La punta del dedo medio está en contacto con el promontorio, el metacarpo del índice toca el borde inferior del pubis comprimiendo sobre el ligamento falciforme subpúbico, el pulgar está en abducción, y los últimos dos dedos, doblados sobre la palma de la mano, comprimen el periné. La mano se mantiene en esta posición hasta que se ha fijado

el punto anterior, lo que se hace con el dedo índice de la otra mano que se lleva con su cara palmar vuelta hacia abajo (fig. 434) ó hacia arriba (fig. 435) por debajo del pubis, buscando el borde cortante del ligamento falciforme subpúbico y señalando



Fig. 435

Modo de medir el conjugado diagonal

en el metacarpo del dedo introducido el punto á que corresponde dicho ligamento. Una vez hecho esto, se retiran juntas ambas manos conservando la misma posición, y con el compás ó la cinta métrica se mide la distancia desde la punta del dedo me-

dio hasta la señal que habíamos hecho en el borde radial del metacarpo. Una causa frecuente de error es que la punta del dedo medio abandona el promontorio en el momento en que se fija la señal anterior, y entonces la medida que se obtiene es inferior á la real: por el contrario, se obtendrá una medida excesiva si el índice de la mano externa no se coloca bien debajo del pubis.

Estas manipulaciones de pelvimetría interna resultan dolorosas, especialmente cuando la vagina es estrecha y el periné rígido. Pero si se coloca la mujer convenientemente y se procede con lentitud, comprimiendo sobre el periné con delicadeza, se consigue, por regla general, el objeto deseado, sin provocar grandes molestias, y sólo en las mujeres hiperestésicas se hace necesaria la narcosis. Cuanto más bajo está el promontorio, tanto más fácilmente se alcanza, y en los grados mayores de estrechez pélvica basta para conseguirlo introducir un solo dedo. Cuando existe un falso promontorio se puede estar en duda de si la punta del dedo ha alcanzado el punto debido, y entonces es buena regla medir la distancia hasta los dos promontorios y calcular la estrechez pélvica con arreglo á la medida más corta.

Para medir con exactitud el *diámetro transverso* del estrecho superior no se puede utilizar la mano. En este caso nos contentamos, de ordinario, con recorrer con dos dedos ó con cuatro las paredes laterales de la pelvis, formándonos de este modo un criterio aproximado de una eventual estrechez en el sentido transversal; los resultados así obtenidos no son exactos, pero sí suficientes para las necesidades de la práctica.

Bibliografía

Trabajos generales y sintéticos:

MICHAELIS, Das enge Becken, nach eigenen Erfahrungen u. Beobachtungen. Herausgegeben von LITZMANN. Leipzig 1851. LITZMANN, Die Formen d. Beckens, insbes. d. engen weiblichen Beckens, Berlin 1861 und: Ueber Erkenntniss, Einfluss u. Behandlung d. engen Beckens. Volkmann's Samml. klin. Vortr. 20, 23, 74 u. 90. Ferner: die Geburt b. engem Becken. Leipzig 1884. KEHRER, Pelikolog. Studien. Beitr. z. vergl. experiment. Geburtsk. H. 3 u. 5: Giessen 1869 u. 1875. SCHAUTA, Die Beckenanomalien in MÜLLER's, Handbuch d. Geb. Stuttg. 1889. PINARD, De l'agrandissement momentané, du bassin. Paris, Steinheil 1894 u. Les vices de conformation du bassin etc. Thèse, Paris 1874. BREUS u. KOLISKO, Die patholog. Beckenformen. Deuticke, Leipzig u. Wien 1900—04. WHITRIDGE WILLIAMS, The frequency of contracted pelvis in the first thousand women deliv. in Johns Hopkins Hosp. Obstetr. I. 1899. GOENNER, Hundert Messungen weiblicher Becken an der Leiche. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 44. 1901.

Pelvis total y regularmente estrecha:

MICHAELIS, Das enge Becken l. c. LITMANN, Die Formen des engen Beckens l. c. RIES, Zur Kenntniss des allg. gleichmässig verengten Beckens. Diss. Marburg 1868. LÖHLEIN, Zur Lehre vom durchweg zu engen Becken. Ztschr. f. Geb. u. F. 1876. GOENNER, Zur Statistik der engen Becken. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 7. P. MÜLLER, Zur Frequenz u. Aetiologie des allgemein, verengten Beckens. Arch. f. Gyn. XVI. A. HERRGOTT, Du nanisme au point de vue obstetricale. Ann. d. gyn. et d'obst. Jan. 1906.

Pelvis planas:

MICHAELIS, l. c. LITZMANN, l. c. AHLFELD, Zur Diagnose d. einfach platten Beckens a. d. Lebenden. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 32. KEHRER, Zur Entwicklungsgeschichte des rachit. Beckens. Arch. f. Gyn. 5. FEHLING, Die Entstehung der rachitischen Beckenform. Arch. f. Gyn. 11. FASBENDER, Das Pseudo- und das rachitisch-osteomalac. Becken. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 2. BREUS u. KOLISKO l. c. Vol. 2. 1904.

Pelvis oblicuas:

LEOPOLD, Das scoliotisch u. kyphoscoliotisch-rachitische Becken. Leipzig 1879. ENGEL, Das coxalgische Becken. Wien med. Wochenschr. 1872. H. KÖNIG, Ueber das rachitisch-kyphoscoliotische Becken und

seinen Einfluss auf die Geburt. Ztschr. f. Geb. u. Frauenk. I. GUSSEROW, Beitrag zur Lehre vom schrägverengten Becken. Arch. f. Gyn. II. LITZMANN, Das schräg ovale Becken mit bes. Berücks. s. Entstehung im Gefolge einseitiger Coxalgie. Kiel 1853. MARS, Schräg verengtes Becken in Folge einer Fraktur. Arch. f. Gyn. 36. TREUB, Bassin dans la luxation coxo-fémorale. Leiden 1887. F. H. CHAMPNEYS, Comparison between the scoliotic and obliquely contracted (Nägele) Pelvis. Edin. M. J. Sept. 1880.

Pelvis infundibuliformes:

BREISKY, Beitr. z. geburtsh. Beurtheil. d. Verengerungen d. Beckenausgangs. Med. Jahrb. Wien 1870, Bd. 19. BRAUN, Fall von trichterförmigem Becken. Arch. f. Gyn. III. FISCHER, Prag. med. Wochenschr. 1880. WALTHER, Habilit. Schrift. Giessen 1894. KLIEN, Die geburtsh. Bedeutung der Verengerungen d. Beckenausgangs insbes. d. Trichterbeckens. Samml. klin. Vortr. N. F. 169.

Pelvis oblicuo-oval:

NÄGELE, Das schrägverengte Becken. Mainz 1839. LITZMANN, Das schräg ovale Becken. Kiel 1853. G. THOMAS, Das schrägverengte Becken von Seiten der Theorie u. Praxis. Leyden u. Leipzig 1861 und Die Entstehung des schrägverengten Beckens etc. Monatsschr. f. Geburtsk. 20.

Pelvis transversalmente estrechas:

F. ROBERT, Beschreibung eines im höchsten Grade quer verengten Beckens etc. Karlsruhe und Freiburg 1842. H. LITZMANN, Ein durch mangelhafte Entwicklung des Kreuzbeins querverengtes Becken. Arch. f. Gyn. 25. LAMBL, Ein neues querverengtes Becken. Prag. Viertelj. Schr. 38 u. 44. BREISKY, Ueber den Einfluss d. Kyphose auf die Beckengestalt. Med. Jahrb. Ztschr. d. Ges. d. Aerzte i. Wien 1865. W. A. FREUND, Ueber das sog. kyphot. Becken etc. Gynäk. Klinik. Bd. I. HERRGOTT, Ueber Spondylolizema oder Einsinken der Wirbelsäule. Arch. de Tocol. 1877. FEHLING, Pelvis obtecta etc. Arch. f. Gyn. 4. SCHAUTA, Kyphosis lumbo-sacralis. Wien. med. Wochenschr. 1883. NEUGEBAUER, Ueber das querverengte Becken. Monatschr. f. Geb. u. Frauenk. 22.

Osteomalacia:

KILIAN, Das halisteretische Becken. Bonn 1857. FEHLING, Ueber Castration b. Osteomalacie. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. II. Congress 1888 u. Arch. f. Gyn. 39, 48 u. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 30. BAUMANN, Ueber den Einfluss d. Porrooperation u. Castration auf d. Wesen d. Osteomalacie. Diss. Basel 1889. WINCKEL, Ueber die Erfolge der Castration bei Osteomalacie. Samml. klin. Vortr. N. F. 71. BULIUS, Osteomalacie und Eierstock Hegar's Beiträge I. SCHARFE, Osteomalacische Ovarien. Hegar's Beitr. 2.

Spondylolistesis:

KILIAN, De spondylolisthesi, Bonn 1853 u. Schilderung neuer Beckenformen. Mannheim 1854. F. I. NEUGEBAUER, Zur Entwicklungsgeschichte des spondylolisth. Beckens etc. Dorpat 1882 u. Arch. f. Gyn. 19, 20, 22, 25, 35 und: Spondylolisthesis et Spondylizème. Paris 1892, con bibliografía hasta dicha fecha.

Exostosis y tumores pélvicos:

KILIAN, Die Geburtslehre von Seiten der Wissenschaft u. Kunst dargestellt. Frankfurt a. M. 1850. EL DE HABER, Diss. inaug. exhib. cas. rariss. part. qui propter exostosis in pelvi absolvi non potuit. Heidelberg 1830. LAMBL, Ueber KILIAN's, Stachelbecken. Prag. Viertelj.-Schrift 1855, 45. HOFMEIER, Zur Kasuistik des Stachelbeckens. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 10. MÜLBERGER, Ueber Geschwülste im Becken. Stuttgart 1872. NEUGEBAUER, Beitr. z. Lehre vom Exostosenbecken etc. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 26.

Pelvimetría:

SKUTSCH, Die Beckenmessung an der lebenden Frau. Jena 1886. STRATZ, Die Raute von MICHAELIS. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 33. 1895. WALCHER, Die Conj. eines engen Beckens ist keine konstante Grösse etc. Centralbl. f. Gyn. 1889. KÜTTNER, Experiment. anat. Untersuchungen über die Veränderlichkeit des Beckenraumes Gebärender. Hegar's Beiträge I. LÖHLEIN, Die manuelle Beckenschätzung. Gyn. Tagesfragen, H. 5. BREISKY, Beiträge z. geb. Beurtheilung d. Verengerungen des Beckenausgangs. Wien. med. Jahrb. 1870. KLIEN, Die geb. Bedeutung d. Verengerungen d. Beckenausgangs insbesondere des Trichterbeckens. Samml. klin. Vortr., N. F., Nr. 169. P. MÜLLER, Ueber das Einpressen des Kopfes in den Beckenkanal z. diagnostischen Zwecken. Volkmann's Sammlg. klin. Vorträge 264. VARNIER, Radiopelvimétrie par comparaison. Verh. d. internat. Kong., Moskau 1897 und Radiopelviographies et radiopelvimétrie à longue portée. Bull. de l'Acad. des sciences 1901. WORMSER, Ueber die Verwerthung von Röntgenstrahlen im Wochenbett. Hegar's Beiträge 3. GAUSS, Eine einfache Beckenmessung. Münch. med. Wochenschr. 1906. Nr. 27 und z. f. Gyn. 1906. Nr. 27. v. BYLICKI, Zur Vereinfachung meiner Messmethode der Cong. obstet. z. f. Gyn. 1906. Nr. 37. AHLFELD, Neuere Bestrebungen auf dem Gebiete der exakteren Beckenmessung. Samml. klin. Vortr. Nr. 161. 1906.

Lección XXIII

Curso del embarazo y del parto en las pelvis estrechas.—Influencia de las estrecheces pélvicas sobre la situación del útero y la presentación del feto.—Caracteres de las contracciones uterinas.—Trastornos del período dilatante.—Deformaciones de la cabeza fetal.—Mecanismo del parto en las diferentes formas de pelvis estrecha.—Compresión de los tejidos blandos de la madre.—Depresiones de la cabeza fetal.—Pronóstico.—4 grados de estrecheces pélvicas.—Terapéutica

SEÑORES: Vamos á estudiar ahora la *influencia que ejercen las estrecheces pélvicas sobre la marcha del embarazo y del parto*. Por más que las consecuencias de dichas estrecheces sean muy diversas, según su grado y forma, todavía existe una sintomatología común á todas ellas, cuyas diferencias son tan sólo de intensidad. Nos ocuparemos, ante todo, de dichos síntomas comunes.

Embarazo

En el embarazo, la estenosis pélvica no suele empezar á manifestarse hasta los últimos meses. En esta época, y tratándose del estado normal, la presentación se apoya sobre la cintura ósea del estrecho superior, ó bien se encaja en la excavación. Si el estrecho superior está estrechado, el *encajamiento de la cabeza queda impedido y ésta permanece elevada y móvil; el feto y el útero buscan espacio hacia arriba, en la cavidad abdominal*. El espacio necesario es obtenido á expensas de una mayor distensión de la pared abdominal anterior. En las mujeres de pequeña estatura, con escasa capacidad del abdomen, con corta distancia entre la pelvis y el borde inferior de las costillas, ya desde el principio del embarazo, el *abdomen se hace «pendulo»*. En las mujeres altas, cuyas paredes abdominales han conservado su tonicidad,

el abdomen se pone «*de punta*», es decir, que el fondo del útero se hace prominente hacia la región epigástrica. El útero elevado de este modo es, al mismo tiempo,

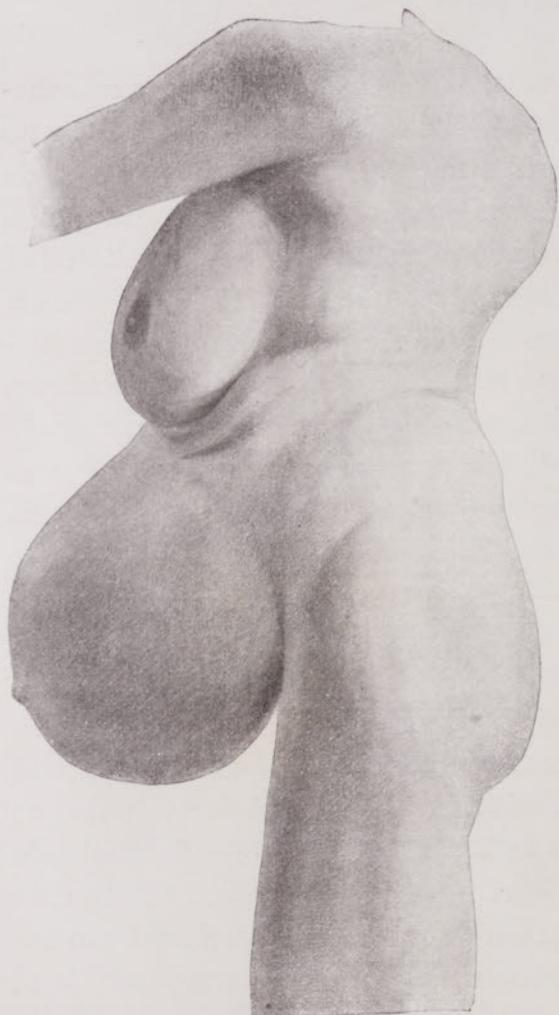


Fig. 436

Abdomen péndulo

Primigrávida con pelvis totalmente estrecha
La capacidad del abdomen es muy reducida á causa
de la cifosis dorsal

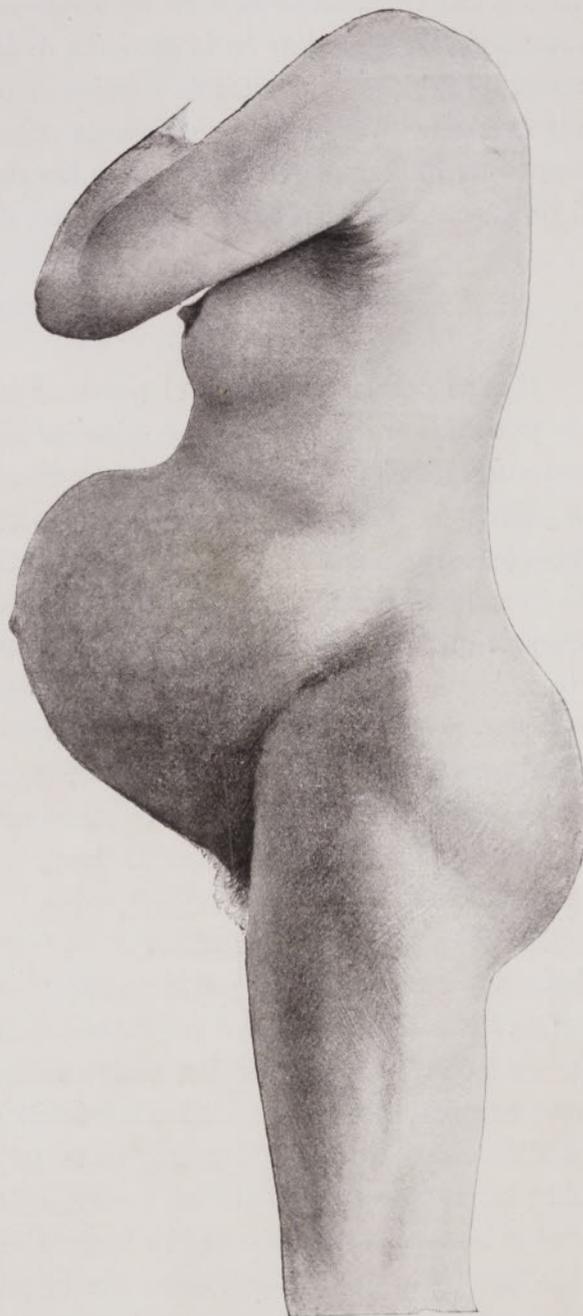


Fig. 437

Abdomen en punta

Primigrávida con pelvis totalmente estrecha
Estatura alta y buena capacidad del abdomen

anormalmente movable, «*pendulante*», y se deja mover fácilmente en todas direcciones, inclinándose hacia el lado sobre que descansa la mujer.

Al mismo tiempo que el útero, también el feto se mantiene elevado, porque

la cabeza tiene muy poca fijeza en el estrecho superior, haciéndose posibles cambios de actitud y situación hasta en los últimos días del embarazo, de modo que, con relativa frecuencia, en el mismo momento del parto nos encontramos con presentaciones anormales ó anomalías en la posición de la cabeza. Mientras en las pelvis de amplitud normal las presentaciones de vértice se observan en el 96 % de los casos, en las pelvis estrechas, por el contrario, este número desciende á 84 %. Entre las presentaciones anómalas prevalecen las de hombro y de pies, siguiendo después las de cara ó de frente, cuya frecuencia es de tres á cinco veces mayor.

Curso general del parto

En las pelvis estrechas, el parto se inicia muchas veces en condiciones anormales y desfavorables. El curso ulterior del mismo, si las irregularidades existentes son corregidas y vencidas, y si se presentan otras nuevas, no depende tan sólo de la estrechez pélvica misma, sino de otras muchas circunstancias, entre las cuales recordaré la energía de las contracciones uterinas, el volumen y la reductibilidad de la cabeza fetal y su inclinación. Sería erróneo creer que la distocia es siempre proporcional al grado de la estrechez; aunque es indudable que el parto en una pelvis estrecha es siempre más laborioso y se prolonga más; pero la experiencia demuestra, por otra parte, que hasta con un grado considerable de estrechez, el parto puede terminar con una rapidez sorprendente, siempre que sean favorables todos los otros factores, mientras que, por el contrario, una sola complicación que se añada á una estrechez relativamente pequeña basta á provocar notables trastornos en el curso del parto.

Es de la mayor importancia el *modo como se comportan las contracciones uterinas*. Estas son las que dan al parto su especial fisonomía. Si en el trabajo normal la validez de las contracciones es un elemento necesario, lo es con doble motivo en la pelvis estrecha, puesto que las resistencias anormales no pueden ser vencidas más que por una mayor actividad contráctil. Desgraciadamente, no está demostrado que las diferentes formas de estrecheces pélvicas influyan de un modo determinado sobre la energía de las contracciones, estando muy lejos de encontrarse confirmada por los hechos la opinión según la cual el aumento de presión y el estiramiento sufrido por las paredes uterinas entre la presentación y el contorno estrechado de la pelvis provocaría una exageración de la actividad contráctil. Según el desarrollo de la musculatura uterina y su excitabilidad, unas veces se observan buenas y enérgicas contracciones capaces de alcanzar la mayor intensidad en el progresivo y forzado descenso de la cabeza á través de la estrecha hilera de la pelvis, mientras que otras son tan débiles y perezosas que el parto se prolonga indefinidamente, con grave daño para la madre y el feto. En tales casos, el período dilatante es ya sumamente lento, transcurriendo muchas horas para que se verifique la dilatación completa del orificio uterino y se encaje la cabeza, después de haberse roto la bolsa

de las aguas y de haber experimentado ella misma las necesarias modificaciones plásticas; durante este tiempo la parturiente agota sus fuerzas antes de que pueda coadyuvar en el trabajo la presión abdominal. La debilidad de las contracciones y la parálisis del músculo uterino se presentan mucho más pronto en las múltiparas con paredes uterinas adelgazadas y mal desarrolladas. Si también deja que de-sear la actividad de la presión abdominal á causa de la excesiva distensión y forma péndula del vientre y la consiguiente hiperdistensión y diastasis de los músculos rectos, la cabeza no puede vencer la estrechez y el parto se detiene. De ordinario, éste se mantiene en un término medio entre estos dos extremos, alternando, como sucede en todos los partos de larga duración, unos ratos de buenas contracciones con otros en que éstas son perezosas.

Periodo dilatante

En el *periodo dilatante*, la presentación se mantiene casi siempre movable en el estrecho superior, como lo estaba durante el embarazo. Esto, por otra parte, es en las múltiparas un hecho normal. Tan pronto como las contracciones aumentan la presión intrauterina, si la pelvis es normal, la cabeza encuentra en el estrecho superior espacio suficiente para encajarse y, abrazada por el segmento uterino inferior, viene á separar las aguas anteriores del resto de la cavidad amniótica (fig. 438). De este modo queda impedida la excesiva distensión y repleción de la bolsa de las aguas y ésta no se rompe hasta que la cabeza ha venido á ocupar el espacio creado por las aguas anteriores y el canal cervical está completamente desplegado. En forma muy diversa suceden las cosas cuando la pelvis es estrecha. La cabeza queda detenida por encima del promontorio y permite una amplia comunicación entre las aguas anteriores y la cavidad ovular, y durante la contracción, las aguas interiores, sometidas á un exceso de presión, escapan hacia la bolsa anterior en cantidad excesiva (fig. 439). *La consecuencia es que en las pelvis estrechas la rotura de la bolsa de las aguas se verifica con frecuencia apenas iniciada la dilatación.* Si las membranas no se rompen y son elásticas, se distienden en forma de embutido y *pasando á través de la cavidad cervical, no bien dilatada, penetran en la vagina y llegan á aparecer en la vulva.* Por este motivo, *en las estrecheces pélvicas, la procidencia de pequeñas partes y del cordón se verifica con una frecuencia quintuple que en el estado normal,* puesto que hay posibilidad de que se deslicen por el espacio libre que queda entre la cabeza y la pared uterina, arrastradas por la corriente de las aguas.

Cuando ya se han roto las membranas, como la cabeza no puede descender, las paredes cervicales distendidas vuelven sobre sí mismas y penden en la vagina como un tejido flácido. Son necesarias nuevas y largas contracciones para que, tirando hacia arriba de los bordes del orificio uterino, completen la dilatación. Pero entretanto puede suceder que el labio anterior de dicho orificio quede comprimido entre el pubis y la cabeza fetal, poniéndose extraordinariamente tumefacto.